

ПРАВИЛА
Работы с внебюджетными пациентами

1. Общие положения

- 1.1. Настоящие правила определяют порядок работы с внебюджетными пациентами.
Внебюджетный пациент:
- это пациент, оплативший услугу самостоятельно через кассу больницы;
 - пациент, застрахованный по добровольному медицинскому страхованию (ДМС);
 - пациент, сотрудник предприятия, имеющего прямой договор с БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР» на оказание медицинских услуг.
- 1.2. Пациент, оплативший услугу самостоятельно через кассу больницы, при обращении к специалистам БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР» обязан иметь на руках следующие документы:
- Квитанция (чек) об оплате медицинской услуги;
 - Талон на оказание медицинской услуги (см. приложение №6);
 - Направление в стационар ф.057/у-04 (для пациентов, поступающих на стационарное лечение);
 - Договор (см. приложение №5);
 - Акт на оказание услуг (см. приложение №9)
 - Заявление (см. приложение №8).
- 1.3. Пациент, застрахованный по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) при обращении к специалистам БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР» обязан иметь на руках следующие документы:
- Талон на оказание медицинской услуги;
 - Направление в стационар (для пациентов, поступающих на стационарное лечение)
- 1.4. Пациент, сотрудник предприятия, имеющего прямой договор с БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР» на оказание медицинских услуг:
- Талон на оказание медицинской услуги;
 - Направление в стационар (для пациентов, поступающих на стационарное лечение)
- 1.5. Оформление вышеуказанных документов производится Отделением платных услуг.
- 1.6. Все заполненные талоны на медицинские услуги за наличный расчет и по безналичному расчету и медицинские карты должны поступать в Отделение платных услуг ежедневно по мере оказания услуг.
- 1.7. Все консультации внебюджетных пациентов проводят только аттестованные специалисты, имеющие право работать с внебюджетными пациентами, согласно списку.
- 1.8. Лечащий врач предупреждает пациента о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе лечения или диагностического исследования.
- 1.9. Договор о предоставлении медицинской услуги включает в себя информированное согласие «Пациента» на проведение данной медицинской услуги (см. Приложение №7).
- 1.10. Прием внебюджетных пациентов проводится в специально указанное время для приема внебюджетных пациентов или в специально организованных структурных подразделениях (отделения, палаты, кабинеты) по оказанию платных медицинских услуг.

2. Поликлиника

2.1. Медсестра кабинета обязана пригласить в кабинет специалиста в специально указанное время для приема внебюджетных пациентов, или в специально организованные структурные подразделения (отделения, палаты, кабинеты) по оказанию платных медицинских услуг.

2.2. Врач заполняет следующие документы:

- талон на медицинские услуги с указанием фамилии исполнителя, его табельного номера, названия выполненной медицинской услуги, код диагноза по МКБ-10, а так же проверяет наличие оплаты услуги и дублирует № квитанции;
- медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях с подробной записью первичного или повторного приема пациента;
- при назначении дорогостоящего обследования, стационарного лечения для пациентов, застрахованных по ДМС (добровольному медицинскому страхованию) согласует его назначение с Отделением платных услуг.

2.3. Медицинская сестра кабинета оформляет: медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; талон амбулаторного пациента; сдает талоны на медицинские услуги внебюджетных пациентов ежедневно в Отделение платных услуг (талон амбулаторного пациента – в Отделение статистики).

2.4. При необходимости врач обязан выдать листок нетрудоспособности внебюджетному пациенту, имеющему прямой договор с БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР»; при необходимости выдачи листка нетрудоспособности пациенту, застрахованному по ДМС необходимо согласовать с Отделением платных услуг.

3. Приемное отделение

3.1. Прием и оформление документации для внебюджетных пациентов проводится в порядке общей очереди или в специально организованных структурных подразделениях (отделения, палаты, кабинеты) по оказанию платных медицинских услуг, кроме поступления экстренных больных.

3.2. Врач (медицинская сестра приемного отделения) на титульном листе истории болезни и в карте выписавшего из стационара указывает вид страхования (ДМС, ОМС, ДМС и ОМС), полное название страховой компании, серию, номер медицинского полиса. Для частных лиц, оплативших стационарное лечение – отметку «оплачено», номер чека.

3.3. Врач или заведующий отделением определяет принадлежность полиса данному лицу, а так же срок действия полиса.

3.4. В отделение внебюджетный пациент сопровождается медицинской сестрой или санитаркой.

3.5. Сведения о поступлении внебюджетного пациента в экстренном порядке должны передаваться ответственному врачу приемного отделения в Отделение платных услуг на следующий день после поступления больного в стационар.

3.6. В случае поступления внебюджетного пациента в стационар в плановом порядке с нарушением правил госпитализации, ответственный врач приемного отделения обязан информировать Отделение платных услуг.

4. Отделения стационара

4.1. Осмотр внебюджетного пациента, поступившего в специально организованные структурные подразделения (отделения, палаты, кабинеты) или на специально выделенные койки – внебюджетные (сверх государственного заказа) по оказанию платных медицинских услуг производится лечащим врачом или заведующим отделением в течение 1-3 часов после госпитализации.

4.2. При назначении лекарственных препаратов лечащий врач руководствуется перечнем медикаментов, регламентируемых КСГ и (или) стандартом оказания

медицинской помощи) по данному заболеванию. Если требуются препараты, сверх стандарта оказания медицинской помощи, лечащий врач должен согласовать их назначение с Отделением платных услуг.

4.3. Старшая медицинская сестра выдает внебюджетному пациенту дорогостоящие медикаменты по назначению лечащего врача в количестве, указанном в листе назначений (только на период пребывания в отделении).

4.4. Направления на консультации и инструментальные методы исследований сверх КСГ проводятся по строгим показаниям и рекомендациям лечащего врача, после согласования с Отделением платных услуг.

4.5. Все специалисты после консультации, лабораторно-инструментальных методов диагностики и лечения делают запись в Талоне на медицинские услуги с указанием Ф.И.О., табельного номера исполнителя, названия медицинской услуги, кода диагноза по МКБ-10.

4.6. После физиотерапевтического лечения (ЛФК, массаж) процедурные листы обязательно вклеиваются в истории болезни.

4.7. Лечащий врач обосновывает необходимость проведения консультации лечения, предупреждает больного о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе исследования, о чем делается запись в истории болезни.

4.8. Запрещается переводить застрахованных пациентов из отделения в отделение без согласования с Отделением платных услуг для предотвращения претензий от страховых компаний по вопросам оплаты, кроме экстренных ситуаций.

4.9. При выписке пациента из стационара история болезни должна передаваться в течение 3-х дней в Отделение платных услуг для проведения экспертизы. Возврат истории болезни в отделения производится после оплаты медицинской услуги.

4.10. Все истории болезни внебюджетных пациентов подлежат экспертному анализу согласно Положению о контроле качества.

4.11. Направления на консультации и инструментальные методы исследования осуществлять по предварительной записи (с определением времени).

5. Диагностические отделения

5.1. Прием внебюджетных пациентов осуществляется по предварительной записи (с определением времени) или медицинская сестра диагностического кабинета обязана пригласить внебюджетного пациента для прохождения процедуры в специально указанное время для приема внебюджетных пациентов или в специально организованные структурные подразделения (отделения, палаты, кабинеты) по оказанию платных медицинских услуг.

5.2. После проведения процедуры врач кабинета заполняет медицинский талон внебюджетного пациента, и выдает необходимые документы на руки пациенту.