

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Пересмотрено: 1 июля 2020 г.

В НАСТОЯЩЕМ ЗАЯВЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ СПОСОБЫ ВАШЕГО ДОСТУПА К НЕЙ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО С НИМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ.

Если у вас появятся вопросы по поводу этого Заявления, обращайтесь к **сотруднику, ответственному за соблюдение конфиденциальности в UKHS, по телефону 913-588-2526**. Вы также можете позвонить на горячую линию соблюдения требований Системы здравоохранения университета Канзаса (University of Kansas Health System, UKHS). Бесплатный номер телефона: 844-527-0597.

Кто должен соблюдать правила, изложенные в этом Заявлении

В этом Заявлении описываются правила соблюдения конфиденциальности для нижеперечисленных поставщиков медицинских услуг, участвующих в Организации медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса. «Организация медицинского обслуживания» – это (i) интегрированная клиническая структура, в которой люди обычно получают медицинские услуги более чем у одного поставщика медицинских услуг, или (ii) организованная система медицинского обслуживания, в которой участвует более чем один поставщик медицинских услуг. В целях улучшения качества вашего обслуживания мы предоставляем вам это заявление о наших правилах соблюдения конфиденциальности и ваших правах на конфиденциальность. Вы имеете право на конфиденциальность в соответствии с Законом о сохранении и защите данных медицинского страхования (HIPAA) от 1996 г. Каждый поставщик услуг должен соблюдать положения этого Заявления. Это Заявление распространяется на различные аспекты обслуживания. По вашей просьбе мы готовы предоставить вам список наших учреждений, на которые распространяются положения этого Заявления.

Организация медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса (Organized Health Care Arrangement, OHCA) включает следующие учреждения:

- Система здравоохранения университета Канзаса (включая University of Kansas Hospital, University of Kansas Physicians, Hays Medical Center, Inc., University of Kansas Health System Great Bend Campus (включая St. Rose Pavilion) и Pawnee Valley Community Hospital, Inc.)
- Медицинский Центр Университета Канзаса (University of Kansas Medical Center)
- KU HealthPartners, Inc.

В число этих поставщиков услуг входят их сотрудники, персонал, стажеры, волонтерские группы, студенты и другие работники здравоохранения. Все эти организации, подразделения и учреждения соблюдают положения этого Заявления. Кроме того, эти организации, подразделения и учреждения могут передавать вашу медицинскую информацию друг другу в целях лечения, оплаты или контроля работы медицинского учреждения в соответствии с этим Заявлением.

Собирательно в этом документе эти организации именуются «мы» или «нас». Мы можем передавать вашу медицинскую информацию друг другу в целях лечения, оплаты или в организационных целях. Закон разрешает нам это делать для эффективного предоставления медицинских услуг. Более того, определенные поставщики медицинских услуг в Организации медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса могут участвовать в интегрированных клинических сетях в целях совместной контрольно-ревизионной деятельности, оценки и улучшения качества обслуживания и осуществления оплаты, и эти поставщики могут передавать медицинские данные участникам сети по мере необходимости для проведения совместной работы в масштабе сети. Для получения дополнительной информации об этих поставщиках медицинских услуг, участвующих в интегрированных клинических сетях, обращайтесь

на горячую линию соблюдения требований Системы здравоохранения университета Канзаса (бесплатный телефон: 844-527-0597).

Важное предупреждение

Это совместное Заявление вышеперечисленных поставщиков услуг. Каждый поставщик в этом Заявлении является своим собственным поставщиком медицинских услуг. Каждый поставщик в индивидуальном порядке несет ответственность за свои собственные действия. Это включает соблюдение законов о конфиденциальности и все медицинские услуги, которые он предоставляет. Мы не предоставляем медицинские услуги совместно или от имени друг друга. Мы можем передавать медицинскую информацию в соответствии с законом.

Наше обязательство в отношении медицинской информации

Мы знаем, что ваша медицинская информация носит личный характер. Мы будем защищать вашу медицинскую информацию. Мы ведем записи о лечении и услугах, которые вы получаете в наших учреждениях. Эти записи необходимы нам для того, чтобы предоставлять вам полное и всеобъемлющее обслуживание. Эти записи также необходимы нам для соблюдения закона. Это Заявление распространяется на все записи, которые мы ведем для обслуживания вас в наших учреждениях.

В этом Заявлении объясняется, каким образом мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию. В нем также изложены ваши права.

