

Suvestinė redakcija nuo 1999-01-23 iki 1999-01-31

Įsakymas paskelbtas: Žin. 1998, Nr. [57-1611](#), i. k. 0982250ISAK00000329

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

**Į S A K Y M A S
DĖL BAZINIŲ KAINŲ PATVIRTINIMO**

1998 m. birželio 18 d. Nr. 329
Vilnius

Vykdydamas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 24 str. nuostatas ir suderinęs su Valstybine ligonių kasa bei Privalomojo sveikatos draudimo taryba (1998 05 28),

ĮSAKAU:

1. Patvirtinti Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas (1 priedas).
2. Patvirtinti Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas (2 priedas).
3. Patvirtinti Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarką (3 priedas).
4. Nustatyti, kad šio įsakymo 1 ir 2 prieduose išvardytų Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos skaičiuojamos prilyginant vieną balą vienam litui.
5. Nustatyti, kad Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos įsigalioja nuo 1998 06 01, o Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka įsigalioja nuo 1998 07 01.
6. Pripažinti netekusiais galios:
 - 6.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 02 23 įsakymą Nr. 96 „Dėl vaikų pirminės sveikatos priežiūros bazinės kainos indeksavimo“.
 - 6.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 09 10 įsakymo Nr. 473 „Dėl Ministerijos 1997 07 15 įsakymo Nr. 399 papildymo“ 1.1 punktą (Vieno gyventojo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros bazinės kainas).
 - 6.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 07 15 įsakymą Nr. 399 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų patvirtinimo“, išskyrus Žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, Masinio naujagimių tikrinimo dėl fenilketonurijos ir įgimtos hipotireozės tyrimo bazinę kainą.
7. Įsakymo vykdymo kontrolę pavedu viceministrei Danguolei Jankauskienei.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

MINDAUGAS STANKEVIČIUS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos
1998 06 18 įsakymu Nr. 329
1 priedas

AMBULATORINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINĖS KAINOS

1. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų

Pirminės sveikatos priežiūros gydytojai	Gyventojų amžius	Metinė vieno gyventojo pirminės sveikatos priežiūros bazinė kaina (litas)							
		BPG grandis				terapeuto grandis		pediatro grandis	
Bendrosios praktikos gydytojas (BPG)	iki 5 m.	77,2	*	*	*	*	*	*	*
	5-16 m.	*	68,2	*	*	*	*	*	*
	16-65 m.	*	*	49,2	*	*	*	*	*
	daugiau kaip 65 m.	*	*	*	67,2	*	*	*	*
Terapeutas	16-65 m.	*	*	*	*	24,2	*	*	*
	daugiau kaip 65 m.	*	*	*	*	*	42,2	*	*
Pediatras	iki 5 m.	*	*	*	*	*	*	65,2	*
	5-16 m.	*	*	*	*	*	*	*	55,2
Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas	Visi gyventojai	20	20	20	20	20	20	20	20
Akušeris ginekologas	„	*	*	*	*	12	12	*	*
Chirurgas	„	*	*	*	*	12	12	12	12
Psichiatras	„	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Iš viso		100	91	72	90	71	89	100	90

2. Medicinos punkto teikiamų paslaugų

Medicinos punkto pavadinimas	Matavimo vienetas	Bazinė kaina (litas)
Bendruomenės medicinos punktas	vienas gyventojas	27,5

PASTABA. Į metinę vieno gyventojų, įrašyto į asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąrašą, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros bazinę kainą įeina ir išlaidos mokyklų medicinos punktam išlaikyti.

3. Greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugų

Kodas	GMP brigados pavadinimas	Matavimo vienetas	Bazinė kaina (litas)
091	GMP brigada su gydytoju	Budėjimo valanda	42
092	GMP brigada su felčeriu	Budėjimo valanda	28

*Už gydytojų konsultantų suteiktas greitosios medicinos pagalbos paslaugas ir sugaištą laiką kelionėje moka kviečianti sveikatos priežiūros įstaiga pagal nurodytas lentelėje bazines kainas.

