



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Vilniaus g. 33, LT-01506 Vilnius, tel. (8 5) 266 1400,
faks. (8 5) 266 1402, el. p. ministerija@sam.lt, <http://www.sam.lt>.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188603472

Lietuvos Respublikos Vyriausybei

2023- - Nr. () 10-

DĖL 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, V IR VI SKYRIŲ PAKEITIMO BEI 32, 33, 34, 35 IR 36 STRAIPSNIŲ PRIPAŽINIMO NETEKUSIAIS GALIOS ĮSTATYMO IR SU JUO SUSIJUSIŲ ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ TEIKIMO

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija teikia 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, V ir VI skyrių pakeitimo bei 32, 33, 34, 35 ir 36 straipsnių pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektą (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, 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, atsiradusios dėl valdžios institucijų neteisėtų veiksmų, atlyginimo ir atstovavimo valstybei ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei įstatymo Nr. IX-895 2 straipsnio pakeitimo įstatymo projektus (toliau – įstatymų projektai).

Įstatymų projektų tikslai:

- 1) privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) valdymo struktūros ir administravimo supaprastinimas, PSD vykdančių institucijų veiklos efektyvinimas;
- 2) aiškesnis ir nuoseklesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSD fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų paslaugų sąrašą reglamentavimas;
- 3) aiškus, objektyvus ir į reikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį bei sveikatos priežiūros mastą orientuotas sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo PSD fondo biudžeto lėšomis sudarymo mechanizmas;
- 4) sveikatos draudimo srities politikos formavimo ir įgyvendinimo funkcijas vykdančių valstybės institucijų sistemos įtvirtinimas Sveikatos draudimo įstatyme;
- 5) įstatymų nuostatų suderinimas;
- 6) mokamų asmens sveikatos priežiūros 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. Mokamų visuomenės sveikatos priežiūros pasaugų kainų nustatymo funkcijos perdavimas visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms.

I. Sprendžiama problema	<p>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“;</p> <p>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 <...>“;</p> <p>3) asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą praktika:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 nekeičiama 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 yra priverstas nagrinėti išsamiai neaptartas, menkai pagrįstas, pavienių specialistų inicijuotas (nors ir gavusias sveikatos priežiūros specialistus vienijančių asociacijų pritarimą) paraiškas. Ne visada paraiškos būna siejamos su naujomis paslaugomis arba paslaugų teikimo, organizavimo reikalavimų ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimais – dažnai 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 plėtra buvo finansuojama valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis, ar paslaugos diegimas ar plėtojimas numatytas strateginiame dokumente ir tai įtvirtinta įstatyme arba Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime; – ne visi dabar nustatyti kriterijai yra tinkami visoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms objektyviai įvertinti; <p>4) Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas (toliau – LRKT nutarimas), kuriame nustatyta, kad: „<...> saistomas</p>
-------------------------	--

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. <...>“. Atsižvelgiant į nuostatą, kad sutarčių sudarymas turi būti saistomas racionalių ribotų PSD lėšų paskirstymu, reglamentuojant sutarčių sudarymą tikslinga numatyti sąlygas, kylančias iš kituose įstatymuose numatytų nuostatų vykdymo – Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje (redakcija nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d.) numatytą paslaugų, dėl kurių būtų sudaromos sutartys, poreikio ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse numatytą sveikatos priežiūros masto nustatymą;

5) SDĮ 26 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad 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 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, o 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. Vertinant paminėtas SDĮ nuostatas pastebėtina tai, kad sutarčių sudarymo sąlygos turėtų būti suderintos tarpusavyje – jų taikymas turi būti aiškus ūkio subjektams, objektams ir suprantamas;

6) 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. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, 2020 m. atlikusi 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), atkreipė dėmesį į tai, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai buvo patvirtinti 1996 m. ir 1999 m. Naujos paslaugos į šiuos sąrašus paskutinį kartą buvo įtrauktos 2010 m. ir 2000 m. Iš 20 audito metu pasirinktų vertinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų 15 (arba 75 proc.) teikė ne Sveikatos apsaugos ministerijos, o pačių patvirtintas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Taigi susiklostė 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 jas ir jų kainas patvirtina pačios.

