



LOYOLA  
MEDICINE

A Member of Trinity Health

## INFORMACJA O ZASADACH OCHRONY PRYWATNOŚCI

Data wejścia w życie: 14 kwietnia 2003 r.

Poprawiony: 1 czerwca 2024 r.

NINIEJSZA INFORMACJA OPISUJE, W JAKI SPOSÓB MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE PAŃSTWA INFORMACJE MEDYCZNE ORAZ W JAKI SPOSÓB MOGĄ PAŃSTWO UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE.

Zgodnie z ustawą o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act) z 1996 r. oraz ustawą o technologiach informatycznych w ochronie zdrowia w kontekście ekonomicznym i klinicznym (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act) (zawartą w tytule XIII amerykańskiej ustawy o odbudowie i reinwestycjach (American Recovery and Reinvestment Act) z 2009 r.) (zwanym łącznie „HIPAA”), z późniejszymi zmianami, jesteśmy zobowiązani do zachowania prywatności informacji o stanie zdrowia pacjentów, którzy mogą zostać zidentyfikowani indywidualnie (te informacje nazywa się „chronionymi informacjami zdrowotnymi” (protected health information) i w niniejszym dokumencie określa się je skrótem „PHI”). Jesteśmy również zobowiązani do dostarczenia pacjentom informacji o zasadach ochrony prywatności w odniesieniu do PHI. Dotyczące Państwa informacje PHI wykorzystamy lub ujawnimy wyłącznie w zakresie dozwolonym lub wymaganym przez obowiązujące prawo stanowe i federalne. Niniejsza Informacja ma zastosowanie do dotyczących Państwa informacji PHI, które są pod naszą kontrolą, w tym do dokumentacji medycznej przez nas wygenerowanej.

Rozumiemy, że Państwa informacje zdrowotne są bardzo osobiste i zależy nam na ochronie Państwa prywatności. Prosimy o dokładne zapoznanie się z treścią niniejszej informacji o zasadach ochrony prywatności. Opisuje ona sposób, w jaki będziemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI.

Niniejsza Informacja ma zastosowanie do świadczenia opieki zdrowotnej przez nasz szpital i jego personel medyczny w głównym szpitalu, na oddziałach ambulatoryjnych i w przychodniach. Niniejsza Informacja ma również zastosowanie do działań Trinity Health związanych z przeglądem wykorzystania usług i oceną jakości oraz do działań naszego szpitala jako członka Trinity Health, katolickiego systemu opieki zdrowotnej posiadającego placówki w wielu stanach w Stanach Zjednoczonych.

### I. Dozwolone użycie lub ujawnienie

- A. Leczenie:** Nasza Placówka będzie wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI w celu zapewnienia Państwu opieki zdrowotnej i powiązanych usług, koordynowania ich lub zarządzania Państwa opieką zdrowotną i powiązanymi usługami w celu realizacji leczenia. Poniżej przedstawiono przykłady sposobów, w jakie będziemy wykorzystywać i/lub ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI:

- i. Lekarzowi prowadzącemu, lekarzom konsultantom oraz innym świadczeniodawcom, którzy mają uzasadnioną potrzebę uzyskania takich informacji w związku z opieką nad Państwem i Państwa leczeniem.
- ii. Aby skoordynować Państwa leczenie (np. umawianie wizyt) u nas i u innych świadczeniodawców, podając takie dane, jak imię i nazwisko, adres, zatrudnienie, nazwę ubezpieczyciela itp.
- iii. Aby się z Państwem skontaktować i przypomnieć o zaplanowanej wizycie w związku z leczeniem lub opieką medyczną w jednej z naszych placówek.
- iv. Aby dostarczyć Państwu informacji o alternatywnych metodach leczenia lub innych świadczeniach i usługach związanych ze zdrowiem.
- v. Jeżeli przebywają Państwo w zakładzie karnym lub znajdują się Państwa pod nadzorem funkcjonariusza organów ścigania, udostępniemy dotyczące Państwa informacje PHI zakładowi karnemu lub funkcjonariuszowi organów ścigania.

