**Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo NR. I-1343** **2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto**

*Sveikatos draudimo įstatymo projekto* (Nr. XIIIP-2226) (toliau – projektas) nuostatomis valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms suteikiama pirmenybė teikti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas, kai šios finansuojamos iš Valstybinių ligonių kasų.

 Dabar galiojančiame įstatyme tokio draudimo nėra. Teisės aktas numato, kad 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 (toliau – ASPĮ) ir vaistinėmis. Pažymėtina, kad ir šiomis aplinkybėmis, galimybės sudaryti sutartis su Teritorinėmis kasomis dėl anksčiau minėtų paslaugų apmokėjimo privačioms ASPĮ praktiškai yra ribotas. 2016 m. Valstybinė ligonių kasa pasirašė sutartis su 3 privačiomis ASPĮ, teikiančiomis stacionarines paslaugas, 2017 m. – dviem. 2017 m. šių dviejų pasirašytų sutarčių su privačiomis ASPĮ suma sudarė tik 0,4 proc. PSDF išlaidų stacionarinėms paslaugoms.

 Projektu bus apribotos Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigų tinklui (kurį sudaro tik valstybinės ir savivaldybių ASPĮ) nepriklausančių privačių ASPĮ galimybės sudaryti sutartis su Teritorinėmis ligonių kasomis dėl apmokėjimo už stacionarines gydymo paslaugas.

Nepritariame Įstatymo projektui, nes šis Projektas:

* pažeidžia sąžiningą konkurenciją tarp valstybinių ir privačių gydymo įstaigų;
* pažeidžia paciento teisę pasirinkti gydymo įstaigą;
* darys neigiamą įtaką sveikatos paslaugų kokybei;
* neatitinka oficialiosios Konstitucinės doktrinos;
* prieštarauja ES sveikatos paslaugų finansavimo tendencijoms.

**Prastės paslaugų prieinamumas ir kokybė, grėsmė privačių stacionarines paslaugas teikiančių ASPĮ išlikimui**

Projekte numatoma, kad Teritorinės ligonių kasos sudarys sutartis su stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančiomis ASPĮ, kurios pagal Sveikatos priežiūros įstatymo 11 straipsnio 1 dalį priskiriamos LNSS valstybės ir savivaldybių biudžetinių bei viešųjų įstaigų tinklui (toliau – tinklui priskiriamos įstaigos) ir turi licenciją sveikatos priežiūros veiklai arba yra akredituotos šiai veiklai, joms pateikus atitinkamą prašymą.

Sutartis su kiekviena tinklui priskiriama įstaiga sudaroma dėl jai pavedamų teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, o sutartys su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (LNSS tinklui nepriskiriamomis įstaigomis), turinčiomis licenciją sveikatos priežiūros veiklai arba akredituotomis šiai veiklai ir pateikusiomis atitinkamą prašymą, sudaromos dėl stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų teikimo apdraustiesiems ir šių paslaugų apmokėjimo tik tuo atveju, jei tinklui priskiriamos įstaigos neužtikrina šių paslaugų teikimo pagal iš anksto nustatytą jų teikimo mastą, ir tik dėl tos šių paslaugų dalies, kurios trūksta nustatytam jų teikimo mastui užtikrinti.

Kitaip tariant, galimybės privačioms ASPĮ pasirašyti sutartis su Teritorinėmis ligonių kasomis yra praktiškai eliminuojamos, nes yra mažai tikėtina, kad valstybinės ar savivaldybių ASPĮ pripažins, kad negali teikti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reikalinga apimtimi ir/ar kokybe.

Privačios ASPĮ yra investavusios dideles pinigų sumas į paslaugų gerinimą ir infrastruktūrą. Pažymėtina, kad investicijos yra daromos atsižvelgiant į ilgalaikes tendencijas, tikintis, kad situacija ateityje gerės arba nesikeis. Priėmus projektą, naujos sutartys su privačiomis ASPĮ, kurių pagrindu apmokamos stacionaro paslaugų išlaidos, nebūtų pasirašomos, tai reiškia, kad kainos dalis, kurią anksčiau padengdavo Ligonių kasos, tektų privačioms ASPĮ. Kainų didinimas reikštų padidėjusią naštą privačių ASPĮ pacientams arba labiau tikėtina – pacientų praradimą. Privačios ASPĮ taptų pratiškai nekonkurencingos teikiant stacionaro paslaugas, dėl to prastėtų šių įmonių finansiniai rezultatai.

