

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 11 IR 49
STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 9, 10 IR 26 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO
ĮSTATYMO PROJEKTŲ
AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

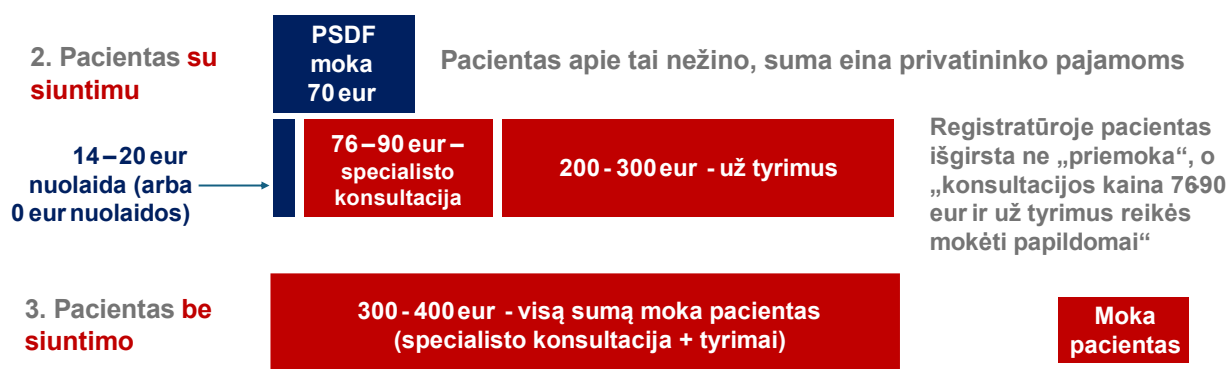
1. Įstatymų projektų rengimą paskatinusios priežastys, parengtų projektų tikslai ir uždaviniai.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto (toliau – SSI projektas), Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto (toliau – SDI projektas) (toliau kartu – Įstatymų projektai) rengimo tikslai ir uždaviniai – siekis įgyvendinti konstitucinį principą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymu turi būti nustatyta piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka.

Įstatymų projektų rengimo priežastys:

Pirma, Valstybinė ligonių kasa pagal sudarytas sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis atsiskaito pastarosioms už pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios smulkiau nėra detalizuojamos, t. y. į suteiktą asmens sveikatos priežiūros paslaugą įeina visas kompleksas veiksmų: gydytojo konsultacija, gydymo skyrimas, gydymo metu sunaudotos tam tikros vienkartinės priemonės, medžiagos ir t. t. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 6 dalyje apibrėžta, kad diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas yra sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas dokumentas, kuriuo nustatoma diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš PSDF biudžeto, tvarka. Tai reiškia, kad už pacientui pagal jo sveikatos būklę reikalingas (jam būtinas) paslaugas, be kita ko, apimant ir SSI 49 straipsnio 5 dalyje minimas medžiagas ir procedūras, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms jau yra kompensuota Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis.

Realybė vyksta taip:



Įstaigai labiau apsimoka pacientas su siuntimu, nes gauna papildomą apmokėjimą iš PSDF, o pacientui tai sumai „nuolaidos“ nesuteikia.

Pacientas moka tiek, kiek jam pasakoma, kaina su siuntimu arba be siuntimo yra labai panaši

Pacientų liudijimai LNSS privačiose gydymo įstaigose

Pacientas su siuntimu, **negali/nenori papildomai mokėti**

PSDF
moka
70 eur

Registratūroje nustembama (nes tai retai pasitaiko) ir pacientas išgirsta:

- **A klinikos:**
 - „su siuntimu arba be jo, konsultacija 90eur“.
- **B klinikos:**
 - prieš dvi savaites sakė „eilė 3-4 mėnesiai“,
 - dabar „registruokitės eSveikatoje, mes neregistruojame“.
- **C klinikos:** „registruokitės eSveikatoje, mes neregistruojame“,
 - bet pabandžius registruotis eSveikatoje, jokių galimybių.
- **D klinikos:** su siuntimu 76eur,
 - be siuntimo 90eur, už 0 – nėra;
- **E klinikos:** „su siuntimu ar be jo gydytojo konsultacija kainuos apie 300 eur,
 - už 0 - nėra“.

Antra, *asmens sveikatos priežiūros paslauga negali būti laikoma nei brangiau kainuojančia, nei pigiau kainuojančia sveikatos priežiūros paslauga*. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF lėšomis, bazinės kainos yra nustatomos vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 (toliau – Metodika), kuri reglamentuoja bendruosius asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įskaitant aktyviojo gydymo paslaugas, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų (toliau – kaina) skaičiavimo principus ir tvarką. Vadovaujantis Metodika yra nustatomos konkrečių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, ir skirtingos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, suteikdamos tokias pačias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neturėtų, remdamosi SSĮ 49 straipsnio 5 dalimi, reikalauti priemokos iš paciento už neva brangiau kainuojančias, tačiau *de facto* analogiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad iš PSDF lėšų apmokama asmens sveikatos priežiūros paslauga negali kainuoti daugiau nei ministro nustatyta ir patvirtinta tam tikros asmens sveikatos priežiūros paslaugos kaina. Atkreiptinas dėmesys į sąvokos „bazinė kaina“ vartojimą. Nors sąvoka „bazinė kaina“ ir vartojama įstatymuose, tačiau šios sąvokos turinys įstatymuose nėra apibrėžtas. Praktikoje, deja, žodžiai „bazinė kaina“ dažnai aiškinami kaip minimali galima paslaugos kompensavimo suma, tačiau toks supratimas yra klaidingas. Pagrindinis atsiskaitymo su gydymo įstaigomis už apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas būdas – mokėjimas pagal bazinės kainas. PSDF lėšomis kompensuojamos kainos vadinamos bazinėmis, nes jomis kompensuojamos ne individualios kiekvienos gydymo įstaigos konkrečiam pacientui suteiktų paslaugų sąnaudos, bet pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytą metodiką apskaičiuotos *vidutinės tos paslaugos teikimo sąnaudos*, kurias teisės aktais numatyta kompensuoti šio fondo lėšomis¹.

Trečia, neteisėtais prisimokėjimais generuojamos papildomos finansinės pajamos sudaro nevienodas ir išskirtines sąlygas privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms neteikiant viso spektro būtinų paslaugų (jas paliekant teikti viešojo sektoriaus įstaigoms) užtikrinti įstaigos veiklos tvarumą ir ekonominį (pelno) efektą.

¹ <https://my.visme.co/view/8rm0z7nv-apie-privalomojo-sveikatos-draudimo-fondo-l-omis-kompensuojam-asmens-sveikatos-prieiros-paslaug#s1>

Veiklos ir finansiniai įsipareigojimai

	Privatus sektorius	Poliklinikos	Rajono/Regiono ligoninės	Klasterinės ligoninės	Universiteto ligoninės
24 valandų tarnybos	-	+	++	+++	+++
ŠKS įsipareigojimai	-	+	++	+++	+++
Nuostolingi DRG kodai	-	+/-	+	++	+++
Pacientų rizika/kompleksiškumas	-	-	+	++	+++
Skubi pagalba	-	-	+	++	+++
Mokymo procesas	-	+/-	-	+	+++
Infrastruktūra ir įranga	++	+	+	+	++

ŠKS – Šakos kolektyvinė sutartis;

DRG – giminingų diagnozių grupės (angl. Diagnosis related groups (DRG))

Ketvirta, prisimokėjimu sukuriama finansinė nauda sudaro prielaidas persivilioti gydytojus iš kitų įstaigų, sudaryti jiems sąlygas teikti atitinkamos apimties paslaugas ir pan. Tokia situacija būtent ir lemia tai, kad valstybinėms ir savivaldybių įstaigoms negalint prisivilioti specialistų į savo įstaigas (trūkstant specialistų), nemokamų (PSDF lėšomis finansuojamų) paslaugų laukimo eilės auga.

Kaip privatus verslas išdidino eiles pas specialistus poliklinikoje ir ligoninėse



Dar vienas svarbus aspektas – etinis. Nuolatinė sveikatos priežiūros technologijų pažanga turi sudaryti vienodas galimybes visiems pacientams, apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu,

gauti pacientui individualiai tinkamiausias sveikatos priežiūros paslaugas. Medicinos technologijų rūšiavimas į standartines (prastesnės kokybės) ir brangiau kainuojančias (šiuolaikines, efektyvesnes, pažangesnes ir pan.), kurios gaunamos tik pacientui papildomai sumokėjus, neišvengiamai sukelia neteisingumo ir diskriminavimo jausmą, nes konkrečiam pacientui teikiamos paslaugos priklauso nuo to, ar jis finansiškai pajėgus primokėti už paslaugas, kurių gavimą jam laiduoja valstybė.

Kita praktikoje dažnai pasitaikanti problema, susijusi su SSĮ 49 straipsnio 5 dalies taikymo apimtimi, yra ta, kad nemažai asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kartu su asmens sveikatos priežiūros paslaugomis teikdamos ir kitas (mokamas) paslaugas, kurios nėra priskiriamos sveikatos priežiūros paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti (komforto paslaugos: televizorius, vienvietė palata, geresnis maitinimas, asmens vadybininkas ir kt.), ima iš pacientų priemonas, argumentuodamos, kad vadovaujantis SSĮ 49 straipsnio 5 dalimi, jos suteikė brangiau kainuojančią asmens sveikatos priežiūros paslaugą, ir nesuteikia pacientui galimybės paslaugą gauti be šių priemonų, motyvuodamos, kad ne vienviečių (nemokamų) palatų neturi ir pan. Taigi, norėdamas gauti paslaugą pacientas privalo susimokėti už papildomas brangiau kainuojančias paslaugas, kurių jam visai nereikia, nes, priešingu atveju, jis reikiamų asmens sveikatos paslaugų apskritai negauna.

Vėliausiai prieinamais Eurostat duomenimis² 2023 metais Lietuvos namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai sudarė 31,83 proc. visų išlaidų sveikatos priežiūrai (Europos Sąjungos (27) vidurkis - 14,27 proc. (2022 metų duomenys)). Lietuvoje namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai yra vienos didžiausios lyginant su kitomis ES šalimis. Pavyzdžiui, Prancūzijoje tokios išlaidos 2022 m. sudarė 8,92 proc. nuo visų išlaidų sveikatos priežiūrai.

Pagal nepakeliamų³ išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms lygį Lietuva yra antra Europos Sąjungoje po Bulgarijos – 2016 m. jis siekė 15,2 proc., t. y. dvigubai daugiau nei 2007 m., kai šios išlaidos sudarė 7 proc. (PSO Europos regiono biuras, 2021 m.)⁴

Nepakeliamos išlaidos labai sutelktos dviejuose mažiausių pajamų kvintiliuose. Priklausomybė nuo išlaidų padengimo savomis lėšomis, kaip finansavimo šaltinio, neleidžia sustiprinti visuotinės sveikatos aprėpties ir kelia riziką ateityje, nes senstant visuomenei vis daugiau žmonių bus priklausomi tik nuo pensijų pajamų, o tuo pačiu tikimybė patirti didesnes medicinines išlaidas didės. Be to, egzistuoja rizika, kad gyventojų sveikatos rodikliai ateityje blogės, nes vis daugiau žmonių negalės sau leisti mokėti iš savo kišenės ir gali atsisakyti gydymo. Tai gali neigiamai paveikti vyresnio amžiaus darbuotojų dalyvavimą darbo rinkoje.

Šie duomenys rodo, kad Lietuvos gyventojų finansinė apsauga nuo išlaidų sveikatai yra nepakankama.. Taigi, vienas iš svarbiausių šių Įstatymų projektų tikslų yra pagerinti gyventojų finansinę apsaugą.

Įstatymų projektais taip pat siekiama įgyvendinti Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimu Nr. XV-54 „Dėl Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, 232 punkto priemonę „Užtikrinsime, kad pacientai nemokėtų priemonių už sveikatos draudimu garantuotas biudžeto apmokamas paslaugas“ ir 247 punkto priemonę „Trumpinsime eiles gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, prioritetą skirdami didžiausios rizikos (Ministerijos paaiškinimas: „tiems pacientams, kuriems pagal jų sveikatos būklę paslaugos reikalingiausios“) pacientams.“

2. Įstatymų projektų iniciatoriai (institucija, asmenys ar piliečių įgalioti atstovai) ir rengėjai

Sveikatos apsaugos ministerija.

3. Kaip šiuo metu yra reguliuojami Įstatymų projektuose aptarti teisiniai santykiai.

² https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

³ Nepakeliamomis (katastrofinėmis) išlaidomis laikomos namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai, viršijančios 40 % visų namų ūkio išlaidų, atėmus būtinas pragyvenimo išlaidas (t. y. maistui, būstui ir komunalinėms paslaugoms)

⁴ [WHO-EURO-2018-3065-42823-59765-lit.pdf](https://www.who.int/publications-detail/WHO-EURO-2018-3065-42823-59765-lit.pdf)

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje nustatyta, kad Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.

SSI 49 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – SDĮ) 10 straipsnio 5 dalyje nustatyta, kad vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojo pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą (šis skirtumas gali būti apmokamas ir iš papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo ar kitų lėšų).

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 straipsnio 10 dalyje pateiktu nemokamos paslaugos apibrėžimu, tokiomis paslaugomis yra laikomos paslaugos, apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar PSDF, ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų ir kurias įstaigoms užsako ir už jas apmoka LNSS veiklos užsakovai. Vadinasi, iš pacientų už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jau yra kompensuojama iš pirmiau nurodytų šaltinių, negali būti imamos jokios kitos papildomos priemokos, nes už paslaugų suteikimą įstaigoms apmoka valstybė.