**B. Płatność:** Nasza Placówka będzie wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI do celów dokonywania płatności. Poniżej przedstawiono przykłady sposobów, w jakie będziemy wykorzystywać i/lub ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI:

- i. Firmie ubezpieczeniowej, płatnikowi zewnętrznemu, administratorowi zewnętrznemu, operatorowi planu zdrowotnego lub innemu świadczeniodawcy (lub ich należycie upoważnionym przedstawicielom) w celach związanych z płatnościami, takich jak ustalenie zakresu pokrycia kosztów, kwalifikowalność, wstępna akceptacja/zatwierdzenie leczenia, rozliczenia, zarządzanie roszczeniami, audyty refundacji itp.
- ii. Agencjom windykacyjnym i innym osobom trzecim zajmującym się uzyskiwaniem płatności za opiekę.

**C. Czynności opieki zdrowotnej:** Nasza Placówka będzie wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI w celach związanych z czynnościami opieki zdrowotnej. Poniżej przedstawiono przykłady sposobów, w jakie będziemy wykorzystywać i/lub ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI:

- i. Działom zarządzania przypadkami, zapewniania jakości, wykorzystania, księgowości, audytu, planowania wypisów ze szpitala, na potrzeby działań związanych ze zdrowiem populacji w celu poprawy stanu zdrowia lub obniżenia kosztów opieki zdrowotnej, edukacji, akredytacji, wydawania licencji i działań związanych z przyznawaniem uprawnień.
- ii. Konsultantom, księgowym, audytorom, prawnikom, firmom transkrypcyjnym, dostawcom technologii informatycznych i pamięci masowej w chmurze itp.

**D. Inne zastosowania i ujawnienia:** W ramach leczenia, płatności i czynności opieki zdrowotnej nasza Placówka może również wykorzystywać dotyczące Państwa informacje PHI w następujących celach:

- i. Działania związane ze zbieraniem funduszy i marketingiem: będziemy wykorzystywać i możemy również ujawnić niektóre z dotyczących Państwa informacji PHI, między innymi powiązanej fundacji, w związku z określonymi działaniami związanymi ze zbieraniem funduszy i marketingiem. Na przykład możemy wykorzystać lub ujawnić Państwa dane demograficzne, daty korzystania z usług, informacje o lekarzu prowadzącym, informacje o dziale świadczącym usługi i wynikach leczenia, a także poprosić Państwa o darowiznę pieniężną. W każdej wiadomości dotyczącej zbiórki funduszy i wiadomości marketingowej, którą do

- Państwa wyślemy, znajduje się informacja o tym, jak można skorzystać ze swojego prawa do zrezygnowania z otrzymywania podobnych wiadomości w przyszłości.
- ii. **Badania medyczne:** Będziemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa informacje PHI w dozwolony sposób badaczom medycznym, którzy o to poproszą, w ramach zatwierdzonych projektów badawczych. Naukowcy są zobowiązani do ochrony wszystkich otrzymanych przez siebie informacji PHI.
  - iii. **Działania informacyjno-promocyjne w zakresie zdrowia** Będziemy wykorzystywać i ujawniać niektóre z dotyczących Państwa informacji PHI w związku z określonymi działaniami promującymi zdrowie. Na przykład Państwa imię i nazwisko oraz adres zostaną wykorzystane, aby wysłać Państwu ogólny biuletyn lub szczegółowe informacje dotyczące Państwa problemów zdrowotnych.

**E. Bardziej rygorystyczne przepisy stanowe i federalne:** Prawo stanowe Illinois jest w kilku obszarach bardziej rygorystyczne niż ustawa HIPAA. Niektóre ustawy federalne są bardziej rygorystyczne niż HIPAA. Nasza Placówka będzie nadal przestrzegać tych bardziej rygorystycznych przepisów stanowych i federalnych.

