

Privalomojo sveikatos draudimo tarybai
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
El. paštas: Ligita.Poskaite-Balkauske@vlk.lt

Kopija:

Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos
El. paštas: vlk@vlk.lt

2025 m. rugsėjo 12 d.

Teikiama el. paštu. Originalas siunčiamas nebus.

DĖL VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ SUTARČIŲ SUDARYMO TVARKOS APRAŠO PAKEITIMO PROJEKTO

Asociacija „Investors' Forum“ (toliau – **Asociacija**), kuri jungia didžiausius ir aktyviausius Lietuvos ekonomikos investuotojus, vienijanti, be kita ko, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, šiuo raštu teikia pastabas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymo Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ projekto (toliau – **Projektas**), kuris yra pateiktas Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – **SDĮ**) 26 str. 6 d., numatančia, kad Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos (toliau – **VLK**) ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – **PSDT**) nuomones.

Projektu siekiama patvirtinti naujos redakcijos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą (toliau – **Aprašas**).

Projekto aiškinamajame rašte nurodomi esminiai Aprašo pakeitimai yra tokie, kad Aprašo naujoje redakcijoje detalizuojama sutarčių dėl paslaugų, kurių poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas, sudarymo eiga: procesas dalijamas į dvi dalis. Pradžioje vertinama, kiek kompensuojamųjų paslaugų, kurių nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas (toliau – **Trūkstamų paslaugų**) galės suteikti paslaugų teikėjai, su kuriais Valstybinė ligonių kasa einamaisiais metais buvo sudariusi sutartis dėl šių paslaugų teikimo (toliau – **Esami teikėjai**). Po sutarties priedų pasirašymo su Esamais teikėjais priimami naujų paslaugų teikėjų, norinčių sudaryti sutartis dėl trūkstamų paslaugų teikimo (toliau – **Nauji teikėjai**), prašymai sudaryti sutartis. Apraše taip pat reglamentuojamas paslaugų teikėjų atrankos procesas ir sutarčių su Esamais bei Naujais teikėjais sudarymo tvarka.

Pastabos ir pasiūlymai dėl Projekto

1. Siūlomas terminas Naujam teikėjui sudaryti Sutartį yra nekonkretus ir netinkamas

Aprašo 4 punkte nustatomas naujas prašymo dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – **Įstaiga**), pageidaujancios sudaryti sutartį su VLK dėl kompensuojamųjų paslaugų (toliau – **Sutartis**), dėl kurių teikimo einamaisiais metais nėra sudariusi Sutarties, pateikimo terminas – šį prašymą toks Naujas teikėjas privalo pateikti per 10 darbo dienų nuo Trūkstamų paslaugų, dėl kurių bus sudaromos sutartys su Naujais teikėjais, sąrašo paskelbimo VLK interneto svetainėje dienos. Tuo tarpu Įstaiga, kurios sutartis dėl kompensuojamųjų paslaugų baigia galioti einamaisiais metais ir kuri pageidauja sudaryti naują sutartį dėl tų pačių kompensuojamųjų paslaugų teikimo nuo kitų kalendorinių metų,

prašymą pateikia iki einamųjų metų lapkričio 1 dienos. Šiuo metu galiojančioje Aprašo redakcijoje nustatyta, kad abiem minėtais atvejais įstaigos turi pateikti prašymą iki lapkričio 1 d.

Asociacija atkreipia dėmesį, kad Projektu siūlomas terminas Naujam teikėjui pateikti prašymą sudaryti Sutartį yra per trumpas, jo pradžia nekonkreči, neaiški, priklauso tik nuo VLK veiksmų (sutarčių su esamais teikėjais sudarymo, Trūkstamų paslaugų sąrašo paskelbimo), ir tai atima galimybę Naujam teikėjui tinkamai planuoti savo veiklą bei paslaugų vystymą, užkrauna jam administracinę naštą nuolatos sekti bei tikrinti VLK svetainėje pateikiamą informaciją. Vadovaujantis Aprašo 24, 15 punktais, šio termino pradžia numatoma po sutarčių su Esamais teikėjais pasirašymo (jeigu šie teikėjai planuoja padidinti savo teikiamų kompensuojamų paslaugų apimtį), o tai gali įvykti tik po VLK biudžeto patvirtinimo (įprastai PSDF biudžetas, įskaitant VLK, patvirtinamas gruodžio mėnesį), taigi, akivaizdu, jog Sutartis su Nauju teikėju bus pasirašyta pavėluotai, t. y., jau prasidėjus kalendoriniams metams, kurių metu ji jau turėtų galioti.

Atsižvelgdami į nurodytas aplinkybes, siūlome palikti ankstesnį terminą Naujam teikėjui pateikti prašymą ir dokumentus dėl Sutarties sudarymo – kiekvienų metų lapkričio 1 d.

2. Aprašu nustatyti pernelyg aukšti reikalavimai Naujiems teikėjams sudaryti sutartis

Aprašo 21 punktu nustatomas konkretus paslaugos poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio skirtumas atitinkamoje savivaldybėje, regione ar šalyje, kurį pasiekus laikoma, jog konkrečios paslaugos, nurodytos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio nustatymo metodikos¹ priede, poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas, t. y., faktiškai nustatomas minimalus Trūkstamų paslaugų kiekis atitinkamoje savivaldybėje, regione ar šalyje, kad būtų galima į rinką įeiti Naujiems teikėjams.

Asociacijos įsitikinimu, nustatyti kiekiai sukuria itin aukštus barjerus Naujiems teikėjams, kurie siekia sudaryti Sutartis. Pavyzdžiui, Aprašo 21.4 papunktis nustato 750 dienos chirurgijos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų skirtumą tarp paslaugos poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio atitinkamoje savivaldybėje ar regione. Tai yra labai griežtas reikalavimas, kadangi 2025 m. vos keliose didžiosiose savivaldybėse (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių) ir ne visuose regionuose atitinkamų paslaugų mastas (net ne skirtumas tarp masto ir faktiškai suteiktų paslaugų kiekio) yra didesnis negu 750 vnt. Taigi, tai reiškia, kad net esant pakankamai dideliame dienos chirurgijos paslaugų poreikiui bei galimybei jį patenkinti konkrečioje savivaldybėje ar regione, pacientai vietoje tų paslaugų negaus ir turės jų ieškoti toliau nuo savo gyvenamosios vietos.

Panaši situacija pagal siūlomas Aprašo 21 punkto nuostatas susidaro ir dėl brangiųjų tyrimų, kurių atžvilgiu nustatytas neproporcingai didelis reikalaujamas skirtumas, pavyzdžiui, 1500 vienetų pozitronų emisijos tomografijos tyrimų grupei priskiriamų paslaugų atveju, kai tuo tarpu šių paslaugų mastas 2025 m. nė viename regione neviršijo šio skaičiaus, nekalbant jau apie skirtumą tarp masto ir faktinio paslaugų skaičiaus.

Juo labiau pažymėtina tai, kad šiuo metu tokio pobūdžio ribojimai yra numatomi ne galiojančios redakcijos Apraše, tačiau planavimo tvarkos aprašuose², ir juose įtvirtinti kur kas mažesni skirtumai, kai

¹ Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodika, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. liepos 28 d. įsakymu Nr. V-862

² Pavyzdžiui, Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymu Nr. V-1018 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės

kurių paslaugų atveju – net kelis kartus (pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymu Nr. V-1018 nustatytas paslaugų, priskiriamų dienos stacionaro paslaugų grupei, skirtumas yra 770 (Projekte – 2000), paslaugų, priskiriamų dienos chirurgijos paslaugų grupei, skirtumas yra 290 (Projekte – 750), ir pan.) Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad Projektu Apraše nustatytus minimalius skirtumus, planavimo aprašuose nustatyti skirtumai dubliuotų ar prieštarautų Aprašui, todėl jie turi būti keičiami tuo pačiu metu, tačiau Projekto aiškinamajame rašte apie tai neužsimenama.

