



## ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПРАВИЛА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Дата набрання чинності: 14 квітня 2003 року  
Переглянуто: 5 березня 2026 року

У цьому повідомленні описано, яким чином медична інформація про вас може використовуватися та розкриватися, а також як ви можете отримати доступ до цієї інформації. **БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЯ З НИМ.**

Щодо записів про розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин, що підпадають під дію Частини 2, у цьому повідомленні описано:

- як медична інформація про вас, що підпадає під вимоги Частини 2, може використовуватися та розкриватися;
- ваші права щодо вашої медичної інформації;
- порядок подання скарги у разі порушення конфіденційності або безпеки вашої медичної інформації чи ваших прав щодо цієї інформації.

Ви маєте право отримати копію цього повідомлення (у паперовій або електронній формі) та обговорити його з нашим уповноваженим з питань конфіденційності за телефоном 833-718-1043 або електронною поштою [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org), якщо у вас виникнуть будь-які запитання.

Ми розуміємо, що інформація про стан вашого здоров'я є суто особистою, і зобов'язуємося захищати вашу конфіденційність. Будь ласка, уважно ознайомтеся з цим Повідомленням про правила забезпечення конфіденційності. У ньому описано, як ми використовуємо та розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію **(PHI)**.

Закон про переносимість і підзвітність медичного страхування 1996 року (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) та Закон про інформаційні технології у сфері охорони здоров'я для економічного та клінічного розвитку (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act) (що міститься в Розділі XIII Закону США про відновлення та реінвестування економіки 2009 року (American Recovery and Reinvestment Act of 2009)) (разом іменуються «HIPAA»), зі змінами та доповненнями, що періодично вносяться, зобов'язують нас забезпечувати конфіденційність індивідуально ідентифікованої медичної інформації пацієнтів **(така інформація є «захищеною медичною інформацією» та надалі в цьому документі позначається як «PHI»)**.

Ми також зобов'язані надавати пацієнтам Повідомлення про правила забезпечення конфіденційності щодо PHI. Ми використовуємо або розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію лише у випадках, дозволених або передбачених чинним законодавством штату та федеральним законодавством. Це Повідомлення поширюється на вашу захищену медичну інформацію, що перебуває під нашим контролем, включаючи медичну документацію, створену нами.

Це Повідомлення поширюється на надання медичної допомоги нашою лікарнею та її медичним персоналом у головній лікарні, усіх амбулаторних відділеннях, програмах і клініках лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, що підпадають під дію Частини 2. Це Повідомлення також поширюється на діяльність Trinity Health та нашої лікарні, як учасника Trinity Health - католицької системи охорони здоров'я, заклади якої розташовані в багатьох штатах Сполучених Штатів Америки, щодо перевірки доцільності використання медичних послуг і оцінки якості медичної допомоги.

## **I. Дозволене використання або розкриття інформації**

**A. Лікування:** Ми використовуємо та розкриватимемо РНІ для надання, координації або організації вашої медичної допомоги та пов'язаних із нею послуг з метою здійснення лікування. Нижче наведено приклади того, як ми використовуємо та/або розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію:

- i. Вашому лікуючому лікарю, лікарю-консультанту та іншим постачальникам медичних послуг, які мають законну потребу в такій інформації для надання вам медичної допомоги та лікування.
- ii. Для координації вашого лікування (наприклад, призначення прийомів) між нами та іншими постачальниками медичних послуг із використанням таких даних, як ваше ім'я, адреса, місце роботи, страхова компанія тощо.
- iii. Для зв'язку з вами з метою нагадування про запланований прийом для проходження лікування або отримання медичної допомоги в наших закладах.
- iv. Для надання вам інформації про альтернативні методи лікування або інші пов'язані зі здоров'ям пільги чи послуги.
- v. Якщо ви є особою, яка відбуває покарання в установі виконання покарань, або перебуваєте під вартою правоохоронного органу, ми розкриємо вашу захищену медичну інформацію відповідній установі виконання покарань або посадовій особі правоохоронного органу, якщо цього вимагає закон.

**B. Лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин:** Ми надаємо програми лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, на які поширюється дія 42 Кодексу федеральних нормативних актів, Частина 2 (далі - Програма Частини 2). Якщо ви отримуєте такий вид допомоги, вас можуть попросити підписати загальну форму згоди на лікування в межах Програми Частини 2. Письмовий дозвіл для цілей лікування, оплати та діяльності у сфері охорони здоров'я може бути отриманий одноразово й надалі використовуватися для майбутнього використання вашої РНІ з метою лікування, оплати та діяльності у сфері охорони здоров'я без отримання додаткового дозволу відповідно до HIPAA.

- i. Якщо ми отримуємо або зберігаємо будь-яку інформацію про вас від програми лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, на яку поширюється дія 42 CFR Part 2 (Програма Частини 2), на підставі єдиної письмової згоди, яку ви надали Програмі Частини 2 на використання та розкриття записів Програми Частини 2 для цілей лікування, оплати або

діяльності у сфері охорони здоров'я, ми також можемо використовувати та розкривати записи Програми Частини 2 для цілей лікування, оплати та діяльності у сфері охорони здоров'я, як описано в цьому Повідомленні.

- ii. Якщо ми отримуємо або зберігаємо записи Програми Частини 2 на підставі окремої згоди, яку ви надали нам або іншій третій стороні, ми використовуватимемо та розкриватимемо ці записи лише в обсязі, прямо дозволеному вами у наданій нам згоді.
- iii. За жодних обставин ми не використовуватимемо та не розкриватимемо записи Програми Частини 2, а також свідчення, що містять інформацію із записів Програми Частини 2, у будь-яких цивільних, кримінальних, адміністративних або законодавчих провадженнях, ініційованих будь-яким федеральним органом, органом штату чи місцевим органом влади проти вас, якщо це не дозволено вашою згодою або рішенням суду після належного повідомлення вас про таке судове рішення.
- iv. Збір благодійних пожертв. Ви маєте право відмовитися від участі в окремих заходах зі збору благодійних пожертв, пов'язаних із лікуванням розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин.
- v. Ваші права щодо записів Частини 2. Додаткові права пацієнта, викладені в цьому Повідомленні, поширюються на всю медичну інформацію, включаючи записи Частини 2.

**C. Оплата:** Ми використовуватимемо та розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію для цілей оплати. Нижче наведено приклади того, як ми використовуватимемо та/або розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію:

- i. Страховій компанії, сторонньому платнику, сторонньому адміністратору, плану медичного страхування або іншому постачальнику медичних послуг (або їхнім належним чином уповноваженим представникам) для здійснення оплати, зокрема з метою визначення страхового покриття, підтвердження права на отримання послуг, попереднього погодження (авторизації) лікування, виставлення рахунків, врегулювання страхових вимог, проведення аудиту відшкодувань тощо.
- ii. Колекторським агентствам та іншим третім особам, які здійснюють діяльність, пов'язану зі стягненням оплати за надану медичну допомогу.

**D. Діяльність у сфері охорони здоров'я:** Ми використовуватимемо та розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію для цілей діяльності у сфері охорони здоров'я. Нижче наведено приклади того, як ми використовуватимемо та/або розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію:

- i. Для ведення випадку, забезпечення якості, аналізу використання медичних послуг, бухгалтерського обліку, аудиту, планування виписки, заходів щодо здоров'я населення, спрямованих на покращення стану здоров'я або зниження витрат на медичне обслуговування, освіти, акредитації, ліцензування та підтвердження

професійної кваліфікації.

- ii. Консультантам, бухгалтерам, аудиторам, адвокатам, компаніям, що надають послуги з транскрибування, постачальникам інформаційних технологій і хмарного зберігання даних тощо.

**Е. Інші випадки використання та розкриття інформації:** в межах лікування, оплати та діяльності у сфері охорони здоров'я Ми також можемо використовувати вашу захищену медичну інформацію для таких цілей:

- i. **Діяльність зі збору благодійних пожертв та маркетингова діяльність:** Ми використовуватимемо та можемо також розкривати частину вашої РНІ, у тому числі пов'язаному з нами благодійному фонду, для здійснення окремих заходів зі збору благодійних пожертв і маркетингової діяльності. Наприклад, ми можемо використовувати або розкривати ваші демографічні дані, дати надання вам медичних послуг, інформацію про вашого лікуючого лікаря, відділення, у якому надавалися послуги, інформацію про результати лікування та звертатися до вас із проханням зробити грошову пожертву. У будь-якому повідомленні щодо збору благодійних пожертв або маркетингової діяльності буде зазначено, як ви можете скористатися своїм правом відмовитися від отримання подібних повідомлень у майбутньому.
- ii. **Медичні дослідження:** Ми використовуватимемо та розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію у дозволеному законом порядку медичним дослідникам, які запитують її для затверджених науково-дослідних проєктів. Дослідники зобов'язані забезпечувати конфіденційність усієї отриманої РНІ.
- iii. **Заходи зі зміцнення здоров'я:** Ми використовуватимемо та розкриватимемо частину вашої РНІ для здійснення окремих заходів зі зміцнення здоров'я. Наприклад, ваше ім'я та адреса використовуватимуться для надсилання вам загального інформаційного бюлетеня або спеціалізованої інформації, що відповідає вашим індивідуальним потребам у сфері здоров'я.
- iv. **Штучний інтелект:** Ми використовуємо технології для підтримки процесів надання медичної допомоги та лікування, які можуть включати використання штучного інтелекту (ШІ). Технології штучного інтелекту використовують інформацію для навчання та вдосконалення функціональних можливостей систем штучного інтелекту. Наші технологічні партнери, включаючи партнерів, які використовують технології штучного інтелекту, зобов'язані забезпечувати конфіденційність інформації відповідно до вимог чинного законодавства.
- v. **Знеособлена інформація:** Ми можемо використовувати та розкривати інформацію, яка була знеособлена, тобто не містить вашого імені, адреси чи інших персональних відомостей, що дають змогу безпосередньо вас ідентифікувати, відповідно до вимог федерального законодавства. Після знеособлення така інформація більше не вважається захищеною медичною інформацією відповідно до HIPAA і не підлягає тим самим вимогам щодо захисту конфіденційності.

**F. Суворіші вимоги законодавства:** Закони штату, у якому ви проживаєте, можуть бути суворішими, ніж вимоги HIPAA, у низці питань. Ми й надалі дотримуватимемося таких суворіших вимог законодавства штату.

i. **Суворіші закони штату:** Законодавство штату є суворішим, якщо воно надає особі ширший доступ до медичної документації, ніж передбачено HIPAA. Законодавство штату також є суворішим, якщо воно забезпечує медичній документації вищий рівень захисту від розкриття інформації, ніж HIPAA. У випадках, коли ми надаємо медичну допомогу пацієнту, який проживає в сусідньому штаті, ми дотримуватимемося суворіших вимог законодавства того штату, яке підлягає застосуванню.

**G. Обмін медичною інформацією:** Ми здійснюємо обмін вашою медичною документацією в електронній або іншій формі із системами обміну медичною інформацією (HIE), які, своєю чергою, обмінюються медичною документацією з іншими HIE. Ми також використовуємо технології обміну даними (такі як служби прямого обміну повідомленнями, постачальники послуг з обміну медичною інформацією (HISP) та портали постачальників медичних послуг) разом із нашою електронною системою ведення медичної документації (EHR) для обміну вашою медичною документацією з дозволеною законом метою, зокрема для забезпечення безперервності медичної допомоги та лікування. HIE та технології обміну даними забезпечують можливість обміну вашою медичною документацією для підвищення якості надання медичної допомоги. Передана медична документація може, за наявності відповідної інформації, містити конфіденційні діагнози, зокрема ВІЛ/СНІД, інфекції, що передаються статевим шляхом, генетичну інформацію, інформацію про психічне здоров'я та розлади, спричинені вживанням алкоголю або психоактивних речовин. HIE та постачальники технологій обміну даними є нашими діловими партнерами і, діючи від нашого імені, здійснюють передачу, ведення та зберігання вашої PHI для цілей лікування, оплати, діяльності у сфері охорони здоров'я та інших дозволених законом цілей. HIE та постачальники технологій обміну даними зобов'язані впроваджувати адміністративні, фізичні та технічні заходи захисту, що забезпечують конфіденційність і цілісність вашої медичної інформації. Застосовне законодавство може надавати вам право обмежити участь у HIE, приєднатися до неї або відмовитися від участі. Для отримання додаткової інформації звертайтеся до нашого уповноваженого з питань конфіденційності за телефоном 833-718-1043 або електронною поштою [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).

