

**LIETUVOS RESPUBLIKOS PACIENTŲ TEISIŲ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMO
ĮSTATYMO NR. I-1562 1, 2, 7, 8, 13, 20 STRAIPSNIŲ IR V SKYRIAUS PAKEITIMO
ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ
ĮSTATYMO NR. I-1367 5 IR 33 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS
RESPUBLIKOS MEDICINOS PRAKTIKOS ĮSTATYMO NR. I-1555 6 IR 8 STRAIPSNIŲ
PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SLAUGOS PRAKTIKOS IR
AKUŠERIJOS PRAKTIKOS ĮSTATYMO NR. IX-413 7 IR 8 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO
ĮSTATYMO IR LIETUVOS RESPUBLIKOS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS
ĮSTATYMO NR. VIII-1679 5 IR 12 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTŲ
AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

1. Įstatymų projektų rengimą paskatinusios priežastys, parengto projekto tikslai ir uždaviniai.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 1, 2, 7, 8, 13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projektas (toliau – įstatymo projektas) parengtas atsižvelgiant į šias priežastis:

1) Šiuo metu Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu (toliau – įstatymas) nustatytas žalos (turtinės ir neturtinės) (toliau – žala) pacientų sveikatai atlyginimo procesas yra pakankamai ilgas ir sudėtingas, todėl žalą patyrę pacientai ne visada ryžtasi juo pasinaudoti.

2) Žala pacientų sveikatai, sukelta dėl netinkamo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, atlyginama sąlyginai nedaugeliu atvejų, kadangi tam, kad ji būtų atlyginta, būtina nustatyti visas civilinės atsakomybės sąlygas. Neretai būna sudėtinga nustatyti kaltą asmenį, nes žalos priežastys būna sisteminės. Todėl pacientams padaryta žala lieka neatlyginta ir tai skatina pacientų nepasitikėjimą asmens sveikatos priežiūros specialistais ir visa sveikatos priežiūros sistema.

3) Teisminių procesų dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo ir galimybės nustčius medicinos, slaugos ar akušerijos praktikos klaidas iškart prarasti medicinos, slaugos ar akušerijos praktikos licenciją grėsmė skatina sveikatos priežiūros specialistus neatskleisti savo klaidų, tai trukdo analizuoti jų priežastis ir iš jų mokytis siekiant geresnės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, taip pat skatina gynybinę mediciną – perteklinių tyrimų ir kitų procedūrų skyrimą, siekiant apsisaugoti nuo galimų klaidų ir teisminių ginčų.

Plačiau apie įstatymų projektų rengimo priežastis:

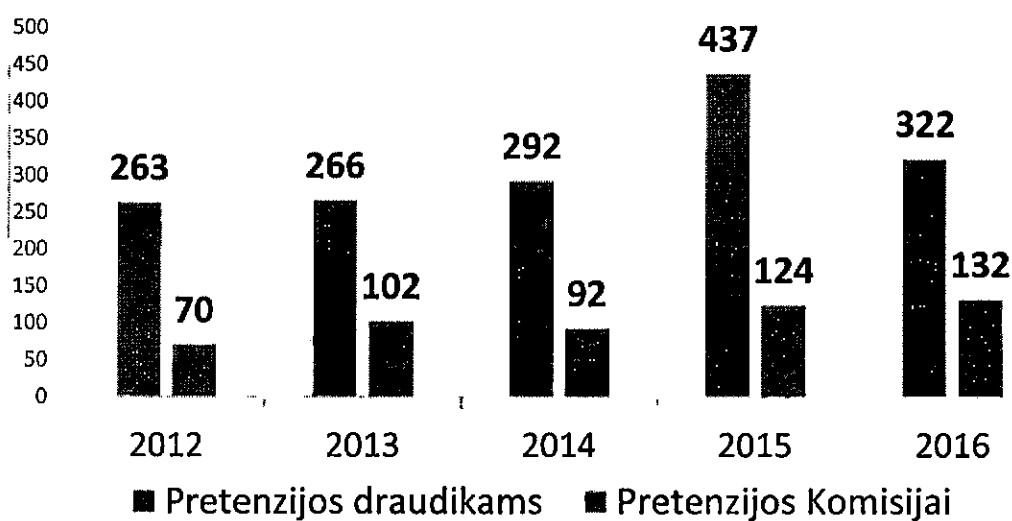
1) Šiuo metu pacientai dėl žalos sveikatai atlyginimo gali kreiptis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą (toliau – ASPĮ), kuri asmens skundą turi išnagrinėti per 20 darbo dienų, draudimo įmonę, apdraudusią ASPĮ civilinę atsakomybę, arba Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisiją (toliau – Komisija), kuri yra privaloma ikiteisminė institucija ginčams dėl pacientų sveikatai padarytos žalos nagrinėjimo. Įstatymas numato, kad Komisija paciento pareiškimą dėl žalos atlyginimo turi išnagrinėti per 2 mėnesius, tačiau kai dėl objektyvių priežasčių per šį terminą pareiškimas negali būti išnagrinėtas, šis terminas gali būti pratęstas, bet ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams (iš viso 4 mėnesiai). Į teismą pacientai gali kreiptis tik nepatenkinti pareiškimo nagrinėjimu Komisijoje arba pareikšdami civilinį ieškinį baudžiamojoje byloje dėl paciento sveikatos sutrikdymo. Teisminis nagrinėjimas paprastai užtrunka nuo 1 iki 4 metų. Taigi nuo žalos sveikatai patyrimo iki jos atlyginimo gali praeiti nuo 4 mėnesių iki 4,5 metų.

Tiek Komisijoje, tiek teisme pacientai patiria su atstovavimu susijusių išlaidų, pavyzdžiui, apie 30 procentų pacientų 2017 m. Komisijoje nagrinėjant jų pareiškimus pasitelkė advokatus. Profesionalių atstovų poreikis susijęs ir su teismo proceso specifika, ir su specialiais reikalavimais pareiškimams, paduodamiems Komisijai (nurodyti aplinkybes, kuriomis pareiškėjas grindžia savo reikalavimą (faktinis pareiškimo, pagrindas), įrodymus, patvirtinančius pareiškėjo išdėstytas aplinkybes, pareiškėjo reikalavimą (pažeistą teisę ir prašomą žalos dydį) ir kt.), ir su būtinybe įrodyti visas civilinės atsakomybės sąlygas – neteisėtus veiksmus, paciento sveikatai padarytą žalą, jų priežastinį ryšį ir sveikatos priežiūros specialisto kaltę.

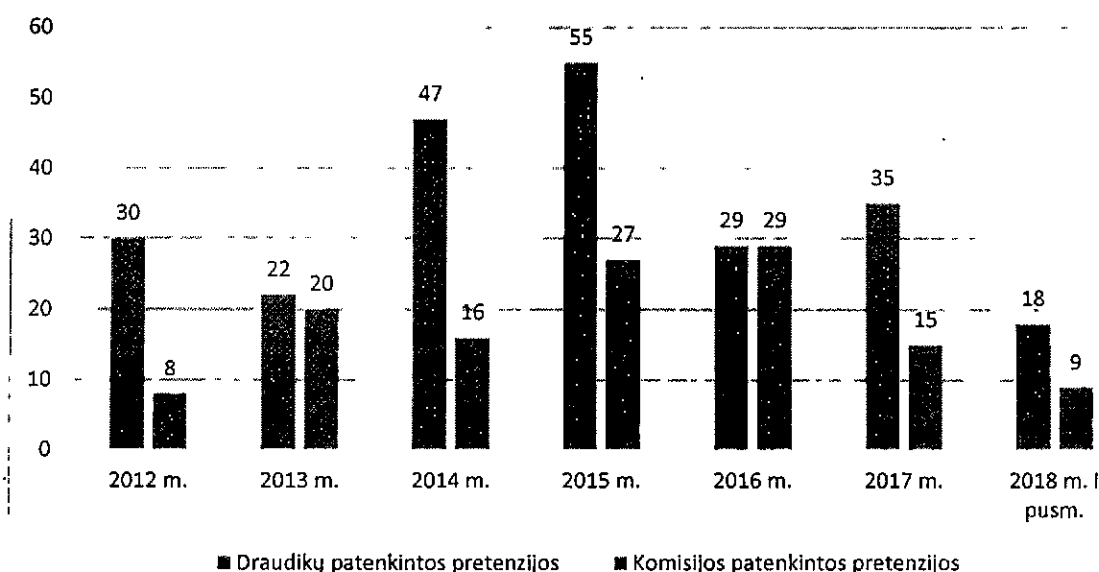
Pacientų skundų nagrinėjimą Komisijoje apsunkina tai, kad šiuo metu nenumatyta galimybė apmokėti ekspertams už Komisijai teikiamas išvadas dėl pacientų patirtos žalos atvejų. Todėl Komisijai ekspertines išvadas nemokamai sutinka teikti tik labai nedaug ekspertų. Dėl šios priežasties paprastai Komisija dėl ekspertizės kreipiasi į tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPI. Be to, nesant ekspertizių apmokėjimo, nėra galimybės ir reikalauti išvadas pateikti Komisijos nustatyto laiku bei prašyti ekspertus dalyvauti Komisijos posėdžiuose ir paaiškinti savo išvadas.

2) Atsižvelgiant į tai, kad norint gauti žalos atlyginimą turi būti nustatytos visos civilinės atsakomybės sąlygos bei į jų įrodinėjimo sudėtingumą, draudimo įmonės ir Komisija tik nedaugeliu atvejų nustato, kad turi būti atlyginama žala – draudimo įmonės draudimo išmokas pacientams išmoka vidutiniškai apie 11 proc. kreipimūsi atvejų, o Komisija nustato atlygintiną žalą apie 18 proc. nagrinėtų pareiškimų atvejų (pagal žemiau pateiktus 2012–2016 m. duomenis).

