

INFORMACIJA APIE VALSTYBĖS LAIDUOJAMŲ PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKĄ IR SĄLYGAS

Valstybės laiduojamų (nemokamų) paslaugų, teikiamų pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis teikimo tvarką ir sąlygas reglamentuoja sutarties specialiosios sąlygos, patvirtintos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. vasario 6 d. įsakymu Nr. 1K-23 (Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. 1K-362 (nuo 2016 m. gruodžio 24 d.) (TAR, 2016-12-23, 2016-29393) redakcija).

Valstybės laiduojamų (nemokamų) paslaugų, teikiamų pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ir teikiamos be jokio papildomo mokesčio.

PATVIRTINTA

Valstybinės ligonių kasos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus
2014 m. vasario 6 d. įsakymu Nr. 1K-23

*Valstybinės ligonių kasos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus
2016 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. 1K-362
(nuo 2016 m. gruodžio 24 d.) (TAR, 2016-12-23, 2016-29393) redakcija
Pavadinimas – Valstybinės ligonių kasos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus
2017 m. lapkričio 10 d. įsakymo Nr. 1K-216
(nuo 2017 m. lapkričio 14 d.) (TAR, 2017-11-13, 2017-17835) redakcija*

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR JŲ IŠLAIDŲ APMOKĖJIMO PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS SUTARTIES STANDARTINĖS SPECIALIOSIOS SĄLYGOS

Įstaiga įsipareigoja tik dėl tų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurias teiks pagal Sutarties 1 priede nurodytą Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto išlaidų klasifikaciją.

1. Įstaiga, įgyvendinanti prevencines programas, įsipareigoja:

1.1. keistis informacija su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis apie apdraustajam pagal prevencines programas suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas tais atvejais, kai pagal prevencines programas paskutinė asmens sveikatos priežiūros paslauga pacientui suteikiama kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (tokiu būdu siekiama, kad tos pačios paslaugos, numatytos atitinkamoje prevencinėje programoje, nebūtų pakartotinai teikiamos ir kad šios paslaugos tam pačiam asmeniui būtų teikiamos prevencinėse programose numatytu periodiškumu);

1.2. aprašyti pagal prevencines programas suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti apdraustojo būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

1.3. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais prevencinių programų įgyvendinimo reikalavimus.

2. Įstaiga, išduodanti medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimus, įsipareigoja:

2.1. neviršyti šių kalendoriniams metams TLK jai skiriamų asignavimų medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidoms apmokėti:

Lėšos					
	Metinė lėšų suma (Eur)	I ketvirtis	II ketvirtis	III ketvirtis	IV ketvirtis
Suaugusiųjų medicininė reabilitacija, psichosocialinė reabilitacija					

Lėšos					
	Metinė lėšų suma (Eur)	I ketvirtis	II ketvirtis	III ketvirtis	IV ketvirtis
Vaikų medicininė reabilitacija ir sanatorinis gydymas (antirecidyvinius gydymas)					

2.2. gavus raštišką TLK pranešimą apie tam tikram ketvirčiui skirtą PSDF biudžeto lėšų viršijimą, laikytis šių reikalavimų:

2.2.1. atlikti vidaus auditą, siekiant išsiaiškinti, ar pagrįstai išduodami medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimai ir naudojamos PSDF biudžeto lėšos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidoms apmokėti; audito išvadas ir pasiūlymus pateikti TLK;

2.2.2. vykdant medicininės reabilitacijos siuntimų atranką, neviršyti kalendoriniams metams, atsižvelgiant į ketvirčiui medicininei reabilitacijai skiriamų asignavimų;

2.3. panaudojus kalendoriniams metams skiriamus asignavimus medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidoms apmokėti, iš anksto derinti su TLK visų medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimų išdavimą: ne vėliau kaip prieš tris darbo dienas iki siuntimo išdavimo dienos TLK turi būti pateikiamas prašymas, gydytojų konsiliumo išvada, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo išvada (psichosocialinės reabilitacijos atveju – gydytojo psichiatro išvada), formos Nr. 027/a arba epikrizės kopija;

2.4. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo tvarką.

