AIŠKINAMASIS RAŠTAS
DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2009 M. GRUODŽIO 18 D. ĮSAKYMO NR. V-1051 „DĖL VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ SUTARČIŲ SUDARYMO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO“ PROJEKTO

I . Įsakymo projekto tikslai:

1. įgyvendinti teisės aktų, reguliuojančių VLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – įstaigos) sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugos) teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) bei valstybės biudžeto lėšomis (toliau – sutartys) sudarymo tvarką, nuostatas:

Įsakymo projektu siekiama įgyvendinti 2026 m. birželio 30 d. priimto ir 2027 m. sausio 1 d. įsigaliosiančio Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 26 straipsnio pakeitimo įstatymo Nr. XV-1103 nuostatas. Įsakymo projektu nėra keičiami esminiai šiuo metu galiojantys sutarčių sudarymo principai (reikalavimai, kuriuos turi atitikti įstaigos ir jų teikiamos paslaugos, dokumentų pateikimo VLK procesas, įstaigų atrankos dėl trūkstamų paslaugų teikimo organizavimo, laimėtojo nustatymo principai ir kt.), tačiau, įgyvendinant minėtas Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, nustatoma sutarčių dėl paslaugų, kurių nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas, sudarymo tvarka pagal prioritetą su:

– Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) valstybės ir savivaldybių viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis (toliau – LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos), sudariusiomis sutartis su VLK dėl paslaugų, kurių teikimo mastas neužtikrinamas;

– LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, nesudariusiomis sutarčių su VLK dėl paslaugų, kurių teikimo mastas neužtikrinamas;

– privačiomis įstaigomis.

Taigi, įgyvendinant Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, esant neužtikrintam tam tikrų paslaugų teikimo mastui, sutartis su VLK dėl tokių paslaugų sudariusioms LNSS viešosiomis ir biudžetinėms įstaigoms bus siūloma padidinti šių paslaugų teikimo apimtį, o tuo atveju, jeigu minėtos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos negalės užtikrinti viso nustatyto paslaugų teikimo masto, sutartims dėl trūkstamų paslaugų sudaryti bus vykdoma LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų atranka. Tuo atveju, jeigu ir šios LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos negalės užtikrinti viso nustatyto tam tikrų paslaugų teikimo masto, dėl paslaugų dalies, kurios teikimo mastas neužtikrinamas, bus vykdoma privačių įstaigų atranka, kurioje galės dalyvauti (ir lygiomis teisėmis konkuruoti) tiek LNSS privačios įstaigos, sudariusios su VLK sutartis dėl atitinkamų paslaugų teikimo, tiek tokių sutarčių nesudariusios privačios įstaigos. Pasibaigus privačios įstaigos sutarčiai dėl trūkstamų paslaugų, nauja sutartis dėl paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal pasibaigusią sutartį, bus sudaroma pagal tą patį Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje nustatytą prioritetą – su LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, sudariusiomis su VLK sutartis dėl atitinkamų paslaugų; šioms negalinti užtikrinti viso atitinkamų paslaugų teikimo masto – su LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, nesudariusiomis sutarčių su VLK dėl atitinkamų paslaugų teikimo (bus vykdoma LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų atranka sutartims sudaryti); LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms negalint užtikrinti viso atitinkamų paslaugų teikimo masto – su privačiomis įstaigomis (bus vykdoma privačių įstaigų atranka).

Įgyvendinant naujas Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, Įsakymo projektu taip pat nustatoma atskira sutarčių su LNSS privačiomis įstaigomis, kurių sudarytos su VLK sutartys galiojo 2026 m. gruodžio 31 d., sudarymo tvarka – pasibaigus tokiai sutarčiai, dėl tų pačių paslaugų teikimo tais pačiais veiklos adresais su LNSS privačia įstaiga bus sudaroma

nauja sutartis. Atsižvelgiant į imperatyvias Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 7 dalies nuostatas, pagal kurias šių įstaigų sutartinė suma paslaugoms, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, turi sudaryti 94 proc. sumos, atitinkamai įstaigai sumokėtos už 2025 m. suteiktas paslaugas, panaikinama LNSS privačių įstaigų galimybė derėtis su VLK dėl sutartinės sumos. Atsižvelgiant į Sveikatos draudimo įstatyme nustatytą skirtingą sutarčių sudarymo procesą, Įsakymo projektu nustatoma, kad tuo atveju, jeigu LNSS privati įstaiga, kurios sutartis galiojo 2026 m. gruodžio 31 d., sudarys su VLK sutartį ir dėl paslaugų, kurių nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas (trūkstamų paslaugų), dėl trūkstamų paslaugų ir dėl paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, bus sudaromos atskiros sutartys. Pasibaigus šioms sutartims, naujos sutartys bus sudaromos pirmiau minėta tvarka (dėl paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, su LNSS privačia įstaiga bus sudaroma nauja sutartis, o dėl trūkstamų paslaugų nauja sutartis bus sudaroma Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje 8 dalyje nustatyta prioriteto tvarka).

Atsižvelgiant į tai, kad dėl įgyvendinamų Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio pakeitimų keičiasi daugiau kaip pusė Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) struktūrinių dalių (punktų), Aprašas išdėstomas nauja redakcija.

2. Paankstinti ir patikslinti sutarčių sudarymo procesą:

Siekiant paankstinti sutarčių sudarymo procesą: Aprašo 4 punkte siūloma nustatyti, kad LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, kurios sutartis dėl kompensuojamųjų paslaugų baigia galioti einamaisiais metais, ir LNSS privati įstaiga, kurios sutartis dėl 2026 m. teiktų kompensuojamųjų paslaugų baigia galioti einamaisiais metais, pageidaujančios sudaryti naują sutartį dėl tų pačių kompensuojamųjų paslaugų teikimo tais pačiais veiklos adresais nuo kitų kalendorinių metų, prašymą ir Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus bei duomenis sutartims sudaryti nuo 2028 metų turės pateikti ne iki einamųjų metų lapkričio 1 d., o iki einamųjų metų spalio 1 dienos. Atitinkamai koreguojamas Aprašo 10.5.1 papunktis, nustatantis, kad įstaigoms, pateikusioms prašymą dėl sutarties sudarymo 2028 metams ir paskesniems metams, taikomos einamųjų metų spalio 1 d. galiojusios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo[1] (toliau – Sąlygų sąrašas) nuostatos. Atsižvelgiant į tai, kad Įsakymo projektas įsigalios po 2026 m. spalio 1 d., pirmiau minėtoms įstaigoms, pageidaujančioms sudaryti sutartis dėl 2027 metų, paliekamas šiuo metu galiojantis prašymo pateikimo terminas – einamųjų metų lapkričio 1 d., atitinkamai joms bus taikomos Sąlygų sąrašo nuostatos, galiojančios 2026 m. lapkričio 1 d.

Atsižvelgiant į tai, kad atitinkamų metų Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu (toliau – PSDF rodiklių įstatymas) patvirtintas PSDF biudžetas, skirtas paslaugų išlaidoms apmokėti, nesiskirdavo nuo PSDF biudžeto projekto, Apraše numatyta, kad VLK, parengusi poreikių tenkinimo masto projektą pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodiką[2] (toliau – Paslaugų poreikio nustatymo metodika), apskaičiuoja pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintą įstaigoms iš PSDF biudžeto skiriamų metinių lėšų paslaugoms apmokėti planavimo tvarkos aprašą kiekvienai įstaigai planuojamą skirti sutartinę (metinę) lėšų sumą kompensuojamosioms paslaugoms ir išsiunčia įstaigai sutarties priedo projektą. Įvertinus

[1] Patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr.370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“.

[2] Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. liepos 28 d. įsakymu Nr. V-862 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“.

galimą riziką, kad PSDF rodiklių įstatymu patvirtintas atitinkamų metų PSDF biudžetas vis tik gali skirtis nuo PSDF biudžeto projekto, Apraše numatoma procedūra – perskaičiuoti planuojamas sumas įstaigoms pagal naują PSDF biudžetą ir iš naujo vykdyti sutarčių sudarymo procedūrą. Įstaigoms teikiamų sutarčių priedų projektų pateikimas, jų derinimas ir pasirašymas reglamentuojamas Aprašo 16–22 punktuose.

Anksčiau pradedamas sutarčių sudarymo procesas sudarys sąlygas įstaigoms laiku ir racionaliai planuoti joms skiriamas sutartines lėšas, užtikrins didesnį finansinį aiškumą bei veiklos stabilumą. Galimybė anksčiau sudaryti sutartis taip pat leis įstaigoms efektyviau planuoti žmogiškuosius ir finansinius išteklius, priimti pagrįstus sprendimus dėl darbuotojų darbo užmokesčio, numatyti teikiamų paslaugų apimtį, investicijas į infrastruktūrą.

Apraše numatytas bendras derybų ir sutarties pasirašymo terminas nesikeičia (Aprašo 19 punktas). Tačiau, siekiant efektyvesnių derybų, siūloma trumpinti terminą, per kurį įstaigos gali pareikšti motyvuotą norą derėtis, iki 7 darbo dienų, kartu nustatant ir VLK įsipareigojimą per 10 darbo dienų įvertinti įstaigų pateiktus argumentus ir atsakyti į siūlymą derėtis (Aprašo 22 punktas).

Siekiant efektyvesnio derybų proceso, tikslinama ir VLK bei įstaigų derybų procedūra – pageidaujančios derėtis dėl metinės sutartinės sumos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos turės užpildyti VLK direktoriaus įsakymu patvirtintą formą, kurioje bus nustatyta aiški pasiūlymo derėtis pateikimo struktūra. Tokios formos naudojimas užtikrins didesnį derybų proceso skaidrumą, nuoseklumą ir vienodą visų įstaigų pasiūlymų vertinimą, sudarys prielaidas efektyvesniam informacijos nagrinėjimui bei prisidės prie derybų procedūrų standartizavimo ir administracinės naštos mažinimo (Aprašo 19 punktas).

Atsižvelgiant į 2026 m. rugpjūčio 24 d. Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnybos Antikorupcinio vertinimo išvadoje Nr. 4-01-7959 „Dėl Valstybinės ligonių kasos vykdomų derybų su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl sutartinės metinės lėšų sumos kompensuojamosioms paslaugoms teisinio reglamentavimo“ pateiktas pastabas bei pasiūlymus, Aprašo 21 punkte nustatomi kriterijai bei jų reikšmės, kurie bus taikomi derybose su LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis dėl metinės sutartinės sumos. Nustatyti kriterijai, pagal kuriuos, esant PSDF biudžeto galimybėms, sutartinės sumos gali būti didinamos arba negali būti didinamos. Kriterijai nustatyti siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir sudaryti prielaidas kuo tiksliau nustatyti ASP įstaigoms skiriamas sutartines sumas, atsižvelgiant į jų veiklos pajėgumus, teikiamų paslaugų pobūdį, apimtį, infrastruktūrą bei galimybes užtikrinti gyventojų poreikius atitinkančių paslaugų teikimą.

Aprašo 26 punktas, kuriame nustatytos konkrečios paslaugos poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio skirtumo (toliau – skirtumas) savivaldybėje, regione ar šalyje reikšmės, pagal kurias laikoma, kad atitinkamos paslaugos poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas, papildomas naujomis paslaugomis: sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų grupei priskiriamomis paslaugomis, kurių skirtumo reikšmė lygi arba didesnė nei 380 paslaugų (skirtumo reikšmė nustatyta įvertinus specialisto, dirbančio 0,2 etatiniu krūviu, suteikiamų paslaugų kiekį, dirbant 1 dieną per savaitę); dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamomis paslaugomis, kurių skirtumo reikšmė lygi arba didesnė nei 2 000 paslaugų (skirtumo reikšmė nustatyta, atsižvelgiant į ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų nustatytą skirtumo reikšmę); dantų protezavimo paslaugų grupei priskiriamomis paslaugomis, kurių skirtumo reikšmė lygi arba didesnė nei 170 paslaugų (skirtumo reikšmė nustatyta įvertinus specialisto, dirbančio 0,5 etatiniu krūviu, suteikiamų paslaugų kiekį, įvertinus, kad vidutiniškai vieno paciento protezavimas trunka apie 5 val.).

Paslaugų poreikio nustatymo metodikos priede pateikiamame Asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupių sąraše (toliau – Paslaugų sąrašas) (aktuali redakcija nuo 2026 m. birželio 13 d.) ultragarsiniai tyrimai, kai naudojama kontrastinė medžiaga, priskiriami gydytojo echoskopuotojo paslaugų grupei. Atsižvelgiant į tai, gydytojo echoskopuotojo paslaugoms priskiriami ultragarsiniai tyrimai, kai naudojama kontrastinė medžiaga, iš Aprašo 26 punkto išbraukiami.

Atsižvelgiant į gautas derinimo su visuomene metu pastabas, papildomas Aprašo 27 punktas, nustatant, kad mažesni skirtumai tarp nustatyto poreikio tenkinimo masto ir faktiškai teikiamų paslaugų būtų taikomi savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius neviršija 21 tūkstančio. Toks savivaldybės dydis yra nustatytas, vadovaujantis Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. gegužės 22 d. įsakymu Nr. V-589 „Dėl sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Paslaugų sąraše nurodytos atitinkamų paslaugų grupės vertinamos savivaldybės, regiono ar šalies lygmeniu. Aprašo 28.1 papunktyje numatytas pranešimų siuntimas esamiems paslaugų teikėjams dėl galimybės didinti trūkstamų paslaugų kiekį pagal Paslaugų sąraše numatytą atitinkamų paslaugų poreikio nustatymo lygmenį (savivaldybės ar regiono). Šalies lygmeniu vertinamos į Paslaugų sąrašą įtrauktos paslaugos, kurias teikia specializuotos įstaigos, arba paslaugos, kurias gali teikti tik sveikatos apsaugos ministro įsakymuose nurodytos įstaigos, todėl šalies lygmuo šiame papunktyje nenurodomas.

Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše[3] ir Ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų apraše[4] nenumatytas reikalavimas teikti ambulatorines slaugos paslaugas namuose ir ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas tik specializuotose stacionarinėse patalpose, taigi šios paslaugas gali būti teikiamos bet kurioje savivaldybėje, nepriklausomai nuo įstaigos licencijoje nurodytos veiklos vietos. Atsižvelgiant į tai, Aprašo 28.2 papunktyje numatyta, kad tais atvejais, kai pagal paslaugų teikimo pobūdį ir paskirtį trūkstamos paslaugos gali būti teikiamos ne tik įstaigos patalpose ir tai numatyta atitinkamų paslaugų teikimo reikalavimuose, patvirtintuose sveikatos apsaugos ministro įsakymais, kartu su Aprašo 28.1 papunktyje nurodytais paklausimais taip pat siunčiami paklausimai sutartis dėl trūkstamų paslaugų sudariusioms LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, trūkstamas paslaugas teikiančioms žiedinėse savivaldybėse. Jeigu žiedinių savivaldybių nėra arba žiedinėse savivaldybėse nėra LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų, sudariusių sutartis dėl trūkstamų paslaugų teikimo, paklausimai siunčiami LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, sudariusioms sutartis dėl trūkstamų paslaugų teikimo savivaldybėse, besiribojančiose su savivaldybe, kurioje nustatytas paslaugų teikimo mastas neužtikrinamas.

Vadovaujantis Poreikių metodika, paslaugų poreikis nustatomas kalendoriniams metams, tad ir trūkstamų paslaugų kiekis nustatomas atitinkamiems kalendoriniams metams. Atsižvelgiant į tai, Aprašo 29.1 papunktyje nurodyta, kad VLK savo interneto svetainėje paskelbia duomenis apie metinį trūkstamų paslaugų kiekį.

