

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343
4, 6, 7, 8, 9, 9¹, 9², 11, 12¹, 14, 18, 20, 23, 26, 26¹, 26², 27, 28, 30, 31 STRAIPSNIŲ IR V SKYRIAUS PAKEITIMO BEI 32, 33, 34, 35, 36
STRAIPSNIŲ IR VI SKYRIAUS PRIPAŽINIMO NETEKUSIAIS GALIOS ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS
SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 8, 11, 13 IR 76 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2, 3, 13, 15², 15³ IR 52 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS
RESPUBLIKOS VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTATYMO NR. IX-886 26 STRAIPSNIO PAKEITIMO ĮSTATYMO,
LIETUVOS RESPUBLIKOS ADMINISTRACINIŲ NUSIŽENGIMŲ KODEKSO 56, 57, 58 IR 589 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO
ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS PACIENTŲ TEISIŲ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMO ĮSTATYMO NR. I-1562 27
STRAIPSNIO PAKEITIMO ĮSTATYMO IR LIETUVOS RESPUBLIKOS ŽALOS, ATSIKADUSIOS DĖL VALDŽIOS INSTITUCIJŲ
NETEISĖTŲ VEIKSMŲ, ATLYGINIMO IR ATSTOVAVIMO VALSTYBEI IR LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBEI
ĮSTATYMO NR. IX-895 2 STRAIPSNIO PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTŲ
DERINIMO PAŽYMA**

Eil. Nr.	Institucija, įstaiga, organizacija	Pastabos ir pasiūlymai	Argumentai, kodėl neatsižvelgta ar iš dalies atsižvelgta į pastabas ir pasiūlymus
1.	Lietuvos verslo konfederacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos pastabos, pateiktos 2023-06-09 raštu, ir 2023-08-17 pateiktos pastabos el.paštu po susitikimo		
1.1.		<ul style="list-style-type: none"> - Dalis projektu inicijuojamų pakeitimų prieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijai, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimams bei konstituciniam teisinės valstybės principui. - Projektui nėra atliktas išsamus poveikio vertinimas – jis būtinas reikšmingai keičiant teisinį reglamentavimą. Pavyzdžiui, kaip ir šiuo atveju (toks Projekte yra ne vienas) – keičiant sutarčių su TLK sudarymo tvarką ir nustatant naujas sąlygas. 	Atsižvelgta iš dalies. 26 straipsnio pakeitimai nėra iš esmės naujai reglamentuojamas dalykas. Aiškinamasis raštas papildytas šiuo paaiškinimu ir paaiškinimais, kaip tai paveiks esamus sutarčių partnerius.
1.2		I. Sutarčių sudarymo sąlygos turi būti įtvirtintos įstatymu, kaip tai numato Konstitucinis Teismas	Atsižvelgta iš dalies. – Papildytas aiškinamasis raštas.

	<p>SDĮ 26 str. pakeitimas numato visiškai naują sutarčių sudarymo tvarką. Numatoma, jog Sutarčių sudarymo procesas susidės iš trijų etapų, įvertinant:</p> <p>(i) Lietuvos Respublikos Vyriausybės (LRV/ Vyriausybė) Nutarime Nr. 370 „Dėl PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ numatytas sąlygas ir ASPI atitiktį joms;</p> <p>(ii) Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (SPIĮ) 11 str. 1 ir 4 d. pagrindu nustatytus ASPI išdėstymo reikalavimus;</p> <p>(iii) SPIĮ 11 str. 5 d. pagrindu nustatytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir Sveikatos sistemos įstatymo (SSI) 12 str. 5 ir 9 d. pagrindu nustatytą sveikatos priežiūros mastą.</p> <p>Konstitucinis Teismas yra pasisakęs, jog valstybė turi pareigą nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo sąlygas ir jų apribojimus, lėšų paskirstymo tvarką, t. y., nustatyti sutarčių sudarymo tvarką, kuri būtų grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais nediskriminaciniais kriterijais, nepaneigiant Konstitucinių ūkio principų¹. Akcentuota, jog tokia Sutarčių sudarymo tvarka turi būti nustatyta įstatymu: „įstatymu turi būti nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo privalomojo sveikatos draudimo lėšomis pagrindai, inter alia valstybės įgalios institucijos ir sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų apmokamų paslaugų teikimo sudarymo paisant sąžiningos konkurencijos laisvės, kitų konstitucinių Lietuvos ūkio principų esminės sąlygos; pagal šiuos pagrindus poįstatyminiais teisės aktais gali būti nustatoma detali minėtų paslaugų apmokėjimo, inter alia tokių sutarčių sudarymo, tvarka“.</p> <p>Projektu siūlomos sąlygos akivaizdžiai prieštarauja Konstitucinio Teismo pozicijai. Nors Sutarčių sudarymo sąlygos formaliai įvardinamos SDĮ, tačiau SDĮ šių kriterijų nedetalizuoja ir deleguoja juos patvirtinti Vyriausybei arba SAM. Tokiu būdu ASPI teisė sudaryti Sutartis vertinama atsižvelgiant į Vyriausybės nutarime nustatytas sąlygas,</p>	<p>– Atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros paslaugų specifiką ir jų įvairovę nėra įmanoma įstatymu nustatyti detalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų, asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio, masto bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo, juolab kad šie dalykai laikui bėgant kinta ir nebūtų racionalu juos nustatyti įstatymu (toks nelankstumas galėtų trukdyti ir patiems ūkio subjektams). Atsižvelgiant į tai, projektu nustatomos esminės sutarčių sudarymo sąlygos, kriterijai, kurių privaloma laikytis poįstatyminiais teisės aktais tvirtinant konkrečius reikalavimus pagal atitinkamas paslaugas.</p> <p>Atkreiptinas dėmesys į tai, kad tokiu pat principu įstatymais reglamentuojamos ir licencijuojamos veiklos sąlygos (pvz., Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 5 straipsnio 4 dalis) ir kiti analogiški teisiniai santykiai. Licencijavimo pagrindų aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. 937 „Dėl Licencijavimo pagrindų aprašo ir Licencijų informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“, 18.3 p. numatyta, kad veiklos licencijavimą reguliuojančiuose įstatymuose turi būti nustatytos licencijos išdavimo sąlygos (tai yra esminiai reikalavimai ūkio subjektui, siekiančiam užsiimti licencijuojama veikla), esminės licencijuojamos veiklos sąlygos (tarp jų – licencijos turėtojų teisės, pareigos ir esminiai reikalavimai licencijos turėtojui) ir esminį poveikį ūkinei veiklai darantys draudimai ir ribojimai.</p> <p>– Projekte nurodytas LRV nutarimas jau yra priimtas ir galioja, niekas dėl to nekeičiama (LRV 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“).</p>
--	--	--