Согласно законодательству, мы обязаны:

- следить за тем, чтобы указывающая на вас медицинская информация хранилась в конфиденциальности
- предоставить вам это Заявление о наших юридических обязанностях в отношении вашей медицинской информации
- выполнять положения этого Заявления, действующего на данный момент.

Как мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию

Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию следующим образом. Здесь не перечислены все возможные способы её использования или разглашения. Однако каждый способ использования или передачи нами этой информации попадает в одну из следующих категорий.

- **Лечение.** Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для того, чтобы предоставить вам медицинские услуги. Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию врачам, медсестрам, техническим специалистам, студентам или другим сотрудникам Организации медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса. Например, различные отделения могут обмениваться вашей медицинской информацией для составления плана лечения. Это может включать рецепты, лабораторные анализы и рентгенографию. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию лицам, не входящим в Организацию медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса. Это может быть направляющий вас врач или обслуживающая вас на дому медсестра.
- **Оплата.** Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию вашему плану медицинского страхования или тем, что помогает оплачивать ваше лечение. Мы также можем сообщить вашему плану медицинского страхования о лечении, которое вы собираетесь получить. Это делается для того, чтобы узнать, оплатит ли ваш план это лечение.

- **Управление работой медицинского учреждения.** Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для управления нашей организацией. Это позволяет нам осуществлять наши программы и следить за тем, чтобы наши пациенты получали качественное обслуживание. Например, мы можем использовать медицинскую информацию, чтобы выполнить проверку нашего лечения и услуг. Мы можем использовать медицинскую информацию, чтобы оценить работу нашего персонала и качество вашего обслуживания. Мы можем предоставлять медицинскую информацию врачам, медсестрам, техническим специалистам, студентам или другому медицинскому персоналу в целях обучения или подготовки к проведению исследования.
- **Деловые партнеры.** Мы можем заключить контракт со сторонними компаниями на выполнение определенных услуг. Например, мы можем использовать услуги транскрипции или агентство по сбору задолженностей. В рамках этих контрактов мы можем передавать им вашу медицинскую информацию, для того чтобы они могли выполнить порученную им работу. Такие контракты требуют от компаний защищать медицинскую информацию, которую мы им передаем, и дают вам право доступа к своей медицинской информации и перечню всех ваших медицинских данных, которые они разгласили.
- **Коммуникации о вашем обслуживании.** Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для того, чтобы напоминать вам о назначенных приемах. Это предполагает вступление с вами в контакт, чтобы сообщить вам дату, время и место приема одним из следующих способов: (1) открытка, отправленная вам по последнему почтовому адресу, который у нас имеется; (2) электронное сообщение, отправленное вам по последнему адресу электронной почты, который у нас имеется; или (3) телефонный звонок или СМС по последнему номеру телефона, который у нас имеется, и, при необходимости, запись голосового сообщения на автоответчике или передача сообщения тому, кто ответит на звонок, сделанный по вашему номеру телефона. Если нам требуется связаться с вами по другой причине, не связанной с напоминанием о назначенном приеме (например, чтобы сообщить о результатах тестов), мы можем отправить или оставить сообщение с просьбой нам перезвонить. Такое сообщение не будет содержать какой-либо дополнительной информации, если вы сами не дадите нам другие инструкции для этой конкретной ситуации.
- **Опросы о степени удовлетворенности обслуживанием.** Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для проведения опросов для оценки степени вашей удовлетворенности нашими услугами. Мы можем посылать вам такие опросники обычной почтой или направить вам электронное сообщение по последнему адресу электронной почты, который у нас имеется. Ты также можем направить вам СМС по последнем номеру мобильного телефона, который у нас имеется.
- **Альтернативы лечения.** Мы можем использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию, чтобы рассказать вам о различных видах лечения, которые вам доступны. Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию, чтобы рассказать вам о других льготах и услугах, связанных с вашим здоровьем.
- **Справочная система больницы.** Мы можем включить определенную ограниченную информацию о вас в справочную систему больницы, пока вы являетесь пациентом этой больницы. Эта информация может содержать ваши имя и фамилию, местонахождение в больнице, общее состояние (например, удовлетворительное, стабильное и т.п.) и вероисповедание. Мы можем передавать информацию из справочной системы, за исключением вероисповедания, людям, которые спрашивают о вас, называя вас по имени. Мы предоставляем эту услугу для того, чтобы ваши родные, друзья и другие близкие вам люди могли вас навещать и знать, как вы в целом себя чувствуете. Если вы не хотите, чтобы другие люди знали, что вы находитесь в больнице, мы не будем предоставлять эту информацию. Вы должны сказать вашей медсестре, врачу, сотруднику отдела регистрации или приемного отделения о том, что вы не хотите, чтобы эта информация была разглашена.

