

VŠĮ Kelmės ligoninė	Kokybės sistemos procedūra KSP-O Nr. 42	Leidimo Nr. 1 Lapai 9
----------------------------	--	----------------------------------

VŠĮ Kelmės ligoninės mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka

Parengė: direktoriaus pavaduotoja medicinai Romalda Ramonienė

Patvirtinta VŠĮ Kelmės ligoninės direktoriaus 2017 m. birželio 27 d. įsakymu Nr. V- 72 (1.6)

I. TEIKIAMŲ MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ NOMENKLATŪRA

1. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos:

- 1.1. vidaus ligų gydymo;
- 1.2. chirurginių - traumatologinių ligų gydymo;
- 1.3. vaikų ligų gydymo;
- 1.4. nervų ligų gydymo;
- 1.5. ginekologinių ligų gydymo;
- 1.6. reanimacijos ir intensyvios terapijos gydymo;
- 1.7. otorinolaringologijos ligų gydymo;
- 1.8. slaugos ir palaikomojo gydymo.

2. Ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos:

- 2.1. gydytojų specialistų konsultacijos;
- 2.2. dienos stacionaro paslaugos;
- 2.3. dienos chirurgijos paslaugos;
- 2.4. stebėjimo paslaugos;
- 2.5. ambulatorinės chirurgijos paslaugos;
- 2.6. laboratorinių tyrimų atlikimas;
- 2.7. radiologinių tyrimų atlikimas;
- 2.8. fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugos;
- 2.9. odontologo – ortopedo paslaugos.

II. TEIKIAMŲ NEMEDICINOS PASLAUGŲ NOMENKLATŪRA

3. Transporto nuoma,
4. Medicininių dokumentų kopijavimas,
5. Išrašų iš medicininių dokumentų ruošimas pacientų pageidavimu,
6. Maitinimo ir viešbučio paslaugos.

III. MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKA

7. Mokamoms paslaugoms, teikiamoms VšĮ Kelmės ligoninėje (toliau Ligoninė), priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

- 7.1. valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų;
- 7.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų;
- 7.3. valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skirtų sveikatos programoms finansuoti.

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

9. Draudžiamiesiems, kurie nėra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, suteiktos paslaugos, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, yra mokamos. Kai pacientas yra Lietuvos Respublikos pilietis, neapdraustas privalomuoju sveikatos draudimu bei nedeklaravęs gyvenamosios vietos Lietuvos Respublikoje, ir kreipiasi į Ligoninę dėl paslaugų suteikimo, visos

medicinos paslaugos yra mokamos, išskyrus kai pacientas turi galiojančią Europos sveikatos draudimo kortelę ar sertifikatą. Šiuo atveju jam suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos dėl būtinios pagalbos kompensuojamos iš PSDF, nesant būtinios pagalbos – už paslaugas moka pacientas.

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

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

11.1. pacientas, neturėdamas Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (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. Tuo atveju, kai gydytojas specialistas nustato, kad pacientas kreipėsi pagrįstai, tolimesnio gydymo išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto.

11.2. pacientas apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir turėdamas pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojo ar specialisto siuntimą kreipiasi:

11.2.1. dėl gydytojo specialisto konsultacijos, kai siuntime nėra įrašyti būtini šiai konsultacijai atlikti tyrimai pagal bendrosios praktikos gydytojo normą. Pacientą konsultuojantis ar gydantis gydytojas nustato, kad tyrimai būtini kokybiškai konsultacijai ir gydymui atlikti ir apie tai informuoja pacientą. Tokiu atveju už tyrimus apmoka pacientą siuntusi konsultacijai pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga pagal sudarytą sutartį su Ligonine, nesant sutarties - informuojamas pacientas apie mokamą paslaugą.

11.2.2. dėl planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo anksčiau nei yra įrašytas į eilę. 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 atitinka žemiau nurodytus reikalavimus:

11.2.2.1. Ligoninė turi iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų paslaugų kiekvienos dienos teikimo planą, kur nurodytas iš PSDF lėšų apmokamų paslaugų skaičius, ir kuris skelbiamas viešai;

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

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

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

11.4. pacientas atvyksta su gydytojo siuntimu, kuris dirba įstaigoje nepriklausančioje LNSS.

11.5. pacientas nori gauti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas ne eilės tvarka, o 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:

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

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

11.5.3. 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;

12. Pacientas kreipiasi dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios yra įtrauktos į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą mokamų paslaugų sąrašą ir gali būti teikiamos tik mokamai.

13. 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).

14. Pacientams, sudarytų sutarčių su fiziniais ir juridiniais asmenimis pagrindu, teikiamos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

15. Pacientai, pageidaujantys gauti odontologines ortopedines paslaugas, neapmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto.