Projekto aiškinamajame rašte argumentuojama, kad nustatant minėtus skirtumus siekiama užtikrinti racionalų ir efektyvų PSDF finansinių resursų ir žmogiškųjų išteklių, taip pat brangios įrangos naudojimą, kokybiškas ir profesionalias paslaugas, norima išvengti sutarčių fragmentavimo. Vis dėlto toks reglamentavimas smarkiai apriboja naujų subjektų galimybes patekti į rinką ir kaip tik neleidžia jiems išnaudoti savo pasirengimo efektyviai teikti paslaugas, pagrįsto konkrečiomis investicijomis į infrastruktūrą, medicinos personalą ar įrangą. Padidinus šiuo metu galiojančius skirtumus ir nustatytus naujus itin aukštus slenksčius, Naujiems teikėjams bus praktiškai užkertamas kelias į rinką, kadangi nustatyti skirtumai realiai gali būti pasiekiami tik išskirtiniais atvejais. Drastiškas ir nepamatuotas slenksčių Naujiems teikėjams paaugstinimas vargiai gali remtis minimalaus specialistų darbo krūvio ar minimalaus operacinės apkrovimo ir pan. pretekstais, kadangi tas pats specialistas toje pačioje operacinėje gali teikti tiek kompensuojamas, tiek ir nekompensuojamas paslaugas (ypač tai pažymėtina kalbant apie privačius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus), taip užtikrinant darbo efektyvumą. Tuo tarpu pacientų poreikiai liks neatliepti, nes jie neteks galimybės pasirinkti geriausią sveikatos priežiūros variantą arčiausiai savo gyvenamosios vietos. Šis pokytis tik pailgins pacientų, laukiančių paslaugų, eiles, o tai tiesiogiai prieštarauja vienam iš pagrindinių Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nustatytų tikslų – jas mažinti.

Asociacijos nuomone, tokie ribojimai yra ypač problemiški investicijų pritraukimo aspektu – užsienio investuotojai, kurie planuotų įsiliesti į Lietuvos sveikatos priežiūros rinką, susidurs su situacija, kuri stabdo naujų, inovatyvių investuotojų atėjimą, o tai gali turėti ilgalaikį neigiamą poveikį sveikatos paslaugų kokybei ir pacientų galimybėms gauti prieinamą gydymą.

Dėl minėtų priežasčių siūlome palikti galiojančius paslaugų masto ir faktinio paslaugų skaičiaus skirtumo ribojimus ir neapsunkinti Naujiems teikėjams kelio į sveikatos priežiūros paslaugų rinką.

3. Nepakankamai aiškūs kriterijai dėl Esamų teikėjų paslaugų apimties didinimo ir Naujų teikėjų dokumentų bei duomenų vertinimo

Pagal siūlomą Aprašo 23 punktą, VLK, Aprašo 21 punkte numatyta tvarka įvertinusi, koks yra Trūkstamų paslaugų kiekis, siūlo didinti šių paslaugų teikimo apimtį įstaigoms, sudariusioms su VLK sutartis dėl šių paslaugų, t. y., Esamiems teikėjams, ir tuo tikslu siunčia jiems paklausimus apie jų galimybes padidinti trūkstamų paslaugų kiekį. Kartu VLK gali nurodyti, kokiais duomenimis įstaiga turi pagrįsti galimybę suteikti didesnį trūkstamų paslaugų kiekį. Esami paslaugų teikėjai, sutikę padidinti trūkstamų paslaugų kiekį ir pateikę duomenis, pagrindžiančius jų galimybę šį kiekį padidinti, pasirašo sutarties priedus.

Projekte nėra pateikti skaidrūs ir objektyvūs principai bei kriterijai, kuriais remiantis VLK nuspręstų, kuriems Esamiems teikėjams siūlyti padidinti sutartinius paslaugų kiekius (jei yra keli pageidaujantys tai daryti), bei kaip paskirstyti tarp jų Trūkstamų paslaugų kiekius.

chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymu Nr. V-1011 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

Iš Projekto nėra aišku, kokių dokumentų ir duomenų VLK gali pareikalauti iš Naujų teikėjų ir kaip turi įvertinti, ar Naujo teikėjo pateikti duomenys ir dokumentai pagrindžia jo galimybę suteikti prašyme nurodytą trūkstamų paslaugų kiekį.

