LIETUVOS VERSLO KONFEDERACIJA ICC LIETUVA

LIETUVOS PRIVAČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ASOCIACIJA

Lietuvos Respublikos Vyriausybei
LRVkanceliarija@lrv.lt

2023 m. birželio 9 d.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai
ministerija@sam.lt

Originalas siunčiamas nebus

DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ, APMOKAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS, POREIKIO NUSTATYMO METODIKOS PATVIRTINIMO

Lietuvos verslo konfederacija (toliau – **LVK**) ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija (toliau – **Asociacija**), įvertinusios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **SAM**) 2023-05-26 užregistruotą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“ projektą Nr. 23-8130 (toliau – **Projektas**, **Metodika**), teikia jam pastabas bei siūlymus.

Projektu siekiama nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – **ASPP**) rodiklių (poreikio ir masto) vertinimo kriterijus, kurių pagrindu asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – **ASPĮ**) turės teisę sudaryti sutartis su Valstybine ligonių kasa (toliau – **VLK**) ar teritorinėmis ligonių kasomis dėl ASPP apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – **PSDF**) biudžeto lėšomis (toliau – **Sutartis**). Metodika įvedami visiškai nauji rodikliai, nulemsiantys tolimesnę ASPĮ veiklą ir valstybės kompensuojamų ASPP prieinamumą Lietuvos gyventojams.

Atkreipiame dėmesį, kad Metodika pateikia itin detalią dalies ASPP poreikių apskaičiavimo schemą su sudėtingomis formulėmis, pagal kurias bus atliekami ASPP poreikių apskaičiavimai. Be atitinkamų konkrečių duomenų yra itin sunku įvertinti, ar Metodika bus tinkama užsibrėžtiems tikslams pasiekti, ar ji užtikrins Sutarčių sudarymo objektyvumą ir skaidrumą.

Todėl yra tikslinga kartu su Metodika pateikti ir ateinantiems metams ASPP poreikių paskaičiavimo projekcijas (tai, tikimės, buvo padaryta, rengiant Metodiką), tik tuomet būtų galima objektyviai įvertinti Metodikos tinkamumą, teisingumą ir įgyvendinamumą praktikoje. Metodika iš esmės yra keičiamas ASPP, kompensuojamų PSDF biudžeto lėšomis, finansavimo teisinis reguliavimas, todėl būtina atlikti naujai planuojamo įgyvendinti šio teisinio reguliavimo poveikio vertinimą. Atkreipiame dėmesį, kad Sutarčių sudarymo procesas privalo atitikti Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo (toliau – **Konstitucinis Teismas**) nutarimus ir jų išaiškinimus bei teisinės valstybės principus, todėl viliamės, kad į toliau pateikiamas detalias pastabas bus atsižvelgta.

I. Regiono lygio paslaugų poreikio nustatymo tvarka paneigia ASPĮ galimybes sudaryti Sutartis

Metodikos 6 punkte nustatoma, kad paslaugų poreikis nustatomas šalies, regiono ir savivaldybės mastu. Šalies mastu teikiamos tos paslaugos, kurių teikėjai yra ne visuose regionuose. Savivaldybės mastu nustatomas poreikis tų paslaugų, kurios bus teikiamos savivaldybių sveikatos centruose (toliau – **Centras**). Regiono paslaugų poreikis nustatomas visoms likusioms paslaugoms. Metodikos 2.5 punktas apibrėžia regiono sąvoką – tai regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorija, nustatyta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir tvarkos apraše (toliau – **Aprašas**). Nurodoma, kad Aprašas bus patvirtintas Vyriausybės nutarimu. Įvertinus šias nuostatas ir Metodikos priede pateikiamą Asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupių sąrašą (toliau – **ASPP sąrašas**), kyla klausimų dėl regioninių paslaugų teikimo:

Pirma, Metodikos 6 p. apibrėžia paslaugų poreikio masto nustatymo lygmenis. Nurodyta, kad regiono lygmens paslaugų poreikis bus nustatomas toms paslaugoms, kurios nepriskiriamos šalies ir savivaldybių lygmens poreikiui. Iš tokio apibūdinimo nėra aišku, kokių ASPP poreikis bus nustatomas regiono mastu, todėl, vengiant neapibrėžtumo ir neaiškumo, būtina konkrečiai įvardinti regiono lygmens poreikio ASPP (žr. šio rašto III dalį). Taip pat, paslaugų poreikio nustatymas pagal apibrėžtus lygmenis kelia abejonių dėl ASPĮ, veikiančių Centruose, galimybių sudaryti Sutartis dėl tų paslaugų, kurių poreikis yra nustatomas tik regiono lygmeniu. Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo projektu Nr. 23-8035 (toliau – **SDĮ projektas**), Sutartys būtų sudaromos atsižvelgiant į Apraše numatytus ASPĮ išdėstymo reikalavimus bei nustatytą ASPP poreikį ir mastą. Kadangi dalies paslaugų poreikis bus vertinamas tik regiono lygmeniu, kyla klausimas, kaip tokių paslaugų teikimas bus skirstomas savivaldybių lygmens ASPĮ, veikiančioms Centruose ir siekiančioms sudaryti Sutartis, kai vienas iš esminių Sutarties sudarymo kriterijų yra nustatytas paslaugų poreikis.

Antra, Metodikos 2.5 punktas, apibrėžia, kad regionai bus įtvirtinti būsimame Apraše, kuris turėtų įsigalioti ne vėliau, kaip derinama Metodika. Aprašas buvo pateiktas derinti tik 2023-06-07. Todėl, ASPĮ iki tos dienos negalėjo įvertinti šių teisės aktų (Metodikos ir Aprašo) projektų tarpusavio darnos, sąveikos bei suderinamumo. Tik gavus galimybę susipažinti su Aprašo nuostatomis, galima detaliau įvertinti Metodikos poveikį ASPĮ veiklai ir pateikti kiek tikslesnes ir situaciją atliepiančias pastabas.

Trečia, Aprašas nustato konkrečias ASPĮ, teiksiančias stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas. Aprašu siekiama sukurti išskirtinę, monopolinę prioritetinių ASPĮ rinką, kurios turės teisę teikti stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas ir gauti už jas prioritetinį apmokėjimą iš PSDF biudžeto lėšų, o visos kitos ASPĮ, kurios nėra įtrauktos į šį privilegijuotų ASPĮ sąrašą, teisės sudaryti Sutarčių neturės. Tai akivaizdžiai rodo planuojamus konkurencinės aplinkos pažeidimus sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, diskriminuojant šias paslaugas pasirengusias teikti privačias ASPĮ, kurios nėra įtrauktos į Aprašą ir kurioms Sutarčių šioms paslaugoms teikti sudarymas ir šių paslaugų finansavimas nebus užtikrintas vadovaujantis ne kokybės ar saugos, bet nuosavybės formos kriterijumi. Atkreipiame dėmesį į tai, kad Konstitucinis Teismas yra nurodęs, jog *„<...> nepaneigiant valstybės priedermės remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą, sąžiningos sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijos, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, būtų užtikrinta aukšta šiomis lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir pakankamas prieinamumas <...> sutarčių sudarymo tvarka turėtų būti grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais nediskriminaciniais kriterijais, kuriais nebūtų paneigta sąžiningos konkurencijos laisvė, kiti Konstitucijoje įtvirtinti Lietuvos ūkio principai.“*[1]. Todėl, kriterijai, akivaizdžiai ribojantys sąžiningą ASPĮ konkurenciją ir veikimą rinkos sąlygomis, diskriminuojantys dalį ASPĮ (tame tarpe privačias ASPĮ), prieštarauja Konstitucijai.

