

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343  
4, 6, 7, 8, 9, 9<sup>1</sup>, 9<sup>2</sup>, 11, 12<sup>1</sup>, 14, 18, 20, 23, 26, 26<sup>1</sup>, 26<sup>2</sup>, 27, 28, 30, 31 STRAIPSNIŲ, V IR VI  
SKYRIŲ PAKEITIMO BEI 32, 33, 34, 35 IR 36 STRAIPSNIŲ 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, 15<sup>2</sup>, 15<sup>3</sup>, 46 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,  
ATSIRADUSIOS DĖL VALDŽIOS INSTITUCIJŲ NETEISĖTŲ VEIKSMŲ,  
ATLYGINIMO IR ATSTOVAVIMO VALSTYBEI IR LIETUVOS RESPUBLIKOS  
VYRIAUSYBEI ĮSTATYMO NR. IX-895 2 STRAIPSNIO PAKEITIMO ĮSTATYMO  
PROJEKTŲ  
AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

**1. Įstatymo projekto rengimą paskatinusios priežastys, parengto projekto tikslai ir uždaviniai:**

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9<sup>1</sup>, 9<sup>2</sup>, 11, 12<sup>1</sup>, 14, 18, 20, 23, 26, 26<sup>1</sup>, 26<sup>2</sup>, 27, 28, 30, 31 straipsnių, V ir VI skyrių pakeitimo bei 32, 33, 34, 35 ir 36 straipsnių pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektas (toliau – Įstatymo projektas) bei lydimųjų 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, 15<sup>2</sup>, 15<sup>3</sup>, 46 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, atsiradusios dėl valdžios institucijų neteisėtų veiksmų, atlyginimo ir atstovavimo valstybei ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei įstatymo Nr. IX-895 2 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų (toliau – įstatymų projektai) rengimą paskatino:

1) 2018 m. spalio 1 d. Valstybinio audito ataskaitos FA-2018-P-6-3-7-1 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“ rekomendacijų įgyvendinimo plano 4 rekomendacija „Siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, sujungti šiuo metu veikiančias fondo administravimo šešias įstaigas į vieną juridinį asmenį“;

2) Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021 m. kovo 10 d. nutarimu Nr. 155 „Dėl Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano patvirtinimo“, IV misijos (prioriteto) „Ilgas ir visavertis sveiko žmogaus gyvenimas“ dalies „Misiją įgyvendinantys Vyriausybės programos projektai (darbai), iniciatyvos (priemonės) ir veiksmai“ 4.5.1 papunkčio nuostatos – „Parengti ir priimti Sveikatos draudimo įstatymo ir susijusių teisės aktų pakeitimo projektus, kuriais būtų supaprastinta PSDF valdymo struktūra, privalomojo sveikatos draudimo administravimas <...>“;

3) asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą praktika:

– paraiškų dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į šį sąrašą nagrinėjimas du kartus per metus kelia sunkumų tiek paraiškų teikėjams, tiek Asmens sveikatos priežiūros

paslaugų komitetui (toliau – Komitetas) ir nepalieka laiko sprendimams priimti bei PSD fondo biudžetui planuoti dėl tų paslaugų, dėl kurių paraiškos nagrinėjamos antroje metų pusėje;

– Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu (toliau – SDĮ) buvo siekiama, kad Komitetas nagrinėtų visus atvejus (išskyrus kainų keitimą, kai nekeičiami paslaugų teikimo, organizavimo reikalavimai ir (ar) apmokėjimo tvarka), susijusius su papildomu PSD fondo biudžeto lėšų poreikiu, tačiau SDĮ formuluotės leidžia skirtingai interpretuoti, kokius atvejus apima (arba neapima) paminėti jose „organizaciniai pakeitimai ir (ar) diegiamos naujos technologijos“;

– Komitetas priverstas nagrinėti išsamiai neapartas, menkai pagrįstas, pavienių specialistų inicijuotas (nors ir gavusias sveikatos priežiūros specialistus vienijančių asociacijų pritarimą) paraiškas (pavyzdžiui, gaunama paraiška įrašyti paslaugą – naujagimių patikrą dėl 36 ligų į pirmiau nurodytą sąrašą, tačiau su šia paraiška nepateikiami reikiami mokslo įrodymai, teikiamas siūlymas nėra suderintas su Sveikatos apsaugos ministerijoje veikiančia Retų ligų politikos grupe ir jai nepristatytas. Nėra aprašyta, kokia tolesnė paciento stebėsena būtų vykdoma, diagnozavus bet kurią iš 36 retų ligų, ir pan. Komitetui atmetus paraišką kaip nepagrįstą ir pasiūlius suderinti retų ligų politiką, buvo pateikta kita paraiška įrašyti paslaugą – naujagimių patikrą dėl 9 ligų, šiai paraiškai buvo pritarta). Dažnai paraiškos nebūna siejamos su naujomis paslaugomis arba paslaugų teikimo, organizavimo reikalavimų arba apmokėjimo tvarkos pakeitimais – pareiškėjo kreipimosi į Komitetą priežastis yra netenkinanti pareiškėjo paslaugos kaina. SDĮ nereikalauja kartu su paraiška pateikti ir naujos paslaugos teikimo reikalavimų projektą arba jau galiojančių teikimo reikalavimų pakeitimo projektą. SDĮ nėra aiškiai suformuluotų išimčių – kokiais atvejais paslaugos neteikiamos vertinti Komitetui. Vertinant paslaugas neatsižvelgiama, ar paslaugos įdiegimas arba plėtojimas buvo finansuojamas valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis, ar paslaugos diegimas ar plėtojimas numatytas įstatyme arba Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime;

– ne visi dabar nustatyti kriterijai yra tinkami visoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms objektyviai įvertinti;

4) Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas (toliau – LRKT nutarimas), kuriame nustatyta, kad: „<...> Taigi, saistomas pareigos užtikrinti racionalų ribotų privalomojo sveikatos draudimo lėšų paskirstymą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, įstatymų leidėjas gali nustatyti šių paslaugų finansavimo sąlygas ir apribojimus, *inter alia* tokią šių lėšų paskirstymo tvarką, pagal kurią jos būtų skiriamos tik tų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų teikimo išlaidoms apmokėti, kurios su valstybės įgaliota institucija įstatymo nustatytais sąlygomis būtų sudariusios atitinkamą sutartį dėl iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų finansuojamų paslaugų teikimo. Tokių sutarčių sudarymo tvarka turėtų būti grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais nediskriminaciniais kriterijais, kuriais nebūtų paneigta sąžiningos konkurencijos laisvė, kiti Konstitucijoje įtvirtinti Lietuvos ūkio principai. <...>“.

5) tai, kad įgyvendinant Konstitucinio Teismo nutarime nurodytą tikslą turėti tinkamai išplėtotą ir įvairias stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų tinklą, buvo priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio pakeitimo įstatymas, kuriuo nustatyti stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių įstaigų tinklo (toliau – tinklas) formavimo kriterijai (kriterijų reikšmės nustato Vyriausybė). Įgyvendinat šį įstatymą, buvo priimtas 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“, kuriuo buvo patvirtintas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir išdėstymo tvarkos aprašas (toliau – Tinklo aprašas). Prioriteto tvarka sutartys dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis sudaromos su tinklui priklausančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.

Pastebėtina, kad tinklas formuojamas ribotam laikotarpiui (ne trumpesniam kaip 5 metai), tad jam pasibaigus formuojamas naujas tinklas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos į jį įtraukiamos iš naujo. Tinklo aprašo 2.2 papunktyje numatyta, kad į tinklą neįtrauktos asmens sveikatos priežiūros įstaigos (nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo) PSD fondo biudžeto lėšomis kompensuojamas stacionarinės aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pagal sudarytas su teritorinėmis ligonių kasomis sutartis iki sutarčių galiojimo pabaigos, o vėliau sveikatos apsaugos ministras įvertina šių įstaigų atitiktį Tinklo apraše nustatytiems kriterijams ir priima sprendimą dėl įstaigų įtraukimo (neįtraukimo) į tinklą;

6) tai, kad Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje numatytos nuostatos dėl LNSS įstaigų paslaugų poreikio nustatymo, o Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse numatytos nuostatos dėl asmens sveikatos priežiūros masto nustatymo. Šios nuostatos (kaip ir pirmiau minėtos nuostatos dėl tinklo) niekaip neatsispindi SDĮ 26 straipsnyje, reglamentuojančiame sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudarymą, t. y. nėra nustatytas ryšys tarp skirtingų įstatymų nuostatų. Be to, atsižvelgiant į pirmiau minėtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo ir Sveikatos sistemos įstatymo nuostatas, atsirado poreikis reglamentuoti (nustatyti konkrečius sutarčių sudarymo kriterijus) tuos atvejus, kai tinklui priklausančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos neužtikrina reikiamo asmens sveikatos priežiūros masto;

7) tai, kad SDĮ 26 straipsnio 1 dalyje nustatyta, jog teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros veiklai turinčiomis arba akredituotomis šiai veiklai bei pageidaujančiomis tokias sutartis sudaryti asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, tačiau nėra nuorodos į SDĮ 9 straipsnį, kuriame nustatytas šių sutarčių objektas. Be to, SDĮ 9 straipsnio 6 dalyje (2024 m. sausio 1 d. redakcija) nustatyta, kad PSD fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios Vyriausybės nustatytas PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas. SDĮ 9 straipsnio 8 dalyje (2024 m. sausio 1 d. redakcija) nustatyta, kad naujo profilio stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš PSD fondo biudžeto, gali būti teikiamos tik gavus leidimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Vertinant minėtas SDĮ nuostatas, pastebėtina tai, kad sutarčių sudarymo sąlygos turėtų būti suderintos tarpusavyje – jų taikymas turi būti aiškus ūkio subjektams, objektyvus ir suprantamas;

8) tai, kad Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 24 d. nutarimo Nr. 330 „Dėl ministrams pavedamų valdymo sričių“ 1.8.4 papunktyje nustatyta, jog sveikatos apsaugos ministras yra atsakingas už sveikatos draudimo valdymą, tačiau pagrindiniame sveikatos draudimą reglamentuojančiame įstatyme (SDĮ) nėra nustatyta, kad valstybės politiką sveikatos draudimo srityje formuoja Sveikatos apsaugos ministerija. Atsižvelgiant į tai, SDĮ reikia aiškiai nustatyti, kad politiką sveikatos draudimo srityje formuoja Sveikatos apsaugos ministerija;

9) tai, kad Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies 2 punkte nustatyta, kad LNSS vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Įgyvendinant šio įstatymo nuostatas, buvo patvirtinti du mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai. Viena jų nurodytos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra valstybės laiduojamos t. y. nėra gyvybiškai būtinos (pvz., išvaizdos gerinimas estetiniais ir kosmetiniais tikslais ir pan.), už kurias pacientai visais atvejais privalo mokėti, kitame – paslaugos, už kurias pacientai turi sumokėti, nes netenkinamos įstatyme nustatytos sąlygos, kurioms esant jos galėtų būti apmokamos PSD fondo biudžeto lėšomis (pvz., asmuo nėra draustas, neturi gydytojo siuntimo ir pan.).

Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kainų sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1994 m. lapkričio 8 d. įsakymu Nr. 373 „Dėl Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kainų sąrašo patvirtinimo“, o Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. liepos 10 d. įsakymu Nr. V-567 „Dėl

Visuomenės sveikatos priežiūros mokamų paslaugų kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ – Visuomenės sveikatos priežiūros mokamų paslaugų kainų apskaičiavimo tvarkos aprašas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 621 „Dėl mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų Radiacinės saugos centre ir jo skyriuose“ patvirtinti Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų Radiacinės saugos centre ir jo skyriuose, sąrašas ir kainos bei šių kainų nustatymo, indeksavimo bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka.

Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė 2020 m. atliko auditą „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2019 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“ (ataskaita Nr. FAE-5) (toliau – Audito ataskaita), kurį atlikdama vertino ir mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reglamentavimą. Valstybės kontrolė atkreipė dėmesį į tai, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai buvo patvirtinti 1996 m. ir 1999 m. Paskutinį kartą naujos paslaugos į šiuos sąrašus buvo įtrauktos 2000 m. ir 2010 m. Šių sąrašų atnaujinimo problema sprendžiama nuo 2014 m. Per šešerius metus sveikatos apsaugos ministro įsakymais buvo sudarytos darbo grupės, turėjusios atnaujinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas – tai rodo Sveikatos apsaugos ministerijos pastangas ieškoti sprendimų. Tačiau pirmosios darbo grupės siūlymai nebuvo įgyvendinti, antrosios veikla buvo sustabdyta, nesant politinio sprendimo dėl tokių paslaugų reglamentavimo pakeitimo (siūlomas pakeitimas – suteikti teisę pacientų apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas tvirtinti asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovui).

Audito ataskaitoje taip pat nurodyta, kad iš 20 audito metu atrinktų vertinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų 15 (arba 75 proc.) teikė ne Sveikatos apsaugos ministerijos, o pačių patvirtintas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tikrintų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių Sveikatos apsaugos ministerija nėra patvirtinusi, argumentai dėl taikomos praktikos daugiausia buvo grindžiami siekiu užtikrinti ir nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, atsižvelgiant į besikeičiančius gydymo ir tyrimų metodus, pacientų poreikius, plečiant paslaugų ir tyrimų spektrą, tarp jų ir mokamų. Tokią praktiką iš esmės lėmė kasdienybės realijos, t. y. mokslo, technologijų pažanga, ypač kai teikiant minėtas paslaugas naudojama inovatyvi įranga ar kitos technologijos, kurių neįmanoma laiku įforminti ministerijos lygmens dokumentais. Taigi susidarė situacija, kai pagal galiojantį reglamentavimą pareiga tvirtinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas priskirta Sveikatos apsaugos ministerijai, tačiau pagal esamą praktiką asmens sveikatos priežiūros įstaigos šias paslaugas ir jų kainas pasitvirtina pačios.

Pažymėtina, kad šiuo metu peržiūrima Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomų funkcijų atitiktis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatams, patvirtintiems Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimu Nr. 926 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“, siekiant atsisakyti ministerijai nebūdingų funkcijų, nesusijusių su politikos formavimu. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų skaičiavimo funkcija nesietina su valstybės politikos formavimo funkcija.

Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad šiuo metu galiojantis mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teisinis reguliavimas, pagal kurį tokių paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, kelia klausimų dėl jo atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas nutarime akcentuoja, kad valstybės pareiga rūpintis gyventojų asmens sveikatos priežiūra negali būti aiškinama kaip valstybės pareiga kompensuoti ir apmokėti visas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tokia tvarka iškreiptų konstitucinių vertybių pusiausvyrą ir užkrautų nepakeliamą naštą valstybei. Todėl Lietuvoje yra įdiegtas mišrus asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo modelis. Dalis asmens sveikatos priežiūros paslaugų yra apmokamos PSD fondo biudžeto lėšomis ir šių paslaugų apmokėjimas yra griežtai reglamentuojamas. Konstitucinis Teismas 2014 m. vasario 26 d. sprendime byloje

Nr. 47/2009-131/2010 yra išaiškinęs valstybės pareigą nustatyti ir kontroliuoti tik PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų kainas ir jų apmokėjimo tvarką ir akcentuoja gyventojų pareigą rūpintis savo sveikata ir prisidėti prie asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo: „<...> įstatymu gali būti nustatyta ir tokia sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tvarka (būdas), kai tam tikrais atvejais paciento pasirinkimu (pageidavimu) tam tikra sveikatos priežiūros paslauga, finansuojamos privalomojo sveikatos draudimo lėšomis, dalis galėtų būti apmokama iš privačių finansavimo šaltinių <...>“. Taigi asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi teisę teikti mokamas paslaugas, už kurias pacientai savo noru gali sumokėti;

10) tai, kad tikslinga pakeisti SDĮ vartojamas su negalia susijusias sąvokas. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo Nr. I-2044 pakeitimo įstatymu Nr. XIV-1722, 2024 m. sausio 1 d. įsigalios pakeistas Lietuvos Respublikos asmens su negalia teisių apsaugos pagrindų įstatymas, kuriame anksčiau vartotos sąvokos „neįgalumas“, „darbingumas“ ir kt. keičiamos sąvokomis „negalia“, „dalyvumas“ ir kt.

Įstatymų projektų tikslai:

1) PSD valdymo struktūros ir administravimo supaprastinimas bei PSD vykdančių institucijų veiklos efektyvinimas;

2) aiškesnis ir nuoseklesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą reglamentavimas;

3) aiškus, objektyvus ir į reikiamų paslaugų poreikį bei sveikatos priežiūros mastą orientuotas sutarčių dėl paslaugų kompensavimo PSD fondo biudžeto lėšomis sudarymo mechanizmas;

4) sveikatos draudimo srities politikos formavimo ir įgyvendinimo funkcijas vykdančių valstybės institucijų sistemos įtvirtinimas SDĮ;

5) įstatymų nuostatų suderinimas;

6) mokamų paslaugų kainų nustatymo funkcijos perdavimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, siekiant sudaryti galimybę greičiau reaguoti į PSD fondo biudžeto lėšomis nekompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kainas sąlygojančių veiksnių pokyčius.

Įstatymų projektų uždaviniai:

1) sudaryti teisinės prielaidas PSD fondo veiklai optimizuoti, valdymo struktūrai konsoliduoti, šiuo metu veikiančioms PSD fondo administravimo įstaigoms – Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa) ir penkioms teritorinėms ligonių kasoms – sujungti į vieną juridinį asmenį;

2) patikslinti nuostatas, dėl kurių atsiranda klaidingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSD fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų paslaugų sąrašą interpretacijų, nustatyti aiškius reikalavimus teikiamoms paraiškoms ir nustatyti papildomus asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo kriterijus, turinčius įtakos šių paslaugų prioritetizavimui;

3) suderinti SDĮ jau nustatytas sutarčių sudarymo sąlygas tarpusavyje bei į sutarčių sudarymo sąlygas įtraukti nuostatas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių kompensavimo sudaromos sutartys, poreikio, sveikatos priežiūros masto ir tinklo;

4) nustatyti konkrečius kriterijus, kuriais vadovaujantis pasirašomos sutartys tais atvejais, kai tinklui priklausančios įstaigos ir kitos įstaigos, sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa, neužtikrina reikiamo sveikatos priežiūros masto;

5) įtvirtinti pagrindiniame sveikatos draudimą reglamentuojančiame įstatyme – SDĮ – Sveikatos apsaugos ministerijos, kaip politiką sveikatos draudimo srityje formuojančios valstybės institucijos, statusą;

6) suteikti teisę asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pačioms tvirtinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas.

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

Įstatymo projektą teikia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įstatymo projekto tiesioginiai rengėjai – Valstybinė ligonių kasa (nuostatos dėl PSD struktūros optimizavimo ir sutarčių sudarymo) ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentas (nuostatos dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros sąrašą ir mokamų paslaugų).

### **3. Kaip šiuo metu yra reguliuojami Įstatymo projekte aptarti teisiniai santykiai:**

SDĮ 4 straipsnyje numatyta, kad PSD vykdo PSD taryba, Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos. Kituose SDĮ straipsniuose (7, 9<sup>1</sup>, 12<sup>1</sup>, 18, 20, 26, 27, 30–36 straipsniai) numatytas teritorinių ligonių kasų statusas, funkcijos, teisės ir kt. Pagrindinės teritorinių ligonių kasų funkcijos yra sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis sudarymas, atsiskaitymas už apdraustiesiems PSD suteiktas paslaugas ir išduotus kompensuojamuosius vaistus bei medicinos priemones, Draudžiamųjų PSD registro tvarkymas ir su tuo susijęs Lietuvos gyventojų aptarnavimas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSD fondo, kiekio ir kokybės, paslaugų atitikties nustatytiems reikalavimams, paslaugų prieinamumo ir tinkamumo, vaistų išrašymo teisėtumo ir kt. kontrolė.

SDĮ 9<sup>2</sup> straipsnyje numatyta, kad paraiškos Komitetui teikiamos dukart per metus – iki kiekvienų metų kovo 1 dienos ir iki rugsėjo 1 dienos. SDĮ nėra nustatyta, kokių paraiškų vertinimą atlieka Komitetas (ir kokių paslaugų nevertina). Komitetas paraiškas vertina dviem etapais:

1) atsižvelgdamas į SDĮ nustatytus kriterijus (asmens sveikatos priežiūros paslaugos veiksmingumas yra pagrįstas medicinos mokslo įrodymais bei asmens sveikatos priežiūros paslaugos poreikis – daugiau kaip vienas sveikatos sutrikimo atvejis, tenkantis 200 000 Lietuvos Respublikos gyventojų per kalendorinius metus), vertinimo paraiškose nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas įtraukia (arba jų neįtraukia) į Kompensuotinių PSD fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą;

2) vadovaudamasis SDĮ nustatytais kriterijais (asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikis ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą ir mirtingumą, ir (ar) svarbiausiems vertinamiems šalies sveikatos rodikliams; šios paslaugos poveikis pacientų išgyvenamumui, darbingumui ir (ar) neįgalumui, gyvenimo kokybei, PSD fondo biudžeto lėšų panaudojimo efektyvumui bei galimybė užtikrinti visuotinį asmens sveikatos priežiūros paslaugos prieinamumą), atrinktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdėsto prioriteto tvarka.

Prioritetizuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugas nėra atsižvelgiama į planavimo dokumentuose, įstatymuose ar Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimuose numatytus įsipareigojimus bei projektų tęstinumo būtinybę, kai naujos paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas finansuojamas valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis. SDĮ 9<sup>2</sup> straipsnyje taip pat nėra numatyti atvejai, kai paslaugos neteikiamos vertinti Komitetui, bei reikalavimas, kad kartu su paraiška būtų pateikiamas naujos paslaugos teikimo reikalavimų projektas.

2022 m. Komitetas gavo 26 paraiškas, 2023 m. – 13 paraiškų. Per 2023 m. I pusmetį iš 6 gautų paraiškų kaip nenagrinėtinos Komitete buvo atmestos 3 paraiškos (50 proc.), II pusmetį iš 7 gautų paraiškų buvo atmestos 5 paraiškos (daugiau kaip 70 proc.).

Paraiškos, gautos iki kovo 1 d., baigiamos vertinti birželio 1 d., paraiškos, gautos iki rugsėjo 1 d., baigiamos vertinti gruodžio 1 d. Pažymėtina, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dėl kurių pateiktos paraiškos išnagrinėjamos iki gruodžio 1 d., negali būti apmokamos kitų metų PSD fondo biudžeto lėšomis, kuris tuo metu jau būna suformuotas. Tokiu būdu Komitetas 2 kartus per metus kelis mėnesius skiria paraiškoms nagrinėti, tačiau asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dėl kurių paraiškos nagrinėjamos antrąjį pusmetį, neapmokamos kitų metų PSD fondo biudžeto lėšomis. Jei būtų galimybė teikti paraiškas visus metus, tačiau įvyktų tik viena Komiteto sesija ir sveikatos apsaugos ministro sprendimas dėl visų tais metais gautų

paraiškų būtų priimtas iki spalio 1 d., asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dėl kurių paraiškos būtų nagrinėjamos tais metais ir kurioms būtų pritarta, galėtų būti apmokamos kitų metų PSD fondo biudžeto lėšomis.

