

## ASCENSION WISCONSIN

### Общее уведомление о правилах конфиденциальности

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ, А ТАКЖЕ СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К НИМ.**

**РЕКОМЕНДУЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.**

#### **Наше обязательство**

Мы обязуемся сохранять конфиденциальность ваших медицинских данных. В этом уведомлении описаны ваши права в отношении своих медицинских данных и правила использования и раскрытия этих сведений (предоставления доступа к ним другим людям/организациям).

#### **Персонал, соблюдающий требования этого уведомления**

Требования этого уведомления соблюдают все сотрудники (партнеры), медицинские специалисты, стажеры, студенты, волонтеры, подрядчики, поставщики, агенты и штатный персонал Ascension Wisconsin. Ascension Wisconsin включает в себя все больницы, центры амбулаторной помощи, аптеки, лаборатории, врачебные кабинеты Ascension и другие учреждения сферы здравоохранения Ascension, расположенные в Висконсине. Некоторые учреждения могут выступать в качестве аффилированной организации (ACE), на которую распространяются требования по соблюдению правил HIPAA. Ascension Wisconsin также участвует в Соглашении об организованном медицинском обслуживании с другими подразделениями Ascension, согласно которому они могут использовать ваши данные и передавать их друг другу для лечения, оплаты и медицинских операций, связанных с этими соглашениями, насколько позволяют правила HIPAA. Чтобы получить полный список учреждений, свяжитесь с сотрудником по вопросам конфиденциальности Ascension Wisconsin (“сотрудник по вопросам конфиденциальности”) способом, описанном в данном Уведомлении.

#### **Порядок использования ваших данных и предоставления их другим людям/организациям**

В этом Уведомлении описаны различные способы использования и раскрытия (передачи) ваших медицинских данных, а также ситуации, когда для этого требуется ваше разрешение. Мы можем связаться с вами по телефону, электронной почте или прислав сообщение по указанному вами номеру или адресу. Обычно мы будем использовать зашифрованные методы для электронного общения с вами. Тем не менее, некоторые сообщения могут быть отправлены в незашифрованном виде (например, текстовые сообщения). Предоставляя свой номер мобильного телефона или адрес электронной почты, вы соглашаетесь получать сообщения таким способом.

Чаще всего мы используем и передаем ваши данные для целей лечения, оплаты и медицинского обслуживания. Ниже описаны некоторые примеры использования и раскрытия ваших данных:

- совместно с другими поставщиками медицинских услуг, которые лечат вас, или с аптекой для получения лекарств по рецепту
- совместно с вашей страховой компанией или другим плательщиком для получения оплаты за медицинские услуги или для получения одобрения на услуги или лекарства
- с целью поддержки нашего бизнеса, улучшения процесса лечения, обучения специалистов и оценки эффективности работы поставщиков услуг
- совместно с деловыми партнерами, которые предоставляют услуги для нас или от нашего имени, в том числе услуги по выставлению счетов, и которые помогают нам вести бизнес-операции. Все наши деловые партнеры обязаны защищать конфиденциальность и безопасность ваших медицинских данных наравне с нами.

Мы также можем использовать или передавать ваши медицинские данные, чтобы связаться с вами по

следующим причинам:

- чтобы уведомить вас о возможных альтернативных вариантах лечения, новых услугах, возможностях участия в исследованиях, возможности оставить нам отзыв о наших услугах и других преимуществах или услугах, связанных со здоровьем
- чтобы уведомить вас о вашем лечении и предстоящих услугах, включая приемы, напоминания о пополнении запасов лекарств или аналогичные уведомления, связанные с лечением
- для целей сбора средств Ascension. У вас есть право отказаться от получения сообщений о сборе средств. Для этого необходимо следовать инструкциям из письма или известить сотрудника по вопросам конфиденциальности.

