



Originalas nebus siunčiamas

## LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Vilniaus g. 33, LT-01506 Vilnius, tel. (8 5) 266 1400.

faks. (8 5) 266 1402, el. p. ministerija@sam.lt, http://www.sam.lt.

Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188603472

Lietuvos Respublikos Seimo narei  
Agnei Zuokienei

2012-10-12 Nr. (10.1-221)-10-8306  
Į 2012-10-05 Nr. 627

### DĖL INFORMACIJOS PATEIKIMO

Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) išnagrinėjo Jūsų 2012 m. spalio 5 d. rašte Nr. 627 „Dėl vėžio gydymo alternatyviomis priemonėmis“ išdėstytą informaciją.

Atsakydami paaiškiname galiojančią pacientų hospitalizavimo į ligonines tvarką.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. V-110 „Dėl Pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl stacionarinių skubių ir planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2010, Nr. 21-1010), gydytojas, įtaręs arba nustatęs tam tikrą paciento sveikatos sutrikimą ar būklę, planine tvarka siunčia pacientą į atitinkamo lygmens (rajono, regiono ar respublikos) asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kuri teikia reikalingas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nurodytas šio aprašo 2, 3 prieduose.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 57-1611) nustato:

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

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

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

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

6. Jeigu draudžiamasis atvyksta į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtiniosios pagalbos be siuntimo ir šios įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus gydytojas specialistas nustato, kad pacientą nedelsiant reikia tirti ar gydyti stacionare, gydymo įstaiga nustatyta tvarka informuoja teritorinę ligonių kasą apie priimtą ir gydomą pacientą.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995) 45-47 straipsniai nustato asmens sveikatos priežiūros įstaigų pareigas, vidaus tvarkos taisykles ir paciento guldymo į stacionarinę įstaigą tvarką:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigai yra privaloma teikti nemokamas planinės sveikatos priežiūros paslaugas, įsitikinus, kad pacientas turi teisę tokias paslaugas gauti.

2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo turėti vidaus tvarkos taisykles ir užtikrinti, kad jos būtų prieinamos pacientams susipažinti. Šiose taisyklėse turi būti nurodyta pacientų kreipimosi į įstaigą tvarka.

3. Draudžiama paguldyti į stacionarinę įstaigą asmenį be jo sutikimo.

4. Draudžiama paguldyti į stacionarinę įstaigą nepilnamečį ar neveiksnią asmenį be jo įstatyminių atstovų sutikimo.

5. Paciento ar jo įstatyminių atstovų sutikimo nereikia:

5.1. kai yra grėsmė asmens gyvybei ir jis pats dėl to negali tokio sutikimo duoti;

5.2. kai yra grėsmė nepilnamečio ar neveiksnaus asmens gyvybei, o jo įstatyminių atstovų negalima greitai surasti;

5.3. kitais įstatymų numatytais atvejais.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (Žin., 1994, Nr. 63-1231, 1998, Nr. 112-3099) 49 straipsnis nustato valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose tvarką:

1. Teisę gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą turi Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje (toliau – nuolatiniai gyventojai). Būtinoji medicinos pagalba LNSS įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniais gyventojams, neatsižvelgiant į tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, taip pat neatsižvelgiant į paciento apsilankymų įstaigoje per kalendorinius metus skaičių ir jo gyvenamąją vietą.

2. Valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo LNSS įstaigose esminės sąlygos yra:

1) paciento kreipimasis dėl nemokamų paslaugų gavimo į pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, kurių specialybių sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija;

2) paciento kreipimasis dėl nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo į antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigas. Šiais atvejais pacientas privalo pateikti 1 punkte nurodytų gydytojų siuntimą.

3. Pacientas turi teisę pasirinkti Sveikatos apsaugos ministerijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka LNSS pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, taip pat pagal šio straipsnio nustatytas sąlygas antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, kad suteiktų nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

4. Šio straipsnio 2 dalyje išdėstytos sąlygos netaikomos pacientams, kurie kreipėsi į LNSS įstaigą dėl būtinosios medicinos pagalbos suteikimo.

5. Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. 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 apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.

6. LNSS įstaigos privalo teikti informaciją gyventojams apie nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, jų teikimo mastą ir kainas.

Sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512) 10 straipsnio 5 dalyje nustatyta, kad vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo

atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojo pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą (šis skirtumas gali būti apmokamas ir iš papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo ar kitų lėšų).

Paaiškiname galiojančią siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiems tyrimams bei procedūroms atlikti, išdavimo tvarką.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. V-636 „Dėl siuntimų ambulatorinėms specializuotoms paslaugoms gauti ir brangiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 76-3028) nustato:

1. Siuntimą ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti turi teisę išduoti šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas, o brangiems tyrimams ir procedūroms, apmokamiems iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, - tik gydytojas specialistas, teikiantis antrinio ar tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Siunčiant pacientą, užpildoma Nr. 027/a arba Nr. 028-1/a ar laisvo pavyzdžio forma, kurioje turi būti nurodyta ASPĮ, kurioje dirba siuntimą išduodantis gydytojas, pavadinimas, kodas, adresas ir telefonas; ASPĮ, prie kurios pacientas prisirašęs; siuntimo išdavimo data ir galiojimo laikas; paciento duomenys: vardas ir pavardė; gimimo data; gyvenamoji vieta; ligos diagnozė ir/ar ligos kodas pagal TLK-10; ligos anamnezė, eiga; atliktų tyrimų rezultatai, konsultavusių gydytojų specialistų išvados ir datos; taikytas gydymas ir jo efektyvumas; siuntimo tikslas ir pas kokios profesinės kvalifikacijos gydytoją specialistą pacientas siunčiamas; kitos aplinkybės (gydytojo nuožiūra).

