

LIETUVOS RESPUBLIKOS PACIENTŲ TEISIŲ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMO ĮSTATYMO NR. I-1562 1, 2, 7, 8, 13, 20 STRAIPSNIŲ IR V SKYRIAUS PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTO (TOLIAU – PROJEKTAS), LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 5 IR 33 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTO (TOLIAU – SPĮĮ PROJEKTAS), LIETUVOS RESPUBLIKOS MEDICINOS PRAKTIKOS ĮSTATYMO NR. I-1555 6 IR 8 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTO (TOLIAU – MPĮĮ PROJEKTAS) IR LIETUVOS RESPUBLIKOS SLAUGOS PRAKTIKOS IR AKUŠERIJOS PRAKTIKOS ĮSTATYMO NR. IX-413 7 IR 8 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTO (TOLIAU – SPAPĮ PROJEKTAS)

DERINIMO PAŽŪMA

Institucijos pavadinimas	Ėil. Nr.	Pastabos ir pasiūlymai	Argumentai, kodėl į pastabas ir pasiūlymus neatsižvelgta ar atsižvelgta iš dalies
Ūkio ministerijos 2018-07-18 raštas Nr. (15.27-37E)- 3955	1.	Siūlytume Įstatymo projekte nurodyti, per kiek laiko asmuo būtų įrašomas į Ekspertų sąrašą.	Atsižvelgta iš dalies. Projekte nedetalizuota Ekspertų sąrašo sudarymo tvarka, tačiau patikslinta, kad Ekspertų sąrašas sudaromas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
Teisingumo ministerijos 2018-07-16 raštas Nr. (1.6E)2T-501	2.	6. Pažymėtina, kad pagal Duomenų apsaugos reglamento nuostatas turi būti įtvirtintas duomenų tvarkymo tikslas, konkretūs tvarkomi duomenys, duomenų saugojimo laikotarpis ir kt. Siūlytina šiais aspektais įvertinti Projekto nuostatas, kuriomis remiantis būtų tvarkomi asmens duomenys, ir prireikus jas pildyti atitinkamomis formulėmis.	Neatsižvelgta. Projektas derintas su Valstybine duomenų apsaugos inspekcija, kuri pastabų projektui neturėjo.
	3.	8. Iš esmės turi būti pagrindžiamas Projekto 5 str. dėstomos 23 str. 5 d. reikalavimas pateikti „asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą“ ir tokio dokumento kopijos patvirtinimui nustatytos taisyklės, kai skundas teikiamas per atstumą. Atsižvelgiant į tai, kad skunde turės būti nurodytas paciento asmens kodas, svarstyti, kokius dar duomenis apie asmenį siekiama gauti ir kodėl tų duomenų negali gauti pati sveikatos priežiūros įstaiga. Manytina, įpareigojimas pateikti asmens tapatybę patvirtinančio dokumento įgaliojimo subjekto patvirtintą kopiją yra neproporcingas ir papildomą našą asmeniui sukeliantis reikalavimas.	Neatsižvelgta. Reikalavimas pateikti „asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą“ nustatytas ne siekiant gauti asmens duomenis, o nustatyti skundą teikiančio asmens tapatybę. Pagal projektą tiek skundo sveikatos priežiūros įstaigai, tiek prašymo Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijai padavimas (jo nagrinėjimo rezultatai) lemia tolesnius asmens pažeistų teisių ar jam padarytos žalos teisinės gynybos veiksmus. Taigi svarbu įsitikinti, kad skundą ar prašymą paduoda pats asmuo (arba jo atstovas).
	4.	10. Svarstyti, ar visais atvejais, kai „skundas neįskaitomas“, kaip kad nurodyta Projekto 5 str. dėstomoje 23 str. 7 d., būtų pagrįsta jo nenagrinėti ir grąžinti pateikusiam asmeniui. Kodėl, pavyzdžiui, nebūtų galima pirmiausia taikyti trūkumų šalinimo procedūros (juolab kad skunde turi būti nurodyti ir duomenys ryšiui palaikyti), o tik po jos konstatuoti skundo neįskaitymo fakto.	Neatsižvelgta. Jei skundas neįskaitomas, jo gavimo metu negalima nustatyti, ar jame nurodyti visi projektu keičiamo Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (toliau – Įstatymas) 23 straipsnio 3 dalyje nurodyti duomenys. Pritaikius trūkumų šalinimo nuostatas ir paprašius pateikti skundą, kuris būtų įskaitomas, gali susidaryti situacija, kad pateiktame skunde trūks tam tikrų duomenų, tad reikės vėl pritaikyti trūkumų šalinimo nuostatas. Pastebėtina, kad trūkumų šalinimo laikas

		<p>neįskaitomas į skundo nagrinėjimo laiką, tad tokiu atveju (du kartu šalinant trūkumus) nepagrįstai pailgėtų skundo nagrinėjimo laikas. Manome, kad trūkumų šalinimas turėtų būti leidžiamas tik jei skundą teikiantis asmuo dėl tam tikrų priežasčių (pamišio, neturėjo ir pan.) pateikė ne visus ar netinkamai įformintus dokumentus ir (ar) juose yra pateikta ne visa ir (ar) netiksli informacija, tačiau ne tuomet, kai skundas yra neįskaitomas – neįmanoma suprasti, kas jame rašoma (t. y. ar tai apskritai skundas).</p>
5.	<p>27. Įvertinus Projekto 5 str. dėstomas 25 str. 5 ir 9 d., atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvos Respublikos Vyriausybei yra pateikti Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo įstatymo Nr. XIII-198 pavadinimo, 1 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo Nr. XIII-198 skyriumi įstatymo projektas ir su juo susijusių lydimųjų įstatymų projektai (TAIS Nr. 18-7209(2)). Siūlytina minėtas nuostatas įvertinti šių įstatymų projektų kontekste.</p>	<p>Neatsižvelgta. Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo įstatymo Nr. XIII-198 pavadinimo, 1 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo III¹ skyriumi įstatymo projektas ir jo lydimasis Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 24 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (TAIS Nr. 18-7230(2)) nėra priimti, todėl nėra pagrindo projekto nuostatas derinti su jų nuostatomis.</p>
6.	<p>32. Iš esmės pagrįstinas siūlymas Projekto 5 str. 25 str. 10 d. numatyti, kad „atlygis už dalyvavimą Komisijos veikloje jos nariams ir ekspertams mokamas iš sąskaitos lėšų“, 26 str. 6 d. numatyti, kad sąskaitos lėšos naudojamos „Komisijos (įskaitant ekspertus) veiklai finansuoti“: kodėl teikiamas toks siūlymas, kodėl nesildomas valstybės biudžeto lėšų šaltinis, juolab kad plačiaja prasme Projektu kuriamas modelis yra valstybinei priskirtina funkcija.</p>	<p>Neatsižvelgta. Žalos atlyginimo be kaltės modelis yra visuma priemonių, t. y. tai ne tik žalos atlyginimas iš sąskaitos, bet ir žalos bei jos priežastinio ryšio su sveikatos priežiūros paslaugomis bei atlygintinos žalos dydžio nustatymas. Taigi visa tai turėtų būti apmokama iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų (kaip žala potencialiai galinčių sukelti subjektų) imokų. Pastebėtina, kad žalos administravimo (įskaitant ekspertizės) išlaidos šiuo metu yra įskaičiuojamos į asmens sveikatos priežiūros įstaigų mokamas civilinės atsakomybės draudimo imokas. Kadangi visos žalos bus atlyginamos per Komisiją, tad iš jos veiklos išlaidos turėtų būti padengiamos iš sąskaitos.</p>
7.	<p>Projekte taip pat nėra saugiklių, kurie užtikrintų pakankamą lėšų, būtinų kompensuoti pacientams padarytą žalą, sukaupimą ir kiekį – nustatyтина, kas atlygintų žalą tais atvejais, kai lėšų nebūtų sukaupta, arba jų trūkštų (pakartotinai pastebėtina, kad pagal 24 str. 14 d. „Paciento sveikatai padaryta žala (turtinė ir neturtinė) turi būti visiškai atlyginama iš sąskaitos lėšų“).</p>	<p>Neatsižvelgta. Pagal projekto aiškinamajame rašte pateiktą sąskaitos veiklos prognozę (lentelę) lėšų trūkumas nenumatomas. Tačiau maždaug šešiais metais sąskaitos išmokos bus didesnės nei ASPI įmokos (jeigu įstatyme nustatytas įmokų procentas nebus keičiamas) – šis deficitas būtų kompensuojamas iš sąskaitos sukaupto likučio. Vis dėlto jei einamųjų metų įmokų nepakaktų sąskaitos išlaidoms (išmokoms ir sąskaitos administravimui) mokėti</p>

