LIETUVOS RESPUBLIKOS KONKURENCIJOS TARYBA

NUTARIMAS
DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO ĮSAKYMŲ, REGLAMENTUOJANČIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ, ATITIKTIES LIETUVOS RESPUBLIKOS KONKURENCIJOS ĮSTATYMO 4 STRAIPSNIO REIKALAVIMAMS

2012 m. spalio 16 d. Nr. 2S-14
Vilnius

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (toliau – Konkurencijos taryba) viešame bylos nagrinėjimo posėdyje išnagrinėjo klausimą dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro (toliau – Sveikatos apsaugos ministras) įsakymų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo (Žin., 1999, Nr. 30-856; 2012, Nr. 42-2041) (toliau – Konkurencijos įstatymas) 4 straipsnio reikalavimams.

Konkurencijos taryba n u s t a t ė :

(1) Tyrimas dėl Sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą atitikties Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams buvo pradėtas Konkurencijos tarybos 2012 m. vasario 2 d. nutarimu Nr.1S-15 (II tomas, b. l. 71-74) pagal pareiškėjo, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos (toliau – Pareiškėjas), 2011 m. balandžio 1 d. skundą (I tomas, b. l. 1-9).

(2) Pareiškėjas prašė ištirti, ar Leidimų teikti iš Privalomojo socialinio draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo/atsisakymo išduoti tvarkos aprašo, patvirtinto Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 (Žin., 2010, Nr. 158-8063), (toliau – Leidimų išdavimo tvarkos aprašas) 3 ir 6 punktai bei Pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl stacionarinių skubių ir planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tvarkos aprašo, patvirtinto Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. V-110 (Žin., 2010, 21-1010), (toliau – Pacientų siuntimo tvarkos aprašas) 6 punktas nepažeidžia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimų.

(3) Pareiškėjo teigimu, Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 3 punkte įtvirtintas reikalavimas asmens sveikatos priežiūros įstaigai suderinti prašymą dėl leidimo teikti naujo profilio stacionarines paslaugas išdavimo su dalininku galimai diskriminuoja privačias stacionarines paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas, siekiančias pasirašyti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Pareiškėjo teigimu, privačios sveikatos priežiūros įstaigos, priešingai nei viešos, neturi dalininko, ir dėl to negalėjo pateikti Leidimų išdavimo tvarkos apraše reikalaujamo su dalininku suderinto prašymo.

(4) Skunde taip pat nurodyta, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 6 punkte įtvirtinti neaiškūs ir neobjektyvūs kriterijai, tokie kaip veiklos zonos aptarnaujamiems gyventojams suteiktos paslaugos vartojimo rodiklis, kuris lyginamas su šalies vidurkiu ir, kaip numatyta Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 6 punkte, gali būti „nežymiai mažesnis“ ar „žymiai mažesnis“. Be to, Pareiškėjo teigimu, Leidimų išdavimo tvarkos apraše įtvirtinta tvarka, pagal kurią sveikatos priežiūros įstaigai norint teikti naujo profilio stacionarines paslaugas ir esant tokių paslaugų poreikiui, apklausiamos analogiškas stacionarines paslaugas jau teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl jų galimybės padidinti teikiamų paslaugų apimtis, diskriminavo

į stacionarinių paslaugų, finansuojamų iš privalomojo socialinio draudimo fondo biudžeto lėšų teikimo rinką norinčias įeiti asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

(5) Pareiškėjas skunde pažymėjo, kad dėl Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punkte įtvirtinto asmens sveikatos priežiūros įstaigų skirstymo į lygmenis yra ribojamos privačių sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines paslaugas, galimybės konkuruoti stacionarinių paslaugų teikimo rinkoje, kadangi pacientų srautai nukreipiami tik į viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas.

(6) Kartu su skundu Pareiškėjas pateikė medžiagą, susijusią su vienos iš Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos narių – UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ – prašymu leisti šiai įstaigai teikti iš privalomojo socialinio draudimo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines paslaugas. Minėtai bendrovei leidimas išduotas nebuvo.

(7) Tyrimo metu Konkurencijos taryboje taip pat gautas UAB „Atgaiva tau“ 2012 m. kovo 6 d. skundas, kuriame taip pat buvo prašoma įvertinti, ar atitinkamos Leidimų išdavimo tvarkos aprašo (Žin., 2010, Nr. 158-8063) bei Pacientų siuntimo tvarkos aprašo (Žin., 2010, 21-1010) nuostatos nepažeidžia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimų (II tomas, b. l. 77-81). Atsižvelgus į tai, UAB „Atgaiva tau“ skundas buvo prijungtas prie atliekamo tyrimo dėl Sveikatos apsaugos ministro sprendimų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, atitikties Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams.

(8) Tyrimo metu buvo nagrinėjamos Leidimų išdavimo tvarkos aprašo, Pacientų siuntimo tvarkos aprašo nuostatos bei šių nuostatų pakeitimai, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099) (toliau – Sveikatos sistemos įstatymas), Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995) (toliau – Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas), Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512) (toliau – Sveikatos draudimo įstatymas) ir kiti teisės aktai, įskaitant ir galiojančius jų pakeitimus, reglamentuojantys asmens sveikatos priežiūros paslaugas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija), Pareiškėjo, asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateikta bei kita aktuali informacija.

(9) Atsižvelgus į tai, kad tyrimo metu buvo nagrinėjamos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo paslaugos, toliau šiame nutarime nurodomos pagrindinės su šių paslaugų teikimu susijusios teisės aktų nuostatos.

1. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų pagrindai

(10) Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 straipsnio 6 dalį, sveikatos priežiūros paslaugos apibrėžiamos kaip įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys.

(11) Pagal Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnį Lietuvoje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra skirstomos į lygius: pirminį, antrinį ir tretinį (t. y. atitinkamai pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra).

(12) Pirminę sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos. Savivaldybių vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą. Savivaldybių vykdomosioms institucijoms gali būti deleguota valstybės funkcija organizuoti tretinę asmens sveikatos priežiūrą. Sprendimą dėl tretinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo priima Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi tretinės asmens sveikatos priežiūros poreikį tame regione. Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

(13) Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 3 dalyje taip pat yra įtvirtinti LNSS priklausančių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, lygmenys: rajonų, regionų ir respublikos.

(14) Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 3 straipsnio 2 dalyje nurodyta, kad sveikatos priežiūros įstaigos pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą yra skirstomos į ambulatorines, stacionarines bei mišrias. Atitinkamai pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugos taip pat skirstomos į ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

(15) Ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – Ambulatorinės paslaugos) suprantamos kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugos, pavyzdžiui, medicinos (šeimos medicina), odontologijos priežiūros, burnos priežiūros, akušerio, slaugos paslaugos[1], kurios teikiamos neguldant pacientų į ligoninę.

(16) Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – Stacionarinės paslaugos) suprantamos kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios pagal nustatytus reikalavimus teikiamos ligoniui gydantis stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose ligoniai stebimi ir gydomi ištisą parą ir ilgiau[2]. Stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms priskiriamos, pavyzdžiui, suaugusiųjų chirurgija, suaugusiųjų kardiologija, geriatrija, infektologija, vaikų chirurgija ir įvairios kitos asmens sveikatos priežiūros paslaugos[3].

(17) Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos, patvirtintos Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 (Žin., 1998, Nr. 57-1611), (toliau – Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka) 4.1 ir 4.3 punktuose nurodyta, kad stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų paros stacionaruose, o gydytis į stacionarines paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas pacientus siunčia ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos po visiško ištyrimo, kai panaudotos visos galimybės tirti ir gydyti ambulatoriškai. Vadovaujantis šios tvarkos 4.6 punktu asmenys gali atvykti į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtinosios pagalbos ir be siuntimo. Tokiu atveju šios įstaigos gydytojas specialistas nustato, kad pacientą nedelsiant reikia tirti ar gydyti stacionare, o apie priimtą ir gydomą pacientą informuoja TLK.

(18) Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 5 straipsnio 1 dalyje nurodyta, kad įmonės ir įstaigos sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik gavusios licenciją ir įregistruotos Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre.

(19) Visos Lietuvos Respublikoje veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausomai nuo nuosavybės formos (tiek valstybės ir savivaldybių, tiek privačios), gali gauti licencijas ir teikti Stacionarines paslaugas, įrašytas į Licencijuojamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-364 (Žin., 2004, Nr. 86-3152; 2006, Nr. 44-1619).

2. Teisės normos, reglamentuojančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą

(20) Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalyje numatyta, kad LNSS vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia šių rūšių sveikatos priežiūros paslaugas: 1) asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai tiesiogiai nemoka sveikatos priežiūros įstaigoms, o jos apmokamos iš privalomojo socialinio draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų: bei 2) mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.

(21) Pagal Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnį, LNSS vykdomieji subjektai – tai sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios: valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos; valstybės ir savivaldybių įmonės; kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa

---

[1] Licencijuojamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas: *http://www.vaspvt.gov.lt/node/162*

[2] Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2010 m. rugpjūčio 31 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-16-12 „Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“: *http://www.vkontrole.lt/audito_ataskaitos.aspx?tipas=2*

[3] Licencijuojamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas: *http://www.vaspvt.gov.lt/node/162*

prie Sveiktos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) ar teritorinėmis ligonių kasomis (toliau – TLK) arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu.

(22) Šio įstatymo 49 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.

(23) Sveikatos sistemos įstatymo 38 straipsnio 2 dalyje numatyta, kad LNSS vykdomųjų subjektų finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų tvarką nustato Sveikatos draudimo įstatymas.

(24) Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnis nustato privalomuoju sveikatos draudimu apdraustų asmenų sąrašą. Nemokama asmens sveikatos priežiūra garantuojama asmenims, kurie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu Lietuvoje.

(25) Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad iš PSDF biudžeto apmokamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė reabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė.

(26) Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta, kad apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis. TLK 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. Šio straipsnio 2 dalyje numatyta, kad sutartys tarp TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, tarp TLK ir vaistinių, vadovaujantis Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais, sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

(27) Šių sutarčių sudarymo tvarką reglamentuoja Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašas, patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 (Žin., 2009, Nr. 154-6995), (toliau – Sutarčių sudarymo tvarkos aprašas).

(28) Pavyzdžiui, 2012 m. sutartis dėl Stacionarinių paslaugų teikimo su TLK yra sudariusios: privačios sveikatos priežiūros įstaigos – UAB „Kardiolita“, UAB „Baltijos ir Amerikos terapijos ir chirurgijos klinika“, UAB „Socialiniai ir sveikatos projektai“, viešosios sveikatos priežiūros įstaigos – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, VšĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė, Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Kauno ligoninė bei kitos sveikatos priežiūros įstaigos (II tomas, 107-145).

(29) Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos 4.2 punkte nurodyta, kad stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos, kai pacientas gydomas paros stacionaruose pagal gydytojo siuntimą, išskyrus atvejus, kai norminiuose aktuose numatyta kitaip.

3. Restruktūrizavimo programa

(30) Kaip minėta, LNSS priklausančios stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra skirstomos į rajoninį, regioninį ir respublikos lygmenis. Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 8 dalyje nurodyta, kad kriterijus, pagal kuriuos šios įstaigos, teikiančios sveikatos

priežiūros paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, skirstomos į lygmenis, turi nustatyti Lietuvos Respublikos Vyriausybė (toliau – Vyriausybė).

(31) Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 (Žin., 2009, Nr. 150-6713) buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa (toliau – Restruktūrizavimo programa), kuri apima stacionarines valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigas (išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarines įstaigas) ir jų teikiamas paslaugas (Restruktūrizavimo programos 5 punktas). Šią programą sudaro 2 dalys: sveikatos priežiūros tinklo optimizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas.

(32) Restruktūrizavimo programos 6 punkte numatyta, kad svarbiausias šios programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės, ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas.

(33) Restruktūrizavimo programos 7.2 punkte kaip vienas iš restruktūrizavimo tikslų nurodyta siekis optimizuoti stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir restruktūrizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, o taip sutaupytas lėšas skirti ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti.

(34) Restruktūrizavimo programos 8 punkte suformuluoti svarbiausi šios programos uždaviniai. Šios programos 8.1 punkte numatytas vienas iš uždavinių – suformuoti efektyvesnį sveikatos priežiūros įstaigų tinklą; kiti uždaviniai – suformuoti racionalesnę sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūrą, kuri užtikrintų saugias geros kokybės paslaugas (8.2 punktas); stiprinti rajono lygmens ligoninių infrastruktūrą, skirtą plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas sutelkti regiono ir respublikos lygmens ligoninėse (8.3 punktas); sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų juridinių asmenų – sujungti įstaigas į stambesnius juridinius vienetus (8.5 punktas).

(35) Pagal Restruktūrizavimo programos IV skyrių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą numatoma optimizuoti vadovaujantis programos 12 punkte įvardintais kriterijais, pvz., sveikatos priežiūros įstaigas, esančias arti viena kitos ir galinčias naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, sujungti į stambesnius juridinius vienetus (12.1 punktas); specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcines, gimdymo paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas integruoti į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas (12.2 punktas).

(36) Restruktūrizavimo programos V skyriuje reglamentuojamas sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas, be kita ko, nurodant, kokiais kriterijais vadovaujantis asmens sveikatos priežiūros įstaigos priskiriamos rajoniniam, regioniniam ar respublikiniam lygmeniui, bei kokio pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos atitinkamo lygmens ligoninėse.

(37) Restruktūrizavimo programos 16 punkte numatyta, jog vadovaujantis Restruktūrizavimo 14 ir 15 punktuose numatytais kriterijais (pavyzdžiui, atliekamų didžiųjų operacijų skaičių per kalendorinius metus; gimdymų skaičių per kalendorinius metus; geografinį atstumą iki artimiausios ligoninės, naktimis atliekamų operacijų skaičių), pagal teikiamų paslaugų struktūrą sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į 3 lygmenis – rajono, regiono, respublikos. Numatyta, kad rajono lygmens ligoninėse teikiamos Stacionarinės paslaugos plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti. Regiono lygmens sveikatos priežiūros įstaigoms priskiriamos ligoninės, kuriose atliekama daugiau nei 1100 didžiųjų operacijų (t.y. operacijos, suteiktos stacionarinėmis ir dienos chirurgijos sąlygomis) ir 300 gimdymų per metus, kuriose yra sutelktos sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijos. Respublikos lygmeniui priskiriamos įstaigos, nepriklausančios rajono ir regiono įstaigų lygmenims, kuriose atliekama sudėtingiausių ligų diagnostika ir teikiamos gydymo paslaugos.

(38) Restruktūrizavimo programos 4 lentelėje pateikiamas konkrečių valstybės ir savivaldybių ligoninių suskirstymas į atitinkamus rajono, regiono ir respublikos lygmenis.

(39) Sveikatos apsaugos ministerija paaiškino, jog valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skirstymas į rajono, regiono ir respublikos lygmenis („RRR“ principu) kitais teisės aktais nėra reglamentuotas, nes Restruktūrizavimo programos nuostatos aiškiai

apibrėžia, pagal kokius kriterijus konkreti įstaiga priskiriama tam tikram lygmeniui ir kokias iš PSDF biudžeto apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas ji gali teikti (II tomas, b. l. 51).

(40) Restruktūrizavimo programos 29 punkte numatyta, kad nuo 2010 m. balandžio 1 d. asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų atsižvelgiant į ligoninių lygmenį.

(41) Tyrimo metu taip pat nustatyta, kad LNSS įstaigoms gali priklausyti tiek valstybės ir savivaldybių, tiek privačios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su TLK dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų (Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugsėjo 21 d. įsakymu Nr. V-805 sudarytos darbo grupės dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008-2012 metų programos nuostatų „pritraukiame privatų kapitalą į sveikatos sistemą“ bei „užtikriname privačių ir valstybinių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lygiateisiškumą“ įgyvendinimo ataskaita) (II tomas, b. l. 90). Tačiau pagal Restruktūrizavimo programą į (rajono, regiono, respublikos) lygmenis yra skirstomos tik valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos (Restruktūrizavimo programos 5 punktas).

4. Pacientų siuntimo tvarka

(42) Kaip nustatyta tyrimo metu, Pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl stacionarinių skubių ar planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tvarką nustato jau minėtas Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. V-110 patvirtintas Pacientų siuntimo tvarkos aprašas, kuriuo siekiama užtikrinti pacientų srautų nukreipimą į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas Stacionarinėms paslaugoms gauti.

