

COOK COUNTY HEALTH & HOSPITALS SYSTEM 개인의료준행서

본 문서는 개인에 대한 의료정보가 어떻게 사용되며 공개되는지 또한 본인이 어떻게 정보를 얻을 수 있는지에 대하여 설명하고 있습니다.

따라서, 본 문서에 대한 주의 깊은 검토가 필요합니다.

CCHHS의 의무. Cook County Health & Hospitals System(CCHHS)은 다음 사항을 준수해야 합니다.

- 개인의 사적인 의료정보(PHI, Protected Health Information)를 보호합니다.
- 개인의 사적인 PHI를 보호하고 본 준행서의 내용을 알립니다.
- 현재 시행 중인 준행서의 내용을 준수합니다.

CCHHS가 의료 정보를 사용 및 공개하는 방식

본 문서는 CCHHS가 PHI를 사용 및 공개하는 방식에 대해 설명합니다. 본 준행서에 나와 있는 경우를 제외하고, 개인의 서면 허가가 있을 경우에만 PHI를 사용 및 공개합니다. 개인은 언제든지 서면으로 허가를 철회할 수 있습니다.

치료. 개인에게 의료 행위 및 서비스를 제공하기 위해 개인의 PHI를 사용 및 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 의료 행위와 관련되어 있고 개인에게 의료 행위를 제공하기 위해 PHI를 필요로 하는 의사, 간호사 또는 기타 의료진(Cook County Health & Hospitals System(CCHHS) 외부인 포함)에게 PHI를 공개할 수 있습니다.

지급. CCHHS 또는 타인이 개인에게 제공하는 의료 행위 및 서비스에 대한 비용을 받을 수 있도록 개인의 PHI를 사용 및 공유할 수 있습니다. 예를 들어, Medicare, Medicaid, 개인의 보험회사, 또는 개인의 의료 비용의 전부 또는 일부를 조정 또는 지급하는 기타 회사 또는 프로그램과 연락할 수 있습니다.

의료 시스템 운영. 의료 시스템 운영을 목적으로 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 이러한 정보의 사용 및 공개는 의료 시스템의 프로그램 운영 및 관리를 위하여 필요하며 환자에게 양질의 서비스 제공을 보장해 줍니다. 즉, 개인이 양질의 의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위해 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 또한, 의료 시스템 운영 활동과 관련하여 개인과 관련이 있는 다른 단체 및 개인과도 PHI를 공유할 수도 있습니다.

예약 확인. 대안 치료 및 의료 관련 혜택 및 서비스. 개인에게 연락을 취하여 CCHHS에 예약을 해 두었음을 확인시켜 주고, 권장할 수 있는 치료 옵션이나 대안 방법, 개인이 관심을 가질만한 의료 관련 혜택 및 서비스를 소개하기 위해 개인의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다.

특별 상황

법적 요구. 지역, 주, 연방 또는 국제 법에 의해 요구되는 경우 PHI를 공개할 수 있습니다.

가족 및 친구. 개인이 개인의 의료 행위와 관련되어 있거나 비용 지급을 도와줄 것으로 말한 가족, 친구 또는 다른 사람들과 PHI를 공유할 수 있습니다. 개인이 CCHHS의 시설 중 한 곳에 있는 경우, 개인의 가족 또는 친구에게 개인의 상태를 알려 줄 수 있습니다. 또한, 개인의 가족이 개인의 상태와 위치를 알 수 있도록 재난구조센터에 개인에 관한 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 개인은 이 정보를 공유하지 않도록 결정할 수 있지만 그럴 경우 CCHHS에 알려 주어야 합니다.

건강 또는 안전 위협. 개인의 건강 및 안전이나 일반 대중 또는 타인의 건강 및 안전에 대한 심각한 위협을 방지하는 데 필요할 경우 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 하지만, 위협을 방지하는 데 도움이 되는 사람에게만 공개됩니다.

위급 상황. 위급 상황에서 치료를 제공하기 위해 PHI를 사용 또는 공개할 수 있습니다.

협력사. CCHHS을 대신하여 업무를 수행하거나 서비스를 제공하는 협력사에게 그러한 업무 또는 서비스를 위해 PHI가 필요할 경우 협력사에게 PHI를 공개할 수 있습니다. CCHHS의 모든 협력사는 개인의 PHI의 프라이버시를 보호할 의무를 가지며 계약에 명시되어 있는 경우를 제외하고는 PHI를 사용 또는 공개할 수 없습니다.

장기 및 조직 기증. 개인이 장기 기증자인 경우, 장기, 안구 또는 조직 기증과 이식을 용이하게 수행하기 위해 장기 획득 또는 장기, 안구 또는 조직의 획득, 보관 또는 운반에 관련된 기타 단체 및 개인에게 PHI를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

군대 및 퇴역 군인. 환자가 군인일 경우 군사당국의 법에 따라 PHI를 사용할 수 있습니다. 또한, 개인이 외국 군대의 군인인 경우 해당 국가의 군사당국에 PHI를 공개할 수도 있습니다.

