

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS PETICIJŲ KOMISIJAI

Gedimino pr. 11, LT-01103 Vilnius
Biudžetinės įstaigos kodas 188604574
El. p. lrvkanceliarija@lrv.lt

PAREIŠKĖJAS:

Anželika Banevičienė

PETICIJA

Dėl Vyriausybės nutarimo ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo
2024 m. rugpjūčio 1 d.
Šiauliai

Remdamasis Lietuvos Respublikos peticijų konstitucinio įstatymo 2 str. 5 d. ir 7 str. 1 d., kuriuose numatyta teisė kreiptis su prašymu ar siūlymu spręsti ne tik pareiškėjui, bet ir visai visuomenei ar jos daliai svarbų klausimą, kai tam reikia priimti, pakeisti, papildyti ar pripažinti netekusiu galios norminį teisės aktą, bei atsižvelgdamas į šio įstatymo 4 str. 3 d., kuriame numatyta, kad Lietuvos Respublikos Vyriausybės Peticijų komisija nagrinėja peticijas dėl Vyriausybės ir ministrų priimamų norminių teisės aktų, teikiu Lietuvos Respublikos Vyriausybei šią peticiją.

Peticiją teikiu dėl to, kad:

- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370 *Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo* (toliau - Nutarimas Nr. 370), kurio 12.6 punkte numatyta sveikatos priežiūros įstaigų galimybė be jokių ribojimų PSDF lėšas, gautas trūkstantoms sveikatos paslaugoms vienoje teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje teikti, perkelti ir teikti tos pačios rūšies ar kitos rūšies paslaugas bet kurioje kitoje Lietuvos zonoje, mažina ligonių (įskaitant ir mano) teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, neužtikrina sveikatos paslaugų apmokamų iš PSDF lėšų prieinamumo, bei didina mokamų paslaugų kainas, nes šiuo reguliavimu yra naikinamos mažos sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios paslaugas tik vienoje Lietuvos teritorijoje. Paslaugų teikimą perima stambios konglomeratinės sveikatos priežiūros įstaigos, kurios, sunaikinusios smulkius konkurentus

gali elgtis ligonių atžvilgiu taip, kaip joms patinka, tame tarpe ir nevaržomai didinti mokamų paslaugų kainas.

2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakyme Nr. V-1051 Dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo (toliau – įsakymas Nr. V-1051) numatyta viešinimo tvarka apie kompensuojamųjų paslaugų poreikio tenkinimo mastą (suteiktas paslaugas) bei paslaugų poreikį neužtikrina skaidrumo ir sudaro prielaidas korupciniams santykiams.

Savo nuomonę grindžiu remdamasis šiais argumentais:

Sveikatos sistemos organizavimo už privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas principai ir pagrindinės nuostatos

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 str. 1 d. nurodyta, kad sveikatinimo veiklos reguliavimo srityje remiamasi šiais principais kaip: asmens teisių turėti kuo geresnę sveikatą lygybė; asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas; asmens sveikatos priežiūros priimtumas, prieinamumas ir tinkamumas.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 str. 5 d. numatyta, kad sveikatos įstaigų paslaugų poreikį nustato sveikatos apsaugos ministras, suderinęs su Valstybine ligonių kasa.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 12 str. 9 d. numatyta, kad sveikatos priežiūros mastą pagal sveikatos įstaigų veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Sutarčių sudarymo su sveikatos paslaugų teikėjais ir jų keitimo tvarka

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 str. 1 d. numatyta, kad apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis. Su šia sutartimi turi teisę susipažinti visi apdraustieji. Šio straipsnio 2 d. numatyta, kad sutarčių sudarymo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 33 str. numatyta, kad teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, šiose sutartyse nustatytu laiku ir tvarka apmoka jiems už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir sąlygomis kontroliuoja draudžiamiesiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tinkamumą bei savo veiklos zonoje atlieka finansinę bei ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę.

Nutarimo Nr. 370 punkte 11 numatyta, kad Paslaugai, dėl kurios asmens sveikatos paslaugų įmonė neturi einamaisiais metais galiojančios sutarties dėl paslaugos teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis pagal jos licencijoje nurodytą asmens sveikatos priežiūros veiklos adresą, paslaugų teikimo sutartis sudaroma tais atvejais, kai neužtikrinamas PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos atitinkamos paslaugos poreikis, nustatytas įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalį, ir neužtikrinamas, atsižvelgiant į šį poreikį, Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatytas šių paslaugų mastas. Taip pat pažymėta, kad paslaugų poreikio apskaičiavimo metodiką tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

