

Узгоджене повідомлення про порядок використання особистої інформації

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ОПИСАНО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ТА РОЗГОЛОШЕННЯ ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ, А ТАКОЖ ОТРИМАННЯ ВАМИ ДОСТУПУ ДО ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ.
УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЬ ІЗ ЦИМ ДОКУМЕНТОМ.

Наші зобов'язання

Ми зобов'язуємося зберігати конфіденційність вашої медичної інформації. У цьому Повідомленні ви дізнаєтеся про ваші права щодо вашої медичної інформації та про те, як ми можемо використовувати й розкривати (передавати) вашу інформацію. Ми також захищаємо конфіденційність ваших записів про розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, відповідно до федерального закону, який називається «Частина 2» (Part 2), у закладах, які пропонують програми відповідно до частини 2, як пояснюється в цьому Повідомленні.

На кого поширюється дія цього повідомлення

Правил, викладених в цьому повідомленні дотримуються всі працівники, медичний персонал, стажери, студенти, волонтери, підрядники, постачальники, агенти й члени трудового колективу в установах Ascension Illinois, як-от лікарні, центри амбулаторної допомоги, аптеки, лабораторії та лікарські кабінети. Деякі заклади можуть діяти як афілійований постачальник послуг в сфері охорони здоров'я з метою дотримання правил Акту про мобільність і підзвітність медичного страхування (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Ascension Illinois також бере участь в організованому медичному обслуговуванні з іншими відділеннями Ascension, які можуть використовувати та обмінюватися вашою інформацією між собою для лікування, оплати й медичних операцій, пов'язаних із цими домовленостями, а також відповідно до правил HIPAA. Щоб отримати повний перелік відділень, зверніться до спеціаліста з питань конфіденційності компанії Ascension Illinois (далі – «Спеціаліст із питань конфіденційності»), як описано в цьому Повідомленні.

Як ми можемо використовувати й передавати вашу інформацію

У цьому Повідомленні пояснюється, як ми можемо використовувати й передавати вашу медичну інформацію, а також коли нам потрібен ваш письмовий дозвіл на це. Ми можемо зв'язатися з вами телефоном, електронною поштою або текстовим повідомленням за вказаним вами номером або адресою. Зазвичай ми використовуємо зашифровані методи для електронного спілкування з вами, але деякі повідомлення можуть надсилатися незашифрованими, наприклад текстові повідомлення, і, надаючи нам свій номер мобільного телефону або електронну пошту, ви погоджуєтеся отримувати повідомлення саме таким чином.

Здебільшого ми використовуємо та передаємо вашу інформацію з метою лікування, оплати й надання медичних послуг. Наприклад, це означає, що ми можемо використовувати й передавати вашу інформацію:

- для надання вам медичних послуг, іншим постачальникам медичних послуг, які вас лікують, або аптеці для виписки ваших рецептів;
- вашій страховій компанії або іншому платнику, щоб отримати оплату за послуги або отримати дозвіл на послуги чи ліки;
- для підтримки нашого бізнесу, покращення вашого обслуговування, навчання наших фахівців та оцінки роботи постачальників послуг;
- нашим діловим партнерам, які надають послуги для нас або від нашого імені, наприклад послуги з виставлення рахунків, які допомагають нам у наших бізнес-операціях. Усі наші ділові партнери також зобов'язані відповідно до правил HIPAA захищати конфіденційність і безпеку вашої медичної інформації;
- для створення обмеженого набору даних або знеособленої інформації. Обмежений набір даних видаляє більшість ідентифікаторів, і якщо ми ділимося ними з кимось іншим, вони можуть використовувати їх лише для певних цілей, дозволених правилами HIPAA, і вони повинні

підписати угоду, яка вимагає захисту інформації. Після повного знеособлення медичної інформації захист конфіденційності, викладений у цьому Повідомленні, більше не застосовується, і вона може бути використана в будь-яких законних цілях, зокрема для розробки нових тестів, процедур або комерційних продуктів.

Ми можемо використовувати інструменти штучного інтелекту (ШІ) для цілей, описаних вище в цьому Повідомленні, а також відповідно до правил HIPAA та інших чинних законів. Наприклад, ми можемо використовувати інструменти, які фіксують вашу взаємодію з нашими постачальниками й персоналом, щоб допомогти в складанні нотаток або плануванні зустрічей. Наші постачальники іноді можуть використовувати інструменти ШІ, зокрема з діагностичною метою, щоб допомогти вам отримати ліпше обслуговування, але такі інструменти не замінюють думку залучених постачальників послуг. Ми також можемо використовувати інструменти ШІ для покращення нашої діяльності, наприклад для створення освітніх презентацій, планування роботи персоналу й аналітики лікарень, як-от для аналізу тривалості перебування пацієнтів у лікарні.