		<p>(pastebėtina, kad tai galėtų būti tik todėl, kad dėl ASPĮ veiklos būtų padaryta daugiau žalų pacientams), kitais metais įmokos galėtų būti didinamos (būtų inicijuojamas įstatymo keitimas). Dėl procedūrinio tokių nuostatų pobūdžio jų nesiūloma dėstyti projekte. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokų nemokėjimo atvejų neturėtų būti (arba jie būtų labia reti), nes tokiu atveju jiems grėstų įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencijos sustabdymas (pagal Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projektą).</p>
	<p>Taip pat nėra kalbama ir apie tuos atvejus, kai subjektas, Projekte nustatytiniais terminais neįvykdytų jam nustatytos pareigos sumokėti įmoką.</p>	<p>Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu siūloma nustatyti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencija sustabdoma, kai paaiškėja, kad asmens sveikatos priežiūros įstaiga pažeidžia Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme nustatytą įpareigojimą į Vyrtaisybės-igaliotos institucijos valdomą sąskaitą mokėti įmokas, reikalingas pacientų sveikatai padarytai žalai (turinei ir neturinei) atlyginti. Be to, projektas papildytas nuostata, kad laiku nesumokėjus įmokos į sąskaitą turi būti mokami delspinigiai.</p>
<p>Lietuvos savivaldybių asociacijos 2018-06-21 raštas Nr. (1.2)-SD-367</p>	8.	<p>1.1. Siūlytina įstatymo projekto 1 str. 1 d. apibrėžimą „dėl teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų“ papildyti ir žodžiais „ar nesuteiktų“, nes žala sveikatai gali būti padaryta ir nesuteikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugų, esant jų poreikiui.</p>
	9.	<p>1.2. Be to, pati sąvoka „Neišvengiama žala“ apibrėžiama per siaurai, nėra įtraukti paties paciento sveikatos būklės ypatumai, pavyzdžiui, nulėmę netipinę ligos eigą/reakciją į vaistą/operaciją ir pan.</p> <p>1.1. 24 str. 12 d. turėtų būti papildyta atveju, kai paciento sveikatai žala lėmė paties paciento sveikatos būklės ypatumai, pavyzdžiui, nulėmę netipinę ligos eigą/reakciją į vaistą/operaciją ir pan.</p>

10.	<p>1.3. Įstatymo projekto 2 str. nurodoma, kad išbraukiami žodžiai „jo lėšomis“, nustatant, jog asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalės nemokamai padaryti ir išduoti paciento medicinos dokumentų kopijas, diagnozės ir gydymo aprašymus. Viena vertus, šis įstatymo projektas įsigalios tik nuo 2020 m. sausio 1 d., vadinasi, iki to laiko bus pažeidinėjamas Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas (toliau – BDAR), kita vertus – BDAR nustatyta, kad „duomenų valdytojas pateikia tvarkomų asmens duomenų kopiją. Už bet kurias kitas duomenų subjekto prašomas kopijas duomenų valdytojas gali imti pagrįstą mokesį, <.>“. Taigi projekte turėtų būti nustatytas apribojimas, kad duomenų subjektas negalėtų prašinėti duomenų kopijų daugiau nei vieną kartą, be to, turėtų būti išspręstas finansinis šios naujos pareigos asmens sveikatos priežiūros įstaigos klausimas – nes praktikoje daugybė pacientų kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą duomenų kopijų, išrašų ir t.t., dėl ko patiriamos didžiulės administracinės išlaidos (gydytojai turi skirti papildomą darbo laiką rengti išrašams, darbuotojas turi daryti dokumentų kopijas, spausdinti dokumentus, juos tvirtinti ir t.t.). Jei nebebus šios išlaidos apmokamos paciento, tai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms atsiras didelė finansinė našta.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies. Patikslinto projekto 7 str. numatyta, kad projekto 3 str. įsigaliojimas nėra nukeliamas. Projekto 3 str. numatyta, kad paciento medicinos dokumentų kopijos išduodamos asmens duomenų tvarkymą reguliuojančių teisės aktų nustatyta tvarka, todėl projekte šių nuostatų perrašyti nėra tikslinga. Medicinos dokumentų kopijų išdavimo išlaidos (kai jų neturi padengti pacientas) turėtų būti apmokamos iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos gaunamų pajamų – papildomas finansavimas nei iš valstybės biudžeto, nei iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto šioms išlaidoms padengti negali būti skiriamas.</p>
11.	<p>1.6. Keičiant Įstatymo projekto 23 str. 1 d., nurodytas 3 metų terminas nuo teisių pažeidimo dienos, o 24 str. – nuo paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atsiradimo dienos. Siūlytina pateikti paaiškinimą skirtumo tarp šių momentų (skaiciavimo pradžių). Taip pat abiem atvejais, jei asmuo nuspręs kreiptis – tai kreipimasis bus apie galimai padarytą žalą – patį faktą ir priežastis turės nustatyti komisija, todėl tikslinga papildyti žodžiu „galimai“.</p>	<p>Neatsižvelgta. 23 str. ir 24 str. reguliuojami skirtingi terminai: 23 str. 1 d. numato terminą dėl pažeistų teisių gynimo (kai dėl to nekilo žala), o 24 str. – terminą dėl kreipimosi atlyginti pažeidimu padarytą žalą. Pirmuoju atveju terminas yra sudėtinis – t. y. ne vėliau kaip per vienus metus, kai sužino, kad jo teisės pažeistos, bet ne vėliau kaip per trejus 3 metus nuo teisių pažeidimo dienos, antruoju – terminas skaičiuojamas nuo tos dienos, kurią pacientas sužinojo arba turėjo sužinoti apie jo sveikatai padarytą žalą (turtinę ir neturtinę). Projekte nustatyta pareiškimų dėl žalos atlyginimo ir skundų dėl pacientų teisių pažeidimo nagrinėjimo tvarka, todėl teisinės pasekmės (pažeidimo konstatavimas ar žalos atlyginimas) atsiranda tik įvykdžius projekte nurodytas procedūras. Atsižvelgiant į tai, papildymas žodžiu „galima“ pridėtinės vertės nesuteiktų ir apkrautų įstatymą.</p>