Ketvirta, nėra aiški LRV nutarimo dėl LNSSĮ išdėstymo reikalavimų sąsaja su visų kitų antrinio lygio (regiono) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Šiuo metu derinamo SDĮ projekto 26 str. 5 d. numato, jog Sutartys su ASPĮ, neatitinkančiomis išdėstymo reikalavimų, bus sudaromos, kai bus neužtikrinamas paslaugų mastas, nustatytas Sveikatos sistemos įstatymo (toliau – **SSĮ**) 12 str. 5 d. pagrindu. SSĮ (redakcija nuo 2023-08-01) 12 str. 5 d. numato, kad „*Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija.“* Šios nuostatos būtent numato antrinio ir tretinio lygio ASPP teikimo poreikio nustatymo tvarką. Todėl, vertinant sistemiškai Metodikos, SDĮ projektų sąsają su SSĮ straipsniais, galima susidaryti nuomonę, kad planuojama sudaryti išskirtines veiklos sąlygas ne tik stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų teikimui, įtraukiant į privilegijuotų ASPĮ sąrašą šias paslaugas teikiančias ASPĮ, bet ir visų kitų antrinio lygio ASPP teikimui šiame privilegijuotame sąraše įtrauktoms ASPĮ. Tai akivaizdžiai sukurtų neteisėtą, konkurencinę aplinką pažeidžiančią situaciją, kuri apribotų dalies ASPĮ (tame

[1] Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas

tarpe privačių ASPĮ) teisę sudaryti Sutartis tiek dėl stacionarinių aktyviojo gydymo, tiek dėl visų kitų antrinio lygio ASPP. Tokia tvarka vienareikšmiškai prieštarautų Konstitucinio Teismo išaiškinimams, teigiantiems, jog: *„<...> įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo privalomojo sveikatos draudimo lėšomis teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos <...> sąžiningos sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijos, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą <...>.“*[2] Todėl, Metodikoje numatomas regiono lygio paslaugų apibrėžimas, jų priskyrimas išskirtinėms ASPĮ ir būsima visų ASPĮ teisė sudaryti Sutartis dėl šių paslaugų teikimo privalo būti peržiūrėta.

II. ASPP poreikio apskaičiavimo modelis ir ASPP sąraše pateikti paslaugų lygiai turėtų būti peržiūrimi

Pirma, ASPP sąraše paslaugos yra skirstomos į teikiamas šalies, regiono ir savivaldybių mastu. Nemaža dalis taip išskirstytų paslaugų yra visiškai nepagrįstai priskiriamos regiono lygmeniui, nenumatant galimybės jų teikti Centruose. Taip yra išskiriamos viena nuo kitos neatsiejamos paslaugos, kas sukels pacientams nepatogumų, kai visas paslaugų kompleksas negalės būti suteiktas Centre. Pavyzdžiui, gydytojų specialistų, brangiųjų tyrimų paslaugos yra neatsiejamos nuo kitų Centre teikiamų paslaugų, nepaisant to, jos priskirtos tik regiono lygmeniu ir savivaldybių lygmeniu tokių paslaugų teikimo poreikis nenustatomas.

Tokiu būdu pacientui yra užkertamas kelias į vientisą paslaugų teikimą, aptarnavimą „vieno langelio principu“. Realiai pacientas tarpinės paslaugos turės būti siunčiamas į kitą ASPĮ. Pavyzdžiui, Centruose bus teikiamos dienos chirurgijos I-IV grupių paslaugos – jų teikime neišvengiamai dalyvauja gydytojai specialistai – burnos chirurgas, gydytojo ortopedas, urologas ir kt. Tačiau, šių specialistų paslaugos Centruose nėra privalomos ir jų poreikis savivaldybei nėra nustatomas. Tai reiškia, kad pacientas, kuriam reikalinga dienos chirurgijos paslauga, savo šeimos gydytojo bus siunčiamas konsultacijai pas specialistą, po kurios pacientas vėl bus grąžinamas į Centrą dienos chirurgijos procedūrai. Tokia pati situacija ir su dalimi radiologinių tyrimų – brangieji tyrimai yra išskiriami į atskirą grupę ir jų poreikis taipogi nustatomas tik regiono lygiu. Vis dėlto, magnetinio rezonanso tomografo ar kompiuterinio tomografo tyrimai yra neatsiejama gydytojo neurologo ar otorinolaringologo praktikos dalis. Šie gydytojai nuolatos pacientus siunčia minėtiems tyrimams, kadangi jie yra nepamainoma priemonė ligų diagnostikai.