- **Создание обезличенной медицинской информации.** Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для создания обезличенной медицинской информации. Это означает, что все данные, которые могут указывать на вас лично, будут удалены или модифицированы.
- **Лица, вовлеченные в ваше обслуживание.** Если вы не против, мы можем передавать вашу медицинскую информацию члену семьи или другу, который вовлечен в ваше медицинское обслуживание. Кроме того, мы можем передавать вашу медицинскую информацию организациям, оказывающим помощь при бедствиях. Это делается для того, чтобы ваша семья могла узнать о вашем состоянии и местонахождении. Если вы при этом отсутствуете или не можете говорить за себя, мы можем сами принять решение, в ваших ли интересах передача вашей информации в такой ситуации.
- **Исследования.** Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для проведения исследований. Мы будем передавать вашу медицинскую информацию исследователям, при условии что их исследование было утверждено экспертным советом, который рассмотрел план предлагаемого исследования и установил протоколы, обеспечивающие конфиденциальность вашей медицинской информации. Кроме того, мы можем передавать вашу медицинскую информацию людям, которые готовятся выполнить исследовательский проект. Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для того, чтобы связаться с вами по поводу возможного участия в научном исследовании.
- **Соблюдение требований законодательства.** Мы раскроем вашу медицинскую информацию, если этого требуют законы штата, федеральные или местные законы.
- **Деятельность по привлечению средств (фандрайзинг).** Мы можем использовать вашу информацию, для того чтобы связаться с вами в связи с мероприятиями по сбору пожертвований для учреждений Организации медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса. Мы можем передавать вашу информацию фондам и другим учреждениям, связанным с участниками Организации медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса. Эти фонды и учреждения могут связаться с вами в целях сбора средств. Например, вы можете получить приглашение на мероприятия по сбору средств. Вы можете получать ежегодные отчеты и другие почтовые отправления, связанные с программами по привлечению средств. Мы можем передавать контактные данные. Мы также можем передавать следующие виды информации: даты обслуживания, фамилия лечащего врача и название отделения, исход лечения и статус медицинского страхования. Если вы не хотите, чтобы мы обращались к вам в целях привлечения средств, позвоните в Фонд университета Канзаса (KU Endowment) по телефону (913) 562-2700, в отдел по развитию Фонда системы здравоохранения университета Канзаса по телефону (913) 588-2800 или на горячую линию соблюдения требований Системы здравоохранения университета Канзаса (бесплатный телефон 844-527-0597).
- **Предотвращение серьезной угрозы здоровью или безопасности.** Мы можем использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию, чтобы предотвратить серьезную угрозу здоровью или безопасности для вас или других. Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию только тем, кто может помочь предотвратить такую угрозу.

Как мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию Особые случаи

- **Донорство органов и тканей.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся распределением и надзором за использованием донорских органов и пересадочных материалов.

