МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом №2»
(ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2»)

П Р И К А З

16 . 03 .2021 г. № 76

г. Симферополь

О внесении дополнений в приказ ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2» от 09.06.2020 г. № 138 Об утверждении Положения «О порядке и условиях предоставлений платных медицинских (немедицинских) услуг в ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2».

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, Гражданским Кодексом Российской Федерации, Бюджетным кодексом Российской Федерации, Налоговым кодексом Российской Федерации, Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 29.10.2010 г. № 326 – ФЗ « Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 ФЗ « О защите прав потребителей», постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.20162 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», постановлением Правительства Российской Федерации от 06.03.2013 г. № 186 « Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 1631 н « Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги», приказами Министерства Здравоохранения Республики Крым от 27.10.2014 г. № 35 « Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими орга-

низациями, являющимися бюджетными государственными учреждениями, расположенными в Республике Крым» от 27.10.2014 № 36 « Об утверждении Положения о порядке организации предоставления платных медицинских услуг государственными учреждениями, расположенными в Республике Крым».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.Внести дополнения в приказ ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2» от 09.06.2020 г. № 138 Об утверждении Положения «о порядке и условиях предоставления платных медицинских (немедицинских) услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом №2» (далее Положение).

1.2. Дополнить приказ ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2» от 09.06.2020 г. № 138 пунктом 1.7 Разработать и утвердить типовую форму Договора оказания медицинской лечебно-диагностической услуги по выявлению антигена SARS-CoV-2 иммунохроматографическим методом.

(Приложение № 6)

2. Контроль за выполнением данного приказа оставляю за собой.

Главный врач И.С. Глазков

Приложение № 6 к приказу ГБУЗ
РК «Симферопольский КРД №2»
№_____ от «____»_____20___г.

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Симферополь "____"_____20____г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом №2» (далее ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2»), юридический адрес: ул. Б. Хмельницкого, д.16, г. Симферополь, 295034, фактический адрес: ул. 60 Лет Октября, д.30, г. Симферополь, 295024, на основании лицензии Серии: ЛО-82 № 0002073, выданной 17.03.2020 года Министерством здравоохранения Республики Крым и Уведомления №9 от 10.04.2015 года именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Глазкова Ильи Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка)_____

_____

Паспорт:_____, выдан «___»_____20____ г.
Кем: _____

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую услугу, отвечающие требованиям действующего законодательства РФ, а Пациент обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленной медицинской услуги.
1.2. Согласно договора Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать медицинскую лечебно–диагностическую услугу **по выявлению антигена SARS-CoV-2 иммунохроматографическим методом.**
1.3. Пациент добровольно желает получить медицинские услуги на платной основе, что подтверждается добровольным информированным согласием пациента на оказание медицинской помощи в ГБУЗ РК «Симферопольский КРД № 2» в виде собственноручно подписанной формы информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг (Приложение № 1 к договору).

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Медицинские услуги, составляющие предмет договора предоставляются Пациенту в помещениях Исполнителя.
2.2. Оказание платных медицинских услуг осуществляется в дни и часы работы, по установленному администрацией Исполнителя расписанию.
2.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги после:
- ознакомления Пациента с правилами предоставления платных медицинских услуг и прейскурантом цен;
- подписания Пациентом согласия на обработку персональных данных, (Приложение №2 к договору);
- двухстороннего подписания настоящего договора и всех приложений к нему.
2.4. Факт исполнения условий договора и оказания медицинских услуг по настоящему договору подтверждается Актом выполненных услуг. (Приложение № 4 к договору).

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору составляет_____

_____

3.2. Оплата медицинской услуги производится после подписания договора Пациентом, в полном объеме, на расчетный счет Исполнителя согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оказания услуги.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1.«Исполнитель» обязан:

4.1.1. оказать Пациенту квалифицированную медицинскую услугу надлежащего качества в установленный договором срок;
4.1.2. предоставить Пациенту полную информацию о предоставляемой услуге: в чем они заключаются, что происходит в процессе ее выполнения, о возможных рисках, осложнениях, последствиях, квалификации медицинского персонала.
4.2.«Исполнитель» имеет право:
4.2.1. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и непредусмотренной договором.
4.3. «Пациент» обязан:
4.3.1. при оформлении настоящего договора предъявлять документ удостоверяющий личность;
4.3.2. ознакомится и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, являющееся неотъемлемой частью договора. (Приложение № 3).
4.3.3. ознакомится с Прейскурантом и оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
4.3.4. сообщить медицинскому персоналу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных;
4.3.5. соблюдать назначения медицинского персонала;
4.3.6. соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в лечебном учреждении;
4.3.7. во время получения медицинской услуги не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача.
4.4. «Пациент» имеет право:
4.4.1. на предоставление информации о медицинской услуге;
4.4.2. знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;
4.4.3. получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;
4.4.4. на возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1.Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору по основаниям, предусмотренным законодательством РФ, а так же если отсутствие ожидаемого Пациентом результата связано с невыполнением либо нарушением Пациентом своих обязанностей в части выполнения рекомендаций, предписаний и назначений врача или несообщением сведений либо предоставлением недостоверной информации предусмотренной п. 4.3.4. настоящего договора и нарушением правил внутреннего распорядка Исполнителя.
5.3. Отсутствие ожидаемого Пациентом результата, если Исполнитель по характеру обязательства и условиям договора предпринял все необходимые профессиональные действия не является основанием для признания услуги ненадлежащей.
5.4. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях:
5.4.1. если Пациенту причинен вред здоровью в рамках обоснованного профессионального врачебного риска.
5.4.2. если наступили предусмотренные и указанные в информированном добровольном согласии нежелательные эффекты, соответствующие объему медицинского вмешательства и обусловленные анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью основного заболевания.
5.4 .3. если причиной неисполнения или ненадлежащего исполнения настоящего договора послужило нарушение Пациентом условий договора.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств Сторонами по настоящему договору.
6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке.
6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.4. «Пациент» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявленные недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем». «Пациент» вправе расторгнуть договор также в тех случаях, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.
6.5. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
6.6. Сторона, считая, что ее права по настоящему договору нарушены, обязана направить другой стороне претензию, которая рассматривается в течение 10 рабочих дней. В случае неполучения ответа, пославшая претензию сторона вправе обратиться в суд.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой и составной частью. К настоящему договору прилагаются:
- форма информационного добровольного согласия пациента на получение платных медицинских услуг, (Приложение №1);
- согласие на обработку персональных данных, (Приложение №2);
- Информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств , на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико – санитарной помощи, (Приложение №3);
-Акт выполненных услуг, (Приложение №4).

