

DERINIMO PAŽYMA

Institucija, teikianti pastabą	Pastaba	Neatsižvelgimo (atsižvelgimo iš dalies) argumentai
Teisingumo ministerija	<p>1. Projekto 1.1 papunktyje dėstomo keičiamo sarašo 3.1 papunktyje siūloma išplėsti ambulatorines slaugos paslaugas namuose teikiančių specialistų ratą nuo 2020 m. liepos 1 d. (įsigaliojimo data nustatyta Projekto 2.1 papunktyje). Pažymėtina, kad ši Projekto nuostata sąlygos papildomų lėšų darbuotojams įdarbinti sveikatos priežiūros įstaigoje poreikį. Atsižvelgiant į tai, siūlytina papildyti Projekto 2.2 papunktį nuostatomis, kurios paaiškintų, kaip keisis asmens sveikatos priežiūros įstaigų su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos sudarytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarčių 2020 m. III ir IV ketv. sumos, arba svarstyti Projekto 1.1 papunkčio įsigaliojimą nukelti į 2021 m. sausio 1 d., tai yra, naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarčių sudarymo laikotarpį.</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sarašo patvirtinimo“ paskirtis – nustatyti sąlygas, kada asmens sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – paslaugos) gali būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, o ne kaip tos paslaugos turėtų būti apmokamos (sutarčių atitinkamiems laikotarpiams sumų perskaičiavimas yra ne šio Vyriausybės nutarimo projekto reguliavimo dalykas). Pereinamosiomis nuostatomis tik konstatuojama, kad tų paslaugų teikėjų, kurie po 2020 m. liepos 1 d. nebeatitiks naujų ambulatorinių slaugos paslaugų namuose reikalavimų, paslaugos ir toliau bus apmokamos PSDF lėšomis, tačiau ne ilgiau, nei iki 2020 metams sudarytų sutarčių galiojimo pabaigos.</p>
Lietuvos savivaldybių asociacija	<p>1. Savivaldybės atkreipia dėmesį, kad nuo 2018 m. sausio 1 d. visos bendruomenės slaugytojų licencijos yra panaikintos, todėl Projekto 3.1.1. papunktyje siūlo išbraukti „bendruomenės slaugytojas“.</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Bendruomenės slauga yra viena iš 5 specializuotų slaugos sričių, kuri pagal Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo nuostatas (2 str. 9 ir 11 dalyse) yra priskiriama specialiajai slaugos praktikai.</p> <p>Bendruomenės slaugytojai, kaip ir kiti sveikatos priežiūros specialistai, turi savo medicinos normą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-650 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.</p>

		<p>Bendruomenės slaugytojais gali dirbti asmenys, turintys galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją verstis slaugos praktika pagal bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją ir dokumentą, patvirtinantį, kad jie yra baigę bendruomenės slaugos specializacijos programą.</p>
	<p>2. Kai kurios savivaldybės nepritaria Nutarimo projekto 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3. papunkčiuose apibrėžtam etatų skaičiui. Tai apribotų nedidelių pirminių Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, pvz., ambulatorijų, šeimos gydytojų kabinetų galimybes teikti tokias paslaugas ir nebūtų užtikrinamas tokių paslaugų prieinamumas. Taip pat pažymime, kad jokių kitų nutarime nurodytų paslaugų etatų skaičius nėra apibrėžiamas.</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Nutarimo projekto tikslas – skatinti realų kokybiškų ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą (tik tokias paslaugas siūlant apmokėti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis). Įstaigoje visu etatu dirbantis specialistas turės pakankamai laiko pacientams suteikti kokybiškas paslaugas.</p> <p>Dėl viso etato teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose paminėtina tai, kad šiuo metu kai kurios tokias paslaugas teikiančios įstaigos (pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos) šioms paslaugoms teikti papildomu krūviu (pavyzdžiui 0,2 etato) įdarbina ambulatorines pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias (kartu su šeimos gydytojais komandoje dirbančias) slaugytojas. Tokiu atveju mažu krūviu įdarbintas slaugytojas, nors formaliai ir sudarytos teisinės prielaidos atlikti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo reikalavimus paslaugas kompensuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, praktiškai tiesiog fiziškai nebespėja suteikti šių paslaugų visiems, kam jų reikia. Taigi yra rizika, kad gali būti teteikiamos nekokybiškos paslaugos.</p> <p>Esant atskiriems konkrečiai paslaugai teikti etatams (atskiroms pareigybėms, kuriose dirbantys asmenys teiks tik ambulatorines slaugos paslaugas namuose (tai bus jų pagrindinė funkcija)), bus užtikrinama šių paslaugų kokybė.</p>