12.	1.7. Būtina papildyti 23 str. 3 d., kad „skundas turi būti pateiktas valstybine kalba – lietuvių kalba“; o 7 d. papildyti, „skundas pateiktas ne valstybine kalba“. Analogiškos pastabos ir 24 str. 4 d. ir 8 d.	<p>Neatsižvelgta. Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 32 str. nustatyta, kad administracinės procedūros kalba – valstybinė lietuvių kalba.</p> <p>Prašymų ir skundų nagrinėjimo ir asmenų aptarnavimo viešojo administravimo subjektuose taisyklių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugpjūčio 22 d. nutarimu Nr. 875 „Dėl Prašymų ir skundų nagrinėjimo ir asmenų aptarnavimo viešojo administravimo subjektuose taisyklių patvirtinimo“, 13 p. nustatyta, kad prašymas ir skundas raštu turi būti parašytas valstybine kalba arba turėti vertimą į valstybinę kalbą, kurio tikrumas būtų paliudytas Lietuvos Respublikos notariato įstatymo nustatyta tvarka, o 15 p. - kad atsižvelgdamas į institucijos atliekamas funkcijas ir šios institucijos valstybės tarnautojų kompetenciją, institucijos vadovas turi teisę nustatyti ir kitas kalbas, kuriomis parašyti prašymai gali būti priimami.</p> <p>Atsižvelgiant į šias nuostatas, siūlomas projekto papildymas yra perteklinis.</p>
13.	1.12. Pažymėtina, kad Pagal Lietuvos Respublikos biomedicininio tyrimų etikos įstatymo 5 str. 1 d. 8 p. pagrindinis tyrėjas ir biomedicininio tyrimo užsakovas arba ASPĮ turi apsidrausti civilinę atsakomybę dėl galimos turinės ir neturtinės žalos, padarytos biomedicininio tyrimo metu, tiriamajam atlyginimo. Tikėtina, kad esant specifiniam draudimo objektui ir įmokos tokio draudimo yra didesnė (dėl galimos rizikos), tad kyla abejonių, ar tikrai šių bandymų metu galimai sukurta žala turėtų būti atlyginama iš bendro biudžeto (nepaisant, jog kelia tik nedidelį nepageidaujamą laikiną poveikį).	<p>Neatsižvelgta. Šiuo metu įstatyme (26 straipsnio 1 dalies 2 punktas) nustatyta, kad iš ASPĮ civilinės atsakomybės draudimo (jei tai numatyta draudimo sutartyje) gali būti apmokama ir už dėl ASPĮ, kuri yra biomedicininio tyrimo užsakovė, ar jos darbuotojų, kurie yra biomedicininio tyrimo užsakovai ir (ar) tyrėjai, kaltės atliekant klinikinį vaistinio preparato tyrimą, klinikinį medicinos prietaiso tyrimą ar bet kurį kitą biomedicininį tyrimą, kuriame dalyvaujančiam asmeniui tyrimo tikslais taikomi intervenciniai tyrimo metodai kelia tik nedidelį nepageidaujamą laikiną poveikį tiriamojo sveikatai, tiriamajam padarytą turtinę ir neturtinę žalą. Atsižvelgiant į tai, kad ši nuostata skirta palengvinti biomedicininio tyrimų atlikimą (kad biomedicininio tyrimo užsakovui, kai atliekami nesudėtingi tyrimai (kurių metu, pvz., tik paimamas kraujas ar seilių mėginiai, t. y. veiksmiai, kurie yra įprasta sveikatos priežiūros praktika), nereikėtų drausti biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu),</p>

		projektu siūloma palikti analogišką reguliavimą, kad už minėtą žalą būtų atlyginama iš sąskaitos lėšų.
14.	1.14. 25 str. 7 d. siūlytina papildyti, kad būtų įtraukiami ir kitų sričių specialistai į ekspertų sąrašą (slaugos, akušerijos ir kt.), nes jų padarytas klaidas gali kompetentingai vertinti jų specialybės atstovai.	Atsižvelgta iš dalies. Projektas papildytas nuostata, kad į ekspertų sąrašą įtraukiami ir slaugos specialistai. Akušerių įtraukti nesitūloma, kadangi į sąrašą galės būti įtraukiami gydytojai akušeriai ginekologai, kurių teisės aktais nustatyta kompetencija yra platesnė nei akušerių.
15.	1.15. Manome, kad siūloma 0,3 procento asmens sveikatos priežiūros ištaigos metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą dydžio asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmoką yra per didelis finansinis išpareigojimas, teksiantis gydymo įstaigoms. Be to, paliekamas ir sveikatos priežiūros įstaigų savanoriškasis civilinės atsakomybės draudimas. Atsižvelgiant į tokį reglamentavimą, asmens sveikatos priežiūros įstaigos bus priverstos mokėti dvigubai, t. y. pervesti 0,3 proc. į sąskaitą atlyginti žalai be kaltės, taip pat turės vis tiek draustis tiems atvejams, jei pacientai, nepatenkinti skundo nagrinėjimu komisijoje, kreiptųsi į teismą, kuris priteistų didesnes sumas už žalą nei būtų mokama iš sąskaitos.	Neatsižvelgta. Jei teismui bus skundžiamas Komisijos sprendimas, teismo priteista žala bus atlyginama iš sąskaitos lėšų. Jei bus kreipiamasi dėl skundo nagrinėjimo iš esmės ir teismas nustatys didesnę žalą nei Komisija, skirtumą tarp šių sumų sumokės asmens sveikatos priežiūros įstaiga iš savo ar kitų lėšų, tačiau tokie atvejai, tikėtina, bus reti, kadangi žalos atlyginimas pagal Komisijos sprendimą daugeliu atvejų turėtų būti objektyviai pakankamas ir pacientai neneorės gaišti laiko ir eikvoti jėgas teisme dėl galimos likusios žalos dalies priteisimo. Taigi poreikis papildomai drausti civilinės atsakomybės draudimu galėtų būti minimalus. Projekto aiškinamojo rašto 12 punkte nurodyta, kad pagal projekto nuostatas visos asmens sveikatos priežiūros ištaigos kartu įmokoms į sąskaitą papildomai (lyginant su šiuo metu mokamomis įmokomis civilinės atsakomybės draudimui) turės skirti 639 525 eurų per metus, pvz., viešajai įstaigai Kauno klinikoms papildomai reikės 28100 eur (2017 m. už civilinės atsakomybės draudimą sumokėta 56201 eur), viešajai įstaigai Dainų pirminės sveikatos priežiūros centrui – 1450 eur (2017 m. už civilinės atsakomybės draudimą sumokėta 2900 eur). Pastaboje nurodytam teiginiui, kad „0,3 procento asmens sveikatos priežiūros ištaigos metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą dydžio asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmoką yra per didelis finansinis išpareigojimas“, pagrįsti nepateikti argumentai.
16.	1.17. Žalos be kaltės modelis visą atsakomybę ir finansinę naštą palieka asmens sveikatos priežiūros įstaigoms be galimybės išieškoti žalos atlyginimą iš darbuotojo, kuris dėl kaltės sukėlė žalą paciento sveikatai. Pritartina, kad šis modelis palengvina pacientui žalos atlyginimą, tačiau	Neatsižvelgta. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.280 str. nustatyta, kad atlyginęs kito asmens padarytą žalą asmuo turi į padariusį žalą asmenį regreso (atgręžinio reikalavimo) teisę tokio dydžio, kiek sumokėjo žalos

