



1215 East Michigan Avenue
P.O. Box 30480
Lansing, Michigan 48909-7980

Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности

Дата вступления в силу: 01 ноября 2008 г.

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ
МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ ПРЕДАНА ГЛАСНОСТИ, И КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ
МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ДАННОЙ ИНФОРМАЦИИ**

ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ВНИМАТЕЛЬНО

Если у вас возникли вопросы относительно данного Уведомления, пожалуйста, свяжитесь с главным инспектором по вопросам конфиденциальности информации компании Sparrow Health System по адресу Sparrow Health System, P.O. Box 30480, 1215 E. Michigan Avenue, Lansing, MI, 48909-7980.

КТО ДОЛЖЕН СОБЛЮДАТЬ УСЛОВИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Данное Уведомление описывает порядок обеспечения конфиденциальности в лечебном комплексе Sparrow Health System. Лечебный комплекс Sparrow Health System включает в себя следующие отдельные организации:

- Больница Sparrow Hospital, включающая в себя все отделения и подразделения данной больницы, а именно:
 - Центр женского здоровья Sparrow
 - Центр контроля веса Sparrow
 - Региональные лаборатории Sparrow
 - Служба хосписа Sparrow
 - Центр амбулаторного лечения Mason
 - Центр здоровья семьи Sparrow
 - Медицинская семейная служба Sparrow
 - Партнерские акушерско-гинекологические комплексы Sparrow Lansing
 - Центр акушерства и гинекологии Sparrow
 - Региональный детский центр Sparrow
 - Региональный диабетический центр Sparrow
 - Региональный онкологический центр Sparrow
 - Отделение экстренной медицинской помощи Sparrow
 - Отделение неотложной помощи Sparrow – Michigan Avenue
 - Отделение неотложной помощи Sparrow – Okemos
- Медицинский персонал больницы Sparrow Hospital и любой другой медицинский работник, уполномоченный вносить информацию в вашу историю болезни в больнице Sparrow Hospital.
- Специализированная клиника Sparrow, медицинский персонал специализированной клиники Sparrow и любой другой медицинский работник, уполномоченный вносить информацию в вашу историю болезни в специализированной клинике Sparrow.
- Больница Clinton Memorial Hospital, медицинский персонал больницы Clinton Memorial Hospital и любой другой медицинский работник, уполномоченный вносить информацию в вашу историю болезни в больнице Clinton Memorial Hospital.
- Home Health Care of Sparrow, Inc.
- Sparrow Home Care
- Pharmacy Plus, Inc.
- Sparrow Regional Medical Supply & Pharmacy, L.L.C.
- Медицинский персонал больницы Sparrow Hospital и любой другой медицинский работник, уполномоченный вносить информацию в вашу историю болезни.
- Все сотрудники и независимый персонал, работающий по контракту в организациях Sparrow Health System.

- Любой член волонтерской группы, получивший разрешение оказывать помощь в предоставлении вам услуг.

Все лица, организации, подразделения и филиалы, указанные выше (в совокупности "мы", "наш" или "Sparrow Health System" или отдельно "учреждение Sparrow Health System") обязаны соблюдать условия данного Уведомления. Кроме того, данные лица, организации, подразделения и филиалы могут обмениваться информацией о вас в целях лечения, оплаты или проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи, описанных в данном Уведомлении.

НАШИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Мы понимаем, что информация о вас и вашем здоровье носит личный характер. Мы обязуемся защищать информацию о состоянии вашего здоровья. Мы ведем запись(и) о медицинской помощи и услугах, полученных в больничном комплексе Sparrow Health System. Данные записи необходимы для предоставления вам качественной медицинской помощи и выполнения определенных требований законодательства. Данное Уведомление имеет отношение ко всем записям, касающимся медицинской помощи, предоставленной вам в медицинском комплексе Sparrow Health System. Ваш личный врач может иметь иные предписания или уведомления относительно его возможности использовать и/или раскрывать информацию о вашем здоровье, полученную в кабинете врача или в клинике.

