LIETUVOS VERSLO KONFEDERACIJA ICC LIETUVA

LIETUVOS PRIVAČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ASOCIACIJA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai 2023 m. rugpjūčio 17 d.
Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Originalas registruotu paštu siunčiamas nebus

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO PAKEITIMO PROJEKTO

2023 m. rugpjūčio 10 – 11 d. Lietuvos verslo konfederacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos atstovai turėjo galimybę su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau - **SAM**) ir Valstybine ligonių kasa aptarti naują Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9^1, 9^2, 11, 12^1, 14, 18, 20, 23, 26, 26^1, 26^2, 27, 28, 30, 31 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo bei 32, 33, 34, 35, 36 straipsnių ir VI skyriaus pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektą (toliau – **Projektas**).

Dėkojame už suteiktą laiką diskusijai ir esminių probleminių Projekto straipsnių aptarimą. Kaip sutarta, siunčiame Projektą (kaip priedą prie šio lydraščio) su mūsų siūlomais pakeitimais (*track change* formatu) ir komentarais, dėl kurių esmės susitikimo metu radome bendrą požiūrį.

Pagrindiniai mūsų siūlymai yra susiję su Projekto 14 str., kuriuo siekiama pakeisti Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 str. ir nustatyti, kad sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (toliau - **ASPĮ)**, su kuriomis ligonių kasos (VLK, TLK, toliau - **VLK**) neturi sutarčių dėl atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – **ASPP**), sudaromos tais atvejais, kai šias sutartis turinčios ASPĮ negali užtikrinti ASPP poreikio ir masto. Toks siūlymas prieštarautų Lietuvos Respublikos Konstitucijos 46 str. (*draudžiama monopolizuoti gamybą ir rinką, saugoma sąžiningos konkurencijos laisvė*) ir Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 str. (Valstybės valdymo ir savivaldos institucijoms draudžiama priimti teisės aktus arba kitus sprendimus, kurie teikia privilegijas arba diskriminuoja atskirus ūkio subjektus ar jų grupes ir dėl kurių atsiranda ar gali atsirasti konkurencijos sąlygų skirtumų atitinkamoje rinkoje konkuruojantiems ūkio subjektams, išskyrus atvejus, kai skirtingų konkurencijos sąlygų neįmanoma išvengti vykdant Lietuvos Respublikos įstatymų reikalavimus).

Siūlomu reguliavimu būtų užkertamas kelias naujoms ASPĮ įeiti į rinką (teikti pacientams VLK kompensuojamas ASPP), nes rinkos „senbuvės“, su kuriomis VLK jau turi sudariusi sutartis, visuomet sieks pačios užtikrinti ASPP mastą ir poreikį, siekdamos išvengti konkurencijos bei neįsileisti naujų ASPP teikėjų į valstybės kompensuojamų ASPP teikėjų rinkos segmentą. Ribojimas naujiems subjektams (ASPĮ, neturinčioms sutarčių su VLK) teikti ASPP ir konkurencinio spaudimo rinkos „senbuvėms“ nebuvimas sąlygotų VLK sutartimis įtinklintų ASPĮ užtikrintumą ateityje išlaikyti šias sutartis, išvengiant konkurencijos, kas lemtų jų mažesnį suinteresuotumą gerinti teikiamų ASPP kokybę, diegti pažangiausias medicinos technologijas, moderniausius ligų diagnostikos ir gydymo būdus ir pan.), o tai, savo ruožtu, palaipsniui lemtų sveikatos priežiūros sektoriaus inerciją ir stagnaciją (sveika konkurencija yra efektyvumo, inovacijų ir

kokybės variklis), ASPP prieinamumo, kokybės bei inovacijų masto bei ASPĮ veiklos efektyvumo mažėjimą. Atsisakius Projekte numatyto ribojimo naujoms ASPĮ sudaryti sutartis su VLK būtų užtikrinama sąžininga ir sveika konkurencija sveikatos priežiūros sektoriuje, gerėtų ASPP prieinamumas ir kokybė, visos ASPĮ būtų suinteresuotos gerinti teikiamų ASPP prieinamumą ir kokybę, diegti modernias tyrimo ir gydymo technologijas. Į šiame rašte pateiktas pastabas, siūlymus ir komentarus turėtų būti atsižvelgiama derinant ir Teritorinių ligonių kasų ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo pakeitimus (toliau – **Tvarkos aprašas**).

Prašome pakviesti Lietuvos verslo konfederacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos atstovus į tolimesnius Projekto ir Tvarkos aprašo pakeitimų derinimus ir pastabų bei siūlymų svarstymus. Tikimės, kad tarpusavio bendradarbiavimu rasime sveikatos priežiūros sektoriui, jo organizacijoms, darbuotojams ir pacientams naudingiausius sprendimus.

