

**LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO „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“ PROJEKTO DERINIMO PAŽYMA**

Eil. Nr.	Pastabos ir pasiūlymai	Argumentai, kodėl neatsižvelgta arba atsižvelgta iš dalies į suinteresuotosios institucijos pastabas ir pasiūlymus
<b>1. Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos 2025 m. kovo 17 d. išvada Nr. (1.6 Mr) 2T-196</b>		
1.1.	„Teisingumo ministerijos nuomone, Aprašo 19 punkte būtų tikslinga kalbėti ne apie gydytojų profesines kvalifikacijas, bet apie tai, kad paslaugos turėtų būti tarpusavyje susijusios ir viena kitą papildančios bei būtinos tinkamam sveikatos priežiūros paslaugų suteikimui (kompleksinis paslaugos teikimas, užtikrinantis paslaugos tęstinumą). Tokiu būdu būtų išvengiama situacijos, kuomet asmens sveikatos priežiūros įstaiga teikia tam tikrą paslaugą, apmokamą PSDF lėšomis, tačiau negali teikti panašios susijusios paslaugos, kuri joje neapmokama iš PSDF lėšų, nes dėl šios paslaugos teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturi sutarties su VLK.“	<p><b>Neatsižvelgta.</b></p> <p>Bendro pobūdžio vertinimas pagal paslaugų kompleksiškumo kriterijų numatytas Aprašo 15–17 punktuose (patikslinto Aprašo 6 ir 7 punktuose) – kuo daugiau skirtingų paslaugų įstaiga teikia, tuo didesnę balų skaičių gauna.</p> <p>Aprašo 19 punkte (patikslinto Aprašo 8 punkte) numatyta, kad įstaiga gali gauti papildomą balą, jeigu teikia kitokio pobūdžio (lygio) paslaugas, reikalaujančias tos pačios gydytojo profesinės kvalifikacijos, kaip ir trūkstama paslauga, pavyzdžiui, jeigu trūkstama paslauga yra kardiologo konsultacijos, tai papildomą balą gautų įstaiga, teikianti kardiologijos dienos stacionaro ir (ar) kardiologijos stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, ir t. t. Taigi, skirtingai, nei nurodyta pastaboje, Aprašo 19 punkto (patikslinto Aprašo 8 punkto) nuostatos skirtos užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kompleksiškumą, t. y. kad pacientui prireikus skirtingų tos pačios rūšies (pagal pateiktą pavyzdį – kardiologijos), bet skirtingo pobūdžio paslaugų (ambulatorinės konsultacijos ir</p>

		stacionarinių paslaugų), jas pacientas galėtų gauti toje pačioje įstaigoje.
1.2.	„Teisingumo ministerija atkreipia dėmesį į Aprašo 33 punkte siūlomo numatyti reguliavimo galimas rizikas: taikant siūlomą taisyklę, gali susiklostyti situacijos, kai naujas teikėjas bus padaręs pažeidimą einamaisiais metais, kuriais kreipiasi dėl sutarties sudarymo, tačiau į tą pažeidimą nebūtų atsižvelgiama vertinimo metu. Manytina, toks siūlymas yra nepagrįstas ir neteisėtas.“	<p><b>Neatsižvelgta.</b></p> <p>Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa) paskelbus informaciją apie trūkstamas paslaugas turės būti nustatytas konkretus terminas, iki kurio įstaigos, pageidaujančios sudaryti sutartis dėl šių paslaugų (nauji paslaugų teikėjai), turės pateikti prašymus ir kitus dokumentus bei duomenis. Pažymėtina, kad įstaigų pateiktų duomenų vertinimas Valstybinėje ligonių kasoje užtruks tam tikrą laiką ir objektyviai neįmanoma turėti duomenų, kurie būtų aktualizuoti einamuoju momentu, nes, pavyzdžiui, prieš savaitę pateikti duomenys įstaigos vertinimui atlikti (įskaitant duomenis, gautus iš kitų institucijų) jau gali būti pasikeitę (įstaigos pažeidimai gali būti konstatuoti po atitinkamų duomenų pateikimo) ir Valstybinė ligonių kasa šios informacijos neturės.</p> <p>Atsižvelgiant į tai, kas pirmiau išdėstyta, Apraše turi būti nustatytas konkretus laikotarpis, kurio metu nustatyti pažeidimai yra vertinami (patikslinto Aprašo 22 punkte nustatyta, kad vertinami pažeidimai, kurie buvo nustatyti per 3 praėjusius kalendorinius metus).</p>
<b>2. Asociacijos „Investors‘ Forum“ 2025 m. kovo 17 d. raštas</b>		
2.1.	„Siūloma naujų paslaugų teikėjų vertinimo tvarka neobjektyvi ir ribojanti Nutarimo projekte nustatoma, kad naujų paslaugų teikėjų vertinimas vyks remiantis praėjusių laikotarpių rodikliais, neatsižvelgiant į realius jų planus ir pasirengimą ateityje. Toks reglamentavimas apriboja naujų subjektų galimybes patekti į rinką, nes neleidžia jiems įrodyti savo pasirengimo efektyviai teikti paslaugas, pagrįsto konkrečiomis investicijomis į infrastruktūrą, medicinos personalą ar įrangą.	<p><b>Neatsižvelgta.</b></p> <p>Reikalavimas, kad asmens sveikatos priežiūros įstaiga faktiškai teiktų paslaugas, dėl kurių nori sudaryti sutartį su Valstybine ligonių kasa, įtvirtintas įstatyme – 2025 m. liepos 1 d. įsigaliosiančiame Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 4 dalies 3 punkte nustatyta, kad asmens sveikatos</p>

