

MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKA

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – LNSS įstaigos), nurodytos Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 3 straipsnio 1 dalies 1–4 punktuose, turi teisę pagal Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarką (toliau – Tvarka) teikti mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – mokamos paslaugos), už kurias jų gavėjai turi sumokėti.

2. Mokamoms paslaugoms priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

2.1. valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų;

2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų;

2.3. valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skirtų sveikatos programoms finansuoti.

3. Už mokamas paslaugas moka pacientai arba kiti fiziniai ar juridiniai asmenys (darbdaviai, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo paslaugas teikiančios įstaigos ar kt.).

4. Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos (pirmosios medicinos pagalbos ir stacionarinės bei nestacionarinės skubios medicinos pagalbos paslaugos), kurių sąrašas patvirtinamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu ir yra teikiamos šalies nuolatiniams gyventojams, negali būti priskirtos prie mokamų paslaugų.

5. Pacientams, kurie **nėra apdrausti** privalomuoju sveikatos draudimu, įstaigoje suteiktos paslaugos, **išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas, yra mokamos.**

6. Mokamas paslaugas, tyrimus ir procedūras įstaiga gali teikti tik užtikrinusi, kad šias paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, nustatytą dieną gautų visi jų laukimo eilėje užregistruoti pacientai.

7. Už įstaigos teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei jos neatitinka būtiniosios medicinos pagalbos kriterijų, **apdraustieji** privalomuoju sveikatos draudimu **moka šiais atvejais:**

7.1. pacientas, **neturėdamas** LNSS asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo **siuntimo** (jei teisės aktuose nėra numatyta papildomų sąlygų), **savo iniciatyva kreipiasi dėl stacionarinės ar specializuotos ambulatorinės** asmens sveikatos priežiūros **paslaugos** (konsultacijos, stacionarinio gydymo, procedūros, tyrimo ir pan.) suteikimo į jo pasirinktą įstaigą. **Je**i gydytojas specialistas nustato, kad **pacientas kreipėsi pagrįstai, toliau** asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ir **apmokamos iš PSDF** biudžeto lėšų bendra tvarka;

7.2. pacientas, teikiant jam iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas paslaugas ir leidus gydančiajam gydytojui, **pageidauja gauti papildomas**, t. y. pagrindinei ligai

diagnozuoti ar gydyti nebūtinai paslaugas, medžiagas, tyrimus, medikamentus, medicinos pagalbos priemonės, procedūras;

7.3. pacientas nori gauti paslaugą ne eilės tvarka, o ambulatorines ir dienos chirurgijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga turi galimybes suteikti daugiau paslaugų, nei numatyta sutartyje su teritorine ligonių kasa (toliau – TLK); šiuo atveju mokamos paslaugos gali būti teikiamos tik tada, kai įstaiga atitinka visus žemiau nurodytus reikalavimus:

7.3.1. turi iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų paslaugų kiekvienos darbo dienos teikimo planą-grafiką, kuriame nurodytas iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų paslaugų skaičius, ir kuris skelbiamas viešai;

7.3.2. užtikrina, kad visi į paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, laukimo eilę užregistruoti ir atvykę pacientai gaus numatytas paslaugas numatytą dieną nustatytu laiku;

7.3.3. pacientas pageidauja gauti paslaugą ne eilės tvarka ir yra pasirašytinai supažindintas su jo teise ir galimybe ją gauti nemokamai eilės tvarka, nurodant paslaugos teikimo datą;

7.4. pacientas nori gauti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas ne eilės tvarka, o stacionarines slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas teikianti įstaiga turi galimybes suteikti daugiau paslaugų, nei numatyta sutartyje su TLK; šiuo atveju mokamos paslaugos gali būti teikiamos tik tada, kai įstaiga atitinka visus žemiau nurodytus reikalavimus:

7.4.1. turi stacionarizavimo dėl nemokamų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų dienos planą, kuris paskelbtas viešai;

7.4.2. visi į nemokamų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų laukimo eilę užregistruoti ir atvykę pacientai yra stacionarizuoti nustatytu laiku;

7.4.3. pacientas pageidauja gauti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas ne eilės tvarka ir yra pasirašytinai supažindintas su jo teise ir galimybe gauti jas nemokamai eilės tvarka, nurodant konkrečią jo stacionarizavimo datą;

7.5. pacientas pasirenka brangiau kainuojančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Prie brangiau kainuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų priskiriami atvejai, kai pacientas savo iniciatyva, leidus gydančiam gydytojui, pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, tyrimus, vaistus, medicinos pagalbos priemonės, procedūras. Šiuo atveju pacientas **apmoka** pasirinktų paslaugų, medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, procedūrų kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, procedūrų **kainų skirtumą**. Prie šių paslaugų negali būti priskiriamos paslaugos, kurioms pacientui nesuteikiama pasirinkimo alternatyva (negalima pasirinkti tarp nemokamos ir brangiau kainuojančios paslaugos).

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO IR TEIKIMO TVARKA

Pacientas, nusprendęs pasinaudoti mokamomis paslaugomis, kurios atitinka nurodytas sąlygas (žr. aukščiau „Bendrosios nuostatos“), susipažinęs su medicininių paslaugų kainynu, suderina su konsultaciją ar procedūrą atliekančiu specialistu procedūros atlikimo laiką. Prieš atliekant konsultaciją ar procedūrą pacientas pats (arba slaugytoja) sumoka atitinkamą pinigų sumą kasoje, o kastos nedarbo laiku priėmimo-skubios pagalbos skyriuje. Savo sutikimą pacientas patvirtina parašu. Procedūra atliekama laikantis nustatytų metodikų. Atlikus procedūrą, pildoma medicininė dokumentacija, reikalingi išrašai atiduodama pacientui į rankas.

Ligoniui pačiam sumokėjus pinigus kasoje, kasininkė apmokėjimo kvitą atiduoda pacientui, ne darbo laiku - priėmimo-skubios pagalbos skyriuje slaugytoja išrašo pinigų paėmimo kvitą. Darbo dienomis priėmimo-skubios pagalbos skyriuje surinkti pinigai įnešami į kasą, kasininkė išrašo kasos pajamų orderį.

Jei pacientas yra Europos sąjungos (ES), Europos ekonominės erdvės (EEE) ar Šveicarijos Konfederacijos šalies pilietis ir turi asmens tapatybės dokumentą, Europos sveikatos draudimo kortelę ar sertifikatą E-111 (arba pažymas E123 ir DA1), tuomet jam būtinoji medicinos pagalba teikiama nemokamai. Šių dokumentų kopijos kartu su statistinėmis formomis perduodamos į statistiką. Jeigu pacientas negali pateikti apdraustumą patvirtinančio dokumento, už suteiktą būtinąją medicininę pagalbą turi susimokėti pats pagal galiojančias sveikatos priežiūros paslaugų kainas. Šiuo atveju išrašomi forma Nr. 027/a ir sąskaita-faktūra/kvitas, kurio antrą egzempliorių pacientas pateikia savo šalyje draudimo bendrovei ar ligonių kasai.

Kitų užsienio šalių piliečiai už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (būtiniosios ir ne būtiniosios) ir ES, EEE ar Šveicarijos konfederacijos šalių piliečiai už ne būtiniosios pagalbos paslaugas apmoka patys. Šiuo atveju išrašomi forma Nr. 027/a ir sąskaita-faktūra/ kvitas, kurio antrą egzempliorių pacientas pateikia savo šalyje draudimo bendrovei ar ligonių kasai.