SDĮ 26 straipsnyje reglamentuojama, kad sutartis dėl sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų apmokėjimo sudaro teritorinės ligonių kasos. Šios sutartys sudaromos vadovaujantis Civiliniu kodeksu, SDĮ ir kitais įstatymais Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į Valstybinės ligonių kasos ir PSD tarybos nuomones. Šių sutarčių tipines formas, kuriose nurodytos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, teisės aktuose nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai ar reikalavimai dėl vaistinėse išduodamų kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo, kainodaros taisyklės, atsiskaitymo tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas, tvirtina Valstybinės ligonių kasos direktorius. Tai iš esmės atitinka Civilinio kodekso 6.185 straipsnyje numatytas sutarčių standartines sąlygas.

SDĮ 9 straipsnyje nustatyta, kokios asmens sveikatos priežiūros paslaugos kompensuojamos PSD fondo biudžeto lėšomis. PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamos tik tos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios yra įrašytos į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašus, atitinka Vyriausybės nustatytas PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“) ir kt.

SDĮ 9 straipsnio 8 dalyje nustatyta, kad naujo profilio stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš PSD fondo biudžeto, gali būti teikiamos tik gavus leidimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Įgyvendinant šią nuostatą, sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 buvo patvirtintas Leidimų teikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo tvarkos aprašas. Pagal šio aprašo 8.3 papunktį esminis leidimo išdavimo kriterijus – atitiktis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ reikalavimams, kurie buvo parengti įgyvendinant SDĮ 9 straipsnio 6 dalį.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad LNSS priklausančių įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkamo laikotarpio, kuris negali būti trumpesnis kaip 5 metai, išdėstymo reikalavimus ir išdėstymą nustato Vyriausybė, 4 dalyje – kad kitų LNSS įstaigų išdėstymo reikalavimai nustatomi, jeigu tai numatyta atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuojančiuose įstatymuose ar jų pagrindu priimtuose teisės aktuose, o 5 dalyje – kad LNSS įstaigų paslaugų poreikį nustato sveikatos apsaugos ministras, suderinęs su Valstybine ligonių kasa. Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad tretinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja bei antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, o šio straipsnio 9 dalyje – kad sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija. SDĮ 26 straipsnyje, reglamentuojančiame sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudarymą, nėra nustatyta, kad sudarant šias sutartis reikia atsižvelgti į pirmiau minėtus reikalavimus ir nėra nustatytas ryšys tarp skirtingų įstatymų nuostatų.

SDĮ 6 straipsnio 4 dalies 9 ir 10 punktuose, 9<sup>2</sup> straipsnio 6 dalies 5 punkte, 11 straipsnio 3 dalies 2 punkte ir 28 straipsnio 3 dalies 3 punkto c papunktyje vartojamos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo pagrindu nustatytos sąvokos (neįgalumas, darbingumas ir kt.). 2024 m. sausio 1 d. įsigalios Asmens su negalia teisių apsaugos pagrindų įstatymas, kuriame anksčiau vartotos sąvokos „neįgalumas“, „darbingumas“ ir kt. keičiamos sąvokomis „negalia“, „dalyvumas“ ir kt. Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo Nr. I-2044 pakeitimo įstatymo 3

straipsnio 7 dalyje nustatyta, kad kituose teisės aktuose vartojama sąvoka „neįgalusis“ tapati sąvokai „asmuo su negalia“, sąvokos „darbingumo lygis“ ir „specialiųjų poreikių lygis“ – sąvokai „dalyvumo lygis“, sąvoka „specialusis poreikis“ – sąvokai „individualusis pagalbos poreikis“, sąvoka „specialusis nuolatinės slaugos poreikis“ – sąvokai „individualios pagalbos teikimo išlaidų kompensacijos pirmo ar antro lygio poreikis“, sąvoka „specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis“ – sąvokai „individualios pagalbos teikimo išlaidų kompensacijos trečio ar ketvirto lygio poreikis“, sąvoka „specialusis lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikis“ – sąvokai „lengvojo automobilio ar jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikis“, sąvoka „didelių specialiųjų poreikių lygis“ – sąvokai „15 procentų dalyvumo lygis“, sąvoka „vidutinių specialiųjų poreikių lygis“ – sąvokai „40 procentų dalyvumo lygis“, sąvoka „netektas darbingumas“ – sąvokai „netektas dalyvumas“, sąvoka „neįgalumas“ – sąvokai „negalia“.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 24 d. nutarimo Nr. 330 „Dėl ministrams pavedamų valdymo sričių“ 1.8.4 papunktyje nustatyta, kad sveikatos apsaugos ministras yra atsakingas sveikatos draudimo valdymą, tačiau pagrindiniame sveikatos draudimą reglamentuojančiame įstatyme – SDĮ – nėra nustatyta, kad valstybės politiką sveikatos draudimo srityje formuoja Sveikatos apsaugos ministerija. SDĮ Sveikatos apsaugos ministerija, kaip PSD politiką formuojanti institucija, nėra įvardinta.

Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies 2 punkte nustatyta, kad LNSS vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ buvo patvirtintas Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas ir kainos, Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymo ir indeksavimo tvarka ir Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka. Minėtame sąrašė nurodytos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra valstybės laiduojamos t. y. nėra gyvybiškai būtinos (pvz., išvaizdos gerinimas estetiniais ir kosmetiniais tikslais ir pan.), – už jas pacientai visais atvejais privalo mokėti.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 26 d. įsakymu Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“ buvo patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainynas Nr. 11-96-2. Šiame kainyne nurodytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias pacientai turi sumokėti, nes netenkinamos įstatyme nustatytos sąlygos, kurioms esant jos galėtų būti apmokamos PSD fondo biudžeto lėšomis (pvz., asmuo nėra draustas, neturi gydytojo siuntimo ir pan.).

Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kainų sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1994 m. lapkričio 8 d. įsakymu Nr. 373 „Dėl Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kainų sąrašo patvirtinimo“, o Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. liepos 10 d. įsakymu Nr. V-567 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros mokamų paslaugų kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ – Visuomenės sveikatos priežiūros mokamų paslaugų kainų apskaičiavimo tvarkos aprašas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 621 „Dėl mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų Radiacinės saugos centre ir jo skyriuose“ patvirtinti Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų Radiacinės saugos centre ir jo skyriuose, sąrašas ir kainos, šių kainų nustatymo, indeksavimo bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 13 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad LNSS įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, o 2 dalyje – kad LNSS



nepriklausančių įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato jų valdymo organai ar savininkai šių įstaigų įstatuose nustatyta tvarka.

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

Įstatymo projektu siūloma naikinti teritorines ligonių kasas kaip atskirus juridinius asmenis ir dėl šio pakeitimo atitinkamai tikslinti Valstybinės ligonių kasos funkcijas ir teises, sutarčių sudarymo nuostatas, atnaujinti SDĮ V skyrių, reglamentuojantį draudžiamųjų teises ir sveikatos priežiūros įstaigų bei vaistinių pareigas vykdant PSD, tikslinti SDĮ VI skyrių, reglamentuojantį ginčų dėl PSD sprendimą, bei koreguoti kitas su tuo susijusias nuostatas. Sujungus į vieną juridinį asmenį PSD fondo administravimo įstaigas – Valstybinę ligonių kasą ir penkias teritorines ligonių kasas – tikimasi efektyvesnio PSD sistemos veikimo. Panaikinus teritorines ligonių kasas, kartu naikintinos ir jų stebėtojų tarybos bei taikinimo komisijos. Taikinimo komisijų atsisakoma atsižvelgiant į tai, kad visose penkiose teritorinėse ligonių kasose per metus vidutiniškai išnagrinėjama 10 skundų, tad dėl tokio skundų kiekio netikslinga sudaryti atskirą komisiją. Siekiant efektyviai naudoti žmogiškuosius ir kitus išteklius, tikslinga tokio alternatyvaus ginčų sprendimo būdo atsisakyti. Be to, pastebėtina, kad kai kurių ginčų šalis yra pati Valstybinė ligonių kasa (pvz., ginčai tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir Valstybinės ligonių kasos). Ginčai toliau bus sprendžiami kitų teisės aktų nustatyta tvarka, priklausomai nuo jų pobūdžio ir ginčų subjektų (kaip sėkmingai buvo sprendžiami ir anksčiau). Asmenys ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos galės teikti skundus ir ginti savo teises Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, Viešojo administravimo įstatymo, Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo ir Lietuvos Respublikos ikiteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo tvarkos įstatymo nustatyta tvarka. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas aiškiai reglamentuoja ginčus tarp paciento ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Vadovaudamasis šio įstatymo 23 straipsniu, pacientas dėl pažeistų teisių (išskyrus dėl sveikatai padarytos žalos atlyginimo) pirmiausia turi kreiptis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Tais atvejais, kai paciento netenkina asmens sveikatos priežiūros įstaigos atsakymas (arba jis nepateikiamas), o skundas yra susijęs su PSD, pacientas gali kreiptis į Valstybinę ligonių kasą arba tiesiai į teismą. Tokiu atveju Valstybinė ligonių kasa, vadovaudamasi visoms viešojo administravimo įstaigoms privalomu Viešojo administravimo įstatymu, nagrinės skundą pagal Valstybinės ligonių kasos kompetenciją (pvz., ginčai dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigos suteiktos (nesuteiktos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos PSD fondo biudžeto lėšomis). Tuo tarpu kilus ginčui tarp draudžiamąjo ir Valstybinės ligonių kasos (pvz., dėl būtinosios medicinos pagalbos paslaugų, suteiktų kitoje Europos Sąjungos valstybėje, kompensavimo), draudžiamasis su skundu galės kreiptis į Lietuvos administracinių ginčų komisiją Ikitteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo tvarkos įstatymo nustatyta tvarka arba į teismą Administracinių bylų teisenos įstatymo nustatyta tvarka. Ginčai tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir SDĮ 26<sup>1</sup> ir 26<sup>2</sup> straipsniuose nurodytų ūkio subjektų bei Valstybinės ligonių kasos dėl sutarties sudarymo, nesudarymo ir vykdymo (viešojo administravimo subjekto veiksmų apskundimas) taip pat yra Viešojo administravimo įstatymo reglamentavimo dalykas. Pastebėtina, kad Lietuvos administracinių ginčų komisija, turinti teritorinius padalinius Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose, greičiau ir patogiau išnagrinėja ginčą (ypač nusprendus šį ginčą nagrinėti žodžiu), nei tą galėtų padaryti Taikinimo komisija, veikianti Valstybinėje ligonių kasoje.

SDĮ 9<sup>2</sup> straipsnyje siūloma atsisakyti perteklinio paraiškos vertinimo Komite – vietoj to nustatyti aiškius kriterijus, apibrėžiančius, kokias paslaugas Komitetas vertina (prioritetizuoja) ir kokių nevertina, detalizuoti sąvoką „naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos“. Dėstant asmens sveikatos priežiūros paslaugas prioriteto tvarka, siūloma atsižvelgti į du papildomus kriterijus:

1) nauja paslauga, kuriai įdiegti ir (ar) plėtoti reikalinga infrastruktūra, sveikatos technologija ar organizavimo modelis buvo finansuojami įgyvendinant valstybės biudžeto,

Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis finansuojamą projektą, ir turi būti užtikrinamas šio projekto vykdymo tęstinumas;

2) naujos paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas numatytas įstatymą ar Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą įgyvendinančiame teisės akte.

