

Положение
о порядке оказания медицинских и немедицинских услуг пациентам, застрахованным в
системе добровольного медицинского страхования (ДМС) в
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о порядке оказания медицинских и немедицинских услуг пациентам, застрахованным в системе добровольного медицинского страхования (ДМС) в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2» (далее – Медицинская организация) разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 23.10.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях организации оказания качественной и своевременной квалифицированной медицинской помощи лицам, застрахованным в по договорам добровольного медицинского страхования.

1.2. Добровольное медицинское страхование (далее - ДМС) имеет свои особенности. В отличие от других видов страхования, при ДМС человек не получает выплаты в случае болезни или несчастного случая. Вместо этого он обращается к врачу, который назначает лечение или проводит медицинские процедуры. После этого страховая компания перечисляет оплату за выполненные работы напрямую в Медицинскую организацию.

1.3. ДМС не является обязательным видом страхования, но предоставляет гарантированный доступ к медицинской помощи и услугам. Это дает возможность застрахованному лицу получать медицинское обслуживание в партнерских клиниках и больницах, а также выбирать врачей и специалистов по своему усмотрению. Подписав договор на ДМС, человек, (далее – Застрахованный), получает широкий спектр медицинских услуг, включая консультации, диагностические процедуры, лечение и реабилитацию. Дополнительные возможности включают покрытие стоматологических услуг, оплату лекарств и процедур косметической медицины, но они могут варьироваться в зависимости от выбранного плана и страховой компании.

1.4. Договор ДМС имеет определенный срок действия и условия его использования. В нем указываются круг лиц, которые могут быть застрахованы, и перечень медицинских услуг, предоставляемых страховой компанией в соответствии с Программой его страхования (далее Программа ДМС).

1.5. По Программе ДМС пациент получает помощь от медицинской организации, с которой страховая компания имеет договор.

2. Основания, условия и порядок оказания услуг в рамках ДМС

2.1. Медицинская помощь по Программам ДМС в КГБУЗ «ККБСМП №2» оказывается в виде первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

2.2. Амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь Медицинская организация оказывает Застрахованному, в соответствии с договором, на основании предоставления Застрахованным документа, удостоверяющего его личность, действующего страхового полиса ДМС с приложением программы ДМС и включение

Застрахованного в списки, прикрепленных на обслуживание, предоставляемые страховой компанией в Медицинскую организацию.

2.3. Предоставление специализированной медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах, консультативного приема узких специалистов, диагностические и сервисные услуги, а также оказание медицинской помощи Застрахованному, не включенному в списки, осуществляется только при наличии у такого Застрахованного действующего страхового полиса ДМС с приложением Программы ДМС и гарантийного письма от страховой компании, с предъявлением Застрахованным документа, удостоверяющего его личность.

2.4. Медицинские услуги оказываются Застрахованным только в порядке предварительной записи по предъявленным Застрахованными указанным документам.

2.5. После получения Застрахованным медицинских услуг, Застрахованный обязан сдать специалисту по работе со страховыми компаниями амбулаторную карту пациента. Амбулаторные карты пациентов являются собственностью Медицинской организации и хранятся в отделе платных медицинских услуг.

2.6. В ходе оказания медицинской помощи Застрахованный информируется о необходимости соблюдения и выполнения им рекомендаций врача и, что несоблюдение этого требования может снизить качество медицинской услуги и в таком случае Медицинская организация не несет ответственности за снижение качества медицинской услуги.

2.7. В ходе оказания медицинской помощи Медицинская организация определяет объем (в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и стандартами клинико-статистических групп по заболеваниям), характер, сроки (дату, время) предоставления медицинских услуг.

2.8. В ходе оказания медицинской помощи Застрахованный должен доводить до сведения медицинского персонала необходимую информацию о состоянии своего здоровья; выполнять рекомендации лечащего врача, записанные в амбулаторной карте пациента или других медицинских документах; незамедлительно сообщать врачу о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения.

2.9. В случае отказа от предварительной записи на получение медицинской услуги, Застрахованный или страховая компания обязаны уведомить об этом Медицинскую организацию не менее чем за два часа до назначенного времени.

2.10. В случае некорректного поведения Застрахованного, (в том числе явка в алкогольном, наркотическом опьянении и т.п.), ему может быть отказано в оказании медицинских услуг. О данном факте страховая компания письменно уведомляется Медицинской организацией.

2.11. В случае необходимости плановой госпитализации Застрахованного в стационар, Медицинская организация выдает Застрахованному такое направление, а выбор стационара и согласование сроков госпитализации осуществляет страховая компания.