



СИСТЕМА  
МЕНЕДЖМЕНТА  
КАЧЕСТВА

ПОЛОЖЕНИЕ

ПЛ СМК НГПУ  
610311-0502-2019

**УТВЕРЖДЕНО**

приказом ФГБОУ ВО «НГПУ»  
от 06 июня 2019 г. № 82-НД

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

ПЛ СМК НГПУ 610311-0502-2019

### **Предисловие**

Настоящее положение разработано в соответствии с Уставом ФГБОУ ВО «НГПУ».

### **Сведения о документе**

1 РАЗРАБОТАН рабочей группой под руководством Каурдаковой Г.З., главного врача санатория-профилактория

2 ВНЕСЕН управлением менеджмента качества

ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ с 01.07.2019

ВВЕДЕН ВЗАМЕН ПЛ СМК НГПУ 610311-0501-2017 Положения об оказании платных медицинских услуг

#### **ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА**

Руководитель экспертной группы:

Барматина И.В., канд. пед. наук, начальник управления менеджмента качества

Члены экспертной группы:

Молекер Г.В., главный бухгалтер

Лайкова Н.В., начальник экономического отдела

Шульга А.А., канд. пед. наук, начальник правового управления

Изменения к настоящему положению утверждаются и вводятся в действие приказом ФГБОУ ВО «НГПУ» в соответствии с требованиями СТО СМК НГПУ 423161-0103-2019 Управление документацией системы менеджмента качества. Общие требования. Информация об изменениях рассылается по подразделениям и размещается на официальном сайте ФГБОУ ВО «НГПУ» в разделе Система менеджмента качества. Изменения вносятся в электронную версию документа, размещенного на официальном сайте ФГБОУ ВО «НГПУ», в сроки, установленные приказом ФГБОУ ВО «НГПУ».

## **1 Область применения**

1.1 Настоящее положение определяет порядок оказания платных медицинских услуг в санатории-профилактории ФГБОУ ВО «НГПУ».

1.2 Порядок, определяемый настоящим положением, обязателен для применения работниками санатория-профилактория ФГБОУ ВО «НГПУ» и распространяется на потребителей платных медицинских услуг санатория-профилактория ФГБОУ ВО «НГПУ».

## **2 Нормативные ссылки**

В настоящем положении использованы ссылки на следующие документы:

ПЛ СМК НГПУ 610311-0203-2019 Финансовая структура НГПУ

ПЛ СМК НГПУ 611310-0801-2019 Положение о внебюджетной деятельности ФГБОУ ВО «НГПУ»

## **3 Термины и определения**

В настоящем положении применены следующие термины с соответствующими определениями:

3.1 **договор:** Соглашение двух или нескольких лиц об оказании платных медицинских услуг

3.2 **исполнитель:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный педагогический университет» – организация, предоставляющая платные медицинские услуги

3.3 **платные медицинские услуги:** Осуществление доврачебной медицинской помощи по диетологии, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии. Осуществление санаторно-курортной помощи по оториноларингологии, применение методов традиционной медицины, стоматологии терапевтической, терапии, физиотерапии

3.4 **потребитель:** Гражданин, имеющий намерение заказать и в дальнейшем использующий услуги для личных, семейных, домашних и иных нужд.

## **4 Обозначения и сокращения**

В настоящем положении применены следующие обозначения и сокращения:

ФГБОУ ВО «НГПУ» – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный педагогический университет»

## **5 Общие положения**

5.1 Санаторий-профилакторий ФГБОУ ВО «НГПУ» (далее санаторий-профилакторий) оказывает платные медицинские услуги в пределах, установленных лицензией на

ПЛ СМК НГПУ 610311-0502-2019

осуществление медицинской деятельности от 21.10.2016 серия ФС 0018730 № ФС54-01-002127 в соответствии с ПЛ СМК НГПУ 610311-0203-2019, ПЛ СМК НГПУ 611310-0801-2019.

5.2 Источником формирования фонда внебюджетных средств санатория-профилактория являются платные медицинские услуги, оказываемые населению, сотрудникам и студентам.

5.3 Средства фонда внебюджетных средств аккумулируются на субсчете санатория-профилактория и используются по утвержденной смете доходов и расходов.

5.4 Санаторий-профилакторий гарантирует потребителю оказание платных медицинских услуг в полном объеме в соответствии с лицензией и условиями договора.

## **6 Порядок предоставления платных медицинских услуг**

6.1 Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с договором (приложение А), который заключается до начала оказания услуг. Стоимость по видам услуг утверждается приказом ФГБОУ ВО «НГПУ».

6.2 Оказание платных медицинских услуг осуществляется во время основной работы санатория-профилактория по утвержденному графику, при наличии договора с физическим лицом (приложение А) и информированного согласия на обследование и лечения физического лица (приложение Б).

6.3 Для реализации платных медицинских услуг используются площади, аппаратура и оборудование, закрепленное за санаторием-профилакторием.