	<p>nustatoma, ar ASPI atitinka Vyriausybės nustatytus ASPI išdėstymo reikalavimus, vertinamas paslaugų poreikis ir mastas, kuriuos tvirtina SAM ir VLK. Taigi, SDĮ nėra tvirtinami jokie objektyvūs ir aiškūs Sutarčių sudarymo kriterijai. Valstybės pareiga nustatyti Sutarčių sudarymo sąlygas įstatyme nėra savitikslių. Konstitucinis Teismas išaiškino, jog asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra finansuojamos ne valstybės lėšomis (išskyrus būtinąją pagalbą), o visuomenės solidarumu pagrįsta sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistema. Todėl, Valstybė, sukūrusi, tokią paslaugų apmokėjimo sistemą, pagal Konstituciją, privalo pasirūpinti tuo, kad šios lėšos būtų skirstomos atsakingai ir racionaliai. Būtent nustatydama šių lėšų panaudojimo kriterijus, Valstybė privalo juos įtvirtinti įstatymu ir jame nustatyti iš anksto žinomus, nediskriminacinius Sutarčių sudarymo kriterijus.</p> <p>Konstitucinis Teismas aiškiai nurodė, kokie Sutarčių sudarymo aspektai gali būti tvirtinami poįstatyminiais teisės aktais – detali paslaugų apmokėjimo ir sutarčių sudarymo tvarka, t. y. detalus Sutarčių sudarymo aprašas, kuris išsamiai aprašo patį Sutarties sudarymo procesą. O Sutarčių sudarymo pagrindai ir baziniai kriterijai privalo būti numatyti įstatyme.</p> <p>..... SDĮ nustatant tik bendrus kriterijus, kurie yra tvirtinami poįstatyminiais teisės aktais, sukuriamos sąlygos piktnaudžiavimui, dažnam Sutarčių sudarymo sąlygų keitimui ir teisiniam neapibrėžtumui. Projektu keičiamame SDĮ 26 str. 4 d. siūlytume Sutarčių sudarymo sąlygas formuluoti taip:</p> <p>“4. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos atsižvelgiant į toliau nurodytus kriterijus, kurių detalizavimą, siektinas reikšmės ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) planuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis bei mastas ir patvirtinta bendra ir atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms PSDF biudžeto suma; 2) įstaigos suteiktų atitinkamų asmens sveikatos priežiūros 	<p>– Projekte numatyti trys iš keturių pasiūlytų kriterijų: paslaugų poreikis ir mastas, paslaugų apimtis praėjusiais metais, atitiktis kokybės rodikliams.</p> <p>– Taip pat po susitikimų su pastabų teikėjais, vykusių 2023 m. rugpjūčio 10 d. ir 2023 m. rugpjūčio 11 d., buvo pateiktos beveik analogiškos pastabos teiktoms 2023 m. rugpjūčio 17 d. – į dalį jų bus atsižvelgta rengiant įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus, todėl kad dalis teikiamų pasiūlymų yra įstatymo įgyvendinamųjų teisės aktų reguliavimo objektas. Siūlymui įstatymo 26 straipsnio 4 ir 5 dalyse susiaurinti reikšmės iki konkrečių paslaugų įvardijimo nepritariama, nes tai įstatymo įgyvendinamųjų teisės aktų reguliavimo klausimas.</p>
--	--	--

		<p>paslaugų apimtys per praėjusius kalendorinius metus, prioritetą teikiant įstaigoms, kurias dažniau renkasi pacientai;</p> <p>3) įstaigos suteiktų atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų atitikimas kokybės rodikliams (prieinamumo, saugos, pacientų pasitenkinimo), prioritetą teikiant aukštesnės kokybės paslaugas teikiančioms įstaigoms;</p> <p>4) įstaigos veiklos ir išteklių atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti panaudojimo atitikimas efektyvumo rodikliams, prioritetą teikiant efektyviau dirbančioms įstaigoms.“</p>	
1.3		<p>II. Sutarčių sudarymo tvarka prieštarauja Konstitucinei valstybės pareigai užtikrinti pakankamą ASPĮ tinklą</p> <p>Remiantis Konstitucinio Teismo išaiškinimais, Sutarčių sudarymo tvarka turi atspindėti ir leisti įgyvendinti valstybės pareigą – užtikrinti pakankamą ASPĮ tinklą, kuriame pacientai galėtų gauti prieinamą asmens sveikatos priežiūrą. Dėl to Sutarčių sudarymo tvarkoje neturėtų būti diskriminuojančių pagrindų, apribojančių konkrečių ASPĮ teises sudaryti Sutartis. Tačiau, SDĮ numatoma kriterijais siekiama įtvirtinti Vyriausybės teisę nustatyti sąrašą ASPĮ, kurios, atitinkamos tam tikrus išdėstymo kriterijus, galės sudaryti Sutartis dėl stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. ASPĮ kreipusis dėl Sutarties sudarymo, bus vertinama, ar ASPĮ atitinka SSPĮ 11 str. 1 d. pagrindu nustatytus ASPĮ išdėstymo reikalavimus. SPIĮ (redakcija nuo 2023-08-01) 11 str. 1 d. numato, jog „<...> įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, <...> išdėstymą nustato Vyriausybė.“ Tai reiškia, jog – stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos yra visiškai monopolizuojamos ir galės būti teikiamos tik tose ASPĮ, kurias nustatys LRV. Stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos bus sukoncentruojamos tik tam tikrų išrinktų ASPĮ teikimui, o visos kitos ASPĮ realiai neturės galimybių kada nors sudaryti Sutartis. SDĮ nepateikiamas joks tokio ribojimo pagrindimas, pateisiantis SDĮ prieštaravimą Konstitucijai.</p>	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Pažymėtina, kad, įgyvendindama Konstitucinio Teismo nutarime nustatytą tikslą turėti tinkamai paskirstytą ir įvairias stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų tinklą, valstybė apsisprendė 2022 m. birželio 30 d. priimdama nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d. įsigaliojusį Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio pakeitimo įstatymą. Minėtame 11 straipsnyje yra nustatyti stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių įstaigų tinklo (toliau – tinklas) formavimo kriterijai (kriterijų reikšmės nustato Vyriausybė). Tinklą formuojantis Vyriausybės nutarimas (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2023 m. liepos 12 d. nutarimas Nr. 551 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir išdėstymo tvarkos aprašo patvirtinimo“) jau yra priimtas, todėl tinklo formavimas vadovaujantis įstatymo ar jo pagrindu priimtų teisės aktų nuostatomis bei tinklui priskiriamų (priskirtų) įstaigų reglamentavimas nebekvestionuotinas ir, Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, yra atitinkantis Konstitucinio</p>