Tinklui priskiriamos įstaigos nesusidurdamos su konkurenciniu spaudimu iš privačių ASPĮ pusės, neturės motyvo investuoti į paslaugų kokybės gerinimą.

Projekto nuostatų įgyvendinimas neigiamai paveiktų ir pacientų teises. Teritorinėms ligonių kasoms nesudarant sutarčių su privačiomis gydymo įstaigomis dėl stacionarių paslaugų kompensavimo pacientai:

* negalėtų pasirinkti gydymo įstaigos;
* turėtų mokėti visą paslaugos kainą, jei pasirinktų privačią gydymo įstaigą.

Pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime taip pat nurodoma, kad sprendžiant dėl sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo teisinio reguliavimo negali būti paneigiamos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą. Svarstytina, kad Įstatymo projektu nebūtų neproporcingai suvaržoma paciento teisė pasirinkti kokioje įstaigoje jis gaus aktyviojo gydymo paslaugas.

**Įstatymo projekto rengėjai netinkamai interpretuoja LRKT nutarimą**

Kaip nurodoma Įstatymo projekto aiškinamajame rašte, projektas yra parengtas atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimą (toliau - LRKT nutarimas). Šiame nutarime nurodoma, kad:

* „įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo privalomojo sveikatos draudimo lėšomis teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti ir lėšas sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstyti taip, kad, 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”.

Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimų nuostatos turi būti vertinamos ne izoliuotai, o sistemiškai, manome, kad Įstatymo projekto rengėjai netinkamai interpretuoja LRKT nutarimą. Projekto rengėjai neatsižvelgia į LRKT nutarime nurodytą reikalavimą, kad kriterijai taip pat neturi paneigti sąžiningos subjektų konkurencijos laisvės ir kitų Lietuvos ūkio principų. Tai sudaro prielaidas abejoti projekto pagrįstumu ir jo turinio teisėtumu.

Siekiant įgyvendinti LRKT nutarimą, be kita ko teisinis reguliavimas turi būti toks, kad juo nebūtų paneigta sąžininga ASPĮ konkurencija. Kaip minėta anksčiau, priėmus projektą galimybės privačių ASPĮ sudaryti sutartis su Teritorine ligonių kasa ir atitinkamai gauti dalies kaštų kompensaciją būtų minimizuotos arba panaikintos. Be to, valstybinės ir savivaldybių ASPĮ nebūtų poreikio konkuruoti su privačiomis ASPĮ arba ši konkurencija būtų minimali, nes visais atvejais valstybinėms ir savivaldybių ASPĮ būtų teikiamas absoliutus prioritetas sudarant sutartis su Teritorine ligonių kasa.

*Aukšta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nebus užtikrinama.* Pagal LRKT nutarimą pagrindinis teisinio reguliavimo tikslas turi būti siekis užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Pagrįsta teigti, kad kol kas egzistuojanti konkurencija skatina tiek valstybinių ir savivaldybių ASPĮ, tiek privačias ASPĮ modernizuoti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Įsigaliojus projektui, konkurencijos neliktų, nes su privačiomis ASPĮ sutartys būtų sudaromos tik dėl tų paslaugų, kurių neteikia valstybinės ar savivaldybių ASPĮ. Konkurencijos sunaikinimas panaikintų ir motyvus gerinti valstybinėse ir savivaldybių ASPĮ teikiamų paslaugų kokybę. Taigi projektu iš esmės panaikinus konkurenciją tarp valstybių ir savivaldybių ASPĮ ir privačių ASPĮ, nebūtų pasiektas tikslas užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

