

Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, в рамках добровольного медицинского страхования

1.1. Настоящее положение определяет порядок и условия оказания ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск) (далее – Центр) платных медицинских услуг гражданам, обратившимся в Центр за оказанием медицинской помощи и застрахованным в рамках добровольного медицинского страхования, и разработано с целью разграничения функций сотрудников Центра при оказании платных медицинских услуг, в рамках добровольного медицинского страхования;

1.2. Оказание Центром платных медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования осуществляется на основании заключенных Центром в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» договоров добровольного медицинского страхования со страховыми организациями (далее – Договора ДМС);

1.3. Центр, в течении срока действия договоров ДМС, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с Прейскурантом цен, а также Программой страхования (правилами добровольного медицинского страхования) соответствующей страховой организации, оказывает застрахованным гражданам медицинские услуги надлежащего объема и качества, соблюдая при этом стандарты (порядки) оказания медицинской помощи, медицинские технологии, технику безопасности, санитарные правила и нормы, силами квалифицированных специалистов, состоящих в штате Центра.

1.4. Условия оказания медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования, порядок их оказания и порядок расчетов за оказанные услуги определяются непосредственно условиями Договоров ДМС;

1.5. Основанием оказания услуг в рамках договоров добровольного медицинского страхования может служить обращение застрахованного лица, имеющего полис добровольного медицинского страхования (страховую карту), включенного в списки застрахованных лиц, либо на основании гарантийного письма страховой организации.

1.6. Прием списков застрахованных лиц (изменений к спискам), либо гарантийных писем от страховых организаций, осуществляется старшей медицинской сестрой консультативной поликлиники Центра, с помощью факсимильной связи, электронной почты.

1.7. При приеме от страховой организации документов, указанных в п. 1.6. настоящего Положения, старшая медицинская сестра консультативной поликлиники осуществляет:

- проверку документов на соответствие требованиям, предъявляемым к ним договорами ДМС, в частности по гарантийному письму: наличие номера и дата договора ДМС, Ф.И.О. застрахованного лица, номера страхового полиса и срок его действия, наименование страховой организации, объем медицинской помощи, который необходимо оказать;

- проверку соответствия указанных в гарантийном письме предполагаемых к оказанию медицинских услуг страховой медицинской программе, Правилам добровольного медицинского страхования страховых организаций;

- незамедлительное (в течение 2-х часов) подтверждение (уведомление страховой организации) о факте получения вышеуказанных документов, в порядке, установленном Договорами ДМС (при получении по факсу – путем сообщения должности и Ф.И.О., при получении по электронной почте – путем отправки ответного письма с указанием должности и Ф.И.О.);

1.8. При этом старшая медицинская сестра консультативной поликлиники, совместно с заведующей консультативной поликлиникой, осуществляет рассмотрение предоставленных страховой организацией гарантийных писем и согласовывает с уполномоченным лицом страховой организации время и дату приема врачом-специалистом застрахованного лица для оказания ему платной медицинской помощи.

При этом оказание врачом - специалистом Центра платных медицинских услуг застрахованному лицу осуществляется в день и время, согласованные со страховой организацией.

1.9. После осуществления проверки гарантийных писем в соответствии с п. 1.7. настоящего Положения и согласования со страховой медицинской организацией времени и даты приема застрахованного лица врачом – специалистом, гарантийные письма передаются старшей медицинской сестрой консультативной поликлиники медицинскому регистратору консультативной поликлиники для оформления, по факту обращения в Центр застрахованного лица, необходимых для его обслуживания документов (амбулаторную карту пациента, согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство).

1.10. При этом, гарантийные письма страховой организации подлежат хранению в амбулаторной карте пациента.

1.11. Копии списков, полученных от страховой организации передаются старшей медицинской сестрой консультативной поликлиники в «Бюро пропусков» Центра, для идентификации застрахованных лиц при их прохождении на территорию Центра.

1.12. Прием застрахованных лиц, включенных в предоставленный страховой организацией список, осуществляется исключительно по предварительной записи (по телефону) застрахованного лица к врачу-специалисту Центра.

1.13. Предоставление гарантийных писем возможно непосредственно по факту обращения Застрахованного гражданина за медицинской помощью, но при наличии предварительной записи застрахованного лица (по телефону) на прием к врачу-специалисту Центра.

1.14. Содержащаяся в гарантийном письме информация также подлежит проверке медицинским регистратором в порядке, установленном в п. 1.7. настоящего Положения.

1.15. После осуществления проверки данных, содержащихся в гарантийном письме, а также после уведомления (согласования оплаты), медицинским регистратором осуществляется оформление необходимых для обслуживания Застрахованного лица документов (амбулаторную карту пациента, согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство).

1.16. В случае, когда невозможно однозначно определить относится ли к страховому случаю та или иная медицинская услуга, указанная в списках или гарантийном письме (как в случае заблаговременного направления страховой организацией списков или гарантийных писем, так и при непосредственном обращении застрахованного лица по гарантийному письму), старшая медицинская сестра или заведующая консультативной поликлиники связывается с уполномоченным лицом страховой организации, для уточнения данной информации и уточнения возможности оказания медицинской услуги.

1.17. В случае выявления факта передачи Застрахованным своего страхового полиса ДМС другому лицу или иных его действий, направленных на получение медицинских услуг другим лицом, невозможности установить принадлежность лица, обратившегося за медицинской помощью к застрахованным лицам, указанным в списках, а также в случае невозможности оказания каких-либо видов медицинской помощи, определенных договором ДМС, медицинский регистратор доводит данную информацию до старшей

медицинской сестры консультативной поликлиники, которая в свою очередь осуществляет уведомление о данном факте страховую организацию по телефонам диспетчерского пульта, указанным в Договоре.

