

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ «ИВАНОВСКАЯ РБ»

ПРИКАЗ

от 22.02.2024 года

№ 84

«Об организации и оказании платных услуг
в ГАУЗ АО «Ивановская РБ»

В целях повышения доступности, качества медицинских услуг, удовлетворения потребности населения района, контроля при организации предоставления платных услуг,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму договора на оказание платных медицинских услуг
2. Утвердить форму «Информационного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг»
3. Утвердить прейскурант платных услуг
4. Утвердить список сотрудников, оказывающих платные медицинские услуги
5. Утвердить положение по предоставлению платных медицинских (немедицинских) услуг государственным автономным учреждением здравоохранения Амурской области «Ивановская районная больница»
6. Ответственным за хранение договоров оказания платных услуг назначить оператора Борзенкову Л.А.
7. При оплате услуг операторам выдавать Заказчику договор и чек об оплате соответствующего образца.
7. Заведующим отделениями, заведующей поликлиникой:
 - 7.1. Обеспечить организацию платных услуг в подведомственных отделениях в соответствии с Положением, утвержденным настоящим приказом.
 - 7.2. О выявленных в подведомственных отделениях фактах вымогательства, незаконного взимания платы с пациентов незамедлительно информировать главного врача медицинского учреждения.
 - 7.3. Разместить в подведомственных отделениях на информационных стендах сведения о правилах предоставления платных медицинских услуг, прейскурант цен.
8. Заместителю главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности Шишовой И.В.
 - осуществлять контроль качества оказания медицинских услуг, порядок, правильность, своевременность оформления медицинской документации;
 - не реже 1 раза в месяц предоставлять главному врачу акты проверок с указанием выявленных недостатков и нарушений.
9. Главному бухгалтеру Музыкантовой Н.П. вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг населению, составлять отчетность и предоставлять ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами Российской Федерации в соответствующие органы.
10. Заместителю главного врача по экономике Никитиной Т.А.:
 - производить расчеты платных услуг по мере их востребованности;
 - своевременно вносить изменения в действующий прейскурант цен;
 - уведомлять заинтересованных лиц об изменениях и дополнениях, вносимых в прейскурант.
11. Ответственной за организацию платных услуг в учреждении Монаховой В.В.:
 - организовать размещение информации для Потребителей на информационных стендах, на ресурсах сайта ГАУЗ АО «Ивановская больница»
12. Контроль оставляю за собой.

Главный врач



И.О. Самарин

Дата

Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Ивановская районная больница», (Свидетельство о государственной регистрации 338 от 25.08.1994, выданное Межрайонной ИФНС России № 1 по Амурской области), лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-28-01-001630 от 08.04.2019, выданная Министерством здравоохранения Амурской области, 675000, Амурская область, Благовещенск, ул. Ленина, дом 135, телефон/факс: (4162) 200-756, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Самарина Игоря Олеговича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) ФИО ИЗ МКАБ, проживающий(ая) по адресу, АДРЕС ИЗ МКАБ, Паспорт гражданина Российской Федерации серия: СЕРИЯ ИЗ МКАБ, номер: НОМЕР ИЗ МКАБ, выдан КЕМ ВЫДАН ИЗ МКАБ, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель" (или) "Законный представитель", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (Законный представитель) обязуется принять и

Оплачиваемые «Заказчиком» медицинские услуги:

№ п/п	Название услуги	Врач	Цена	Кол-во
1	УСЛУГА ИЗ Программы обслуживания	ФИО ВРАЧА	ТАРИФ	1

Стоимость медицинских услуг составляет (одна тысяча двести двадцать руб.).

1.2 Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Потребителя (Законного представителя) и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (в т. ч. информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство, согласия на анестезиологическое пособие и согласия на переливание компонентов донорской крови).

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержится в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Потребителя (Законного представителя). В момент подписания настоящего Договора Пациент (Законный представитель) ознакомлен с перечнем работ(услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.4. В момент заключения настоящего Договора Потребитель (Законный представитель) информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и Потребитель (Законный представитель) желает получить платные услуги по собственной инициативе, в удобное для него время за счет личных средств.

1.5. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Потребитель (Законный представитель) дает свое согласие на обработку его персональных данных и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.6. Потребитель (Законный представитель) уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.7. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы Исполнителя по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платной медицинской помощи и их стоимость определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг физическим лицам в утвержденном Приказом главного врача.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

2.1.3. Предупредить Потребителя (Законного представителя) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.5. Своевременно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Потребителю (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения,

2.1.6. Обеспечить Потребителя (Законного представителя) в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Потребителю (Законному представителю) непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя (Законного представителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Требовать от Потребителя (Законного представителя) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.3. Требовать от Потребителя (Законного представителя) бережного отношения к имуществу Учреждения и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

2.3. Потребитель (Законный представитель) обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как

В рамках договора платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги далее Услуги) в медицинской организации (далее Учреждение здравоохранения Амурской области "Ивановская больница далее Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано

ПОЛОЖЕНИЯ

1. Я могу получить процедуры, диагностические исследования, лечение бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Амурской области.
2. Я могу получить процедуры, диагностические исследования, лечение вне рамок обязательного медицинского страхования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Амурской области на платной основе.
3. Я, получив от сотрудников Учреждения информацию о возможности и условиях предоставления мне Услуг в Учреждении, дал согласии на оказание мне Услуг и готов их оплатить.
4. Медицинским работником **ФИО работника, оформившего договор** мне разъяснено, я осознал(а), и согласен(а) с тем, что используемая технология услуг не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическим особенностями организма, и в случае, когда Услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) выполнить все требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями специалистов Учреждения).
6. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую Услугу), в том числе назначение режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
7. Я уведомлен(а) о необходимости информировать врача до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных мне аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях состоянии здоровья (самочувствии).
8. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с сотрудниками Учреждения выбраны следующие виды Услуг, которые я хочу получить в

№ п/п	Название услуги	Врач услуги	Цена с валютой	Количество
			ТАРИФ	
1	УСЛУГА ИЗ Программы обслуживания	ФИО ВРАЧА	ТАРИФ	1

Итого: СУММА (цифрами) (СУММА прописью руб.)

9. Я ознакомлен(а) с действующим в Учреждении прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной Услуги в соответствии им за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.
10. Я проинформирован (на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной Услуги в Учреждении.
11. Я ознакомлен(а) с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области Медицинской помощи и желаю получить указанную в договоре услугу по личной инициативе на платной основе.
12. Финансовых претензий по факту оплаты указанных Услуг в Учреждении не имею.
13. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов Услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: **ФИО**, подпись / _____ / **ДАТА**.