

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
**«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ»**

ПРИКАЗ

«23» августа 2016 г.

№ 353

**О введении в действие Регламента
оказания платных услуг**

В целях упорядочения работы по оказанию платных медицинских услуг, предоставляемых в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (далее – Центр),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие с 23.08.2016 «Регламент оказания платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – Регламент) согласно приложению к настоящему приказу.

2. Назначить руководителей филиалов, Клиники № 1, Клиники № 2 ответственными за предоставление платных медицинских услуг в вверенных им подразделениях.

3. Руководителям филиалов, Клиники № 1, Клиники № 2 в срок до 26.08.2016 организовать ознакомление работников в вверенных им подразделениях под роспись с Регламентом.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



Е.М. Богородская

РЕГЛАМЕНТ

оказания платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

1. Общие положения

1.1. Регламент Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ») по предоставлению платных медицинских услуг (далее – регламент) разработан с целью упорядочения работы по оказанию платных медицинских услуг, определяет сроки и последовательность действий (административных процедур) при осуществлении полномочий по предоставлению платных медицинских услуг.

Настоящий регламент должен быть соблюден при оказании платных медицинских услуг в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

2. Стандарт предоставления платной медицинской услуги

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются физическим лицам, имеющим намерение получить, либо получающим платные медицинские услуги в соответствии с договором, заключенным с физическим лицом или его законным представителем и юридическими лицами. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

Сведения о месте нахождения, графике работы, контактных телефонах, адресах электронной почты клиник и филиалов ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», непосредственно оказывающих платные медицинские услуги должны быть размещены на официальном сайте ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» mncbct.ru и на информационных стендах, размещенных в доступных местах при входе в Клинику №1, Клинику № 2, филиалах ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

Платные медицинские услуги оказываются по адресам:

- Клиника №1 – 107014, г. Москва, ул. Стромынка, 10;
- Клиника №2 – 107014, г. Москва, ул. Барболина, д.3;
- Филиал по ЮВАО – 109129, г. Москва, ул. 8-я Текстильщиков д.2;
- Филиал по ЮЗАО – 113209, г. Москва, просп. Севастопольский, д.26, стр.1;
- Филиала по ЮЗАО – 117630 г. Москва, ул. Новаторов, д.17;
- Филиал по ЮАО – 115142, г. Москва, ул. Речников, д.25;
- Филиал по Зеленоградскому АО — 103305, г. Москва, Зеленоград, 1-й Западный проезд, д.8, стр.1;
- Филиал по ЦАО и ЗАО — 105005, г. Москва, ул. Радио д.18; 121108, г. Москва, ул. Тарутинская, д.2;
- Филиал по СЗАО — 123182, г. Москва, ул. Щукинская, д.38;
- Филиал по САО — 125438, г. Москва, ул. Михалковская, д.65;
- Филиал по ВАО и СВАО — 105425, г. Москва, Сиреневый бульвар, д.6; 111399, г. Москва, ул. Metallургов, д.37; 129226, г. Москва, ул. Докукина, д.18; 127254, г. Москва, ул. Гончарова, д.4.

Платные медицинские услуги оказываются в режиме работы ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

2.2.1. На информационных стендах ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» размещается следующая информация:

- информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

- копия перечня платных медицинских услуг, оказываемых ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», утвержденная директором ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» и согласованная Департаментом здравоохранения города Москвы;

- информационный лист о размещении прейскуранта цен на работы и услуги на официальном сайте ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» mncbt.ru и возможности получения информации по ценам в регистратуре;

- список медицинских работников, непосредственно оказывающих платные медицинские услуги с указанием часов приема.

- информационный лист о размещении положений нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность по предоставлению платной медицинской услуги на официальном сайте ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»

mprcbt.ru. и возможности получения дополнительной информации в регистратуре;

- режим работы ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», графики личного приема, номера телефонов приемной директора, главного врача, заведующего филиалом и ответственного лица филиала или структурного подразделения по оказанию платных медицинских услуги, назначенного приказом директора ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»;

- информация о видах платной и бесплатной медицинской помощи, оказываемой ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»;

- льготы при получении платной медицинской помощи, оказываемой ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» не предоставляются.

2.2.2. Регистратуры ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» обязаны осуществлять консультацию по предоставлению платных медицинских услуг в полном объеме, предоставлять информацию, установленную настоящим регламентом и действующим законодательством.

2.3. Для заключения договора на оказание платных медицинских услуг, физическому лицу необходимо представить паспорт, свидетельство о рождении, либо иной документ, удостоверяющий личность.

2.4. При предоставлении платных медицинских услуг должен соблюдаться порядок оказания медицинской помощи, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии:

- **заключенного договора.** С физическим лицом или его законным представителем договор составляется в простой письменной форме (заполняется разборчиво работником ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», с помощью компьютера или печатными буквами), подписывается физическим лицом или его законным представителем, со стороны ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» договор подписывает лицо, назначенное Приказом директора ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», ответственным за предоставление платных медицинских услуг в Клинике №1, Клинике №2, филиалов ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» заверяется печатью. В договоре должны быть указаны фамилия, имя, отчество, паспортные данные, место регистрации физического лица или его законного представителя. С юридическим лицом договор заключается от имени директора ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»;

- **информированного добровольного согласия 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, данного в порядке, установленном**

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н (ред. от 10.08.2015) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;

- **информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг, в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»** (приложение №2 к регламенту);

- **информированного добровольного согласия на обработку персональных данных пациента ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»** данного в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» (приложение №3 к регламенту);

- **документа, подтверждающего оплату.**

2.6. Медицинский регистратор или ответственное лицо:

- оформляет договор об оказании платных медицинских услуг в двух экземплярах (один – для пациента, второй – для ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ») в соответствии с п.2.5.

- выдает пациенту квитанцию для оплаты услуги через банк или банковский терминал. После подтверждения оплаты, делает ксерокопию квитанции об оплате и прикрепляет ее к экземпляру договора ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»;

- после чего оформляет набор документов: амбулаторную карту (в нее вкладывается добровольное информированное согласие на медицинское освидетельствование с полным перечнем платных услуг, согласие на обработку персональных данных, информированное согласие на медицинское вмешательство, договор и ксерокопия квитанции об оплате);

- при назначении пациенту дополнительных платных медицинских услуг выписывает дополнительную квитанцию для оплаты услуги через банк или банковской терминал. После подтверждения оплаты, делает ксерокопию квитанции об оплате и прикрепляет ее к экземпляру договора ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

Предоставление платных медицинских услуг, не подтвержденных оплатой, не допускается.

При обследовании на туберкулез в рамках оказания платных медицинских услуг Пациент получает стандартный набор обследования: флюорография органов грудной клетки и консультацию фтизиатра, который определит дальнейший (при необходимости) объем обследования.

2.7. В регистратуре, на фтизиатрическом участке и в каждом подразделении

филиала, принимающем непосредственное участие в оказании платных медицинских услуг (клинико-диагностические и бактериологические лаборатории, отделения лучевой диагностики, процедурный кабинет и пр.) ведется «Журнал учета обращений для оказания платных медицинских услуг» (приложение №4 к регламенту).

Врач - специалист, ведущий амбулаторный прием в рамках приема по оказанию платных медицинских услуг заполняет форму № 039/у «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» и статистические талоны на данную категорию пациентов отдельно от общего приема.

В стационаре заполняется карта стационарного больного.

Персональную ответственность за организацию отдельного учета оказания платных медицинских услуг и выполнение услуг в рамках программы Государственных гарантий несет заведующий филиалом или структурным подразделением.

2.8. Медицинские работники, непосредственно участвующие в оказании платных медицинских услуг, ежемесячно подают отчет об оказанных платных услугах, состоящий из утвержденного реестра (далее – отчет), ответственному лицу, которое в срок до пятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, подает его в планово-экономический отдел и отдел статистики за подписью руководителей филиалов, Клиники № 1, Клиники № 2.

Отчет; оригиналы договоров (с приложениями); документы, подтверждающие оплату; предоставляется ответственным лицом в бухгалтерию до пятого числа месяца, следующего за отчетным.

3. Форма контроля за исполнением регламента.

3.1. Контроль полноты и качества исполнения платной медицинской услуги включает в себя проведение проверок и устранение нарушений прав граждан, принятие решений и подготовку ответов на обращения граждан, содержащие жалобы на действие (бездействие) должностных лиц.

Проверки могут быть плановыми (в соответствии с годовыми планами работы), внеплановыми, комплексными или тематическими (по конкретному обращению граждан).

3.2. Текущий контроль за соблюдением и исполнением лицами, ответственными за предоставление платных медицинских услуг, положений настоящего регламента и иных нормативных правовых актов, устанавливающих требования к предоставлению платных медицинских услуг, а также принятием решений вышеуказанными лицами, осуществляют в пределах своих полномочий главный врач ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» и его заместители.

**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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю 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, 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/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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 также 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 ноября 2011 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.
(дата оформления)

ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг,
в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»**

Я, _____

(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя пациента)

« ____ » _____ г. рождения, проживающий (ая) по адресу: _____
(место регистрации пациента либо законного представителя пациента)

даю информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг в
ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», обработку персональных данных

а) мне _____
б) пациенту, чьим представителем я являюсь _____

(нужное подчеркнуть)

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

« ____ » _____ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: _____
(место регистрации пациента от имени которого выступает законный представитель)

В доступной для меня форме, мне даны объяснения о характере имеющегося у меня/ у пациента, законным представителем которого я являюсь/ заболевания, целях, продолжительности лечения, возможности применения разных методов лечения, связанный с ними риск, а также о побочных эффектах, болезненных ощущениях и ожидаемых результатах лечения.

Я согласен(на) с тем, что стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг и цен (тарифов) на медицинские услуги в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», утверждённым в установленном порядке. Сумма денежных средств вносится мною без какого-либо принуждения со стороны ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

Я согласен (на) с тем, что несоблюдение мной/пациентом, законным представителем которого я являюсь/ указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, а также повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на моём/ пациенте, законным представителем которого я являюсь/ состоянии здоровья.

Настоящим информированным добровольным согласием я предупреждён (а) о том, что в случае грубого нарушения назначенного мне/ пациенту, законным представителем

которого я являюсь/ режима лечения лечащий врач имеет право прекратить лечение и ходатайствовать перед администрацией ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» о досрочной выписке меня/ пациента, законным представителем которого я являюсь/ из лечебного учреждения.

Я согласен (на) с тем, что в случае моей/ пациента, законным представителем которого я являюсь/ досрочной выписки за грубое нарушение режима лечения, внесённые мной денежные средства, возврату не подлежат.

(подпись) (Ф.И.О. пациента, либо законного представителя пациента)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителя ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»)

**Информированное добровольное согласие
на обработку персональных данных пациента
ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу _____

Паспорт серия _____ № _____, выдан _____

(дата выдачи, кем выдан)

Свободно, своей волей и в своем интересе/интересе пациента _____
_____, законным представителем которого я являю-
юсь, даю согласие уполномоченным должностным лицам ГБУЗ «МНПЦ борьбы с тубер-
кулезом ДЗМ» на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий
(операций), совершенных с использованием средства автоматизации или без использо-
вания таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию,
накопление, хранение, уточнение, (обновление, изменение), извлечение, использование,
передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уда-
ление, уничтожение) следующих персональных данных:

Фамилия, имя, отчество;
Дата и место рождения, гражданство;
Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)
Миграционное свидетельство (для иностранных граждан);
Вид на жительство (для иностранных граждан);
Адрес постоянной регистрации;
Адрес временной регистрации;
Адрес фактического места проживания;
Место работы, должность;
Фактический адрес места работы;
Семейное положение;
Фамилии, имена и отчества лиц совместно со мной проживающих;
Социальный статус (пенсионер, инвалид, безработный, бездомный, другое);
Номер телефона;
Диагноз;
Перечень проведенных медицинских исследований и их результаты;
Фамилия, имя, отчество и контактный телефон родственника или иного чело-
века, которому субъект персональных данных доверяет получение информации от леча-
щего врача о его состоянии здоровья.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях
обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации,
действующих норм, правил и стандартов оказания медицинской помощи, ведении доку-
ментации, учета и отчетности, в том числе статистической, а так же обеспечения проти-
воэпидемической безопасности граждан и реализации всех полномочий, возложенных на
ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», действующим законодательством.

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания

настоящего соглашения;

2) согласие на обработку персональных данных может быть мною отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме:

3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии основания, указанных в п.4 статьи 10 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

4) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» полномочий и обязанностей по обеспечению эпидемической безопасности населения города Москвы.

Дата начала обработки персональных данных: _____
(число, месяц, год)

(Ф.И.О. подпись)