Taip pat pažymėtina, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų

	<p>skaičiavimo funkcija nesietina su valstybės politikos formavimo funkcija. LRKT nutarime išaiškinta valstybės pareiga nustatyti ir kontroliuoti tik PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų kainas ir jų apmokėjimo tvarką bei akcentuota gyventojų pareiga rūpintis savo sveikata ir prisidėti prie asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo. Taigi asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi teisę teikti mokamas paslaugas, už kurias pacientai savo noru gali sumokėti. Šių mokamų paslaugų kainų valstybė neturi pareigos reguliuoti.</p>
II. Siūlomos priemonės	<p>1) Naikinti teritorines ligonių kasas kaip atskirus juridinius vienetus ir dėl šio pakeitimo atitinkamai tikslinti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) funkcijas ir teises, sutarčių sudarymo nuostatas, atnaujinti V skyrių, reglamentuojantį draudžiamųjų teises ir sveikatos priežiūros įstaigų bei vaistinių pareigas vykdant PSD bei koreguoti kitas su tuo susijusias nuostatas. Panaikinus teritorines ligonių kasas (toliau – TLK), kartu naikintinos jų stebėtojų tarybos ir taikinimo komisijos. Taikinimo komisijų buvo atsisakyta atsižvelgiant į tai, kad visose penkiose TLK per metus vidutiniškai išnagrinėjama 10 skundų, tad dėl tokio skundų kiekio netikslinga turėti atskirą komisiją. Asmenys ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos galės teikti skundus ir ginti savo teises Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo, Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo ir Lietuvos Respublikos ikiteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo tvarkos įstatymo nustatyta tvarka;</p> <p>2) nustatyti aiškius kriterijus, apibrėžiančius, kokias paslaugas Komitetas vertina (prioritizuoja) ir kokių nevertina, detalizuoti sąvoką „naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos“. Prioritizuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugas siūloma atsižvelgti į du papildomus kriterijus – 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 reikia užtikrinti projekto vykdymo tęstinumą, bei naujos paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas numatytas įstatymą ar Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą įgyvendinančiame teisės akte;</p> <p>3) numatyti, kad, siekiant įrašyti į Kompensuojamų PSD fondo biudžeto lėšomis paslaugų sąrašą 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). 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. Toks vieno vertinimo per kalendorinius metus modelis realiai sutaptų su PSD fondo biudžeto kalendoriniams metams planavimu;</p> <p>4) atsisakyti 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</p>

	<p>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 8 dalį. Tokiu būdu SDĮ 9 straipsnio 9 dalis yra perteklinė;</p> <p>5) patikslinti (suderinti) nuostatas dėl sutarčių, pagal kurias apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, sudarymo, t. y. aiškiai nurodyti, kad, sudarant sutartis, svarbu ne tik asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencija, bet turi būti atsižvelgta į kituose įstatymuose numatytus reikalavimus;</p> <p>6) numatyti, kad tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimus atitinkančios įstaigos ar kitos įstaigos, turinčios sutartis su Valstybine ligonių kasa, neužtikrina reikiamo sveikatos priežiūros masto, šiam mastui užtikrinti sutartys sudaromos su įstaigomis, neatitinkančiomis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnyje 1 ir 4 dalyse nurodytu pagrindu nustatytų išdėstymo reikalavimų arba su įstaigomis, su kuriomis VLK nėra sudariusi sutarčių dėl tam tikrų paslaugų. Šios įstaigos būtų atrenkamos vadovaujantis įstatyme nustatytais kriterijais, kurių detalizavimą pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmės (sutartys sudaromos su tam tikras nustatytas kriterijų reikšmės atitinkančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis) ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustatytų Vyriausybė;</p> <p>7) atsisakyti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir nustatyti, kad šių paslaugų kainų apskaičiavimo metodiką ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina sveikatos apsaugos ministras, o šių paslaugų kainas nustato šio Įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ar įmonių vadovai, jas suderinę su Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliota įstaiga ir įstaigos ar įmonės dalyvio teises bei pareigas įgyvendinančiu subjektu. Taip pat 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 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 (nustatomomis pagal sveikatos apsaugos ministro tvirtinamą jų apskaičiavimo metodiką), 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 (netaikant minėtos kainų nustatymo metodikos). Siekiant užtikrinti, kad mokamų paslaugų teikimui nebūtų suteikiamas prioritetas ir nenukentėtų nemokamų 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 joms tą dieną užregistruoti pacientai, o paslaugas, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis įstaigos ir įmonės yra sudariusios sutartis su VLK, 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</p>
--	---

	<p>priežiūros įstaigos sutarties galiojimo metu pacientams bus suteiktos visos šioje sutartyje nurodyto masto asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Be to, siūloma numatyti, kad Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 dalyje nurodytos kitos įmonės bei įstaigos, sudariusios sutartis su VLK arba kitais LNSS veiklos užsakovais, LNSS vykdomiesiems subjektams priskiriamos atsižvelgiant į šių įmonių ir įstaigų teikiamų pagal sutartis paslaugų apimtį (t. y. tik dėl tų paslaugų, dėl kurių yra sudaryta sutartis). Tai reiškia, kad šios įmonės ir įstaigos, nors ir priskiriamos LNSS subjektams, teikdamos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, dėl kurių nėra sudariusios sutarties su VLK, tokių paslaugų kainas nustato pačios. 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 <i>ex post</i> 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;</p> <p>8) 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.</p>
III. Priemonių kaštai	<p>Gali prireikti papildomų lėšų dėl VLK ir TLK reorganizavimo, tačiau 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), tačiau vėliau, ilguoju laikotarpiu, VLK ir TLK funkcijos persiskirstys, padidės veiklos efektyvumas ir tai turės įtakos ir veiklos išlaidų racionalizavimui.</p>
IV. Rodikliai, pagal kuriuos bus vykdoma sprendimo įgyvendinimo stebėseną	<p>Numatoma vykdyti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) siunčiamų raštų kiekio stebėseną po VLK ir TLK reorganizavimo. Bus lyginamas bendras VLK ir TLK siunčiamų raštų skaičius iki reorganizavimo ir po reorganizavimo veiksiančios VLK siunčiamų raštų skaičius. Siekiama rodiklio (rašų skaičiaus) reikšmės mažėjimo. Stebėseną bus vykdoma praėjus pusei metų po reorganizacijos. Ją vykdys VLK; 2) netinkamų (nevertintinų Komiteto) paraiškų skaičiaus stebėseną. Bus vertinama netinkamų paraiškų dalis (proc.), palyginti su bendru paraiškų skaičiumi. Siekiama rodiklio reikšmės mažėjimo. Stebėseną bus vykdoma Komitetui atlikus paslaugų, siūlomų įrašyti į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, prioritetizavimą 2024 m. ir 2025 m. Stebėseną vykdys Sveikatos apsaugos ministerija.

	Atsižvelgiant į pakeitimų pobūdį, kitų siūlomų SDĮ pakeitimų įgyvendinimo stebėsenos rodikliai nėra nustatomi.
V. Nauda visuomenei	1) Bus optimizuota PSD fondo (PSD fondą administruojančių institucijų) veikla, didės teisinis apibrėžtumas, bus taikoma vienoda praktika šalies mastu; 2) bus aiškesnė ir paprastesnė asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimo į PSD fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą tvarka; 3) bus tarpusavyje suderintos skirtingų įstatymų nuostatos, reglamentuojančios sutarčių sudarymą su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, įstaigų išdėstymo reikalavimus ir paslaugų teikimą; 4) bus daugiau skaidrumo ir pacientams bus aiškiau, už kokias asmens sveikatos priežiūros paslaugas reikia mokėti ir kokiomis kainomis.

Įstatymų projektai skelbiami Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarijos teisės aktų projektų informacinės sistemos Projektų registravimo posistemyje (TAIS).

Įstatymų projektai buvo derinami su visuomene ir kompetentingomis institucijomis: Finansų ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Teisingumo ministerija, Ekonomikos ir inovacijų ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Konkurencijos taryba, Lietuvos savivaldybių asociacija, Asociacija Lietuvos medikų sąjūdis, Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga, Lietuvos verslo konfederacija, Lietuvos vaistinių asociacija, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, Lietuvos pacientų forumas, Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija. Finansų ministerija ir Konkurencijos taryba pastabų neturėjo (Konkrencijos taryba tą pažymėjo TAIS). Į gautas Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei į Ekonomikos ir inovacijų ministerijos pastabas buvo atsižvelgta. Taip pat buvo atsižvelgta į daugumą Teisingumo ministerijos ir Vidaus reikalų ministerijos pastabų. Projektai pakartotinai buvo derinami darbine tvarka elektroniniu paštu 2023 rugpjūčio 14–21 dienomis. Su Teisingumo ministerija buvo suderintos pastabos dėl taikinimo komisijos naikinimo ir ginčų sprendimo. Dėl Lietuvos verslo konfederacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos pateiktų pastabų buvo suorganizuoti susitikimai 2023 m. rugpjūčio 10–11 dienomis, spalio 12 ir 19 dienomis, ir į dalį siūlomų pastabų atsižvelgta, o dalis šių asociacijų pastabų bus įvertintos rengiant įstatymų įgyvendinamuosius teisės aktus, nes, nors jos buvo pateiktos dėl Įstatymo projekto, tačiau patenka į teisinį reguliavimą, kuris bus nustatomas Vyriausybės nutarimais. Dėl nesuderintų pastabų teikiama derinimo pažyma.

Projektai svarstyti 2023 m. rugsėjo 26 d. ir spalio 24 tarpinstituciniuose pasitarimuose. Projektai ir lydimieji dokumentai pataisyti pagal 2023 m. rugsėjo 26 d. posėdžio protokole Nr. 40 nurodytas pastabas:

- numatytas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų priežiūros mechanizmas;
- aiškinamasis raštas papildytas paaiškinimu dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų skaičiavimo metodikos tvirtinimo poreikio (t. y. kad būtų užtikrinta, jog mokamų paslaugų kainos būtų nustatomos vadovaujantis vienodais kainodaros principais);
- siekiant aiškumo, kad privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi teisę pačios nustatyti mokamų paslaugų kainas, kai dėl šių paslaugų neturi sutarčių su VLK, siūloma tai aiškiai nurodyti Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio naujoje 4 dalyje;
- subjektų, galinčių teikti paraiškas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimo į PSD fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašas papildytas asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir vaistines vienijančiomis asociacijomis;
- pastaba dėl sutarčių su VLK sudarymo tvarkos ir kriterijų pagrįstumo įvertinta ir atitinkamai papildyta derinimo pažyma, taip pat asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektro kriterijus pakeistas jų kompleksiško kriterijumi bei patikslintas sutarčių sudarymo 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 sunkumas ir pakartotinumai (jų lyginamasis svoris) bus nustatyti detalizuojant kriterijus Vyriausybės nutarime.

Iš sutarčių sudarymo sąlygų (SDĮ 26 str. 4 d.) išimta sąlyga dėl įstaigų teikiamų paslaugų atitikimo Vyriausybės nustatytoms paslaugų teikimo sąlygoms, nes savo esme tai yra ne kriterijus asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pageidaujantčiai sudaryti sutartį, o reikalavimas pačiam sutarties objektui (kartu su kitais SDĮ 9 straipsnyje nurodytais reikalavimais).

Taip pat projektuose atlikti šie pakeitimai:

- pakoreguota paraiškų Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetui teikimo termino formulė, kad būtų aišku, jog paraiškos teikiamos visus metus (tačiau nagrinėjamos kartą per metus);
- aiškinamasis raštas papildytas paaiškinimu, kodėl reikalingas paraiškų Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetui teikimas tik vieną kartą per metus;
- paslaugų vertinimo kriterijai papildyti pasiūlytu dar vienu kriterijumi („paslaugos poveikis sveikatos sutrikimų bei ligų diagnostikos ir (ar) gydymo efektyvumui (vertinimas pagal šį kriterijų atliekamas tais atvejais, kai paslauga tiesiogiai neįtakoja nei vieno iš kriterijų, išvardintų šios dalies 3 – 6 punktuose)“);
- pakoreguotas SDĮ skyrius apie ginčų sprendimą;
- atsisakyta nuostatos, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis įstaigos ir įmonės yra sudariusios sutartis su VLK, tačiau kurių gavimo sąlygų, nustatytų Sveikatos sistemos įstatyme, pacientas neatitinka, teikiamos bazinėms kainoms lygiomis kainomis – vietoj to numatyta, kad šių paslaugų kainas įstaigos tvirtina pačios (valstybės ir savivaldybių įstaigos ir įmonės – pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą metodiką);
- numatyta, kad Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 punktuose nurodytų įstaigų ir įmonių teikiamų mokamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kainas pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą šių paslaugų kainų apskaičiavimo ir indeksavimo metodiką nustatyto šių įstaigų ar įmonių vadovai, suderinę su įstaigos ar įmonės dalyvio teises bei pareigas įgyvendinančiu subjektu;
- papildyta nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą užtikrinančiais saugikliais, kad LNSS įstaigos ir įmonės:
 - bet kokias mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik užtikrinusios, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSD fondo biudžeto lėšų, atitinkamą dieną gaus visi joms tą dieną užregistruoti pacientai;
 - mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, dėl kurių teikimo ir apmokėjimo PSD fondo biudžeto lėšomis įstaigos ir įmonės yra sudariusios sutartis su VLK, tačiau kurių gavimo sąlygų pacientas neatitinka, gali teikti tik tuo atveju, jei užtikrinama, kad VLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos sutarties galiojimo metu pacientams bus suteiktos visos šioje sutartyje nurodyto masto asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Šios dalies nuostatų įgyvendinimo tvarką nustatys sveikatos apsaugos ministras;
- numatytas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų reguliavimo *ex post* vertinimas.

Projektai aptarti 2023 m. rugsėjo 28 d. pasitarime su Vyriausybės kanceliarijos Socialinės politikos ir Teisės grupėmis.

Įstatymų projektus parengė VLK Teisės skyriaus patarėja E. Galčiūtė, tel. (8 5) 236 4141, el. p. evelina.galciute@vlk.lt, Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento Specializuotos sveikatos priežiūros skyriaus vedėja I. Cechanovičienė, tel. (8 5) 266 1478, el. p. inga.cechanovicene@sam.lt (SDĮ 9² straipsnio pakeitimas), Sveikatos apsaugos ministerijos Strateginio valdymo departamento direktorė R. Janonienė, tel. (8 5) 260 4718, el. p. raimonda.janoniene@sam.lt (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas). Jų rengimą koordinavo VLK Teisės skyriaus vedėjas T. Ragauskas, tel. (8 5) 236 4145, el. p. tomas.ragauskas@vlk.lt.

PRIDEDAMA:

1. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo projektas, 1 lapas.

2. Įstatymo projektas, 12 lapų.
3. Įstatymo projekto lyginamasis variantas, 20 lapų.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas, 3 lapai.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto lyginamasis variantas, 3 lapai.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 3, 13, 15², 15³, 46 ir 52 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas, 2 lapai.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 3, 13, 15², 15³, 46 ir 52 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto lyginamasis variantas, 3 lapai.
8. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas, 1 lapas.
9. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto lyginamasis variantas, 1 lapas.
10. Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodekso 56, 57, 58 ir 589 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas, 2 lapai.
11. Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodekso 56, 57, 58 ir 589 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto lyginamasis variantas, 2 lapai.
12. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 27 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas, 1 lapas.
13. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 27 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto lyginamasis variantas, 1 lapas.
14. 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, 1 lapas.
15. 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 projekto lyginamasis variantas, 1 lapas.
16. Įstatymų projektų aiškinamasis raštas, 26 lapai.
17. Derinimo pažyma, 9 lapai.
18. Antikorupcinio vertinimo pažyma.adoc

Sveikatos apsaugos ministras

Arūnas Dulkys

Evelina Galčiūtė, tel. (8 5) 236 4141, el. p. evelina.galciute@vlk.lt