Данное Уведомление ознакомит вас с теми методами, посредством которых мы можем использовать и раскрывать информацию о вашем здоровье. Вы также ознакомитесь со своими правами и определенными обязательствами, касающимися использования и передачи информации о вашем здоровье.

В соответствии с требованиями законодательства мы обязаны:

- предпринять все разумно необходимые меры для сохранения в тайне информации о вашем здоровье, идентифицирующей вас;
- предоставить вам данное Уведомление о наших юридических обязанностях и порядке обеспечения конфиденциальности в отношении информации о вашем здоровье; и
- выполнять условия данного уведомления, которые имеют юридическую силу в настоящий момент (см. дату вступления в силу на первой странице).

КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

В следующих категориях содержится описание различных способов использования и раскрытия медицинской информации. Каждая категория использования и раскрытия информации будет разъяснена, и для вас будут приведены несколько примеров. В категории представлены не все способы использования или раскрытия информации. Однако каждый разрешенный для нас способ использования и передачи информации может быть отнесен к одной из категорий. Законодательство штата Мичиган может требовать получения вашего специального разрешения на использование и раскрытие определенной медицинской информации, как это описано в предлагаемых ниже категориях, например, при использовании или раскрытии информации о психическом здоровье, злоупотреблении алкоголем или наркотиками и наличии ВИЧ/СПИДа.

- **С целью предоставления лечения.** Информация о вашем здоровье может быть использована для предоставления вам медицинского лечения, продуктов или услуг. Информация о вашем здоровье может быть передана врачам, медсестрам, техникам, студентам медицинских учебных заведений, другим медицинским работникам и персоналу, принимающему участие в вашем лечении. Например, врачу, который лечит у вас перелом ноги, может потребоваться информация о наличии у вас диабета, поскольку диабет может замедлить процесс выздоровления. Информация о вашем здоровье может быть предоставлена для координации необходимых вам услуг, например, выписки рецептов, сдачи анализов и выполнения рентгенограмм. Мы также можем предоставить вашу медицинскую информацию лицам, не работающим в Sparrow Health System, но принимающим участие в вашем лечении.

