

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

Eil. Nr.	Institucija, įstaiga, organizacija	Pastabos ir pasiūlymai	Argumentai, kodėl neatsižvelgta ar iš dalies atsižvelgta į pastabas ir pasiūlymus
1.	Lietuvos verslo konfederacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos pastabos, pateiktos 2023-06-09, 2023-08- 17, 2023-09-20 ir 2023-09-25 raštais ir el.paštu po susitikimų		
1.1.		<ul style="list-style-type: none"> - Dalis projektu inicijuojamų pakeitimų prieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijai, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimams bei konstituciniam teisinės valstybės principui. - Projektui nėra atliktas išsamus poveikio vertinimas – jis būtinas reikšmingai keičiant teisinį reglamentavimą. Pavyzdžiui, kaip ir šiuo atveju (toks Projekte yra ne vienas) – keičiant sutarčių su TLK sudarymo tvarką ir nustatant naujas sąlygas. 	Atsižvelgta iš dalies. 26 straipsnio pakeitimai nėra iš esmės naujai reglamentuojamas dalykas. Aiškinamasis raštas papildytas šiuo paaiškinimu ir paaiškinimais, kaip tai paveiks esamus sutarčių partnerius.
1.2		I. Sutarčių sudarymo sąlygos turi būti įtvirtintos įstatymu, kaip tai numato Konstitucinis Teismas	Atsižvelgta iš dalies. – Papildytas aiškinamasis raštas.

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

	<p>nustatoma, ar ASPI atitinka Vyriausybės nustatytus ASPI išdėstymo reikalavimus, vertinamas paslaugų poreikis ir mastas, kuriuos tvirtina SAM ir VLK. Taigi, SDĮ nėra tvirtinami jokie objektyvūs ir aiškūs Sutarčių sudarymo kriterijai. Valstybės pareiga nustatyti Sutarčių sudarymo sąlygas įstatyme nėra savitikslių. Konstitucinis Teismas išaiškino, jog asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra finansuojamos ne valstybės lėšomis (išskyrus būtinąją pagalbą), o visuomenės solidarumu pagrįsta sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistema. Todėl, Valstybė, sukūrusi, tokią paslaugų apmokėjimo sistemą, pagal Konstituciją, privalo pasirūpinti tuo, kad šios lėšos būtų skirstomos atsakingai ir racionaliai. Būtent nustatydama šių lėšų panaudojimo kriterijus, Valstybė privalo juos įtvirtinti įstatymu ir jame nustatyti iš anksto žinomus, nediskriminacinius Sutarčių sudarymo kriterijus.</p> <p>Konstitucinis Teismas aiškiai nurodė, kokie Sutarčių sudarymo aspektai gali būti tvirtinami poįstatyminiais teisės aktais – detali paslaugų apmokėjimo ir sutarčių sudarymo tvarka, t. y. detalus Sutarčių sudarymo aprašas, kuris išsamiai aprašo patį Sutarties sudarymo procesą. O Sutarčių sudarymo pagrindai ir baziniai kriterijai privalo būti numatyti įstatyme.</p> <p>..... SDĮ nustatant tik bendrus kriterijus, kurie yra tvirtinami poįstatyminiais teisės aktais, sukuriamos sąlygos piktnaudžiavimui, dažnam Sutarčių sudarymo sąlygų keitimui ir teisiniam neapibrėžtumui. Projektu keičiamame SDĮ 26 str. 4 d. siūlytume Sutarčių sudarymo sąlygas formuluoti taip:</p> <p>“4. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos atsižvelgiant į toliau nurodytus kriterijus, kurių detalizavimą, siektinas reikšmės ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <p>1) planuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis bei mastas ir patvirtinta bendra ir atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms PSDF biudžeto suma;</p> <p>2) įstaigos suteiktų atitinkamų asmens sveikatos priežiūros</p>	<p>– Iš sutarčių sudarymo sąlygų (SDĮ 26 str. 4 d. punktų) išimta sąlyga dėl įstaigų teikiamų paslaugų atitikimo Vyriausybės nustatytoms paslaugų teikimo sąlygoms, nes savo esme tai yra ne kriterijus asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pageidaujanti sudaryti sutartį, o reikalavimas pačiam sutarties objektui (kartu su kitais SDĮ 9 straipsnyje nurodytais reikalavimais).</p> <p>– Projekte numatyti trys iš keturių pasiūlytų kriterijų: paslaugų poreikis ir mastas, paslaugų apimtis praėjusiais metais, atitiktis kokybės rodikliams.</p> <p>– Taip pat po susitikimų su pastabų teikėjais, vykusių 2023 m. rugpjūčio 10 d. ir 2023 m. rugpjūčio 11 d., buvo pateiktos beveik analogiškos pastabos teiktoms 2023 m. rugpjūčio 17 d. – į dalį jų bus atsižvelgta rengiant įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus, todėl kad dalis teikiamų pasiūlymų yra įstatymo įgyvendinamųjų teisės aktų reguliavimo objektas. Siūlymui įstatymo 26 straipsnio 4 ir 5 dalyse susiaurinti reikšmės iki konkrečių paslaugų įvardijimo nepritariama, nes tai įstatymo įgyvendinamųjų teisės aktų reguliavimo klausimas.</p>
--	---	---

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

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

			<p>valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo veikimas.“</p> <p>Vertinant tai, kas pirmiau paminėta, prioriteto tvarka sudarant sutartis pirmiausia su tinklui priklausančiomis įstaigomis, o paskui – su likusiomis įstaigomis (atsižvelgiant į netenkinamą atitinkamų paslaugų poreikį), Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, užtikrinama pusiausvyra tarp jau turimų (veikiančių) įstaigų efektyvaus išteklių (žmoniškųjų ir infrastruktūros) panaudojimo, riboto PSDF biudžeto ir sąžiningos konkurencijos.</p> <p>Pastebėtina, kad tinklas formuojamas ribotam laikotarpiui (ne trumpesniam kaip 5 metai), tad jam pasibaigus formuojamas naujas tinklas ir ASPI į jį įtraukiamos iš naujo. LRV 2023 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. 551 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išsidėstymo reikalavimų ir išsidėstymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinto Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir išdėstymo tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) 2.2 papunkčiu numatyta, kad ASPI (nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo) PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pagal su teritorinėmis ligonių kasomis sudarytas sutartis iki sutarčių galiojimo pabaigos, o vėliau sveikatos apsaugos ministras įvertina šių ASPI atitiktį Apraše nustatytiems kriterijams ir priima sprendimą dėl ASPI įtraukimo (neįtraukimo) į tinklą.</p>
1.4		<p>Naujuoju SDI punkto projektu siekiama sutrumpinti terminą, iki kada pareiškėjai gali kreiptis su prašymu dėl paslaugų įtraukimo į Sąrašą. Iki šiol, paraiškos būdavo teikiamos iki</p>	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Paraiškos nebūtina pateikti per pirmus 2 metų mėnesius. Ją galima pateikti bet kuriuo metu. Tai tik</p>