Pagarbiai

Ineta Rizgelė
Lietuvos verslo konfederacijos generalinė direktorė

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

Lietuvos verslo konfederacijos ir
Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos
siūlymai Projekto 7, 14, 18, 19, 20 ir 24 straipsniams

Ištrauka iš Projekto lyginamojo varianto

Projekto
lyginamasis variantas

LIETUVOS REPUBLIKOS
SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9^1, 9^2, 11, 12^1, 14, 18, 20, 23, 26, 26^1, 26^2, 27, 28, 30, 31 STRAIPSNIŲ IR V SKYRIAUS PAKEITIMO BEI 32, 33, 34, 35, 36 STRAIPSNIŲ IR VI SKYRIAUS PRIPAŽINIMO NETEKUSIAIS GALIOS ĮSTATYMAS

2023 m. d. Nr.
Vilnius

<...>

7 straipsnis. 9^2 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 9^2 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„9^2 straipsnis. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir išbraukimo iš šio sąrašo sąlygos ir tvarka

~~1. Naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir šio fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar) diegiamų naujų technologijų, vertina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) šio įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.~~

~~2. Paraiškas dėl šio straipsnio 1 dalyje nurodytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo Komitetui teikia Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, universiteto ligoninės ir sveikatos priežiūros specialistus vienijančios asociacijos. Paraiškos Komitetui teikiamos iki kiekvienų metų kovo 1 dienos ir iki rugsėjo 1 dienos. Komitetas ne vėliau kaip atitinkamai iki kiekvienų metų gegužės 1 dienos arba iki lapkričio 1 dienos įvertina šio straipsnio 1 dalyje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir jas įtraukia (arba jų neįtraukia) į Kompensuotinų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, vadovaudamasis visais šiais įtraukimo į šį sąrašą kriterijais:~~

~~1) asmens sveikatos priežiūros paslaugos veiksmingumas yra pagrįstas medicinos mokslo įrodymais;~~

~~2) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poreikis – daugiau kaip vienas sveikatos sutrikimo atvejis, tenkantis 200 000 Lietuvos Respublikos gyventojų per kalendorinius metus.~~

~~3. Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka Komitetas ne vėliau kaip atitinkamai iki einamųjų metų birželio 1 dienos arba gruodžio 1 dienos peržiūri Kompensuotinų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įvertina jame nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išdėsto jas prioriteto tvarka, atsižvelgdamas į visus šiuos vertinimo kriterijus:~~

~~1) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą ir mirtingumą, ir (ar) svarbiausiems vertinamiems visos šalies sveikatos rodikliams;~~

~~2) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį pacientų išgyvenamumui;~~

~~3) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį pacientų darbingumui ir (ar) neįgalumui;~~

~~4) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį pacientų gyvenimo kokybei;~~

~~5) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo efektyvumui;~~

~~6) galimybę užtikrinti visuotinį asmens sveikatos priežiūros paslaugos prieinamumą.~~

~~4. Komitetas, įvertinęs asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išdėstęs jas prioriteto tvarka, priima sprendimą siūlyti sveikatos apsaugos ministrui asmens sveikatos priežiūros paslaugą įrašyti (arba jos neįrašyti) į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą. Prieš priimant šioje dalyje nurodytą sprendimą turi būti sudarytos galimybės Komiteto posėdyje dalyvauti ir pateikti savo paaiškinimus šio straipsnio 2 dalyje nurodytiems paraiškų teikėjams. Ne vėliau kaip per 5 darbo dienas nuo sprendimo priėmimo dienos Komiteto sprendimas skelbiamas viešai, o pareiškėjas informuojamas raštu, aiškiai, suprantamai ir išsamiai nurodant objektyviais ir patikrinamais kriterijais pagrįstas Komiteto priimto sprendimo priežastis.~~

~~5. Jeigu pareiškėjas nesutinka su Komiteto priimtu sprendimu, jis per 10 darbo dienų nuo sprendimo gavimo dienos turi teisę pateikti skundą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Skundus dėl Komiteto priimtų sprendimų nagrinėja sveikatos apsaugos ministro sudaryta nuolatinė Apeliacinė komisija. Apeliacinė komisija, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka išnagrinėjusi pareiškėjo skundą, ne vėliau kaip per 20 darbo dienų nuo skundo gavimo dienos gali priimti šiuos sprendimus:~~

~~1) patenkinti skundą ir siūlyti sveikatos apsaugos ministrui pavesti Komitetui pakartotinai priimti sprendimą, įvertinus Apeliacinės komisijos nurodytus trūkumus;~~

~~2) atmesti skundą.~~

~~6. Sveikatos apsaugos ministras, atsižvelgęs į Valstybinės ligonių kasos išvadą dėl galimybių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokėti šio straipsnio 1 dalyje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę, ne vėliau kaip atitinkamai iki einamųjų metų spalio 1 dienos arba iki kitų metų balandžio 1 dienos keičia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą pagal Komiteto pateiktus siūlymus.~~

~~7. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos, neįtrauktos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, lieka Kompensuotinų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše ir kitais metais vėl yra vertinamos bei dėstomos prioriteto tvarka šiame straipsnyje nustatyta tvarka.~~

~~8. Komitetas šio straipsnio 2 dalyje nurodytų subjektų siūlymu ir nustatyta tvarka įvertina, ar Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše nurodytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka visus šio straipsnio 2 dalyje nustatytus įtraukimo į Kompensuotinų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą kriterijus. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos, neatitinkančios visų šio straipsnio 2 dalyje nustatytų įtraukimo kriterijų, Komiteto siūlymu išbraukiamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo šio straipsnio 6 dalyje nustatyta tvarka.~~

1. Į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įrašytinų ar iš šio sąrašo brauktinų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nurodytų šio straipsnio 2 dalyje, vertinimą šio Įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka atlieka Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas).

2. Komitetas atlieka vertinimą:

1) naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (nenurodytų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše), kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis;

2) asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, kai dėl jų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų, ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms;

3) asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, – dėl jų išbraukimo iš šio sąrašo.

3. Siūlymą dėl šio straipsnio 2 dalyje nurodytų paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ar išbraukimo iš jo gali pateikti:

1) Sveikatos apsaugos ministerija;

2) Valstybinė ligonių kasa;

3) universiteto ligoninė;

4) sveikatos priežiūros specialistus vienijanti organizacija;

5) asmens sveikatos priežiūros įstaigas vienijanti organizacija;

6) vaistines vienijanti organizacija;

7) pacientų organizacijas vienijanti organizacija.

4. Šio straipsnio nustatyta tvarka Komitetas nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai:

1) didinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, bazinės kainos ir nekeičiami nei sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo, nei organizavimo reikalavimai, nei apmokėjimo tvarka (išskyrus pačios kainos nustatymą);

2) dėl krizės ar ekstremaliosios situacijos atsiranda poreikis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokėti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (nenurodytas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše) arba reikia daugiau Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, įrašytoms į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, apmokėti. Šio punkto nuostata taikoma krizės ar ekstremaliosios situacijos metu ir ne ilgiau kaip 6 mėnesius po jų atšaukimo dienos;

3) dėl sveikatos apsaugos ministro patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų pakeitimų nereikia daugiau Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų tokioms paslaugoms teikti;

4) asmens sveikatos priežiūros paslauga kompensuotina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis vadovaujantis Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 59^2 straipsnio nustatyta tvarka;

5) siūloma įdiegti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą (nenurodytą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše) arba atlikti asmens sveikatos priežiūros paslaugos, įrašytos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, teikimo arba organizavimo reikalavimų pakeitimą, kuriuo tiesiogiai būtų įgyvendinama šalyje vykdoma sveikatos politika, ir ta konkreti paslauga yra tiesiogiai įvardyta įstatyme arba Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime;

6) siūloma į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įrašyti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą (nenurodytą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše), kuria nustatoma mutacija ar biologinis žymuo dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu skyrimo.

5. Šio straipsnio 3 dalyje nurodyti subjektai paraiškas dėl šio straipsnio 2 dalyje nurodytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo Komitetui teikia iki einamųjų metų kovo 1 d. Šio straipsnio 2 dalies 1 ir 2 punktuose nurodytais atvejais kartu su paraiška turi būti teikiamas ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo reikalavimų aprašo projektas (jau galiojančių paslaugos teikimo reikalavimų aprašo pakeitimo projektas). Paraiškos formą ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo reikalavimų aprašo rengimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras.

Commented [A1]: **Socialiniai partneriai:** Kaip kalbėta diskusijos metu, prašome įtraukti ir sveikatos priežiūros įstaigas atstovaujančias organizacijas, kadangi ši teisė neturėtų būti apribota tik gydytojams (kurie negali pasiremti ekonominiais, infrastruktūros ir pan. argumentais) ar išimtinai universiteto ligoninėms. Kitos ASPĮ taip pat turi interesą teikti pasiūlymus Komisijai. Taip pat ir vaistinių atžvilgiu, kurios per pandemiją prisidėjo inovatyviais pasiūlymais. Šią teisę turėtų turėti iš pacientų organizacijas vienijanti organizacija (įgyvendinant į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepciją).