## II. Дозволене використання або розкриття інформації за умови надання вам можливості погодитися або заперечити

**A. Члени сім'ї та друзі:** Ми розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію другу або члену сім'ї, який бере участь у наданні вам медичної допомоги або оплачує її. Ви маєте право вимагати, щоб ваша захищена медична інформація не передавалася таким особам. Крім того, ми розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію організації, яка бере участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій або стихійних лих, щоб ваша сім'я могла бути повідомлена про ваш стан, місцезнаходження та загальний стан здоров'я.

- В. Лікарняний довідник:** Під час вашого перебування в лікарні ми можемо включити певну інформацію про вас до лікарняного довідника. Така інформація включатиме ваше ім'я, місце перебування, загальний стан (наприклад: задовільний, стабільний, критичний тощо) та ваше віросповідання. Інформація з довідника, за винятком відомостей про ваше віросповідання, може бути надана особам, які звернуться із запитом про вас, назвавши ваше ім'я. Ви маєте право вимагати, щоб ваше ім'я не включалося до нашого лікарняного довідника. Якщо ви відмовитеся від включення до довідника, ми не зможемо повідомляти відвідувачам про ваше перебування в лікарні, місце вашого перебування або загальний стан.
- С. Духовна опіка:** Інформація з лікарняного довідника, включаючи відомості про ваше віросповідання, надаватиметься представнику духовенства, навіть якщо він не звертатиметься із запитом про вас за ім'ям. Особи, які здійснюють духовну опіку, є членами команди з надання медичної допомоги та можуть залучатися до обговорення питань, пов'язаних із вашим лікуванням. Ви маєте право вимагати, щоб ваше ім'я не повідомлялося представникам духовенства.
- D. Повідомлення для засобів масової інформації:** Ми надаватимемо засобам масової інформації інформацію з лікарняного довідника (за винятком відомостей про ваше віросповідання), якщо представники засобів масової інформації звернуться із запитом про вас, назвавши ваше ім'я. Зверніть увагу, що ви маєте право відмовитися від включення ваших відомостей до лікарняного довідника.

### III. Використання або розкриття інформації, що потребує вашого письмового дозволу

- A. Маркетинг:** За винятком окремих обмежених випадків, ми повинні отримати ваш письмовий дозвіл, якщо отримуємо будь-яку пряму або непряму фінансову винагороду в обмін на надсилання вам повідомлень, які спонукають вас придбати товар або послугу, або для розкриття інформації третій стороні, яка бажає рекламувати вам свої товари чи послуги.
- В. Наукові дослідження:** Ми отримаємо ваш письмовий дозвіл на використання або розкриття вашої захищеної медичної інформації (PHI) та/або зразків тканин для дослідницьких цілей, якщо цього вимагають HIPAA або закони та нормативні акти, що регулюють проведення клінічних досліджень.
- С. Нотатки психотерапевта:** Для більшості випадків використання та розкриття нотаток психотерапевта потрібен ваш письмовий дозвіл.
- D. Консультативні записи щодо лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, що підпадають під дію Частини 2:** Ми зобов'язані отримати вашу окрему письмову згоду до розкриття будь-яких консультативних записів щодо лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, які можуть міститися у ваших записах Частини 2, якщо інше не дозволено вимогами Частини 2. Дозвіл на розкриття таких консультативних записів не може і не буде поєднуватися з будь-яким іншим дозволом.
- E. Продаж PHI:** За винятком окремих обмежених випадків, будь-яке розкриття інформації, що становить продаж PHI, потребує вашого письмового дозволу.

**F. Інші випадки використання та розкриття інформації:** Будь-яке інше використання або розкриття РНІ, не описане в цьому Повідомленні про правила забезпечення конфіденційності, може вимагати вашого письмового дозволу (якщо це не дозволено HIPAA). У письмовому дозволі буде зазначено, з якою метою ми використовуємо вашу захищену медичну інформацію. Ви маєте право відкликати свій дозвіл у будь-який час.

#### **IV. Використання або розкриття інформації, дозволене або обов'язкове відповідно до державної політики чи законодавства без вашого дозволу**

**A. Правоохоронні цілі:** Ми можемо розкривати вашу захищену медичну інформацію для правоохоронних цілей у випадках, дозволених законом, наприклад для встановлення особи підозрюваного у вчиненні кримінального правопорушення або зниклої особи, а також для надання інформації про потерпілого від злочину чи про злочинні дії, що стосуються вас.

