

**Об утверждении Перечня персональных данных, необходимого и достаточного для выполнения осуществляемых задач**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 февраля 2019 года № ҚР ДСМ-5. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 февраля 2019 года № 18355

      В соответствии с подпунктом 1) пункта 2 статьи 25 Закона Республики Казахстан от 21 мая 2013 года "О персональных данных и их защите" ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Утвердить прилагаемый Перечень персональных данных, необходимый и достаточный для выполнения осуществляемых задач.

      2. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

      3) размещение настоящего приказа на интернет–ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан Токежанова Б.Т.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
|
*Министр*
 |
*Е. Биртанов*
 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Утвержденприказом МинистраздравоохраненияРеспублики Казахстанот 25 февраля 2019 года№ ҚР ДСМ-5 |

 **Перечень персональных данных, необходимых и достаточных для выполнения осуществляемых задач**

|  |  |
| --- | --- |
|
№ п/п |
Наименование персональных данных |
|
1. Осуществление контроля качества и объема оказанных медицинских услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
Гражданство |
|
5 |
Пол |
|
6 |
ИИН |
|
7 |
Число, месяц, год и место рождения |
|
8 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ |
|
9 |
Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания |
|
10 |
Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии) |
|
11 |
Диагнозы: направительный, предварительный, клинический (основной, сопутствующий, фоновое заболевание), заключительный клинический (основной, сопутствующий, фоновое заболевание), посмертный (основной, сопутствующий, фоновое заболевание), патологоанатомический (предварительный и окончательный) |
|
12 |
Информация по фактам обращения за медицинской помощью на уровне первичной медико-санитарной помощи и стационарной (государственные медицинские организации в т.ч. республиканские ведомственные и негосударственные медицинские организации) |
|
13 |
Данные из автоматизированных информационных систем Министерства здравоохранения Республики Казахстан: "Система управления качеством медицинских услуг", "Амбулаторно-поликлиническая помощь", "Поликлиника", "Дополнительный компонент подушевого норматива", "Система управления ресурсами", "Национальный регистр сахарного диабета", "Электронный регистр стационарных больных", "Электронный регистр онкологических больных", "Электронный регистр диспансерных больных", "Учет больных с хронической почечной недостаточностью", "Регистр беременных и женщин фертильного возраста" |
|
2. Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Число, месяц, год и место рождения |
|
6 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ |
|
7 |
Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания |
|
8 |
Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии) |
|
9 |
Адрес электронной почты (при наличии) |
|
10 |
Подпись (в том числе электронно-цифровая (при наличии) |
|
3. Вызов врача на дом |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Число, месяц, год и место рождения |
|
6 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ |
|
7 |
Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания |
|
8 |
Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии) |
|
9 |
Адрес электронной почты (при наличии) |
|
10 |
Подпись (в том числе электронно-цифровая (при наличии) |
|
4. Запись на прием к врачу |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Число, месяц, год и место рождения |
|
6 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ |
|
7 |
Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания |
|
8 |
Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии) |
|
9 |
Адрес электронной почты (при наличии) |
|
10 |
Подпись (в том числе электронно-цифровая (при наличии) |
|
5. Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем |
|
6 |
Сведения о месте жительства: адрес места жительства, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем |
|
7 |
Cвидетельство об изменении имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании |
|
8 |
Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов (далее – Оценка) для специалистов с медицинским образованием, занимающихся клинической практикой, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, с указанием заявляемой специальности, органа выдавшего заключение Оценки, число, месяц, год получения заключения Оценки |
|
9 |
Диплом о медицинском образовании (среднее медицинское образование, послесреднее медицинское образование, высшее медицинское образование), с указанием номера, серии диплома, полного наименования организации образования, страны обучения, года поступления, окончания, специальности и квалификации по диплому |
|
10 |
Нострификация и признание диплома (для лиц получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан) с указанием страны обучения, полное наименование организации образования, органа выдавшего удостоверение о нострификации, номер приказа нострификации, регистрационный номер нострификации, дата выдачи удостоверения нострификации |
|
11 |
Свидетельство об окончании интернатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность интернатуры по заявляемой специальности, специальность интернатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения интернатуры |
|
12 |
Свидетельство об окончании клинической ординатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность клинической ординатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации |
|
13 |
Свидетельство об окончании резидентуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность резидентуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения резидентуры |
|
14 |
Удостоверение о переподготовке по заявляемой специальности, номер удостоверения по переподготовке, специальность переподготовки, название обучающей организации, объем обучения в часах, начало обучения, окончание обучения |
|
15 |
Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с присвоением категории по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер и код административного документа (далее – номер НИКАД)/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия свидетельства (сертификата), специальность, квалификационная категория |
|
16 |
Сведения действующего сертификата специалиста, для допуска к клинической практике по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший сертификат, срок действия сертификата, специальность |
|
17 |
Сведения, подтверждающие трудовую деятельность, сведения о настоящем месте работы, общий медицинский стаж, стаж работы по заявляемой специальности, место работы в настоящее время, занимаемая должность, трудовая деятельность по заявляемой специальности, дата приема, дата увольнения, место работы, занимаемая должность, номер приказа, дата издания приказа |