SSI 49 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo LNSS įstaigose esminės sąlygos yra:

1) paciento kreipimasis dėl valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo į LNSS įstaigos pirminės sveikatos priežiūros specialistus, kurių specialybių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių į juos gali būti kreipiamasi, sąrašą nustato sveikatos apsaugos ministras;

2) paciento kreipimasis dėl šios dalies 1 punkte nenurodytų valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo į LNSS įstaigas. Šiais atvejais pacientas privalo pateikti šios dalies 1 punkte nurodytų sveikatos priežiūros specialistų siuntimą arba LNSS įstaigų gydytojų, suteikusių šios dalies 1 punkte nenurodytas valstybės laiduojamas (nemokamas) paslaugas, siuntimą paslaugų tęstinumui užtikrinti.

SSI 11 straipsnio 2 dalies 2 punkte, nustatančiame, kad LNSS subjektai gali teikti mokamas paslaugas, taip pat nurodyta, kad mokamų paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Atsižvelgiant į dideles odontologinių paslaugų sąnaudas ir ribotą PSDF biudžeto galimybes šias paslaugas visa apimtimi kompensuoti visiems apdraustiesiems, Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (toliau – Mokamų paslaugų teikimo tvarka), 8 punkte nustatyta, kad LNSS įstaigose teikiant odontologinės priežiūros paslaugas, apdraustieji (išskyrus vaikus ir asmenis, besimokančius dieninėse bendrojo lavinimo mokyklose, profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, kol jiems sukanka 24 metai, ir socialiai remtinus asmenis, kai jie pateikia atitinkamą savivaldybės, kurios teritorijoje gyvena, socialinės paramos skyriaus pažymą) moka už vaistus, odontologines ir kitas medžiagas, sunaudotas teikiant odontologinės priežiūros

paslaugas, vienkartinės priemonės, atsižvelgiant į sunaudotų medžiagų, priemonių kiekį ir jų įsigijimo kainas.

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

Įstatymų projektais (SSI) siūloma įtvirtinti aiškią nuostatą, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama jokio papildomo mokesčio.

SSI projektu pripažįstamas netekusiu galios SSI 11 straipsnio 1 dalies 5 punktas (straipsnio redakcija nuo 2025 m. liepos 1 d.), numatantis galimybę už priemokas teikti papildomas paslaugas, susijusias su valstybės laiduojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Šiuo siūlymu siekiama panaikinti LNSS įstaigoms galimybę prašyti prisimokėti už PSDF lėšomis kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas prisidengiant su asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikimu „neatskiriamai“ susijusiomis papildomomis paslaugomis ir apribojant pacientams galimybę valstybės kompensuojamas paslaugas gauti be šių priemonių.

Siekiant užtikrinti, kad odontologinės paslaugos vaikams ir socialiai remtiniams asmenims ir toliau būtų teikiamos ta pačia tvarka kaip šiuo metu, į SDĮ 9 straipsnį, reguliuojantį kompensuojamųjų paslaugų apimtį, perkeliama tai garantuojančios Mokamų paslaugų teikimo tvarkos nuostatos. Šios į SDĮ 9 straipsnį perkeliama nuostatos, nekeičiant jų praktinės reikšmės, buvo pakoreguotos, kad atitiktų Lietuvos Respublikos švietimo įstatyme ir Lietuvos Respublikos piniginės socialinės paramos nepasiturintiems gyventojams įstatyme apibrėžtas sąvokas.

Siekiant suderinti SDĮ nuostatas su SSI projekto nuostatomis, apribojančiomis galimybę iš paciento imti priemokas, kai teikiama valstybės kompensuojama paslauga, SDĮ projektu taip pat atsisakoma SDĮ 10 straipsnio 5 dalies ir 26 straipsnio 4 dalies 4 punkto nuostatų, suteikiančių galimybę imti priemokas.

Priėmus Įstatymų projektus, bus tokie teigiami rezultatai:

- bus padidintas skaidrumas Lietuvos sveikatos sistemoje ir įtvirtintas aiškus reguliavimas, užtikrinantis, kad valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos pacientams būtų teikiamos nesiejant jų su jokiais kitais papildomais mokėjimais;
- bus gerinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kai įstatymiškai nebeliks galimybės apeiti PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų eilės už paslaugas pacientui papildomai prisimokant;
- bus suvienodintos finansinės sąlygos valstybiniam ir privačiam sektoriui teikti ir organizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams.

Jeigu bus pakeista Sveikatos sistemos įstatymo straipsnio 5 dalis:

Pacientas su siuntimu atvyksta į VŠĮ

70 eur
- moka
PSDF

Pacientas su siuntimu atvyksta į Privatų II lygio centrą

70 eur -
moka
PSDF

Pacientas be siuntimo atvyksta į Privatų II lygio centrą

Pacientas moka visą sumą: 90 eur - konsultacija, 200-300 eur tyrimai (jei turi individualų sveikatos draudimą, tai ar dalį kompensuos iki tam tikros metinės sumos)

Žmogus, kuris negali sumokėti 90 eur už konsultaciją ir 200-300 už tyrimus, turėdamas siuntimą galės registruotis tiek VŠĮ, tiek ir privačioje įstaigoje, nes žinos, kad privačioje iš jo negali reikalauti mokėti šimtų eurų

Po ĮSTATYMO pakeitimo

- Jei pacientas atvyks su siuntimu ir žinos, kad iš jo niekas neturi teisės reikalauti mokėti, o privati ASPĮ nepriims ir nukreips į eSveikatą kurioje nebus laisvų talonų pas specialistą, pacientas užsirašys į VŠĮ arba į kitą privačią įstaigą.
- Pacientų srautas į privačias įstaigas nesumažės arba sumažės nežymiai – jau dabar pacientai moka tiek pat arba beveik tiek pat turėdami siuntimą ar jo neturėdami.
- Todėl eilės į VŠĮ neišaugs. O jei dalis privačių įstaigų pradės priimti dalį pacientų su siuntimais nemokamai, tuomet eilės VŠĮ tikrai pradės mažėti.

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

Sritis	Poveikis
Ekonomikai	Asmens sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis.