	<p>Nesant jokio objektyvaus pagrindo dėl Sutarčių sudarymo ribojimo, toks punktas negali būti derinamas ir tvirtinamas, nes tiesiogiai prieštarauja Konstitucijai.</p> <p>Prieštaraujama ir Konstitucijoje įtvirtintai pareigai užtikrinti pakankamą ir prieinamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ASPĮ tinklą. SDĮ 26 str. 5 d. numato, jog <i>Sutartys su ASPĮ, neatitinkančiomis išdėstymo reikalavimų, bus sudaromos, kai bus neužtikrinamas paslaugų mastas</i>, nustatytas SSĮ 12 str. 5 ir 9 d. pagrindu. SSĮ (redakcija nuo 2023-08-01) 12 str. 5 d. numato: „<i>Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija.</i>“ Remiantis šia nuostata, kyla abejonių, ar tokiu punktu nėra siekiama apriboti ASPĮ, teikiančių antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, teisės sudaryti Sutartis. Esamas punktas suponuoja, jog tik tais atvejais, kai tam tikros ASPĮ negalės užtikrinti nustatyto antrinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio ir masto, tuomet visos kitos ASPĮ turės teisę sudaryti Sutartis. Akivaizdu, kad tokia tvarka yra siekiama apriboti ASPĮ, galėsiančias teikti kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir paslaugų teikimą sukonzcentruoti valstybės nustatytoje ASPĮ. Tai ne tik diskriminuoja ASPĮ, užkerta kelią efektyviai konkurencijai, bet ilgainiui turės didžiulės žalos visai sveikatos sistemai – Lietuvos gyventojų sveikatai ir gyvenimo kokybei</p>	<p>Teismo doktriną dėl tinkamo ir reikiamas paslaugas teikiančių įstaigų išdėstymo Lietuvos Respublikos teritorijoje.</p> <p>Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 2013 m. gegužės 16 d. Konstitucinio Teismo nutarime taip pat konstatuota: „Valstybė, turinti pareigą sukurti visuomenės solidarumu pagrįstą sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistemą, pagal Konstituciją, <i>inter alia</i> konstitucinį atsakingo valdymo principą, privalo pasirūpinti ir tuo, kad šios lėšos būtų naudojamos atsakingai ir racionaliai. Atsižvelgiant į tai, kad dėl didėjančių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, vis aukštesnių jų kokybės standartų, sudėtingesnių ir brangesnių sveikatos priežiūros technologijų šių paslaugų teikimo išlaidos nuolat auga, o joms apmokėti skirtos viešosios, <i>inter alia</i> privalomojo sveikatos draudimo, lėšos yra ribotos, įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo privalomojo sveikatos draudimo lėšomis teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti ir lėšas sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstyti taip, kad, nepaneigiant valstybės priedermės remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą, sąžiningos sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijos, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, būtų užtikrinta aukšta šiomis lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir pakankamas prieinamumas, t. y. tinkamas pasiskirstymas, taip pat nuolatinis reikiamo valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo veikimas.“</p> <p>Vertinant tai, kas pirmiau paminėta, prioriteto tvarka sudarant sutartis pirmiausia su tinklui</p>
--	---	---

			<p>priklausančiomis įstaigomis, o paskui – su likusiomis įstaigomis (atsižvelgiant į netenkinamą atitinkamų paslaugų poreikį), Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, užtikrinama pusiausvyra tarp jau turimų (veikiančių) įstaigų efektyvaus išteklių (žmogiškųjų ir infrastruktūros) panaudojimo, riboto PSDF biudžeto ir sąžiningos konkurencijos.</p> <p>Pastebėtina, kad tinklas formuojamas ribotam laikotarpiui (ne trumpesniai kaip 5 metai), tad jam pasibaigus formuojamas naujas tinklas ir ASPI į jį įtraukiamos iš naujo. LRV 2023 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. 551 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išsidėstymo reikalavimų ir išsidėstymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinto Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išsidėstymo reikalavimų ir išsidėstymo tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) 2.2 papunkčiu numatyta, kad ASPI (nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo) PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pagal su teritorinėmis ligonių kasomis sudarytas sutartis iki sutarčių galiojimo pabaigos, o vėliau sveikatos apsaugos ministras įvertina šių ASPI atitiktį Apraše nustatytiems kriterijams ir priima sprendimą dėl ASPI įtraukimo (neįtraukimo) į tinklą.</p>
1.4		<p>IV. Įstatymu ribojama institucijų teisė kreiptis dėl paslaugų įrašymo į PSDF lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą (pastaba pakartota teikiant pastabas projektui 2023-08-17)</p> <p>Keičiamas SDĮ 9² straipsnis nustato, jog <i>siūlymą dėl paslaugų įrašymo į Sąrašą gali pateikti – SAM, VLK, universiteto ligoninė, sveikatos priežiūros specialistus vienijanti</i></p>	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Nesutinkama su pastaba, kad turėtų būti plečiamas subjektų, galinčių pateikti siūlymą dėl naujos paslaugos kompensavimo, ratas, nes šiuo metu subjektų sąrašas yra pakankamas. Pažymėtina, kad teisė kreiptis suteikiama universiteto ligoninėms ir sveikatos priežiūros specialistus vienijančioms</p>

