



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ГОРОДСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР №1»

---

**УТВЕРЖДАЮ**

Врио главного врача

СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1»

**Г.Ф. Бидерман**



**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**О ПОРЯДКЕ ВЫПЛАТЫ КОМПЕНСАЦИИ ЗА**  
**ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЖИЗНИ И (ИЛИ) ЗДОРОВЬЮ**  
**ГРАЖДАН, КОТОРЫМ БЫЛИ ОКАЗАНЫ**  
**МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**  
**БАРИЯ СЕРНОКИСЛОГО В СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1»**  
**В ПЕРИОД С 01.08.2021 по 25.01.2022**

г. Санкт-Петербург

2022

## 1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о порядке выплаты компенсации за причинение вреда жизни и (или) здоровью граждан, которым были оказаны медицинские услуги с использованием бария сернокислого в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в период с 01.08.2021 по 25.01.2022 (далее- Положение) разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации от 26.01.1996 № 14-ФЗ, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Протоколами заседаний Межведомственного штаба по оказанию помощи пострадавшим и членам семей погибших в результате получения медицинских услуг в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» от 17.02.2022 г., 04.03.2022 г.

1.2. Положение определяет размер суммы компенсации при причинении вреда здоровью пациента исходя из характера и степени повреждения здоровья, устанавливает порядок, условия и сроки получения указанной компенсации.

1.3. Термины и определения, используемые в настоящем Положении:

Компенсация- сумма денежной выплаты производимой СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» по заявлению пациента (наследника пациента) и включающая в себя денежное возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью пациента.

Медицинская услуга - рентгеноконтроль прохождения контрастного вещества по желудку, тонкой и ободочной кишке (рентгеноскопия или ирригоскопия) с применением бария сернокислого 0,10(H<sub>2</sub>O)%, ч, KARPOV-3158 ГОСТ 3158-75, поставленного ООО «НеваРеактив» в рамках исполнения государственных контрактов № 87 от 15.07.2021 или № 100 от 06.08.2021.

Пациент – гражданин Российской Федерации, которому в период с 01.08.2021 по 25.01.2022 в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» были оказаны медицинские услуги, включающие рентгеноконтроль прохождения контрастного вещества по желудку, тонкой и ободочной кишке (рентгеноскопия или ирригоскопия) с применением бария сернокислого 0,10(H<sub>2</sub>O)%, ч, KARPOV-3158 ГОСТ 3158-75, поставленного ООО «НеваРеактив» в рамках исполнения государственных контрактов № 87 от 15.07.2021 или № 100 от 06.08.2021 в результате применения которого причинен вред жизни и здоровью.

## 2. Размер компенсации

2.1. Размер компенсации устанавливается в зависимости от степени тяжести вреда здоровью или жизни пациента и выплачивается в следующих размерах:

- При установленном вреде здоровью (не зависимо от степени тяжести вреда здоровью) сумма компенсации составляет 300 000,00 (триста тысяч рублей).

- При признании пациента инвалидом в результате получения медицинской услуги сумма компенсации составляет 500 000,00 (пятьсот тысяч рублей).

- При смерти пациента сумма компенсации составляет 1 000 000,00 (один миллион рублей). Даная сумма выплачивается однократно одному из близких родственников пациента (родители, супруг(а), дети) заявление, от которого поступило в Учреждение ранее других заявлений близких родственников данного пациента.

2.2. Степень тяжести причиненного вреда здоровью определяется в порядке, установленном Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» и Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

2.3. Лицо признается инвалидом в порядке, определенном Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

### **3. Порядок, сроки и условия получения компенсации**

3.1. Для получения компенсации пациенту (его законному представителю) или наследнику пациента (его законному представителю) необходимо обратиться в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» с заявлением на имя главного врача по форме Приложения № 1 к настоящему Положению (далее- заявление) с Приложением подписанного со своей стороны Соглашения по форме Приложения № 3 к настоящему Положению и предоставить следующие документы:

3.1.1. Если заявление подает пациент:

а) Паспорт гражданина Российской Федерации.

б) Заключение эксперта по результатам судебно-медицинской экспертизы проведенной в соответствии с п. 2.2 Положения, содержащее следующую информацию:

- установленную по результатам судебно-медицинской экспертизы тяжесть вреда здоровью пациента;

- сведения о том, что установленный вред здоровью наступил в результате получения Медицинской услуги.

в) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности (при наличии).

г) Заверенные банком реквизиты для перечисления денежных средств.

д) Согласие на обработку персональных данных по форме Приложения № 2 к Положению.

3.1.2. Если заявление от имени пациента подает его законный представитель:

а) Паспорт гражданина Российской Федерации представителя пациента.

б) Нотариально удостоверенную доверенность на представителя.

в) Заключение эксперта по результатам судебно-медицинской экспертизы проведенной в соответствии с п. 2.2 Положения, содержащее следующую информацию:

- установленную по результатам судебно-медицинской экспертизы тяжесть вреда здоровью пациента;

- сведения о том, что установленный вред здоровью наступил в результате полученной Медицинской услуги.

г) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности (при наличии).

д) Заверенные банком реквизиты для перечисления денежных средств на имя пациента.

е) Согласие на обработку персональных данных по форме Приложения № 2 к Положению.

3.1.3. Если заявление подает близкий родственник пациента:

а) Паспорт гражданина Российской Федерации.

б) Документ, подтверждающий родство с пациентом;

в) Свидетельство о смерти пациента;

г) Заключение эксперта по результатам судебно-медицинской экспертизы проведенной в соответствии с п. 2.2 Положения, содержащее сведения о том, что смерть наступила в результате получения (последствий получения) Медицинской услуги;

д) Заверенные банком реквизиты для перечисления денежных средств;

е) Согласие на обработку персональных данных по форме Приложения № 2 к Положению.

3.2. Вместо заключения эксперта по результатам судебно-медицинской экспертизы заявителем может быть представлен вступивший в законную силу судебный акт о признании

пациента пострадавшим в результате полученной в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» медицинской услуги с установлением тяжести вреда здоровью.

3.3. В течение 30 календарных дней с момента получения заявления и документов указанных в п. 3.1. Положения СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» производит проверку представленных документов и по результатам принимает решение о выплате компенсации или об отказе в выплате компенсации с указанием обоснования отказа в соответствии с разделом 4 Положения.

3.4. В течение 3 рабочих дней СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» сообщает в Комитет по здравоохранению о принятом решении о выплате компенсации или об отказе в выплате компенсации с указанием обоснования отказа.

#### **4. Основания для отказа в выплате компенсации**

4.1. В выплате компенсации может быть отказано в следующих случаях:

- Не предоставления документов в соответствии с п. 3.1 Положения;
- Наличие в предоставленных документах недостоверных сведений;
- Отсутствие в представленных документах требуемой информации и сведений (в том числе о том, что причиненный вред здоровью или жизни пациента наступил в результате полученной Медицинской услуги).
- Если выплата уже была ранее произведена по заявлению пациента (его законного представителя) или близкого родственника;
- Если денежное возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью пациента, взысканы с СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» на основании решения суда либо мирового соглашения.
- Если требование о выплате денежного возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью пациента, находится на рассмотрении в судебной инстанции.

#### **5. Ответственность за нарушение Положения**

5.1. За нарушение настоящего Положения виновные лица несут ответственность в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации.

**Приложение № 1**  
к Положению о порядке выплаты компенсации  
за причинение вреда жизни и (или) здоровью граждан,  
которым были оказаны медицинские услуги с использованием бария сернокислого  
в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в период с 01.08.2021 по 25.01.2022

**Главному врачу СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1»**

от: \_\_\_\_\_  
(ФИО)

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

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Заявление**

**о выплате компенсации за причинение вреда жизни и (или) здоровью гражданина,  
которому была оказана медицинская услуга с использованием бария сернокислого  
в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в период с 01.08.2021 по 25.01.2022**

Прошу выплатить денежную компенсацию в качестве возмещения вреда, причиненного  
жизни или здоровью пациента:

ФИО: \_\_\_\_\_.

Дата рождения полностью: \_\_\_\_\_. Дата получения медицинской услуги: \_\_\_\_\_.

Установленный вред здоровью или жизни пациента: \_\_\_\_\_.

Реквизиты для перечисления денежной компенсации: \_\_\_\_\_.

К настоящему заявлению прилагаются:

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)

к Положению о порядке выплаты компенсации  
за причинение вреда жизни и (или) здоровью граждан,  
которым были оказаны медицинские услуги с использованием бария сернистого  
в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в период с 01.08.2021 по 25.01.2022

**Согласие субъекта персональных данных на обработку  
и передачу оператором персональных данных третьим лицам**

Я, \_\_\_\_\_

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

зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(кем и когда)

руководствуясь п. 1 ст. 8, ст. 9, п. 2 ч. 2 ст. 22, ч. 3 ст. 23 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на включение моих персональных данных в общедоступные источники персональных данных и обработку **Санкт-Петербургскому государственному учреждению здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр № 1»** моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, индивидуальный номер налогоплательщика, банковские реквизиты, СНИЛС, фамилию, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных); в том числе (для пациентов) реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные, медицинскую документацию при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами, включая право на передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну о проведении рентгенологического исследования в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» другим лицам в целях учета бюджетных и денежных обязательств и санкционирования оплаты денежных обязательств в качестве компенсации причиненного мне/ пациенту \_\_\_\_\_

вреда здоровью при проведении рентгенологического исследования \_\_\_\_\_, при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом оператора. В процессе обработки Оператором моих персональных данных я предоставляю право его работникам передавать мои персональные данные другим ответственным лицам Оператора и третьим лицам.

