

« 02 » февраля 2015 г.

ПОЛОЖЕНИЕ
об обработке и защите персональных данных клиентов
ООО «Арника».

1. Общие положения

Настоящее Положение устанавливает порядок приёма, учёта, сбора, поиска, обработки, накопления и хранения документов, содержащих сведения, отнесенные к персональным данным клиентов ООО «Арника» (далее - медицинский центр). Под клиентами подразумеваются лица, пользующиеся услугами ООО «Арника».

1.1. Цель.

Целью данного Положения является защита персональных данных клиентов медицинского центра от несанкционированного доступа, неправомерного их использования или утраты.

1.2. Основание.

Настоящее Положение разработано на основании статей Конституции РФ, Трудового Кодекса РФ, Кодекса об административных правонарушениях РФ, Гражданского Кодекса РФ, Уголовного Кодекса РФ, а также Федерального закона «Об информации, информатизации и защите информации»

1.3. Порядок ввода в действие Положения о защите персональных данных и изменений к нему

Положение о защите персональных данных и изменения к нему вводятся приказом директора ООО «Арника». Все клиенты медицинского центра должны быть ознакомлены под расписку с данным Положением и изменениями к нему.

1. Понятие и состав персональных данных

Под персональными данными клиентов понимается информация, необходимая организации для оказания услуг конкретному клиенту, а также сведения о фактах, событиях и обстоятельствах жизни клиента, позволяющие идентифицировать его личность. Персональные данные всегда являются конфиденциальной, строго охраняемой информацией. К персональным данным относятся:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- год рождения; месяц рождения; дата рождения;
- место рождения;
- СНИЛС;
- номер телефона сотовый;
- электронная почта;
- паспортные данные;
- семейное положение;
- адрес прописки;
- адрес проживания;
- место работы/учебы;
- должность;
- профессия;
- образование;
- данные полиса ОМС;
- состояние здоровья;
- диагноз.
- фамилия, имя, отчество ребенка;
- год рождения; месяц рождения; дата рождения ребенка;
- место рождения ребенка;
- сведения свидетельства о рождении ребенка;
- адрес прописки ребенка;

Указанные документы являются конфиденциальными, хотя, учитывая их массовость и единое место обработки и хранения - соответствующий гриф ограничения на них не ставится.

Режим конфиденциальности персональных данных снимается в случаях обезличивания или по истечении 75 лет срока хранения, если иное не определено законом.

Собственником информационных ресурсов (персональных данных) – является субъект, в полном объеме реализующий полномочия владения, пользования, распоряжения этими ресурсами. Это любой гражданин, к личности которого относятся соответствующие персональные данные, и который вступил (стал клиентом) медицинского центра. Субъект персональных данных самостоятельно решает вопрос передачи санаторию своих персональных данных.

Держателем персональных данных является медицинский центр, которому клиент добровольно передает во владение свои персональные данные. Медицинский центр выполняет функцию владения этими данными и обладает полномочиями распоряжения ими в пределах, установленных законодательством.

Права и обязанности медицинского центра в отношении с клиентом осуществляются физическим лицом, уполномоченным санаторием. Указанные права и обязанности он может делегировать нижестоящим руководителям – своим заместителям, руководителям структурных подразделений, работа которых требует знания персональных данных клиентов или связана с обработкой этих данных.

2. Принципы обработки персональных данных

Обработка персональных данных включает в себя их получение, хранение, комбинирование, передачу, а также актуализацию, блокирование, защиту, уничтожение.

Получение, хранение, комбинирование, передача или любое другое использование персональных данных клиента может осуществляться исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия клиентам в организации отдыха и санаторно-курортного лечения, обеспечения личной безопасности клиентов и обеспечения сохранности имущества.

Все персональные данные клиента получаются у него самого. Если персональные данные клиента возможно получить только у третьей стороны, то клиент должен быть уведомлен об этом заранее, и от него должно быть получено письменное согласие. Медицинский центр должен сообщить клиенту о целях, предполагаемых источниках и способах получения персональных данных, а также о характере подлежащих получению персональных данных и последствиях отказа клиента дать письменное согласие на их получение.

