|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Министерство здравоохранения Республики Марий Эл** | | |
| **Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл**  **«Республиканский онкологический диспансер»** | | |
| **ПРИКАЗ** | | |
| ***23.08.2017*** | № | *247* |
| г. Йошкар-Ола | | |

**О введении типовой формы информированного добровольного согласия на обработку персональных данных, необходимых для оформления листка**

**нетрудоспособности в форме электронного документа**

**в Государственном бюджетном учреждении Республики Марий Эл**

**«Республиканский онкологический диспансер».**

В соответствии с Федеральным законом от 01.06.2017г. № 86-ФЗ "О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и в статью 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (в ред. от 29.07.2017г.), в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа в условиях Государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Республиканский онкологический диспансер» (далее ГБУ «РОД РМЭ»),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Формировать листок нетрудоспособности в виде электронного документа (далее - электронный листок нетрудоспособности, ЭЛН), имеющий равную юридическую силу с листком нетрудоспособности, оформленным в установленном порядке на бланке листка нетрудоспособности установленной формы (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»").
2. ЭЛН оформлять на основании информированного добровольного согласия (далее ИДС) пациента (законного представителя) на обработку персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа (Приложение № 1).
3. Лечащим врачам ГБУ «РОД РМЭ» при проведении экспертизы временной нетрудоспособности уточнять у пациента форму листка нетрудоспособности (электронный или на бланке) с указанием данной информации на бланке заявления о нуждаемости в ЛН.
4. Жировой Н.П., заместителю главного врача по КЭР подписывать все ЭЛН усиленной квалифицированной электронной подписью (далее - УКЭП).
5. На период отсутствия (отпуск, болезнь, командировка) Жировой Н.П., право подписывать ЭЛН УКЭП возложить на Мухаматгалееву Л.Х., врача-онколога ХО № 1, на период ее отсутствия – на Желаеву А.А., и.о. заместителя главного врача по медицинской части.

6. Иманаевой О.С., медицинской сестре, ответственной за оформление листков нетрудоспособности, создавать (продлевать, закрывать) ЭЛН, запрашивать номер ЭЛН в ФСС, заполнять все разделы ЭЛН, подписываться УКЭП при отправлении ЭЛН в электронную систему ФСС.

7. Назначить ответственной за хранение УКЭП - Иманаеву О.С.

8. На период отсутствия (отпуск, болезнь) Иманаевой О.С. назначается исполнять ее обязанности медицинская сестра поликлиники, с правом УКЭП – Марасанова И.А.

9. УКЭП Жировой Н.П., Мухаматгалеевой Л.Х, Желаевой А.А., Иманаевой О.С., Марасановой И.А. хранить в кабинете выдачи листков нетрудоспособности в сейфе.

10. При компрометации УКЭП (утрата, хищение, разглашение, несанкционированное копирование, увольнение сотрудника, имеющего доступ к ключевым носителям) ответственная за хранение, Иманаева О.С., немедленно ставит в известность Жирову Н.П., заместителя главного врача по КЭР и главного врача.

11. Начальнику ИТО, Писакину М.М., обеспечить техническую поддержку по оптимизации процессов передачи сведений о страховых случаях в ФСС.

12. Контроль за исполнением приказа возложить на и.о. заместителя главного врача по медицинской части Желаеву А.А.

Главный врач Е.Н. Яковлева

Исп. Жирова Н.П.

Тел. 469924

Приложение № 1

**Типовая форма**

**информированного добровольного согласия на обработку персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности**

**в форме электронного документа**

Медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=1FB0A7A5B75CC53037BB0D96393D579B4445869104F010A090FE0F85AEg3dCG) от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=1FB0A7A5B75CC53037BB0D96393D579B444484910DF110A090FE0F85AEg3dCG) от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю свое согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, а также на обработку моих/лица, законным представителем которого являюсь персональных

нужное подчеркнуть

данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия - страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям мои/лица, законным представителем которого являюсь,

нужное подчеркнуть

персональные данные, необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года и действует бессрочно.

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

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись гражданина, его законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный телефон (телефоны)