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ РК «Симферопольский
клинический родильный дом № 2»
Юр. адрес: 295034, Республика Крым,
г.Симферополь, , ул. Б.Хмельницкого, 16,
р/с 40601810035101000001
УФК по Республике Крым
ГБУЗ РК "Симферопольский КРД №2"
ИНН 9102061383 КПП910201001
ОКПО 00788422; ОГРН 1149102132739
Банковские реквизиты:
л/с 22756Щ89320; 20756Щ89320
Отделение Республика Крым
БИК 043510001

ПАЦИЕНТ:

Место регистрации: _____
_____
Место фактического проживания:_____
_____
Контактный номер телефона:_____
_____ _____
Паспорт (серия, номер):_____
Кем выдан:_____
_____
Когда выдан:_____
С Правилами оказания платных услуг и Прейскурантом цен ознакомлен (а)
Пациент:_____
_____
(ФИО, полностью)

«___»_____20____г.

Главный врач

_____/ Глазков И.С./

Подпись, ФИО

_____/_____/

Приложение № 1
к договору №_____от «___»_____20___г.

форма информированного добровольного согласия
пациента на получение платных медицинских услуг

____._____.20__г.

Мне,_____

(ФИО полностью, паспортные данные)

_____, до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг, в доступной для меня форме доведено следующее:

Разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и дал такое согласие.

Мне разъяснено мое законное право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы, при соблюдении условий программ, а также положения данных программ.

Мне разъяснено право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров.

Платные медицинские услуги оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
- при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года.

8. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9. Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

10. Внимательно прочитав все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил (а) исчерпывающую информацию и отказываюсь от возможности применения бесплатной медицинской помощи за счет государственных внебюджетных и бюджетных средств в соответственно с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Крым и Генеральным соглашениям о тарифах на медицинские услуги, оказываемые учреждениями здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования Республики Крым и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

Пациент_____/_____

_____ _____ 20__ года

Подтверждаю, что я довел(а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях согласно перечню медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Крым в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Подпись ответственного лица _____/_____

_____ _____ 20__ года

Приложение № 2
к договору №_____от «___»_____20___г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу_____ ,
(по месту регистрации)

паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи

_____,
наименование выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на **ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2» 295034, г. Симферополь, ул. Б. Хмельницкого, д.16** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, 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 <u>обязанным сохранять врачебную тайну.</u>**

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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органам исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, пять лет – для больницы).

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

Настоящее согласие дано мной «___»_____ 20___г. 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) _____ **и почтовый адрес**
_____

Подпись субъекта персональных данных _____

Приложение № 3
к договору №_____от «___»_____20___г.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико – санитарной помощи

Я,_____

_____

(ФИО полностью, паспортные данные гражданина или законного представителя)

____._____._____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:_____

_____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильной дом №2».

Медицинским работником _____

(должность ФИО медицинского работника)

_____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 – ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, №26 ст. 3442,3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября2011 г. № 323 – ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____

(ФИО гражданина, дата рождения, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (ФИО медицинского работника)

«_____» _____ 20____год

(дата оформления)

Приложение № 4
к договору №_____от «___»_____20___г.

АКТ
выполненных услуг

г. Симферополь «___»_____ 20___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом № 2», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Глазкова Ильи Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

_____
(ФИО, полностью)

_____

_____
(паспортные данные, когда и кем выдан)

Именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг оказал услугу **по выявлению антигена SARS-CoV-2 иммунохроматографическим методом.**
2. Сумма (общая сумма оказанной) медицинской услуги составила_____
_____
3. Услуга (и) оказаны надлежащим образом и в срок. Пациент по объему, качеству и срокам оказания услуги претензий не имеет.
4. Настоящий Акт является неотъемлемой частью договора, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

«Исполнитель»
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом № 2»
Адрес, место нахождения юр. лица:Юр.адрес:295034, Республика Крым, г.Симферополь, ул. Б.Хмельницкого, д.16.
Факт.адрес: 295024, Республика Крым, г.Симферополь, ул. 60 лет Октября, д.30
Банковские реквизиты:
Получатель:
МИНФИН КРЫМА (ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2»), л/с 22756Щ89320
ИНН 9102061383; КПП 910201001
Единый казначейский счет 40102810645370000035
Казначейский счет :03224643350000007500
Наименование банка: Отделение Республика Крым Банка России// УФК по Республике Крым г.Симферополь БИК 013510002
ОГРН 1149102132739 ОКТМО 35701000
КБК 00000000000000000130

ПАЦИЕНТ:
ФИО (полностью)_____
_____
Место фактического проживания:_____
_____
Контактный номер телефона:_____
Паспорт (серия, номер):_____
Кем выдан:_____
_____
Когда выдан:_____

«_____»_____20_____г.

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Мед работник оказавший услугу:_____
_____
(должность, отделение)
_____/ _____
(подпись) (ФИО)