

# Penn State Health

# Уведомление о конфиденциальности

Дата вступления в силу: 1 октября 2021 г.

## УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

### ВАША ИНФОРМАЦИЯ. ВАШИ ПРАВА. НАШИ ОБЯЗАННОСТИ

В этом уведомлении описывается, как может использоваться и раскрываться ваша медицинская информация и как вы можете получить к ней доступ. **Внимательно ознакомьтесь с ним.**

### НАШИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Penn State Health понимает, что информация о вашем здоровье является личной. Мы обязуемся защищать вашу медицинскую информацию в соответствии с настоящим Уведомлением и в соответствии с требованиями федерального законодательства и законов штата.

### ПРИМЕНИМОСТЬ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Это Уведомление применяется ко всем организациям и сотрудникам Penn State Health (PSH), включая студентов и волонтеров. Узнать об организации PSH больше можно по адресу:

<https://www.pennstatehealth.org/>

Это Уведомление применяется к информации, созданной или полученной PSH, которая описывает:

- ваше психическое или физическое здоровье или состояние;
- получаемые вами медицинские услуги;
- прошлые или будущие оплаты за получаемые вами медицинские услуги.

Описанная выше информация известна как защищенная медицинская информация (protected health information, PHI) и регулируется федеральным законодательством и законами штата.

Это Уведомление не распространяется на:

- медицинскую информацию, которая не считается защищенной медицинской информацией;
- план медицинского обслуживания PSH или на PSH как работодателя;
- поставщиков медицинских услуг, не связанных с PSH.

### СОВМЕСТНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Члены организации PSH участвуют в программе организованного медицинского обслуживания (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Участники OHCA могут делиться вашей информацией друг с другом для обеспечения совместного лечения, оплаты и работы медицинского учреждения. Каждый участник OHCA будет использовать, раскрывать, хранить и защищать вашу медицинскую информацию в соответствии с настоящим Уведомлением.

### КАК МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ И РАСКРЫВАЕМ ВАШУ ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

#### Лечение

PSH может использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию по мере необходимости для предоставления или координации лечения. Это включает в себя передачу вашей защищенной медицинской информации другим учреждениям и сотрудникам PSH или поставщикам медицинских услуг, агентствам или учреждениям, не связанным с PSH.

Например, врачи, медсестры и другие специалисты, участвующие в вашем лечении (в организации PSH или вне нее), могут использовать вашу защищенную медицинскую информацию, чтобы направить вас к специалисту, порекомендовать лекарства или спланировать ваш курс лечения.

### Обеспечение работы медицинского учреждения

PSH может использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для обеспечения работы медицинского учреждения, что может включать в себя:

- раскрытие защищенной медицинской информации ассоциированным коммерческим организациям, которые предоставляют определенные услуги PSH или от ее имени;
- раскрытие защищенной медицинской информации организациям, участвующим в программе PSH OHCA, а также сторонним организациям, которые имеют с вами прямые отношения при предоставлении вам лечения или оплате наших услуг.

Например, мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию врачам, медсестрам, техническим специалистам, студентам и другим сотрудникам PSH в образовательных целях или для координации обслуживания.

### Оплата услуг

Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для получения оплаты за свои услуги, а также для запроса подтверждения предоплаты за будущие услуги. Защищенная медицинская информация может быть раскрыта администраторам программ медицинского страхования, страховым компаниям или другим третьим сторонам, которые предоставляют услуги по оплате и взысканию задолженностей.

Например, мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию вашему поставщику медицинского страхования, чтобы обеспечить надлежащую оплату и выставление счетов за получаемое вами медицинское обслуживание.

### ДРУГИЕ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛИ РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

#### Деятельность в области общественного здравоохранения и безопасности

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в целях общественного здравоохранения, в том числе:

- для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности;
- для отчетности о рождении и смерти;
- чтобы сообщить о жестоком или безответственном обращении с детьми;
- чтобы сообщить о реакции на лекарства или проблемах с продуктами;
- для предоставления уведомлений об изъятии продукции из оборота;
- для предоставления уведомлений о потенциальной подверженности заболеванию или риске заражения либо распространения заболевания/состояния;
- для уведомления соответствующего государственного органа о предполагаемом жестоком или безответственном обращении либо домашнем насилии.