	<p>Efektyvus ir racionalus PSDF paskirstymas paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms prisidės prie ekonomiškų valstybės pinigų fondų administravimo.</p> <p>Priėmus Įstatymų projektus būtų atsisakyta dvigubo apmokestinimo už PSDF lėšomis jau kompensuojamas paslaugas (kai už tas pačias paslaugas prašoma prisimokėti ir iš privačių lėšų).</p>									
Socialinei aplinkai	<p>Poveikis pacientui:</p> <p>PSD draustas pacientas LNSS įstaigose (nepriklausimai nuo jų nuosavybės formos) paslaugas gaus be jokių priemonių.</p> <p>Jei pacientas norės paslaugas gauti kitokia tvarka, nei nustatyta įstatyme, jis galės jas gauti tik kaip mokamas paslaugas.</p> <p>Visi PSD drausti pacientai PSDF kompensuojamas paslaugas gaus vienodomis sąlygomis.</p> <p>Poveikis LNSS įstaigoms:</p> <p>Prisimokėjimų už PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas klausimas itin aktualus privačiose LNSS įstaigose.</p> <p>Priėmus Įstatymų projektus, bus sudarytos vienodos sąlygos tiek privačioms LNSS įstaigoms, tiek ir valstybės (savivaldybių) LNSS įstaigoms teikti PSDF kompensuojamas paslaugas.</p> <p>Akivaizdu ir tai, kad privačios LNSS įstaigos iš pacientų surinktų papildomų prisimokėjimų už PSDF kompensuojamas paslaugas lėšų įgydavo finansinius svertus prisitraukti pas save sveikatos priežiūros specialistus (taip pat motyvuojant darbo užmokesčio dydžiu perviliojant specialistus iš valstybės (savivaldybių) LNSS įstaigų). Toks specialistų perviliojimas į privačias LNSS įstaigas pastato valstybės (savivaldybių) LNSS įstaigas į tokią padėtį, kad jos, negalėdamos imti prisimokėjimų už PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas ir atitinkamai iš to siūlyti patrauklius atlyginimus specialistams (ir konkuruoti su privačiomis LNSS įstaigomis), nebepažįstų suformuoti pakankamos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų komandos, dėl ko nukenčia PSDF lėšomis kompensuojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas PSD draustiems asmenims.</p> <p>Problemos mastą atspindi specialistų vidutinio darbo užmokesčio 2024 metais skirtumų LNSS priklausančiose privačiose ir viešosiose įstaigose statistika:</p> <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">LNSS įstaiga</th><th>Vidutinis etato darbo užmokestis, bruto</th></tr> <tr> <th>Gydytojo</th></tr> <tr> <td>Viešoji</td><td>4965 Eur</td></tr> <tr> <td>Privati</td><td>6138 Eur</td></tr> <tr> <td>Skirtumas</td><td>+ 23,6 proc.</td></tr> </table> <p>Didesni gydytojų atlyginimai privačiose įstaigose yra finansuojami būtent pacientų prisimokėjimų sąskaita, todėl tikėtina, kad priėmus Įstatymų projektus sumažėtų ar visai išnyktų gydytojų atlyginimų atotrūkis tarp privačių ir viešųjų įstaigų. Taip pat tikėtina, kad tai sumažins paskatas gydytojams migruoti iš viešųjų įstaigų į privačias, normalizuos padėtį rinkoje (gydytojų atlyginimai yra pasiekę 2,3 šalies vidutinio darbo užmokesčio ir atitinka ES šalių vidurkį) bei sudarys geresnes galimybes viešųjų įstaigų vadovams išlaikyti / pritraukti gydytojus.</p>	LNSS įstaiga	Vidutinis etato darbo užmokestis, bruto	Gydytojo	Viešoji	4965 Eur	Privati	6138 Eur	Skirtumas	+ 23,6 proc.
LNSS įstaiga	Vidutinis etato darbo užmokestis, bruto									
	Gydytojo									
Viešoji	4965 Eur									
Privati	6138 Eur									
Skirtumas	+ 23,6 proc.									

Pažymėtina, kad per paskutinius penkerius metus pacientų sumokamos sumos už mokamas paslaugas ir priemokos už pacientams suteiktas paslaugas, už kurias jau buvo apmokėta PSDF biudžeto lėšomis, nuolat didėjo, t. y. pacientams (įskaitant pacientus, apdraustus privalomuoju sveikatos draudimu) tenkanti finansinė našta, susijusi su jų sveikatos priežiūra, nuolat didėjo.

Išlaidų rūšis	Pacientų sumokėta suma, Eur				
	2020 m.	2021 m.	2022 m.	2023 m.	2024 m.
Mokamos paslaugos	31 538 895	47 476 310	60 304 849	74 071 281	81 348 043
Priemokos	19 917 799	28 970 426	32 754 195	37 461 248	39 985 040
Iš viso:	51 456 694	76 446 736	93 059 044	111 532 530	121 333 083

Vertinant Įstatymų projektais siūlomo teisinio reguliavimo poveikį LNSS įstaigų veiklos finansiniams rezultatams buvo atlikta visų LNSS įstaigų, į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“ pateikusių duomenis apie už mokamas paslaugas pacientų sumokėtas sumas, duomenų analizė⁵.

430 LNSS įstaigų į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“ pateikė duomenis, kad pacientai 2024 metais už mokamas paslaugas joms sumokėjo 121,3 mln. Eur, iš jų 39,98 mln. Eur sudarė pacientų priemokos.

Vidutinis vienos įstaigos gautų priemokų santykis su įstaigos bendromis pajamomis 2024 metais sudarė 2,04 proc., o priemokų ir bendrų pajamų santykių medianos reikšmė tarp visų paminėtų įstaigų buvo tik 0,098 proc.

Detali informacija apie 2024 metais paminėtoms LNSS įstaigoms pacientų sumokėtų priemokų struktūrą pateikta lentelėje:

Priemokų dalis bendrose įstaigos pajamose proc.	LNSS įstaigų skaičius vnt.	Privačių įstaigų skaičius vnt.	Viešųjų įstaigų skaičius vnt.	Bendra įstaigų pajamų suma Eur	Bendra įstaigoms sumokėtų priemokų suma Eur
< 0,01	216	149	67	575 104 170	111 325
0,01–2,99	139	66	73	1 707 225 439	11 132 484
3–5,99	45	22	23	289 300 918	12 463 839
6–8,99	8	7	1	15 929 128	1 283 141
9–11,9	5	4	1	23 007 578	2 454 242
12–14,99	2	2	0	5 915 270	744 097
15–19,99	7	7	0	35 569 720	6 067 046
20–29,99	3	3	0	11 756 690	3 498 411
30–39,99	3	3	0	2 388 820	745 526
40–49,99	1	1	0	3 393 518	1 418 303
➤ 50	1	1	0	111 610	66 627
Iš viso:	430	265	165	2 680 687 106	39 985 040

LNSS įstaigos, nepateikusios duomenų, kad pacientai 2024 metais būtų mokėję tam tikras sumas už mokamas paslaugas ar prisimokėję (papildomai)

⁵ Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 12 punkte nustatyta, kad teikdama mokamas paslaugas gydymo įstaiga privalo į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą įvesti informaciją apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

	<p>(pažymėtina, kad 67 iš šių įstaigų pagal sutartis su teritorinėmis ligoniu kasomis teikė tik pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už šias paslaugas mokama atsižvelgiant į prie įstaigos prisirašiusių gyventojų skaičių ir pirmiau paminėtos problemos dėl pacientų priemokų tokiose įstaigose nėra):</p> <table><tr><th>LNSS įstaigų skaičius vnt.</th><th>Privačių įstaigų skaičius vnt.</th><th>Viešųjų įstaigų skaičius vnt.</th><th>PSDF lėšomis kompensuotų paslaugų suma Eur</th></tr><tr><td>263</td><td>238</td><td>25</td><td>153 739 014</td></tr></table> <p>Apibendrinant lentelėse pateiktus duomenis darytina išvada, kad Įstatymų projektais siūlomas teisinis reguliavimas didesnę neigiamą finansinį poveikį turėtų tik labai mažam skaičiui privačių įstaigų, kurios iš pacientų ima itin dideles, lyginant su teikiamos PSDF lėšomis apmokamos paslaugos verte, priemokas.</p>	LNSS įstaigų skaičius vnt.	Privačių įstaigų skaičius vnt.	Viešųjų įstaigų skaičius vnt.	PSDF lėšomis kompensuotų paslaugų suma Eur	263	238	25	153 739 014
LNSS įstaigų skaičius vnt.	Privačių įstaigų skaičius vnt.	Viešųjų įstaigų skaičius vnt.	PSDF lėšomis kompensuotų paslaugų suma Eur						
263	238	25	153 739 014						
Viešajam administravimui	Įtakos neturės.								
Teisinei sistemai	Įtakos neturės.								
Administracinei naštai	PSD administruoja Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Kai Įstatymų projektais bus įtvirtinta, kad nėra įmanomi jokie prisimokėjimai už PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas, Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos tikėtina sumažės administracinė našta prižiūrint (kontroliuojant) PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų (pacientui nemokamų paslaugų) teikimą.								
Regionų plėtrai	Įtakos neturės.								
Reglamentuojamoms profesijoms	Įtakos neturės.								
Konkurencijai	<p>Konkurencijos tarybos vertinimu, nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), yra neūkinė veikla, kuriai netaikomi Konkurencijos įstatymo reikalavimai (žiūrėti Konkurencijos tarybos 2024 m. gegužės 28 d. nutarimą „Nutraukti tyrimą dėl Akmenės rajono savivaldybės tarybos sprendimų, susijusių su Gydytojų skatinimo programa, atitiktis Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“ (https://kt.gov.lt/uploads/docs/docs/2024-05/f5a107b56546437e441aecfb4c964e307268c73fc783129aff12022ace1e1846.pdf)).</p> <p>Prisimokėjimų už PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas klausimas itin aktualus privačiose LNSS įstaigose. Priėmus Įstatymų projektus, bus suvienodintos PSDF lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų PSD draustiems pacientams teikimo sąlygos nepriklausomai nuo LNSS įstaigos nuosavybės ar pavaldumo formos.</p>								

Nepriėmus Įstatymų projektų ir toliau asmens sveikatos priežiūros įstaigoms liks galimybė iš pacientų imti neteisėtas priemokas motyvuojant, kad jos suteikė brangesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Šiuo atveju būtina įvertinti ir tai, kad pacientas dažniausiai neturi pakankamai duomenų

patikimai nuspręsti, koks gydymas jam būtinas ir tinkamas, todėl dažniausiai jam tenka pasikliauti mediko nuomone, kuri gali būti subjektyvi ir finansiškai suinteresuota.

Neigiamų Įstatymų projektų pasekmių nenumatoma. Priešingai, Įstatymų projektais siekiama ne tik užtikrinti pacientų teisę į kuo geresnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, bet ir padidinti Lietuvos sveikatos sistemos skaidrumą.

6. Galima priimtų įstatymų įtaka kriminogeninei situacijai, korupcijai.

Priimti Įstatymų projektai įtakos kriminogeninei situacijai ir korupcijai neturės. Priešingai, manytina, kad Įstatymų projektai turėtų prisidėti prie korupcijos mažinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose iš pacientų neteisėtai reikalaujant prisimokėti už PSDF kompensuojamas paslaugas. Atlikus Įstatymų projektų antikorporcinį vertinimą, grėsmių korupcijai nenustatyta.

7. Galima priimto įstatymo įgyvendinimo įtaka verslo sąlygoms ir jo plėtrai.

Priimti Įstatymų projektai esminės įtakos verslo sąlygoms ir jo plėtrai neturės. Įstatymų projektai nepaveiks sveikatos priežiūros įstaigų veiklos organizavimo.

8. Ar įstatymų projektai neprieštarauja strateginio lygmens planavimo dokumentams?

Įstatymų projektais siekiama įgyvendinti Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimu Nr. XV-54, 232 punkto priemonę „Užtikrinsime, kad pacientai nemokėtų priemonių už sveikatos draudimu garantuotas biudžeto apmokamas paslaugas“ ir 247 punkto priemonę „Trumpinsime eiles gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, prioritetą skirdami didžiausios rizikos pacientams.“

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

Nereikės.

10. Įstatymų projektų atitiktis Valstybinės kalbos, Teisėkūros pagrindų įstatymų reikalavimams, sąvokų ir terminų įvertinimas.

Įstatymų projektai atitinka Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos įstatymo ir Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo reikalavimus.

11. Įstatymų projektų atitiktis Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos nuostatomis ir Europos Sąjungos teisei.

Įstatymų projektai atitinka Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos nuostatas ir Europos Sąjungos dokumentus.

12. Įstatymams įgyvendinti reikalingi įgyvendinamieji teisės aktai, juos priimti turintys subjektai.

Sveikatos apsaugos ministras iki 2025 m. rugsėjo 30 d. turės pakeisti įsakymus, kuriuose buvo numatyta galimybė pagal SSĮ 49 straipsnio 5 dalį taikyti brangiau kainuojančių paslaugų taisyklę.

13. Kiek valstybės, savivaldybių biudžetų ir kitų valstybės įsteigtų fondų lėšų prireiks įstatymams įgyvendinti, ar bus galima sutaupyti.

Įstatymų projektų reglamentavimas PSDF biudžetui tiesioginės įtakos neturės. Siekiant garantuoti pakankamą lėšiukų, naudojamų atliekant kataraktos operacijas, pasirinkimą, kad būtų užtikrinta galimybė pacientui parinkti tokį lėšiuką, koks yra reikalingas atsižvelgiant į konkretaus paciento sveikatos poreikius (medicininės indikacijas), planuojama padidinti kataraktos operacijos bazinę kainą (padidinti lėšiuko vertės dedamąją bazinėje kainoje). Įvertinus LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų pateiktus duomenis apie papildomas pinigų sumas, kurias pacientai sumokėjo 2024 metais už kataraktos operaciją, vidutiniškai vienas pacientas sumokėjo 140 Eur. Atsižvelgiant į tai, kad paminėtos įstaigos yra nesiekiančios pelno, už kataraktos operacijas pacientų sumokėtos

sumos iš esmės yra susijusios tik su geresnės kokybės lęšiuko įsigijimu. Preliminariu vertinimu, kataraktos operacijos bazinę kainą padidinus 140 Eur, per metus šioms operacijoms atlikti papildomai reikėtų skirti apie 4,3 mln. eurų. Ši papildoma suma kataraktos operacijoms apmokėti būtų skirta perskirsčius PSDF biudžeto lėšas.

14. Įstatymų projektų rengimo metu gauti specialistų vertinimai ir išvados.

Išvadas su pastabomis pateikė European Life Science & Knowledge Institute, klubas „Diabeto IQ“, asociacijos „Neišnešiotukas“, „Gyvastis“, „Savarankiškas gyvenimas“, Vilniaus apskrities išsėtinės sklerozės asociacija, Asmeninių asistentų asociacija, Lietuvos šeimų, auginančių kurčius ir neprisigirdinčius vaikus, bendrija „Pagava“, Lietuvos žmonių, sergančių hemofilija, asociacija (pateikta bendra išvada), Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija, Lietuvos gydytojų sąjunga, Lietuvos savivaldybių asociacija, Diagnostikos ir gydymo įstaigų asociacija, Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija, Asociacija „Investors' Forum“, Konkurencijos taryba, Lietuvos medikų sąjūdis, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Ilgalaiškės priežiūros įstaigų asociacija, Lietuvos Respublikos odontologų rūmai, Lietuvos verslo konfederacija, Lietuvos savivaldybių asociacija.

Eil. Nr.	Apibendrinta pastaba	Paaškinimas
1.	Įstatymų projektų priėmimas reikšmingai apribotų pacientų galimybes laisvai pasirinkti jiems tinkamiausią paslaugos apimtį ar kokybę pagal individualius poreikius ir finansines galimybes.	Klaidingai teigiama, kad tai, kas dabar yra pilnai kompensuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų, yra nekokybiška ir neatitinka paciento individualaus poreikio. Nuostata „atitinka paciento finansines galimybes“ yra neetiška, nes suponuoja tai, kad kokybiška sveikatos priežiūra galima tik tiems, kurie turi atitinkamas finansines galimybes papildomai prisimokėti už jau PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas, o tie pacientai, kurie neprisimoka, gauna prastesnę paslaugą.
2.	Pacientui bus faktiškai teikiama tik bazinė (pigiausia) paslauga. Iš esmės pablogėtų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir padidėtų socialinė atskirtis, nes pacientai turės galimybę gauti tik bazines (pigiausias) paslaugas, tačiau mažesnes pajamas ir santaupas turintys pacientai neturės galimybių pasinaudoti pažangesnėmis ir brangesnėmis paslaugomis.	Paaškinimas. Klaidingai teigiama, kad pacientui PSDF lėšomis yra kompensuojamas bazinis (pigiausias) paslaugos paketas. Pažymėtina tai, kad paslauga pacientui yra parenkama atsižvelgiant į jo sveikatos būklę (ir jam nustatytas medicininės indikacijas), bet ne į paslaugos teikimo kainą. Teisės aktuose niekur nėra sąvokos „bazinė“ paslauga, todėl jos vartojimas siekiant pagrįsti prisimokėjimų teisėtumą yra nekorektiškas. PSD draustas pacientas turi gauti paslaugą, kokia jam yra reikalinga pagal jo sveikatos būklę, todėl prisimokėjimo atsisakymas neturėtų turėti įtakos paslaugos prieinamumui. Ministerijos nuomone, prisimokėjimai kaip tik skatina paslaugų prieinamumo pablogėjimą ir socialinę atskirtį, nes jei prisimoki, paslaugą gauni greičiau.
	Nukentės pacientai, kuriems reikalingos: <ul style="list-style-type: none"> - kataraktos operacijos; - sąnarių endoprotezavimas. 	Lęšiukus jau nuo 2015 metų perka pačios gydymo įstaigos ir juos panaudoja savo pacientams. Kiekvienas pacientas turi gauti tokį lęšiuką (kaip ir bet kurią kitą priemonę ar vaistą), kuris yra optimalus pagal jo

	<p>sveikatos būklę. Be to, įgyvendinant Įstatymo projektu siūlomą reguliavimą, VLK svarstytų galimybę peržiūrėti vidutinę lęšiuko kainą, kuri yra įskačiuota į paslaugos kainą, tiek, kad ši vidutinė kaina užtikrintų pakankamą lęšiukų parinkimą pagal pacientų individualius sveikatos poreikius. Atsižvelgiant į tai, kad, vadovaujantis LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų pateiktais duomenimis, vidutiniškai vienas pacientas už kataraktos operaciją (pagal jo poreikius parinktą lęšiuką) sumokėjo 140 Eur, kataraktos operacijos bazinę kainą (lęšiuko dedamąją bazinėje kainoje) padidinus nurodyta 140 Eur suma, per metus kataraktos operacijoms apmokėti papildomai reikėtų apie 4,3 mln. Eur. Ši suma kataraktos operacijoms būtų skirta perskirsčius PSDF biudžeto lėšas.</p> <p>Sąnarių endoprotezus VLK perka centralizuotai iš geriausių pasaulio gamintojų, perkamų endoprotezų kokybė nekelia abejonių (VLK netgi buvo susilaukusi priekaištų, kad perkamų endoprotezų kokybės reikalavimai yra per aukšti). Specialiųjų tyrimų tarnybos (toliau – STT) Korupcijos rizikos analizėje siūlyta svarstyti galimybę peržiūrėti kokybės reikalavimus, o konkrečiai dėl endoprotezų išlikimo reikalavimo pateiktas siūlymas:</p> <p>„Organizuoti visų pirminių (standartinių) endoprotezų ir (ar) jų komponentų specifikacijų peržiūrėjimą, siekiant papildomai įvertinant endoprotezų išlikimo kokybės reikalavimų alternatyvų šiose specifikacijose pagrįstumą ir proporcingumą siekiamam tikslui bei įvertinti galimybes papildyti endoprotezų išlikimo kokybės vertinimo alternatyvas, nustatant galimybę endoprotezų viešojo pirkimo dalyviui pateikti lygiaverčius endoprotezų patikimumo skaičiavimo ar kitokio endoprotezų išlikimo būdų ir (ar) priemonių pagrindimo ir (ar) skaičiavimo rezultatus.“</p> <p>VLK, vykdydama STT rekomendacijas, kokybės reikalavimus praplėtė, t. y. sudarė galimybę kokybę įrodyti keliais alternatyviais būdais, tačiau kokybės reikalavimų nesumažino.</p> <p>2023 m. VLK sudarytai sąnarių endoprotezų specifikacijų rengimo komisijai (komisiją sudarė VLK, SAM ir gydymo įstaigų atstovai) rengiant specifikaciją, įvykdžius rinkos konsultaciją, buvo gauti tiekėjų siūlymai mažinti kokybės reikalavimus. Specifikaciją rengusi komisija į šiuos siūlymus neatsižvelgė. Šiuo metu pagal sąnarių endoprotezų pirkimo specifikacijos reikalavimus, kokybę galima įrodyti 4 būdais). Be to, užtikrinama pakankama modelių įvairovė (pavyzdžiui, perkami tiek cementiniai, tiek mechaniniai endoprotezai). Taip yra užtikrinamos gydymo įstaigų galimybės parinkti pacientui reikiamo modelio, atitinkantį anatominius ypatumus, geros kokybės</p>
--	---