		<p>kiekvienų metų kovo 1 dienos ir iki rugsėjo 1 dienos. Dabar siekiama nustatyti, jog paraiškos galės būti teikiamos tik iki einamųjų metų kovo 1 d., todėl yra panaikinamas papildomas pusės metų terminas kreiptis dėl paslaugų įtraukimo. Tai ypatingai sumažins pareiškėjų galimybes teikti kompensuojamas paslaugas jau nuo kitų metų, kadangi terminas yra pirmame metų ketvirtyje ir iki jo prašymo nepateikus, galimybė teikti kompensuojamas paslaugas itin nusikelia. Manome, kad šis terminas turėtų būti nustatytas ilgesnis – daugelis juridinių asmenų kalendorinių metų pradžioje yra apkrauti papildomu krūviu dėl įvairių ataskaitų rengimo, auditų rezultatų pateikimų, metinių planų, Sutarčių sudarymo ir kt., todėl ne visais atvejais yra fiziškai įmanoma per du pirmus metų mėnesius parengti ir pateikti paraiškas dėl paslaugų įrašymo į Sąrašą. Todėl, šis terminas turėtų būti nustatomas vėliau, pavyzdžiui – birželio 1 d.</p>	<p>galutinis terminas, po kurio Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) pradeda paraiškų nagrinėjimą. Nagrinėjimas turi būti baigtas, dalis paraiškų išnagrinėta Apeliacinėje komisijoje, Komiteto sprendimai priimti, pareikšta Privalomojo sveikatos draudimo tarybos ir VLK nuomonė, priimtas ministro sprendimas dėl paslaugų įrašymo į sąrašą, numatytos lėšos biudžeto projekte. Visa tai turi būti padaryta iki biudžeto projekto sudarymo. Todėl numatyti dar vėlesnį paraiškų pateikimo terminą nėra galimybių. Šiuo metu deklaruojama galimybė teikti paraiškas iki rugsėjo 1 d. yra nepagrįsta, nes lėšos kitų metų biudžete negali būti numatytos, net jeigu paslaugą būtų spėta įrašyti į sąrašą, pvz., gruodžio mėnesį. Be to, paraiškų nagrinėjimo skaldymas į dvi dalis apsunkina Komiteto darbo organizavimą, daro jį beveik nepertraukiamu.</p>
1.5		<p>VI. Įstatymas įsigalioja iš karto nuo jo priėmimo - tai prieštarauja teisėkūros principams</p> <p>Teisėkūros pagrindų įstatymas numato, jog teisės aktų pakeitimai, nustatantys naują ūkio subjektų veiklos reguliavimą, paprastai įsigalioja lapkričio arba gegužės 1 d., tačiau visais atvejais – ne anksčiau nei trys mėnesiai po jo paskelbimo dienos. Šiuo metu pateiktame Projekte nėra numatomas įsigaliojimo atidėjimas siekiant iš esmės pakeisti Sutarčių sudarymo tvarką, lemsiančią būsimą ASPI veiklą ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, privaloma numatyti tokio įstatymo pakeitimo įsigaliojimo atidėjimą.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies.</p> <p>Projektą priėmus rudens sesijoje įsigaliojimui numatomas ilgesnis nei 6 mėnesių terminas, t. y. nustatytas vėlesnis terminas nei gegužės 1 d. ar 3 mėnesiai po paskelbimo. Projekto 22 str. numatyta, kad projektas įsigalios 2024 m. liepos 1 d.</p>
1.6		<p>Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos 2023-08-17 pateikta pastaba įtraukti šios organizacijos atstovą į darbdavių deleguojamus asmenis į Privalomojo sveikatos draudimo tarybą.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies.</p> <p>Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija atstovauja sveikatos priežiūros įstaigas, ši asociacija įtraukiama į sveikatos priežiūros įstaigų deleguojamų atstovų sąrašą (keičiamas SDĮ 28 straipsnio 3 dalies 2</p>

			punkto a papunktis).
1.7		<p>Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos 2023-08-17 pateiktos pastabos performuluoti 26 straipsnio 5 dalį:</p> <p>5. Jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nesuteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už visą jai skirtą metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą, numatytą praėjusių metų sutartyje su Valstybine ligonių kasa, po to einančiais metais jai skiriama metinė suma nustatoma ne didesnė kaip praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų suma. Dėl praėjusiais metais neišnaudotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų bei einamaisiais metais padidėjusios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto dalies sutartys sudaromos su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios viršijo praėjusiais metais joms skirtą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto metinę lėšų sumą ir su kuriomis Valstybinė ligonių kasa neturi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų jei įstaigos, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo, atitinka šio straipsnio 4 dalyje numatytas sąlygas ir visus ar dalį žemiau nurodytų papildomų kriterijų, kurių detalizavimą pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės, su kurias atitinkančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos sutartys, ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <p>1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų skirtingų paslaugų (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir Vyriausybės nutarimu nustatytas kitas paslaugas) skaičius įstaigoje, tačiau šį kriterijų specializuotos asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali atitikti jei jos teikia kelias skirtingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas tam tikroje specializuotoje medicinos ar odontologijos srityje;</p> <p>2) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies.</p> <p>Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos siūlomas nustatyti principas dėl sumos paskirstymo yra ne SDĮ reguliavimo dalykas, tai organizacinis rengėjų siūlomo teisinio reguliavimo įgyvendinimas, kurį galima nustatyti įstatymo įgyvendinamuosiuose teisės aktuose, tad ši nuostata: „Jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nesuteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už visą jai skirtą metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą, numatytą praėjusių metų sutartyje su Valstybine ligonių kasa, po to einančiais metais jai skiriama metinė suma nustatoma ne didesnė kaip praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų suma“ bus perkelta į įgyvendinamuosius teisės aktus, kuriais ASPĮ yra planuojamos sutartinės sumos. SDĮ projekte siūloma palikti esamas formuluotes, nes jos pasako kriterijų esmę, o jų vertinimo reikšmės nustatys Vyriausybė. Tad atsižvelgus į dalį pateiktų pastabų, projekte siūloma palikti tokią 26 straipsnio 5 dalies formulotę:</p> <p>„5. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa nėra sudariusi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų, sudaromos tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl šių paslaugų, negali patenkinti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatyto šių paslaugų poreikio ir, atsižvelgiant į šį poreikį, užtikrinti Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatyto sveikatos priežiūros masto. Sutartys</p>

		<p>skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius paslaugų teikimo adresu;</p> <p>3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) apimtis (šis kriterijus taikomas nuo trečių sutarties sudarymo metų);</p> <p>4) ūkio subjektų priežiūros metu per praėjusius vienerius metus nustatyti privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pakartotiniai esminiai sunkūs pažeidimai.</p>	<p>sudaromos vadovaujantis šiais kriterijais, kurių detalizavimą pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <p>1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumas;</p> <p>2) kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu;</p> <p>3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius;</p> <p>4) per praėjusius trejus metus nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai.“</p> <p>Taip pat patikslintas kriterijus dėl pažeidimų, terminą sutrumpinant iki 3 metų. Toks terminas numatomas atsižvelgiant į tai, kad sutartys su ligonių kasomis sudaromos taip pat trejiems metams. Pažeidimų sunkumo ir pakartotinumas (jų lyginamasis svoris) bus nustatyti detalizuojant kriterijus Vyriausybės nutarime.</p> <p>Kitų kriterijų detalizavimas taip pat bus numatytas Vyriausybės nutarime.</p>
1.8		<p>Dėl Įstatymo 9 straipsnio pakeitimo</p> <p>Projekto 5 straipsnyje įsivėlė techninio pobūdžio klaida ... atsižvelgiant į tai, prašome Projekte ištaisyti šią klaidą bei Projekto 5 straipsnį koreguoti taip:</p> <p>„Pripažinti netekusia galios 9 straipsnio 8 9 dalį.“</p>	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Tai nėra klaida, nes pastabų teikėjas vertina dabar galiojančią SDĮ redakciją, o projektas parengtas nuo 2024-01-01 galiosiančios redakcijos pagrindu, kurioje naikintina dalis yra 8.</p>
1.9		<p>Dėl Įstatymo 9² straipsnio pakeitimo</p> <p>Pirma, teisė teikti pasiūlymus dėl naujų ASPP įrašymo į kompensuojamų paslaugų sąrašus turi būti suteikta tiek ASPI, tiek ir vaistines ar pacientus vienijančioms organizacijoms... sąrašas nebuvo papildytas Rašte pasiūlytomis</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies.</p> <p>Pareiškėjų sąrašas papildytas asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir vaistines vienijančiomis organizacijomis.</p> <p>Pacientų organizacijas vienijanti organizacija gali</p>