	<p>Tai ypač problemiška investicijų pritraukimo aspektu – užsienio investuotojai, kurie planuoja įsilieti į Lietuvos sveikatos priežiūros rinką, susidurs su situacija, kai jų verslo planai ir numatomos investicijos neturės realios įtakos atrankos procesui. Be to, toks reguliavimas gali iškreipti rinką, privilegijuojant jau esamus paslaugų teikėjus ir stabdant naujų, inovatyvių investuotojų atėjimą, o tai gali turėti ilgalaikį neigiamą poveikį sveikatos paslaugų kokybei ir pacientų galimybėms gauti prieinamą gydymą.</p> <p>Siūlome užtikrinti, kad naujų paslaugų teikėjų vertinimas apimtų ne tik ankstesnės veiklos rodiklius, bet ir realius jų planus bei pasirengimą ateityje, atsižvelgiant į numatomas investicijas, planuojamą paslaugų apimtį ir infrastruktūrą, taip pat įsipareigojimus užtikrinti pakankamą medicinos personalą bei kokybės standartus. Svarbu įdiegti veiksmingą stebėsenos sistemą, kuri leistų naujiems teikėjams įrodyti savo pajėgumą palaipsniui ir užtikrinti tvarią paslaugų plėtrą. Be šių priemonių nauji rinkos dalyviai, galintys pasiūlyti konkurencingas ir aukštos kokybės paslaugas, susidurs su nepagrįstais apribojimais, o pacientai neturės galimybės pasirinkti geriausio sveikatos priežiūros varianto.</p> <p>Be šių priemonių nauji rinkos dalyviai, kurie galėtų pasiūlyti konkurencingas ir aukštos kokybės paslaugas, negalės prasiskinti kelio, o pacientai neturės galimybės pasirinkti geriausio sveikatos priežiūros varianto.“</p>	<p>priežiūros įstaiga, pageidaujanti sudaryti sutartį, privalo teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, dėl kurių pageidaujama sudaryti sutartį ir kurios atitinka šių paslaugų teikimo kokybės reikalavimus.</p>
2.2.	<p><b>„Nepakankamai aiškūs kriterijai dėl paslaugų trūkumo nustatymo</b></p> <p>Nutarimo projekte nėra pateikti aiškūs ir objektyvūs principai, kaip bus nustatomos vadinamos „trūkstamos“ sveikatos priežiūros paslaugos. Nutarimo projekto 3 punkte nėra aiškiai apibrėžta, kas laikoma „tomis pačiomis trūkstamomis paslaugomis“, kurias pageidauja teikti daugiau negu vienas teikėjas, t. y., kaip bus įvertinamas paslaugų tapatumas. Atkreipiame dėmesį, kad konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų poreikis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatomas arba savivaldybės, arba regiono, arba šalies lygmeniu, tuo tarpu Nutarimo projekte nėra nurodyta, ar dėl teikėjų pageidaujamų teikti trūkstamų paslaugų tapatumo bus sprendžiama vadovaujantis vienodais teritoriniais lygmenimis (ir kokiais), o tai gali sukelti nevienodą praktinį taikymą.</p>	<p><b>Neatsižvelgta.</b></p> <p>Pastaboje pateikti klausimai nėra reglamentuojami Nutarimo projekte. Kaip nurodyta Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 7 dalyje, Vyriausybė turi detalizuoti minėto straipsnio 5 dalyje išvardytus kriterijus, taikomus asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių sudaroma sutartis, taip pat nustatyti kriterijų reikšmes ir paslaugų vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką.</p> <p>Tuo tarpu asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio apskaičiavimo metodikos ir sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų sudarymo tvarka yra patvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymais.</p>

	<p>Tai kelia didelę riziką tiek esamiems rinkos dalyviams, tiek potencialiems investuotojams, nes be aiškių kriterijų gali būti priimami subjektyvūs sprendimai dėl paslaugų apmokėjimo ar ribojimų naujiems paslaugų teikėjams. Esant tokiam neaiškumui, kyla grėsmė, kad sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje susiformuos nelygios sąlygos, kuriose dominuos viešasis sektorius, nesant galimybės įvertinti tikrojo paslaugų poreikio.</p> <p>Siekiant išvengti tokių netolygumų ir užtikrinti skaidrų, aiškų bei prognozuojamą sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimą, būtina apibrėžti aiškius kriterijus, kuriais remiantis būtų nustatomos trūkstamos paslaugos konkrečiose Lietuvos teritorijose. Taip pat svarbu užtikrinti, kad sprendimai dėl paslaugų teikimo būtų pagrįsti duomenimis ir analize, siekiant sukurti skaidrią sistemą, kuri sudarytų sąlygas tiek viešosioms, tiek privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms veikti vienodomis sąlygomis, užtikrinant pacientams prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą.</p> <p>Tik įgyvendinus šias priemones galima tikėtis, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atrankos kriterijai bus paremti realia situacija, o ne subjektyviu reguliavimu, kuris gali diskriminuoti privačius paslaugų teikėjus.“</p>	