	atsakomybės eliminavimas kelia klausimų dėl medicinos darbuotojo darbo kokybės, motyvacijos kelti kompetenciją ir t.t.	atlyginimo, jeigu įstatymai nenustato kitokio dydžio. Pagal projektą nebus nustatinėjamas asmuo, padaręs žalą (kalta asmuo), todėl nebus į ją regresuoti. Be to, ne asmens sveikatos priežiūros įstaiga, o Komisija iš sąskaitos atlygins paciento patirtą žalą, todėl nelieka teisinio pagrindo asmens sveikatos priežiūros įstaigai išieškoti žalą iš darbuotojo. Nors nebus nustatinėjama ASPĮ darbuotojo kaltė, neteisėti veiksmai atlyginant žalą pacientui, kilusią dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklos kokybei užtikrinti yra pakankamos kitos šiuo metu galiojančios priemonės – licencijos galiojimo sustabdymas ar panaikinimas, pareiga tobulinti kvalifikaciją. Be to, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir asmens sveikatos priežiūros specialistams gali būti taikoma tiek baudžiamoji, tiek administracinė atsakomybė.
17.	1.18. Žalos nustatymui privalo būti vertinamos visos civilinės atsakomybės sąlygos. Kaltės nustatymą turi nustatyti teismas, nes tai yra civilinės atsakomybės teisiniai aspektai.	Neatsižvelgta. Projekte įtvirtintas žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis remiasi Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.248 str. 1 d. („Civilinė atsakomybė atsiranda tik tais atvejais, jeigu įpareigotas asmuo kalta, išskyrus įstatymų arba sutarties numatytus atvejus, kuriais civilinė atsakomybė atsiranda be kaltės.“).
18.	Dėl MPI projekto Taip pat išbraukiamas licencijos galiojimo panaikinimo atvejis, „kai gydytojas per kalendorinius metus padarė dvi ar daugiau medicinos praktikos klaidų ir jos sukėlė arba galėjo sukelti paciento sveikatos pablogėjimą ar grėsmę jo gyvybei“. Abejotina, ar sistemingas klaidų darymas yra mažesnė blogybė nei grubi (šiurkšti) medicinos praktikos klaida.	Neatsižvelgta. Vietoje naikinamos nuostatos MPI projektu siūloma nustatyti naują medicinos praktikos licencijos galiojimo sustabdymo pagrindą – „profesinės kompetencijos vertinimo komisija nustatė, kad gydytojas per vienus metus nuo paskutinės medicinos praktikos klaidos padarymo padarė medicinos praktikos klaidą“. Tokiu būdu siekiama sušvelninti gydytojų atsakomybę, kad jie nebijotų atskleisti savo klaidas ir jos būtų analizuojamos, siekiant jų išvengti ateityje ir taip tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Pastebėtina, kad minėtu atveju sustabdžius licenciją MPI projekte numatomas įpareigojimas gydytojui tobulinti profesinę kvalifikaciją.
19.	Dėl MPI ir SPAPI projektų	Neatsižvelgta. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 18 d. įsakymą Nr. 132 „Dėl

		Praktikoje kils klausimas, už kieno lėšas turės būti tobulinama profesinė kvalifikacija.	Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“ sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo išlaidas apmoka Sveikatos apsaugos ministerija iš valstybės biudžeto lėšų (siekdama patenkinti specialistų tobulinimosi poreikius apmoka dalį išlaidų kas 5 metus) arba kiti juridiniai ar fiziniai asmenys, arba patys specialistai. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros specialisto licencija būtų stabdoma dėl jo veiksmų (medicinos praktikos klaidų padarymo), specialistas, norėdamas, kad licencijos galiojimo sustabdymas būtų panaikintas, turėtų tobulinti savo profesinę kvalifikaciją savo lėšomis.
Lietuvos verslo konfederacijos 2018-06-20 raštas Nr. 18-159IR	20.	Kuriamo naujo modelio finansinės perspektyvos kelia abejonių. Vertinant tai, kad žala būtų atlyginama nenustatinėjant kaltės, tikėtina, jog pacientai bus labiau linkę kreiptis dėl žalos atlyginimo ir sveikatos priežiūros įstaigų įmokos į sąskaitą ateityje augs neapibrėžtu dydžiu.	Neatsižvelgta. Dėl įmokų į sąskaitą augimo pastebėtina, kad šiuo metu draudikui išmokėjus išmoką už paciento sveikatai padarytą žalą, ASPI mokėtina draudimo įmoka taip pat augs. Įmokos į sąskaitą didinimo (įstatymo keitimo) poreikis turės būti pagrįstas finansiniais skaičiavimais ir kitais objektyviais duomenimis. Pastebėtina, kad įmokų didinimo būtinybė būtų tik todėl, kad dėl ASPI veiklos būtų padaryta daugiau žalų pacientams.
Lietuvos gydytojų sąjungos 2018-06-18 raštas Nr. SR-2018/14	21.	Papildyti projekto 1 str. 1 d. nuostata „Paciento sveikatai padaryta turtinė ir (ar) neturtinė žala atlyginama ir nesant sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų kaltės.“	Neatsižvelgta. Projektu keičiamo Įstatymo 24 str. 10 d. numatyta, kad Komisija sprendimą atlyginti paciento sveikatai padarytą žalą (turtinę ir neturtinę) priima nevertindama, ar yra ją padariusio sveikatos priežiūros specialisto kaltė, ar ne. Atsižvelgiant į tai bei tai, kad projekto 1 str. 1 d. numatyta paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) sąvokos (o ne atlygintinos žalos sąvokos) apibrėžtis, pastaboje nurodytas papildymas yra netikslingas.
	22.	Klinikinis vaistinio preparato tyrimas 100% patenka civilinės atsakomybės draudimui pagal Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymo nuostatą 12 str., kurios įpareigoja biomedicininų tyrimų tyrėją turėti privalomą specialų civilinės atsakomybės draudimą. Biomedicininio tyrimo užsakovas ir tyrėjas atsako už turtinę ir neturtinę žalą, padarytą tiriamajam, išskyrus turtinę ir neturtinę žalą, kuri atsirado	Neatsižvelgta. Žr. paaiškinimą aiškinamojo rašto 15 p.

	dėl priežasčių, nesusijusių su biomedicininiais tyrimais, arba dėl tiriamojo tyčinių veiksmų	
23.	Papildyti projektą nuostata, kad Komisijai vadovauja pirmininkas, kurį Valstybės tarnybos įstatymo nustatyta tvarka 4 metų kadencijai skiria ir atleidžia iš pareigų sveikatos apsaugos ministras. Komisijos pirmininkas yra tiesiogiai pavaldus ir atskaitingas sveikatos apsaugos ministrui.	Atsižvelgta iš dalies. Kadangi Komisija nėra valstybės įstaiga, nėra pagrindo nustatyti, kad jos pirmininkas skiriamas Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymo nustatyta tvarka. Atsižvelgiant į procedūrinę siūlomą nuostatą pobūdį, ji projekte nenustatoma, tačiau nustatoma, kad Komisijos sudarymo ir veiklos tvarką nustato Komisijos nuostatai, kuriuos tvirtina Vyriausybė ar jos įgaliota institucija, ir kad Komisijos personalinę sudėtį tvirtina sveikatos apsaugos ministras
24.	Papildyti projektą nuostata, kad sveikatos priežiūros įstaigos, prieš pradėdamos teikti sveikatos priežiūros paslaugas privalo Vyriausybės nustatyta tvarka mokėti įmokas turbinei ir/ar neturininei paciento sveikatai padarytai žalai atlyginti.	Atsižvelgta iš dalies. Projekte nustatyta, kad įmokų į sąskaitą mokėjimo (taigi ir mokėjimo termino), sąskaitos administravimo bei sąskaitos lėšų naudojimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Nustatyti, kad sveikatos priežiūros įstaigos privalo sumokėti įmokas prieš pradėdamos teikti sveikatos priežiūros paslaugas, netikslinga, kadangi įmokos dydis siejamas su sveikatos priežiūros įstaigos praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą dydžiu (prieš pradedant teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas toks dydis neegzistuoja).
25.	Dėl MPĮ ir SPAPĮ projektų Kyla klausimas kaip medicinos praktika, licencijavimas yra susijęs su paciento asmens sveikatos paslaugų teikimo metu patirta žala (turtine ir neturine) ir jos atlyginimu? Pažymėtina, kad įstatymo projektu siekiama atlyginti paciento asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metu patirtą žalą (turtinę ir neturtinę) ir nesant sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų kaltės, taip pat, nevertinant ar yra sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų neteisėti veiksmai, ar jų nėra. Siekiant įgyvendinti žalos atlyginimo modelį be kaltės, rekomenduotina minimus lydimuosius teises aktus koreguoti skyrium, atitinkamų medicinos darbuotojų atsakomybę reglamentuojančių nuostatų apimtyje, t.y. šiuos teises aktus koreguojant rekomenduotina numatyti, kad pagal įstatymo projektą išmokėta žala iš asmens sveikatos priežiūros specialistų neišieškoma, taip pat, kad asmens sveikatos	Neatsižvelgta. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatyme ir Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme numatyta, kad tuo atveju, jei gydytojas, slaugytojas ar akušeris per kalendorinius metus padarė dvi ar daugiau atitinkamos praktikos klaidų ir jos sukėlė arba galėjo sukelti paciento sveikatos pablogėjimą ar grėsmę jo gyvybei, jų licencija yra panaikinama. Tokia sankcija, be to, kad yra neproporcinga siekiamam tikslui – kad klaidos nesikartotų ir būtų teikiamos saugios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, skatina sveikatos priežiūros specialistus slėpti savo klaidas siekiant išvengti licencijos ir tuo pačiu darbo praradimo. Tokiu būdu klaidos kartojasi, nėra analizuojamos jų priežastys. Tai taip pat skatina gynybinę mediciną.

	<p>priežiūros specialistų veiksmų neteisėtumas gali būti vertinamas tik tiek, kiek tai susiję su licencijų verstis atitinkama praktika panaikinimu/pratęsimu/atnaujinimu.</p>	<p>Atsižvelgiant į tai bei į vieną iš projekto tikslų – sudaryti sąlygas, skatinančias atskleisti asmens sveikatos priežiūros specialistų klaidas ir imtis priemonių, kad jos nesikartotų – MPĮ ir SPAPĮ projektais siūloma nustatyti, kad gydytojų, slaugytojų ir akušerių praktikos licencijos minėtu atveju yra stabdomos, o sustabdymo metu jie turi tobulinti kvalifikaciją toje srityje, kurioje nustatytos jų praktikos klaidos.</p>
<p>Lietuvos draudikų asociacijos 2018-06-19 raštas Nr. 18-S-06.19</p>	<p>26.</p>	<p>Kelia klausimą, ar Lietuva yra finansiskai pasirengusi žalos be kaltės atlyginimo modelio įgyvendinimui?</p> <p>Remiantis užsienio šalių praktika, Suomijoje, kur 2016 m. duomenimis gyventojų skaičius buvo beveik 5,5 mln., 2016 m. gauti 7 537 reikalavimai, tinkamais apmokėti pripažinti 2 166 reikalavimai, kompensuota beveik 41 mln. eurų. Danijoje 2014 m. duomenimis gyventojų skaičius buvo 5,6 mln., 2014 m. gautos 10 887 pretenzijos, tinkamomis apmokėti pripažintos 3 128 pretenzijos, kompensuota virš 100 mln. eurų. Lietuvoje gyventojų skaičius beveik artimas 3 mln. Nesunkiai galima paskačiuoti, kiek reiktų lėšų, kad sistema tinkamai funkcionuotų. Abejotina, jog mūsų valstybė galėtų skirti tokias sumas žaloms kompensuoti.</p>
	<p>27.</p>	<p>Projekto aiškinamajame rašte <...> patvirtinama, jog atvejai, kai į sąskaitą pervedamų lėšų gali neužtekti žalai pacientams atlyginti, yra realūs ir būtina numatyti rezervą.</p> <p>Dar daugiau, Projekto aiškinamajame rašte pateiktoje modelio veikimo prognozėje rašoma, kad jau šiais metais sąskaitos išmokos būtų didesnės nei įmokos, jeigu numatytas įmokų procentas nebūtų keičiamas. Lėšų trūkumas tokiu atveju būtų dengiamas iš sąskaitos rezervo, tačiau pateiktoje prognozėje aiškiai matosi, kad dešimtaisiais modelio veikimo metais, nekeičiant įmokų procento, ir rezervas taptų neigiamu. Todėl galima daryti išvadą, kad siekiant užtikrinti sklandų modelio veikimą sveikatos priežiūros įstaigų įmokos į šią sąskaitą neišvengiamai didės.</p>
		<p>Be to, atkreipiame dėmesį, kad pastaboje įvardijami Europos šalių (taip pat ir Danijos) skaičiai, susiję su modelio veikimu, yra pastarųjų metų, t. y. po daugelio metų nuo modelio veikimo pradžios atitinkamoje šalyje.</p> <p>Neatsižvelgta. Atsižvelgiant į projekto nuostatą, kad „Sąskaitos lėšos, nepanaudotos einamaisiais biudžetinais metais, yra perkeliamos ir naudojamos kitais biudžetinais metais“, sąskaitos rezervo sudarymo atsisakyta.</p> <p>Dėl įmokų į sąskaitą augimo žr. paaiškiną derinimo pažymos 20 punkte.</p>

	<p>Vertėtų pažymėti ir tai, jog nėra garantijų, kad prognozuojama pacientams atlygintina žala iš tikrųjų nebus didesnė. Pavyzdžiui, jau 2014 m. pacientai prašė atlyginti apie 5,3 mln. eurų. Tuo tarpu pateiktoje prognozoje didžiausia atlygintina suma, kuri siektų 4,145 mln. eur, numatoma tik dešimtaisiais modelio veikimo metais (2029 m.). Turint omenyje tai, jog įdiegus naują sistemą žala būtų atlyginama nevertinant kaltės ir pacientai būtų labiau linkę kreiptis dėl jos atlyginimo, šie sumų skirtumai vėčia abejoti prognozės patikimumu.</p> <p>Net jai pasitvirtinus, prognozuojamas reikalavimų skaičius būtų per mažas norimam tikslui pasiekti. Įdiegus tokį modelį ir esant tokiam mažam reikalavimų skaičiui, nebus pasiektas pagrindinis tikslas – sudaryti sąlygas didesniam pacientų ratui gauti žalos atlyginimą.</p>	<p>Pastaboje lyginami skirtingi (nelygintini) su žalos atlyginimu susijęs skaičiai, t. y. 2014 m. duomenys apie pacientų prašomą žalos atlyginimo sumą ir aiškinamajame rašte pateikti prognozuojami duomenys apie atlygintiną žalą (t. y. išmokas). Pagal projekto aiškinamajame rašte pateiktos diagramos „Pacientų žalos atlyginimo sumos, EUR“ duomenis 2014 m. pacientams buvo atlyginta (draudikų išmokos + Komisijos paskirta kompensacija) 211 401 eur (palyginimui 2016 m. 201 638 eur).</p> <p>Projekto aiškinamajame rašte pateiktas prognozuojamas prašymų atlyginti žalą skaičius. Pažymėtina, kad žala pacientams gali būti atlyginta, tik jei jie kreipiasi dėl jos atlyginimo, taigi šis skaičius (prašymų atlyginti žalą) negali būti reguliuojamas. Vis dėlto pastebėtina, kad prognozuojamas prašymų atlyginti žalą skaičius (dešimtaisiais metais 2275) ir atlygintos žalos atvejų skaičius (dešimtaisiais metais 910) yra atitinkamai apie 5 ir 15 kartų didesnis nei šiuo metu (pvz., 2016 m. prašymų skaičius 454, atlygintos žalos atvejų skaičius 58). Taigi teiginys, kad nebus pasiektas tikslas didesniam pacientų ratui gauti žalos atlyginimą yra netikslus.</p> <p>Neatsižvelgta. Nors įmokos į sąskaitą būtų naujos, tačiau savo esme tai nebūtų naujas mokėjimas – šios įmokos būtų mokamos vietoje šiuo metu mokamų įmokų už civilinės atsakomybės draudimą (pažymėtina, kad civilinės atsakomybės draudimu privalo draustis visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausomai nuo nuosavybės formos).</p> <p>Poreikis papildomai draustis civilinės atsakomybės draudimu bus minimalus (žr. argumentus kituose derinimo pažymos punktuose).</p> <p>Projekto rengėjų skaičiavimais įmokoms į sąskaitą įstaigoms reikės ne tokios drastiškai didesnės sumos kaip nurodyta pastaboje – papildomai reikės apie 30 proc. daugiau lėšų (pvz., viešajai įstaigai Kauno klinikoms</p>
28.	<p>Reikėtų atkreipti dėmesį, kad Lietuvoje veikia ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Todėl joms prievolė į sąskaitą sumokėti 0,3 proc. asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių pajamų iš asmens sveikatos priežiūros paslaugų būtų naujas privalomas mokestis, kuris neužkirstų kelio iš sveikatos priežiūros įstaigos prisiteisti didesnio žalos atlyginimo. Todėl šios sveikatos priežiūros įstaigos papildomai draus civilinę atsakomybę savanoriškuoju draudimu ir tai dar labiau padidins jų išlaidas. Taigi, ši papildoma mokesčių našta atsilieps verslo sąlygoms ir jo plėtrai.</p>	<p>Projekto rengėjų skaičiavimais įmokoms į sąskaitą įstaigoms reikės ne tokios drastiškai didesnės sumos kaip nurodyta pastaboje – papildomai reikės apie 30 proc. daugiau lėšų (pvz., viešajai įstaigai Kauno klinikoms</p>

