

MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKA

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 (TAR 2014-07-16, Nr. 2014-10290, Sveikatos sistemos įstatymo 11 str. 2 d. 2 p.; Žin., 1998, Nr.112-3099).

2. Mokamoms paslaugoms, teikiamoms LNSS įstaigose, 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 nuolatiniais gyventojams, negali būti priskirtos prie mokamų paslaugų.

5. Draudžiamiesiems, kurie **nėra apdrausti** privalomuoju sveikatos draudimu, LNSS įstaigose suteiktos paslaugos, **išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas**, yra **mokamos**.

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

7. Už LNSS įstaigų 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 LNSS asmens sveikatos priežiūros 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 priemones, 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 priemones, 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).

8. LNSS įstaigų pareigos, susijusios su mokamų paslaugų teikimu:

8.1. parengti ir vadovo įsakymu patvirtinti mokamų paslaugų teikimo tvarką (aprašą), kurioje būtų nurodyti konkretūs mokamų paslaugų teikimo pagrindai bei kainos, ir užtikrinti, kad pacientai galėtų su ja susipažinti;

8.2. užtikrinti, kad mokamos paslaugos būtų teikiamos tik nurodytomis sąlygomis;

8.3. prieš teikiant pacientui paslaugą, už kurią jis turi mokėti:

8.3.1. pasirašytinai jį (arba paciento atstovą) informuoti apie paciento teisę ir galimybes konkrečią paslaugą gauti įstaigoje nemokamai, išskyrus atvejus, kai paslaugos yra įtrauktos į Mokamų paslaugų sąrašą šio įsakymo 1 priede;

8.3.2. užtikrinti, kad pacientas mokamos paslaugos pasirinkimą medicinos dokumentuose patvirtintų parašu;

8.4. prieš teikiant pacientui brangiau kainuojančias paslaugas, skiriant brangiau kainuojančius vaistus, medicinos pagalbos priemones, medžiagas ar procedūras, jį pasirašytinai supažindinti su nemokamų paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medžiagų, procedūrų ir brangiau kainuojančių paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medžiagų, procedūrų skirtumais (kaina, kiekis, pranašumas ir pan.) ir užtikrinti, kad pacientas savo pasirinkimą medicinos dokumentuose patvirtintų raštu. Prie šių paslaugų negali būti priskiriamos paslaugos, kurioms pacientui nesuteikiama pasirinkimo alternatyva (negalima pasirinkti tarp nemokamos ir brangiau kainuojančios paslaugos).

8.5. medicinos dokumentuose turi būti įdėtinis lapas su apmokėtų paslaugų sąrašu, kuriame nurodoma:

8.5.1. paciento patvirtintas parašu sutikimas (prašymas) dėl mokamų paslaugų teikimo;

8.5.2. suteiktos mokamos paslaugos pavadinimas ir jos teikimo pagrindas;

8.5.3. paslaugos apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data.

9. Gydytojas turi užtikrinti, kad mokėjimo už mokamas paslaugas dokumentuose (kasos kvituose, pajamų orderiuose, sąskaitose ir pan.) būtų nurodyta paslaugos teikimo data, paslaugos, už kurią mokama, pavadinimas, medicinos dokumento (ambulatorinės kortelės, gydytojo stacionare istorijos ir pan.) numeris. Jeigu minėtos informacijos mokėjimo dokumentuose nurodyti nėra techninių galimybių, ji turi būti nurodyta sąskaitoje, kuri atiduodama pacientui.

10. Mokamos paslaugos, suteiktos nesilaikant šioje Tvarkoje nustatytų reikalavimų, yra laikomos neteisėtai apmokėtomis, todėl už jas gautos lėšos privalo būti gražinamos jas sumokėjusiam asmeniui.

11. Teikiant mokamas paslaugas gydytojas privalo į Privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą įvesti informaciją apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

12. Mokamų paslaugų LNSS įstaigose teisėtumą ir pagrįstumą turi teisę vertinti ir kontroliuoti:

12.1. sveikatos priežiūros įstaigų steigėjas (savininkas, dalininkas, kt.);

12.2. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, vykdydama teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės (tinkamumo) ir prieinamumo valstybinę kontrolę ir ekspertizę;

12.3. Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos:

12.3.1. vykdydamos LNSS įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės (tinkamumo) ir prieinamumo valstybinę kontrolę;

12.3.2. spręsdamos ginčus tarp draudžiamųjų ir LNSS įstaigų dėl pacientui suteiktų iš PSDF biudžeto apmokamų paslaugų.

13. Už mokamų paslaugų teikimo procedūrų pažeidimus atsako įstaigos vadovas ar kiti už tai atsakingi darbuotojai.

6.1. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO IR TEIKIMO TVARKA

Informacijos apie asmens sveikatos priežiūros mokamų paslaugų teikimo tvarką ir kainas tvirtina VG įsakymu.

Ši informacija teikiama registratūroje, priėmimo – skubios pagalbos skyriuose, stacionaro skyriuose, internetiniame tinklapyje.

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 kasos nedarbo laiku priėmimo-skubios pagalbos skyriuje. Savo sutikimą pacientas patvirtina parašu. Procedūra atliekama laikantis nustatytų metodikų. Atlikus procedūrą, padaromi įrašai medicininėje dokumentacijoje ir, pacientui pageidaujant, užpildoma F Nr 027/a ir 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 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 dokumentą, Europos sveikatos draudimo kortelę ar sertifikatą E-111 (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 bazinės 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 (būtinosis ir ne būtinosis) ir ES, EEE ar Šveicarijos konfederacijos šalių piliečiai už ne būtinosis 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.

Vadovaujantis LR vietos savivaldos įstatymu (Žin., 2008, Nr. 113-4290) 16 straipsnio 2 dalies 37 punktu Jurbarko rajono savivaldybės tarybos sprendimu ligoninėje teikiamos atlygintinos paslaugos, išvardintos mokamų paslaugų kainyne. Už paslaugas sumokama ligoninės kasoje, patvirtinama paciento parašu medicinos dokumentuose.

Mokamos paslaugos kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms (šeimos gydytojo centrams, atliekant profilaktinius patikrinimus ir kt.) teikiamos pagal sutartis.

Už asmens sveikatos priežiūros paslaugos kokybišką atlikimą atsako gydytojas, BPS ar kiti suteikiantys paslaugas asmenys. Analizuoti ir įvertinti atliekamų procedūrų kokybę privalo SV. Užtikrinti kokybišką paslaugų teikimą (kad paslaugas teiktų kvalifikuoti specialistai, kad būtų tinkama įranga, naudojami tinkami medikamentai ir pan.) privalo VG.

6.2. MOKAMŲ PASLAUGŲ APSKAITA

Kas savaitę kasininkė įneša pinigus į ligoninės sąskaitą banke. Kas mėnesį kasininkė pagal kasos aparato ataskaitą duomenis suveda į kompiuterinę buhalterinę programą. Vyr. buhalterė kas ketvirtį analizuoja informaciją apie mokamas paslaugas, informuoja VG. Išsamą mokamų paslaugų analizę atliekama kartą per metus, svarstant ligoninės veiklos rodiklius.