	<p><i>organizacija</i>. Manome, kad toks skirstymas nepagrįstai riboja dalies asmenų galimybes teikti daugiau kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų.</p> <p>Vienas iš tokių pavyzdžių – skiepavimo paslaugos vaistinėse. Lietuvoje skiepimas vaistinėse populiarėja, pastaraisiais metais sparčiai daugėja vaistinėse įrengiamų skiepavimo kabinetų, turinčių ASPĮ licencijas, kuriuose dirba išplėstinės praktikos vaistininkai. Vis dėlto, pilnas šių paslaugų teikimo potencialas nėra išnaudojamas, kadangi vaistinės iki šiol negali asmenims suteikti kompensuojamų skiepavimo paslaugų, nes vaistinės neturi teisės kreiptis dėl šių paslaugų įtraukimo į Sąrašą. Tai lemia, kad vaistinės, kurios Lietuvoje reikšmingai prisideda prie vakcinavimo paslaugų, nėra tinkamai atstovaujamos, nėra užtikrinami gyventojų ir valstybės interesai suteikti kuo prieinamesnes asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tai kone vienintelis sektorius, kuris teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau neturi jokių galimybių kreiptis į atsakingas institucijas dėl savo teikiamų paslaugų kompensavimo PSDF lėšomis.</p> <p>Todėl, SDĮ 9² straipsnio 3 dalis turėtų būti papildyta, numatant, jog dėl paslaugų įtraukimo į Sąrašą, gali kreiptis ir vaistinės vienijančios organizacijos.</p>	<p>organizacijoms, nes paslaugų poreikį ir su tuo susijusius aspektus gali vertinti tik specialistai, o ne ūkio subjektai (vaistinės ir jų organizacijos). Naujos paslaugos kompensavimo siūlymui parengti reikia specialių mokslinių žinių, todėl numatyta, kad paraiškas gali teikti universiteto ligoninės ir sveikatos priežiūros specialistus vienijančios organizacijos. Manome, kad toks sąrašas yra pakankamas. Sveikatos priežiūros specialistai gali pateikti kokybiškas ir mokslo žiniomis pagrįstas paraiškas dėl paslaugų įtraukimo į PSDF biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą. Į subjektų sąrašą įtraukus asmenis, kurie neturi galimybių atlikti sveikatos technologijų vertinimo, nebūtų užtikrinta teikiamų paraiškų kokybė bei mokslu pagrįstų duomenų apie paslaugą vertinimas.</p>
1.5	<p>Naujuoju SDĮ punkto projektu siekiama sutrumpinti terminą, iki kada pareiškėjai gali kreiptis su prašymu dėl paslaugų įtraukimo į Sąrašą. Iki šiol, paraiškos būdavo teikiamos iki kiekvienų metų kovo 1 dienos ir iki rugsėjo 1 dienos. Dabar siekiama nustatyti, jog paraiškos galės būti teikiamos tik iki einamųjų metų kovo 1 d., todėl yra panaikinamas papildomas pusės metų terminas kreiptis dėl paslaugų įtraukimo. Tai ypatingai sumažins pareiškėjų galimybes teikti kompensuojamas paslaugas jau nuo kitų metų, kadangi terminas yra pirmame metų ketvirtyje ir iki jo prašymo nepateikus, galimybė teikti kompensuojamas paslaugas itin nusikelia. Manome, kad šis terminas turėtų būti nustatytas ilgesnis – daugelis juridinių asmenų kalendorinių metų pradžioje yra apkrauti papildomu krūviu dėl įvairių ataskaitų</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Paraiškos nebūtina pateikti per pirmus 2 metų mėnesius. Ją galima pateikti bet kuriuo metu. Tai tik galutinis terminas, po kurio Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) pradeda paraiškų nagrinėjimą. Nagrinėjimas turi būti baigtas, dalis paraiškų išnagrinėta Apeliacinėje komisijoje, Komiteto sprendimai priimti, pareikšta Privalomojo sveikatos draudimo tarybos ir VLK nuomonė, priimtas ministro sprendimas dėl paslaugų įrašymo į sąrašą, numatytos lėšos biudžeto projekte. Visa tai turi būti padaryta iki biudžeto projekto sudarymo. Todėl numatyti dar vėlesnį paraiškų pateikimo terminą nėra galimybių.</p>

		<p>rengimo, auditų rezultatų pateikimų, metinių planų, Sutarčių sudarymo ir kt., todėl ne visais atvejais yra fiziškai įmanoma per du pirmus metų mėnesius parengti ir pateikti paraiškas dėl paslaugų įrašymo į Sąrašą. Todėl, šis terminas turėtų būti nustatomas vėliau, pavyzdžiui – birželio 1 d.</p>	<p>Šiuo metu deklaruojama galimybė teikti paraiškas iki rugsėjo 1 d. yra nepagrįsta, nes lėšos kitų metų biudžete negali būti numatytos, net jeigu paslaugą būtų spėta įrašyti į sąrašą, pvz., gruodžio mėnesį. Be to, paraiškų nagrinėjimo skaldymas į dvi dalis apsunkina Komiteto darbo organizavimą, daro jį beveik nepertraukiamu.</p>
1.6		<p>VI. Įstatymas įsigalioja iš karto nuo jo priėmimo - tai prieštarauja teisėkūros principams</p> <p>Teisėkūros pagrindų įstatymas numato, jog teisės aktų pakeitimai, nustatantys naują ūkio subjektų veiklos reguliavimą, paprastai įsigalioja lapkričio arba gegužės 1 d., tačiau visais atvejais – ne ankščiau nei trys mėnesiai po jo paskelbimo dienos. Šiuo metu pateiktame Projekte nėra numatomas įsigaliojimo atidėjimas siekiant iš esmės pakeisti Sutarčių sudarymo tvarką, lemsiančią būsimą ASPI veiklą ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, privaloma numatyti tokio įstatymo pakeitimo įsigaliojimo atidėjimą.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies.</p> <p>Projektą priėmus rudens sesijoje įsigaliojimui numatomas ilgesnis nei 6 mėnesių terminas, t. y. nustatytas vėlesnis terminas nei gegužės 1 d. ar 3 mėnesiai po paskelbimo. Projekto 22 str. numatyta, kad projektas įsigalios 2024 m. liepos 1 d.</p>
1.7		<p>Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos 2023-08-17 pateikta pastaba įtraukti šios organizacijos atstovą į darbdavių deleguojamus asmenis į Privalomojo sveikatos draudimo tarybą.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija atstovauja sveikatos priežiūros įstaigas, ši asociacija įtraukiama į sveikatos priežiūros įstaigų deleguojamų atstovų sąrašą:</p> <p>„3. Pakeisti 28 straipsnio 3 dalies 2 punkto a) papunktį ir jį išdėstyti taip:</p> <p>c) vienas asmens sveikatos priežiūros įstaigų organizacijų atstovas, kuris deleguojamas bendru Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos, Lietuvos ligoninių asociacijos, Lietuvos rajonų ligoninių asociacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos sutarimu. Jeigu šių organizacijų bendro sutarimo nėra, kiekviena jų sveikatos apsaugos ministrui teikia po vieną kandidatą į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos</p>

			narius, iš kurių Tarybos nuostatuose nustatyta tvarka atrenkamas vienas asmens sveikatos priežiūros įstaigų organizacijų atstovas;“.
1.8		<p>Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos 2023-08-17 pateiktos pastabos performuluoti 26 straipsnio 5 dalį:</p> <p>5. Jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nesuteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už visą jai skirtą metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą, numatytą praėjusių metų sutartyje su Valstybine ligonių kasa, po to einančiais metais jai skiriama metinė suma nustatoma ne didesnė kaip praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų suma. Dėl praėjusiais metais neišnaudotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų bei einamaisiais metais padidėjusios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto dalies sutartys sudaromos su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios viršijo praėjusiais metais joms skirtą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto metinę lėšų sumą ir su kuriomis Valstybinė ligonių kasa neturi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų jei įstaigos, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo, atitinka šio straipsnio 4 dalyje numatytas sąlygas ir visus ar dalį žemiau nurodytų papildomų kriterijų, kurių detalizavimą pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės, su kurias atitinkančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos sutartys, ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <p>1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų skirtingų paslaugų (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir Vyriausybės nutarimu nustatytas kitas paslaugas) skaičius įstaigoje, tačiau šį kriterijų specializuotos asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali atitikti jei jos teikia kelias skirtingas asmens sveikatos</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos siūlomas nustatyti principas dėl sumos paskirstymo yra ne SDĮ reguliavimo dalykas, tai organizacinis rengėjų siūlomo teisinio reguliavimo įgyvendinimas, kurį galima nustatyti įstatymo įgyvendinamuosiuose teisės aktuose, tad ši nuostata: „<i>Jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nesuteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už visą jai skirtą metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą, numatytą praėjusių metų sutartyje su Valstybine ligonių kasa, po to einančiais metais jai skiriama metinė suma nustatoma ne didesnė kaip praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų suma</i>“ bus perkelta į įgyvendinamuosius teisės aktus, kuriais ASPĮ yra planuojamos sutartinės sumos. SDĮ projekte siūloma palikti esamas formuluotes, nes jos pasako kriterijų esmę, o jų vertinimo reikšmės nustatys Vyriausybė. Tad atsižvelgus į dalį pateiktų pastabų, projekte siūloma palikti tokią 26 straipsnio 5 dalies formulotę:</p> <p>„5. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa nėra sudariusi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų, sudaromos tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl šių paslaugų, negali patenkinti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatyto šių paslaugų poreikio ir, atsižvelgiant į šį poreikį,</p>

		<p>priežiūros paslaugas tam tikroje specializuotoje medicinos ar odontologijos srityje;</p> <p>2) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius paslaugų teikimo adresu;</p> <p>3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) apimtis (šis kriterijus taikomas nuo trečių sutarties sudarymo metų);</p> <p>4) ūkio subjektų priežiūros metu per praėjusius vienerius metus nustatyti privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pakartotiniai esminiai sunkūs pažeidimai.</p>	<p>užtikrinti Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatyto sveikatos priežiūros masto. Sutartys sudaromos vadovaujantis šiais kriterijais, kurių detalizavimą pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <p>1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų spektras;</p> <p>2) kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu;</p> <p>3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius;</p> <p>4) per praėjusius penkerius metus nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai.“</p>
2.	Teisingumo ministerija 2023-06-13 raštu pateiktos pastabos		
2.1		<p>Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo 23 straipsnyje reguliuojamas registro valdytojo ir registro tvarkytojo skyrimas. Atsižvelgiant į šio straipsnio 1 ir 2 dalių nuostatas, VLK negali būti skiriama Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro <i>valdytoja</i>, kaip kad siūloma numatyti 7 straipsnio 4 dalyje, 30 straipsnio 6 punkte. Atkreiptinas dėmesys, kad valstybės registro valdytoju skiriama ministerija arba ministerijai nepavaldi valstybės institucija ar valstybės įstaiga, kitas juridinis asmuo, jeigu jos vadovas yra asignavimų valdytojas.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>30 straipsnio 6 punktas pakoreguotas, 7 straipsnio 4 dalis išbraukta, aiškinamasis raštas papildytas paaiškinimu:</p> <p>galiojančiame SDĮ nėra nurodytas valdytojas. Šiuo metu Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro valdytojo funkcijas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugsėjo 11 d. nutarimu Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų</p>

			privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“, vykdo VLK, įskaitant registro plėtos ir priežiūros finansavimą, tad keisti valdytoją dėl SDĮ pakeitimo būtų neracionalu (dėl daugybės darbų, susijusių su valdytojo funkcijų perdavimu, sutarčių bei teisės aktų keitimu) ir finansiškai nuostolinga. Be to, naujos redakcijos Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo projekte (TAIS 23-1782(2), kuris parengtas ir pateiktas LRV, yra keičiamas valdytojo skyrimo reglamentavimas, numatant, kad duomenų valdytojas skiriamas teisės aktu, kuriuo inicijuojamas informacinės sistemos steigimas. Ir reikalavimų, kas galėtų būti valdytoju atsisakyta (25 straipsnis).
2.2		Nepritartina siūlymui pripažinti netekusia galios Įstatymo 9 straipsnio 9 dalį. Projekto rengėjai šį siūlymą argumentuoja, remdamiesi poįstatyminiu teisiniu reguliavimu, kas iš esmės neatitinka konstitucinio teisės aktų hierarchijos principo turinio.	Neatsižvelgta Šiuo metu leidimas teikti naujo profilio stacionarines paslaugas iš esmės išduodamas pagal vieną kriterijų – Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarime Nr. 370 (toliau – LRV Nr. 370) nurodytą atitinkamos paslaugos vartojimo rodiklį, kurio Komitetas neturi teisės kvestionuoti (Komitetas negali paneigti LRV Nr. 370 nurodyto vartojimo rodiklio, tai yra nuspręsti priešingai, nei pagal LRV Nr. 370). Atsižvelgiant į tai, kad pagal LRV Nr. 370 nuo 2024 m. sausio 1 d. įsigalios paslaugų poreikių vertinimo sistema ir bus sudarytas atskiras komitetas, bei siekiant mažinti administracinę naštą ASPI, išvengti darbų dubliavimo, leidimo teikti naujo profilio stacionarines paslaugas turėtų būti atsisakyta. Be to, vartojimo rodiklis naikinamas ir atsiranda paslaugų poreikio vertinimo sistema, kuri bus aiškesnė paslaugų teikėjams – ASPI.
2.3		Įvertinus keičiamo Įstatymo 9 ² straipsnio 2 dalies 2 punkto formuluotę kartu su to paties straipsnio 4 dalies 1 punkto	Atsižvelgta iš dalies 4 d. 3 p. formuluotė palikta, nes ji neperteklinė, o 4

		<p>formuluote, manytina, tam tikrais atvejais gali kilti šių nuostatų taikymo kolizija: pagal vieną jų Komitetas turėtų atlikti vertinimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis jau apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai dėl jų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų, ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms; pagal kitą – Komitetas nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai didinamos visų arba tam tikrų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis jau apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir nekeičiami sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimai (išskyrus pačios kainos nustatymą). Atsižvelgiant į tai, siūlytina apsvarstyti galimybę 9² straipsnio 2 dalies 2 punkte formuluotę „ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų“ keisti į formuluotę „ir apmokėjimo tvarkos pakeitimų“, tokiu būdu kartu kaip perteklinio atsisakant to paties straipsnio 4 dalies 3 punkto.</p>	<p>dalies 1 punktas patikslintas: „4. Komitetas nevertina paslaugų, kai: 1) didinamos visų arba tam tikrų PSDF biudžeto lėšomis jau apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir nekeičiami nei sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo, nei organizavimo reikalavimai, nei apmokėjimo tvarka (išskyrus pačios kainos nustatymą);“.</p>
2.4		<p>Projekte nėra nuostatų, kuriomis remiantis sveikatos apsaugos ministras priimtų sprendimą asmens sveikatos priežiūros paslaugų neįrašyti į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, – o tai taip pat neatitinka teisėkūros aiškumo ir apibrėžtumo principų turinio, sudaro prielaidas piktnaudžiauti, tapačias situacijas vertinti skirtingai</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekte yra nuostatos (9² str. 9 d.), kad vertinimo kriterijų reikšmės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo pagal prioritetą tvarką bei šio straipsnio 8 dalyje nurodyto sprendimo (sveikatos apsaugos ministro sprendimo dėl įrašymo / neįrašymo) priėmimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras. Visas straipsnis yra apie paslaugų įrašymą į sąrašą, t. y. sprendimas iš esmės bus priimamas tik dėl įrašymo. Visos kitos paslaugos tiesiog nepateks į sąrašą ir atskiro sprendimo nebus.</p>
2.5		<p>26 straipsnio 4 dalyje nustatomi nauji ir ženkliai platesni reikalavimai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, pageidaujantioms sudaryti sutartis su VLK. Lydimajame medžiagoje nėra aptarta, kaip minėti reikalavimai paveiktų šiuo metu veikiančias ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas: kiek jų atitiktų minėtus reikalavimus, kiek</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies Papildytas aiškinamasis raštas dėl poveikio esantiems sutarčių partneriams. Dėl įsigaliojimo iškart – įstatymas įsigalios nuo 2024 m. liepos 1 d., todėl aktualu tik sudarant sutartis ne anksčiau kaip 2025 metams. Taip pat nepažeidžiamas</p>

		<p>jų galimai neatitiktų minėtų reikalavimų, kiek galėtų prireikti papildomo laiko, kad įstaigos galėtų prisitaikyti (įgyvendinti) prie naujų reikalavimų bei ar nereikia tam skirto pereinamojo laikotarpio. Visi šie aspektai yra itin svarbūs ir lemiantys apdraustųjų teisę gauti tinkamą ir prieinamą sveikatos priežiūrą. Įvertinant Projekto 22 straipsnio 4 dalies nuostatas, aiškinamajame rašte turėtų būti pateikta informacija apie šiuo metu sudarytų ir galiojančių sutarčių sąlygas, jų terminuotumą, galiojimo terminus, aplinkybę, kad dalies sutarčių galiojimas gali baigtis 2023 m. gruodžio 31 d., todėl dalis ūkio subjektų poveikį vykdomai veiklai pajustų nuo pirmos pakeitimų įsigaliojimo dienos. Šiame kontekste turėtų būti įvertintos ir Teisėkūros pagrindų įstatymo 20 straipsnio 4 dalies nuostatos.</p>	<p>Teisėkūros pagrindų įstatymas, nes įsigaliojimas numatytas 2024 m. liepos 1 d., o Teisėkūros pagrindų įstatyme numatyta, kad teisės aktai, keičiantys ar nustatantys naują ūkio subjektų veiklos ar jos priežiūros teisinį reguliavimą, paprastai įsigalioja gegužės 1 dieną arba lapkričio 1 dieną, tačiau visais atvejais ne anksčiau kaip po trijų mėnesių nuo jų oficialaus paskelbimo dienos.</p>
2.6		<p>Keičiamo Įstatymo 30 straipsnio 11 punkte nuostata „šio įstatymo 14 straipsnio 4 dalyje nurodyto Vyriausybės nutarimo“ keistina į nuostatą „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėse“.</p> <p>Be to, turėtų įvertinti, kad nurodomos funkcijos detalesnė realizavimo tvarka turėtų būti atskiro straipsnio, reglamentuojančio neteisėtai išmokėtų lėšų grąžinimą, reguliavimo dalyku</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės šiuo metu neregamentuoja ir neturėtų reglamentuoti finansinės ir ekonominės fondo biudžeto lėšų panaudojimo analizės. Nėra poreikio kurti atskirą straipsnį dėl finansinės ir ekonominės PSDF biudžeto lėšų naudojimo analizės.</p> <p>Šiuo metu minėtos analizės atlikimo tvarką reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-1356 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo analizės“. Šio teisės akto pakanka (jį galima operatyviau keisti atsižvelgiant į besikeičiančius tokios analizės poreikius), todėl nuostata pataisyta taip:</p> <p>„9) šio įstatymo 14 straipsnio 4 dalyje nurodyto Vyriausybės nutarimo sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka atlieka finansinę ir ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo analizę;“.</p>
2.7		38 straipsnio 3 punkte siūloma numatyti, kad apdraustieji turi	Neatsižvelgta

		<p>teisę „Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nustatyta tvarka gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamą sveikatos priežiūrą kitose Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ar Šveicarijos Konfederacijoje“. Atsižvelgiant į tai, kad tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Europos Sąjungoje reglamentuoja ne tik Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai, bet ir 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, siūlytume šioje nuostatoje nurodyti ne tik Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, bet ir Direktyvą 2011/24/ES perkeliančius Lietuvos Respublikos teisės aktus.</p>	<p>Apdraustojo teisę į nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų gavimą kitose ES šalyse nustato reglamentai. Tuo tarpu direktyva reglamentuoja asmens teisę gauti asmens apmokėtos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą ir ji yra perkelta į Lietuvos nacionalinę teisę 2013 m. spalio 1 d. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo ir Įstatymo papildymo 12-1 straipsniu ir priedu įstatymu Nr. XII-526. Įgyvendinant SDĮ 12¹ str. taip pat priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-957 „Dėl Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.</p>
2.8		<p>Taip pat, tikslinant įstatymų projektus, turėtų būti įvertintos Teisingumo ministerijos 2023 m. birželio 2 d. raštu Nr. (1.6 Mr) 2T-644 pateiktos pastabos (TAIS Nr. 23-7982) dėl poreikio tikslinti SDĮ ir susijusį įstatyminių reguliavimą.</p>	<p>Neatsižvelgta. Rašte nurodytas SDĮ tikslinimas reikalauja gilesnės diskusijos ir turėtų būti atliekamas kartu su kitų įstatymų, kuriais reglamentuojamas sveikatos programų tvirtinimas, vykdymas ir finansavimas, pakeitimais. SDĮ pakeitimo projektas šiuo atveju būtų tik lydimasis teisės aktas.</p>
3.	Vidaus reikalų ministerijos 2023-06-21 raštu pateiktos pastabos		
3.1		<p>Įstatymo 9² straipsnio 4 dalies 5 punkte, 6 dalies 1 ir 2 punktuose vartojama formuluotė „įdiegti paslaugą“. Atkreipiame dėmesį į tai, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos laikomos viešosiomis paslaugomis, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 2 straipsnio 19 punkte. Sistemiškai vertinant viešojo administravimo įstatyme nustatytą viešųjų paslaugų teisinį reguliavimą pažymėtina, kad viešosios paslaugos (įskaitant</p>	<p>Neatsižvelgta. Formuluotė „paslaugos įdiegimas“ nėra tapatus formulotei „pradėti teikti“ asmens sveikatos priežiūros paslaugų atveju. Paslauga gali būti įdiegta, t. y. įvertinta, priimti visi reikalingi teisės aktai, įrašyta į kompensuojamųjų sąrašą, apskaičiuota ir patvirtinta jos kaina, o teikti nepradėta, pvz., dėl teikėjų nebuvimo arba jų nenoro teikti paslaugą</p>

		<p>asmens sveikatos priežiūros paslaugas) yra teikiamos/pradedamos teikti, o ne įdiegiamos.</p> <p>Siekdami išvengti galimų teisės normų dviprasmybių ar skirtingo jų aiškinimo, siūlome tikslinti nurodytas Įstatymo nuostatas vietoje formuluotės „įdiegti paslaugas“ vartoti formuluotę „pradėti teikti paslaugas“.</p>	nustatytais kainomis.
4.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų 2023-06-21 raštas Nr. SR-4178	<p>Pastaba dėl 9² straipsnio 4 dalies 6 punkto, kuri pakartotinai pateikta 2023-08-17 derinant įstatymo projektą darbine tvarka Projektu siūloma, kad naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, skirtos nustatyti mutaciją ar biožymenį dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu, būtų įtraukiamos į iš PSDF kompensuojamųjų paslaugų sąrašą be Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto („Komitetas“) įvertinimo. Šioms paslaugos įtraukti į kompensuojamųjų sąrašą, vadovaujantis Projekto 9² straipsnio 8 dalimi, reiktų kreiptis į sveikatos apsaugos ministrą tiesiogiai ir dėl įtraukimo būtų sprendžiama „atsiradus poreikiui“.</p> <p>Projekto aiškinamasis raštas nepatiksina, kodėl būtent šių naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (mutacijai/biožymeniui nustatyti ir būtent tik dėl gydymo kompensuojamaisiais vaistais) įtraukimui į iš PSDF kompensuojamųjų paslaugų sąrašą taikoma išimtis. Siūlomu reglamentavimu nauja mutacijos ar biožymens nustatymo paslauga, jei ji būtina dėl gydymo nekompensuojamuoju vaistu nustatymo ar nevaistiniam gydymo metodui ar diagnozei, ar prognozei nustatyti ar patikslinti būtų prašoma kompensuoti ir vertinama bendra tvarka (gaunant Komiteto vertinimą), nors terapinis poveikis pacientui gali būti net mažiau reikšmingas nei mutacijos ar biožymens dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu nustatymo paslaugos atveju.</p> <p>Eurpos vaistų agentūra (EVA) registruoja maždaug 40-50 naujos veikliosios medžiagos vaistinių preparatų per metus. 2022 m. EVA pritarė genų terapijos, somatinių ląstelių terapijos, antikūnų terapijos bei daugeliui kitų vaistinių preparatų onkologinėms, hematologinėms, sunkioms genetinėms bei kitoms ligoms gydyti. Daugelis šių inovatyvių</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Nuostata palikta, tačiau papildytas aiškinamasis raštas:</p> <p>„Naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, leidžiančios nustatyti mutaciją ar biožymenį dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu skyrimo, būtų įtraukiamos į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą be Komiteto įvertinimo, nes dėl šio kompensuojamojo vaisto ir jam skirti reikalingo tyrimo jau yra priimtas sprendimas Sveikatos apsaugos ministerijos Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijoje (t. y. jau atlikta vertinimo procedūra). Gydymas šiuo vaistu tampa neįmanomas, jei nėra tokio tyrimo, kuris leistų nustatyti mutaciją ar biožymenį.“</p>

		<p>vaistų gali būti skiriami tik nustatytas ligas bei būklės sukeliančias mutacijas ar kitus biologinius žymenis. Taigi, mutacijos ar biožymens dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu nustatymo paslaugos reikšmė pacientų gydymo inovatyviais vaistais prieinamumui ir efektyviam taikymui yra didžiulė:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nenustatytas žymens, nežinoma, kokį vaistą skirti, todėl vaistas būtų nepaskirtas. Šiuo atveju pacientams būtų atimta galimybė gauti efektyvų gydymą vaistiniais preparatais; 2. nenustatytas žymens, toks vaistas gali būti paskirtas pacientui, kuriam jis mažai veiksmingas. Šiuo atveju būtų ypač neracionaliai naudojamos PSDF lėšos, nes vaistas būtų skiriamas be tinkamos pacientų atrankos; 3. nenustatytas žymens kai kuriems pacientams vaistas gali būti pernelyg toksiškas. Pacientui būtų padaryta žala, atsirastų toksinių reiškinių papildomos PSDF biudžeto diagnostikos ir gydymo išlaidos bei žalos pacientui atlyginimo išlaidos įstatymų nustatyta tvarka. <p>Taigi, priėmus siūlomos formuotės 9² straipsnio 4 dalies 6 punktą, būtų daroma nepataisoma žala pacientams, kuri galimai baigtųsi negalia bei mirtimi.</p> <p>Siūlome, kad šios naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų įtraukiamos į kompensuojamųjų sąrašą bendra tvarka, t.y. teikiant paraišką kartą per metus, ją vertinant Komiteje pagal Projekte nustatytus terapinės ir ekonominės naudos kriterijus, užtikrinant galimybę ikiteismine tvarka ginčyti Komiteto sprendimą tokių paslaugų atžvilgiu. Toks reguliavimas lemtų, kad prieš priimančią kompensavimo sprendimą prašymas kompensuoti tokias paslaugas būtų išsamiai įvertintas terapinės ir ekonominės naudos kriterijais.</p> <p>Be to, toks siūlomas reguliavimas suvienodintų įrašymo į PSDF kompensuojamųjų paslaugų sąrašą sąlygas paslaugoms, nepriklausomai nuo to, ar jos būtinos dėl gydymo kompensuojamaisiais vaistais, dėl gydymo nekompensuojamaisiais vaistais ar dėl gydymo nevaistiniais</p>	
--	--	---	--

		gydymo metodais. Tokiu būdu būtų užtikrinamas vienodas šio tipo paslaugų kompensavimo PSDF lėšomis sąlygos ir prieinamumas pacientams laikantis sveikatinimo veiklos reguliavimo (asmens sveikatos priežiūros priimtumo, prieinamumo ir tinkamumo) principų (Sveikatos sistemos įst. 5 str. 1 d. 5 p.).	
5.	Asociacijos „Kraujas“ 2023-07-14 raštas	<p>Rengėjai siūlo, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai siūloma įrašyti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą, kuria nustatoma mutacija ar biologinis žymuo dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu skyrimo (9² straipsnio 4 dalies 6 punktas). Su šiuos siūlymu mūsų atstovaujama asociacija nesutinka. Diagnostiniai tyrimai yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų dalis, jau šiuo metu iš PSD fondo biudžeto lėšų yra kompensuojami brangūs diagnostiniai tyrimai nustatantys biologinius žymenis ir mutacijas. Rengėjai, siūlo diskriminacinę nuostatą, taikoma išimtinai, kuomet minimi tyrimai reikalingi parinkti tikslesnį ir efektyvesnį vaistinį preparatą pacientui, kuris lemia gerus gydymo rezultatus, esant būtent tam tikrai mutacijai ar biožymeniui. Priešingai, yra būtina plėsti diagnostinius tyrimus susijusius su mutacijomis ir biologiniais žymenimis, siekiant kuo didesniai pacientui ratui parinkti personalizuotą gydymą.</p> <p>Rengėjai, turėtų ne tik svarstyti minimų diagnostinių tyrimų įtraukimą į naujai apmokamų PSD fondo biudžeto lėšomis paslaugų sąrašą, tačiau keisti ir vertinimo metodiką visiems diagnostiniams tyrimams. Šiuo metu Įstatyme numatyta, kad bet kuri nauja asmens sveikatos priežiūros paslauga yra vertinama atsižvelgiant į atliktus klinikinius tyrimus susijusius su poveikiu pacientų išgyvenamumui, darbingumui ar gyvenimo kokybei. Atkreipiame dėmesį, kad diagnostiniai tyrimai nėra gydomoji priemonė turinti įtakos šiems kriterijams, tačiau jie būtini parenkant gydymą. Atsižvelgiant į tai, naujiems diagnostiniams tyrimams vertinti turi būti taikomi kitokie vertinimo kriterijai. Todėl siūlome, kad</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Žr. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų pastabos komentarą.</p>

		Komitetas ne tik turėtų vertinti šių paslaugų įtraukimą, tačiau būtina nustatyti naują vertinimo tvarką visiems naujiems diagnostiniams tyrimams.	
--	--	---	--