*Projekto nuostatos diskriminuoja privačias ASPĮ valstybės ir savivaldybių ASPĮ atžvilgiu.*LRKT nutarime taip pat nurodoma, kad „sutarčių sudarymo tvarka turėtų būti grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais nediskriminaciniais kriterijais, kuriais nebūtų paneigta sąžiningos konkurencijos laisvė, kiti Konstitucijoje įtvirtinti Lietuvos ūkio principai”. Vadovaujantis tuo, sutarčių sudarymo kriterijai ne tik turi būtų nediskriminacinio pobūdžio, bet ir tokie, kuriais nebūtų paneigta sąžininga konkurencija ir ji būtų skatinama. Kaip minėta, projektu siekiamoje įtvirtinti tvarkoje numatyti kriterijai ne tik neskatina ASPĮ konkurencijos, bet iš esmės ją eliminuoja. Projekto nuostatos suteikiančios ne vienodas sąlygas valstybės ir savivaldybės ASPĮ ir privačioms ASPĮ gauti Valstybinių ligonių kasų apmokėjimą už stacionaro paslaugas yra diskriminacinės ir neįgyvendina LRKT nutarimo nuostatų.

LRKT nutarime nurodoma, kad įstatymų leidėjas, reguliuodamas privalomojo sveikatos draudimo lėšų paskirstymą sveikatos priežiūros įstaigoms, privalo atsižvelgti į Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies sistemines sąsajas su Konstitucijos IV skirsniu „Tautos ūkis ir darbas“, kuris prasideda 46 straipsniu, kuriame yra įtvirtinti konstituciniai tautos ūkio pagrindai. Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva (Konstitucijos 46 straipsnio 1 dalis), o valstybės priedermė remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą yra viena pagrindinių šalies ūkio reguliavimo taisyklių (Konstitucinio Teismo 1998 m. spalio 27 d., 2005 m. gegužės 13 d. nutarimai).

Valstybė, reguliuodama ūkinę veiklą taip, kad ji tarnautų bendrai tautos gerovei, privalo derinti asmens ir visuomenės interesus, nepaneigti sąžiningos konkurencijos, kitų Konstitucijoje įtvirtintų Lietuvos ūkio principų (Konstitucinio Teismo 2003 m. kovo 17 d. nutarimas). Sistemiškai įvertinus konstitucinę jurisprudenciją galima pagrįstai spręsti, kad Įstatymo projektas ir juo siekiami nustatyti sutarčių sudarymo kriterijai turi užtikrinti pusiausvyrą tarp Įstatymo projekto tikslų ir Konstitucijoje numatytų vertybių ir esminių tautos ūkio principų. Tai reiškia, kad tikslas efektyviai paskirstyti valstybės resursus turėtų būti tinkamai derinamas su sąžininga ASPĮ konkurencija, o jei būtų ribojama – pagrįstai ir proporcingai. Sistemiškai įvertinus Įstatymo projektą ir jo aiškinamąjį raštą, galima spręsti, kad Projektas yra parengtas neįvertinus jo galimo neigiamo poveikio sąžiningai sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijai, yra požymių leidžiančių teigti, kad numatomas reguliavimas yra nepagrįstas ir neproporcingas.

Papildomai pažymėtina, kad nors įstatymų leidėjas, saistomas pareigos užtikrinti racionalų ribotų privalomojo sveikatos draudimo lėšų paskirstymą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, gali nustatyti paslaugų finansavimo sąlygas ir apribojimus, įskaitant tokią šių lėšų paskirstymo tvarką, pagal kurią jos būtų skiriamos tik tų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų teikimo išlaidoms apmokėti, kurios su Teritorinėmis ligonių kasomis būtų sudariusios sutartį dėl iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų finansuojamų paslaugų teikimo, tačiau bet kuriuo atveju tokiu teisiniu reguliavimu turėtų būti skatinama ne tik sąžininga sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija, bet ir jų bendradarbiavimas siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros tęstinumą, aukštą paslaugų kokybę, racionalų ir efektyvų išteklių naudojimą (LRKT nutarimas).

Abejotina, ar Įstatymo projekte numatomi kriterijai, t.y. reikalavimai, kad įstaiga būtų priskiriama LNSS valstybės ir savivaldybių biudžetinių bei viešųjų įstaigų tinklui, turėtų licenciją sveikatos priežiūros veiklai ir būtų pateikusi prašymą, sudaro sąlygas sąžiningai įstaigų konkurencijai ar jų bendradarbiavimui siekiant užtikrinti aukštą paslaugų kokybę, nes minėtieji kriterijai yra formalūs, veikiau deklaratyvaus pobūdžio ir neskatinantys subjektų gerinti teikiamų paslaugų kokybę ar optimizuoti kainas, siekiant užtikrinti teikiamų sveikatos paslaugų prieinamumą vartotojams (pacientams).