2.3.	<p><b>„Neteisinga pažeidimų vertinimo tvarka kelia papildomą riziką investuotojams</b></p> <p>Aptariamo Nutarimo projekto 34 punktu siūloma, kad vertinami bus visi per pastaruosius trejus metus nustatyti pažeidimai, neatsižvelgiant į jų sunkumą ar padarytą realią žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondui. Toks vertinimo principas neproporcingas ir nesąžiningai riboja konkurenciją, nes formalūs ir mažareikšmiai pažeidimai gali nepagrįstai mažinti įstaigų vertinimo balus ir užkirsti kelią jų patekimui į rinką.</p> <p>Tokia nuostata ypač problemiška investuotojų požiūriu, nes neleidžia objektyviai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų patikimumo ir finansinio stabilumo. Jei įstaiga dėl techninių ar administracinių trūkumų gautų įspėjimą, bet realios žalos pacientams ar PSDF nepadarytų, jai vis tiek galėtų būti skiriami balų atėmimai, kurie turėtų neigiamą poveikį sutarčių sudarymo galimybėms.</p> <p>Be to, nesuprantama, kodėl būtent asmenų teisių į nemokamų paslaugų teikimą pažeidimas yra išskiriamas kaip bene svarbiausias pažeidimų diferencijavimo kriterijus, nors turėtų labiau būti atsižvelgiama į objektyvius pažeidimų požymius, pavyzdžiui, realios žalos PSDF biudžetui dydį. Dar daugiau, iš Nutarimo projekto</p>	<p><b>Atsižvelgta iš dalies.</b></p> <p>Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 5 dalyje nustatytų kriterijų tikslas – įvertinti, kuri iš sutartį pageidaujančių sudaryti įstaigų yra tinkamiausia sutarčiai sudaryti ir, be kita ko, kelianti mažiausią riziką, kad teikiant paslaugas nebus laikomasi paslaugų teikimo tvarką nustatančių teisės aktų reikalavimų. Šiuo aspektu įstaigos vertinamos atsižvelgiant į tai, kiek ir kokio pobūdžio pažeidimų jų veikloje buvo nustatyta per 3 praėjusius kalendorinius metus. Kadangi vertinimo tikslas yra surikiuoti įstaigas pagal jų veiklos rizikingumą (nustatytų pažeidimų pobūdį ir kiekį), būtų neobjektyvu ir nepagrįsta vienodą balų skaičių skirti įstaigoms, kurių veikloje nebuvo nustatyta pažeidimų, ir įstaigoms, kurių veikloje buvo nustatyta pažeidimų (net jei šie pažeidimai, kaip teigiama pastaboje, yra</p>

<p>nėra aišku, ar dalinis sutarties su TLK galiojimo sustabdymas ar nutraukimas taip pat laikomas pažeidimų kriterijumi. Jeigu taip, reikėtų aiškesnio reglamentavimo, kad būtų galima įvertinti šių priemonių poveikį vertinimo rezultatams.</p> <p>Rekomenduojame taikyti vertinimą tik tiems pažeidimams, kurie:</p> <p>padarė realią žalą PSDF;</p> <p>rodo sisteminius įmonės veiklos trūkumus, o ne pavienius administracinius neatitikimus.</p> <p>Tik taikant proporcingą ir objektyvų vertinimo mechanizmą galima užtikrinti sąžiningą konkurenciją rinkoje, leidžiant patikimiems ir atsakingiems investuotojams bei paslaugų teikėjams dalyvauti sveikatos priežiūros sistemos stiprinime. Be to, siekiant išvengti neteisingo vertinimo, balus galima minusuoti tik už tuos nustatytus pažeidimus, kurie nebuvo apskūsti teismui ir įsiteisėjo. Tai itin svarbu teisinio aiškumo ir skaidrumo užtikrinimui, nes kitaip sveikatos priežiūros įstaigos galėtų būti nepagrįstai nubaustos dar nepasibaigus teisiniu ginčui. Tokia situacija prieštarautų teisingumo principams ir galėtų sudaryti kliūtis investicijoms bei sektoriaus plėtrai.“</p>	<p>formalūs). Įstaiga, kurios veikloje nebuvo nustatyta pažeidimų, pagal šį kriterijų yra neginčijamai pranašesnė už įstaigą, kurios veikloje buvo nustatyti pažeidimai, ir šios aplinkybės turi nulemti skiriamą skirtingą balų skaičių.