6. Ne vėliau kaip iki einamųjų metų birželio 1 d. Komitetas įvertina ir išdėsto vertinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas prioriteto tvarka, atsižvelgdamas į visus šiuos vertinimo kriterijus:

1) paslaugai įdiegti ir (ar) plėtoti reikalinga infrastruktūra, sveikatos technologija ar organizavimo modelis buvo finansuojami įgyvendinant valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis finansuojamą projektą ir reikia užtikrinti projekto vykdymo tęstinumą;

2) paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas numatytas įstatymą ar Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą įgyvendinančiame teisės akte;

3) paslaugos poveikis sergamumui ir mirtingumui nuo atitinkamos ligos (sveikatos būklės);

4) paslaugos poveikis pacientų išgyvenamumui;

5) paslaugos poveikis pacientų dalyvumui ir (ar) negaliai;

6) paslaugos poveikis pacientų gyvenimo kokybei;

7) paslaugos teikimo metinis poveikis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui;

8) galimybė užtikrinti visuotinį paslaugos prieinamumą.

7. Šio straipsnio 3 dalyje nurodytų subjektų skundus dėl šio straipsnio 6 dalyje nurodyto Komiteto atlikto vertinimo sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka nagrinėja sveikatos apsaugos ministro sudaryta nuolatinė Apeliacinė komisija.

8. Sveikatos apsaugos ministras iki spalio 1 dienos priima sprendimą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nurodytų paslaugų sąraše pagal prioritetą, įrašymo (neįrašymo) į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ar išbraukimo iš šio sąrašo. Sveikatos apsaugos ministras sprendimą dėl šio straipsnio 4 dalyje nurodytų paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą priima atsiradus šioje dalyje nurodytoms aplinkybėms.

9. Šio straipsnio 6 dalyje nurodytų vertinimo kriterijų reikšmes ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo pagal prioritetą tvarką bei šio straipsnio 8 dalyje nurodyto sprendimo priėmimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras.“

<....>

14 straipsnis. 26 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 26 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„26 straipsnis. ~~Teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų bei teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sutartys~~

~~1. Apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis, išlaidos už vaistinėse išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones – vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir vaistinių sutartimis. Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros ir farmacinei veiklai turinčiomis arba akredituotomis šiai veiklai bei pageidaujančiomis tokias sutartis sudaryti asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis. Su šia sutartimi turi teisę susipažinti visi apdraustieji.~~

~~2. Sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei tarp teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sudaromos vadovaujantis Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais. Sutarčių sudarymo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.~~

~~3. Šiame straipsnyje nurodytų sutarčių tipines formas, kuriose nurodytos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, teisės aktuose nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai ar reikalavimai dėl išlaidų už vaistinėse išduodamus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas, tvirtina Valstybinės ligonių kasos direktorius.~~

Valstybinės ligonių kasos sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo ir sutartys su vaistinėmis dėl kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimo

1. Apdraustiesiems suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos apmokamos vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartimis, o vaistinių išduoti kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos priemonės – vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos ir vaistinių sutartimis.

2. Sveikatos apsaugos ministras tvirtina standartines šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sąlygas (išskyrus sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo priedus, nustatančius asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų nomenklatūrą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti). Ne vėliau kaip kitą darbo dieną po patvirtinimo šios sąlygos paskelbiamos Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje. Standartinėse sutarčių sąlygose nurodomos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, reikalavimai dėl išlaidų už vaistinėse išduodamus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas.

3. Vaistinės, pageidaujančios sudaryti šias sutartis, privalo turėti vaistinės veiklos licenciją.

4. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir, atsižvelgiant į šį poreikį, Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatytą sveikatos priežiūros mastą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, pageidaujančios sudaryti šias sutartis, privalo:

1) turėti galiojančią asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją;

2) teikti šio Įstatymo 9 straipsnio 6 dalyje nurodytame Vyriausybės nutarime nustatytas sąlygas atitinkančias paslaugas, minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimčių reikalavimus taikant nuo trečiųjų sutarties sudarymo metų;

3) atitikti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 ir 4 dalyse nurodytu pagrindu nustatytus įstaigų išdėstymo reikalavimus (jei siekiama teikti stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tokie reikalavimai nustatyti), išskyrus šio straipsnio 5 dalyje nurodytą atvejį, kuomet šie reikalavimai netaikomi;

4) teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas (dėl kurių sudaroma sutartis) atitinkančias šių paslaugų teikimo kokybės ~~reikalavimams~~reikalavimus. Atitikimo kokybės reikalavimams vertinimo metodiką nustato sveikatos apsaugos ministras;

5) užtikrinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams bazinėmis kainomis (išskyrus Sveikatos sistemos įstatymo numatytas išimtis).

