

MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR APMOKĖJIMO TVARKOS APRAŠAS

1. VšĮ Centro poliklinika (toliau – Poliklinika), vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 3 straipsnio I dalies 1–4 punktais, turi teisę teikti ir mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – mokamos paslaugos), už kurias jų gavėjai turi sumokėti.

2. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, nurodytos Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 1 ir 3 punktuose, išskyrus Profilaktinių sveikatos tikrinimų rūšių ir apmokėjimo tvarkos (7 priedas), patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“, 4 ir 5 punktuose nurodytus profilaktinius sveikatos tikrinimus, Poliklinikoje prie jų prisirašiusiems gyventojams teikiamos nemokamai, už jas iš pacientų negali būti reikalaujama jokių papildomų mokėjimų.

3. Mokamoms paslaugoms, Poliklinikoje, priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

3.1. valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų;

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

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

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

5. Draudžiamiesiems, kurie nėra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, suteiktos paslaugos, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, yra mokamos.

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

6.1. pacientas, neturėdamas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – 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 Privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų bendra tvarka;

6.2. 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;

6.3. 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:

6.3.1. 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;

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

6.3.3. 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;

6.4. 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).

7. Teikiant odontologinės priežiūros paslaugas, apdraustieji (išskyrus vaikus ir asmenis, besimokančius dieninėse bendrojo lavinimo mokyklose, profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, kol jiems sukanka 24 metai, ir socialiai remtinus asmenis, kai jie pateikia atitinkamą savivaldybės, kurios teritorijoje gyvena, socialinės paramos skyriaus pažymą) moka už vaistus, odontologines ir kitas medžiagas, sunaudotas odontologinės priežiūros paslaugų teikimui, vienkartinės priemones, atsižvelgiant į sunaudotų medžiagų, priemonių kiekį ir jų įsigijimo kainas;

8. Prieš teikiant pacientui paslaugą, už kurią jis turi mokėti, jis (arba paciento atstovas) pasirašytinai informuojamas apie paciento teisę ir galimybes konkrečią paslaugą gauti Poliklinikoje nemokamai.

9. Pacientas mokamos paslaugos pasirinkimą medicinos dokumentuose patvirtina parašu.

10. 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).

11. Medicinos dokumentuose turi būti įdėtinis lapas su apmokėtų paslaugų sąrašu, kuriame nurodoma:

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

11.2. suteiktos mokamos paslaugos pavadinimas ir jos teikimo pagrindas;

11.3. paslaugos apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data.

12. Turi būti užtikrinta, kad mokėjimo už mokamas paslaugas dokumentuose (kasos kvituose (čekiuose), pajamų orderiuose, sąskaitose ir pan.) būtų nurodyta paslaugos teikimo data, paslaugos, už kurią mokama, pavadinimas, kodas, 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.

13. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

14. Profilaktiniai sveikatos tikrinimai atliekami vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (7 priedas).

15. Asmuo (globėjas) už prisirašymo dokumentų tvarkymą įstaigai, kurioje jis prisirašo, moka 0,29 Eur mokestį.

Asmuo (globėjas), anksčiau nei po šešių mėnesių pasirinkęs kitą pirminę asmens sveikatos priežiūros įstaigą (toliau-PASPI), už prisirašymo dokumentų tvarkymą ir medicininės dokumentacijos persiuntimą, jo pasirinktai įstaigai moka 2,90 Eur mokestį. Kai asmuo atvyksta mokytis į stacionarinę mokymosi įstaigą arba grįžta į nuolatinę gyvenamąją vietą baigęs mokslus ir pasirenka kitą PASPI, moka 0,29 Eur mokestį.

16. Poliklinikoje teikiamos kitos mokamos paslaugos (8 priedas).

17. Poliklinikoje teikiamos papildomos medicininės mokamos paslaugos (9 priedas).

PACIENTŲ KREIPIMOSI IR APMOKĖJIMO UŽ PASLAUGĄ TVARKOS APRAŠAS

1. Pacientas, norėdamas gauti mokamas paslaugas kreipiasi į registratūrą.

1.1. Registratūros darbuotojas, pacientui pageidaujant, supažindina su mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka, užpildo asmens sveikatos istorijos paso duomenis, ir nukreipia jį į skyrių, kabinetą, klinikinę laboratoriją.

1.2. Pacientui suteikiama mokama paslauga.

1.3. Gydytojas arba slaugos specialistas užpildo mokamų paslaugų užsakymo lapo elektroninę versiją, kuriame nurodomas, paciento vardas, pavardė, gydytojo arba slaugos specialisto vardas, pavardė, specialybė, paslaugos kodas, pavadinimas, kiekis, kaina, suma, nuolaida, data.

1.4. Gydytojas arba slaugos specialistas ir pacientas pasirašo paciento sutikimą mokamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai.

1.5. Mokama registratūroje suteikus paslaugą, pagal pateiktą mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apskaitos lapo elektroninę versiją. Asmuo, dirbantis su kasos aparatu, patikrina kainų susumavimą apskaitos lape ir pildo elektroninę lapo versiją (paciento mokėjimai ir sąskaitos) ataskaitą.

1.6. Asmuo, dirbantis su kasos aparatu, kasos čekį (kvitą) atiduoda pacientui. Pacientui pageidaujant, tą pačią dieną išrašoma PVM sąskaita-faktūra.

1.7. Gydytojas ar slaugos darbuotojas esant poreikiui atiduoda tyrimų rezultatus ar konsultacijos išvadas pacientui tik pateikus kasos čekį (kvitą).

1.8. Gydytojas ar slaugos darbuotojas įrašo kasos čekio (kvito) Nr. ir sumokėtą pinigų sumą į asmens sveikatos istoriją, grąžindamas čekį (kvitą) pacientui.

2. Padalinių vadovai pastoviai tikrina informacinėje duomenų bazėje „Med.I.S.“ informaciją apie suteiktas mokamas paslaugas, registruoja neatitikimus ir vykdo korekcinius veiksmus neatitikimams pašalinti.