16. Europos Sąjungos šalių ir Šveicarijos pacientai, neapdrausti privalomuoju sveikatos draudimu ir nebūtinosios pagalbos atvejais. Europos Sąjungos šalių ir Šveicarijos piliečiams, turintiems galiojančią Europos sveikatos draudimo kortelę ar sertifikatą, suteiktos medicininės paslaugos ir tyrimai dėl būtinosios medicinos pagalbos apmokamos iš PSDF.

17. Užsienio (ne Europos Sąjungos ir Šveicarijos) šalių pacientams.

18. Pacientams atliekami profilaktiniai sveikatos tikrinimai.

19. Teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas Ligoninė privalo į Šiaulių regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigos informacinę sistemą (ŠRASPI IS) įvesti informaciją apie suteiktas paslaugas.

20. Skubiosios medicinos pagalbos paslaugos, kurių sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymu Nr. V-208 „Dėl Būtinosios medicinos pagalbos ir Būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ su vėlesniais pakeitimais ir papildymais ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubios pagalbos skyriui patvirtinimo“ su vėlesniais pakeitimais ir papildymais, ir yra teikiamos šalies nuolatiniams gyventojams (deklaravusiems gyvenamą vietą Lietuvoje), negali būti priskirtos prie mokamų paslaugų.

21. Vadovaujantis Tvarkos III skyriaus nuostatomis įsakau Ligoninėje dirbantiems gydytojams:

21.1. užtikrinti, kad mokamos paslaugos būtų teikiamos tik šioje Tvarkoje nurodytomis sąlygomis;

21.2. prieš teikiant mokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą pacientui, pasirašytinai informuoti, apie jo teises ir galimybes konkrečią paslaugą gauti kitoje įstaigoje nemokamai, išskyrus atvejus, kai paslaugos yra įtrauktos į mokamų paslaugų sąrašą;

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

21.4. prieš teikiant pacientui brangiau kainuojančias paslaugas, skiriant brangiau kainuojančius vaistus, medicinos pagalbos priemones, procedūras, jį pasirašytinai supažindinti su nemokamų paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, procedūrų ir brangiau kainuojančių paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, procedūrų kainų skirtumais ir užtikrinti, kad pacientas savo pasirinkimą medicinos dokumentuose patvirtintų parašu. Prie šių paslaugų negali būti priskiriamos paslaugos, kurioms pacientui nesuteikiama pasirinkimo alternatyva.

22. Medicinos dokumentuose turi būti įdėtinis lapas (lapo pavyzdys pridedamas), su apmokėtų paslaugų sąrašu, kuriame nurodoma:

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

22.2. suteiktos mokamos paslaugos pavadinimas ir jos teikimo pagrindas;

22.3 paslaugos apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data.

23. Vadovaujantis Tvarkos III skyriaus nuostatomis įsakau vyriausiajam buhalteriiui:

23.1. užtikrinti, kad mokėjimo už mokamas paslaugas dokumentuose (kasos aparato ar pinigų priėmimo kvituose, kasos pajamų orderiuose, sąskaitose faktūrose ir pan.) būtų 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 nurodoma sąskaitoje, kuri atiduodama pacientui.

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

IV. KAINŲ NUSTATYMAS UŽ TEIKIAMAS MOKAMAS PASLAUGAS

25. Suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos nustatomos ir apmokėjimas pagrindžiamas vadovaujantis:

25.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 kovo 26 d. įsakymu Nr. 178 „Dėl valstybės ir savivaldybių remiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainyno patvirtinimo“ patvirtintu Valstybės ir savivaldybių remiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainynu Nr. 11-96-2 su vėlesniais šio kainyno pakeitimais bei papildymais.

25.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 1 d. įsakymo Nr. V-916 redakcija) su vėlesniais pakeitimais ir papildymais.

25.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ su vėlesniais pakeitimais ir papildymais.

25.4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-03-30 raštu Nr. (1.1.-20-28) 10-2846 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų indeksavimo taikymo“ su vėlesniais pakeitimais ir papildymais.

26. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatyta mokamų asmens sveikatos paslaugų indeksavimo tvarka ir nustatytais indeksavimo koeficientais, kainos tvirtinamos Ligoninės direktoriaus įsakymu.

27. Suteiktos mokamos nemedicinos paslaugos apmokamos Ligoninės direktoriaus įsakymais nustatytomis kainomis.

APMOKĖJIMO UŽ MOKAMAS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TVARKA

1. Pacientui, atvykus dėl medicinos paslaugų suteikimo į konsultacijų polikliniką arba į priėmimo-skubios pagalbos skyrių, medicinos slaugytoja Valstybinės ligonių kasos tinklapyje surenka (išsiaiškina) duomenis apie paciento sveikatos draudimą.

2. Apie draustumą informuoja pacientą.

3. Pacientui priėmus sprendimą gydytis, slaugytoja pateikia pacientui „Įsipareigojimą“ (1 priedas) susipažinimui ir pasirašymui, kad jis sutinka apmokėti už suteiktas medicinos paslaugas.

4. „Įsipareigojimas“ apmokėti už suteiktas paslaugas įklijuojamas į medicininį dokumentą (Formos Nr. 025/a, Nr. 025/a-LK, Nr.003/a).

5. Medicinos slaugytoja informuoja gydantį gydytoją, kad ligoniui bus teikiama mokama paslauga.

6. Pacientas apmoka už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas jas įvykdžius (užbaigus).

7. Gydytojas, suteikęs medicinos paslaugas, pateikia duomenis apie atliktas intervencijas Mokamų paslaugų apskaitos lape, (2 priedas). Išvardija visas pacientui suteiktas paslaugas, užrašo jų kodus, paslaugų kainas, sumą.

8. Medicinos slaugytoja, kartu su ligoniu ar jo artimaisiais, pristato „Apmokėjimo už pacientui suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas apskaitos formą“ į ligoninės buhalteriją (kasą), kur apskaičiuojama suteiktos paslaugos vertė. Poilsio ir švenčių dienomis, nedirbant buhalterijai, pacientai už suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sumoka priėmimo-skubios pagalbos skyriuje.

9. Sumokėjus už paslaugas pacientui išduodamas apmokėjimą įrodantis dokumentas - kvitas arba kasos pajamų orderis. Mokamų paslaugų apskaitos lape įrašomas pinigų priėmimo dokumento numeris, data. Paciento pageidavimu išrašoma sąskaita faktūra.

10. Medicinos slaugytoja ligonio medicininiuose dokumentuose (Formos Nr. 025/a, Nr. 025-1/a-LK, Nr. 003/a), atžymi apmokėjimo dokumento Nr. ir sumokėtą sumą. Mokamų paslaugų apskaitos lapas įklijuojamas į Asmens ambulatorinio gydymo kortelę ar ligos istoriją.

ĪSIPAREIGOJIMAS

Aš.....
(paciento ar paciento atstovo vards, pavardē, parašas)

gyvenantis
(nuolatinēs gyvenamosios vietas adresas)

esu supažindintas su VŠĪ Kelmēs ligoņinēje teikiamū mokamū asmens sveikatos priežiūros paslaugū teikimo ir apmokējimo tvarka ir sutinku apmokēti už man suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

.....
(data)

.....
(paciento ar paciento atstovo vards, pavardē, parašas)

.....
(skyriaus pavadinimas)

.....
(gydančio gydytojo spaudas ir parašas)

MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APSKAITOS LAPAS

Kreipimosi dataSkyrius (kabinetas)

Paciento vardas, pavardė

Adresas

Gydymo stacionare ligos istorijos Formos 003/a Nr.

Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelės Formos 025/a-LK Nr.....

Suteiktos paslaugos kodas	Paslaugos pavadinimas	Kiekis	Kaina, Eur	Suma, Eur
Viso:				

Suma žodžiu:

Pageidauju, kad man būtų suteiktos aukščiau nurodytos medicinos paslaugos ir sutinku apmokėti

Pacientas (ar jo atstovas)
(vardas, pavardė, parašas)

Gydantis gydytojas
(antspaudas, parašas)

Pinigus priėmęs darbuotojas (vardas pavardė, parašas).....

Apmokėjimą patvirtinančio dokumento Nr....., data.....

Pastaba: Originalas lieka prie mokėjimo dokumentų, kopija įklijuojama į medicininę dokumentaciją

PATVIRTINTA
 VšĮ Kelmės ligoninės direktoriaus
 2017 m. gegužės 8 d. įsakymu Nr. V-59 (1.6)

KAINŲ SKIRTUMO APMOKĖJIMO UŽ PACIENTO PASIRINKTUS BRANGESNIUS VAISTUS AR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONES APSKAITOS LAPAS

Skyrius

Paciento vardas, pavardė

Adresas

Paciento guldymo data

Gyldymo stacionare istorijos Nr.

Gydančio gydytojo vardas, pavardė

Gydytojo skirti vaistai ar medicinos pagalbos priemonės	Kaina, Eur	Paciento pasirinkti vaistai ar medicinos pagalbos priemonės	Kaina, Eur	Paciento apmokamas kainų skirtumas, Eur
Bendra suma:				

Indikacijos vaisto paskyrimui

.....

Skyriaus vedėjas
(vardas, pavardė, parašas)

Gydantis gydytojas.....
(vardas, pavardė, parašas)

Pageidauju, kad man būtų skirti efektyvesni –brangesni vaistai ar medicinos pagalbos priemonės ir sutinku apmokėti kainų skirtumą
(paciento vardas, pavardė, parašas)

Pinigus priėmęs darbuotojas
(vardas, pavardė, parašas)

Apmokėjimą patvirtinančio dokumento Nr....., data.....