</p> <p>Vis dėlto, atsižvelgiant į pastaboje pateiktus argumentus, Aprašo 34 punkto (patikslinto Aprašo 25 punkto) nuostatos buvo patikslintos:</p> <p>1) kaip teigiama pastaboje, „formalūs“ pažeidimai buvo apibrėžti ne aprašant šių pažeidimų pobūdį, bet nurodant, kad tai yra Sveikatos draudimo įstatymo 31<sup>1</sup> straipsnio 2 dalyje nustatyta tvarka konstatuoti pažeidimai. Už šiuos pažeidimus atimamas mažiausias balų skaičius – 1 balas už visus mažareikšmius pažeidimus;</p> <p>2) užtikrinant, kad vertinimo pagal nustatytus pažeidimus kriterijaus praktinė reikšmė („svoris“), palyginti su kitais kriterijais, nebūtų neproporcingai didelė, buvo sumažintos už nustatytus pažeidimus atimamų balų vertės.</p> <p>Projekto rengėjų nuomone, patikslintos nuostatos leis išvengti situacijų, kai įstaiga, kuri pagal visus kitus kriterijus surinko didžiausią balų skaičių, nebūtų pripažinta surinkusia daugiausia balų vien dėl to, kad jos veikloje buvo nustatyta pažeidimų (net jeigu jie buvo mažareikšmiai ar nesukėlę didesnių neigiamų padarinių). Taip pat, projekto rengėjų nuomone, siūlomos nuostatos leis objektyviai įvertinti įstaigas pagal pažeidimų vertinimo kriterijų, atsižvelgiant į tai, kiek ir kokio pobūdžio pažeidimų jų veikloje buvo nustatyta.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		Atsižvelgiant į pastaboje nurodytus argumentus, patikslinto Aprašo 23 punkte buvo nustatyta, kad vertinami tik tie pažeidimai, dėl kurių buvo surašyti Aprašo 24 punkte nurodytų institucijų dokumentai, konstatuojantys pažeidimus, jei šie dokumentai nėra apskūsti, o juos apskundus – įsiteisėjus teismo sprendimui, kuriuo institucijos veiksmai konstatuojant nustatytus pažeidimus pripažinti teisėtais.
2.4.	<b>„Nutarimo projekte išdėstytoms sąlygoms trūksta aiškumo ir konkretumo</b> Asociacija norėtų atkreipti dėmesį į papildomus Nutarimo projekto aspektus, kurie gali turėti įtakos skaidrumui ir sąžiningai konkurencijai sveikatos priežiūros sektoriuje:	
2.4.1.	5 punkte nustatyta, kad sutartys sudaromos atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes. Tačiau nėra aišku, kokiais objektyviais kriterijais vadovaujamasi nustatant šias galimybes. Ši nuostata gali būti interpretuojama plačiai ir sudaryti galimybes neskaidriam sprendimų priėmimui, pavyzdžiui, kiekvieną kartą vertinti vis kitaip ir prireikus remtis tuo, kad nėra finansinių galimybių, nors poreikis ir yra.“	<b>Atsižvelgta iš dalies.</b> Atsižvelgiant į derinimo pažymos 1.18 papunktyje pateiktoje pastaboje Teisingumo ministerijos išdėstytus argumentus, Aprašo 5 punkto atsisakyta, nes jo nuostatos nėra šio teisės akto reglamentuojamas dalykas.
2.4.2.	„6 punkte numatyta, kad minimalius trūkstamų paslaugų kiekius nustato sveikatos apsaugos ministras, tačiau nepaaiškinta, kokiais duomenimis ir skaičiavimais tai bus grindžiama. Be aiškos metodikos gali kilti nepagrįstų ribojimų naujų paslaugų teikėjų įsitraukimui. Šie kiekiai privalo būti pagrįsti objektyviais kriterijais, užtikrinant, kad pacientų galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas nebūtų ribojamos. Taip pat svarbu, kad šie nustatyti lygiai neįvestų naujų apribojimų naujoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sudaryti sutartis, juolab kad minimalių kiekių nustatymas nėra numatytas įstatymų lygmeniu. Kitaip tariant, jei egzistuoja realus poreikis, pacientai privalo turėti galimybę gauti reikiamas paslaugas, o naujų sutarčių sudarymo procesas negali būti dirbtinai ribojamas. Todėl ministro nustatyti trūkstamų paslaugų lygiai turėtų būti kiek įmanoma minimalūs, siekiant užtikrinti sklandų ir prieinamą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.“	<b>Atsižvelgta iš dalies.</b> Nutarimo projekto 6 punkto atsisakyta (žr. derinimo pažymos 1.5 papunktyje Teisingumo ministerijos pateiktą pastabą).
2.4.3.	„7 punkte numatyta, kad trūkstamų paslaugų kiekių sąrašą skelbia VLK, tačiau nėra aišku, koku periodiškumu ir kur jis bus viešinamas. Reikalingas konkretumas dėl	<b>Atsižvelgta iš dalies.</b>

	skelbimo periodiškumo (pvz., kas ketvirtį, kasmet) bei skelbimo vietos (pvz., oficialioje VLK interneto svetainėje, teisės aktų registre ar kitame viešai prieinamame šaltinyje). Tokios informacijos trūkumas gali lemti neskaidrumą ir neužtikrinti rinkos dalyvių galimybės laiku reaguoti į pokyčius.“	Atsižvelgiant į derinimo pažymos 1.18 papunktyje pateiktoje pastaboje Teisingumo ministerijos išdėstytus argumentus, Aprašo 7 punkto atsisakyta, nes jo nuostatos nėra šio teisės akto reglamentuojamas dalykas.
