

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo
ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos
draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties
tipinė forma, patvirtinta Valstybinės ligonių
kastos prie Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriatas 2019 m. sausio 2 d. įsakymu
Nr. 1K-1

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR APMOKĖJIMO
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS SUTARTIES
TIPINĖ FORMA**

_____ Nr. _____
(Data)

(Vieta)

_____ **teritorinė ligonių kasa** (toliau – TLK), atstovaujama
_____,
(pareigos, vardas, pavardė)

ir

_____ (toliau – įstaiga),
(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

atstovaujama _____ ,
(pareigos, vardas, pavardė)

toliau kartu šioje sutartyje vadinamos „šalimis“, o kiekviena atskirai – „šalimi“, sudaro Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartį (toliau – Sutartis) ir susitaria dėl toliau išvardytų sąlygų.

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

SUTARTIES BENDROSIOS SĄLYGOS

**I SKYRIUS
SUTARTIES DALYKAS**

1.1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir šių paslaugų apmokėjimas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto (toliau – PSDF) lėšomis.

**II SKYRIUS
ĮSTAIGOS ĮSIPAREIGOJIMAI**

Įstaiga įsipareigoja:

2.1 turėti licencijas, suteikiančias teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas veiklos adresais, nurodytas Sutarties 1 priede, ir šias paslaugas teikti tik minėtame priede nurodytais veiklos adresais;

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, 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (toliau – Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas), 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 paslaugų teikimą ir 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, vadovaujantis Bendroju duomenų apsaugos reglamentu;

2.6. išsiaiškinti prieš teikiant Sutartyje numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ar pacientas turi teisę jas gauti: 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) kartu su ją pateikusio asmens tapatybę patvirtinančiu dokumentu;

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

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

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 mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (neapmokamos PSDF biudžeto lėšomis) būtų teikiamos tik po to, kai tą pačią darbo dieną 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“ (toliau – „Sveidra“);

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

2.13. įstaiga įsipareigoja iki kiekvieno mėnesio 10 dienos:

2.13.1. teisės aktų nustatyta tvarka įvesti tikslus duomenis apie ataskaitinį mėnesį suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas į „Sveidra“ ir (ar) Eilių ir atsargų valdymo informacinę sistemos (toliau – EVIS) Dantų protezavimo posistemį. Jei ataskaitinio mėnesio duomenys įvedami į šias informacines sistemas vėliau dėl jų veiklos sutrikimų, tai nebus laikoma vėlavimu (šiuo papunktyje numatytas įsipareigojimas netaikomas įstaigai, įgyvendinančiai sveikatos programas, kurioms skiriamos lėšos naudojamos pagal patvirtintą išlaidų sąmatą);

2.13.2. pateikti TLK ataskaitas (VLK nustatytos formos), kurių negeneruoja „Sveidra“ ir (ar) EVIS Dantų protezavimo posistemis (šios ataskaitos skelbiamos VLK interneto svetainėje adresu <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sutarciau-sudarymas/>), vienu iš 6.1 punkte nurodytų būdų;

2.13.3. pateikti sąskaitas (-ą) ir lėšų paraiškas už ataskaitiniu laikotarpiu (kalendorinis mėnėsis) suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Šiose sąskaitose ir lėšų paraiškose nurodoma:

2.13.3.1. sąskaitose už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms numatytų sutartinių lėšų sumos nefiksuojamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir TLK sutartyse, o tvirtinamos TLK direktoriaus įsakymu ir skelbiamos TLK interneto svetainėje, taip pat sąskaitose už medicininės reabilitacijos paslaugas bei sąskaitose už dantų protezavimo paslaugas nurodoma mokėtina lėšų suma už visas faktiškai suteiktas šias paslaugas (mokėtina lėšų suma už faktiškai atliktus brangiuosius tyrimus ir procedūras apskaičiuojama pagal atitinkamam brangiajam tyrimui ar procedūrai taikomą ataskaitinio mėnesio balo vertę);

2.13.3.2. sąskaitose už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal Sutarties 2 priede pateikiamą PSDF biudžeto išlaidų klasifikaciją nurodoma mokėtina lėšų suma už faktiškai suteiktas šias paslaugas. Ši suma negali viršyti 1/3 metų ketvirčiui šioms paslaugoms sutartyje numatytos sumos (išskyrus atvejus, kai praėjusį laikotarpį nuo metų pradžios iki ataskaitinio mėnesio susidarė mažesnė mokėtina suma už faktiškai suteiktas atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nei buvo numatyta tam laikotarpiui). Sąskaitose už suteiktas aktyviajam gydymui priskiriamas gimdymo ir (ar) insulto gydymo, kai taikoma trombolizė, ir (ar) insulto gydymo, kai taikoma invazinė trombektomija, ir (ar) miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugas nurodoma mokėtina lėšų suma už visas ataskaitinį laikotarpį faktiškai suteiktas šias paslaugas;

2.13.3.3. lėšų paraiškose, teikiamose dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų pagal patvirtintas sąmatas, nurodoma mokėtina suma už faktiškai suteiktas šias paslaugas. Ši suma negali viršyti 1/3 metų ketvirčiui šioms paslaugoms numatytos sumos, išskyrus atvejus, kai praėjusį ketvirtį (praėjusiais ketvirčiais) atitinkamų paslaugų suteikiama už mažesnę sumą, nei buvo tam ketvirčiui (tiems ketvirčiams) numatyta. Pasibaigus metų ketvirčiui, TLK pateikiama Biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaita (forma Nr. 2, patvirtinta Lietuvos Respublikos finansų ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. 1K-465);

2.13.3.4. sąskaitose už Europos Sąjungos valstybių narių, Islandijos, Lichtenšteino, Norvegijos ir Šveicarijos Konfederacijos apdraustiesiems teisės aktų nustatyta tvarka suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas nurodoma lėšų suma už faktiškai suteiktas paslaugas, kuri bus apmokama teisės aktų nustatyta tvarka;

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

2.15. nekeisti pateiktų duomenų, nurodytų Sutarties 2.13.1 ir 2.13.2 papunkčiuose, išskyrus atvejus, kai įstaiga gauna TLK ar VLK 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. teisės aktų nustatyta tvarka informuoti TLK apie planuojamą įstaigos reorganizavimą, pertvarkymą, likvidavimą, bankroto bylos iškėlimą bei kitais atvejais, kai įstaiga negali vykdyti prisiimtų įsipareigojimų pagal šią sutartį;

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

2.19. užtikrinti, kad Sutarties 1 priede išvardytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teiktų specialistai, nurodyti „Sveidros“ posistemyje METAS (Medicinos elektroninė tobulinimo administravimo sistema) (toliau – posistemis METAS), o duomenys apie gydytojus ir slaugytojus, turinčius teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) išrašyti kompensuojamųjų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių (toliau – MPP) receptus, bei duomenys apie jų darbo krūvio

pasikeitimus būtų pateikiami arba patikslinami posistemyje METAS ne vėliau kaip per vieną darbo dieną nuo šių duomenų pasikeitimo;

2.20. 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;

2.21. įvykdyti visus pavedimus pagal TLK sprendime, įformintame kaip ekspertizės pažyma ar kitas dokumentas, nurodytus terminus;

2.22. grąžinti neteisėtai gautas lėšas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei apdraustajam privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustasis, apdraustieji) arba draudžiamajam šiuo draudimu (toliau – draudžiamasis, draudžiamieji) jos turėjo būti apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis;

2.23. sumokėti sulgytas netesybas per TLK nurodytą terminą. Jei įstaiga laiku nesumoka netesybų, turi būti mokami delspinigiai įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka;

2.24. atlyginti PSDF biudžetui padarytą žalą. Jei įstaiga laiku neatlygina žalos, turi būti mokami delspinigiai įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka;

2.25. užtikrinti, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos laikantis teisės aktų nustatytą terminų.

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 2.13 punkte, ir informuoja įstaigą, kad šie dokumentai bei duomenys yra tinkami ir įstaigos sąskaita priimama apmokėti;

3.2. apmokėti įstaigos suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei jos buvo suteiktos apdraustiesiems arba draudžiamiesiems teisės aktų nustatyta tvarka;

3.3. apmokėti įstaigos suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teisės aktų nustatyta tvarka. Jei TLK laiku neatsiskaito, turi būti mokami delspinigiai įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka;

3.4. papildomai sumokėti įstaigai už gerus rezultatus, atsižvelgiant į jos pasiektas 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 (siektinos šių rodiklių reikšmės nustatomos teisės aktais);

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

IV SKYRIUS SUTARTIES GALIOJIMAS, PRATĖSIMAS, PAPILDYMAS, GALIOJIMO SUSTABDYMAS, GALIOJIMO SUSTABDYMO PANAIKINIMAS, NUTRAUKIMAS

4.1. Sutartis įsigalioja nuo 20 __ m. _____ d. ir galioja iki 20 __ m. _____ d.

4.2. Šalys sutaria, kad pagal Sutartį mokama už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas nuo 20 __ m. _____ d.

4.3. Jei iki sutarties galiojimo pabaigos nė viena iš Sutarties šalių raštu nepareiškia noro ją nutraukti, Sutartis pratęsiama automatiškai iki naujos sutarties pasirašymo, bet ne ilgiau nei iki derybų termino, numatyto TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 13 punkte, pabaigos. Sutarties pratęsimo laikotarpiu už apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokama ne daugiau kaip 1/12 praėjusių metų pradinės sutarties metinės lėšų sumos, įvertinus tų metų bazinių kainų pokyčius.

4.4. Sutartis gali būti papildoma teisės aktų nustatyta tvarka 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 asmens sveikatos priežiūros paslaugas, galiojimas, Sutarties galiojimas šių paslaugų atžvilgiu sustabdomas be raštiško TLK įspėjimo iki įstaigos licencijos galiojimo sustabdymo termino pabaigos.

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 raštišku susitarimu;

4.6.3. TLK iniciatyva, jei įstaiga per TLK nustatytą terminą nesiima priemonių TLK nustatytiems pažeidimams pašalinti. Šiuo atveju Sutarties vykdymas visa apimtimi ar iš dalies stabdomas 30 dienų nuo termino, numatyto šioms pažeidimams pašalinti, pabaigos.

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 asmens sveikatos priežiūros paslaugų atžvilgiu panaikinamas tik tuomet, kai panaikinamas atitinkamos licencijos galiojimo sustabdymas.

4.8. Be raštiško TLK įspėjimo sutartis dėl atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo nutraukiama, jei:

4.8.1. panaikinama įstaigos licencija teikti šias paslaugas;

4.8.2. įstaiga nevykdo Sutarties 1.1 punkte 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 raštišku šalių susitarimu.

4.10. Įstaiga turi teisę vienašališkai nutraukti Sutartį, jei TLK du mėnesius iš eilės pažeidžia Sutarties 3.1 punkte nurodytą reikalavimą, raštiškai pranešus apie tai TLK prieš 5 darbo dienas iki Sutarties nutraukimo.

4.11. TLK turi teisę vienašališkai nutraukti sutartį visa apimtimi ar iš dalies, jei, atlikusi kontrolės procedūrą įstaigoje, nustato sistemingus ir (ar) kartotinius pažeidimus (apibrėžiamus Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VPK ar TLK, veiklos priežiūros tvarkos apraše, patvirtintame VPK 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 4.6.3 papunktyje).

4.12. 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 ir 58 straipsniuose arba 505 straipsnio 1 dalyje nurodytus administracinius nusižengimus įstaigos vadovas ir (ar) kiti įstaigos darbuotojai traukiami administracinėn atsakomybėn.

5.2. Įstaigai neatlyginus PSDF biudžetui padarytos žalos ir (ar) sulygtų netesybų per nustatytą terminą, žala ir (ar) netesybos bei delspinigiai išieškomi įstatymų ir kitų teisės aktų 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 yra įteikti praėjus 5 (penkioms) dienoms nuo jų 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 atsiliepimą, jeigu kitos šalies veiksmai, atliekami remiantis paskutiniais 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, teikimo sąlygas bei apmokėjimą ir nustatantiems šių paslaugų bazinės kainas, Sutarties šalys vadovaujasi teisės aktų pakeitimais ir taiko naujas bazinės kainas nuo jas nustatančių teisės aktų įsigaliojimo dienos.

7.3. Jeigu kuri nors Sutarties nuostata negalioja, nes neatitinka įstatymų ir teisės aktų reikalavimų ar Sutarties tikslo bei kai kurių nuostatų, tai neturi įtakos kitų Sutarties nuostatų galiojimui. Šiuo atveju netinkama nuostata turi būti koreguojama ar pakeičiama taip, kad atitiktų įstatymų ir teisės aktų reikalavimus, taip pat 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. 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.

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

SUTARTIES SPECIALIOSIOS SĄLYGOS

VIII. SKYRIUS SPECIALIOSIOS SĄLYGOS

8.1. 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.

8.2. Įstaiga, teikianti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas, įsipareigoja:

8.2.1. užtikrinti apdraustiesiems, prisirašiusiems prie įstaigos, PAASP paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės psichikos ir odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas) teikimą visą parą;

8.2.2. užtikrinti apdraustųjų, prisirašiusių prie įstaigos, ilgalaikį stebėjimą ir gydymą pagal šeimos gydytojo kompetenciją – sudaryti jų ilgalaikio stebėjimo (dispanserizacijos) sąrašus, kuriuose nurodomas gydytojas specialistas, dispanserizavęs pacientą, įstaiga ir dispanserizavimo priežastis;

8.2.3. sudaryti tuberkulioze sergančių apdraustųjų, prisirašiusių prie įstaigos, sąrašus, tęsti ir kontroliuoti jiems skirtą ambulatorinį tuberkuliozės gydymą;

8.2.4. suteikti galimybę apdraustiesiems, prisirašiusiems prie įstaigos, konsultuotis telefonu su PAASP paslaugas teikiančiais gydytojais;

8.2.5. užtikrinti, kad reikiami laboratoriniai tyrimai būtų atliekami apdraustojo, prisirašiusio prie įstaigos, kreipimosi į įstaigą metu;

8.2.6. užtikrinti apdraustiesiems, prisirašiusiems prie įstaigos, pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (jeigu jie dar nėra pasirinkę pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros įstaigos), sudarant sutartį su šias paslaugas teikiančia įstaiga;

8.2.7. užtikrinti apdraustiesiems, prisirašiusiems prie įstaigos, gydytojo odontologo paslaugų teikimą įstaigoje arba kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, sudarant trišalę sutartį su šias paslaugas teikiančia įstaiga;

8.2.8. teikti atsiskaitymo dokumentus už suteiktas skatinamąsias ankstyvosios piktybinių navikų diagnostikos paslaugas TLK:

8.2.8.1. prieš tai pateikus einamojo mėnesio ankstyvosios piktybinių navikų diagnostikos paslaugų suteikimą patvirtinančius dokumentus;

8.2.8.2. kol dar yra nepraėję 6 mėnesiai po diagnozės patvirtinimo;

8.2.9. informuoti kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas apie jų gydytojų netinkamai įformintus atsakymus, teikiamus siuntimą išdavusiam gydytojui;

8.2.10. aprašyti suteiktas PAASP paslaugas 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 (kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą arba MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir naudojimo kurso pabaigos datą), diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

8.2.11. patikrinti asmenų, pageidaujančių prisirašyti prie įstaigos teisės aktų nustatyta tvarka, draustumą privalomuoju sveikatos draudimu;

8.2.12. neimti papildomo mokesčio už prisirašymą iš asmenų, pageidaujančių prisirašyti prie įstaigos teisės aktų nustatyta tvarka;

8.2.13. pagal teisės aktuose nustatytus terminus TLK pateikti PAASP paslaugų prieinamumo stebėjimo ataskaitą;

8.2.14. teikti prevencinėse programose numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;

8.2.15. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais PAASP paslaugų teikimo reikalavimus.

8.3. Įstaiga, įgyvendinanti prevencines programas, įsipareigoja:

8.3.1. keistis informacija su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis apie apdraustajam pagal prevencines programas suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas tais atvejais, kai pagal prevencines programas paskutinė asmens sveikatos priežiūros paslauga pacientui suteikiama kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (tokiu būdu siekiama, kad tos pačios paslaugos, numatytos atitinkamoje prevencinėje programoje, nebūtų pakartotinai teikiamos ir kad šios paslaugos tam pačiam asmeniui būtų teikiamos prevencinėse programose numatytu periodiškumu);

8.3.2. aprašyti pagal prevencines programas suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti apdraustojo būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, diagnozę, siuntimą pas gydytojus specialistus ir į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

8.3.3. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais prevencinių programų įgyvendinimo reikalavimus.

8.4. Įstaiga, išduodanti medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimus, įsipareigoja:

8.4.1. išduoti medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimus, atsižvelgiant į įstaigai numatytus asignavimus šiems siuntimams išduoti (3 priedas);

8.4.2. laikytis toliau nurodytų reikalavimų, jei gaunamas raštiškas TLK pranešimas apie tam tikram ketvirčiui skirtą PSDF biudžeto lėšų viršijimą:

8.4.2.1. atlikti vidaus auditą, siekiant išsiaiškinti, ar pagrįstai išduodami medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimai ir naudojamos PSDF biudžeto lėšos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidoms apmokėti; audito išvadas ir pasiūlymus pateikti TLK;

8.4.2.2. medicininės reabilitacijos siuntimų atranką vykdyti neviršijant kalendoriniams metams skiriamų asignavimų medicininei reabilitacijai;

8.4.3. panaudojus kalendoriniams metams skiriamus asignavimus medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidoms apmokėti, iš anksto derinti su TLK visų medicininės reabilitacijos ir (ar) sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimų išdavimą: ne vėliau kaip prieš tris darbo dienas iki siuntimo išdavimo dienos TLK turi būti pateikiamas prašymas, gydytojų konsiliumo išvada, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo išvada (psichosocialinės reabilitacijos atveju – gydytojo psichiatro išvada), formos Nr. 027/a arba epikrizės kopija;

8.4.4. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo tvarką.