	atsakomybės draudimą. Pavyzdžiui, remiantis viešai pateikiama informacija, šiuo metu viena iš didžiųjų sveikatos priežiūros įstaigų už civilinės atsakomybės draudimą moka 30 000 eur., o į numatytą sąskaitą turės įnešti apie 515 000 eur., tačiau tai vis tiek neapsaugos jos nuo ieškininių teismų.	papildomai reikės 28100 eur (2017 m. už civilinės atsakomybės draudimą sumokėta 56201 eur), viešajai įstaigai Dainų pirminės sveikatos priežiūros centrui – 1450 eur (2017 m. už civilinės atsakomybės draudimą sumokėta 2900 eur).
29.	Projekto aiškinamajame rašte parašyta, kad įstatymo įgyvendinimui reikės papildomai apie 500 000 eurų PSDF biudžeto lėšų per metus. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, besidraudžiantiems asmenims iš PSDF biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos, reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidos, tačiau PSDF lėšos neskirtos žalų kompensavimui.	Neatsižvelgta. Tiek civilinės atsakomybės draudimo įmokos, tiek įmokos į sąskaitą yra būtina asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlyga, taigi jos sudaro paslaugų teikimo sąnaudas, kurios įskačiuojamos į jų bazinę kainą (kuria paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo). Taigi Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos nebus tiesiogiai mokamos į sąskaitą, todėl numatomas reguliavimas neprieštarauja privalomojo sveikatos draudimo paskirčiai.
30.	Reikšminga suma yra numatyta vien tik sąskaitos administravimui.	Atsižvelgta iš dalies. Projekto aiškinamajame rašte nurodyta, kad sąskaitos administravimo išlaidoms skiriama iki 1 procento metinių sąskaitos pajamų (tai maksimali – faktiškai ji galės būti ir mažesnė). Atsižvelgiant į tai, projekte pataisyta techninė klaida – taip pat nurodyta, kad sąskaitos administravimo išlaidos negali būti didesnės kaip 1 procentas metinių sąskaitos pajamų (į šią sumą nepatenka išlaidos Komisijos (įskaitant ekspertus) veiklai finansuoti). 1 procento dydis numatytas atsižvelgiant į Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo biudžeto administravimui Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme numatytą sumą.
31.	Sveikatos priežiūros įstaigoms išlieka poreikis drausti savo civilinę atsakomybę tiems atvejams, kai pacientai kreipsis į teismą (tai pažymima ir Projekto aiškinamajame rašte). Tačiau panaikinus prievolę įstaigoms drausti civilinę atsakomybę, sumažės šių paslaugą teikiančių draudimo įmonių ir dėl to gali didėti draudimo įmokos toms sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios norės draustis savanoriškai. Nebesant prievolės draustis ir dėl galimai didėjančių įmokų sumažėjus galimybei įsigyti savanorišką draudimą, nėra aišku, ar sveikatos priežiūros įstaigos bus pajėgios pačios kompensuoti žalą, kai pacientai kreipsis į teismą. O taip pat jei sveikatos priežiūros įstaiga neturės civilinės atsakomybės	Neatsižvelgta. Poreikis papildomai drausti civilinės atsakomybės draudimu bus minimalus (žr. argumentus kituose derinimo pažymos punktuose).

	draudimo, ji patirs ir bylinėjimosi išlaidų kaštus, kuriuos pagal dabartinę sistemą padengų draudimas.	
32.	Be to, pagal Projekto aiškinamajame rašte numatomas dešimties metų prognozės vidutinė išmokama suma pirmaisiais sistemos veikimo metais būtų tik 3 200 eur. ir per penkerius sistemos veikimo metus padidėtų nežymiai. Pabrėžtina tai, kad ši suma būtų mažesnė nei dabar draudimo bendrovių išmokama vidutinė draudimo išmoka pagal sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimą: 2017 m. ji sudarė 3 720 eur. Taigi, dar vienas numatytas tikslas nebus pasiektas – siūlomas modelis nesumažins ieškinių teismui skaičiaus.	Neatsižvelgta. Draudikų išmokamų civilinės atsakomybės draudimo išmokų vidutinis metinis dydis yra kintantis – pastaboje nurodytas 2017 m. dydis yra 3720 eur, tačiau, pvz., 2016 m. jis buvo 2760 eur, o 2015 m. – 1642 eur. Atsižvelgiant į rengiant išmokų prognozę atsižvelgta į vidutinį išmokų dydį 2012-2017 m. – 2987 eur.
	Labai tikėtina, kad ši maža išmoka keliaus teisininkams, kurie padės testuoti žalą prisiteisimo procesą teisme. Kyla labai daug abejonių, ar įstaiga turės lėšų atlyginti priteistą žalą. Neprivačioms sveikatos priežiūros įstaigoms įsigyti savanorišką civilinės atsakomybės draudimą, kuris minėtu atveju atlygintų teismo priteistą žalą, irgi bus sudėtinga, nes jos neturės tam lėšų – visos jos bus įmokėtos į sąskaitą.	Poreikis papildomai drausti civilinės atsakomybės draudimu bus minimalus (žr. argumentus kituose derinimo pažymos punktuose).
33.	Kaip rodo teismų praktika, daugiausia laiko teisme yra sugaištama nustatant, įrodant ir vertinant ne kaltę (kurios Projekto autoriai siekia nebevertinti), tačiau sveikatos sužalojimą ar mirtį lėmusią priežastį (taip vadinamą priežastinį ryšį). Tam yra paskiriami ekspertai. Kitaip tariant, fakto ekspertiniai klausimai (o ne patys teisiniai procesai) reikalauja didžiausių sąnaudų. Nors Projekto autoriai argumentuoja, kad bus taupomi teisiniai kaštai, trumpinami teisinio nagrinėjimo terminai ir pan., tačiau manytina, jog ši nuomonė yra klaidinga. Sukūrus naują modelį, įrodinėti priežastinį ryšį vis tiek reikės. Be to, neabejotina, jog tokiu atveju bus reikalinga profesionali teisinė pagalba, todėl išlaidos advokatams, ekspertams nemažės.	Neatsižvelgta. Teisinė pagalba nustatant priežastinį ryšį nebus reikalinga ir pacientai išlaidų dėl ekspertizų nepatirs, kadangi pagal projektą tai, ar paciento sveikatai padaryta žala, ar yra priežastinis ryšys tarp nustatytos žalos ir teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vertins Komisija, kuri tais atvejais, kai bus reikalingos specialios žinios, pati kreipsis į ekspertus (jų veiklos išlaidos bus apmokamos iš sąskaitos).
34.	Draudimu paremtas žalos pacientų sveikatai atlyginimo mechanizmas <...> veikia jau trylika metų, yra susikūrusi būtina infrastruktūra, sistemoje veikia konkurencija tarp draudikų, dėl to draudimo įmokos nuolat mažėja. Per šį laiką sistema buvo tobulinama, draudimo įmonės investavo savo lėšas, kurdamos naują produktą, apmokydamos specialistus. Projektu siūloma visiškai naikinti esančią sistemą, taip sužlugdant draudimo bendrovių kurtą produktą, ekspertų patirtį ir investicijas, o tokie veiksmai neabejotinai turės įtakos, priimanč sprendimus dėl dalyvavimo valstybės kuriamuose mechanizmuose	Neatsižvelgta. Projekto rengimo priežastys (esamos žalos atlyginimo problemos) pateiktos aiškinamojo rašto 1 punkte. Pažymėtina, kad per asmens sveikatos priežiūros civilinės atsakomybės draudimu paremtą žalos pacientų sveikatai atlyginimo sistemos galiojimo laikotarpį (13 metų) išryškėjo aiškinamajame rašte nurodyti jo trūkumai, tad išliko poreikis keisti pacientų sveikatai atlyginimo sistemą, siekiant pašalinti tokius trūkumus.