		endoprotezą, todėl nėra jokių objektyvių priežasčių, dėl kurių pacientams galėtų būti siūlomi savo lėšomis įsigyti „geresni“ endoprotezai.
3.	<p>Nemedicininį, bet susijusių su medicininėmis „komforto paslaugų“ atsisakymo sukeltos problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jei po dienos chirurgijos paslaugų vakare išleidžia namo, tai negalima už pinigus pasiūlyti nakvynės; - tėvai negalės su vaikais būti vienutės patalpoje už tai susimokėdami tiesiogiai įstaigai. 	<p>Sveikatos apsaugos ministro patvirtintuose dienos stacionaro paslaugų teikimo tvarką nustatančiuose aprašuose nustatyta, kad tuo atveju, jeigu suteikus dienos stacionaro paslaugą dėl sveikatos būklės pacientas negali būti išrašomas į namus, ASPĮ organizuoja pacientui reikalingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (pacientas hospitalizuojamas toje pačioje ar kitoje ASPĮ).</p> <p>Įstatymo projektu siekiama įgyvendinti socialinį teisingumą – užtikrinti, kad kiekvienam pacientui būtų teikiamos kokybiškos paslaugos ir jų apimtis priklausytų nuo konkretaus paciento sveikatos būklės ir paciento poreikių, o ne jo finansinės padėties (galimybės už tam tikras paslaugas susimokėti papildomai). Atitinkamai, jeigu dėl paciento sveikatos būklės, siekiant apsaugoti paciento ar kitų pacientų sveikatą ir pan. atvejais, būtų indikuotinas poreikis pacientui tėvams ar giminaičiams būti su pacientu vienvietėje palatoje, tai turėtų būti norma (įprasta praktika), o ne už papildomą mokestį teikiama paslauga.</p>
4.	Nėra parengtas Įstatymų projektų poreikio ir poveikio vertinimas.	<p>Įstatymų projektų rengimo poreikį pagrindžia aiškinamajame rašte pateikiamos Įstatymų projektų rengimo priežastys.</p> <p>Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad rengiant teisės akto, kuriuo numatoma reglamentuoti iki tol nereglementuotus santykius, taip pat kuriuo iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas, projektą, privalo būti atliekamas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas. Šio vertinimo išsamumas turi būti proporcingas galimoms numatomo teisinio reguliavimo pasekmėms. Sprendimą dėl numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo priima teisės akto projekto rengėjas.</p> <p>Ministerija laikosi nuomonės, kad siūlomiems pakeitimams aiškinamajame rašte pateikiamas poveikio vertinimas yra pakankamas.</p> <p>Ministerija taip pat atkreipia dėmesį, kad ir dabar pagal Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 dalį valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Brangiau kainuojančios paslaugos pasirinkimas buvo kaip alternatyva, bet ne kaip vienintelė paciento pasirinkimo teisė. Ministerijos nuomone, neteisėtai imamų prisimokėjimų (kai pacientui pasiūloma vienintelė alternatyva – brangiau kainuojanti paslauga) kaip neteisėtų veiksmų siūlomu teisiniu reglamentavimu užkardymas neturėtų būti laikomas kaip „iki tol</p>

		nereglamentuoti teisiniai santykiai ar iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas“.
5.	Per maži įkainiai už PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas.	<p>PSDF biudžeto ištekliai yra riboti, jų yra tiek, kiek yra. Bet tai nepaneigia valstybės pareigos tuos turimus ribotus išteklius naudoti taip, kad šiomis lėšomis kompensuojamos paslaugos pacientams būtų kokybiškos ir prieinamos. Taip pat turimi riboti finansiniai ištekliai neturėtų sudaryti sąlygų, kad tie pacientai, kurie nesutinka (negali) prisidėti prie jiems teikiamų paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, gautų kokybiškai kitokias paslaugas ar jos pacientui taptų mažiau prieinamos.</p> <p>Paminėtina, kad, atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes, asmens sveikatos paslaugų įkainiai yra periodiškai peržiūrimi ir didinami. Pavyzdžiui, per paskutinius penkerius metus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - įkainis už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas prirašytam gyventojui padidėjo 45,53 proc.; - paslaugų, teikiamų ambulatorinėmis sąlygomis, tarp jų ir gydytojų specialistų konsultacijų, įkainiai padidėjo 43,8 proc.; - aktyviojo gydymo paslaugų kaina stacionare padidėjo 40 proc.; - reabilitacijos paslaugų stacionare įkainiai padidėjo 55,9 proc.; <p>transplantacijos paslaugų (išskyrus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų) įkainiai padidėjo 28,5 proc.</p>
6.	Siūlo išskaidyti paslaugas ir už pasirinktą medicinos priemonę pacientui leisti prisimokėti.	<p>Klaidingai teigiama, kad paslaugą reikia skaidyti į dalis (konsultacija pacientui nemokama, o, tarkime, priemonės, naudojamos teikiant paslaugą, jau būtų tos, kurias būtų galima nusipirkti papildomai).</p> <p>Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 8 dalyje nustatyta, 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 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.</p> <p>Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime aiškiai konstatuota, kad valstybė turi garantuoti pacientams kokybiškas ir prieinamas paslaugas (paslaugą kaip visumą), o ne tik kokybiškų ir prieinamų dalį paslaugų (tarkime, tik konsultacijas), o likusią dalį</p>