|
18 |
Свидетельство о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности: наименование специальности, номер свидетельства о повышении квалификации, наименование темы, название обучающей организации, период обучения, объем обучения в часах |
|
6. Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем |
|
6 |
Сведения о месте жительства: адрес места жительства, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем |
|
7 |
Cвидетельство об изменении имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании |
|
8 |
Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов для специалистов с медицинским образованием, занимающихся клинической практикой, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, с указанием заявляемой специальности, органа выдавшего заключение Оценки, число, месяц, год получения заключения Оценки |
|
9 |
Диплом о медицинском образовании (среднее медицинское образование, послесреднее медицинское образование, высшее медицинское образование), с указанием номера, серии диплома, полного наименования организации образования, страны обучения, года поступления, окончания, специальности и квалификации по диплому |
|
10 |
Нострификация и признание диплома (для лиц получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан) с указанием страны обучения, полное наименование организации образования, органа выдавшего удостоверение о нострификации, номер приказа нострификации, регистрационный номер нострификации, дата выдачи удостоверения нострификации |
|
11 |
Свидетельство об окончании интернатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность интернатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения интернатуры |
|
12 |
Свидетельство об окончании клинической ординатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность клинической ординатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации |
|
13 |
Свидетельство об окончании резидентуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность резидентуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения резидентуры |
|
14 |
Удостоверение о переподготовке по заявляемой специальности, номер удостоверения по переподготовке, специальность переподготовки, название обучающей организации, объем обучения в часах, начало обучения, окончание обучения |
|
15 |
Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с присвоением категории по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия свидетельства (сертификата), специальность, квалификационная категория |
|
16 |
Сведения действующего сертификата специалиста для допуска к клинической практике по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия сертификата, специальность |
|
17 |
Сведения, подтверждающие трудовую деятельность, сведения о настоящем месте работы, общий медицинский стаж, стаж работы по заявляемой специальности, место работы в настоящее время, занимаемая должность, трудовая деятельность по заявляемой специальности, дата приема, дата увольнения, место работы, занимаемая должность, номер приказа, дата издания приказа |
|
18 |
Свидетельство о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности: наименование специальности, номер свидетельства о повышении квалификации, наименование темы, название обучающей организации, период обучения, объем обучения в часах |
|
19 |
Свидетельство (сертификат) о присвоении первой, высшей квалификационной категории |
|
7. Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с фармацевтическим образованием |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем |
|
6 |
Cвидетельство об изменении имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании |
|
7 |
Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов для специалистов с фармацевтическим образованием, с указанием заявляемой специальности, органа выдавшего заключение Оценки, число, месяц, год получения заключения Оценки |
|
8 |
Диплом о фармацевтическим образовании (среднее фармацевтическое образование, высшее фармацевтическое образование), с указанием номера, серии диплома, полного наименования организации образования, страны обучения, года поступления, окончания, специальности и квалификации по диплому |
|
9 |
Нострификация и признание диплома (для лиц получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан) с указанием страны обучения, полное наименование организации образования, органа выдавшего удостоверение о нострификации, номер приказа нострификации, регистрационный номер нострификации, дата выдачи удостоверения нострификации |
|
10 |
Удостоверение о переподготовке по заявляемой специальности, номер удостоверения по переподготовке, специальность переподготовки, название обучающей организации, объем обучения в часах, начало обучения, окончание обучения |
|
11 |
Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с присвоением категории по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия свидетельства (сертификата), специальность, квалификационная категория |
|
12 |
Сведения, подтверждающие трудовую деятельность, сведения о настоящем месте работы, общий медицинский стаж, стаж работы по заявляемой специальности, место работы в настоящее время, занимаемая должность, трудовая деятельность по заявляемой специальности, дата приема, дата увольнения, место работы, занимаемая должность, номер приказа, дата издания приказа |
|
13 |
Свидетельство о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности: наименование специальности, номер свидетельства о повышении квалификации, наименование темы, название обучающей организации, период обучения, объем обучения в часах |
|
14 |
Свидетельство (сертификат) о присвоении первой, высшей квалификационной категории |
|
8. Государственная регистрация, перерегистрация и внесение изменений в регистрационное досье лекарственного средства, медицинские изделия |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Сведения о месте юридического лица: адрес юридического лица, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем |
|
9. Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз (вывоз) зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств, медицинских изделий |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
10. Выдача разрешения на проведение клинического исследования и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, медицинских изделий |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
11. Выдача решения об утверждении (не утверждении) названий оригинальных лекарственных средств |
|
1 |
Фамилия |
|
2 |
Имя |
|
3 |
Отчество (при его наличии) |
|
4 |
ИИН |
|
5 |
Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем |
|
6 |
Сведения о месте жительства: адрес места жительства, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем |

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан