

**Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai**El. paštas: [ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt)*Kopija:***Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetui**El. paštas: [sveikrkt@lrs.lt](mailto:sveikrkt@lrs.lt)**Lietuvos Respublikos Vyriausybei**El. paštas: [lrvcanceliarija@lr.lt](mailto:lrvcanceliarija@lr.lt)**Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos**El. paštas: [info@vlk.lt](mailto:info@vlk.lt)

2025 m. kovo 17 d.

*Teikiama el. paštu. Originalas siunčiamas nebus.***DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO PROJEKTO IR PLANUOJAMŲ  
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TAISYKLIŲ PAKEITIMO**

Asociacija „Investors' Forum“ (toliau – **Asociacija**), kuri yra didžiausių ir aktyviausių Lietuvos ekonomikos investuotojų verslo asociacija, vienijanti, be kita ko, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, šiuo raštu teikia pastabas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „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 patvirtinimo" projekto (toliau – **Nutarimo projektas**)<sup>1</sup>, kuriuo siekiama įgyvendinti 2025 m. liepos 1 d. įsigaliosiančias Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – **SDĮ**) 26 straipsnio 5 ir 7 dalių nuostatas. Asociacija taip pat atkreipia dėmesį į Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **VLK**) direktoriaus 2025 m. kovo 3 d. pranešime Nacionalinėje bendradarbiavimo platformoje nurodytus konkrečius planuojamus sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš privalomojo draudimo fondo (toliau – **PSDF**) lėšų pakeitimus<sup>2</sup>, kurie padarytų labai reikšmingą įtaką šiuo metu galiojančioms sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo taisyklėms.

**1. Pastabos ir pasiūlymai dėl Nutarimo projekto*****Siūloma naujų paslaugų teikėjų vertinimo tvarka neobjektyvi ir ribojanti***

Nutarimo projekte nustatoma, kad naujų paslaugų teikėjų vertinimas vyks remiantis praėjusių laikotarpių rodikliais, neatsižvelgiant į realius jų planus ir pasirengimą ateityje. Toks reglamentavimas apriboja naujų subjektų galimybes patekti į rinką, nes neleidžia jiems įrodyti savo pasirengimo efektyviai teikti paslaugas, pagrįsto konkrečiomis investicijomis į infrastruktūrą, medicinos personalą ar įrangą.

Tai ypač problemiška investicijų pritraukimo aspektu – užsienio investuotojai, kurie planuoja įsiliesti į Lietuvos sveikatos priežiūros rinką, susidurs su situacija, kai jų verslo planai ir numatomos investicijos neturės realios įtakos atrankos procesui. Be to, toks reguliavimas gali iškreipti rinką, privilegijuojant jau esamus paslaugų teikėjus ir stabdant naujų, inovatyvių investuotojų atėjimą, o tai gali turėti ilgalaikį neigiamą poveikį sveikatos paslaugų kokybei ir pacientų galimybėms gauti prieinamą gydymą.

<sup>1</sup> [Nutarimo dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, pageidaujančių sudaryti sutartį dėl privalomojo...](#)

<sup>2</sup> [Valstybinė ligonių kasa siūlo paslaugų apmokėjimo pokyčius - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos](#)

Siūlome užtikrinti, kad naujų paslaugų teikėjų vertinimas apimtų ne tik ankstesnės veiklos rodiklius, bet ir realius jų planus bei pasirengimą ateityje, atsižvelgiant į numatomas investicijas, planuojamą paslaugų apimtį ir infrastruktūrą, taip pat įsipareigojimus užtikrinti pakankamą medicinos personalą bei kokybės standartus. Svarbu įdiegti veiksmingą stebėsenos sistemą, kuri leistų naujiems teikėjams įrodyti savo pajėgumą palaipsniui ir užtikrinti tvarią paslaugų plėtrą. Be šių priemonių nauji rinkos dalyviai, galintys pasiūlyti konkurencingas ir aukštos kokybės paslaugas, susidurs su nepagrįstais apribojimais, o pacientai neturės galimybės pasirinkti geriausio sveikatos priežiūros varianto.

Be šių priemonių nauji rinkos dalyviai, kurie galėtų pasiūlyti konkurencingas ir aukštos kokybės paslaugas, negalės prasiskinti kelio, o pacientai neturės galimybės pasirinkti geriausio sveikatos priežiūros varianto.