Numatoma tvarka suponuoja, kad Centruose minėti tyrimai nebus atliekami ir pacientai bus siunčiami į kitas ASPĮ. Tai neabejotinai užvilkins pacientų gydymą, didins eiles tose įstaigose, kurios vykdys brangiuosius tyrimus ir galiausiai atsilieps pacientų sveikatai ir gyvenimo kokybei. Akivaizdu, kad ASPP sąraše numatytas paslaugų skirstymas nėra racionalus. Paslaugų išskirstymas turės didžiulės neigiamos įtakos pacientų eilėms, gydymo trukmei, o be to, bus neekonomiškai skirstomi ir naudojami PSDF biudžeto ištekliai. Savaime suprantama, jog pacientui galint būti aptarnautam vienoje ASPĮ, to paties gydytojo ir nesiunčiant jo po įvairias ASPĮ, yra taupomi ir PSDF resursai. Logiškai paskirsčius paslaugas ir neatskyrus viena nuo kitos neatsiejamų paslaugų, būtų efektyviai naudojamos PSDF lėšos, kas ateityje leistų kompensuoti vis daugiau pacientams reikalingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų. Todėl, siūlytume įvertinti galimybę visų paslaugų poreikį vertinti šalies lygiu, poreikio masto neskirstant į atskirus lygmenis.

Antra, Metodikoje neatsižvelgiama į šių dienų tendencijas, kuomet pacientai juda tarp savivaldybių ir dažnu atveju paslaugas gyventojai gauna ne tose savivaldybėse, kuriose yra prisirašę prie pirminės ASPĮ. Tai iškreipia ASPP poreikio apskaičiavimo rodiklius ir neatspindi realaus ASPP poreikio tose savivaldybėse, kur jaučiamas didžiausias iš kitų savivaldybių atvykstančių pacientų srautas. Pacientas yra laisvas pasirinkti ASPĮ, nepriklausomai nuo jo gyvenamosios vietos, todėl yra netikslu vertinti ASPP poreikį pagal savivaldybėse suteiktų ASPP kiekį ar prisirašiusių gyventojų prie pirminio lygio ASPĮ skaičių atskirose savivaldybėse. Taip pat, Metodikoje nevertinamas savivaldybių

[2] Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas

dydžio rodiklis, kaip kriterijus, nustatant paslaugų poreikį savivaldybių lygmeniu. Akivaizdu, kad Lietuvoje savivaldybės yra labai skirtingų dydžių ir pagal tai turėtų būti skirstomi teikiamų paslaugų lygiai ir jų poreikis. Pavyzdžiui, Vilniaus miesto savivaldybėje yra koncentruojamos ir teikiamos platesnės apimties paslaugos, todėl šios savivaldybės ASPĮ neabejotinai yra didžiulis poreikis ne tik pirminių ASPP, bet ir kitų, tokių kaip brangiųjų tyrimų paslaugos, odontologo, dermatovenerologo ar bet kurio kito antrinio lygio specialisto paslaugos. Suprantama, kad tokių paslaugų poreikis gali būti kur kas mažesnis arba jo iš viso gali nebūti mažosiose savivaldybėse, kadangi šių savivaldybių pacientai paprastai kreipiasi į didesnių savivaldybių ASPĮ. Todėl, siekiant tinkamai ir sąžiningai paskirstyti paslaugų poreikį, tam tikrų paslaugų priskyrimas regiono lygmeniui nėra efektyvus i turėtų būti nustatomas bent jau didžiosioms savivaldybėms. Tokiu būdu būtų užtikrinama, kad paslaugų kiekis yra nustatytas visoms savivaldybėms, PSDF biudžeto lėšos galės būti paskirstytos bet kuriai ASPĮ, kuri ASPP teiktų ten, kur yra realus jų poreikis. Kitu atveju, užkertamas kelias realiu poreikiu grįstam ASPP prieinamumui, kai dalies paslaugų teikimas paprasčiausiai būtų nenumatomas konkrečioje savivaldybėje, nors poreikis yra didžiulis. Kaip minėta, visų ASPP poreikio fakto vertinimas turėtų būti vykdomas šalies lygiu, užtikrinant bazinių (Centruose teikiamų būtinojo sąrašo ASPP) ASPP teikimą ir jų finansavimą savivaldybėse bei išlaikant teisę pacientams rinktis valstybės kompensuojamas ASPP ir kitose savivaldybėse esančiose ASPĮ.

