

PATVIRTINTA

VšĮ Šiaulių ilgalaikio gydymo ir geriatrijos centro
Vyriausiojo gydytojo

2014 m. liepos 31 d. įsakymu Nr. V-19

**MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR
APMOKĖJIMO APRAŠAS**

1. VšĮ Šiaulių ilgalaikio gydymo ir geriatrijos centras (toliau – Centras) turi teisę, vadovaujantis šia Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka, teikti ir mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo susimokėti.

2. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, šių paslaugų kainas ir jų indeksavimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.

3. Centre teikiamų paslaugų, kurios nepriskiriamos sveikatos priežiūros paslaugoms (ne medicinos paslaugos), kainas nustato vyriausiasis gydytojas (vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymo 11 str. 1 d. 4 p.).

4. Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (toliau – mokamos paslaugos) priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

4.1. valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų;

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

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

5. Už mokamas paslaugas moka pacientai arba kiti fiziniai ar juridiniai asmenys.

6. Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (toliau – mokamos paslaugos) priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

6.1. valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų;

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

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

7. Už mokamas paslaugas moka pacientai arba kiti fiziniai ar juridiniai asmenys.

8. Suteiktos mokamos paslaugos apmokamos vadovaujantis:

8.1. Sveikatos apsaugos ministerijos bazinėmis kainomis, kai:

8.1.1. pacientas, neturėdamas pirminės sveikatos priežiūros gydytojo specialisto siuntimo, pats kreipiasi į Centrą.

8.1.2. Įstaiga yra išnaudojusi lėšas (lėšų limitą), numatytas sutartyje su Teritorine ligonių kasa ir dėl lėšų trūkumo negali teikti tam tikrų planinio gydymo paslaugų, o apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu pacientas, norėdamas gauti paslaugą, sutinka pats už ją sumokėti.

8.1.3. pacientas yra neapdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl paslaugų suteikimo;

8.1.4. pacientas yra išnaudojęs metinį slaugos ir palaikomojo gydymo stacionare paslaugų limitą, t.y. 120 dienų, numatytą sutartyje su teritorine ligonių kasa ir kreipiasi dėl tolimesnio šių paslaugų teikimo tais pačiais metais.

9. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo eiga Centre:

9.1. kai pacientas kreipiasi dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo yra supažindinamas su mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka ir mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainomis;

9.2. surašomi paciento duomenis į Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutartį;

9.3. Centro buhalterija suskaičiuoja paciento už paslaugas mokėtiną sumą, priima pinigų už teikiamas paslaugas ir pateikia pacientui kasos pajamų orderį;

9.4. Pacientas privalo Centro buhalterijoje sumokėti už gautas paslaugas;

9.5. Gydytojas teikdamas pacientui mokamą paslaugą, pagal nustatytus reikalavimus pildo medicininę dokumentaciją bei statistinę kortelę informacijai apie suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas įvesti į Privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą;

10. Nesuteikus numatytų mokamų paslaugų arba suteikus jas nepagrįstai, pacientui pinigai gražinami Centro buhalterijoje, pateikus asmens tapatybę liudijantį dokumentą, prašymą su gydančio gydytojo patvirtinimu, jog paslauga nebuvo suteikta, bei kasos pajamų orderį.