Pirmiausia, pagal siūlomo Aprašo 24 punktą, VLK iš esmės turi diskreciją savo nuožiūra nustatyti dokumentų, kuriuos turi pateikti Nauji teikėjai, sąrašą, nepaisant to, kad Aprašo 3 punkte yra įtvirtintas visiems teikėjams (tiek Esamiems, tiek Naujiems) privalomas dokumentų sąrašas.

Pažymėtina, kad nėra aišku, kaip VLK pagal Aprašo 26.3 papunktį įvertina, ar naujo paslaugų teikėjo pateikti duomenys ir dokumentai pagrindžia jo galimybę suteikti prašyme nurodytą trūkstamų paslaugų kiekį, nes nėra nurodyti jokie vertinimo principai ar kriterijai. Be to, neapibrėžta, kaip būtų nustatomos „abejonės“ dėl naujo paslaugų teikėjo pateiktų duomenų teisingumo, remiantis tuo pačiu Aprašo 26.3 papunkčiu. Pastaroji pagrįsta pastaba buvo nurodyta analogiškam teisės akto projekto punktui Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos Išvadoje dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, pageidaujančių sudaryti sutartį dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų teikimo, vertinimo pagal jų atrankos kriterijus tvarkos aprašo patvirtinimo³, į ją buvo atsižvelgta derinimo pažymoje⁴, tad atitinkamai turėtų būti pasielgta ir šiuo atveju.

Minėtas objektyvių ir aiškių kriterijų nebuvimas kelia riziką tiek esamiems rinkos dalyviams, tiek potencialiems investuotojams, nes be jų gali būti priimami subjektyvūs sprendimai dėl Trūkstamų paslaugų paskirstymo tarp Esamų teikėjų, o vėliau – dėl Naujų teikėjų įtraukimo. Esant tokiam neaiškumui, kyla grėsmė, kad sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje susiformuos nelygios sąlygos, kuriose gali dominuoti, pavyzdžiui, tik viešieji paslaugų teikėjai.

Siekiant išvengti tokių netolygumų ir užtikrinti skaidrų, aiškų bei prognozuojamą sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimą, būtina apibrėžti aiškius principus bei kriterijus, kuriais remiantis būtų sudaromos Sutartys su Esamais teikėjais. Taip pat svarbu aiškiai įtvirtinti, kokiais principais bei dokumentais ir duomenimis bus galima užtikrinti, kad sprendimai dėl Naujų teikėjų būtų pagrįsti, kas sudarytų sąlygas tiek viešosioms, tiek privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms veikti vienodomis sąlygomis, užtikrinant pacientams prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą.

Tik įgyvendinus šias priemones galima tikėtis, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atrankos kriterijai bus paremti realia situacija, o ne subjektyviu reguliavimu, kuris gali diskriminuoti privačius paslaugų teikėjus.

Atsižvelgdama į aukščiau išdėstytus argumentus, Asociacija kviečia peržiūrėti ir koreguoti Projektu siūlomo Aprašo nuostatas, pagal kurias sudaromos sutartys dėl paslaugų kompensavimo iš PSDF lėšų. Tikslas – sudaryti vienodas sąlygas visiems rinkos dalyviams. Tai būtina norint užtikrinti konkurencingą ir tvarią sveikatos priežiūros sistemą, kurioje efektyviai bendradarbiauja viešasis ir privatus sektoriai, atliepdami realius Lietuvos gyventojų sveikatos poreikius. Tikimės, kad mūsų pozicija bus išgirsta ir paskatins reikalingus pokyčius. Esame pasirengę šį klausimą aptarti gyvai.

Pagarbiai

Vykdomasis direktorius

Vytautas Šilinskas

³ Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/72115291034511f0a2ad91db29a9514e?jfwid=111of28nvn>

⁴ Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/2148d63047511f0a19dcea0bcc863ad?jfwid=111of28nvn>