PATVIRTINTA
VšĮ Regioninės Telšių ligoninės direktoriaus
2026 m. gegužės 29 d. įsakymu Nr. V1-92
(VšĮ Regioninės Telšių ligoninės direktoriaus
2026 m. lapkričio 13 d. įsakymo Nr. V1-179
redakcija)

MOKAMŲ PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKOS APRAŠAS

1. Mokamų paslaugų teikimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato Viešosios įstaigos Regioninės Telšių ligoninės (toliau – Ligoninė) teikiamų paslaugų, už kurias jų gavėjai turi sumokėti, teikimo tvarką.

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, už kurias jų gavėjai turi sumokėti (toliau – mokamos paslaugos), priskiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

2.1. valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų;

2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų;

2.3. Europos Sąjungos ar kitos tarptautinės finansinės paramos lėšų.

3. Mokamos paslaugos (ambulatorinės, dienos chirurgijos, stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos) gali būti teikiamos tik tada, kai ligoninė atitinka toliau nurodytus reikalavimus:

3.1. turi galimybę suteikti daugiau paslaugų, nei numatyta sutartyje su Valstybine ligonių kasa;

3.2. mokamas paslaugas gali teikti tik užtikrinusi, kad šias paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, nustatytą dieną gautų ar būtų stacionarizuojami visi jų laukimo eilėje Pacientų registravimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-812 „Dėl Pacientų registravimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Pacientų registravimo tvarkos aprašas), nustatyta tvarka Išankstinėje pacientų registracijos informacinėje sistemoje (toliau – IPR IS) užregistruoti pacientai;

3.3. kai pacientui teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos viršija Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų ir šios paslaugos apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų ir šios paslaugos apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 29 punkte nustatytą paslaugos, kuri kompensuojama PSDF biudžeto lėšomis, dienų (lovadienių) skaičių;

3.4. IPR IS skelbia visų Ligoninės asmens sveikatos priežiūros specialistų darbo grafikus ir laisvus vizitų laikus;

3.5. praėjusiais kalendoriniais metais suteiktų PSDF biudžeto lėšomis apmokamų atitinkamos rūšies asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis buvo ne mažesnė, nei numatyta su Valstybine ligonių kasa sudarytoje sutartyje. Šis reikalavimas netaikomas įstaigai, kurioje nėra laukiančiųjų eilės, t. y. pacientas gali gauti PSDF apmokamą paslaugą tą pačią arba artimiausią paslaugos teikimo dieną;

3.6. pasirašytinai supažindina pacientą, kuris pageidauja gauti mokamą paslaugą, su jo teise ir galimybe paslaugą gauti nemokamai eilės tvarka ir nurodo paslaugos teikimo datą arba, jei

pacientui nurodyta data nepriimtina, nurodo, kad paslauga būtų suteikta vėliau nei siūlyta konkreti data, nes pacientas įrašomas į paslaugos laukimo eilę.

4. Prie mokamų paslaugų negali būti priskiriamos pacientui teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, sudėtinės dalys (tyrimai, procedūros ir kt.), kurios yra būtinos paciento ligai diagnozuoti ir (arba) gydyti ar gydymo taktikai nustatyti pagal PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamą paslaugą teikiančiam gydytojui priskiriamą profesinę kompetenciją ir (ar) PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų paslaugų teikimo reikalavimus.

5. Jei pacientas, neturėdamas LNSS įstaigos gydytojo, suteikusio šio Aprašo 2.1–2.3 papunkčiuose nurodytomis lėšomis finansuojamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą, išduoto siuntimo, savo iniciatyva kreipiasi į Ligoninę dėl stacionarinės ar specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros mokamos paslaugos (konsultacijos, stacionarinio gydymo, procedūros, tyrimo ir pan.) suteikimo ir mokamą paslaugą teikiantis Ligoninės gydytojas specialistas nustato, kad pacientui reikalingos tolesnės tęstinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, šios paslaugos mokamą paslaugą suteikusio gydytojo specialisto siuntimu pacientui teikiamos bet kurioje LNSS įstaigoje ir kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, jeigu tenkinamos abi sąlygos:

5.1. pacientas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu;

5.2. paciento sveikatos būklė ir indikacijos, nustatytos teikiant mokamą paslaugą, atitinka tas, kurioms esant pacientui būtų teikiamos tolesnės tęstinės PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos paslaugos, jeigu jis į LNSS įstaigą būtų kreipęsis su siuntimu.