Punkto pakeitimai:

Nr. [24](#), 1999-01-15, Žin., 1999, Nr. 10-225 (1999-01-22), i. k. 0992250ISAK00000024

4. Gydytojų specialistų teikiamų kvalifikuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų

Kodas	Paslaugos pavadinimas	Matavimo vienetas	Bazinė kaina (balais)
200	Gydytojo specialisto antrinio lygio paslaugos	Konsultacija	20
300	Gydytojo specialisto tretinio lygio paslaugos	Konsultacija	39

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos
1998 06 18 įsakymu Nr. 329
2 priedas

STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINĖS KAINOS

1. Pirminio lygio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų

Kodas	Ligos gydymo profilio pavadinimas	Profilio sudėtis	Vidutinė gydymo trukmė (dienomis)	Vieno lovadienio kaina (balais)	Bazinė gydymo kaina (balais)
401	Slauga ir palaikomasis gydymas	Slauga, palaikomasis gydymas ir geriatrinės ligos	iki 120	40	Mokama už faktinį ligonio gydymo laiką

2. Antrinio ir tretinio lygio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų

2.1. Suaugusių ligonių gydymo stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų

Kodas	Ligos gydymo profilio pavadinimas	Profilio sudėtis	Vidutinė gydymo trukmė (dienomis)	Vieno lovadienio kaina (balais)	Bazinė gydymo kaina (balais)
051	Terapijos I	Indikacijos ir ligos, kai taikomi bendrosios diagnostikos ir gydymo metodai antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	12	50	600
052	Terapijos II	Detalizuojama sutartyse*	12	65	780
011	Terapijos III	Detalizuojama sutartyse*	12	88	1056
055	Chirurgijos I	Ligos, kai taikomi bendrosios chirurgijos metodai antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	12	76	912
056	Chirurgijos II	Detalizuojama sutartyse*	12	84	1008
018	Chirurgijos III	Detalizuojama sutartyse*	12	97	1164
053	Chirurgijos III-1	Inkstų transplantacijos	30	120	3600

054	Chirurgijos III-2	Neurochirurgijos, torakochirurgijos	15	175	2625
041	Chirurgijos III-3	Kardiochirurgijos	19	200	3800
017	Mikrochirurgijos	Taikomi mikrochirurgijos metodai – detalizuojama sutartyse*	10	151	1510
057	Oftalmologijos-otorinolaringologijos I	Akių, ausų, nosies ir gerklės ligos	7	70	490
016	Oftalmologijos-otorinolaringologijos II	Išskyrus mikrochirurginio gydymo metodus – detalizuojama sutartyse*	7	78	546
058	Reanimacijos I	Reanimacija ir intensyvioji terapija-detalizuojama sutartyse*	3	275	825
014	Reanimacijos II	Detalizuojama sutartyse*	3	400	1200
015	Kardiochirurgijos reanimacija	Detalizuojama sutartyse*	3	492	1476
101	Neurochirurgijos reanimacija	Detalizuojama sutartyse*	6	300	1800
059	Akušerijos I	Normalus gimdymas antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	7	85	595
020	Akušerijos II	Patologinis gimdymas – detalizuojama sutartyse*	10	92	920
022	Ginekologijos I	Ginekologinės ligos, nėštumo patologija, kai taikomas konservatyvus gydymas. Už ginekologines operacijas mokama pagal „Chirurgija I“ profilį	9	56	504
021	Ginekologijos II	Ginekologinės ligos, nėštumo patologija, kai taikomas konservatyvus gydymas.	9	60	540

		Už ginekologines operacijas mokama pagal „Chirurgija III“ profilį *			
060	Psichiatrijos I	Psichikos, psichosomatinės, narkologinės, psichoterapinės geriatropsichinės ligos antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	46	44	2024
013	Psichiatrijos II	Detalizuojama sutartyse*	46	58	2668
061	Sustiprinto režimo psichiatrijos	Psichikos ligos, gydomos sustiprinto režimo sąlygomis (be papildomų išlaidų apsaugai)	Pagal poreikį	55	Mokama už faktinį ligo-
026	Radioterapijos Chemioterapijos	Onkologinės ligos, kai taikoma radioterapija, chemioterapija. Onkologinių ligonių chirurginis gydymas apmokamas pagal atitinkamus chirurginio gydymo profilius	15-25	*	Už gydymo kursą 1700
062	Onkologijos	Onkologinės ligos, kai taikomi terapiniai gydymo metodai. Onkologinių ligonių chirurginis gydymas apmokamas pagal atitinkamus chirurginius profilius	15	60	900
023	Tuberkuliozės	Tuberkuliozė, kai taikomi terapiniai gydymo metodai	62	77	4774
064	Dermatovenerologijos I	Odos ir lytiniu keliu plintančios ligos	15	40	600
024	Dermatovenerologijos II	Detalizuojama sutartyse*	15	47	705
027	Toksikologijos	Ūmūs apsinuodijimai	5	165	825

2.2. Vaikų gydymo stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų

Kodas	Ligos gydymo profilio pavadinimas	Profilio sudėtis	Vidutinė gydymo trukmė (dienomis)	Vieno lovadienio kaina (balais)	Bazinė gydymo kaina (balais)
071	Pediatrijos I	Ligos, kai taikomi terapiniai gydymo metodai antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	10	96	960
031	Pediatrijos II	Detalizuojama sutartyse*	12	92	1104
072	Naujagimių patologijos I	Naujagimių patologijos antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	8	77	616
028	Naujagimių patologijos II	Išnešiotų naujagimių patologijos- detalizuojama sutartyse*	15	88	1320
029	Naujagimių patologijos III	Neišnešiotų naujagimių patologijos- detalizuojama sutartyse*	30	94	2820
077	Reanimacijos I	Reanimacija ir intensyvioji terapija- detalizuojama sutartyse*	3	473	1419
036	Reanimacijos II	Detalizuojama sutartyse*	3	586	1758
030	Reanimacijos III-1	Naujagimių reanimacija- detalizuojama sutartyse *	6	418	2508
081	Reanimacijos III-2	Neišnešiotų naujagimių reanimacija detalizuojama sutartyse*	12	380	4560
073	Chirurgijos I	Ligos, kai taikomi bendrosios chirurgijos metodai antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	9	90	810
034	Chirurgijos II	Detalizuojama sutartyse*	9	103	927

074	Traumatologijos- ortopedijos I	Traumos ir ortopedinės ligos antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	12	92	1104
033	Traumatologijos- ortopedijos II	Detalizuojama sutartyse*	12	112	1344
032	Onkohematologijos	Onkologinės kraujo ligos	21	150	3150
078	Oftalmologijos- otorinolaringologijos I	Akių, ausų, nosies ir gerklės ligos	7	60	420
035	Oftalmologijos- otorinolaringologijos II	Išskyrus mikrochirurginio gydymo metodus – detalizuojama sutartyse*	7	66	462
075	Psichiatrijos I	Psichikos, psichosomatinės ligos antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose	32	57	1824
037	Psichiatrijos II	Detalizuojama sutartyse*	32	90	2880
076	Tuberkuliozės	Tuberkuliozė, kai taikomi terapiniai gydymo metodai. Už chirurginį tuberkuliozės gydymą mokama pagal atitinkamus chirurginio gydymo profilius	62	77	4774
079	Vaikų vystymosi sutrikimų intensyviosios reabilitacijos	Detalizuojama sutartyse*	18	96	1728

* Iki bus parengti nauji asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai ar patvirtinta paslaugų detalizavimo metodika, už suteiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teritorinės ligonių kasos mokės pagal šiuo metu galiojančius ligų gydymo profilius, taikant šiame priede nurodytas bazines kainas.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos
1998 06 18 įsakymu Nr. 329
3 priedas

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO IR APMOKĖJIMO TVARKA

1. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka

1.1. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos, jeigu jos suteiktos pagal Bendrosios praktikos gydytojo, Bendrosios praktikos gydytojo stomatologo ir Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normas bei Psichikos sveikatos centrų nuostatus, apdraustiesiems pasirinkus atitinkamą asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir bendrosios praktikos gydytoją (BPG), o jų nesant – apylinkės terapeutą ar pediatrą.

1.2. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal nustatytą metinę bazinę kainą už gyventoją, įrašytą į asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąrašą.

1.3. Teritorinės ligonių kasos (TLK) apmoka visą nustatytą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros bazinę kainą, jeigu:

BPG aptarnauja iki 2000 gyventojų;

apylinkės terapeutas – iki 2000 suaugusiųjų;

apylinkės pediatras – iki 800 vaikų;

bendrosios praktikos gydytojas stomatologas – iki 4000 gyventojų;

psichiatras – iki 20 000 gyventojų.

1.4. Sutartis tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir TLK sudaroma, kai:

BPG aptarnauja ne mažiau kaip 500 gyventojų;

apylinkės terapeutas – ne mažiau kaip 500 suaugusių;

apylinkės pediatras – ne mažiau kaip 200 vaikų.

1.5. Jeigu asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros specialistų nepakanka, ji deleguoja dalį atitinkamų paslaugų kitai gydymo įstaigai pagal sutartį.

1.6. Jeigu asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros specialistų nepakanka, už didesnę nei nustatyta šios tvarkos 1.3 punktu aptarnaujamų gyventojų skaičių TLK mažina bazinę atitinkamos specialybės gydytojo paslaugų kainą 10 procentų už kiekvieną virš normatyvo įrašytą gyventoją.

1.7. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga dėl paslaugų apmokėjimo pateikia teritorinei ligonių kasai vardinius BPG, terapeutų, pediatrų bei kitų specialybių gydytojų sąrašus ir suderina įrašytų į sąrašą gyventojų skaičių.

1.8. Už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą nedarbo metu atsako pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga, sudariusi su TLK sutartį dėl šių paslaugų teikimo atitinkamoje vietovėje. Konfliktų atvejais sprendimus priima savivaldybės gydytojas ir/arba TLK stebėtojų taryba.

1.9. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, sudariusi sutartį su TLK, kiekvieną mėnesį pateikia kasai gyventojų, naujai pasirinkusių šią gydymo įstaigą ir atsisakiusių šios įstaigos paslaugų, sąrašus ir Valstybinės ligonių kasos nustatytos formos ataskaitą.

1.10. TLK ir su ja sutartį sudariusi asmens sveikatos priežiūros įstaiga kartą per metų ketvirtį tikslina aptarnaujamų gyventojų skaičių. Jam keičiantis sutartyje numatyta mokėjimo suma tikslinama, atsižvelgiant į vidutinio aptarnaujamų gyventojų skaičiaus pasikeitimą per metų ketvirtį. Vidutiniu aptarnaujamų gyventojų skaičiumi laikomas to ketvirčio kiekvieno mėnesio paskutinę dieną įrašytų į sąrašą gyventojų skaičiaus sumos aritmetinis vidurkis.

1.11. Siekiant užtikrinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus normatyvus prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, bet ne pačioje įstaigoje ir jos filialuose, gali būti steigiami bendruomenės medicinos punktai.

1.12. Bendruomenės medicinos punkto teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos šių paslaugų bazine kaina pirminei asmens sveikatos priežiūros įstaigai, sudariusiai su TLK sutartį dėl atitinkamų paslaugų teikimo, pagal aptarnaujamų gyventojų skaičių.

2. Greitosios medicinos pagalbos (GMP) organizavimo ir apmokėjimo tvarka

2.1. GMP stotys ir skyriai, priklausantys asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikia greitosios medicinos pagalbos ir pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas draudžiamiesiems namuose bei viešosiose vietose (įskaitant ligonio transportavimą į gydymo įstaigą). GMP paslaugos gali būti teikiamos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose tuo atveju, jeigu ligoniui reikalinga medicinos pagalba viršija tos asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sudėtį ar lygį.

2.2. GMP stotys ar skyriai steigiami vadovaujantis nustatytais normatyvais rajono ar miesto savivaldybės sprendimu.

2.3. GMP stotyse ir skyriuose organizuojamos atitinkamos greitosios pagalbos brigados, kurių skaičius nustatomas pagal normatyvą: 1 brigada 10 000 – 12 000 gyventojų. Visų budinčių GMP brigadų skaičius nustatomas sutartyse su TLK pagal Valstybinės ligonių kasos patvirtintą tvarką.

2.4. GMP skyriai steigiami prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Skyriuje negali būti mažiau negu dvi brigados.

2.5. GMP stotyse ar skyriuose formuojamos gydytojų bei feldčerių brigados.

2.6. Specializuotos GMP brigados formuojamos tik GMP stotyse.

2.7. GMP paslaugos turi būti registruojamos žurnaluose arba iškvietimo kortelėse.

2.8. Brigadų budėjimo laikas žymimas darbo laiko apskaitos žiniaraščiuose. Kiekvieną mėnesį įstaigos, sudariusios sutartis su TLK dėl GMP paslaugų teikimo, pagal darbo laiko apskaitos žiniaraščius pildo ir teikia TLK Valstybinės ligonių kasos nustatytos formos ataskaitą.

2.9. GMP paslaugos apmokamos pagal bazines kainas už faktinį brigadų budėjimo valandų skaičių.

2.10. Už gydytojų konsultantų GMP paslaugas kviečiančioji įstaiga moka tai sveikatos priežiūros įstaigai, iš kurios kviečiamas gydytojas konsultantas.

2.11. Gydytojo konsultanto GMP paslaugos apmokamos pagal bazines kainas už konsultacijai faktiškai sugaištą laiką, į kurį įskaičiuojamas ir kelionės laikas.

2.12. Gydytojų konsultantų GMP brigadų (kodas 093) skaičių nustato TLK, suderinusios su Valstybine ligonių kasa, atsižvelgdamos į sugaištą išvykose ir prastovų laiką. Į šių, kaip ir kitų (kodai 091, 092), GMP budėjimo brigadų 1 val. budėjimo bazinę kainą įeina visi jų teikiamų paslaugų kaštai.

3. Gydytojų specialistų teikiamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka

3.1. Gydytojų specialistų, dirbančių poliklinikose, kuriose specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos atskirtos nuo pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat specializuotų įstaigų savarankiškose poliklinikose, teikiamos paslaugos, nepriklausančios teikti pagal Bendrosios praktikos gydytojo medicinos normą, apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos (apsilankymo pas gydytoją specialistą) bazines kainas.

3.2. Gydytojo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas jį turint siuntimą dėl konkrečios priežasties; šio apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją

visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiajam gydytojui.

3.3. Be siuntimų pas antrinio ir tretinio lygio gydytoją specialistą pacientai gali lankytis, jeigu:

- pacientas atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtinios atitinkamo specialisto pagalbos, ir registratūros darbuotojas, turintis medicininį išsilavinimą, registruoja pacientą specialistui konsultuoti;
- pacientas lankosi dėl tos pačios priežasties pas tą patį specialistą arba jam skirtas ilgalaikis stebėjimas (dispanserizacija pagal Sveikatos apsaugos ministerijos reikalavimus);
- kitais norminiuose aktuose numatytais atvejais.

3.4. Siuntime nurodoma trumpa anamnezė, objektyvūs duomenys, atlikti tyrimai, taikytas gydymas, siuntimo konsultuoti tikslas, gydytojo konsultanto specialybė.

3.5. Jeigu tretinio lygio gydytojai specialistai teikia ambulatorines būtiniosios pagalbos paslaugas, už jas mokama kaip už antrinio lygio konsultaciją.

3.6. Tos pačios specialybės kelių gydytojų konsultantų konsultacija vienoje įstaigoje laikoma konsiliu ir už ją mokama kaip už vieną konsultaciją.

3.7. Jeigu pirmojo apsilankymo dėl konkrečios priežasties pas gydytoją specialistą metu nustatoma, kad pacientui būtina gydytis stacionare ir jis iškart siunčiamas į tos pačios įstaigos stacionaro skyrių, toks atvejis nelaikomas konsultacija ir apsilankymo išlaidos įskaičiuojamos į stacionaro gydymo bazinę kainą. Jei ambulatoriškai ištyrus arba gydant paaiškėja, kad pacientą reikia gydyti stacionare ir po to jis siunčiamas į stacionarą, tokios ambulatorinės konsultacijos apmokamos bendra tvarka.

3.8. Siunčiant pacientą į tos pačios įstaigos kitą skyrių (kabineta), siuntimai nerašomi, bet daromas įrašas ambulatorinėje ligos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje). Kai pacientas pasirenka kitos įstaigos gydytoją specialistą, siuntimas turi būti išrašomas nustatyta tvarka.

3.9. Visais atvejais gydytojai specialistai informaciją apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (konsultacijas) per 3 dienas privalo pateikti apylinkės gydytojui (BPG arba terapeutui/pediatrui) ir siuntusiajam gydytojui.

3.10. Pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojai (BPG, apylinkės terapeutai, apylinkės pediatrai) privalo turėti ligonių ilgalaikio stebėjimo (dispanserizacijos) sąrašus, kuriuose nurodomas gydytojas specialistas, dispanserizavęs ligonį, gydymo įstaiga bei dispanserizavimo priežastis. Gydytojai specialistai taip pat privalo turėti savo stebimų ligonių sąrašus, kuriuose būtų nurodyti pirminės sveikatos priežiūros gydytojas ir įstaiga.

3.11. Už gydytojo specialisto konsultaciją dėl konkrečios priežasties mokama pirmą kartą pacientui apsilankius. Jeigu dėl tos pačios priežasties pacientas lankosi pas tos pačios srities gydytoją specialistą daugiau nei tris kartus, mokama pakartotinai. Tokiu būdu mokama ir toliau.

3.12. Kaip už konsultaciją mokama už šių gydytojų specialistų darbą:

- rentgenologų (kodai 28, 111 – pagal SAM 1997 06 30 įsakymą Nr. 359 ir 1997 09 10 SAM įsakymą Nr. 478) – kai atliekamos ir ambulatorinėje ligos istorijoje aprašomos pateikiant išvadą rentgenoskopijos, fluorogramos (išskyrus profilaktines), diagnostinės rentgenogramos (išskyrus dantų) – ne daugiau kaip trys dėl tos pačios priežasties;
- endoskopoautojų ir echoskopoautojų (kodai 29, 30, 105, 106) – kai atliekama ir ambulatorinėje ligos istorijoje aprašoma pateikiant išvadą diagnostinė vieno ar kelių organų echoskopija, endoskopija – ne daugiau kaip trys dėl tos pačios priežasties;
- klinikos fiziologų (kodai 31, 110) – kai atliekami ir ambulatorinėje ligos istorijoje aprašomi pateikiant išvadą galvos smegenų, nervų, kvėpavimo ir širdies – kraujagyslių sistemų tyrimai ar mėginiai, neįrašyti į BPG normą, – ne daugiau kaip trys dėl tos pačios priežasties;
- fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų (kodai 32, 102) – kai paciento konsultacijos metu paskiriamas (keičiamas) bei atliekamas vienos rūšies procedūrų kursas ir aprašomas ambulatorinėje ligos istorijoje;
- anesteziologų-reanimatologų (kodai 33, 107) – kai ambulatorijos sąlygomis atliekamos chirurginės ar diagnostinės manipuliacijos naudojant bendrąją nejautrą.