- **Вооруженные силы.** Если вы находитесь на военной службе в вооруженных силах США или другой страны, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию в соответствии с требованиями соответствующих военных властей.
- **Компенсации за производственные травмы.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию для программ по компенсации при утрате работоспособности или других аналогичных программ. Мы можем делать это в рамках, предписанных законом.
- **Риск для здоровья населения.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию в рамках деятельности в сфере здравоохранения. Мы можем делать это в соответствии с требованием закона. Например, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию:
 - для предотвращения или контроля заболевания, травмы или инвалидности;
 - для отчетности о рождаемости и смертности;
 - чтобы сообщить о жестоком обращении и невыполнении обязанностей в отношении детей;
 - для уведомления о реакции на лекарственные средства или проблемы с продуктами;
 - чтобы сообщить вам об отзыве продукции;
 - чтобы сообщить вам о том, что у вас был контакт с заболеванием или имеется риск заражения или распространения заболевания; и
 - чтобы сообщить в соответствующие государственные органы о том, что пациент стал жертвой жестокого или небрежного обращения или насилия в семье. Мы можем предоставлять такую информацию только по приказу или требованию закона.
- **Надзор в области здравоохранения и регистры.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию государственным агентствам, осуществляющим надзор в сфере здравоохранения. Мы можем делать это для осуществления деятельности, разрешенной законом. Например, такая деятельность включает ревизии, расследования, инспекции и проверки, связанные с выдачей лицензий. Государственные органы используют эти мероприятия для контроля работы системы здравоохранения. Они также следят за вспышками заболеваний, работой государственных программ, соблюдением законов о правах человека и результатами лечения пациентов. Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию государственным регистрам.
- **Судебные иски и споры.** Если вы являетесь участником судебного иска или спора, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию в ответ на решение суда, надлежащее законное требование или в рамках процесса отправления правосудия.
- **Правоохранительные органы.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию по требованию сотрудника правоохранительных органов:
 - чтобы сообщить об определенных типах ранений;
 - согласно постановлению суда, требованию адвоката о выдаче документов, ордеру, повестке в суд или аналогичному запросу;
 - для выявления или определения местонахождения подозреваемого, преступника, важного свидетеля или пропавшего без вести;
 - о жертве преступления, если, в определенных ограниченных обстоятельствах, мы не можем получить согласия жертвы;
 - о смерти, которая, как мы считаем, наступила в результате преступления;
 - о предполагаемых преступлениях на территории наших учреждений; и
 - в чрезвычайных обстоятельствах, чтобы сообщить о преступлении, месте совершения преступления или местонахождении жертв, либо личности, описании или местонахождении лица, подозреваемого в совершении преступления.
- **Судебные следователи, судмедэксперты и начальники похоронного бюро.** Мы можем предоставлять медицинскую информацию судебному следователю или судмедэксперту. Например, мы можем сделать это для установления личности скончавшегося человека или причины смерти. Мы можем поделиться медицинской

информацией с начальником похоронного бюро по мере необходимости, чтобы последний мог выполнить свои обязанности.

- **Государственная безопасность.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию соответствующим сотрудникам федеральных служб в целях государственной безопасности.

Ваши права в отношении вашей медицинской информации

У вас есть следующие права в отношении вашей медицинской информации, которую мы храним:

- **Право на доступ и получение копий.** У вас есть право ознакомиться и получить копии медицинской информации, использованной для принятия решений о вашем обслуживании, включая информацию, хранимую в электронной медицинской карте, и/или сообщить нам, куда следует выслать эту информацию. Обычно это касается медицинских и платежных документов. Это не распространяется на некоторые другие документы, например, записи о психотерапевтическом лечении.

Для просмотра и получения копий медицинской информации, использованной для принятия решений о вас, вы должны подать письменный запрос. Мы можем выставить вам счет за расходы, связанные с обработкой вашего запроса. Если вам будут предоставлены электронные копии документов, мы можем выставить вам счет только за трудовые затраты. За дополнительной информацией обращайтесь в архив медицинской документации (Medical Records Department) учреждения или отдел выдачи информации (Release of Information) Системы здравоохранения университета Канзаса по телефону (913) 588-2454.

В некоторых редких случаях мы можем отказаться выполнить ваш запрос, например, если запрос касается записей о психотерапевтическом лечении. Вы можете попросить нас пересмотреть принятое решение. Для этого вам нужно обратиться на горячую линию соблюдения требований Системы здравоохранения университета Канзаса (бесплатный телефон 844-527-0597).

- **Право на изменения.** Вы имеете право попросить нас внести поправки в защищенную информацию о вашем здоровье в вашей медицинской карте. Для внесения изменений вы должны сделать запрос в письменном виде и подать его директору отдела по управлению медицинской информацией (Director of Health Information Management) или в отдел выдачи информации (Release of Information) Системы здравоохранения университета Канзаса по адресу 3901 Rainbow Blvd.; Kansas City, KS 66160. Вы также должны указать причину для обоснования вашего запроса.

Мы можем ответить «нет» на ваш запрос о внесении изменений в вашу информацию. Мы можем сделать это в том случае, если запрос подается не в письменном виде или в нем не указана причина, по которой вы подаете этот запрос. Мы также можем отказаться выполнить ваш запрос в том случае, если вы просите нас изменить информацию, которая:

- была внесена не нами, за исключением ситуаций, когда лицо или организация, внесшие эту информацию, более недоступны и не могут внести поправку;
- не является частью документации, использованной для принятия решения о вас;
- не является частью информации, которую вам разрешено просматривать и копировать; или
- является точной и полной.