6. Už mokamas paslaugas pacientai moka patys arba už juos moka kiti fiziniai ar juridiniai asmenys, kai:

6.1. pacientas, kuris yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, savo iniciatyva kreipiasi į Ligoninę dėl stacionarinės ar specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros mokamos paslaugos (konsultacijos, stacionarinio gydymo, procedūros, tyrimo ir pan.) suteikimo, **neturėdamas gydytojo išduoto siuntimo**;

6.2. pacientas, Lietuvos Respublikos pilietis, **nėra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu**, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugas ir būtinosios asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių nesuteikus paciento sveikatos būklė galėtų pablogėti tiek, kad jam prireiktų skubiosios medicinos pagalbos paslaugų (toliau – būtinosios paslaugos);

6.3. **pacientas yra užsienietis**, išskyrus, kai jam teikiamos būtinosios paslaugos ir kai jis yra:

6.3.1. užsienietis, **pateikęs prašymą suteikti jam prieglobstį** Lietuvos Respublikoje;

6.3.2. užsienietis, kuriam **suteikta laikinoji apsauga** Lietuvos Respublikoje;

6.3.3. užsienietis, kuriam Lietuvos Respublikos įstatymo „Dėl užsieniečių teisinės padėties“ 40 straipsnio 1 dalies 8 punkte nurodytu pagrindu **suteiktas leidimas laikinai gyventi** Lietuvos Respublikoje,

6.3.4. užsienietis, **nelegaliai kirtęs** Lietuvos Respublikos **sieną**;

6.3.5. užsienietis, gyvenantis užsienio šalyje, kurioje vyksta ginkluotas konfliktas, dėl kurio Lietuvos Respublikoje paskelbta nepaprastoji padėtis ar ekstremalioji situacija, ir pasitraukęs iš šios užsienio šalies į Lietuvos Respubliką,

6.3.6. užsienietis, **turintis teisę gauti laikinąją apsaugą**, iki sprendimo dėl laikinosios apsaugos suteikimo (nesuteikimo) priėmimo, tačiau ne ilgiau kaip laikinosios apsaugos laikotarpiu,

6.3.7. šio punkto 4.3.1 – 4.3.6 papunkčiuose išvardintų **užsieniečių vaikai iki 18 metų**.

6.4. pacientas **pageidauja gauti nemedicininių aptarnavimo paslaugų** (LR Sveikatos apsaugos ministro 2026-04-15 įsakymas Nr. V-322 „Dėl nemedicininių aptarnavimo paslaugų sąrašo ir nemedicininių aptarnavimo paslaugų kainų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“):

6.4.1. individualios palatos pasirinkimo ir apgyvendinimo paslaugos pacientams;

6.4.2. pacientų artimųjų aptarnavimo paslaugos (pacientą lankančio asmens apgyvendinimas ir (ar) maitinimas);

6.4.3. paciento sveikatos duomenų pateikimo ar kopijų parengimo ir perdavimo pacientui paslaugos. Šiuo atveju mokestis taikomas tik už antrą ir vėlesnį paciento sveikatos duomenų teikimą. Jeigu pacientas nori gauti paciento sveikatos duomenims priskiriamą medicininių tyrimų vaizdų kopiją, pirmą kartą ji turi būti pateikiama neatlygintinai, nepriklausomai nuo to, ar tokia kopija jau buvo perduota gydytojui, kuris siuntė atlikti tyrimo, ar kitam specialistui.

6.5. pacientas, teikiant jam iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas paslaugas ir gydančiam gydytojui leidus, **pageidauja gauti papildomas,** t. y. pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti **nebūtinas** paslaugas, tyrimus, procedūras (pvz. laboratoriniai tyrimai, fizioterapinės procedūros, masažai, ir kt.).

7. Pacientas, pageidaujantis, kad teikiant jam valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūros paslaugą naudojamos pagal jo sveikatos būklę ir (ar) fiziologinius ypatumus būtinos medicinos priemonės, medicinos pagalbos priemonės ar implantai (toliau – priemonės), apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo ar valstybės biudžeto lėšų (toliau – kompensuojamos priemonės), gydytojui rekomendavus, būtų pakeistos brangiau nei kompensuojama priemonė kainuojančia priemone (toliau – brangiau kainuojanti priemonė), sumoka kainų skirtumą. Kainų skirtumą moka pacientas pats arba už jį sumoka kiti fiziniai ar juridiniai asmenys. (LRV 2026-03-25 nutarimas Nr. 177 „Dėl priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, tipų sąrašo ir kainų skirtumų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“).

8. Ligoninė teikiamoms mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis yra sudariusi sutartį su Valstybine ligonių kasa, taiko kainas, LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatytas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamoms identiškoms paslaugoms.

9. Teikiamų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus nurodytas šio tvarkos aprašo 8 punkte, sąrašą ir kainas nustato Ligoninės direktorius, suderinęs su Ligoninės dalininkais. Šių paslaugų sąrašas (ir jo papildymai), prieš teikiant jį derinti Ligoninės dalininkams, turi būti raštu suderintas su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa).

10. Teikiamų nemedicininių aptarnavimo paslaugų kainas, apskaičiuotas Nemedicininių aptarnavimo paslaugų kainų apskaičiavimo metodikos, patvirtintos 2026 m. balandžio 15 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-322 „Dėl nemedicininių aptarnavimo paslaugų sąrašo ir nemedicininių aptarnavimo paslaugų kainų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ 5 punkte nustatyta tvarka, tvirtina ligoninės direktorius.