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 электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной документации между Оператором и третьими лицами:

Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга, Комитет финансов Санкт-Петербурга, Бюро судебной медицинской экспертизы (при наличии такой необходимости).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по обмену (прием и передачу) моими персональными данными с третьими лицами осуществлять с использованием машинных носителей информации, каналов связи и в виде бумажных документов без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных документов и составляет 6 лет.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует бессрочно.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен 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:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)

к Положению о порядке выплаты компенсации за причинение вреда жизни и (или) здоровью граждан, которым были оказаны медицинские услуги с использованием бария сернокислого в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в период с 01.08.2021 по 25.01.2022

**Соглашение № \_\_\_\_\_**

**о добровольном возмещении причиненного вреда здоровью пациента**

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр № 1» (СПб ГБУЗ «ГКДЦ №1»), именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице Врио главного врача Бидермана Геннадия Феликсовича, действующего на основании приказа Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 91-к от 14.02.2022 года,

и \_\_\_\_\_,

именуем\_\_ в дальнейшем «Потерпевший», в лице \_\_\_\_\_,

действующ\_\_ на основании \_\_\_\_\_,

вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ**

1.1. Настоящее Соглашение заключено на основании ст. 151, п.1 ст. 1064, п. 1 ст. 1085 Гражданского кодекса Российской Федерации и п.1, п. 2 ст. 14, ст. 15 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Протокола от 04.03.2022 заседания Межведомственного штаба по оказанию помощи пострадавшим и членам семей погибших в результате получения медицинских услуг в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1», Положения о порядке выплаты компенсации за причинение вреда жизни и (или) здоровью граждан, которым были оказаны медицинские услуги с использованием бария сернокислого в СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1» в период 01.08.2021 по 25.01.2022 года утв. \_\_\_\_\_ (далее – Положение).

1.2. По настоящему Соглашению Учреждение обязуется добровольно возместить \_\_\_\_\_ (указывается степень причинения вреда) вред здоровью (далее – денежная компенсация), причиненного « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. в результате оказания пациенту \_\_\_\_\_ (ФИО, год рождения) медицинской услуги \_\_\_\_\_ с применением бария сернокислого 0,10(H<sub>2</sub>O)%, ч, KARPOV-3158 ГОСТ 3158-75, поставленного ООО «НеваРеактив» в рамках исполнения государственных контрактов № 87 от 15.07.2021 или № 100 от 06.08.2021, в размере \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей, в порядке и в сроки, установленные Приложением.

1.3. Денежная компенсация включает в себя компенсацию причиненного пациенту вреда здоровью, в зависимости от тяжести причиненного вреда, утраченный пациентом заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также понесенные и подтвержденные документально расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение,



дополнительное питание, приобретение лекарств, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, если установлено, что пациентом нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

## 2. УСЛОВИЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА

- 2.1. Учреждение производит выплату Потерпевшему, с учетом степени причинения Учреждением вреда здоровью, согласно п. 2.1 Положения в размере \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.
- 2.2. Выплата денежной компенсации в соответствии с п. 2.1 настоящего Соглашения производится Учреждением на основании предоставленных Потерпевшим документов, в зависимости от степени причиненного пациенту вреда здоровью на основании документов согласно п. 3.1 Положения.
- 2.3. Срок выплаты денежной компенсации Потерпевшему производится Учреждением в соответствии с пунктами 3.3-3.5 Положения, который не может превышать 60 календарных дней с момента получения Учреждением заявления о выплате в соответствии с Положением.
- 2.4. Расчеты между Сторонами производятся в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Потерпевшего.
- 2.5. Расходы, связанные с перечислением денежных средств на расчетный счет Потерпевшего, несет Учреждение.
- 2.6. С момента зачисления денежных средств на расчетный счет Потерпевшего, обязательства по выплате денежной компенсации считаются выполненными.
- 2.7. Осуществление выплаты Учреждением денежных средств по настоящему Соглашению не препятствует обращению Потерпевшего в суд за защитой нарушенного права.

## 3. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ, СРОК И ДЕЙСТВИЕ СОГЛАШЕНИЯ

- 3.1. Соглашение вступает в силу с момента заключения и действует до полного исполнения своих обязательств Сторонами.

## 4. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 4.1. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по настоящему Соглашению, разрешаются путем переговоров Сторон. При невозможности достичь соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Соглашение составлено в \_\_\_\_ экземплярах.

## 5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Учреждение**  
Санкт-Петербургское государственное  
бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городской консультативно-  
диагностический центр № 1»  
194354, СПб, ул. Сикейроса, д.10, литер А  
Тел./факс 655-39-39/296-38-

**Потерпевший**  
ФИО \_\_\_\_\_  
Паспорт серия № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

ОГРН 1037804003687, ОКАТО 40265563000

Комитет финансов Санкт-Петербурга, СПб ГБУЗ

«ГКДЦ № 1», лицевой счет № 0151148

Наименование банка: Северо-Западное ГУ Банка

России//УФК по г. Санкт-Петербургу,

Расчетный счет: 03224643400000007200

Кор.счет: 40102810945370000005

БИК: 014030106

Врио главного врача

\_\_\_\_\_/Г.Ф. Бидерман/

М.П.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/