2.4.4.	„12 punkte nustatyta, kad VLK vertina naujo teikėjo galimybes remdamasi įvairiais kriterijais (patalpomis, įranga, medicinos personalo sudėtimi ir kt.), tačiau nėra aišku, kaip ir kokiais kriterijais remiantis šie duomenys bus įvertinti. Šis neapibrėžtumas gali sukelti papildomų teisiškai nepagrįstų apribojimų bei subjektyvumo riziką vertinimo procese.“	<b>Atsižvelgta iš dalies.</b> Nutarimo projekto 12 punkto atsisakyta (žr. derinimo pažymos 1.8 papunktyje Teisingumo ministerijos pateiktą pastabą).
2.4.5.	„14 punkte nurodoma, kad teikiamų paslaugų kompleksiskumas vertinamas atsižvelgiant į naujo teikėjo teikiamų paslaugų rūšių skaičių ir tam tikrų rūšių paslaugų, kurias teikia naujas teikėjas, sąsają su trūkstama paslauga. Formuliuotė apie paslaugų kompleksiskumo vertinimą yra neaiški. Konkrečiai, neapibrėžta, kokios „sąsajos“ tarp naujo teikėjo paslaugų ir trūkstamos paslaugos bus vertinamos, kokiais kriterijais remiantis bus nustatoma jų tinkamumo apimtis ir kokia metodika bus taikoma šiam vertinimui. Nutarimo projekte būtina išdėstyti aiškius kriterijus ir procedūras, kad vertinimas būtų objektyvus ir prognozuojamas.“	<b>Neatsižvelgta.</b> Aprašo 14 punkte (patikslinto Aprašo 5 punkte) pateikiama bendro pobūdžio nuostata, atskleidžianti šiame punkte minimo vertinimo kriterijaus turinį. Detalios vertinimo procedūros pagal šį kriterijų nustatytos kituose Aprašo II skyriaus punktuose.
2.4.6.	„19 punkte paslaugų kompleksiskumo vertinime naudojama neaiški sąvoka „tos pačios gydytojo profesinės kvalifikacijos paslaugos“. Nėra aišku, ar tai reiškia konkrečios specializacijos gydytojus ar platesnę gydytojų grupę, todėl gali kilti interpretavimo sunkumų tiek vertinimo procese, tiek teisiniame ginče.“	<b>Neatsižvelgta.</b> Projekto rengėjų nuomone, siūloma formuliuotė yra aiški ir nedviprasmiška, nes kiekvieno gydytojo profesinė kvalifikacija yra nurodyta gydytojo licenciijoje.
<b>3. Diagnostikos ir gydymo įstaigų asociacijos 2025 m. kovo 10 d. raštas</b>		
3.1.	„Vyriausybės nutarimas yra aukštesnės galios teisės aktas, nei ministro įsakymas ir, tuo labiau, nei VLK direktoriaus įsakymas. Todėl, atsižvelgiant į teisės aktų hierarchiją bei teisėkūroje privalomus sistemiskumo ir aiškumo principus būtent Vyriausybės nutarimu tvirtinamas teisės aktas turi nustatyti ne tik aiškas, tikslas ir nuoseklias pagrindines trūkstamų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atrankos taisykles, bet ir pateikti konkrečius tokių trūkstamų paslaugų identifikavimo ir jų masto nustatymo tvarkos principus. Tačiau Nutarimo projekte pateikiamas tik glaustas Naujoje SDĮ redakcijoje	<b>Neatsižvelgta.</b> Pastaboje keliama klausimai nėra šio teisės akto reguliavimo dalykas. Kaip nurodyta Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 7 dalyje, Vyriausybė turi detalizuoti minėto straipsnio 5 dalyje nurodytus kriterijus, taikomus atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių sudaroma sutartis,

	<p>išvardintų kriterijų taikymo paaiškinimas. Tokia situacija, kai Vyriausybės nutarimo taikymas iš esmės lieka priklausomas nuo žemesnės galios teisės aktuose nustatytos tvarkos (sutarčių su VLK sudarymo bei sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo PSDF lėšomis tvarkas tvirtina Sveikatos apsaugos ministras) gali lemti neaiškumus dėl teisės normų taikymo ir privesti prie teisminių ginčų ir tam tikro chaoso sveikatos apsaugos sistemoje.</p> <p>Taigi, darytina išvada, kad Nutarimo projekte turėtų būti nurodyti bent pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų poreikio nustatymo principai bei sutarčių su VLK sudarymo pagrindinės taisyklės, esant reikalui, pateikiant ir konkrečias nuorodas į galiojančius teisės aktus.“</p>	<p>nustatyti kriterijų reikšmes ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką.</p> <p>Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalimi ir Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 6 dalimi, asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį nustato ir sutarčių sudarymo tvarką tvirtina ne Vyriausybė, bet sveikatos apsaugos ministras.</p>
