

ПОЛОЖЕНИЕ
о предоставлении платных медицинских услуг населению
в АНО ОДООЦ «Ребячья республика»

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение разработано в соответствии с Уставом АНО ОДООЦ «Ребячья республика» (далее – Организация), Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

1.2. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) в Организации.

2. Порядок предоставления платных медицинских услуг

2.1. На основании лицензии, организация может оказывать платные медицинские услуги по:

- медицинскому массажу;
- сестринскому делу;
- сестринскому делу в педиатрии;
- физиотерапии;
- лечебной физкультуре;
- спортивной медицине;
- педиатрии;
- косметологии (терапевтической);
- медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым).

2.2. Платные медицинские услуги населению осуществляются Организацией в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг.

2.3. Предоставление платных медицинских услуг населению осуществляется при наличии в Организации лицензии на избранный вид деятельности.

2.4. Организация обязана обеспечивать соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.5. Организация обязана вести статистический и бухгалтерский учет результатов, предоставляемых платных медицинских услуг населению, составлять требуемую отчетность и представлять ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами Российской Федерации.

2.6. Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляет начальник медицинской службы, главный бухгалтер, генеральный директор Организации, а также в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

2.7. Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации, на основании утвержденного руководителем Организации прейскуранта цен.

2.8. Организация обязана обеспечить отдыхающих (потребителей) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.9. До заключения договора Организация обязана в письменной форме уведомить отдыхающих (потребителей) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Организации (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 отдыхающего (потребителя). Форма уведомления приведена в приложении № 1 к настоящему Положению.

2.10. Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором.

2.11. Договор заключается отдыхающим (потребителем) и Организацией в письменной форме. Форма договора на оказание платных медицинских услуг приведена в приложении № 2 к настоящему Положению.

2.12. Договор должен содержать:

а) сведения об Организации:

наименование Организации, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон отдыхающего (потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени Организации, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) отдыхающего (потребителя) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

2.13. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Организации, второй - у заказчика, третий - у отдыхающего (потребителя). В случае если договор заключается отдыхающим (потребителем) и Организацией, он составляется в 2 экземплярах.

2.14. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия, оформленного в письменной форме, подписанного отдыхающим (потребителем) (законным представителем потребителя),

медицинским работником и содержится в медицинской документации отдыхающего (потребителя). Форма информационного добровольного согласия приведена в приложении № 3 к настоящему Положению.

2.15. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", потребитель (законный представитель потребителя) дает Организации письменное согласие на обработку своих персональных данных. Форма согласия на обработку персональных данных приведена в приложении № 4 к настоящему Положению.

2.16. Оплата за медицинские услуги производится в Организации. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются Организацией с применением контрольно-кассовых машин. Организация обязана выдать потребителю (кассовый) чек.

2.17. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.18. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, обязаны:

- оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.19. В соответствии с законодательством Российской Федерации Организация несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

2.20. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.21. При несоблюдении Организацией обязательств по срокам исполнения услуг потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

Нарушение установленных договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" или договором.

По соглашению (договору) сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

2.22. Организация обязана довести до потребителя достоверную информацию об объеме бесплатной медицинской помощи, перечне медицинских услуг, входящих в стоимость путевки.

3. Заключительные положения

3.1. Претензии и споры, возникшие между потребителем и Организацией, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2. Организация освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что

неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

3.3. За невыполнение настоящего Положения Организация в установленном порядке может быть лишена лицензии или права предоставления населению платных медицинских услуг.

Приложение № 1
к Положению о предоставлении платных медицинских услуг
населению в АНО ОДООЦ «Ребячья республика»

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
АНО «ОДООЦ «Ребячья республика»

АНО «ОДООЦ «Ребячья республика», в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет _____

(ФИО Заказчика)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) АНО «ОДООЦ «Ребячья республика» (медицинского работника АНО «ОДООЦ «Ребячья республика», 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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

" ____ " _____ ____ Г.

(Ф.И.О. Заказчика)

(подпись)

Приложение № 2 к Положению о
предоставлении платных медицинских
услуг населению в АНО ОДОЦ
«Ребячья республика»

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Тюмень

«_____» _____ 201__ г.

Автономная некоммерческая организация «Областной детский оздоровительно-образовательный центр «Ребячья республика» в лице генерального директора Шиловой Ларисы Владимировны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** с одной стороны,

и гражданин _____,
(ФИО)

именуемый далее «Заказчик», законный представитель

(ФИО, год рождения)

именуемый далее **«Пациент»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг, Исполнитель обязуется оказать Пациенту за плату медицинскую услугу, указанную в п. 1.2

1.2. Наименование платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту _____

_____, именуемые далее «Услуга».

1.3. Срок оказания «Услуги» с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 20__ г.

1.4. Лицензия на осуществление медицинской деятельности _____

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать услуги, соответствующие требованиям, предъявленным к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Организации, режиме работы, перечне платных медицинских Услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.2 Исполнитель имеет право:

2.2.1. Не оказывать Услугу пациенту в случаях неуплаты стоимости Услуги.

3. Права и обязанности Заказчика и Пациента

3.1. Заказчик обязан:

3.1.1. Оплатить стоимость предоставляемых Услуг в соответствии с прейскурантом цен, действующим у Исполнителя на момент оказания Услуги.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе и о наличии у него непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведении процедур или иного вмешательства в организм, а также о наличии у него ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуру лечения.

3.3. Заказчик имеет право:

3.3.1. Расторгнуть договор в одностороннем порядке, при Условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата.

4. Стоимость Услуги и порядок расчетов

4.1. Стоимость оказываемых Услуг в соответствии с их видом и объемом по настоящему договору устанавливается в размере _____ руб. _____ коп.

4.2. При возникновении необходимости выполнения Услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются при условии дополнительной оплаты, необходимой Услуги Заказчиком, в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания Услуги у Исполнителя.

4.3. Исполнитель после оплаты стоимости Услуги наличным расчетом выдает пациенту кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег.

5. Ответственность сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение условий настоящего договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Услуг, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения Пациентом установленных правил оказания Услуг.

6. Особые условия

6.1. Пациент, подписывая настоящий договор подтверждает, что получил от Исполнителя всю необходимую информацию о возможности предоставления ему бесплатных медицинских Услуг в рамках услуг, предусмотренных оплатой за путевку, программы Государственных гарантий за счет средств Обязательного медицинского страхования, и по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор об оказании ему Услуги в соответствии с прейскурантом цен, действующим у Исполнителя.

6.2. Пациент, подписывая настоящий договор, подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей Услуги, пункт 1.2 настоящего договора, и условий ее предоставления.

6.3. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания Услуг не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если Услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

6.4. При наличии тяжелого сопутствующего заболевания или пожилого возраста, а также несовершеннолетним пациентам необходимо иметь сопровождающее его лицо.

7. Заключительные положения

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Споры, возникающие в процессе исполнения настоящего договора, по вопросам, не предусмотренным условиями настоящего договора, Стороны разрешают путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде по месту нахождения ответчика.

7.3. Для обращения в суд обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение десяти дней.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную одинаковую юридическую силу, подписи каждой из Сторон и скреплен отпечатком печати, по одному экземпляру каждой из сторон

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Автономная некоммерческая
организация «Областной детский
оздоровительно-образовательный центр
«Ребячья республика»
625026, Тюменская область, город
Тюмень, улица Республики, дом 142
ИНН 7224028975
КПП 720301001
ОКПО 35334016
ОКАТО 71244825001
ОКОГУ 49014
ОГРН 1057200562099
Р/с 407 038 103 559 900 000 35
К/с 301 018 102 710 200 006 13
БИК 047102613
в «Запсибкомбанк» ПАО г. Тюмень
Генеральный директор

_____ Л.В. Шилова

Заказчик:

_____/_____/

Пациент:

_____/_____/

Приложение № 3 к Положению о
предоставлении платных
медицинских услуг населению в АНО
ОДООЦ «Ребьячья республика»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

_____ года рождения, проживающий по
адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное
зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство _____
(наименование вида медицинского вмешательства)

необходимое для оказания медицинской помощи, осуществляемое в АНО ОДООЦ
«Ребьячья республика», 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 также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне
разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского
вмешательства или потребовать его 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».

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« ____ » _____ 201__ г.
(дата оформления)

Приложение № 4 к Положению о
предоставлении платных
медицинских услуг населению в АНО
ОДООЦ «Ребьячья республика»

СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт _____ выдан _____,
(серия, номер) (когда и кем выдан)

являясь законным представителем несовершеннолетнего

(ФИО несовершеннолетнего)

зарегистрированного по адресу:

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ. "О персональных данных" № 152 от 27.07.06, подтверждаю свое согласие на обработку в АНО «ОДООЦ «Ребьячья республика» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, 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 обязанным сохранять врачебную тайну.

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 (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 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.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____
(должность, ФИО)