**B. Вимоги законодавства:** Ми розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію, якщо цього вимагає федеральне законодавство, законодавство штату або місцеве законодавство. Прикладами є розкриття інформації: на виконання судового рішення або судової повістки: у межах обов'язкової звітності, передбаченої законодавством штату (наприклад, щодо вогнепальних поранень, постраждалих від жорстокого поводження з дітьми або неналежного догляду за ними): у межах урядових розслідувань: для виконання інших вимог законодавства, зокрема щодо компенсації працівникам або аналогічних правових норм. Ми повідомлятимемо правоохоронним і регуляторним органам про випадки незаконного використання лікарських засобів не за призначенням та про інформацію, пов'язану з шахрайською діяльністю щодо рецептів.

**C. Нагляд у сфері громадського здоров'я або забезпечення громадської безпеки:** Ми використовуватимемо та розкриватимемо РНІ для запобігання серйозній загрозі здоров'ю та безпеці окремої особи або населення. Прикладами є розкриття РНІ: державним інспекторам у зв'язку з перевіркою якості медичної допомоги: органам громадського здоров'я щодо проведених щеплень, інфекційних захворювань тощо. Ми також використовуватимемо та розкриватимемо РНІ для діяльності, пов'язаної з якістю, безпечністю або ефективністю продукції чи діяльності, що регулюються Управлінням з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами Сполучених Штатів Америки, включаючи збір і повідомлення про побічні явища, відстеження продукції та сприяння її відкликанню.

**D. Коронери, судово-медичні експерти, розпорядники похорону:** Ми розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію коронеру або судово-медичному експерту. Наприклад, це може бути необхідно для встановлення особи померлого або визначення причини смерті. Ми також можемо розкривати вашу медичну інформацію розпорядникам похорону в обсязі, необхідному для виконання ними своїх обов'язків.

**E. Заготівля органів:** Ми розкриватимемо РНІ організації або іншому суб'єкту, що здійснює заготівлю органів, для цілей донорства органів, очей або тканин.

**F. Спеціалізовані державні функції:** Ми розкриватимемо вашу захищену медичну інформацію у зв'язку з виконанням державних функцій, таких як військова діяльність, забезпечення національної безпеки та розвідувальна діяльність. Ми використовуватимемо або розкриватимемо РНІ Міністерству у справах ветеранів Сполучених Штатів Америки для визначення вашого права на отримання певних пільг.

**G. Імунізація:** Ми надаватимемо підтвердження проведення імунізації навчальному закладу, якщо цього вимагає законодавство штату або інший аналогічний нормативно-правовий акт як умову зарахування учня.

## **V. Ваші права щодо медичної інформації**

Ви маєте такі права щодо вашої захищеної медичної інформації, включаючи записи Частини 2.

**A. Право на ознайомлення та отримання копій:** За винятком окремих обмежених випадків, ви маєте право отримати доступ до своєї РНІ, ознайомитися з нею та отримати її копію, доки ми зберігаємо відповідні дані.

Якщо ми відмовимо вам у доступі до вашої РНІ, ми письмово повідомимо вас про причину відмови. Наприклад, ви не маєте права на доступ до нотаток психотерапевта або до інформації, доступ до якої заборонений законом. У певних випадках ви можете мати право на перегляд такого рішення.

Ви також маєте право вимагати надання вашої РНІ в електронній формі, якщо ми використовуємо електронну систему ведення медичної документації.

За виготовлення копій стягуватиметься плата в розумному розмірі відповідно до вимог чинного федерального законодавства або законодавства штату.

Для вашої зручності частина вашої РНІ буде доступна через портал пацієнта. Доступ до додаткової РНІ надається на підставі відповідного запиту.

**B. Право на внесення змін:** Ви маєте право вимагати внесення змін до своєї РНІ, доки ми зберігаємо відповідні дані. Ви повинні подати письмовий запит про внесення змін до вашої РНІ на адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) або надіслати його нашому уповноваженому системи з питань конфіденційності за адресою: 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152, із зазначенням причин, що обґрунтовують необхідність внесення таких змін.