3. Įstaiga, teikianti specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – specializuotos ambulatorinės paslaugos), įsipareigoja:

3.1. pagal tą pačią tvarką ir terminais registruoti visus apdraustuosius, kurie kreipiasi į įstaigą su siuntimu gauti specializuotas ambulatorines paslaugas, jų kreipimosi dieną, nepaisant to, ar siuntimas yra išduotas šios ar kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų;

3.2. užtikrinti, kad skubiosios medicinos pagalbos atveju specializuotos ambulatorinės paslaugos būtų suteiktos paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dieną;

3.3. užtikrinti, kad reikiami laboratoriniai tyrimai būtų atliekami apdraustojo kreipimosi į įstaigą dėl specializuotų ambulatorinių paslaugų metu;

3.4. užtikrinti, kad gydytojo specialisto konsultacijos metu pagal jo kompetenciją būtų atliekami visi būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir jo išvados raštu būtų pateikiamos siuntusiajam gydytojui (jei išvadai pateikti reikia papildomų tyrimų, juos atlieka pats gydytojas specialistas, įskaitant tyrimus, priskiriamus šeimos gydytojo kompetencijai; jei išvadai pateikti prireikia kitų specialistų konsultacijų, siuntimus pas šiuos specialistus išduoda pats gydytojas specialistas);

3.5. raštu informuoti PAASP paslaugas teikiančias ir kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas apie jų gydytojų netinkamai įformintus siuntimus gauti specializuotas ambulatorines paslaugas ar atsakymus siuntusiajam gydytojui;

3.6. aprašyti suteiktas specializuotas ambulatorines paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti apdraustojų būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą konsultuotis pas gydytojus specialistus arba į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

3.7. pateikti TLK atsiskaitymo už tyrimus atliekančių gydytojų (echoskopuotojo, endoskopuotojo, klinikinio fiziologo ir kt.) konsultacijas dokumentus, jei gydytojo specialisto, išdavusio siuntimą atlikti tyrimą, medicinos normoje šio tyrimo atlikimas nenurodomas arba jei siuntimą išduoda šeimos gydytojas. Jeigu apdraustąjį konsultuoti pas tyrimą atliekantį gydytoją (echoskopuotoją, endoskopuotoją, klinikinį fiziologą ar kt.) siunčia gydytojas specialistas, pagal savo profesinę kvalifikaciją galintis apdraustąjį ištirti, mokama už gydytojo specialisto, išdavusio siuntimą atlikti tyrimą, brangiau kainuojančią konsultaciją, o už tyrimą atliekančio gydytojo (echoskopuotojo, endoskopuotojo, klinikinio fiziologo ir kt.) konsultaciją nemokama;

3.8. neteikti TLK atsiskaitymo už nefrologo konsultaciją (paslaugų kodai 1560, 1630, 2706, 1686, 2753) dokumentų, jei apdraustajam suteikiama hemodializės paslauga (paslaugos kodas 1925), už kurią mokama iš PSDF biudžeto lėšų (jei hemodializę atlieka gydytojai, neturintys nefrologo ar vaikų nefrologo licencijos, dializės paslaugas teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje apdraustiesiems ne rečiau kaip kartą per mėnesį turi būti teikiamos nefrologo konsultacijos);

3.9. teikiant apdraustajam dienos chirurgijos ar stebėjimo paslaugą, atskirai neteikti atsiskaitymo už gydytojų specialistų konsultacijas dokumentų. Ši nuostata netaikoma brangesiems tyrimams ir procedūroms, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis (už juos mokama atskirai);

3.10. nurodyti siuntime atlikti brangiuosius tyrimus ir (ar) procedūras siunčiančiojo gydytojo specialybę ir siunčiančiojo gydytojo teikiamos paslaugos lygį;

3.11. specializuotas ambulatorines paslaugas teikti pagal gydytojų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, išduotus siuntimus, išskyrus teisės aktuose numatytas išimtis;

3.12. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais specializuotų ambulatorinių, dienos stacionaro, papildomai apmokamų, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimus.

4. Įstaiga, teikianti stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – stacionarinės paslaugos), įsipareigoja:

4.1. teikti būtinąją medicinos pagalbą visą parą;

4.2. nereikalauti, kad apdraustasis papildomai mokėtų už tyrimų ir gydymo plano įvykdymui reikiamus vaistus ir (ar) MPP (taip pat vaistus ir (ar) MPP operacijai atlikti), jei stacionarinė paslauga teikiama PSDF biudžeto lėšomis;

4.3. teikti TLK atsiskaitymo už stacionarines paslaugas dokumentus kaip už vieną gydymo atvejį (pildyti tą pačią formą Nr. 066/a-LK), jei apdraustasis perkeliamas į kitą įstaigos skyrių arba jos filialą dėl aktyviojo gydymo, ilgalaikio gydymo ar reabilitacijos arba jei apdraustasis, išrašytas iš stacionaro, 24 val. laikotarpiu pakartotinai hospitalizuojamas toje pačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje aktyviojo gydymo tęstinumui užtikrinti;

4.4. apdraustajam išduodamame siuntime (forma Nr. 027/a arba Nr. 028-1/a) į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl specializuotos ambulatorinės paslaugos suteikimo nurodyti, kad apdraustajam šiuo metu taikomas aktyvusis gydymas;

