

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ PHELPS HEALTH, PHELPS HEALTH MEDICAL GROUP и PHELPS HEALTH HOMECARE (совместно именуемых «PHELPS HEALTH»)

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И СПОСОБЫ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

На этой странице компания Phelps Health изложила общие положения прилагаемого Уведомления о политике конфиденциальности (далее — «Уведомление»). Чтобы получить полную информацию о ваших правах и наших обязанностях, связанных с вашей медицинской информацией, ознакомьтесь с полным текстом Уведомления.

Ваши права

Вы имеете следующие права в отношении своей медицинской информации:

- право требовать ограничения на использование и раскрытие вашей медицинской информации;
- право знать о способах получения от нас вашей медицинской информации;
- право на ознакомление со своей медицинской информацией и получение копий медицинских документов;
- право подавать запросы на внесение изменений в вашу медицинскую информацию;
- право знать, каким образом мы раскрываем вашу медицинскую информацию;
- право на уведомление о нарушении конфиденциальности вашей медицинской информации;
- право на отказ от включения вашей медицинской информации в процесс обмена медицинской информацией.

Мы не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего разрешения, за исключением случаев, описанных в настоящем Уведомлении.

Какие действия требуются с нашей стороны

Мы обязаны:

- защищать вашу медицинскую информацию;
- предоставить вам настоящее Уведомление;
- соблюдать условия настоящего Уведомления.

Мы можем вносить изменения в нашу политику конфиденциальности, описанную в настоящем Уведомлении. Если мы решим внести такие изменения, мы пересмотрим настоящее Уведомление и разместим его в своих учреждениях и на своем веб-сайте www.phelpshealth.org. Если у вас возникли какие-либо вопросы и / или вы хотите получить дополнительную информацию, свяжитесь с нашим сотрудником по вопросам конфиденциальности по номеру (573) 458-7613.

* * * * *

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ PHELPS HEALTH

Я подтверждаю, что мне было предоставлено Уведомление о политике конфиденциальности Phelps Health.

Имя и фамилия пациента или его законного представителя: _____

Кем представитель приходится пациенту (если форму заполняет не пациент): _____

Дата: _____

Пациент не захотел / не смог подписать подтверждение.

Причина: _____

Инициалы сотрудника: _____

Дата: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И СПОСОБЫ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА PHELPS HEALTH, PHELPS HEALTH MEDICAL GROUP И PHELPS HEALTH HOMECARE (совместно именуемые «PHELPS HEALTH»)

Phelps Health обязуется защищать конфиденциальность пациентов и понимает важность защиты вашей медицинской информации. В соответствии с законодательством, мы обязаны защищать конфиденциальность вашей идентифицируемой медицинской информации (также называемой «защищенная медицинская информация») и предоставить вам настоящее Уведомление, в котором разъясняются наши правовые обязанности и принципы обеспечения конфиденциальности, а также ваши права в отношении защищенной медицинской информации. Мы обязаны соблюдать действующие в настоящее время условия настоящего Уведомления. Мы сохраняем за собой право изменять принципы обеспечения конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, и вводить в действие новые принципы, которые будут распространяться на всю хранящуюся у нас защищенную медицинскую информацию. Если мы решим внести такие изменения, мы пересмотрим настоящее Уведомление и разместим его в своих учреждениях и на своем веб-сайте www.phelpshealth.org.

Варианты использования и раскрытия защищенной медицинской информации, не требующие вашего разрешения

В целях лечения. Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для предоставления, организации или координации вашего лечения. Например, мы можем использовать такую информацию для предоставления вам лечения или медицинских услуг, а также передавать ее врачам, медсестрам, техническим специалистам, участникам программ медицинского обучения или другим сотрудникам, которые занимаются вашим лечением.

В целях оплаты. Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях оплаты. Например, мы можем передать ее вашей страховой компании, чтобы получить оплату за предоставленные вам медицинские услуги. Мы также можем сообщить вашей страховой компании о рекомендованном вам лечении, чтобы получить предварительное подтверждение, что ваш план покрывает его стоимость.