Однак ми відмовимо у задоволенні вашого запиту, якщо:

- i. ми не створювали відповідну інформацію;
- ii. інформація не є частиною визначеного комплексу медичної документації;
- iii. інформація не може бути надана вам для ознайомлення (через її характер або інші законні підстави);
- iv. інформація є точною та повною.

Якщо у внесенні змін до вашої РНІ буде відмовлено, уповноважений з питань конфіденційності письмово повідомить вас про причину відмови. Він також повідомить вас про ваше право подати письмову заяву із запереченням щодо такої відмови. Ви можете вимагати, щоб ваш запит про внесення змін та рішення про відмову додавалися до інформації щоразу, коли ми надалі розкриватимемо ту інформацію, яку ви просили змінити. Ми можемо підготувати письмове заперечення на вашу заяву про незгоду та надамо вам копію такого заперечення.

**С. Право на отримання переліку випадків розкриття інформації:** Ви маєте право отримати перелік випадків розкриття вашої захищеної медичної інформації, здійснених нами, за винятком таких випадків розкриття:

- i. для здійснення лікування, оплати або діяльності у сфері охорони здоров'я;
- ii. вам особисто;
- iii. особам, які беруть участь у наданні вам медичної допомоги;
- iv. для цілей національної безпеки або розвідувальної діяльності;
- v. установам виконання покарань або посадовим особам правоохоронних органів.

Ви повинні подати письмовий запит на отримання переліку випадків розкриття вашої РНІ нашому уповноваженому з питань конфіденційності за адресою електронної пошти [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) або поштовою адресою: 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.

У запиті необхідно зазначити період, за який ви бажаєте отримати такий перелік. Цей період не може перевищувати 6 років. Один раз протягом будь-якого 12-місячного періоду ми безоплатно надамо вам перелік випадків розкриття вашої РНІ. За кожний додатковий запит, поданий протягом цього самого періоду, може стягуватися обґрунтована плата за підготовку такого переліку.

**D. Право вимагати обмеження:** Ви маєте право вимагати встановлення обмежень щодо окремих випадків використання та розкриття вашої РНІ для цілей лікування, оплати або діяльності у сфері охорони здоров'я, або вимагати заборони такого розкриття. Ми розглянемо ваш запит, однак не зобов'язані погоджуватися на запровадження запитуваних обмежень.

**E. Право вимагати обмеження щодо розкриття інформації плану медичного страхування:** Ви маєте право вимагати обмеження розкриття вашої РНІ плану медичного страхування (для цілей оплати або діяльності у сфері охорони здоров'я), якщо ви самостійно та в повному обсязі оплатили отримані товари або надані вам послуги. Такі запити будуть задоволені.

**F. Право на конфіденційне спілкування:** Ви маєте право отримувати повідомлення, що містять вашу захищену медичну інформацію, конфіденційно — альтернативними способами або за альтернативними адресами. Наприклад, ви можете попросити, щоб ми зв'язувалися з вами лише за місцем роботи або поштою. Якщо ви надали нам адресу електронної пошти, ми можемо використовувати її для зв'язку з вами, якщо ви не попросите використовувати інший спосіб зв'язку.

**G. Право на отримання копії цього Повідомлення:** За вашим запитом ви маєте право отримати паперову копію цього Повідомлення про правила забезпечення конфіденційності.

## **VI. Порушення безпеки незахищеної захищеної медичної інформації**

Якщо станеться порушення безпеки незахищеної захищеної медичної інформації, яке стосується вас, ми зобов'язані повідомити вас про таке порушення. Таке повідомлення може бути надіслане від нашого імені нашим діловим партнером.

## VII. Спільне використання та спільне користування вашою медичною інформацією

Учасники Trinity Health та медичний персонал використовують вашу захищену медичну інформацію для цілей лікування, оплати та/або діяльності у сфері охорони здоров'я, дозволених Законом про переносимість і підзвітність медичного страхування HIPAA, стосовно наших спільних пацієнтів. Під час надання вам медичної допомоги та в межах виконання нашої місії щодо покращення здоров'я громади ми передаватимемо вашу захищену медичну інформацію іншим організаціям і постачальникам медичних послуг, які погодилися дотримуватися наведених нижче умов.