4.5. jei apdraustajam teikiama stebėjimo paslauga, atskirai neteikti TLK atsiskaitymo už gydytojų specialistų konsultacijas dokumentų. Ši nuostata netaikoma brangiesiems tyrimams ir procedūroms, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis: už juos mokama atskirai;

4.6. neteikti TLK atsiskaitymo už brangiuosius tyrimus ir (ar) procedūras dokumentų, jei apdraustasis, kuriam šie tyrimai ir (ar) procedūros buvo atliekami, hospitalizuojamas įstaigoje po to, kai jam suteikiama stebėjimo paslauga;

4.7. suteiktas stacionarines paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, taip pat vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

4.8. vykdyti savo veiklos kiekybinį ir kokybinį vertinimą teisės aktų nustatyta tvarka;

4.9. teikiant stacionarines paslaugas vadovautis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatytais asmens sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo rodikliais;

4.10. ne vėliau kaip kitą darbo dieną po paciento išrašymo iš įstaigos pranešti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigai, prie kurios pacientas yra prirašytas, jeigu asmens sveikatos priežiūros paslaugos jam buvo teikiamos dėl tyčinio savęs žalojimo (suicido);

4.11. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais stacionariųjų paslaugų teikimo reikalavimus.

5. Įstaiga, teikianti ambulatorines slaugos ir (ar) paliatyviosios pagalbos paslaugas, įsipareigoja:

5.1. suteiktas slaugos paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

5.2. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais slaugos paslaugų teikimo reikalavimus.

6. Įstaiga, teikianti stacionarines slaugos ir (ar) paliatyviosios pagalbos paslaugas, įsipareigoja:

6.1. keičiant slaugos ir palaikomojo gydymo profilį, medicinos dokumentuose nurodyti šio keitimo priežastis ir datą;

6.2. atsiskaitymo už negalinčių savęs aptarnauti apdraustųjų ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugas dokumentus teikti TLK vieną kartą per mėnesį tik po to, kai įvertinamas ir užfiksuojamas apdraustojo gydymo stacionare ligos istorijoje (apskaitos forma Nr. 003/a) Bartelio indeksas;

6.3. atsiskaitymo už stacionarinės paliatyviosios pagalbos paslaugas dokumentus teikti TLK tik tuo atveju, jei apdraustajam netaikomos kitos aktyviojo gydymo priemonės, išskyrus išvardytąsias Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14, 11 punkte;

6.4. suteiktas slaugos paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

6.5. vykdyti savo veiklos kiekybinį ir kokybinį vertinimą teisės aktų nustatyta tvarka;

6.6. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais slaugos paslaugų teikimo reikalavimus.

7. Įstaiga, teikianti transplantacijos paslaugas, įsipareigoja:

7.1. suteiktas transplantacijos paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

7.2. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimus.

8. Įstaiga, atliekanti brangiuosius tyrimus ir procedūras, įsipareigoja:

8.1. ta pačia tvarka ir terminais registruoti visus apdraustuosius, kurie kreipiasi į įstaigą su siuntimu atlikti brangiuosius tyrimus ir (ar) procedūras, jų kreipimosi dieną, nepaisant to, ar jie atvyksta su šios įstaigos ar su kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų išduotais siuntimais;

8.2. atliktus brangiuosius tyrimus ir procedūras aprašyti medicinos dokumentuose (aprašyti paciento būklę, nurodyti brangiųjų tyrimų ir procedūrų atlikimo vietą, datą ir laiką), medicinos dokumentus pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų;

8.3. patikrinti ar apdraustojo pateiktą siuntimą atlikti brangiuosius tyrimus ir procedūras, kurių išlaidos bus apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, išdavė gydytojas specialistas, pagal kompetenciją teikiantis specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokama PSDF biudžeto lėšomis. Siuntime turi būti nurodyta siunčiančiojo gydytojo profesinė kvalifikacija;

8.4. jei siuntimo įforminimas neatitinka teisės aktų reikalavimų ir (ar) jame nenurodoma siunčiančiojo gydytojo specialybė ir jo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos lygis, raštu informuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigą (kopija pateikiama TLK) apie joje dirbančio gydytojo netinkamai įformintą siuntimą;

8.5. neteikti TLK atsiskaitymo už atliktus brangiuosius tyrimus ir procedūras dokumentų, jei šie tyrimai ir (ar) procedūros buvo atliekami teikiant apdraustajam aktyviojo gydymo arba transplantacijos paslaugas;

8.6. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais brangiųjų tyrimų ir procedūrų teikimo reikalavimus.

9. Įstaiga, teikianti medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas, įsipareigoja:

9.1. suteiktas medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti apdraustojo būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

9.2. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio gydymo paslaugų teikimo reikalavimus.

10. Įstaiga, teikianti skubią konsultacinę ir specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą, įsipareigoja vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos paslaugų teikimo reikalavimus.