- **Право на учет случаев передачи информации.** У вас есть право получить список случаев передачи нами вашей медицинской информации, включая медицинскую информацию, содержащуюся в вашей электронной медицинской карте. Этот список может не включать всех случаев передачи информации. Например, этот список не будет включать случаи передачи информации для проведения лечения, осуществления оплаты или организации работы медицинского учреждения.

Вы имеете право запросить список случаев передачи вашей информации у нас и у любого из наших партнеров. Список не будет включать случаи передачи информации, имевшие место до 14 апреля 2003 г. или конкретно разрешенные с вашей стороны.

Для получения такого списка необходимо подать запрос в письменном виде на утвержденном бланке. Мы предоставим вам такой бланк по требованию.

- **Право на просьбу ограничить доступ к информации.** У вас есть право попросить об ограничении доступа к медицинской информации, которую мы используем или передаем с целью лечения, платежа или организации работы медицинского учреждения. Кроме того, вы имеете право попросить нас ограничить передачу вашей медицинской информации, если речь идет о передаче информации медицинскому плану в целях осуществления оплаты или организации работы медицинского учреждения (а не для лечения), и медицинская информация касается только медицинского изделия или услуги, стоимость которых вы полностью оплачиваете самостоятельно. Вы также имеете право попросить нас ограничить передачу вашей медицинской информации лицам, вовлеченным в ваше обслуживание или осуществление оплаты за него. Это может быть член семьи или знакомый. Мы не обязаны согласиться удовлетворить ваш запрос, если вы заранее не оплатите стоимость медицинского изделия или услуги. В случае согласия мы выполним вашу просьбу, при условии что эта информация не требуется для оказания вам срочной медицинской помощи.

Запрос об ограничении доступа следует подавать в письменном виде на специальном бланке, который мы можем выдать вам по требованию. Вы должны сообщить нам:

- к какой информации вы просите нас ограничить доступ;
 - каким образом, по вашему мнению, мы должны ограничить доступ к этой информации, и
 - на кого должно распространяться это ограничение.
- **Право на просьбу о конфиденциальной форме общения.** У вас есть право просить о том, чтобы мы связывались с вами по медицинским вопросам определенным способом или в определенном месте. Такой запрос следует подавать в письменном виде на специальном бланке, который мы можем выдать вам по требованию. Мы удовлетворим все разумные просьбы.
- **Право на получение бумажной копии этого Заявления.** У вас есть право в любой момент получить бумажную копию этого Заявления. Даже если вы дали согласие на получение этого Заявления в электронном формате, вы все равно имеете право получить бумажную копию.

Изменения в тексте Заявления

Мы можем вносить поправки в это Заявление, чтобы отразить изменения в наши правила соблюдения конфиденциальности. Мы оставляем за собой право сделать новую редакцию Заявления действительной в отношении вашей медицинской информации, которая у нас уже имеется. Она также будет распространяться на любую информацию, которую мы получим в будущем. Мы разместим копию действующего Заявления в тех местах, где вы получаете услуги. Дата вступления в силу этого Заявления указана на первой странице в правом верхнем углу.

Жалобы

Если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах на конфиденциальность, обеспокоены возможным нарушением ваших прав на конфиденциальность с нашей стороны либо не согласны с решением, которое мы приняли в отношении защищенной информации о вашем здоровье (PHI), вы можете связаться с сотрудниками, ответственными за соблюдение конфиденциальности в Организации медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса, через горячую линию соблюдения требований Системы здравоохранения

университета Канзаса (бесплатный телефон 844-527-0597). Вы также можете подать письменную жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения США. Адрес OCR можно узнать у сотрудника, ответственного за соблюдение конфиденциальности. Вы не будете за это наказаны за подачу жалобы нам или в OCR.

Уведомление о нарушении

Мы будем хранить вашу медицинскую информацию в конфиденциальности и защищать ее в соответствии с законом. Если какая-либо ваша медицинская информация будет получена, доступна, использована или передана в нарушение законодательства, мы уведомим вас в течение 60 дней после того, как будет обнаружено нарушение.