1.18. Старшая медицинская сестра консультативной поликлиники также осуществляет в установленном Договорами ДМС порядке и в установленные сроки уведомление страховых организаций в случаях:

- выявления у Застрахованного заболеваний, обращение по поводу которых в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования страховой организации не является страховым случаем, а также о факте выявления у Застрахованного лица инвалидности I или II групп;

- обо всех случаях нарушения Застрахованными лицами медицинских предписаний и лечебно-организационного режима Центра.

- о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемых медицинских услуг, предусмотренных Прейскурантом;

- о необходимости оказания скорой медицинской помощи, экстренной госпитализации Застрахованного лица;

- о необходимости оказания Застрахованному лицу услуг, требующих в соответствии с Программой, согласования со страховой организацией;

1.19. Старшая медицинская сестра консультативной поликлиники обеспечивает свободный доступ Застрахованных к лечебно-диагностической базе Центра, путем заблаговременного оформления в «Бюро пропусков» Центра соответствующего документа для прохождения на территорию Центра;

1.20. При непосредственном обращении Застрахованного за медицинской помощью, медицинский регистратор консультативной поликлиники оформляет необходимые для обслуживания Застрахованного лица документы и получает письменное разрешение Застрахованного лица на передачу Центром сведений о факте обращения за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении страховой организации;

1.21. Наряду с медицинской картой амбулаторного больного, в регистратуре медицинским регистратором оформляется Направление по форме, установленной Приложением № 2 к Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, утвержденному Приказом Центра (далее – Направление);

1.22. Получив на руки медицинскую карту амбулаторного больного и Направление, Застрахованное лицо следует в кабинет, в котором запланировано оказание медицинской услуги в рамках договора ДМС. При этом, медицинская карта амбулаторного больного и Направление передаются застрахованным лицом врачу-специалисту.

1.23. Врач – специалист осуществляет прием застрахованного лица и формирует Талон амбулаторного пациента (Форма N 025-12/у) (далее – Талон). При этом врач-специалист обязан оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, обеспечивать сохранность медицинских документов. В медицинской карте амбулаторного больного обязательно должно быть описание: анамнеза, жалоб, объективного осмотра, обследований и исследований, а также их результаты, диагноз, описание назначенных и проведенных манипуляций.

1.24. По результатам оказания услуги, застрахованное лицо получает медицинское заключение (результат исследования). В медицинском заключении врач-специалист отражает диагноз, рекомендации по лечению и информирует застрахованное лицо о характере заболевания, методике и срокам лечения.

1.25. Врач-специалист, оказывающий медицинскую услугу, также осуществляет контроль на соответствие оказываемых медицинских услуг страховой медицинской программе Застрахованного, Правилам добровольного медицинского страхования страховых организаций и при выявлении у Застрахованного заболеваний, обращение по поводу которых в соответствии с Программой (Правилами добровольного медицинского страхования страховой организации) не является страховым случаем, а также о факте выявления у Застрахованного лица инвалидности I или II групп информировать старшую медицинскую сестру консультативной поликлиники, которая в свою очередь обязана уведомить о данном факте страховую организацию в порядке и в сроки, установленные Договором ДМС.

1.26. Врач-специалист, оказывающий медицинскую услугу, после окончания приема застрахованного лица, передает Направление и Талон в организационно-методический отдел Центра, который в свою очередь ведет учет видов, объемов, количества прикрепленных застрахованных лиц, сроков и стоимости оказанных медицинских услуг застрахованным лицам.

1.27. На основании предоставляемых ежемесячно организационно-методическим отделом сведений, планово-экономический отдел Центра осуществляет оформление документов на оплату по оказанным медицинским услугам в порядке, установленном договорами ДМС. Оплата оказанных медицинских услуг осуществляется страховыми организациями в соответствии с условиями Договоров ДМС, на основании предоставленных Центром документов (счетов, счетов-фактур, актов об оказанных услугах и т.п.).

Ответственным за решение организационных вопросов, связанных непосредственно с формированием документов на оплату, является заместитель главного врача по экономическим вопросам.

1.28. Ответственным за решение вопросов, возникающих в процессе оказания медицинской помощи застрахованным лицам, рассмотрение жалоб и заявлений застрахованных лиц, является заместитель главного врача по медицинской части.

1.29. Ответственным за доведение условий договоров, программ и правил добровольного страхования и вносимых в них изменений - до сотрудников, задействованных в оказании платных медицинских услуг, в рамках добровольного медицинского страхования, является заведующий консультативной поликлиникой.

1.30. Вопросы, связанные с проведением страховыми организациями проверок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи решает заведующий консультативной поликлиникой совместно с заместителем главного врача по медицинской части, для чего обеспечивает предоставление по запросу страховой организации, необходимых сведений о Застрахованных лицах и документацию об оказанной им медицинской помощи, а также обеспечивает свободный доступ к первичной медицинской документации, учетно-отчетной и иной необходимой документации Центра, связанной с исполнением Договоров ДМС.

1.31. Хранение договоров ДМС осуществляет главный бухгалтер Центра.

1.32. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Положением, сотрудники Центра, задействованные в оказании платных медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования, руководствуются положениями заключенных Центром со страховыми организациями Договоров ДМС.