	ateityje. Atkreiptinas dėmesys, kad nėra pateikiami pagrįsti argumentai, kodėl rinkos veikimu paremtą sistemą siūloma keisti biurokratinė sistema, valstybei prisiumant dar vieną funkciją sveikatos priežiūros srityje.	Projektu (t. y. žalos atlyginimo be kaltės modeliu) yra siekiama sudaryti sąlygas nuolatiniam ir ilgalaikiam sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo procesui, mažinti pacientų saugos įvykių skaičių, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, skatinti partnerystę tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų, užkirsti kelią gynybinei medicinai ir efektyviai naudoti sveikatos sektoriui skiriamus resursus, užtikrinti, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos, naudojamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimui neiškeliautų iš sveikatos sektoriaus, o būtų skiriamos pacientams, kurių sveikata buvo sužalota.
35.	Pripažįstama, kad įgyvendinus šį modelį daugėja asmenų kreipimusi dėl žalos atlyginimo. Tai skatintų vadinamosios „kompensacinės kultūros“ vystymąsi ir didintų lėšų žalai atlyginti poreikį.	Neatsižvelgta. Kompensacinės kultūros atsiradimą ir vystymąsi turėtų stabdyti tai, kad pagal projektą nebus atlyginamos tos su žala susijusios išlaidos, kurios buvo apmokėtos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, taip pat tai, kad žalos atlyginimas bus mažinamas paciento gautų valstybinio socialinio draudimo išmokų dydžiu. Pavyzdžiui, jei pacientui dėl patirtos žalos teko gydytis (jei asmuo yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, jam už asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokėti nereikia) ir dėl to jis turėjo nedarbingumą, kurio metu gavo ligos pašalpą, pacientas, matydamas, kad dėl minėtų gydymo išlaidų ir negautų pajamų, kurias padengė ligos pašalpa, negalės prašyti atlyginimo iš sąskaitos, vargu ar kreipsis dėl likusios nedidelės žalos sumos atlyginimo į Komisiją. Be to, mažareikšmė žala, kilusi, pavyzdžiui, dėl skiepo (nedidelė temperatūra, paraudimai, patinimai), nebus atlyginama, kadangi ji laikytina neišvengiama žala (neįmanoma paskiepyti nesukeliant minėtų reiškinių) – tai taip pat vienas iš faktorių, kurie stabdys kompensacinės kultūros vystymąsi. Kitaip sakant, tikėtina, kad dėl žalos atlyginimo bus kreipiamasis tik reikšmingos žalos atvejais.
36.	Kaltės eliminavimas taip pat gali turėti įtakos medikų pastangoms, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Įdiegus žalos atlyginimą nevertinant kaltės, sveikatos priežiūros specialistai jaustųsi labiau saugūs, tačiau tai galėtų turėti neigiamos įtakos jų teikiamų paslaugų	Neatsižvelgta. Nors faktiškai civilinės atsakomybės draudimas (imokų sąsaja su išmokėtų išmokų žalai atlyginti skaičiumi) ir prisidėjo prie sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų veiklos kokybės, tačiau tuo pat metu ir skatino

	<p>kokybei. Projekto aiškinamajame rašte rašoma, jog: „nesant griežtos atsakomybės sąlygų asmens sveikatos priežiūros specialistai gali pasijusti saugesni ir ne visuomet paisyti atidaus, dėmesingo, rūpestingo, kvalifikuoto gydytojo elgesio standarto. <...>“ Tokios aplinkybės galėtų netgi padidinti žalos atlyginimo atvejų skaičių. Sveikatos priežiūros įstaigos nebus motyvuotos gerinti paslaugų kokybę ar net ją blogins dar ir todėl, kad įdiegus tokį modelį visos įstaigos į sąskaitą turės įmokėti vienodą įmokos tarifo dydį (0,3 proc.) ir šis dydis nepriklausys nuo to, kaip rūpestingai ir kvalifikuotai dirba įstaiga. Pabrėžtina tai, kad šiuo metu draudimo bendrovės nustato sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo įmokų tarifų dydžius kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai atskirai, priklausančiai nuo gautų žalos atlyginimo reikalavimų skaičiaus, įmokėtų išmokų, gydytojų patirties ir pan.</p>	<p>gynybinę mediciną (apie ją plačiau projekto aiškinamajame rašte). Be to, civilinės atsakomybės draudimo paskirtis yra apdrausitojo (asmens sveikatos priežiūros įstaigos) turinių interesų draudimas, o ne asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas.</p> <p>Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei (kaip svarbiam visuomenės interesui) užtikrinti Lietuvoje skirtas asmens sveikatos priežiūros specialistų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimas (t. y. dvigubas licencijavimas, maksimaliai užtikrinantis pacientų saugą), kuris projektui nėra naikinamas. Dėl licencijuojamos veiklos sąlygų nesilaikymo asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar specialisto licencija stabdoma arba naikinama. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 52 straipsnyje nurodytos valstybės institucijos atlieka asmens sveikatos priežiūros paslaugų valstybinę kontrolę. Be to, išlieka tiek baudžiamoji, tiek administracinė atsakomybė, kuri taikoma tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek asmens sveikatos priežiūros specialistams.</p> <p>Atsižvelgiant į tai, teigti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir asmens sveikatos priežiūros specialistai nebesistengs išlaikyti paslaugų kokybės ir rizikuos prarasti licenciją (kas reikštų jų veiklos pabaigą ar darbo netekimą), nepagrįsta.</p>
37.	<p>Nors deklaruojama, kad žalos atlyginimo be kaltės modelio įgyvendinimas sudaro sąlygas nustatyti sisteminės klaidas, jų pagrindu analizuoti sveikatos priežiūros paslaugų problemas ir siekiant jas išspręsti teikti pasiūlymus teisės aktų tobulinimui bei rekomendacijas sveikatos priežiūros specialistų veiklai, tačiau visa tai gali būti atliekama ir egzistuojant bet kuriam kitam žalos atlyginimo modeliui.</p>	<p>Neatsižvelgta. Sudaryti sąlygas, skatinančias atskleisti asmens sveikatos priežiūros specialistų klaidas ir imtis priemonių, kad jos nesikartotų, yra tik vienas iš projekto tikslų. Kitas tikslas – sudaryti sąlygas pacientams, kurių sveikatai padaryta žala teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, greičiau ir paprasčiau gauti žalos atlyginimą ir lėšas bei laiką skirti sutrikdytos sveikatos atstatymui. Taigi kartu su pastaruoju bus įgyvendintas ir pirmasis iš minėtų tikslų.</p>
38.	<p>Iš užsienio valstybių praktikos matyti, kad šalys, svarstydamos šio modelio įgyvendinimo klausimą, akcentuoja reikalingų finansinių lėšų poreikį, atsižvelgiant į tai, kad yra sukuriamas ne tik naujas žalos atlyginimo modelis, bet tuo pačiu pacientams turi būti sudaromos</p>	<p>Neatsižvelgta. Dėl kreipimosi į teisną žr. derinimo pažymos 31 punkte pateiktą paaiškinimą.</p>