Atliepiant nutarimo Nr. 370 nuostatas, Sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-1051 10 punkte taip pat nurodyta, kad įstaigos prašymas teikti atitinkamas kompensuojamąsias paslaugas tenkinamas, jei per skaičiuojamąjį laikotarpį suteiktas šių paslaugų kiekis buvo mažesnis nei nustatytas sutartinių metų šių paslaugų poreikio tenkinimo mastas ir šių paslaugų teikėjai negali jų suteikti daugiau.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo 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* (toliau – Įsakymas Nr. V-1011) punktuose 22 ir 28 numatyta, kad sutartys sudaromos, lėšos planuojamos ir skiriamos pagal kiekvieną veiklos adresą, kai nustatytas poreikio tenkinimo mastas yra 28.1 punkte nustatytais dydžiais didesnis, nei skaičiuojamuoju laikotarpiu suteiktas šių paslaugų kiekis.

Įsakymo Nr. V-1011 punkte 29 punkte numatyta, kad planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma, apskaičiuota nustatyta tvarka, gali būti koreguojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir teritorinės ligonių kasos sutarties dėl atitinkamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymo metu, atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų struktūros pokyčius ir pacientų srautus bei kitus veiksnius.

Sveikatos priežiūros įstaigų galimybė be jokių ribojimų PSDF lėšas, gautas trūkstantoms sveikatos paslaugoms vienoje teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje teikti, perkelti ir teikti tos pačios rūšies ar kitos rūšies paslaugas bet kurioje Lietuvoje zonoje

Nutarimo Nr. 370 punkte 12.6 numatyta, kad 11 punkte nurodytos sąlygos naujai teikiamoms paslaugoms, už kurias einamaisiais metais atitinkama teritorinė ligonių kasa mokėjo PSDF biudžeto lėšomis konkrečiai asmens sveikatos paslaugų įmonei, netaikomos, kai jos bet kuriuo

metu pradedamos teikti nauju arba papildomu asmens sveikatos paslaugų įstaigos licencijoje nurodytu asmens sveikatos priežiūros veiklos adresu, nekeičiant sutartinės sumos.

Įsakymo Nr. V-1051 punkte 3 numatyta, kad įstaiga (išskyrus įstaigas, teikiančias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) ambulatorinės slaugos paslaugas namuose) sutartį sudaro su ta teritorine ligonių kasa, kurios veiklos zonoje yra įstaigos buveinė. Sutartį dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir (ar) ambulatorinės slaugos paslaugų namuose įstaiga sudaro su kiekviena teritorine ligonių kasa, kurios veiklos zonoje atitinkamu veiklos adresu numato teikti šias paslaugas.

Tokia sutarčių sudarymo tvarka rodo, kad nepriklausomai nuo to, kaip apskaičiuojami paslaugų poreikio kiekiai (paslaugų mastas), sveikatos įstaiga, sudariusi sutartis vienoje savivaldybėje, pagal joje nustatytus paslaugų poreikius, faktiškai gali jas teikti kitoje savivaldybėje, kurioje šios sveikatos įstaigos atžvilgiu poreikiai nebuvo nustatyti ir jai nepriskirti.

Tokiu atveju, asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigos, turinčios padalinių tinklą visoje Lietuvos teritorijoje, gali sudaryti sutartį paslaugoms teikti toje Lietuvos dalyje, kurioje tokių paslaugų trūksta ir faktiškai šių paslaugų šioje teritorijoje neteikti, o joms teikti gautas lėšas panaudoti asmens sveikatos paslaugų teikimui kitoje Lietuvos dalyje. Pažymėtina dar ir tai, kad PSDF lėšos, gautos vienos rūšies gydymo paslaugų teikimui vienoje Lietuvos dalyje (pvz. psichiatro paslaugos), gali būti panaudotos teikti kitos rūšies asmens sveikatos priežiūros paslaugas kitoje Lietuvos dalyje (pvz. endokrinologo paslaugas). Tokiu būdu nėra patenkinamas asmens sveikatos paslaugų poreikis vienoje Lietuvos dalyje (nors šioms paslaugoms teikti buvo gautas finansavimas iš PSDF biudžeto), o kitoje Lietuvos dalyje susidaro dirbtinas paslaugų perteklius.