Кроме того, мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию:

- для снижения или предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности других лиц;
- уполномоченным организациям, которые оказывают помощь при стихийных бедствиях.

Например, мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию Американскому Красному Кресту, чтобы помочь ему в реагировании на чрезвычайную ситуацию.

## Научно-исследовательская деятельность

Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в научно-исследовательских целях, если:

- исследователь получит одобрение Экспертного совета медицинского учреждения или аналогичного комитета, который отвечает за защиту прав на неприкосновенность частной жизни и безопасность людей в исследованиях; или
- вы предоставите нам свое письменное разрешение на это.

Кроме того, мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию без разрешения для выявления пациентов с особыми медицинскими потребностями, имеющими отношение к будущим научно-исследовательским проектам.

## Соблюдение законодательства

Мы раскроем вашу защищенную медицинскую информацию, если это потребуется в соответствии с федеральным законодательством, законами штата или местными законами.

## Донорство органов и тканей

Если вы являетесь донором органов, мы можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию банку донорских органов или организациям, занимающимся получением или трансплантацией органов.

## Судмедэксперты или похоронные бюро

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию:

- судебно-медицинским экспертам или патологоанатомам для установления личности умершего, определения причины смерти или по другим причинам, разрешенным законодательством;
- сотрудникам похоронных бюро по мере необходимости для выполнения их обязанностей.

## Выплаты компенсаций работникам

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию администраторам программ выплаты компенсаций работникам или аналогичных программ, которые предоставляют льготы в связи с производственными травмами или заболеваниями.

## Охрана и безопасность труда

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию вашему работодателю, когда проводим обследования и оказываем медицинскую помощь по его запросу, связанному с охраной и безопасностью труда.

## Обеспечение правопорядка

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в целях обеспечения правопорядка или сотрудникам правоохранительных органов, если это разрешено или требуется в соответствии с законодательством.

## В ответ на запросы других государственных органов

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в соответствии с требованиями в следующих особых случаях:

- органам военного командования, если вы являетесь военнослужащим;
- в соответствующий иностранный военный орган, если вы являетесь иностранным военнослужащим;
- уполномоченным федеральным должностным лицам в целях разведки или контрразведки;
- уполномоченным должностным лицам в целях защиты президента США или представителей других американских и иностранных государственных органов;
- для проведения специальных расследований или мероприятий, предусмотренных законодательством.

## Юридические запросы

Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в ответ на:

- судебное или административное постановление;
- повестку в суд, запрос документов или другой законно изданный судебный приказ.

Кроме того, мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для защиты или предъявления претензий в рамках иска, связанного с вашим лечением в учреждении PSH.

## Обмен медицинской информацией

Мы можем использовать, раскрывать или получать защищенную медицинскую информацию в электронном виде через систему обмена медицинской информацией. Вы можете отказаться от участия в системе обмена медицинской информацией, подав форму отказа сотруднику регистратуры, который будет помогать вам во время вашего визита в PSH, или обратившись в Отдел по вопросам медицинской информации PSH с помощью контактной информации, указанной внизу этого Уведомления.

## Льготы и услуги, связанные со здоровьем

Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию, чтобы информировать вас о медицинских льготах, услугах и вариантах лечения, предлагаемых PSH. Например, мы можем проинформировать вас о предлагаемых PSH услугах диетолога, чтобы помочь вам контролировать диабет.

## Предотвращение вреда

Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию, чтобы предотвратить серьезную неминуемую угрозу для человека или общества.

## Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food & Drug Administration, FDA)

Мы можем раскрывать FDA защищенную медицинскую информацию, если она связана с продуктами питания, добавками, фармацевтическими препаратами и продуктами или по мере необходимости для обеспечения возможности изъятия из оборота, ремонта или замены продукции.