		<p>(tarkime, priemonės) laikant vidutinio standarto (viešojoje erdvėje teigiant, kad ne tokios kokybiškos, nei lyginant su tuo, ką pats nusipirksi); jei asmuo draustas ir turi siuntimą, tai atsižvelgiant į jam taikomas medicininės indikacijas jis nemokamai privalo gauti kokybišką pilnos apimties paslaugą (įskaitant ir medicinos priemones) kaip vieną paketą.</p> <p>Be to, ar pacientas, nebūdamas mediku, pats gali objektyviai nuspręsti (be pašalinių įtakos galimai ir dėl komercinių sumetimų), kad jam VLK nupirktą medicinos priemonę yra bloga?</p>
7.	Projektai neatitinka Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimų ir išaiškinimų.	<p>Neteisingai teigiama, kad Įstatymų projektų siūlymai prieštarauja Konstitucijai.</p> <p>Pagal Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo ir Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimo nuostatas, įstatymų leidėjas nėra įpareigojamas privalomai nustatyti, kad už tam tikrą PSDF lėšomis kompensuojamos paslaugos dalį turi būti reikalaujama prisimokėti.</p> <p>Konstitucinio Teismo nutarime ir sprendime pasakoma, kad, atsižvelgiant į ribotas PSDF finansines galimybes, įstatymais gali būti įtvirtintas reguliavimas, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas būtų atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, tačiau įstatymų leidėjas, prieš nustatydamas prisimokėjimo galimybę, privalo įsivertinti, ar tokiu reglamentavimu nebus bloginamas paslaugų prieinamumas. Be to, tokiu reglamentavimu (leidžiant imti prisimokėjimus) turi būti paisoma konstitucinių vertybių pusiausvyros, socialinės darnos, atsakingo valdymo, protingumo, asmenų lygiateisiškumo principų.</p> <p>Ministerijos nuomone, iš prisimokėjimų gaunama finansinė nauda sudaro sąlygas persivilioti sveikatos priežiūros specialistus iš kitų sveikatos priežiūros įstaigų, kas sąlygoja problemas, kai nemokamų paslaugų prieinamumas dėl specialistų trūkumo mažėja, o prisimokėjus paslaugas galima gauti nedelsiant.</p>
8.	Išaugtų finansinė našta pacientams, kurie prarastų galimybę iš dalies prisidėti ir turėtų patys apmokėti visą gydymą (visą kainą).	<p>EBPO ir Eurostat duomenimis, 2022 m. Lietuvos namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai sudarė 33,5 % visų šalies išlaidų (ES vidurkis 15,4 %), o mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas sudarė 24 % šių išlaidų ir pastebėta augimo tendencija.</p> <p>VLK turimais duomenimis, 2024 m. Lietuvos pacientai už sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus už medžiagas, sunaudotas teikiant odontologijos paslaugas, sumokėjo ne mažiau kaip 41 mln. eurų priemokų (reali suma yra dar didesnė, nes ne visos gydymo įstaigos VLK teikia informaciją apie pacientų sumokėtas priemokas). Šiuo metu pacientai, ypač kreipdamiesi į privačias gydymo įstaigas, yra įtikinami, kad neturi kito pasirinkimo kaip tik gauti reikalingą paslaugą su nemaža priemoka, todėl</p>

		<p>skurdesni namų ūkiai patiria nepakeliamų sveikatos išlaidų ar net nuskurdimo riziką.</p> <p>Priėmus įstatymą, dauguma pacientų pasinaudotų įgyta galimybe gauti reikalingas tinkamos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas papildomai nemokėdami ir tik nedidelė dalis pasiturinčių pacientų galbūt nuspręstų nesinaudoti PSDF kompensuojamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir gydytis mokėdami visą kainą.</p>
9.	<p>Padidėtų korupcinių apraiškų sveikatos sistemoje rizika, nes kiltų pagunda aukštesnės kokybės paslaugas gauti neteisėtai ir neoficialiai, panaudojant slaptus mokėjimus.</p>	<p>Ministerija nemano, kad esamas reglamentavimas dėl prisimokėjimų sudaro prielaidas neskaidrumui ir korupcijai, nes pacientas nebesupranta, už ką jis privalo prisimokėti, o kas jam yra nemokama.</p> <p>Panaikinus prisimokėjimų galimybę pacientas aiškiai žinotų, kad jei jis draustas PSD ir laikosi nemokamos medicinos sąlygų (turi siuntimą), jam paslauga nemokama.</p> <p>Jei pacientas nesilaikys nemokamos medicinos sąlygų (neturės siuntimo), jam paslauga bus mokama ir už ją jis susimokės įstaigai į jos kasą.</p>
10.	<p>Diskriminuojamos privačios įstaigos ir pažeidžiami jų lūkesčiai dėl įdėtų investicijų į privačių įstaigų plėtrą.</p>	<p>Ministerija su tuo nesutinka.</p> <p>Konkurencijos tarybos vertinimu, nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), yra neūkinė veikla, kuriai netaikomi Konkurencijos įstatymo reikalavimai (žiūrėti Konkurencijos tarybos 2024 m. gegužės 28 d. nutarimą „Nutraukti tyrimą dėl Akmenės rajono savivaldybės tarybos sprendimų, susijusių su Gydytojų skatinimo programa, atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“.</p> <p>Svarstant įvairius su sveikatos priežiūros paslaugų sektoriumi susijusius klausimus, privačios sveikatos priežiūros įstaigos yra išreiškusios poziciją, kad numatytos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensuojamų paslaugų kompensacijų sumos yra nepakankamos ir jas nustatant nėra atsižvelgiama į tai, kad viešosios sveikatos priežiūros įstaigos, teikdamos paslaugas, naudojami valstybės ar savivaldybių suteiktais ištekliais (pastatais, perduota įranga ar kt.), o privačios įstaigos visas patiriamas išlaidas dengia pačios. Reikia atkreipti dėmesį, kad su Konkurencijos taryba pagal europinius konkurencijos teisės aktus šis klausimas yra išspręstas taip, kad valstybė gali perduoti ligoninei valstybės turtą tik tuo atveju, jei perduodamo turto panaudojimas pagalbinei ekonominei veiklai vykdyti neviršys 20 procentų ligoninei perduodamo turto metinio pajėgumo. Vertindami tai, kas pirmiau paminėta, nemanome, kad toks valstybės turto perdavimas sukuria ligoninėms išskirtines sąlygas lyginant su privačiomis</p>

		sveikatos priežiūros įstaigomis finansinių sąnaudų prasme.
11.	Didės pacientų laukimo eilės.	<p>Manome, kad būtent prisimokėjimais ir yra sukuriamą situacija dėl didelių laukimo eilių.</p> <p>Įvertinus IPR informaciją pastebėtina tai, kad su prisimokėjimu paslaugos prieinamumas daugeliu atvejų yra greitesnis nei tai atvejais, kai su siuntimu paslauga pacientui yra nemokama.</p> <p>Akivaizdu tai, kad prisimokėjimu sukuriamą finansinė nauda sudaro prielaidas persivilioti gydytojus iš kitų įstaigų, sudaryti jiems sąlygas teikti atitinkamos apimtys paslaugas ir pan. Tokia situacija būtent ir lemia tai, kad valstybinėms ir savivaldybių įstaigoms negalint prisivilioti specialistų į savo įstaigas (trūkstant specialistų), nemokamų paslaugų laukimo eilės auga.</p>
12.	Specialistų stokos didėjimo grėsmė.	<p>Tai niekuo nepagrįstas teiginys.</p> <p>Atsisakant prisimokėjimų bus suvienodinti finansiniai svertai prisitraukti specialistus į sveikatos priežiūros įstaigas, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos, todėl visos įstaigos turės vienodas galimybes prisitraukti specialistus. Abejotina tai, kad specialistai rinktųsi tik tas įstaigas, kuriose paslaugos pacientams bus visa apimtimi mokamos.</p>

15. Reikšminiai žodžiai, kurių reikia šiems projektams įtraukti į kompiuterinę paieškos sistemą, įskaitant Europos žodyno „Eurovoc“ terminus, temas bei sritis.

Reikšminiai žodžiai: valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra.

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

Nereikalingi.