Не допускается получение и обработка персональных данных клиента о его политических, религиозных и иных убеждениях и частной жизни, а также о его членстве в общественных объединениях или его профсоюзной деятельности, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

При обработке персональных данных клиентов, медицинский центр в лице исполнительного директора вправе определять способы обработки, документирования, хранения и защиты персональных данных клиентов ООО «Арника» на базе современных информационных технологий.

Клиент имеет право на:

- полную информацию о своих персональных данных и обработке этих данных;
- свободный бесплатный доступ к своим персональным данным, включая право на получение копий любой записи, содержащей персональные данные клиента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;
- определение своих представителей для защиты своих персональных данных;
- доступ к относящимся к нему медицинским данным с помощью медицинского специалиста по своему выбору;
- требование об исключении или исправлении неверных или неполных персональных данных, а также данных, обработанных с нарушением требований. При отказе медицинского центра исключить или исправить персональные данные клиента он имеет право заявить в письменной форме санаторию о своем несогласии с соответствующим обоснованием такого несогласия. Персональные данные оценочного характера клиент имеет право дополнить заявлением, выражающим его собственную точку зрения;
- обжалование в суд любых неправомерных действий или бездействия медицинского центра при обработке и защите его персональных данных.

3. Доступ к персональным данным

Персональные данные добровольно передаются клиентом непосредственно держателю этих данных и потребителям внутри ООО «Арника» исключительно для обработки и использования в работе.

Внешний доступ. К числу массовых потребителей персональных данных вне ООО «Арника» можно отнести государственные и негосударственные функциональные структуры:

- страховые агентства (в части их касающейся);
- фонды социального страхования (в части касающейся);

Внутренний доступ.

Внутри ООО «Арника» к разряду потребителей персональных данных относятся работники функциональных структурных подразделений, которым эти данные необходимы для выполнения должностных обязанностей:

- сотрудники информационно-аналитической службы;
- медицинские работники;
- сотрудники бухгалтерии

В информационно-аналитической службе хранятся вторые экземпляры документов, обеспечивающих проживание и прохождение лечения клиентов медицинского центра. Для этого используются специально оборудованные шкафы или сейфы, которые запираются.

После окончания лечения клиента, документы передаются на хранение.

4. Передача персональных данных

При передаче персональных данных клиента медицинский центр должен соблюдать следующие требования:

Передача внешнему потребителю:

- передача персональных данных от держателя или его представителей внешнему потребителю может допускаться в минимальных объемах и только в целях выполнения задач, соответствующих объективной причине сбора этих данных;
- при передаче персональных данных клиента потребителям (в том числе и в коммерческих целях) за пределы ООО «Арника» не должен сообщать эти данные третьей стороне без письменного согласия клиента, за исключением случаев, когда это необходимо в целях предупреждения угрозы жизни и здоровью клиента или в случаях, установленных федеральным законом;
- ответы на правомерные письменные запросы других фирм, учреждений и организаций даются с разрешения исполнительного директора и только в письменной форме и в том объеме, который позволяет не разглашать излишний объем персональных сведений;
- не допускается отвечать на вопросы, связанные с передачей персональной информации по телефону или факсу;
- по возможности персональные данные обезличиваются.

Передача внутреннему потребителю.

Медицинский центр вправе разрешать доступ к персональным данным клиентов. Потребители персональных данных должны подписать обязательство о неразглашении персональных данных клиентов (Приложение №1).

5. Защита персональных данных

Под угрозой или опасностью утраты персональных данных понимается единичное или комплексное, реальное или потенциальное, активное или пассивное проявление злоумышленных возможностей внешних или внутренних источников угрозы создавать неблагоприятные события, оказывать дестабилизирующее воздействие на защищаемую информацию.

Риск угрозы любым информационным ресурсам создают стихийные бедствия, экстремальные ситуации, террористические действия, аварии технических средств и линий связи, другие объективные обстоятельства, а также заинтересованные и незаинтересованные в возникновении угрозы лица.

Защита персональных данных представляет собой жестко регламентированный технологический процесс, предупреждающий нарушение доступности, целостности, достоверности и конфиденциальности персональных данных и, в конечном счете, обеспечивающий достаточно надежную безопасность информации в процессе управленческой и производственной деятельности предприятия.

«Внутренняя защита»

Регламентация доступа персонала к конфиденциальным сведениям, документами и базами данных входит в число основных направлений организационной защиты информации и предназначена для разграничения полномочий руководителями и специалистами предприятия. Для защиты персональных данных клиентов необходимо соблюдать ряд мер:

- ограничение и регламентация состава работников, функциональные обязанности которых требуют конфиденциальных знаний;
- строгое избирательное и обоснованное распределение документов и информации между работниками
- рациональное размещение рабочих мест работников, при котором исключалось бы бесконтрольное использование защищаемой информации;
- знание работниками требований нормативно – методических документов по защите информации и сохранении тайны;

- наличие необходимых условий в помещении для работы с конфиденциальными документами и базами данных;
- определение и регламентация состава работников, имеющих право доступа (входа) в помещение, в котором находится вычислительная техника;
- организация порядка уничтожения информации;
- своевременное выявление нарушения требований разрешительной системы доступа работниками подразделения;
- воспитательная и разъяснительная работа с работниками подразделения по предупреждению утраты ценных сведений при работе с конфиденциальными документами;
- персональные компьютеры, в которых содержатся персональные данные, должны быть защищены паролями доступа.

«Внешняя защита»

Для защиты конфиденциальной информации создаются целенаправленные неблагоприятные условия и труднопреодолимые препятствия для лиц, пытающихся совершить несанкционированный доступ и овладение информацией. Целью и результатом несанкционированного доступа к информационным ресурсам может быть не только овладение ценными сведениями и их использование, но и их видоизменение, уничтожение, внесение вируса, подмена, фальсификация содержания реквизитов документа и др.

Под посторонним лицом понимается любое лицо, не имеющее непосредственного отношения к деятельности предприятия, посетители, работники других организационных структур.

Посторонние лица не должны знать распределение функций, рабочие процессы, технологию составления, оформления, ведения и хранения документов, дел и рабочих материалов в отделе персонала.

Для защиты персональных данных клиентов необходимо соблюдать ряд мер:

- порядок приёма, учёта и контроля деятельности посетителей;
- пропускной режим предприятия;
- порядок охраны территории, зданий, помещений, транспортных средств.

7. Ответственность за разглашение конфиденциальной информации, связанной с персональными данными

Персональная ответственность – одно из главных требований к организации функционирования системы защиты персональной информации и является обязательным условием обеспечения эффективности этой системы.

Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных) влечет дисциплинарную, административную, гражданско-правовую или уголовную ответственность граждан и юридических лиц.

Информированное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ проживающий (шая) по адресу:
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

В соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления и электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; забора крови из пальцев и вены, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, инъекционные процедуры, ингаляционные процедуры, проведение очистительных клизм, прием лекарственных средств; медицинский массаж, лечебная физкультура, физио- и бальнеолечение.

Д
о меня была доведена исчерпывающая информация о содержании указанных выше медицинских действий (целях и методах), связанных с ними возможным риске, возможных осложнениях и последствиях результатов вмешательства, включая: (повреждение кожи, раздражение кожи, прокол вены, подкожная гематома, подкожный инфильтрат, постинъекционный абсцесс и т.п.), а также обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения лекарственных препаратов. Я хорошо понял(а) все разъяснения лечащего врача, и при возникновении вопросов в процессе проведения процедуры смогу получить от него и специалистов ООО

«Арника» Медицинский центр «Самарский» дополнительные пояснения;

- Учитывая использование в процессе моего обследования и / или лечения лекарственных средств, Я предупредил(а) врача о наличии имеющихся аллергических реакций на следующие лекарственные средства:

_____ (указываются наименования лекарственных средств)

Подпись пациента(ки) _____ / _____ /
Ф.И.О.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись законного представителя пациента(ки) _____ / _____ /
Ф.И.О.