<p>LRV Teisės grupė (Konkurencijos taryba (2020-02-19 raštas Nr. (2.30E-35)6V-258), Lietuvos verslo konfederacija (2020-02-27 raštas Nr. 20-0371R), Investuotojų forumas (2020-03-09 raštas)</p>	<p>1. Prašytume pateikti Konkurencijos tarybos 2020-02-19 rašte Nr. (2.30E-35)6V-258 Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašui (toliau – Sąrašas) pateiktų pastabų ir pasiūlymų įvertinimą, taip pat įvertinti Lietuvos verslo konfederacijos 2020-02-27 rašte Nr. 20-0371R pateiktas pastabas ir pasiūlymus.</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>1. Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime (toliau – Nutarimas) pasakyta tai, kad „daugelis sveikatos priežiūros paslaugų yra finansuojama iš viešųjų lėšų, kurios gali būti sukaupiamos ir įstatymų leidėjui pasirinkus privalomąjį sveikatos draudimą; valstybė <...> privalo pasirūpinti ir tuo, kad šios lėšos būtų naudojamos atsakingai ir racionaliai; atsižvelgiant į tai, kad dėl didėjančių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, vis aukštesnių jų kokybės standartų, sudėtingesnių ir brangesnių sveikatos priežiūros technologijų šių paslaugų teikimo išlaidos nuolat auga, o joms apmokėti skirtos viešosios lėšos yra ribotos, <...> kyla pareiga nustatyti tokią teisinę reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti“.</p> <p>Nutarime konstatuota ir tai, kad „reikiamo valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo <...> išlaikymas turi būti grindžiamas realiu šių įstaigų teikiamų paslaugų poreikiu ir atsakingu, racionaliu ribotų viešųjų lėšų paskirstymu ir naudojimu“.</p> <p>Vertinant tai, kas aukščiau paminėta, akivaizdu, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis planavimas turi būti subalansuotas.</p> <p>2. Nuostata „atsisakyti tvarkos, pagal kurią sutartys tarp TLK ir ASPĮ gali būti pratęsiamos iš esmės su visomis prieš tai jas</p>
<p><u>Konkurencijos tarybos (2020-02-19 raštas Nr. (2.30E-35)6V-258) pasiūlymas:</u> <i>Atsižvelgiant į tai, kad nagrinėjamas reguliavimas gali daryti neigiamą įtaką sąžiningos konkurencijos laisvės užtikrinimui ir vartotojų gerovei, Konkurencijos taryba siūlo reglamentavimą tobulinti taip, kad siektis užtikrinti sutartis su TLK turinčių ASPĮ veiklos tęstinumą neapsunkintų galimybių sutartis su TLK sudaryti toms ASPĮ, kurios sutarties su TLK prieš tai neturėjo arba atsidarė naują filialą. Atitinkamai, Konkurencijos taryba siūlo atsisakyti tvarkos, pagal kurią sutartys tarp TLK ir ASPĮ gali būti pratęsiamos iš esmės su visomis prieš tai jas turėjusiomis ASPĮ ir numatyti, kad dėl dalies PSDF lėšų kaskart visos ASPĮ galėtų varžytis vienodomis sąlygomis.</i></p>		

