



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

2015-12-02 Nr. (1.1.19-14)10-10852
į 2015-10-29 Nr. 27-3766

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO PROJEKTO

Vykdydami Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanclerio 2015 m. spalio 29 d. pavedimą Nr. 27-3766, teikiame Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projekto Nr. XIIP-3558“ projektą (toliau – projektas), patikslintą po 2015 m. gruodžio 1 d. Ministerijų atstovų (viceministrų, ministerijų kanclerių) pasitarimo pagal Lietuvos Respublikos ūkio ministerijos 2015 m. lapkričio 27 d. raštu Nr. (13.2-31)-3-6388 pateiktas pastabas.

Projektu siūloma iš esmės pritarti Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projektui Nr. XIIP-3558, tačiau pasiūlyti Lietuvos Respublikos Seimui jį tobulinti pagal Projekte pateiktas pastabas.

Projektas derintas su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Lietuvos savivaldybių asociacija, Teisingumo ministerija ir Ūkio ministerija.

Administracinės naštos ūkio subjektams apskaičiavimo ataskaitą dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projektu Nr. XIIP-3558 sukuriamos administracinės naštos pateiksime Ūkio ministerijai atskiru raštu.

Projektas skelbiamas Lietuvos Respublikos Seimo Teisės aktų informacinės sistemos Projektų registravimo posistemyje.

Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo pažyma nerengta vadovaujantis Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimu Nr. 276 „Dėl Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos patvirtinimo“, 3 punktu.

Projektą parengė Sveikatos apsaugos ministerijos Teisės departamento (direktorė Nerija Stasiulienė, tel. 266 1426) Teisėkūros ir teisinio vertinimo skyriaus (vedėja Rita Cicėnienė tel. 2661423) vyriausioji specialistė Aušrinė Storpirstienė (tel. 219 3319, el. paštas ausrine.storpirstiene@sam.lt)

PRIDEDAMA. Nutarimo projektas, 6 lapai.

Sveikatos apsaugos ministrė

Rimantė Šalaševičiūtė

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

NUTARIMAS

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO
NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² IR 15³
STRAIPSNIAIS ĮSTATYMO PROJEKTO NR. XIIP-3558**

2015 m.

d. Nr.

Vilnius

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos Seimo statuto 138 straipsnio 3 dalimi ir atsižvelgdama į Lietuvos Respublikos Seimo valdybos 2015 m. spalio 28 d. sprendimo Nr. SV-S-1245 4 punktą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a:

Iš esmės pritarti Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projektui Nr. XIIP-3558 (toliau – Projektas) tačiau pasiūlyti Lietuvos Respublikos Seimui tobulinti Projektą pagal šias pastabas:

1. Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsniu siūloma nustatyti LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų (toliau – įstaiga) veiklos finansinių rezultatų ir veiklos rezultatų vertinimo rodiklius, šių rodiklių reikšmių tvirtinimo ir viešinimo bei skatinimo už šių rodiklių reikšmių vidurkio tam tikroje asmens sveikatos priežiūros įstaigų grupėje viršijimą tvarką. Įstatymo 15¹ straipsnio 6 dalyje nustatyta, kad LNSS viešųjų įstaigų vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies dydis priklauso nuo praėjusių kalendorinių metų LNSS viešosios įstaigos veiklos rezultatų, kurių vertinimo kiekybinius ir kokybinius rodiklius ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarką tvirtina sveikatos apsaugos ministras. Projekto aiškinamajame rašte nėra paaiškintas minėtų Projekto ir Įstatymo nuostatų santykis, todėl manytina, kad priėmus Projektą, sveikatos apsaugos ministras tvirtins Projekte numatytų įstaigų veiklos finansinių rezultatų ir veiklos rezultatų vertinimo rodiklių reikšmes, taip pat ir papildomus veiklos rezultatų rodiklius (Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 2 dalies 11 punktas) ir Įstatymo 15¹ straipsnio 6 dalyje minimus LNSS viešosios įstaigos veiklos rezultatų vertinimo kiekybinius ir kokybinius rodiklius (o jų siektinas reikšmės, vadovaujantis Įstatymo 28 straipsnio 2 punktu, nustatys LNSS viešosios įstaigos steigėjas). Taigi LNSS viešosioms įstaigoms bus taikomi dvejoji veiklos vertinimo rodikliai, kurie galės būti skirtingi ir kurie sukels skirtingas teises pasekmes. Atsižvelgiant į tai, siūlytina įvertinti tokio reguliavimo sukeliamą administracinę naštą LNSS viešosioms įstaigoms bei jo proporcingumą Projektu siekiamiems tikslams, ir svarstyti galimybę nustatyti, kad Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 1 ir 2 dalyse nustatyti veiklos finansinių ir veiklos rezultatų vertinimo rodikliai bei jų nustatymo ir vertinimo tvarka taikomi ir nustatant LNSS viešųjų įstaigų vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies dydį.

2. Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje siūloma nustatyti, kad įstaiga esant toje dalyje nurodytoms sąlygoms gauna vienkartinį finansinį paskatinimą už gerus įstaigos veiklos rezultatus tam panaudojant viršplanines PSDF biudžeto lėšas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka. Pažymėtina, kad tokiu reguliavimu keičiama privalomojo sveikatos draudimo samprata, įtvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalyje, pagal kurią privalomasis sveikatos draudimas yra skirtas garantuoti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą. Be to, vienkartinio finansinio paskatinimo už gerus įstaigos veiklos rezultatus iš viršplaninių PSDF lėšų nenumato nei Lietuvos Respublikos

sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnis, kuriame išvardinta, kam gali būti skiriamos PSDF biudžeto lėšos (asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms ir Valstybinio socialinio draudimo fondo sąnaudų, susidarančių dėl sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, išlaidoms apmokėti, valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti), nei Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 4 dalis, kurioje nurodyta, kam ir kokios sąlygomis gali būti naudojamos viršplaninės PSDF lėšos. Atsižvelgiant į tai, kartu su Projektu turėtų būti rengiamas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo projektas, kuriuo būtų keičiamos minėtos Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 2, 15 ir 21 straipsnių nuostatos. Priešingu atveju, Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje turėtų būti nustatytas toks įstaigų skatinimo mechanizmas, kuris būtų susietas su mokėjimu už asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje siūlytina nustatyti, kokių tikslu įstaiga turėtų naudoti gautą vienkartinį finansinį paskatinimą už gerus įstaigos veiklos rezultatus.

Šiame kontekste paminėtina tai, kad šiuo metu PSDF biudžeto lėšų vis dar nepakanka, kad būtų visiškai tenkinami augantys gyventojų sveikatos priežiūros poreikiai, būtų laiku atsiskaitoma už išduotus kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones ir pan. Todėl Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje numatytas įstaigų skatinimas galėtų būti įgyvendinamas esant pertekliniam PSDF biudžetui.

3. Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje nurodyta, kad įstaiga vienkartinį finansinį paskatinimą gauna kasmet iki gruodžio 15 d. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymo 12 straipsnio 1 dalimi, viešosios įstaigos veiklos ataskaita turi būti parengta pasibaigus finansiniams metams, o pagal Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymo 19 straipsnio 1 dalį metinės ataskaitas viešojo sektoriaus subjektai sudaro pasibaigus finansiniams metams. Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymo 2 straipsnio 10 dalis numatė, kad viešojo sektoriaus subjekto, kuriam pagal minėto įstatymo 2 straipsnio 22 dalį priskirtinos biudžetinės įstaigos bei valstybės, savivaldybių ir biudžetinių įstaigų kontroliuojamos sveikatos priežiūros viešosios įstaigos, finansiniai metai sutampa su kalendoriniais metais. Taigi gruodžio 15 d. dar nebus parengtos LNSS viešųjų įstaigų veiklos ataskaitos ir LNSS biudžetinių įstaigų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniai, todėl dar nebus žinomi įstaigų veiklos finansinių ir veiklos rezultatų rodiklių, numatytų Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 1 ir 2 dalyse, reikšmės, pagal kurias bus arba nebus skiriamas vienkartinis finansinis paskatinimas. Atsižvelgiant į tai, Projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje nurodytina, kad vienkartinis finansinis paskatinimas skiriamas už praėjusių kalendorinių metų gerus įstaigos veiklos rezultatus, ir tikslintinas vienkartinio finansinio paskatinimo skyrimo terminas, priklausomai nuo to, ar jis bus skiriamas iš planinių, ar neplaninių PSDF biudžeto lėšų.

4. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 13 dalis tikslintina atsižvelgiant į šiuos aspektus:

4.1. Siekiant teisinio aiškumo, kaip ir kada įgyvendinant Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 13 dalį teritorinė ligonių kasa turėtų peržiūrėti su įstaiga sudarytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartį, Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 13 dalyje turėtų būti nurodyta, kad tai atliekama Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

4.2. Projekte nėra kriterijų, nurodančių kokia apimtimi įgyvendinant Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 13 dalį turės būti mažinamas iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius, nors vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 5 punktu, tai turėtų būti nustatyta įstatymu. Pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2013 m. lapkričio 6 d. nutarime „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo

įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ taip pat yra nurodęs, kad sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų sąlygas ir apribojimus nustato įstatymų leidėjas.

4.3. Siekiant teisinio aiškumo, siūlytina detalizuoti, kas būtų laikoma „proporcingomis poveikio priemonėmis“, kurias taikytų įstaigos steigėjas (dalininkas). Jei Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 13 dalyje siekiama nustatyti, kad įstaigos steigėjas (dalininkas) toje dalyje nustatytais atvejais privalo imtis Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymo 10 straipsnio 1 dalyje nustatytų visuotinio dalininkų susirinkimo kompetencijai nustatytų veiksmų (pavyzdžiui, priima sprendimą dėl įstaigos reorganizavimo, jei įstaigos veikla neefektyvi), Projektas atitinkamai tikslintinas.

4.4. Siūlytina nustatyti, kad įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planas sudaromas, poveikio priemonės taikomos ir (ar) mažinamas iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius, kai Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytos grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkio, nesiekia ne bent vienas, o, pavyzdžiui, ne mažiau kaip trečdalis įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių, kadangi įstaiga gali veikti efektyviai ir jei jos vienas ar keli rodikliai (pavyzdžiui, rodiklis „informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis“, „įstaigoje dirbančių darbuotojų ir etatų skaičius“) yra mažesni nei kitų atitinkamos įstaigų grupės įstaigų.

5. Siūlytina atsisakyti Projekto 1 straipsniu keičiamo Įstatymo 2 straipsnio 12 dalies, kuria siūloma nustatyti specializuotų ambulatorinių paslaugų sąvokos apibrėžties kaip perteklinės, o Projekto 3 straipsniu pildomo Įstatymo 15³ straipsnio 1 dalies 3 punkte vietoj žodžio „specializuotą“ įrašyti žodžius „antrinę ir tretinę“.

6. Pagal Projekto 1 straipsniu keičiamo Įstatymo 2 straipsnio 13 dalyje siūlomą brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąvokos apibrėžtį, kurioje numatyta medicinos priemonių kaina, prie brangiųjų tyrimų ir procedūrų gali būti priskirti tokie tyrimai, kurie nelaikytini brangiais, nes, nors jiems ir naudojami brangūs medicinos prietaisai, jų pačių kaina nėra didelė (pavyzdžiui, rentgeno), tačiau nebus priskirti tokie, kurie laikytini brangiais, nes, nors jiems ir naudojami nebrangūs medicinos prietaisai, jų pačių kaina yra didelė (pavyzdžiui, hemodializė). Atsižvelgiant į tai, Projekto 1 straipsniu keičiamo Įstatymo 2 straipsnio 13 dalyje nustatytą brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąvokos apibrėžtį siūlytina tikslinti.

7. Projekto 1 straipsniu keičiamo Įstatymo 2 straipsnio 14 dalyje nustatytą planinės pagalbos sąvokos apibrėžtį siūlytina dėstyti taip: „Planinė pagalba - asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, nebloginant paciento sveikatos būklės ir (ar) ligos prognozės.“

8. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 2 dalies 6 punkte siūloma nustatyti vidutinio laiko nuo paciento kreipimosi į įstaigą gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą iki paslaugos faktinio suteikimo pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes rodiklį. Atsižvelgiant į Projekto tikslą mažinti pacientų laukimo eiles bei tai, kad paslaugos faktinis suteikimas gali užtrukti ir kelias dienas (pavyzdžiui, jei reikia atlikti tam tikrus tyrimus), tikslinga vidutinį laiką nuo paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą matuoti ne iki paslaugos faktinio suteikimo, o iki paslaugai gauti paskirto laiko (t. y. iki vizito pas gydytoją). Atitinkamai turėtų būti tikslinama ir Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalis.

9. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 2 dalies 9 punkte vietoje žodžių „vidutinė stacionarių lovų panaudojimo trukmė“ siūlytina rašyti „lovos užimtumo rodiklis“.

10. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 2 dalies 8-10 punktuose nurodyti rodikliai susiję su stacionariųjų antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, todėl Projekte turėtų būti nurodyta, kad jie taikytini tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms.

11. Atsižvelgiant į tai, kad dalis veiklos finansinių ir veiklos rezultatų rodiklių nustatyta Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 1 dalyje ir 2 dalies 1-10 punktuose, o kita

dalys - papildomi įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai - gali būti nustatyti sveikatos apsaugos ministro įsakymu, Projektas papildytinas nuostata, kad Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 11-13 dalyse numatytos atitinkamos teisinės pasekmės taikomos tik už įstaigų grupės, į kurią patenka įstaiga, veiklos finansinių ir veiklos rezultatų, nurodytų Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 1 dalyje ir 2 dalies 1-10 punktuose, rodiklių vidurkio pasiekimą arba nepasiekimą.

12. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 9 dalies 1 ir 2 punktai tikslintini atsižvelgiant į tai, kad LNSS biudžetinės įstaigos neskirstomos į Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 3 dalyje nustatytus LNSS priklausančių stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, lygmenis. Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 straipsnio 5 dalį, Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 9 dalies 2 punkte turėtų būti rašoma „universiteto ligoninės“. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 9 dalies 3 punkte brauktini žodžiai „ir tretinio“, kadangi tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos patenka į Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 9 dalies 2 punkte nurodytą įstaigų grupę.

13. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 12 dalis, kurioje nurodyta, kad LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių ir veiklos rodiklių pasiektos reikšmės už ketvirtį įstaigos steigėjui (dalininkui) pateikiamos iki kito ketvirčio pirmo mėnesio 15 dienos, taip pat kurioje įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planų rengimas atitinkamais ketvirčiais siejamas su atveju, kai nors viena įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklio reikšmė nesiekia grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkio, turėtų būti suderinta su Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 3 dalimi, kurioje numatyta, kad tik Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 1 dalies 5–10 punktuose nurodytos rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per ketvirtį.

14. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 14 dalyje nurodytų institucijų (Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos) kompetencija yra nustatyta Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 52 straipsnyje. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 36¹ straipsnio 2 dalies 1 punktu, minėtos institucijos, vykdydamos ūkio subjektų veiklos priežiūrą, be kita ko, konsultuoja ūkio subjektus savo kompetencijos klausimais. Atsižvelgiant į tai bei siekiant teisėkūros sistemiškumo siūlytina Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 14 dalies atsisakyti.

15. Atsižvelgiant į tai, kad Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje siūloma reglamentuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, teikimo terminus, Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje vietoje sąvokos „sveikatos priežiūros įstaiga“ turėtų būti vartojama sąvoka „LNSS įstaiga“.

16. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 21 dalyje nurodyta, kad skubioji medicinos pagalba – institucinė (stacionarinė ar nestacionarinė) medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant arba neatidėliotinai, kai dėl ūmių klinikinių būklių, nustatytų sveikatos apsaugos ministro įsakymu, grėsia pavojus paciento ir (ar) aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams. Taigi Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalies 1 punkte siūlomas skubios medicinos pagalbos paslaugos suteikimo terminas – 24 val. – blogintų pacientų padėtį ir skubiosios pagalbos prieinamumą. Be to, Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalies pirmojoje pastraipoje nurodyta, kad nustatyti terminai taikomi asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui, tačiau pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 1 dalį skubioji pagalba, kuri priskiriama būtinajai pagalbai (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 19 straipsnis), LNSS įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniais gyventojams, neatsižvelgiant į tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu. Atsižvelgiant į tai, siūlytina Projekto 3 straipsniu

pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalies 1 punkte nurodyti, kad 24 valandų terminas taikytinas ne skubiosios medicinos pagalbos paslaugos, o pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos ūmios sveikatos būklės atveju teikimui.

17. Atsižvelgiant į tai, kad dienos stacionaro paslaugos yra savarankiška paslaugų rūšis, nepatenkanti nei į vieną iš Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nurodytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kategoriją, siūlytina Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalį papildyti dienos stacionaro paslaugų suteikimo terminu.

18. Siekiant teisinio aiškumo Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 2 dalį siūlytina dėstyti taip: „Asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturi teisės atsisakyti suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugą, dėl kurios apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ji yra sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa, pacientui, kuris yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo kreipėsi Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio nustatyta tvarka.“

19. Siekiant išvengti pacientų piktnaudžiavimo ir eilių dėl pacientų neatvykimo didėjimo, Projektą siūlytina papildyti nuostata, kad pacientui paskirtu laiku neatvykus gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nustatyti terminai joms gauti skaičiuojami iš naujo, t. y. nuo paciento pakartotinio kreipimosi į įstaigą.

20. Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 4 ir 5 dalyse nurodyta, kad dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo termino (registravimo datos) ar sutikimo gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka turi būti gautas informuotas paciento sutikimas. Pastebėtina, kad Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme nurodyta, kad paciento sutikimas duodamas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 15 straipsnio 1 dalis, 16 straipsnio 1 dalis), tokiam sutikimui keliami griežti reikalavimai (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 15 straipsnio 3 dalis) bei nustatyta jo davimo forma (numanomai Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 straipsnyje nurodytais atvejais ir raštu minėto įstatymo 17 straipsnyje nurodytais atvejais). Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatos dėl informacija pagrįsto paciento sutikimo registruojantis gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas netaikytinos. Todėl siūlytina Projekte vietoje nuorodos į Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą nurodyti, kad pacientų registravimo LNSS viešosiose ir biudžetinėse įstaigose tvarką, kurioje būtų nurodyta, kaip registruojamas pacientas, kaip gaunamas paciento sutikimas gauti paslaugas vėliau nei Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nurodytais terminais ar kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje bei kaip asmens sveikatos priežiūros įstaiga turėtų užtikrinti, kad pacientas būtų įregistruotas kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta laiku, nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras.

21. Siekiant užtikrinti pacientų teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą įgyvendinimą, Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 5 dalyje siūlytina nustatyti, kad prieš pacientą įregistruojant kitoje įstaigoje, jam turi būti pasiūloma kita įstaiga, galinti suteikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą per Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nustatytus terminus. Taip pat siekiant teisinio reguliavimo nuoseklumo, Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 5 dalį siūlytina papildyti nuostatomis, reglamentuojančiomis situaciją, kai pacientas nesutinka gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje įstaigoje.

22. Projekto 4 straipsniu keičiamo įstatymo 45 straipsnio 1 dalies 13 punkte siūloma nustatyti, kad pacientų registravimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, o 14 ir 15 punktuose – kad tam tikrus pacientų registravimo aspektus nustato Valstybinės ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Siekiant teisėkūros ekonomiškumo ir aiškumo bei atsižvelgiant

į šio nutarimo 16 punkte nurodytą siūlymą, siūlytina Projekto 4 straipsniu keičiamo įstatymo 45 straipsnio 1 dalį pildyti tik vienu nauju punktu, kurį siūlytina išdėstyti taip: „pasiūlyti pacientui anksčiausią objektyviai įmanomą asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo datą ir laiką ir registruoti visus pacientus jų kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu neribojant registravimosi terminų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

Ministras Pirmininkas

Sveikatos apsaugos ministras

Lietuvos Respublikos
Sveikatos apsaugos ministrė

Rimantė Sakševičiūtė

2015 12 01

Teisės departamento direktorė
Nerija Stasiulienė

2015 12 01



LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO VALDYBA

SPRENDIMAS DĖL ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ IŠVADŲ

2015 m. spalio 28 d. Nr. SV-S-1245
Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimo valdyba, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos Seimo statuto 138 straipsniu ir atsižvelgdama į Seimo Biudžeto ir finansų, Sveikatos reikalų, Teisės ir teisėtvarkos komitetų siūlymus, n u s p r e n d ž i a:

Prašyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės pateikti Lietuvos Respublikos Seimui išvadas dėl šių įstatymų projektų:

1. Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymo 20 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-644.
2. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.655 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-3055.
3. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.881 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-3406.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projekto Nr. XIIP-3558.
5. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymo Nr. VIII-1864 28 straipsnio pripažinimo netekusiu galios ir 50 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-3560.
6. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.18, 2.19 ir 3.229 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-3561.

Seimo Pirmininkė

Loreta Graužinienė

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15 (2) ir 15(3) straipsniais įstatymo projekto AIŠKINAMASIS RAŠTAS
--

XIIP-3558

AIŠKINAMASIS RAŠTAS

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² ir 15³ STRAIPSNIAIS ĮSTATYMO PROJEKTO

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

Įstatymo projekto parengimą paskatino tai, kad šiuo metu galiojantis teisinis reguliavimas neskatina valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą vykdyti efektyviau ir racionaliai naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšas. Poįstatyminiais teisės aktais reglamentuojamų maksimalių terminų, per kuriuos privalu pacientui suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, yra nesilaikoma, atsakomybė už tokius pažeidimus nėra numatyta, o net ir už pavėluotai (t. y. praleidžiant teisės aktuose numatytus terminus) suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas yra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų.

2015 m. pacientams suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui skiriama 925 mln. eurų PSDF biudžeto lėšų, 2014 m. atitinkamai skirta 845 mln. eurų. 90 proc. šių paslaugų suteikiama valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

2015 m. I pusmetį 36 proc. valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikė nuostolingai. Vertinant skirtingas įstaigų grupes, pažymėtina, kad net 54 proc. rajono lygmens ligoninių ir 54 proc. slaugos ligoninių veikia nuostolingai. Net ir neefektyviai paslaugas teikiančios gydymo įstaigos kasmet finansuojamos PSDF lėšomis, o garantuotos pajamos neskatina šių įstaigų gerinti teikiamų paslaugų kokybės ir racionaliau naudoti PSDF lėšas.

Sveikatos apsaugos sistema finansuojama visų mokesčių mokėtojų lėšomis, todėl būtina užtikrinti, kad lėšos, skiriamos viešojo gydymo įstaigų tinklui išlaikyti, būtų naudojamos kuo efektyviau.

Pagrindinis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniu įstatymo projekto (toliau – įstatymo projektas) tikslas yra nustatyti valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo kriterijus, kartu įvedant nuolatinį įstaigų reitingavimą.

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pažymėjo, kad „vykdydamos <...> konstitucinę funkciją valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos, be kita ko, turi: <...> sudaryti sąlygas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos, taigi kad būtų sukurta reikiama infrastruktūra ir veiktų tiek ir taip paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių) ir vaistinių, kad veiksmingą medicinos pagalbą bei kitas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku <...>.“

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 8 dalyje nurodyta, kad „kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia

8

tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami.“

Todėl tam, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų pripažįstamos kokybiškomis, jos turi būti suteikiamos tinkamu laiku. Per vėlai suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos yra nekokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos. Tik už tinkamu laiku suteiktas paslaugas turi būti apmokama iš PSDF biudžeto lėšų.

Teritorinių ligonių kasų duomenimis, 2015 m. per teisės aktuose numatytą 5 dienų terminą pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas suteikia 69 proc. Lietuvos gydytojų (12 proc. gydytojų paslaugą suteikia per 6–14 dienų, 19 proc. – per daugiau nei 15 dienų).

Specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas per 25 dienas suteikia 83 proc. gydytojų (12 proc. gydytojų pacientus pakonsultuoja per 26–59 dienas, 5 proc. – per daugiau nei 60 dienų).

Iš PSDF lėšų apmokamus brangiuosius tyrimus ir procedūras per teisės aktuose numatytą 10 dienų terminą suteikia 74 proc. gydymo įstaigų (14 proc. gydymo įstaigų suteikia per 11–30 dienų, 10 proc. – per 31–60 dienų, 2 proc. – per daugiau nei 60 dienų). Pacientams magnetinio rezonanso angiografijos tyrimo kai kuriose valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose vidutiniškai tenka laukti 130 kalendorinių dienų, magnetinio rezonanso tomografijos – vidutiniškai 109 kalendorines dienas.

Didžiausios laukimo eilės išlieka teikiant planines stacionarines ir dienos chirurgijos paslaugas. Per 30 dienų šias paslaugas suteikia tik 50 proc. asmens sveikatos priežiūros įstaigų. 28 proc. gydymo įstaigų chirurgijos paslaugas suteikia per 31–60 dienų, 22 proc. – per daugiau nei 60 dienų. Kai kuriose gydymo įstaigose pacientams tonzilektomijos, septoplastikos operacijų vidutiniškai tenka laukti 240 kalendorinių dienų.

Pažymėtina, kad nors teritorinės ligonių kasos gauna duomenis už visas paslaugas, kurios yra apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, tačiau esami stebėsenos mechanizmai nesudaro galimybių patikrinti, ar terminai, per kuriuos suteikiamos paslaugos, yra grindžiami objektyvia ir teisinga informacija.

Šiuo metu teisės aktuose įtvirtintų maksimalių terminų, per kuriuos gydymo įstaigos privalo suteikti pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nesilaiko trečdalis gydytojų, o brangiųjų tyrimų ir procedūrų laiku neatlieka ketvirtadalis gydymo įstaigų. Tai parodo, kad esamas teisinis reguliavimas yra nepakankamas.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (toliau – EBPO) 2012 m. atliko tyrimą „Waiting Time Policies in the Health Sector“, kuriame buvo įvertinta 21 EBPO narių patirtis valdant sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles. Net 13 iš 21 tyrime dalyvavusių šalių (Airija, Australija, Danija, Ispanija, Italija, Jungtinė Karalystė, Kanada, Naujoji Zelandija, Nyderlandai, Norvegija, Portugalija, Suomija, Švedija) įgyvendina nacionalines laukimo eilių trumpinimo strategijas.

EBPO tyrime konstatuota, kad vien tik maksimalaus laukimo laiko nustatymas daro silpną poveikį laukimo laiko mažėjimui. Efektyvesne priemone laikoma geresnė laukimo eilių stebėseną, kai centralizuotai renkami objektyvia informacija pagrįsti duomenys apie faktinį laiką nuo paciento registracijos gauti sveikatos priežiūros paslaugą iki tokios paslaugos faktinio suteikimo. Vis dėlto, efektyviausia priemone, kuri, taikoma kartu su maksimalaus laukimo laiko nustatymu, duoda geriausią rezultatą, yra poveikio priemonių taikymas (šias priemones taiko Jungtinė Karalystė, Norvegija, Suomija).

2014 m. aštuntame Europos sveikatos paslaugų indekse (*EuroHealth Consumer Index*, toliau – EHCI) Lietuva užėmė 33-iąją vietą tarp 37 šalių (per metus prarasdama 9 pozicijas). EHCI konstatuojama, kad Lietuvoje „beveik neveikia daugelio ypatingos svarbos paslaugų teikimas, pacientams paslaugų tenka laukti vis ilgiau“.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 5 punkte *inter alia* nurodyta, kad tik įstatymai nustato sveikatinimo veiklos finansavimo pagrindus. Remiantis Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. lapkričio 6 d. nutarime suformuota doktrina, visi asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo, kartu ir neapmokėjimo,

8

pagrindai turi būti įtvirtinti įstatymu. Atsižvelgiant į tai, maksimalus terminas, per kurį turi būti suteikta sveikatos priežiūros paslauga, gali būti įtvirtintas ir įstatymo įgyvendinamuosiuose teisės aktuose, tačiau tuo atveju, jei už šių terminų nesilaikymą taikomos poveikio priemonės yra susijusios su apmokėjimu ar neapmokėjimu už pavėluotai suteiktą paslaugą, jos privalo būti įtvirtintos įstatymu.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 84 straipsnio 1 dalies 3 punkte nurodyta, kad „Lietuvos Respublikos gyventojai turi teisę gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas“. To paties straipsnio 1 dalies 6 punkte įtvirtinta pacientų teisė „pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti“. Deja, šiuo metu galiojančiais teisės aktais nesukurtos priemonės, leidžiančios pacientams objektyviai palyginti skirtingas gydymo įstaigas ir jose teikiamas paslaugas.

Neturėdami informacijos apie skirtingose gydymo įstaigose esančias laukimo eiles, pacientai neretai atsiduria situacijose, kai net nėra registruojami norimai gauti paslaugai. Tokiu būdu pažeidžiamos pacientų teisės, nors atsakomybė už tai netaikoma nei asmens sveikatos priežiūros įstaigai, nei valstybės ar savivaldybių institucijoms. Dalis pacientų atsisako „stoti“ į laukimo eilę ir pasirenka gauti mokamas sveikatos priežiūros paslaugas.

2015 m. I pusmetį pacientai už mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. tokias, kurios nekompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų ar kitų valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų, sumokėjo 17,9 mln. eurų. Mokamų paslaugų dalis sudaro net 9 proc. visų miesto poliklinikų gaunamų pajamų ir atitinkamai 7 proc. visų pirminės sveikatos priežiūros centrų gaunamų pajamų.

Turime didelį atotrūkį tarp to, ką žino pacientai ir kokią informaciją turi valstybės institucijos. Tai neprideda pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema, todėl įstatymo projekte nurodytų įstaigų veiklos vertinimo rodiklių pagrindu siūloma viešai reitinguoti valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigas pagal jų veiklos efektyvumą.

EHCI duomenimis, gydymo įstaigų reitingavimas atliekamas Norvegijoje, Danijoje, Nyderlanduose, Prancūzijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje, Portugalijoje, Slovakijoje.

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

Įstatymo projektą parengė Lietuvos Respublikos Prezidento kanceliarijos Teisės grupė ir Ekonominės ir socialinės politikos grupė.

3. Kaip šiuo metu yra reguliuojami įstatymo projekte aptarti teisiniai santykiai Sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės.

Šiuo metu sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės yra reglamentuojamos trijuose teisės aktuose: (1) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarime Nr. 370 „Dėl apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“ (toliau – Nutarimas Nr. 370), (2) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (toliau – Įsakymas Nr. V-943), (3) Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. spalio 28 d. direktoriaus įsakyme Nr. 1K-287 „Dėl asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – Įsakymas Nr. 1K-287).

2014 m. pirmojoje Nutarimo Nr. 370 redakcijoje buvo įtvirtinti 4 sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo terminai: (1) skubiosios medicinos pagalba pacientui turi būti suteikiama kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dieną, (2) planinės pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos pacientui suteikiamos per 5 kalendorines dienas, (3) planinės specializuotos ambulatorinės paslaugos pacientui suteikiamos per 25 kalendorines

10

dienas (ši nuostata galiojo iki 2015 m. vasario 27 d.), (4) brangieji tyrimai ir procedūros pacientui turi būti atliekami per 10 kalendorinių dienų.

Įsakymu Nr. 1K-287 sukuriamos priemonės nacionaliniu lygiu stebėti Nutarime Nr. 370 nurodytas paslaugų laukimo eiles ir papildomai kaupiami duomenys apie planinių stacionarinių ir dienos chirurgijos paslaugų laukimo eiles, kai paslauga suteikiama vėliau nei per 60 kalendorinių dienų.

Įsakymo Nr. V-943 10¹ punkte nurodyta, kad ūmios ligos atveju pacientui pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos turi būti suteiktos jo kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dieną, o paūmėjus lėtinei ligai pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos turi būti suteikiamos per 5 kalendorines dienas. Šie terminai atitinka terminus, įtvirtintus Nutarime Nr. 370.

Pažymėtina, kad pirmiau nurodyti teisės aktai už maksimalių laukimo eilių terminų nesilaikymą nenumato poveikio priemonių nei asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nei šių įstaigų vadovams. Teisės aktuose įtvirtinti maksimalūs terminai, per kuriuos turi būti suteikiama asmens sveikatos priežiūros paslauga, nepatenka tarp valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo rodiklių. Šiuo metu PSDF biudžeto lėšomis yra apmokamos ir tos paslaugos, kurios suteiktos maksimalius laukimo terminus viršijant kelis ar keliasdešimt kartų.

Istaigų veiklos rezultatų vertinimas.

Valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo rodikliai yra įtvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakyme Nr. V-1019 „Dėl Lietuvos Nacionalinės Sveikatos Sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašas“ (toliau – Įsakymas Nr. V-1019). Šiame įsakyme įtvirtinti 9 kiekybiniai ir kokybiniai rodikliai:

- finansinis įstaigos veiklos rezultatas;
- įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis;
- įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis;
- papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas;
- pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis ir pacientų skundų tendencijos;
- kokybės vadybos sistemos diegimo ir vystymo laipsnis;
- darbuotojų kaitos įstaigoje rodiklis;
- prioritetinių paslaugų teikimo dinamika;
- informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis (pacientų registracijos elektroninė sistema, įstaigos interneto svetainė, darbuotojų darbo krūvio apskaita ir kita).

Įsakymu Nr. V-1019 leidžiama įstaigų steigėjams (dalininkams), t. y. savivaldybėms, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai, kitoms valstybės institucijoms rodiklių skaičių savo nuožiūra sumažinti nuo 9 iki 6.

Papildomi rodikliai, kurie taikomi tik stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms gydymo įstaigoms, yra įtvirtinti 2012 m. lapkričio 29 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ (toliau – Įsakymas Nr. V-1073). Šiame įsakyme įtvirtinta 15 papildomų rodiklių:

- vidutinė gydymo trukmė;
- dienos chirurgijos paslaugų dalis;
- operacinės užimtumo vidurkis;
- cezario pjūvių dažnis;
- mirštamumas aktyvaus gydymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje metu;
- pragulų išsivystymo laipsnis;

11

- infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis;
- pacientų pasitenkinimo lygis;
- periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis;
- antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis;
- vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis;
- nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtos apimtis;
- naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis;
- miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis;
- personalo rankų higienos užtikrinimo lygis.

Galiojančiuose teisės aktuose įtvirtintų rodiklių reikšmė šiuo metu yra ribota, kadangi nuo rodiklių dydžio priklauso tik įstaigos vadovo mėnesinio darbo užmokesčio kintamoji dalis, tačiau šie rodikliai nėra vertinami kasmet sudarant sutartis tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, į juos neatsižvelgiama skiriant papildomas lėšas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervo.

Gydymo įstaigų reitingavimas.

Šiuo metu valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinės ir veiklos ataskaitos yra skelbiamos viešai įstaigų interneto svetainėse. Įstaigų metinėse finansinėse ataskaitose yra pateikiami standartizuoti duomenys, tačiau veiklos ataskaitose analizuojami rodikliai yra skirtingi, todėl negali būti tarpusavyje palyginami. Bendri (konsoliduoti) valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų duomenys nėra viešinami, todėl pacientai negali realiu laiku palyginti skirtingų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos. Šiuo metu pacientams nėra sudaromos tinkamos sąlygos efektyviai pasinaudoti Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatos atlyginimo įstatymo 4 straipsnyje įtvirtinta teise pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir teise pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą.

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

Įstatymo projektu siūlomi trys esminiai pakeitimai:

1) Nustatyti maksimalius terminus suteikti PSDF lėšomis apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas ir įteisinti poveikio priemonės už šių terminų nesilaikymą.

- Skubiosios medicinos pagalbos paslaugą suteikti per 1 parą.

Galiojančiame Nutarime Nr. 370 ir Įsakyme Nr. V-943 numatyta skubiosios medicinos pagalbos paslaugą suteikti tą pačią dieną, tačiau praktikoje ši nuostata kelia teisinių neaiškumų (pavyzdžiui, kaip užtikrinti skubiosios medicinos pagalbos suteikimą tą pačią dieną, pacientui kreipiantis 23 val. 50 min).

- Pirminę ambulatorinę sveikatos priežiūros paslaugą suteikti per 7 kalendorines dienas.

Galiojančiame Nutarime Nr. 370 ir Įsakyme Nr. V-943 numatyta šias paslaugas suteikti per 5 kalendorines dienas. 5 kalendorinių dienų, o ne darbo dienų terminas reiškia, kad pacientai, kurie paslaugai gauti registruojasi trečiadienį, ją privalo gauti penktadienį (faktiškai per 3 kalendorines dienas, nes savaitgaliais pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos nedirba). O pacientai, kurie registruojasi pirmadienį, šeimos gydytojo ar kito pirminės sveikatos priežiūros specialisto konsultaciją gali gauti penktadienį (per 5 kalendorines dienas). Bet kuriuo atveju 31 proc. gydytojų 2015 m. viršija numatytą 5 kalendorinių dienų terminą.

- Specializuotą ambulatorinę sveikatos priežiūros paslaugą suteikti per 30 kalendorinių dienų.

12

Šiuo metu terminas gauti antrinio ir tretinio lygmens sveikatos priežiūros specialisto konsultaciją nėra numatytas, tačiau šių paslaugų stebėsena atliekama Įsakymo Nr. 1K-287 pagrindu. Vis dėlto, 87 proc. gydytojų šias paslaugas suteikia greičiau nei per 30 kalendorinių dienų. Ilgiausiai tenka laukti kardiologo, onkologo chemoterapeuto, vaikų neurologo, vaikų urologo, vaikų reumatologo konsultacijos.

- Brangiuosius tyrimus ir (ar) procedūras atlikti per 30 kalendorinių dienų.

Galiojančiame Nutarime Nr. 370 numatyta pareiga brangiuosius tyrimus ir procedūras atlikti per 10 kalendorinių dienų, tačiau 26 proc. gydymo įstaigų šiuos terminus viršija. 81 proc. gydymo įstaigų magnetinio rezonanso tomografijos paslaugas suteikia vėliau nei per 10 kalendorinių dienų. Atitinkamai, 55 proc. gydymo įstaigų kompiuterinės tomografijos angiografiją atlieka vėliau nei per 10 kalendorinių dienų.

- Planines stacionarias ir (ar) dienos chirurgijos sveikatos priežiūros paslaugas suteikti per 60 kalendorinių dienų.

Terminas atlikti planines operacijas šiuo metu nėra įtvirtintas, tačiau šių paslaugų stebėsena atliekama Įsakymo Nr. 1K-287 pagrindu. Per 30 dienų šias paslaugas suteikia tik 50 proc. asmens sveikatos priežiūros įstaigų, per ilgesnį nei 60 dienų terminą – 22 proc. gydymo įstaigų. Kadangi šiuo metu sveikatos politikai prioritetą teikia dienos stacionaro paslaugų skatinimui, pasinaudamos esamomis motyvacinėmis priemonėmis, asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi realias galimybes sutrumpinti laukimo eiles planinės chirurgijos paslaugų teikimui, didesnę dalį paslaugų teikiant dienos stacionare.

- Reikalavimas paslaugą suteikti per maksimalų terminą bus taikomas visoms gydymo įstaigoms (tiek viešosioms, tiek ir privačioms), kurioms už nurodytas paslaugas apmokama iš PSDF biudžeto lėšų.

- Maksimalaus termino, per kurį privaloma suteikti sveikatos priežiūros paslaugą, bus galima nesilaikyti tik tuo atveju, jei paslaugą norintis gauti pacientas pageidaus, kad paslauga būtų suteikta per ilgesnį laikotarpį.

- Gydymo įstaigoms už paslaugas, kurios viršys įstatymo projekte nurodytus terminus, nuo 2018 m. sausio 1 d. nebus apmokama iš PSDF lėšų.

2) Periodiškai vertinti valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus.

- Įstatyme siūloma apibrėžti 15 svarbiausių rodiklių, pagal kuriuos bus vertinama valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla. 7 iš 15 siūlomų rodiklių šiuo metu yra apibrėžti Įsakyme Nr. V-1019 ir yra taikomi nustatant gydymo įstaigos vadovo darbo užmokesčio kintamąją dalį.

- Siūlomi valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo rodikliai:

1. Įstaigos metinis finansinis rezultatas.

Rodiklis įtvirtintas Įsakyme Nr. V-1019.

2. Įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis.

Rodiklis įtvirtintas Įsakyme Nr. V-1019.

3. Įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis.

Rodiklis įtvirtintas Įsakyme Nr. V-1019.

4. Papildomų finansavimo šaltinių dalis nuo metinio įstaigos biudžeto.

Rodiklis įtvirtintas Įsakyme Nr. V-1019.

5. Įstaigos finansinių įsipareigojimų dalis nuo metinio įstaigos biudžeto.

Šis rodiklis, papildydamas pirmuosius keturis rodiklius, objektyviau atspindi gydymo įstaigos finansinę situaciją, kadangi įstaigos metinis finansinis rezultatas gali būti teigiamas, nors per praėjusį ataskaitinį laikotarpį prisiimti kreditoriniai įsiskolinimai nėra padengti. Valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos per 2015 m. tikisi gauti 218 mln. eurų pajamų, nors turi 143 mln. eurų finansinių įsipareigojimų. Pavyzdžiui, Respublikinės Šiaulių ligoninės finansinių įsipareigojimų dalis (12,2 mln. eurų) du su puse karto viršija per vienerius metus

13

gaunamas pajamas (4,8 mln. eurų), Respublikinės Panevėžio ligoninės finansinių įsipareigojimų dalis (9,1 mln. eurų) beveik du kartus viršija gaunamas pajamas (4,8 mln. eurų).

6. Pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis.

Rodiklis įtvirtintas Įsakyme Nr. V-1019. Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, jį nuo 2012 m. vertina Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

7. Įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės.

Igyvendinant 2015 m. kovo 10 d. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu patvirtintą Lietuvos Respublikos nacionalinę kovos su korupcija 2015–2025 metų programą, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras turi patvirtinti Sveikatos priežiūros srities korupcijos prevencijos programą, kuri dar nėra priimta. Programoje numatytos priemonės turėtų būti įgyvendinamos visose valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, apibrėžiant objektyviai išmatuojamus rodiklius.

8. Pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis.

Rodiklis nurodytas Įsakyme Nr. V-1019. Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, skatina gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prisideda prie pacientų teisių stiprinimo.

9. Informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis (pacientų elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainės išsamumas, darbuotojų darbo krūvio apskaita, įstaigos dalyvavimo elektroninėje sveikatos sistemoje apimtis).

Rodiklis įtvirtintas Įsakyme Nr. V-1019, jį vertina gydymo įstaigos steigėjas (dalininkas).

10. Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius pagal atskiras paslaugų grupes. Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, jis padės vertinti gydymo įstaigų darbuotojų kompetenciją teikiant atskiras sveikatos priežiūros paslaugas ir kartu sudarys pakankamas teises prielaidas pacientams įgyvendinti teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir teisę pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą.

11. Laukimo eilės gydymo įstaigoje pagal atskiras paslaugų grupes.

Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, jis sudarys prielaidas vykdyti efektyvią stebėseną, kaip gydymo įstaigos laikosi įstatymo projekte įtvirtintų maksimalių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminų.

12. Įstaigoje dirbančių darbuotojų ir etatų skaičius.

Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, jis sudarys prielaidas vertinti įstaigos žmogiškųjų išteklių valdymą, analizuoti, ar darbuotojų etatų skaičius yra pakankamas siekiant laiku suteikti sveikatos priežiūros paslaugas.

13. Vidutinė hospitalizuotų pacientų gydymo trukmė įstaigoje pagal atskiras paslaugų grupes.

Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, jis sudarys sąlygas vertinti, ar gydymo įstaigos optimaliai naudoja PSDF lėšas, teikdamos brangiausiai kainuojančias sveikatos priežiūros paslaugas. Rodiklis padės įvertinti, ar hospitalizuoti pacientai ligoninėje būna optimalų laikotarpį (nei per ilgai, nei per trumpai).

14. Vidutinė stacionarių lovų panaudojimo trukmė įstaigoje pagal paslaugų grupes.

Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas, jis vertinamas ir šiuo metu. 2015 m. valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose aktyvaus gydymo lovos yra panaudojamos vidutiniškai tik 266 dienas per metus, o skirtumas tarp gydymo įstaigų, kuriose lovų užimtumas yra didžiausias ir mažiausias, siekia 176 dienas per metus.

15. Iš PSDF lėšų apmokėtų brangiųjų tyrimų ir (ar) procedūrų skaičius ir brangiųjų medicinos prietaisų panaudojimo efektyvumas.

Rodiklis yra objektyviai išmatuojamas. Brangiųjų medicinos prietaisų įsigijimas yra ženkli investicija, todėl turi būti vertinama, ar brangieji medicinos prietaisai panaudojami efektyviai. Šiuo rodikliu sudaromos sąlygos analizuoti, ar valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos brangiaisiais medicinos prietaisais pacientams teikia iš PSDF lėšų apmokamas paslaugas, o ne mokamas paslaugas.

14

- Rodiklių siektinas reikšmės ir papildomus rodiklius galės nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras.
- Geriau už šalies vidurkį veikiančios valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos kartą per metus gaus papildomų lėšų iš PSDF biudžeto už gerus įstaigos veiklos rezultatus (motyvacinė priemonė).
- Prasčiau už šalies vidurkį veikiančios valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos kartu su steigėju, konsultuojant jų veiklą prižiūrinčioms institucijoms (Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos), privalės sudaryti veiksmų planą, kuriuo bus siekiama pagerinti rezultatus iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos. Už veiksmų plane numatytų veiksmų nepasiekimą gydymo įstaigos steigėjas privalės taikyti poveikio priemones. Savivaldybei nuosavybės teise priklausančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymas, naudojimas ir disponavimas Lietuvos Respublikos vietos savivaldos 6 straipsnio 1 dalies 3 punkto pagrindu priskiriamas savarankiosioms savivaldybių funkcijoms, todėl įstatymo projekte nenurodomos poveikio priemonės, kurių gali imtis asmens sveikatos priežiūros įstaigų steigėjas (dalininkas).

3) Viešai reitinguoti valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

- Informacija apie valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklius skelbiama viešai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje, gydymo įstaigų tinklalapiuose ir skelbimų lentose.
- Bet kuris asmuo galės palyginti visas valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigas pagal jų veiklos rezultatus. Bus sudaromos galimybės analizuoti, kokiose gydymo įstaigose norimas sveikatos priežiūros paslaugas galima gauti greičiausiai, kur geriausiai diegiami inovatyvūs sprendimai.
- Atskirai bus reitinguojamos ambulatorijos, poliklinikos, rajono ir regiono ligoninės, respublikinės ir universitetinės ligoninės.

Įgyvendinus siūlomas priemones, sutrumpės paslaugų laukimo eilės, pagerės PSDF biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų stebėseną. Įstatymo projekte numatytų maksimalių terminų bus laikomasi, nes už pavėluotai suteiktą sveikatos priežiūros paslaugą gydymo įstaigos negaus apmokėjimo.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos žinos, kokiais standartizuotais kriterijais remiantis vertinamas jų veiklos efektyvumas, todėl galės geriau organizuoti gydymo procesą.

Reguliariai vertinant valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, įstaigos bus skatinamos dirbti efektyviau, bus racionaliau naudojamos PSDF biudžeto lėšos, gerės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Pacientai, prieš gaudami asmens sveikatos priežiūros paslaugą, žinos, per kokį maksimalų terminą galės gauti paslaugą, o, matydami gydymo įstaigų rezultatus, galės tinkamai įgyvendinti teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą.

5. Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo rezultatai, galimos neigiamos priimto įstatymo pasekmės ir kokių priemonių reikėtų imtis, kad tokių pasekmių būtų išvengta

Remiantis pirmiau pateiktais argumentais, tarptautinių tyrimų patirtimi ir Lietuvos 2015 m. statistiniais duomenimis, numatomos teigiamos siūlomo teisinio reguliavimo pasekmės, susijusios su efektyvesniu valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymu, racialesniu PSDF lėšų panaudojimu, geresniu pacientų srautų (laukimo eilių) valdymu, stipresne pacientų teisių apsauga ir didesnėmis garantijomis gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Neigiamų pasekmių nenumatoma.

6. Kokią įtaką priimtas įstatymas turės kriminogeninei situacijai, korupcijai

Igyvendinus įstatymo nuostatas, sumažės korupcijos apraiškų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurių savininkas (dalininkas) yra savivaldybės, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija ir kitos valstybės institucijos.

7. Kaip įstatymo įgyvendinimas atsilieps verslo sąlygoms ir jo plėtrai

Privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios PSDF lėšomis apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų nesuteiks per įstatymo projekte numatytą maksimalų terminą, nuo 2018 m. sausio 1 d. negaus apmokėjimo už pavėluotai suteiktas paslaugas. Šiuo metu tik privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 dalies pagrindu reikalauja papildomų priemonių iš pacientų net ir už tas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios apmokamos iš PSDF lėšų, o tokių priemonių dydis nėra reguliuojamas.

Kitos įstatymo projekto nuostatos privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms netaikomos. Todėl įgyvendinus įstatymą, privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų padėtis pagerės, jas lyginant su valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurioms bus taikomi aukštesni skaidrumo ir veiklos efektyvumo standartai.

8. Įstatymo inkorporavimas į teisinę sistemą, kokius teisės aktus būtina priimti, kokius galiojančius teisės aktus reikia pakeisti ar pripažinti netekusiais galios

Lietuvos Respublikos Vyriausybė iki įstatymo įsigaliojimo turės pakeisti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimą Nr. 370 „Dėl apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“; sveikatos apsaugos ministras iki įstatymo įsigaliojimo turės pakeisti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymą Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakymą Nr. V-1019 „Dėl Lietuvos Nacionalinės Sveikatos Sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašas“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymą Nr. V-304 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo bei brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymą Nr. V-383 „Dėl Medicinos prietaisų instaliavimo, naudojimo ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“; Valstybinės ligonių kasos direktorius iki įstatymo įsigaliojimo turės pakeisti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. spalio 28 d. direktoriaus įsakymą Nr. 1K-287 „Dėl asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo“.

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

Įstatymų projektai parengti laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos įstatymo ir Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo reikalavimų, atitinka bendrinės lietuvių kalbos normas, sąvokos ir terminai įvertinti Terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka.

10. Ar įstatymo projektas atitinka Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos nuostatas ir Europos Sąjungos dokumentus

Įstatymo projektas atitinka Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos nuostatas ir yra suderintas su Europos Sąjungos teisės aktais.

16

11. Jeigu įstatymui įgyvendinti reikia įgyvendinamųjų teisės aktų, kas ir kada juos turėtų priimti

Lietuvos Respublikos Vyriausybė ar jos įgaliota institucija bei Lietuvos Respublikos Savivaldybių tarybos iki įstatymo įsigaliojimo turės priimti Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinės ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių plano sudarymo aprašą ir Poveikio priemonių, skiriamų nepasiekus asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatų gerinimo plane numatytų tikslų, taikymo taisyklės. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras iki įstatymo įsigaliojimo turės priimti Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinių ir veiklos rezultatų vertinimo ir finansinio skatinimo taisyklės.

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

Papildomų valstybės, savivaldybės biudžetų lėšų nereikės.

13. Įstatymų projektų rengimo metu gauti specialistų vertinimai ir išvados

Įstatymo projekto rengimo metu buvo gauti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos vertinimai ir pasiūlymai.

14. Reikšminiai žodžiai, kurių reikia šiam projektui įtraukti į kompiuterinę paieškos sistemą, įskaitant Europos žodyno *Eurovoc* terminus, temas ir sritis

Reikšminiai žodžiai, kurių reikia šiam įstatymų projektui įtraukti į kompiuterinę paieškos sistemą: „laukimo eilės“, „veiklos rezultatų vertinimas“.

15. Kiti, iniciatorių nuomone, reikalingi pagrindimai ir paaiškinimai

Nėra.

Respublikos Prezidentė
Grybauskaitė

Dalia

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15 (2) ir 15(3) straipsniais ĮSTATYMO PROJEKTAS

XIIP-3558

Projektas

**LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ
PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² IR 15³ STRAIPSNIAIS
ĮSTATYMAS**

2015 m.

d. Nr.

Vilnius

1 straipsnis. 2 straipsnio pakeitimas

1. Papildyti 2 straipsnį 12 dalimi:

„12. **Specializuotos ambulatorinės paslaugos** – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją ir viršijančios pirminės sveikatos priežiūros gydytojų kompetenciją.“

2. Papildyti 2 straipsnį 13 dalimi:

„13. **Brangieji tyrimai ir procedūros** – asmens sveikatos priežiūros paslaugos ar jų dalis, teikiama naudojant medicinos priemones, įrašytas į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą, kurių įsigijimo kaina su pridėtinės vertės mokesčiu (įskaitant priedus) viršija 1000 bazinės socialinės išmokos dydžių ir kurios visiškai ar iš dalies apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.“

3. Papildyti 2 straipsnį 14 dalimi:

„14. **Planinė pagalba** – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurių teikimą galima atidėti mediciniškai pagrįstam laikotarpiui, nebloginant paciento sveikatos būklės ir (ar) ligos prognozės.“

4. Papildyti 2 straipsnį 15 dalimi:

„15. Kitos šiame įstatyme vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme.“

2 straipsnis. Įstatymo papildymas 15² straipsniuPapildyti Įstatymą 15² straipsniu:

„15² **straipsnis. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų rezultatų vertinimas**

1. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo rodikliai:

- 1) įstaigos finansinės būklės ataskaitoje nurodytas įstaigos veiklos finansinis rezultatas;
- 2) įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis;
- 3) įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis;
- 4) įstaigos finansinių įsipareigojimų dalis nuo metinio įstaigos biudžeto;
- 5) papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas.

2. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai:

- 1) pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis;
- 2) pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis;
- 3) įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės, numatytos Sveikatos priežiūros srities korupcijos prevencijos programoje, kurią tvirtina sveikatos apsaugos ministras;

4) informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis (pacientų elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainės išsamumas, darbuotojų darbo krūvio apskaita, įstaigos dalyvavimo elektroninėje sveikatos sistemoje apimtis);

5) įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per ketvirtį ir per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

6) vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą iki paslaugos faktinio suteikimo pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

7) įstaigoje dirbančių darbuotojų ir etatų skaičius;

8) vidutinė hospitalizuotų pacientų gydymo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

9) vidutinė stacionarių lovų panaudojimo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

10) įstaigoje iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokėtų brangiųjų tyrimų ir procedūrų skaičius, medicinos prietaisų, kuriais atlikti brangieji tyrimai ir procedūros, panaudojimo efektyvumas;

11) papildomi sveikatos apsaugos ministro nustatyti įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai.

3. Šio straipsnio 1 dalyje ir 2 dalies 1–4 punktuose nurodytų rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per metus ir viešinamos šio straipsnio 7–9 dalyse nurodyta tvarka, nurodant metines rodiklių reikšmes.

4. Šio straipsnio 2 dalies 5–10 punktuose nurodytos rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per ketvirtį ir viešinamos šio straipsnio 7–9 dalyse nurodyta tvarka, nurodant paskutinio ketvirčio ir paskutinių kalendorinių metų metinių rodiklių reikšmes.

5. Sveikatos apsaugos ministras kasmet tvirtina šio straipsnio 1 ir 2 dalyje nurodytų rodiklių siektinas reikšmes, taikomas šio straipsnio 9 dalyje nurodytoms įstaigų grupėms.

6. LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos viešai skelbiamose veiklos ataskaitose sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka pateikia informaciją apie per ataskaitinį laikotarpį įstaigoje taikytas priemones, kuriomis buvo siekiama šio straipsnio 5 dalyje nurodytų rodiklių reikšmių.

7. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyje nurodytų rodiklių reikšmės nuolat skelbiamos viešai Sveikatos apsaugos ministerijos, LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų interneto tinklalapiuose ir šių įstaigų skelbimų lentose pacientams suprantamu būdu.

8. Šio straipsnio 7 dalyje nurodytu būdu skelbiami duomenys turi būti išsamūs, struktūruoti, be registracijos nemokamai prieinami plačiausiam įmanomam vartotojų ratui, teikiami atvirais ir nepatentuotais formatais.

9. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyje nurodytų rodiklių reikšmės viešinamos atskirose grupėse lyginant:

1) rajonų ir regionų lygmens LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas;

2) universitetines ligonines ir respublikos lygmens LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas;

3) antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas, nepatenkančias į šios dalies 1 ir 2 punktuose nurodytas grupes;

4) pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas, nepatenkančias į šios dalies 1–3 punktuose nurodytas grupes.

10. Šio straipsnio 9 dalyje nurodytų LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų grupavimą ir rodiklių reikšmių palyginimą šio įstatymo nustatyta tvarka atlieka Sveikatos apsaugos ministerija.

11. LNSS viešoji įstaiga ir LNSS biudžetinė įstaiga, kurios veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių reikšmė (-ės) viršija šio straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytas grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkį, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka kasmet iki

gruodžio 15 dienos gauna vienkartinį finansinį paskatinimą už gerus įstaigos veiklos rezultatus tam panaudojant viršplanines Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

12. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių ir veiklos rodiklių pasiektos reikšmės už ketvirtį įstaigos steigėjui (dalininkui) pateikiamos iki kito ketvirčio pirmo mėnesio 15 dienos. Tuo atveju, jei nors viena LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių reikšmė (-ės) nesiekia šio straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytos grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkio, steigėjas (dalininkas) kartu su jam pavaldžios įstaigos vadovu privalo iki kito ketvirčio paskutinio mėnesio 15 dienos sudaryti įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planą, kuris turi būti įgyvendintas iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos. LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planą tvirtina steigėjas (dalininkas).

13. Jei įgyvendinus įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių plane numatytas priemones bent vienas įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklis ir toliau nesiekia šio straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytos grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkio, įstaigos steigėjas (dalininkas) privalo pagal kompetenciją taikyti proporcingas poveikio priemones, o teritorinė ligonių kasa peržiūrėdama su įstaiga sudarytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartį Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka sumažina iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių.

14. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų vadovaujantį darbuotoją ir steigėją (dalininką) šiame įstatyme nurodytais klausimais Viešojo administravimo įstatymo nustatyta tvarka pagal kompetenciją konsultuoja Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba.“

3 straipsnis. Įstatymo papildymas 15³ straipsniu

Papildyti Įstatymą 15³ straipsniu:

„15³ straipsnis. Maksimalūs sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai

1. Sveikatos priežiūros įstaiga privalo apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui (toliau – apdraustas pacientas) suteikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą per šios dalies 1–5 punkte nurodytą terminą, kuris pradedamas skaičiuoti nuo apdrausto paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momento iki paslaugos suteikimo:

- 1) skubiosios medicinos pagalbos paslaugą – per 24 valandas;
- 2) pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – per 7 kalendorines dienas;
- 3) specializuotą ambulatorinę sveikatos priežiūros paslaugą – per 30 kalendorinių dienų;
- 4) brangiojo tyrimo ir (ar) procedūros paslaugą planinės pagalbos atveju – per 30 kalendorinių dienų;
- 5) stacionarią ir (ar) dienos chirurgijos sveikatos priežiūros paslaugą planinės pagalbos atveju – per 60 kalendorinių dienų;

2. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturi teisės atsisakyti suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugą, dėl kurios teikimo ji yra sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa, jei yra įvykdytos visos įstatymuose nurodytos sąlygos.

3. Įstaiga, kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu registruodama apdraustą pacientą, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka privalo jį informuoti apie teisę gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą.

4. Kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu apdraustam pacientui pageidaujant iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas sveikatos

priežiūros paslaugas gauti vėliau nei per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka turi būti gautas informuotas paciento sutikimas ir padaromas papildomas įrašas įstaigos registracijos sistemoje.

5. Jei įstaiga apdrausto paciento kreipimosi momentu sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka dėl objektyvių priežasčių negali suteikti sveikatos priežiūros paslaugos per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą, ji privalo užtikrinti, kad apdraustas pacientas būtų įregistruotas kitoje LNSS viešojoje įstaigoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje, kurioje sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą. Prieš atliekant įrašą registracijos sistemoje, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka turi būti gautas informuotas paciento sutikimas gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje LNSS viešojoje įstaigoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje.

6. Jei Lietuvos Respublikoje veikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga pažeidžia šio straipsnio 1–5 dalyje nurodytas pareigas, apdraustas pacientas turi teisę į turtinės ir neturtinės žalos atlyginimą Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir Civilinio kodekso nustatyta tvarka.

7. Teritorinė ligonių kasa, nustačiusi, kad apdraustam pacientui sveikatos priežiūros paslauga buvo suteikta viršijant šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą kitais nei šio straipsnio 4 dalyje nurodytais atvejais, už tokios sveikatos priežiūros paslaugos suteikimą negali apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.“

4 straipsnis. 45 straipsnio pakeitimas

1. Papildyti Įstatymo 45 straipsnio 1 dalį 13 punktu:

„13) registruoti visus pacientus jų kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka;“.

2. Papildyti Įstatymo 45 straipsnio 1 dalį 14 punktu:

„14) registruoti pacientus nuolat, neribojant registravimosi terminų Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka;“.

3. Papildyti Įstatymo 45 straipsnio 1 dalį 15 punktu:

„15) pacientui pasiūlyti anksčiausią objektyviai įmanomą paslaugos suteikimo datą ir laiką Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.“.

5 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas ir įgyvendinimas

1. Šis įstatymas, išskyrus šio straipsnio 2 ir 3 dalis, įsigalioja 2017 m. sausio 1 d.

2. Šio įstatymo 3 straipsnyje išdėstyto 15³ straipsnio 7 dalis įsigalioja 2018 m. sausio 1 d.

3. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras iki 2016 m. gruodžio 31 d. priima šio įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

Respublikos Prezidentas

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15 (2) ir 15(3) straipsniais įstatymo projekto LYGINAMASIS VARIANTAS	XIIP-3558
--	-----------

**Projekto
lyginamasis variantas**

**LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ
PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² IR 15³ STRAIPSNIAIS
ĮSTATYMAS**

2015 m. d. Nr.
Vilnius

1 straipsnis. 2 straipsnio pakeitimas

1. Papildyti 2 straipsnį 12 dalimi:

„12. Specializuotos ambulatorinės paslaugos – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją ir viršijančios pirminės sveikatos priežiūros gydytojų kompetenciją.“

2. Papildyti 2 straipsnį 13 dalimi:

„13. Brangieji tyrimai ir procedūros – asmens sveikatos priežiūros paslaugos ar jų dalis, teikiama naudojant medicinos priemones, įrašytas į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą, kurių įsigijimo kaina su pridėtinės vertės mokesčiu (įskaitant priedus) viršija 1000 bazinės socialinės išmokos dydžių ir kurios visiškai ar iš dalies apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.“

3. Papildyti 2 straipsnį 14 dalimi:

„14. Planinė pagalba – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurių teikimą galima atidėti mediciniškai pagrįstam laikotarpiui, nebloginant paciento sveikatos būklės ir (ar) ligos prognozės.“

4. Papildyti 2 straipsnį 15 dalimi:

„15. Kitos šiame įstatyme vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme.“

2 straipsnis. Įstatymo papildymas 15² straipsniu

Papildyti Įstatymą 15² straipsniu:

„15² straipsnis. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų rezultatų vertinimas

1. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo rodikliai:

1) įstaigos finansinės būklės ataskaitoje nurodytas įstaigos veiklos finansinis rezultatas;

2) įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis;

3) įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis;

4) įstaigos finansinių įsipareigojimų dalis nuo metinio įstaigos biudžeto;

5) papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas.

2. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai:

1) pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis;

2) pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis;

3) įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės, numatytos Sveikatos priežiūros srities korupcijos prevencijos programoje, kurią tvirtina sveikatos apsaugos ministras;

4) informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis (pacientų elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainės išsamumas, darbuotojų darbo krūvio apskaita, įstaigos dalyvavimo elektroninėje sveikatos sistemoje apimtis);

5) įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per ketvirtį ir per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

6) vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą iki paslaugos faktinio suteikimo pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

7) įstaigoje dirbančių darbuotojų ir etatų skaičius;

8) vidutinė hospitalizuotų pacientų gydymo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

9) vidutinė stacionarių lovų panaudojimo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

10) įstaigoje iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokėtų brangiųjų tyrimų ir procedūrų skaičius, medicinos prietaisų, kuriais atlikti brangieji tyrimai ir procedūros, panaudojimo efektyvumas;

11) papildomi sveikatos apsaugos ministro nustatyti įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai.

3. Šio straipsnio 1 dalyje ir 2 dalies 1–4 punktuose nurodytų rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per metus ir viešinamos šio straipsnio 7–9 dalyse nurodyta tvarka, nurodant metines rodiklių reikšmes.

4. Šio straipsnio 2 dalies 5–10 punktuose nurodytos rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per ketvirtį ir viešinamos šio straipsnio 7–9 dalyse nurodyta tvarka, nurodant paskutinio ketvirčio ir paskutinių kalendorinių metų metinių rodiklių reikšmes.

5. Sveikatos apsaugos ministras kasmet tvirtina šio straipsnio 1 ir 2 dalyje nurodytų rodiklių siektinas reikšmes, taikomas šio straipsnio 9 dalyje nurodytoms įstaigų grupėms.

6. LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos viešai skelbiamose veiklos ataskaitose sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka pateikia informaciją apie per ataskaitinį laikotarpį įstaigoje taikytas priemones, kuriomis buvo siekiama šio straipsnio 5 dalyje nurodytų rodiklių reikšmių.

7. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyje nurodytų rodiklių reikšmės nuolat skelbiamos viešai Sveikatos apsaugos ministerijos, LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų interneto tinklalapiuose ir šių įstaigų skelbimų lentose pacientams suprantamu būdu.

8. Šio straipsnio 7 dalyje nurodytu būdu skelbiami duomenys turi būti išsamūs, struktūruoti, be registracijos nemokamai prieinami plačiausiam įmanomam vartotojų ratui, teikiami atvirais ir nepatentuotais formatais.

9. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyje nurodytų rodiklių reikšmės viešinamos atskirose grupėse lyginant:

1) rajonų ir regionų lygmens LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas;

2) universitetines ligonines ir respublikos lygmens LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas;

3) antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas, nepatenkančias į šios dalies 1 ir 2 punktuose nurodytas grupes;

4) pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS viešąsias įstaigas ir LNSS biudžetines įstaigas, nepatenkančias į šios dalies 1–3 punktuose nurodytas grupes.

10. Šio straipsnio 9 dalyje nurodytų LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų grupavimą ir rodiklių reikšmių palyginimą šio įstatymo nustatyta tvarka atlieka Sveikatos apsaugos ministerija.

11. LNSS viešoji įstaiga ir LNSS biudžetinė įstaiga, kurios veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių reikšmė (-ės) viršija šio straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytos grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkį, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka kasmet iki gruodžio 15 dienos gauna vienkartinį finansinį paskatinimą už gerus įstaigos veiklos rezultatus tam panaudojant viršplanines Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

12. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių ir veiklos rodiklių pasiektos reikšmės už ketvirtį įstaigos steigėjui (dalininkui) pateikiamos iki kito ketvirčio pirmo mėnesio 15 dienos. Tuo atveju, jei nors viena LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių reikšmė (-ės) nesiekia šio straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytos grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkio, steigėjas (dalininkas) kartu su jam pavaldžios įstaigos vadovu privalo iki kito ketvirčio paskutinio mėnesio 15 dienos sudaryti įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planą, kuris turi būti įgyvendintas iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos. LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planą tvirtina steigėjas (dalininkas).

13. Jei įgyvendinus įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių plane numatytas priemones bent vienas įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklis ir toliau nesiekia šio straipsnio 9 dalies 1–4 punkte nurodytos grupės, į kurią patenka įstaiga, vidurkio, įstaigos steigėjas (dalininkas) privalo pagal kompetenciją taikyti proporcingas poveikio priemones, o teritorinė ligonių kasa peržiūrėdama su įstaiga sudarytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartį Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka sumažina iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių.

14. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų vadovaujantį darbuotoją ir steigėją (dalininką) šiame įstatyme nurodytais klausimais Viešojo administravimo įstatymo nustatyta tvarka pagal kompetenciją konsultuoja Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba.“

3 straipsnis. Įstatymo papildymas 15³ straipsniu

Papildyti Įstatymą 15³ straipsniu:

„15³ straipsnis. Maksimalūs sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai

1. Sveikatos priežiūros įstaiga privalo apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui (toliau – apdraustas pacientas) suteikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą per šios dalies 1–5 punkte nurodytą terminą, kuris pradedamas skaičiuoti nuo apdrausto paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momento iki paslaugos suteikimo:

- 1) skubiosios medicinos pagalbos paslaugą – per 24 valandas;
- 2) pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – per 7 kalendorines dienas;
- 3) specializuotą ambulatorinę sveikatos priežiūros paslaugą – per 30 kalendorinių dienų;
- 4) brangiojo tyrimo ir (ar) procedūros paslaugą planinės pagalbos atveju – per 30 kalendorinių dienų;

5) stacionarią ir (ar) dienos chirurgijos sveikatos priežiūros paslaugą planinės pagalbos atveju – per 60 kalendorinių dienų;

2. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturi teisės atsisakyti suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugą, dėl kurios teikimo ji yra sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa, jei yra įvykdytos visos įstatymuose nurodytos sąlygos.

3. Įstaiga, kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu registruodama apdraustą pacientą, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka privalo jį informuoti apie teisę gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą.

4. Kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu apdraustam pacientui pageidaujant iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas gauti vėliau nei per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka turi būti gautas informuotas paciento sutikimas ir padaromas papildomas įrašas įstaigos registracijos sistemoje.

5. Jei įstaiga apdrausto paciento kreipimosi momentu sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka dėl objektyvių priežasčių negali suteikti sveikatos priežiūros paslaugos per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą, ji privalo užtikrinti, kad apdraustas pacientas būtų įregistruotas kitoje LNSS viešojoje įstaigoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje, kurioje sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta per šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą. Prieš atliekant įrašą registracijos sistemoje, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka turi būti gautas informuotas paciento sutikimas gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje LNSS viešojoje įstaigoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje.

6. Jei Lietuvos Respublikoje veikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga pažeidžia šio straipsnio 1–5 dalyje nurodytas pareigas, apdraustas pacientas turi teisę į turtinės ir neturtinės žalos atlyginimą Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir Civilinio kodekso nustatyta tvarka.

7. Teritorinė ligonių kasa, nustačiusi, kad apdraustam pacientui sveikatos priežiūros paslauga buvo suteikta viršijant šio straipsnio 1 dalies 1–5 punkte nurodytą terminą kitais nei šio straipsnio 4 dalyje nurodytais atvejais, už tokios sveikatos priežiūros paslaugos suteikimą negali apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.“

4 straipsnis. 45 straipsnio pakeitimas

1. Papildyti įstatymo 45 straipsnio 1 dalį 13 punktu:

„13) registruoti visus pacientus jų kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka;“.

2. Papildyti įstatymo 45 straipsnio 1 dalį 14 punktu:

„14) registruoti pacientus nuolat, neribojant registravimosi terminų Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka;“.

3. Papildyti įstatymo 45 straipsnio 1 dalį 15 punktu:

„15) pacientui pasiūlyti anksčiausią objektyviai įmanomą paslaugos suteikimo datą ir laiką Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.“.

5 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas ir įgyvendinimas

1. Šis įstatymas, išskyrus šio straipsnio 2 ir 3 dalis, įsigalioja 2017 m. sausio 1 d.

2. Šio įstatymo 3 straipsnyje išdėstyto 15³ straipsnio 7 dalis įsigalioja 2018 m. sausio 1 d.

3. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras iki 2016 m. gruodžio 31 d. priima šio įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

Respublikos Prezidentas



LIETUVOS RESPUBLIKOS TEISINGUMO MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Gedimino pr. 30, LT-01104 Vilnius,
tel. (8 5) 266 2984, faks. (8 5) 262 5940, el. p. rastine@tm.lt,
atsisk. sąskaita LT267044060000269484 AB SEB bankas, banko kodas 70440.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188604955

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

2015-11-19 Nr. (1.6.) LT-1528
[2015-11-09 Nr. (1.1.19) 10-9953

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO „DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² IR 15³ STRAIPSNIAIS ĮSTATYMO PROJEKTO NR. XIIP-3558“ PROJEKTO

Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija, pagal kompetenciją išnagrinėjusi Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projekto Nr. XIIP-3558“ projektą (toliau – Projektas), teikia šią teisinę išvadą.

Teisingumo ministerija, įvertinusi Projekto *tikslą bei galimas pasekmes*, pastabų ir pasiūlymų neturi.

Įvertinusi Projekto *priemones ir teisės techniką*, Teisingumo ministerija teikia šias pastabas ir pasiūlymus:

1. Projekto 2 punktą siūlytina papildyti nurodant, kad Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projektą Nr. XIIP-3558 (toliau – Įstatymo projektas) tikslinga papildyti nuostatomis, reglamentuojančiomis, koku tikslu sveikatos priežiūros įstaiga turėtų naudoti finansinį paskatinimą, gautą už gerus įstaigos veiklos rezultatus (žr. Įstatymo projekto 15² straipsnio 11 dalį).

2. Siekiant teisinio aiškumo, Projekto 4 punktą siūlytina papildyti nurodant, kad Įstatymo projekte būtų tikslinga detalizuoti, kas būtų laikoma „proporcingomis poveikio priemonėmis“, minimomis Įstatymo projekto 15² straipsnio 13 dalyje.

3. Projekto 13 punkte siūlytina patikslinti teikiamas nuorodas, vietoj Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 49 straipsnio 1 dalies ir 19 straipsnio nurodant Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo atitinkamus straipsnius.

4. Siekiant Projekte nuosekliai dėstyti pagrindą Vyriausybės poziciją, siūlytina papildyti argumentais Vyriausybės siūlymus, išdėstyti Projekto 7 ir 14 punktuose.



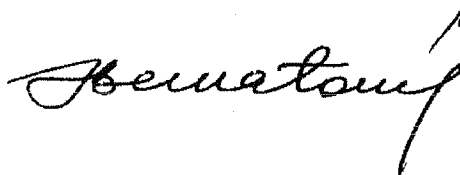
27

5. Projekto 18 punkte siūlytina patikslinti nuorodą į Projekto 1.21 papunktį, nes tokio papunkčio Projekte nėra.

6. Vertinant Įstatymo projekto 3 straipsnyje dėstomą Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 5 dalį, svarstyтина, galbūt būtų tikslinga numatyti, kad pacientui prioriteto tvarka būtų siūloma arčiausiai jo gyvenamosios vietos esanti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) viešoji ar biudžetinė įstaiga, galinti suteikti sveikatos priežiūros paslaugą per Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nustatytus terminus.

Šios pastabos kontekste taip pat pastebėtina, kad, siekiant teisinio reguliavimo nuoseklumo, Įstatymo projekto 3 straipsnyje dėstomą Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 5 dalį būtų tikslinga papildyti nuostatomis, reglamentuojančiomis situaciją, kai pacientas nesutinka gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje LNSS viešojoje ar biudžetinėje įstaigoje.

Teisingumo ministras



Juozas Bernatoniš



LIETUVOS SAVIVALDYBIŲ ASOCIACIJA

Kodas 124111348, T. Vrublevskio g. 6, LT-01100 Vilnius, tel. (8-5) 261 6063, faksas (8-5) 261 5366,
el. p. bendras@lsa.lt, atsisk. sąsk. LT287044060001377867 AB SEB Vilniaus bankas Vilniaus filialas,
banko kodas 70440

Sveikatos apsaugos ministerijai

2015-11-13 Nr. (12) – SD – 482
[2015-11-09 Nr.(1.1.19)10-9953

DĖL LR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² IR 15³ STRAIPSNIAIS ĮSTATYMO PROJEKTO

Lietuvos savivaldybių asociacija išnagrinėjo parengtą projektą „Dėl LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projekto“ (toliau - projektas) ir teikia šias išvadas.

Iš esmės pritardamos sveikatos įstaigų veiklos tobulinimui, savivaldybės išreiškė tam tikrų abejonių dėl siūlomo projekto nuostatų.

I Dėl 15³ straipsnio. Maksimalūs sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai

Savivaldybės akcentuoja daugybę cilių susidarymo priežasčių, kurias būtina šalinti.

Pagrindinės tai:

- Nepakankamas sveikatos sistemos finansavimas.
- Kai kurie įstatymai neleidžia gydytojams jų pačių sutikimu dirbti toje pačioje įstaigoje didesniu krūviu.
- Visa apimtimi neveikia e-sveikata ir nėra jokios kitos pacientų srautus reguliuojančios sistemos. Šiuo metu yra labai skirtingas įstaigų kompiuterizavimo, informacinių technologijų naudojimo lygis.
- Tiek šeimos gydytojų, tiek gydytojų specialistų pasiskirstymas šalyje yra labai netolygus, pvz., rajonuose dažniausiai dirba po 1 gydytoją specialistą.

Siekiant pagerinti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tikslinga būtų:

- Patvirtinti vienodus darbo krūvius pagal atskiras gydytojų specialybes (SAM įsakymais) šalies mastu. Šiuo metu ši teisė palikta įstaigų vadovams. Tokiu būdu vienur šeimos gydytojas per valandą vienam pacientui gali skirti 20 minučių, o kitur tik 10 minučių.
- Skaidriai ir objektyviai perskaičiuoti paslaugų kainas, ligonių kasoms sudarant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo.
- Išskirti sutartines lėšų sumas pagal atskiras gydytojų specialybes.
- Inicijuoti LR pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo pataisas, numatant paciento atsakomybę už rūpinimąsi savo sveikata.
- Parengti konkrečias priemones motyvuojančias jaunos gydytojus specialistus dirbti atokesnėse kaimų ir rajonų vietovėse.
- Apsvarstyti 5 dalyje nustatyto praktinio reikalavimo įgyvendinimą, kad ASPĮ jau paciento kreipimosi momentu (jei įstaiga negali laiku suteikti reikiamos paslaugos) turi užtikrinti, kad pacientas būtų registruotas kitoje įstaigoje paslaugai suteikti per įstatymo

numatytą laiką ir dar turi būti gautas paciento sutikimas gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje LNSS viešojoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje. Svarstyta galimybė diferencijuoti: 1) šios straipsnio 1 dalies 1 punkte nurodytu atveju – organizuoti paciento nuvežimą į kitą LNSS įstaigą, kurioje paslauga būtų suteikta; 2) šio straipsnio 1 dalies 2-5 punktuose nurodytais atvejais – informuoti pacientą, kuriose LNSS įstaigose paslauga gali būti suteikta (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 str. Teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą“). Be to gali kilti problemų, nes kiekviena įstaiga yra atskiras juridinis vienetas ir skirtingų įstaigų nesieja pavaldumo santykiai. Pacientas gali ir nesutikti gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą kitoje įstaigoje o reikalavimas gali būti traktuojamas kaip paties paciento kaip asmens konstitucinės pasirinkimo teisės suvaržymas.

Todėl tikslinga sukurti vieningą informacinę sistemą, kurioje būtų bendra gydymo įstaigų eilių stebėseną. Savivaldybėms taip pat neaišku, kas atliks pacientų registravimą į kitas gydymo įstaigas, kaip bus gaunamas paciento sutikimas, jei jis registruosis telefonu. Projekte papildomiems darbams nenumatytas reikiamas finansavimas.

- Savivaldybės abejoja ar racionalu įpareigoti įstaigas suteikti paslaugą per tas pačias 7 kalendorines dienas ir ūmiai susirgusiam pacientui ir pacientui, kuriam reikalingas tik profilaktinis sveikatos patikrinimas arba pacientui atšaukus jam iš anksto rezervuotą laiką.

- Abejotina dėl tikslingumo nesumokėti už vėliau suteiktas paslaugas, nes nesumokėjus įstaigoms už vėliau suteiktas paslaugas bus mažinamas ASPĮ biudžetas, kas privers visiškai atsisakyti paklausių paslaugų. Tai reiškia, kad pacientams teks kreiptis į privačias ASPĮ. Tokia tvarka, tikėtina, pablogins pacientų ekonominį prieinamumą, sukels žmonių nepasitenkinimą, nes tik privačiose ASPĮ yra įteisintos net iš PSDF biudžeto kompensuojamos paslaugos, papildomos priemokos. Nemaža dalis savivaldybių nepritaria Projekto nuostatai neapmokėti PSDF biudžeto lėšomis paslaugų, suteiktų viršijus nurodytus terminus. Tikslinga būtų svarstyti galimybę už suteiktas paslaugas neapmokėti tik tuomet, kai nepateikiamos objektyvios priežastys.

Savivaldybės atkreipia dėmesį į tai, kad:

1. Šiuo metu pacientui neatvykus ir neinformavus apie tai įstaigos, netaikomos jokios sankcijos. Siūloma svarstyti galimybę įvesti mokestį ar priemoką (kaip poveikio priemonę) pacientams, neatvykusiems pas gydytoją be pateisinamos priežasties ir laiku apie tai nepranešus bei mokestį už daugkartinius nepagrįstus vizitus (daugiau kaip 3 kartai – dėl pažymų, siuntimų dublikatų išdavimo ir pan.).

2. Kai kurios savivaldybės siūlo svarstyti galimybę pačiam asmeniui finansiškai prisidėti prie paslaugų prieinamumo gerinimo, taip pat siekti privalomąjį sveikatos draudimą papildyti savanorišku sveikatos draudimu.

3. Tikslinga ilginti siuntimų pas gydytojus specialistus galiojimo laiką.

Savivaldybės atkreipė dėmesį, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas bus užtikrintas tik tuomet, kai bus tinkami finansiniai, žmogiškieji ir finansiniai ištekliai, kurių sveikatos priežiūros įstaigos pačios savarankiškai užtikrinti negali, nes tai Valstybės kompetencija. Atkreipiame dėmesį, kad paslaugų teikimas jau dabar yra reguliuojamas su teritorinėmis ligonių kasomis, kuri viršsutarines paslaugas apmoka ne visas, o tik jų dalį.

II Dėl 15² straipsnio. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų rezultatų vertinimas

1. Savivaldybių nuomone, tikslinga būtų taikyti vienodus standartus ir reitingus visoms LNSS priklausančioms įstaigoms (taip pat ir privačioms įstaigoms). Taip pat manome, kad stacionarių ir ambulatorinių paslaugų, teikiančių ASPĮ, veiklos vertinimo rodikliai negali būti vienodi.

2. Daugelis projekte siūlomų rodiklių orientuoti į kiekybinius paslaugų vertinimus, todėl tikslinga būtų įvesti daugiau rodiklių, kurie vertintų paslaugų kokybę. Savivaldybės pabrėžia, kad tinkamų rodiklių parinkimas reikalauja išsamesnės diskusijos ir aptarimo.

3. Numatomas veiklos finansinių ir veiklos rodiklių pasiektų reikšmių pateikimas įstaigos steigėjui už ketvirtį yra per dažnas. Siūlome jį pateikti už pusmetį. Rodiklį „įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius pagal SAM nustatytas paslaugų grupes“ siūlome vertinti atsižvelgiant į demografinius rodiklius – mažėjant gyventojų skaičiui valstybėje ar regione, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus proporcingas mažėjimas, neturėtų būti vertinamas kaip neigiamas rodiklis.

Savivaldybės pateikė nemažai pastabų dėl projekte vartojamų neaiškių sąvokų bei kai kurių kitų projekto nuostatų. Pridedami Vilniaus miesto ir Vilniaus r. savivaldybių raštai.

PRIDEDAMA.

1. Vilniaus miesto savivaldybės raštas, 3 l.
2. Vilniaus r. savivaldybės raštas, 2 l.

Direktorė



Roma Žakaitienė



**VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJOS
SOCIALINIŲ REIKALŲ IR SVEIKATOS DEPARTAMENTAS**

Lietuvos savivaldybių asociacijai
T. Vrublevskio g. 6,
LT-01143 Vilnius

2015-11-06
[2015-10-26

Nr. A51-106258/15
(2.11.1.4-SR5)
Nr. (12)-SD-726

DĖL PROJEKTO DERINIMO

Vilniaus miesto savivaldybėje buvo išnagrinėtas Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komiteto pateiktas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projektas (toliau – Projektas) bei Aiškinamuoju raštu, teikia šias pastabas dėl esminių pakeitimų:

1. Projekto siūlomoje papildyti 2 straipsnio 12 dalyje nurodyta iš esmės ydinga specializuotų ambulatorinių paslaugų sąvoka, t.y. pagal siūlomą apibrėžimą specializuotomis ambulatorinėmis paslaugomis būtų pripažįstamos tik tokios paslaugos, kurios viršija pirminės sveikatos priežiūros gydytojų kompetenciją. Tokia formuluočių būtų priimtina vertinant apmokėjimą už teiktas paslaugas, tačiau toks siūlomas apribojimas neatspindi pačios paslaugos teikimo pacientui. Įtvirtinus siūlomą variantą, gydytojai specialistai negalėtų atlikti veiksmų, kurie priskirti pirminės asmens sveikatos priežiūrai, nors gydytojų specialistų medicinos normos jiems tokių veiksmų atlikti nedraudžia. Lyg ir eliminuojamas komandinis darbas: vidaus ligų gydytojai, bendrosios praktikos gydytojai, vaikų ligų gydytojai, chirurgai, ginekologai. Tai tik patvirtina, kad apmokėjimą už paslaugas norima įteisinti įstatyme, nors apmokėjimo už paslaugas tvarka turėtų būti numatyta poįstatyminiuose teisės aktuose kaip ir yra dabar. Mūsų nuomone būtina tikslinti sąvoką taip:

„12. Specializuotos ambulatorinės paslaugos – specializuotos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją.“

2. Projekto siūlomoje papildyti 2 straipsnio 14 dalyje nurodyta nepakankamai tiksliai planinės pagalbos sąvoka, siūlome formuluoti taip:

„14. Planinė pagalba – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos per medicinškai pagrįstą laikotarpį, nebloginant paciento sveikatos būklės ir (ar) ligos prognozės.“

3. Projekto 2 straipsnyje nurodyta papildyti įstatymą 15² straipsniu, kuriuo siūloma LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo rodiklius ir rezultatų vertinimo rodiklius viešinti atskirose grupėse (15² straipsnio 9 punktą). Nustatytos reitingavimo grupės apjungia per daug skirtingas įstaigas. Pavyzdžiui, poliklinika yra pirminio ir antrinio lygio paslaugas teikianti sveikatos priežiūros įstaiga, tokios įstaigų grupės nėra išskirtos 9 punkte.

Projekte, turi būti numatyta, kad reitinguojant LNSS sveikatos priežiūros įstaigas būtų atsižvelgta į LNSS sveikatos priežiūros įstaigų papildomą finansavimą iš valstybės ir savivaldybės biudžetų.

4. Projekte naudojama sąvoka „apdraustas pacientas“, tuo įtvirtinant esminiems principams prieštaraujančią nuostatą, kad sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik asmenims, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu. Kaip projekto nuostatos turėtų būti vertinamos su kituose teisės



VILNIUS

Biudžetinė įstaiga
Kodas 188710061
Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre

Konstitucijos pr. 3
LT-09611 Vilnius
Tel. (8 5) 211 2000
Faks. (8 5) 211 2222

El. p. savivaldybe@vilnius.lt
www.vilnius.lt

aktuose įtvirtintomis nuostatomis, pvz.: kad būtinoji pagalba (pirmoji pagalba ir skubioji medicinos pagalba) turi būti suteikta visiems, kuriems jos reikia, nepriklausomai nuo privalomojo sveikatos draudimo statuso? Apsidraudęs žmogus įgyja daug didesnę pranašumą prieš neapdraustąjį, nes gauna ne tik būtinąją medicinos pagalbą, o visas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, numatytas įstatymo. Jei žmogus nėra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, už medicinos paslaugas (išskyrus būtinąją pagalbą) turi mokėti pats pagal nustatytus bazinius paslaugų įkainius, tačiau jis turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

5. Projekto siūlomame papildyti 15³ straipsnyje nurodyta nepakankamai tiksliai skubiosios medicinos pagalbos paslaugos sąvoka. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymą Nr. V-208 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ „Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant (1 kategorija), arba neatidėliotinai (2, 4 kategorijos), kai dėl ūmių klinikinių būklių, nurodytų šios tvarkos Skubios medicinos pagalbos masto lentelės 4 skiltyje, gresia pavojus paciento ir/ar aplinkinių arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams“. Pagal ketvirtą kategoriją skubioji medicinos pagalba turi būti suteikta ne vėliau, kaip per valandą. Todėl skubiosios medicinos pagalbos terminas neturėtų būti vartojamas, kaip paslauga, kurią reikia suteikti per 24 valandas.

6. Projekto 15³ straipsnio 2 punktą neaiškiai suformuluotas.

7. Projekte naudojama sąvoka „pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra“, kurią sveikatos priežiūros įstaiga privalo suteikti per 7 kalendorines dienas. Būtina tikslinti šią paslaugą, išdiferencijuojant paciento poreikį pagal jo medicininę būklę, pvz.: kreipimasis ūmiai susirgus dėl lėtinės ligos paūmėjimo, kreipimasis dėl kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo, kai jie skiriami pakartotinai ir gydymo kursas baigsis po 1/3/6 mėn., kreipimasis dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo, kt. Manome, kad neracionalu įpareigoti įstaigas suteikti paslaugą per tas pačias 7 kalendorines dienas ir ūmiai susirgusiam pacientui ir pacientui, kuriam reikalingas tik profilaktinis sveikatos patikrinimas arba pacientui atšaukus jam iš anksto rezervuotą laiką. Neaiškūs argumentai, kodėl tiek profilaktinių patikrinimų, tiek prevencinių programų ir kitų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminus norima suvienodinti, nors šiuo metu šios paslaugos yra reglamentuojamos skirtinguose teisės aktuose, su atitinkamai nustatytomis tvarkomis, terminais ir pan.

8. Įstatymą taip pat siūloma papildyti nuostata, kad pacientui pageidaujant paslaugas gauti vėliau nei per įstatyme įtvirtintus terminus, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka turi būti gautas informuotas paciento sutikimas ir padaromas papildomas įrašas įstaigos registracijos sistemoje. Akivaizdu, kad įstaigos bus priverstos toliau dubliuoti darbą, nes iki šiol nėra išspręstas klausimas dėl paciento sutikimų išreiškimo kitokia nei rašytine forma, t.y. gydytojas ir toliau turės informavęs pacientą paprašyti jo pasirašyti tam tikros formos dokumentą, tuomet įstaigos informacinėje sistemoje (jeigu tokia yra) padaryti įrašą apie patį paciento sutikimo faktą, o paciento pasirašytą dokumentą įklijuoti į popierinę asmens sveikatos istoriją. Siekiant atsisakyti popierinių asmens sveikatos istorijų nacionaliniu mastu, būtina išspręsti pacientų sutikimą iš esmės.

9. Projekte norima įpareigoti įstaigą, kuri dėl objektyvių priežasčių negali suteikti sveikatos priežiūros paslaugos per įstatyme numatytus terminus, užtikrinti, kad jau paciento kreipimosi momentu jis būtų įregistruotas kitoje įstaigoje paslaugai suteikti per įstatymo numatytą laiką. Apie tokio imperatyvaus reikalavimo įgyvendinimo priemonės įstatyme neužsimenama. Atkreipiamė dėmesį, kad labai skirtingas įstaigų kompiuterizavimo, informacinių technologijų naudojimo lygis ir šiuo metu nėra veikiančios vieningos nacionalinės informacinės sistemos, kuri leistų greitai ir lengvai rezervuoti laiką apsilankymui (konsultacijai) pas bet kurios įstaigos specialistą miesto ar šalies mastu, todėl tokios paciento užregistravimo pareigos įgyvendinimas šiandien yra neįmanomas.

10. Projekte numatyta, kad, jeigu įstaiga nespėja per maksimalų terminą suteikti paslaugos – paslauga privalo būti suteikta ir vėliau, tačiau už ją neapmokama PSDF biudžeto lėšomis. Lieka neaišku, koku būdu įstaiga, negavusi apmokėjimo už realiai suteiktą paslaugą, turėtų rasti būdų

kompensuoti turėtas išlaidas, bet kartu jai papildomai vėliau būtų taikomos ir kitokios poveikio priemonės, jeigu ji neįvykdytų siūlomų patvirtinti vertinimo rodiklių (galiotų „dvigubo nubaudimo“ principas). Taip pat, neatsižvelgiama į nenugalimos jėgos veikiamos situacijas, kai gydytojas dėl ūmios ligos, traumos ar kitos nenumatytos priežasties negali laiku suteikti sveikatos priežiūros paslaugų.

11. Įstatymo projekto 2 straipsnyje siūloma nustatyti terminą iki kito ketvirčio pirmo mėnesio 15 dienos pateikti įstaigos steigėjui (dalininkui) LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų veiklos finansinių ir veiklos rodiklių pasiektas reikšmės už ketvirtį (15² straipsnio 12 punktas). Vadovaujantis Viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartais, įstaigos pateikia finansinės atskaitomybės rinkinius iki kito ketvirčio paskutinės mėnesio dienos, o metinės atskaitomybės rinkinius iki kitų metų kovo 31 dienos. Sąskaitos už praeitą mėnesį gaunamos iki kiekvieno mėnesio 15 d., o pajamos iš TLK laukiamos kartais ir mėnesį pasibaigus metams, kas neleis laiku pristatyti duomenų. Todėl pageidautina, kad ir toliau būtų laikomasi tokių pat pateikimo terminų.

12. Įstatymo projekto 2 straipsnyje siūloma vertinti LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų finansinius ir veiklos rodiklius ir taikyti poveikio priemones pagal vidurkį (15² straipsnio 13 punktas). Manome, kad vertinimas būtų neteisingas, kadangi, net ir nepasiekus šalies įstaigų vidurkio pagal 15² straipsnio 1 punktą, įstaiga gali veikti efektyviai ir tai gali parodyti nepriklausomo ir vidaus auditų skaičiuojami finansiniai rodikliai, apskaičiuoti kiekvienai įstaigai atskirai. Taip pat nepriimtina sutarties su TLK peržiūra dėl paslaugų skaičiaus sumažinimo. Mažinti finansavimą galima tik nevykdant kvotų, t.y. finansinių įsipareigojimų. Įstaigos priima pacientus ir viršijant sutarties paslaugų kiekį, rizikuojant, kad šių paslaugų teikimo sąnaudoms padengti negaus pajamų iš PSDF rezervo. Jei rezervas bus naudojamas ne viršsutartinių paslaugų apmokėjimui, bet pelningai dirbančių įstaigų paskatinimui, situacija bus tokia, kad mažesnės ir sunkiai besiverčiančios įstaigos bus finansiškai skriaudžiamos ir vis daugiau bus taupoma ir gydytojų atlyginimų sąskaita, juk darbo užmokesčio fondo suma tiesiogiai proporcinga uždirbtų pajamų sumai.

Galutiniame rezultate nukentės pacientai, kadangi žemiau vidurkio finansinius rezultatus turinti įstaiga negaus sutarties su pakankamu paslaugų kiekiu.

13. Projekto rengėjai Aiškinamajame rašte pripažįsta, kad įgyvendinus įstatymą, privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų padėtis pagerės, jas lyginant su valstybės ir savivaldybių įstaigomis, nes joms bus taikomi aukštesni skaidrumo ir veiklos efektyvumo standartai, todėl kyla pagrįstų abejonių dėl konkurencijos sąžiningumo.

Direktorius



Gintaras Žandaravičius



VILNIAUS RAJONO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJA

Biudžetinė įstaiga, Rinktinės g.50, LT-09318 Vilnius, tel. (8 5) 275 1961, 275 6925,
faks. (8 5) 275 1990, el. p. vrsa@vrsa.lt, interneto svetainė www.vrsa.lt,
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188708224

Lietuvos savivaldybių asociacijai

2015-11-04 Nr. *133(1)-4485-430*
[2015-10-26 Nr. (12)-SD-726

DĖL PROJEKTO DERINIMO

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15² ir 15³ straipsniais įstatymo projektą (toliau – Projektas) išnagrinėjome.

Pateikiame pastabas ir pasiūlymus.

Dėl įstaigų veiklos vertinimo rodiklių:

1. Manome, kad nustatomi LNSS įstaigų vertinimo rodikliai negali būti taikomi tik daliai LNSS įstaigų: LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms. O kaip su privačiomis LNSS įstaigomis?

Pacientams, pasirenkantiems gydymo įstaigą, informacija apie privačių LNSS įstaigų rodiklius taip pat svarbi ir turi būti prieinama. Taip pat manome, kad stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų, teikiančių ASPĮ, veiklos vertinimo rodikliai negali būti vienodi.

2. Neaišku dėl siūlomo rodiklio „*pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis*“. Šis rodiklis nesiejamas su gydymo įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiumi. Atsižvelgdami į tai, manome, kad nekorektiška būtų vertinti tik gautų ir pagrįstų skundų procentinę išraišką.

Dėl paslaugų suteikimo terminų:

1. Nesutinkame su Projekto nuostata neapmokėti PSDF biudžeto lėšomis paslaugų, suteiktų viršijus nurodytus terminus.

2. Neaišku, kas padengs medikų darbo užmokesčio, laboratorinių ir kitų tyrimų išlaidas. Be to, galiojantys teisės aktai suteiks asmens sveikatos priežiūros įstaigoms teisę teisėtai reikalauti, kad už suteiktą apdraustam pacientui sveikatos priežiūros paslaugą būtų atlyginta.

3. Neaiškus 15(3) str. 5 dalyje nustatyto reikalavimo įgyvendinimas, kad ASPĮ jau paciento kreipimosi momentu (jei įstaiga negali laiku suteikti reikiamos paslaugos) turi užtikrinti, kad pacientas būtų įregistruotas kitoje įstaigoje paslaugai suteikti per įstatymo numatytą laiką ir dar turi būti gautas paciento sutikimas gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje LNSS viešojoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje. Juk kiekviena įstaiga yra atskiras juridinis vienetas ir skirtingų įstaigų nesieja pavaldumo santykiai. Be to, pacientas gali ir nesutikti gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą kitoje įstaigoje.

4. Siūlome tikslinti sąvoką „gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą“:

Šeimos gydytojo paslaugas pacientas gauna įstaigoje, kurioje jis prisiregistravęs, o indikacijas specializuotoms paslaugoms gauti nustato pacientą gydantis gydytojas.

Pacientą gydantis gydytojas turi suteikti informaciją ne tik apie LNSS viešąsias ir biudžetines įstaigas, bet ir apie privačias LNSS įstaigas, kur teikiamos pacientui reikalingos specializuotos paslaugos.

Manome, kad eilių susidarymo priežastys yra:

- nepakankamas sveikatos sistemos finansavimas, menka personalo motyvacija;
- kai kurie įstatymai neleidžia gydytojams jų pačių sutikimu dirbti toje pačioje įstaigoje didesniu krūviu;



35

- visa apimtimi neveikia e-sveikata, nėra ir jokios kitos pacientų srautus reguliuojančios sistemos: pacientai migruoja po sveikatos sistemą, gali registruotis į kelias ASPĮ vienu metu dėl tos pačios paslaugos (pvz., konsultacijos), gali neatvykti paskirtu laiku ir pan. Pacientui jokių sankcijų nėra. Pacientų srautų tam tikras suregulavimas padarytų kur kas aiškesnę sistemą pačiam pacientui ir sudarytų labai geras prielaidas įgyvendinti įstatymo projekto tikslus dėl eilių reguliavimo ir mažinimo.

Siekdami užtikrinti laiku ir kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams siūlome:

- patvirtinti vienodus darbo krūvius pagal atskiras gydytojų specialybes (SAM įsakymais);
- skaidriai ir objektyviai perskaičiuoti paslaugų kainas, įvertinant ilgalaikį medicininės įrangos nusidėvėjimą bei realius teikiamų paslaugų kaštus (pvz., brangių tyrimų dalinis („plaukiojantis balas“) apmokėjimas rodo, kad valstybė negali apmokėti visų paslaugų);
- ligonių kasoms sudarant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo, išskirti sutartines lėšų sumas pagal atskiras gydytojų specialybes;
- inicijuoti Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pataisas, numatant paciento atsakomybę už rūpinimąsi savo sveikata;
- motyvuoti jaunos gydytojus specialistus dirbti atokesnėse kaimų ir rajonų vietovėse.

Dėl ASPĮ skatinimo ir baudimo:

Abejotina, ar pagal šiuo metu galiojančius teisės aktus tai įmanoma.

Administracijos direktorė

Liucina Kotlovská

Parengė
V. Žvirblienė
L. e. savivaldybės gydytojo pareigas



**LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO „DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ
ĮSTATYMO NR. I-1367 2 IR 45 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15² IR 15³ STRAIPSNIAIS ĮSTATYMO PROJEKTO
NR. XIIP-3558“
DERINIMO PAŽYMA**

Institucijos pavadinimas	Pastabos ir pasiūlymai	Argumentai, kodėl į pastabas ir pasiūlymus neatsižvelgta ar atsižvelgta iš dalies
Lietuvos savivaldybių asociacijos 2015-11-13 raštas Nr. (12)-SD-782	<p>1. Siekiant pagerinti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tikslinga būtų: Patvirtinti vienodus darbo krūvius pagal atskiras gydytojų specialybes (SAM įsakymais) šalies mastu. Šiuo metu ši teisė palikta įstaigų vadovams. Tokiu būdu vienur šeimos gydytojas per valandą vienam pacientui gali skirti 20 minučių, o kitur tik 10 minučių.</p>	Neatsižvelgta. Kaip ir nurodoma pastaboje, gydytojų darbo krūviai yra nustatyti sveikatos apsaugos ministro įsakymais (pvz., šeimos gydytojo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“).
	<p>2. Skaidriai ir objektyviai perskaičiuoti paslaugų kainas, ligonių kasoms sudarant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo. - Išskirti sutartines lėšų sumas pagal atskiras gydytojų specialybes.</p>	Neatsižvelgta. Įstatymo projekto tikslas “nustatyti valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo kriterijus, kartu įvedant nuolatinį įstaigų reitingavimą”. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų ir apmokėjimo reguliavimas nustatytas Sveikatos draudimo įstatymu.
	3. Inicijuoti LR pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo pataisas, numatant paciento atsakomybę už rūpinimąsi savo sveikata.	Neatsižvelgta. Sveikatos sistemos įstatymo 85 str. nustatyta, kad Lietuvos Respublikos gyventojai privalo rūpintis savo, savo nepilnamečių vaikų (įvaikių, globotinių), savo tėvų sveikata.
	4. Parengti konkrečias priemones motyvuojančias jaunus gydytojus specialistus dirbti atokesnėse kaimų ir rajonų vietovėse.	Neatsižvelgta. Manytina, kad tai sveikatos apsaugos ministro valdymo srities teisės aktų bei planavimo dokumentų dalykas, be to, tai nesusiję su Įstatymo projekto tikslu.
	5. Be to gali kilti problemų, nes kiekviena įstaiga yra atskiras juridinis vienetas ir skirtingų įstaigų nesieja pavaldumo santykiai. <...> Todėl tikslinga sukurti vieningą informacinę sistemą, kurioje būtų bendra gydymo įstaigų eilių stebėseną. Savivaldybėms taip pat neaišku, kas atliks pacientų registravimą į kitas gydymo įstaigas, kaip bus gaunamas paciento sutikimas, jei jis registruosis telefonu. Projekte papildomiems darbams nenumatytas reikiamas finansavimas.	Neatsižvelgta. Projekto 20 p. siūloma Įstatymo projekte nurodyti, kad pacientų registravimo LNSS viešosiose ir biudžetinėse įstaigose tvarką, kurioje būtų nurodyta, kaip registruojamas pacientas, kaip gaunamas paciento sutikimas gauti paslaugas vėliau nei Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15 ³ straipsnio 1 dalyje nurodytais terminais ar kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje bei kaip asmens sveikatos priežiūros įstaiga turėtų užtikrinti, kad pacientas būtų įregistruotas kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta laiku, nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Pažymėtina, kad šiuo metu yra įdiegta Išankstinė pacientų registracijos

		<p>sistema (www.sergu.lt), kuria naudojasi 95 visos Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Taigi galimybė matyti laisvą priėmimo pas gydytoją laiką kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose yra. Manytina, kad minėta sistema besinaudojančių įstaigų ateityje daugės, todėl plėtės ir galimybės pacientams rinktis kitą įstaigą. Taip pat pastebėtina, kad atsižvelgiant į Įstatymo projekte įtvirtintą pareigą užtikrinti paslaugų suteikimą jame nustatytais terminais (išskyrus kai to negalima padaryti dėl objektyvių priežasčių), manytina, kad atvejai, kada pacientai bus registruojami kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose nei ta, į kurią kreipėsi, bus veikiau išimtiniai ir nesukels didelės administracinės naštos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.</p>
	<p>6. Pacientas gali ir nesutikti gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą kitoje įstaigoje o reikalavimas gali būti traktuojamas kaip paties paciento kaip asmens konstitucinės pasirinkimo teisės suvaržymas.</p>	<p>Neatsižvelgta. Pagal Įstatymo projektą, pacientui nesutikus gauti paslaugos kitoje įstaigoje, jis turės galimybę gauti paslaugą įstaigoje, į kurią kreipėsi, tačiau ilgesniais terminais negu nustatyta Įstatymo projekte. Tokiu būdu jo teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą nebus suvaržyta. Projekto 21 p. siūloma Įstatymo projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 5 dalį papildyti nuostatomis, reglamentuojančiomis situaciją, kai pacientas nesutinka gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje įstaigoje.</p>
	<p>7. Savivaldybės abejoja ar racionalu įpareigoti įstaigas suteikti paslaugą per tas pačias 7 kalendorines dienas ir ūmiai susirgusiam pacientui ir pacientui, kuriam reikalingas tik profilaktinis sveikatos patikrinimas arba pacientui atšaukus jam iš anksto rezervuotą laiką.</p>	<p>Neatsižvelgta. 2015 m. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis 83% šeimos gydytojų paslaugas suteikia per 5 kalendorines dienas. Įstatymo projekte siūloma nustatyti, kad pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslauga turi būti suteikta per 7 dienas. Todėl manytina, kad toks terminas yra pakankamas paslaugoms tiek ligos atveju, tiek profilaktinių patikrinimų atvejais suteikti. Numačius skirtingus terminus minėtiems atvejams, galimai atsirastų piktnaudžiavimo atvejų, kuomet pacientai norėdami gauti profilaktines paslaugas greičiau, kreiptųsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas kaip neva sergantys, tokiu būdu nebūtų pasiektas Įstatymo projekto tikslas sukurti daugiau teisinio aiškumo apdraustiesiems pacientams, aiškiai reglamentuojant terminus per kuriuos jiems turi būti suteiktos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos.</p>
	<p>8. Abejotina dėl tikslingumo nesumokėti už vėliau suteiktas paslaugas, nes nesumokėjus įstaigoms už vėliau suteiktas paslaugas bus mažinamas ASPI biudžetas, kas privers visiškai atsisakyti paklausių paslaugų. Tai reiškia, kad pacientams teks kreiptis į privačias ASPI. Tokia tvarka, tikėtina, pablogins pacientų ekonominį prieinamumą, sukels žmonių nepasitenkinimą, nes tik</p>	<p>Neatsižvelgta. Pažymėtina, kad už paslaugas viršijant nustatytus terminus bus neapmokama tik esant Įstatymo projekte nustatytoms sąlygoms, t.y. jei įstaiga pati negalėdama dėl objektyvių priežasčių suteikti paslaugų laiku, neužtikrina, kad pacientas jas laiku gautų kitoje įstaigoje, taip pat jei jas suteikia vėliau nei nustatyti terminai, tačiau neturi paciento sutikimo dėl vėlesnio jų teikimo laiko. Kaip nurodyta Įstatymo projekto aiškinamajame rašte, priėmus Įstatymo projektą bus keičiami jo 8 p. nurodyti su paslauga</p>

	<p>privačiose ASPĮ yra įteisintos net iš PSDF biudžeto kompensuojamos paslaugos, papildomos priemokos. Nemaža dalis savivaldybių nepritaria Projekto nuostatai neapmokėti PSDF biudžeto lėšomis paslaugų, suteiktų viršijus nurodytus terminus. Tikslinga būtų svarstyti galimybę už suteiktas paslaugas neapmokėti tik tuomet, kai nepateikiamos objektyvios priežastys.</p>	<p>apmokėjimu susiję poįstatyminiai teisės aktai, nustatant minėtos nuostatos praktinio įgyvendinimo tvarką. Dėl paslaugų prieinamumo pažymėtina, kad Lietuvoje veikia pakankamas tinklas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurioje pacientai gali gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamas asmens veiktaos priežiūros paslaugas.</p>
	<p>9. Šiuo metu pacientui neatvykus ir neinformavus apie tai įstaigos, netaikomos jokios sankcijos. Siūloma svarstyti galimybę įvesti mokestį ar priemoką (kaip poveikio priemonę) pacientams, neatvykusiems pas gydytoją be pateisinamos priežasties ir laiku apie tai nepranešus bei mokestį už daugkartinius nepagrįstus vizitus (daugiau kaip 3 kartai – dėl pažymų, siuntimų dublikatų išdavimo ir pan.).</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekto 19 p. siūloma Įstatymo projektą papildyti nuostata, kad pacientui paskirtu laiku neatvykus gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nustatyti terminai joms gauti skaičiuojami iš naujo, t. y. nuo paciento pakartotinio kreipimosi į įstaigą. Pažymėtina, kad sankcijų pacientams taikymas už neatvykimą į sveikatos priežiūros įstaigą apie tai neinformavus pareikalautų nepagrįstai didelių administravimo išlaidų (registruoti ir tikrinti pacientų vizitus), be to, nesant centralizuotos visų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų registravimo informacinės sistemos, tokių sankcijų taikymas netektų savo efekto, nes pacientas galėtų “nebaudžiamas” registruotis kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje toms pačioms paslaugoms gauti.</p>
	<p>10. Kai kurios savivaldybės siūlo svarstyti galimybę pačiam asmeniui finansiškai prisidėti prie paslaugų prieinamumo gerinimo, taip pat siekti privalomąjį sveikatos draudimą papildyti savanorišku sveikatos draudimu.</p>	<p>Neatsižvelgta. Tai nėra susiję su Įstatymo projekto tikslu.</p>
	<p>11. Tikslinga ilginti siuntimų pas gydytojus specialistus galiojimo laiką.</p>	<p>Neatsižvelgta. Siuntimų galiojimo laikas reglamentuojamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. V-636 „Dėl Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.</p>
	<p>13. Savivaldybės atkreipė dėmesį, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas bus užtikrintas tik tuomet, kai bus tinkami finansiniai, žmogiškieji ir finansiniai ištekliai, kurių sveikatos priežiūros įstaigos pačios savarankiškai užtikrinti negali, nes tai Valstybės kompetencija. Atkreipiame dėmesį, kad paslaugų teikimas jau dabar yra reguliuojamas su teritorinėmis ligonių kasomis, kuri</p>	<p>Neatsižvelgta. Įstatymo projekto tikslas yra “nustatyti valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo kriterijus, kartu įvedant nuolatinį įstaigų reitingavimą”. Įstatymo projektas skirtas spręsti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos dalį, susijusią su pacientų teisės pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą gerinimu (įstaigų veiklos viešinimu) bei teisės į kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (ką apima paslaugų gavimas laiku)</p>

viršsutartines paslaugas apmoka ne visas, o tik jų dalį.	įgyvendinimu.
14. Savivaldybių nuomone, tikslinga būtų taikyti vienodus standartus ir reitingus visoms LNSS priklausančioms įstaigoms (taip pat ir privačioms įstaigoms).	Neatsižvelgta. Įstatymo projekto aiškinamajame rašte nurodyta, kad “sveikatos apsaugos sistema finansuojama visų mokesčių mokėtojų lėšomis, todėl būtina užtikrinti, kad lėšos, skiriamos viešojo gydymo įstaigų tinklui išlaikyti, būtų naudojamos kuo efektyviau”. Atsižvelgiant į tai bei tai, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos paprastai nėra pagrindinis privačių LNSS priklausančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lėšų šaltinis ir jos LNSS dalyvauja savanoriškai (tik kai sudaro sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis), manytina, kad Įstatymo projekte numatytame reitingavime privačios LNSS priklausančios įstaigos turėtų dalyvauti savanoriškai.
15. Taip pat manome, kad stacionarių ir ambulatorinių paslaugų, teikiančių ASPI, veiklos vertinimo rodikliai negali būti vienodi.	Neatsižvelgta. Projekto 10 p. pateiktas siūlymas, kad kadangi Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15 ² straipsnio 2 dalies 8-10 punktuose nurodyti rodikliai taikytini tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, todėl Projekte tai turėtų būti nurodyta.
16. Daugelis projekte siūlomų rodiklių orientuoti į kiekybinius paslaugų vertinimus, todėl tikslinga būtų įvesti daugiau rodiklių, kurie vertintų paslaugų kokybę. Savivaldybės pabrėžia, kad tinkamų rodiklių parinkimas reikalauja išsamesnės diskusijos ir aptarimo.	Neatsižvelgta. Siekiant nustatyti įstaigų skatinimą ar poveikio priemones joms būtina nustatyti tokius veiklos vertinimo rodiklius, kurie būtų kuo labiau išmatuojami ir palyginami, kad minėtas skatinimas būtų objektyvus. Manytina, kad Įstatymo projekte numatyti kokybiniai rodikliai yra pakankami siekiant įvertinti organizacinius įstaigos veiklos aspektus, turinčius įtakos paslaugų kokybei.
17. Numatomas veiklos finansinių ir veiklos rodiklių pasiektų reikšmių pateikimas įstaigos steigėjui už ketvirtį yra per dažnas. Siūlome jį pateikti už pusmetį.	Neatsižvelgta. Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15 ² straipsnio 3 dalyje numatyta, kad tik Projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15 ² straipsnio 1 dalies 5–10 punktuose nurodytos rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per ketvirtį. Manytina, kad minėtuose punktuose nurodytų duomenų teikimas kas ketvirtį nesudarytų didelės administracinės natos ir būtų labai informatyvus pacientams renkantis asmens sveikatos priežiūros įstaigą pagal nesenus (aktuales) duomenis.
18. Rodiklį „įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius pagal SAM nustatytas paslaugų grupes“ siūlome vertinti atsižvelgiant į demografinius rodiklius – mažėjant gyventojų skaičiui valstybėje ar regione, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus proporcingas mažėjimas, neturėtų būti vertinamas kaip neigiamas rodiklis.	Neatsižvelgta. Šis rodiklis bus vertinamas pagal Įstatymo projekte numatytas įstaigų grupes. Manytina, kad atitinkamoje grupėje esančios įstaigos aptarnaujamos teritorijos gyventojų ir kartu paslaugų skaičius bus labai panašus, todėl neigiamo vertinimo dėl to neturėtų būti.