Trečia, ASPP poreikis yra skaičiuojamas vertinant išankstinės pacientų registracijos sistemos (toliau – **IPR IS**) duomenis. Iki šiol ne visos ASPĮ naudojasi IPR IS, todėl vertinti ASPP poreikį pagal IPR IS duomenis būtų netikslu. Taip pat būtina įvertinti ir nepatenkintų ASPP poreikį (vertinant pacientų eiles), nesuteiktų laiku ASPP poreikį, kitus informacijos šaltinius bei duomenis.

Ketvirta, Metodikoje pateikiamos formulės, skirtos paslaugų poreikio apskaičiavimui turi kvestionuotinų kintamųjų (pavyzdžiui – pacientų lytis), kurie, neaišku kokią naudą ar įtaką daro paties paslaugų poreikio apskaičiavimui. Todėl būtume dėkingi, jeigu SAM galėtų pateikti pirminius paskaičiavimus, kuriais buvo vertinamos pasiūlytos formulės. Tai padėtų ASPĮ tiksliai ir aiškiai įvertinti formulių kintamuosius ir jų įtaką paslaugų poreikiui.

Penkta, Metodikos 2.3 p. nurodyta, kad ASPP vartojimo rodiklis – tai ASPP skaičius, tenkantis 100.000 asmenų, prisirašiusiųjų prie pirminių ASPĮ. Taip nustatytas ASPP vartojimo rodiklis neatspindi realios situacijos, nes: (a) dalis Lietuvos nuolatinių gyventojų naudojasi ASPP nebūdami prisirašę prie pirminių ASPĮ, už paslaugas susimokėdami patys ar sumokant savanoriško sveikatos draudimo kompanijoms; (b) dalis iš užsienio šalių atvykusių asmenų (imigrantų, atvykusių iš Ukrainos ir pan.) gauna iš PSDF biudžeto apmokamas ASPP, nors nėra prisirašę prie pirminių ASPĮ. Todėl būtina tikslinti Metodikos 2.3. p., jį praplečiant, siekiant nustatyti realų ASPP vartojimo rodiklį.

Šešta, ASPP poreikis turi būti vertinamas visoms ASPP, be išimčių, todėl nesuprantamos Metodikos 4 p. išimtys, kuomet GMP, slaugos ir paliatyviosios pagalbos paslaugoms neplanuojama vertinti poreikio ir nustatyti masto. Siūlome naikinti bet kokias išimtis ir poreikį vertinti visoms ASPP.

Septinta, nesuprantama, kodėl gydytojų specialistų ambulatorinių konsultacijų ir dienos chirurgijos paslaugų poreikis planuojamas skaičiuoti bendras, o ne pagal sritis (pvz. Metodikos 33 p.). Norint turėti tikslius visų ASPP poreikio vertinimo rezultatus, būtina atlikti detalius ir išsamius visų ASPP poreikio skaičiavimus.