## Деятельность по привлечению средств

Мы можем использовать защищенную медицинскую информацию, чтобы связываться с вами с целью получения добровольных пожертвований или участия в деятельности в поддержку благотворительных инициатив PSH. Это включает в себя раскрытие ограниченной защищенной медицинской информации Университету штата Пенсильвания, который помогает PSH искать благотворительные пожертвования от имени PSH.

Если мы будем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в рамках деятельности по привлечению средств, вам будет предоставлено право отказаться от участия в будущих мероприятиях, о чем вам будет подробно рассказано в предоставленном вам сообщении о привлечении средств.

## Больничный каталог PSH

Пока вы являетесь пациентом в одном из наших учреждений, мы можем включать определенную ограниченную информацию о вас в больничный каталог.

- Информация в каталоге может включать ваши имя и фамилию, местонахождение в учреждении, ваше общее состояние (например, «удовлетворительное», «тяжелое», «критическое» и т. д.), а также вашу религиозную принадлежность.
- Мы можем предоставлять информацию о вас людям, которые спрашивают о вас по имени, за исключением вопросов о вашей религиозной принадлежности.
- Ваша религиозная принадлежность может быть раскрыта духовным священнослужителям.
- У вас есть право ограничить разглашение любой части или всей этой информации, или вы можете потребовать, чтобы информация о вашем поступлении в PSH оставалась конфиденциальной, передав этот запрос сотрудникам PSH, которые предоставляют вам услуги. Если вы подадите запрос на сохранение в тайне информации о вашем поступлении, звонящим и посетителям не будут сообщать, что вы являетесь пациентом больницы.

## Лица, участвующие в вашем лечении

Если вы не возражаете, мы можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию другу или члену семьи, который участвует в вашем медицинском обслуживании, например члену семьи, получающему лекарства по рецепту от вашего имени.

## Деятельность по надзору за здравоохранением

Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию службам по надзору за здравоохранением для деятельности, разрешенной законодательством, например проведения аудитов, расследований и инспекций. Эта деятельность необходима правительству для мониторинга системы здравоохранения, государственных программ и соблюдения нами законодательства.

## Лица, содержащиеся под стражей

Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под надзором сотрудника правоохранительных органов.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ, ТРЕБУЮЩЕЕ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

За исключением случаев, описанных в этом Уведомлении или иным образом разрешенных или требуемых в соответствии с законодательством, мы не будем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для каких-либо других целей, если вы не уполномочили нас на это в письменной форме. В частности, подписанное вами разрешение требуется для следующих действий:

- использование и раскрытие информации в маркетинговых целях;
- большинство случаев использования и раскрытия записей психотерапевта;
- раскрытие, представляющее собой продажу защищенной медицинской информации;
- использование и раскрытие определенных протоколов исследований.

Если вы предоставите нам разрешение на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации, вы можете отозвать его в любое время, подав письменное заявление. Однако мы не можем отменить любое раскрытие информации, совершенное ранее с вашего разрешения. В подписанном вами документе будет описано, как вы можете отозвать свое разрешение. Отзыв разрешения или отказ в предоставлении разрешения не повлияет на лечение, которое вы получаете в PSH, но может помешать вам участвовать в специальных программах, которые включают использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации способом, требующим вашего разрешения.

## ВАШИ ПРАВА

В этом разделе объясняются ваши права и наши обязанности, которые помогают вам реализовать эти права.

### Право на ознакомление и получение электронной или бумажной копии своей медицинской карты

За некоторыми исключениями, вы имеете право ознакомиться и получить копию своей медицинской карты, которая содержит защищенную медицинскую информацию.

- Чтобы ознакомиться со своей медицинской картой и получить ее копию, вы можете обратиться в Отдел по вопросам медицинской информации PSH, воспользовавшись контактной информацией, указанной внизу этого Уведомления.
- Мы можем взимать разумную плату за расходы на копирование, почтовую пересылку или другие материалы, связанные с вашим запросом.
- При определенных обстоятельствах мы можем отклонить ваш запрос на ознакомление с вашей картой и получение ее копии и уведомим вас в письменной форме о таком решении. Мы также сообщим, можете ли вы запросить пересмотр этого решения и как это сделать.