Ми також можемо використовувати або передавати вашу медичну інформацію для зв'язку з вами з таких причин:

- розповісти вам про можливі альтернативні варіанти лікування, нові послуги, можливості участі в дослідженнях, можливості надати нам відгуки про наші послуги та інші пов'язані зі здоров'ям пільги чи послуги;
- інформувати вас про ваше лікування та майбутні послуги, зокрема призначення, нагадування про поповнення запасів або схожі повідомлення про ваше лікування;
- для збору коштів в Ascension. Ви можете відмовитися від отримання цих повідомлень, відповівши на них так, як зазначено в повідомленні, або звернувшись до спеціаліста з питань конфіденційності.

Ми також маємо право, а іноді закон вимагає від нас, використовувати або передавати вашу інформацію певним одержувачам. Можливо нам доведеться виконати певні вимоги, перш ніж ми зможемо використовувати або передавати вашу інформацію для цих цілей. Далі наведено деякі приклади таких цілей.

- Громадське здоров'я та безпека: повідомлення про інфекційні захворювання, народження або смерть; повідомлення про зловживання, нехтування або домашнє насильство; повідомлення про побічні реакції на лікарські препарати; уникнення серйозної загрози здоров'ю або безпеці (інформація згідно з частиною 2 буде знеособлена перед поширенням).
- Правоохоронні органи: для встановлення особи або пошуку підозрюваного, утікача або зниклої безвісти особи; для повідомлення про злочини в закладі.
- Судові й адміністративні провадження: відповідь на судове або адміністративне розпорядження, наприклад повістку до суду.
- Компенсації працівникам та інші державні запити: позови або слухання щодо компенсацій працівникам; органи нагляду за охороною здоров'я для діяльності, дозволеної законом; спеціальні державні функції (військові, національна безпека).
- Допомога в разі стихійного лиха: обмін інформацією про ваше місцезнаходження та загальний стан з метою сповіщення вашої сім'ї або друзів, а також установ, уповноважених законом надавати допомогу в надзвичайних ситуаціях.
- Дотримуватися закону: до Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб, щоб дізнатися, чи дотримуємося ми федерального закону про конфіденційність.
- Дослідження: підготовка до наукового дослідження; аналіз записів у рамках проєкту, схваленого Інституційною наглядовою радою (Institutional Review Board, IRB), які мають низький ризик для вашої конфіденційності; дослідження, що стосуються лише інформації про померлих осіб.
- Випадковість дозволеного використання або розголошення: виклик вас по імені в зоні очікування на прийом, коли інші можуть почути, як вас називають. Ми докладаємо розумних зусиль, щоб обмежити таке випадкове використання або розголошення.
- Директору похоронного бюро, слідчому, який проводить дізнання у випадках насильницької чи раптової смерті, або судово-медичному експерту, якщо це необхідно для виконання їхньої роботи.
- Організаціям, які займаються донорством і трансплантацією органів, тканин або очей, якщо це необхідно для виконання їхньої роботи.

Ми також беремо участь в обміні медичною інформацією (health information exchanges, HIE) для обміну вашою інформацією в електронному вигляді для вашого лікування та інших цілей, дозволених правилами HIPAA або передбачених законом. Інші учасники HIE також зобов'язані захищати вашу інформацію. Ви можете заборонити доступ до вашої інформації в HIE для всіх цілей, не передбачених законом, звернувшись до спеціаліста з питань конфіденційності, як описано в цьому Повідомленні.

У наведених далі випадках ми можемо використовувати або передавати вашу інформацію, якщо ви не скажете «ні» або якщо спеціально не попросите нас про це. Якщо ви не можете надати нам свій дозвіл, наприклад, якщо ви неpritомні, ми можемо поділитися вашою інформацією, якщо вважатимемо, що це відповідає вашим інтересам:

- з вашою сім'єю, друзями або іншими особами, які беруть участь у вашому догляді або оплаті вашого лікування. Наприклад, ми можемо повідомити вашій родині, як ви почуваєтеся після операції;
- для довідника закладів і капеланських послуг.

У наведених нижче ситуаціях ми будемо використовувати або передавати вашу медичну інформацію лише за умови надання вами письмового дозволу. Ви можете відкликати цей дозвіл у будь-який час (за винятком випадків, коли ми поклалися на нього), звернувшись до спеціаліста з питань конфіденційності.

- Для маркетингових цілей (як визначено правилами HIPAA).
- Для продажу вашої інформації або для здійснення платежів від третіх осіб.
- Для певного обміну психотерапевтичними записами.
- З будь-якої іншої причини, не описаної в цьому Повідомленні.