---

[3] Patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

[4] Patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl Stacionarinių paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo, Ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo, Dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo ir Paliatyviosios pagalbos teikimo pagrindų mokymo programos reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

Aprašo 32.4 papunktyje taip pat detalizuojama sutarčių dėl trūkstamų paslaugų sudarymo su naujais paslaugų teikėjais tvarka. Numatyta, kad po naujų teikėjų atrankos, kai laimėtojas negali užtikrinti viso trūkstamų paslaugų kiekio, sutartis dėl likusio paslaugų kiekio sudaroma su antrąją (ar tolesnę) vietą užėmusiu kandidatu. Siekiant išvengti sutarčių fragmentavimo ir nesudaryti naujų sutarčių dėl per mažo paslaugų kiekio, Įsakymo projektu siūloma nustatyti minimalų paslaugų kiekį, dėl kurio gali būti sudaroma nauja sutartis, siejant jį su Aprašo 26 punkte nustatytu minimaliu paslaugų kiekiu. Tokiu būdu ir su atrankos laimėtoju, ir su kitais kandidatais (jei laimėtojas negali suteikti viso trūkstamų paslaugų kiekio) sutartis bus sudaroma dėl ne mažesnio, nei nurodytas Aprašo 26 punkte, trūkstamų paslaugų kiekio. Ši priemonė padės išvengti sutarčių fragmentavimo, trukdančio efektyviai valdyti PSDF biudžetą ir nenaudingo įstaigoms, nes maža sutartinė suma gali nepadengti faktinių paslaugų teikimo išlaidų.

Atsižvelgiant į tai, kad ateinančių metų sutartinės sumos įstaigoms pradedamos planuoti jau einamųjų metų ketvirtąjį ketvirtį, ir siekiant, kad sutartinės sumos būtų planuojamos sklandžiai ir laiku, Aprašo 46.1 papunktyje numatyta, kad įstaiga sutartinę sumą ambulatorinėms paslaugoms (specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, skubiosios medicinos pagalbos, stebėjimo, ambulatorinės chirurgijos paslaugoms) galėtų didinti, atitinkamai mažindama sutartinę sumą stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms (išskyrus paslaugas įtrauktas į Paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo pirmąją apmokėjimo grupę), ne vėliau kaip iki einamųjų metų rugsėjo 30 d.

Siekiant užtikrinti sklandžią ir nepertraukiamą sveikatos centrų veiklą, Aprašo 46.2 papunkčiu numatoma galimybė perskirstyti sveikatos centrui atitinkamai paslaugai skirtas lėšas kitoms to paties sveikatos centro veikloje dalyvaujančioms įstaigoms, jeigu viena iš jų nustoja teikti šią paslaugą.

Siekiant mažinti administracinę naštą, Aprašo 47 punkte numatyta galimybė keisti Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, sąrašą (sutarties priedas) VLK iniciatyva (be atskiro įstaigos prašymo), jeigu šis sąrašas keičiamas dėl VLK direktoriaus įsakymu tvirtinamo paslaugų klasifikatoriaus pakeitimo (panaikinus tam tikrus paslaugų kodus ir (ar) pakeitus juos kitais kodais, ir (ar) papildžius naujais paslaugų kodais).

Vadovaujantis Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašu[5], sveikatos centrų veikla grindžiama savivaldybės ir įstaigų bendradarbiavimo sutartimi, kurioje numatyta, kokias paslaugas ir kokiu laikotarpiu teikia įstaiga. Aprašo 51.4 papunktyje nustatyta, kad VLK iniciatyva sutartis nutraukiama, jeigu paaiškėja, kad bendradarbiavimo sutarties galiojimas yra trumpesnis, nei VLK ir įstaigos sudarytos sutarties dėl atitinkamų sveikatos centrui priskiriamų paslaugų galiojimas, ir ši sutartis nebus pratęsiama. Nutraukiama tik ta sutarties dalis, kuri yra susijusi su įstaigos įtraukimu į sveikatos centro veiklą.

Įsakymo projektas skelbiamas Lietuvos Respublikos Seimo teisės aktų informacinės sistemos Projektų registravimo posistemyje.

PRIDEDAMA. Įsakymo projektas.docx

[5] Patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. gegužės 22 d. įsakymu Nr.V-589 „Dėl Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Paslaugų planavimo skyriaus vedėja Renata Kulikovska