	<p>organizacijomis, vienijančiomis ASPI, vaistines ir pacientus. Toks papildymas neabejotinai prisidėtų prie ASPP prieinamumo bei pacientų pasitenkinimo, nes:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ APSI, teikiančios visų lygių ASPP, geriausiai mato, ko reikia pacientams, ko trūksta specialistams, kokios tendencijos pastebimos vaikų ir suaugusiųjų sergamume, kaip jų teikiamos paslaugos įsilieja tarptautiniame kontekste ir kokius žmogiškuosius išteklius, pajėgumus / infrastruktūrą gali užtikrinti ASPI siekiant naujų paslaugų kompensavimo. ASPI patirtis ir žinios yra ypatingai svarbios svarstant ir siūlant naujas kompensuojamas ASPP. Bet koku atveju, naujų kompensuojamų ASPP sveikatos priežiūros specialistai savarankiškai teikti negalės – tam bet koku atveju reikia visos ASPI įsitraukimo, todėl logiška ir suprantama, kad ne tik sveikatos priežiūros specialistus, bet ir ASPI vienijančios organizacijos turi turėti teisę teikti pasiūlymus Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetui (toliau – Komitetas), □ vaistinės prisideda prie ASPP prieinamumo gerinimo vakcinavimo srityje ir šių paslaugų atžvilgiu turi reikalingą ASPI licenciją bei teikia atitinkamas ASPP gyventojams. ASPI licenciją vakcinavimui turintys vaistinių kabinetai nėra tiesiog ūkio subjektai, tai taip pat ASPI teikiančios visuomenei svarbią paslaugą. Vaistinės ir jas vienijančios organizacijos objektyviai gali vertinti paslaugos poreikį visos Lietuvos mastu, nes stebi paslaugų poreikį, atlieka pacientų apklausas ir kt. Vaistinės yra vienintelis sektorius, kuris teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau neturi jokių galimybių kreiptis į atsakingas institucijas dėl savo teikiamų paslaugų kompensavimo PSDF lėšomis. Atitinkamai vaistinėse dirba kvalifikuoti farmacijos specialistai, kurie turi galimybę remtis kitų šalių praktika, moksliniais tyrimais ir gali būti ypatingai naudingi teikiant pasiūlymą Komitetui; □ pacientai visuomet geriausiai žino, ko jiems trūksta Lietuvos sveikatos sistemoje – ji egzistuoja jiems ir dėl jų. Todėl pacientus vienijančių organizacijų pasiūlymai būtų 	<p>identifikuoti, kokių naujų paslaugų reikia, ir numatyti kitus su jų teikimu susijusius aspektus, tačiau atsižvelgiant į tai, kad teikiant paraišką turi būti pateiktas paslaugos poveikis sergamumui ir mirtingumui nuo atitinkamos ligos (sveikatos būklės), pacientų išgyvenamumui, dalyvumui ir (ar) negaliai ir kt., šių aspektų vertinime (taigi paraiškos rengime) privalo dalyvauti specialistai, pacientų organizacija neturėtų būti pareiškėju.</p>
--	--	---

		<p>paremti praktika ir realiu pacientų poreikiu, kuris turi būti išgirstas Komiteto. Diegiant į pacientų poreikius orientuotą, personalizuotą mediciną, užtikrinant, o ne tik deklaruojant, kad pacientas yra centrinė sveikatos priežiūros sistemos ašis, būtina įtraukti ir pacientų skėtinę, vienijančią pacientų tam tikrų sričių organizacijas, organizaciją.</p> <p>Derinimo pažymoje nurodoma, kad tik sveikatos priežiūros specialistai gali pateikti kokybiškas ir mokslo žiniomis pagrįstas paraiškas, tačiau tuo pačiu paraiškas gali teikti VLK, SAM ir universiteto ligoninės. Be to, Projekto derinimo pažymoje dėstoma, jog pasiūlymas nebuvo priimtas, kadangi poreikį tam tikroms ASPP gali įvertinti tik specialistai, o ne ūkio subjektai – pasiūlymui parengti yra reikalingos specialios mokslinės žinios, todėl pasiūlymus gali teikti universiteto ligoninės bei sveikatos priežiūros specialistus vienijančios organizacijos. Tad šis argumentas objektyviai nepaaiškina, kodėl paraiškų negali teikti kitos ASPI (o ne tik universitetinė ligoninė), vaistinės ir pacientai.</p> <p>Svarbu atkreipti dėmesį, kad Komitetas vertina, ar pateiktos paraiškos yra tinkamos, tad nesudarymas galimybės teikti paraiškų ASPI bei vaistines vienijančioms organizacijoms yra nepagrįstai ribojamas. Tiek vaistinės, tiek ASPI yra pirmieji, sužinantys apie Pacientų poreikius ir būtinybę kompensuoti ASPP. Atitinkamai, tiek ASPI, tiek vaistinėse dirba kompetentingi sveikatos priežiūros specialistai, kurie neabejotinai turi reikiamų mokslinių žinių, įvertinti ir pagrįsti tam tikrų ASPP reikalingumą. Derinimo pažymoje nurodoma, kad subjektų rato paplėtimas neužtikrintų teikiamų paraiškų kokybės. Visgi, Įstatymo 9² straipsnis numato, kad Komitetas vertina pateiktas paraiškas ir jose įvardintas ASPP. Tai reiškia, kad argumentas dėl galimai nekokybiškų paraiškų pateikimo taip pat nėra argumentuotas, nes bet kuriuo atveju, gautos paraiškos yra tikrinamos, vertinant ir priimant sprendimą dėl APSP įtraukimo į Sąrašą. Todėl atsisakymas papildyti pasiūlymus Komitetui galinčių teikti subjektų sąrašą yra nepagrįstai ribojantis ASPI, vaistinių ir pacientų teisę</p>	
--	--	---	--

		<p>teikti savo pasiūlymus dėl ASPP įtraukimo į Sąrašą. Atitinkamai, prašome papildyti šio straipsnio 3 dalį taip:</p> <p>„3. Siūlymą dėl šio straipsnio 2 dalyje nurodytų paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ar išbraukimo iš jo gali pateikti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sveikatos apsaugos ministerija; 2) Valstybinė ligonių kasa; 3) universiteto ligoninė; 4) sveikatos priežiūros specialistus vienijanti organizacija. 5) asmens sveikatos priežiūros įstaigas vienijanti organizacija; 6) vaistines vienijanti organizacija. 7) pacientų organizacijas vienijanti organizacija.“ 	
1.10		<p>Dėl Įstatymo 26 straipsnio pakeitimo</p> <p>Pirma, nustatomi neįgyvendinami Sutarčių sudarymo kriterijai. Sutarčių su VLK sudarymo kriterijai turi būti objektyvūs ir įgyvendinami. dalis Įstatymo 26 straipsnio 4 dalyje įtvirtintų kriterijų yra objektyviai neįgyvendinami ASPI, siekiančioms sudaryti Sutartis dėl naujų ASPP. Įstatymo 26 straipsnio 4 dalies 2 punktą numato, kad ASPI privalo teikti Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime Nr. 370 (toliau – Nutarimas) numatytas ASPP. Nutarimas nustato ASPP teikimo kokybės kriterijus – teikiamų ASPP kieki. Todėl, tam, kad gautų Sutartį, ASPI jau turi būti įvykdžiusi kiekybinį ASPP teikimo kriterijų, t.y. turi jau būti suteikusi ženklų skaičių ASPP, o tai nėra įmanoma ASPI atlikti praktikoje, nes, įgyvendinti šį reikalavimą, kuomet pacientams nėra kompensuojamos ASPP ir jie turi sumokėti visą jų teikimo kainą, nėra įmanoma praktikoje, tai akivaizdžiai rodo visa eilė privačių ASPI veiklos patirtis – pacientai nesirenka valstybės nekompensuojamų ASPP, jei jiems yra alternatyva gauti kitoje ASPI tokias pačias, bet valstybės kompensuojamas ASPP, todėl ASPI reikalingo atliktų paslaugų kiekybinio kriterijaus niekada nesugebės įvykdyti. Tai reiškia, kad ASPI, siekiančios sudaryti Sutartis naujoms</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies.</p> <p>Vadovaujantis SDĮ 9 straipsnio 6 dalimi, PSDF biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios Vyriausybės nustatytas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas, todėl negalima sudaryti sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios neatitinka jų teikimo sąlygų.</p> <p>Atsižvelgiant į tai, iš sutarčių sudarymo sąlygų (SDĮ 26 str. 4 d. punktų) išimta sąlyga dėl įstaigų teikiamų paslaugų atitikimo Vyriausybės nustatytoms paslaugų teikimo sąlygoms, nes savo esme tai yra ne kriterijus asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pageidaujantį sudaryti sutartį, o reikalavimas pačiam sutarties objektui (kartu su kitais SDĮ 9 straipsnyje nurodytais reikalavimais).</p>

		<p>ASPP realiai neturės tokios galimybės vien dėl to, kad teikiant mokamas (nekompensuojamas) ASPP, nebus įmanoma suteikti tokio ASPP kiekio, kad būtų pasiekti Nutarime nustatyti kokybės kriterijai. Lietuvos pacientai paprastai nesirenka nekompensuojamų ASPP, nes šios yra brangios ir didžioji dalis pacientų negali finansine prasme sau leisti. Tai lemia, kad reikalavimas ASPĮ pasiekti Nutarimo kokybės kriterijus yra nepasiekiamas, jeigu nėra suteikiama galimybė teikti kompensuojamas ASPP. Todėl, siūlome Projekto 14 straipsniu keičiamo Įstatymo 26 straipsnio 4 dalies 2 punktą papildyti taip, nurodant galimą „pereinamąjį“ 3 metų laikotarpį:</p> <p>„2) teikti šio Įstatymo 9 straipsnio 6 dalyje nurodytame Vyriausybės nutarime nustatytas sąlygas atitinkančias paslaugas, minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimčių reikalavimus taikant nuo trečiųjų sutarties sudarymo metų;“</p> <p>Antra, ASPĮ, kurios iki šiol neteikė konkrečių ASPP, apmokamų iš PSDF biudžeto, bus diskriminuojamos, kadangi joms nebelieka beveik jokių galimybių sudaryti Sutartį, ypač, jei tokia ASPĮ specializuojasi konkrečioje srityje. Tai prieštarauja konkurencijos teisės pamatiniams principams.</p> <p>Įstatymo 26 straipsnio 5 dalimi yra siūloma visiškai neracionali Sutarčių sudarymo tvarka dėl paslaugų, kurių ASPĮ iki šiol Sutarties pagrindu neteikė. Siūloma tvarka uždaro bet kokias galimybes naujoms ASPĮ pradėti teikti kompensuojamas iš PSDF paslaugas, kadangi jos Sutartis galės sudaryti tik tuomet, kai „asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl šių paslaugų, negali patenkinti <...> paslaugų poreikio ir, atsižvelgiant į šį poreikį, užtikrinti <...> sveikatos priežiūros masto.“ Akivaizdu, kad plečiantis šiuo metu rinkoje esančioms ASPĮ, naujosios, siekiančios į rinką patekti ASPĮ, niekada ir neįgis galimybės sudaryti Sutartį dėl naujų paslaugų teikimo. Toks apribojimas akivaizdžiai prieštarauja konkurencijos teisei, diskriminuoja naujas ASPĮ ir nepagrįstai</p>	
--	--	---	--

	<p>sukuriamos prielaidos Konstitucinių teisėtų lūkesčių apsaugos, teisinio tikrumo ir teisinio saugumo principų neužtikrinimui ar pažeidimui. Pavyzdžiui, Projekte nurodoma, kad Atitikties kokybės reikalavimams vertinimo metodiką nustatys SAM. Tokios metodikos projektas turėtų būti teikiamas kartu su Projektu, kadangi iš abstraktaus pavadinimo labai sunku suprasti, kokie papildomi atitikties reikalavimai bus nustatyti SAM.</p> <p>Ketvirta, Projektu ribojamos ASPI galimybės teikti stacionarines aktyviojo gydymo ASPP, nustatant, kad Sutartys dėl šių ASPP bus sudaromos su tomis ASPI, kurios yra įtrauktos į Vyriausybės nustatytą stacionarines aktyviojo gydymo ASPP tiekiančių ASPI tinklą. Tai pažeidžia Konstitucinę valstybės pareigą užtikrinti pakankamą ASPI tinklą, nustatyti nediskriminacines Sutarčių sudarymo sąlygas. Konstitucinis Teismas nurodo – Sutarčių sudarymo tvarka turi leisti valstybei užtikrinti pakankamą ASPI tinklą, jog visi pacientai gautų prieinamas ASPP. Tačiau, Projektu numatomas pakeitimas dėl Sutarčių sudarymo dėl stacionarinių aktyviojo gydymo ASPP teikimo, būtent diskriminuoja konkrečias ASPI. ASPI kreipusis dėl Sutarties sudarymo, bus vertinama, ar ASPI atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 str. 1 d. pagrindu nustatytus šiuos ASPI išdėstymo reikalavimus: „<...> įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, <...> išdėstymą nustato Vyriausybė.“ Ši tvarka ne tik diskriminuoja ASPI, bet tuo pačiu monopolizuoja stacionarines aktyviojo gydymo ASPP, kurios galės būti teikiamos tik Vyriausybės nustatytose ASPI ir pažeidžia Konstitucinius ūkinės veiklos laisvės principus. Siūlomas pakeitimas paneigia valstybės pareigą užtikrinti pakankamą ASPI tinklą, nes dirbtinai ribojant ASPI, teikiančių kokybiškas ir saugias stacionarines aktyviojo</p>	<p><i>bendrojo ugdymo programas, atskirų kriterijų reikšmė gali būti sukonkretinama poįstatyminiuose teisės aktuose, inter alia Vyriausybės patvirtintose Taisyklėse.<...>“</i></p> <p>Patys kriterijai yra numatomi įstatyme, tačiau jų detalizavimas, atsižvelgiant į didelį paslaugų skaičių, dėl kurio toks detalizavimas teisėkūros efektyvumo prasme nėra tinkamas įstatymo lygiu, paliekamas LR Vyriausybei. Kriterijai nebus išplečiami, o bus nustatoma, ką konkrečios paslaugos atveju reiškia paslaugų spektras (kada jis pakankamas), koks praėjusiais metais suteiktų konkrečių paslaugų skaičius bus pakankamas ir pan.</p> <p>Papildomi kokybės reikalavimai nebus nustatomi, bus nustatoma tik atitikties jau esamiems kokybės reikalavimams vertinimo tvarka.</p> <p>Žr. ankstesnius komentarus dėl tinklo</p>
--	--	--

	<p>gydymo ASPP skaičių, mažėja ASPP prieinamumas gyventojams. Manome, kad pagrindinis ir esminis kriterijus turėtų būti būtent ASPI teikiamų stacionarinių aktyviojo gydymo ASPP kokybė ir sauga, ir tik su tomis ASPI, kurios užtikrina aukštos kokybės saugių šių paslaugų teikimą gyventojams, Sutartys dėl šių ASPP kompensavimo turėtų būti pasirašomos didesnėms apimtims, o su ASPI minėtų ASPP kokybės ir saugos lygio neužtikrinančiomis – Sutarčių apimtys turėtų būti mažinamos ar net atsisakoma su jomis tokias Sutartis sudaryti. Kiti kriterijai, mūsų manymu, yra neobjektyvūs, dirbtinai ribojantys galimų aukštą šių ASPP kokybę ir saugą pacientams užtikrinančių ASPI galimybes teikti Lietuvos gyventojams minėtas aukštos kokybės, saugias ASPP.</p> <p>Penkta, vienas iš siūlomų kriterijų vertinant ASPI, kurios iki šiol neteikė konkrečių iš PSDF biudžeto kompensuojamų paslaugų – paslaugų teikimo spektras. Toks kriterijus iš esmės užveria duris visoms mažesnėms specializuotoms ASPI gauti Sutartis naujoms pacientams reikalingoms papildomoms paslaugoms. Tai ypatingai svarbu tokioms ASPI, kurios specializuojasi siaurose medicinos srityse, tokiose kaip oftalmologija, dializė, reabilitacija, traumatologija, odontologija ir kt. Nelogiška, nepagrįsta ir ydinga, jei ASPI, besispecializuojanti vienoje ar keliose siaurose medicinos srityse, užtikrinanti ypač aukštą tos medicinos srities ASPP teikimo kokybę ir saugą pacientams, netektų galimybės teikti kompensuojamas iš PSDF paslaugas, o pacientams būtų atimta galimybė tokiose ASPI gauti kompensuojamas ASPP. Tai, kad įstaiga siekia ekspertiškumo ir kokybės vienoje srityje negali būti kliūtis veikti ir teikti valstybės kompensuojamas ASPP pacientams. Įprasta praktika specializacija vienoje ar keliose medicinos srityse didina ASPI ir jos darbuotojų ekspertiškumą, taip užtikrinama ypač aukšta ASPP teikimo kokybė, pacientų pasitenkinimas ir ASPI veiklos efektyvumas. Jei šio kriterijaus nebūtų atsisakyta, visos specializuotos klinikos būtų priverstos dirbtinai pradėti</p>	<p>Minimoms įstaigoms neužkertamas kelias sudaryti sutartis, nes kompleksiskumas yra tik vienas iš kriterijų, atitikimas kuriam bus vertinamas balais. Bus vertinama balų pagal visus kriterijus suma.</p> <p>Pažymėtina, kad atitiktis paslaugų kokybės kriterijams yra numatyta projektu keičiamo įstatymo 26 str. 4 d. 4 p. – juos turės atitikti visos įstaigos. Taip pat atkreipiame dėmesį, kad pacientų atžvilgiu svarbu ne vien paslaugų kokybė (kuria, kaip nurodoma, užtikrina specializuotos įstaigos), bet ir paslaugų prieinamumas, kurio sudėtinė dalis yra galimybė esant poreikiui gauti kelias paslaugas vienoje įstaigoje, todėl paslaugų spektrui turi būti teikiamas prioritetas, kai yra užtikrinta vienoda visų paslaugų kokybė (projektu keičiamo įstatymo 26 str. 4 d. 4 p.).</p> <p>Dėl siūlymo koreguoti 26 str. 5 d. 4 p. – pažymėtina,</p>
--	--	--

	<p>teikti kitų profilių ASPP, taip prarastų ekspertiskumą ir veiklos efektyvumą. Toks kriterijus taip pat pažeidžia aukščiau minėtus teisės aktų reikalavimus, kadangi išskirtinis prioritetas būtų teikiamas tik didelėms, plataus spektro ASPI, kurių dauguma yra viešųjų, taip būtų apribota didelės dalies privačių ASPI veikla. Taigi Projekto 14 straipsniu siūlomi pakeitimai pažeistų normalias rinkos ekonomikos sąlygas, sudarytų prielaidas rinkos monopolizacijai, kas tiesiogiai pažeistų Konstituciją. Lietuvoje draudžiama monopolizuoti gamybą ir rinką, o sąžiningos konkurencijos laisvė - saugoma. Atsižvelgiant į tai, siūlome Projekto 14 straipsnyje pateikto 26 straipsnio 5 dalį dėstyti bent tokiu būdu, kurį buvome anksčiau aptarę su SAM ir VLK. Be aukščiau aptartų pastabų taip pat siūlome aiškiau apibrėžti kokie nustatyti pažeidimai bus vertinami ASPI atžvilgiu:</p> <p>„5. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa nėra sudariusi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų, sudaromos tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl šių paslaugų, negali patenkinti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatyto šių paslaugų poreikio ir, atsižvelgiant į šį poreikį, užtikrinti Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatyto sveikatos priežiūros masto. Sutartys sudaromos vadovaujantis šiais kriterijais (kriterijus detalizuoja pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė): Jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nesuteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už visą jai skirtą metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą, numatytą praėjusių metų sutartyje su Valstybine ligonių kasa, po to einančiais metais jai skiriama metinė suma nustatoma ne didesnė kaip praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų suma. Dėl praėjusiais metais</p>	<p>kad kriterijų detalizuos ir jo reikšmės nustatys Vyriausybė, pvz., nustatys, kad jei viena įstaiga yra padariusi pažeidimą, dėl kurio sustabdyta licencija, o kita pažeidimą, dėl kurio licencija nebuvo sustabdyta, sutartis bus sudaroma su antrąja, arba jei viena įstaiga yra padariusi pažeidimą (net jei dėl jo licencija nebuvo sustabdyta), o kita – ne, sutartis bus sudaroma su antrąja. Tačiau jei kelios įstaigos bus padariusios po vienodą skaičių vienodų pažeidimų, lemiamas bus vertinimas pagal kitus kriterijus. Taigi visos įstaigos „konkuruos“ tarpusavy vertinant jų pažeidimus, todėl nėra poreikio nustatyti, kad vertinami tik reikšmingi pažeidimai, dėl kurių buvo sustabdyta asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencija arba turėtos sutarties su Valstybine ligonių kasa vykdymas. Pažymėtina, kad toks visų pažeidimų vertinimas skatins įstaigas stengtis kuo geriau vykdyti savo pareigas teikiant paslaugas (be kita ko bendradarbiauti su priežiūros institucijomis šalinant nustatytus pažeidimus iki kol jie yra fiksuojami oficialiame tyrimo dokumente).</p> <p>Dėl termino už kurį vertinami pažeidimai – atsižvelgta iš dalies. Projekte pataisyta į trejus metus.</p>
--	---	--