- i. **Bardziej rygorystyczne przepisy federalne:** Do przepisów federalnych zaliczają się obowiązujące przepisy dotyczące prywatności w internecie, takie jak ustawa o ochronie prywatności dzieci w internecie (Children's Online Privacy Protection Act) oraz federalne przepisy ustawowe i wykonawcze regulujące poufność informacji medycznych dotyczących leczenia uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych.
- ii. **Bardziej rygorystyczne przepisy stanowe:** Prawo stanowe jest bardziej rygorystyczne w przypadku, gdy dana osoba ma prawo do szerszego dostępu do dokumentacji, niż ma to miejsce w przypadku ustawy HIPAA. Prawo stanowe jest również bardziej restrykcyjne, jeżeli dokumentacja jest bardziej chroniona przed ujawnieniem na mocy prawa stanowego niż na mocy ustawy HIPAA. W przypadku gdy nasza Placówka opieki zdrowotnej zapewnia leczenie pacjentowi zamieszkałemu w sąsiednim stanie, będziemy stosować się do bardziej rygorystycznych przepisów prawa stanowego.

**F. Wymiana informacji zdrowotnych:** Nasza Placówka udostępnia dokumentację medyczną w formie elektronicznej lub w inny sposób Systemom Wymiany Informacji Zdrowotnych (Health Information Exchanges, „HIE”), które wymieniają dokumentację medyczną z innymi systemami HIE. Nasza Placówka korzysta również z technologii wymiany danych (takich jak usługi wiadomości bezpośrednich, dostawcy usług w zakresie informacji zdrowotnych (health information services provider, „HISP”) i portale świadczeniodawców) w związku ze swoją Elektroniczną Dokumentacją Medyczną (Electronic Health Record, „EHR”), aby udostępniać dokumentację medyczną w dozwolonych celach, w tym w celu zapewnienia ciągłości opieki i leczenia. Systemy HIE i technologia wymiany danych umożliwiają udostępnianie dokumentacji medycznej w celu poprawy jakości świadczonych usług opieki zdrowotnej (np. unikając zbędnego powtarzania badań). Wspólna dokumentacja medyczna będzie obejmować (jeśli ma to zastosowanie) poufne diagnozy, takie jak HIV/AIDS, choroby przenoszone drogą płciową, informacje genetyczne, informacje o zdrowiu psychicznym oraz nadużywaniu alkoholu/substancji psychoaktywnych itp. Dostawcy systemów HIE i technologii wymiany danych działają jako nasi partnerzy biznesowi i, działając w naszym imieniu, będą przesyłać, utrzymywać i przechowywać dotyczące Państwa informacje PHI na

potrzeby leczenia, płatności i czynności opieki zdrowotnej, a także innych dozwolonych celów. Systemy HIE i technologie wymiany danych mają na celu wdrożenie zabezpieczeń administracyjnych, fizycznych i technicznych, które w sposób uzasadniony i odpowiedni chronią poufność i integralność Państwa informacji medycznych. Obowiązujące przepisy prawa mogą gwarantować Państwu prawo do ograniczenia korzystania z systemów HIE, wyrażenia zgody na korzystanie z nich lub rezygnacji z korzystania z HIE. Aby uzyskać więcej informacji, prosimy skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych naszej Placówki opieki zdrowotnej pod numerem 833-718-1043 lub napisać do nas na adres [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).