(в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными)

Подпись врача _____ / _____ /
Ф.И.О.

От проведения _____

ОТКАЗЫВАЮСЬ, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа, а именно поздняя или неправильная диагностика заболевания, сложность или невозможность лечения и иные последствия, указанные в настоящем информированном согласии.

Подпись пациента(ки) _____ / _____ /
Ф.И.О.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись врача _____ / _____ /
Ф.И.О.

« _____ » _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ ДРУГИМ ЛИЦАМ

В соответствии со статьей 19 Федерального закона 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — закон об основах охраны здоровья граждан)

Я _____ (Ф.И.О. пациента)

даю информированное добровольное согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, а именно:

- о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи;
- состоянии здоровья и диагнозе;
- иных сведений, полученные при моем медицинском обследовании и лечении;

следующим лицам:

1. _____ (Ф.И.О., кем доводится пациенту)

2. _____

3. _____

4. _____

« __ » _____ 201__ г. _____ (подпись пациента)

_____ (подпись законного представителя)*

*В отношении лиц, не достигших 15 лет; либо граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными; либо граждан, находящихся под опекой (попечительством).

Информированное согласие на медицинское вмешательство

Я _____

(Ф.И.О. законного представителя пациента, родство),
действующая(щий) в интересах несовершеннолетнего:

_____ (Ф.И.О. пациента, год рождения)

проживающего _____ (щей) _____ по
адресу: _____

В соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления и электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; забор крови из пальцев и вены, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, накожные процедуры, ингаляционные процедуры, проведение очистительных клизм, прием лекарственных средств; медицинский массаж, лечебная физкультура, физио- и бальнеолечение.

• Д
о меня была доведена исчерпывающая информация о содержании указанных выше медицинских действий (целях и методах), связанных с ними возможным риске, возможных осложнениях и последствиях результатов вмешательства, включая: (повреждение кожи, раздражение кожи, прокол вены, подкожная гематома, подкожный инфильтрат, постинъекционный абсцесс и т.п.), а также обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения лекарственных препаратов. Я хорошо понял(а) все разъяснения лечащего врача, и при возникновении вопросов в процессе проведения процедуры смогу получить от него и специалистов ООО «Арника» Медицинский центр «Самарский» дополнительные пояснения;

• Учитывая использование в процессе моего обследования и / или лечения лекарственных средств, Я предупредил(а) врача о наличии имеющихся аллергических реакций на следующие лекарственные средства:

_____ (указываются наименования лекарственных средств)

Подпись пациента(ки) _____ / _____ /
Ф.И.О.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись законного представителя пациента(ки) _____ / _____ /
Ф.И.О.

(в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными)

Подпись врача _____ / _____ /
Ф.И.О.

От проведения _____

ОТКАЗЫВАЮСЬ, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа, а именно поздняя или неправильная диагностика заболевания, сложность или невозможность лечения и иные последствия, указанные в настоящем информированном согласии.

Подпись пациента(ки) _____ / _____ /
Ф.И.О.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись врача _____ / _____

Ф.И.О

« ____ » _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ ДРУГИМ ЛИЦАМ

В соответствии со статьей 19 Федерального закона 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — закон об основах охраны здоровья граждан)

Я _____,
(Ф.И.О. законного представителя пациента, родство)
действующая(щий) в интересах несовершеннолетнего:

_____ (Ф.И.О. пациента, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, а именно:

- о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи;
 - состоянии здоровья и диагнозе;
 - иных сведений, полученные при моем медицинском обследовании и лечении;
- следующим лицам:

1. _____

(Ф.И.О., кем доводится пациенту)

2. _____

3. _____

4. _____

« ____ » _____ 201__ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись законного представителя)*

*В отношении лиц, не достигших 15 лет; либо граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными; либо граждан, находящихся под опекой (попечительством).