**5. Jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga praėjusiais metais nesuteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už visą jai skirtą metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą, numatytą praėjusių metų sutartyje su Valstybine ligonių kasa, po to einančiais metais jai skiriama metinė suma nustatoma ne didesnė kaip praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų suma. Dėl praėjusiais metais neišnaudotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų bei einamaisiais metais padidėjusios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto dalies sutartys sudaromos su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios viršijo praėjusiais metais joms skirtą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto metinę lėšų sumą ir su kuriomis Valstybinė ligonių kasa neturi sutarčių dėl atitinkamų paslaugų~~, sudaromos tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos su kuriomis Valstybinė ligonių kasa turi sutartis dėl tų paslaugų, negali užtikrinti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatyto asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio~~

Commented [A2]: Socialiniai partneriai: Šis punktas yra nukreiptas būtent į stacionarinių paslaugų tinklą, todėl prašome tai ir atspindėti, kad nesusidarytų įspūdis, jog priklausymas stacionaro tinklui daro lemiamą įtaką taip pat ir sutartims ambulatorinėms ar kitoms paslaugoms.

~~ir, atsižvelgiant į šį poreikį, Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatyto sveikatos priežiūros masto. Sutartys sudaromos~~ **jei įstaigos, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo, atitinka šio straipsnio 4 dalyje numatytas sąlygas ir visus ar dalį žemiau nurodytų papildomų ~~vadovaujantis šiais~~ kriterijų~~ais~~, kurių detalizavimą~~,~~ pagal atitinkamas paslaugas, dėl kurių sudaroma sutartis, kriterijų reikšmes, su kurias atitinkančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudaromos sutartys, ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė:**

1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų skirtingų paslaugų (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir Vyriausybės nutarimu nustatytas kitas paslaugas) skaičius įstaigoje~~spektras~~, tačiau šį kriterijų specializuotos asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali atitikti jei jos teikia kelias skirtingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas~~etą paslaugų vienoje~~tam tikroje specializuotoje medicinos ar odontologijos srityje;

2) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius ~~sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugos teikimo reikalavimų užtikrinimo apimtis~~ paslaugu~~os~~ teikimo adresu;

3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) apimtis (šis kriterijus taikomas nuo trečių sutarties sudarymo metų~~), išskyrus pirmuosius du jų teikimo metus~~;

4) ūkio subjektų priežiūros metu per praėjusius vienerius metus nustatyti privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pakartotiniai esminiai sunkūs pažeidimai.

6. Šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.“

<...>

18 straipsnis. 28 straipsnio pakeitimas

1. Pakeisti 28 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. Privalomojo sveikatos draudimo taryba vykdo šias funkcijas:

1) svarsto perspektyvinius ir einamuosius privalomojo sveikatos draudimo uždavinius;

2) teikia siūlymus ~~Sveikatos apsaugos ministerijai~~ **sveikatos apsaugos ministrui** dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, sąrašo;

3) teikia išvadą dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projekto, Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių ataskaitų rinkinio;

4) teikia siūlymus **sveikatos apsaugos ministrui** dėl privalomąjį sveikatos draudimą reglamentuojančių teisės aktų;

~~6~~**5**) teikia siūlymus **sveikatos apsaugos ministrui** dėl ~~teritorinių ligonių kasų~~ **Valstybinės ligonių kasos** ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių, ~~teritorinių ligonių kasų~~ **Valstybinės ligonių kasos** ir vaistinių ar **Valstybinės ligonių kasos ir** šio Įstatymo ~~26^2 straipsnyje nurodytų ūkio subjektų sutarčių, taip pat Valstybinės ligonių kasos ar jos įgaliotų teritorinių ligonių kasų ir šio Įstatymo 26^1 straipsnyje~~ **26^1 ir 26^2 straipsniuose** nurodytų ūkio subjektų sutarčių sudarymo tvarkos;

~~7~~**6**) nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą;

~~8~~**7**) nagrinėja kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus.“

2. Pakeisti 28 straipsnio 3 dalies 2 punkto a) papunktį ir jį išdėstyti taip:

„a) du darbdavių organizacijų atstovai, kurie deleguojami bendru sutarimu šių asociacijų, jei jų nariais yra sveikatos priežiūros įstaigos ar jų asociacijos: Lietuvos pramonininkų konfederacijos, Lietuvos ~~verslo~~ darbdavių konfederacijos, Lietuvos verslo konfederacijos, **Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos,** Lietuvos Respublikos žemės ūkio rūmų, **Investors' Forum**, Lietuvos prekybos, pramonės ir amatų rūmų asociacijos ~~sutarimu~~. Jeigu šių organizacijų bendro sutarimo nėra, kiekviena jų sveikatos apsaugos ministrui teikia po vieną kandidatą į

Commented [A3]: Socialiniai partneriai: Kaip diskutuota, sutarėme, kad būtų logiška laikytis tokios taisyklės: visoms taikomi papildomi kriterijai: (1) jei įstaigos sutartinė suma pasiekta / viršyta - išlieka pagal faktą, (2) jei nepasiekta – naujiems metams pagal pernykštį faktą. Į pernykšę nepanaudotą ir PSDF biudžeto padidėjimo sumą pretenduoja visos įstaigos (tos, kurios viršijo pernai sumą ir naujai prašančios sutarčių) taikant visoms tuos pačius kriterijus be jokių apklausų. Taip būtų užtikrinami teisėti lūkesčiai ir konkurencija.

Commented [A4]: Socialiniai partneriai: čia patektų pvz. dializė

Commented [A5]: Socialiniai partneriai: čia patektų oftalmologija, odontogolija ir pan.

Commented [A6]: Socialiniai partneriai: esmės keisti nesiekiame, bet dabartinis tekstas gana sudėtingai suformuluotas.

Commented [A7]: Socialiniai partneriai. Dalis iš nurodytų organizacijų neturi sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių narių. Atitinkamai, prašome įtraukti LPSPĮĄ ir papildyti nuostatą, kad kandidatus teikia organizacijos, kurių nariais yra sveikatos priežiūros įstaigos.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narius, iš kurių Tarybos nuostatuose nustatyta tvarka atrenkami du darbdavių organizacijų atstovai;“.

3. Pakeisti 28 straipsnio 3 dalies 3 punkto c) papunktį ir jį išdėstyti taip:

„c) vienas pensininkų ir ~~neįgaliųjų~~ **asmenų su negalia** interesus ginančių organizacijų atstovas, deleguojamas bendru Pensininkų reikalų tarybos ir ~~Neįgaliųjų reikalų~~ **Asmens su negalia gerovės** tarybos sutarimu. Jeigu šių organizacijų bendro sutarimo nėra, kiekviena jų sveikatos apsaugos ministrui teikia po vieną kandidatą į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narius, iš kurių Tarybos nuostatuose nustatyta tvarka atrenkamas vienas pensininkų ir ~~neįgaliųjų~~ **asmenų su negalia** interesus ginančių organizacijų atstovas;“.

<....>

19 straipsnis. 30 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 30 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„30 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos funkcijos

Valstybinė ligonių kasa atlieka šias funkcijas:

~~1) rengia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, Privalomojo sveikatos draudimo fondo ataskaitų rinkinius, vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;~~

~~2) prižiūri teritorinių ligonių kasų veiklą;~~

~~3) sudaro iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų rezervą ir šio Įstatymo bei kitų teisės aktų nustatyta tvarka jį naudoja;~~

~~4) šio Įstatymo nustatyta tvarka naudoja laikinai laisvas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas;~~

~~5) atlieka teritorinių ligonių kasų auditą arba sudaro sutartis su audito įmonėmis dėl teritorinių ligonių kasų audito;~~

~~6) Valstybės registrų įstatymo, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarko Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą;~~

~~7) šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis kompensuoja apdraustųjų sveikatos priežiūrą;~~

~~8) atlieka šio Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje nurodytas valstybės deleguotas funkcijas;~~

~~9) sudaro su vaistinio preparato registruotojais (jų atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją, gydymo prieinamumo gerinimo ir finansinės rizikos pasidalijimo sutartis, kuriose numatoma, kad jie į Privalomojo sveikatos draudimo fondą grąžina šiose sutartyse nurodyto dydžio lėšas, gautas už kompensuojamuosius vaistinius preparatus;~~

~~10) tvirtina šio Įstatymo 26, 26^1 ir 26^2 straipsniuose nurodytų sutarčių tipines formas;~~

~~11) sudaro šio Įstatymo 26^1 straipsnyje nurodytas sutartis su ūkio subjektais dėl medicinos priemonių, įrašytų į šio Įstatymo 12^2 straipsnio 2 dalyje nurodytą sąrašą, nuomos išlaidų apmokėjimo, jeigu šios funkcijos nepaveda atlikti teritorinėms ligonių kasoms;~~