6.4 Привлечение профильных специалистов производится согласно спроса на услуги и наличии соответствующих видов деятельности в лицензии.

6.5 Оплата за проведение платных медицинских услуг производится наличными денежными средствами в кассу ФГБОУ ВО «НГПУ».

## **7 Ответственность сторон**

7.1 Главный врач санатория-профилактория осуществляет контроль за деятельностью по оказанию платных медицинских услуг и несет ответственность за:

- а) объем и качество оказываемых услуг;
- б) соблюдение финансовой дисциплины;
- в) определение и согласование стоимости услуг методом сопоставимых рыночных цен (анализ рынка) на идентичные услуги;
- г) ведение учета по платным услугам;
- д) разрешение спорных вопросов между потребителем и исполнителем.

7.2 За невыполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору об оказании платных медицинских услуг исполнитель, ФГБОУ ВО «НГПУ» и потребитель несут ответственность, предусмотренную договором и законодательством Российской Федерации.

7.3 По инициативе ФГБОУ ВО «НГПУ» договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в следующем случае:

- а) просрочка оплаты стоимости платных медицинских услуг;
- б) невозможность надлежащего исполнения обязательств по оказанию платных медицинских услуг вследствие действий (бездействия) потребителя.

Приложение А

**Договор об оказании платных медицинских услуг и акта сдачи-приемки  
оказанных услуг (формы)**

**А.1 Форма договора**

Ф ПЛ СМК НГПУ 610311-0502-01

**ДОГОВОР  
об оказании платных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_

г. Новосибирск

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный педагогический университет» (сокращенное наименование – ФГБОУ ВО «НГПУ»), именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача санатория-профилактория \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, с одной стороны и

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

именуемый в дальнейшем «Заказчик», именуемые в дальнейшем «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1 Оказание платных медицинских услуг Исполнителем Заказчику, на основании лицензии \_\_\_\_\_, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

1.2 Оказываемые услуги: \_\_\_\_\_

Срок оказания услуг \_\_\_\_\_

Место оказания услуг: г. Новосибирск, ул. Вилюйская, дом 32.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1 Заказчик имеет право на:

- а) получение достоверной информации о медицинской услуге;
- б) ознакомление с документами, подтверждающими право осуществления медицинской деятельности санаторием-профилакторием ФГБОУ ВО «НГПУ».

2.2 Заказчик обязан:

- а) оплачивать оказанные услуги;
- б) выполнять рекомендации врача, точно следовать назначенному плану лечения;
- в) информировать врача, до оказания медицинских услуг, о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и т.д.

2.3. Исполнитель обязан:

- а) оказать Заказчику медицинские услуги надлежащего качества и в полном объеме;
- б) предоставить Заказчику достоверную информацию о предоставляемых услугах, в том числе разъяснить вероятность (но не обязательность) наступления вредных (побочных) эффектов медицинской услуги.

2.4 Исполнитель имеет право, в случае неотложных состояний, самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, необходимых для оказания помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.5 Не передавать и не показывать третьим лицам документацию о Заказчике, находящуюся у Исполнителя.

**3. Порядок расчетов**

3.1 Оплата за услуги, предоставляемые Исполнителем, производится согласно калькуляции.

3.2 Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей.

(сумма цифрами и прописью)

Продолжение приложения А

3.3 Оплата услуг Заказчиком производится в течение 3 (трех) рабочих дней с момента подписания акта сдачи-приемки оказанных услуг в кассу ФГБОУ ВО «НГПУ».

Срок оплаты \_\_\_\_\_

**4. Ответственности сторон**

4.1 Каждая из Сторон несет ответственность перед другой Стороной договора за ущерб, возникший по её вине в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

4.2 Стороны освобождаются от ответственности за исполнение или ненадлежащего исполнения обязательств по договору вследствие наступления форс-мажорных обстоятельств, т.е. не зависящих от воли Сторон.

**5. Срок договора, его изменение, прекращение**

5.1 Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств по настоящему договору.

5.2 Все дополнительные соглашения, вытекающие из текста данного договора, оформляются в письменном виде приложениями к настоящему договору и являются его неотъемлемой составной частью.

5.3 Изменение условий договора возможно только по соглашению Сторон.

**6. Прочие условия**

6.1 Споры, которые могут возникнуть из условий настоящего договора или в связи с ним решаются Сторонами путем прямых переговоров, а при не достижении компромиссного решения Стороны обращаются в суд.

6.2 Взаимоотношение Сторон, не урегулированные в тексте данного договора, регламентируются действующим законодательством Российской Федерации.

6.3 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.4 Изменение гражданско-правовой формы Заказчика и Исполнителя, а также смена их собственника не могут являться причиной для расторжения настоящего договора.

**7. Адреса и реквизиты Сторон**

Исполнитель:

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный педагогический университет» (ФГБОУ ВО «НГПУ») 630126, г. Новосибирск, ул. Виллойская 28. тел.: 244-11-61, 244-01-64

*действующие реквизиты*

Главный врач санатория-профилактория

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Доверенность от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ М.П.

Заказчик:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (серия, номер, когда и кем выдан)

Тел.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Продолжение приложения А  
А.2 Форма акта сдачи-приемки оказанных услуг

Ф ПЛ СМК НГПУ 610311-0502-02

Приложение к договору от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_

**Акт сдачи-приемки оказанных услуг**

г. Новосибирск \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный педагогический университет» (сокращенное наименование – ФГБОУ ВО «НГПУ»), именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача санатория-профилактория \_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_, с одной стороны и \_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*

именуемый в дальнейшем «Заказчик», именуемые в дальнейшем «Стороны», составили акт сдачи-приемки оказанных услуг о нижеследующем:

1. На основании п.1.1 договора от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_, Исполнитель оказал, а Заказчик принял оказанные Исполнителем следующие услуги:

п.п	Наименование оказанных услуг	Количество	Стоимость услуг (руб)	НДС (руб)
1				
2				
3				
.....				

2. Всего подлежит к оплате \_\_\_\_\_ рублей.  
*(сумма цифрами и прописью)*

3. Оказанные услуги по качеству и объемам соответствуют требованиям Заказчика. Претензий Заказчик не имеет.

4. Подписи сторон

Исполнитель:

Заказчик:

Главный врач санатория-профилактория

\_\_\_\_\_  
*(подпись)* \_\_\_\_\_ *(И.О. Фамилия)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)* \_\_\_\_\_ *(И.О. Фамилия)*

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Доверенность от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_

М.П.



Приложение Б  
**Информированное добровольное согласие (формы)**  
**Б.1 Информированное добровольное согласие на обследование и лечение**  
**в санатории-профилактории ФГБОУ ВО «НГПУ»**

Ф ПЛ СМК НГПУ 610311-0502-03

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение**  
**в санатории-профилактории ФГБОУ ВО «НГПУ»**

Я, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*

проживающий(ая) \_\_\_\_\_,  
*(место проживания)*

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: \_\_\_\_\_, аллергические реакции и др.

*(указать нужно)*

Я информирован(а) о том, что аналогичные услуги могут быть оказаны в рамках обязательного медицинского страхования бесплатно в поликлинике по месту жительства.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением \_\_\_\_\_

*(указать какие, если имеются исключения)*

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: \_\_\_\_\_

*(указать нужно)*

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся и известных мне проблемах со здоровьем.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств (нужное отметить):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза \_\_\_\_\_
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация \_\_\_\_\_
3. Антропометрические исследования \_\_\_\_\_
4. Термометрия \_\_\_\_\_
5. Тонометрия \_\_\_\_\_
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховой функции \_\_\_\_\_
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы) \_\_\_\_\_
8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно \_\_\_\_\_
9. Медицинский массаж \_\_\_\_\_

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 9, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
*(Фамилия, Имя, Отчество)*

\_\_\_\_\_  
*(контактный телефон)*

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Настоящее согласие дано \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
*(подпись) (И.О. Фамилия)*

Продолжение приложения Б  
**Б.2 Информированное добровольное согласие на обследование и лечение зубов  
в санатории-профилактории ФГБОУ ВО «НГПУ»**

Ф ПЛ СМК НГПУ 610311-0502-04

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение зубов  
в санатории-профилактории ФГБОУ ВО «НГПУ»**

Я, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*

проживающий(ая) \_\_\_\_\_.  
*(место проживания)*

Настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения о необходимости стоматологического лечения.

Диагноз: \_\_\_\_\_  
*(указать нужное)*

в процессе лечения диагноз может быть уточнен.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая следующие риски:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач назначит мне лекарственные препараты, если сочтет это нужным.
2. Отечность десны или лица после лечения данного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.
3. Тризм (ограниченное открывание рта), обычно длящийся несколько дней.
4. В случае не достижения положительного результата, из-за прогрессирования воспалительного процесса (очага), может потребоваться повторное лечение или хирургическое вмешательство в области верхушки корня, или удаления зуба.
5. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зуба, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в канале или извлечены из корневого канала с помощью хирургического вмешательства.
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений.
7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
8. Перфорация корневого канала, возникающая при лечении ранее леченного или патологически измененного канала зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению данного зуба.
9. Преждевременная утрата зуба, в следствии прогрессирующего заболевания пародонта.

Я понимаю, что после лечения мой зуб будет доставлять мне дискомфорт, будет более хрупким, возможно нужно будет защищать его от перелома с помощью искусственной коронки, учитывая рекомендации лечащего врача.

Я понимаю, что обязан являться на контрольные осмотры в назначенное время не реже 2-х раз в год.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 9, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие дано \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
*(подпись) (И.О. Фамилия)*