Atsižvelgiant į tai, kas pasakyta, projekto turinys ir galimi jo taikymo padariniai neatitinka oficialiosios Konstitucinės doktrinos.

**Projektas prieštarauja Europos šalių sveikatos politikų tendencijoms**

Papildomai pažymėtina, kad 2015 m. Eurostat duomenimis[[1]](#footnote-1), privačių stacionaro lovų santykis su visomis stacionarinėmis lovomis 20 Europos Sąjungos šalių sudaro 24,3%, o Lietuvoje – vos 1,3%. ES šalių statistika rodo, kad Lietuvoje privati stacionarinė pagalba yra viena silpniausiai išvystytų bei pacientams sunkiausiai prieinamų tarp visų ES valstybių. Pavyzdžiui, Nyderlanduose visos stacionarinės lovos yra privačios, Vokietijoje 1000 stacionarinių lovų tenka 481 privati stacionaro lova, Latvijoje – 57, Estijoje – 37, o Lietuvoje – vos 9,4 privačių stacionaro lovų.

Atkreipiame Jūsų dėmesį, kad Europos šalių pacientams vis daugiau kur sudarytos sąlygos vienodais pagrindais rinktis valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas bei gauti apmokėjimą už jas iš valstybinių sveikatos draudimo fondų, pavyzdžiui:

* Norvegijoje 2001 m. buvo įvesta paciento teisė laisvai pasirinkti ligoninę, kurioje gydytis, o 2015 m. ši teisė buvo išplėsta įtraukiant galimybę rinktis tiek privačius, tiek užsienio sveikatos apsaugos paslaugų tiekėjus;
* Suomija 2009 m. įvedė socialinės ir sveikatos apsaugos paslaugų vaučerį ir taip pripažino, kad šių paslaugų gavėjai yra vartotojai savivaldybių sveikatos apsaugos sistemoje. Šis teisinis pakeitimas siekia padidinti pacientų pasirinkimo galimybes leidžiant jiems rinktis privačius paslaugos tiekėjus ir, taip pat, palengvinti privačių sveikatos apsaugos tiekėjų atėjimą į rinką;
* Švedijoje 2008 m. buvo įvestas įstatymas užtikrinantis sveikatos apsaugos įstaigų laisvą įkūrimą su akreditacija ir laisvą pacientų pasirinkimą pirminėje sveikatos apsaugoje. Leidžiamo laisvo pasirinkimo modelyje, paslaugos naudotojai gali pasirinkti tarp valstybės priimtų paslaugos tiekėjų (tiek valstybinių, tiek privačių), o savivaldos yra atsakingos už paslaugų finansavimą;
* Anglijoje nuo 2008 metų balandžio mėn. pacientai, kuriems reikia siuntimo gauti ne skubios pagalbos gydymą galėjo pasirinkti iš akredituotų paslaugos tiekėjų, tarp kurių gali būti ir privatūs paslaugos tiekėjai, kurie sutinka teikti paslaugas atitinkančias Sveikatos Apsaugos tarnybos (NHS) kokybės reikalavimus už valstybės nustatytas kainas.

Pagal tyrimą „Euro Health Consumer Index 2017“ Lietuva užima 31-ą vietą tarp Europos šalių, o įprastai šalys turinčios sistemą su daugiau privačių sveikatos apsaugos institucijų turi geresnes reikšmes visame indekse. Pavyzdžiui, pirmąją vietą užima Nyderlandai, Danija – trečią, Suomija – šeštą, o Vokietija – septintą.

1. Neįtraukiant šalių, kurios nepateikė šio rodiklio duomenų: Belgijos, Vengrijos, Airijos, Liuksemburgo, Lenkijos, Slovakijos, Švedijos ir Jungtinės Karalystės.
 [↑](#footnote-ref-1)