~~12) įstatymų nustatyta tvarka išieško Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą iš ūkio subjektų, su kuriais yra sudarytos sutartys dėl medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo, jeigu šios funkcijos nepaveda teritorinėms ligonių kasoms;~~

~~13) kitas šio Įstatymo, Valstybinės ligonių kasos nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.~~

1) šio įstatymo nustatyta tvarka rengia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, Privalomojo sveikatos draudimo fondo ataskaitų rinkinius, vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;

2) sudaro iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų rezervą ir šio Įstatymo nustatyta tvarka jį naudoja;

3) šio Įstatymo nustatyta tvarka naudoja laikinai laisvas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas;

4) šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis kompensuoja apdraustųjų sveikatos priežiūrą;

5) sudaro sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vaistinėmis, šio Įstatymo 26^1 ir 26^2 straipsniuose nurodytais ūkio subjektais, šiose sutartyse nustatyta tvarka apmoka apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus vaistus, medicinos pagalbos priemones, I klasės medicinos priemones ir *in vitro* diagnostikos priemones, skirtas savikontrolei, bei medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidas;

6) registruoja privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų nustatyta tvarka;

7) sudaro su vaistinio preparato registruotojais (jų atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją, gydymo prieinamumo gerinimo ir finansinės rizikos pasidalijimo sutartis, kuriose numatoma, kad jie į Privalomojo sveikatos draudimo fondą grąžina šiose sutartyse nurodyto dydžio lėšas, gautas už kompensuojamuosius vaistinius preparatus;

8) vykdo asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų ūkio subjektų, su kuriais sudarė sutartis dėl išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priežiūrą, vertindama asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atitiktį teisės aktų reikalavimams ir jų apmokėjimo teisėtumą, taip pat vaistų, medicinos pagalbos priemonių, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, bei medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei su tuo susijusią asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų ūkio subjektų veiklą;

9) sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka atlieka finansinę ir ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo analizę;

10) vertina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kiekį, struktūrą ir jų pokyčius;

11) įgyvendina Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatas privalomojo sveikatos draudimo srityje;

12) šio Įstatymo nustatyta tvarka kompensuoja tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas;

13) atlieka šio Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje nurodytas valstybės deleguotas funkcijas;

14) skelbia informaciją apie savo veiklą, informuoja apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamą sveikatos priežiūrą, jos teikimo sąlygas ir tvarką;

15) konsultuoja apdraustuosius ir draudžiamuosius privalomojo sveikatos draudimo klausimais;

16) skaičiuoja Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies 2 punkte nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas ir jas teikia tvirtinti Sveikatos apsaugos ministerijai;

1~~7~~6) vykdo kitas šio Įstatymo, Valstybinės ligonių kasos nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.“

Commented [A8]: Socialiniai partneriai. šio punkto nekoregavome, tačiau, kaip aptarėme, mokamų paslaugų kainos turėtų būti nustatomos pačių įstaigų, ir siūlome apsvarstyti į šio įstatymo teikimą pakete įtraukti ir tai numatantį Sveikatos sistemos įstatymo 11 str. pakeitimą. Komercinių paslaugų kainų reguliavimas ypatingai sudėtingas, jei norima, kad jis atitiktų Konstituciją, Konkurencijos įstatymą ir ekonominę realybę.

<....>

20 straipsnis. 31 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 31 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„31 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos teisės

Valstybinė ligonių kasa turi teisę:

~~1) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka naudoti jai perduotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, kitas teisėtai įgytas lėšas ir turtą;~~

~~2) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sudaryti sutartis;~~

~~3) įsigyti Vyriausybės ir Lietuvos banko vertybinių popierių ir jais disponuoti;~~

~~4) Privalomojo sveikatos draudimo tarybos siūlymu įgyvendinti priemones papildomoms pajamoms gauti;~~

~~5) nustatyti Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų sandarą;~~

~~6) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, kitų Vyriausybės įstaigų, savivaldybių vykdomųjų institucijų, teritorinių ligonių kasų, Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną Valstybinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Tokios informacijos sąrašas nustatomas Valstybinės ligonių kasos nuostatuose;~~

~~7) tvarkyti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens duomenis, įskaitant ypatingus asmens duomenis, susijusius su prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimu ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimu;~~

~~8) kontroliuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį, kokybę ir atitiktį joms taikomiems reikalavimams, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, išrašymo ir išdavimo teisėtumą, taip pat su šių paslaugų teikimu, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, išrašymu ir išdavimu susijusią sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų veiklą;~~

~~9) tikrinti, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų sąskaitos, ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus;~~

~~10) atlikti finansinę bei ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę;~~

