

**LIETUVOS RESPUBLIKOS PACIENTŲ TEISIŲ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMO  
ĮSTATYMO NR. I-1562 2, 24, 25, 26 IR 27 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO  
ĮSTATYMO IR LIETUVOS RESPUBLIKOS ADMINISTRACINIŲ NUSIŽENGIMŲ  
KODEKSO PAPILDYMO 57<sup>1</sup> STRAIPSNIU 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 2, 24, 25, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (toliau – projektas) ir Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodekso papildymo 57<sup>1</sup> straipsniu įstatymo projektas (toliau – ANK projektas) parengti siekiant spręsti taikant Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą (toliau – įstatymas) kilusias šias **problemas**:

**1) Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos (toliau – Komisija) sudėties ir veiklos reguliavimo trūkumai.**

a) Komisijos 2020 m. veiklos ataskaitos duomenimis, dažniausiai prašymuose nurodoma žala paciento sveikatai, galimai kilusi teikiant odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas (19 proc.), chirurgijos paslaugas (11 proc.), šeimos medicinos paslaugas (9 proc.), ortopedijos-traumatologijos paslaugas (9 proc.), skubiosios medicinos pagalbos paslaugas (8 proc.), akušerijos-ginekologijos paslaugas (7 proc.), psichiatrijos paslaugas (5 proc.), vidaus ligų gydymo paslaugas (5 proc.), slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugas (4 proc.). Komisijos 2021 m. veiklos ataskaitos duomenimis, dažniausiai prašymuose nurodoma žala paciento sveikatai, galimai kilusi teikiant odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas (17 proc.), šeimos medicinos paslaugas (10 proc.), skubiosios medicinos pagalbos paslaugas (10 proc.), vidaus ligų gydymo paslaugas (9 proc.), chirurgijos paslaugas (8 proc.), ortopedijos-traumatologijos paslaugas (8 proc.), akušerijos-ginekologijos paslaugas (6 proc.), neurologijos paslaugas (5 proc.), psichiatrijos paslaugas (4 proc.), slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugas (3 proc.).

Kaip matyti, daugiausiai Komisijos gaunamų prašymų atlyginti paciento sveikatai padarytą žalą (toliau – prašymas) sudaro prašymai atlyginti odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų teikimo metu patirtą žalą. Atsižvelgiant į odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų specifiką šios žalos Komisijos nariai gydytojai, kurie neturi odontologijos studijų krypties išsilavinimo, negali įvertinti, todėl visais atvejais dėl tokių prašymų išvadų reikia kreiptis į odontologijos srities ekspertus. Be to, net ir gavus eksperto išvadą, Komisijai tenka visiškai pasikliauti jo išvada, nes Komisijos nariai nėra kompetentingi ją kritiškai įvertinti.

Pagal įstatymo 26 straipsnio 1 dalį Komisijoje turi būti ne mažiau kaip 3 specialistai, turintys aukštąjį universitetinį slaugos, medicinos ar odontologijos studijų krypties išsilavinimą ir ne mažesnę kaip vienerių metų slaugos, medicinos ar odontologijos praktikos patirtį. Šiuo metu veikiančioje Komisijoje, sudarytoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 8 d. įsakymu Nr. V-24 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“, nėra nė vieno odontologo, nes jo nedelegavo nei vienas įstatyme nurodytas subjektas. Tokia pat situacija gali pasikartoti ir kitą kartą sudarant naujos sudėties Komisiją.

Atsižvelgiant į tai, įstatyme turėtų būti įtvirtinta, kad **Komisijoje privalomai būtų specialistas, turintis aukštąjį universitetinį odontologijos studijų krypties išsilavinimą.**

b) 2021 m. Komisija 103 kartus (46 proc. nuo 222 Komisijos priimtų sprendimų) kreipėsi išvadų į ekspertus, o išvadas teikė 143 ekspertai. Nagrinėjant prašymus pagal įstatymo redakciją, galiojusią iki 2020 m. sausio 1 d., į ekspertus buvo kreiptasi dėl 80 prašymų (64 proc. nuo 125 šia tvarka nagrinėtų prašymų), o nagrinėjant pagal įstatymo redakciją, galiojusią nuo 2020 m. sausio 1 d. (žalos be kaltės modelį), išvadų į ekspertus buvo kreiptasi dėl 27 prašymų (25 proc. nuo 107 šia tvarka nagrinėtų prašymų).

5 sprendimai atlyginti žalą pagal įstatymo redakciją, galiojusią nuo 2020 m. sausio 1 d. (žalos be kaltės modelį) priimti eksperto išvados pagrindu (36 proc. nuo 14 šia tvarka priimtų sprendimų), 9 – nesikreipus į ekspertą.

2021 m. dėl 18 Komisijos priimtų sprendimų (8 proc. visų sprendimų) pareiškėjai kreipėsi į bendrosios kompetencijos teismą dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimo nagrinėjimo iš esmės.

Per 2021 m. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nariams ir ekspertams priskaičiuota atlygio 60 197,69 Eur, išmokėta atlygio 58 003,39 Eur, iš jų ekspertams – 7 629,47 Eur.

Įstatyme Komisijos nariams nustatytas slaugos, medicinos ar teisinio darbo patirties reikalavimas – vieni metai. Įstatymo 26 straipsnio 7 dalyje numatyti slaugos, medicinos arba odontologijos praktikos patirties reikalavimai į ekspertų sąrašą įrašomiems asmenims – ne mažiau kaip 5 metai. Įvertinus tai, kad Komisija gali priimti sprendimus ir nesikreipdama į ekspertus, jų kompetencija turėtų būti pakankama sprendimams priimti, todėl **Komisijos narių patirties reikalavimai turėtų būti priartinti prie ekspertų patirties reikalavimų, nustatant trejų metų patirties reikalavimą.** Tai padėtų užtikrinti kokybiškų Komisijos sprendimų priėmimą, mažintų poreikį kreiptis į ekspertus (taip taupytų sąskaitos lėšas), sumažintų teismui skundžiamų sprendimų skaičių.

c) Įstatymo 26 straipsnio 1 dalies nuostata, kad į Komisiją įtraukiamas Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ar socialinės apsaugos ir darbo ministro įgaliotos institucijos (toliau – SADM) deleguotas narys, buvo numatyta tikintis, jog Komisijos darbe bus naudingos kompetencijos, kurias SADM atstovai yra įgiję vykdydami Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 17 d. nutarimu Nr. 892 „Dėl Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nuostatų patvirtinimo“, 8.11.2 papunktyje nurodytą SADM funkciją („organizuoja neįgalumo, darbingumo lygio, specialiųjų poreikių ir jų lygio neįgaliesiems nustatymo sistemos kūrimą, rengia su tuo susijusius teisės aktų projektus, koordinuoja negalios nustatymo sistemos įgyvendinimą“). Komisijos veiklos metu išryškėjo, kad Komisijos sprendimams priimti labai reikalingos medicinos praktika užsiimančių sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos, kurios padeda išvengti ekspertų pasitelkimo vertinant paciento sveikatai padarytą žalą ir taip taupo Komisijos ir pacientų laiką. Be to, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 8 d. įsakymu Nr. V-24 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“ sudarytoje Komisijoje nuo jos sudarymo pasikeitė net 4 SADM deleguoti nariai, o nuo 2021 m. balandžio mėnesio SADM deleguoto nario Komisijoje nėra, jam atsistatydinus. Atsižvelgiant į tai ir siekiant užtikrinti sklandžią Komisijos veiklą, Projekto 3 straipsnio 1 dalimi keičiamo įstatymo 26 straipsnio 1 dalyje turėtų būti nustatyta, kad **Komisijoje turi būti 3 (o ne 2) sveikatos priežiūros specialistų nevyriausybinių organizacijų deleguoti atstovai, o SADM deleguotas atstovas į Komisiją neįtraukiamas.**

d) Pagal įstatymo 26 straipsnio 10 dalį Komisijos posėdžiai yra teisėti, jeigu juose dalyvauja ne mažiau kaip 6 Komisijos nariai. Toks kvorumas praktikoje sukelia problemų, kai, pvz., vienas Komisijos narys atostogauja, o kuris nors kitas Komisijos narys suserga arba negali dalyvauti suplanuotame Komisijos posėdyje dėl kitų objektyvių priežasčių. Tokiais atvejais tenka atidėti Komisijos posėdį, trukdomas sklandus Komisijos darbas, iškyla rizika pažeisti įstatyme nustatytus prašymo nagrinėjimo terminus. Atsižvelgiant į tai, tikslinga **numatyti, kad Komisijos posėdžio teisėtumui pakanka 5 Komisijos narių (tai sudaro 2/3 Komisijos narių) dalyvavimo.**

e) Įstatyme aiškiai nenustatyta Komisijos teisė priimti sprendimą atsisakyti nagrinėti prašymą, kai akivaizdu, jog prašymas pateiktas dėl žalos, padarytos teikiant ne asmens sveikatos priežiūros paslaugas (pvz., grožio paslaugas, prie kurių priskiriamos plaukų priežiūros, veido ir kūno priežiūros, nagų priežiūros, tatuiravimo, ilgalaikio makiažo, papuošalų vėrimo paslaugos ir pan.), atlyginimo, taip pat kai prašymas pateiktas pasibaigus įstatymo 24 straipsnio 1 dalyje nurodytam terminui (3 metai nuo dienos, kai pacientas sužinojo ar turėjo sužinoti apie žalą). Todėl siekiant teisinio aiškumo, **įstatyme turėtų būti įtvirtinti atsisakymo nagrinėti prašymą pagrindai.**

Taip pat būna situacijų, kai dėl prašyme nurodytos žalos būna pradėtas ikiteisminis tyrimas arba nagrinėjama baudžiamoji byla teisme, kurių metu gali būti pareikštas civilinis ieškinys dėl žalos atlyginimo, todėl tokiu atveju **prašymo nagrinėjimas Komisijoje turėtų būti sustabdytas**

**iki ikiteisminio tyrimo pabaigos arba teismo sprendimo priėmimo**, o šis laikotarpis neįskaitomas į šioje dalyje nurodytą Komisijos sprendimo priėmimo terminą.

f) Įstatyme nustatyta Komisijos teisė kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus, nurodytus sveikatos apsaugos ministro patvirtintame ekspertų sąraše. Tačiau pasitaiko situacijų, kai reikiamos kvalifikacijos specialisto ekspertų sąraše nėra arba jame esantys ekspertai negali teikti išvados dėl viešųjų ir privačių interesų konflikto grėsmės arba kitų objektyvių priežasčių (laikinas nedarbingumas ir kt.). Tokiu atveju Komisija turi priimti sprendimą dėl prašymo remdamasi tik savo narių kompetencija, kuri gali būti nepakankama, ir dėl to Komisijos išvada gali būti nepakankamai pagrįsta. Todėl reikėtų numatyti **galimybę, esant minėtoms situacijoms, Komisijai dėl išvadų kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus, neįrašytus į ekspertų sąrašą**. Šiems specialistams turėtų būti taikomi tokie patys kompetencijos ir neprikaištingos reputacijos reikalavimai ir apmokėjimas už išvadų teikimą kaip ir ekspertų sąraše esantiems specialistams.

Pasitaiko atvejų, kai ekspertai Komisijai pateikia neišsamias, neargumentuotas išvadas, jose atsakyta ne į visus Komisijos klausimus ir pan. Atsižvelgiant į tai, siekiant užtikrinti Komisijai teikiamų išvadų kokybę ir šių išvadų pagrindu priimtų Komisijos sprendimų pagrįstumą ir objektyvumą, turėtų būti numatytos priemonės išvadų kokybei užtikrinti – **neapmokėti už nekokybiškai parengtas (neišsamias, nemotyvuotas ir pan.) išvadas, taip pat išbraukti ekspertą iš sąrašo, jei jis netinkamai vykdo savo funkcijas** (pvz., sistemingai vėluoja pateikti išvadas, jos dažnai būna su trūkumais ir pan.).

g) Pagal įstatymo 24 straipsnio 5 dalį Komisija sprendimą priima ne vėliau kaip per 2 mėnesius nuo prašymo gavimo Komisijoje dienos. Šis terminas gali būti pratęsimas dar 1 mėnesiui dėl objektyvių priežasčių (sudėtingas žalos nagrinėjimo atvejis, reikia gauti papildomas išvadas, ekspertizes, kitus sprendimui priimti būtinus dokumentus ir kt.).

2016–2019 m. Komisijos vieno pareiškimo nagrinėjimo vidutinė trukmė buvo  $107 \pm 53$  dienos. Komisija 2016–2019 m. laikotarpiu per 2 mėn. terminą vidutiniškai laiku išnagrinėjo 16 proc. visų skundų, daugiausiai 2019 m. – 32 proc. visų per metus gautų skundų. Per 4 mėn. terminą vidutiniškai laiku išnagrinėta 67 proc. visų skundų. 2016 ir 2017 m. buvo išnagrinėta pusė visų skundų bei dauguma skundų 2018 ir 2019 m. (atitinkamai 70 proc. ir 89 proc.). Išnagrinėti skundą vidutiniškai buvo vėluojama  $59 \pm 49$  dienas.

Tai rodo, kad prašymų nagrinėjimo terminai yra per trumpi, ypač itin sudėtingais atvejais, pvz., kai žala kyla dėl paciento mirties arba kai nėra aišku, kurioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas padaryta žala (pvz., kai pacientas buvo gydytas vienoje stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, o mirė arba pasireiškė žala kitoje, į kurią buvo perkeltas). Komisija nespėjo išnagrinėti dalies pareiškimų net per maksimalų 4 mėnesių skundo nagrinėjimo terminą. Pastebėtina, kad iki 2020 m. sausio 1 d. galiojusioje įstatymo redakcijoje buvo numatytas 2 mėnesių sprendimo priėmimo termino pratęsimas.

Komisijos 2021 m. ataskaitoje nurodyta, kad per įstatyme numatytą terminą Komisija 2021 m. laiku išnagrinėjo 181 prašymą, o 66 prašymus (36 proc.) – viršydama įstatyme numatytą terminą. Pagrindinės priežastys, lėmusios vėluojančius Komisijos sprendimus, yra ekspertų trūkumas, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vėlavimas pateikti atsakymus Komisijai, skundžiamos daugiau nei viena asmens sveikatos priežiūros įstaiga, ne pilna Komisijos sudėtis (nėra SADM deleguoto atstovo).

<b>2021 m. Komisijos sprendimų priėmimo terminai</b>	<b>Per nurodytą terminą išnagrinėtų prašymų skaičius (pagal įstatymo redakciją, galiojusią iki 2020 m. sausio 1 d.)</b>	<b>Per nurodytą terminą išnagrinėtų prašymų skaičius (pagal įstatymo redakciją, galiojusią nuo 2020 m. sausio 1 d.)</b>	<b>Iš viso</b>
iki 2 mėn.	33	52	85
iki 3 mėn.	39	24	63
iki 4 mėn.	33	13	46

virš 4 mėn.	31	22	53
<b>Iš viso</b>	<b>136</b>	<b>111</b>	<b>247</b>

Suomijos pacientų draudimo centras skelbia, kad vidutiniškai gauto skundo išnagrinėjimas trunka apie 7,5 mėn., tačiau gali užsitęsti iki vieno metų. Panašų skundų nagrinėjimo laikotarpį nurodo ir Norvegijos Pacientų traumų kompensacijos agentūra – atsakymas dėl žalos sveikatai padarymo vidutiniškai pateikiamas po 8 mėn. nuo skundo pateikimo, papildomai apie 11 mėnesių užtrunka atlygintinos žalos dydžio nustatymas ir perdavimas. Nurodyti skundų nagrinėjimo terminai užsienio šalyse yra dvigubai ar trigubai ilgesni nei Lietuvoje, atsižvelgiant į tai, kad nagrinėjant pareiškimus dėl žalos atlyginimo daugiausia laiko užtrunka informacijos surinkimas ir patikrinimas. Atkreiptinas dėmesys, kad kitose šalyse tokios komisijos funkcijas atlieka nuolat veikianti institucija ar įstaiga, kurios darbuotojų pagrindinis darbas yra nagrinėti pacientų kreipimusis dėl žalos atlyginimo.

Atsižvelgiant į tai, įstatyme **nustatytinas ilgesnis Komisijos sprendimo priėmimo terminas ir ilgesnis jo pratęsimo terminas.**

## **2) Atstovavimo teisme nagrinėjant paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimus trūkumai.**

2021 m. dėl 18 Komisijos priimtų sprendimų (8 proc. visų sprendimų) pareiškėjai kreipėsi į bendrosios kompetencijos teismą dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimo nagrinėjimo iš esmės, iš jų 6 sprendimai, kuriais Komisija nustatė, kad žala atlygintina. 11 sprendimų, kurie buvo skųsti bendrosios kompetencijos teismui, buvo nagrinėti pagal 2020 m. sausio 1 d. įsigaliojusią įstatymo redakciją (žalos be kaltės modelį).

Pagal įstatymo 25 straipsnį, kai teisme nagrinėjamas paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimas, atsakovas byloje yra valstybė, atstovaujama Vyriausybės įgaliotos institucijos. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. vasario 10 d. nutarimu Nr. 139 „Dėl įgaliojimų suteikimo įgyvendinant Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą“ įgaliota institucija paskirta Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK). 2020 m. VLK atstovavo valstybei 7 bylose dėl pacientų sveikatai padarytai žalos, 2021 m. – 10 bylų, 2022 m. (2022 m. gegužės 26 d. duomenimis) – 8 bylose. Tikslus lėšų, skirtų atstovavimui, dydis nežinomas, nes 2021 m. dar nebuvo galutinių teismo sprendimų.

Pažymėtina, kad teisme paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimas nagrinėjamas iš esmės, todėl pacientai neretai pasitelkia savo ekspertus arba teismas siūlo atlikti ekspertizę, o vėliau teisme nagrinėjamos šių ekspertų išvados. Ekspertai kviečiami į posėdžius, siekiant išsiaiškinti tam tikras medicininės aplinkybes. Tačiau VLK neturi sveikatos priežiūros specialistų, kurie jai kaip atsakovui padėtų atstovaujant teisme ir galėtų užduoti klausimus ekspertui, dėl to teisminis nagrinėjimas negali vykti sklandžiai, byla negali būti išnagrinėta tinkamai ir valstybė negali būti tinkamai atstovaujama. Todėl įstatymu turėtų būti nustatyta, kad **Vyriausybės įgaliota institucija gali pasitelkti išvadą Komisijai teikusį ekspertą ar kitą sveikatos priežiūros specialistą, kurie jai padėtų vykdyti atsakovo funkciją.**

Taip pat įstatyme būtina numatyti Vyriausybės įgaliotos institucijos teisę gauti visą reikiamą informaciją (įskaitant paciento sveikatos ir kitus susijusius asmens duomenis), reikalingą atstovaujant valstybei teisme. Pastebėtina, kad šiuo metu VLK turi teisę gauti minėtus duomenis tik kaip privalomąjį sveikatos draudimą vykdančią instituciją, tačiau ne kaip Vyriausybės įgaliota institucija.

Dar viena problema yra tai, kad VLK, būdama Vyriausybės įgaliota institucija ir atstovaudama valstybei teisme, bylinėjimosi išlaidas turi padengti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų, tačiau Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 6 punkte nurodyta, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidas sudaro išlaidos privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti. Atsižvelgiant į tai, kad atstovimas valstybei teisme nagrinėjant žalos pacientų sveikatai bylas tiesiogiai susijęs su Komisijos veikla, be to, teismo nustatytas žalos atlyginimas taip pat išmokamas iš Vyriausybės įgaliotos institucijos

administruojamos sąskaitos, kurioje kaupiamos įstaigų įmokos žalai atlyginti (toliau – sąskaita), įstatyme turėtų būti **nustatyta, kad iš sąskaitos atlyginamos ir Vyrtaisybės įgaliotos institucijos bylinėjimosi išlaidos.**

**3) Įstatymas nesuderintas su Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymu, pagal kurį tam tikrų biomedicininų tyrimų metu padaryta žala paciento sveikatai gali būti atlyginama iš sąskaitos.**

Pagal Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymą iš sąskaitos galės būti atlyginama ir klinikinio vaistinio preparato tyrimo arba bet kurio kito biomedicininio tyrimo, kuriame dalyvaujančiam asmeniui taikomi intervenciniai biomedicininio tyrimo metodai kelia tik nedidelę nepageidaujamą laikiną poveikį jo sveikatai (toliau – biomedicininis tyrimas, kuris kelia tik nedidelę nepageidaujamą laikiną poveikį), metu padaryta žala tiriamojo sveikatai. Pagal įstatymo 24 straipsnio 6 dalies formuluotę žala atlyginama, tik jeigu Komisija nustato, kad žala padaryta *teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas*, todėl žala, padaryta procedūrų, kurios atliekamos išimtinai biomedicininų tyrimų tikslais, t. y. ne teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neatitiks šios sąlygos ir negalės būti atlyginama iš sąskaitos. Atsižvelgiant į tai, įstatyme turėtų būti nustatyta, kad žala atlyginama, jeigu Komisija nustato, kad ji padaryta ne tik teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir atliekant biomedicininį tyrimą, kuris kelia tik nedidelę nepageidaujamą laikiną poveikį (jei tai nėra neišvengiama žala).

**Nepašalinus šio Biomedicininų tyrimų etikos įstatymo ir įstatymo nesuderinamumo,** biomedicininų tyrimų užsakovai ir tyrėjai, atlikdami biomedicininus tyrimus, kurie kelia tik nedidelę nepageidaujamą laikiną poveikį, turės draustis biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu (jo suma negali būti mažesnė kaip 29 000 eurų turtinei ir neturtinei žalai, padarytai vienam tiriamajam, kompensuoti), o tai, atsižvelgiant į tokių tyrimų pobūdį ir keliamą minimalią riziką, būtų nepagrįsta. Be to, to nepadarius būtų neužtikrinti biomedicininų tyrimų užsakovų ir tyrėjų teisėti lūkesčiai, kadangi biomedicininų tyrimų atlikimui palengvinti skirta nuostata, leidžianti minėtų tyrimų atveju nesidrausti biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu, įsigaliojo tik 2015 m. sausio 1 d.

**4) Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisijos (toliau – Prevencijos komisija) veiklos reguliavimas neužtikrina jos veiklos efektyvumo siekiant žalos prevencijos.**

Įstatymo 26 straipsnio 11 dalyje nustatyta, kad Komisija kiekvienais metais sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka teikia Prevencijos komisijai savo veiklos ataskaitą. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos veiklos ataskaitų teikimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 9 d. įsakymu Nr. V-36 „Dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo“, 4 punkte nustatyta, kad prie ataskaitos pridedamos kopijos teigiamų sprendimų, kuriais žala atlyginama dėl paciento mirties; kuriais atlyginamos dėl Turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyrtaisybės 2020 m. sausio 8 d. nutarimu Nr. 3 „Dėl Turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Žalos atlyginimo aprašas), Neturtinės žalos atlyginimo kriterijų ir pagal juos skiriamų baltų lentelės 1.1.1–1.1.3 (kai dėl patirto sužalojimo nustatytas neįgalumo, darbingumo lygis arba specialieji poreikiai) ir 1.1.7.1 (kai dėl patirto sužalojimo negrįžtamai prarastos ar sutrikdytos organų, jų sistemų ar kūno dalių funkcijos) papunkčiuose nurodytos žalos; kuriais žalos atlyginimas dėl tokio pat pobūdžio žalos nustatytas du ir daugiau kartų per ataskaitinius metus.

Prevencijos komisija 2021 m. pritarė Komisijos ataskaitai, tačiau įstatymo 26 straipsnio 11 dalyje nurodytų siūlymų neteikė. 2022 m. Prevencijos komisija taip pat pritarė Komisijos ataskaitai, tačiau dėl siūlymų teikimo svarstys vėliau, kai gaus minėtus nuasmenintus teigiamus Komisijos sprendimus.

Prevencijos komisija, tik kartą per metus su Komisijos ataskaita gaudama Komisijos sprendimus (ne visus), neturi galimybių teikti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms aktualių siūlymų dėl žalos prevencijos, nes nuo žalos padarymo būna praėję pernelyg daug laiko (nuo žalos

iki Komisijos sprendimo ir nuo Komisijos sprendimo iki ataskaitos pateikimo Prevencijos komisijai ir šių atvejų išnagrinėjimo joje). Per tą laiką asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje buvo padaryta Komisijos nustatyta žala, gali būti padaryta ir daugiau žalos pacientų sveikatai dėl tų pačių trūkumų, kurie buvo nustatyti Komisijos ir dėl kurių Prevencijos komisija galėtų pateikti siūlymus, kaip jų išvengti.

Atsižvelgiant į tai, **visi teigiami Komisijos sprendimai Prevencijos komisijai turėtų būti pateikiami greičiau, o ši juos turėtų nagrinėti dažniau.** Be to, turi būti vykdoma Prevencijos komisijos siūlymų **įgyvendinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose stebėseną, todėl asmens sveikatos priežiūros įstaigos turėtų teikti Prevencijos komisijai informaciją, kaip jos Prevencijos komisijos siūlymus įgyvendino ir (ar) ketina įgyvendinti.**

Nepageidaujamų įvykių stebėsenos ir valdymo aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401 „Dėl Nepageidaujamų įvykių stebėsenos ir valdymo aprašo patvirtinimo“, 5 punktu Higienos institutui pavesta atlikti nepageidaujamų įvykių (kurie apibrėžti kaip įvykis, aplinkybė, veika, galėję sukelti ar sukėlę nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui) stebėseną nacionaliniu lygiu. Atsižvelgiant į tai, kad nepageidaujamų įvykių stebėseną apima įvykius, kurie sukėlė žalą pacientų sveikatai, **į Prevencijos komisiją turėtų būti įtrauktas ir Higienos instituto atstovas.**

#### **5) Įmokų į sąskaitą skaičiavimo, mokėjimo kontrolės ir sąskaitos administravimo trūkumai.**

a) Įstatymo 27 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų mokamų įmokų į Vyriausybės įgaliotos institucijos administruojamą sąskaitą, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos pacientų sveikatai padarytai žalai (toliau – žala) atlyginti (toliau – sąskaita), dydis apskaičiuojamas pagal jų praėjusiais kalendoriniais metais gautas pajamas už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Tačiau įstatyme nenustatytas įmokos į sąskaitą apskaičiavimo būdas tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaiga negauna pajamų už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, pvz.:

- jei ji yra biudžetinė įstaiga (pvz., socialinės globos įstaiga, turinti asmens sveikatos priežiūros veiklos (pvz., slaugos) licenciją) ir yra išlaikoma iš valstybės biudžeto (pagal Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymo 2 straipsnio 9 punktą viešojo sektoriaus subjekto iš valstybės ir savivaldybių biudžetų, Valstybinio socialinio draudimo fondo, Privalomojo sveikatos draudimo fondo, kitų išteklių fondų, Europos Sąjungos, Lietuvos ir užsienio paramos fondų gauti arba gautini pinigai arba kitas turtas, skirti viešojo sektoriaus subjekto įstatuose (nuostatuose) nustatytiems tikslams pasiekti ir funkcijoms atlikti bei vykdomoms programoms įgyvendinti, laikomi finansavimo sumomis, o ne pajamomis) bei globojamų asmenų ar jų artimųjų mokėjimų už globos paslaugas (į kurias įeina ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos – slauga ir kt.);

- jei ji yra įmonė (pvz., gamykla, stambi įmonė), kurios medicinos punktas yra išlaikomas iš įmonės bendrų pajamų ir ji asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia tik savo darbuotojams;

- jei ji asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia nemokamai (pvz., optikos, kurios asmens sveikatos priežiūros paslaugas – optometrininkų paslaugas – padengia iš akinių ir kitų medicinos priemonių pardavimo pajamų).

Kadangi sąskaita skirta kaupti lėšoms ir iš jų atlyginti bet kurioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje padarytą žalą, kiekvienas juridinis asmuo, turintis asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją, privalo mokėti įmokas į sąskaitą (t. y. negalima situacija, kad asmens sveikatos priežiūros įstaiga nemokėtų įmokų į sąskaitą, bet joje padaryta žala būtų atlyginama iš sąskaitos lėšų). Be to, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 5 straipsnio 11 dalies 2 punkte numatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencija sustabdoma, kai nustatoma, kad ji nemoka įmokų į minėtą sąskaitą, todėl įmokų mokėjimas į sąskaitą yra būtina visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijos turėjimo sąlyga.

Atsižvelgiant į tai, įstatyme būtina pašalinti teisinio reguliavimo spragą ir **nustatyti įmokos į sąskaitą apskaičiavimo būdą ir asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios negauna pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.**

b) Kita problema, susijusi su įmokos apskaičiavimu, yra tai, kad kai kurios asmens sveikatos priežiūros paslaugos šiuo metu nėra priskirtos jokiai asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygiui – jos nurodytos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ patvirtintame Licencijuojamų bendrųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė (toliau – Bendrųjų paslaugų sąrašas) (dienos chirurgija, dienos stacionaras, greitoji medicinos pagalba, dietisto praktika, kineziterapija, kraujo donorystė, laboratorinė diagnostika, audinių bankas, lytinių ląstelių bankas, biobankas, masažas, optometrija, patologija, pagalbinis apvaisinimas, peritoninė dializė, slauga, hemodializė, gimdymo namuose priežiūros paslauga, ergoterapija, akušerio praktika). Kadangi šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos nėra įvardytos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 punkte, asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti tik šiame sąrašė nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, turėtų į sąskaitą mokėti 0,2 proc. dydžio įmokas. Tačiau tai ne visada pagrįsta, nes kai kurios Bendrųjų paslaugų sąrašė nurodytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra tiek pat arba mažiau rizikingos nei pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Todėl būtina aiškiai **nustatyti, kokio dydžio įmokas turi mokėti konkrečias Bendrųjų paslaugų sąrašė nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos.**

c) Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios dantų techniko praktikos paslaugas (toliau – dantų technikų laboratorija), įmokas į sąskaitą apskaičiuoja pagal pajamas, gautas už teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas – dantų, veido srities ir žandikaulių protezų ar jų dalių bei ortodontinių aparatų (kapų, karūnėlių ir kt.) ar jų dalių (toliau – protezai) gamybą ir jų pritaikymą. Įstaigos, teikiančios odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas, kai naudojami protezai, pirkti iš dantų technikų laboratorijų, įmokas į sąskaitą apskaičiuoja pagal pajamas už teikiamas odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas, į kurių kainą būna įskaičiuota ir protezų kaina. Taip **dvi įstaigos įmokas apskaičiuoja pagal pajamas, gautas už tuos pačius protezus, todėl įstatymu šis dvigubas apmokestinimas turėtų būti panaikintas.**

d) Kai kurių asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos į sąskaitą dydis yra labai mažas – net 1 526 įstaigos 2020 m. sumokėjo įmoką, nesiekiančią 100 Eur, 2021 m. tokių įstaigų buvo 1 521.

2020 m. įmokų į sąskaitą dydžių lentelė

Metinės deklaruotos įmokos, Eur	Bendra suma, Eur	Įstaigų skaičius
0,17–20	5 291,39	502
20–100	52 864,35	1 024
100–500	234 558,49	993
500–1 000	159 807,71	232
100–10 000	940 780,14	329
10 000–50 000	995 850,15	54
50 000–10 0000	615 315,25	9
100 000–347 000	875 676,23	4
<b>Iš viso</b>	<b>3 880 143,71</b>	<b>3 147</b>

2021 m. įmokų į sąskaitą dydžių lentelė

Metinės deklaruotos įmokos, Eur	Bendra suma, Eur	Įstaigų skaičius
0,00	0,00	335
0,1–20	5 396,51	514
20,01–100	52 428,84	1 007
100,01–500	247 044,19	1 033
500,01–1000	184 088,15	260
1 000,01–10 000	942 557,52	331
10 000,01–50 000	1 181 283,48	62

50 000,01–100 000	526 268,83	7
100 000,01–370 999,17	1 094 270,39	5
<b>Iš viso</b>	<b>4 233 337,91</b>	<b>3 554</b>

Kai kurios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, pvz., ligoninės, moka įmokas, kurių dydis yra nuo kelių dešimčių iki kelių šimtų tūkstančių eurų. Toks įmokų dydžio netolygumas neatitinka solidarumo principo, kuriuo vadovaujantis iš visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų sumokėtų įmokų pacientams atlyginama žala, nepaisant to, kokio dydžio įmoką sumokėjo įstaiga, kurioje padaryta žala. Atsižvelgiant į tai, visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos turėtų prisidėti prie sąskaitos lėšų sukaupimo tokia įmoka, kuri būtų ne simbolinė, o leistų realiai kaupti lėšas.

Turimomis žiniomis, iki 2020 m., kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos turėjo drausti savo civilinę atsakomybę, mažiausia draudimo įmoka, kurią mokėjo šeimos medicinos paslaugas teikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga, buvo 100 Eur (tikslų duomenų nėra, nes draudikai šios informacijos neatskleidžia dėl komercinių priežasčių). Be to, Komisijos ir minimali teismų nustatoma žala (su keliomis išimtimis) dėl informuoto paciento sutikimo davimo pažeidimų taip pat yra 100 Eur. Atsižvelgiant į tai, įstatyme tikslinga **nustatyti, kad įmoka apskaičiuojama įstatyme nustatyta tvarka, tačiau negali būti mažesnė kaip 100 Eur.**

e) Įstatymo 27 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad įmoka mokama dalimis po ¼ įmokos, o 4 dalyje – kad laiku nesumokėjus įmokos mokami delspinigiai. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokų į sąskaitą, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos žalai, atsiradusiai dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginti, mokėjimo, sąskaitos administravimo ir sąskaitos lėšų naudojimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 10 d. įsakymu Nr. V-40 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokų į sąskaitą, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos žalai, atsiradusiai dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginti, mokėjimo, sąskaitos administravimo ir sąskaitos lėšų naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – įsakymas Nr. V-40), 6 punkte nustatyta, kad „jeigu asmens sveikatos priežiūros įstaiga iki įstatymo 27 straipsnio 3 dalyje nustatyto termino nesumoka įmokos, Vyriausybės įgaliota institucija, gavusi aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus ir pagal juose pateiktą informaciją nustačiusi mokėtiną į sąskaitą sumą, apskaičiuoja delspinigius už kiekvieną kalendorinę dieną nuo kitos dienos po įstatymo 27 straipsnio 3 dalyje nustatyto termino iki atitinkamos įmokos dalies sumokėjimo dienos. Vyriausybės įgaliota institucija ne vėliau kaip per 5 darbo dienas nuo įstatymo 27 straipsnio 3 dalyje nustatyto termino pabaigos apie įmokos nesumokėjimą raštu informuoja Valstybinę akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybą prie Sveikatos apsaugos ministerijos, o rašto kopiją išsiunčia asmens sveikatos priežiūros įstaigai.“

Atsižvelgiant į nurodytas teisės aktų nuostatas, Vyriausybės įgaliota institucija (VLK) susidūrė su šiomis problemomis:

- Asmens sveikatos priežiūros įstaiga sumoka ne visą įmoką. Tokiu atveju VLK privalo informuoti Valstybinę akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybą prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Akreditavimo tarnyba) ir skaičiuoti delspinigius nuo nesumokėtos sumos. Pavyzdžiui, viena iš įmokos sumų yra 100,34 Eur, įstaiga sumoka 100 Eur, taigi VLK privalo skaičiuoti delspinigius nuo 0,34 Eur ir raštu informuoti Akreditavimo tarnybą bei asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Dėl 2020 m. nemokėtų įmokų 199 asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sustabdyta asmens sveikatos priežiūros veiklos licencija. Dėl 2021 m. nesumokėtų įmokų licencija sustabdyta 13 asmens sveikatos priežiūros įstaigų (iš jų 7 licencijų galiojimas panaikintas, 2 – galiojimas atnaujintas, 5 – galiojimas vis dar sustabdytas).

- Kaip jau minėta, kai kurios asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi mokėti itin mažą įmoką. Jei ji nesumokama, delspinigiai nuo šios įmokos sumos būna taip pat labai maži, ir VLK patiriama administracinė našta, juos skaičiuojant kas ketvirtį ir siunčiant asmens sveikatos priežiūros įstaigoms informacinius pranešimus apie jų skaičiavimą, raginimus sumokėti įmoką bei delspinigius, yra neproporcinga ir nepagrįsta.

*VLK 2020 m. rugsėjo–lapkričio mėn. apskaičiuoti delspinigiai*



<b>Įstaigos delspinigių dydis</b>	<b>Bendra delspinigių suma, Eur</b>	<b>Įstaigų skaičius</b>
iki 1 Eur	174,88	557
nuo 1 iki 2 Eur	175,21	121
nuo 2 iki 5 Eur	217,44	140
nuo 5 iki 10 Eur	255,8	39
nuo 10 Eur	644,42	26
<b>Iš viso</b>	<b>1 467,75</b>	<b>883</b>

*VLK 2021 m. apskaičiuoti delspinigiai*

<b>Įstaigos delspinigių dydis</b>	<b>Bendra delspinigių suma, Eur</b>	<b>Įstaigų skaičius</b>
nuo 0,01 iki 1 Eur	117,22	337
nuo 1,01 iki 2 Eur	152,97	107
nuo 2,01 iki 5 Eur	396,83	120
nuo 5,01 iki 10 Eur	441,47	62
nuo 10,01 iki 100 Eur	3240,04	94
nuo 100,01 iki 926,20 Eur	4062,57	18
<b>Iš viso</b>	<b>8411,1</b>	<b>738</b>

2021 m. 651 asmens sveikatos priežiūros įstaiga sumokėjo 7 080,18 Eur delspinigių.

Atkreipiame dėmesį į tai, kad vadovaujantis įsakymo Nr. V-40 2.2 papunkčiu, delspinigiai 2020 m. karantino metu nebuvo skaičiuojami.

Įvertinus tai, tikslinga **nustatyti, kad delspinigiai skaičiuojami tik kartą per metus, o ne kas ketvirtį nuo kiekvieno ketvirčio įmokos dalies.**

f) Įstatyme nustatyta, kad įmoka sumokama dalimis kas ketvirtį. Tačiau ši įstatymo nuostata nėra visiškai aiški, nes leidžia ją interpretuoti taip, kad įmokas galima mokėti ne tik kas ketvirtį. VLK 2020 m. gruodžio 31 d. duomenimis, metinę įmoką sumokėjo 2 983 asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Minėtos įstaigos įmokas mokėjo taip: 2 033 įstaigos sumokėjo metinę įmoką iš karto, 327 įstaigos įmoką sumokėjo per 2 kartus, 183 įstaigos – per 3 kartus, 428 įstaigos – per 4 kartus ir 12 įstaigų per 6–8 kartus. Jei būtų nustatytas konkretus įmokos sumokėjimo terminas, įstaigoms būtų aišku, iki kada ir kokio dydžio įmoką jos turi sumokėti, kartu VLK sumažėtų administravimo sąnaudos (delspinigių skaičiavimas, raštų siuntimas Akreditavimo tarnybai dėl nesumokėtų įmokų, bylų skaičius dėl delspinigių išieškojimo). Be to, asmens sveikatos priežiūros įstaigos įmokas moka taip, kaip joms racionaliau, siekdamos taupyti lėšas bankų mokesčiams už lėšų pervedimą.

Svarbu ir tai, kad tiek skaičiuodama delspinigių, tiek stebėdama nesumokėtas įmokas, VLK bendradarbiauja su Akreditavimo tarnyba, t. y. vyksta nuolatinis informavimas apie įmokų mokėjimą, vėlavimą jas sumokėti ir pan. Taigi dažnai tiek VLK, tiek Akreditavimo tarnyba dėl 0,17 Eur dydžio įmokos rašo kelis kartus, toks darbas kainuoja daugiau nei pati mokėtina suma.

Atsižvelgiant į tai, tikslinga asmens sveikatos priežiūros įstaigoms **leisti mokėti įmokas ne tik ketvirčiais.**

Be to, įstatymo 27 straipsnio 3 dalyje nustatyta įmokų mokėjimo tvarka, kai įstaiga veiklą pradeda ne nuo kalendorinių metų pradžios, t. y. įmoką už praėjusius (veiklos pradžios) metus ji sumoka kitais metais, kai paaiškėja, kiek pajamų, nuo kurių apskaičiuotina įmoka, už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą praėjusiais metais ji gavo. Pastebėtina, kad įstaiga, kuri veiklą pradeda nuo kalendorinių metų pradžios, taip pat dar negali apskaičiuoti ir sumokėti įmokos, nes nėra gavusi pajamų už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, todėl jai turėtų būti taikoma tokia pati įmokų mokėjimo tvarka kaip ir įstaigoms, pradedančioms veiklą ne nuo kalendorinių metų pradžios.

g) Asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokų į sąskaitą, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos žalai, atsiradusiai dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginti, mokėjimo, sąskaitos administravimo ir sąskaitos lėšų naudojimo tvarkos aprašo,

patvirtinto įsakymu Nr. V-40, 3 punkte nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaiga Vyriausybės įgaliotai institucijai kiekvienais metais iki gegužės 31 d. pateikia informaciją apie praėjusiais kalendoriniais metais gautas pajamas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (atskirai nurodomos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir kitų šaltinių gautos pajamos), taikytą įmokos dydžio procentą, nurodytą įstatymo 27 straipsnio 1 dalyje, ir į sąskaitą mokėtiną sumą. Naudodamasi šia informacija Vyriausybės įgaliota institucija įvertina, ar tinkamai apskaičiuota į sąskaitą mokėtina įmoka. Tačiau ši pareiga teikti Vyriausybės įgaliotai institucijai minėtą informaciją ne visada tinkamai vykdoma arba visai nevykdoma, pvz., iki 2020 m. finansinės atskaitomybės parengimo iš 3 881 (pagal VLK turimus duomenis) asmens sveikatos priežiūros įstaigos pateikė 3 497 įstaigos (arba 90 proc.), o iki 2021 m. finansinės atskaitomybės parengimo iš 3 622 (pagal VLK turimus duomenis) asmens sveikatos priežiūros įstaigų informaciją apie mokėtiną įmoką pateikė 3 554 įstaigos (arba 98 proc.) Taigi Vyriausybės įgaliota institucija ne visada gali įvertinti, ar įmoka tinkamo dydžio, ir, jei įmoka sumokėta ne laiku, negali tinkamai skaičiuoti delspinigių. Atsižvelgiant į tai, asmens sveikatos priežiūros įstaigų **pareiga teikti Vyriausybės įgaliotai institucijai informaciją, reikalingą įmokos į sąskaitą dydžiui nustatyti arba įmokos dydžio teisingumui patikrinti, taip pat kitą informaciją, reikalingą sąskaitai administruoti, turėtų būti įtvirtinta įstatyme ir turėtų būti numatytos vykdymo užtikrinimo priemonės.**

h) Įstatymo 27 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kaip apskaičiuojamas įmokos dydis už praėjusius ir einamuosius kalendorinius metus, jei įstaiga veiklą pradeda ne nuo kalendorinių metų pradžios, tačiau įstatyme nenustatyta tvarka, kaip mokėti įmoką, jei einamaisiais kalendoriniais metais įstaigos prašymu ar dėl kitų priežasčių (reorganizacija, likvidavimas, įmokos nesumokėjimas ir kt.) panaikinama jos asmens sveikatos priežiūros veiklos licencija visoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, t. y. įstaiga tampa nebe asmens sveikatos priežiūros įstaiga ir dėl to jai nebetaikoma pareiga mokėti įmokas. Pastaruoju atveju nėra aišku, ar įstaiga turi sumokėti visą įmoką, ar tik jos dalį, apskaičiuotą proporcingai pagal tai, kiek dienų (mėnesių ar ketvirčių) įstaiga tais metais turėjo galiojančią asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją. Siekiant išvengti VLK ir įstaigų ginčų dėl įmokų skaičiavimo tokiais atvejais bei atsižvelgiant į įstatymo 27 straipsnio 3 dalies 2 punkto nuostatą, pagal kurią apskaičiuojant įmokos už einamuosius kalendorinius metus dydį, kai įstaiga veiklą pradeda ne nuo kalendorinių metų pradžios, atsižvelgiama į praėjusių kalendorinių metų įstaigos veiklos mėnesių skaičių, įstatyme turėtų būti **nustatyta, jog jei einamaisiais kalendoriniais metais panaikinama įstaigos asmens sveikatos priežiūros veiklos licencija, ji privalo sumokėti įmokos dalį, proporcingą mėnesių, kuriuos jos asmens sveikatos priežiūros veiklos licencija galiojo (įskaitant laikotarpius, kai jos galiojimas buvo sustabdytas), skaičiui.**

Taip pat svarbu nustatyti priemones, leidžiančias užtikrinti, kad panaikinus asmens sveikatos priežiūros įstaigos asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją, būtų sumokėtos visos pagal įstatymą apskaičiuotos mokėtinės įmokos.

i) Vyriausybės įgaliotai institucijai kyla klausimų, **ką ji gali priskirti prie sąskaitos administravimo išlaidų**, kurios apmokamos iš sąskaitos lėšų, todėl sveikatos apsaugos ministrui turėtų būti pavesta jas detalizuoti. Be to, nepakanka įstatyme įtvirtinto 1 proc. metinių sąskaitos pajamų dydžio sąskaitos administravimo išlaidoms apmokėti (tinkamam Vyriausybės įgalios institucijos sąskaitos administravimo funkcijų vykdymui), todėl būtina **didinti įstatyme nustatytą sąskaitai administruoti skirtą maksimalų sąskaitos lėšų dydį.**

Įstatymo 27 straipsnio 9 dalyje nustatyta, kad sąskaitos administravimo išlaidos negali būti didesnės nei 1 proc. metinių jos pajamų. Pažymėtina, kad įstatymas nenumato nustatyto dydžio administravimo išlaidų viršijimo galimybės ir nereglamentuoja išimčių dėl tokių išlaidų viršijimo arba kitokio šaltinio joms padengti.

Pažymėtina, kad įstatyme nustatytas maksimalus sąskaitos administravimo išlaidų dydis niekada nebuvo pakankamas. 2020 m. buvo priskaičiuota 55 835 Eur sąskaitos administravimo sąnaudų. Minėtos sąnaudos 2020 m. buvo dengiamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. 2020 m. pabaigoje iš sąskaitos lėšų VLK buvo kompensuota tik 38 000 Eur (1 proc. 2020 m. sąskaitos pajamų).

2021 m. iš sąskaitos lėšų Privalomojo sveikatos draudimo fondui buvo pervesta 17 835,82 Eur – kompensuota 2020 m. pabaigoje susidariusi sąskaitos skola šiam fondui, kai sąskaitos administravimo sąnaudos viršijo įstatymu nustatytą administravimo išlaidų dydį. Taip pat Privalomojo sveikatos draudimo fondui kompensuota 24 364,18 Eur – dalis 2021 m. patirtų sąskaitos administravimo sąnaudų. 2021 m. pabaigoje skola Privalomojo sveikatos draudimo fondui buvo 35 790,97 eurų. Pinigų likutis sąskaitoje 2021 m. gruodžio 31 dieną – 7 687 618,51 Eur.

Pagal 2022 m. sąskaitos šamata jos pajamos yra 4 217 000 Eur, tad 1 proc. – 42 170 Eur. Atsižvelgiant į didėjančias paslaugų (informacinių technologijų, bankų, patalpų išlaikymo kainas) ir poreikį atnaujinti sutartis dėl paslaugų, susijusių su sąskaitos administravimu (detaliau žr. toliau), apskaičiuota, kad pakankamas dydis sąskaitai administruoti būtų 6 proc. metinių sąskaitos pajamų. Skaiciuojant pagal 2022 m. sąskaitos pajamas, 6 proc. metinių sąskaitos pajamų sudarytų 253 tūkst. Eur. Iš jų būtų apmokamos:

- sąskaitą administruojančių darbuotojų darbo užmokesčio ir socialinio draudimo įmokų išlaidos (4 etatų (3 apskaitos specialistų etatai, 0,5 teisininko etato, 0,4 informacinių technologijų specialisto etato, 0,1 dokumentų valdymo specialisto etato) 126 040 Eur. Skaiciuota pagal 2022 m. I ketvirčio VLK vidutinį vyriausiojo specialisto darbo užmokestį, kuris lygus 2 588 Eur / mėn. + darbdavio mokesčiai Valstybinio socialinio draudimo fondui). Šių darbuotojų funkcijos: asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateiktų duomenų dėl įmokų mokėjimo įvertinimas, tikslinimas, įstaigų konsultavimas (veikiančių ir naujai įsteigtų) dėl įstatymo nuostatų taikymo; priminimų dėl įmokų mokėjimo siuntimas; įmokų įskaitymas Finansų valdymo ir apskaitos informacinėje sistemoje (toliau – FVAIS) kas ketvirtį, delspinigių įskaitymas, suderinimo aktų paruošimas ir išsiuntimas; atlygio Komisijos nariams ir ekspertams apskaičiavimas, deklaracijų pateikimas Valstybinei mokesčių inspekcijai prie Finansų ministerijos (toliau – VMI); žalos atlyginimo išmokėjimas; įmokų permokų grąžinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms; asmens sveikatos priežiūros įstaigų patikrinimai dėl įmokų mokėjimo teisingumo pagal patikrinimų planą (bendraujama su asmens sveikatos priežiūros įstaiga, tikrinamos ataskaitos, kreipiamasi į valstybės įmonę Registrų centrą, VMI); informacijos apie įmokų nesumokėjusias asmens sveikatos priežiūros įstaigas paruošimas ir teikimas Akreditavimo tarnybai; finansinių ir veiklos ataskaitų, šamata, biudžeto vykdymo ataskaitų, inventorizacijos ir suderinimo aktų ir kt. dokumentų rengimas. Sąskaitą administruojantys darbuotojai aptarnauja apie 3 500 asmens sveikatos priežiūros įstaigų;

- sąskaitos administravimo informacinių technologijų paslaugų (administravimo, priežiūros, palaikymo ir modifikavimo) įsigijimo išlaidos (53 500 Eur). Šiuo metu VLK sąskaitai administruoti yra pritaikiusi FVAIS, tačiau FVAIS priežiūros ir palaikymo sutartis baigia galioti 2022 m. spalio mėn. ir reikės sudaryti naują sutartį (joje įkainiai bus didesni atsižvelgiant į infliaciją ir kitus ekonominius veiksnius). Reikalinga suma paskaičiuota atsižvelgiant į 2021 m. pabaigoje įvykusio to paties gamintojo Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA priežiūros ir palaikymo paslaugų pirkimo kainą. Primintina, kad privalomojo sveikatos draudimo įmokas renka Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, todėl įmokų (mokesčių) rinkimas, jų administravimas yra VLK nebūdinga funkcija;

- sąskaitą administruojančių darbuotojų aprūpinimo administracinėmis patalpomis ir jų išlaikymo išlaidos (6 900 Eur, suma paskaičiuota įvertinus galimą išlaidų padidėjimą vidutiniškai 42,3 proc. palyginus su 2020 m.), darbo vietų, skirtų sąskaitos administravimo funkcijoms vykdyti, išlaidos (8 560 Eur). Pažymėtina, jog šios išlaidos negali būti apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, nes sąskaitos administravimo funkcijas VLK vykdo pagal įstatymą, o ne Sveikatos draudimo įstatymą. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė yra nurodžiusi, kad su sąskaitos administravimu susijusi apskaita turi būti atskira ir sąskaitos administravimo išlaidos finansuojamos iš sąskaitos;

- sąskaitos banko atsiskaitomosios sąskaitos mokesčių išlaidos (58 000 Eur, šis mokestis priklauso nuo atsiskaitomosios sąskaitos likučio ir palūkanų normos). Banko mokesčio suma apskaičiuota atsižvelgiant į 2022 m. faktinius lėšų likučius (nuo sausio 1 d. iki gegužės 31 d.) ir į asmens sveikatos priežiūros įstaigų deklaruojamą įmokų sumą bei ateinančiais laikotarpiais didėsiantį lėšų likutį. Pastebėtina, kad banko mokestis priklauso nuo Europos Centrinio banko

nustatytų metinių palūkanų normos (šiuo metu neigiama 0,5 proc.) bei nuo su banku sudarytos sutarties sąlygų.

**Įstatymo projekto tikslas** – užtikrinti sklandų, efektyvų ir kokybišką prašymų nagrinėjimą ir sprendimų dėl jų priėmimą Komisijoje ir teisme, efektyvų sąskaitos lėšų surinkimą ir administravimą bei efektyvią žalos paciento sveikatai prevenciją.

**Įstatymo projekto uždaviniai:**

- 1) nustatyti visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, nepriklausomai nuo jų finansavimo šaltinio, įmokų dydžio apskaičiavimo tvarką, tikslinti kai kurių įmokų dydžius;
- 2) nustatyti minimalų įmokos dydį;
- 3) nustatyti įmokos dydžio nustatymo tvarką, kai asmens sveikatos priežiūros įstaiga teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nepriskirtas jokiam lygiui;
- 4) patikslinti su įmokų mokėjimu susijusias kitas nuostatas (įmokų mokėjimo terminus, delpinigių skaičiavimo terminus ir kt.);
- 5) pakeisti Komisijos posėdžių kvorumo dydį, Komisijos sprendimo priėmimo terminą ir patikslinti kitus Komisijos veiklos aspektus, siekiant jos veiklos efektyvumo;
- 6) tikslinti Komisijos sudėtį ir jos narių kompetencijos reikalavimus;
- 7) panaikinti įstatymo prieštaravimą Biomedicininį tyrimų etikos įstatymui ir įstatyme nustatyti žalos atlyginimą iš sąskaitos, jei žala padaryta atliekant biomedicininis tyrimus, kurie kelia tik nedidelį nepageidaujamą laikiną poveikį;
- 8) leisti Vyriausybės įgaliotai institucijai atstovaujant valstybei teisme pasitelkti Komisijos ekspertus, kai reikalingos specialiosios žinios;
- 9) suteikti Prevencijos komisijai galimybę teikti siūlymus dėl žalos prevencijos ne tik pagal Komisijos ataskaitas, bet ir pagal visus Komisijos sprendimus.

**2. Įstatymų projektų iniciatoriai (institucija, asmenys ar piliečių įgalioti atstovai) ir rengėjai.**

Įstatymo projektą parengė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

**3. Kaip šiuo metu yra reguliuojami įstatymų projektuose aptarti teisiniai santykiai.**

Įstatymo 24 straipsnio 6 dalis numato, kad žala atlyginama, jeigu Komisija nustato, kad teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas paciento sveikatai yra padaryta žala ir kad tai nėra neišvengiama žala. Lietuvos Respublikos biomedicininį tyrimų etikos įstatymo 12 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad klinikinį vaistinio preparato tyrimą arba bet kurį kitą biomedicininį tyrimą, kuriame dalyvaujančiam asmeniui taikomi intervenciniai biomedicininio tyrimo metodai kelia tik nedidelį nepageidaujamą laikiną poveikį jo sveikatai, asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kuri pati arba jos darbuotojas yra tokio biomedicininio tyrimo užsakovas arba jos darbuotojas yra tokio biomedicininio tyrimo tyrėjas, leidžiama atlikti ir neturint biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomojo draudimo. Šiuo atveju biomedicininio tyrimo užsakovo ir tyrėjo padaryta turtinė ir neturtinė žala tiriamojo sveikatai atlyginama Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka iš Vyriausybės įgaliotos institucijos valdomos sąskaitos, kurioje kaupiamos sveikatos priežiūros įstaigų įmokos pacientų sveikatai padarytai žalai (turtinei ir neturtinei) atlyginti, lėšų.

Įstatymo 26 straipsnio 1 dalis numato, kad Komisija sudaroma ketveriems metams iš 7 nepriekaištingos reputacijos asmenų, iš kurių ne mažiau kaip 3 yra specialistai, turintys aukštąjį universitetinį slaugos, medicinos ar odontologijos studijų krypties išsilavinimą ir ne mažesnę kaip vienus metų slaugos, medicinos ar odontologijos praktikos patirtį, ir ne mažiau kaip 2 yra specialistai, turintys aukštąjį universitetinį teisės studijų krypties išsilavinimą ir ne mažesnę kaip vienus metų teisinio darbo patirtį. 2 Komisijos nariai turi būti pacientų teises ginančių nevyriausybinių organizacijų deleguoti atstovai, 2 – sveikatos priežiūros specialistų nevyriausybinių organizacijų deleguoti atstovai, 2 – Sveikatos apsaugos ministerijos ir (ar) sveikatos apsaugos

ministro įgaliotos institucijos deleguoti atstovai ir 1 – Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ar socialinės apsaugos ir darbo ministro įgaliotos institucijos deleguotas atstovas.

Įstatymo 24 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad Komisija sprendimą turi priimti per 2 mėnesius. Kai dėl objektyvių priežasčių (sudėtingas žalos nagrinėjimo atvejis, reikalingos papildomos išvados, ekspertizės, kiti sprendimui priimti būtini dokumentai ir kt.) per šį terminą sprendimas negali būti priimtas, sveikatos apsaugos ministras Komisijos argumentuotu teikimu gali šį terminą pratęsti, bet ne ilgiau kaip dar vienam mėnesiui.

Įstatymo 26 straipsnio 6 dalis numato, kad Komisija kreipiasi į sveikatos priežiūros specialistus, nurodytus sveikatos apsaugos ministro patvirtintame ekspertų sąraše (toliau – ekspertai), dėl išvadų, kurioms padaryti reikalingos specialios žinios, gavimo.

Pagal įstatymo 26 straipsnio 10 dalį Komisijos posėdžiai yra teisėti, jeigu juose dalyvauja ne mažiau kaip 6 Komisijos nariai.

Įstatymo 26 straipsnio 11 dalyje numatyta, kad Prevencijos komisija atlieka Komisijos veiklos ataskaitų duomenų analizę ir:

- 1) teikia siūlymus asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kurioje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas buvo padaryta žala, arba visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms dėl priemonių, kuriomis būtų galima užkirsti kelią žalai atsirasti;

- 2) teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl teisės aktų, reguliuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, tobulinimo ir (ar) priemonių, kuriomis būtų galima užkirsti kelią žalai atsirasti, įtraukimo į sveikatos apsaugos ministro veiklos srities planavimo dokumentus;

- 3) teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūros ir (ar) asmens sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos įvertinimo procedūrų inicijavimo;

- 4) teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl kitų veiksmų, reikalingų siekiant užkirsti kelią žalai pasikartoti.

Prevencijos komisiją sudaro po vieną Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, pacientų teises ginančių nevyriausybinų organizacijų, sveikatos priežiūros specialistų nevyriausybinų organizacijų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų nevyriausybinų organizacijų deleguotą atstovą.

Įstatymo 27 straipsnio 1 dalis nustato, kad tik pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tik palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas ir (arba) paliatyviosios pagalbos paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos moka 0,1 procento, o visos kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos – 0,2 procento dydžio įmokas. Jų dydis skaičiuojamas nuo praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga įmoką už einamuosius kalendorinius metus, apskaičiuotą šio straipsnio 1 dalyje nustatyta tvarka, moka dalimis po 1/4 įmokos.

Jeigu asmens sveikatos priežiūros įstaiga laiku nesumoka įmokos, ji moka delspinigius pagal Lietuvos Respublikos finansų ministro nustatytą delspinigių normą, taikomą už pavėluotą mokesčio mokėjimą.

Įstatymo 27 straipsnio 4 dalis nustato, kad jeigu asmens sveikatos priežiūros įstaiga laiku nesumoka įmokos, ji moka delspinigius pagal Lietuvos Respublikos finansų ministro nustatytą delspinigių normą, taikomą už pavėluotą mokesčio mokėjimą. Delspinigių skaičiavimas, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos įmoka yra mažesnė, nei turėtų būti vadovaujantis įstatymo 27 straipsnio 1 ir 3 dalimis, numatyta Asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokų į sąskaitą, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos žalai, atsiradusiai dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginti, mokėjimo, sąskaitos administravimo ir sąskaitos lėšų naudojimo tvarkos aprašo, patvirtinto įsakymu Nr. V-40, 5 punkte.

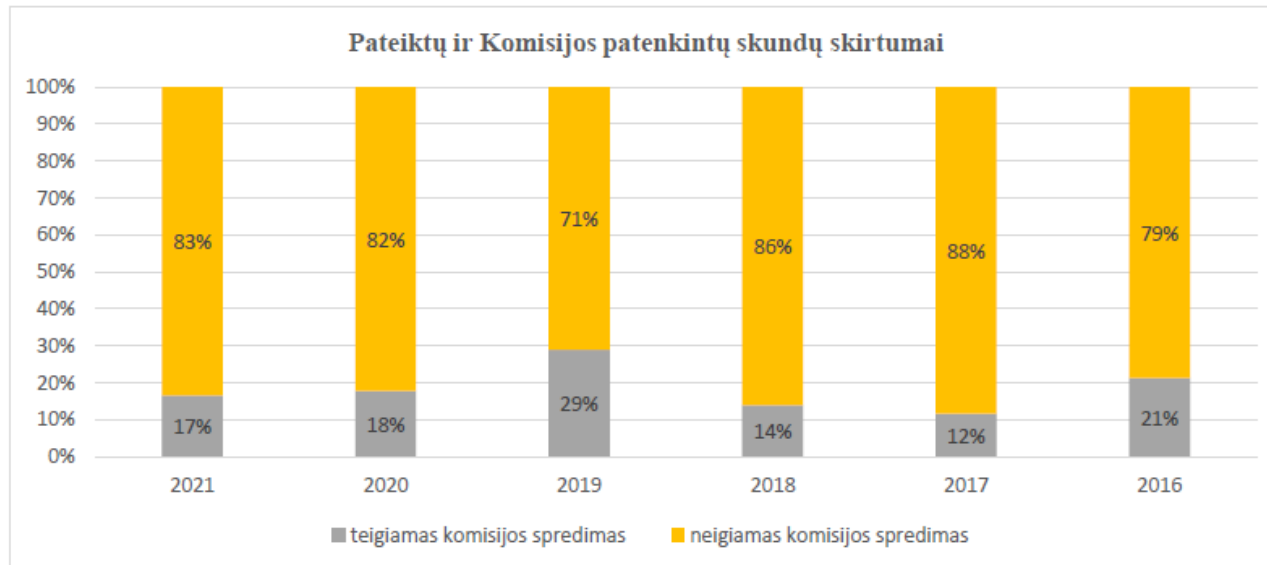
Įstatyme nenustatyta, kas laikytina sąskaitos administravimo išlaidomis.

Įstatymo 27 straipsnio 9 dalis nustato, kad Sąskaitos lėšos naudojamos tik šio įstatymo nustatyta tvarka žalai atlyginti, Komisijos (įskaitant ekspertus) veiklai finansuoti ir sąskaitos

administravimo išlaidoms. Sąskaitos administravimo išlaidos negali būti didesnės kaip vienas procentas metinių sąskaitos pajamų.

Įstatyme nenumatyta galimybė Vyriausybės įgaliotos institucijos bylinėjimosi išlaidas atlyginti iš sąskaitos, taip pat nenumatyta galimybė Komisijai ir ekspertams dalyvauti teismo procese nagrinėjant žalos paciento sveikatai atlyginimo klausimus, tačiau Įstatymo 26 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad Komisijos nariams taip pat mokamas 0,082 pareiginės algos bazinio dydžio atlygis už vieną atstovavimo Lietuvos Respublikos teismuose nagrinėjant vieną civilinę bylą valandą ir 0,14 pareiginės algos bazinio dydžio atlygis už pasiruošimą atstovauti viename Lietuvos Respublikos teismo posėdyje.

Komisijos nagrinėtų prašymų ir priimtų sprendimų atlyginti paciento sveikatai padarytą žalą santykis 2016–2021 m.



Komisijos sprendimai atlyginti žalą	Sprendimų skaičius	Turtinė žala, Eur	Neturtinė žala, Eur
Sprendimai pagal įstatymo redakciją, galiojusią iki 2020 m. sausio 1 d.	23	27 445	372 000
Sprendimai pagal įstatymo redakciją, įsigaliojusią nuo 2020 m. sausio 1 d. (žalos be kaltės modelis)	14	83 440	139 700
<b>Iš viso</b>	<b>37</b>	<b>110 884</b>	<b>511 700</b>

2021 m. Komisijos nariams ir ekspertams išmokėta 58 003,39 Eur, žalai atlyginti – 247 422,21 Eur. Pinigų likutis sąskaitoje 2021 m. gruodžio 31 dieną – 7 687 618,51 Eur.

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

Įstatymo projektu siūloma:

1) Pakeisti Komisijos sudėtį ir nustatyti, kad Komisijoje būtų ne mažiau kaip 1 specialistas, turintis aukštąjį universitetinį odontologijos studijų krypties išsilavinimą. Be jo, Komisijoje būtų dar 2 asmens sveikatos priežiūros specialistai, kurie turėtų turėti aukštąjį universitetinį slaugos ar medicinos studijų krypties išsilavinimą. Taip pat dėl aiškinamojo rašto 1 punkte nurodytų priežasčių siūloma ilginti privalomos patirties reikalavimus – vietoj ne mažesnės kaip 1 metų nustatyti ne mažesnę kaip trejų metų atitinkamos praktikos ar teisinio darbo patirtį. Institucinė Komisijos sudėtis keičiama vietoj Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ar socialinės apsaugos ir darbo ministro įgaliotos institucijos deleguoto atstovo numatant dar 1 (iš viso 3) sveikatos priežiūros specialistų nevyriausybinių organizacijų deleguotą atstovą – dėl jo būtų kreipiamasi į odontologus vienijančias asociacijas.

2) Numatyti, kad Komisijos posėdžio teisėtumui pakanka 5 Komisijos narių dalyvavimo – tai sudaro 2/3 Komisijos narių.

3) Nustatyti, kad Komisija sprendimą dėl reikalaujamos žalos atlyginimo priima ne per 2, o per 3 mėnesius nuo prašymo gavimo Komisijoje dienos. Taip pat siūloma nustatyti galimybę šį terminą pratęsti ne dar 1, o dar 2 mėnesiams. Siūloma patikslinti, kas laikoma pratęsimo pagrindu (sudėtingu žalos nagrinėjimo atveju), ir nurodyti, kad tai yra paciento mirtis, kai neaišku, kurioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje padaryta žala (pvz., 2021 m. 19 prašymų pareiškėjai nurodė daugiau nei vieną asmens skundžiamą asmens sveikatos priežiūros įstaigą, daugiausiai vienu prašymu buvo skundžiamos 4 asmens sveikatos priežiūros įstaigos) ir kt.

Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos apsaugos ministro sprendimas dėl termino pratęsimo, esant argumentuotam Komisijos teikimui pratęsti terminą, yra tik formalumas, taip pat įvertinus tai, kad sveikatos apsaugos ministro atsisakymas pratęsti terminą faktiškai reiškia ne Komisijos veiklos kontrolę, o tik tai, kad Komisija, nepratęsusi termino, vėluos priimti sprendimą, bei tai, kad Komisijai ilgesnio termino reikia ne dėl jos pačios veiksmų, o dėl objektyvių priežasčių, kai reikalingos kitų institucijų išvados ar informacija, tikslinga įstatymu suteikti Komisijai teisę pačiai priimti sprendimą dėl termino pratęsimo. Pažymėtina, kad toks Komisijos sprendimas turės būti motyvuotas.

Be to, reikia nustatyti, kad tais atvejais, kai dėl prašyme nurodytos žalos pradėtas ikiteisminis tyrimas arba nagrinėjama baudžiamoji byla teisme, Komisija priima sprendimą sustabdyti prašymo nagrinėjimą iki ikiteisminio tyrimo pabaigos arba teismo sprendimo priėmimo, o šis laikotarpis neįskaitomas į šioje dalyje nurodytą Komisijos sprendimo priėmimo terminą.

4) Įstatyme įtvirtinti papildomus atsisakymo nagrinėti prašymą pagrindus: kai prašymas pateiktas dėl žalos, padarytos teikiant ne asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atlyginimo, taip pat kai prašymas pateiktas pasibaigus įstatymo 24 straipsnio 1 dalyje nurodytam terminui. Tai leistų Komisijai nenagrinėti prašymų, kurie akivaizdžiai neatitinka įstatymo reikalavimų, ir tik po nagrinėjimo konstatuoti, jog žala negali būti atlyginta. Taip būtų taupomas Komisijos, prašymą pateikusio asmens ir kitų nagrinėjant prašymą dalyvaujančių asmenų laikas ir ištekliai.

5) Numatyti galimybę Komisijai dėl išvadų kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus, neįrašytus į ekspertų sąrašą, kai išvadoms pateikti reikia profesinės kvalifikacijos, kurią turinčių sveikatos priežiūros specialistų ekspertų sąraše nėra, arba sveikatos priežiūros specialistai, nurodyti ekspertų sąraše (toliau – ekspertas), negali teikti išvados dėl viešųjų ir privačių interesų konflikto grėsmės arba kitų objektyvių priežasčių (laikinas nedarbingumas ir kt.). Šie specialistai turėtų atitikti tokius pat reikalavimus kaip ir ekspertai, t. y. būti nepriekaištingos reputacijos, turėti teisę verstis slaugos, medicinos arba odontologijos praktika ir turėti ne mažesnę kaip 5 metų slaugos, medicinos arba odontologijos praktikos patirtį, o už išvadą jiems būtų mokama taip pat kaip ir ekspertams. Šie specialistai būtų pasitelkiami tik pavieniais atvejais. Tai padidintų Komisijos priimamų sprendimų kokybę tais atvejais, kai reikalinga eksperto išvada, tačiau ekspertas negali būti pasitelktas, nes jo nėra sąraše arba jis negali teikti išvados dėl viešųjų ir privačių interesų konflikto, taip pat pagreintų sprendimų priėmimą, nes nebereikėtų laukti, kol baigsis reikiamo eksperto laikinasis nedarbingumas ir pan.

6) Dar viena projektu siūloma priemonė, užtikrinanti sklandų, greitą ir kokybišką sprendimų priėmimo procesą, yra tai, kad ekspertui ar kitam specialistui, į kurį kreipiasi Komisija, būtų neapmokama už nekokybiškai parengtas išvadas (neatitinkančias sveikatos apsaugos ministro nustatytų reikalavimų, pvz., išsamumo, argumentavimo ir kt.), o ekspertas, netinkamai vykdamas savo funkcijas, būtų išbraukiamas iš ekspertų sąrašo. Kas laikoma netinkamu eksperto funkcijų vykdymu, Komisija spręstų vadovaudamasi sveikatos apsaugos ministro nustatytais kriterijais, pvz., ar ekspertas visada laiku teikia išvadą, ar jos visada atitinka sveikatos apsaugos ministro nustatytus reikalavimus ir kt.).

7) Siūloma Prevencijos komisijai suteikti daugiau įrankių vykdyti žalos paciento sveikatai prevenciją:

a) numatyti, kad Komisija kas ketvirtį Prevencijos komisijai teikia visus nuasmenintus Komisijos sprendimus, kuriais nustatyta žala ir (arba) kuriais žala nenustatyta, tačiau Komisija nagrinėdama prašymą nusprendė, kad buvo didelė rizika kilti žalai. Pastaruosius sprendimus taip pat svarbu nagrinėti, nes jie gali padėti pastebėti įstaigų veiklos, teisinio reguliavimo ar kitus trūkumus,

kurie kitą kartą galėtų sukelti žalą, todėl dėl tokių trūkumų taip pat svarbu imtis prevencinių priemonių. Siekiant žalos prevencijos sistemiškumo ir išsamumo siūloma, kad Prevencijos komisijai būtų teikiami ir Komisijos sprendimai, priimti vadovaujantis įstatymo nuostatomis, galiojusiomis iki 2020 m. sausio 1 d.;

b) numatyti, kad Prevencijos komisijos siūlymų įgyvendinimas būtų stebimas ir vertinamas – nustatyti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir kitos institucijos ir įstaigos, kurios gavo tokius siūlymus, per 3 mėnesius pateiktų Prevencijos komisijai informaciją apie tai, kaip šie siūlymai įgyvendinti ir (ar) numatomi įgyvendinti;

c) į Prevencijos komisiją įtraukti Higienos instituto atstovą. Tai padėtų išplėsti Prevencijos komisijos kompetenciją nepageidaujamų įvykių stebėsenos aspektu.

8) Panaikinti įstatymo nesuderinamumą su Biomedicininį tyrimų etikos įstatymu ir įstatyme taip pat nustatyti, kad žala atlyginama, jeigu Komisija nustato, kad ji padaryta ne tik teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir atliekant biomedicininį tyrimą, kuris kelia tik nedidelį nepageidaujamą laikiną poveikį (jei tai nėra neišvengiama žala). Taip pat atitinkamai patikslinti neišvengiamos žalos sąvokos apibrėžtį.

9) Sudaryti sąlygas Vyriausybės įgaliotai institucijai kokybiškiau ir efektyviau atstovauti valstybei teisme – esant specialiųjų (medicininį) žinių poreikiui pasitelkti Komisiją (jos atstovą) ir (arba) ekspertą ar kitą sveikatos priežiūros specialistą (-us), teikusį (-ius) išvadą (-as) Komisijai. Jie dalyvautų byloje kaip atsakovai kartu su Vyriausybės įgaliota institucija. Projektu siūloma numatyti, kad už atstovavimą teisme tokiais atvejais būtų apmokama ne tik Komisijai, bet ir ekspertams bei kitiems specialistams. Taip pat numatoma, kad Vyriausybės įgaliota institucija turi teisę gauti visą reikiamą informaciją, reikalingą atstovaujant valstybei teisme. Be to, numatoma, kad šios atstovavimo (bylinėjimosi) išlaidos atlyginamos iš sąskaitos. Įstatymo 25 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teismas, spręsdamas dėl paciento sveikatai padarytos žalos (turtinės ir neturtinės) atlyginimo ir nustatydamas atlygintinos žalos dydį, vadovaujasi įstatymo 24 straipsnio 6 dalimi. Įstatymo 24 straipsnio 6 dalyje, be kita ko, nustatyta, kad „**Komisija** sprendimą atlyginti žalą priima nevertindama asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir ją padariusio sveikatos priežiūros specialisto kaltės“. Atsižvelgiant į tai, pasitaiko atvejų, kai ši nuostata traktuojama kaip privaloma Komisijai, bet ne teismui, todėl teismas imasi vertinti visas civilinės atsakomybės sąlygas (taip pat ir neteisėtus veiksmus bei kaltę). Todėl projektu siūloma aiškiai nustatyti, kad teismas, spręsdamas dėl žalos atlyginimo, nevertina asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir ją padariusio sveikatos priežiūros specialisto kaltės ir nustatydamas atlygintinos žalos dydį vadovaujasi šio įstatymo 24 straipsnio 6 dalimi.

10) Nustatyti, kokio dydžio įmokas turi mokėti Bendrųjų paslaugų sąraše nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Atsižvelgiant į paslaugų pobūdį ir jų metu galinčios kilti žalos paciento sveikatai pobūdį ir mastą, siūloma nustatyti, kad 0,1 procento moka asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia tik akušerio praktikos ir (arba) tik slaugos praktikos, ir (arba) tik dietisto praktikos, ir (arba) tik ergoterapeuto praktikos, ir (arba) tik kineziterapeuto praktikos, ir (arba) tik gydomojo masažo specialisto, ir (arba) tik optometrininko praktikos, ir (arba) tik išplėstinės vaistinininko praktikos, ir (arba) tik medicinos psichologo praktikos asmens sveikatos priežiūros paslaugas (arba vieną ar kelias iš šių paslaugų kartu su pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugomis). Kitas Bendrųjų paslaugų sąraše nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (audinių banko, biobanko, dienos chirurgijos, dienos estetinės chirurgijos, dienos stacionaro, gimdymo namuose priežiūros, greitosios medicinos pagalbos, hemodializės, peritoninės dializės, kraujo donorystės, laboratorinės diagnostikos, lytinių ląstelių banko, patologijos, pagalbinio apvaisinimo) teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos mokėtų 0,2 proc. įmokas.

Be to, siūloma nustatyti, kad 0,1 procento moka asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia tik dantų techniko praktikos ir (arba) tik burnos higienisto praktikos asmens sveikatos priežiūros paslaugas (arba šias paslaugas kartu su kitomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, už kurias numatytas 0,1 procento įmokos dydis). Siūlymas teikiamas atsižvelgiant į tai, kad dantų technikų laboratorijos gamina medicinos priemones ir tiesiogiai nedirba su pacientu, o burnos



higienisto teikiamos paslaugos pacientams yra tiek pat arba mažiau rizikingos nei pirminės odontologijos paslaugos.

Taip pat siūloma pakeisti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių tik palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas ir (arba) tik paliatyvosios pagalbos paslaugas, mokamos įmokos dydį iš 0,1 į 0,2 proc., nes šios paslaugos, nors ir yra pirminio lygio, tačiau yra stacionarinės. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikiamos, be kita ko, asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, neįgaliesiems, o paliatyvioji pagalba – pacientams, sergantiems nepagydomomis progresuojančiomis ligomis, pasiekusiomis su gyvybe nesuderinamą stadiją. Tad šių paslaugų teikimo metu yra didelė žalos tokios būklės pacientams rizika.

11) Nustatyti minimalų įmokos į sąskaitą dydį – 100 Eur. Toks dydis pasirinktas dėl aiškinamojo rašto 1 punkte nurodytų priežasčių. Nustačius šį dydį, į sąskaitą per metus būtų papildomai surenkama 94 445 Eur.

12) Siekiant užtikrinti, kad įmokas mokėtų ir tos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios negauna pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, siūloma įmokas skaičiuoti nuo tokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kitų pajamų arba finansavimo sumų, skiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.

Siūloma nustatyti, kad įmokos dydis apskaičiuojamas nuo visų praėjusių kalendorinių metų lėšų:

1) lėšų, gautų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagal sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis;

2) finansavimo sumų, panaudotų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti (pvz., socialinės globos įstaigų finansavimo sumos dalis, skirta asmens sveikatos priežiūros paslaugoms jose socialinės globos paslaugas gaunantiems asmenims teikti);

3) lėšų, gautų iš pacientų, draudikų, kitų fizinių ir juridinių asmenų už mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (pvz., kai už paslaugas susimoka pats pacientas arba už jas apmoka paciento darbdavys arba privatus sveikatos draudimas);

4) įmonės ar įstaigos lėšų, panaudotų jos darbuotojų asmens sveikatos priežiūrai (pvz., gamybos įmonės bendrų pajamų dalis, skirta įmonės medicinos punktui išlaikyti);

5) lėšų, gautų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą iš kitų šaltinių, nenurodytų 1–4 punktuose.

Siūloma nustatyti, kad įmokų mokėjimo periodiškumo ir įmokų dydžių pokyčiai įsigaliotų 2023 m. sausio 1 d., kad tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek Vyriausybės įgaliotai institucijai būtų paprasčiau skaičiuoti ir mokėti įmokas už visus metus, o ne likusių metų dalį.

13) Siekiant spręsti dantų technikų laboratorijų ir odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų įmokų dubliavimo problemą (kai už protezus gautos pajamos įtraukiamos abiejose įstaigose apskaičiuojant įmoką), siūloma nustatyti, kad pajamos už medicinos priemonių ir (ar) jų dalių gamybą ir (ar) jų pritaikymą įtraukiamos tik asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kuri turi asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją, suteikiančią teisę jas gaminti, ir kuri jas pagamina ir (ar) pritaikė.

14) Siekiant mažinti naštą asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir Vyriausybės įgaliotai institucijai, siūloma nustatyti, kad įmokos mokamos kartą per metus, tačiau palikti galimybę asmens sveikatos priežiūros įstaigoms jas mokėti kas ketvirtį, tačiau apie tai reikėtų iš anksto pranešti Vyriausybės įgaliotai institucijai. Taip pat nustatyti, kad delspinigiai visais atvejais (net jei įstaiga pasirenka įmokas mokėti kas ketvirtį) skaičiuojami tik kartą per metus.

15) Siekiant užtikrinti, kad įmokos būtų mokamos laiku ir tinkamo dydžio, siūloma patikslinti, nuo ko mokami delspinigiai – nuo nesumokėtos įmokos ar jos dalies, nuo skirtumo tarp sumokėtos mažesnės nei turėtų būti įmokos ar jos dalies ir turimos sumokėti įmokos sumos, taip pat nuo laiku nesumokėtos įmokos ar jos dalies.

16) Nustatyti įmokos apskaičiavimo tvarką, kai einamaisiais kalendoriniais metais panaikinama asmens sveikatos priežiūros įstaigos asmens sveikatos priežiūros veiklos licencija visoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms: siūloma, kad ji tais metais mokėtų įmokos dalį, proporcingą mėnesių, kuriuos jos asmens sveikatos priežiūros veiklos licencija galiojo (nebuvo

panaikinta), skaičiui. Tokiu pačiu principu pagal įstatymą apskaičiuojamas įmokos dydis tais atvejais, kai įstaiga veiklą pradeda ne nuo metų pradžios.

Taip pat siūloma patikslinti įmokos mokėjimo tvarką, kai asmens sveikatos priežiūros įstaiga pradeda veiklą ne tik ne nuo kalendorinių metų pradžios, bet apskritai einamaisiais metais (kad ir sausio 1 d.) – abiem šiais atvejais asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nevykdė veiklos ir negavo pajamų, nuo kurių reikėtų skaičiuoti įmoką, todėl nustatoma, kad įmoka šiais atvejais mokama tik kitais metais.

17) Siūloma aiškiai nustatyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų pareigą Vyriausybės įgaliotai institucijai teikti informaciją, reikalingą įmokos į sąskaitą dydžiui nustatyti arba įmokos dydžio teisingumui patikrinti, taip pat kitą informaciją, reikalingą sąskaitai administruoti. Taip pat ANK projektu siūloma nustatyti administracinę atsakomybę už šios pareigos nevykdymą – pirmiausia įspėjimą, o už pakartotinį jos pažeidimą – baudą nuo 140 iki 300 eurų. Šios priemonės turėtų padėti Vyriausybės įgaliotai institucijai užtikrinti, kad į sąskaitą būtų mokamos tinkamai nustatyto dydžio įmokos, taip pat skaičiuoti delspinigius, jei įmokos yra netinkamo dydžio arba visai nemokamos.

18) Nustatyti priemones, leidžiančias užtikrinti, kad panaikinus asmens sveikatos priežiūros įstaigos asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją, būtų sumokėtos visos pagal įstatymą apskaičiuotos mokėtinos įmokos. Atsižvelgiant į tai, siūloma aiškiai nustatyti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos asmens sveikatos priežiūros veiklos licencijos sustabdymas ar panaikinimas neatleidžia nuo pareigos sumokėti visas pagal įstatymą apskaičiuotas mokėtinas įmokas.

Siekiant užtikrinti sąskaitos lėšų surinkimą iš visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ir nutraukusių veiklą), siūloma nustatyti galimybę išieškoti nesumokėtas įmokas. Išieškojimas būtų taikomas tik panaikinus asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją, nes kai ji nepanaikinta, už įmokų nemokėjimą taikoma kita sankcija – licencijos sustabdymas (jis panaikinamas sumokėjus įmoką) bei delspinigių skaičiavimas.

Siekiant užkirsti kelią situacijai, kai išieškojimas būtų neįmanomas, nes nebūtų galima nustatyti mokėtinos įmokos dydžio dėl to, kad įstaiga Vyriausybės įgaliotai institucijai nebuvo pateikusi informacijos, reikalingos jai apskaičiuoti, siūloma nustatyti, kad tokiais atvejais išieškomos įmokos dydis nustatomas pagal Vyriausybės įgalios institucijos paskutinę iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos gautą informaciją, o jei ši informacija niekada nebuvo teikta:

a) ir asmens sveikatos priežiūros įstaiga Sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka yra sudariusi sutartį su Valstybine ligonių kasa ar teritorinėmis ligonių kasomis – pagal visas laikotarpio, už kurį turi būti mokama įmoka, šios įstaigos pajamas, bet ne mažiau kaip 100 Eur. Toks siūlymas grindžiamas tuo, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių minėtas sutartis, pagrindinė veikla yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, todėl visų jų pajamų suma būtų tapati arba artima pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugas sumai;

b) ir asmens sveikatos priežiūros įstaiga Sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka nėra sudariusi sutarties su Valstybine ligonių kasa ar teritorinėmis ligonių kasomis (pvz., socialinės globos įstaigos, odontologijos įstaigos, kitos įstaigos, nesudariusios sutarčių su Valstybine ligonių kasa ar teritorinėmis ligonių kasomis) – pagal sumą, kuri apskaičiuojama laikotarpio, už kurį turi būti mokama įmoka, vidutinį įstaigos asmens sveikatos priežiūros specialistų skaičių (jis bus gaunamas Vyriausybės įgalios institucijos prašymu iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Sodra). Kadangi atvejai, kai asmens sveikatos priežiūros įstaiga nebus niekada teikusi informacijos apie pajamas ir nebus sumokėjusi įmokos ir bus netekusi licencijos, bus pavieniai, šios informacijos gavimas iš Sodros sukels minimalią administracinę naštą Sodrai ir Vyriausybės įgaliotai institucijai) padauginus iš to laikotarpio mėnesių skaičiaus ir atitinkamo ketvirčio vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio šalies ūkyje (be individualių įmonių), bet ne mažiau kaip 100 Eur. Pvz., jei asmens sveikatos priežiūros įstaigoje vidutiniškai dirbo vienas asmens sveikatos priežiūros specialistas, suma, nuo kurios būtų skaičiuojama įmoka, būtų 19 177,2 Eur (1598,1 Eur x 1 x 12 mėn.), o 0,1 proc. dydžio įmoka – 19 Eur (vadinasi, mokėti reikėtų 100 Eur), 0,2 proc. – 38 Eur (vadinasi, mokėti reikėtų taip pat 100 Eur); jei įstaigoje vidutiniškai dirbo 5 asmens sveikatos priežiūros specialistai, suma, nuo kurios būtų skaičiuojama įmoka, būtų 95 886 Eur (1598,1 Eur x 5 x 12 mėn.), o 0,1 proc. dydžio įmoka – 95 Eur (vadinasi, mokėti reikėtų 100 Eur), 0,2 proc. – 192 Eur.

19) Didinti įstatyme nustatytą sąskaitos administravimui skiriamą maksimalų sąskaitos lėšų dydį – numatyti, kad sąskaitos administravimo išlaidos negali būti didesnės kaip 6 proc. metinių sąskaitos pajamų. Pažymėtina, kad pagal įstatymo 27 straipsnio 10 dalį sąskaitos lėšos, nepanaudotos einamaisiais biudžetiniais metais, yra perkeliamos ir naudojamos kitais biudžetiniais metais. Taip pat siūloma pavesti sveikatos apsaugos ministrui nustatyti, kokios išlaidos priskirtinos sąskaitos administravimo išlaidoms.

20) Siekiant teisinio aiškumo, kokie tiesioginiai nuostoliai gali būti priskirti turtinei žalai, ir užtikrinti racionalų ir pagrįstą sąskaitos lėšų naudojimą, siūloma patikslinti įstatymo 24 straipsnio 7 dalies 1 punkto a papunktyje nustatytą atlygintinos žalos dydžio nustatymo kriterijų ir nustatyti, kad atlyginamos tik pagrįstos, būtinos ir protingos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistiniams preparatams ir medicinos priemonėms (išskyrus apmokėtus Privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybės biudžeto lėšomis). Formuliuotė „pagrįstos, būtinos ir protingos“ yra įprasta įstatymuose (pvz., Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso 441<sup>17</sup> straipsnio 1 dalis) ir teismų praktikoje. Taip pat siūloma patikslinti, kad kitos išlaidos taip pat turi būti būtinos ir protingos bei tiesiogiai susijusios su padaryta žala. Tai leis išvengti interpretacijų ir ginčų dėl to, kokie tiesioginiai nuostoliai gali būti atlyginami.

#### **Priėmus įstatymų projektus, numatoma nauda:**

1) visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausomai nuo jų finansavimo šaltinio, mokės įmokas į sąskaitą, taigi bus užtikrintos vienodos sąlygos visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Taip pat kadangi bus aiškiai nustatyti įmokų dydžiai, neliks grėsmės kilti ginčams tarp Vyriausybės įgaliotos institucijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų dėl įmokos dydžio;

2) suderinus įstatymo ir Biomedicininį tyrimų etikos įstatymo nuostatas, neliks grėsmės kilti ginčams dėl to, ar turi būti atlyginama žala, jei ji kilo išimtinai biomedicininio tyrimo, kuris kelia tik nedidelį nepageidaujamą laikiną poveikį, tikslais atliekamos procedūros metu;

3) Komisija galės lanksčiau organizuoti savo darbą ir užtikrinti prašymų išnagrinėjimą laiku, sumažės Komisijos administracinė našta, pagreitės jos darbas, prašymai bus išnagrinėjami išsamiau;

4) delspinigių mokėjimo patikslinimai, įmokų išieškojimo galimybė, atsakomybė už informacijos neteikimą Vyriausybės įgaliotai institucijai turėtų sudrausminti asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir užtikrinti, kad jos atsakingai apskaičiuotų ir mokėtų įmokas į sąskaitą bei teiktų su tuo susijusią informaciją, todėl pagerės įmokų surinkimas;

5) VLK palengvės atstovavimas valstybei teisme bylose dėl žalos atlyginimo ir kartu pagerės atstovavimo kokybė;

6) žalos pacientų sveikatai prevencijai bus skiriama daugiau dėmesio, todėl turėtų pagerėti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir sauga;

7) bus užtikrintas PSDF biudžeto lėšų naudojimas pagal teisės aktų nustatytus reikalavimus.

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

Teigiamos įstatymo projekto priėmimo pasekmės nurodytos aiškinamojo rašto 4 punkte. 1 526 įstaigų įmoka padidės 1–100 Eur, todėl į sąskaitą papildomai per metus bus surinkta 94 tūkst. Eur. 335 įstaigos turės pradėti mokėti įmokas, todėl į sąskaitą papildomai bus surinkta ne mažiau kaip 33,5 tūkst. Eur per metus. Taip pat išlaidų galimai sumažės, nes tikėtina, kad reikės rečiau kreiptis į ekspertus (Komisijoje esant odontologui ir padidėjus Komisijos narių patirties reikalavimams). Iš viso į sąskaitą papildomai bus sumokama apie 127,5 tūkst. Eur per metus.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios tik projekto 6 straipsniu keičiamo įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 punkte nurodytas paslaugas, mokės mažesnes įmokas (tik jei apskaičiuota įmoka bus didesnė nei 100 Eur). Tokių įstaigų tikslus skaičius nežinomas, bet jų neturėtų būti daug (dauguma teikia minėtas paslaugas kartu su kitomis paslaugomis).

Komisijos nariai, ekspertai ir kiti išvada Komisijai teiksiantys specialistai bus įpareigoti kartu su VLK atstovauti valstybei teisme, tai pareikalaus jų laiko, tačiau už atstovavimą jiems bus

apmokama. Projekte numatyta, kad mokamas 0,082 Seimo patvirtintos atitinkamų metų Lietuvos Respublikos valstybės politikų, teisėjų, valstybės pareigūnų, valstybės tarnautojų, valstybės ir savivaldybių biudžetinių įstaigų darbuotojų pareiginės algos (atlyginimo) bazinio dydžio (2022 m. 181 Eur) atlygis už vieną atstovavimo teismuose nagrinėjant vieną civilinę bylą valandą ir 0,14 pareiginės algos bazinio dydžio atlygis už pasiruošimą atstovauti viename teismo posėdyje. Jeigu bylų teisme skaičius išliktų toks pat kaip 2021 m. (12) ir jose kartu su VLK atstovautų vienas Komisijos narys, ekspertas ar kitas specialistas, o teismo posėdis truktų 4 val. (laikant, kad Komisijos narys, ekspertas ar kitas specialistas turėtų dalyvauti 2 posėdžiuose), už atstovavimą teisme iš sąskaitos jiems per metus reiktų  $((4 \text{ val.} \times 0,082 \times 181 \text{ Eur}) + (0,14 \times 2 \times 181 \text{ Eur})) \times 12 = 2033,04 \text{ Eur}$ .

VLK už atstovavimą teisme reikės papildomų lėšų, tačiau jų dydis kol kas nežinomas, nes 2021 m. nebuvo galutinių teismo sprendimų.

Sąskaitos administravimui papildomai (pagal 2022 m. sąmatą: 253,0 tūkst. Eur (6 proc.) – 42,2 tūkst. Eur (1 proc.) reikės 210,8 tūkst. Eur.

Sveikatos priežiūros specialistų nevyriausybinų organizacijų deleguotam Komisijos nariui per metus papildomai reikės apie 12,6 tūkst. Eur.

Iš viso priėmus projektą sąskaita patirs apie 223,4 tūkst. Eur papildomų išlaidų per metus.

Sąskaitos išlaidos iš viso padidės apie 95,9 tūkst. Eur per metus (223,4 tūkst. Eur – 127,5 tūkst. Eur).

#### **6. Kokią įtaką priimti įstatymai turės kriminogeninei situacijai, korupcijai.**

Priimti įstatymai įtakos kriminogeninei situacijai ir korupcijai neturės.

#### **7. Kaip įstatymų įgyvendinimas atsilieps verslo sąlygoms ir jo plėtrai.**

1 526 asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmoka padidės 1–100 Eur, o 335 įstaigos turės pradėti mokėti įmokas (kurių anksčiau nemokėjo, nes negavo pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugas), tačiau toks padidėjimas laikytinas pagrįstu atsižvelgiant į siekį remiantis solidarumo principu sąskaitoje sukaupiti lėšų pacientų sveikatai padarytai žalai atlyginti, taip pat į asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygiateisiškumo ir sąžiningos konkurencijos aspektus.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios tik akušerio praktikos ir (arba) tik slaugos praktikos, ir (arba) tik dietisto praktikos, ir (arba) tik ergoterapeuto praktikos, ir (arba) tik kineziterapeuto praktikos, ir (arba) tik gydomojo masažo specialisto, ir (arba) tik optometrininko praktikos, ir (arba) tik išplėstinės vaistininko praktikos, ir (arba) tik medicinos psichologo praktikos, ir (arba) tik dantų techniko praktikos, ir (arba) tik burnos higienisto praktikos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, turės mokėti mažesnę įmoką (ne 0,2, o 0,1 proc.), jei apskaičiuota įmoka bus didesnė nei 100 Eur.

#### **8. Ar įstatymų projektai neprieštarauja strateginio lygmens planavimo dokumentams**

Įstatymų projektai neprieštarauja strateginio lygmens planavimo dokumentams.

#### **9. Įstatymų inkorporavimas į teisinę sistemą, kokius teisės aktus būtina priimti, kokius galiojančius teisės aktus reikia pakeisti ar pripažinti netekusiais galios.**

Kitų įstatymų priimti ir keisti nereikės.

#### **10. Ar įstatymų projektai parengti laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymų reikalavimų, o įstatymų projektų sąvokos ir jas įvardijantys terminai įvertinti Lietuvos Respublikos terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka**

Įstatymų projektai parengti laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymų reikalavimų. Įstatymo projektu apibrėžiama sąvoka „neišvengiama žala“ suderinta Lietuvos Respublikos terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka.

**11. Ar įstatymų projektai 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.

**12. Jeigu įstatymams įgyvendinti reikia įgyvendinamųjų teisės aktų, – kas ir kada juos turėtų priimti.**

Reikės pakeisti:

1) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. sausio 8 d. nutarimą Nr. 3 „Dėl Turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

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

3) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 10 d. įsakymą Nr. V-40 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokų į sąskaitą, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos žalai, atsiradusiai dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginti, mokėjimo, sąskaitos administravimo ir sąskaitos lėšų naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

4) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 8 d. įsakymą Nr. V-24 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“;

5) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 9 d. įsakymą Nr. V-36 „Dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo“;

6) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. vasario 6 d. įsakymą Nr. V-126 „Dėl Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisijos darbo reglamento patvirtinimo“;

7) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 24 d. įsakymą Nr. V-2712 „Dėl žalos pacientų sveikatai prevencijos komisijos sudarymo“.

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

Papildomų valstybės, savivaldybių biudžetų ir kitų valstybės įsteigtų fondų lėšų įstatymui įgyvendinti nereikės.

**14. Įstatymų projektų rengimo metu gauti specialistų vertinimai ir išvados**

Įstatymo projekto rengimo metu specialistų vertinimų ir išvadų negauta.

**15. Reikšminiai žodžiai, kurių reikia šiems projektams įtraukti į kompiuterinę paieškos sistemą, įskaitant Europos žodyno „Eurovoc“ terminus, temas bei sritis.**

Įmoka, sąskaita, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija.

**16. Kiti, iniciatorių nuomone, reikalingi pagrindimai ir paaiškinimai.**

Nėra.