



УТВЕРЖДАЮ
Начальник поликлиники
Н. Г. Четвериков
«26» января 2018

ПОЛОЖЕНИЕ

о защите персональных данных пациентов

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящим Положением определяется порядок обработки оператором персональных данных.

Под оператором понимается федеральное государственное казенное учреждение «Поликлиника № 3 Федеральной таможенной службы», организующее и осуществляющее обработку персональных данных, а также определяющие цели и содержание обработки персональных данных.

Под пациентом понимается лицо, в отношении которого оператор оказывает медицинские услуги.

К персональным данным относятся любые сведения о фактах, событиях и обстоятельствах жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность.

Под обработкой данных понимаются действия (операции) с персональными данными, включая сбор, накопления, хранения, уточнение (обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

1.2. Цель настоящего Положения – защита персональных данных сотрудников поликлиники и пациентов, находящихся у оператора для выполнения возложенных на него целей и задач от несанкционированного доступа и разглашения. Персональные данные пациента всегда являются конфиденциальной, охраняемой информацией.

Конфиденциальная информация – это документированная информация, доступ к которой ограничивается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Основанием для разработки настоящего Положения являются Конституция РФ, «охране здоровья граждан» №5478-1 от 22.07.1993 (в ред. от 02.02.2006г.), Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ); «О персональных данных» другие действующие нормативно-правовые акты.

1.4. В целях обеспечения прав и свобод человека и граждан, оператор при обработке персональных данных пациента обязан соблюдать

следующие требования:

- 1) обработка персональных данных пациентов может осуществляться исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.
 - 2) при определении объема и содержания обрабатываемых персональных данных пациента оператор должен руководствоваться Конституцией Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами;
 - 3) перед обработкой и передачей персональных данных пациента оператор должен заручиться письменным согласием пациента (его законного представителя), за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством (здесь- это цели обследования и лечения.)
 - 4) оператор не имеет права получать и обрабатывать персональные данные пациента о его политических, религиозных и иных убеждениях, частной жизни, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- 1.5. Настоящее Положение и изменения к нему утверждается начальником поликлиники и вводится со дня утверждения. Работники оператора должны ознакомлены с данным Положением.

2. ПОНЯТИЕ И СОСТАВ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

2.1. Под персональными данными понимается информация, необходимая оператору в связи с исполнением им деятельности при проведении лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий и касающаяся конкретного пациента, а также сведения о фактах, событиях и обстоятельствах жизни пациента, позволяющие идентифицировать его личность.

2.2. Состав персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- число, месяц, год и место рождения;
- адрес, домашний телефон;
- сведения о составе семьи, фамилии, имена, отчества, даты рождения, адрес места прописки и проживания, телефоны, социальное положение, место работы или учебы.
- паспортные данные;
- реквизиты полиса ОМС;

- страховой номер Индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде России (СНИЛС)

- справка МСЭ;
- место работы, занимаемая должность;
- данные о состоянии здоровья, заболеваниях;
- данные о проведенных профилактических мероприятиях;
- иные сведения, относящиеся к персональным данным.

2.3. Лицами, получающими доступ к персональным данным, должна обеспечиваться конфиденциальность таких данных, за исключением случаев обезличенных персональных данных и в отношении общедоступных персональных данных.

3. УСЛОВИЯ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

3.1. Обработка персональных данных может осуществляться с согласия субъекта персональных данных, выраженного в письменном виде (приложение №1).

3.2. Согласия субъекта персональных данных не требуется в следующих случаях:

- в целях его обследования и лечения,
- в случае, если он не способен из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания, следствия и суда;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате противоправных действий;
- иных случаях, предусмотренных Конституцией РФ, действующим законодательством;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы.

3.3. С целью обработки персональных данных работникам оператора предоставляются права внутреннего доступа.

4. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ СОДЕРЖАЩИХ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

4.1. Порядок хранения документов и ведение электронных баз данных устанавливаются с соблюдением требований действующего законодательства.

4.2. Персональные данные пациентов хранятся на бумажных и магнитных носителях, в ПВЭМ.

Доступ посетителей в кабинеты оператора возможен только в то время, когда там находятся работники. Кабинеты не должны оставаться открытыми, если работники его покидают.

Кабинеты, где хранятся персональные данные на магнитных носителях, по окончании рабочего дня запираются.

При работе с ПВЭМ используются персональные пароли.

4.3. С целью обработки персональных данных права внешнего доступа предоставляются в соответствии с требованиями законов и иных нормативных актов.

4.4. Срок хранения медицинской документации на бумажных и электронных носителях определяются нормативными документами. На протяжении всего срока хранения обеспечивает сохранность, неизменность и достоверность сведений, содержащихся в указанной документации.

5. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В ЦЕЛЯХ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ЗРАНЯЩИХСЯ У ОПЕРАТОРА.

5.1. В целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся у оператора, пациент имеет право на:

- полную информацию об их персональных данных и обработке этих данных;
- доступ к своим персональным данным, определенный Конституцией, другими нормативными актами.
- отказ от обработки персональных данных, оформленный и предоставленный оператору надлежащим образом;
- обжалование в суд любых неправомерных действий или бездействий оператора при обработке и защите его персональных данных.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ НОРМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ОБРАБОТКУ И ЗАЩИТУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

6.1. Лица, виновные в нарушении норм, регулирующих получение, обработку и защиту персональных данных пациентов, привлекаются к дисциплинарной ответственности, гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности в порядке, установленном федеральным законом.

,

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

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

проживающий по адресу _____
(по месту регистрации, с указанием почтового индекса)

Паспорт серия _____ номер _____, выдан _____
(дата выдачи и название органа, выдавшего документ)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **Поликлиникой № 3 ФТС России, «регистрированной по адресу: 620075, г.Екатеринбург, ул.Восточная, 68, (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, выдавшей мне полис обязательного медицинского страхования, территориальными фондами 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.

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно,
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной и 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.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных _____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

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

проживающий по адресу _____
(по месту регистрации, с указанием почтового индекса)

Паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата выдачи и название органа, выдавшего документ)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27,07,2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **Поликлиникой № 3 ФТС России, «регистрованной по адресу: 620075, г.Екатеринбург, ул.Восточная, 68, (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, выдавшей мне полис обязательного медицинского страхования, территориальными фондами 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно,
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной и 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.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных _____