

ПРАВИТЕЛЬСТВО МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от «30» июня 2021 г. № 489-пп

г. Магадан

О внесении изменений в постановление администрации Магаданской области от 04 октября 2012 г. № 702-па

Правительство Магаданской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Внести в постановление администрации Магаданской области от 04 октября 2012 г. № 702-па «Об утверждении Положения о порядке оплаты расходов, связанных с направлением пациентов в медицинские организации за пределы Магаданской области для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» следующие изменения:

- пункт 2 признать утратившим силу;

- в Положении о порядке оплаты расходов, связанных с направлением пациентов в медицинские организации за пределы Магаданской области для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденном указанным постановлением:

пункт 14 изложить в следующей редакции:

«14. Расходы, подлежащие компенсации, включают в себя:

Оплату стоимости проезда к месту оказания медицинской помощи и обратно в размере фактических расходов, подтвержденных проездными

документами (включая страховой взнос на обязательное личное страхование пассажиров на транспорте, оплату дополнительных услуг при оформлении оплаты платежей за перевозку, а именно услуг по подбору оптимального маршрута перевозки, провозной платы за перевозку и консультативных услуг, стоимость бланка билета, квитанции, ордера разных сборов на бумажном носителе, стоимость авиационных горюче-смазочных материалов (топливный сбор), расходы за пользование в поездах постельными принадлежностями), но не выше стоимости проезда:

- железнодорожным транспортом – в купейном вагоне скорого фирменного поезда;

- воздушным транспортом - в салоне экономического класса.

В случае вынужденного обмена проездного документа или вынужденного отказа от предстоящей поездки к месту оказания медицинской помощи и обратно, Минздравом Магаданской области в срок не позднее 60 дней с момента представления в Минздрав Магаданской области заявления пациента с указанием причин вынужденного отказа в предоставлении проезда или обмена проездного документа, а также с приложением согласия на обработку персональных данных по форме согласно приложению к настоящему Положению, производится возмещение стоимости понесенных расходов, связанных с оплатой пациентом штрафных санкций, выставленных транспортной компанией в случаях:

- возникновения у пациента острого заболевания, либо обострения хронического заболевания, являющихся противопоказанием к авиаперелету (проезду иным видом транспорта);

- переноса даты лечения, обследования, консультации медицинской организацией, в которую направлялся пациент, по инициативе данной медицинской организации;

- принятия решения медицинской организацией, в которую направлялся пациент, о досрочной выписке пациента из медицинской организации, об окончании консультативной медицинской помощи, либо о продлении сроков лечения пациента;

- возникновения острого заболевания, либо обострения хронического заболевания у члена семьи, являющегося супругом, родителем или ребенком (усыновителем или усыновленным), другим членом семьи пациента и нуждающихся в уходе пациентом;

- смерти члена семьи пациента, являющегося супругом, родителем или ребенком (усыновителем или усыновленным), другим членом семьи пациента;

Обязанность по предоставлению документов, подтверждающих наступление случаев вынужденного обмена проездного документа или вынужденного отказа от предстоящей поездки к месту оказания медицинской помощи и обратно, указанных в абзацах девятом, десятом настоящего пункта, лежит на заявителе.

Документы, подтверждающие наступление случаев вынужденного обмена проездного документа или вынужденного отказа от предстоящей поездки к месту оказания медицинской помощи и обратно, указанные в абзацах шестом-восьмом настоящего пункта, могут быть представлены заявителем по собственной инициативе, а в случае их непредставления запрашиваются Минздравом Магаданской области в рамках межведомственного информационного взаимодействия в течение семи рабочих дней со дня поступления заявления.»;

- дополнить приложением «Заявление о согласии на обработку персональных данных» согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление подлежит официальному опубликованию и распространяется на регулируемые правоотношения, возникшие с 01 января 2021 года.

И. о. губернатора
Магаданской области

Ю. Бодяев

ПРИЛОЖЕНИЕ
к постановлению Правительства
Магаданской области
от «30» июня 2021 г. № 489-пп

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Положению о порядке оплаты
расходов, связанных с направлением
пациентов в медицинские
организации за пределы Магаданской
области для оказания
специализированной, в том числе
высокотехнологичной,
медицинской помощи

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя или представителя заявителя)

проживающая(ий) _____ по
адресу _____, паспорт серии
_____ № _____, выданный _____ орган,
выдавший паспорт _____,
свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями
Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю
согласие уполномоченным лицам министерства здравоохранения и демографической
политики Магаданской области, расположенного по адресу: 685000, Магаданская
область, г. Магадан, ул. Пролетарская, д. 14 (далее – Оператор), на обработку (любое
действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с
использованием средств автоматизации с персональными данными, включая сбор,
запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),
извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение)
Оператором в целях получения информации в медицинских организациях, а также в
уполномоченных органах и организациях о факте обращения за оказанием
медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные
при медицинском обследовании и лечении, необходимой для возмещения расходов,
связанных с направлением пациентов в медицинские организации за пределы
Магаданской области для оказания специализированной, в том числе
высокотехнологичной, медицинской помощи, следующих персональных данных:

1. Фамилия, _____ имя, _____ отчество _____ (при _____ наличии), _____ дата
рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской – указать нужное)

3. Контактный телефон _____

4. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования пациента (при наличии)

5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения законного представителя

7. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

8. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Оператор вправе осуществлять передачу сведений третьим лицам в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Магаданской области

Примечание: пункты с 6 по 8 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Срок действия Согласия – один год с даты его подписания. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области.

Я предупрежден (а), что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

_____».