		<p>neišnaudotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų bei einamaisiais metais padidėjusios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto dalies sutartys sudaromos su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios viršijo praėjusiais metais joms skirtą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto metinę lėšų sumą ir su kuriomis Valstybinė ligonių kasa nėra sudariusi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų, jei įstaigos, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo, atitinka šio straipsnio 4 dalyje numatytas sąlygas ir visus ar dalį žemiau nurodytų papildomų kriterijų, kurių detalizavimą pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės, su kurias atitinkančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos sutartys, ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:</p> <p>1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų spektras (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir Vyriausybės nutarimu nustatytas kitas paslaugas) skaičius įstaigoje, tačiau šis kriterijus netaikomas specializuotos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurių pagrindinė asmens sveikatos priežiūros veikla yra susijusi su viena ar keliomis specializuotomis medicinos bei odontologijos sritimis;</p> <p>2) kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu;</p> <p>3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius; per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) apimtis (šis kriterijus taikomas nuo trečių sutarties sudarymo metų);</p> <p>4) per praėjusius penkerius dvejus metus nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų reikšmingi</p>	
--	--	---	--

		pažeidimai, dėl kurių buvo sustabdyta asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencija arba turėtos sutarties su Valstybine ligonių kasa vykdymas.“	
2.	Teisingumo ministerija 2023-06-13 raštu pateiktos pastabos		
2.1		Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo 23 straipsnyje reguliuojamas registro valdytojo ir registro tvarkytojo skyrimas. Atsižvelgiant į šio straipsnio 1 ir 2 dalių nuostatas, VLK negali būti skiriama Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro <i>valdytoja</i> , kaip kad siūloma numatyti 7 straipsnio 4 dalyje, 30 straipsnio 6 punkte. Atkreiptinas dėmesys, kad valstybės registro valdytoju skiriama ministerija arba ministerijai nepavaldi valstybės institucija ar valstybės įstaiga, kitas juridinis asmuo, jeigu jos vadovas yra asignavimų valdytojas.	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>30 straipsnio 6 punktas pakoreguotas, 7 straipsnio 4 dalis išbraukta, aiškinamasis raštas papildytas paaiškinimu:</p> <p>galiojančiame SDĮ nėra nurodytas valdytojas. Šiuo metu Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro valdytojo funkcijas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugsėjo 11 d. nutarimu Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“, vykdo VLK, įskaitant registro plėtros ir priežiūros finansavimą, tad keisti valdytoją dėl SDĮ pakeitimo būtų neracionalu (dėl daugybės darbų, susijusių su valdytojo funkcijų perdavimu, sutarčių bei teisės aktų keitimu) ir finansiškai nuostolinga. Be to, naujos redakcijos Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo projekte (TAIS 23-1782(2), kuris parengtas ir pateiktas LRV, yra keičiamas valdytojo skyrimo reglamentavimas, numatant, kad duomenų valdytojas skiriamas teisės aktu, kuriuo inicijuojamas informacinės sistemos steigimas. Ir reikalavimų, kas galėtų būti valdytoju atsisakyta (25 straipsnis).</p>
2.2		Nepritartina siūlymui pripažinti netekusia galios Įstatymo 9 straipsnio 9 dalį. Projekto rengėjai šį siūlymą argumentuoja, remdamiesi poįstatyminiu teisiniu reguliavimu, kas iš esmės neatitinka konstitucinio teisės aktų hierarchijos principo	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Šiuo metu leidimas teikti naujo profilio stacionarines paslaugas iš esmės išduodamas pagal vieną kriterijų – Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m.</p>

		turinio.	<p>balandžio 23 d. nutarime Nr. 370 (toliau – LRV Nr. 370) nurodytą atitinkamos paslaugos vartojimo rodiklį, kurio Komitetas neturi teisės kvestionuoti (Komitetas negali paneigti LRV Nr. 370 nurodyto vartojimo rodiklio, tai yra nuspręsti priešingai, nei pagal LRV Nr. 370). Atsižvelgiant į tai, kad pagal LRV Nr. 370 nuo 2024 m. sausio 1 d. įsigalios paslaugų poreikių vertinimo sistema ir bus sudarytas atskiras komitetas, bei siekiant mažinti administracinę naštą ASPI, išvengti darbų dubliavimo, leidimo teikti naujo profilio stacionarines paslaugas turėtų būti atsisakyta. Be to, vartojimo rodiklis naikinamas ir atsiranda paslaugų poreikio vertinimo sistema, kuri bus aiškesnė paslaugų teikėjams – ASPI.</p>
2.3		<p>Įvertinus keičiamo Įstatymo 9² straipsnio 2 dalies 2 punkto formuluotę kartu su to paties straipsnio 4 dalies 1 punkto formuluote, manytina, tam tikrais atvejais gali kilti šių nuostatų taikymo kolizija: pagal vieną jų Komitetas turėtų atlikti vertinimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis jau apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai dėl jų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų, ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms; pagal kitą – Komitetas nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai didinamos visų arba tam tikrų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis jau apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir nekeičiami sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimai (išskyrus pačios kainos nustatymą). Atsižvelgiant į tai, siūlytina apsvarstyti galimybę 9² straipsnio 2 dalies 2 punkte formuluotę „ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų“ keisti į formuluotę „ir apmokėjimo tvarkos pakeitimų“, tokiu būdu kartu kaip perteklinio atsisakant to paties straipsnio 4 dalies 3 punkto.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies 4 d. 3 p. formuluotė palikta, nes ji neperteklinė, o 4 dalies 1 punktas patikslintas: „4. Komitetas nevertina paslaugų, kai: 1) didinamos visų arba tam tikrų PSDF biudžeto lėšomis jau apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir nekeičiami nei sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo, nei organizavimo reikalavimai, nei apmokėjimo tvarka (išskyrus pačios kainos nustatymą);“.</p>