3.13. Laboratorijos gydytojų (kodai 34, 103), klinikų biologų (kodai 35, 104), klinikų laborantų (kodai 63, 108) darbas konsultacijai neprilyginamas.

3.14. Sudarant sutartį su TLK dėl antrinio arba tretinio lygio gydytojų specialistų konsultacinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo pagal bazines kainas, asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikia vardinius gydytojų specialistų sąrašus, nurodydama jų specialybę ir kvalifikaciją.

3.15. Gydytojai, teikiantys ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jas aprašo ambulatorinėje ligos istorijoje (forma Nr. 025). Joje nurodoma lankymosi data ir laikas, anamnezė, aprašoma paciento būklė, ligos eiga, paskirti tyrimai ir gydymas (nurodant išrašytų kompensuojamiesiems vaistams receptų numerius), siuntimai pas gydytojus specialistus bei į kitas gydymo įstaigas (nurodant siuntimo tikslą). Ambulatorinė ligos istorija yra asmens sveikatos priežiūros įstaigos dokumentas, saugomas įstaigoje ir pateikiamas ligonių kasos ekspertams pagal pareikalavimą ekspertizei atlikti.

3.16. Kiekvieną mėnesį asmens sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su TLK dėl gydytojų specialistų ambulatorinių konsultacinių paslaugų apmokėjimo pagal bazines kainas, pateikia TLK Valstybinės ligonių kasos nustatytos formos ataskaitas.

4. Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka

4.1. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų paros stacionaruose.

4.2. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos, kai pacientas gydomas paros stacionaruose pagal gydytojo siuntimą, išskyrus atvejus, kai norminiuose aktuose numatyta kitaip.

4.3. Gydytis į stacionarą pacientus siunčia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos po visiško ištyrimo, kai panaudotos visos galimybės tirti ir gydyti ambulatoriškai, arba stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos po atitinkamo gydymo, jei būtina jį tęsti kitoje gydymo įstaigoje.

4.4. Paciento siuntime į stacionarą nurodoma trumpa anamnezė, objektyvūs duomenys, diagnozė, dėl kurios pacientas siunčiamas, atlikti tyrimai, taikytas gydymas, stacionarizavimo tikslas, ligų gydymo profilis.

4.5. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo skyriaus (kambario) gydytojas, apžiūrėjęs pacientą bei įvertinęs siuntimo duomenis, sprendžia, ar reikia ligonį gydyti stacionare. Jeigu priėmimo skyriaus (kambario) gydytojas nustato kitokią negu siuntimo diagnozę ar stacionarizavimo priežastį, apie tai turi įrašyti ligos istorijoje.

4.6. Jeigu draudžiamasis atvyksta į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtiniosios pagalbos be siuntimo ir šios įstaigos priėmimo skyriaus (kambario) gydytojas specialistas nustato, kad pacientą nedelsiant reikia tirti ar gydyti stacionare, gydymo įstaiga nustatyta tvarka informuoja TLK apie priimtą ir gydomą pacientą.