## II. Dozwolone użycie lub ujawnienie z możliwością wyrażenia zgody lub sprzeciwu

- A. **Rodzina/Przyjaciele:** Nasza Placówka udostępni dotyczące Państwa informacje PHI Państwa przyjaciołom lub członkom rodziny zaangażowanym w Państwa opiekę medyczną lub opłacającym tę opiekę. Mają Państwo prawo zażądać, aby dotyczące Państwa informacje PHI nie były udostępniane niektórym lub wszystkim członkom rodziny i przyjaciołom. Ponadto nasza Placówka opieki zdrowotnej udostępni dotyczące Państwa informacje PHI agencji pomagającej w usuwaniu skutków kłęsk żywiołowych, aby Państwa rodzina mogła dowiedzieć się o Państwa stanie zdrowia, statusie i miejscu pobytu.
- B. **Placówka opieki zdrowotnej – spis:** Nasza Placówka może umieścić pewne dotyczące Państwa informacje w spisie, gdy są Państwo pacjentem szpitala. Informacje te będą obejmować Państwa imię i nazwisko, miejsce w naszej Placówce, Państwa ogólny stan zdrowia (np. dobry, stabilny, krytyczny itp.) i Państwa wyznanie. Informacje zawarte w spisie, z wyjątkiem Państwa wyznania, zostaną ujawnione osobom, które podadzą Państwa imię i nazwisko. Mają Państwo prawo zażądać, aby Państwa imię i nazwisko nie znajdowało się w spisie naszej Placówki opieki zdrowotnej. Jeśli poproszą Państwo o wypisanie ze spisu, nie będziemy mogli poinformować odwiedzających o Państwa obecności w placówce, miejscu przebywania ani ogólnym stanie zdrowia.
- C. **Opieka duchowa:** Informacje w spisie, w tym Państwa wyznanie, zostaną przekazane duchownemu, nawet jeśli nie będzie pytał o Państwa z imienia i nazwiska. Opiekunowie duchowi są członkami zespołu opieki zdrowotnej i można się z nimi konsultować w sprawie opieki zdrowotnej. Mają Państwo prawo zażądać, aby Państwa imienia i nazwiska nie ujawniano żadnemu duchownemu.
- D. **Doniesienia medialne:** Nasza Placówka udostępni mediom informacje ze spisu placówek (z wyłączeniem wyznania), jeśli media poproszą o podanie informacji o Państwu, podając Państwa imię i nazwisko. Należy pamiętać, że można nie zgodzić się na umieszczenie Państwa danych w spisie.

## III. Użycie lub ujawnienie wymagające Państwa zatwierdzenia

- A. **Marketing:** Z zastrzeżeniem pewnych ograniczonych wyjątków, Państwa pisemne zatwierdzenie jest wymagane w przypadkach, gdy nasza Placówka otrzymuje jakiegokolwiek bezpośrednie lub pośrednie wynagrodzenie finansowe w zamian za przekazanie Państwu informacji zachęcających do zakupu produktu lub usługi lub za ujawnienie informacji osobie trzeciej, która chce Państwu zaoferować swoje produkty lub usługi.

- B. **Badania:** Nasza Placówka uzyska Państwa pisemną zgodę na wykorzystanie lub ujawnienie dotyczących Państwa informacji PHI do celów badawczych, jeśli będzie tego wymagać ustawa HIPAA lub przepisy ustawowe i wykonawcze dotyczące badań klinicznych.
- C. **Notatki dotyczące psychoterapii:** W większości przypadków wykorzystanie i ujawnienie notatek z psychoterapii wymaga Państwa pisemnego zatwierdzenia.
- D. **Sprzedaż informacji PHI:** Z zastrzeżeniem pewnych ograniczonych wyjątków ujawnienia stanowiące sprzedaż informacji PHI wymagają Państwa pisemnego zatwierdzenia.
- E. **Inne zastosowania i ujawnienia:** Wszelkie inne zastosowania lub ujawnienia PHI, które nie zostały opisane w niniejszej Informacji o zasadach ochrony prywatności, mogą wymagać Państwa pisemnego zatwierdzenia (jeśli nie jest to dozwolone przez HIPAA). W pisemnych zatwierdzeniach poinformujemy, dlaczego wykorzystujemy dotyczące Państwa informacje PHI. Mają Państwo prawo odwołać to zatwierdzenie w dowolnym momencie.