11. Įstaiga, skirianti apdraustiesiems kompensuojamuosius vaistus ir MPP, įsipareigoja:

11.1. neviršyti šių kalendoriniams metams TLK jai skiriamų asignavimų:

	Metinė lėšų suma (Eur)	I ketvirtis	II ketvirtis	III ketvirtis	IV ketvirtis
Lėšos kompensuojamiesiems					

vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms					
----------------------------------------------	--	--	--	--	--

11.2. prieš išrašant kompensuojamuosius vaistus ir MPP patikrinti, ar asmuo yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir turi galiojantį kompensuojamųjų vaistų pasą;

11.3. išrašyti apdraustajam 3 formos ir (ar) 3 formos (išimties atvejams) receptus kompensuojamiesiems vaistams ir MPP tik teikiant jam asmens sveikatos priežiūros paslaugą;

11.4. užtikrinti, kad 3 formos ir 3 formos (išimties atvejams) receptus kompensuojamiesiems vaistams ir MPP išrašytų gydytojas, turintis teisę verstis medicinos praktika ir (ar) 3 formos ir 3 formos (išimties atvejams) receptus kompensuojamosioms MPP išrašytų slaugytojas, turintis teisę verstis slaugos praktika;

11.5. nurodyti apdraustojo medicinos dokumentuose jam skirtus ir išrašytus kompensuojamuosius vaistus ir (ar) MPP ir įvesti į informacinę sistemą „Sveidra“ (jei duomenys perduodami per šią informacinę sistemą) reikiamus duomenis apie apsilankymus, kurių metu buvo išrašyta kompensuojamųjų vaistų ir (ar) MPP;

11.6. apdraustojo medicinos dokumentus pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, jam skirtus tyrimus, jų rezultatus ir diagnozę, taikytą gydymą (nurodyti išrašytų 3 formos ir (ar) 3 formos (išimties atvejams) receptų numerį, kompensuojamojo vaisto bendrinį pavadinimą, stiprumą, dozę, visą išrašytą vaisto dozių arba pakuočių kiekį, vartojimo būdą, gydymo kursų skaičių ir gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) kompensuojamosios MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), įklijuoti į medicinos dokumentus apdraustojo raštu pateiktą papildomą informaciją (pvz., dokumento, suteikiančio teisę į lengvatą, kopiją ir kt.);

11.7. išrašant kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptus, vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais kompensuojamųjų vaistų ir MPP skyrimo ir receptų išrašymo sąlygas. Teisės aktų, reglamentuojančių kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo ir skyrimo sąlygas, sąrašas skelbiamas Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir TLK interneto svetainėse;

11.8. atlyginti PSDF biudžetui padarytą žalą, jei įstaigos darbuotojas (sveikatos priežiūros specialistas) neteisėtai ir (ar) nepagrįstai išrašo 3 formos ir 3 formos (išimties atvejams) receptus kompensuojamiesiems vaistams ir MPP. PSDF biudžetui padaryta žala atitinka pinigų sumą, kurią TLK sumoka vaistinei (medicinos optikos įmonei), išdavusiai kompensuojamuosius vaistus ir (ar) MPP pagal įstaigos sveikatos priežiūros specialisto išrašytą receptą;

11.9. skiriant kompensuojamuosius vaistus, vadovautis šiais racionalaus vaistų vartojimo principais:

11.9.1. tinkama indikacija – registruoti vaistai turi būti skiriami pagal atitinkamas registruotas indikacijas,

11.9.2. tinkamas vaistas – vaistas pasirenkamas pagal jo efektyvumą, saugumą, tinkamumą ir prieinamumą (siekiant, kad pacientų ir PSDF biudžeto išlaidos būtų kuo mažesnės),

11.9.3. tinkamas pacientas – vaistas pacientui gali būti skiriamas tik tuo atveju, jei nėra kontraindikacijų ir nepageidaujamų reiškinių tikimybė vartojant šį vaistą yra minimali,

11.9.4. tinkama informacija – pacientui turi būti teikiama aktuali, tiksli ir aiški informacija apie jo būklę ir jam skiriamą vaistą. Būtina pasiteirauti paciento (jo atstovo), ar jis supranta gautą informaciją,

11.9.5. tinkama stebėseną (monitoringas) – teisės aktų nustatyta tvarka turi būti reguliariai įvertinama paciento sveikatos būklė ir laiku užfiksuojamas numatomas (lauktas) ir netikėtas gydymo vaistais poveikis;

11.10. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų MPP išdavimo (pardavimo) gyventojams reikalavimus.

Priedų sąrašas:

1 priedas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų nomenklatūra“.

2 priedas „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų suma asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti“.

Šalių rekvizitai ir parašai:

TLK direktorius

Įstaigos vadovas

A. V.

A. V.