

Российская Федерация
Министерство здравоохранения Тверской области
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ «ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»

ПРИКАЗ № 76-П

«04» октября 2012г.

г. Тверь

*"О защите прав пациента
при обработке его
персональных данных
и сохранении в тайне полученной информации"*

Сотрудникам ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД», имеющих доступ к информации и обработке данных, касающиеся персональных данных пациента, на основании и в соответствии с требованиями:

- Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и защите информации";
- Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных";
- Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и других федеральных нормативных актов и нормативных актов Правительства Тверской области,

Приказываю:

1. Утвердить Порядок получения согласия пациента на обработку персональных данных при обращении в ГКУЗ ТО ТОКПТД (приложение №1).
2. Утвердить форму бланка на обработку персональных данных пациента (приложение №2).
3. Начальнику юридического отдела В.Ю. Бельдиевой - включить пункт об ответственности за сохранение в тайне информации о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении (врачебная тайна) и информации о персональных данных в должностные инструкции сотрудников, имеющих доступ к выше указанной информации
4. Контроль за исполнением на заместителя главного врача С.В. Хроможенкова
С приказом ознакомить заинтересованных лиц.

Главный врач



А.Г.Шалаев

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРИ ОБРАЩЕНИИ В ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД»

В соответствии с требованиями законодательства РФ: при обращении граждан в ГКУЗ ТО ТОКПТД необходимо получение согласия на обработку персональных данных.

Обработка персональных данных должна осуществляться на законной и справедливой основе.

В случаях предусмотренных Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» статья 13, п.4. получение согласия на передачу сведений не требуется:

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- при запросе органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, при запросе органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществления контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, , и лица освобожденного условно-досрочно;
- при необходимости информирования органов внутренних дел в случае поступления пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;
- при проведении военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;
- при расследовании профессионального заболевания;
- при обмене информацией медицинскими организациями в целях оказания медицинской помощи.

Перечень персональных данных на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата рождения;
- адрес проживания;
- контактный телефон;
- документы, удостоверяющие личность пациента (ребёнка);
- документы о составе семьи;
- паспортные данные пациента (законных представителей);
- реквизиты полиса медицинского страхования;
- страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)
- данные о состоянии здоровья, заболеваниях (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение и т.п.);
- данные документов, подтверждающих права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством;

- иные документы, содержащие персональные данные (в том числе сведения, необходимые для предоставления гарантий и компенсаций, установленных действующим законодательством).

Бланк согласия, заполняется впервые обратившимся на прием пациентом в диспансерные отделения (ДОН№1, ДОН№2, детско - подростковое отделение) в регистратуре до заполнения амбулаторной карты.

При обращении лиц до 16 лет и недееспособных лиц, бланк заполняет законный представитель.

При повторных обращениях, в случае отсутствия согласия об обработке персональных данных, таковое заполняется в регистратуре до приема врача.

Данный документ хранится в амбулаторной карте. Действие согласия бессрочное, за исключением случаев отказа пациентов от согласия на обработку данных.

При поступлении в стационар делается запись в пункте 17 истории болезни (особые отметки) о наличии согласия пациента на обработку персональных данных в амбулаторной карте, указывается дата, когда было получено согласие.

Сведения, предоставляемые пациентами, являются конфиденциальной информацией и не подлежат разглашению лицами имеющими доступ к информации.

Хранение бланков согласия на обработку персональных данных в амбулаторных картах пациентов, соответствует сроку хранения первичной медицинской документации.

В случае смерти пациента на обработку его персональных данных дают наследники пациента, если такое согласие не было дано пациентом при его жизни.

Персональные данные могут быть получены регистратором ГКУЗ ТО ТОКПТД далее оператором от лиц не являющихся субъектом персональных данных при условии предоставления оператором подтверждения наличия оснований, если получения согласия невозможно.

Пациент имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес ГКУЗ ТО ТОКПТД по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГКУЗ ТО ТОКПТД.

В случае получения письменного заявления пациента об отзыве согласия на обработку персональных данных ГКУЗ ТО ТОКПТД обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся (Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____

место регистрации _____

Паспорт: серия _____ номер _____

выдан : дата _____, название выдавшего органа _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ГКУЗ ТО «ТОКПТД» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС...) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

_____ название
(Тверским территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной (ФИО)

_____ дата _____ и
действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон (ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Подпись Оператора _____