Другие случаи использования медицинской информации

Другие случаи использования и разглашения медицинской информации, не описанные в этом Заявлении или других законах, которые на нас распространяются, возможны только с вашего письменного разрешения. Далее описываются некоторые (но не все) ситуации, в которых для использования и передачи вашей медицинской информации нам потребуется ваше письменное разрешение:

- **Записи о психотерапевтическом лечении.** В большинстве случаев для использования и передачи ваших записей о психотерапевтическом лечении необходимо ваше письменное разрешение. В целом записи о психотерапевтическом лечении – это записи, сделанные специалистом в области психического здоровья, документирующим или анализирующим содержание его или ее бесед с вами во время консультации; они хранятся отдельно от вашей медицинской карты.
- **Реклама.** Мы можем рекламировать наши собственные услуги без вашего письменного разрешения. За очень небольшими исключениями, для использования и передачи вашей медицинской информации в других рекламных целях нам потребуется ваше письменное разрешение.
- **Продажа медицинской информации.** Для передачи вашей медицинской информации, представляющего собой ее продажу, потребуется ваше письменное разрешение.

Если вы дадите разрешение на использование или передачу вашей медицинской информации, вы можете в любой момент отменить его, направив письменный запрос. Если вы отмените свое разрешение, мы прекратим использовать или передавать вашу медицинскую информацию в целях, указанных в вашем письменном разрешении. Мы не можем отменить передачу информации, которая уже было сделана с вашего разрешения. Мы обязаны хранить записи об обслуживании, которое мы вам предоставили.

Ваши права в отношении электронного обмена медицинской информацией

Учреждения, входящие в Организацию медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса, участвуют в электронном обмене медицинской информацией с другими поставщиками медицинских услуг и планами медицинского страхования через утвержденную организацию по обмену медицинской информацией (HIO). Благодаря нашему участию в этом обмене к защищенной информации о вашем здоровье (PHI) могут получать доступ другие медицинские учреждения и планы медицинского страхования в целях лечения, оплаты и проведения мероприятий по охране здоровья. Утвержденная HIO обязана соблюдать меры предосторожности в целях защиты вашей конфиденциальности и безопасности защищенной информации о вашем здоровье. Утвержденная HIO может разрешить доступ к защищенной информации о вашем здоровье только уполномоченным на это сотрудникам.

По законам штата Канзас вы имеете право на принятие решения о том, смогут ли медицинские учреждения и врачи, а также планы медицинского страхования получить доступ к вашей

медицинской информации через НЮ. Вы можете выбрать один из двух вариантов. Во-первых, вы можете разрешить уполномоченным сотрудникам иметь доступ к защищенной информации о вашем здоровье посредством НЮ в целях лечения, оплаты и управления организациями, предоставляющими медицинские услуги. Если выберете этот вариант, вам ничего не нужно предпринимать.

Во-вторых, вы можете ограничить доступ к защищенной информации о вашем здоровье посредством НЮ (за исключением доступа уполномоченных сотрудников по мере необходимости для того, чтобы сообщить конкретную информацию по требованию закона). Для этого вам необходимо подать заявление об отказе от участия в обмене медицинской информацией через Kansas Health Information Technology (KanHIT). Вы можете сделать это на веб-сайте <http://www.kanhit.org>. Дополнительную информацию об отказе от участия в обмене можно получить в Центре обслуживания KanHIT по телефону (785) 296-0461. Вы можете ограничить предоставление Организацией медицинского обслуживания Системы здравоохранения университета Канзаса защищенной информации о вашем здоровье в НЮ, следуя инструкциям в вышеприведенном разделе «Право на просьбу ограничить доступ к информации». Даже если вы ограничите доступ к информации через НЮ (или откажетесь от участия), медицинские учреждения и врачи, а также планы медицинского страхования могут передавать вашу информацию, пользуясь другими законно доступными способами (по факсу или защищенной электронной почте), не требующими вашего конкретного разрешения.

Если вы получаете медицинские услуги не в Канзасе, а в другом штате, там могут действовать другие правила в отношении ограничения доступа к вашей медицинской информации в электронном формате. Чтобы узнать, какие действия вы должны предпринять для ограничения доступа, вам следует связаться напрямую с поставщиком медицинских услуг в другом штате.

Вы должны понимать, что решение ограничить доступ к вашей медицинской информации в электронном формате через НЮ может ограничить способность ваших врачей и медицинских учреждений наиболее эффективно вас обслуживать. Подавая заявление о таком ограничении, вы тем самым соглашаетесь на риск, связанный с вашим решением.

КОНЕЦ ДОКУМЕНТА