2.4		<p>Projekte nėra nuostatų, kuriomis remiantis sveikatos apsaugos ministras priimtų sprendimą asmens sveikatos priežiūros paslaugų neįrašyti į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, – o tai taip pat neatitinka teisėkūros aiškumo ir apibrėžtumo principų turinio, sudaro prielaidas piktnaudžiauti, tapčias situacijas vertinti skirtingai</p>	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Projekte yra nuostatos (9² str. 9 d.), kad vertinimo kriterijų reikšmės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo pagal prioritetą tvarką bei šio straipsnio 8 dalyje nurodyto sprendimo (sveikatos apsaugos ministro sprendimo dėl įrašymo / neįrašymo) priėmimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras. Visas straipsnis yra apie paslaugų įrašymą į sąrašą, t. y. sprendimas iš esmės bus priimamas tik dėl įrašymo. Visos kitos paslaugos tiesiog nepateks į sąrašą ir atskiro sprendimo nebus.</p>
2.5		<p>26 straipsnio 4 dalyje nustatomi nauji ir ženkliai platesni reikalavimai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, pageidaujantioms sudaryti sutartis su VLK. Lydimajame medžiagoje nėra aptarta, kaip minėti reikalavimai paveiktų šiuo metu veikiančias ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas: kiek jų atitiktų minėtus reikalavimus, kiek jų galimai neatitiktų minėtų reikalavimų, kiek galėtų prireikti papildomo laiko, kad įstaigos galėtų prisitaikyti (įgyvendinti) prie naujų reikalavimų bei ar nereikia tam skirto pereinamojo laikotarpio. Visi šie aspektai yra itin svarbūs ir lemiantys apdraustųjų teisę gauti tinkamą ir prieinamą sveikatos priežiūrą. Įvertinant Projekto 22 straipsnio 4 dalies nuostatas, aiškinamajame rašte turėtų būti pateikta informacija apie šiuo metu sudarytų ir galiojančių sutarčių sąlygas, jų terminuotumą, galiojimo terminus, aplinkybę, kad dalies sutarčių galiojimas gali baigtis 2023 m. gruodžio 31 d., todėl dalis ūkio subjektų poveikį vykdomai veiklai pajustų nuo pirmos pakeitimų įsigaliojimo dienos. Šiame kontekste turėtų būti įvertintos ir Teisėkūros pagrindų įstatymo 20 straipsnio 4 dalies nuostatos.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Papildytas aiškinamasis raštas dėl poveikio esantiems sutarčių partneriams.</p> <p>Dėl įsigaliojimo iškart – įstatymas įsigalios nuo 2024 m. liepos 1 d., todėl aktualu tik sudarant sutartis ne anksčiau kaip 2025 metams. Taip pat nepažeidžiamas Teisėkūros pagrindų įstatymas, nes įsigaliojimas numatytas 2024 m. liepos 1 d., o Teisėkūros pagrindų įstatyme numatyta, kad teisės aktai, keičiantys ar nustatantys naują ūkio subjektų veiklos ar jos priežiūros teisinį reguliavimą, paprastai įsigalioja gegužės 1 dieną arba lapkričio 1 dieną, tačiau visais atvejais ne anksčiau kaip po trijų mėnesių nuo jų oficialaus paskelbimo dienos.</p>
2.6		<p>Keičiamo Įstatymo 30 straipsnio 11 punkte nuostata „šio įstatymo 14 straipsnio 4 dalyje nurodyto Vyriausybės nutarimo“ keistina į nuostatą „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėse“.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės šiuo metu nereglamentuoja ir neturėtų reglamentuoti finansinės ir ekonominės fondo biudžeto lėšų panaudojimo</p>

		Be to, turėtų įvertinti, kad nurodomos funkcijos detalesnė realizavimo tvarka turėtų būti atskiro straipsnio, reglamentuojančio neteisėtai išmokėtų lėšų grąžinimą, reguliavimo dalyku	<p>analizės. Nėra poreikio kurti atskirą straipsnį dėl finansinės ir ekonominės PSDF biudžeto lėšų naudojimo analizės.</p> <p>Šiuo metu minėtos analizės atlikimo tvarką reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-1356 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo analizės“. Šio teisės akto pakanka (jį galima operatyviau keisti atsižvelgiant į besikeičiančius tokios analizės poreikius), todėl nuostata pataisyta taip:</p> <p>„9) šio įstatymo 14 straipsnio 4 dalyje nurodyto Vyriausybės nutarimo sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka atlieka finansinę ir ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo analizę;“.</p>
2.7		38 straipsnio 3 punkte siūloma numatyti, kad apdraustieji turi teisę „Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nustatyta tvarka gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamą sveikatos priežiūrą kitose Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ar Šveicarijos Konfederacijoje“. Atsižvelgiant į tai, kad tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Europos Sąjungoje reglamentuoja ne tik Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai, bet ir 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, siūlytume šioje nuostatoje nurodyti ne tik Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, bet ir Direktyvą 2011/24/ES perkeliančius Lietuvos Respublikos teisės aktus.	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Apdraustojo teisę į nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų gavimą kitose ES šalyse nustato reglamentai. Tuo tarpu direktyva reglamentuoja asmens teisę gauti asmens apmokėtos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą ir ji yra perkelta į Lietuvos nacionalinę teisę 2013 m. spalio 1 d. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo ir Įstatymo papildymo 12-1 straipsniu ir priedu įstatymu Nr. XII-526. Įgyvendinant SDĮ 12¹ str. taip pat priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-957 „Dėl Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.</p>
2.8		Taip pat, tikslinant įstatymų projektus, turėtų būti įvertintos Teisingumo ministerijos 2023 m. birželio 2 d. raštu Nr. (1.6 Mr) 2T-644 pateiktos pastabos (TAIS Nr. 23-7982) dėl poreikio tikslinti SDĮ ir susijusį įstatyminį reguliavimą.	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Rašte nurodytas SDĮ tikslinimas reikalauja gilesnės diskusijos ir turėtų būti atliekamas kartu su kitų įstatymų, kuriais reglamentuojamas sveikatos</p>

			programų tvirtinimas, vykdymas ir finansavimas, pakeitimais. SDĮ pakeitimo projektas šiuo atveju būtų tik lydimasis teisės aktas.
3.	Vidaus reikalų ministerijos 2023-06-21 raštu pateiktos pastabos		
3.1		<p>Įstatymo 9² straipsnio 4 dalies 5 punkte, 6 dalies 1 ir 2 punktuose vartojama formuluotė „įdiegti paslaugą“. Atkreipiame dėmesį į tai, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos laikomos viešosiomis paslaugomis, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 2 straipsnio 19 punkte. Sistemiškai vertinant viešojo administravimo įstatyme nustatytą viešųjų paslaugų teisinį reguliavimą pažymėtina, kad viešosios paslaugos (įskaitant asmens sveikatos priežiūros paslaugas) yra teikiamos/pradedamos teikti, o ne įdiegiamos.</p> <p>Siekdami išvengti galimų teisės normų dviprasmybių ar skirtingo jų aiškinimo, siūlome tikslinti nurodytas Įstatymo nuostatas vietoje formuluočių „įdiegti paslaugas“ vartoti formuluotę „pradėti teikti paslaugas“.</p>	<p>Neatsižvelgta.</p> <p>Formuluotė „paslaugos įdiegimas“ nėra tapatus formuluotei „pradėti teikti“ asmens sveikatos priežiūros paslaugų atveju. Paslauga gali būti įdiegta, t. y. įvertinta, priimti visi reikalingi teisės aktai, įrašyta į kompensuojamųjų sąrašą, apskaičiuota ir patvirtinta jos kaina, o teikti nepradėta, pvz., dėl teikėjų nebuvimo arba jų nenoro teikti paslaugą nustatytomis kainomis.</p>
4.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų 2023-06-21 raštas Nr. SR-4178	<p>Pastaba dėl 9² straipsnio 4 dalies 6 punkto, kuri pakartotinai pateikta 2023-08-17 derinant įstatymo projektą darbine tvarka. Projektu siūloma, kad naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, skirtos nustatyti mutaciją ar biožymenį dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu, būtų įtraukiamos į iš PSDF kompensuojamųjų paslaugų sąrašą be Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto („Komitetas“) įvertinimo. Šioms paslaugoms įtraukti į kompensuojamųjų sąrašą, vadovaujantis Projekto 9² straipsnio 8 dalimi, reiktų kreiptis į sveikatos apsaugos ministrą tiesiogiai ir dėl įtraukimo būtų sprendžiama „atsiradus poreikiui“.</p> <p>Projekto aiškinamasis raštas nepatiksina, kodėl būtent šių naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (mutacijai/biožymeniui nustatyti ir būtent tik dėl gydymo kompensuojamaisiais vaistais) įtraukimui į iš PSDF</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Nuostata palikta, tačiau papildytas aiškinamasis raštas:</p> <p>„Naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, leidžiančios nustatyti mutaciją ar biožymenį dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu skyrimo, būtų įtraukiamos į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą be Komiteto įvertinimo, nes dėl šio kompensuojamojo vaisto ir jam skirti reikalingo tyrimo jau yra priimtas sprendimas Sveikatos apsaugos ministerijos Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijoje (t. y. jau atlikta vertinimo procedūra). Gydymas šiuo vaistu tampa neįmanomas, jei nėra tokio tyrimo, kuris leistų nustatyti mutaciją ar</p>

	<p>kompensuojamųjų paslaugų sąrašą taikoma išimtis. Siūlomu reglamentavimu nauja mutacijos ar biožymens nustatymo paslauga, jei ji būtina dėl gydymo nekompensuojamuoju vaistu nustatymo ar nevaistiniam gydymo metodui ar diagnozei, ar prognozei nustatyti ar patikslinti būtų prašoma kompensuoti ir vertinama bendra tvarka (gaunant Komiteto vertinimą), nors terapinis poveikis pacientui gali būti net mažiau reikšmingas nei mutacijos ar biožymens dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu nustatymo paslaugos atveju.</p> <p>Eurpos vaistų agentūra (EVA) registruoja maždaug 40-50 naujos veikliosios medžiagos vaistinių preparatų per metus. 2022 m. EVA pritarė genų terapijos, somatinių ląstelių terapijos, antikūnų terapijos bei daugeliui kitų vaistinių preparatų onkologinėms, hematologinėms, sunkioms genetinėms bei kitoms ligoms gydyti. Daugelis šių inovatyvių vaistų gali būti skiriami tik nustačius ligas bei būkles sukeliančias mutacijas ar kitus biologiniu žymenis. Taigi, mutacijos ar biožymens dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu nustatymo paslaugos reikšmė pacientų gydymo inovatyviais vaistais prieinamumui ir efektyviam taikymui yra didžiulė:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nenustačius žymens, nežinoma, kokį vaistą skirti, todėl vaistas būtų nepaskirtas. Šiuo atveju pacientams būtų atimta galimybė gauti efektyvų gydymą vaistiniais preparatais; 2. nenustačius žymens, toks vaistas gali būti paskirtas pacientui, kuriam jis mažai veiksmingas. Šiuo atveju būtų ypač neracionaliai naudojamos PSDF lėšos, nes vaistas būtų skiriamas be tinkamos pacientų atrankos; 3. nenustačius žymens kai kuriems pacientams vaistas gali būti pernelyg toksiškas. Pacientui būtų padaryta žala, atsirastų toksinių reiškinių papildomos PSDF biudžeto diagnostikos ir gydymo išlaidos bei žalos pacientui atlyginimo išlaidos įstatymų nustatyta tvarka. <p>Taigi, priėmus siūlomos formuotės 9² straipsnio 4 dalies 6 punktą, būtų daroma nepataisoma žala pacientams, kuri</p>	<p>biožymenį.“</p>
--	--	--------------------

		<p>galimai baigtusi negalia bei mirtimi.</p> <p>Siūlome, kad šios naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų įtraukiamos į kompensuojamųjų sąrašą bendra tvarka, t.y. teikiant paraišką kartą per metus, ją vertinant Komitete pagal Projekte nustatytus terapinės ir ekonominės naudos kriterijus, užtikrinant galimybę ikiteismine tvarka ginčyti Komiteto sprendimą tokių paslaugų atžvilgiu. Toks reguliavimas lemtų, kad prieš priimant kompensavimo sprendimą prašymas kompensuoti tokias paslaugas būtų išsamiai įvertintas terapinės ir ekonominės naudos kriterijais.</p> <p>Be to, toks siūlomas reguliavimas suvienodintų įrašymo į PSDF kompensuojamųjų paslaugų sąrašą sąlygas paslaugoms, nepriklausomai nuo to, ar jos būtinos dėl gydymo kompensuojamaisiais vaistais, dėl gydymo nekompensuojamaisiais vaistais ar dėl gydymo nevaistiniais gydymo metodais. Tokiu būdu būtų užtikrinamas vienodas šio tipo paslaugų kompensavimo PSDF lėšomis sąlygos ir prieinamumas pacientams laikantis sveikatinimo veiklos reguliavimo (asmens sveikatos priežiūros priimtumo, prieinamumo ir tinkamumo) principų (Sveikatos sistemos įst. 5 str. 1 d. 5 p.).</p>	
5.	Asociacijos „Kraujas“ 2023-07-14 raštas	<p>Rengėjai siūlo, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai siūloma įrašyti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą, kuria nustatoma mutacija ar biologinis žymuo dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu skyrimo (9² straipsnio 4 dalies 6 punktas). Su šiuos siūlymu mūsų atstovaujama asociacija nesutinka. Diagnostiniai tyrimai yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų dalis, jau šiuo metu iš PSD fondo biudžeto lėšų yra kompensuojami brangūs diagnostiniai tyrimai nustatantys biologinius žymenis ir mutacijas. Rengėjai, siūlo diskriminacinę nuostatą, taikoma išimtinai, kuomet minimi tyrimai reikalingi parinkti tikslesnį ir efektyvesnį vaistinių preparatų pacientui, kuris lemia gerus gydymo rezultatus, esant būtent tam tikrai mutacijai ar biožymeniui. Priešingai,</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies</p> <p>Žr. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų pastabos komentarą.</p>

	<p>yra būtina plėsti diagnostinius tyrimus susijusius su mutacijomis ir biologiniais žymenimis, siekiant kuo didesniai pacientui ratui parinkti personalizuotą gydymą.</p> <p>Rengėjai, turėtų ne tik svarstyti minimų diagnostinių tyrimų įtraukimą į naujai apmokamų PSD fondo biudžeto lėšomis paslaugų sąrašą, tačiau keisti ir vertinimo metodiką visiems diagnostiniams tyrimams. Šiuo metu Įstatyme numatyta, kad bet kuri nauja asmens sveikatos priežiūros paslauga yra vertinama atsižvelgiant į atliktus klinikinius tyrimus susijusius su poveikiu pacientų išgyvenamumui, darbingumui ar gyvenimo kokybei. Atkreipiame dėmesį, kad diagnostiniai tyrimai nėra gydomoji priemonė turinti įtakos šiems kriterijams, tačiau jie būtini parenkant gydymą. Atsižvelgiant į tai, naujiems diagnostiniams tyrimams vertinti turi būti taikomi kitokie vertinimo kriterijai. Todėl siūlome, kad Komitetas ne tik turėtų vertinti šių paslaugų įtraukimą, tačiau būtina nustatyti naują vertinimo tvarką visiems naujiems diagnostiniams tyrimams.</p>	
--	--	--