	<p>galimybės dėl žalos atlyginimo kreiptis ir į teisną. Daugelis valstybių pripažįsta, kad neturi pakankamai finansinių resursų įgyvendinti šią sistemą. Projekto aiškinamajame rašte nurodoma, kad: „Šveicarija ir Škotija svarstė žalą be kaltės modelio įgyvendinimo galimybes, tačiau nusprendė jo neįgyvendinti dėl įvairių priežasčių (finansinės naštos, kai kurių teismo proceso privalumų (pavyzdžiui, kad į jį įitraukus sveikatos priežiūros specialistui bei ASPI, sveikatos priežiūros specialistas intensyviau skatinamas teikti sveikatos priežiūros paslaugas pagal keliamus reikalavimus, gerbti pacientų teises), aiškių žalų be kaltės modelio privalumų nebuvimo).“</p>	<p>Pastebėtina, kad aiškinamajame rašte nurodyta, jog kitos šalys nusprendė neįgyvendinti žalą atlyginimo be kaltės modelio dėl įvairių priežasčių.</p>
39.	<p>Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad pagal pateiktą Projektą gydytojui, slaugytojui ar akušeriui antrą kartą per metus padarius atitinkamos praktikos klaidą, jo licencija bus sustabdoma. Todėl tai neužkirs kelio gynybinei medicinai ir vis tiek skatins sveikatos priežiūros specialistus neatskleisti savo klaidų. Neatmestina ir tai, kad gali susidaryti sąlygos korupcijai, kai bus siūlomi neoficialūs mokėjimai pacientams arba Komisijai, kad tik nebūtų atskleistos sveikatos priežiūros specialistų klaidos.</p>	<p>Neatsižvelgta. Asmens sveikatos priežiūros specialistų licencijos sustabdymo ir panaikinimo galimybė yra ir šiuo metu, todėl projektas niekaip nepašalins korupcijos pasireiškimo tikimybės šioje srityje. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatyme ir Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme šiuo metu numatyta, kad tuo atveju, jei gydytojas, slaugytojas ar akušeris per kalendorinius metus padarė dvi ar daugiau atitinkamos praktikos klaidų ir jos sukėlė arba galėjo sukelti paciento sveikatos pablogėjimą ar grėsmę jo gyvybei, jų licencija yra panaikinama. Projektu siūloma sušvelninti šią sankciją ir numatyti, kad tokiu atveju licencija yra sustabdoma. Grėsmės iškart parasti licenciją panaikinti, kartu su žalą atlyginimo be kaltės modelio įgyvendinimu, turėtų sušvelninti gynybinės medicinos efektą.</p>
40.	<p>Nors Projekte yra numatyta, kad paciento sveikatai padaryta žala (turtinė ir neturtinė), kilusi iki naujojo įstatymo įsigaliojimo, atlyginama pagal iki naujojo įstatymo įsigaliojimo galiojusias nuostatas, tačiau gali susidaryti situacija, kai sveikatos priežiūros įstaigos turimas draudimas jau bus pasibaigęs, o naujasis modelis dar nebus įsigaliojęs. Nelikus prievolės atnaujinti draudimo sutarties ir dar negaliojant naujam modeliui, šiuo laikotarpiu padaryta žala pacientams turės būti atlyginama iš sveikatos priežiūros įstaigos lėšų. Vėgi kyla abejonių, ar įstaiga bus pajėgi atlyginti tokią žalą.</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekte nėra numatyta, kad žalą atlyginimas iš sąskaitos mokamas tik tuo atveju, jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga yra sumokėjusi įmokas į sąskaitą. Taigi įsigaliojus įstatymui iš karto bus taikomos žalą atlyginimą be kaltės numatančios nuostatos su išimtimi numatyta projekto 8 straipsnyje, numatančia, kad paciento sveikatai padaryta žala (turtinė ir neturtinė), kilusi iki šio įstatymo įsigaliojimo sudarytų sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo sutarčių galiojimo metu, atlyginama pagal iki šio įstatymo įsigaliojimo galiojusias nuostatas.</p>

<p>41.</p>	<p>Lietuvos draudikų asociacija pritaria Projekto iniciatorių tikslui sudaryti sąlygas pacientams, kurių sveikatai padaryta žala, greičiau ir paprasčiau gauti žalos atlyginimą, tačiau negalime pritarti neprognuojuojamo finansinio indėlio pareikalausiančio visiško žalos atlyginimo be kaltės modelio įdiegimui.</p> <p>Siūlome eiti dalinio modelio įgyvendinimo keliu <...> T. y. siūlome išlaikyti šiuo metu egzistuojančių sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės privalomąjį draudimą, numatant, jog dalį atvejų (pagal nustatytą sąrašą) draudimo įmonė atlygintų nevertindama kaltės. Šis modelis daugeliu atvejų leistų greičiau bei paprasčiau atlyginti žalą pacientams, o kartu ir eliminuotų papildomų lėšų poreikį sumoms, kurias žalos atlyginimu nepatenkinti pacientai prisiiteistų teismuose. Jis taip pat užkirstų kelią galimos aplaidesnio medikų požiūrio į darbą problemos formavimuisi, kadangi ne visi žalos atvejai būtų atlyginami nevertinant mediko kaltės.</p>	<p>Neatsižvelgta. Siūlomo dalinio žalos atlyginimo be kaltės modelio (toliau – dalinis modelis) įgyvendinimo alternatyvos trūkumai pateikti projekto aiškinamajame rašte. Papildomai pažymėtina, kad pagal dalinį modelį dalis pacientų, siekdami žalos atlyginimo, turėtų įrodinėti civilinės atsakomybės kilimo sąlygas, atitinkami dalis gydytojų patirs pasekmes (galimas regresas) pagal bendras civilinės atsakomybės sąlygas, o kita dalis pacientų, kurių patirta žala patektų į dalinio modelio taikymo sritį žalos atlyginimą gautų paprasčiau, t. y. neturėdami įrodinėti civilinės atsakomybės kilimo sąlygų, atitinkamai dalis gydytojų išvengs aukščiau nurodytų pasekmių. Projekto rengimo metu analizuojant dalinio modelio įgyvendinimo alternatyvą ir konsultuojant su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis nepavyko atrasti objektyvių kriterijų, kuriais remiantis tam tikra žala turėtų būti atlyginama greičiau ir paprasčiau. Todėl skirtingas žalos atlyginimo modelis, taikomas pacientams, kurie nepasižymi objektyviais skirtumais, būtų laikomas diskriminacija (vienų žalą patyrusių pacientų teisė greitai ir efektyviai gauti žalos atlyginimą būtų iškeliama prieš kitų pacientų tokią pat teisę). Atitinkamai diskriminacija būtų laikomas ir nevienodos atsakomybės nustatymas žalą padariusiems asmenims (asmens sveikatos priežiūros specialistams). Tokiu būdu būtų pažeidžiama Lietuvos Respublikos konstitucijos 29 straipsnio nuostata, kad įstatymui, teismui ir kitoms valstybės institucijoms ar pareigūnams visi asmenys lygūs. Pastebėtina ir tai, kad dalinio modelio atveju gali būti sudėtinga nustatyti, ar konkretus žalos atvejis tikrai priskirtinas atvejams, kada žala atlyginama pagal dalinį modelį, tam gali prireikti specialių ekspertinių žinių. Atitinkamai gali kilti teisminiai ginčai dėl to, ar konkretus paciento žalos atvejis Komisijos teisingai bus kvalifikuotas kaip nepatenkantis į dalinio modelio veikimo sritį (jei tokių atvejų būtų).</p>
------------	--	--

Teisėsauginis ir teismo vertinimo

skynaus vedėja

Rita Cicėnienė

Lietuvos Respublikos
Sveikatos apsaugos ministerija