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

8.5.1. užtikrinti, kad skubiosios medicinos pagalbos atveju ambulatorinės paslaugos būtų teikiamos laikantis teisės aktuose nustatytų terminų;

8.5.2. užtikrinti, kad reikiami laboratoriniai tyrimai būtų atliekami apdraustojo kreipimosi į įstaigą dėl ambulatorinių paslaugų metu;

8.5.3. pagal tą pačią tvarką ir terminus registruoti visus apdraustuosius, kurie kreipiasi į įstaigą su siuntimu dėl ambulatorinių paslaugų (gydytojų specialistų konsultacijų, dienos stacionaro, papildomai apmokamų, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos paslaugų) teikimo, jų kreipimosi dieną, nepaisant to, ar siuntimas yra išduotas šios ar kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų;

8.5.4. 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);

8.5.5. pateikti TLK atsiskaitymo dokumentus už tyrimus atliekančių gydytojų (echoskopuotojo, endoskopuotojo, klinikinio fiziologo ir kt.) konsultacijas, jei gydytojo specialisto, išdavusio siuntimą dėl tyrimo atlikimo, 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, kuris pagal savo kompetenciją, reglamentuotą medicinos normoje, gali ištirti apdraustąjį, mokama už gydytojo specialisto, išdavusio siuntimą atlikti tyrimą, brangiau kainuojančią konsultaciją, o už tyrimą

atliekančio gydytojo (echoskopuotojo, endoskopuotojo, klinikinio fiziologo ir kt.) konsultaciją nemokama;

8.5.6. neteikti TLK atsiskaitymo dokumentų už gydytojo nefrologo konsultaciją, jei apdraustajam šis gydytojas suteikia hemodializės paslaugą, už kurią mokama iš PSDF biudžeto lėšų. Neteikti atsiskaitymo dokumentų už nefrologo konsultaciją ir tais atvejais, kai hemodializę atlieka gydytojai, neturintys nefrologo ar vaikų nefrologo licencijos, nors dializės paslaugas teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ne rečiau kaip kartą per mėnesį turi būti užtikrinta gydytojo nefrologo konsultacija;

8.5.7. raštu informuoti PAASP paslaugas teikiančias ir kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas apie jų gydytojų netinkamai įformintus ambulatorinių paslaugų teikimo siuntimus ar atsakymus siuntusiam gydytojui;

8.5.8. aprašyti suteiktas ambulatorines paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitymai, laikantis teisės aktų nustatytų 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 konsultuotis pas gydytojus specialistus arba į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (būtina nurodyti siuntimo tikslą);

8.5.9. jei apdraustajam buvo suteikta dienos chirurgijos ar stebėjimo paslauga, neteikti TLK atsiskaitymo dokumentų už gydytojų specialistų šiam apdraustajam suteiktą konsultacijas. Jei buvo suteikta dienos stacionaro paslauga, neteikti TLK atsiskaitymo dokumentų už gydytojų specialistų šiam apdraustajam suteiktas konsultacijas. Ši nuostata netaikoma, jei teikiant minėtas paslaugas prireikia atlikti brangiųjų tyrimą ar procedūrą (už juos mokama atskirai);

8.5.10. nurodyti brangiųjų tyrimų ir (ar) procedūrų atlikimo siuntime siunčiančiojo gydytojo specialybę;

8.5.11. ambulatorines paslaugas teikti pagal gydytojų, teikiančių PSDF biudžeto lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus siuntimus, išskyrus teisės aktuose numatytas išimtis;

8.5.12. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais specializuotų ambulatorinių, dienos stacionaro, papildomai apmokamų, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų teikimą.

8.6. Įstaiga, teikianti stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – stacionarinės paslaugos), įsipareigoja:

8.6.1. teikti būtinąją medicinos pagalbą visą parą;

8.6.2. nereikalauti, kad apdraustasis papildomai mokėtų už vaistus ir (ar) MPP, būtinus tyrimams atlikti ir gydymo planui įvykdyti (taip pat vaistus ir (ar) MPP operacijai atlikti), jei stacionarinė paslauga teikiama PSDF biudžeto lėšomis;

8.6.3. teikti TLK atsiskaitymo dokumentus už stacionarines paslaugas kaip už vieną gydymo atvejį (pildyti tą pačią formą Nr. 066/a-LK) tais atvejais, kai apdraustasis perkeliamas į kitą įstaigos skyrių arba jos filialą dėl aktyviojo gydymo, ilgalaikio gydymo ar medicininės reabilitacijos arba kai apdraustasis, išrašytas iš stacionaro, 24 val. laikotarpiu pakartotinai hospitalizuojamas į tą pačią asmens sveikatos priežiūros įstaigą aktyviojo gydymo tęstinumui užtikrinti;

8.6.4. nurodyti apdraustajam išduodamame siuntime (forma Nr. 027/a) į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl specializuotos ambulatorinės paslaugos suteikimo, kad apdraustajam šiuo metu taikomas aktyvusis gydymas;

8.6.5. atskirai neteikti TLK atsiskaitymo dokumentų už gydytojų specialistų suteiktas konsultacijas, jei tam pačiam apdraustajam buvo suteikta stebėjimo paslauga. Ši nuostata netaikoma brangesiems tyrimams ir procedūroms, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis (už juos mokama atskirai);

8.6.6. neteikti TLK atsiskaitymo dokumentų už brangiuosius tyrimus ir (ar) procedūras, jei apdraustasis, kuriam šie tyrimai ir (ar) procedūros buvo atliekami, hospitalizuojamas įstaigoje po to, kai jam suteikiama stebėjimo paslauga;

8.6.7. aprašyti suteiktas stacionarines paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, taip pat vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, 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);

8.6.8. vykdyti savo veiklos kiekybinį ir kokybinį vertinimą teisės aktų nustatyta tvarka;

8.6.9. teikiant stacionarines paslaugas vadovautis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatytais asmens sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo rodikliais;

8.6.10. ne vėliau kaip kitą darbo dieną po paciento išrašymo iš įstaigos pranešti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigai, prie kurios pacientas yra prisirašęs, jeigu asmens sveikatos priežiūros paslaugos jam buvo teikiamos dėl tyčinio savęs žalojimo (suicido).

8.7. Įstaiga, teikianti ambulatorines slaugos ir (ar) paliatyviosios pagalbos paslaugas, įsipareigoja:

8.7.1. suteiktas ambulatorines slaugos ir (ar) paliatyviosios pagalbos paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, 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);

8.7.2. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais ambulatorines slaugos ir (ar) paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo reikalavimus.

8.8. Įstaiga, teikianti stacionarines slaugos ir (ar) paliatyviosios pagalbos paslaugas, įsipareigoja:

8.8.1. keičiant slaugos ir palaikomojo gydymo profilį, medicinos dokumentuose nurodyti šio keitimo priežastis ir datą;

8.8.2. atsiskaitymo dokumentus už negalinčių savęs aptarnauti apdraustųjų ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugas teikti TLK vieną kartą per mėnesį tik po to, kai įvertinamas jų Bartelio indeksas ir užfiksuojamas gydymo stacionare ligos istorijoje (apskaitos forma Nr. 003/a);

8.8.3. teikti TLK atsiskaitymo dokumentus už stacionarinės paliatyviosios pagalbos paslaugas tik tuo atveju, jei apdraustajam netaikomos kitos aktyviojo gydymo priemonės, išskyrus išvardytąsias Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, 11 punkte;

8.8.4. aprašyti suteiktas slaugos paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, 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);

8.8.5. vykdyti savo veiklos kiekybinį ir kokybinį vertinimą teisės aktų nustatyta tvarka;

8.8.6. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais slaugos paslaugų teikimo reikalavimus.

8.9. Įstaiga, teikianti transplantacijos paslaugas, įsipareigoja:

8.9.1. aprašyti suteiktas transplantacijos paslaugas medicinos dokumentuose, juos pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, skirtus tyrimus, jų rezultatus, gydymą (išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų numerius, vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę, vartojimo būdą, 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);

8.9.2. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimus.

8.10. Įstaiga, atliekanti brangiųjų tyrimus ir procedūras, įsipareigoja:

8.10.1. pagal tą pačią tvarką ir terminus registruoti visus apdraustuosius, kurie kreipiasi į įstaigą su siuntimu, išduotu dėl brangiųjų tyrimų ir (ar) procedūrų atlikimo, jų kreipimosi dieną, nepaisant to, ar jie atvyksta su šios įstaigos ar su kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų išduotais siuntimais;

8.10.2. aprašyti atliktus brangiųjų tyrimus ir procedūras medicinos dokumentuose (aprašyti paciento būklę, nurodyti brangiųjų tyrimų ir procedūrų atlikimo vietą, datą ir laiką), medicinos dokumentus pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų;

8.10.3. patikrinti, ar apdraustojo pateiktą siuntimą, pagal kurį bus atliekami PSDF biudžeto lėšomis apmokami brangieji tyrimai ir procedūros, išdavė gydytojas specialistas, pagal kompetenciją teikiantis specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis. Siuntime turi būti nurodyta siunčiančiojo gydytojo profesinė kvalifikacija;

8.10.4. raštu informuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigą (kopija pateikiama TLK) apie jos išduotą siuntimą, kurio įforminimas neatitinka teisės aktų reikalavimų ir (ar) kuriame nenurodoma siunčiančiojo gydytojo profesinė kvalifikacija;

8.10.5. neteikti TLK atsiskaitymo dokumentų už atliktus brangiųjų tyrimus ir procedūras, jei šie tyrimai ir (ar) procedūros buvo atliekami teikiant apdraustajam aktyviojo gydymo arba transplantacijos paslaugas;

8.10.6. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais brangiųjų tyrimų ir procedūrų atlikimo reikalavimus.

8.11. Įstaiga, teikianti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugas, įsipareigoja:

8.11.1. teikti GMP paslaugas (kai šias paslaugas teikia GMP dispečerinės tarnybos) savivaldybėse;

8.11.2. teikti GMP paslaugas (kai šias paslaugas teikia GMP budinčios brigados) savivaldybėse;

8.11.3. suteiktas GMP paslaugas aprašyti medicinos dokumentuose, šiuos dokumentus pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų nustatytų reikalavimų;

8.11.4. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais GMP paslaugų teikimo reikalavimus.

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

8.12.1. 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);

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

8.13. Įstaiga, teikianti dantų protezavimo paslaugas, įsipareigoja vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais dantų protezavimo paslaugų teikimo reikalavimus.

8.14. Įstaiga, teikianti dantų silantavimo paslaugas vaikams, įsipareigoja per 3 dienas nuo dantų silantavimo paslaugų suteikimo vaikams, prirašytiems prie atitinkamos PAASP paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, dienos informuoti apie tai šią PAASP paslaugas teikiančią įstaigą.

8.15. Įstaiga, teikianti skubią konsultacinę ir specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą, įsipareigoja vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos paslaugų teikimo reikalavimus.

8.16. Įstaiga, skirianti apdraustiesiems kompensuojamuosius vaistus ir MPP, įsipareigoja:

8.16.1. išrašyti kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptus, atsižvelgiant į jiems numatytus asignavimus (3 priedas);

8.16.2. kompensuojamuosius vaistus ir MPP išrašyti tik apdraustiesiems;

8.16.3. išrašyti apdraustajam 3 formos ir (ar) 3 formos, skirtos išimties atvejams, kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptus tik teikiant jam asmens sveikatos priežiūros paslaugą;

8.16.4. užtikrinti, kad 3 formos ir 3 formos, skirtos išimties atvejams, kompensuojamųjų vaistų receptus išrašytų gydytojas, turintis teisę verstis medicinos praktika;

8.16.5. užtikrinti, kad 3 formos ir (ar) 3 formos, skirtos išimties atvejams, kompensuojamųjų MPP receptus išrašytų gydytojas, turintis teisę verstis medicinos praktika, arba slaugytojas, turintis teisę verstis slaugos praktika;

8.16.6. nurodyti apdraustojo medicinos dokumentuose jam skirtus ir išrašytus kompensuojamuosius vaistus ir (ar) MPP ir įvesti „Sveidra“ (jei duomenys perduodami per šią informacinę sistemą) reikiamus duomenis apie apsilankymus, kurių metu buvo išrašyta kompensuojamųjų vaistų ir (ar) MPP;

8.16.7. apdraustojo medicinos dokumentus pildyti tiksliai ir įskaitomai, laikantis teisės aktų reikalavimų. Šiuose dokumentuose aprašyti paciento būklę, nurodyti paslaugos teikimo vietą, datą ir laiką, jam skirtus tyrimus, jų rezultatus ir diagnozę, taikytą gydymą (nurodyti išrašytų 3 formos ir (ar) 3 formos, skirtos išimties atvejams, receptų numerį, kompensuojamojo vaisto bendrinį pavadinimą, stiprumą, dozę, visą išrašytą vaisto dozių arba pakuočių kiekį, vartojimo būdą, gydymo kursų skaičių ir gydymo kurso pabaigos datą ir (ar) kompensuojamosios MPP pavadinimą, matmenis ar kitus duomenis, jei jų yra, naudojimo būdą ir gydymo kurso pabaigos datą), įklijuoti į medicinos dokumentus apdraustojo raštu pateiktą papildomą informaciją (pvz., dokumento, suteikiančio teisę į lengvatą, kopiją ir kt.);

8.16.8. išrašant kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptus, vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais kompensuojamųjų vaistų ir MPP skyrimo ir receptų išrašymo sąlygas. Teisės aktų, reglamentuojančių kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo ir skyrimo sąlygas, sąrašas skelbiamas VLK ir TLK interneto svetainėse;

8.16.9. atlyginti PSDF biudžetui padarytą žalą, jei įstaigos darbuotojas (sveikatos priežiūros specialistas) neteisėtai ir (ar) nepagrįstai išrašo 3 formos ir 3 formos, skirtos išimties atvejams, kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptus. PSDF biudžetui padaryta žala atitinka pinigų sumą, kurią TLK sumoka vaistinei (medicinos optikos įmonei), išdavusiai kompensuojamuosius vaistus ir (ar) MPP pagal įstaigos sveikatos priežiūros specialisto išrašytą receptą;

8.16.10. skiriant kompensuojamuosius vaistus, vadovautis šiais racionalaus vaistų vartojimo principais:

8.16.10.1. tinkama indikacija – registruoti vaistai turi būti skiriami pagal atitinkamas registruotas indikacijas;

8.16.10.2. tinkamas vaistas – vaistas pasirenkamas pagal jo efektyvumą, saugumą, tinkamumą ir prieinamumą (siekiant, kad pacientų ir PSDF biudžeto išlaidos būtų kuo mažesnės);

8.16.10.3. tinkamas pacientas – vaistas pacientui gali būti skiriamas tik tuo atveju, jei nėra kontraindikacijų ir nepageidaujamų reiškinių tikimybė vartojant šį vaistą yra minimali;

8.16.10.4. tinkama informacija – pacientui turi būti teikiama aktuali, tiksli ir aiški informacija apie jo būklę ir jam skiriamą vaistą. Būtina pasiteirauti paciento (jo atstovo), ar jis supranta gautą informaciją;

8.16.10.5. tinkama stebėseną (monitoringas) – teisės aktų nustatyta tvarka turi būti reguliariai įvertinama paciento sveikatos būklė ir laiku užfiksuojamas numatomas (lauktas) ir netikėtas gydymo vaistais poveikis;

8.16.11. vadovautis teisės aktais, reglamentuojančiais receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų MPP išdavimo (pardavimo) gyventojams reikalavimus.

8.17. Įstaiga, mokanti kompensacijas kraujo donorams ir dalyvaujanti įgyvendinant Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programą, įsipareigoja:

8.17.1. įgyvendinti Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programą ir šiai programai skirtų PSDF biudžeto lėšų apskaitą tvarkyti atskiroje įstaigos banko sąskaitoje;

8.17.2. iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos nepanaudotas lėšas grąžinti į TLK PSDF biudžeto sąskaitą;

8.17.3. neperskirstyti numatytų metinių asignavimų kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti. Kreiptis į Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos koordinavimo tarybą teisės aktų nustatyta tvarka, jei prireikia perskirstyti šiuos metinius asignavimus;

8.17.4. vadovautis kraujo donorystę reglamentuojančiais teisės aktais.

IX SKYRIUS SUTARTIES PRIEDAI

9.1. 1 priedas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų nomenklatūra“.

9.2. 2 priedas „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų suma asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti“.

9.3. 3 priedas „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų suma medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimams išduoti bei kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti“.

X SKYRIUS ŠALIŲ REKVIZITAI IR PARAŠAI

_____TLK
Pareigos
Vardas ir pavardė

Įstaiga
Pareigos
Vardas ir pavardė