	<p>3. Kitos savivaldybės siūlo, kad Nutarimo projekto 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3. papunkčiuose nustatytų specialistų etatų skaičius priklausytų nuo prisirašiusių prie įstaigos pacientų skaičiaus.</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Žr. argumentus, dėl ko neatsižvelgta į Lietuvos savivaldybių asociacijos 2 pastabą.</p>
	<p>4. Nutarimo projekto 2.2 punkte nurodyta, kad ambulatorinės slaugos paslaugos namuose bus apmokamos pagal su TLK pasirašytą sutartį iki 2020 metų pabaigos, nors didėja paslaugas teikiančių specialistų skaičius ir tuo pačiu auga paslaugos kaina.</p>	<p>Paiškinimas</p> <p>Pereinamuoju laikotarpiu Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamas ambulatorinės slaugos paslaugas namuose teikiantis paslaugų teikėjas sena apmokėjimo tvarka (galiojusia iki 2020 m. birželio 30 d.) paslaugas teiks iki 2020 metams sudarytos sutarties galiojimo pabaigos. Naujas apmokėjimas bus taikomas tik tiems paslaugų teikėjams, kurie atitiks reikalavimus, išgaliosiančius nuo 2020 m. liepos 1 d.</p>
	<p>5. Nors Nutarimo projekte nenurodyta, tačiau kai kurios savivaldybės siūlo didinti stacionarinės paliatyviosios pagalbos lovų skaičiaus, tenkančio 100 tūkst. savivaldybės gyventojų, normatyvą. Šiuo metu jis "neviršija 12 lovų 100 tūkst. gyventojų". Tačiau praktikoje poreikis yra žymiai didesnis.</p>	<p>Neatsižvelgta</p> <p>Nutarimo projektu šis klausimas šiuo metu nėra sprendžiamas. Ministerija įvertins šį pasiūlymą ir priims sprendimus dėl šios nuostatos keitimo. Esant poreikiui su visuomenei dėl šio pasiūlymo bus konsultuojamasi papildomai.</p>

turėjusiomis ASPI ir numatyti, kad dėl dalies PSDF lėšų kaskart visos ASPI galėtų varžytis vienodomis sąlygomis“ yra nelogiška ir neracionali resursų planavimo ir valdymo prasme, be to pažeidžianti teisėtų lūkesčių principus. Sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, paslaugoms teikti įsigyja medicininę įrangą, priima į darbą sveikatos priežiūros specialistus, planuoja jų kvalifikacijos tobulinimą ir kita, o tai viskas daroma iš tų pačių PSDF lėšų. Atsižvelgus į Konkurencijos tarybos siūlymą situacija būtų tokia, kad asmens sveikatos priežiūros įstaiga, idėjusi dideles lėšas infrastruktūrai paslaugoms teikti sukurti, po metų netekusi galimybės sudaryti sutarties su TLK (gauti PSDF lėšų), visas turėtas išlaidas paslaugoms teikti turėtų „nurašyti“. Tokia situacija reikštų visišką valstybės turimų resursų eikvojimą ir ilgalaikės sveikatos paslaugų strategijos nebuvimą.

3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2020 m. vasario 28 d. priėmė įsakymą Nr. V-251 „Dėl darbo grupės pasiūlymams dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio tobulinimo pateikti sudarymo“, kuriuo sudarė darbo grupę ir jai pavedė pateikti siūlymus dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio, kuriame reglamentuota sutarčių tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sudarymo tvarka, tobulinimo užtikrinant kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo prieinamumą ir atsižvelgiant į ribotus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto finansinius išteklius. Rašte pateikti siūlymai galės būti įvertinti ir apsvarstyti darbo grupėje.

	<p>2. Nėra aišku, kodėl SAM nusprendė keisti vartojimo rodiklių skaičiavimo formulę. <...> dėl šio pakeitimo keičiasi formulės esmė;</p> <p>3. Nėra pateikta Nutarimo projekto poveikio vertinimo. Akivaizdu, kad dėl siūlomų pakeitimų Sutarčių sudarymo tvarkoje gali atsirasti poveikis ekonomikai, konkurencijai, valstybės finansams, socialinei aplinkai.</p>	<p>Pastabose taip pat teigiama, kad vartojimo rodiklio skaičiavimui pagal prisirašiusius prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų gyventojus nėra pagrindo, nes jis taikomas antrinio ir tretinio lygio paslaugoms. Tačiau, mūsų nuomone, Nutarimo projekto teikiamas pakeitimas yra reikšmingas tam, kad būtų užtikrintas gyventojų poreikio gauti ne tik pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas įstaigoje, prie kurios jie yra prisirašę, bet ir atitinkamoje zonoje, kur jie faktiškai gydomi, gauti antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas ir net tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas patenkinimas. Be to, prisirašiusių prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų gyventojų skaičius yra svarbus rodiklis planuojant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas ne tik pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Todėl atsižvelgus į Lietuvos verslo konfederacijos ir Investuotojų forumo argumentus būtų neatspindėtas pacientų interesus.</p> <p><u>Konkretūs duomenys: informaciją apie dienos chirurgijos paslaugų ir apie brangiųjų tyrimų ir procedūrų kieki, prisirašytų gyventojų prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos skaičių (skaičiuojant laikotarpio nuo 2018 m. liepos 1 d. iki 2019 m. birželio 30 d. vartojimo rodiklius imamas skaičiuojamo laikotarpio pabaigoje turimas prisirašytų prie asmens sveikatos įstaigų gyventojų skaičius) Lietuvos verslo konfederacijai (kopija Lietuvos Respublikos Vyriausybei ir Konkurencijos tarybai) pateikta Valstybinės ligonių kasos 2020 m. kovo 9 d. raštu Nr. 4K-1861 (rašto kopija pridedama).</u></p>
--	---	--