(43) Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punkte numatyta, kad gydytojas, įtaręs arba nustatęs tam tikrą paciento sveikatos sutrikimą ar būklę, planine tvarka siunčia pacientą į atitinkamo lygmens sveikatos priežiūros įstaigą, kuri teikia reikalingas Stacionarines paslaugas, nurodytas šio aprašo 2 ir 3 prieduose.

(44) Šiuose prieduose sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į analogiškus lygmenis kaip ir Restruktūrizavimo programoje. Pacientų siuntimo tvarkos aprašo priede Nr. 2 nurodyta, kokias konkrečias stacionarines planines paslaugas gali teikti kiekvieno lygmens sveikatos priežiūros įstaiga. Priede Nr. 3 pateiktas visų Lietuvos Respublikoje esančių respublikos lygmens sveikatos priežiūros įstaigų sąrašas, nurodant konkrečius jų pavadinimus (pvz. VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė ir kt.) ir kokios paslaugos teikiamos šiose įstaigose. Visos sąraše nurodytos respublikos lygmens ligoninės yra viešosios sveikatos priežiūros įstaigos.

(45) Tyrimo metu nustatyta, kad pagal Pacientų siuntimo tvarkos aprašą, gydytojai pacientus gali siųsti tik į atitinkamos lygmens (rajono, regiono ar respublikos) valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigas, tačiau nėra numatyta, kad pacientas gali būti siunčiamas į privačią sveikatos priežiūros įstaigą, kurios paslaugos finansuojamos iš PSDF biudžeto, kadangi privačios sveikatos priežiūros įstaigos į šį skirstymą nepatenka.

(46) Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino, kad Pacientų siuntimo tvarkos aprašas privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bei į jas besikreipiančių pacientų srautų nereguliuoja (II tomas, b. l. 51).

(47) Tyrimo metu, pagal Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus duomenis (I tomas, b. l. 30-31), nustatyta, jog siekiant įgyvendinti Vyriausybės 2008 – 2012 metų programos nuostatas, t. y. pritraukti privatų kapitalą į sveikatos sistemą ir užtikrinti privačių bei valstybinių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lygiateisiškumą, Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugsėjo 21 d. įsakymu Nr. V-805 sudaryta darbo grupė. Šios darbo grupės 2011 m. vasario 15 d. veiklos ataskaitoje, be kita ko, pažymėta, kad Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punkte įtvirtinta nuostata netiesiogiai draudžia pacientus siųsti į privačias sveikatos priežiūros įstaigas, nes jos nepatenka į įstaigų klasifikaciją pagal lygmenis (rajono, regiono, respublikos) bei pateikė pasiūlymą koreguoti minėtą nuostatą, papildomai numatant, kad pacientai gali būti siunčiami dėl reikiamų

Stacionarinių paslaugų ir į privačias sveikatos priežiūros įstaigas, sudariusias sutartis su TLK (II tomas, b. l. 90).

(48) Konkurencijos tarybos tyrimo metu negauta duomenų apie tolesnę šių darbo grupės pateiktų pasiūlymų nagrinėjimo ir įgyvendinimo eigą.

(49) Vis dėlto tyrimo metu nustatyta, kad, nepaisant to, jog pagal Pacientų siuntimo tvarkos aprašą gydytojas pacientą gali nukreipti tik į valstybės ir savivaldybės atitinkamo lygmens sveikatos priežiūros įstaigą, kiti pacientų siuntimą reglamentuojantys teisės aktai neriboja pacientų siuntimo į privačias sveikatos priežiūros įstaigas.

(50) Sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 1 punkte įtvirtinta, kad apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu, turi teisę įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria TLK yra sudariusi sutartį, ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

(51) Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad pacientas turi teisę pasirinkti Sveikatos apsaugos ministerijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka LNSS pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, taip pat pagal šio straipsnio nustatytas sąlygas (įskaitant pirminės sveikatos priežiūros gydytojo siuntimo turėjimą) antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, kad suteiktų nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

(52) Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos, patvirtintos Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329, 4.2 punkte, kaip minėta, irgi numatyta, kad Stacionarinės paslaugos apmokamos, kai pacientas turi jį siunčiančio gydytojo siuntimą.