Siūloma numatyti, kad, siekiant į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įrašyti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ar tikslinti PSD fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (kai dėl bet kokių jų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų, ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja PSD fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms), kartu su paraiška turi būti pateikiamas ir naujos paslaugos teikimo reikalavimų projektas (jau galiojančių paslaugos teikimo reikalavimų pakeitimo projektas). Paraiškos formą ir naujos paslaugos teikimo reikalavimų rengimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras. Taip pat siūloma patikslinti, kas yra naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, t. y. nustatyti, kad tai paslaugos, nenurodytos PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše. Paslaugų vertinimas būtų atliekamas ne du kartus per metus, o vieną kartą (būtų vertinamos paraiškos, pateiktos nuo vieno metų kovo 2 d. iki kitų metų kovo 1 d., o sveikatos apsaugos ministro sprendimai dėl naujų paslaugų būtų priimami iki tų metų spalio 1 d.). Toks vieno vertinimo per kalendorinius metus modelis realiai sutaptų su PSD fondo biudžeto kalendoriniams metams planavimu.

Siūloma teikiant paraišką kartu pateikti jau parengtą ir suderintą su Valstybine ligonių kasa, Sveikatos apsaugos ministerijos politikos grupėmis bei socialiniais partneriais teisės akto projektą, kuriame būtų aiškiai aprašyta siūloma nauja asmens sveikatos priežiūros paslauga, detalizuojamos paslaugos teikimo indikacijos, paslaugos gavėjų skaičius, paslaugos turinys, teikimo reikalavimai, organizavimas ir kt. Tokiu atveju, Komitetui sureitingavus paslaugas, sveikatos apsaugos ministras iki spalio 1 d. galėtų priimti sprendimą dėl paslaugos įrašymo (neįrašymo) į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, lėšos šiai paslaugai būtų numatytos ateinančių metų PSD fondo biudžete ir ji galėtų būti pradėta teikti kitais metais (būtų baigti visi organizaciniai, derinimo ir kt. darbai).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ne tik universiteto ligoninės), teikdamos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat gali identifikuoti, kokių kompensuojamųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų reikia pacientams (atsižvelgiant į sergamumo tendencijas, tarptautinę patirtį teikiant ir kompensuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, asmens sveikatos priežiūros įstaigų išteklius ir kt.). Vaistinės, teikiančios vakcinavimo paslaugas, taip pat turėtų turėti teisę siūlyti atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas įrašyti į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą. Atsižvelgiant į tai, subjektų, galinčių teikti paraiškas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą, ratas papildytas asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir vaistines vienijančiomis asociacijomis.

Siūloma numatyti, kad Komitetas nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai:

1) didinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, bazinės kainos ir nekeičiami nei sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo, nei organizavimo reikalavimai, nei apmokėjimo tvarka (išskyrus pačios kainos nustatymą);

2) dėl krizės ar ekstremaliosios situacijos prireikia PSD fondo biudžeto lėšomis apmokėti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neįrašytas į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, arba reikia daugiau PSD fondo biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, įrašytoms į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, apmokėti. Šio punkto nuostata taikoma krizės ar ekstremaliosios situacijos metu ir ne ilgiau kaip 6 mėnesius po ekstremaliosios situacijos atšaukimo dienos;

3) dėl sveikatos apsaugos ministro patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų pakeitimų nereikia daugiau PSD fondo biudžeto lėšų tokioms paslaugoms teikti;

4) asmens sveikatos priežiūros paslauga kompensuojama PSD fondo biudžeto lėšomis vadovaujantis Farmacijos įstatymo 59<sup>2</sup> straipsnio nustatyta tvarka. Farmacijos įstatymo 59<sup>2</sup> straipsnyje nustatyta analogiška SDĮ 9<sup>2</sup> straipsniui procedūra (prašymų pateikimas, nagrinėjimas komisijoje, siūlymas kompensuoti ir t. t.), kai dėl labai retos būklės paslauga kompensuojama iš PSD fondo biudžeto. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos išlaidos kompensuojamos šiame straipsnyje nustatyta tvarka, kai Labai retoms būklėms gydyti išlaidų kompensavimo komisija priima sprendimą konkrečiam pacientui kompensuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugos išlaidas ir kai asmens sveikatos priežiūros paslauga konkrečiai labai retai būklei gydyti šios komisijos teikimu yra įtraukta į teisės aktais patvirtintus išlaidų kompensavimo sąrašus ir (ar) apmokėjimo tvarkos aprašus. Priimdama sprendimą kompensuoti gydymo išlaidas konkrečiam pacientui ar labai retai būklei gydyti skirtą asmens sveikatos priežiūros paslaugą įtraukti į išlaidų kompensavimo sąrašus ir (ar) apmokėjimo tvarkos aprašus, Labai retoms būklėms gydyti išlaidų kompensavimo komisija remiasi Farmacijos įstatymo 59<sup>2</sup> straipsnyje nustatytais kriterijais. Sprendimas priimamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 30 d. įsakymo Nr. V-1566 „Dėl Sprendimų dėl labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo priėmimo tvarkos aprašo ir šių išlaidų kompensavimo komisijos darbo reglamento patvirtinimo“ nustatyta tvarka. Labai retoms būklėms gydyti išlaidų kompensavimo komisija sprendimą dėl labai retos būklės ir jos gydymo išlaidų įtraukimo į išlaidų kompensavimo sąrašus ir (ar) apmokėjimo tvarkos aprašus priima ir teikia sveikatos apsaugos ministrui ne vėliau kaip per 40 darbo dienų nuo prašymo pateikimo dienos, sprendimą dėl konkretaus paciento gydymo išlaidų kompensavimo priima ne vėliau kaip per 10 darbo dienų, o skubiais atvejais, kai pacientą būtina nedelsiant gydyti, – ne vėliau kaip kitą darbo dieną nuo prašymo pateikimo dienos. Atsižvelgiant į tai, siūloma numatyti, kad Komitetas nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai asmens sveikatos priežiūros paslauga kompensuojama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis vadovaujantis Farmacijos įstatymo 59<sup>2</sup> straipsnio nustatyta tvarka;

5) siūloma įdiegti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą, neįrašytą į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, arba atlikti asmens sveikatos priežiūros paslaugos, įrašytos į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, teikimo arba organizavimo reikalavimų pakeitimą, kuriais tiesiogiai būtų įgyvendinama šalyje vykdoma sveikatos politika, ir ta konkreti paslauga yra tiesiogiai įvardyta įstatyme arba Vyriausybės nutarime;

6) siūloma į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įrašyti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą, leidžiančią nustatyti mutaciją ar biologinį žymenį dėl gydymo atitinkamu kompensuojamuoju vaistu skyrimo. Šis siūlymas teikiamas, 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 neįmanomas, jei nėra tokio tyrimo, kuris leistų nustatyti mutaciją ar biožymenį.

Siūloma atsisakyti SDĮ 9 straipsnio 8 dalies nuostatos, pagal kurią naujo profilio stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš PSD fondo biudžeto, gali būti teikiamos tik gavus leidimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Įgyvendinant šią įstatymo nuostatą, sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 buvo patvirtintas Leidimų teikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo tvarkos aprašas. Pagal šio aprašo 8.3 punktą esminis leidimo išdavimo kriterijus – naujos paslaugos atitiktis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ reikalavimams, kurie buvo parengti įgyvendinant SDĮ 9 straipsnio 8 dalį. Tokiu būdu SDĮ 9 straipsnio 8 dalis yra perteklinė.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime (byloje Nr. 47/2009-131/2010) nustatyta, kad „<...> Valstybė, turinti pareigą sukurti visuomenės solidarumu

pagrįstą sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistemą, pagal Konstituciją, *inter alia* 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, *inter alia* 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 <...>.“ Atsižvelgiant į tai, siūloma SDĮ 26 straipsnyje patikslinti (suderinti) nuostatas dėl sutarčių, pagal kurias apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, sudarymo, t. y. aiškiai nurodyti, kad sutartys sudaromos tik dėl SDĮ 9 straipsnio nuostatas atitinkančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir kad sudarant sutartis svarbu ne tik asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencija, bet turi būti atsižvelgta į kituose teisės aktuose numatytus reikalavimus:

1) Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 ir 4 dalyse nurodytu pagrindu nustatytus tinklo reikalavimus;

2) Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir, atsižvelgiant į šį poreikį, Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatytą sveikatos priežiūros mastą.

Poreikis ir mastas išreiškiamas tam tikrais skaičiais, kurie parodo, kiek valstybei reikia ir kiek ji gali apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugų. Ši nuostata reiškia, kad valstybė neįsipareigoja apmokėti visų paslaugų, kurias siūlo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai. Šių nuostatų detalizavimas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. liepos 28 d. įsakymu Nr. V-862 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“. Pažymėtina, kad tiek projektu keičiamo SDĮ 26 straipsnio 4 dalyje nustatytos sąlygos, tiek 5 dalyje išvardyti kriterijai nurodo, su kuo (kokias sąlygas ar kriterijus atitinkančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis) sudaroma sutartis, o paslaugų poreikis parodo, kiek apskritai reikėtų tam tikrų paslaugų. Tuo tarpu mastas parodo, kiek tokių paslaugų galėtų būti kompensuojama PSD fondo biudžeto lėšomis. Todėl paslaugų kiekis, dėl kurio sudaroma sutartis, turi atitikti nustatytą mastą: sutartis sudaroma su tomis įstaigomis, kurios atitinka keičiamo SDĮ 26 straipsnio 4 dalyje nustatytas sąlygas, o jei jos neužtikrina viso nustatyto sveikatos priežiūros masto – su įstaigomis, kurios atitinka keičiamo SDĮ 26 straipsnio 5 dalyje nurodytus kriterijus. Kaip tarp įstaigų, atitinkančių minėtas sąlygas ir kriterijus, bus paskirstomas sveikatos priežiūros paslaugų, kurios galėtų būti apmokamos PSD fondo biudžeto lėšomis, kiekis (mastas), bus nustatyta sutarčių sudarymo tvarkos apraše, kurį tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir PSD tarybos nuomones.

Be to, siūloma numatyti, kad įstaigos privalo teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šių paslaugų kokybės reikalavimus, ir užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apdraustiesiems PSD be priemonių (bazinėmis kainomis, išskyrus Sveikatos sistemos įstatymo numatytas išimtis).

Tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl tam tikrų paslaugų (pvz., tinklui priklausančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos) neužtikrina reikiamo sveikatos priežiūros masto, šiam mastui užtikrinti sutartys sudaromos su įstaigomis, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa nėra sudariusi sutarčių dėl tam tikrų paslaugų (pvz., nepriklausančiomis tinklui). Siūloma papildyti SDĮ 26 straipsnį 5

dalimi, numatant sutarčių sudarymo (atrankos) kriterijus, taikomus tais atvejais, kai neužtikrinamas reikiamas sveikatos priežiūros mastas:

- 1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumas;
- 2) kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu;
- 3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius;
- 4) per praėjusius trejus metus nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai.

