

**VŠĮ MARIJAMPOLĖS LIGONINĖS
MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO
T V A R K A**

Vykdamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymus: 1999-07-30 Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ ir 2014-07-11 Nr. V-794 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymo Nr.357, „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“, VšĮ Marijampolės ligoninėje teikiamos ir mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti patys arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys bei savanoriškojo sveikatos draudimo įstaigos.

Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš PSD fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skirtų sveikatos programoms finansuoti.

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas ir šių paslaugų kainos patvirtintos LR SAM 1999-07-30 įsakymu Nr.357, „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 1 priedu, nuo 2015 m. sausio 1 dienos – LR SAM 2014-09-01 įsakymu Nr. V-916 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymo Nr.357, „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“.

Už kitas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra išvardintos mokamų paslaugų sąrašė, pacientai moka šiais atvejais:

1. Draudžiamieji, kurie nėra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas.

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

2.1. 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. Jei gydytojas specialistas nustato, kad pacientas kreipėsi pagrįstai, toliau asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų bendra tvarka;

2.2. pacientas, teikiant jam iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas paslaugas ir leidus gydančiajam gydytojui, pageidauja gauti papildomas, t. y. pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti nebūtiną paslaugas, medžiagas, tyrimus, medikamentus, medicinos pagalbos priemones, procedūras;

2.3. 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; šiuo atveju mokamos paslaugos gali būti teikiamos tik tada, kai ligoninė atitinka visus žemiau nurodytus reikalavimus:

2.3.1. 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;

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

2.3.3. 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;

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

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

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

2.4.3. 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;

2.5. 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).

3. Mokamas paslaugas, tyrimus ir procedūras galima teikti tik užtikrinus, kad šias paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, nustatytą dieną gautų visi jų laukimo eilėje užregistruoti pacientai.

4. Prieš teikiant pacientui paslaugą, už kurią jis turi mokėti, Konsultacijų poliklinikos, Priėmimo ir skubios pagalbos skyriaus registratūros darbuotojai arba konsultuojantis ar gydantis gydytojas privalo:

4.1. 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 (Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas ir šių paslaugų kainos patvirtintos LR sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr.357„Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 1 priedas, nuo 2014 m. sausio 1 dienos - LR sveikatos apsaugos ministro 2014-09-01 įsakymu Nr. V-916 „Dėl Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymo Nr.357„Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“.

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

4.3. 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).

4.4. užpildo ir prideda prie medicinos dokumentų įdėtinį lapą su apmokėtų paslaugų sąrašu, kuriame nurodoma:

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

4.4.2. suteiktos mokamos paslaugos pavadinimas ir jos teikimo pagrindas;

4.4.3. paslaugos apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data.

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

6. Jei už pacientą sutinka pavedimu sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys, o taip pat draudimo įstaigos, pacientas ligoninės buhalterijai pateikia asmens dokumento, draudimo poliso kopijas ir garantinį raštą dėl gydymo išlaidų apmokėjimo. Buhalterija išrašo sąskaitas atitinkamoms įstaigoms, fiziniams ar juridiniams asmenims ir kontroliuoja pinigų gavimą.