- **С целью осуществления оплаты.** Мы также можем использовать и раскрывать информацию о вашем здоровье с целью выставления счетов за предоставленное лечение, медикаменты и оказанные услуги и получения оплаты от вас, страховой компании или третьей стороны. Так, у нас может возникнуть необходимость раскрыть информацию о перенесенной вами операции компании, предоставляющей вам медицинскую страховку, чтобы она осуществила выплату нам или возместила вам расходы, связанные с операцией. Мы также можем сообщить сведения о планируемом лечении компании, предоставляющей вам медицинскую страховку, чтобы получить предварительное подтверждение или оценить, покрывает ли ваша страховка планируемый курс лечения.
- **С целью проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи.** Информация о вашем здоровье может быть использована и передана для проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи. Такое использование и передача информации необходима для работы Sparrow Health System и обеспечения качественного лечения всех наших пациентов и резидентов. Например, мы можем использовать информацию о вашем здоровье для анализа хода лечения и предоставления услуг, а также для оценки качества лечения, предоставляемого вам нашим персоналом. Сбор обобщающей медицинской информации о пациентах может осуществляться для принятия решений относительно предложения дополнительных услуг, отказа от услуг, в которых больше нет необходимости и определения эффективности некоторых новых методов лечения. Информация может передаваться врачам, медсестрам, техникам, студентам медицинских учебных заведений, другим поставщикам медицинских услуг или персоналу с целью ознакомления и обучения. Мы также можем объединять имеющуюся у нас информацию с данными, полученными от других поставщиков медицинских услуг, для проведения сравнительного анализа и выявления возможных способов повышения качества предоставляемого лечения и услуг.
- **С целью напоминания о назначенных посещениях** Сведения медицинского характера могут использоваться для напоминания вам о назначенном посещении для прохождения курса лечения или оказания медицинского обслуживания.
- **Альтернативные методы лечения.** Сведения медицинского характера могут использоваться, чтобы ознакомить вас или предложить вам возможные варианты или альтернативные методы лечения, которые могли бы вас заинтересовать.
- **Медицинские льготы и услуги.** Медицинские сведения могут быть использованы для ознакомления вас с медицинскими льготами и услугами, которые могут представлять для вас интерес.
- **Сбор финансовых средств.** Некоторые ваши медицинские данные могут быть использованы для того, чтобы обратиться к вам с просьбой о пожертвованиях для Sparrow Health System. Некоторые ваши медицинские данные могут быть переданы в фонд Sparrow Foundation для связи с вами в ходе сбора средств для Sparrow Health System. При этом разглашаемая контактная информация ограничивается вашим именем, адресом, номером телефона и датами получения вами курса лечения или медицинских услуг.
- **Список пациентов учреждения.** Отдельные выборочные сведения о вас могут быть включены в список пациентов больницы/учреждения, пока вы являетесь стационарным пациентом или резидентом. Данные сведения включают ваше имя и фамилию, местонахождение, общее состояние здоровья (например, удовлетворительное, стабильное и т.д.) и ваше вероисповедание. Данная информация, за исключением вероисповедания, может разглашаться людям, знающим вас по имени. Данная информация может предоставляться духовным лицам той конгрегации, членом которой вы являетесь, даже если они не знают вас по имени. Если вы католик, ваше вероисповедание может также быть сообщено священникам, посещающим учреждение. Таким образом, члены вашей семьи, друзья и духовные лица могут навестить вас в больнице и узнать о вашем состоянии.
- **Информирование лиц, имеющих отношение к вашему лечению и его оплате.** Медицинские сведения о вас могут быть переданы друзьям или членам семьи, участвующим в уходе за вами. Мы также имеем право передавать информацию о вас лицам, которые помогают оплачивать ваше

лечение. Кроме того, мы имеем право передавать информацию о вас организации, оказывающей помощь в чрезвычайных ситуациях. Это необходимо для извещения вашей семьи о вашем состоянии, статусе и местонахождении. Однако, согласно законодательству штата Мичиган мы имеем право передавать медицинские данные, имеющие отношение к лечению несовершеннолетних по поводу венерических заболеваний и проверке на ВИЧ, злоупотреблению алкоголем или наркотиками, проблемам психического здоровья и предродового лечения/наблюдения за беременностью лишь для определенных медицинских целей.

- **Проведение научных исследований.** При наличии специального разрешения, полученного от вас, и за исключением определенных медицинских данных, ваши медицинские сведения могут быть использованы и переданы для проведения научных исследований. Например, научно-исследовательский проект может проводиться с целью сравнения состояния и динамики выздоровления всех пациентов, имеющих одинаковый диагноз, принимающих определенный лекарственный препарат, с теми пациентами, которые принимали другой лекарственный препарат. С вашего разрешения информация о вашем здоровье может быть передана лицам, участвующим в подготовке научно-исследовательского проекта, при условии, что доступ к этой информации будет предоставлен в помещении учреждения Sparrow Health System. Проведение любых исследований требует специальной процедуры одобрения. В ходе данного процесса оцениваются задачи научно-исследовательского проекта и степень использования медицинских сведений, чтобы добиться компромисса между задачами исследования и правами пациентов на сохранение конфиденциальности сведений об их здоровье согласно федеральному законодательству и законодательству штата. До использования или передачи медицинской информации для исследований, проект должен пройти процедуру одобрения. Исследователь, принимающий участие в одобренном научно-исследовательском проекте, может иметь доступ к вашему имени и фамилии, адресу или иным сведениям о пациенте, позволяющим установить вашу личность и лица, которые будут участвовать в оказании вам медицинской помощи.

ОСОБЫЕ СЛУЧАИ

Использование и передача информации о вашем здоровье могут осуществляться только если это разрешено или необходимо согласно федеральному законодательству или законодательству штата или правилам, относящимся к одному из или всем следующим случаям, которые могут касаться вас.

- Общественная деятельность и отчеты в отношении контроля заболеваний, злоупотреблений или халатности, а также статистики здравоохранения и естественного движения населения.
- С целью предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности и для защиты общественного здоровья и безопасности. Любая передача информации будет осуществлена исключительно лицу, которое может помочь предотвратить угрозу.
- Административный надзор в отношении проверок, расследований, выдачи разрешений или определения причины смерти.
- Распоряжение суда или другие судебные процедуры, имеющие отношение к деятельности правоохранительных органов, включая надзор над заключенными, судебные процессы или деятельность службы национальной безопасности.
- Военная и ветеранская отчетность о членах вооруженных сил США или об иностранных военнослужащих по требованию военного командования.
- Отчеты о донорстве органов и тканей и о трансплантации по требованию регулирующих организаций, если необходима помощь при донорстве органов и тканей и трансплантации.
- Отчетность о компенсациях работникам и других реабилитационных мероприятиях, как того требует законодательство или страховые компании, с целью предоставления пособий в связи с травмами, полученными на рабочем месте или профзаболеваниями, а также травмами и заболеваниями разного рода потерпевших.
- Следователи, судебно-медицинские эксперты и уполномоченные ритуальных служб для опознания умершего, установления причины смерти или для выполнения ими своих законных обязанностей.

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

В отношении личных медицинских сведений, имеющих у нас в распоряжении, вы имеете следующие права. Для использования этих прав, вы должны подать письменное заявление в отдел информационного обслуживания Sparrow Health по адресу: Sparrow Health Information Management Department, P.O. Box 30480, 1215 E. Michigan Avenue, Lansing, MI 48909-7980. Вы можете оформить запрос и получить форму, которая поможет вам составить письменное заявление.

- **Право на проверку и копирование информации.** Вы имеете право ознакомиться и получить копию медицинских сведений, на основании которых принимаются решения о вашем лечении. При запросе копии информации, мы можем взимать разумную плату за копирование, пересылку и другие расходные материалы, используемые в ходе выполнения вашего запроса.

В некоторых редких случаях вам может быть отказано в проверке и копировании информации. В этом случае вы имеете право требовать пересмотра решения об отказе. Ваши запрос и решение об отказе будут пересмотрены другим медицинским специалистом, имеющим соответствующее разрешение и выбранным Sparrow Health System. Лицо, рассматривающее ваш запрос, не может быть должностным лицом, принявшим первоначальное решение об отказе в ответ на ваш запрос. Окончательное решение является обязательным для нас.

- **Право на внесение исправлений.** Если вы считаете, что мы имеем неполную или неверную медицинскую информацию о вас, вы можете обратиться с просьбой о внесении в нее исправлений и дополнений. Вы имеете право просить о внесении исправлений в течение всего времени, пока информация хранится в или для Sparrow Health System.

Ваш запрос может быть отклонен, если заявление было подано не в письменном виде или не содержало указания причины. Кроме того, мы можем отклонить ваше заявление, если вы просите нас изменить информацию, которая:

- не исходит от нас, кроме случаев, когда лицо или организация, предоставившие эти сведения, не имеют возможности их исправить;
 - не входит в состав медицинских сведений, которые хранятся в или для учреждения Sparrow Health System;
 - не является частью информации, разрешенной для проверки или копирования пациентом; или
 - является полной и верной.
- **Право на получение отчета о разглашении информации.** Вы имеете право требовать предоставления отчета о разглашении вашей личной информации. В таком отчете перечислен ряд случаев, когда информация о вашем здоровье была передана по причинам, не имеющим отношения к лечению, оплате лечения и другим мероприятиям, и в отношении которых мы не получили вашего письменного разрешения или для которых нам было необходимо только предоставить вам возможность выдвинуть возражения (уведомления, список пациентов учреждения и передача информации членам семьи и друзьям во время вашего лечения).