Використання нами певної конфіденційної інформації та обмін нею також може бути додатково обмежено іншими федеральними законами або законами штату, зокрема, серед іншого, частиною 2, як описано в розділі «Частина 2. Записи» в цьому Повідомленні. Сюди входить інформація, пов'язана з вживанням алкоголю та психоактивних речовин, генетикою, психічним здоров'ям і ВІЛ/СНІДом. Ви повинні знати, що якщо вашу інформацію було передано на законних підставах, на ваш запит або в спосіб, описаний вище, відповідно до федерального законодавства й законодавства штату, вона може підлягати повторному розголошенню та більше не бути захищеною федеральним законодавством і законодавством штату.

Ваші права

Коли мова йде про вашу медичну інформацію, ви маєте певні права. Ви можете скористатися цими правами, як зазначено в цьому Повідомленні або звернувшись до спеціаліста з питань конфіденційності. Деякі запити потрібно подавати в письмовій формі. Ви можете виконувати наведені нижче дії.

- **Отримувати доступ, перевіряти й копіювати інформацію,** яку ми використовуємо для прийняття рішень щодо вашого лікування. Ви маєте право ознайомитися та отримати паперову або електронну копію. Якщо ви запитуєте копію вашої інформації, ми можемо стягнути з вас розумну плату. Ми надамо копію або короткий виклад протягом 30 днів (або раніше відповідно до законодавства штату) і повідомимо вас про будь-яку затримку або якщо ми не зможемо виконати ваш запит.
- **Запитувати конфіденційне спілкування.** Ви можете попросити нас зв'язуватися з вами певним чином. Ми відповімо «так» на всі обґрунтовані запити й надамо відповідь протягом 60 днів.
- **Запитувати про обмеження.** Ви можете попросити нас обмежити інформацію, яку ми використовуємо або надаємо для лікування, оплати й медичних операцій. Ми не зобов'язані погоджуватися на ваш запит і можемо сказати «ні». Коли ви оплачуєте послуги за рахунок власних коштів у повному обсязі й просите нас не передавати інформацію вашому страховому плану, ми відповімо «так», тільки якщо закон не вимагає від нас передавати цю інформацію. Ми повідомимо вас протягом 30 днів.
- **Запитувати про внесення змін.** Ви можете попросити нас виправити (внести зміни) вашу медичну інформацію, якщо вона є неточною або неповною. Ми можемо відмовити вам у задоволенні вашого запиту, але ми повідомимо вас про це в письмовій формі протягом 60 днів або повідомимо, якщо нам знадобиться додатковий час, проте не більше ніж 30 додаткових днів.
- **Отримувати список тих, кому ми передаємо вашу інформацію.** Ви можете попросити список (облік) випадків, коли ми надавали вашу інформацію і чому, за шість років або за три роки для записів частини 2, починаючи з дати вашого запиту. Не всі розкриття (обмін) будуть включені до цього переліку, наприклад ті, що здійснюються з метою лікування, оплати або медичних

операцій, за винятком записів частини 2, які було передано через електронну медичну картку. Ми надамо один офіційний звіт безкоштовно протягом 60 днів або повідомимо вас, якщо нам знадобиться додатковий час, проте не більше ніж 30 додаткових днів, але можемо стягнути розумну плату, що базується на витратах, якщо ви запросите ще один звіт протягом 12 місяців.

- **Отримати копію цього Повідомлення.** Ви можете попросити нас надати вам копію (паперову або електронну) цього Повідомлення в будь-який час або переглянути копію на нашому вебсайті за адресою: <https://healthcare.ascension.org/npp>.
- **Вибрати когось, хто буде діяти від вашого імені.** Якщо ви надали комусь довіреність на прийняття медичних рішень або якщо хтось є вашим законним опікуном, ця особа може користуватися вашими правами й приймати рішення щодо вашої медичної інформації. За певних обставин неповнолітня дитина може самостійно приймати рішення або здійснювати свої права.
- **Подавати скаргу.** Ви можете подати скаргу, якщо вважаєте, що ваші права було порушено. Ви можете зв'язатися зі спеціалістом із питань конфіденційності або з Управлінням з питань громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights), як описано в цьому Повідомленні. Вас не будуть карати, дискримінувати, мститися вам чи залякувати за подання скарги.