3. Siuntimą pasirašo siunčiantis gydytojas, pažymi jį asmeniniu spaudu ir įrašo ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje apie siuntimo davimo faktą.

4. Siuntimą išduodantis gydytojas nurodo siuntimo galiojimo laiką, tačiau jis negali viršyti 30 dienų.

5. Siuntimo galiojimo laikas skaičiuojamas, iki pacientas yra užregistruojamas gydytojo specialisto priėmimui arba įregistruojamas į eilę asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti.

6. Išduodant siuntimą, pacientui suteikiama informacija, kuriose asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (nurodyti bent 3) dirba nurodytos profesinės kvalifikacijos gydytojas specialistas.

10. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, įdiegusios informacinę sistemą, gali pacientą užregistruoti gydytojo specialisto konsultacijai.

Paaiškiname gydytojų specialistų teikiamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 57-1611) nustato:

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.

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

- pacientas atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtinosios 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.

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

5. 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.

6. 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.

7. 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.

Papaiškiname kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų skyrimo tvarką.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. 229 „Dėl Ligų ir parodymų, kuriems taikomos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos intervencinės radiologijos procedūros bei kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai, patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. 42-1348) nustato, kad kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai, apmokami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atliekami šiais krūties ligų atvejais:

1. Vietinio krūties naviko išplitimui įvertinti prieš gydymą.

2. Ligos atkryčiui nustatyti, kai atlikus mamogramas ir ultragarsinį tyrimą negalima paneigti ligos vietinio atkryčio galimybes.

3. Atsakui į gydymą vertinti taikant neoadjuvantinę chemoterapiją (pirminis krūties naviko gydymas vaistais iki numatomo operacinio gydymo).

4. Esant metastazėms (vėžio ląstelių plitimo židiniai organizme) pažasties limfmazgiuose ir nenustačius pirminio naviko židinio krūtyje, atlikus mamogramas ir ultragarsinį tyrimą.

5. Asmenims, turintiems padidėjusią riziką susirgti krūties vėžiu:

a) turintiems krūties vėžio (Brest Cancer, toliau - BRCA) 1 arba BRCA2 geno mutacijų;

b) asmenims, kurių pirmos eilės giminaitis turi BRCA1 ar BRCA2 geno mutacijų;

c) asmenims, kurių pirmos eilės giminaitis turi naviko baltymo (Tumor protein - TP53), atsakingo už naviko slopinimą, geno mutacijų;

d) asmenims, kurių pirmos eilės giminaitis turi fosfatazės ir tenzino baltymo (PTEN), atsakingo už naviko slopinimą, geno mutacijų.

Kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai, apmokami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atliekami šiais gastroenterologinių ligų atvejais:

1. Kasos ir kepenų augliai.

2. Neaiškios lokalizacijos augliai.

3. Ūmus ir lėtinis pankreatitas (jei neinfomatyvus tyrimas ultragarsu).

Magnetinio rezonanso tyrimai atliekami, kai visi kiti tyrimo metodai yra nepakankamai informatyvūs ir būtina patikslinti diagnozę.

Atsižvelgdami į tai kas išdėstyta, ir į tai, kad nėra žinoma konkreti pareiškėjos situacija, rekomenduojame jai kreiptis į šeimos gydytoją. Šeimos gydytojas, įvertinęs sveikatos būklę, ir nustatęs, kad reikalingos paslaugos, nepriklausančios teikti pagal Bendrosios praktikos gydytojo medicinos normą, turi išduoti siuntimą gydytojo specialisto konsultacijai (onkologo, gastroenterologo ir kt.). Išduodant siuntimą, pacientei turi būti suteikta informacija, kuriose asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (nurodyti bent 3) dirba nurodytos profesinės kvalifikacijos gydytojas specialistas. Jeigu asmens sveikatos priežiūros įstaigoje įdiegta informacinė sistema, įstaiga gali pacientę užregistruoti gydytojo specialisto konsultacijai.

Apsilankymo pas gydytoją specialistą metu turi būti atlikti pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientei būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiajam gydytojui.

Siuntimą ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti turi teisę išduoti šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas, o brangiesiems tyrimams ir procedūroms, apmokamiems iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, - tik gydytojas specialistas, teikiantis antrinio ar tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

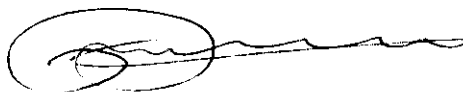
Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.

Gydytojas, įtaręs arba nustatęs tam tikrą paciento sveikatos sutrikimą ar būklę, planine tvarka siunčia pacientą į atitinkamo lygmens (rajo, regiono ar respublikos) asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kuri teikia reikalingas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo turėti vidaus tvarkos taisykles ir užtikrinti, kad jos būtų prieinamos pacientams susipažinti. Šiose taisyklėse turi būti nurodyta pacientų kreipimosi (ir hospitalizavimo) į įstaigą tvarka.

Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo 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 apmokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojai pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo teikti informaciją gyventojams apie nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, jų teikimo mastą ir kainas.

Sveikatos apsaugos ministras



Raimondas Šukys