#### IV. **Użycie lub ujawnienie dozwolone lub wymagane przez politykę publiczną lub prawo bez Państwa zatwierdzenia**

- A. **Cele egzekwowania prawa:** Nasza Placówka może ujawnić dotyczące Państwa informacje PHI na potrzeby egzekwowania prawa, w zakresie dozwolonym przez prawo, np. w celu zidentyfikowania podejrzanego o popełnienie przestępstwa lub osoby zaginionej bądź przekazania informacji o ofierze przestępstwa lub o przestępstwie, które Państwa dotyczy.
- B. **Wymagane przez prawo:** Nasza Placówka opieki zdrowotnej ujawni dotyczące Państwa informacje PHI, jeśli będzie tego wymagać prawo federalne, stanowe lub lokalne. Przykłady obejmują ujawnienia w odpowiedzi na nakaz sądowy / wezwanie, obowiązkowe zgłoszenia na poziomie stanowym (np. rany postrzałowe, ofiary znęcania się lub zaniedbania wobec dzieci), dochodzenia rządowe lub informacje niezbędne do przestrzegania innych przepisów, takich jak odszkodowania dla pracowników lub podobne przepisy. Nasza Placówka będzie przekazywać organom ścigania i agencjom regulacyjnym informacje dotyczące nielegalnego obrotu lekami i oszukańczych recept.
- C. **Nadzór nad zdrowiem publicznym lub bezpieczeństwem:** Nasza Placówka będzie wykorzystywać i ujawniać informacje PHI w celu zapobiegania poważnym zagrożeniom dla zdrowia i bezpieczeństwa danej osoby lub społeczeństwa. Przykłady obejmują ujawnianie PHI inspektorom państwowym w związku z jakością opieki lub agencjom zdrowia publicznego w związku ze szczepieniami, chorobami zakaźnymi itp. Nasza Placówka opieki zdrowotnej będzie wykorzystywać i ujawniać informacje PHI w związku z działaniami związanymi z jakością, bezpieczeństwem lub skutecznością produktów lub działań regulowanych przez FDA, w tym w związku z gromadzeniem i zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych, śledzeniem i ułatwianiem wycofywania produktów z rynku itp.
- D. **Koronerzy, lekarze sądowi, dyrektorzy zakładów pogrzebowych:** Nasza Placówka udostępni dotyczące Państwa informacje PHI koronerowi lub lekarzowi sądowemu.

Przykładowo będzie to konieczne w celu zidentyfikowania osoby zmarłej lub ustalenia przyczyny zgonu. Nasza Placówka może również udostępnić Państwu informacje medyczne dyrektorom zakładów pogrzebowych, jeśli będzie to konieczne do wypełnienia ich obowiązków.

- E. Pozyskiwanie narządów:** Nasza Placówka udostępni informacje PHI organizacjom lub podmiotom zajmującym się pobieraniem narządów w celu oddania narządów, oczu lub tkanek.
- F. Specjalistyczne funkcje rządowe:** Nasza Placówka ujawni dotyczące Państwa informacje PHI w odniesieniu do funkcji rządowych, takich jak wojsko, bezpieczeństwo narodowe i działalność wywiadowcza. Nasza Placówka opieki zdrowotnej wykorzysta lub ujawni informacje PHI Departamentowi Spraw Weteranów w celu ustalenia, czy kwalifikują się Państwo do określonych świadczeń.
- G. Szczepienia:** Nasza Placówka udostępni dowód szczepienia szkole, w której prawo stanowe lub inne podobne prawo tego wymaga, przed przyjęciem ucznia.

#### **V. Państwa prawa dotyczące informacji zdrowotnych**

W odniesieniu do dotyczących Państwa informacji PHI przysługują Państwu następujące prawa indywidualne:

- A. Prawo do wglądu i kopiowania:** Z zastrzeżeniem pewnych ograniczonych wyjątków, mają Państwo prawo dostępu do swoich informacji PHI oraz do ich przeglądania i kopiowania przez cały okres, kiedy przechowujemy te dane.

Jeśli nasza Placówka odrzuci Państwa wniosek o udostępnienie dotyczących Państwa informacji PHI, powiadomimy Państwa o tym pisemnie, podając powód odmowy. Na przykład nie mają Państwo prawa wglądu w notatki z psychoterapii ani w informacje, do których dostęp jest zabroniony na mocy prawa. Mogą Państwo mieć prawo do ponownego rozpatrzenia tej decyzji.