11. Paciento pageidavimu skiriamų brangiau kainuojančių priemonių kainas, apskaičiuotas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2026 m. kovo 25 d. nutarimu Nr. 177 „Dėl priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, tipų sąrašo ir kainų skirtumų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinto Priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, kainų skirtumų apmokėjimo tvarkos aprašo 10 punkte nustatyta tvarka, tvirtina ligoninės direktorius.

12. Prieš teikiant pacientui mokamą paslaugą, dėl kurios teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ligoninė yra sudariusi sutartį su Valstybine ligonių kasa, už kurią jis turi mokėti, pacientas (arba paciento atstovas) informuojamas pasirašytinai apie paciento teisę ir galimybę konkrečią paslaugą gauti Ligoninėje nemokamai. Ši nuostata netaikoma teikiant būtinąją medicinos pagalbą (kai pacientas yra praradęs sąmonę, nereaguoja į skausmą ir pan.)

asmenims, kuriems teisės aktai negarantuoja nemokamos būtinosios medicinos pagalbos suteikimo.

15. Prieš pacientui pasirenkant brangiau kainuojančią priemonę, gydantis gydytojas iki paslaugos, kurios metu gali būti panaudota brangiau kainuojanti priemonė, suteikimo pradžios privalo pacientui:

15.1. aiškiai ir suprantamai paaiškinti, kad Ligoninė teikia paslaugas naudodama kompensuojamas priemones, kurios yra kokybiškos ir pacientui nemokamos;

15.2. nurodyti tinkamas brangiau kainuojančias priemones, jų vieneto kainas ir preliminarų kiekį, taip pat pateikti informaciją raštu (paciento pageidavimu – ir žodžiu) apie jų medicininį pagrįstumą, funkcines savybes, privalumus ir trūkumus, palyginti su kompensuojamomis priemonėmis;

15.3. paaiškinti, kad brangiau kainuojanti priemonė pasirenkama paciento iniciatyva ir kad toks pasirinkimas neturės įtakos jo teisei gauti tolesnes valstybės laiduojamas (nemokamas) asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

16. Pacientas, pageidaujantis gauti brangiau kainuojančią priemonę, pasirašo Kainos skirtumo apskaičiavimo lapą, kuriame raštu patvirtina, kad:

16.1. buvo tinkamai ir suprantamai gydytojo supažindintas su Aprašo 15 punkte nurodyta informacija;

16.2. atsisako kompensuojamos priemonės ir renkasi brangiau kainuojančią priemonę;

16.3. sutinka apmokėti kainų skirtumą;

16.4. sprendimą dėl brangiau kainuojančios priemonės priėmė savanoriškai.

17. Pacientui pasirinkus brangiau kainuojančią priemonę, ne vėliau kaip iki paciento išrašymo iš Ligoninės arba paslaugos, kurią teikiant buvo panaudotos brangiau kainuojančios priemonės, pabaigos pagal faktiškai panaudotų brangiau kainuojančių priemonių kiekį nustatoma galutinė mokėtina suma ir užpildomas Kainos skirtumo apskaičiavimo lapas.

18. Mokamą paslaugą suteikęs ligoninės darbuotojas privalo į ligoninės elektroninės sveikatos istorijos sistemą (toliau – ESIS) formos 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ F dalyje bei formoje 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“68 ir 69 dalyse įvesti informaciją apie suteiktas mokamas paslaugas.

19. Medicinos dokumentuose turi būti:

19.1. paciento parašu patvirtintas Sutikimas (prašymas) dėl mokamų paslaugų teikimo, arba Kainų skirtumo apskaičiavimo lapas;

19.2. nurodytas suteiktos mokamos paslaugos pavadinimas, kaina ir jos teikimo pagrindas;

19.3. nurodytas paslaugos apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data.

20. Nustačius, kad pacientas turi sumokėti už jam teikiamas paslaugas pats, arba už jį mokės kiti fiziniai ar juridiniai asmenys, ligoninės darbuotojas, teikiantis paslaugas:

20.1. suveda informaciją apie šias paslaugas ESIS modulyje „Mokamos paslaugos“;

20.2. siunčia pacientą susimokėti už paslaugas per ligoninėje veikiantį savitarnos terminalą, jei pacientas pageidauja už paslaugas mokėti grynais arba banko kortele;

20.3. siunčia pacientą į ligoninės finansų skyrių, jei pacientas pageidauja už paslaugą susimokėti banko pavedimu, arba už jį turi sumokėti juridinis asmuo. Jei už pacientui teikiamas mokamas paslaugas mokės juridinis asmuo (darbdavys, draudimo bendrovė ar kt.), pacientas turi pateikti to juridinio asmens garantinį raštą.