III. Projekto nuostatos turi būti tikslinamos siekiant visiško aiškumo

Pirma, nėra pagrįsti, aiškūs ir suprantami Metodikos 6 p. įvardinti ASPP poreikio nustatymo lygmenys. Būtina patikslinti Metodikos 6 p. dviem aspektais:

(a) atsisakyti termino „*mastas*“ (šalies mastas, savivaldybės mastas, regiono mastas), jį pakeičiant terminu „*lygmuo*“, siekiant išvengti klaidingo interpretavimo, sutapatinant su ASPP poreikio nustatymo mastą su ASPP mastu (PSDF biudžeto finansais pagrįsto realiai galimo patenkinti ASPP poreikio);

(b) patikslinti, kokiu *lygmeniu* kokių *ASPP* poreikis bus nustatomas. Metodikos 6 p. apjungti du skirtingi aspektai: *ASPP poreikio nustatymas* ir ASPP poreikio tenkintojų – *ASPP teikėjų - lokalizacija*, kas nėra tinkama. Todėl tikslinga šiuos aspektus atskirti, nustatant, kad ASPP poreikis yra nustatomas *savivaldybės*, *regiono* (atkreipiame dėmesį, kad Metodikoje trūksta pagrindimo, dėl ko būtinas regiono lygmeniu ASPP (ir kokių ASPP) poreikio nustatymas ir, nesant būtinumo, siūlytume šio lygmens atsisakyti) bei *šalies* (*nacionaliniu*) lygiais. Nustatyto ASPP poreikio patenkinimas yra antras etapas, kurio metu įvertinamas ASPĮ tinklas (viešųjų, privačių), jų teikiamų ASPP spektras (nomenklatūra) ir apimtys (kiekiai), identifikuojamos nepatenkintos (deficitinės) nustatytų ASPP poreikių apimtys ir formuojamas užsakymas šiems trūkstamiems poreikiams patenkinti plečiant Sutartyse su ASPĮ nurodytų ASPP spektrą bei didinant jų finansavimą (Sutarčių apimtis).

Antra, tikslinga patikslinti III skyriaus pavadinimą, jį išdėstant taip: *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų* ***(išskyrus PASPP*** *ir stacionarines aktyviojo ir ilgalaikio gydymo ir dienos chirurgijos paslaugas) poreikio nustatymas*.

Trečia, vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 3 str. nustatytu teisėkūros aiškumo principu, kuris reiškia, kad teisės aktuose nustatytas teisinis reguliavimas turi būti logiškas, nuoseklus, glaustas, suprantamas, tikslus, aiškus ir nedviprasmiškas; taip pat įgyvendinant Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2013-12-23 įsakymo Nr. 1R-298 „Dėl teisės aktų projektų rengimo rekomendacijų patvirtinimo“ 4 p. „*Teisės aktų projektai turi atitikti Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnyje įtvirtintus teisėkūros principus, kitus šiame įstatyme ir Rekomendacijose nustatytus įstatymo ir kito teisės akto formos, struktūros, turinio, teisės terminijos bei kitus teisės technikos reikalavimus ir bendrinės lietuvių kalbos normas*“ bei 5 p. „*Teisės aktai rengiami taip, kad būtų aiškūs, lengvai suprantami ir nedviprasmiški, paprasti, glausti, tikslūs*“ nuostatas, būtina patikslinti Metodikos 6 p., jame konkrečiai įvardijant ASPP, kurių poreikis bus nustatomas regiono mastu (atsisakant nekonkrečios ir neaiškios formuluotės „visų kitų ASPP“).

Tikimės, kad šiame rašte pateiktos pastabos ir siūlymai bus naudingi tobulinant Projektą. LVK ir Asociacija nuolatos aktyviai prisideda prie teisės aktų derinimo proceso ir prašo būti įtrauktos į juos rengiančias darbo grupes. Manome, kad tokiu būdu būtų išvengta papildomo susirašinėjimo ir pastabų teikimo, kai visi neaiškumai ir pastabos galėtų būti išsakytos darbo grupės metu, o visuomenės derinimui būtų pateikiamas išdirbtas ir aiškus projektas. Todėl dar kartą prašome mus pakviesti į visus Projekto derinimo susitikimus, diskusijas ar darbo grupės posėdžius, kuriuose aptartume išdėstytas problemas ir rastume optimaliausius sprendimus.

Pagarbiai

Ineta Rizgelė
Lietuvos verslo konfederacijos generalinė direktorė

Dr. L. Paškevičius
Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas