

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
« КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 6 »**

ПРИКАЗ

г.Омск

от « 24 » 08 2023 г.

№ 180

В связи с изменениями с 01.09.2023 года правил предоставления платных медицинских услуг, вступлением в силу Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 №736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", (далее- Постановление №736), руководствуясь статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей",

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения с 01.09.2023 г. в Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских и иных услуг бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Клинический родильный дом № 6» .

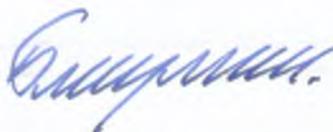
2. Утвердить с 01.09.2023 года новую форму договора на оказание платных медицинских услуг (приложение №1 к настоящему приказу) и форму информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (приложение №2 к настоящему приказу).

3. При оказании платных медицинских услуг, в том числе до заключения и при заключении договора на оказание платных медицинских услуг, обеспечить доведения до сведения потребителей и (или) заказчиков информацию в наглядной и доступной форме, , предусмотренную условиями Постановления №736, путем размещения на официальном сайте учреждения, информационных стендах.

4. Приказ довести до ответственных лиц.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



С. И. Блауман

ФОРМА
договора на оказание платных медицинских услуг

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Омск « _____ » _____ 202_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический родильный дом № 6», находящееся по адресу: г. Омск, ул. Перелета, д.3, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Блаумана Сергея Ивановича, действующей на основании Устава, Лицензии № Л041-01165-55/00554720; выданной 24.10.2019 г. Министерством здравоохранения Омской области, с одной стороны, и гражданин (ка) (или его законный представитель)

(фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес и тел. – для физ. лица),

именуемый в дальнейшем «Потребитель», и
(фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес и телефон. – для физ. лица),

(наименование, адрес, ОГРН, ИНН, ФИО и полномочия руководителя – для юр. лица)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» платные медицинские услуги (Далее- Услуги), указанные в п.1.2. настоящего Договора, а «Потребитель» («Заказчик») обязуется оплатить эти услуги по ценам, действующим на дату заключения договора.

1.2. «Исполнитель» обязуется оказать следующие Услуги:

№п/п	Вид услуги	Код	Кол-во	Цена за единицу, руб.	Сумма, руб.

2. СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Общая стоимость Услуг, согласно прейскуранту, составляет _____ рублей.

2.2. Оплата производится «Потребителем» («Заказчиком») путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя», указанный в настоящем Договоре, или наличным платежом в кассу «Исполнителя» до предоставления медицинской Услуги (100%предоплата).

2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных Услуг, не предусмотренных настоящим Договором, они выполняются с письменного согласия «Потребителя» («Заказчика») с оплатой согласно прейскуранту и оформляются дополнением к настоящему Договору.

2.4. Срок оказания услуг (срок ожидания платных услуг): в течение 10 дней с момента подписания договора.

2.5. Продление сроков оказания услуг осуществляется по медицинским показаниям и оформляется дополнительным соглашением сторон к договору.

2.6. Не позднее 10-и дней после исполнения договора Исполнитель бесплатно выдает Потребителю медицинские документы (копии, выписки, результаты обследований) отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Потребителю» качественную медицинскую Услугу в установленный договором срок;
- заблаговременно предоставить «Потребителю» («Заказчику») доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой Услуге;
- незамедлительно информировать «Потребителя» («Заказчика») об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы;
- выдать «Потребителю» («Заказчику») документ, подтверждающий произведенную оплату Услуг.
- при возникновении необходимости оказания дополнительных Услуг, не предусмотренных настоящим Договором, предупредить об этом «Потребителя» («Заказчика»).
- при предоставлении платных медицинских услуг «Исполнитель» обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Потребителя» при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы;

3.2. «Исполнитель» имеет право:

требовать от «Потребителя» выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление Услуги в процессе ее оказания и после ее завершения.

-получать от «Потребителя» письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

-в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, для устранения угрозы жизни «Потребителя», самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, и не предусмотренной договором. Такие дополнительные услуги, в соответствии с действующим законодательством, оказываются без взимания платы.

3.3. «Потребитель» («Заказчик») обязан:

-своевременно оплатить стоимость услуги;

-сообщить «Исполнителю» сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (сведения о состоянии здоровья, реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

-точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной «Исполнителем», правила внутреннего распорядка учреждения.

3.4. «Потребитель» («Заказчик») имеет право:

-на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.;

-на предоставление ему «Исполнителем» полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;

-требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

-отказаться от получения услуги на любом этапе, и получить оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактических затрат.

4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

4.1. «Потребитель» («Заказчик») подтверждает, что предварительно, до заключения настоящего Договора:

4.1.1. Ему в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.1.2. Он в доступной форме уведомлен «Исполнителем» 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».

4.1.3. Ему предоставлена информация о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых «Исполнителем», форме и порядке их предоставления и оплаты., информация о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

4.1.4. Ему предоставлена информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услугах, их образовании и квалификации.

4.1.5. Ему предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников, все необходимые сведения о лицензии БУЗОО «КРД 6» на осуществление медицинской деятельности и о перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

4.2. «Потребитель» разрешает «Исполнителю», в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, обработку его персональных данных, включающих, в том числе, фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данных о состоянии своего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях повышения качества предоставляемой услуги.

5. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

5.1. Наименование – бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический родильный дом № 6»(БУЗОО «КРД № 6»).

5.2. Адрес места нахождения «Исполнителя»:644112, г. Омск, ул. Перелета, 3. E:mail:muzkrd6@mail.ru, официальный сайт roddom6.com.

5.3. Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ 55 №003615777 от 11.01.2012 г., выд. Межрайонной инспекцией ФНС №12 по Омской обл., ОГРН 1025501382158, ИНН 5507045262.

5.4. «Исполнитель» имеет Лицензию на медицинскую деятельность № Л041-01165-55/00554720;выд. Министерством здравоохранения Омской области 24.10.2019 г. , действует бессрочно(г. Омск, ул.Красный Путь, 6, тел. 23-35-25.); *

5.5.Обращения (жалобы) могут направляться Исполнителю в письменном виде по почте на адрес местонахождения учреждения, на электронную .

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2.Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в случае предоставления некачественных Услуг по настоящему договору, подлежит возмещению в соответствии с законодательством РФ.

6.3.В случае ненадлежащего оказания услуги «Потребитель» («Заказчик») вправе по своему выбору потребовать:

6.3.1.Безвозмездного устранения недостатков услуги;

6.3.2.Соответствующего уменьшения стоимости услуги;

6.3.3.Возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.4.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору по основаниям, предусмотренным ст. 13 Закона о защите прав потребителей, ст. 401 ГК РФ.

6.5. Потребитель (заказчик, пациент) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств

данному договору. Досрочное расторжение договора может иметь место по соглашению сторон либо на основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.6. Меры ответственности, не предусмотренные в настоящем Договоре, применяются в соответствии с действующим законодательством.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению «Сторон», оформленных в письменной форме в виде дополнений.

7.3. Если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Оказание дополнительных медицинских услуг оформляется дополнительным соглашением к договору или новым договором с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров, с привлечением экспертов, по согласованию «Сторон», а также в судебном порядке.

8.2. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель подает ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в п.5.2. Договора. В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя, суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон., электронная почта).

В случае поступления претензии Потребителя Исполнитель направляет ему ответ в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному потребителем в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения потребителем.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах (для «Исполнителя» и «Потребителя»), или в трех экземплярах (для «Исполнителя», «Потребителя» и «Заказчика»), имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из «Сторон».

9. ПОДПИСИ СТОРОН

9.1. «Исполнитель»

БУЗОО «КРД № 6», 644112, г. Омск, ул. Перелета, д.3., ОГРН 1025501382158, ИНН 5507045262/КПП 550701001, Министерство финансов Омской обл. (БУЗОО «КРД № 6» л/с 006220808), ЕКС 40102810245370000044 в Отделение Омск Банка России \УФК по Омской области г. Омск, КС 03224643520000005201 БИК 015209001 (от имени Исполнителя)

_____ (должность ФИО, доверенность № _____ от «__» _____ 202__ г.)

«__» _____ 202__ г.

9.2. «Потребитель»

ФИО _____

Паспорт _____

Адрес _____

Тел. _____

«__» _____ / _____ / _____ 202__ г.

9.3. «Заказчик»

ФИО (наименование, ОГРН, ИНН) _____

Паспорт (для ф.л.) _____

Адрес _____

Тел. _____

«__» _____ / _____ / _____ 202__ г.

*сведения о лицензии на медицинскую деятельность, полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, размещены на официальном сайте Росздравнадзора РФ (roszdravnadzor.gov.ru), сайте БУЗОО «КРД № 6» в сети "Интернет" (roddom6.com), а также на информационных стендах медицинской организации.

ФОРМА

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг

(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Я, гражданин (ка) _____

(ФИО, паспортные данные, адрес, тел.) (для Заказчика –юридического лица, наименование, адрес, тел., ОГРН, ИНН)

до получения платной медицинской услуги в БУЗОО «КРД № 6» и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как в БУЗОО «КРД № 6», так и в других медицинских организациях Омской области.

-о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых БУЗОО «КРД № 6» (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

-о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

-мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников,;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

-мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях БУЗОО «КРД 6» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

-мне предоставлена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, информация о почтовом адресе и адресе электронной почты Исполнителя, на которые может быть направлено обращение,

-я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг

-я информирован(а) о режиме лечения в период нахождения в медицинской организации, правилах поведения в медицинской организации и необходимости их соблюдения;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в БУЗОО «КРД № 6», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в БУЗОО «КРД № 6» и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в БУЗОО «КРД № 6» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика)

(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 202__ г

* сведения о лицензиях на медицинскую деятельность, полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, размещены на официальном сайте Росздравнадзора РФ (roszdravnadzor.gov.ru), сайте БУЗОО «КРД № 6» в сети "Интернет" (roddom6.com) а также на информационных стендах медицинской организации.