Вы также можете получить доступ к некоторым частям своей медицинской информации с помощью портала для пациентов PSH. Вы можете попросить сотрудника регистратуры, который будет помогать вам во время вашего визита, помочь вам создать учетную запись на портале для пациентов, или обратиться в Отдел по вопросам медицинской информации, воспользовавшись контактной информацией, указанной внизу этого Уведомления.

### Право подать запрос на внесение изменений в свою медицинскую карту

Если вы считаете, что ваша защищенная медицинская информация неверна или неполна, вы можете потребовать, чтобы мы внесли в нее изменения.

- Вы должны подать свой запрос в письменной форме в Управление по вопросам конфиденциальности или в Отдел по вопросам медицинской информации, воспользовавшись контактной информацией, указанной внизу этого Уведомления.
- В запросе вы должны описать причины, по которым вы считаете, что ваша защищенная медицинская информация неверна или неполна.

Мы можем отклонить ваш запрос по одной или нескольким из следующих причин:

- если защищенная медицинская информация была создана не нами, кроме случаев, когда физическое или юридическое лицо, создавшее информацию, больше не может внести изменения;
- если защищенная медицинская информация не является частью данных, хранящихся в PSH или для PSH;
- если защищенная медицинская информация не является частью информации, с которой вам разрешено ознакомиться или которую разрешено получить;
- если защищенная медицинская информация является точной и полной.

### Право подать запрос на конфиденциальность обмена информацией

Вы имеете право запросить, чтобы мы связывались с вами или предоставляли вам информацию определенным образом, например используя указанный номер телефона или альтернативный почтовый адрес.

- Вы должны подать этот запрос в письменной форме в учреждении PSH, которое вы посещаете, или обратившись в Управление по вопросам конфиденциальности, воспользовавшись контактной информацией, указанной внизу этого Уведомления.
- Мы постараемся удовлетворить любые ваши разумные запросы.

### Право подать запрос на ограничение использования своей защищенной медицинской информации

Вы имеете право подать запрос на ограничение методов использования или раскрытия защищенной медицинской информации в отношении лечения, оплаты или работы медицинского учреждения.

- Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос, за исключением случаев, когда вы просите, чтобы мы не разглашали защищенную медицинскую информацию, связанную с медицинским обслуживанием, за которое вы полностью заплатили PSH в соответствии с порядком выставления счетов PSH, вашей программе медицинского страхования. Вы должны проинформировать об этом запросе сотрудника регистратуры во время предоставления соответствующей услуги.
- Все другие запросы на ограничение раскрытия информации должны быть поданы в письменной форме в Управление по вопросам конфиденциальности с помощью контактной информации, указанной внизу этого Уведомления.
- В запросе необходимо указать:
  - какую информацию вы хотите ограничить;
  - хотите ли вы ограничить использование, раскрытие или и то, и другое;
  - к кому вы хотите применить ограничения.

### Право подать запрос на предоставление отчета о раскрытии определенной защищенной медицинской информации

Вы имеете право получить отчет о том, как PSH раскрыла определенную защищенную медицинскую информацию. Это право не распространяется на раскрытие информации в целях лечения, оплаты и обеспечения работы медицинского учреждения или других ограниченных исключений.

- Вы должны подать запрос в письменной форме в Управление по вопросам конфиденциальности, воспользовавшись контактной информацией, указанной на последней странице этого Уведомления.
- Вы должны указать даты, за которые вы хотите получить отчет. Отчет может включать только информацию за последние шесть (6) лет до даты подачи вами запроса.
- Первый запрос в течение любых двенадцати (12) календарных месяцев является бесплатным. За каждый последующий запрос, отправленный в течение тех же двенадцати (12) месяцев, будет взиматься разумная плата, основанная на наших затратах.
- Вы можете получить форму запроса, обратившись в Управление по вопросам конфиденциальности, воспользовавшись контактной информацией, указанной внизу этого Уведомления.