В вашем заявлении вы должны указать период времени, не превышающий шести (6) лет и не включающий в себя даты до 14 апреля 2003 г. В вашем заявлении вы должны указать форму, в которой вы хотите получить отчет (например, твердая или электронная копия). Первый отчет, запрошенный вами в течение двенадцати (12) месяцев, будет бесплатным. Возможно, вам придется оплатить стоимость предоставления дополнительных отчетов, если таковые вам потребуются. Вам будет предоставлена информация о стоимости услуги, и вы сможете отказаться от услуги или изменить заявку до того, как будут понесены расходы.

- **Право требовать ограничения передачи информации.** Вы имеете право требовать ограничения информации о вашем здоровье, которая используется или передается для лечения, оплаты или мероприятий по оказанию медицинской помощи. Вы также имеете право просить об ограничении объема медицинских сведений, которые сообщаются о вас лицам, участвующим в уходе за вами или оплате за ваше лечение, например, члену семьи или другу. Например, вы можете попросить о неиспользовании и нераспространении информации о перенесенной вами операции.

Мы имеем право отклонить ваш запрос, если он затрагивает информацию о лечении,

оплате или передаче информации, которые мы обязаны осуществлять в соответствии с требованиями законодательства. В случае положительного решения ваше требование будет выполнено, только если данная информация не требуется для оказания вам неотложной медицинской помощи.

- **Право на конфиденциальность контактов.** Вы имеете право указать, каким образом и в каком месте вы предпочитаете общаться с нами по вопросам медицинского обслуживания. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или только по почте. Мы не требуем, чтобы вы объясняли причины своей просьбы. Просьбы выполняются в разумных пределах. В запросе укажите, каким образом или где вы хотите получать от нас информацию.
- **Право на получение печатного экземпляра данного Уведомления.** Вы имеете право получить печатный экземпляр данного Уведомления. Вы можете запросить копию данного Уведомления в любое время. Вы имеет право получить бумажную копию Уведомления, даже если вы согласились на получение электронной версии.

Вы можете получить копию данного Уведомления на нашем веб-сайте, www.sparrow.org

Для получения экземпляра данного Уведомления, пожалуйста, свяжитесь с Sparrow Health System, Service Excellence Department, P.O. Box 30480, 1215 E. Michigan Avenue, Lansing, MI, 48909-7980.

ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное Уведомление. Мы оставляем за собой право ввести в силу пересмотренное или исправленное уведомление, применимое по отношению как к уже имеющимся сведениям о вашем здоровье, так и к сведениям, которые будут получены в будущем. Копия действующего уведомления будет передана в каждое учреждение Sparrow Health System. Дата вступления в силу будет указана в верхнем правом углу первой страницы.

ЖАЛОБЫ

Если вы считаете, что ваше право на конфиденциальность информации о вашем здоровье было нарушено, вы можете направить жалобу в Sparrow Health System или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения США. Чтобы подать жалобу в Sparrow Health System, отправьте ее в письменном виде по адресу Sparrow Health System, Service Excellence Department, P.O. Box 30480, 1215 E. Michigan Avenue, Lansing, MI, 48909-7980.

Все жалобы должны подаваться в письменном виде. После подачи жалобы у вас не будет негативных последствий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ИНЫХ ЦЕЛЯХ

Использование и раскрытие медицинской информации в целях, не предусмотренных данным Уведомлением или соответствующим законодательством, имеющим к нам отношение, возможно только с вашего письменного разрешения. Предоставленное вами разрешение на использование или передачу информации о вашем здоровье может быть отозвано вами в любое время в письменной форме. В случае отзыва разрешения мы прекращаем использование или передачу информации о вашем здоровье по причинам, указанным в вашем письменном разрешении. Примите во внимание, что мы не можем отменить передачу информации, уже выполненную по вашему разрешению, и что мы обязаны хранить наши записи о медицинской помощи, предоставленной вам.