3.2.	<p>„Nutarimo projekto lydraštyje aiškiai nurodyta, kad numatoma, jog Nutarimo projektu tvirtinamo aprašo nuostatos bus taikomos tik tais atvejais, kai trūkstamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – Paslaugos) pageidauti teikti daugiau nei viena asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – Naujas teikėjas) ir reikės atsirinkti geriausią šių paslaugų teikėją (jeigu trūkstamas paslaugas pageidauti teikti tik vienas Naujas teikėjas ir jis atitiks SDĮ 26 straipsnio 4 dalyje nustatytus reikalavimus, su juo bus sudaroma sutartis dėl paslaugų teikimo be atrankos).</p> <p>Tokiu būdu, akivaizdu, jog Nutarimo projekto tikslas yra nustatyti Paslaugų Naujo teikėjo atrankos taisykles, kai konkrečioje teritorijoje teikiama nepakankamai konkrečių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (t. y. tokių Paslaugų trūksta, nes esami teikėjai negali suteikti pacientams visų reikiamų paslaugų).</p> <p>Taigi, Nutarimo projektas bus taikomas situacijose, kai valstybei ir konkrečios savivaldybės pacientams reikia pagalbos, nes iki tol toje konkrečioje teritorijoje veikiantys sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai nesugebėjo patenkinti viso esamo pacientų poreikio. Tokiomis aplinkybėmis yra akivaizdu, kad Nauji teikėjai, atsižvelgdami į Paslaugų trūkumo mastą privalės keisti savo struktūrą ir darbo organizavimą bei siekdami patenkinti pacientų poreikius, užtikrins, kad ateinančiais metais (dėl kurių bus sudaroma sutartis su VLK) būtų teikiama daugiau trūkstamų paslaugų. Tokia situacija reiškia, kad Naujo teikėjo pajėgumas teikti Paslaugas negali būti vertinamas pagal praėjusio laikotarpio duomenis (nes Naujas teikėjas, įvertinęs paslaugų poreikį pasiruoš suteikti reikiamas paslaugas tik ateinančiame laikotarpyje, dėl kurio sudaroma sutartis su VLK).</p>	<p><b>Atsižvelgta iš dalies.</b></p> <p>Aprašo 12 punkto atsisakyta (žr. derinimo pažymos 1.8 papunktyje pateiktą Teisingumo ministerijos pastabą).</p>



	<p>Atsižvelgiant į aukščiau nurodytas aplinkybes, DIGA siūlo tikslinti Nutarimo projektu tvirtinamo Aprašo 12 punktą ir šį punktą išdėstyti taip:</p> <p><i>„12. Atsižvelgdama į duomenis apie naujo teikėjo turimas ir <b>planuojamas turėti</b> paslaugų teikimo patalpas ir įrangą, jos našumą ir apkrovą, medicinos personalo sudėtį, paskutiniaisiais kalendoriniais metais suteiktų paslaugų kiekius, paslaugų teikimo trukmes bei kitus konkrečių paslaugų duomenis, VLK įvertina naujo teikėjo galimybes suteikti trūkstamų paslaugų kiekius, nurodytus šio teikėjo prašyme.“</i></p> <p>Šis patikslinimas leis užtikrinti, kad bus įvertinti pagrįsti Naujo teikėjo paslaugų teikimo organizavimo planai ir Naujo teikėjo pasiūlymas nebus atmestas, remiantis tik praeitų laikotarpių duomenimis (nes tokie duomenys objektyviai neatspindės Naujo teikėjo galimybių teikti trūkstamas paslaugas ateinančiame laikotarpyje).</p> <p>Siekiant užtikrinti realų trūkstamų paslaugų teikimą laikotarpiu, dėl kuriuo bus sudaryta sutartis su VLK, VLK galės reikalauti Naujo teikėjo pateikti dokumentus, patvirtinančius pasirengimą teikti paslaugas nauju laikotarpiu (pvz., naujos įrangos pirkimo preliminaris sutartis ar gautus komercinius pasiūlymus dėl tokios įrangos pirkimo; preliminaris susitarimas dėl reikiamų patalpų nuomos ar įrengimo ir pan.). Jei Naujas teikėjas nesugebės realiai užtikrinti paslaugų teikimą reikiamu mastu, tokiame Naujam teikėjui gali būti taikoma atsakomybė už sutarties su VLK sąlygų neįvykdymą.</p> <p>Darytina išvada, kad pateiktas konkretus siūlymas dėl Aprašo 12 punkto nuostatų patikslinimo leistų išvengti atvejų, kai dėl nepagrįstų apsunkinimų Naujiems teikėjams įrodyti jų pasirengimą teikti Paslaugas reikiamu mastu, gali iš viso neatsirasti norinčių teikti tokias Paslaugas ir konkrečioje teritorijoje pacientai taip ir negaus galimybės laiku gauti visas reikalingas jiems sveikatos priežiūros paslaugas.“</p>	
3.3.	<p>„Nutarimo projektu tvirtinamo Aprašo V skyriuje aprašomas Naujų teikėjų vertinimas pagal kriterijų „per praėjusius 3 metus nustatyti, vykdant ūkio subjekto priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai“.</p> <p>Apraše numatoma atsižvelgti į VLK, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūrai veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPT), Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – NVSC), Finansinių nusikaltimų tyrimo tarnybos prie Lietuvos Respublikos</p>	<p><b>Atsižvelgta iš dalies.</b></p> <p>Aprašo nuostatos, reguliuojančios įstaigų vertinimą pagal nustatytą pažeidimų kriterijų buvo patikslintos (žr. derinimo pažymos 2.3 papunktyje pateiktus argumentus).</p>

	<p>vidaus reikalų ministerijos (toliau – FNTT) ir Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnybos (toliau – STT) nustatytus pažeidimus.</p> <p>Tačiau Apraše siūloma vertinti ne konkrečius pažeidimus, o „kontrolės procedūras“, kurių metu nustatyti pažeidimai (Apraše taip pat nurodyta, kad jeigu pažeidimus nustatė VASPT, NVSC, FNTT ar STT, atimamas 1 balas už kiekvieną išvardytą institucijų surašytą pažeidimus fiksuojantį dokumentą). Esant tokiam reglamentavimui nebūtų užtikrinamas teisingumas, nes institucijos atlikto vieno patikrinimo metu gali būti nustatytas skirtingas kiekis skirtingo pavojingumo pažeidimų. Taikant pasiūlytą Aprašo redakciją būtų atsižvelgiama tik į tai, ar patikrinimo metu buvo nustatyti pažeidimai, tačiau nebus įvertinamas tokių pažeidimų kiekis (viename patikrinimo akte gali būti fiksuotas vienas arba labai daug pažeidimų). Be to, ir pažeidimų pavojingumą siūloma vertinti išimtinai pagal žalą PSDF ar pakartotinumą požymį.</p> <p>Darytina išvada, kad atliekant Naujo teikėjo atranką ir vertinant tokio teikėjo padarytus teisės aktų pažeidimus turi būti atsižvelgiama tik į atvejus, kai buvo padaryta žala PSDF (nes atliekant atranką kaip tik ir sprendžiama su koku Nauju teikėju bus sudaryta sutartis dėl paslaugų apmokėjimo PSDF lėšomis), lyginant tokiais pažeidimais padarytos žalos dydį. Priešingu atveju nebus galimybių užtikrinti teisingą įvykdytų pažeidimų palyginimą (nes kai kurie pažeidimai gali būti labai formalūs ir nelemiantys žalos PSDF ar paciento interesams, o kiti – itin rimti) ir taikant Aprašą praktikoje nebus užtikrintas aiškus ir objektyvus kriterijų taikymas.</p> <p>Be to, svarbu Apraše aiškiai nurodyti, kad atliekant Naujo teikėjo atranką vertinami tik įsiteisėję sprendimai dėl pažeidimų (t. y. tokie sprendimai, dėl kurių nevyksta ikiteisminiai ar teisminiai ginčai).</p> <p>Taigi, DIGA siūlo vertinti tik tokius Naujų teikėjų pažeidimus, kuriais padaryta žala PSDF ir dėl kurių priimti sprendimai įsiteisėjo ir nėra ginčijami teisės aktų nustatyta tvarka.“</p>	
<b>4. Sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos 2025 m. kovo 10 d. raštas Nr. S-25-02</b>		
4.1.	<p>„Pateiktame derinti su visuomene ir suinteresuotomis institucijomis Nutarimo projekte aiškiai įvardinti atrankos kriterijai naujam tiekėjui, kada regione jau teikiančios paslaugas kompensuojamas iš PSDF įstaigos neužtikrina gyventojų poreikių. Manome, kad aukščiau išvardinti pakeitimai turi būti vertinami ir kuriami bendrai, kadangi Nutarimo projektu sprendžiama problema (atrinkti labiausiai</p>	<p><b>Neatsižvelgta.</b></p> <p>Pastaba nevertinta, nes joje dėl projekto nepateiktos jokios konkrečios pastabos ar pasiūlymai.</p>

	kriterijus atitinkantį paslaugos teikėja, kai paslaugų teikimas tinkamai neužtikrinamas) potencialiai gali iškilti dėl aukščiau įvardintų ketinamų įgyvendinti paslaugų apmokėjimo pokyčių, kurie skatins gydymo įstaigas neteikti daugiau paslaugų, kadangi jos bus nuostolingos.“	
4.2.	„Manome, kad dalis atrankos kriterijų gali būti diskriminaciniai vertinant sutartį su VLK turinčias ir niekada neturėjusias įstaigas. Nutarimo 8.4. punktas nurodo, kad vienas vertinimo kriterijų yra per praėjusius 3 metus nustatyti privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai. Pažymime, kad įstaiga, kuri įsikūrė prieš mažiau nei metus, tikėtina nėra sulaukusi dar nei vienos kontrolės procedūros, o neturėdama sutarties su VLK negali būti padariusi žalos PSDF biudžetui, todėl pagal šį vertinimo kriterijų – surinks maksimalius balus lyginant su daug patirties ir ilgai veikiančia įstaiga. Taip pat, Nutarimo V skyriuje nurodoma, kad yra vertinama kontrolės procedūrų kiekis, tačiau ne nustatyti pažeidimai ir jų sunkumas. Manome, kad kontrolės procedūra visuomet buvo prevencinė ir pagalbos priemonė ir savo esme neindikuoja įstaigos neteisėtų veiksmų. Apibendrinant, manome, kad šis atrankos kriterijus negali būti lygiavertiškai taikytinas visiems pareiškėjams.“	<b>Atsižvelgta iš dalies.</b> Aprašo nuostatos, reglamentuojančios įstaigų vertinimą pagal nustatytų pažeidimų kriterijų buvo patikslintos (žr. derinimo pažymos 2.3 papunktyje pateiktus argumentus).