Tokiu būdu konglomeratinė asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaiga, turinti registruotus padalinius visoje Lietuvos teritorijoje, gali kiekvienais metais sudaryti naujas paslaugų teikimo sutartis ar didinti paslaugų kiekius tų Lietuvos zonų sąskaita, kuriose šių paslaugų trūksta ir faktiškai šias paslaugas ar kitas paslaugas teikti kitose Lietuvos vietose. Tose vietose, iš kurių perkeliamos paslaugos, ir toliau liek paslaugų deficitas (nėra patenkinami ligonių poreikiai), leidžiantis sekančiais metais sudaryti naujas sutartis. Tose vietose, kur perkeliamas šių paslaugų teikimas, dirbtinai didinamas ekonominis spaudimas vietinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigoms, bei grobuoniškais veiksmais padaromas sveikatos paslaugų poreikio patenkinimas.

Pažymėtina, kad tuo atveju, jeigu vienoje Lietuvos dalyje veikianti asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaiga nepanaudoja visų PSDF gautų lėšų asmens sveikatos paslaugoms teikti, sekančiais metais, jai yra mažinamos PSDF lėšos. Todėl sveikatos paslaugų įstaigos, kurios paslaugas teikia vienoje vietoje, dėl padidintos pasiūlos, t.y. paslaugų teikimo perkelta iš kitų Lietuvos vietų, taip

pat šioms paslaugoms teikti iš vietinių sveikatos paslaugų įstaigų perviliotų gydytojų, negali išnaudoti PSDF lėšų (nes dirbtinai yra mažinamas paslaugų gavėjų skaičius ir sveikatos paslaugas galinčių teikti gydytojų skaičius), ir sekančiais metais jos teikiamų paslaugų apimtis yra mažinama, t.y. gaunama mažesnė PSDF lėšų suma. Tokiu būdu vienoje vietoje paslaugas teikiančios įstaigos yra silpninamos stiprinant konglomeratines sveikatos priežiūros įstaigas.

Taip sunaikinamos tik vienoje Lietuvos teritorijoje veikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, nes 1) jos niekada negali sudaryti sutarties su teritorine ligonių kasa naujoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, kadangi teritorijoje, kurioje gali sudaryti sutartį su vietine ligonių kasa, statistiniai duomenys rodo, kad yra patenkintas poreikis; 2) Dėl dirbtinio asmens sveikatos paslaugų kiekio perkėlimo, pagal anksčiau sudarytas sutartis gautas PSDF lėšas gali neišnaudoti sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, nes ji šių lėšų negali perkelti į kitą teritoriją. Nepanaudojus gautas lėšas, gaunamas mažesnis finansavimas sekančiais metais.

Toks reguliavimas aiškiai naikina mažesnes asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigas ir sudaro palankias sąlygas visą sveikatos paslaugų teikimą perduoti stambioms konglomeratinėms – turinčioms paslaugų teikimo taškų tinklą ne vienoje Lietuvos dalyje, asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigoms. Sunaikinus regionuose esančias mažesnes gydymo įtaigas, sunaikinamos regionuose darbo vietos, bei sumažinamas vartotojo pasirinkimas. Kaip yra žinoma, paslaugų apmokamų iš PSDF biudžeto prieinamumas ir pakankamumas nėra pilnai užtikrinami, todėl gyventojai priversti pirkti mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Sunaikinus konkurentus, konglomeratinės sveikatos priežiūros įstaigos gali neribotai kelti ir mokamų paslaugų kainas.

Neskaidrus poreikio tenkinimo masto ir suteiktų paslaugų kiekio nustatymas ir viešinimas

Taip pat reikia pažymėti, kad nėra aišku kaip praktikoje faktiškai yra skaičiuojamas reikalingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio mastas. Įsakymo Nr. V-1011 punkte 28.1 nurodyta, kad nustatyto atitinkamos paslaugos poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio skirtumas gali būti skaičiuojamas tiek atitinkamoje savivaldybėje, tiek regione, ar bendrai visoje šalyje.

Nors Valstybinė ligonių kasa interneto tinklapyje <https://ligoniukasa.lrv.lt> skelbia viešai informaciją apie poreikio mastą, tačiau šios informacijos pateikimo forma neužtikrina jokio skaidrumo. Valstybinės ligonių kasos skelbiama informacija apie poreikio mastą, neleidžia suprasti kaip jis apskaičiuotas, kaip jis koreliuoja su ankstesnio laikotarpio poreikiu ir jo patenkinimu. Niekas nedraudžia vienoje teritorijoje poreikio mastą dirbtinai pakelti, o kitoje teritorijoje dirbtinai sumažinti.

Tokia skaičiavimo tvarka nesudaro jokių galimybių įsitikinti priimtų sprendimų skaidrumu, nes nėra aišku nei kaip nei kokia tvarka viskas apskaičiuojama. Nėra užtikrinamas priimamų sprendimų skaidrumas.