Mają również Państwo prawo zażądać udostępnienia dotyczących Państwa informacji PHI w formie elektronicznej w przypadku, gdy nasza Placówka opieki zdrowotnej korzysta z elektronicznej dokumentacji medycznej. Dostęp do informacji można uzyskać również za pośrednictwem portalu pacjenta, jeśli udostępni go nasza Placówka opieki zdrowotnej.

Za wykonanie kopii zostanie pobrana opłata w rozsądnej wysokości, zgodnie z obowiązującym prawem federalnym lub stanowym.

Dla Państwa wygody część dotyczących Państwa informacji PHI będzie dostępna w portalu pacjenta. Dostęp do dodatkowych informacji PHI uzyskuje się poprzez wniosek o dostęp.

- B. Prawo do zmiany:** Mają Państwo prawo do zmiany swoich informacji PHI w całym okresie, w którym nasza Placówka opieki zdrowotnej je przechowuje. Wniosek o zmianę dotyczących Państwa informacji PHI należy złożyć w formie pisemnej na adres [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) lub skierować do naszego Inspektora Ochrony Danych pod adresem 20555 Victor Parkway Livonia MI 48152, podając powód żądanej zmiany.

Jednakże nasza Placówka odrzuci Państwa wniosek o zmianę, jeżeli:

- i. Nasza Placówka nie stworzyła tych informacji;
- ii. Informacje nie stanowią części wyznaczonego zestawu zapisów;
- iii. Informacje te nie będą dostępne do wglądu (ze względu na ich stan lub charakter); lub
- iv. Informacje są dokładne i kompletne.

Jeżeli Państwa wniosek o zmianę informacji PHI zostanie odrzucony, Inspektor Ochrony Danych powiadomi o tym Państwa pisemnie, podając powód odrzucenia. Inspektor Ochrony Danych poinformuje Państwa również o prawie do złożenia pisemnego oświadczenia o braku zgody na tę odmowę. Można poprosić naszą Placówkę o uwzględnienie Państwa wniosku o zmianę i odmowę w każdym przypadku, gdy nasza Placówka opieki zdrowotnej dalej ujawni informacje, które chcieli Państwo zmienić. Nasza Placówka może przygotować odpowiedź na Państwa oświadczenie o braku zgody i przekazać Państwu kopię tej odpowiedzi.

**C. Prawo do zestawienia:** Mają Państwo prawo otrzymać zestawienie ujawnień Państwa PHI dokonanych przez naszą Placówkę, z wyjątkiem następujących ujawnień:

- i. Na potrzeby przeprowadzenia leczenia, płatności lub czynności opieki zdrowotnej;
- ii. Ujawnień skierowanych do Państwa osobiście;
- iii. Ujawnień skierowanych do osób zaangażowanych w Państwa opiekę;
- iv. Ujawnień w celach bezpieczeństwa narodowego lub wywiadowczych; lub
- v. Ujawnień skierowanych do zakładów karnych i funkcjonariuszy organów ścigania.

Wniosek o zestawienie ujawnień Państwa informacji PHI należy złożyć w formie pisemnej do naszej Placówki na adres [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) lub do naszego Inspektora Ochrony Danych pod adresem 20555 Victor Parkway Livonia MI 48152.

Należy podać okres do zestawienia, który nie może być dłuższy niż 6 lat. Raz na 12 miesięcy nasza Placówka bezpłatnie przekazuje Państwu zestawienie ujawnień dotyczących Państwa informacji PHI. Wszelkie dodatkowe wnioski o sporządzenie zestawienia złożone w tym okresie będą wiązać się z naliczeniem rozsądnej opłaty za sporządzenie zestawienia.

**D. Prawo do żądania ograniczeń:** Mają Państwo prawo zażądać ograniczenia niektórych sposobów wykorzystania i ujawnienia dotyczących Państwa informacji PHI w celu realizacji funkcji związanych z leczeniem, płatnościami lub czynnościami opieki zdrowotnej lub zakazać takiego ujawnienia. Jednakże nasza Placówka rozważy Państwa prośbę, ale nie jest zobowiązana do wyrażenia zgody na żądane ograniczenia.

**E. Prawo do żądania ograniczeń w odniesieniu do planu zdrowotnego:** Mają Państwo prawo wystąpić o ograniczenie ujawniania dotyczących Państwa informacji PHI planowi zdrowotnemu (na potrzeby płatności lub czynności opieki zdrowotnej) w przypadkach, gdy zapłacili Państwo w całości z własnych środków za otrzymane produkty lub świadczone usługi. Takie prośby zostaną uwzględnione.

- F. Prawo do poufnej komunikacji:** Mają Państwo prawo do otrzymywania poufnych informacji na temat dotyczących Państwa informacji PHI za pośrednictwem alternatywnych środków lub w alternatywnych lokalizacjach. Mogą Państwo na przykład poprosić, aby nasza Placówka kontaktowała się z Państwem tylko w miejscu pracy lub za pośrednictwem poczty. Jeżeli podano adres e-mail, nasza Placówka może się z Państwem skontaktować za pośrednictwem tego adresu, chyba że poproszą Państwo o inny sposób kontaktu.
- G. Prawo do otrzymania kopii niniejszej informacji:** Na żądanie mają Państwo prawo otrzymać papierową kopię niniejszej Informacji o zasadach ochrony prywatności.

## **VI. Naruszenie niezabezpieczonych informacji PHI**

Jeśli dojdzie do dotyczącego Państwa naruszenia bezpieczeństwa niezabezpieczonych informacji PHI, nasza Placówka jest zobowiązana powiadomić Państwa o takim naruszeniu. Takie powiadomienie może zostać dostarczone w naszym imieniu przez naszego partnera biznesowego.

## **VII. Udostępnianie i wspólne korzystanie z Państwa informacji zdrowotnych**

Członkowie Trinity Health, naszej Placówki oraz personel medyczny wykorzystują dotyczące Państwa informacje PHI do zapewnienia leczenia, płatności i/lub czynności opieki zdrowotnej dozwolonych przez HIPAA w odniesieniu do naszych wspólnych pacjentów. W ramach świadczenia opieki i realizacji misji naszej Placówki, której celem jest poprawa zdrowia społeczności, udostępniemy dotyczące Państwa informacje PHI innym organizacjom i świadczeniodawcom, którzy zgodzili się przestrzegać warunków opisanych poniżej:

- A. Personel medyczny.** Personel medyczny i nasza Placówka wspólnie uczestniczą w zorganizowanym programie opieki zdrowotnej, aby zapewnić Państwu opiekę medyczną w naszej Placówce. Zarówno nasza Placówka, jak i personel medyczny zgodzili się przestrzegać postanowień niniejszej informacji w odniesieniu do informacji PHI sporządzonych lub otrzymanych w ramach świadczenia opieki zdrowotnej w naszej Placówce opieki zdrowotnej. Nasza Placówka i nasz personel medyczny będą mieć dostęp do informacji PHI i będą je wykorzystywać w celu realizacji naszej misji charytatywnej, obejmującej ocenę i poprawę jakości opieki.
- B. Członkostwo w Trinity Health.** Nasza Placówka oraz inni członkowie Trinity Health wspólnie uczestniczą w zorganizowanym programie opieki zdrowotnej obejmującym przegląd wykorzystania usług, ocenę jakości i powiązane działania. Jako część Trinity Health, krajowego katolickiego systemu opieki zdrowotnej, nasza Placówka opieki zdrowotnej oraz inne szpitale, domy opieki i świadczeniodawcy w Trinity Health współdzielą dotyczące Państwa informacje PHI w celu przeglądu wykorzystania, oceny jakości i powiązanych działań Trinity Health, spółki dominującej i jej członków. Wszyscy członkowie Trinity Health zgodzili się przestrzegać postanowień niniejszej Informacji w odniesieniu do informacji PHI utworzonych lub otrzymanych w ramach przeglądu wykorzystania i działań w zakresie oceny jakości.

Aby zapoznać się z listą organizacji członkowskich, należy odwiedzić stronę internetową Trinity Health pod adresem <http://www.trinity-health.org/>. Można również zadzwonić do naszego Inspektora Ochrony Danych, aby poprosić o to samo, dzwoniąc pod numer 833-718-1043, lub wysłać do nas wiadomość e-mail na adres [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).



**C. Współpracownicy biznesowi** Nasza Placówka udostępni dotyczące Państwa informacje PHI współpracownikom biznesowym i ich podwykonawcom, którzy wykonują w naszym imieniu funkcje biznesowe, w tym spółce Trinity Health, która wykonuje określone funkcje biznesowe dla naszej Placówki.

**D. Państwa świadczeniodawcy i koordynatorzy opieki** Otrzymują Państwo opiekę od naszej Placówki świadczoną w ramach zintegrowanego środowiska opieki, w którym pacjenci są przyjmowani przez kilku różnych świadczeniodawców i w kilku placówkach opieki w ramach ciągłości opieki i skoordynowanego świadczenia opieki. Nasza Placówka udostępnia dotyczące Państwa informacje PHI innym świadczeniodawcom opieki zdrowotnej i koordynatorom opieki, którzy współpracują ze sobą w celu zapewnienia leczenia, uzyskania płatności i prowadzenia czynności opieki zdrowotnej. Dotyczące Państwa informacje PHI są udostępniane w formie elektronicznej na wiele sposobów świadczeniodawcom zaangażowanym w świadczenie opieki i koordynację opieki. Dotyczące Państwa informacje PHI mogą być udostępniane poprzez bezpośrednie połączenie z systemem elektronicznej dokumentacji medycznej innych świadczeniodawców. Dotyczące Państwa informacje PHI mogą być udostępniane w ramach wymiany informacji zdrowotnych lub za pośrednictwem technologii umożliwiającej dalszym świadczeniodawcom usług medycznych i koordynatorom opieki uzyskanie Państwa informacji. Dotyczące Państwa informacje PHI mogą być udostępniane za pośrednictwem bezpiecznej transmisji do skrzynek odbiorczych innych świadczeniodawców.

**VIII. Zmiany niniejszej Informacji.** Nasza Placówka będzie stosować się do warunków aktualnie obowiązującej Informacji. Zastrzegamy sobie prawo do dokonywania istotnych zmian w warunkach niniejszej Informacji oraz wprowadzenia nowych obowiązujących postanowień w odniesieniu do wszystkich informacji PHI przechowywanych przez nas. Nasza Placówka opieki zdrowotnej roześle/dostarczy Państwu zaktualizowaną wersję Informacji podczas pierwszej wizyty po wprowadzeniu zmian w Informacji, w przypadku gdy w Informacji zostaną dokonane istotne zmiany. Mogą Państwo również w każdej chwili poprosić o aktualną kopię Informacji. Aktualne kopie znajdują się na stronie internetowej Placówki.

Skargi. Jeśli uważają Państwo, że Państwa prawo do prywatności zostało naruszone, mogą Państwo złożyć skargę do naszego Inspektora Ochrony Danych lub do Sekretarza Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej. Wszelkie skargi należy składać w formie pisemnej bezpośrednio na adres [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) lub do naszego Inspektora Ochrony Danych pod adresem 20555 Victor Parkway Livonia MI 48152.

**IX. Złożenie skargi nie wiąże się z żadnymi represjami.**

**Inspektor Ochrony Danych – pytania/obawy/dodatkowe informacje.** Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, wątpliwości lub chcą Państwo uzyskać więcej informacji na temat kwestii objętych niniejszą Informacją o zasadach ochrony prywatności lub uzyskać dodatkowe informacje na temat zasad i procedur ochrony prywatności naszej Placówki opieki zdrowotnej, prosimy skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych pod numerem 833-718-1043 lub napisać do nas na adres [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).