Lietuvos Respublikos
Sveikatos apsaugos ministras
Aurelijus Veryga

2020-03-13

Teisės skyriaus
vedėja
Martyna Mickė

2020-03-13

	<p>Lietuvos verslo konfederacijos (2020-02-27 raštas Nr. 20-0371R) ir Investuotojų forumo (2020-03-09 raštas) pateikti pasiūlymai:</p> <p>„1.2. Pakeisti 11 punktą ir jį išdėstyti taip:</p> <p>„1.1. Paslaugoms, už kurias einamaisiais metais atitinkama teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) nemokėjo PSDF biudžeto lėšomis ASPĮ pagal jų licencijoje nurodytą asmens sveikatos priežiūros veiklos adresą, be sąlygų, nurodytų šio sąrašo 1–10 punktuose, taikomos toliau nurodytos papildomos sąlygos.“</p> <p>1.8. Papildyti 12.7 papunkčiu:</p> <p>12. Šio sąrašo 11 punkte nurodytos sąlygos netaikomos:</p> <p><...></p> <p>„12.7. paslaugoms, už kurias einamaisiais metais atitinkama TLK mokėjo PSDF biudžeto lėšomis konkrečiai ASPĮ, jas pradėjus teikti nauju arba papildomu ASPĮ licencijoje nurodytu asmens sveikatos priežiūros veiklos adresu.“</p> <p>Neatsižvelgta</p> <p>1. Žiūrėti LRV Teisės grupės 1 pastabos paaiškinimo 1 punkto argumentus.</p> <p>2. Susiaurinus papildomos sąlygos – vartojimo rodiklio – taikymą, sveikatos priežiūros įstaiga, sudariusi sutartį su TLK dėl paslaugų teikimo vienu veiklos adresu, turės galimybę savo nuožiūra išplėsti veiklą ir gauti paslaugų kompensavimą visos šalies mastu. Toks pakeitimas neišspręstų Lietuvos verslo konfederacijos keliamas problemas, o sudarytų sąlygas įstaigai pasinaudojus vienu padaliniu įsteigtu teritorijoje, kur paslaugų vartojimo rodiklis yra mažas, sudaryti sutartį su TLK dėl šių kompensuojamųjų paslaugų visais kitais jos veiklos adresais.</p> <p>Pagal Lietuvos verslo konfederacijos (Investuotojų forumo) siūlymą paslaugoms, kurias teikia nauja sveikatos priežiūros įstaiga, neturėjusi sutarties su TLK, sąlyga atitekti vartojimo rodiklį išliktų, todėl įėjimas į rinką būtų ribojamas tik sąžiningiems paslaugų teikėjams ar nepajėgiantiems įsteigti keleto įstaigos padalinių, kad bent vienas veiklos adresas būtų vietovėje, kur paslaugų vartojimas yra mažas. Esamo reglamentavimo pakeitimas sukurtų spragą nesąžiningos konkurencijos aplinkai vystytis.</p> <p>3. Biudžeto išlaidų planavimo aspektu, sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios sutartį su TLK, paslaugų kompensavimas nauju veiklos adresu yra lygiavertis sutarties pasirašymui su nauja sveikatos priežiūros įstaiga. Todėl toks pakeitimas atima iš ligonių kasų galimybę planuoti PSDF biudžeto išlaidas ir suteikia sveikatos priežiūros įstaigai teisę vienašališkai spręsti, kokiose TLK zonose ar savivaldybėse ir kiek kompensuojamos paslaugos bus teikiamos. Praradus būdą paslaugų kompensavimą planuoti regioniniu lygmeniu, nebūtų galimybių mažinti paslaugų teikimo netolygumus ir užtikrinti ribotų PSDF biudžeto išteklių racionalų naudojimą. Biudžetą padalinus išaugusiam sveikatos priežiūros įstaigų skaičiui, kompensuojamų paslaugų teikimas būtų užtikrinamas</p>
--	---