Нашему учреждению также разрешено, а иногда и требуется по закону, использовать или передавать ваши данные некоторым получателям по перечисленным ниже причинам. Возможно, нам придется выполнить определенные требования, прежде чем мы сможем использовать или передавать ваши данные для этих целей. Далее приведены некоторые примеры такого использования:

- Общественное здравоохранение и безопасность: подача отчетов об инфекционных заболеваниях, фактах рождения или смерти; подача отчетов о жестоком обращении, пренебрежении обязанностями или домашнем насилии; подача отчетов о побочных реакциях на лекарства; предотвращение серьезной угрозы здоровью или безопасности
- Правоохранительные органы: передача данных с целью установить или найти подозреваемого, скрывающегося от правосудия или пропавшего без вести; подача отчета о преступлении в учреждении
- Судебные и административные разбирательства: ответ на судебное или административное постановление, например вызов в суд
- Компенсации сотрудникам и другие требования гос. органов: иски или слушания по вопросам компенсации; органы санитарного надзора за деятельностью, разрешенной законом; специальные государственные функции (войска, национальная безопасность)
- Помощь при стихийных бедствиях: сообщение о вашем местоположении и общем состоянии с целью уведомления семьи или друзей и учреждений, уполномоченных законом для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях
- Соблюдение требований законодательства: передача данных в Министерство здравоохранения и социального обеспечения, чтобы узнать, соблюдаем ли мы государственный закон о конфиденциальности
- Исследовательская работа: подготовка к исследованию; анализ записей в рамках проекта, одобренного Институциональным наблюдательным советом (IRB), что несет низкий риск для вашей конфиденциальности; исследования, включающие только информацию об умерших людях
- Случайное разглашение во время разрешенного использования или раскрытия данных: вызов вас по имени в зоне ожидания приема, когда другие могут услышать ваше имя. Мы прилагаем разумные усилия, чтобы ограничить подобное случайное использование или раскрытие сведений.
- Передача данных распорядителю похорон, коронеру или судебно-медицинскому эксперту для выполнения их служебных обязанностей
- Передача данных организациям, занимающимся донорством и трансплантацией органов, тканей или глаз для выполнения их служебных обязанностей

Мы также участвуем в различных программах обмена медицинскими данными (HIE) для совместного доступа к вашим данным в электронном виде в процессе лечения и для других целей, одобренных правилами HIPAA или требуемых законом. Другие участники программы обмена HIE также обязаны защищать ваши данные. Вы имеете право отказать в доступе к вашим данным в программе HIE по всем не требуемым по закону целям, связавшись с сотрудником по вопросам конфиденциальности, как описано в этом Уведомлении.

В следующих случаях мы можем использовать или передавать ваши данные, если вы не возражаете или если вы не дадите нам отдельное разрешение. Если вы не сможете выдать разрешение, например, когда находитесь без сознания, мы можем передать ваши данные другим людям/организациям, если

сочтем, что это будет в ваших интересах.

- Передача данных семье, друзьям или другим лицам, участвующими в вашем лечении или его оплате. Например, мы можем держать вашу семью в курсе о вашем состоянии в период восстановления после операции.
- Передача данных в каталог учреждения или для служения капеллана.

В следующих ситуациях мы будем использовать или передавать ваши медицинские данные только при наличии письменного разрешения. Вы можете отозвать это разрешение в любое время (за исключением случаев, когда мы действовали, исходя из его наличия), связавшись с сотрудником по вопросам конфиденциальности.

- использование в маркетинговых целях (согласно определению правил HIPAA)
- использование для продажи ваших данных или для платежей от третьих лиц
- определенный обмен заметками о психотерапии
- другие причины, не указанные в настоящем Уведомлении

Использование и раскрытие определенных конфиденциальных данных нашим учреждением также может быть дополнительно ограничено другими государственными законами или законами на уровне штата. Сюда входят сведения о злоупотреблении алкоголем и психотропными веществами, информация о генетических заболеваниях, психическом здоровье и ВИЧ/СПИДе.