Наші обов'язки

- Закон зобов'язує нас зберігати конфіденційність і безпеку вашої медичної інформації.
- Ми повідомимо вас, якщо станеться порушення, яке може поставити під загрозу конфіденційність або безпеку вашої ідентифікованої медичної інформації.
- Ми повинні дотримуватися практик, описаних у цьому Повідомленні. Ми залишаємо за собою право змінювати умови цього Повідомлення, і ці зміни будуть застосовуватися до всієї інформації, яку ми маємо про вас. Ми надамо вам копію цього Повідомлення на <https://healthcare.ascension.org/npp>.
- Ми не будемо використовувати або передавати вашу інформацію, зокрема вашу інформацію із частини 2, окрім як описано тут, якщо ви не надасте нам письмового дозволу на це. Якщо ви скажете нам, що ми можемо, ви можете передумати в будь-який момент. Повідомте нас письмово, якщо ви передумаєте.

Запитання чи скарги та як реалізувати свої права

Якщо у вас є запитання або ви хочете скористатися своїми правами, описаними в цьому Повідомленні, зверніться до спеціаліста з питань конфіденційності компанії Ascension Illinois за адресою: 4600 Edmundson Rd, St Louis MO 63134, за телефоном 224-273-1050 або електронною поштою compliance.illinois@ascension.org. Деякі запити щодо реалізації ваших прав потрібно подавати в письмовій формі. Щоб подати скаргу до Управління з громадянських прав (Office for Civil Rights), напишіть за адресою: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, зателефонуйте за номером 877-696-6775 або відвідайте вебсайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Частина 2. Записи

На додаток до захисту конфіденційності, передбаченого правилами HIPAA, і прав, описаних у цьому Повідомленні, конфіденційність записів про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, захищається ще одним федеральним законом, який називається частина 2. У деяких відділеннях Ascension діють програми частини 2, і цей розділ надає пацієнтам цих програм додаткову інформацію про закони і правила, що регулюють ці записи.

Наведені далі додаткові засоби захисту застосовуються до використання й обміну вашою інформацією за частиною 2 й описують ваші права.

- Ми можемо попросити вас підписати єдину згоду на всі майбутні використання або передачу вашої інформації з частини 2 для цілей лікування, оплати й медичного обслуговування. Якщо ми передаємо записи частини 2 за вашою згодою, одержувач може надалі поширювати інформацію без вашого дозволу, якщо це дозволено правилами HIPAA.
- Ми не будемо використовувати або передавати вашу інформацію з частини 2 з метою збору коштів, якщо попередньо не надамо вам можливість відмовитися від отримання повідомлень про збір коштів.
- Ми не будемо використовувати або передавати записи частини 2 для будь-якого цивільного, кримінального, адміністративного або законодавчого провадження проти вас, якщо не отримаємо вашої письмової згоди або судового розпорядження. Ми можемо ділитися

інформацією лише за рішенням суду після того, як вам і нам буде повідомлено про це й надано можливість бути почутими. Судова постанова, що дозволяє використання або надання доступу, має також містити повістку до суду або іншу юридичну вимогу, що вимагає розкриття інформації до того, як записи буде використано або надано для загального доступу.

- Якщо ми не отримаємо вашого дозволу, інформація частини 2 буде знеособлена перед передачею в цілях охорони здоров'я, якщо ми не отримаємо вашого дозволу.
- Ми можемо попросити у вас письмовий дозвіл на інше використання та передачу вашої інформації за частиною 2, зокрема, серед іншого, на передачу інформації за частиною 2: центральним реєстрам або системам управління відкликанням для запобігання багаторазової реєстрації; особі в системі кримінального правосуддя, якщо участь у програмі за частиною 2 необхідна для закриття кримінальної справи; державній програмі моніторингу рецептурних препаратів, якщо цього вимагає законодавство штату.
- Ви можете відкликати будь-яку згоду, звернувшись у програму частини 2 або до спеціаліста з питань конфіденційності.
- Ви маєте право обговорити це Повідомлення зі спеціалістом із питань конфіденційності.
- Ви можете попросити список (облік) випадків, коли ми надавали вашу інформацію з частини 2, і причини надання за три роки до вашого запиту. Розкриття інформації про лікування, оплату або медичні операції буде включене тільки в разі, якщо розкриття відбулося через електронну медичну картку.
- Ви можете попросити список розкриття інформації, здійсненого фізичною або юридичною особою, яка отримала інформацію за вашою письмовою згодою за період до трьох років до вашого запиту, і ви отримаєте список осіб, яким було надано доступ до їхніх записів. Ви отримаєте відповідь протягом 30 днів або скоріше.
- Якщо ми погодилися на ваш запит щодо обмеження використання або передачі вашої інформації з частини 2 з метою лікування, ми маємо дозвіл і можемо продовжувати ділитися цією інформацією з іншим медичними працівниками в разі потреби в екстреній медичній допомозі, але вимагатимемо, щоб медичні працівники не використовували й не передавали цю інформацію в подальшому.