

Kokiais atvejais draustiems PSD gydymas gali būti mokamas

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 dalimi, valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Gydomo įstaigose, turinčiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl gydymo paslaugų išlaidų apmokėjimo, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, gavusiems šeimos gydytojo siuntimą, daugeliu atvejų pirminės ambulatorinės, stacionarinės, reabilitacijos paslaugos, reikiami tyrimai ir konsultacijos teikiami nemokamai. Už šias paslaugas gydymo įstaigoms sumoka ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

Mokamų paslaugų teikimą sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) reglamentuoja keli teisės aktai.

Pirmiausia vėl paminėtinas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnis, kuriame numatyto kelios mokamų paslaugų teikimo aplinkybės net ir draustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims: 1. jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie sumoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. 2. jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie moka patys.

Be to, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 10 straipsnio 5 dalimi, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai sumokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojo pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą (šis skirtumas gali būti mokamas ir iš papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo ar kitų lėšų).

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka buvo patvirtinta ir 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“. Šiame įsakyme nurodoma, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia ir mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti (Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies 2 punktas): pavyzdžiui, už hormoninį tyrimą, akupunktūrą bei manualinę terapiją, sveikatos tikrinimą vykstant į užsienį, norint įsigyti civilinį ginklą, gauti vairuotojų ir aviatorių mėgėjų pažymėjimą, už papildomą individualią ligo priežiūrą ir slaugą, kosmetinės chirurgijos operacijas ir kosmetologijos procedūras, dantų protezavimą bei implantavimą ir kitas paslaugas, tiesiogiai nesusijusias su ligų bei susirgimų gydymu.

Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, teikiamoms asmens sveikatos priežiūros įstaigose, priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

1. valstybės ir savivaldybių biudžetų;
2. PSDF biudžeto;
3. valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skiriamų sveikatos programoms finansuoti.

Už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – mokamos paslaugos), kurios suteikiamos ASPĮ, moka:

1. patys pacientai arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys;
2. savanoriškojo sveikatos draudimo įstaigos.

Taip pat norėtume jus informuoti, kad būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos (pirmosios medicinos pagalbos ir stacionarinės bei nestacionarinės skubiosios medicinos pagalbos paslaugos), kurių sąrašas tvirtinamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu ir kurios yra teikiamos šalies nuolatiniais gyventojams, negali būti priskirtos prie mokamų paslaugų. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas ir šių paslaugų kainos tvirtinamos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

Akcentuotina, kad kitų sveikatos priežiūros paslaugų, kurios nėra išvardytos mokamų paslaugų sąrašė ir nepriskiriamos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms, teikiamoms ASPĮ nuolatiniais šalies gyventojams, išlaidas apmoka patys pacientai arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys bei savanoriško draudimo įstaigos, jei:

1. pacientas yra neapdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir kreipiasi į ASPĮ dėl paslaugų suteikimo;
2. pacientas, neturėdamas pirminės sveikatos priežiūros gydytojo ar gydytojo specialisto siuntimo (jei teisės aktuose nėra numatytos kitos sąlygos), pats kreipiasi į ASPĮ. Šiuo atveju,

jei pacientas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir gydytojas specialistas nustato, kad pacientas kreipėsi pagrįstai, tolesnio gydymo išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto;

3. paciento pageidavimu teikiamos papildomos paslaugos. Prie papildomų priskiriamos paslaugos, kurias pasirenka pacientas ir kurios nėra susijusios su pagrindinės ligos (diagnozuotos) gydymu, o priklauso kitam lydinčiam susirgimui (ligai) ir gali būti teikiamos tik leidus tuo metu pacientą gydančiam gydytojui;
4. Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai nepriklausančių įstaigų gydytojų siuntimu Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose pacientui teikiamos paslaugos (gydytojų konsultacijos, procedūros, tyrimai ir kt.), kurios yra būtinos, kad gydytojas galėtų pacientams suteikti paslaugas pagal savo kompetenciją;
5. ASPĮ yra sunaudojusi lėšas, numatytas sutartyje su TLK, ir įstaigos administracija matomoje vietoje yra paskelbusi, kad laikinai dėl lėšų trūkumo negali teikti tam tikrų planinio gydymo paslaugų, o apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu pacientas, norėdamas gauti paslaugą skubos tvarka, sutinka pats už ją sumokėti;
6. ASPĮ paslaugas teikia užsienio piliečiams, jei tarptautinėse sutartyse nenurodyta kitokia sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka.

Pirmiau minėta mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357, reglamentuoja, kad gyventojai (išskyrus vaikus ir vyresnius, besimokančius dieninėse bendrojo lavinimo mokyklose, profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, bet ne ilgiau iki jiems sukanka 24 metai, ir socialiai remtinus asmenis, kai jie pateikia gyvenamosios vietos savivaldybės socialinės paramos skyriaus išduotą atitinkamą pažymą), **gaunantys odontologijos paslaugas, moka už plombines medžiagas, kitas odontologines medžiagas ir vienkartinės priemonės, atsižvelgiant į sunaudotą šių medžiagų kiekį ir tuo metu galiojančias kainas.** Pabrėžtina, kad ASPĮ vadovas arba jo įgaliotas asmuo privalo užtikrinti, kad pacientai būtų informuoti apie mokamų paslaugų teikimo tvarką ir galėtų naudotis mokamomis sveikatos priežiūros ir ne medicinos paslaugomis, kurios yra teikiamos jo vadovaujamoje sveikatos priežiūros įstaigoje, t. y. pacientams matomoje vietoje turi būti skelbiamos mokamų paslaugų kainos ir mokėjimo už jas tvarka. Teikiant pacientui mokamą paslaugą, būtina informuoti apie paslaugų ar naudojamų medžiagų bei kitų priemonių kainą (jeigu jos neįtrauktos į bendrą paslaugos kainą), sudaryti galimybę pacientams susipažinti su kainynu ar jo dalimis, užtikrinti (garantuoti) įstaigoje teikiamų mokamų paslaugų kokybę. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas privalo nustatyti, kaip įstaigoje teikiamos bei organizuojamos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, parengti apskaitos ir atskaitomybės dokumentus ir teisės aktų nustatyta tvarka vykdyti šių paslaugų apskaitą bei užtikrinti finansinę atskaitomybę.

Pacientas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti informuotas apie galimybę gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamas paslaugas, o jo pasirinkimas gauti mokamą paslaugą turi būti patvirtinamas paciento parašu paciento medicinos dokumentuose.