

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR JŲ IŠLAIDŲ
APMOKĖJIMO PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO
LĖŠOMIS SUTARTIES STANDARTINĖS BENDROSIOS SĄLYGOS
ST-21P-18(ASPI/MR)**

2018 m. kovo 8 d. Nr. SUT-69
Vilnius

Vilniaus teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK), atstovaujama direktoriaus Vytauto Mockaus,
ir

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS CENTRAS (toliau – įstaiga), atstovaujama direktorės Rūtos Pranculienės,
toliau kartu šioje sutartyje vadinamos „šalimis“, o kiekviena atskirai – „šalimi“,
sudaro šią Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartį (toliau – Sutartis), ir susitaria dėl toliau išvardytų sąlygų.

Sutartį sudaro bendrosios sąlygos, specialiosios sąlygos, jose nurodyti priedai ir kiti sutarties galiojimo laikotarpiu šalių tarpusavyje suderinti dokumentai.

**I SKYRIUS
SUTARTIES OBJEKTAS**

1.1. Sudarydama Sutartį įstaiga įsipareigoja šioje Sutartyje ir kituose teisės aktuose, reglamentuojančiuose asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, nustatytais sąlygomis teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, o TLK įsipareigoja įstaigai apmokėti šių paslaugų išlaidas teisės aktų nustatyta tvarka.

1.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo reikalavimus nustato Sutarties specialiosios sąlygos.

**II SKYRIUS
ĮSTAIGOS ĮSIPAREIGOJIMAI**

Įstaiga įsipareigoja:

2.1. turėti licencijas, suteikiančias teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas veiklos adresais, nurodytas Sutarties 1 priede;

2.2. teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas vadovautis 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, Viešojo administravimo įstatymu, Sveikatos draudimo įstatymu, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, Sveikatos sistemos įstatymu, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu, Civiliniu kodeksu, kitais įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“, kitais Vyriausybės nutarimais, sveikatos apsaugos ministro ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymais, reglamentuojančiais šių paslaugų teikimą ir jų išlaidų apmokėjimą; 2.3. drausti savo civilinę atsakomybę privalomuoju ir (ar) savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu turtinei ir neturtinei žalai atlyginti;

2.4. užtikrinti paciento teises Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka;

2.5. užtikrinti asmens duomenų apsaugą Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo nustatyta tvarka;

2.6. prieš teikiant Sutartyje numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas išsiaiškinti, ar pacientas turi teisę į šias paslaugas: patikrinti Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registre pagal paciento pateiktus atitinkamus dokumentus, ar jis yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, arba prašyti pateikti Europos sveikatos draudimo kortelę (ar ją laikinai pakeičiantį sertifikatą);

2.7. nedelsiant kreiptis į TLK, jei atsiranda neaiškumų dėl asmens apdraustumo privalomuoju sveikatos draudimu ir teisės gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ar kyla kitų klausimų dėl Sutarties vykdymo;

2.8. nemokamai skelbti ir platinti įstaigos patalpose (pacientams gerai matomose vietose – registratūroje, priėmimo kambaryje ar pan.), taip pat įstaigos interneto svetainėje TLK parengtą informaciją. Įstaiga privalo paskelbti šią informaciją: išsamų valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Sutartį, sąrašą, šių paslaugų teikimo tvarką ir sąlygas (būtina informuoti, kad šių paslaugų išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis ir teikiamos be jokio papildomo mokesčio);

2.9. užtikrinti, kad valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos nemokamai ir už šias paslaugas iš pacientų nebūtų reikalaujama papildomo mokesčio, jei teisės aktai nenustato kitaip;

2.10. užtikrinti, kad tą pačią darbo dieną mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos tik po to, kai tokias pačias paslaugas, teikiamas PSDF biudžeto lėšomis, gauna visi pacientai, iš anksto užregistruoti į tos dienos šių paslaugų laukimo eilę;

2.11. TLK nustatytais terminais tikslinti duomenis privalomojo sveikatos draudimo informacinėje sistemoje „Sveidra“;

2.12. sudaryti sąlygas TLK darbuotojams kontroliuoti Sutartyje numatytų ir suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tinkamumą, kiekį, kokybę, jų išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų pagrįstumą ir teisėtumą bei visus su tuo susijusius medicininius, buhalterinius ir kitus dokumentus;

2.13. iki kiekvieno mėnesio 10 dienos:

2.13.1. teisės aktų nustatyta tvarka įvesti tikslius duomenis apie praėjusį mėnesį suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“. Jei duomenys įvedami į šią informacinę sistemą vėliau dėl jos veiklos sutrikimų, tai nebus laikoma vėlavimu (šiam papunktyje numatytas įsipareigojimas netaikomas įstaigai, teikiančiai dantų protezavimo paslaugas bei įstaigai, kuri įgyvendina sveikatos programas, kurioms skiriamos lėšos naudojamos pagal patvirtintą išlaidų sąmatą);

2.13.2. pateikti TLK teisės aktais nustatytos formos ataskaitas. TLK pateikiamos tik suvestinės ataskaitos (jų nesant – visos nustatytos formos ataskaitos) vienu iš būdų, nurodytų 6.1 papunktyje;

2.13.3. pateikti sąskaitas (-ą) už ataskaitiniu laikotarpiu (kalendorinis mėnesis) suteiktas:

2.13.3.1. asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal Sutarties 2 priede nurodytą PSDF biudžeto išlaidų klasifikaciją. Sąskaitoje nurodoma mokėtina suma negali viršyti 1/3 metų ketvirčiui šioms paslaugoms numatytos sumos, išskyrus šiuos atvejus: kai praėjusį (-ius) ketvirtį (-čius) atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikiama už mažesnę sumą, nei buvo numatyta tam (-iems) ketvirčiui (-iams) ir (ar) kai sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatyta tvarka apmokamos visų faktiškai suteiktų paslaugų išlaidos arba teisės aktai nustato kitokį apmokėjimą;

2.13.3.2. faktiškai suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas pagal paslaugų rūšis atskirai vaikams ir suaugusiems;

2.13.3.3. faktiškai suteiktas dantų protezavimo paslaugas;

2.13.3.4. paslaugas, kurios apmokamos pagal patvirtintas sąmatas (skubi konsultacinė pagalba, kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti ir kt.);

2.13.3.5. už paslaugas suteiktas ES šalių apdraustiesiems.

2.14. įrašyti paciento priemokas ir mokamas paslaugas formoje Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“ ir formoje Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ pagal jų pildymo taisykles;

2.15. nekeisti pateiktų duomenų, nurodytų Sutarties 2.13.1 ir 2.13.2 papunkčiuose, išskyrus atvejus, kai įstaiga gauna TLK ar Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimą juos patikslinti. Kai įstaiga pati pageidauja juos tikslinti, prieš tikslinant duomenis turi būti gaunamas TLK sutikimas;

2.16. pateikti savo veiklos zonos TLK finansinės veiklos ataskaitas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka;

2.17. TLK prašymu atlikti finansinę PSDF biudžeto lėšų panaudojimo pagrįstumo analizę ir pateikti ją TLK;

2.18. ne vėliau kaip kitą darbo dieną raštu informuoti TLK apie įstaigos licencijos galiojimo sustabdymą, panaikinimą, atnaujinimą ar patikslinimą;

2.19. teisės aktų nustatyta tvarka informuoti TLK apie planuojamą įstaigos reorganizavimą, pertvarkymą, likvidavimą, bankroto bylos iškėlimą bei kitais atvejais, kai įstaiga negali vykdyti priimtų įsipareigojimų pagal šią sutartį;

2.20. neperleisti visų arba dalies teisių ir pareigų, numatytų Sutartyje, jokiai trečiajai šaliai be išankstinio raštiško TLK sutikimo;

2.21. užtikrinti, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nurodytas Sutarties 1 priede, teiktų privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ posistemyje METAS nurodyti specialistai; duomenis apie gydytojus ir slaugytojus, turinčius teisę teikti paslaugas ir (ar) turinčius teisę išrašyti kompensuojamuos vaistus ir MPP receptus, arba jų darbo krūvio pasikeitimus patikslinti privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ posistemyje METAS (Medicinos elektroninė tobulinimo administravimo sistema) ne vėliau kaip per vieną darbo dieną nuo šių duomenų pasikeitimo;

2.22. tvarkyti duomenis, susijusius su pacientų sveikata ir jos priežiūra, Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemoje (toliau – ESPBI IS), išskyrus asmens sveikatos priežiūros įstaigas, kurios nedalyvauja įgyvendinant E. sveikatos sistemos plėtros projektus ir nesinaudoja ESPBI IS.