В целях осуществления работы медицинского учреждения. Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях осуществления деятельности нашего медицинского учреждения. Такое использование и раскрытие информации необходимо для того, чтобы пациенты получали качественную помощь и услуги с наименьшими затратами. Например, мы можем использовать вашу защищенную медицинскую информацию для проверки качества предоставляемых нами лечения и услуг, а также для оценки работы наших сотрудников, подрядчиков и участников программ медицинского обучения, которые занимаются вашим лечением.

В соответствии с законодательством. Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в той степени, в которой такое использование или раскрытие требуется в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.

По требованию министра здравоохранения и социальных служб США. Мы можем быть обязаны раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию по требованию министра здравоохранения и социальных служб США для расследования или определения нашего соответствия требованиям окончательного регламента о стандартах конфиденциальности идентифицируемой медицинской информации (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information).

В целях общественного здравоохранения. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для осуществления деятельности в области общественного здравоохранения, такой как раскрытие информации органу общественного здравоохранения или другому государственному учреждению, которому в соответствии с законодательством разрешено собирать или получать такую информацию (например, Управлению по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств).

В целях осуществления надзора над здравоохранением. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию органу надзора над здравоохранением для осуществления разрешенной в рамках законодательства деятельности, такой как аудиты, расследования и проверки. Органами контроля могут быть правительственные

учреждения, которые контролируют систему здравоохранения, программы государственных пособий, другие государственные программы регулирования и субъекты законодательства о гражданских правах.

В случае жестокого обращения или халатного отношения. Если вы стали жертвой жестокого обращения, халатности или домашнего насилия, мы можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию государственному органу, уполномоченному получать такую информацию. Кроме того, мы можем раскрыть такую информацию органу общественного здравоохранения, уполномоченному в соответствии с законодательством получать сообщения о жестоком обращении или отсутствии заботы о детях.

В случае судебного и административного производства. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в ответ на постановление суда или органа административной юстиции (если такое раскрытие прямо разрешено), а также, при определенных условиях, в ответ на повестку в суд, запрос на предоставление документов или другой законно изданный судебный приказ.

В целях обеспечения правопорядка. При соблюдении применимых требований законодательства мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях обеспечения правопорядка, например для предоставления полиции информации о жертве преступления.

Судебным следователям и сотрудникам бюро ритуальных услуг для выполнения их обязанностей. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию судебным следователям, судебно-медицинским экспертам или сотрудникам бюро ритуальных услуг, если это необходимо для выполнения их должностных обязанностей.

В целях донорства органов. Если вы являетесь донором органов, мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию организациям трансплантационной координации, если это необходимо для содействия донорству или трансплантации органов.

В исследовательских целях. При определенных обстоятельствах мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию исследователям, если их исследование было одобрено экспертным советом организации, который рассмотрел предложение об исследовании и установил стандарты обеспечения конфиденциальности такой информации.

В случае серьезной угрозы здоровью или безопасности. Если мы считаем, что раскрытие вашей защищенной медицинской информации необходимо для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности людей, мы можем раскрыть ее тому, кто, по нашему обоснованному предположению, может предотвратить или снизить уровень такой угрозы.

Для осуществления специализированных государственных функций. При определенных обстоятельствах мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях, связанных с вопросами военной или национальной безопасности, например с целью определения Департаментом по делам ветеранов вашего соответствия критериям получения льгот.

В целях деятельности в области национальной безопасности и разведки. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам, отвечающим за разведку, контрразведку, защиту президента, других уполномоченных лиц или глав иностранных государств, для определения вашего уровня допуска и другой разрешенной в рамках законодательства деятельности в области национальной безопасности.

В целях обеспечения выплаты компенсаций работникам в связи производственной травмой или профзаболеванием. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если это необходимо для соблюдения законов о компенсации работникам и норм других аналогичных программ.

При оказании помощи заключенным. Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если вы являетесь заключенным исправительного учреждения и мы собрали или получили такую информацию в ходе оказания вам медицинской помощи.

В целях осуществления деятельности нашими деловыми партнерами. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию лицам, которые выполняют функции, действия или предоставляют услуги для нас или от нашего имени, для чего необходимо использование или раскрытие такой информации. Чтобы защитить вашу медицинскую информацию, мы требуем от наших деловых партнеров обеспечить надлежащие меры безопасности данных.

Варианты использования и раскрытия защищенной медицинской информации, требующие вашего разрешения или возражения

Члены семьи и друзья. Если вы не будете возражать, мы можем в устном или письменном виде раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию члену вашей семьи, родственнику, близкому другу или любому другому указанному вами лицу, если такая информация напрямую связана с участием этого человека в вашем медицинском обслуживании. Если вы не можете предоставить свое разрешение или возражение в отношении такого раскрытия, мы можем раскрывать такую информацию по мере необходимости, если на основании нашего профессионального суждения определим, что это в ваших наилучших интересах. Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для уведомления или помощи в уведомлении члена семьи, личного представителя или любого другого лица, которое несет ответственность за ваше обслуживание, о вашем местонахождении или общем состоянии.

Больничная документация. При поступлении в больницу амбулаторно или в стационарном режиме мы можем указать в больничной документации определенную информацию о вас, в частности ваши имя и фамилию, ваше местонахождение в больнице, общее описание вашего состояния (например, удовлетворительное, стабильное, критическое и т. д.) и вашу религиозную принадлежность. Вы имеете право потребовать, чтобы ваши имя и фамилия не указывались в больничной документации. Если вы решите отказаться от внесения ваших данных в больничную документацию, мы не сможем сообщить посетителям о вашем присутствии в больнице, местонахождении или общем состоянии.

Варианты использования и раскрытия защищенной медицинской информации, требующие вашего разрешения

Реклама. В большинстве случаев для использования вашей защищенной медицинской информации в рекламных целях мы должны получить ваше письменное разрешение.

Продажа защищенной медицинской информации. В случае раскрытия вашей защищенной медицинской информации для продажи мы должны получить ваше письменное разрешение.

Другие случаи использования информации. Использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации в других случаях, не описанных выше, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения (если иное не разрешено или не требуется в соответствии с законодательством). Вы можете отозвать свое разрешение в любое время в письменной форме, за исключением случаев, когда информация уже была раскрыта в соответствии с предоставленным вами разрешением.

Ваши права в отношении вашей защищенной медицинской информации

Ниже приведены ваши права в отношении вашей защищенной медицинской информации. Вы можете воспользоваться этими правами, подав письменный запрос нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности.

Право на доступ к вашей защищенной медицинской информации. Вы имеете право изучить или получить бумажную или электронную копию большей части вашей защищенной медицинской информации, содержащейся в нашей медицинской документации и счетах. Как правило, мы предоставляем копию или краткую выписку из вашей защищенной медицинской информации в течение 30 дней с момента подачи запроса. Мы можем взимать с вас номинальную плату за каждую распечатанную страницу и почтовые расходы, если это применимо. В определенных ситуациях мы можем отказать вам в доступе к вашей защищенной медицинской информации.

Право на применение ограничений. Вы имеете право подать запрос на применение определенных ограничений на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации. В вашем запросе должен быть указан конкретный характер ограничения и к кому вы хотите его применить. Мы не обязаны соглашаться с запрошенным вами ограничением, за исключением случаев, когда мы обязаны согласиться не раскрывать защищенную медицинскую информацию вашей страховой компании, если такое раскрытие а) выполняется для оплаты или предоставления медицинской помощи и не требуется в соответствии с законодательством, и б) относится к составляющей медицинского обслуживания или услуге, которые вы полностью оплатили из личных средств. Если мы согласимся с запрошенным ограничением, мы не будем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в нарушение данного ограничения, за исключением случаев, когда это необходимо для оказания неотложной помощи.

Право на конфиденциальный способ связи. Вы имеете право требовать, чтобы мы связывались с вами определенным образом или в определенном месте. Обоснованные требования будут выполнены. При этом мы также можем поставить определенные условия, попросив предоставить информацию о том, как будет производиться оплата, или указать альтернативный адрес или другой способ для связи.

Право на внесение изменений. Если вы считаете, что имеющаяся у нас защищенная медицинская информация о вас является неверной или неполной, вы можете подать запрос на внесение изменений в данные, содержащиеся в нашей медицинской документации и счетах. Мы можем отклонить ваш запрос, если, например, определим, что такая информация является точной и полной. Если мы отклоним ваш запрос, мы отправим вам письменное разъяснение и дадим вам возможность подать письменное заявление о несогласии. Если мы примем ваш запрос на внесение изменений в информацию, мы примем разумные меры по информированию о них других лиц, включая указанных вами, а также применению таких изменений в случае раскрытия этой информации в будущем.

Право на отчетность. Вы имеете право получать отчеты об определенных случаях раскрытия вашей защищенной медицинской информации. В отношении права на получение этой информации устанавливаются определенные исключения, условия и ограничения. В вашем запросе должен быть указан период времени, который не может превышать 6 лет. Вы можете попросить предоставить информацию за более короткий срок. У вас есть право на один бесплатный запрос в течение любого 12-месячного периода, однако за любые дополнительные запросы в течение того же 12-месячного периода с вас может взиматься плата. Мы уведомим вас о наличии такой платы, и вы сможете отозвать или изменить свой запрос в письменной форме до того, как осуществить оплату.

Право на уведомление о нарушении конфиденциальности. Вы имеете право на уведомление о нарушении конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации.

Право на получение бумажной копии Уведомления. Вы имеете право получить от нас бумажную копию настоящего Уведомления.

Право отказаться от получения сообщений о сборе средств. Периодически мы можем обращаться к вам в рамках инициатив по сбору средств. Вы имеете право отказаться от получения подобных сообщений.

Обмен медицинской информацией

Phelps Health может участвовать в процессах обмена медицинской информацией. Процесс обмена медицинской информацией позволяет нам передавать вашу защищенную медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг или получать доступ к ней для лечения, оплаты и других разрешенных целей. Цель обмена медицинской информацией — помочь нам и другим поставщикам медицинских услуг предоставлять пациентам более качественное, эффективное и скоординированное медицинское обслуживание.

Если вы не откажетесь от участия в этом процессе, ваша защищенная медицинская информация будет доступна любым другим уполномоченным поставщикам медицинских услуг, которые участвуют в тех же процессах обмена, что и мы, или имеют к ним доступ. Чтобы другие поставщики медицинских услуг могли получить доступ к вашей защищенной медицинской информации посредством упомянутого процесса, вам не нужно предпринимать никаких дополнительных действий. Ознакомившись с настоящим Уведомлением и не отказавшись от участия в процессе обмена медицинской информацией, вы соглашаетесь на предоставление в рамках него доступа к вашей защищенной медицинской информации (включая информацию о психическом здоровье, генетических обследованиях, злоупотреблении наркотиками / алкоголем, заболеваниях, передаваемых половым путем, тестированиях / лечении ВИЧ / СПИДа, записях о беременностях и абортах, а также любые другие конфиденциальные данные). Если вы не желаете передавать свою защищенную медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг в рамках упомянутого процесса обмена, вы должны отказаться от этого.

Чтобы отказаться от участия в каких-либо процессах обмена медицинской информацией или получить дополнительную информацию о процессах, в которых мы в настоящее время участвуем, свяжитесь с нашим сотрудником по вопросам конфиденциальности.

Жалобы

Если вы считаете, что мы нарушили ваши права на конфиденциальность, вы можете подать жалобу, обратившись к сотруднику по вопросам конфиденциальности. Вы также можете подать жалобу на имя министра здравоохранения и социальных служб США. Мы не будем принимать никаких репрессивных мер за подачу жалобы.

Контактная информация

Если не указано иное, для реализации каких-либо описанных в настоящем Уведомлении прав, получения дополнительной информации или подачи жалобы вы можете связаться с сотрудником по вопросам конфиденциальности по номеру 573-458-7613 или в письменном виде: Phelps Health, Corporate Compliance and Privacy Officer; 1000 West 10th Street; Rolla, MO 65401.

Настоящее Уведомление вступило в силу 14.10.2020 г.