<p>Vilniaus miesto savivaldybės administracijos Socialinių reikalų ir sveikatos departamento 2015-11-06 raštas Nr. A51-106258/15(2.11.1.4-SR5</p>	<p>1. Projekto 2 straipsniu pildomo 15² str. 9 d. nustatytos reitingavimo grupės apjungia per daug skirtingas įstaigas. Pavyzdžiui, poliklinika yra pirminio ir antrinio lygio paslaugas teikianti sveikatos priežiūros įstaiga, tokios įstaigų grupės nėra išskirta 9 d.</p>	<p>Neatsižvelgta. Poliklinikos pateks į Projekto 2 straipsniu pildomo 15² str. 9 d. 4 p., nes joms bus pritaikytas klasifikavimo kriterijus - pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (t.y. pakanka teikti pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir nepakliūti į 1-3 p. nurodytas grupes).</p>
	<p>2. Projekte turi būti numatyta, kad reitinguojant LNSS sveikatos priežiūros įstaigas būtų atsižvelgta į LNSS sveikatos priežiūros įstaigų papildomą finansavimą iš valstybės ir savivaldybės biudžetų.</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekto 2 str. pildomo 15² 1 d. 5 p. numatytas rodiklis „papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas“, taigi papildomas finansavimas bus vertinamas.</p>
	<p>3. Projekte naudojama sąvoka „apdraustas pacientas“, tuo įtvirtinant esminiams principams prieštaraujančią nuostatą, kad sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik asmenims, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu.</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekto 3 str. pildomo 15³ 1 d. kalbama apie iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui terminus. Taigi ne iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokamos paslaugos taip pat gali būti teikiamos, tačiau jų teikimo terminai nereglamentuojami arba reglamentuojami kitais teisės aktais (pvz., būtiniosios pagalbos, teikiamos visiems gyventojams, terminai).</p>
	<p>4. Būtina diferencijuoti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros, kurią asmens sveikatos priežiūros įstaiga privalo suteikti per 7 kalendorines dienas, terminus pagal paciento medicininę būklę, pvz., kreipimasis ūmiai susirgus dėl lėtinės ligos paūmėjimo, dėl kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo, kai jie skiriami pakartotinai ir gydymo kursas baigsis po 1/3/6 mėn., dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo ir kt</p>	<p>Neatsižvelgta. Žr. argumentus dėl Lietuvos savivaldybių asociacijos 7 pastabos.</p>
	<p>5. Pacientui pageidaujant paslaugas gauti vėliau nei per įstatyme nustatytus terminus, Pacientų teisių ir žalos sveikatai nustatyta tvarka turi būti gautas informuoto paciento sutikimas ir padaromas įrašas įstaigos registracijos sistemoje. Akivaizdu, kad įstaigos bus privestos toliau dubliuoti darbą, nes iki šiol nėra išspręstas klausimas dėl paciento sutikimų išreiškimo kitokia nei rašytine forma.</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekto 20 p. siūloma Įstatymo projekte nurodyti, kad pacientų registravimo LNSS viešosiose ir biudžetinėse įstaigose tvarką, kurioje būtų nurodyta, kaip registruojamas pacientas, kaip gaunamas paciento sutikimas gauti paslaugas vėliau nei Projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nurodytais terminais ar kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje bei kaip asmens sveikatos priežiūros įstaiga turėtų užtikrinti, kad pacientas būtų įregistruotas kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta laiku, nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras.</p>
	<p>6. Šiuo metu nėra veikiančios vieningos nacionalinės informacinės sistemos, kuri leistų greitai ir lengvai rezervuoti laiką apsilankymui (konsultacijai) pas bet kokios įstaigos specialistą miesto ar šalies mastu, todėl įstaigos</p>	<p>Neatsižvelgta. Žr. argumentus dėl Lietuvos savivaldybių asociacijos 5 pastabos.</p>

<p>pareigos užtikrinti, kad pacientas, jai pačiai negalint suteikti paslaugos per Įstatyme nustatytą terminą, būtų užregistruotas kitoje įstaigoje, įgyvendinimas šiandien yra neįmanomas.</p>	
<p>7. Projekte numatyta, kad už vėliau nei nustatytais terminais suteiktą paslaugą neapmokama iš PSDF biudžeto. Lieka neaišku, koku būdu įstaiga, negavusi apmokėjimo už realiai suteiktą paslaugą, turėtų rasti būdų kompensuoti turėtas išlaidas, bet kartu jai papildomai vėliau būtų taikomos ir kitokios poveikio priemonės, jeigu jį neįvykdytų siūlomų patvirtinti vertinimo rodiklių (galiotų „dvigubo nubaudimo“ principas). Taip pat neatsižvelgiama į nenugalimos jėgos situacijas, kai gydytojas dėl ūmios ligos, traumos ar kitos nenumatytos priežasties negali laikui suteikti sveikatos priežiūros paslaugos.</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekto 3 str. pildomo Įstatymo 15³ str. 5 d. numatyta, kad įstaiga apdrausto paciento kreipimosi momentu sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka dėl objektyvių priežasčių negalėdama suteikti sveikatos priežiūros paslaugos per Įstatyme nurodytą terminą, privalo užtikrinti, kad apdraustas pacientas būtų įregistruotas kitoje LNSS viešojoje įstaigoje ar LNSS biudžetinėje įstaigoje, kurioje sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta per Įstatyme nurodytą terminą. Pažymėtina, kad neapmokėjimas už vėliau nei Įstatymo projekte nustatytais terminais suteikatas asmens sveikatos priežiūros paslaugas numatomas kaip asmens sveikatos priežiūros įstaigas drausminanti priemonė, t.y. įstaiga turi taip organizuoti savo veiklą, kad arba pati spėtų laiku suteikti paslaugą, arba pasirūpintų, kad ji būtų suteikta laiku kitoje įstaigoje.</p>
<p>8. Taip pat nepriimtina sutarties su TLK peržiūra dėl paslaugų skaičiaus sumažinimo. Mažinti finansavimą galima tik nevykdant kvotų, t.y. finansinių įsipareigojimų. Įstaigos priima pacientus ir viršijant sutarties paslaugų kieki, rizikuojant, kad šių paslaugų teikimo sąnaudoms padengti negaus pajamų iš PSDF rezervo. Jei rezervas bus naudojamas ne viršsutartinių paslaugų apmokėjimui, bet pelningai dirbančių įstaigų paskatinimui, situacija bus tokia, kad mažesnės ir sunkiai besiverčiančios įstaigos bus finansiškai skriaudžiamos ir vis daugiau bus taupoma ir gydytojų atlyginimų sąskaita, juk darbo užmokesčio fondo suma tiesiogiai proporcinga uždirbtų pajamų sumai. Galutiniame rezultate nukentės pacientai, kadangi žemiau vidurkio finansinius rezultatus turinti įstaiga negaus sutarties su pakankamu paslaugų kiekiu.</p>	<p>Neatsižvelgta. Projekto 4.1 p. nurodyta, kad Įstatymo projekto 2 straipsniu pildomo įstatymo 15² straipsnio 13 dalyje turėtų būti nurodyta, kad sutarties peržiūra atliekama Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka. Be to, Projekto 2 p. nurodyta, kad Įstatymo projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 11 dalyje numatytas įstaigų skatinimas galėtų būti įgyvendinamas esant pertekliniam PSDF biudžetui.</p>
<p>9. Projekto rengėjai aiškinamajame rašte pripažįsta, kad įgyvendinus įstatymą, privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų padėtis pagerės, jas lyginant su valstybės ir savivaldybių įstaigomis, nes joms bus taikomi aukštesni skaidrumo ir veiklos efektyvumo standartai, todėl kyla pagrįstų abejonių dėl konkurencijos sąžiningumo.</p>	<p>Neatsižvelgta. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ nurodyta, kad „pagal Konstituciją valstybė privalo ūkinę</p>

		<p>veiklą šioje srityje reguliuoti taip, kad, nepaneigdamą konstitucinių vertybių, kuriomis grindžiamas tautos ūkis, – privačios nuosavybės teisės, asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos, – užtikrintų deramą savo konstitucinės funkcijos rūpintis žmonių sveikata vykdymą ir tinkamą prigimtinės žmogaus teisės į kuo geresnę sveikatą ir teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimą.</p> <p>Kaip minėta, vykdydamos šią konstitucinę funkciją valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos turi pareigą užtikrinti, kad valstybėje nuolat veiktų pakankamas tinklas tinkamai paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, tarp jų – Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje expressis verbis nurodytų valstybinių gydymo įstaigų.“</p> <p>Atsižvelgiant į minėtą Konstitucinę pareigą bei tai, kad jų veikla finansuojama daugiausia iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo arba valstybės biudžeto, Įstatymo projekte valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigoms keliami aukštesni reikalavimai. Pažymėtina, kad Įstatymo projektas neužkerta kelio tokių pačių priemonių (veiklos rodiklių veišinimo) imtis ir privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, jei jos norės būti konkurencingos su valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.</p>
<p>Vilniaus rajono savivaldybės administracijos 2015-11-04 raštas Nr. A33(1)-7425-(430)</p>	<p>1. Neaišku dėl siūlomo rodiklio „pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis“. Šis rodiklis nesiejamas su gydymo įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiumi. Atsižvelgdami į tai manome, kad nekorektiška būtų vertinti tik gautų ir pagrįstų skundų procentinę išraišką.</p>	<p>Neatsižvelgta. Įstatymo projekto 2 straipsniu pildomo Įstatymo 15² straipsnio 9 dalyje nurodytose įstaigų grupėse esančios įstaigos yra panašios tiek savo veiklos pobūdžiu, tiek su juo susijusiais parametrais, todėl skundų ir pagrįstų skundų dalis jose bus panaši ir palyginama.</p> <p>Neatsižvelgta. Žr. argumentus dėl Vilniaus miesto savivaldybės administracijos 7 pastabos.</p> <p>Kaip nurodyta Įstatymo projekto aiškinamajame rašte, priėmus Įstatymo projektą bus keičiami jo 8 p. nurodyti su paslaugų apmokėjimu susiję poįstatyminiai teisės aktai, nustatant praktinio įgyvendinimo nuostatas.</p>
	<p>2. Nesutinkame su Projekto nuostata neapmokėti PSDF biudžeto lėšomis paslaugų, suteiktų viršijus nurodytus terminus.</p> <p>Neaišku, kas padengs medikų darbo užmokesčio, laboratorinių ir kitų tyrimų išlaidas. Be to, galiojantys teisės aktai suteiks asmens sveikatos priežiūros įstaigoms teisę reikalauti, kad už suteiktą apdraustam pacientui paslaugą būtų atlyginta.</p>	

	<p>3. Siūlome tikslinti sąvoką „gauti norimą sveikatos priežiūros paslaugą“.</p> <p>Šeimos gydytojo paslaugas pacientas gauna įstaigoje, kurioje jis prisiregistravęs, o indikacijas specializuotoms paslaugoms gauti nustato pacientą gydantis gydytojas.</p>	<p>Neatsižvelgta. Įstatymo projekto 15³ str. 1 d. nustatoma, kad terminai taikomi iš PSDF biudžeto apmokamų paslaugų teikimui. Sveikatos sistemos įstatymo 49 str. numatyta, kad pacientas valstybės laiduojamas (nemokamas) asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali gauti kreipęsis į pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, kurių specialybių sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija bei į antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigas turėdamas minėtų gydytojų siuntimą. Taigi žodžiai „norimą sveikatos priežiūros paslaugą“ yra apribotas minėtomis Sveikatos sistemos įstatymo sąlygomis, kuomet galima gauti nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.</p>
	<p>4. Pacientą gydantis gydytojas turi suteikti informaciją ne tik apie LNSS viešąsias ir biudžetines įstaigas, bet ir apie privačias LNSS įstaigas, kur teikiamos pacientui reikalingos specializuotos paslaugos.</p>	<p>Įstatymo projektu siūloma nustatyti apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui teikiamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų (t.y. už kurias pacientas neturi pats mokėti) sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminus. Žinoma, kad privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose paprastai pacientai turi papildomai sumokėti už paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, todėl tokios įstaigos pacientams be jų sutikimo (prašymo) neturėtų būti siūlomos kaip alternatyva valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.</p>
	<p>5. Dėl pastabos apie įstaigų veiklos vertinimo rodiklius, pastabos dėl Įstatymo projekto 15³ str. 5 d. nustatyto reikalavimo įgyvendinimo, dėl siūlymų dėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo ir pastabos dėl asmens veikatos priežiūros įstaigų skatinimo ir baudimo</p>	<p>Neatsižvelgta. Žr. argumentus dėl analogiškų Lietuvos savivaldybių asociacijos pastabų.</p>
<p>Teisingumo ministerijos 2015 m. lapkričio 19 d. raštas Nr. (1.6)2T-1528</p>	<p>Vertinant Įstatymo projekto 3 straipsnyje dėstomą Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 5 dalį, svarstyтина, galbūt būtų tikslinga numatyti, kad pacientui prioriteto tvarka būtų siūloma arčiausiai jo gyvenamosios vietos esanti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) viešoji ar biudžetinė įstaiga, galinti suteikti sveikatos priežiūros paslaugą per Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nustatytus terminus.</p>	<p>Atsižvelgta iš dalies. Siekiant užtikrinti pacientų teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą įgyvendinimą, Projekto 21 punktu siūloma Įstatymo projekto 3 straipsniu pildomo įstatymo 15³ straipsnio 5 dalyje nustatyti, kad prieš pacientą įregistruojant kitoje įstaigoje, jam turi būti pasiūloma kita įstaiga, galinti suteikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą per Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnio 1 dalyje nustatytus terminus. Nuostatos, kad turi būti siūloma arčiausiai gyvenamosios vietos esanti įstaiga, įtvirtinti nesiūloma atsižvelgiant į tai, kad tai pareikalautų šiuo metu veikiančių informacinių sistemų (Išankstinės pacientų registracijos sistemos (www.sergu.lt) pritaikymo išlaidų, kurios galimai būtų neproporcingo dydžio siekiamo tikslo atžvilgiu.</p>

Teisės departamento direktorė

[Signature]
2015-11-24

Sveikatos apsaugos ministrė

[Signature]
Rimantas Šalčius
2015-11-30

44

Siūlau įtraukti į Vyriausybės posėdžio (pasitarimo) darbotvarkės projektą

Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15(2) ir 15(3) straipsniais įstatymo projekto Nr. XIIP-3558 (Nr. 15-0185-01-IS) (15-13213)

Pranešėjas: Sveikatos apsaugos ministrė R. Šalaševičiūtė

Dalyvauja: Sveikatos apsaugos ministerijos Teisės departamento Teisėkūros ir teisinio vertinimo skyriaus vyriausioji specialistė Aušrinė Srorpirštienė

Posėdžių rengimo skyriaus
patarėja
G. Dovydenienė

Klausimo kuratorius: V.Pavardė, parašas

<p>Apsvarstyta ministerijų atstovų pasitarime</p> <p><u>2015-12-01</u> (data)</p>	<p>Ministerijų atstovų pasitarimo protokolo išrašas</p> <p>1. Patvirtinti SAM įvertinti JM pastabas. 2. Būsimas projektas patvirtinti ir narstyti Vyriausybės posėdyje. 2015-12-01 [parašas]</p>
<p>Informacija apie projekto svarstymą Vyriausybės pasitarime ar/ir Vyriausybės posėdyje</p>	<p>Papildoma informacija</p>