(53) Tyrimo metu nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministro 2001 m. balandžio 2 d. įsakymu Nr. 246 (Žin., 2001, Nr. 31-1042) patvirtintoje apskaitos formoje Nr. 028-1/a „Siuntimas tirti, konsultuoti ir gydyti“, kurią pildo gydytojas, siųsdamas pacientą ambulatoriniam arba stacionariniam gydymui, nenumatyta įrašyti konkrečios įstaigos pavadinimą, į kurią pacientas turi kreiptis reikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti, o tik nurodoma, pas kokios profesinės kvalifikacijos gydytoją specialistą pacientas siunčiamas. Atitinkamai pacientai gali pasirinkti kreiptis į valstybės ar savivaldybių arba privačias sveikatos priežiūros įstaigas.

5. Naujo profilio Stacionarinių paslaugų apmokėjimo reglamentavimas

(54) 2011 m. sausio 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio papildymo įstatymas (Žin., 2010, Nr. 142-7263), kuriuo, be kita ko, Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnis buvo papildytas 9 dalimi, kurioje numatyta, kad naujo profilio Stacionarinės paslaugos, apmokamos iš PSDF biudžeto, gali būti teikiamos tik gavus leidimą Sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatyta tvarka.

(55) 2011 m. sausio 1 d. įsigaliojo Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1144 (Žin., 2010, Nr. 158-8062), kuriuo Sutarčių sudarymo aprašas buvo papildytas 6.5 punktu, pagal kurį sveikatos priežiūros įstaiga, siekdama teikti naujo profilio stacionarines paslaugas, kartu su prašymu sudaryti sutartį su TLK bei kitais aprašo 6 punkte nurodytais dokumentais taip pat turi pateikti ir Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą leidimą pradėti teikti naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis.

(56) 2011 m. sausio 1 d. taip pat įsigaliojo ir Leidimų išdavimo tvarkos aprašas, patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145. Šis aprašas nustato prašymų dėl iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų naujo profilio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų pateikimo Sveikatos apsaugos ministerijai, šių prašymų nagrinėjimo ir sprendimų priėmimo tvarką. Ši tvarka, kaip matyti iš aprašo nuostatų bei kaip paaiškino Sveikatos apsaugos ministerija (I tomas, b. l. 29), taikoma tiek viešoms (valstybių ir savivaldybių), tiek privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

(57) Leidimų išdavimo tvarkos aprašas buvo keistas Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 (Žin., 2011, Nr. 126-6000) bei Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. V-428 (Žin., 2012, Nr. 57-2875). Šiais pakeitimais buvo apibrėžta naujo profilio paslaugų samprata, detalizuotos kai kurios nuostatos bei, atsižvelgus į aprašo papildymus, pakeista aprašo punktų numeracija. Kadangi tyrimas buvo atliktas bei šis nutarimas priimtas galiojant atitinkamai pakeistam Leidimų išdavimo tvarkos aprašui, šiame nutarime vadovaujamasi šiuo metu galiojančiomis aprašo nuostatomis, esant poreikiui, nurodant atitinkamas ankstesnių metų redakcijos nuostatas.

(58) Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 3 punkte nurodyta, kad naujo profilio paslaugos – tai stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nebuvo apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų iki įpareigojimo gauti Sveikatos apsaugos ministerijos leidimą įsigaliojimo (kaip matyti iš aukščiau nurodytų aplinkybių, pareiga gauti leidimą tokioms paslaugoms įsigaliojo 2011 m. sausio 1 d.). Naujo profilio paslaugoms nepriskiriamos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos.

(59) Tai reiškia, kad naujo profilio paslaugomis laikomos atskiros konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos siekiamos teikti iš PSDF biudžeto apmokamos paslaugos, kurių finansuojamų iš PSDF biudžeto ši įstaiga iki 2011 m. sausio 1 d. neteikė. Tokios paslaugos laikomos naujo profilio paslaugomis nepriklausomai nuo to, kad konkreti įstaiga atitinkamas paslaugas (nors nefinansuojamas iš PSDF) galėjo teikti ir anksčiau, ar nepriklausomai nuo to, kad analogiškas paslaugas teikė ar teikia (tiek finansuojamas, tiek nefinansuojamas iš PSDF biudžeto) kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

(60) Nustatyta, jog iki 2011 m. sausio 1 d., sveikatos priežiūros įstaigos Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, pradėdavo teikti sudariusios sutartis su TLK, pagal minėtą Sutarčių sudarymo tvarkos aprašą, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051, ir atskiro leidimo teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas nereikėjo gauti. Atitinkamai, nuo 2011 m. sausio 1 d. sutartis su TLK dėl naujo profilio stacionarinių paslaugų finansavimo iš PSDF biudžeto gali būti pasirašyta, tik jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga be kitų reikalavimų, reikalingų sutarčiai su TLK sudaryti, taip pat yra gavusi leidimą Leidimų išdavimo tvarkos apraše nustatyta tvarka.