2.23. TLK sprendime (ekspertizės pažymoje ar kitame dokumente) nurodytais terminais įvykdyti visus pavedimus;

2.24. grąžinti pinigus apdraustajam už neteisėtai paimtą mokėjimą;

2.25. per TLK nurodytą terminą sumokėti sutartyje numatytą baudą;

2.26. atlyginti PSDF biudžetui padarytą žalą.

III SKYRIUS TLK ĮSIPAREIGOJIMAI

TLK įsipareigoja:

3.1. ne vėliau kaip per 30 dienų nuo sąskaitos gavimo dienos sumokėti įstaigai už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neviršijant tam tikslui iš PSDF biudžeto skirtų ataskaitinio laikotarpio asignavimų. Sąskaitos gavimo diena laikoma ta diena, kai TLK patikrina įstaigos pateiktus dokumentus bei duomenis, nurodytus Sutarties 2.12 papunktyje, ir informuoja įstaigą, kad šie dokumentai bei duomenys yra tinkami ir įstaigos sąskaita priimama apmokėti;

3.2. apmokėti įstaigos suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, jei šios paslaugos suteikiamos asmenims, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, arba draudžiamiesiems teisės aktų nustatyta tvarka;

3.3. apmokėti įstaigos suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas teisės aktų nustatyta tvarka;

3.4. papildomai mokėti įstaigai už gerus darbo rezultatus, jei ji pasiekia teisės aktuose nustatytas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, pirminės ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų ir (ar) greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo rodiklių reikšmes;

3.5. teikti įstaigai aktualią informaciją apie privalomąjį sveikatos draudimą, pagal kompetenciją konsultuoti įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų ir jų išlaidų apmokėjimo, taip pat dėl draustumo privalomuoju sveikatos draudimu ir teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) sveikatos priežiūrą.

IV SKYRIUS

SUTARTIES PRATĖSIMAS, PAPILDYMAS, GALIOJIMO SUSTABDYMAS, GALIOJIMO SUSTABDYMO PANAIKINIMAS, NUTRAUKIMAS

4.1. Sutartis įsigalioja, kai ją pasirašo abi šalys ir šalys apsieičia pasirašytais dokumentais, ir galioja iki 2018 m. gruodžio 31 d.

4.2. Šalys sutaria, kad pagal Sutartį mokama už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas nuo 2018 m. sausio 1 d.

4.3. Sutartis gali būti pratęsta atskiru šalių susitarimu, jeigu jis sudarytas raštu ir pasirašytas abiejų šalių vadovų ar jų įgaliotų atstovų.

4.4. Sutartis gali būti papildoma atskiru šalių susitarimu, jeigu jis sudarytas raštu ir pasirašytas abiejų šalių vadovų ar jų įgaliotų atstovų.

4.5. Jei sustabdomas įstaigos licencijos, suteikiančios teisę teikti tam tikras kompensuojamas paslaugas, galiojimas, sutarties galiojimas šių paslaugų atžvilgiu sustabdomas iki jos licencijos galiojimo sustabdymo termino pabaigos be raštiško TLK įspėjimo.

4.6. Sutarties galiojimas visa apimtimi arba iš dalies gali būti sustabdomas:

4.6.1. įstaigos iniciatyva, jai pateikus raštišką prašymą;

4.6.2. įstaigos ir TLK susitarimu.

4.7. Sutarties galiojimo sustabdymas panaikinamas pagal įstaigos pateiktą TLK prašymą. Sutarties, kurios galiojimas buvo sustabdytas Sutarties 4.5. punkte numatytu atveju, galiojimo sustabdymas atitinkamų paslaugų atžvilgiu panaikinamas tik tuomet, kai panaikinamas atitinkamos licencijos galiojimo sustabdymas.

4.8. Be raštiško TLK įspėjimo sutartis dėl atitinkamų kompensuojamųjų paslaugų teikimo nutraukiama, jei:

4.8.1. panaikinama įstaigos licencija teikti šias paslaugas;

4.8.2. įstaiga nevykdo Sutarties 1.1 papunktyje nurodyto įsipareigojimo – teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis.

4.9. Sutarties šalys gali nutraukti Sutarties galiojimą visa apimtimi ar iš dalies iki jos galiojimo termino pabaigos šalių susitarimu.

4.10. Įstaiga turi teisę vienašališkai nutraukti sutartį, jei TLK du mėnesius iš eilės pažeidžia Sutarties 3.1 papunktyje nurodytą reikalavimą, pranešus TLK prieš 5 darbo dienas.

4.11. TLK turi teisę vienašališkai nutraukti sutartį visa apimtimi ar iš dalies, jei, atlikusi kontrolės procedūrą įstaigoje, pakartotinai nustato sistemingus ir (ar) kartotinius pažeidimus (apibrėžiamus Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros tvarkos apraše, patvirtintame Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. sausio 21 d. įsakymu Nr. 1K-10 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“) arba jei įstaiga po Sutarties vykdymo sustabdymo nepašalina pažeidimų per TLK nustatytą terminą (šie atvejai reglamentuojami Sutarties 4.12 papunktyje).

4.12. Tais atvejais, kai įstaiga per TLK nustatytą terminą nesiima priemonių TLK nustatytiems pažeidimams pašalinti, Sutarties vykdymas visa apimtimi ar iš dalies gali būti sustabdomas 30 dienų nuo termino, numatyto šiems pažeidimams pašalinti, pabaigos.

4.13. Jei Sutarties galiojimas iš dalies vienašališkai nutraukiamas ar sustabdomas, tai reiškia, kad Sutarties galiojimas nutraukiamas ar sustabdomas tik tų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurias teikiant buvo nustatyti pažeidimai, atžvilgiu.

V SKYRIUS SUTARTIES ŠALIŲ ATSAKOMYBĖ

5.1. Už Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodekso 57, 58 straipsniuose ar 505 straipsnio 1 dalyje nurodytus administracinius nusižengimus įstaigų vadovai ir (ar) kiti įstaigos darbuotojai traukiami administracinėn atsakomybėn.

5.2. Įstaigai neatlyginus PSDF biudžetui padarytos žalos per nustatytą terminą, žala išieškoma įstatymų nustatyta tvarka.

VI SKYRIUS SUSIRAŠINĖJIMAS

6.1. Sutarties šalys susirašinėja lietuvių kalba. Visi pranešimai, sutikimai ar kiti dokumentai, kuriuos šalis gali pateikti pagal Sutartį, bus laikomi galiojančiais ir pateiktais tinkamai, jeigu jie yra asmeniškai pateikiami kitai šaliai ir gaunamas jų gavimo patvirtinimas arba jei jie yra išsiunčiami paštu, registruotu laišku, faksu, per kurjerius, elektroniniu paštu (turi būti patvirtinamas jų gavimas), per E. pristatymo sistemą, toliau nurodytais adresais ar fakso numeriais. Jei patvirtinimas negaunamas laikoma, kad dokumentai įteikti praėjus 5 (penkioms) dienoms nuo jo išsiuntimo dienos.

6.2. Jei pasikeičia šalies rekvizitai ir (ar) kiti duomenys, ji turi informuoti kitą šalį ne vėliau kaip per 1 darbo dieną. Šalis, nesilaikanti šių reikalavimų, neturi teisės į pretenziją ar atsiliepinimą, jeigu kitos šalies veiksmai, atliekami remiantis paskutiniaisiais jai žinomais duomenimis, prieštarauja Sutarties sąlygoms arba ji negauna jokio pranešimo apie pasikeitusius rekvizitus ir (ar) kitus duomenis.

VII SKYRIUS KITOS SĄLYGOS

7.1. Sutarčiai ir visoms iš Sutarties atsirandančioms teisėms ir pareigoms taikomi Lietuvos Respublikos įstatymai bei kiti norminiai teisės aktai. Sutartis sudaroma ir aiškinama pagal Lietuvos Respublikos teisę.

7.2. Pasikeitus teisės aktams, reglamentuojantiems asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jų išlaidų apmokėjimą ir nustatantiems šių paslaugų bazines kainas, Sutarties šalys vadovaujasi teisės aktų pakeitimais ir taiko naujas bazines kainas nuo šių teisės aktų įsigaliojimo dienos.

7.3. Jeigu kuri nors Sutarties nuostata negalioja, nes neatitinka įstatymų ir teisės aktų reikalavimų ar Sutarties tikslo ir kitų jos nuostatų, tai neturi įtakos kitų Sutarties nuostatų galiojimui. Šiuo atveju tokia nuostata turi būti koreguojama ar pakeičiama taip, kad atitiktų įstatymų ir teisės aktų reikalavimus bei Sutarties tikslą ir kitas jos nuostatas.

7.4. Nutraukus Sutarties galiojimą arba jam pasibaigus, lieka galioti Sutarties nuostatos, susijusios su šalių atsakomybe ir tarpusavio atsiskaitymu, taip pat visos kitos Sutarties nuostatos, kurios galioja ir nutraukus Sutartį arba turi galioti siekiant, kad Sutartis būtų visiškai įvykdyta.

7.5. Jei yra prieštaravimų tarp Specialiųjų sąlygų ir Bendrųjų sąlygų, Specialiosios sąlygos turi viršenybę.

7.6. Bet kokie nesutarimai ar ginčai, kylantys tarp šalių dėl Sutarties, sprendžiami abipusiu susitarimu. Šalims nepavykus susitarti per 30 kalendorinių dienų, bet kokie ginčai, nesutarimai ar reikalavimai sprendžiami Lietuvos Respublikos teismuose pagal TLK buveinės vietą, Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.

7.7. Sutartis sudaroma 2 egzemplioriais, turinčiais vienodą teisinę galią, po vieną egzempliorių kiekvienai sutarties šaliai

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR JŲ IŠLAIDŲ APMOKĖJIMO PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS SUTARTIES STANDARTINĖS SPECIALIOSIOS SĄLYGOS

Įstaiga įsipareigoja tik dėl tų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurias teiks pagal Sutarties 1 priede nurodytą Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto išlaidų klasifikaciją.

1. Įstaiga, teikianti specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – specializuotos ambulatorinės paslaugos), įsipareigoja:

1.1. pagal tą pačią tvarką ir terminais registruoti visus apdrauosius, kurie kreipiasi į įstaigą su siuntimu gauti specializuotas ambulatorines paslaugas, jų kreipimosi dieną, nepaisant to, ar siuntimas yra išduotas šios ar kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų;

1.2. užtikrinti, kad skubiosios medicinos pagalbos atveju specializuotos ambulatorinės paslaugos būtų suteiktos paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dieną;

1.3. užtikrinti, kad reikiami laboratoriniai tyrimai būtų atliekami apdrausio kreipimosi į įstaigą dėl specializuotų ambulatorinių paslaugų metu;

1.4. užtikrinti, kad gydytojo specialisto konsultacijos metu pagal jo kompetenciją būtų atliekami visi būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir jo išvados raštu būtų pateikiamos siuntusiajam gydytojui (jei išvadai pateikti reikia papildomų tyrimų, juos atlieka pats gydytojas specialistas, įskaitant tyrimus, priskiriamus šeimos gydytojo kompetencijai; jei išvadai pateikti prireikia kitų specialistų konsultacijų, siuntimus pas šiuos specialistus išduoda pats gydytojas specialistas);

1.5. raštu informuoti PAASP paslaugas teikiančias ir kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas apie jų gydytojų netinkamai įformintus siuntimus gauti specializuotas ambulatorines paslaugas ar atsakymus siuntusiajam gydytojui;

1.6. aprašyti suteiktas specializuotas ambulatorines paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti apdrausio būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą konsultuotis pas gydytojus specialistus arba į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

1.7. pateikti TLK atsiskaitymo už tyrimus atliekančių gydytojų (echoskopuotojo, endoskopuotojo, klinikinio fiziologo ir kt.) konsultacijas dokumentus, jei gydytojo specialisto, išdavusio siuntimą atlikti tyrimą, medicinos normoje šio tyrimo atlikimas nenurodomas arba jei siuntimą išduoda šeimos gydytojas. Jeigu apdraustąjį konsultuotis pas tyrimą atliekantį gydytoją (echoskopuotoją, endoskopuotoją, klinikinį fiziologą ar kt.) siunčia gydytojas specialistas, pagal savo profesinę kvalifikaciją galintis apdraustąjį ištirti, mokama už gydytojo specialisto, išdavusio siuntimą atlikti tyrimą, brangiau kainuojančią konsultaciją, o už tyrimą atliekančio gydytojo (echoskopuotojo, endoskopuotojo, klinikinio fiziologo ir kt.) konsultaciją nemokama;

1.8. neteikti TLK atsiskaitymo už nefrologo konsultaciją (paslaugų kodai 1560, 1630, 2706, 1686, 2753) dokumentų, jei apdraustajam suteikiama hemodializės paslauga (paslaugos kodas 1925), už kurią mokama iš PSDF biudžeto lėšų (jei hemodializę atlieka gydytojai, neturintys nefrologo ar vaikų nefrologo licencijos, dializės paslaugas teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje apdraustiesiems ne rečiau kaip kartą per mėnesį turi būti teikiamos nefrologo konsultacijos);

1.9. teikiant apdraustajam dienos chirurgijos ar stebėjimo paslaugą, atskirai neteikti atsiskaitymo už gydytojų specialistų konsultacijas dokumentų. Ši nuostata netaikoma brangesiems tyrimams ir procedūroms, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis (už juos mokama atskirai);

1.10. nurodyti siuntime atlikti brangiuosius tyrimus ir (ar) procedūras siunčiančiojo gydytojo specialybę ir siunčiančiojo gydytojo teikiamos paslaugos lygį;

1.11. specializuotas ambulatorines paslaugas teikti pagal gydytojų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, išduotus siuntimus, išskyrus teisės aktuose numatytas išimtis;

1.12. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais specializuotų ambulatorinių, dienos stacionaro, papildomai apmokamų, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimus.

2. Įstaiga, teikianti medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas, įsipareigoja:

2.1. suteiktas medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti apdraustojo būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

2.2. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio gydymo paslaugų teikimo reikalavimus.

Priedų sąrašas:

1 priedas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų nomenklatūra“.

2 priedas „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų suma asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti“.

Šalių rekvizitai ir parašai:

Vilniaus teritorinė ligonių kasa
 Ž. Liauksmo g. 6, 01101 Vilnius
 Įmonės kodas 188783796
 Tel. (8 5) 266 1364, faks. (8 5) 279 1424
 El. paštas vltk@vltk.lt, www.vilniaustlk.lt
 A. s. Nr. LT137300010076341538
 „Swedbank“, AB, b. k. 73000

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR
 REABILITACIJOS CENTRAS
 Nemuno g. 75, Panevėžys
 Įmonės kodas 148413426
 Tel. (8 45) 50 0650, (8 45) 44 4337
 faks. (8 45) 50 0649
 El. paštas info@fmrc.lt;
ruta.pranculienė@fmrc.lt
 A. s. Nr. LT887044060002768349
 AB SEB bankas, b. k. 70440

Vilniaus teritorinė ligonių kasa

Direktorius

Vytautas Mockus

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR
 REABILITACIJOS CENTRAS
 Direktore

Rūta Pranculienė

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir
 šių paslaugų išlaidų apmokėjimo
 Privalomojo sveikatos draudimo fondo
 biudžeto lėšomis sutarties
 2 priedas

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ SUMA (EURAIS) ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS CENTRAS; ID 4610

Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto išlaidų klasifikacija (straipsnio kodas)	PSDF biudžeto išlaidų straipsnio pavadinimas / Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	2018 m. PSDF biudžeto lėšų suma	I ketvirčio lėšų suma	II ketvirčio lėšų suma	III ketvirčio lėšų suma	IV ketvirčio lėšų suma
01 04	Ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms:	577	144	144	144	145
01 04 01	Ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, iš jų:	577	144	144	144	145
01 04 01 01	Gydytojų specialistų konsultacijoms	433	108	108	108	109
01 04 01 02	Gydytojų specialistų konsultacijoms, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai	144	36	36	36	36
	Bendra sutartinė suma:	577	144	144	144	145

Vilniaus teritorinė ligonių kasa
 Direktorius
 Vytautas Mockus

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS
 Direktorė
 Rūta Pranculienė

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir
šių paslaugų išlaidų apmokėjimo
Privalomojo sveikatos draudimo fondo
biudžeto lėšomis sutarties
2 priedas (papildymas Nr. 1)

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ SUMA (EURAIS) ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS CENTRAS; ID 4610

PSDF biudžeto išlaidų klasifikacija (straipsnio kodas)	PSDF biudžeto išlaidų straipsnio pavadinimas / Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	2018 m. PSDF biudžeto lėšų suma	I ketvirčio lėšų suma	II ketvirčio lėšų suma	III ketvirčio lėšų suma	IV ketvirčio lėšų suma
01 04	Ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms:	55	0	15	20	20
01 04 01	Ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, iš jų:	55	0	15	20	20
01 04 01 01	Gydytojų specialistų konsultacijoms	41	0	11	15	15
01 04 01 02	Gydytojų specialistų konsultacijoms, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai	14	0	4	5	5
	Bendra sutartinė suma:	55	0	15	20	20

Vilniaus teritorinė ligonių kasa
Direktoriaus pavaduotoja
Dalia Šimelienė

VŠĮ PANEVĖŽIO FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS
Direktorė
Rūta Pranculienė