	<p>tik fragmentiškai. Kai kurių įstaigų sutarčių sumos gali būti itin mažos: keleto paslaugų kainos dydžio. Tokia sveikatos priežiūros įstaigos sutartis paciento galimybės gauti kompensuojamas paslaugas neužtikrins, nes sutarties suma bus greitai išnaudota, bet kartu lems kitų sveikatos priežiūros įstaigų, į kurias pacientas bus nukreiptas paslaugoms gauti, sutarčių sumų sumažėjimą.</p> <p>Todėl priėmus Lietuvos verslo konfederacijos (Investuotojų forumo) siūlomus pakeitimus, šiai dienai esantys biudžeto planavimo irankiai ir vartojimo rodiklio taikymas prarastų prasmę, PSDF biudžeto paskirstymas būtų neefektyvus.</p> <p>4. Be to, PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 11 punktas numato ne tik vartojimo rodiklio taikymą, bet ir kitas papildomas sąlygas, t. y. slaugos ir palaikomojo gydymo, stacionarinės paliatyviosios pagalbos lovų skaičių.</p>
LRV Teisės grupė	<p>Neatsižvelgta</p> <p>2. Siūlytume pakartotinai įvertinti Projekto 1.1 papunkčių siūlomų Sąrašo 3.1 papunkčio pakeitimų tikslingumą ir pagrįstumą (ar pagrįsta nustatyti konkrečių specialistų etatų skaičių, neatsižvelgiant į prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašiusių pacientų skaičių), siūlomo reguliavimo neigiamas pasekmes (nedidelės sveikatos priežiūros įstaigos neatitiks keliamų reikalavimų, dėl ko šių įstaigų pacientams apskritai bus apribota galimybė gauti slaugos paslaugas namuose), įvertinti ar siūlomi pakeitimai atitinka teisėkūros principus – tikslingumo, reiškiantį, kad teisės akto projektas turi būti rengiamas ir teisės aktas priimamas tik tuo atveju, kai siekiamų tikslų negalima pasiekti kitomis priemonėmis, bei proporcingumo, reiškiantį, kad pasirinktos teisinio reguliavimo priemonės turi sudaryti kuo mažesnę administracinę ir kitokią naštą, nevaržyti teisinių santykių subjektų daugiau, negu to reikia teisinio reguliavimo tikslams pasiekti.</p> <p>Mažesnių miestų sveikatos priežiūros įstaigos, jei jos neturės tokių specialistų, šias paslaugas užtikrins per sutartis su kitomis, didesnėmis, įstaigomis. Tokia galimybė bus numatyta šiuo metu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos</p>