5.	<b>Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministerijos darbo tvarka gautos pastabos</b>	
5.1.	Aprašo 25.2 p. nustato, kad už kiekvieną VLK atliktą kontrolės procedūrą, kai buvo nustatyti pažeidimai, dėl kurių buvo padaryta žala PSDF biudžetui ir pažeistos asmenų teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą<...> atimamas 1 balas. Tačiau Aprašas nenumato tvarkos ir kriterijų, kuriais būtų vertinama pažeidimais padarytos žalos dydis.	<b>Atsižvelgta iš dalies.</b> Teikimas papildytas paaiškinimu dėl žalos dydžio reikšmės vertinant pažeidimus: „Vertinant padarytus pažeidimus, nevertinamas PSDF biudžetui padarytos žalos dydis, nes: 1) tai dar labiau sustiprintų pirmiau minėtą problemą, kai viena įstaiga veiklą vykdo 3 metus (per šį laikotarpį galėjo būti atlikta daugiau patikrinimų ir nustatyta didesnė žala), o kita įstaiga, pvz. tik 1 metus (atitinkamai ir patikrinimų bei žalos tikimybė mažesnė); 2) toks vertinimas būtų neteisingas didžiųjų įstaigų atžvilgiu, nes jų paslaugų apimtys yra itin didelės,

		<p>teikiamų paslaugų spektras yra labai platus ir, atitinkamai, jų padaryta žala bus kur kas didesnė;</p> <p>3) planiniai tikrinimai atliekami pagal planą, kuris sudaromas atsižvelgiant į prioritetines kontrolės kryptis, VLK direktoriaus nustatyta tvarka įvertinus kiekvienos įstaigos rizikingumą (be kita ko vertinant įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumą, kuo daugiau paslaugų teikiama - tuo įstaiga laikoma rizikingesne). Taigi, didelėse įstaigose nuolat kažkas tikrinama;</p> <p>4) žalos dydis pats savaime neatspindi įstaigos "pavojingumo". Nutarimo projekto rengėjų nuomone, įstaiga, kuri padarė vienetinius pažeidimus, net jeigu jais buvo padaryta didesnė žala, yra mažiau pavojinga, nei įstaiga, kuri nuolat daro mažesnės žalos, bet daug pažeidimų“.</p>
5.2.	<p>Aprašo 25.3 nustato, <i>jei pažeidimus nustatė Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros tarnyba, nacionalinis visuomenės sveikatos centras ar Finansinių nusikaltimų tyrimų tarnyba, atimamas 1 balas, už kiekvieną &lt;...&gt; surašytą pažeidimus fiksuojantį dokumentą. Ši nuostata visiškai eliminuoja pažeidimų pobūdžio vertinimą</i> (skaičiuojamas ir vertinamas tik pažeidimų kiekis)</p>	<p><b>Atsižvelgta iš dalies.</b></p> <p>Projektas papildytas numatant, kad už mažareikšmius pažeidimus nebūtų atimamas balas (25.2 p.).</p> <p>Pažeidimų kriterijų vertinamų pažeidimų pobūdis nustatytas SDĮ 26 straipsnio 5 dalies 4 punkte - privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai. Taigi, vertinami bus ne bet kokie, bet išimtinai tik šio pobūdžio pažeidimai (tai nurodyta ir Aprašo 22 punkte).</p>
5.3.	<p>Aprašas visiškai nedetalizuoja pačios paslaugų tiekėjų vertinimo tvarkos, pvz., ar atliekamas vertinimas, kai paslaugas teikti pretenduoja tik vienas paslaugų teikėjas, kaip ir kokie sprendimai priimami kai galimi paslaugų tiekėjai surenka vienodus vertinimo balus ir pan.</p>	<p><b>Neatsižvelgta</b></p> <p>Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 7 dalyje nustatyta, kad Vyriausybė turi detalizuoti šio straipsnio 5 dalyje nurodytus kriterijus ir nustatyti vertinimo pagal uos tvarką. Taigi, pastaboje minimų sprendimų priėmimas yra ne šio teisės akto reguliavimo dalykas.</p>

		<p>Atkreipiame dėmesį, kad pirminiame Nutarimo projekte pastabose siūlomos įrašyti nuostatos buvo įtrauktos, tačiau, atsižvelgiant į Teisingumo ministerijos projektui pateiktą pastabą, kad Vyriausybei įstatymu nėra suteikti įgaliojimai nustatyti paminėtą tvarką, šios nuostatos iš projekto buvo išimtos ir bus įtrauktos į sveikatos apsaugos ministro tvirtinamą sutarčių sudarymo tvarką (Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 6 dalis).</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------