~~11) Valstybinė ligonių kasa gali turėti ir kitų teisių, kurias nustato įstatymai, Valstybinės ligonių kasos nuostatai ir kiti teisės aktai.~~

1) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka naudoti jai perduotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, kitas teisėtai įgytas lėšas ir turtą;

2) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sudaryti sutartis;

3) tikrinti, ar teisingai išrašomos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų sąskaitos ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus;

4) reikalauti grąžinti neteisėtai gautas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas ir (ar) išieško Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, *inter alia* žalą, atsiradusią, kai už sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas apdraustajam dėl fizinių ar juridinių asmenų jo sveikatai padarytos žalos, sumokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padaryta žala pripažįstama mažareikšme ir neišieškoma, jeigu jos išieškojimo išlaidos yra didesnės už išieškomą sumą. Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui pripažinimo mažareikšme žala tvarką ir mažareikšmės žalos dydį nustato sveikatos apsaugos ministras~~Valstybinės ligonių kasos direktorius~~;

5) įstatymų nustatyta tvarka valdyti vertybinius popierius bei jais disponuoti;

6) tvarkyti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens duomenis, įskaitant specialių kategorijų asmens duomenis, privalomojo sveikatos draudimo vykdymo tikslais;

7) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, Vyriausybės įstaigų, savivaldybių institucijų, Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų, asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų bei organizacijų informaciją, būtiną Valstybinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Tokios informacijos sąrašas nustatomas Valstybinės ligonių kasos nuostatuose;

8) Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso nustatyta tvarka teikti ieškinius;

Commented [A9]: Socialiniai partneriai: Šiuo metu įstatymas nurodo, kad mažareikšmių pažeidimų sąrašą nustato SAM. Siūlome taip ir palikti, nes kitaip (kaip kad yra pažymėta ir anksčiau su Jumis pasidalintoje prof. Nekrošiaus išvadoje) susidarys situacija, kai įstaiga (t.y. VLK), kuri vertina pažeidimus, nustato ir jų mažareikšmingumo kriterijus. Siekiant objektyvumo ir tinkamo funkcijų pasidalinimo, turėtų likti taip, kaip yra šiuo metu - SAM.

9) teikti siūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai, Privalomojo sveikatos draudimo tarybai ir kitoms institucijoms dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo, šį draudimą reglamentuojančių teisės aktų tobulinimo;

10) turi ir kitų teisių, kurias nustato įstatymai, Valstybinės ligonių kasos nuostatai ir kiti teisės aktai.“

<....>

24 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas, įgyvendinimas ir taikymas

1. Šis įstatymas, išskyrus šio straipsnio 2 ir 3 dalis~~i~~, įsigalioja 2024 m. liepos 1 d.

2. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius iki 2024 m. birželio 30 d. priima šio įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus.

3. Šio įstatymo 14 straipsniu pakeisto Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 4 dalies 3 punktas taikomas nuo 2025 m. rugpjūčio 1 d.

~~3~~4. Šio įstatymo 14, 15 ir 16 straipsniais pakeistų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26, 26^1 ir 26^2 straipsnių nuostatos netaikomos sutartims su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vaistinėmis ir ūkio subjektais, sudarytoms iki šio įstatymo įsigaliojimo. Šios sutartys lieka galioti iki jose numatyto termino pabaigos.

~~4~~5. Teritorinių ligonių kasų taikinimo komisijoms iki šio įstatymo įsigaliojimo pateikti ir neišnagrinėti bei nebaigti nagrinėti skundai po šio įstatymo įsigaliojimo nagrinėjami Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos pagal iki šio įstatymo įsigaliojimo galiojusias teisės aktų nuostatas.

~~5~~6. Teritorinėse ligonių kasose iki šio įstatymo įsigaliojimo nebaigti spręsti draudžiamųjų ir sveikatos priežiūros įstaigų ginčai dėl privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų paslaugų toliau sprendžiami Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

~~6~~7. Iki šio įstatymo įsigaliojimo pradėtos leidimo teikti naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išdavimo procedūros ir Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto atliekamos procedūros įsigaliojus šiam įstatymui baigiamos vykdyti ir sprendimai priimami pagal iki šio įstatymo įsigaliojimo galiojusias nuostatas.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

Respublikos Prezidentas

Commented [A10]: Socialiniai partneriai: Pagal Vyriausybės nutarimą 551, iki 2025-08-01 tinklo sudėtis gali keistis, o įstaigoms nustatytas pereinamasis laikotarpis į jį patekti. Atitinkamai, iki to laiko buvimas tinkle neturėtų būti nustatytas kaip reikalavimas sutarčiai gauti.