Pagal kriterijų „asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumas“ bus vertinama, kiek asmens sveikatos priežiūros įstaiga teikia tos pačios srities atskiroms paslaugų grupėms priskiriamų paslaugų, pvz., jei siekiama sudaryti sutartį dėl gydytojo specialisto oftalmologo konsultacijų apmokėjimo, tai prioritetas būtų teikiamas tai asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kuri teikia tos pačios srities dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas.

Kriterijus „kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu“ reiškia: jei sveikatos apsaugos ministro nustatytuose paslaugos teikimo reikalavimuose nurodyta, kad tam tikrą asmens sveikatos priežiūros paslaugą teikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga turi teikti ir radiologijos bei laboratorinių tyrimų paslaugas, prioritetas bus teikiamas tai įstaigai, kuri visus arba daugiau iš nurodytų reikalavimų užtikrina vienu adresu. Tuo siekiama, kad pacientui, norinčiam gauti visą asmens sveikatos priežiūros paslaugą, netektų važinėti per kelias vietas.

Kriterijus „per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius“ yra svarbus, siekiant įvertinti asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajėgumus suteikti tam tikrą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį (turimų specialistų, įrangos kiekį, paslaugų teikimo procesus / paslaugų vidinį administravimą ir kt.). Pažymėtina, kad tuo atveju, kai tam tikrą asmens sveikatos priežiūros paslaugą tam tikrame regione pageidauja teikti tik viena asmens sveikatos įstaiga, kuri praėjusiais kalendoriniais metais atitinkamų paslaugų neteikė (pvz., naujai įsteigta įstaiga), su ja sutartis bus sudaroma.

Kriterijus, taikomus atitinkamoms paslaugoms, dėl kurių sudaroma sutartis, detalizuoja, kriterijų reikšmės ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė.

Nustatant teisės aktų pažeidimo kriterijų buvo pasirinktas trejų metų laikotarpis, nes buvo atsižvelgta į tai, kad sutartys su ligonių kasomis sudaromos taip pat trejiems metams.

Pažeidimų sunkumo ir pakartotinumą įtaka įstaigos vertinimui pagal šį kriterijų bus nustatoma vadovaujantis kriterijais, kurie bus detalizuoti Vyriausybės nutarime (šio nutarimo projektas bus derinamas TAIS). Preliminariai numatoma, kad pagal šį kriterijų (kaip ir pagal kitus kriterijus) bus galima gauti maksimaliai 10 balų (jei pažeidimų nebuvo nustatyta). Iš šių bus atimama, pvz., po 2 balus už nustatytus pažeidimus, kuriais padaryta žala PSD fondo biudžetui, už pakartotinius pažeidimus, už pažeidimus, nustatytus Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos, o po 1 balą bus atimama, pvz., už kitų institucijų nustatytus pažeidimus. Pažymėtina, kad vertinant pagal šį kriterijų mažareikšmiai pažeidimai nebus vertinami (vadovaujantis Viešojo administravimo įstatymo 38 straipsniu, nustačius teisės aktų reikalavimų nesilaikymo ar netinkamo vykdymo faktą, kuris vertintinas kaip mažareikšmis teisės aktų reikalavimų pažeidimas, pažeidimo tyrimas nutraukiamas, įstatymų numatytos poveikio priemonės neskiriamos, o ūkio subjektui pareiškia žodinė pastaba arba pateikiamas rašytinis nurodymas pašalinti mažareikšmį teisės aktų reikalavimų pažeidimą). Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl SDĮ 9 straipsnio nuostatas atitinkančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų būtų sudaromos šia seka:

- 1) nustatoma, ar asmens sveikatos priežiūros įstaiga:
  - turi licenciją;
  - priklauso tinklui (dėl stacionarinių paslaugų teikimo);

– teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugų paslaugas, atitinkančias šių paslaugų kokybės reikalavimus;

– užtikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apdraustiesiems PSD be priemonių;

2) nustatomas asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis;

3) nustatomas reikiamas asmens sveikatos priežiūros mastas (poreikis, pagrįstas PSD fondo biudžeto finansinėmis galimybėmis);

4) sudaromos sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, įtrauktomis į tinklą;

5) tais atvejais, kai tinklui priklausančios įstaigos neužtikrina reikiamo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto, sutartys sudaromos su kitomis įstaigomis.

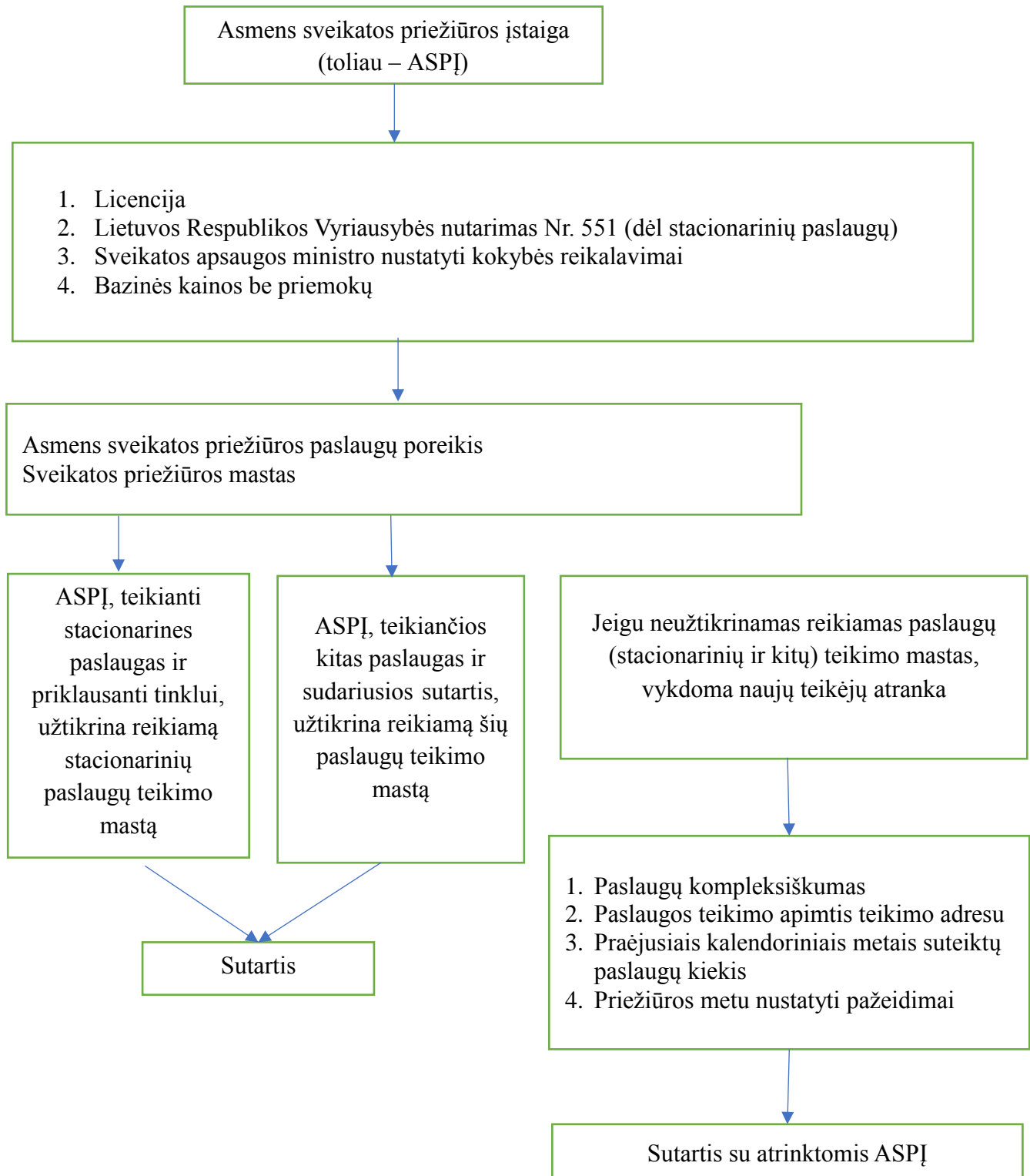
Atrankos kriterijai:

1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumas;

2) kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu;

3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius;

4) per praėjusius trejus metus nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąją sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai.



Siūloma pakeisti SDĮ 4 straipsnį, nustatant, kad politiką sveikatos draudimo srityje formuoja Sveikatos apsaugos ministerija, nes Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 24 d. nutarimo Nr. 330 „Dėl ministrams pavedamų valdymo sričių“ 1.8.4 papunktyje nustatyta, kad sveikatos apsaugos ministras yra atsakingas už sveikatos draudimo valdymą.

Siūloma patikslinti SDĮ 14 straipsnį – numatyti, kad Valstybinė ligonių kasa PSD fondo biudžeto projektą rengia pagal Sveikatos apsaugos ministerijos strateginio planavimo dokumentuose nustatytus sveikatos politikos prioritetus. Detali šio straipsnio įgyvendinimo tvarka bus nustatyta Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėse, patvirtintose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589. Politikos sveikatos draudimo srityje formavimas (atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija) apima ir prioritetų, taikomų rengiant atitinkamo laikotarpio PSD fondo biudžeto rodiklių įstatymo projektą (toliau – PSD fondo biudžeto projektas), nustatymą. Ilgalaikiai sveikatos politikos prioritetai nustatyti Vyriausybės 2020 m. rugsėjo 9 d. nutarimu Nr. 998 patvirtintame 2021–2030 metų nacionaliniame pažangos plane. Plane išsikeltiems tikslams pasiekti parengtos dvi nacionalinės plėtros programos: 1) 2022–2030 m. sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programa, patvirtinta Vyriausybės 2022 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 66 „Dėl 2022–2030 m. plėtros programos valdytojos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programos patvirtinimo“, ir 2) 2022–2030 m. sveikatos kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programa, patvirtinta Vyriausybės 2022 m. kovo 30 d. nutarimu Nr. 319 „Dėl 2022–2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo“. Trumpesnio laikotarpio sveikatos politikos prioritetai išdėstyti Vyriausybės programoje ir kiekvienais metais rengiamame trimečiame Strateginiame veiklos plane. Bendrieji asignavimų planavimo principai ir strateginio veiklos plano projektų teikimo terminai nustatyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės tvirtinamame atitinkamų metų Biudžeto projekto rengimo plane. Sveikatos apsaugos ministerija kiekvienais metais rengia atitinkamų metų strateginio veiklos plano projektą pagal Strateginio valdymo metodikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021 m. balandžio 28 d. nutarimu Nr. 292 „Dėl Strateginio valdymo metodikos patvirtinimo“, nustatytą biudžeto projekto rengimo, svarstymo ir tvirtinimo ciklą bei nustatytą formą. Šį planą sveikatos apsaugos ministras patvirtina per 10 darbo dienų nuo atitinkamų metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo įsigaliojimo dienos. Atsižvelgiant į tai, Sveikatos apsaugos ministerija, rengdama atitinkamų metų strateginio veiklos plano projektą ir planuodama atitinkamų metų sveikatos politikos prioritetus (Strateginio valdymo metodikos 11 priedo III skyrius), nustatys ir PSD fondo biudžeto paskirstymo prioritetus (kryptis), kurie būtų įgyvendinami vykdant strateginio veiklos plano programoje numatytas priemones. Tai būtų teisinis pagrindas kryptingai planuoti lėšas ir už jas atsiskaityti teisės aktų nustatyta tvarka. Pažymėtina, kad 2023 m. liepos 28 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-862 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio nustatymo metodika. Vadovaudamasi šia metodika, Valstybinė ligonių kasa iki gegužės 1 d. turi apskaičiuoti ateinančių metų preliminarų paslaugų poreikį ir pateikti Paslaugų poreikio nustatymo komitetui, sudarytam sveikatos apsaugos ministro įsakymu. Šio komiteto veiklą ir sudėtį reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Minėtas komitetas iki birželio 1 d. turi pateikti Valstybinei ligonių kasai pasiūlymus dėl preliminarus paslaugų poreikio tikslinimo ir paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSD fondo biudžeto lėšomis, poreikių tenkinimo masto prioritetus, atsižvelgdamas į sveikatos politikos prioritetus, paslaugų laukimo eiles, naujas technologijas

SDĮ 6 straipsnio 4 dalies 9 ir 10 punktuose, 9<sup>2</sup> straipsnio 6 dalies 5 punkte, 11 straipsnio 3 dalies 2 punkte ir 28 straipsnio 3 dalies 3 punkto c papunktyje keičiamos su Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo Nr. I-2044 pakeitimo įstatymo priėmimu susijusios sąvokos. Iki Įstatymo projekto įsigaliojimo bus tiesiogiai taikoma Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo Nr. I-2044 pakeitimo įstatymo Nr. XIV-1722 3 straipsnio 7 dalis.

Siūloma atlikti kitus techninio pobūdžio pakeitimus SDĮ:

– pakeisti 7 straipsnio 3 dalį ir vietoj nebegaliojančio įstatymo įrašyti šiuo metu aktualius teisės aktus, reglamentuojančius Draudžiamųjų PSD registro tvarkymą ir duomenų teikimą;



- pripažinti netekusia galios 7 straipsnio 4 dalį, nurodančią Draudžiamųjų PSD registro tvarkymo įstaigas, nes sąvoka „vadovaujančioji tvarkymo įstaiga“ jau nebevartojama, o po reorganizavimo liks viena šio registro tvarkymo įstaiga. Be to, Lietuvos Respublikos Vyriausybei yra pateiktas naujos redakcijos Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo projektas (TAIS 23-1782(2)), kuriuo keičiamos nuostatos dėl registrų valdytojų ir tvarkytojų reglamentavimo. Draudžiamųjų PSD registro valdytojas, tvarkytojas ir registre tvarkomų asmens duomenų valdytojas yra nurodytas šio registro nuostatuose;

- pripažinti netekusia galios 7 straipsnio 5 dalį, reglamentuojančią PSD pažymėjimų išdavimą, nes jau yra įgyvendinti tam tikri integraciniai sprendimai draudžiamajam identifikuoti, kurie leidžia patikrinti asmens statusą pagal jo turimus asmens tapatybę patvirtinančius dokumentus, tad šio pažymėjimo tvarkymas / turėjimas neteko prasmės;

- 26 ir 26<sup>1</sup> straipsniuose nustatyti, kad sveikatos apsaugos ministras (o ne Valstybinės ligonių kasos direktorius) tvirtina standartines (o ne tipines) sutarčių sąlygas (išskyrus jų priedus, nustatančius asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų nomenklatūrą ir PSD fondo biudžeto lėšų sumą asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti);

- atsisakyti SDĮ 33 straipsnio 4 punkte nustatytos funkcijos finansuoti savivaldybių sveikatos programas (neperduoti jos Valstybinei ligonių kasai), nes ši funkcija neaktuali – nėra poreikio ją vykdyti (nėra tokių programų, finansuojamų iš PSD fondo biudžeto) ir ji nebūdinga PSD (iš esmės galėtų būti finansuojama iš savivaldybių biudžetų, o ne valstybės ar PSD fondo biudžeto lėšomis). SDĮ 21 straipsnio 1 dalies 3 punkte nurodytos išlaidos sveikatos programoms vykdyti šiuo metu apima Nacionalinę imunoprofilaktikos programą, transplantacijos programą, ligų prevencijos programas.

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, 15<sup>2</sup>, 15<sup>3</sup>, 46 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, atsiradusios dėl valdžios institucijų neteisėtų veiksmų, atlyginimo ir atstovavimo valstybei ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei įstatymo Nr. IX-895 2 straipsnio pakeitimo įstatymo projektais siūloma panaikinti nuostatas, susijusias su teritorinėmis ligonių kasomis.

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projektu nėra keičiamas subjektas (teritorinė ligonių kasa į Valstybinę ligonių kasą), tačiau naikinamos neaktualios ir PSD nebūdingos funkcijos, kurios iš esmės teritorinių ligonių kasų nėra vykdomos: kartą per dvejus metus organizuoti PSD apdraustų asmenų sveikatos būklės ir rizikos veiksnių paplitimo tyrimus bei organizuoti PSD apdraustų asmenų ligų ir traumų pasekmių bei sveikatos priežiūros ekonominį įvertinimą. Panašaus pobūdžio tyrimus atlieka Higienos institutas, o visuomenės sveikatos tyrimai nėra sietini su ligonių kasų kompetencija – jie priskirtini visuomenės sveikatos priežiūrą vykdančių institucijų kompetencijai.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 3, 13, 15<sup>2</sup>, 15<sup>3</sup>, 46 ir 52 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu taip pat tikslinamas visas 52 straipsnis atsižvelgiant į tai, kad institucijos vykdo ne ūkio subjektų veiklos kontrolę, bet jos priežiūrą. Be to, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie Sveikatos apsaugos ministerijos vykdo ir valstybinę visuomenės sveikatos saugos kontrolę pagal Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą, kuriame apibrėžta sąvoka „valstybinė visuomenės sveikatos saugos kontrolė“ (įgaliotų valstybės institucijų ir pareigūnų atliekami veiksmai ūkinės komercinės veiklos atitikties visuomenės sveikatos saugos norminių teisės aktų reikalavimams įvertinti bei administracinėms poveikio priemonėms taikyti).

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13, ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu taip pat siūloma:

– leisti Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytiems LNSS subjektams patiekti nustatyti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas, kurios būtų apskaičiuojamos pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą kainų apskaičiavimo metodiką (ji leistų užtikrinti, kad Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodyti LNSS subjektai mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas nustatytų taikydami vienodus kainodaros principus). Siūloma atsisakyti sveikatos apsaugos ministro tvirtinamo mokamų paslaugų sąrašo kaip perteklinio, nes visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, neapmokamos PSD fondo lėšomis, yra mokamos. Taigi sveikatos apsaugos ministras tvirtintų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų apskaičiavimo metodiką ir paslaugų teikimo tvarką, o šių paslaugų kainas nustatytų šio Įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ar įmonių (valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros biudžetinių ir viešųjų įstaigų ir valstybės ir savivaldybių įmonių) vadovai, tačiau jie privalėtų savo teikiamų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas suderinti su įstaigos ar įmonės dalyvio teises bei pareigas įgyvendinančiu subjektu (dėl Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 dalyje nurodytų LNSS subjektų žr. toliau). Šioje pastraipoje nurodytų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai ir kainos turės būti viešai skelbiami jas teikiančių įstaigų ar įmonių interneto svetainėse. Pacientai įstaigos ar įmonės nustatyta tvarka turės teisę susipažinti, kaip buvo apskaičiuojamos šios kainos. Mokamų paslaugų kainų nustatymo reikalavimų laikymosi priežiūrą vykdys atitinkamų įstaigų ir įmonių dalyvio teises bei pareigas įgyvendinantis subjektas;

– įtvirtinti nuostatą, kad tais atvejais, kai LNSS subjektų teikiamos valstybės laiduojamos (nemokamos) paslaugos, apmokamos PSD fondo biudžeto lėšomis, tampa mokamomis dėl to, kad pacientas neatitinka įstatyme nustatytų šių valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo sąlygų (asmuo nėra draustas privalomuoju sveikatos draudimu, neturi gydytojo siuntimo ir kt.), šios paslaugos pacientui teikiamos Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ar įmonių vadovų nustatytais kainomis, suderintomis su sveikatos apsaugos ministro įgaliota įstaiga ir įstaigos ar įmonės dalyvio teises bei pareigas įgyvendinančiu subjektu, arba Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 punkte nurodytų įstaigų ir įmonių įstatuose nustatyta tvarka nustatytais kainomis. Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ar įmonių vadovai kainas turėtų nustatyti pagal sveikatos apsaugos ministro tvirtinamą jų apskaičiavimo metodiką. Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 punkte nurodytų įstaigų ir įmonių kainoms minėta metodika nebūtų taikoma. Šių paslaugų teikimo ir joms taikomų reikalavimų laikymosi priežiūros tvarką nustatytų sveikatos apsaugos ministras. Šioje pastraipoje nurodytų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai ir kainos taip pat turės būti viešai skelbiami jas teikiančių įstaigų ar įmonių interneto svetainėse. Pacientai įstaigos ar įmonės nustatyta tvarka turės teisę susipažinti, kaip buvo apskaičiuojamos šios kainos.

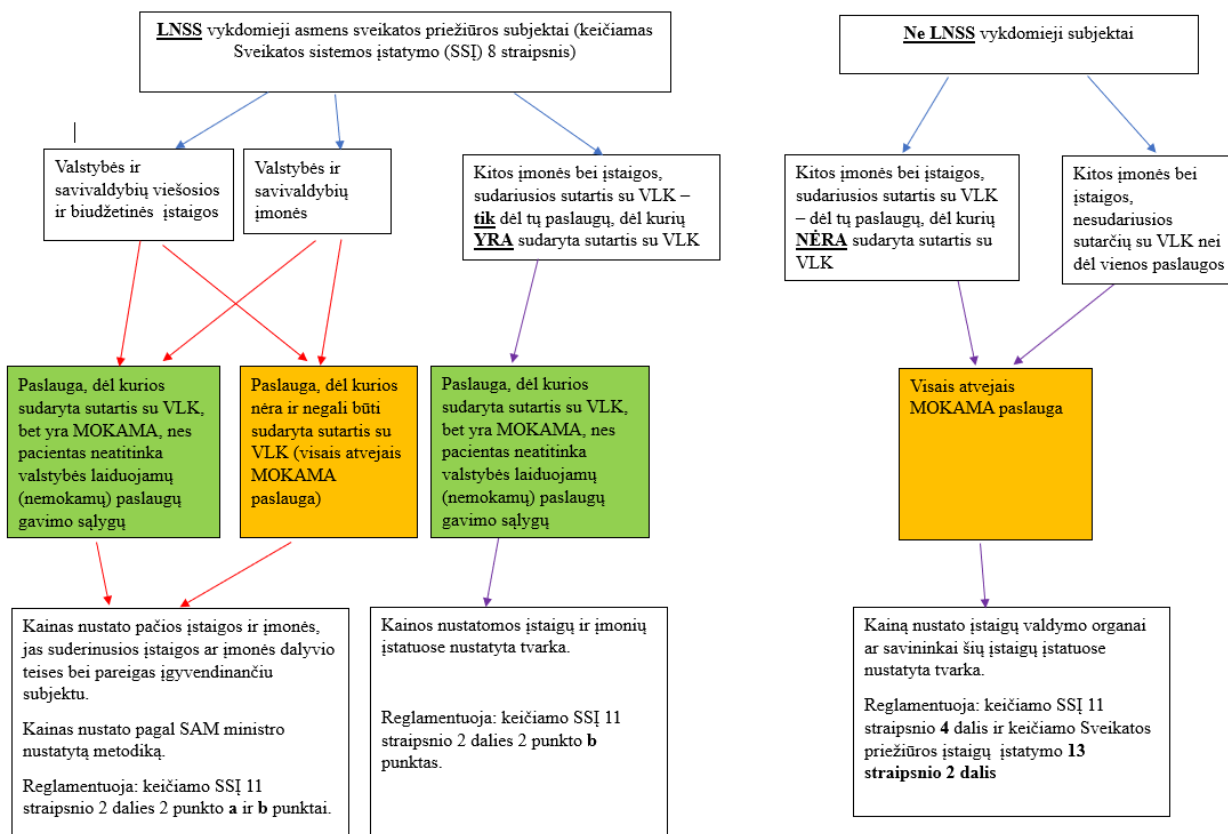
Siekiant užtikrinti, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui nebūtų suteikiamas prioritetas ir nenukentėtų nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, siūloma numatyti, kad LNSS įstaigos ir įmonės mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik užtikrinusios, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSD fondo biudžeto lėšų, atitinkamą dieną gaus visi dėl šių paslaugų tą dieną užregistruoti pacientai, o paslaugas, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis įstaigos ir įmonės yra sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa, tačiau kurių gavimo sąlygų, nustatytų Sveikatos sistemos įstatyme, pacientas neatitinka, Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnyje nurodyta įstaiga ar įmonė gali teikti tik tuo atveju, jei užtikrinama, kad Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos sutarties galiojimo metu pacientams bus suteiktas visas šioje sutartyje numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekis (t. y. bus užtikrintas visas sutartyje nurodytas šių paslaugų teikimo mastas). Šių nuostatų įgyvendinimo tvarką nustatys sveikatos apsaugos ministras;

– patikslinti Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 dalį ir numatyti, kad kitos įmonės bei įstaigos, sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos arba kitais LNSS veiklos užsakovais, LNSS vykdomiesiems subjektams priskiriamos atsižvelgiant į šių įmonių bei įstaigų pagal sutartis teikiamų paslaugų apimtį (t. y. tik dėl tų paslaugų, dėl kurių yra sudaryta sutartis). Šis patikslinimas reikalingas siekiant aiškiai ir nedviprasmiškai numatyti, kad minėtos įmonės ir įstaigos, nors ir priskiriamos LNSS subjektams, teikdamos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, dėl kurių nėra sudariusios sutarties su Valstybine ligonių kasa dėl jų apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis, tokių paslaugų kainas nustato pačios ir joms nėra prievolės vadovautis sveikatos apsaugos ministro patvirtinta mokamų paslaugų kainų skaičiavimo metodika (siūloma nauja Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnį 4 dalis);

– analogiškai siūlomam mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymo reguliavimui, siūloma leisti Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ir įmonių teikiamų mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kainas nustatyti šių įstaigų ar įmonių vadovams, suderinus jas su įstaigos ar įmonės dalyvio teises bei pareigas įgyvendinančiu subjektu. Kainos būtų nustatomos vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro patvirtinta šių paslaugų kainų apskaičiavimo ir indeksavimo metodika. Siūloma, kad mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kainų sąrašą tvirtintų sveikatos apsaugos ministras, kadangi (priešingai nei asmens sveikatos priežiūros paslaugų atveju) nesant šių paslaugų kainų sąrašo būtų neaišku, kokios paslaugos yra mokamos (t. y. šiuo metu nėra valstybės apmokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo (nes valstybė skiria lėšas įstaigų funkcijoms vykdyti, o ne paslaugoms finansuoti), kuris padėtų suprasti, kurios paslaugos yra mokamos). Kainos taip pat turėtų būti viešai skelbiamos Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ar įmonių interneto svetainėse, o kaip laikomasi kainų reguliavimo, prižiūrėtų šio įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ir įmonių dalyvio teises bei pareigas įgyvendinantis subjektas. Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytos įstaigos ir įmonės, teikiančios mokamas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, yra Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija, Radiacinės saugos centras, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai.

Įmonių ir įstaigų, nenurodytų Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnyje, teikiamų mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kainos būtų nustatomos šių įmonių ir įstaigų įstatuose nustatyta tvarka.

*Schema. Projektu siūloma mokamų **asmens** sveikatos priežiūros paslaugų kainų reglamentavimo tvarka*



Atsižvelgiant į tai, kad naujomis teisinio reguliavimo nuostatomis yra keičiamas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų reglamentavimas ir siekiant įsitikinti ar naujas reglamentavimas tinkamai atliepia pacientų interesus, siūloma numatyti, kad Sveikatos apsaugos ministerija atlieka 3 metų Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo 2 straipsnyje nustatyto galiojančio teisinio reguliavimo poveikio *ex post* vertinimą. Jo metu turės būti įvertinta, ar asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir pacientams, nesant sveikatos apsaugos ministro patvirtinto mokamų paslaugų sąrašo, yra aišku, už kurias asmens sveikatos priežiūros paslaugas jų gavėjai turi sumokėti (ar valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos nėra teikiamos kaip mokamos (išskyrus atvejus, kuomet pacientas neatitinka Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme nustatytų valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo sąlygų), ar užtikrinamas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomųjų subjektų teikiamų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų tolygumas šalyje (ar sveikatos apsaugos ministro patvirtinta mokamų paslaugų kainų skaičiavimo metodika užtikrina vienodą paslaugų kainodarą), siekiant tolygaus mokamų paslaugų prieinamumo.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 3, 13, 15<sup>2</sup>, 15<sup>3</sup>, 46 ir 52 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu, siekiant teisinio aiškumo ir sistemiškumo, siūloma Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 13 straipsnio 1 dalyje numatyti, kad LNSS įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato ne Sveikatos apsaugos ministerija, o jos nustatomos Sveikatos sistemos (mokamų paslaugų kainos) ir SDĮ (PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų kainos) nustatyta tvarka.

Priėmus siūlomus pakeitimus bus:

- sudarytos sąlygos atlikti Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų reorganizaciją. Taip bus optimizuota PSD fondo (PSD fondą administruojančių institucijų) veikla, supaprastinta PSD valdymo ir administravimo struktūra, bus efektyvesnė PSD vykdančių institucijų veikla. Pavyzdžiui, bus sudaroma mažiau biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinių, sąmatų ir kitų dokumentų:

	Biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniai		Finansinių ataskaitų rinkiniai		iš viso:
	per ketvirtį	iš viso per metus	per ketvirtį	iš viso per metus	
	dabar				
Teritorinės ligonių kasos (TLK)	5	20	10	40	
Valstybinė ligonių kasa (VLK)	1	4	2	8	
VLK suvestinė	1	4		3	
<b>iš viso:</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>51</b>	<b>79</b>
	po sujungimo				
VLK	1	4	2	8	
konsoliduotas				1	
<b>iš viso:</b>		<b>4</b>		<b>9</b>	<b>13</b>

	VEIKLOS SĄMATOS		
	metinė	tikslinimai (2022 m.)	iš viso:
TLK	4	11	
VLK	1	4	
TLK suvestinė	1	4	
suvestinė	1	4	
<b>iš viso:</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>30</b>
VLK po sujungimo	1	4	<b>5</b>

Pinigų pervedimų TLK skaičius 2022 metais, vnt.*	<b>1192</b>
--	-------------

\*Pinigų pervedimas – siekiant pervesti lėšas per banką, VLK ir TLK reikia atlikti tam tikrus veiksmus Finansų valdymo ir apskaitos informacinėje sistemoje bei Dokumentų valdymo informacinėje sistemoje, t. y. rengti paraiškas, jas derinti ir t t

\*\*Po VLK ir TLK sujungimo lėšų pervedimų, atliekamų tarp VLK ir TLK, neliktų.

- nustatyta aiškesnė ir paprastesnė asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą tvarka;
- nuostatos, reglamentuojančios sutarčių sudarymą su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, bus suderintos su SDĮ 9 straipsnio 8 dalimi ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1, 4, 5 dalimis bei Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalimis, o sutarčių sudarymo mechanizmas taps aiškesnis, objektyvesnis ir orientuotas į reikiamų paslaugų poreikį bei sveikatos priežiūros mastą;
- pagrindiniame PSD reglamentuojančiame įstatyme bus įtvirtinta Sveikatos apsaugos ministerijos funkcija – formuoti sveikatos politiką.

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

Neigiamų pasekmių nenumatoma.

Atsižvelgiant į tai, kad Įstatymo projektu nėra iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas ar reglamentuojami iki tol nereglementuoti santykiai, vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 15 straipsniu, numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas neatliekamas. Teisinis reglamentavimas nėra keičiamas reikšmingai. Keičiant 9<sup>2</sup> straipsnį asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą procesas yra supaprastinamas. Keičiant 26 straipsnį yra pateikiamos nuorodos į jau galiojančias įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas, o nustatyti nauji kriterijai bus taikomi naujoms įstaigoms, kurios anksčiau nebuvo sudariusios sutarčių, atrinkti.

Atsižvelgiant į tai, kad Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse numatytas sveikatos priežiūros mastas dar nėra paskelbti, negalima įvertinti, kaip tai paveiks dabar PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamas paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Be to, Įstatymo projekto nuostatos tiesioginio poveikio esamiems sutarčių partneriams nedaro, nes poveikis galimas būtent dėl jau priimtų ir įsigaliojusių Sveikatos sistemos įstatymo ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimų. SDĮ projekto priėmimas situacijos nekeičia.

2023 metais yra sudaryta 871 galiojanti sutartis su 835 asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis (toliau – sutartys), išskyrus sutartis, sudarytas dėl dantų protezavimo paslaugų kompensavimo. Apie 30 proc. sutarčių baigs galioti 2025 metais. Kitos sutartys baigs galioti 2024 m. gruodžio 31 d.

Visos šias sutartis sudariusios asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi galiojančias asmens sveikatos priežiūros veiklos licencijas ir atitinka SDĮ 9 straipsnio 6 dalyje nurodyto 2014 m. balandžio 23 d. Vyriausybės nutarimu Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ patvirtintame Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašą (toliau – Sąlygų sąrašas) nustatytas sąlygas.

2023 m. sudarytos 65 sutartys su stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 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 tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) priede nurodytos 62 asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Vadovaujantis minėto nutarimo 2.2 papunkčiu į priedą neįtrauktos asmens sveikatos priežiūros įstaigos (nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo) PSD fondo biudžeto lėšomis kompensuojamas stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pagal su teritorinėmis ligonių kasomis sudarytas sutartis iki jų galiojimo pabaigos. Vėliau sveikatos apsaugos ministras įvertina šių asmens sveikatos priežiūros įstaigų atitiktį Apraše nustatytiems kriterijams ir priima sprendimą dėl šių įstaigų įtraukimo (neįtraukimo) į Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą.

SDĮ 26 straipsnio 5 dalyje nurodyti kriterijai bus taikomi tik naujiems sutarčių partneriams, kai netenkinamas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir neužtikrinamas Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatytas sveikatos priežiūros mastas, todėl esamų sutarčių partnerių nepaveiks. Galimybė sudaryti sutartis vadovaujantis šiais kriterijais priklausys nuo to, kokias jų reikšmes, taikomas konkrečioms paslaugoms, nustatys Vyriausybė, todėl šiuo metu nėra galimybės įvertinti, kiek ir kokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų paveiks siūlomas pakeitimas.

Teisinio reguliavimo poveikis regioninei plėtrai nenumatomas. Numatoma, kad teritoriniai padaliniai, nors ir neturėdami juridinio asmens statuso, vykdys jiems priskirtas atskiras funkcijas Lietuvos mastu (pvz., sutarčių sudarymo su visos Lietuvos ūkio subjektais funkcijas, skambučių centro funkcijas ir pan.), todėl darbuotojų atleidimas nenumatomas.

Valstybinės ligonių kasos pateiktais 2022 m. duomenimis, asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajamų struktūroje pajamos už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sudarė 2,69 proc. visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajamų. Skirtingų asmens sveikatos priežiūros įstaigų grupių gautų pajamų už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas dalis skyrėsi. Universiteto, respublikos, regionų ir rajono ligoninių grupių pajamos už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2022 m. siekė nuo 1,17 proc. (regionų ligoninių grupė) iki 1,96 proc. (universiteto ligoninių grupė) visų šių įstaigų grupių gautų pajamų. Didesnė pajamų už mokamas paslaugas dalis tenka slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėms – 2,77 proc., didžiausia – poliklinikoms, t. y. 7,53 proc. visų pajamų.

Atsižvelgiant į tai, kad pajamos už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sudaro santykinai nedidelę asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajamų dalį, priėmus siūlomus teisinio reguliavimo pakeitimus neigiamas poveikis asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui nenumatomas. Priešingai, aiškesnis reglamentavimas sudarys palankesnes sąlygas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms diegti inovatyvias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra finansuojamos PSD fondo biudžeto lėšomis, atsižvelgiant į tokių paslaugų paklausą, todėl gerės šių paslaugų prieinamumas. Riziką dėl galimai išaugusių mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų (valstybės ir savivaldybių viešosiose įstaigose) tikimasi suvaldyti per asmens sveikatos priežiūros įstaigų konkurenciją ir prievolę kainas skaičiuoti vadovaujantis sveikatos ministro patvirtinta kainų skaičiavimo metodika, jas derinti su sveikatos apsaugos ministro įgaliota įstaiga ir įstaigos ar įmonės dalyvio teises bei pareigas įgyvendinančiu subjektu. Nors siūlomais teisės aktų pakeitimais iš esmės paliekamos tokios pat kaip šiuo metu mokamų paslaugų rūšys (LNSS asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos mokamos paslaugos, mokamos paslaugos, kai pacientai neatitinka nemokamų paslaugų teikimo sąlygų (neturi siuntimo ir kt.)), ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos (kai jos nėra sudariusios sutarčių su teritorinėms ligonių kasomis ar Valstybine ligonių kasa), pakeitimai suteikia daugiau skaidrumo ir pacientams tampa aiškiau, už kokias asmens sveikatos priežiūros paslaugas jie turės mokėti ir kokiomis kainomis. Priežiūrą, ar mokamų paslaugų kainos apskaičiuojamos pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą kainų apskaičiavimo metodiką, vykdys Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ir įmonių dalyvio teises bei pareigas įgyvendinantis subjektas. Priežiūros, ar paslaugų, kai pacientas neatitinka valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo sąlygų, kainos nustatomos laikantis Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies 2 punkto b papunktyje nustatytų reikalavimų, tvarką nustatys sveikatos apsaugos ministras.

## **6. Kokią įtaką įstatymas turės kriminogeninei situacijai, korupcijai:**

Priimtas Įstatymo projektas įtakos kriminogeninei situacijai ir korupcijai neturės.

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

Kadangi prijungus penkias teritorines ligonių kasas prie Valstybinės ligonių kasos asmens sveikatos priežiūros įstaigos pasirašys vieną sutartį, o standartinės sutarties sąlygos bus skelbiamos iš anksto, mažės šių įstaigų administracinė našta, didės teisinis apibrėžtumas, bus taikoma vienoda praktika.

Visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, nurodytos Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnyje, tarpusavyje laisvai konkuruos nustatydamos mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus tų, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnyje nurodytos įstaigos ir įmonės yra sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa, tačiau kurių gavimo sąlygų, nustatytų šiame įstatyme, pacientas neatitinka) kainas.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnyje nurodytos įstaigos ir įmonės yra sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa, tačiau kurių gavimo sąlygų, nustatytų šiame įstatyme, pacientas neatitinka, bei kitų mokamų paslaugų kainas Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 punkte nurodytos įstaigos ir įmonės nustatys pačios, todėl galės tarpusavyje laisvai konkuruoti.

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

Įstatymų projektų nuostatos neprieštarauja strateginio lygmens planavimo dokumentams.

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

Kartu su Įstatymo projektu teikiami:

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas;

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 3, 13, 15<sup>2</sup>, 15<sup>3</sup>, 46 ir 52 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas;

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas;

Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodekso 56, 57, 58 ir 589 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas;

Lietuvos Respublikos žalos, atsiradusios dėl valdžios institucijų neteisėtų veiksmų, atlyginimo ir atstovavimo valstybei ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei įstatymo Nr. IX-895 2 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas;

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 27 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas.

#### **10. Ar įstatymo projektas parengtas laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos, Teisėkūros pagrindų įstatymo reikalavimų, o įstatymo projekto sąvokos ir jas įvardijantys terminai įvertinti Terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka:**

Įstatymų projektai parengti laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos, Teisėkūros pagrindų įstatymų nustatytų reikalavimų. Naujos sąvokos neapibrėžiamos ir esamų sąvokų apibrėžtys nekeičiamos.

#### **11. Ar įstatymo projektas atitinka Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos nuostatas bei Europos Sąjungos dokumentus:**

Įstatymų projektuose reglamentuojami klausimai atitinka Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją ir Europos Sąjungos teisės nuostatas.

#### **12. Jeigu įstatymui įgyvendinti reikia įstatymų lydimųjų aktų, – kas ir kada juos turėtų parengti:**

Priėmus įstatymų projektus, reikės priimti Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą dėl teritorinių ligonių kasų reorganizavimo, prijungiant jas prie Valstybinės ligonių kasos.

Reikės patvirtinti sveikatos apsaugos ministro įsakymus, kuriais tvirtinama:

1) paraiškos dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos vertinimo forma ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo reikalavimų aprašo rengimo tvarka;

2) asmens sveikatos priežiūros paslaugų atitikties kokybės reikalavimams vertinimo metodika;

3) standartinės sutarčių sudarymo sąlygos;



4) žalos PSD biudžetui pripažinimo mažareikšme žala tvarka ir mažareikšmės žalos dydis.

Priėmus įstatymų projektus, reikės keisti:

1. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimus:

1) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. vasario 21 d. nutarimą Nr. 187 „Dėl civilinių institucijų pareigūnų funkcijų atlikimo karinėse teritorijose“;

2) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 3 d. nutarimą Nr. 798 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų skyrimo ir naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

3) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. spalio 10 d. nutarimą Nr. 1610 „Dėl Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo įgyvendinimo“;

4) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimą Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“;

5) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugpjūčio 8 d. nutarimą Nr. 805 „Dėl Gyventojų aprūpinimo vaistiniais preparatais per kaimo vietovėse esančias pirminės sveikatos priežiūros įstaigas taisyklių patvirtinimo“;

6) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugsėjo 11 d. nutarimą Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“;

7) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. balandžio 24 d. nutarimą Nr. 358 „Dėl Ministerijų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanceliarijos, Vyriausybės įstaigų ir įstaigų prie ministerijų, kitų valstybės institucijų ir įstaigų sąrašo pagal grupes patvirtinimo“;

8) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 13 d. nutarimą Nr. 1460 „Dėl Lietuvos erdvinės informacijos infrastruktūros erdvinį duomenų temų patvirtinimo“;

9) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. rugsėjo 7 d. nutarimą Nr. 1057 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“;

10) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimą Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“;

11) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2016 m. gruodžio 28 d. nutarimą Nr. 1278 „Dėl Administracinių teisės pažeidimų registro reorganizavimo ir Administracinių nusižengimų registro nuostatų patvirtinimo“;

12) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. sausio 3 d. nutarimą Nr. 27 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo įgyvendinimo saugiojo valstybinio duomenų perdavimo tinklo valdymo srityje“;

13) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. gruodžio 11 d. nutarimą Nr. 1252 „Dėl bendrų viešojo sektoriaus finansų valdymo informacinių sistemų ir jų naudojimo“;

2. sveikatos apsaugos ministro įsakymus:

1) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23 d. įsakymą Nr. V-35 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“;

2) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugsėjo 10 d. įsakymą Nr. V-1056 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto sudarymo ir Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto darbo reglamento patvirtinimo“;

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

4) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 18 d. įsakymą Nr. V-230 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo“;

5) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymą Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos;

6) kitus įsakymus, kuriuose minimos teritorinės ligonių kasos;

7) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1994 m. lapkričio 8 d. įsakymą Nr. 373 „Dėl Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kainų sąrašo patvirtinimo“;

8) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. liepos 10 d. įsakymą Nr. V-567 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros mokamų paslaugų kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Priėmus Įstatymo projektą, reikės pripažinti netekusiais galios:

1) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 7 d. įsakymą Nr. V-195 „Dėl Lietuvos Respublikos privalomuoju sveikatos draudimu apdraustų asmenų sveikatos būklės ir rizikos veiksnių paplitimo tyrimų tvarkos nuostatų patvirtinimo“;

2) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 18 d. įsakymą Nr. V-226 „Dėl Privalomuoju sveikatos draudimu apdraustų asmenų ligų ir traumų pasekmių bei sveikatos priežiūros ekonominio įvertinimo turinio ir tvarkos patvirtinimo“;

3) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimą Nr. 582 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimų išdavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

4) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 20 d. įsakymą Nr. V-2684 „Dėl Leidimų teikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo komisijos sudarymo“;

5) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 26 d. įsakymą Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“.

Šiuos teisės aktų projektus parengs Sveikatos apsaugos ministerija. Jie turės būti priimti iki 2024 m. gegužės 31 d.

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

Gali prireikti papildomų lėšų dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų reorganizavimo, tačiau tikslų šių lėšų poreikį sunku įvertinti, kol nėra patvirtintas reorganizavimo planas. Galimas trumpojo laikotarpio (2024 metų) laikinas veiklos išlaidų padidėjimas. Į tai buvo atsižvelgta rengiant 2024 m. PSD fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą. Dėl galimo Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų reorganizavimo numatyta skirti daugiau lėšų PSD sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti. Numatoma, kad dėl minėto reorganizavimo 2024 m. veiklos išlaidos gali padidėti apie 1 mln. Eur, iš jų apie 0,8 mln. Eur numatoma išiešiotinėms išmokoms ir susikaupusioms kasmetinėms atostogoms (darant prielaidą, kad iš darbo išiešiotų 10 procentų visų dirbančiųjų (apie 50 darbuotojų)), apie 0,2 mln. Eur – pensinio amžiaus sulaukusiems darbuotojams skaičiuojamiems atidėjimams išiešiotinėms išmokoms (vadovaujantis Darbo kodekso 56 straipsnio 1 dalies 4 punktu bei 24-ojo Viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standarto nuostatomis pensinio amžiaus sulaukusiems darbuotojams skaičiuojami atidėjimai išiešiotinėms išmokoms). Kita vertus, ilgainiui Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų funkcijos persiskirstys, padidės veiklos efektyvumas, o tai turės įtakos ir veiklos išlaidų racionalizavimui.

### **14. Įstatymų projekto rengimo metu gauti specialistų vertinimai ir išvados:**

Specialistų vertinimų ir išvadų projekto rengimo metu negauta.

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

Privalomasis sveikatos draudimas, Valstybinės ligonių kasos funkcijos, Valstybinės ligonių kasos teisės.

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

Didžiausias leistinas Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų pareigybių skaičius (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugpjūčio 17 d. įsakymas Nr. V-912):

Valstybinė ligonių kasa – 166 pareigybės,  
teritorinės ligonių kasos – 307 pareigybės.

---