		<p>ministerijoje rengiamame <u>Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo tvarkos apraše.</u></p>	<p><u>ministerijoje rengiamame Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo tvarkos apraše.</u></p>
LRV Socialinės politikos grupė	<p>Atkreiptinas dėmesys, kad papildžius slaugos paslaugas namuose teikiančių specialistų sąrašą dviem visu etatu dirbančiais specialistais: slaugytojo padėjėju ir kineziterapeutu, tikėtina padidės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šiai paslaugai apmokėti, todėl siūlome įvertinti ir pateikti papildomą informaciją dėl lėšų poreikio.</p>	<p>Paiškinimas</p> <p>Šiuo pakeitimu iš esmės griežtinami ambulatorinės slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimai, todėl šiuo metu yra sudėtinga tiksliai pasakyti kiek bus įstaigų, atitinkančių naujuosius reikalavimus bei kokie bus naujų specialistų krūviai. Ambulatorinės slaugos paslaugų namuose finansavimui 2019 m. buvo skirta 10,7 mln. Eur. PSDF biudžeto lėšų, o panaudota - 7,8 mln. Eur., 2020 m. skirta 12,4 mln. Eur., taigi prognozuojama, kad šioms paslaugoms apmokėti pakaks skirtų pinigų ir papildomų lėšų nereikės.</p>	<p>Paiškinimas</p> <p>Šiuo pakeitimu iš esmės griežtinami ambulatorinės slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimai, todėl šiuo metu yra sudėtinga tiksliai pasakyti kiek bus įstaigų, atitinkančių naujuosius reikalavimus bei kokie bus naujų specialistų krūviai. Ambulatorinės slaugos paslaugų namuose finansavimui 2019 m. buvo skirta 10,7 mln. Eur. PSDF biudžeto lėšų, o panaudota - 7,8 mln. Eur., 2020 m. skirta 12,4 mln. Eur., taigi prognozuojama, kad šioms paslaugoms apmokėti pakaks skirtų pinigų ir papildomų lėšų nereikės.</p>
Lietuvos verslo konfederacija ir Investuotojų forumas	<p>Dėl siūlomų keisti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 11.1, 11.2 ir 11.3 papunkčių. Lietuvos verslo konfederacijos ir Investuotojų forumo pastabose konstatuota, kad pakeisti vartojimo rodiklių apskaičiavimo formulę ir atliekant skaičiavimus remtis ne konkrečios teritorinės ligonių kasos zonos ar savivaldybės gyventojų skaičiumi, bet prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų prirašytų gyventojų skaičiumi, yra ydinga dėl šių priežasčių:</p> <p>1. Nutarimo projektu formulė keičiama ženkliai – skaičiuoti siūloma tik prie ASPĮ prirašytus gyventojus. Tam nėra jokio pagrindo – gyventojai prirašo tik pirminio lygio paslaugoms gauti, o TLK sutartys sudaromos ir dėl antrinio, ir dėl tretinio lygio paslaugų, kurias gyventojai itin dažnai renkasi gauti ne savo gyvenamojoje savivaldybėje, kurioje jie yra prisirašę.</p>	<p>Reaguodami į šias Lietuvos verslo konfederacijos ir Investuotojų forumo pastabas, <u>paiškiname</u>, kad Lietuvos verslo konfederacijos ir Investuotojų forumo atstovai nepagrįstai nurodo, kad vartojimo rodiklio skaičiavimas remiantis prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų prisirašusių teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojų skaičiumi, o ne statistiniu konkrečios savivaldybės gyventojų skaičiumi, yra netinkamas. Pažymime, kad gyventojų realius poreikius gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, esančiose tam tikroje teritorijoje, geriausiai atspindi vartojimo rodiklio reikšmė, apskaičiuota ne pagal gyventojų, deklaravusių gyvenamąją vietą tam tikroje savivaldybėje, skaičių, o pagal prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų prisirašusių gyventojų skaičių, kaip ir numatyta Nutarimo projekte, nes būtent šis skaičius parodo, kiek yra potencialių asmenų, kuriems gali reikėti asmens sveikatos priežiūros paslaugų.</p>	<p>Paiškinimas</p> <p>Reaguodami į šias Lietuvos verslo konfederacijos ir Investuotojų forumo pastabas, <u>paiškiname</u>, kad Lietuvos verslo konfederacijos ir Investuotojų forumo atstovai nepagrįstai nurodo, kad vartojimo rodiklio skaičiavimas remiantis prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų prisirašusių teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojų skaičiumi, o ne statistiniu konkrečios savivaldybės gyventojų skaičiumi, yra netinkamas. Pažymime, kad gyventojų realius poreikius gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, esančiose tam tikroje teritorijoje, geriausiai atspindi vartojimo rodiklio reikšmė, apskaičiuota ne pagal gyventojų, deklaravusių gyvenamąją vietą tam tikroje savivaldybėje, skaičių, o pagal prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų prisirašusių gyventojų skaičių, kaip ir numatyta Nutarimo projekte, nes būtent šis skaičius parodo, kiek yra potencialių asmenų, kuriems gali reikėti asmens sveikatos priežiūros paslaugų.</p>