Pažymėtina, kad poreikio tenkinimo mastas apskaičiuojamas pagal ankstesnių metų suteiktų paslaugų rezultatus. Kadangi šiuos rezultatus įtakoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigų veikla, tai gaunasi, kad konglomeratinės įstaigos prisitaiko sau paslaugų mastą tokį, kuris atitinka jų poreikius (nes jos gali kilnoti paslaugas tarp savivaldybių).

Įsakymo Nr. V-1051 punkte 7 punkte numatyta, kad Valstybinė ligonių kasa ar jos įgaliota teritorinė ligonių kasa apskaičiuoja ir paskelbia interneto svetainėje <https://ligoniukasa.lrv.lt> kompensuojamųjų paslaugų poreikio tenkinimo masto projektą ir duomenis apie faktinį skaičiuojamąjį laikotarpį (paskutiniu praėjusių 12 mėnesių laikotarpį, trunkančiu nuo vieno metų liepos 1 d. iki kitų metų birželio 30 d.) suteiktų kompensuojamųjų paslaugų kiekį.

Pažymėtina, kad duomenis apie faktinį suteiktų paslaugų kiekį yra skelbiami apibendrinti, nenurodant atskirų sveikatos įstaigų pavadinimų ir jų suteiktų paslaugų kiekio. Todėl nėra galimybės įsitikinti kokioje Lietuvos vietoje registruotos įstaigos teikia nurodytas paslaugas, kokie vienoje paslaugų teikimo vietoje gauti paslaugų kiekiai (jiems skirtas finansavimas) perkelti į kitas vietas. Tokiu būdu Valstybinė ligonių kasa ne tik vykdo neskaidrią duomenų viešinimo politiką, bet ir prisideda prie vienoje paslaugų teikimo vietoje veikiančių gydymo įstaigų naikinimo.

Informacijoje apie sudarytas sutartis pateikiama informacija tik apie išmokamus pinigus, tačiau nėra informacijos už kokių paslaugų kokius kiekius yra išmokami pinigai. Tai nesudaro galimybės išmokamus pinigus susieti su suteiktais paslaugų kiekiais. Todėl nėra galimybės įsitikinti ar poreikio apskaičiavime nurodyti poreikio patenkinimo kiekiai yra teisingi ir apskaičiuoti pagrįstai. Taip pat nėra galimybės įsitikinti ar teritorinės ligonių kasos skaidriai sudaro sveikatos paslaugų finansavimo sutartis.

Bendras vertinimas

Neskaidriai ribojant sveikatos paslaugų teikėjų prieinamumą sveikatos paslaugų gavėjams yra pažeidžiami Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti principai; neužtikrinama asmens teisė turėti kuo geresnę sveikatą; asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas; neužtikrinamas asmens sveikatos priežiūros priimtumas, prieinamumas ir tinkamumas. Tokiu reguliavimu asmuo negali pasirinkti sveikatos įstaigos, kuri jo manymu geriausiai ar priimtinausiai jam suteiks reikalingas sveikatos paslaugas. Ligonis priverstas mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas (neapmokamas iš PSDF biudžeto) stambią sveikatos priežiūros įstaigų nustatytą kainą.

Sveikatos apsaugos ministras, nustatydamas lėšų paskirstymo ir sutarčių sudarymo tvarką bei patvirtindamas paslaugų poreikio apskaičiavimo metodiką, bei nenustatydamas tinkamos informacijos viešinimo tvarkos neužtikrina priimamų sprendimų skaidrumo ir sudaro prielaidas korupciniams santykiams atsirasti.

Atsižvelgus į tai kas išdėstyta prašau:

1. Pakeisti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimą Nr. 370 *Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo* taip, kad sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis teikti sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSDF lėšų, vienoje Lietuvos teritorijos dalyje negalėtų šių paslaugų teikimo perkelti į kitą Lietuvos teritorijos dalį.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme numatyti, kad Valstybinė ligonių kasa skelbia informaciją apie reikalingų paslaugų poreikį, pateikdama paslaugų poreikio apskaičiavimus, o ne tik galutinius skaičius.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme numatyti, kad Valstybinė ligonių kasa skelbia informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas (apmokamas iš PSDF biudžeto), nuroydamą kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos suteiktų paslaugų kiekius pagal paslaugų rūšis ir šioms paslaugoms teikti gautas PSDF sumas pagal atskiras Lietuvos teritorijas. Informacijoje turėtų matytis kurioje Lietuvos teritorijoje paslaugoms teikti buvo gautos lėšos ir kiekiai, bei kurioje Lietuvos teritorijoje jie faktiškai buvo panaudoti.

Anželika Banevičienė

Dokumentas pasirašytas saugiu elektroniniu parašu