### ***Nepakankamai aiškūs kriterijai dėl paslaugų trūkumo nustatymo***

Nutarimo projekte nėra pateikti aiškūs ir objektyvūs principai, kaip bus nustatomos vadinamos „trūkstamos“ sveikatos priežiūros paslaugos. Nutarimo projekto 3 punkte nėra aiškiai apibrėžta, kas laikoma „tomis pačiomis trūkstamomis paslaugomis“, kurias pageidauja teikti daugiau negu vienas teikėjas, t. y., kaip bus įvertinamas paslaugų tapatumas. Atkreipiame dėmesį, kad konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų poreikis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatomas arba savivaldybės, arba regiono, arba šalies lygmeniu, tuo tarpu Nutarimo projekte nėra nurodyta, ar dėl teikėjų pageidaujamų teikti trūkstamų paslaugų tapatumo bus sprendžiama vadovaujantis vienodais teritoriniais lygmenimis (ir kokiais), o tai gali sukelti nevienodą praktinį taikymą.

Tai kelia didelę riziką tiek esamiems rinkos dalyviams, tiek potencialiems investuotojams, nes be aiškių kriterijų gali būti priimami subjektyvūs sprendimai dėl paslaugų apmokėjimo ar ribojimų naujiems paslaugų teikėjams. Esant tokiam neaiškumui, kyla grėsmė, kad sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje susiformuos nelygios sąlygos, kuriose dominuos viešasis sektorius, nesant galimybės įvertinti tikrojo paslaugų poreikio.

Siekiant išvengti tokių netolygumų ir užtikrinti skaidrų, aiškų bei prognozuojamą sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimą, būtina apibrėžti aiškius kriterijus, kuriais remiantis būtų nustatomos trūkstamos paslaugos konkrečiose Lietuvos teritorijose. Taip pat svarbu užtikrinti, kad sprendimai dėl paslaugų teikimo būtų pagrįsti duomenimis ir analize, siekiant sukurti skaidrią sistemą, kuri 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.

### ***Neteisinga pažeidimų vertinimo tvarka kelia papildomą riziką investuotojams***

Aptariamo Nutarimo projekto 34 punktu siūloma, kad vertinami bus visi per pastaruosius trejus metus nustatyti pažeidimai, neatsižvelgiant į jų sunkumą ar padarytą realią žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondui. Toks vertinimo principas neproporcingas ir nesąžiningai riboja konkurenciją, nes formalūs ir mažareikšmiai pažeidimai gali nepagrįstai mažinti įstaigų vertinimo balus ir užkirsti kelią jų patekimui į rinką.

Tokia nuostata ypač problemiška investuotojų požiūriu, nes neleidžia objektyviai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų patikimumo ir finansinio stabilumo. Jei įstaiga dėl techninių ar administracinių trūkumų gautų įspėjimą, bet realios žalos pacientams ar PSDF nepadarė, jai vis tiek galėtų būti skiriami balų atėmimai, kurie turėtų neigiamą poveikį sutarčių sudarymo galimybėms.

Be to, nesuprantama, kodėl būtent asmenų teisių į nemokamų paslaugų teikimą pažeidimas yra išskiriamas kaip bene svarbiausias pažeidimų diferencijavimo kriterijus, nors turėtų labiau būti atsižvelgiama į objektyvius pažeidimų požymius, pavyzdžiui, realios žalos PSDF biudžetui dydį. Dar daugiau, iš Nutarimo projekto nėra aišku, ar dalinis sutarties su TLK galiojimo sustabdymas ar nutraukimas taip pat laikomas pažeidimų kriterijumi. Jeigu taip, reikėtų aiškesnio reglamentavimo, kad būtų galima įvertinti šių priemonių poveikį vertinimo rezultatams.

Rekomenduojame taikyti vertinimą tik tiems pažeidimams, kurie:

- padarė realią žalą PSDF;
- rodo sisteminius įmonės veiklos trūkumus, o ne pavienius administracinius neatitikimus.

Tik taikant proporcingą ir objektyvų vertinimo mechanizmą galima užtikrinti sąžiningą konkurenciją rinkoje, leidžiant patikimiems ir atsakingiems investuotojams bei paslaugų teikėjams dalyvauti sveikatos priežiūros sistemos stiprinime. Be to, siekiant išvengti neteisingo vertinimo, balus galima minusuoti tik už tuos nustatytus pažeidimus, kurie nebuvo apskųsti teismui ir įsiteisėjo. Tai itin svarbu teisinio aiškumo ir skaidrumo užtikrinimui, nes kitaip sveikatos priežiūros įstaigos galėtų būti nepagrįstai nubaustos dar nepasibaigus teisiniui ginčui. Tokia situacija prieštarautų teisingumo principams ir galėtų sudaryti kliūtis investicijoms bei sektoriaus plėtrai.

#### ***Nutarimo projekte išdėstytoms sąlygoms trūksta aiškumo ir konkretumo***

Asociacija norėtų atkreipti dėmesį į papildomus Nutarimo projekto aspektus, kurie gali turėti įtakos skaidrumui ir sąžiningai konkurencijai sveikatos priežiūros sektoriuje:

- 5 punkte nustatyta, kad sutartys sudaromos atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes. Tačiau nėra aišku, kokiais objektyviais kriterijais vadovaujamasi nustatant šias galimybes. Ši nuostata gali būti interpretuojama plačiai ir sudaryti galimybes neskaidriam sprendimų priėmimui, pavyzdžiui, kiekvieną kartą vertinti vis kitaip ir prirėmus remtis tuo, kad nėra finansinių galimybių, nors poreikis ir yra.
- 6 punkte numatyta, kad minimalius trūkstamų paslaugų kiekius nustato sveikatos apsaugos ministras, tačiau nepaaiškinta, kokiais duomenimis ir skaičiavimais tai bus grindžiama. Be aiškos metodikos gali kilti nepagrįstų ribojimų naujų paslaugų teikėjų įsitraukimui. Šie kiekiai privalo būti pagrįsti objektyviais kriterijais, užtikrinant, kad pacientų galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas nebūtų ribojamos. Taip pat svarbu, kad šie nustatyti lygiai neįvestų naujų apribojimų naujoms asmenims sveikatos priežiūros įstaigoms sudaryti sutartis, juolab kad minimalių kiekių nustatymas nėra numatytas įstatymų lygmeniu. Kitaip tariant, jei egzistuoja realus poreikis, pacientai privalo turėti galimybę gauti reikiamas paslaugas, o naujų sutarčių sudarymo procesas negali būti dirbtinai ribojamas. Todėl ministro nustatyti trūkstamų paslaugų lygiai turėtų būti kiek įmanoma minimalūs, siekiant užtikrinti sklandų ir prieinamą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.
- 7 punkte numatyta, kad trūkstamų paslaugų kiekių sąrašą skelbia VLK, tačiau nėra aišku, kokių periodiškumu ir kur jis bus viešinamas. Reikalingas konkretumas dėl skelbimo periodiškumo (pvz., kas ketvirtį, kasmet) bei skelbimo vietos (pvz., oficialioje VLK interneto svetainėje, teisės aktų registre ar kitame viešai prieinamame šaltinyje). Tokios informacijos trūkumas gali lemti neskaidrumą ir neužtikrinti rinkos dalyvių galimybės laiku reaguoti į pokyčius.
- 12 punkte nustatyta, kad VLK vertina naujo teikėjo galimybes remdamasi įvairiais kriterijais (patalpomis, įranga, medicinos personalo sudėtimi ir kt.), tačiau nėra aišku, kaip ir kokiais kriterijais remiantis šie duomenys bus įvertinti. Šis neapibrėžtumas gali sukelti papildomų teisiškai nepagrįstų apribojimų bei subjektyvumo riziką vertinimo procese.

- 14 punkte nurodoma, kad teikiamų paslaugų kompleksiskumas vertinamas atsižvelgiant į naujo teikėjo teikiamų paslaugų rūšių skaičių ir tam tikrų rūšių paslaugų, kurias teikia naujas teikėjas, sąsają su trūkstama paslauga. Formuliuotė apie paslaugų kompleksiskumo vertinimą yra neaiški. Konkrečiai, neapibrėžta, kokios „sąsajos“ tarp naujo teikėjo paslaugų ir trūkstamos paslaugos bus vertinamos, kokiais kriterijais remiantis bus nustatoma jų tinkamumo apimtis ir kokia metodika bus taikoma šiam vertinimui. Nutarimo projekte būtina išdėstyti aiškius kriterijus ir procedūras, kad vertinimas būtų objektyvus ir prognozuojamas.
- 19 punkte paslaugų kompleksiskumo vertinime naudojama neaiški sąvoka „tos pačios gydytojo profesinės kvalifikacijos paslaugos“. Nėra aišku, ar tai reiškia konkrečios specializacijos gydytojus ar platesnę gydytojų grupę, todėl gali kilti interpretavimo sunkumų tiek vertinimo procese, tiek teisiniame ginče.
- 25–26 punktuose nurodytas paslaugų teikimo reikalavimų laikymosi vertinimo metodas nėra pakankamai aiškus. Ypač neaišku, kaip bus interpretuojami paslaugų teikimo aprašų punktai, nes kai kurie punktai gali būti detalizuoti į kelis lygius (pvz., 1.1., 1.1.1.), o kurių lygių atitikimas bus vertinamas, nėra nurodyta.
- 31–33 punktuose pažeidimų vertinimo terminas painiojamas – įstatyme numatyti 3 metai, tačiau Nutarimo projekte kalbama apie 3 kalendorinius metus. Šios sąvokos nėra tapačios ir gali lemti skirtingą praktinį taikymą, kuris sukeltų netikrumą paslaugų teikėjams.

## **2. Pastabos ir pasiūlymai dėl planuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo pokyčių**

**VLK pranešime numatomi sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo pakeitimai ir jų poveikis**  
VLK direktoriaus 2025 m. kovo 3 d. pranešime Nacionalinėje bendradarbiavimo platformoje buvo paskelbti reikšmingi Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų apmokėjimo pokyčiai, kurie gali iš esmės pakeisti dabartinę sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tvarką. Numatyta nauja sistema, pagal kurią viršutartinės neprioritetinės paslaugos būtų finansuojamos ženkliai mažesnėmis proporcijomis – nuo 70 % iki vos 30 %, priklausomai nuo paslaugų grupės.

Investuotojų forumas atkreipia dėmesį, kad tokie pakeitimai gali neigiamai paveikti sveikatos priežiūros įstaigų finansinį stabilumą ir paslaugų prieinamumą pacientams. Mažėjant finansavimo garantijoms, kyla grėsmė, kad kai kurios sveikatos įstaigos nebegalės teikti dalies paslaugų arba bus priverstos mažinti jų apimtį. Be to, dėl neaiškių finansavimo perspektyvų nauji rinkos dalyviai ir užsienio investuotojai gali atidėti ar net sustabdyti planuojamas investicijas į Lietuvos sveikatos sektorių.

VLK pranešime pristatyti pokyčiai kelia susirūpinimą ir dėl jų skuboto įgyvendinimo. Investuotojų forumas pabrėžia, kad reikšmingi finansavimo mechanizmo pakeitimai negali būti įgyvendinami be išsamaus poveikio vertinimo, kuris įvertintų jų įtaką paslaugų prieinamumui, sveikatos priežiūros įstaigų veiklai ir investiciniam klimatui. Taip pat būtina užtikrinti, kad nauja apmokėjimo sistema būtų aiški, skaidri ir atitiktų sąžiningos konkurencijos principus, užtikrinant visų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų lygias galimybes dalyvauti rinkoje.

Todėl Investuotojų forumas ragina atidėti VLK siūlomus pokyčius, kol bus atlikta išsami analizė ir organizuotos diskusijos su suinteresuotais subjektais. Tik atsakingai įvertinus visus galimus padarinius bus galima priimti subalansuotus ir investicijoms palankius sprendimus, kurie neapsunkintų sveikatos sektoriaus veiklos ir užtikrintų tvarią paslaugų plėtrą Lietuvoje.

### ***Kviečiame užtikrinti vienodas veiklos sąlygas visiems paslaugų teikėjams***

Atsižvelgdama į visa tai, Asociacija ragina peržiūrėti sąlygas, kuriomis nauji ir esami paslaugų teikėjai gali kreiptis dėl sutarčių sudarymo ir konkrečių paslaugų apmokėjimo PSDF lėšomis, siekiant užtikrinti lygias galimybes veikti rinkoje. Tai būtina konkurencingai ir tvariai sveikatos priežiūros sistemai, kurioje

užtikrinama efektyvi privataus bei viešojo sektorių sąveika, atliepanti Lietuvos gyventojų sveikatos poreikius. Tikimės, kad mūsų pozicija bus išgirsta ir bus inicijuoti reikalingi pokyčiai. Esame pasirengę šią situaciją aptarti gyvai.

Pagarbiai

Vykdomoji direktorė



Rūta Skyrienė