근로자 보상. 근로자 보상 또는 이와 유사 프로그램을 위해 PHI를 공개할 수 있습니다. 이러한 프로그램은 업무 관련 부상 또는 질병에 대한 혜택을 제공합니다.

공공 보건 및 안전. 공공 보건 활동을 위해 PHI를 공개할 수 있습니다. 여기에 일반적으로 포함되는 활동은 다음과 같습니다. 질병, 부상 또는 장애의 방지 또는 통제, 출생 및 사망 신고, 전염병 또는 성병 신고, 아동 학대 및 방치 신고, 약물 투약에 대한 반응 및 문제점 신고, 사람들에게 사용하고 있는 의약품의 리콜 통고, 질병에 노출되거나 질병을 감염 및 확산시킬 수 있는 개인에게 통고, 환자가 학대나 가정 폭력의 희생자라고 판단될 경우, 해당 정부 기관에게 통고하되 개인이 동의하거나 법의 승인에 한해서 공개가 이루어져야 합니다.

보건 감시 활동. 감사, 수사, 감찰, 인가와 같은 적법한 활동을 위하여 보건 감시 기관에게 공개할 수 있습니다. 이러한 활동은 정부가 의료 시스템, 정부 프로그램 및 시민권법 준수를 감시하는 데 필요합니다. 개인이 소송이나 분쟁 중일 경우 법원, 행정 명령에 따라 PHI를 공개할 수 있습니다. 또한, 분쟁에 관련된 누군가에 의한 소환, 공개 요청 또는 다른 법적 절차에 대응하기 위해 PHI를 공개할 수 있지만, 개인에게 그러한 요청에 대해 알려주거나 요청된 PHI 보호 명령을 구하기 위한 노력이 있었던 경우에 한합니다.

COOK COUNTY HEALTH & HOSPITALS SYSTEM 개인의료준행서

법 집행. 다음과 같은 경우 법 집행 당국의 요청에 따라 PHI를 발표할 수 있습니다. PHI가 (1) 법원의 명령, 소환장, 영장, 호출장 또는 이와 유사한 과정에서 요구되는 경우, (2) 용의자, 도주자, 중요 증인 또는 실종자를 식별 또는 찾는 데 제한된 정보일 경우, (3) 특정한 제한적 상황에서 당사자의 동의를 구할 수 없는 경우에도 범죄 피해자에 대한 내용일 경우, (4) 범죄 행위의 결과로 인한 사망이라고 추정되는 경우, (5) CCHHS의 시설 내에서 일어난 범죄 행위에 대한 것인 경우, 그리고 (6) 범죄 사실, 범죄 또는 피해자의 위치 또는 범행자의 신원, 설명 또는 위치를 신고해야 하는 긴급 상황인 경우

검시관, 의료 감찰관 및 장의사. 검시관 또는 의료 감찰관에게 PHI를 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 사망자의 신원을 확인하거나 사망 원인을 파악하는 데 필요할 수 있습니다. 또한, 장의사가 의무를 수행하는 데 필요할 경우 PHI를 공개할 수 있습니다.

국가 보안 및 첩보 활동. 법에 승인된 첩보, 방첩, 국가가 허가하는 기타 국가 보안 활동을 위해 허가 받은 연방 관리에게 PHI를 공개할 수 있습니다. 또한, 대통령 및 다른 해당 관료, 외국 수반의 보호 또는 특별 수사 활동을 위해 허가 받은 연방 관리에게 공개할 수도 있습니다.

개인 식별이 불가능한 정보. 개인의 신원을 식별하지 않거나 개인이 누구인지 공개하지 않고 개인에 대한 PHI를 사용 또는 공개할 수 있습니다.

기타 사용 및 공개

개인의 명확한 허가 없이 위에 설명된 경우 이외의 목적으로 개인의 PHI를 사용 또는 공개하지 않습니다. 개인으로부터 얻은 동의와는 별도로 개인의 허가를 얻어야 합니다. 개인이 개인에 관한 PHI의 사용 또는 공개를 허가하는 경우 언제든지 서면으로 철회할 수 있습니다. 허가를 철회할 경우 개인의 서면 허가에 명시된 사유라고 하더라도 더 이상 PHI를 사용 또는 공개하지 않습니다. 단, 개인의 허가로 이루어진 공개나 사용의 경우에는 되돌릴 수 없습니다.

일리노이즈주에서 정신 건강 치료, 알코올 중독 치료, 약물 남용 치료 또는 HIV/AIDS 치료 정보에 관한 기록을 공개하기 위해서는 명시적인 서면 허가(위에 설명한 허가 및 동의와

다름)가 필요합니다.

마케팅 목적 또는 연구 활동을 위해 PHI를 사용 또는 공개하지 않습니다.

개인의 권리

개인은 PHI에 대해 다음과 같은 권리를 가집니다.

열람 및 복사할 권리. 개인의 의료 행위 또는 의료비 지급에 대한 결정을 하기 위해 PHI를 열람 및 복사할 수 있는 권리를 가집니다. 이러한 정보는 대부분이 의료 기록이나 청구 기록이며 정신과 치료 기록은 포함되지 않습니다. 이 PHI를 열람 및 복사하려면 다음 주소로 서면 요청서를 보내주십시오. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. 이 PHI의 서면 복사본을 요청할 경우 일리노이즈주 법에 따라 수수료가 청구될 수 있습니다. 제한된 특정 상황에서는 PHI 열람 및 복사 요청이 거부될 수 있습니다. 이에 대해 거부 심사를 요청할 수도 있습니다.

그러한 심사가 법으로 요청되는 경우 개인의 요청과 CCHHS의 거부를 심사하기 위해 인가된 의료 전문가를 선정하게 됩니다.

개인의 요청을 거부한 당사자는 검토 담당자가 될 수 없으며, CCHHS는 검토 결과를 준수할 것입니다.

수정할 권리. 본인에 대한 정보가 부정확하거나 완전하지 못하다고 생각되면, 이에 대한 변경을 요청할 수 있습니다. PHI가 CCHHS의 사무실에 보관되어 있는 한 개인은 수정을 요청할 권리를 갖습니다. 수정을 요청하려면 다음 주소로 서면 요청서를 보내주십시오. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. CCHHS는 법률에 따라 개인의 요청을 거부할 수 있습니다.

공개 항목에 대한 설명을 요청할 권리. 개인은 설명 대상에서 제외되는 항목이 아니거나 개인이 서면 허가를 제공하여 CCHHS가 치료, 지급 및 의료 시스템 운영 이외의 목적으로 공개한 PHI에 대해 그러한 공개 항목에 대한 설명을 요청할 권리를 갖습니다. 공개 항목에 대한 설명을 요청하려면 다음 주소로 서면 요청서를 보내주십시오. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. 목록 제공 비용이 청구될 수 있습니다. 관련 비용은 개인에게 통지되며 실제 비용이 발생하기 전에 요청을 철회하거나 변경할 수 있습니다.

제한을 요청할 권리. 개인은 치료, 비용 지급 또는 의료 시스템 운영에 자신의 PHI가 사용 또는 공개되는 방식에 대한 제한을 요청할 권리를 갖습니다. 또한, 본인의 가족이나 친구와 같이 개인의 보살핌이나 비용 지불과 관계된 사람에게 PHI 공개를 제한할 것을 요청할 수도 있습니다. 예를 들어, 개인의 배우자에게 특정 진단 또는 치료에 대한 정보를 공유하지 않을

것을 요청할 수 있습니다. 제한을 요청하려면 다음 주소로 서면 요청서를 보내주세요. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. CCHHS는 개인의 요청에 반드시 동의할 의무는 없지만, 일단 요청에 동의하기로 결정을 내렸다면, 당사자에게 응급 처치를 실시하는 경우를 제외하고는 요청을 준수합니다.

기밀 대화를 요청할 권리. 개인은 자신의 의료 문제에 대한 기밀 대화 내용이 특정 방식이나 특별 장소에서 이루어지도록 요청할 수 있습니다. 예를 들면, CCHHS에서 반드시 개인의 직장으로만 연락을 준다거나, 우편으로만 연락하도록 할 수 있습니다. 기밀 대화를 요청하려면 다음 주소로 서면 요청서를 보내주세요. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. 개인의 요청서에는 연락할 방법과 장소가 명시되어야 합니다. CCHHS는 타당한 요청을 수용할 것입니다.

본 준행서의 서면 복사본을 요청할 권리. 개인은 본 준행서의 서면 복사본을 요청할 권리를 갖습니다. 언제든지 본 준행서의 서면 복사본을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 본 준행서의 서면 복사본을 얻으려면 다음 주소로 문의하십시오. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612

본 준행서의 변경. CCHHS는 본 준행서에 대한 변경 권리를 가지고 있으며 기존 PHI 및 앞으로 수신하는 정보에 새로운 준행서를 적용할 권리를 갖습니다. CCHHS는 사무실에 현 준행서의 서면 복사본을 게시하며, 첫째 페이지의 본 문서 제목 아래 발효 날짜가 기재됩니다.

불만

개인의 개인정보 보호권리가 침해되었다고 생각되는 경우, CCHHS 또는 보건복지부에 불만 사항을 접수할 수 있습니다. CCHHS에 불만을 접수하려면 다음 주소로 보내주세요. The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. 모든 불만 사항은 서면으로 기록해야 하며, 개인은 불만 접수로 인해 불이익을 당하지 않습니다.