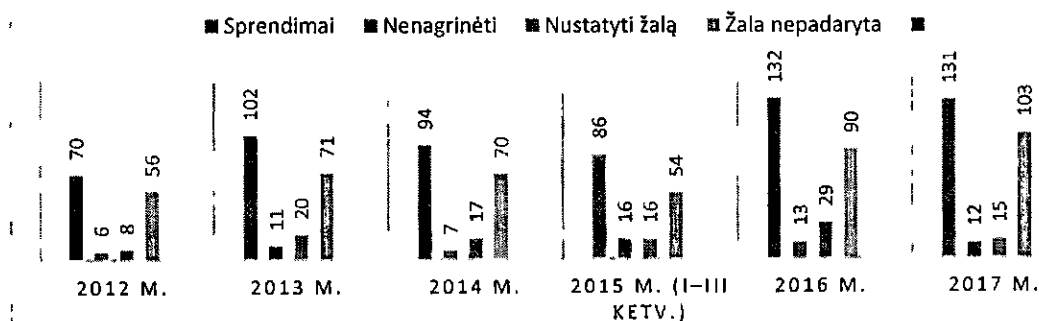
Pacientų pretenzijų skaičius



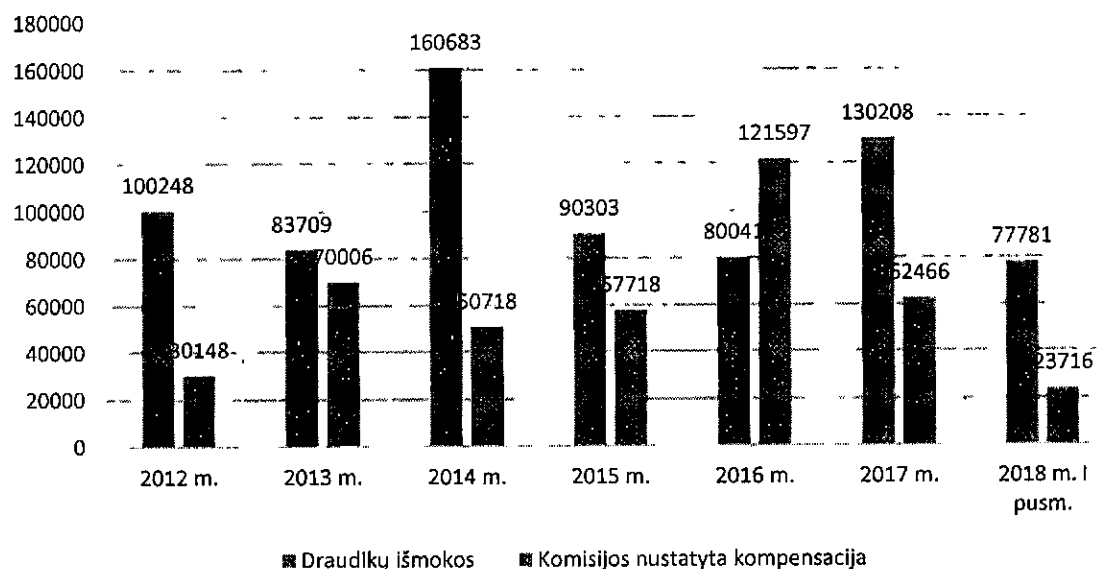
Patenkintų pacientų pretenzijų skaičius



PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS NUSTATYMO KOMISIJOS SPRENDIMAI IR JŲ RŪŠYS



Atlygintos žalos pacientų sveikatai sumos, Eur



ASPI civilinės atsakomybės draudimui išleidžia apie 0,2 procentus savo metinių pajamų. Tačiau draudimo įmonių išmokama žalos atlyginimo suma per metus yra nedidelė, palyginti su metinėmis ASPI civilinės atsakomybės draudimo įmokomis (išmokų suma apie 14 kartų mažesnė nei įmokų):

Metai	Draudimo įmokų suma, EUR	Išmokų pacientams suma, EUR	Išmokų skaičius	Vidutinė išmoka, EUR
2012	997 397	100 248	30	3 342
2013	1 347 687	83 709	22	3 805
2014	2 192 861	160 683	47	3 419
2015	2 009 387	90 303	55	1 642
2016	1 212 553	80 041	29	2 760
2017	1 279 050	130 208	35	3 720
2018 I pusm.	842 855	77 781	18	4 321
Vidurkis	1 411 684	103 282	34	3 287

Parengta pagal: <http://www.lb.lt/lt/draudikai-veiklos-rodikliai#ex-1-4>

Įvertinus šiuos duomenis matyti, kad draudimo įmokų pakaktų daugiau žalą patyrusių pacientų gauti žalos atlyginimą, tačiau, kaip minėta, neretai tam kelia užkerta tai, kad nenustatoma žala

padariusio asmens sveikatos priežiūros specialisto kaltė, kartais kalto asmens nėra, nes žala kyla dėl sisteminių problemų (pavyzdžiui, hospitalinės infekcijos).

Lietuvos gydytojų sąjungos atliktos teismų praktikos apžvalgos duomenimis, didžiausios teismo priteistos **turtinės žalos** pacientams atlyginimo išmokos 2011–2015 metais buvo:

- a) tėvams netekus naujagimio – po 40 000 Lt (11 585 Eur);
- b) motinai netekus vienintelės nepilnametės dukros – 50 000 Lt (14 481 Eur);
- c) tėvams netekus paauglio vaiko – po 50 000 Lt (14 481 Eur);
- d) vaikui netekus vienintelio iš tėvų – 100 000 Lt (28 962 Eur), seneliams, kurie augina tėvų netekusį vaiką – po 10 000 Lt (2 896 Eur);
- e) už operacijos metu paliktą svetimkūnį (adatą) – 10 000 Lt (28 962 Eur); už procedūros metu dingusį svetimkūnį (įdedant kontraceptinę spiralę) – 13 000 Lt (3 765 Eur) neturtinės žalos kompensacijai; už pilvo ertmėje paliktą svetimkūnį (13 metų) (chirurginis įrankis Reverdeno kablys) – 40 000 Lt (11 585 Eur) neturtinei žalai atlyginti;
- f) už netinkamo vaisto skyrimą (odos pigmentacija, poodinių audinių atrofija, sutrikusi alkūnės funkcija, prarasta 45 proc. darbingumo) – 35 000 Lt (10 137 Eur);
- g) už tai, kad nediagnozavus susirgimo teko amputuoti galūnę (koją, 40 proc. darbingumo netekimas) – 50 000 Lt (14 481 Eur);
- h) už tai, kad išoperuota ne ta skydliaukės pusė – 60 000 Lt (17 377 Eur).

Kompensuotos **neturtinės žalos** dydžiai svyravo nuo 120 Lt iki 3 517 Lt (35–1 019 Eur) vienam atvejui. 2011–2015 metų teismų viešai skelbiama praktika rodo, kad didžiausios išmokos neturtinei žalai atlyginti buvo 50 000–100 000 Lt (14 500–29 000 Eur).

3) Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatyme (toliau – MPI) ir Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme (toliau – SPAPĮ) 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. Tokia sankcija, nors ir yra grindžiama visuomenės saugumu, yra nepagrįsta ir neproporcinga siekiamam tikslui – kad klaidos nesikartotų ir būtų teikiamos saugios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, be to, ji skatina slėpti savo klaidas siekiant išvengti licencijos ir kartu darbo praradimo. Dėl to klaidos kartojasi, nėra analizuojamos jų priežastys. Šiam tikslui pasiekti adekvati priemonė būtų gydytojų, slaugytojų ir akušerių praktikos licencijos sustabdymas, kurio metu jie turėtų tobulinti kvalifikaciją toje srityje, kurioje nustatytos jų praktikos klaidos.

Be to, teisminių procesų dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo bei licencijos praradimo grėsmė skatina vadinamąją gynybinę mediciną. Gynybinė medicina suprantama kaip ydingas sveikatos apsaugos reiškiny, kai gydytojas užuot viską daręs paciento sveikatai pagerinti, labiausiai siekia užsitikrinti savo paties saugumą nuo galimo teisinio persekiojimo už galimas diagnozės ir gydymo klaidas, pavyzdžiui, sunkių ir sudėtingų atvejų vengimas, delsimas ar iš viso vengimas priimti atsakingus diagnostinius ir gydymo sprendimus, nereikalingų vaistų skyrimas, nereikalingi siuntimai pas kitus specialistus ir pan. L. Labanausko, V. Justickio ir A. Sivakovaitės straipsnyje „Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje (Pagrindiniai 2 440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai)“ (Sveikatos politika ir valdymas, p. 158, prieiga https://www.mruni.eu/upload/iblock/8ad/010_labanauskas_justickis_sivakovaite.pdf) nurodyta, kad 2011 m. reprezentatyvaus 2 440 Lietuvos gydytojų tyrimo duomenimis, 86,3 proc. gydytojų siunčia pacientą pas kitus specialistus ne dėl to, kad to tikrai reikia (būtų patikslinta diagnozė ar gautas naudingas patarimas), bet tik tam, kad apsisaugotų nuo galimo teisinio persekiojimo; 60,7 proc. gydytojų tais pačiais sumetimais skiria nereikalingus papildomus tyrimus; 66,6 proc. vengia rizikingų pacientų, t. y. sergančių sudėtinga ar pavojinga liga, taip pat žinančių ir siekiančių ginti savo teises; 59,9 proc. vengia atlikti reikalingas, bet rizikingas procedūras; 40,3 proc. išrašo nereikalingus vaistus, nes pacientas to reikalauja darydamas gydytojui spaudimą.

Nereikalingų tyrimų atlikimas, konsultacijų teikimas sąlygoja dideles pacientų eiles ASPĮ, dėl kurių nukenčia pacientai, kuriems tyrimų ir konsultacijų labiausiai reikia. Be to, sunkiomis ligomis

sergantys pacientai bei pacientai, kurių diagnozė neaiški, negauna reikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nes jų atveju reikia priimti ryžtingus sprendimus. Nereikalingų vaistų (pavyzdžiui, antibiotikų) skyrimas prisideda prie gydymo veiksmingumo sumažėjimo, taip pat eikvoja tiek pacientų, tiek Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto (jei vaistai kompensuojami) lėšas.

Minėtos asmens sveikatos priežiūros specialistų atsakomybės sąlygos prisideda ir prie to, kad įvykusios medicinos, slaugos ar akušerijos praktikos klaidos nėra atskleidžiamos ir nėra analizuojamos jų priežastys bei galimi sprendimo variantai, kad jos nesikartotų ateityje.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo stebėsenos tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1136 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Stebėsenos aprašas), 8 punkte numatyta, kad ASPĮ Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT) privalo pateikti šiuos parėjusių metų ASPĮ civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo duomenis: draudiko pripažintų draudžiamųjų įvykių skaičių, nurodant draudžiamąjį įvykio išmokėtos draudimo išmokos sumą, draudiko pripažintų nedraudžiamųjų įvykių skaičių, įsigaliojusių teismo sprendimų bylose dėl pacientams padarytos žalos skaičių, nurodant teismo sprendimo išvadą, Komisijos priimtų sprendimų skaičių ir išvadą. Stebėsenos aprašo 10 punktas įpareigoja VASPVT sisteminti ir vertinti šiuos duomenis, rengti jų suvestines bei išvadas. Vis dėlto pagal šias Stebėsenos aprašo nuostatas parengtos suvestinės nėra pakankamos išvadoms dėl pasikartojančių ir sisteminių klaidų, dėl kurių kyla žala pacientų sveikatai, padaryti ir imtis veiksmų joms išvengti.

Užsienio praktika. Užsienio šalyse žala pacientų sveikatai atlyginama įvairiai. Naujojoje Zelandijoje, Švedijoje, Danijoje, Suomijoje, Norvegijoje, Olandijoje ir Austrijoje, Jungtinių Amerikos Valstijų Virdžinijos ir Floridos valstijose vienu ar kitu būdu yra įgyvendintas žalos pacientų sveikatai atlyginimo nevertinant ją padariusio specialisto kaltės modelis (toliau – žalos be kaltės modelis). Galima išskirti šiuos minėtose šalyse taikomus žalos be kaltės modelio įgyvendinimo variantus:

1) Švedijoje – taikymas savanoriškas, t. y. galima kreiptis tiek į pacientų skundus dėl žalos atlyginimo nagrinėjančią komisiją, tiek į teismą. Nustatytas maksimalus atlygintinos žalos dydis, kurį gali paskirti komisija. Minėtoje komisijoje pagrindinis vertinimo kriterijus – žalos išvengiamumas (žala atlyginama, jei jos galėjo būti išvengta). Nustatyti sudėtingi ieškinių teismui priimtumo kriterijai, todėl Švedijoje ieškinių žalos sveikatai atlyginimo mažėja.

2) Naujojoje Zelandijoje – pagal žalos be kaltės modelį atlyginama ne tik žala sveikatai, bet ir žala dėl kitų nelaimingų atsitikimų. Modelio taikymas privalomas. Nustatytas maksimalus atlygintinos žalos dydis, taip pat taikomi kiti kompensavimo būdai (pvz., gali būti skiriama reabilitacija). Žalos vertinimo kriterijų yra daugiau nei Švedijos modelyje. Sprendžiant dėl atlygintinos žalos dydžio vertinama visa žala, susijusi su sveikatos sutrikdymu (įskaitant ir žalą, kuri kilo dėl to, jog nebuvo gautas informuoto paciento sutikimas).

3) Prancūzijoje ir Virdžinijoje – modelis taikomas tik tam tikrų sužalojimų (kuriems esant priteisiamos didžiausios sumos, kurių nagrinėjimas yra sudėtingiausias, taip pat kurių atveju sunkiausia rasti draudimo įmonę, norinčią drausti sveikatos priežiūros įstaigos civilinę atsakomybę) atveju (Virdžinijoje – dėl gimdymo metu atsiradusių neurologinių sužalojimų, Prancūzijoje – dėl tam tikrų terapinių atvejų). Virdžinijoje modelis taikomas savanoriškai – jame gali dalyvauti sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojai.

Dažnai žalos atlyginimo be kaltės modelį įgyvendinusios valstybės yra numačiusios maksimalias atlygintinos žalos sumas (pvz., Švedija, Naujoji Zelandija, Floridos valstija (JAV), Virdžinijos valstija (JAV)), taip pat yra numačiusios žalos atlyginimo kriterijus, kad nebūtų kreipiamasi dėl itin trumpalaikių sveikatos sutrikdymo atvejų (pvz., Švedija).

Šveicarija ir Škotija svarstė žalos be kaltės modelio įgyvendinimo galimybes, tačiau nusprendė jo neįgyvendinti dėl įvairių priežasčių (finansinės naštos, kai kurių teismo proceso privalumų (pvz., kad į jį įsitraukus sveikatos priežiūros specialistui bei ASPĮ, sveikatos priežiūros specialistas

intensyviau skatinamas teikti sveikatos priežiūros paslaugas pagal keliamus reikalavimus, gerbti pacientų teises), aiškių žalos be kaltės modelio privalumų nebuvimo).

Įvertinus pirmiau nurodytas priežastis bei užsienio praktiką, Lietuvoje tikslinga įgyvendinti žalos be kaltės modelį. Sprendžiant dėl žalos be kaltės modelio įgyvendinimo Lietuvoje, svarstytos šios alternatyvos:

1) **Dalinis žalos be kaltės modelio įgyvendinimas (toliau – dalinis modelis)**, numatant, kad iš ASPĮ civilinės atsakomybės draudimo lėšų dalis žalos pacientų sveikatai atvejų (pagal nustatytą sąrašą) būtų atlyginama nevertinant ją padariusio asmens sveikatos priežiūros specialisto kaltės (kiti atvejai – įprastai). Taip pat būtų tobulinama Komisijos veikla (skundų nagrinėjimo terminų trumpinimas, komisijos bei jai išvadas teikiančių ekspertų veiklos apmokėjimas) ir pagal Komisijos ir ASPĮ ataskaitas analizuojama pacientų patirta žala ir inicijuojami reikiami veiksmai (teisės aktų keitimai, priežiūros veiksmai ir kt.).

Šios alternatyvos įvertinimas:

Privalumai	Trūkumai
1. Mažos sistemos administravimo sąnaudos (90 tūkst. eurų per metus Komisijos (įskaitant ekspertus) veiklai). 2. Trumpi skundų nagrinėjimo terminai (draudikai – 20 d. d., prireikus Komisija – dar 2 mėn.). 3. Sumažėjęs poreikis ginčus spręsti Komisijoje (pacientai dažniau naudosis draudimu).	1. Pacientams būtų nustatytos nevienodos žalos atlyginimo sąlygos – tik kai kurie pacientai (kurių patirta žala būtų numatyta atlygintinos žalos sąrašė) žalos atlyginimą gautų greičiau, lengviau ir pigiau. Tai galėtų būti laikoma diskriminacija, kadangi ją pagrįsti objektyviais pacientų ar jų padėties skirtumais būtų sudėtinga.* 2. Gali didėti draudimo įmokos (dėl draudimo rizikos didėjimo). 3. Dalis pacientų žalos be kaltės modeliu naudotųsi, tik jei atlyginamos žalos dydis būtų artimas teismo priteisiamoms sumoms (atlygintų visą žalą). 4. ASPĮ lėšos, skiriamos civilinės atsakomybės draudimo įmokoms, ir toliau nebūtų naudojamos pagal jų tikrąją paskirtį – pacientų patirtai žalai atlyginti.

* Pagal dalinį modelį dalis pacientų, siekdami žalos atlyginimo, turėtų įrodinėti civilinės atsakomybės kilimo sąlygas, atitinkamai dalis gydytojų patirtų 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 išvengtų pirmiau nurodytų pasekmių. Projekto rengimo metu analizuojant dalinio modelio įgyvendinimo alternatyvą ir konsultuojantis 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 būtų laikomas diskriminacija (vienų žalą patyrusių pacientų teisė greitai ir efektyviai gauti žalos atlyginimą būtų iškeliamą prieš kitų pacientų tokią pat teisę). Atitinkamai diskriminacija būtų laikomas ir nevienodos atsakomybės nustatymas žalą padariusiems asmenims (asmens sveikatos priežiūros specialistams). Taip būtų pažeidžiama Lietuvos Respublikos Konstitucijos 29 straipsnio nuostata, kad įstatymui, teismui ir kitoms valstybės institucijoms ar pareigūnams visi asmenys lygūs.

2) **Visiškas žalos be kaltės modelio įgyvendinimas**, panaikinant ASPĮ pareigą draustis civilinės atsakomybės draudimu ir numatant pareigą mokėti įmokas į Vyriausybės įgaliotos institucijos administruojamą sąskaitą (toliau – sąskaita), kurioje būtų kaupiamos lėšos, skirtos pacientų sveikatai padarytai žalai atlyginti. Pacientų sveikatai padaryta žala būtų atlyginama nevertinant ją padariusio asmens sveikatos priežiūros specialisto kaltės. Taip pat būtų tobulinama Komisijos veikla (skundų nagrinėjimo terminų trumpinimas, komisijos bei jai išvadas teikiančių ekspertų veiklos apmokėjimas) bei pagal Komisijos ir ASPĮ ataskaitas analizuojama pacientų patirta žala ir inicijuojami reikiami veiksmai (teisės aktų keitimai, priežiūros veiksmai ir kt.).

Šios alternatyvos įvertinimas:

Privalumai	Trūkumai
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mažos sistemos administravimo sąnaudos (90 tūkst. eurų per metus Komisijos (įskaitant ekspertus) veiklai). 2. Žala būtų atlyginama daugiau pacientų nei šiuo metu jų nediskriminuojant pagal patirtos žalos pobūdį. 3. Trumpi skundų nagrinėjimo terminai (Komisija – 2 mėn.). 4. Sumažėjęs poreikis ginčus spręsti teisme (pacientai dažniau kreipsis į Komisiją, nes žinos, kad ten greitai gaus žalos atlyginimą). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rizika dėl sąskaitos finansinio stabilumo, dėl ko galimas įmokų į sąskaitą didėjimas šiai rizikai šalinti. 2. Kai kurios ASPĮ ir toliau draustųsi savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu (tik atvejams, jei pacientai, nepatenkinti skundo nagrinėjimu Komisijoje, kreiptųsi į teismą, kuris priteistų didesnes sumas už žalą, nei būtų mokama iš sąskaitos). 3. Dalis pacientų žalos be kaltės modeliu naudotųsi, tik jei atlyginamos žalos dydis būtų artimas teismo priteisiamoms sumoms (atlygintų visą žalą).

Įstatymo projekto tikslas – sudaryti sąlygas pacientams, kurių sveikatai padaryta žala teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, greičiau ir paprasčiau gauti žalos atlyginimą ir lėšas bei laiką skirti sutrikdytai sveikatai susigrąžinti (įgyvendinti žalos be kaltės modelį), taip pat sudaryti sąlygas, skatinančias atskleisti asmens sveikatos priežiūros specialistų klaidas ir imtis priemonių, kad jos nesikartotų.

Įstatymo projekto uždaviniai:

- 1) nustatyti, kad žala paciento sveikatai atlyginama nevertinant ją padariusio asmens sveikatos priežiūros specialisto kaltės esant įstatyme nustatytoms sąlygoms;
- 2) nustatyti, kad žala paciento sveikatai atlyginama iš sąskaitos, kurioje kaupiamos sveikatos priežiūros įstaigų įmokos pacientų sveikatai padarytai žalai (turtinei ir neturtinei) (toliau – žala) atlyginti (toliau – sąskaita), lėšų;
- 3) nustatyti, kad asmens sveikatos priežiūros specialistų klaidos yra pagrindas ne panaikinti, o sustabdyti jų licenciją ir tobulinti jų kvalifikaciją;
- 4) įpareigoti Komisiją teikti ataskaitas apie jos veiklą, kurių pagrindu būtų nagrinėjamos asmens sveikatos priežiūros specialistų klaidos bei pacientų sveikatai padarytos žalos atvejai ir imamasi priemonių, kad jos nesikartotų.

2. Įstatymo projekto iniciatoriai (institucija, asmenys ar piliečių įgalioti atstovai) ir rengėjai.

Įstatymo projektą parengė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

3. Kaip šiuo metu yra reguliuojami įstatymo projekte aptarti teisiniai santykiai.

Įstatymas numato, kad sveikatos priežiūros įstaigos turi būti apdraudusios savo civilinę atsakomybę privalomuoju ir (ar) savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu turtinei ir neturtinei žalai atlyginti.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 24 d. įsakymu Nr. V-171 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės minimalių draudimo sumų nustatymo“ nustatyta 8 689 eurų minimali draudimo suma vienam draudžiamajam įvykiui ir 86 886 eurų minimali draudimo suma visiems draudžiamiesiems įvykiams per vienus draudimo sutarties galiojimo metus.

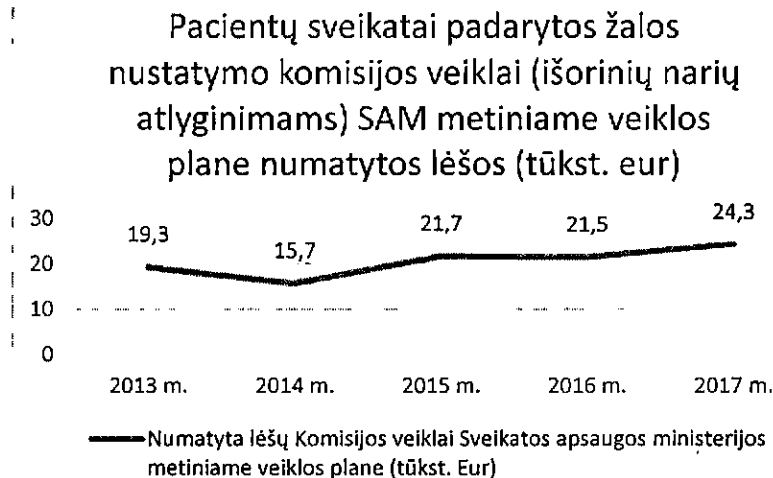
Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 24 straipsnis numato, kad pacientas, norintis gauti turtinės ir neturtinės žalos atlyginimą, privalo kreiptis į Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisiją, veikiančią prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Ši komisija yra privaloma ikiteisminė institucija ginčams dėl pacientų teisių pažeidimo fakto ir tuo padarytos žalos dydžio nustatymo nagrinėti. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija paciento pareiškimą turi išnagrinėti per 2 mėnesius (šis terminas gali būti pratęstas dar 2 mėn.).

Pacientas ar sveikatos priežiūros įstaiga, nesutikdami su Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimu, turi teisę kreiptis į teismą.

Žala atlyginama nustačius civilinės atsakomybės sąlygas. Žala atlyginama iš civilinės atsakomybės draudimo, jei ji yra draudžiamasis įvykis, arba iš ASPĮ lėšų, jei nedraudžiamasis įvykis, arba iš draudimo ir ASPĮ, jei draudimo išmokos nepakanka, taip pat iš gydytojo profesinės atsakomybės draudimo lėšų, jei jis yra Lietuvos gydytojų sąjungos narys.

MPĮ ir SPAPĮ 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.

Komisijos narių apmokėjimo klausimai reguliuojami Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos darbo reglamente, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 1 d. įsakymu Nr. V-79 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos darbo reglamento patvirtinimo“. Jame numatyta, kad Komisijos nariui mokamas 0,082 pareiginės algos bazinio dydžio, nustatyto Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo įstatyme nustatyta tvarka (toliau – pareiginės algos bazinis dydis), atlygis už vieną posėdžio valandą ir 0,14 pareiginės algos bazinio dydžio atlygis už pasiruošimą posėdyje nagrinėti vieną pareiškimą bei 0,082 pareiginės algos bazinio dydžio atlygis už atstovavimą Sveikatos apsaugos ministerijai Lietuvos Respublikos teismuose, nagrinėjant vieną civilinę bylą dėl Komisijos priimto sprendimo.



4. Kokios siūlomos naujos teisinio reguliavimo nuostatos ir kokių teigiamų rezultatų laukiama.

Įstatymo projektu siūloma įgyvendinti žalos be kaltės modelį, kurio esminiai elementai būtų reguliuojami taip:

1) pacientų prašymai atlyginti žalą (skundai) kaip ir šiuo metu būtų teikiami Komisijai, kuri liktų privaloma ikiteisminė institucija tokiems prašymams nagrinėti. Sutrumpinami prašymų nagrinėjimo Komisijoje terminai – siūloma nustatyti, kad prašymas turi būti išnagrinėtas per 2 mėnesius nuo jo gavimo, nenumatant galimybės jį pratęsti (tačiau jei prašymas yra su trūkumais, jų šalinimo laikas į nurodytą jo nagrinėjimo terminą nebūtų įskaitomas). Siūloma nekeisti Komisijos narių skaičiaus (7), tačiau tikslinti jos sudėties reguliavimą, kad sudėtis būtų aiškiai apibrėžta ir nepaliekanti nepagrįstos diskrecijos teisės spręsti dėl į Komisiją įtrauktinų asmenų. Siūloma nustatyti, kad ne mažiau kaip 3 Komisijos nariai turi būti specialistai, turintys aukštąją medicinos ar odontologijos studijų krypties išsilavinimą, ir 2 – turintys aukštąją teisės studijų krypties išsilavinimą, taip pat nustatyti, kiek komisijos narių turi atstovauti atitinkamoms institucijoms ar organizacijoms. Taip pat nustatomi Komisijos narių įgaliojimų pasibaigimo pagrindai bei naujų narių skyrimo tvarka.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2015 m. rugsėjo 29 d. nutarime Nr. KT26-N15/2015 „Dėl Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo 68 straipsnio 3 dalies ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 8 d. nutarimo Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“ atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ (toliau – KT nutarimas) konstatuota, kad „pagal Konstituciją, *inter alia* jos 48 straipsnio 1 dalį, kurioje įtvirtinta asmens teisė gauti teisingą apmokėjimą už darbą, 128 straipsnio 1 dalies nuostatą, pagal kurią

sprendimus dėl valstybės esminių turtinių įsipareigojimų priima Seimas Vyriausybės siūlymu, esminės asmenų, gaunančių atlyginimą iš valstybės (savivaldybės) biudžeto lėšų, darbo apmokėjimo sąlygos, lemiančios jų darbo užmokestį (kaip antai darbo apmokėjimo sistema, darbo užmokesčio sudedamosios dalys, kriterijai, nuo kurių turėtų priklausyti darbo užmokestis, jų įtaka darbo užmokesčiui), turi būti nustatytos įstatymu“. Atsižvelgiant į tai bei tai, kad Valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo įstatymo Nr. XIII-198 pavadinimo, 1 straipsnio, 1, 2, 3, 4, 5 priedų pakeitimo ir Įstatymo papildymo III(1) skyriumi įstatymo projektu Nr. XIIIP-2491(2) siūloma nustatyti įstatymų pagrindais sudarytų komisijų (darbo grupių, tarybų, Teisėjų garbės teismo, darbo arbitražo), finansuojamų iš valstybės ir savivaldybių biudžetų, pirmininkų, pirmininkų pavaduotojų ir narių atlygį už darbą, projektu siūloma nustatyti, kad Komisijos nariams atlygis už darbą mokamas Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų ir komisijų narių darbo apmokėjimo įstatyme nustatyta tvarka.

Siekiant užtikrinti Komisijai teikiamų ekspertų išvadų kokybę, siūloma nustatyti kvalifikacinius reikalavimus ekspertams (teisė verstis slaugos, medicinos ar odontologijos praktika bei atitinkamos praktikos 5 metų patirtis), taip pat pavesti sveikatos apsaugos ministro tvirtinamo ekspertų sąrašo sudarymo bei ekspertų išvadų teikimo tvarką nustatyti sveikatos apsaugos ministrui. Atsižvelgiant į KT nutarimą projektu siūloma nustatyti atlyginimo ekspertams tvarką. Ekspertui apmokėjimą už dalyvavimą Komisijos posėdyje siūloma nustatyti tokio dydžio, koks šiuo metu nustatytas Komisijos nariui. 2012–2017 m. duomenimis, per metus vidutiniškai įvyksta 15 Komisijos posėdžių, kuriuose vidutiniškai nagrinėjami 102 prašymai atlyginti žalą, Komisijos darbui kasmet skiriama vidutiniškai 20 200 Eur. Darant prielaidą, kad po įstatymo įsigaliojimo pirmaisiais metais prašymų bus apie 300, jiems nagrinėti reikės apie 44 Komisijos posėdžių, todėl Komisijos veiklai reikės 60 133 Eur (39 633 eurai daugiau nei vidutiniškai šiuo metu).

Apmokėjimą už eksperto išvados pateikimą siūloma nustatyti įvertinus teismų ekspertizių ir kitų ekspertizių kainas. Pagal teismų praktiką šiuo metu teismo ekspertizės kainuoja iki 760 Eur. Kitos ekspertizės, kai nepateikiama ikiteisminio tyrimo įstaigos užduotis ar teismo nutartis, Valstybinėje teismo medicinos tarnyboje kaina gali būti iki 100 eurų (sudėtingiausiais atvejais, kai asmens teismo medicinos apžiūros specialisto išvada rengiama pagal rašytinius medicinos dokumentus ir (ar) jų priedus (kai elektroniniame ar kitokiame formate pateikti diagnostiniai priedai – rentgeno nuotraukos, tomogramos, kardiogramos, audiogramos ir kt., vertinami su specialistu konsultantu, įskaitant ir asmens apžiūrą, jeigu ji atliekama). Įvertinus tai, įstatymo projektu už eksperto išvados pateikimą siūloma nustatyti 2,27 Lietuvos Respublikos Seimo patvirtinto atitinkamų metų pareiginės algos bazinio dydžio atlygį (300,78 euro). Nėra statistikos, kaip dažnai gali prireikti eksperto pagalbos, tačiau vertinant tai, kad sudėtingesni atvejai sudaro apie 30 proc. (100 atvejų), pirmaisiais po įstatymo įsigaliojimo metais ekspertizės gali kainuoti iki 30 000 eurų.

2) Siūloma nustatyti, kad Komisija sprendimą atlyginti paciento sveikatai padarytą žalą (turtinę ir neturtinę) priima nevertindama, ar yra ją padariusio sveikatos priežiūros specialisto kaltė, ar ne (pagrindinis žalos be kaltės modelio elementas). Būtų atlyginama dėl pacientui teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų paciento sveikatai padaryta žala, jei ji padaryta neteisėtais veiksmais teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir jei tarp paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) ir teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų yra priežastinis ryšys. Pastebėtina, kad formuluotė „dėl teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų“ apima ir atvejus, kai žala kyla dėl nesuteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, – situacija, kai esant poreikiui teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas jos nėra suteikiamos, laikytina netinkamu, nepakankamai rūpestingu asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2018 m. kovo 8 d. nutarime pažymėjo, kad „iš Konstitucijos įstatymų leidėjui nekyla draudimo reguliuojant santykius, susijusius su žalos <...> atlyginimu, įstatyme nustatyti (paisant Konstitucijos normų ir principų) protingus ir pagrįstus kriterijus, pagal kuriuos būtų galima nustatyti (įvertinti) atlygintinos žalos dydį; tokie kriterijai gali būti labai įvairūs, juos galima diferencijuoti pagal padarytos žalos pobūdį, ypatumus, kitas aplinkybes; kita vertus, jokie įstatymuose *expressis verbis* nurodyti kriterijai, kuriais remiantis būtų galima nustatyti (įvertinti) atlygintinos žalos dydį, neturi kliudyti teismui vykdyti teisingumo“. Projektu siūloma nustatyti, kad paciento sveikatai padaryta žala turi būti atlyginama iš sąskaitos lėšų, o

atlygintinos paciento sveikatai padarytos žalos dydį Komisija nustato vadovaudamasi Vyriausybės patvirtintame Paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo tvarkos apraše nurodytais atlygintinos paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) dydžiais, kurie bus nustatomi pagal projekte nurodytus kriterijus. Šie kriterijai suformuluoti atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos civilinio kodekso nuostatas (6.249 ir 6.2450 straipsniai) ir Lietuvos Respublikos teismų praktikoje naudojamus žalos dydžio nustatymo kriterijus. Paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo tvarkos apraše būtų nustatytos ir kitos su žalos atlyginimu susijusios procedūrinės nuostatos. Numatomas vidutinis atlyginamos žalos dydis būtų toks, kaip nurodyta aiškinamojo rašto lentelėje „Įstatymo projektu siūlomo žalos be kaltės modelio veikimo finansinė prognozė 10 metų (2020–2029 metais)“ (nuo 3 200 eurų pirmaisiais metais iki 4 555 eurų dešimtaisiais metais).

Žalos atlyginimo dydis būtų nemokamas, jei pats pacientas būtų prisidėjęs prie jos atsiradimo (tyčia ar dėl didelio neatsargumo). Siekiant išvengti dvigubo žalos atlyginimo ir kartu užkirsti kelią kompensacinės kultūros atsiradimui ir vystymuisi, projekte nustatyta, kad 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.

Kompensacinės kultūros galimą vystymąsi turėtų riboti ir nuostata, kad žala atlyginama tik tada, kai ji padaryta neteisėtais veiksmais teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas (kaip ir šiuo metu). Tokia nuostata siūloma siekiant išvengti pernelyg didelės finansinės naštos sąskaitai (siekiant jos tvarumo) ir su tuo susijusio galimo įstaigų įmokų į sąskaitą didėjimo. Pabrėžtina, kad valstybė turėtų įsipareigoti atlyginti ne bet kokią žalą, o tik tokią, kuri kilo pažeidus teisės aktus ar bendro pobūdžio pareigas elgtis atidžiai ir rūpestingai.

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 įsigaliojo tik 2015 m. sausio 1 d. ir buvo skirta biomedicininių tyrimų atlikimui palengvinti (kad biomedicininio tyrimo užsakovui, kai atliekami nesudėtingi tyrimai, nereikėtų draustis biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu, kurio suma negali būti mažesnė kaip 29 000 eurų turtinei ir neturtinei žalai, padarytai vienam tiriamajam, kompensuoti), Lietuvos Respublikos biomedicininių tyrimų etikos įstatymo Nr. VIII-1679 5 ir 12 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu siūloma palikti analogišką reguliavimą, kad už minėtą žalą būtų atlyginama iš sąskaitos lėšų (įstatymo projekto 1 straipsniu pateikiama nuoroda į Lietuvos Respublikos biomedicininių tyrimų etikos įstatymą, kuriuo būtų nustatytas toks reguliavimas).

Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatas, įstatymo projekte numatyta, kad pacientas turi teisę kreiptis į teismą dėl ginčo dėl paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo nagrinėjimo iš esmės. Projekte numatyta, kad teismas sprendimą dėl pacientų sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo priimtų taip pat nevertindamas žalą padariusio asmens sveikatos priežiūros specialisto kaltės (pagal Civilinio kodekso 6.248 straipsnio 1 dalį). Teismo priteista žala taip pat bus atlyginama iš sąskaitos lėšų. Tikėtina, kad kreipimusi į teismą nebus daug, kadangi Paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo tvarkos apraše bus nustatyti aiškūs atlygintinos žalos dydžiai. Komisijos sprendimas galėtų būti skundžiamas, pavyzdžiui, jei pacientas manytų, jog žala atlyginta ne visiškai (tam tikros jo išlaidos nepripažintos kaip susijusios su patirta žala ar pan.) arba jei pacientas manytų, kad Komisija nepagrįstai nustatė, kad tarp paciento patirtos žalos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų nėra priežastinio ryšio arba kad

nepadaryta neteisėta veika ir dėl to žalos jam neatlygino (pastebėtina, kad Komisija dėl išvadų, ar yra priežastinis ryšys tarp žalos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir pan., galės kreiptis į ekspertus, todėl manytina, kad pacientai, matydami ekspertų išvadamis pagrįstus Komisijos sprendimus, tik retais atvejais kreiptųsi į teismą, t. y. jiems sumažėtų abejonių Komisijos priimtu sprendimu) Be to, įsigaliojus įstatymui ir nusistovėjus pacientų skundų nagrinėjimo teismuose praktikai, atsižvelgdami į tai pacientai galės preliminarieji numatyti skundo nagrinėjimo teisme baigtį ir pagal tai spręsti, ar tikrai tikslinga kreiptis į teismą.

Įtvirtinus siūlomą žalos atlyginimo modelį nagrinėjant pacientų prašymus Komisijoje jiems nebereikės teisinės pagalbos ir išlaidų ekspertizėms nustatant priežastinį ryšį tarp teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir patirtos žalos, kadangi pagal projektą pacientas nebebus įpareigotas pateikti įrodymus, kurie patvirtintų prašyme atlyginti žalą išdėstytas aplinkybes, pagrindžiančias reikalavimą atlyginti paciento sveikatai padarytą žalą, (tačiau įrodymus pacientas galės pateikti, jei juos turės) bei 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 reikės specialių žinių, pati kreipsis į ekspertus (jų veiklos išlaidos bus apmokamos iš sąskaitos).

3) Pacientų sveikatai padarytai žalai atlyginti skirtas lėšas įstatymo projektu siūloma kaupti sąskaitoje. Sąskaitos lėšos būtų kaupiamos iš ASPĮ įmokų, kurių dydis būtų 0,2 procento ASPĮ metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Jei einamųjų metų įmokų nepakaktų sąskaitos išlaidoms (išmokoms, Komisijos veiklai ir sąskaitos administravimui) apmokėti (pastebėtina, kad tai galėtų būti tik todėl, kad dėl ASPĮ veiklos būtų daugiau atvejų, kai būtų padaryta žala pacientams), kitais metais įmokos galėtų būti didinamos (būtų inicijuojamas įstatymo keitimas).

Sąskaitos lėšos būtų tikslinės (naudojamos tik paciento sveikatai padarytai žalai atlyginti, Komisijos (įskaitant ekspertus) veiklai finansuoti ir sąskaitos administravimo išlaidoms), todėl vadovaujantis Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymo 32 straipsnio 1 dalimi sąskaitos lėšos, nepanaudotos einamaisiais biudžetiniais metais, būtų perkeliamos ir naudojamos kitais biudžetiniais metais.

Iš visų metinių sąskaitos pajamų iki 1 procento būtų skiriama sąskaitos administravimo (įmokų, išmokų mokėjimo, sąskaitos lėšų apskaitos funkcijoms) išlaidoms.

Sąskaitos lėšos turėtų būti laikomos konkurso būdu pasirinktoje kredito įstaigoje arba investuojamos. Konkurso sąlygas nustatytų Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Parenkant kredito įstaigą konkurso sąlygos turėtų būti tokios, kurios užtikrintų kredito įstaigos patikimumą ir joje laikomų sąskaitos lėšų saugumą. Siūlomas reguliavimas analogiškas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 23 straipsnio 4 dalies reguliavimui, kur numatyta, kad „Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir jo rezervo lėšas laiko konkurso būdu pasirinktame banke arba investuoja šio straipsnio 5 dalyje nustatyta tvarka“ (banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygos nustatytos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugsėjo 22 d. įsakymu Nr. V-1112 „Dėl Banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygų aprašo patvirtinimo“). Įstatymo projekte nustatyta sąskaitos lėšų investavimo tvarka tokia pati, kokia nustatyta PSDF biudžeto lėšoms Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme.

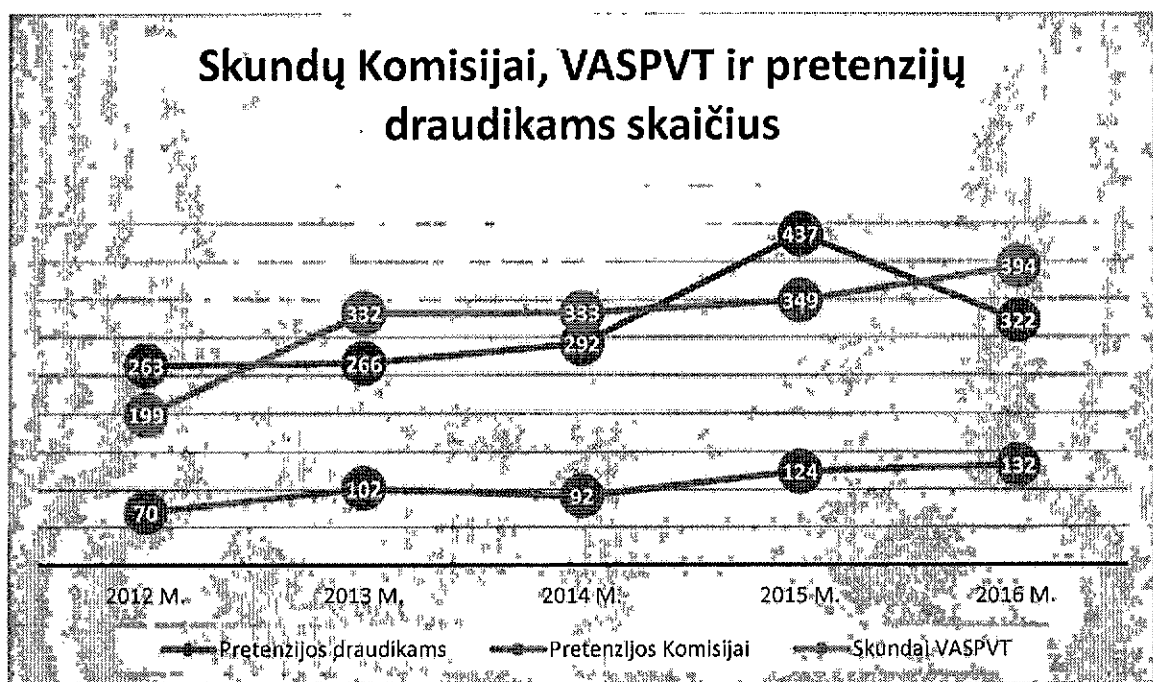
Įmokų į sąskaitą mokėjimo, administravimo bei naudojimo tvarką nustatys Vyriausybė ar jos įgaliota institucija.

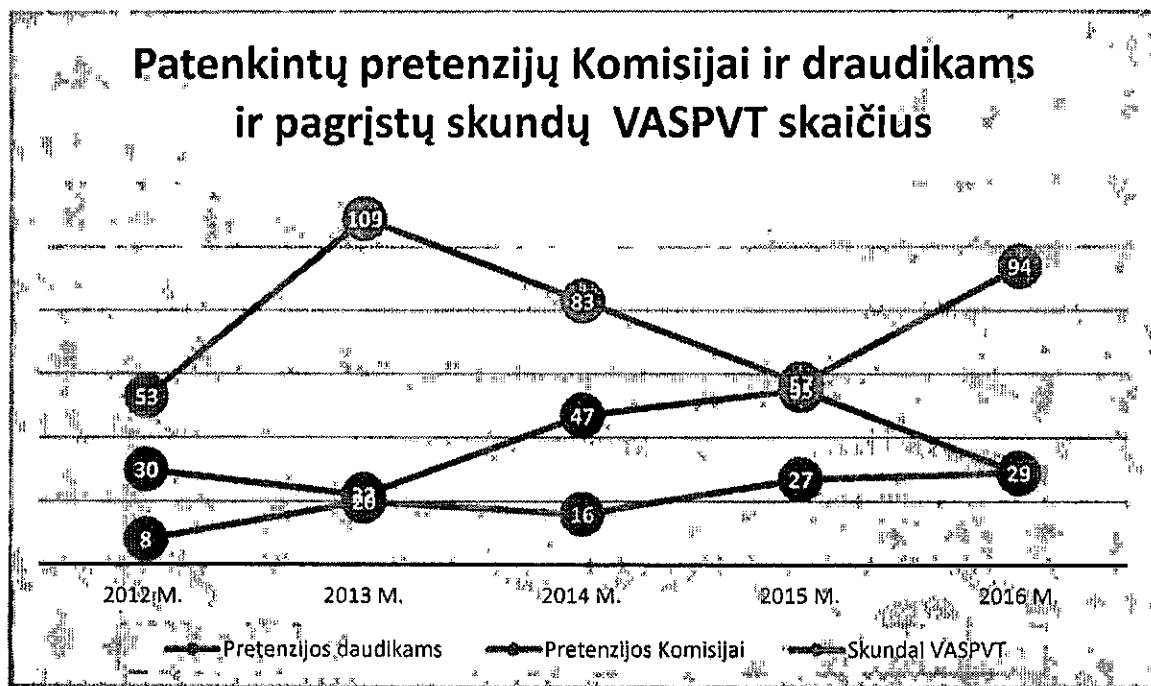
Įstatymo projektu siūlomo žalos be kaltės modelio veikimo finansinė prognozė 10 metų (2020–2029 metais) (šaltinis: Lietuvos gydytojų sąjungos pateikta prognozė)

Metai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Gauti prašymai atlyginti žalą	300	750	900	1 080	1 296	1 555	1 710	1 881	2 069	2 275
Kompensuoti atvejai (išmokų skaičius)	35	225	360	432	518	622	684	752	828	910
Vidutinė išmoka, EUR	3 200	3 328	3 461	3 600	3 744	3 893	4 049	4 211	4 379	4 555

Iš viso išmokų, tūkst. EUR	112	749	1 246	1 555	1 941	2 422	2 770	3 168	3 624	4 145
ASPI įmokos, tūkst. EUR	2 000	2 080	2 163	2 250	2 340	2 433	2 531	2 632	2 737	2 847
Įmokos minus išmokos, tūkst. EUR	1 888	1 331	917	695	399	12	-239	-536	-887	-1 298
Išmokų administravimas (vidinis, Komisija), tūkst. EUR	60	62	65	68	70	90	94	98	102	107
Išmokų administravimas (išorinės ekspertizės), tūkst. EUR	30	78	98	121	151	189	217	248	283	323
Sąskaitos administravimas (1 proc. ASPI metinių įmokų), tūkst. EUR	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Palūkanos už sąskaitos likutį, tūkst. EUR	0	15	26	33	37	39	37	33	26	16
Iš viso pajamų (einamųjų metų pajamos + praėjusių metų rezultatas)	2 000	3 873	5 153	6 046	6 659	6 949	6 796	6 360	5 589	4 426
Iš viso išlaidų	222	909	1 390	1 764	2 182	2 721	3 101	3 534	4 026	4 595
Einamųjų metų rezultatas, tūkst. EUR	1 778	2 964	3 763	4 282	4 477	4 228	3 695	2 826	1 563	-169

Žalos be kaltės modelio veikimo finansinės prognozės pagrindimas:





Vidutiniškai draudikai gauna 316 skundų per metus, o vidutinis išmokų žalai atlyginti skaičius per metus pagal civilinės atsakomybės draudimo sutartis – 37 atvejai. Komisijos gautų skundų vidurkis – 104, o vidutinis pagrįstų skundų skaičius – 20.

Taigi bendras draudikams ir Komisijai pateiktų skundų skaičius – 400 per metus. Tikėtina, kad panašus skundų skaičius būtų pateiktas Komisijai, jei vietoj privalomojo sveikatos draudimo pradėtų veikti žalos be kaltės modelis. Tačiau pirmaisiais metais lauktinų skundų skaičius turėtų būti kiek mažesnis (dėl to, kad turės praeiti tam tikras laiko tarpas, kol pacientai ir gydytojai įvertins naują galimybę gauti atlyginimą už padarytą žalą, ir dėl to, kad pradėjus veikti sąskaitai, iš jos galės būti atlygintos tik žala, kilusi dėl įvykių, įvykusių jau įsigaliojus įstatymui). Darant prielaidą, kad pacientas, patyręs žalą, į Komisiją dėl žalos atlyginimo iš sąskaitos lėšų kreipsis maždaug per 1–3 mėnesius, tikėtina, kad pirmais metais skundų bus gauta mažiau. Be to, įsigaliojus įstatymui dar kurį laiką galios ASPĮ turimos civilinės atsakomybės draudimo sutartys (techniniai atidėjiniai įpareigoja mokėti žalas), tad dalis žalų bus atlyginama galiojančių draudimo sutarčių pagrindu. Įvertinus visas minėtas aplinkybes, laikytina, kad pirmaisiais metais bus gauta maždaug 300 skundų (šis skaičius yra artimas šiuo metu draudikų gaunamam pretenzijų skaičiui (316)). Plg. Danijoje, kurios populiacija 1992 m. (žalos be kaltės modelio veiklos pradžia) buvo apie 5 milijonus žmonių, pirmaisiais metais buvo gauti 178 skundai. Antraisiais metais Danijoje šis skaičius išaugo iki 840 (3,7 karto). Atsižvelgiant į tai, laikytina, kad Lietuvoje antraisiais metais galima tikėtis iki 750 skundų (2,5 kartus daugiau nei pirmaisiais veiklos metais).

Remiantis Danijos statistika ir eliminavus pirmųjų metų įtaką, kai skundų skaičiaus augimas buvo labai ženklus, vidutinis metinis pretenzijų skaičiaus augimas per antrus–šeštus metus Danijoje buvo apie 20 proc. Vėliau pateikiamų pretenzijų skaičius mažėjo ir dvyliktais–dvidešimt antrais metais vidutinis metinis augimas buvo apie 10 proc.

Atsižvelgiant į tai, laikytina, kad Lietuvoje trečiais–šeštais metais (t. y. penkerius pirmuosius metus, neskaitant pačių pirmųjų) metinis skundų Komisijai skaičiaus augimas bus po 20 proc. kasmet, o septintais–dešimtais metais po 10 proc. kasmet. Tikėtinas gautų pretenzijų skaičiaus kitimas pateiktas lentelėje toliau.

Išmokų skaičius (vienetais per metus). Danijoje pirmaisiais metais buvo atlyginta 10 proc. gautų pretenzijų, antraisiais – 28 proc., o vėliau – nusistovėjus veiklos apimtims, atlyginama vidutiniškai po 40 proc. gautų pretenzijų, ir šis procentas yra pakankamai stabilus (nedaug svyruoja metų metus). Prognozuojant išmokų iš sąskaitos skaičių, daroma prielaida, kad Lietuvoje procesai bus artimi Danijos dinamikos statistikai, t. y., kad pirmaisiais metais bus atlyginta 10–15 proc. gautų

pretenzijų, antraisiais – 30 proc., visais vėlesniais metais – po 40 proc. Plg. Danijoje pirmaisiais metais buvo atlyginta 17, o antraisiais – 236 pretenzijos.

Vidutinė išmoka ir bendras išmokų skaičius (eurais). Kadangi kaltė sprendžiant žalos atlyginimo klausimą nebus nustatoma, išmokų skaičius turėtų būti didesnis nei iki šiol, tačiau nėra pagrindo teigti, kad dėl to didės vidutinė išmoka.

Teismų praktika rodo, kad keletą kartų per metus gali tekti mokėti išskirtinai didesnes išmokas (žr. duomenis aiškinamojo rašto 1 punkte), tačiau dauguma žalų bus gerokai mažesnio dydžio. Atsižvelgiant į draudikų išmokų statistiką (žr. aiškinamojo rašto 1 punkto 2 papunkčio lentelę apie draudimo įmokas, išmokas, išmokų skaičių ir dydį) laikoma, kad vidutinė išmoka pirmaisiais metais bus 3200 eurų. Daroma prielaida, kad kiekvienais vėlesniais metais vidutinė išmoka didės dėl galimos infliacijos (jei žalos atlyginimo kriterijai ženkliai nesikeis ir ateityje nebus apmokamos kitos paslaugos (kurios gali būti brangesnės) nei pirmaisiais metais). 2005–2015 m. vidutinė metinė infliacija Lietuvoje buvo 4 proc., todėl manoma, kad vidutinė išmoka didės būtent tokiu procentu.

Išmokų reguliavimo sąnaudų (išlaidos Komisijai ir ekspertams) pagrindimas pateiktas aiškinamojo rašto 4 punkto 1 papunktyje. Atsižvelgiant į tai, kad tvirtinant pareiginės algos bazinį dydį įvertinama praėjusių metų vidutinė metinė infliacija, apskaičiuojant išmokų reguliavimo sąnaudas laikoma, kad jos didės atitinkamu infliacijos procentu (4 proc.).

ASPI įmokos į sąskaitą. Siekiant, kad žalos atlyginimo be kaltės modelis netaptų papildoma našta sveikatos priežiūros įstaigoms, planuojama, kad sąskaitos veiklos pradžioje sveikatos priežiūros įstaigų įnašai bus tokio dydžio, kiek šiuo metu skiriama draudimui įsigyti (apie 2 mln. eurų). Laikoma, kad vėlesniais metais ASPI įmokos didės prognozuojamu infliacijos procentu.

Sąskaitos likučio (einamųjų metų rezultato) kitimas. Sąskaitos likutis galės būti investuojamas į saugius investavimo instrumentus. Vertinant atsargiai, laikoma, kad už sąskaitos likutį bus mokamos 0,86 proc. metinės palūkanos (2015 m. II pusmečio Lietuvos banko nustatyta maksimali techninė palūkanų norma, kuri naudojama vertinant draudimo įmonės techninius atidėjinius). Tikėtina, kad palūkanų norma vėliau didės (net ir investuojant į saugius instrumentus).

Tikėtina, kad maždaug šeštaisiais metais sąskaitos išmokos bus didesnės nei ASPI įmokos (jeigu įstatyme nustatytas įmokų procentas nebus keičiamas). Šis deficitas būtų kompensuotas iš sąskaitoje sukaupto likučio. Jei einamųjų metų įmokų nepakaktų sąskaitos išlaidoms (išmokoms ir sąskaitai administruoti) mokėti, kitais metais įmokos galėtų būti didinamos (žr. prognostinę lentelę toliau). Pastebėtina, kad įmokų didinimo būtinybė būtų tik todėl, kad dėl ASPI veiklos būtų padaryta daugiau žalų pacientams (visos ASPI to pasekmės pajustų solidariai).

Įstatymo projektu siūlomo žalos be kaltės modelio veikimo finansinė prognozė 10 metų (2020–2029 m.), *jei septintaisiais metais įmoka į sąskaitą būtų padidinta iki 0,22 procento praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą*

Metai							7 (įmoka padi- dinta iki 0,22 proc.)	8 (įmoka padi- dinta iki 0,22 proc.)	9 (įmoka padi- dinta iki 0,22 proc.)	10 (įmoka padi- dinta iki 0,22 proc.)
	1	2	3	4	5	6	2026	2027	2028	2029
Gauti prašymai atlyginti žalą	300	750	900	1 080	1 296	1 555	1 710	1 881	2 069	2 275
Kompensuotini atvejai (išmokų skaičius)	35	225	360	432	518	622	684	752	828	910
Vidutinė išmoka, EUR	3 200	3 328	3 461	3 600	3 744	3 893	4 049	4 211	4 379	4 555
Iš viso išmokų, tūkst. EUR	112	749	1 246	1 555	1 941	2 422	2 770	3 168	3 624	4 145
ASPI įmokos, tūkst. EUR	2 000	2 080	2 163	2 250	2 340	2 433	2 700	2 807	2 919	3 037

Išmokos minus išmokos, tūkst. EUR	1 888	1 331	917	695	399	12	-239	-536	-887	-1 298
Išmokų administravimas (vidinis, Komisija), tūkst. EUR	60	62	65	68	70	90	94	98	102	107
Išmokų administravimas (išorinės ekspertizės), tūkst. EUR	30	78	98	121	151	189	217	248	283	323
Sąskaitos administravimas (1 proc. ASPĮ metinių įmokų), tūkst. EUR	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Palūkanos už sąskaitos likutį, tūkst. EUR	0	15	26	33	37	39	37	33	26	16
Iš viso pajamų (einamųjų metų pajamos + praėjusių metų rezultatas)	2 000	3 873	5 153	6 046	6 659	6 949	6 965	6 704	6 115	5 142
Iš viso išlaidų	222	909	1 390	1 764	2 182	2 721	3 101	3 534	4 026	4 595
Einamųjų metų rezultatas, tūkst. EUR	1 778	2 964	3 763	4 282	4 477	4 228	3 864	3 170	2 089	547

Padidinus įmoką dešimtaisiais metais einamųjų metų rezultatas būtų 460 000 eurų, tačiau tolesniais metais sąskaitos išlaidos būtų daugmaž stabilios (nusistovėtų skundų ir patenkintų skundų skaičius), todėl einamųjų metų sąskaitos rezultatas nebemažėtų.

4) Įstatymo projektu siūloma įtvirtinti Komisijos pareigą kasmet teikti sveikatos apsaugos ministrui ir skelbti viešai (Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje) savo veiklos ataskaitą. Ataskaitoje būtų nurodomas praėjusiais metais Komisijos gautų ir nagrinėtų prašymų skaičius, prašymų, pagal kuriuos nustatyta paciento sveikatai padaryta žala (turtinė ir neturtinė), skaičius, paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) dydis, paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) pobūdis. Sveikatos apsaugos ministerija, gavusi Komisijos ataskaitas, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka jas analizuotų ir, nustačiusi pasikartojančias (pagal pobūdį) žalas arba didžiausias žalos atlyginimo sumas, spręstų dėl reikiamų priemonių, kad būtų išvengta jų pasikartojimo (keisti teisinį reguliavimą, organizuoti mokymus, stiprinti ASPĮ veiklos priežiūrą ir kt.) bei organizuotų ir koordinuotų jų įgyvendinimą kaip numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 61 straipsnyje.

5) Įstatymo projektu siūloma patikslinti ir įstatymo nuostatas, reguliuojančias pacientų skundų, nesusijusių su žalos atlyginimu, pateikimą ir nagrinėjimą ASPĮ.

6) Įstatymo projektu taip pat siūloma patikslinti įstatymo 7 ir 8 straipsnių nuostatas, kad jos neprieštarautų 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (OL 2016 L 119, p. 1) (toliau – reglamentas) nuostatomis. Pagal reglamento 15 straipsnio 3 dalį duomenų valdytojas privalo nemokamai pateikti tvarkomų asmens duomenų kopiją, todėl atitinkamai keičiama įstatymo 7 straipsnio nuostata, kad duomenų kopija daroma paciento lėšomis. Taip pat atsižvelgiant į reglamento 6 straipsnio 1 dalies b punktą (jis numato, kad duomenų tvarkymas yra teisėtas, kai duomenys tvarkomi siekiant įvykdyti sutartį, kurios šalis yra duomenų subjektas) ir d punktą (jis numato, kad duomenis tvarkyti būtina siekiant apsaugoti

gyvybinius duomenų subjekto ar kito fizinio asmens interesus), siūloma tikslinti įstatymo 8 straipsnio 1 dalį ir numatyti, kad informacija apie paciento gyvenimo faktus, kaip ir sveikatos duomenys, tvarkomi be paciento sutikimo, jei tai yra būtina ligai diagnozuoti, gydyti ar pacientui slaugyti.

7) Atsižvelgiant į tai, kad įstatymo projektu siūloma atsisakyti privalomojo ASPĮ civilinės atsakomybės draudimo, **Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu** siūloma panaikinti nuostatas, susijusias su civilinės atsakomybės draudimu, ir nustatyti naują įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencijos sustabdymo pagrindą – kai įstatyme nustatyta tvarka nesumokama įmoka į sąskaitą.

8) **Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu ir Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu** siūloma švelninti gydytojų, slaugytojų ir akušerių atsakomybę ir nustatyti, kad tuo atveju, jei gydytojas per vienus metus nuo paskutinės medicinos praktikos klaidos padarymo padarė dar vieną medicinos praktikos klaidą, jo licencija būtų ne panaikinama, o tik sustabdoma. Licencijos sustabdymo laikotarpiu jie privalėtų tobulinti savo kompetenciją, kad atitinkamos praktikos klaidos nepasikartotų. Toks reguliavimas padėtų pereiti nuo asmens sveikatos priežiūros specialistų baudimo už klaidas, kuris prie asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimo niekaip neprisideda (tik nušalina klaidą padariusį asmens sveikatos priežiūros specialistą iš asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo), prie asmens sveikatos priežiūros specialistų ugdymo ir jų paslaugų kokybės gerinimo. Pastebėtina, kad sustabdžius licencijos galiojimą draudžiama užsiimti atitinkama praktika, todėl visuomenės saugumas dėl to nenukentės.

Numatomas įstatymo įsigaliojimo terminas 2020 m. sausio 1 d., siekiant suteikti pakankamai laiko įspėti draudimo įmones dėl numatomo ASPĮ civilinės atsakomybės draudimo sutarčių nutraukimo ir atlikti kitus pasirengimo įstatymo įgyvendinimui veiksmus.

Priėmus įstatymo projektą, numatoma nauda visuomenei:

1) pacientams, patyrusiems žalą sveikatai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, bus paprasčiau gauti jos atlyginimą – nebereikės pateikti įrodymų, kurie patvirtintų prašyme atlyginti žalą išdėstytas aplinkybes, pagrindžiančias reikalavimą atlyginti paciento sveikatai padarytą žalą, taip pat nebereikės įrodinėti žalą padariusio asmens sveikatos priežiūros specialisto kaltės, todėl sumažės poreikis naudotis advokatų paslaugomis siekiant jos atlyginimo ir su tuo susijusios pacientų išlaidos; žala bus atlyginama greičiau dėl sutrumpinto prašymų atlyginti žalą nagrinėjimo termino Komisijoje;

2) esant nesudėtingam žalos atlyginimui Komisijoje, tikėtina, sumažės skundų teismui dėl žalos atlyginimo ir su tuo susijusios pacientų išlaidos (pacientai turėtų būti suinteresuoti greitai, lengvai ir pigiai gauti žalos atlyginimą, o ne gaišti laiką teisme);

3) kadangi visus skundus nagrinės Komisija (šiuo metu dalį skundų nagrinėja draudimo įmonės), pagal jos reguliarias ataskaitas bus analizuojamas žalų pobūdis, dažnumas ir priežastys ir imamasi veiksmų jų išvengti ateityje. Dėl to turėtų gerėti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė;

4) bus taupomos PSDF biudžeto lėšos, kurios šiuo metu skiriamos pertekliniams tyrimams, konsultacijoms ir pan., kadangi asmens sveikatos priežiūros specialistai, pasitikėdami savo žiniomis, galės jų neskirti, nebijodami galimų ieškinių dėl žalos rizikos (žala visais atvejais bus atlyginama iš sąskaitos);

5) tikėtina, kad didės pacientų pasitikėjimas asmens sveikatos priežiūros specialistais ir sveikatos sistema, nes atlyginus ASPĮ padarytą žalą paciento sveikatai neliks priešiško ir skolos jausmo tarp ASPĮ ir paciento.

5. Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo rezultatai (jeigu rengiant įstatymo projektą toks vertinimas turi būti atliktas ir jo rezultatai nepateikiami atskiru dokumentu), galimos neigiamos priimto įstatymo pasekmės ir kokių priemonių reikėtų imtis, kad tokių pasekmių būtų išvengta.

Teigiamos įstatymo projekto priėmimo pasekmės nurodytos aiškinamojo rašto 4 punkte. Numatomos galimos neigiamos įstatymo projekto priėmimo pasekmės:

1) daugiau nei šiuo metu asmenų kreipsis dėl žalos atlyginimo (skundų didėjimo prognozė pateikta aiškinamojo rašto 4 punkte) – tai galėtų skatinti vadinamosios „kompensacinės kultūros“ vystymąsi, tačiau išlieka kiti būdai tam užkirsti kelią (tai nurodyta aiškinamojo rašto 4 punkte);

2) nesant griežtos atsakomybės sąlygų, kai kurie asmens sveikatos priežiūros specialistai gali pasijusti saugesni ir ne visuomet paisyti atidaus, dėmesingo, rūpestingo, kvalifikuoto gydytojo elgesio standarto.

Kita vertus, sunkiai tikėtina, kad gydytojas dėl lengvesnio žalos atlyginimo pacientams rizikuotų savo reputacija. Be to, kaip minėta, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu ir Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu siūloma nustatyti galimybę stabdyti asmens sveikatos priežiūros specialisto licenciją dėl licencijuojamos veiklos sąlygų nesilaikymo (tokios pat pasekmės pagal Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą laukia asmens sveikatos priežiūros įstaigų, neužtikrinančių įstaigos licencijuojamos veiklos sąlygų). Pažymėtina, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų valstybinė kontrolė Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 52 straipsnyje nurodytų valstybės institucijų ir toliau bus atliekama. Be to, išlieka ir baudžiamoji, ir administracinė atsakomybė, kuri taikoma tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek asmens sveikatos priežiūros specialistams.

6. Kokią įtaką priimtas įstatymas turės kriminogeninei situacijai, korupcijai.

Įstatymo projektu sudarius sąlygas pacientams lengviau ir greičiau gauti žalos atlyginimą, dalis pacientų galbūt rečiau siūlys gydytojams ir kitiems asmens sveikatos priežiūros specialistams neoficialius mokėjimus už neva geresnes asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

7. Kaip įstatymo įgyvendinimas atsilieps verslo sąlygoms ir jo plėtrai.

Priėmus įstatymo projektą ASPI turės nutraukti privalomojo sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo sutartis, todėl draudimo įmonės (Lietuvos banko duomenimis, šiuo metu privalomojo sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo paslaugas teikia 4 draudimo įmonės) neteks su šiomis draudimo sutartimis susijusio pelno (duomenys apie jį viešai neskelbiami). Tačiau įvertinus tai, kad šios draudimo įmonės vykdo kelių rūšių draudimo veiklą, įstatymo projekto poveikis verslo sąlygoms ir jo plėtrai neturėtų būti labai žymus.

Finansinis poveikis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms nurodytas aiškinamojo rašto 12 punkte.

8. Įstatymo inkorporavimas į teisinę sistemą, kokius teisės aktus būtina priimti, kokius galiojančius teisės aktus reikia pakeisti ar pripažinti netekusiais galios.

Kartu su įstatymo projektu turi būti priimti įstatymo projekto lydimieji įstatymų projektai, nurodyti aiškinamojo rašto 4 punkte.

9. Ar įstatymo projektas parengtas laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymų reikalavimų, o įstatymo projekto sąvokos ir jas įvardijantys terminai įvertinti Lietuvos Respublikos terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka

Įstatymo projektas parengtas laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymų reikalavimų, įstatymo projekto sąvokos ir jas įvardijantys terminai pateikti derinti Terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka.

10. Ar įstatymo projektas atitinka Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos nuostatas ir Europos Sąjungos dokumentus.

Įstatymo projekto nuostatos Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijai bei Europos Sąjungos teisei neprieštarauja.

11. Jeigu įstatymui įgyvendinti reikia įgyvendinamųjų teisės aktų, – kas ir kada juos turėtų priimti.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė turės:

1) patvirtinti Paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) dydžio atlyginimo tvarkos aprašą; 2) paskirti (įgalioti) instituciją, administruojančią sąskaitą, kurioje kaupiamos sveikatos priežiūros įstaigų įmokos pacientų sveikatai padarytai žalai (turtinei ir neturtinei) atlyginti;

3) pakeisti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. vasario 10 d. nutarimą Nr. 152 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatų patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras turės pripažinti netekusiais galios:

1) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 24 d. įsakymą Nr. V-171 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės minimalių draudimo sumų nustatymo“;

2) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymą Nr. V-6 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

3) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymą Nr. V-1136 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras turės patvirtinti:

1) Komisijos veiklos ataskaitų teikimo sveikatos apsaugos ministrui tvarkos aprašą;

2) Komisijos veiklos ataskaitų duomenų analizės tvarkos aprašą;

3) ekspertų sąrašo sudarymo tvarkos aprašą;

4) ekspertų išvadų teikimo Komisijai tvarkos aprašą;

5) reikalavimų skundai ir dokumentams, teikiamiems su skundu, aprašą;

6) reikalavimų prašymui dėl paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo ir dokumentams, teikiamiems su prašymu, aprašą;

7) Įmokų į sąskaitą mokėjimo, sąskaitos administravimo bei sąskaitos lėšų naudojimo tvarkos aprašą;

8) konkurso kredito įstaigai, kurioje laikomos sąskaitos lėšos, parinkti sąlygų aprašą.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras turės pakeisti:

1) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymą Nr. V-156 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“;

2) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymą Nr. V-694 „Dėl odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo“;

3) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymą Nr. V-396 „Dėl Medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“;

4) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 30 d. įsakymą Nr. V-1088 „Dėl Slaugos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“;

5) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 30 d. įsakymą Nr. V-1089 „Dėl Akušerijos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“;

6) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. sausio 28 d. įsakymą Nr. V-58 „Dėl Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos“;

7) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 1 d. įsakymą Nr. V-79 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos darbo reglamento patvirtinimo“;

8) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 18 d. įsakymą Nr. 132 „Dėl Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“;

9) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymą Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

10) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 19 d. įsakymą Nr. V-1449 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“.

Lietuvos Respublikos finansų ministras turės pakeisti Lietuvos Respublikos finansų ministro 2001 m. vasario 28 d. įsakymą Nr. 49 „Dėl Laikinei laisvų valstybės piniginių išteklių investavimo tvarkos“.

12. Kiek valstybės, savivaldybių biudžetų ir kitų valstybės įsteigtų fondų lėšų prireiks įstatymui įgyvendinti, ar bus galima sutaupyti (pateikiami prognozuojami rodikliai einamaisiais ir artimiausiais 3 biudžetiniais metais).

ASPI civilinės atsakomybės draudimui šiuo metu vidutiniškai išleidžia apie 0,2 procento savo metinių pajamų (2017 m. visos įstaigos kartu apie 2 mln. eurų). Įstatymo projekte numačius, kad ASPI į sąskaitą turi mokėti 0,2 procento savo metinių pajamų, kai kurios ASPI, kurios šiuo metu civilinės atsakomybės draudimui išleidžia mažiau nei 0,2 procento savo pajamų, tam papildomai turės skirti lėšų (iki kelių ar kelių dešimčių (priklausomai nuo ASPI pajamų ir šiuo metu civilinės atsakomybės draudimui išleidžiamos sumos dydžio) tūkst. eurų daugiau), tačiau tos, kurios tam išleidžia daugiau nei 2 procentus, turės į sąskaitą mokėti mažiau (iki kelių tūkst. eurų mažiau). ASPI, teikiančių pirminio ir (ar) antrinio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įmokų pvz.: viešoji įstaiga Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras (jis šiuo metu civilinės atsakomybės draudimui išleidžia 0,14 proc. pajamų) įmokoms į sąskaitą papildomai turės skirti 1 682 eurų (pagal Sveikatos apsaugos ministerijai pateiktus duomenis 2017 m. už civilinės atsakomybės draudimą sumokėta 4 086 eurų), viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika (ji šiuo metu civilinės atsakomybės draudimui išleidžia 0,25 proc. pajamų) įmokoms į sąskaitą turės skirti 5 296 eurų mažiau (pagal Sveikatos apsaugos ministerijai pateiktus duomenis 2017 m. už civilinės atsakomybės draudimą sumokėta 24 874 eurų). Pastebėtina, kad tai, jog ASPI gauna daugiau pajamų, reiškia, kad ji suteikia daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų, todėl ir tikimybė, kad dėl jos teiktų paslaugų bus daugiau kreipiamasi į Komisiją ir daugiau išmokama iš sąskaitos, didesnė (atitinkamai ir įmoka į sąskaitą (išreikšta pinigais) didesnė).

Jei įmoka į sąskaitą būtų padidinta iki 0,22 procento, tam ASPI (visos bendrai) papildomai turėtų skirti 200 000 eurų per metus.

Taip pat atsižvelgiant į tai, kiek pacientų skųs Komisijos sprendimus teismui, Sveikatos apsaugos ministerijoje gali prireikti steigti papildomus darbuotojų (teisininkų), kurie atstovautų Komisijai teisme, etatus. Jų kiekis priklausys nuo skundų teismui skaičiaus, todėl tiksliai apskaičiuoti tam reikalingas lėšas nėra galimybės. Vieno Sveikatos apsaugos ministerijos teisininko atlyginimas (be priedų ir priemokų), neatskaičius mokesčių, sudaro 927,5 euro (11 130 eurų per metus).

13. Įstatymo projekto rengimo metu gauti specialistų vertinimai ir išvados

Įstatymo projekto rengimo metu specialistų vertinimų ir išvadų negauta. Įstatymų projektų rengimo metu konsultuotasi su ekspertais, nagrinėjančiais žalos atlyginimo be kaltės modelius.

14. Reikšminiai žodžiai, kurių reikia šiam projektui įtraukti į kompiuterinę paieškos sistemą, įskaitant Europos žodyno „Eurovoc“ terminus, temas bei sritis.

Žalos atlyginimas, atsakomybė.

15. Kiti, iniciatorių nuomone, reikalingi pagrindimai ir paaiškinimai.

Nėra.

Lietuvos Respublikos
Sveikatos apsaugos ministerija
Aurelijas Veisiejus
2018-12-04

Turėtume būti suinteresuoti
L. V. R. veisiejus
Aurelijas Storpirstienė
ASPI 2018-11-30

Dokumentų valdymo ir
asmenų priėmimo skyriaus
vyriausioji specialistė
Rasa Sinkevičiūtė
2018-11-30