4.7. Ne vėliau kaip per tris dienas stacionare turi būti nustatyta klinikinė diagnozė, nurodytas ligų gydymo profilis bei sudarytas tyrimo ir gydymo planas, kurį turi patvirtinti skyriaus vedėjas ar kitas administracijos paskirtas gydytojas specialistas. Nustačius klinikinę diagnozę ir konstatavus, kad tirti ir gydyti stacionare netikslinga, pacientas išrašomas namo ar siunčiamas tirti ir gydyti į ambulatoriją (polikliniką). Jeigu per tris paras klinikinės diagnozės nustatyti negalima ir tai patvirtina skyriaus vedėjas ar kitas administracijos paskirtas gydytojas specialistas bei gydantis gydytojas, priskyrus pacientą atitinkamam ligų gydymo profiliui, sudaromas tolesnio tyrimo ir gydymo planas. Reanimacijos profilis pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintas indikacijas gali būti nustatomas ir taikomas bet kuriuo paciento gydymo stacionare metu.

4.8. Už gydymo stacionare paslaugas mokama vadovaujantis stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėmis kainomis pagal TLK ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartyje numatytą paslaugų kiekį.

4.9. Visa gydymo stacionare bazinė kaina mokama, jei pacientui gydyti atlikti visi tyrimo ir gydymo plane numatyti veiksmai.

Jeigu nustačius klinikinę diagnozę ir sudarius gydymo planą bei atlikus dalį jame numatytų veiksmų pasikeičia ligonio klinikinė diagnozė ir dėl to jį reikia perkelti į kitą stacionarą, įstaiga privalo tai atlikti savo lėšomis. Tokiu atveju įstaigai mokama pusė atitinkamo ligos gydymo profilio bazinės kainos.

Išrašius ligonį namo ar iškėlus į kitą stacionarą iškart po klinikinės diagnozės nustatymo, gydymo įstaigai mokama 30 procentų atitinkamo ligos gydymo profilio bazinės kainos.

Mokėjimo už gydymą stacionare dalį nustato atitinkamo skyriaus vedėjas ar kitas administracijos paskirtas gydytojas specialistas, kuris administracine tvarka atsako už šios informacijos teisingumą.

4.10. Jeigu pacientą reikia dvigubai ar dar ilgiau nei nustatyta pagal vidutinę atitinkamo ligų gydymo profilio trukmę gydyti stacionare, įstaiga gali kreiptis į TLK, kad būtų sumokėta už faktinę gydymo trukmę. Už akušerijos profilio paslaugas visais atvejais mokama nustatyta bazinė kaina.

4.11. Už reanimacijos profilio paslaugas mokama Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

4.12. Visais išimtiniais atvejais stacionaro paslaugų apmokėjimas aptariamas TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos sutartyje. Konfliktus nagrinėja ir sprendžia TLK stebėtojų taryba, asmens sveikatos priežiūros įstaigų steigėjai ir Sveikatos apsaugos ministerija.

4.13. Iki 2000 metų leisti hospitalizuoti į Respublikinę Vilniaus universitetinę vaikų ligoninę ligonius, vyresnius nei 16 metų, ortopedinių-trauminių ir onkohematologinių ligų gydymo etapo užbaigimui ir vaikystės ligonius, vyresnius nei 16 metų, kai liga nebuvo gydyta ar progresavo esant kifoskoliozei (M 40.1, M 41.2) bei krūtinės deformacijoms (Q 67.6–67.8)

Papildyta punktu:

Nr. [747](#), 1998-12-17, Žin., 1998, Nr. 112-3116 (1998-12-23), i. k. 0982250ISAK00000747

4.14. Už ortopedinių-trauminių ligų gydymą apmokėti pagal vaikų ortopedijos-traumatologijos II profilį (033), o už onkohematologinių ligų gydymą apmokėti pagal vaikų onkohematologijos profilį (032)

Papildyta punktu:

Nr. [747](#), 1998-12-17, Žin., 1998, Nr. 112-3116 (1998-12-23), i. k. 0982250ISAK00000747

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [747](#), 1998-12-17, Žin., 1998, Nr. 112-3116 (1998-12-23), i. k. 0982250ISAK00000747

Dėl SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 papildymo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [24](#), 1999-01-15, Žin., 1999, Nr. 10-225 (1999-01-22), i. k. 0992250ISAK00000024

Dėl skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos užtikrinimo