### **Ваши права**

У вас есть определенные права касательно своих медицинских данных. Эти права перечислены ниже:

- **Получать доступ, проверять и копировать данные**, которые мы используем для принятия решений о вашем лечении. У вас есть право ознакомиться и получить бумажную или электронную копию. При запросе копии данных мы можем взимать разумную плату. Мы предоставим копию или краткую сводку в течение 30 дней (или ранее в соответствии с законодательством штата) и сообщим о любой задержке.
- **Запросить конфиденциальное общение**. Вы можете попросить нас общаться с вами определенным образом. Мы положительно реагируем на все разумные просьбы.
- **Запросить ограничение**. Вы можете попросить нас ограничить сведения, используемые или передаваемые для лечения, оплаты и любой другой деятельности в сфере здравоохранения. Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом и оставляем за собой право отказать вам. Когда вы оплачиваете услуги самостоятельно и в полном объеме и просите нас не передавать данные вашей страховой компании, мы выполним ваш запрос, если только раскрытие этих сведений не является обязательным по закону.
- **Запросить корректировку данных**. Вы можете попросить нас исправить (внести изменения) ваши медицинские данные, если они неточны или указаны неполностью. Мы можем ответить отказом на ваш запрос, но мы поясним свою причину в письменной форме в течение 60 дней.
- **Получить список людей/учреждений, с которыми мы поделились вашими данными**. Вы можете запросить список (отчет) всех случаев, когда мы поделились вашими данными и по какой причине за последние шесть лет до момента запроса. Не все случаи раскрытия (совместное использование) будут указаны в этом списке (например, предоставление данных для лечения, оплаты или медицинских операций). Мы предоставим один отчет бесплатно, но можем взимать разумную плату, основанную на затратах при запросе еще одного отчета в течение 12 месяцев.
- **Получить копию этого Уведомления**. Вы можете попросить нас предоставить вам копию (бумажную или электронную) настоящего Уведомления в любое время или просмотреть эту копию на нашем сайте по адресу <https://healthcare.ascension.org/npp>.
- **Выбрать человека с полномочиями действовать от вашего имени**. В случае выдачи медицинской доверенности или при наличии законного опекуна этот человек может пользоваться вашими правами и совершать выбор по поводу ваших медицинских данных. В некоторых случаях несовершеннолетний ребенок может сам принимать решения или осуществлять свои права.
- **Подать жалобу**. Вы можете подать жалобу, если считаете, что ваши права были нарушены. Вы можете обратиться к сотруднику по вопросам конфиденциальности или в Управление по

гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Вас не подвергнут наказанию, дискриминации, ответным мерам или запугиванию за подачу жалобы.

### **Наши обязанности**

- По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность ваших медицинских данных.
- Мы уведомим вас, если произойдет нарушение, способное поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность ваших медицинских данных с указанием личности.
- Мы должны следовать правилам, описанным в этом Уведомлении, и предоставить вам его копию.
- Мы не будем использовать или передавать ваши данные способом, отличным от описанного здесь, если вы не позволите нам это в письменной форме. Вы можете передумать в любой момент после выдачи разрешения. Сообщите нам в письменной форме, если передумаете.
- Мы оставляем за собой право изменять условия настоящего Уведомления. Эти изменения будут применены ко всем имеющимся у нас данным о вас.

### **Вопросы или жалобы**

Если у вас возникнут вопросы или вы захотите воспользоваться своими правами, описанными в этом Уведомлении, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности Ascension Wisconsin по адресу: 400 W. River Woods Parkway, Glendale, WI 53212, по телефону 877-565-4896, или по электронной почте [compliance.wisconsin@ascension.org](mailto:compliance.wisconsin@ascension.org). Большинство запросов на осуществление своих прав следует подавать в письменной форме. Чтобы подать жалобу в Управление по гражданским правам, напишите по следующему адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвоните по номеру 877-696-6775, или подайте жалобу на сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

Настоящее Уведомление вступает в силу с 01.01.2023.