- A. Медичний персонал:** Медичний персонал і учасники Trinity Health спільно беруть участь в організованому об'єднанні з надання медичної допомоги для надання вам медичної допомоги. Ми погодилися дотримуватися умов цього Повідомлення щодо PHI, створеної або отриманої під час надання вам медичної допомоги. Ми отримуватимемо доступ до PHI та використовуватимемо її для виконання нашої благодійної місії, зокрема для оцінювання та підвищення якості медичної допомоги.
- B. Членство в Trinity Health:** Ми та інші учасники Trinity Health спільно беремо участь в організованому об'єднанні з надання медичної допомоги для проведення аналізу використання медичних послуг, оцінювання якості медичної допомоги та пов'язаної з цим діяльності. Як частина Trinity Health - національної католицької системи охорони здоров'я, до складу якої входять лікарні, заклади сестринського догляду та інші постачальники медичних послуг, - ми передаємо вашу захищену медичну інформацію для проведення аналізу використання медичних послуг, оцінювання якості медичної допомоги та іншої пов'язаної діяльності Trinity Health, її материнської організації та її учасників. Усі учасники Trinity Health погодилися дотримуватися умов цього Повідомлення щодо PHI, створеної або отриманої під час здійснення діяльності з аналізу використання медичних послуг та оцінювання якості медичної допомоги.

Перелік організацій-учасників можна переглянути на вебсайті Trinity Health: <http://www.trinity-health.org>. Крім того, ви можете звернутися до нашого уповноваженого з питань конфіденційності за телефоном 833-718-1043 або електронною поштою [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).

- C. Ділові партнери:** Ми передаватимемо вашу захищену медичну інформацію нашим діловим партнерам та їхнім субпідрядникам, з якими укладено договори на виконання функцій від нашого імені, включаючи Trinity Health, яка виконує окремі господарські функції для своїх учасників.
- D. Ваші постачальники медичних послуг та координатори медичної допомоги:** Ви отримуєте медичну допомогу в інтегрованій системі надання медичної допомоги, де пацієнтів обслуговують різні постачальники медичних послуг у різних закладах у межах забезпечення безперервності та координації медичної допомоги. Ми передаємо вашу захищену медичну інформацію іншим постачальникам медичних послуг і координаторам медичної допомоги, які спільно забезпечують ваше лікування, отримання оплати та здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я. Ваша захищена медична інформація передається в електронній формі різними способами постачальникам медичних послуг, які беруть участь у наданні та координації вашої медичної допомоги. Ваша захищена медична інформація може передаватися: через пряме підключення до електронної системи ведення медичної документації інших постачальників медичних послуг; через систему обміну медичною інформацією або за

допомогою технологій, що дають змогу іншим постачальникам медичних послуг та координаторам медичної допомоги отримувати вашу інформацію; шляхом захищеної передачі до електронних поштових скриньок інших постачальників медичних послуг.

#### **VIII. Зміни до цього Повідомлення**

Ми дотримуватимемося умов Повідомлення, чинного на відповідний момент. Ми залишаємо за собою право вносити істотні зміни до умов цього Повідомлення та поширювати нові положення Повідомлення на всю РНІ, яку ми зберігаємо. Якщо до Повідомлення буде внесено істотні зміни, під час вашого першого звернення після набрання ними чинності ми надамо вам або вручимо переглянуту редакцію Повідомлення. Ви також можете будь-коли попросити надати вам чинну редакцію Повідомлення. Актуальні редакції Повідомлення розміщені на вебсайтах організацій-учасників Trinity Health.

**Подання скарг:** Якщо ви вважаєте, що ваші права на конфіденційність були порушені, ви можете подати скаргу нашому уповноваженому з питань конфіденційності або Секретарю Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб. Скаргу також можна подати: електронною поштою: [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org); за телефоном: 833-718-1043; поштою на адресу нашого уповноваженого системи з питань конфіденційності: 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.

#### ***IX. Подання скарги не матиме для вас жодних негативних наслідків***

Уповноважений з питань конфіденційності — запитання / звернення / додаткова інформація Якщо у вас виникли будь-які запитання, зауваження або ви бажаєте отримати додаткову інформацію щодо питань, висвітлених у цьому Повідомленні про правила забезпечення конфіденційності, звертайтеся до нашого уповноваженого з питань конфіденційності за телефоном 833-718-1043 або електронною поштою [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).