#### Право назначить личного представителя

Если вы предоставили кому-либо законные полномочия на осуществление своих прав и принятие решений, связанных с вашей защищенной медицинской информацией, мы выполним их запросы, как только проверим их право на это.

#### Право подать жалобу, если вы считаете, что ваши права нарушены

Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете сделать следующее.

- Подать жалобу в Управление по вопросам конфиденциальности:
  - по электронной почте на адрес [Privacy@pennstatehealth.psu.edu](mailto:Privacy@pennstatehealth.psu.edu);
  - по номеру телефона (717) 531-2081;
  - по почте на адрес P.O. Box 850, Mail Code: CA133, Hershey, PA 17033.
- Подать жалобу на имя Министра здравоохранения и социальных служб США на веб-странице: [www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/)

Мы не будем принимать какие-либо репрессивные меры за подачу жалобы.

#### Законодательство штата Пенсильвания

Законодательство штата Пенсильвания может дополнительно ограничивать использование или передачу вашей медицинской информации, включая раскрытие данных медицинской карты, данных, связанных с ВИЧ, отчетов о расстройствах, связанных с употреблением алкоголя или наркотических веществ, отчетов о психическом здоровье пациентов стационара и отчетов об обязательном амбулаторном лечении психических заболеваний. Если к вашей медицинской информации применяется законодательство штата Пенсильвания, мы будем использовать и раскрывать вашу информацию в соответствии с этим законодательством, так как оно является более строгим.

#### НАШИ ОБЯЗАННОСТИ

Ниже перечислены наши обязанности в отношении вашей защищенной медицинской информации:

- в соответствии с законодательством мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей защищенной медицинской информации;
- мы сообщим вам, если произойдет нарушение, которое поставит под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей защищенной медицинской информации; мы будем выполнять обязанности и соблюдать политику конфиденциальности, описанные в этом Уведомлении;
- мы предоставим вам копию этого Уведомления;
- мы не будем использовать или передавать вашу защищенную медицинскую информацию каким-либо другим образом, помимо описанного в этом Уведомлении или разрешенного законодательством, если вы не дадите на это свое письменное разрешение.

Более подробную информацию см. на веб-странице:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html)

## ИЗМЕНЕНИЯ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ

Время от времени мы пересматриваем политику конфиденциальности. Таким образом, мы оставляем за собой право вносить изменения в это Уведомление в любое время. Любые изменения вступают в силу для всей защищенной медицинской информации, которой владеет PSH, даже если она была создана или получена до таких изменений. Прежде чем мы внесем существенные изменения в политику конфиденциальности, мы изменим это Уведомление и разместим копию текущего Уведомления в своих учреждениях. Уведомление будет содержать дату вступления в силу.

## ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Вы имеете право получить бумажную копию этого Уведомления. Вы можете запросить копию этого Уведомления в любое время. Копии этого Уведомления будут доступны в любом учреждении PSH или если вы обратитесь в Управление по вопросам конфиденциальности, воспользовавшись контактной информацией, указанной внизу этого Уведомления.

Вы также можете получить электронную копию по ссылке: <http://pennstatehealth.org/privacy-legal-notice>

## ВОПРОСЫ

Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу этого Уведомления, свяжитесь с нашим Управлением по вопросам конфиденциальности, воспользовавшись контактной информацией, указанной ниже.

## ВАЖНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Office of Cybersecurity and Privacy (Управление по вопросам кибербезопасности и конфиденциальности)

P.O. Box 850, Mail Code: CA133

Hershey, PA 17033-0850

(717) 531-2081

[Privacy@pennstatehealth.psu.edu](mailto:Privacy@pennstatehealth.psu.edu)

Health Information Management (Отдел по вопросам медицинской информации)

P.O. Box 850, Mail Code: HU24

Hershey, PA 17033-0850

(717) 531-3798

[HIMleadership@pennstatehealth.psu.edu](mailto:HIMleadership@pennstatehealth.psu.edu)



**PennState Health**