

VŠĮ ROKIŠKIO PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO MOKĖJIMO UŽ SUTEIKTAS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TVARKOS APRAŠAS

1. Mokėjimo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas tvarkos aprašas reglamentuoja įstaigoje teikiamų mokamų paslaugų, kurios nėra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto ar valstybės (savivaldybės) biudžeto lėšų, kitų finansavimo šaltinių, teikimo tvarką.

2. Už įstaigoje teikiamas mokamas paslaugas moka pacientas, jo atstovas ar darbdavys, privatūs draudimo fondai ir pan.

3. Pacientas, kuris kreipiasi dėl mokamų paslaugų, informuojamas apie tai, kad paslauga mokama, nes ji nėra apmokama iš PSDF lėšų ar kitų lėšų šaltinių. Taip pat informuojamas apie jo teisę ir galimybę konkrečią paslaugą gauti kitoje gydymo įstaigoje nemokamai (pvz.: toje gydymo įstaigoje, kur prisirašęs). Šią informaciją pateikia tas darbuotojas, kuris pirmasis išsiaiškina šią aplinkybę – registratūros darbuotojas, paslaugas teikiantis gydytojas, slaugytoja, klinikos diagnostikos laboratorijos darbuotojai ir pan.

4. Teikiant odontologines paslaugas, apdraustieji, įstaigą pasirinkę pacientai, moka tik už sunaudotus vaistus, odontologines ir kitas medžiagas, vienkartinės priemonės, sunaudotas teikiant paslaugą, atsižvelgiant į sunaudotų medžiagų, priemonių kiekį ir jų įsigijimo kainas. Už šias paslaugas nemoka vaikai ir nederbantys asmenys, kurie mokosi pagal bendrojo ugdymo programas ar pagal formaliojo profesinio mokymo programą pirmajai kvalifikacijai įgyti, kol jiems sukanka 24 metai, ir socialinę pašalpą gaunantys asmenys, pateikę šį faktą pagrindžiančią pažymą.

5. Pacientui įstaigos informacinėje sistemoje užpildomas „Paciento sutikimas dėl mokamų paslaugų teikimo bei apmokėjimo“ (priedas), kuriame pacientas (jam atstovaujantis asmuo) sutikimą mokėti už paslaugą patvirtina savo parašu.

6. Paslauga suteikiama po to, kai pacientas (jam atstovaujantis asmuo) apmoka už paslaugą.

7. Už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientas (jam atstovaujantis asmuo) moka:

7.1. Rokiškio poliklinikoje – registratūroje;

7.2. Ambulatorijose (Pandėlio, Obelių, Juodupės) ir bendrosios praktikos gydytojų kabinetuose (Jūžintų, Laibgalių, Panemunėlio) asmeniui, įgaliotam imti grynusius pinigus ar atsiskaityti banko kortelėmis.

8. „Paciento sutikimas dėl mokamų paslaugų teikimo bei apmokėjimo“ įklijuojamas į asmens sveikatos istoriją, jame pažymima suteiktos paslaugos pavadinimas, kaina, teikimo pagrindas, apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data. Šis dokumentas gali būti neklijuojamas į paciento sveikatos istoriją, jei pacientas pasirašo el. būdu ir šis dokumentas pridedamas prie paciento elektroninės sveikatos istorijos.

9. Pacientui pageidaujant, jam išrašoma sąskaita - faktūra.

10. Juridiniam asmeniui „Paciento sutikimas dėl mokamų paslaugų teikimo bei apmokėjimo“ nepildomas, jam pateikiama sąskaita - faktūra.

11. Lėšos, gautos už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apskaitomos kaip įstaigos specialiosios lėšos.

12. Įmonės, įstaigos, organizacijos dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (profilaktinių sveikatos tikrinimų, skiepimų, tyrimų atlikimo ir pan.) teikimo gali sudaryti paslaugų teikimo sutartis.

13. Visi duomenys (įskaitant sumokėtą sumą) apie pacientui suteiktas mokamas sveikatos priežiūros paslaugas suvedamos į ESPBI IS ir „Sveidra“.

PRIEDAS

PACIENTO SUTIKIMAS DĖL MOKAMŲ PASLAUGŲ TEIKIMO BEI APMOKĖJIMO

Sutinku, kad man / mano atstovaujamam būtų teikiamos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų ir nepriskirtos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms, ir kitos (nemedicininės) paslaugos.

Sutinku savo lėšomis apmokėti visas išlaidas, susijusias su man / mano atstovaujamam planuojamomis teikti žemiau nurodytomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, kurios nėra kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų įstaigoje nustatyta tvarka.

Patvirtinu, kad šis **sutikimas** duotas aiškia ir suprantama forma, tinkamai informavus apie mokamų paslaugų teikimo sąlygas bei tvarką. Pasirašydamas šį sutikimą tinkamai, galutinai ir neatšaukiamai išreiškiu savo (savo atstovaujamo) valią, suvokių savo veiksmus ir pasekmes:

(Paciento (jo atstovo) vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, data, parašas)

Kodas	Mokamų paslaugų sąrašas	Vieneto kaina	Kiekis	Pinigų suma už mokamas paslaugas

Aš esu informuotas, kad teikiant konsultaciją be gydytojo siuntimo ar man pageidaujant papildomų tyrimų, nesusijusių su pagrindinės ligos gydymu, privalau sumokėti nustatytos konsultacijos ir tyrimų kainą.

Su konsultacijos ir tyrimų kainomis supažindintas ir sutinku sumokėti _____ sumą.

Data ir kasos kvito Nr. _____.

Parašai:

Pacientas _____

Atsakingas asmuo _____