Projektas

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS 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

2026 m. d. Nr.
Vilnius

1. P a k e i č i u Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymą Nr. V-1051 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“:

1.1. Pakeičiu preambulę ir ją išdėstau taip:

„Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 6 dalimi ir atsižvelgdamas į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2026 m. d. nutarimą Nr. „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“:“.

1.2. Pakeičiu preambulę ir ją išdėstau taip:

„Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 13 dalimi ir atsižvelgdamas į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2026 m. d. nutarimą Nr. „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“:“.

1.3. Pakeičiu nurodytu įsakymu patvirtintą Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad:

2.1. šio įsakymo 1.2 papunktis įsigalioja 2027 m. sausio 1 d.;

2.2. asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių sudarytos su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis sutartys baigia galioti 2026 m. gruodžio 31 d. ir kurios siekia sudaryti naują sutartį dėl tų pačių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, prašymą ir šio įsakymo 1.2 papunkčiu patvirtinto Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) 3 punkte nurodytus dokumentus bei duomenis Apraše nustatyta tvarka pateikia VLK iki 2026 m. lapkričio 1 d.

3. P a v e d u VLK direktoriui patvirtinti Aprašo 19 punkte nurodytą Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos valstybės ar savivaldybės viešosios arba biudžetinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos siūlymo derėtis dėl sutartinės (metinės) lėšų sumos formą.

Sveikatos apsaugos ministras

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2026 m. d. įsakymo Nr.
redakcija)

VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ SUTARČIŲ SUDARYMO TVARKOS APRAŠAS

I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) bei valstybės biudžeto lėšomis (toliau – sutartys) sudarymo tvarką: kartu su Prašymu sudaryti, pakeisti ar nutraukti sutartį dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis, panaikinti šios sutarties galiojimo sustabdymą ar pakeisti duomenis (Aprašo priedas) (toliau – prašymas) teikiamų dokumentų ir duomenų sąrašą, prašymų, dokumentų ir duomenų pateikimo bei nagrinėjimo, sprendimų dėl sutarčių sudarymo priėmimo, sutarčių pasirašymo, įsigaliojimo, pratęsimo, nutraukimo, galiojimo sustabdymo ir galiojimo sustabdymo panaikinimo tvarką.

2. Apraše vartojamos sąvokos:

2.1. **Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos** (toliau – LNSS privačios įstaigos) – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių savininkė (dalininkė) nėra valstybė arba savivaldybė, turinčios galiojančią sutartį su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis.

2.2. **Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešosios ir biudžetinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos** (toliau – LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos) – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos valstybės ir savivaldybių viešosios ir biudžetinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

2.3. **Privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos** (toliau – privačios įstaigos) – visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių savininkė (dalininkė) nėra valstybė arba savivaldybė.

2.4. Kitos Apraše vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme ir kituose asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei apmokėjimą PSDF ir valstybės biudžeto lėšomis reglamentuojančiuose teisės aktuose.

II SKYRIUS
DOKUMENTŲ PATEIKIMAS

3. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – įstaiga), pageidaujanti sudaryti su VLK sutartį, pateikia prašymą per privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ Sutarčių su partneriais valdymo posistemį (toliau – Sutarčių posistemis) adresu https://spvp.vlk.lt/auth/. Prašymas ir kartu su juo pateikiami dokumentai bei duomenys pasirašomi kvalifikuotu elektroniniu parašu. Kartu su prašymu turi būti pateikiami šie dokumentai ir duomenys:

3.1. prašymo priedas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo

sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis, sąrašas“;

3.2. jei įstaiga pageidauja teikti PSDF bei valstybės biudžeto lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – kompensuojamosios paslaugos), dėl kurių teikimo teises ir pareigas ji perėmė po sutartį su VLK sudariusios įstaigos reorganizavimo ar pertvarkymo Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.97 ar 2.104 straipsniuose nustatyta tvarka, – dokumentas, patvirtinantis šių teisių ir pareigų perėmimą;

3.3. jei įstaiga pageidauja teikti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas:

3.3.1. jei įstaiga pati neteiks pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų – šias paslaugas teiksiančios įstaigos duomenys (pavadinimas, juridinio asmens kodas, adresas, telefono numeris, elektroninio pašto adresas), reikalingi trišaliam susitarimui dėl pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudaryti;

3.3.2. jei įstaiga pati neteiks ambulatorinės slaugos paslaugų namuose ir (ar) ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų ir šių paslaugų teikimą užtikrins kita įstaiga – sutarties su šia įstaiga dėl ambulatorinės slaugos paslaugų namuose ir (ar) ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo kopija;

3.3.3. jei įstaiga pati neteiks pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų – sutarties su kita įstaiga dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kopija;

3.3.4. jei įstaigos darbo laikas trumpesnis, nei nurodyta Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio 1 dalies 11 punkte, ir įstaigos ne darbo metu pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą užtikrins kita įstaiga – sutarties su šia įstaiga dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kopija;

3.4. jei kompensuojamosios paslaugos pradedamos teikti sveikatos centre – savivaldybės tarybos sprendimo dėl šio centro steigimo (ar savivaldybės tarybos sprendimo dėl šio savivaldybės tarybos sprendimo pakeitimo) kopija ir bendradarbiavimo sutarties dėl sveikatos centrui priskiriamų privalomų kompensuojamųjų paslaugų teikimo (toliau – bendradarbiavimo sutartis) kopija (taikoma toms įstaigoms, kurios sveikatos centrui priskiriamas kompensuojamąsias paslaugas teiks funkcinio bendradarbiavimo būdu).

4. LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, kurios sutartis dėl kompensuojamųjų paslaugų baigia galioti einamaisiais metais, ir LNSS privati įstaiga, kurios sutartis dėl kompensuojamųjų paslaugų, kurios buvo teikiamos ir pagal 2026 m. galiojusią sutartį, baigia galioti einamaisiais metais, pageidaujančios sudaryti naują sutartį dėl tų pačių kompensuojamųjų paslaugų teikimo nuo kitų kalendorinių metų, prašymą ir Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus bei duomenis pateikia iki einamųjų metų spalio 1 dienos.

5. LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, pageidaujanti sudaryti sutartį dėl kompensuojamųjų paslaugų, dėl kurių teikimo einamaisiais metais nėra sudariusi sutarties, prašymą ir Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus bei duomenis pateikia per 10 darbo dienų nuo kompensuojamųjų paslaugų, kurių nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas ir dėl kurių bus sudaromos sutartys su naujomis LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, sąrašo paskelbimo VLK interneto svetainėje dienos.

6. Privati įstaiga, pageidaujanti sudaryti sutartį dėl kompensuojamųjų paslaugų, kurių nustatyto teikimo masto neužtikrina LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos, prašymą ir Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus bei duomenis pateikia per 10 darbo dienų nuo kompensuojamųjų paslaugų, kurių teikimo masto neužtikrina LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos ir dėl kurių bus sudaromos sutartys su privačiomis įstaigomis, sąrašo paskelbimo VLK interneto svetainėje dienos.

7. Aprašo 4–6 punktuose nustatytas prašymo pateikimo terminas netaikomas, jei įstaiga pageidauja einamaisiais metais sudaryti sutartį dėl:

7.1. pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų;

7.2. kompensuojamųjų paslaugų, nurodytų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo, patvirtinto 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“ (toliau – Paslaugų teikimo sąlygų sąrašas), 12 punkte;

7.3. kompensuojamųjų paslaugų, kurios pagal Paslaugų teikimo sąlygų sąrašo nuostatas turi būti teikiamos kartu su kitomis paslaugomis, dėl kurių kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis įstaiga yra sudariusi sutartį su VLK.

8. Dokumentus, susijusius su sutarčių sudarymu, VLK ir įstaiga teikia viena kitai per Sutarčių posistemį (apie šiame posistemyje gautą naują pranešimą įstaiga ar VLK informuojama elektroniniu laišku, siunčiamu elektroninio pašto adresu, nurodytu Sutarčių posistemyje). Sutrikus Sutarčių posistemio veikimui, dokumentai, pasirašyti elektroniniu parašu, gali būti siunčiami elektroniniu paštu (elektroninio laiško gavėjas turi patvirtinti jo gavimą; jei patvirtinimas negaunamas, laikoma, kad dokumentai buvo įteikti praėjus 3 dienoms nuo laiško išsiuntimo dienos).

9. Jei nuo prašymo pateikimo dienos iki sutarties sudarymo pasikeičia įstaigos prašyme nurodyti duomenys, ji apie tai turi informuoti VLK ne vėliau kaip per 1 darbo dieną nuo duomenų pasikeitimo dienos. Jei nesilaikoma šio reikalavimo, Apraše nurodytus veiksmus VLK atlieka pagal Sutarčių posistemyje pateiktus duomenis ir įstaiga neturi teisės reikšti pretenzijų, jei dėl to padaroma žala įstaigai ar tretiesiems asmenims.

III SKYRIUS
SUTARČIŲ DĖL KOMPENSUOJAMŲJŲ PASLAUGŲ, KURIOMS NETAIKOMAS PRAŠYMO DĖL SUTARTIES SUDARYMO PATEIKIMO TERMINAS, IR NAUJŲ SUTARČIŲ DĖL KOMPENSUOJAMŲJŲ PASLAUGŲ, DĖL KURIŲ ĮSTAIGA EINAMAISIAIS METAIS YRA SUDARIUSI SUTARTĮ, SUDARYMO TVARKA

10. VLK, gavusi įstaigos prašymą, patikrina, ar:

10.1. prašyme nurodyta paslauga yra įrašyta į sveikatos apsaugos ministro tvirtinamus kompensuojamųjų paslaugų sąrašus;

10.2. prašyme nurodyta paslauga yra įrašyta į LNSS viešosios ar biudžetinės įstaigos einamaisiais metais galiojančią sutartį, jeigu prašymą teikia LNSS privati įstaiga – į 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį. Šio papunkčio nuostatos taikomos tais atvejais, kai įstaigos sutartis baigia galioti einamaisiais metais ir įstaiga pateikia prašymą sudaryti naują sutartį nuo kitų kalendorinių metų dėl tų pačių paslaugų teikimo;

10.3. įstaiga turi galiojančią licenciją asmens sveikatos priežiūros veiklai (toliau – licencija), suteikiančią teisę teikti prašyme nurodytas paslaugas (tikrinama pagal privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ Asmens sveikatos priežiūros, odontologijos praktikos ir farmacijos specialistų bei spaudų, asmens sveikatos priežiūros, odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų ir vaistinių licencijų administravimo bei apskaitos posistemio (toliau – Licencijų administravimo ir apskaitos posistemis) duomenis);

10.4. įstaiga pateikė Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus ir duomenis;

10.5. prašyme nurodytos paslaugos atitinka Paslaugų teikimo sąlygų sąraše nustatytas kompensuojamųjų paslaugų teikimo sąlygas:

10.5.1. jei prašymas teikiamas dėl paslaugų teikimo kitais metais – einamųjų metų spalio 1 dieną galiojančias Paslaugų teikimo sąlygų sąraše nustatytas kompensuojamųjų paslaugų teikimo sąlygas;

10.5.2. jei prašymas teikiamas pagal Aprašo 7 punkto nuostatas – prašymo pateikimo metu galiojančias Paslaugų teikimo sąlygų sąraše nustatytas kompensuojamųjų paslaugų teikimo sąlygas;

10.6. paslaugos, kurias įstaiga ketina teikti kaip savivaldybės sveikatos centras struktūrinio

arba funkcinio bendradarbiavimo būdu, nurodytos Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo, patvirtinto 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“ (toliau – Sveikatos centro aprašas), 1 priede.

11. VLK, nustačiusi, kad įstaiga nepateikė arba pateikė ne visus Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus ir (ar) kad prašyme ir (ar) dokumentuose nurodyti ne visi ir (ar) netikslūs duomenys, ne vėliau kaip per 10 darbo dienų nuo prašymo gavimo dienos išsiunčia įstaigai pranešimą, informuojantį, kad įstaiga ne vėliau kaip per 5 darbo dienas nuo šio pranešimo gavimo dienos turi pateikti VLK trūkstamus ir (ar) patikslintus dokumentus bei duomenis.

12. VLK sudaro vieną sutartį dėl sveikatos centrui priskiriamų privalomų kompensuojamųjų paslaugų teikimo ir apmokėjimo, išskyrus atvejus, kai sveikatos centrui priskiriamos privalomos kompensuojamosios paslaugos teikiamos funkcinio bendradarbiavimo būdu – šiais atvejais VLK su kiekviena įstaiga, teiksiančia sveikatos centrui priskiriamas privalomas kompensuojamąsias paslaugas funkcinio bendradarbiavimo būdu, sudaro sutartį dėl įstaigos bendradarbiavimo sutartyje nurodytų kompensuojamųjų paslaugų teikimo ir apmokėjimo. Jei sveikatos centro veikloje funkcinio bendradarbiavimo būdu ketinanti dalyvauti įstaiga jau yra sudariusi sutartį su VLK dėl kompensuojamųjų paslaugų, kurias ji numato teikti kaip sveikatos centro veikloje funkcinio bendradarbiavimo būdu dalyvaujanti įstaiga, nauja sutartis su šia įstaiga nesudaroma ir galiojanti sutartis tęsiama iki joje numatyto galiojimo termino pabaigos.

13. Sutartys dėl sveikatos centrui priskiriamų privalomų kompensuojamųjų paslaugų teikimo ir apmokėjimo sudaromos, jei užtikrinamas visų privalomų Sveikatos centro apraše nurodytų paslaugų teikimas.

14. Jeigu sveikatos centras (įstaiga, veikianti struktūrinio bendradarbiavimo būdu, arba įstaigos, priklausančios funkcinio bendradarbiavimo būdu veikiančiam savivaldybės sveikatos centrui) pageidauja teikti ir kompensuojamąsias paslaugas, nepriskiriamas sveikatos centrui privalomoms teikti kompensuojamosioms paslaugoms, sutartys dėl tokių paslaugų sudaromos Aprašo nustatyta tvarka.

15. Jei įstaigos pateiktas prašymas ir jame nurodytos kompensuojamosios paslaugos atitinka Apraše nustatytus reikalavimus, su įstaiga sudaroma sutartis.

16. VLK, parengusi kompensuojamųjų paslaugų poreikio tenkinimo masto projektą pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodiką, patvirtintą 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“ (toliau – Paslaugų poreikio nustatymo metodika), apskaičiuoja kiekvienai įstaigai planuojamą skirti sutartinę (metinę) lėšų sumą kompensuojamosioms paslaugoms ir išsiunčia įstaigai sutarties priedo projektą arba pranešimą apie atsisakymą sudaryti sutartį, jeigu įstaiga ar jos teikiamos kompensuojamosios paslaugos neatitinka Paslaugų teikimo sąlygų sąraše ar Apraše nurodytų reikalavimų. Į sutartinę (metinę) lėšų sumą neįskaičiuojama suma kompensuojamosioms paslaugoms, nurodytoms Sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 5 dalies 3, 4 ir 6 punktuose.

17. VLK, apskaičiavusi sutartinę (metinę) lėšų sumą kompensuojamosioms paslaugoms, už kurias mokama atsižvelgiant į faktiškai suteiktų paslaugų kiekį arba į prirašytų prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gyventojų skaičių, sutarties finansinių sąlygų priede planuojamos sutartinės (metinės) lėšų sumos nenurodo – ją paskelbia VLK interneto svetainėje.

18. Įstaiga sutarties priedų projektus, išskyrus Aprašo 19 punkte nurodytą atvejį, pasirašo ne vėliau kaip per 7 darbo dienas nuo sutarties priedų projektų išsiuntimo jai dienos.

19. LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, gavusi sutarties priedų projektus, turi teisę Aprašo 8 punkte nurodytu būdu per Aprašo 18 punkte nustatytą terminą pareikšti dėl jų nepritarimą ir pateikti

motyvuotą siūlymą derėtis dėl sutartinės (metinės) lėšų sumos, užpildydama VLK direktoriaus įsakymu patvirtintą siūlymo derėtis formą. Derybos vykdomos ir sutarties priedai pasirašomi ne vėliau kaip per vieną mėnesį nuo dienos, kurią LNSS viešajai ar biudžetinei įstaigai buvo išsiųsti sutarties priedų projektai.

20. Derybos su LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų atstovais vykdomos VLK patalpose arba susirašinėjimo būdu (dokumentai siunčiami Aprašo 8 punkte nustatytu būdu), arba nuotoliniu būdu. VLK patalpose vykstančios derybos protokoluojamos. Protokole nurodomi posėdžio dalyviai, svarstyti klausimai ir priimti sprendimai. Protokolą pasirašo derybose dalyvavusių šalių atstovai. Jei derybos vyksta nuotoliniu būdu, VLK daro posėdžio garso ir vaizdo įrašą.

21. VLK ir LNSS viešosios ar biudžetinės įstaigos derybos dėl einamųjų metų sutartinės (metinės) lėšų sumos kompensuojamosioms paslaugoms vykdomos pagal šiuos kriterijus:

21.1. sutartinės (metinės) lėšų sumos, įvertinus bendrą papildomą lėšų poreikį ir esant PSDF biudžeto galimybių, gali būti didinamos:

21.1.1. paslaugoms, teikiamoms įgyvendinus Europos Sąjungos lėšomis finansuojamą projektą, siekiant, kad projekto vykdymo metu sukurta infrastruktūra būtų visiškai išnaudojama. Papildomai skiriama suma apskaičiuojama įvertinus sukurtos infrastruktūros galimybes, jų neviršijant;

21.1.2. sveikatos centrui priskiriamoms kompensuojamosioms paslaugoms savivaldybėse, kuriose vietos gyventojams suteikiama šių paslaugų mažiau nei 80 proc. visų jiems suteikiamų paslaugų arba neužtikrinamas nustatytas šių paslaugų poreikio tenkinimo mastas, jei įstaiga pagrįstai gali suteikti paslaugų daugiau, nei buvo suplanuota. Papildomai skiriama suma negali būti didesnė nei 10 proc. sumos, už kurią skaičiuojamuoju laikotarpiu buvo suteikta šių kompensuojamųjų paslaugų;

21.1.3. stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms, jei padidėja pacientų srautai, palyginti su jų srautais skaičiuojamuoju laikotarpiu. Papildomai skiriama suma apskaičiuojama atsižvelgiant į pacientų srautų pokytį ir negali būti didesnė nei 10 proc. sumos, už kurią skaičiuojamuoju laikotarpiu buvo suteikta šių kompensuojamųjų paslaugų;

21.1.4. perskirstant dalį stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms, kurios Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašas), priskiriamos trečiajai apmokėjimo grupei, numatytų lėšų dienos stacionaro paslaugoms ir (ar) dienos chirurgijos paslaugoms, ir (ar) slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms;

21.1.5. perskirstant dalį stacionarinės ir (ar) ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugoms, priskiriamoms Paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše antrajai apmokėjimo grupei, numatytų lėšų stacionarinės ir (ar) ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugoms, priskiriamoms Paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše pirmajai apmokėjimo grupei;

21.1.6. išnykus objektyvioms aplinkybėms, dėl kurių įstaiga suteikė mažiau paslaugų (dėl patalpų remonto, laikino personalo trūkumo ir pan.) ir dėl to sumažėjo planuojama suma joms apmokėti. Papildomai skiriama suma apskaičiuojama atsižvelgiant į paslaugų kiekį, kuris buvo suteikiamas iki šiame papunktyje nurodytų aplinkybių atsiradimo;

21.1.7. priklausomybės ligų gydymo pagal Minesotos programą paslaugoms ir (ar) onkologijos dienos stacionaro paslaugoms, jei įstaiga pagrįstai gali suteikti šių paslaugų daugiau, nei buvo suplanuota. Papildomai skiriama suma apskaičiuojama atsižvelgiant į įstaigos galimybes suteikti daugiau paslaugų;

21.1.8. paslaugoms, kurios, vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 6-8 dalių nuostatomis, yra perskirstomos iš LNSS privačių LNSS viešosioms ar biudžetinėms įstaigoms, jei jos pagrįstai gali suteikti šių paslaugų daugiau, nei buvo suplanuota, bet neviršijant nustatyto šių paslaugų poreikio tenkinimo masto;

21.2. sutartinės (metinės) lėšų sumos negali būti didinamos Aprašo 21.1.1–21.1.8 papunkčiuose nustatyta tvarka:

21.2.1. paslaugoms, kurias teikiant įstaigoje per pastaruosius dvejus metus buvo nustatyti pažeidimai ir įstaigos nepagrįstai gautos PSDF biudžeto lėšos sudarė ne mažiau kaip 1 proc. atitinkamu laikotarpiu įstaigai šioms paslaugoms apmokėti numatytos sutartinės sumos, bet ne mažiau nei 1 000 Eur;

21.2.2. paslaugoms, kurių įstaiga skaičiuojamuoju laikotarpiu suteikė už mažesnę sumą nei 90 proc. sutartyje numatytos sumos, išskyrus Aprašo 21.1.6 papunktyje nurodytus atvejus;

21.2.3. stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms (skaičiuojant neįtraukiami chirurginiai atvejai), jei įstaigos išvengiamos hospitalizacijos rodiklis yra didesnis negu atitinkamos ligoninių grupės (respublikos, universiteto, regiono arba rajono) vidurkis, išskyrus atvejus, kai yra taikomi Aprašo 21.1.3 ir 21.1.6 papunkčiuose numatyti kriterijai.

22. Derybas su LNSS viešąja ar biudžetine įstaiga vykdo VLK direktoriaus įsakymu sudaryta komisija. Šios komisijos sprendimas didinti arba atsisakyti didinti sutartinę (metinę) lėšų sumą Aprašo 21 punkte nustatyta tvarka turi būti motyvuotas – turi būti nurodoma, kuriais Aprašo 21 punkte nurodytais kriterijais vadovaujantis buvo priimtas sprendimas. Per 10 darbo dienų nuo Aprašo 18 punkte nurodyto termino, per kurį gali būti pareikštas noras derėtis, pabaigos dienos, įstaigai pateikiamas atsakymas Aprašo 8 punkte nustatytu būdu.

23. Jeigu Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu (toliau – PSDF rodiklių įstatymas) patvirtintas PSDF biudžetas skiriasi nuo PSDF biudžeto projekto, pagal kurį Aprašo 16 punkte nustatyta tvarka buvo apskaičiuotos sutartinės (metinės) sumos, ir dėl to šios sumos turi būti perskaičiuotos, VLK per 10 darbo dienų nuo PSDF rodiklių įstatymo patvirtinimo dienos parengia naujus sutarčių priedų projektus ir per 5 darbo dienas nuo jų parengimo dienos išsiunčia šiuos projektus įstaigoms.

24. Aprašo 16 punkte nurodytus sutarties priedus įstaigos pasirašo Aprašo 18 ir 19 punktuose nustatyta tvarka ir terminais.

IV SKYRIUS
SUTARČIŲ DĖL KOMPENSUOJAMŲJŲ PASLAUGŲ, KURIŲ NUSTATYTAS POREIKIO TENKINIMO MASTAS NEUŽTIKRINAMAS, SUDARYMO TVARKA

25. VLK, vadovaudamasi Paslaugų poreikio nustatymo metodika, apskaičiuoja ir VLK interneto svetainėje paskelbia kompensuojamųjų paslaugų poreikio tenkinimo masto projektą ir duomenis apie faktinį skaičiuojamuoju laikotarpiu (paskutiniu praėjusių 12 mėnesių laikotarpiu, trunkančiu nuo vienų metų liepos 1 dienos iki kitų metų birželio 30 dienos) suteiktų kompensuojamųjų paslaugų kiekį. Šis projektas ir duomenys paskelbiami ne vėliau kaip per 10 darbo dienų nuo Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimo, kuriuo teikiama išvada dėl kitų metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto, priėmimo dienos.

26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrui patvirtinus kompensuojamųjų paslaugų poreikio tenkinimo mastą, laikoma, kad konkrečios paslaugos, nurodytos Paslaugų poreikio nustatymo metodikos priede, poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas, jei šios paslaugos poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio skirtumas atitinkamoje savivaldybėje, regione ar šalyje, išskyrus Aprašo 27 punkte nurodytą atvejį, yra lygus arba didesnis nei:

26.1. 1 500 atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojo specialisto konsultacijų;

26.2. 2 000 dienos stacionaro paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.3. 300 ambulatorinės chirurgijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.4. 750 dienos chirurgijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.5. 2 000 pradinės ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų grupei priskiriamų

paslaugų;

26.6. 2 000 ambulatorinės psichosocialinės medicininės reabilitacijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.7. 4 000 ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.8. 3 000 stacionarinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.9. 10 000 stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.10. 380 sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų**;**

26.11. 10 000 ambulatorinės slaugos namuose paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.12. 2 000 ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.13. 2 000 dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.14. 2 500 stacionarinių paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.15. 10 000 slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.16. 2 000 stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17. brangiųjų tyrimų ir procedūrų:

26.17.1. 7 000 kompiuterinės tomografijos tyrimų grupei priskiriamų paslaugų ar kompiuterinės tomografijos angiografijos paslaugų;

26.17.2. 5 800 magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų grupei priskiriamų paslaugų ar magnetinio rezonanso angiografijos paslaugų;

26.17.3. 2 000 radionuklidinės kompiuterinės tomografijos tyrimų, kai naudojami radiofarmakologiniai preparatai, grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.4. 1 500 pozitronų emisijos tomografijos tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.5. 2 000 žmogaus imunodeficito viruso ligos stebėsenos tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.6. 1 500 hepatito C diagnostikos tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.7. 1 500 hematologijos ir onkologijos genetinių tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.8. 3 000 genetinių tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.9. 900 paprastosios hemodializės procedūrų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.10. 600 hiperbarinės oksigenacijos procedūrų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.11. 600 gydomosios kraujo gravitacinės chirurgijos procedūrų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.12. 120 genominių krūties vėžio molekulinių žymenų tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.13. 120 epidermio augimo faktoriaus receptoriaus (EGFR) ištyrimo naviko audiniuose ir organizmo skysčiuose tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.17.14. 320 tuberkuliozės diagnostinių tyrimų grupei priskiriamų paslaugų;

26.18. 170 dantų protezavimo paslaugų grupei priskiriamų paslaugų.

27. Laikoma, kad tam tikrų paslaugų, kurių poreikis vertinamas savivaldybės lygmeniu ir dėl kurių teikimo konkrečioje savivaldybėje VLK nėra sudariusi sutarties nei su vienu šių paslaugų teikėju arba paslaugos teikiamos savivaldybėje, kurioje gyventojų skaičius yra 21 tūkst. ir mažesnis, poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas, jeigu šių paslaugų poreikio tenkinimo masto ir faktiškai suteikto šių paslaugų kiekio skirtumas yra ne mažesnis nei pusė atitinkamų paslaugų poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio skirtumo, nurodyto Aprašo 26 punkte.

28. VLK, Aprašo 26 punkte numatyta tvarka įvertinusi, kokių paslaugų nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas (toliau – trūkstamos paslaugos), siūlo didinti šių paslaugų kiekį LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, sudariusioms su VLK sutartis dėl šių paslaugų, toliau nurodyta tvarka:

28.1. paskelbus kompensuojamųjų paslaugų poreikio tenkinimo masto projektą, VLK siunčia LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, sudariusioms sutartis dėl trūkstamų paslaugų teikimo atitinkamoje savivaldybėje ar regione (jei, vadovaujantis Paslaugų poreikio nustatymo metodika, trūkstamų paslaugų poreikis vertinamas regiono lygmeniu), paklausimus apie jų galimybes padidinti trūkstamų paslaugų kiekį. Kartu gali būti nurodoma, kokiais duomenimis, susijusiais su konkrečia trūkstama paslauga, įstaiga turi pagrįsti galimybę suteikti didesnį tokių paslaugų kiekį;

28.2. 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;

28.3. sutartis dėl trūkstamų paslaugų sudariusios LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos atsakymą apie galimybę padidinti trūkstamų paslaugų kiekį ir šį atsakymą pagrindžiančius duomenis pateikia VLK per 10 darbo dienų nuo Aprašo 28.1 ir 28.2 papunkčiuose nurodytų paklausimų gavimo dienos. Jei per nurodytą terminą atsakymas nepateikiamas, laikoma, kad įstaiga atsisako didinti trūkstamų paslaugų kiekį;

28.4. sutartis dėl trūkstamų paslaugų sudariusioms LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, sutikusioms padidinti trūkstamų paslaugų kiekį ir pateikusioms duomenis, pagrindžiančius jų galimybes šį kiekį padidinti, Aprašo 16, 23 ir 38 punktuose nustatyta tvarka siunčiamuose sutarties priedų projektuose nurodomas ir trūkstamų paslaugų kiekis bei jam apmokėti skiriama suma. Šiame papunktyje nurodytos įstaigos sutarties priedus pasirašo Aprašo 18, 19 ar 23 punktuose nustatyta tvarka.

29. VLK ne vėliau nei per 10 darbo dienų nuo sutarčių priedų pasirašymo su sutartis sudariusiomis LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis dienos įvertina, kokio trūkstamų paslaugų kiekio negalės suteikti šios įstaigos (toliau – trūkstamas paslaugų kiekis). Jeigu trūkstamas konkrečių paslaugų kiekis atitinka Aprašo 26 punkte nustatytus kriterijus, VLK savo interneto svetainėje paskelbia:

29.1. trūkstamų paslaugų sąrašą ir trūkstamus metinius paslaugų kiekius, dėl kurių bus sudaromos sutartys su naujomis LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis;

29.2. anketų, kurias turi užpildyti naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos, formas;

29.3. duomenų ir dokumentų, kuriuos turi pateikti naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos, pageidaujančios sudaryti sutartį dėl trūkstamų paslaugų, sąrašą.

30. Naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos prašymus sudaryti sutartį dėl trūkstamų paslaugų ir Aprašo 29 punkte nurodytus duomenis bei dokumentus VLK pateikia Aprašo 8 punkte nurodytu būdu per 10 darbo dienų nuo Aprašo 29 punkte nurodytos informacijos paskelbimo dienos.

31. Suėjus Aprašo 30 punkte nurodytam prašymų pateikimo terminui, VLK direktoriaus įsakymu sudaryta Trūkstamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų atrankos komisija (toliau – Vertinimo komisija) patikrina, ar:

31.1. naujos LNSS viešosios ar biudžetinės įstaigos pateiktame prašyme nurodyta paslauga yra įtraukta į Aprašo 29 punkte nurodytą trūkstamų paslaugų sąrašą;

31.2. nauja LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga turi galiojančią licenciją, suteikiančią teisę teikti prašyme nurodytą paslaugą (tikrinama pagal Licencijų administravimo ir apskaitos posistemio duomenis);

31.3. nauja LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga pateikė visus Aprašo 29 punkte nurodytus duomenis ir dokumentus bei įvertina, ar šios įstaigos pateikti duomenys ir dokumentai pagrindžia jos

galimybes suteikti prašyme nurodytą trūkstamų paslaugų kiekį. Vertinami tik tie įstaigų pateikti duomenys ir dokumentai, kurių teisingumą galima patikrinti. Jei Vertinimo komisijai kyla abejonių dėl pateiktų duomenų teisingumo, ji turi teisę pareikalauti, kad įstaiga per 5 darbo dienas VLK pateiktų duomenų teisingumą patvirtinančius papildomus duomenis ar dokumentus, prireikus – suteiktų VLK atstovams galimybę šiuos duomenis patikrinti. Nustačius, kad įstaiga pakartotinai VLK pateikė neteisingus duomenis ar dokumentus arba per šiame papunktyje nustatytą terminą nepateikė VLK duomenų teisingumą patvirtinančių papildomų duomenų ar dokumentų, įstaigos prašymas sudaryti sutartį dėl trūkstamų paslaugų teikimo nenagrinėjamas.

32. Vertinimo komisija, patikrinusi Aprašo 31 punkte nurodytus duomenis ir dokumentus, nustato, kiek naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų pateikė prašymus sudaryti sutartį dėl kiekvienos trūkstamos paslaugos teikimo atitinkamoje savivaldybėje ar regione. Jeigu trūkstamą paslaugą atitinkamoje savivaldybėje ar regione pageidauja teikti tik viena nauja LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, su ja sudaroma sutartis dėl prašyme nurodyto šių paslaugų kiekio, neviršijant Aprašo 29 punkte nustatyta tvarka paskelbto trūkstamo šių paslaugų kiekio. Jeigu atitinkamoje savivaldybėje ar regione tą pačią trūkstamą paslaugą pageidauja teikti daugiau nei viena nauja LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, Vertinimo komisija vykdo šių įstaigų atranką sutarčiai sudaryti:

32.1. Vertinimo komisija kreipiasi į institucijas, nurodytas Kriterijų taikymo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių pageidaujama sudaryti sutartį, ir jų vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2025 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. 471 „Dėl Kriterijų taikymo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių pageidaujama sudaryti sutartį, ir jų vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Kriterijų taikymo aprašas), 24.2 ir 24.3 papunkčiuose, su prašymu pateikti informaciją apie prašymus sudaryti sutartį dėl trūkstamų paslaugų pateikusių naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų veikloje nustatytus privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimus;

32.2. gavusi visą Aprašo 32.1 papunktyje nurodytą informaciją, Vertinimo komisija per 10 darbo dienų atlieka naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų teikiamų paslaugų vertinimą Kriterijų taikymo aprašo nustatyta tvarka;

32.3. sutartis dėl trūkstamos paslaugos teikimo sudaroma su LNSS viešąja ar biudžetine įstaiga, kurios galutinis įvertinimas (balais) Kriterijų taikymo aprašo nustatyta tvarka dėl šios paslaugos buvo didžiausias;

32.4. jeigu didžiausią galutinį įvertinimą (balais) dėl konkrečios trūkstamos paslaugos gavusi nauja LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga nepageidauja teikti viso trūkstamo tokių paslaugų kiekio arba Aprašo 31.3 papunktyje nustatyta tvarka nustatoma, kad ji negali suteikti viso trūkstamo šių paslaugų kiekio, sutartis dėl likusios trūkstamų paslaugų kiekio dalies sudaroma su kita nauja LNSS viešąja ar biudžetine įstaiga, gavusia antrąjį pagal dydį galutinį įvertinimą dėl šios paslaugos. Ši procedūra kartojama, kol sudaromos sutartys dėl viso trūkstamo atitinkamų paslaugų kiekio arba nelieka naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų, Aprašo nustatyta tvarka pateikusių prašymą sudaryti sutartį dėl šių paslaugų teikimo ir galinčių jas teikti. Šiame papunktyje nustatyta tvarka sutartys sudaromos tik su tomis naujomis LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, kurios pageidauja ir gali suteikti trūkstamų paslaugų kiekį, ne mažesnį, nei nustatyta Aprašo 26 punkte;

32.5. jeigu atlikus naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų teikiamų paslaugų vertinimą Kriterijų taikymo aprašo nustatyta tvarka dvi ar daugiau įstaigų dėl tos pačios trūkstamos paslaugos gauna vienodą didžiausią galutinį įvertinimą, šių įstaigų atranka sutarčiai sudaryti vykdoma šia tvarka:

32.5.1. sutartis sudaroma su nauja LNSS viešąja ar biudžetine įstaiga, gavusia daugiausia balų pagal kriterijų „teikiamų paslaugų kompleksiškumas“;

32.5.2. jeigu daugiausia balų pagal kriterijų „teikiamų paslaugų kompleksiškumas“ gavusios

naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos surinko pagal šį kriterijų vienodą balų skaičių, sutartis sudaroma su viena iš šių įstaigų, gavusia daugiau balų pagal kriterijų „kokia dalimi užtikrinamas sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugos teikimo reikalavimų laikymasis tuo pačiu paslaugos teikimo adresu“;

32.5.3. jeigu Aprašo 32.5.2 papunktyje nurodytos naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos gavo vienodą balų skaičių pagal kriterijų „kokia dalimi užtikrinamas sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugos teikimo reikalavimų laikymasis tuo pačiu paslaugos teikimo adresu“, sutartis sudaroma su viena iš šių įstaigų, gavusių daugiau balų pagal kriterijų „per praėjusius kalendorinius metus suteiktų paslaugų, dėl kurių sudaroma sutartis, skaičius“;

32.5.4. jeigu Aprašo 32.5.3 papunktyje nurodytos naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos gavo vienodą balų skaičių pagal kriterijų „per praėjusius kalendorinius metus suteiktų paslaugų, dėl kurių sudaroma sutartis, skaičius“, sutartys sudaromos su Aprašo 32.5.3 papunktyje nurodytomis įstaigomis, padalijus trūkstamą atitinkamų paslaugų kiekį lygiomis dalimis;

32.5.5. jeigu padalijus trūkstamą paslaugų kiekį lygiomis dalimis viena ar daugiau naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų negali užtikrinti, kad bus suteikta jai siūloma trūkstamo paslaugų kiekio dalis, ši dalis padalijama lygiomis dalimis kitoms Aprašo 32.5.3 papunktyje nurodytoms įstaigoms.

33. Atlikusi naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų atranką, Vertinimo komisija dėl kiekvienos trūkstamos paslaugos surašo sprendimą, kuriame nurodo: prašymus sudaryti sutartį dėl trūkstamos paslaugos pateikusias naujas LNSS viešąsias ir biudžetines įstaigas, kiekvienos iš jų galutinį įvertinimą (balais), Vertinimo komisijos sprendimą, su kuriomis naujomis LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis ir dėl kokio trūkstamo atitinkamų paslaugų kiekio bus sudaromos sutartys. Šis sprendimas per 5 darbo dienas išsiunčiamas atrankoje dalyvavusioms naujoms LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms ir per vieną mėnesį nuo jo išsiuntimo dienos gali būti skundžiamas Lietuvos administracinių ginčų komisijai Lietuvos Respublikos ikiteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo tvarkos įstatymo nustatyta tvarka arba teismui Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo nustatyta tvarka.

34. Suėjus Aprašo 33 punkte nurodyto Vertinimo komisijos sprendimo apskundimo terminui, o šį sprendimą apskundus – įsiteisėjus Lietuvos administracinių ginčų komisijos ar teismo sprendimui, naujoms LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, su kuriomis bus sudaromos sutartys, per 10 darbo dienų parengiami ir išsiunčiami sutarčių priedų projektai. Naujos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos sutarčių priedų projektus pasirašo per 7 darbo dienas nuo sutarčių priedų projektų išsiuntimo joms dienos.

35. Nauja LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga turi teisę susipažinti su Vertinimo komisijos atliktu jos teikiamų paslaugų vertinimu. Susipažįstant su vertinimo rezultatais, draudžiama daryti Vertinimo komisijos sprendimų kopijas, juos fotografuoti, filmuoti ar daryti jų išrašus.

36. Jeigu patikrinus Aprašo 31 punkte nurodytus naujų LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų pateiktus dokumentus paaiškėja, kad šios įstaigos negalės užtikrinti viso trūkstamo paslaugų kiekio ir likęs neužtikrintas konkrečių trūkstamų paslaugų kiekis atitinka Aprašo 26 punkte nustatytus kriterijus, taip pat jei atitinkamoje savivaldybėje ar regione (jei, vadovaujantis Paslaugų poreikio nustatymo metodika, trūkstamų paslaugų poreikis vertinamas regiono lygmeniu) nėra trūkstamas paslaugas galinčių teikti LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų arba per Aprašo 30 punkte nustatytą terminą jos nepateikia prašymų sudaryti sutartį dėl trūkstamų paslaugų, VLK ne vėliau nei per 10 darbo dienų nuo šiame punkte nurodytų aplinkybių paaiškėjimo dienos organizuoja LNSS privačių įstaigų ir kitų privačių įstaigų atranką sutartims dėl trūkstamų paslaugų sudaryti. Šių įstaigų atranka organizuojama ir vykdoma, atrankos nugalėtojas nustatomas ir sutartys dėl trūkstamų paslaugų sudaromos *mutatis mutandis*, taikant Aprašo 29–35 punktų nuostatas.

V SKYRIUS
SUTARTIES NUTRAUKIMO TVARKA, SUTARTIES GALIOJIMAS, PAPILDYMAS AR SUSTABDYMAS

37. Sutartys sudaromos trejiems kalendoriniams metams (nuo pirmųjų metų sausio 1 dienos iki trečiųjų metų gruodžio 31 dienos), o Aprašo 7, 34 ir 36 punktuose nurodytais atvejais – trumpesniam nei trejų kalendorinių metų laikotarpiui (nuo sutarties įsigaliojimo dienos (sutarties sudarymo metai laikomi pirmaisiais sutarties galiojimo metais) iki trečiųjų metų gruodžio 31 dienos).

38. Jeigu ta pati LNSS privati įstaiga Aprašo 4 punkte nustatyta tvarka pateikia prašymą sudaryti naują sutartį dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir (ar) paslaugų, kurias ji teikė ir pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, ir su šia įstaiga taip pat sudaroma sutartis dėl Paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 12.1.2, 12.2 ir 12.4 papunkčiuose nurodytų paslaugų ar Aprašo 36 punkte nustatyta tvarka sudaroma sutartis dėl trūkstamų paslaugų, su ja sudaroma atskira sutartis ir pasirašomi sutarties priedai dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir (ar) paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, taip pat sudaromos atskiros sutartys ir pasirašomi atskiri sutarties priedai dėl Paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 12.1.2, 12.2 ir 12.4 papunkčiuose nurodytų paslaugų ar trūkstamų paslaugų. Šių sutarčių galiojimo terminai nustatomi Aprašo 37 punkte nustatyta tvarka.

39. Sutarties finansinių sąlygų priedas pasirašomas vieniems kalendoriniams metams (arba Aprašo 7, 34 ir 36 punktuose nurodytais atvejais – trumpesniam nei vienų kalendorinių metų laikotarpiui (iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos)). Antraisiais ir trečiaisiais sutarties galiojimo metais sutarties finansinių sąlygų priedas pasirašomas Aprašo nustatyta tvarka. VLK, prieš išsiųsdama įstaigai sutarties finansinių sąlygų priedą, įvertina, ar įstaigos suteiktų paslaugų kiekis atitinka Paslaugų teikimo sąlygų sąraše nustatytus minimalius metinius šių paslaugų teikimo kiekybinius rodiklius.

40. Sutartis, išskyrus sutartį dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, ir visi jos pakeitimai (įskaitant sutarties finansines sąlygas) įsigalioja kitą dieną po dienos, kurią visus sutarties priedus pasirašo abi šalys, jeigu sutarties prieduose nenurodyta kita sutarties įsigaliojimo data. Pasirašius sutarties dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo priedus, sutartis įsigalioja nuo kito mėnesio 1 dienos ar vėlesnio sutarties prieduose nurodyto mėnesio 1 dienos.

41. Įstaigos ir VLK kvalifikuotais elektroniniais parašais pasirašyta sutartis ir jos priedai saugomi Sutarčių posistemyje.

42. Jei iki sutarties galiojimo pirmųjų ar antrųjų metų pabaigos nė viena iš sutarties šalių nepareiškia noro nutraukti sutartį, ateinančiais metais už sutartyje nurodytas kompensuojamąsias paslaugas, suteiktas ataskaitiniu laikotarpiu, mokama ne daugiau kaip 1/12 praėjusių metų sutarties finansinių sąlygų priede numatytos sutartinės (metinės) lėšų sumos (įvertinus jos pokyčius Aprašo 46.1 papunktyje nurodytu atveju), perskaičiuotos atsižvelgiant į praėjusių metų kompensuojamųjų paslaugų bazinių kainų pokyčius, bet ne ilgiau nei iki derybų termino, nurodyto Aprašo 19 punkte, pabaigos.

43. Jei sutarties galiojimo trečiaisiais metais LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, taip pat LNSS privati įstaiga dėl paslaugų, kurios buvo teiktos ir pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią šios įstaigos sutartį, Aprašo 4 punkte nustatyta tvarka pateikia prašymą sudaryti naują sutartį, sutartis pratęsiama automatiškai iki naujos sutarties pasirašymo. Sutarties pratęsimo laikotarpiu už įstaigos suteiktas ataskaitinio laikotarpio kompensuojamąsias paslaugas mokama ne daugiau kaip 1/12 praėjusių metų sutarties finansinių sąlygų priede numatytos sutartinės (metinės) lėšų sumos (įvertinus jos pokyčius Aprašo 46.1 papunktyje nustatytu atveju), perskaičiuotos atsižvelgiant į praėjusių metų kompensuojamųjų paslaugų bazinių kainų pokyčius. Jeigu LNSS privati įstaiga Aprašo 7 ir (ar) 36 punktuose nustatyta tvarka taip pat yra sudariusi sutartį dėl Paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 12.1.2,

12.2 ir 12.4 papunkčiuose nurodytų paslaugų, ir (ar) dėl trūkstamų paslaugų, šiame punkte nustatyta tvarka automatiškai pratęsiama tik sutartis dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir (ar) paslaugų, kurias LNSS privati įstaiga teikė ir pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį. Šiame punkte nustatyta tvarka mokama tik už ataskaitiniu laikotarpiu suteiktas paslaugas, kurias ši įstaiga teikė ir pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį.

44. Aprašo 42 ir 43 punktų nuostatos taikomos tik tuo atveju, jeigu atlikus Aprašo 39 punkte nurodytą vertinimą nustatoma, kad įstaigos suteiktų paslaugų kiekis atitinka Paslaugų teikimo sąlygų sąraše nustatytus minimalius metinius šių paslaugų teikimo kiekybinius rodiklius.

45. Pasibaigus LNSS privačios įstaigos Aprašo 7 punkte nustatyta tvarka sudarytos sutarties dėl Paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 12.1.2, 12.2 ir 12.4 papunkčiuose nurodytų paslaugų galiojimui ar Aprašo 36 punkte nustatyta tvarka sudarytos sutarties dėl trūkstamų paslaugų galiojimui, laikoma, kad paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal tokias sutartis, poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas – naujos sutartys dėl šių paslaugų sudaromos Aprašo IV skyriuje nustatyta tvarka.

46. Sutarties finansinių sąlygų priedas einamaisiais metais gali būti keičiamas:

46.1. jei ne vėliau nei iki einamųjų metų rugsėjo 30 dienos ir ne dažniau nei kartą per kalendorinius metus įstaigos prašymu mažinama sutartinė (metinė) lėšų suma stacionarinėms aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (išskyrus paslaugas, Paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše įtrauktas į pirmąją apmokėjimo grupę). Atitinkamai gali būti padidinama (neviršijant sumos, kuria buvo sumažinta sutartinė (metinė) lėšų suma) ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (specializuotoms ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, skubiosios medicinos pagalbos, stebėjimo, ambulatorinės chirurgijos paslaugoms) skiriama sutartinė (metinė) lėšų suma. Šio papunkčio nuostatos netaikomos LNSS privačių įstaigų Aprašo 36 punkte nustatyta tvarka sudarytoms sutartims dėl trūkstamų paslaugų teikimo;

46.2. jei viena iš sveikatos centro veikloje dalyvaujančių įstaigų nustoja teikti sveikatos centrui priskiriamas kompensuojamąsias paslaugas, perskirstant šių paslaugų apmokėjimui skirtas lėšas kitoms LNSS viešosioms ar biudžetinėms įstaigoms, dalyvaujančioms šio sveikatos centro veikloje ir teikiančioms šias paslaugas;

46.3. jei tai numato teisės aktai, reglamentuojantys papildomą PSDF biudžeto lėšų skyrimą einamaisiais metais.

47. Sutarties priedas – Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašas – gali būti keičiamas VLK iniciatyva, be atskiro įstaigos prašymo ir nekeičiant sutartyje numatytų kompensuojamųjų paslaugų rūšių ir sutartinių (metinių) lėšų sumų šioms paslaugoms apmokėti, pasikeitus VLK direktoriaus tvirtinamam kompensuojamųjų paslaugų klasifikatoriui: panaikinus tam tikrus paslaugų kodus ir (ar) pakeitus juos kitais kodais, ir (ar) papildžius naujais paslaugų kodais.

48. Sutarties ar jos dalies galiojimas sustabdomas šiais atvejais:

48.1. sustabdžius įstaigos licencijos galiojimą, stabdomas visos sutarties galiojimas – nuo licencijos galiojimo sustabdymo dienos;

48.2. sustabdžius įstaigos licencijos dalies galiojimą, stabdomas sutarties dalies dėl kompensuojamųjų paslaugų, teiktų pagal licencijos dalį, kurios galiojimas sustabdytas, galiojimas – nuo licencijos dalies galiojimo sustabdymo dienos;

48.3. neįvykdžius Sveikatos draudimo įstatymo 31^1 straipsnio 1 dalies 2–4 punktuose nurodyto sprendimo per 30 kalendorinių dienų nuo jo priėmimo dienos – kitą dieną po dienos, kai pasibaigė šio sprendimo įvykdymo terminas. Šiame papunktyje nurodytu atveju sutarties ar jos dalies galiojimas dėl kompensuojamųjų paslaugų, dėl kurių priimtas Sveikatos draudimo įstatymo 31^1 straipsnio 1 dalies 2–4 punktuose nurodytas sprendimas nebuvo įvykdytas, stabdomas 30 kalendorinių dienų.

49. Sustabdžius sutarties ar jos dalies galiojimą Aprašo 48 punkte numatytais atvejais, sutarties ar jos dalies galiojimas atnaujinamas, kai įstaiga raštu informuoja VLK apie atnaujintą licencijos ar jos dalies galiojimą arba įvykdytą Aprašo 48.3 papunktyje nurodytą sprendimą. Sutarties ar jos dalies galiojimas atnaujinamas nuo licencijos ar jos dalies galiojimo atnaujinimo dienos arba nuo Aprašo 48.3 papunktyje nurodyto sprendimo įvykdymo dienos.

50. Sutartis visa apimtimi ar iš dalies vienašališkai nutraukiama šiais atvejais:

50.1. panaikinus įstaigos licenciją, nutraukiamas visos sutarties galiojimas – nuo licencijos galiojimo panaikinimo dienos;

50.2. panaikinus įstaigos licencijos dalies galiojimą, nutraukiamas sutarties dalies dėl kompensuojamųjų paslaugų, teiktų pagal licencijos dalį, kurios galiojimas panaikintas, galiojimas – nuo licencijos dalies galiojimo panaikinimo dienos;

50.3. neįvykdžius Sveikatos draudimo įstatymo 31^1 straipsnio 1 dalies 2–4 punktuose nurodyto sprendimo per 30 kalendorinių dienų nuo Aprašo 48.3 papunktyje nurodyto sprendimo sustabdyti sutarties ar jos dalies galiojimą priėmimo dienos – kitą dieną po dienos, kai pasibaigė 30 kalendorinių dienų terminas, kuriuo buvo sustabdytas sutarties ar jos dalies galiojimas.

51. Sutarties šalys gali nutraukti sutartį visa apimtimi ar iš dalies iki jos galiojimo termino pabaigos:

51.1. šalių susitarimu;

51.2. vienašališkai, jei kita šalis nevykdo ar netinkamai vykdo sutartį. Šiuo atveju apie sutarties nutraukimą kitai šaliai pranešama prieš 30 kalendorinių dienų;

51.3. VLK iniciatyva, jeigu Apraše nustatyta tvarka su įstaiga nepasirašomas naujas (einamųjų metų) sutarties finansinių sąlygų priedas, nes įstaigos teikiamos sutartyje numatytos kompensuojamosios paslaugos neatitinka joms taikomų minimalių metinių kiekybinių rodiklių, nustatytų Paslaugų teikimo sąlygų sąraše;

51.4. VLK iniciatyva, jeigu sutartis su įstaiga buvo sudaryta dėl jos dalyvavimo sveikatos centro veikloje ir šis dalyvavimas nutrūksta. Nutraukiama tik ta sutarties dalis, kuri yra susijusi su įstaigos įtraukimu į sveikatos centro veiklą.

VI SKYRIUS
BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

52. VLK ne vėliau kaip per 14 kalendorinių dienų nuo visų sutarties priedų su įstaiga pasirašymo dienos privalo VLK interneto svetainėje paskelbti, o nuo sutarties priedų pakeitimo pasirašymo, sutarties ar jos dalies galiojimo sustabdymo, sustabdymo panaikinimo, sutarties ar jos dalies nutraukimo dienos – atnaujinti šią informaciją: įstaigos pavadinimą, įstaigos teikiamų kompensuojamųjų paslaugų sąrašą ir įstaigai einamiesiems metams skiriamą sutartinę (metinę) lėšų sumą. Jeigu su LNSS viešąja ar biudžetine įstaiga buvo vykdomos derybos dėl sutartinės (metinės) lėšų sumos, šiame punkte nurodyta tvarka taip pat skelbiama įstaigai pasiūlyta Aprašo 16 punkte nustatyta tvarka pradinė sutartinė (metinė) lėšų suma ir po derybų įstaigai skirta galutinė sutartinė (metinė) lėšų suma.

53. VLK ir įstaigos ginčai, kylantys dėl sutarties, sprendžiami abipusiu susitarimu. Nepavykus susitarti, ginčai sprendžiami teisės aktų nustatyta tvarka.

54. Su sutarčių sudarymu susiję dokumentai ir duomenys tvarkomi ir saugomi vadovaujantis bendraisiais dokumentų valdymo VLK reikalavimais.

_____

Valstybinės ligonių kasos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
ir asmens sveikatos priežiūros
įstaigų sutarčių sudarymo
tvarkos aprašo
priedas

(Prašymo sudaryti, pakeisti ar nutraukti sutartį dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis, panaikinti šios sutarties galiojimo sustabdymą ar pakeisti duomenis forma)

PRAŠYMAS SUDARYTI, PAKEISTI AR NUTRAUKTI SUTARTĮ DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR APMOKĖJIMO PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BEI VALSTYBĖS BIUDŽETO LĖŠOMIS, PANAIKINTI ŠIOS SUTARTIES GALIOJIMO SUSTABDYMĄ AR PAKEISTI DUOMENIS

20___ m. _____ ___ d.

_____
(*Vieta*)

_____ (toliau – įstaiga),
(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, juridinio asmens kodas, buveinės adresas)

atstovaujama _____, prašo *(pažymėti reikiamą punktą)*:
(pareigos, vardas ir pavardė)

1. Sudaryti nuo 20___ m. sutartį dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) bei valstybės biudžeto lėšomis (toliau – sutartis) dėl tų pačių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios buvo įtrauktos į galiojančią sutartį ☐.

2. Sudaryti nuo 20____ m. _____ d. sutartį (nauja įstaiga) ☐.

3. Papildyti galiojančią sutartį nuo 20____ m. _____ d. ☐.

4. Panaikinti atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms taikytą sutarties galiojimo sustabdymą nuo 20____ m. _____ d. ☐.

5. Nutraukti sutartį dėl dalies asmens sveikatos priežiūros paslaugų nuo 20__m. ____ d.☐.

6. Nutraukti sutartį nuo 20___ m. _____ d.☐.

7. Patikslinti / pakeisti sutarties prieduose nurodytus duomenis nuo 20___ m. _____ d.☐.

PRIDEDAMAMI DOKUMENTAI *(pažymėti reikiamą punktą)*:

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašas (*turi būti pateikiamas, jei pažymimas nors vienas iš prašymo 1–5 punktų*) ☐.

2. Dokumentas, pagrindžiantis teisių ir pareigų perėmimą, jei įstaiga pageidauja teikti PSDF biudžeto lėšomis apmokamas paslaugas, kurių teikimą perėmė po kitos įstaigos reorganizavimo ar pertvarkymo ☐.

3. Jei įstaiga pageidauja teikti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas:

3.1. odontologijos paslaugas teiksiančios įstaigos duomenys (pavadinimas, juridinio asmens kodas, adresas, telefono numeris, elektroninio pašto adresas), reikalingi trišaliam susitarimui sudaryti, vadovaujantis Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ ☐;

3.2. sutarties su ambulatorinės slaugos paslaugas namuose ir (ar) ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas teiksiančia įstaiga kopija, jei įstaiga pati neteiks šių paslaugų ☐;

3.3. sutarties su įstaigos ne darbo metu pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą užtikrinsiančia įstaiga kopija, jei įstaigos darbo laikas trumpesnis, nei nurodyta Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio 1 dalies 11 punkte ☐;

3.4. sutarties su pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos paslaugas teiksiančia įstaiga kopija, jei įstaiga pati neteiks šių paslaugų ☐.

4. Jei sveikatos centras pradeda teikti jam priskiriamas privalomas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis:

4.1. savivaldybės tarybos sprendimo dėl šio centro steigimo (ar savivaldybės tarybos sprendimo dėl šio savivaldybės tarybos sprendimo pakeitimo) kopija ☐;

4.2. bendradarbiavimo sutarties kopija (taikoma toms įstaigoms, kurios sveikatos centrui priskiriamas privalomas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis, teikia funkcinio bendradarbiavimo būdu) ☐.

Įstaigos duomenys:

Pavadinimas	
Juridinio asmens kodas	
Adresas korespondencijai gauti	
Administracijos telefono ryšio numeriai	
Telefono ryšio numeriai gyventojams	
Elektroninio pašto adresas	
Interneto svetainės adresas	
Atsiskaitomosios sąskaitos numeris	
Banko pavadinimas	

_____ _____

(Įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens vardas ir pavardė, pareigos) *(Parašas)*

Prašymo sudaryti, pakeisti ar nutraukti sutartį dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis, panaikinti šios sutarties galiojimo sustabdymą ar pakeisti duomenis
priedas

(Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo ir valstybės biudžeto lėšomis, sąrašo forma)

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ, APMOKAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO IR VALSTYBĖS BIUDŽETO LĖŠOMIS, SĄRAŠAS

_____ _____ (toliau – įstaiga)
(*Juridinio asmens kodas*) (*Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas*)

Įstaiga siūlo teikti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) bei valstybės biudžeto lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas arba prašo panaikinti sutarties galiojimo sustabdymą, taikomą šioms paslaugoms:

Eil. Nr.	PSDF biudžeto išlaidų straipsnio kodas pagal Išlaidų klasifikaciją	Paslaugos pavadinimas	Paslaugos kodas	Paslaugos bus teikiamos toliau nurodytais įstaigos veiklos adresais *(įrašyti ID*)*	Paslauga galioja nuo:

Įstaiga neteiks šių PSDF bei valstybės biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios buvo įtrauktos į einamųjų metų sutartį:

Eil. Nr.	PSDF biudžeto išlaidų straipsnio kodas pagal Išlaidų klasifikaciją	Paslaugos pavadinimas	Paslaugos kodas	Paslaugos nebeteikiamos toliau nurodytais įstaigos veiklos adresais *(įrašyti ID*)*	Paslauga galioja iki:

*ID – veiklos vietos identifikacinis kodas. Nurodoma tiek ID, kiek yra veiklos vietų, kuriose bus teikiama konkreti paslauga:

ID	Veiklos vietos adresas

_____ _____

(Įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens vardas ir pavardė, pareigos) *(Parašas)*