(61) Sprendimą dėl leidimo teikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio paslaugas išdavimo/atsisakymo išduoti priima Sveikatos apsaugos ministras, kaip nurodyta Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 12 punkte, įvertinęs Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 9 punkto pagrindu sudarytos nuolatinės Leidimų teikti naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, išdavimo/atsisakymo išduoti komisijos (toliau – Leidimų komisija) (sudaryta Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-70 (Žin., 2011, Nr. 18-862)), išvadas.

5.1. Reikalavimas suderinti prašymą su dalininku

(62) 2010 m. redakcijos, galiojusios iki 2011 m. spalio 21 d., Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 3 punkte buvo numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaiga, nepriklausomai nuo nuosavybės formos, norėdama gauti leidimą ir sudaryti sutartį su TLK dėl naujo profilio paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų, prieš pateikdama prašymą Sveikatos apsaugos ministerijai, turėjo jį suderinti su dalininku.

(63) Nuo 2011 m. spalio 21 d. įsigaliojus Leidimų išdavimo tvarkos aprašo pakeitimams, minėta ankstesnė aprašo 3 punkto nuostata buvo detalizuota Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 4 punkte, nurodant, kad dokumentą, patvirtinantį, jog naujo profilio paslaugų teikimas yra suderintas su asmens sveikatos priežiūros įstaigos dalininkais, privalo pateikti tik tos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių dalininkas yra valstybė ir (ar) savivaldybė.

(64) Lyginant iki Leidimų išdavimo tvarkos aprašo pakeitimo galiojusias (3 punkto) ir po pakeitimo galiojančias (4 punkto) nuostatas, tyrimo metu nustatyta, kad reikalavimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms su dalininku suderinti prašymą leisti teikti naujo profilio

Stacionarines paslaugas po pakeitimų taikomas tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms.

5.2. Prašymų atitikties Restruktūrizavimo programai ir Pacientų siuntimo tvarkai vertinimas

(65) 2010 m. redakcijos, galiojusios iki 2011 m. spalio 21 d., Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 4 punkte buvo numatyta, kad prašyme sveikatos priežiūros įstaiga turi nurodyti motyvus ir argumentus dėl naujo profilio paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, teikimo tikslingumo.

(66) Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 pakeitus Leidimų išdavimo tvarkos aprašą, šios nuostatos dėl naujo profilio paslaugų tikslingumo vertinimo buvo papildytos aprašo 5 punktu, kuriame numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigų prašymai leisti teikti naujo profilio paslaugas nukreipiami Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentui ir VLK. Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentas įvertina prašomų teikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų naujo profilio paslaugų atitiktį Vyriausybės patvirtintos Restruktūrizavimo programos kriterijams ir Pacientų siuntimo tvarkos reikalavimams.

(67) Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. V-428 Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punktas buvo papildytas tuo, jog be nurodytos Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos, turi būti vertinama prašymų atitiktis ir kitų teisės aktų reikalavimams.

(68) Kaip nurodyta šio nutarimo 3 ir 4 dalyse, tyrimo metu nustatyta, kad Restruktūrizavimo programa ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašas, kuris įgyvendina Restruktūrizavimo programą, taikomi tik valstybės ir savivaldybių stacionarinėms sveikatos priežiūros įstaigoms (išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarines įstaigas) ir jų teikiamoms paslaugoms. Tai patvirtino ir Sveikatos apsaugos ministerija (II tomas, b. l. 51). Tuo tarpu privačios sveikatos priežiūros įstaigos nepatenka į minėtų teisės aktų reguliavimo sritį. Atitinkamai dėl to pagal Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punktą gali būti vertinami tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas.

(69) Sveikatos apsaugos ministerija, aiškindama šios nuostatos taikymą nurodė, kad Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentas, vadovaudamasis kriterijais, įtvirtintais Restruktūrizavimo programos V skyriuje ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 2 ir 3 prieduose, priklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos lygmens, ir atsižvelgdamas į VLK, vadovaujantis Leidimų išdavimo tvarkos aprašu pateiktus apibendrintus duomenis dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų poreikio, vertina valstybės ir savivaldybių stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų prašymus dėl naujo profilio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tikslingumo, o privačių sveikatos priežiūros įstaigų prašymus – tik pagal VLK pateiktus apibendrintus duomenis dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų poreikio (II tomas, b. l. 68).

(70) Tuo tarpu Leidimų komisija vertina visų sveikatos priežiūros įstaigų prašymus dėl leidimų teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, vadovaudamasi visais kriterijais, išdėstytais Restruktūrizavimo programos V skyriuje ir Pacientų siuntimo tvarkos 2 ir 3 prieduose, priklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos lygmens, taip pat remiasi VLK ir Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento pateikta informacija (II tomas, b. l. 69).

5.3. Suteiktos paslaugos vartojimo rodiklio apskaičiavimas ir sveikatos priežiūros įstaigų apklausa dėl jų galimybės padidinti teikiamų paslaugų apimtis

(71) Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 6 punkte (anksčiau 5 punktas) nurodyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija, gavusi asmens sveikatos priežiūros įstaigos prašymą, kreipiasi į VLK dėl informacijos apie numatomą teikti naujo profilio paslaugą tikslingumo.

(72) Pagal iki 2011 m. spalio 21 d. galiojusios Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 6 punktą, numatyta, kad VLK:

6.1. lygina veiklos zonos aptarnaujamiems gyventojams suteiktos paslaugos vartojimo rodiklį su šalies vidurkiu:

6.1.1. jeigu paslaugos vartojimo rodiklis didesnis nei šalies vidurkis, lygus jam arba nežymiai mažesnis, daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra;

6.1.2. jeigu paslaugos vartojimo rodiklis žymiai mažesnis, nei šalies vidurkis, apklausia asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl jų galimybės padidinti šios paslaugos teikimo apimtis;

6.2. jeigu apklaustos asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali padidinti šios paslaugos teikimo apimtis, daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra;

6.3. jeigu apklaustos asmens sveikatos priežiūros įstaigos negali padidinti šios paslaugos teikimo apimčių, vertina, ar siūlanti teikti naujo profilio paslaugas sveikatos asmens priežiūros įstaiga apima ligų (pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK-10) gydymo, diagnostinių ir gydomųjų technologijų, nurodytų atitinkamo ligų gydymo profilio paslaugų teikimo specialiuosiuose reikalavimuose, spektrą, t. y.:

6.3.1. ar teiks naujo profilio paslaugą visą parą;

6.3.2. ar nesieja naujo profilio paslaugos teikimo su kitų (mokamų) paslaugų teikimu;

6.3.3. ar TLK kontrolės procedūrų metu nebuvo nustatyta sistemingų, kartotinių pažeidimų.

(73) Tyrimo metu iš Sveikatos apsaugos ministerijos paaiškinimų nustatyta, kad vadovaujantis nurodytu Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 6 punktu, naujo profilio Stacionarinių paslaugų poreikis buvo vertinamas, atsižvelgiant į šias aplinkybes: jei praėjusių vienerių metų paslaugos konkrečios TLK veiklos zonos paslaugos vartojimo rodiklis būdavo mažesnis nei tų metų šalies vidurkis (neatsižvelgiant į tai, ar „žymiai“, ar „nežymiai“), turėjo būti apklausiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios jau yra sudariusios sutartis su TLK dėl analogiškų stacionarinių paslaugų teikimo, veikiančios netoli pageidaujančios teikti naujas paslaugas sveikatos priežiūros įstaigos, dėl galimybės padidinti atitinkamų paslaugų kiekį. Apklausiamos sveikatos priežiūros įstaigos pačios įvertindavo savo galimybes teikti daugiau tam tikro profilio Stacionarinių paslaugų, o VLK, gavusi sveikatos priežiūros įstaigos patvirtinimą dėl galimybės padidinti paslaugų apimtis, sutikdavo su tokiu įstaigos sprendimu ir darydavo išvadą, jog paslaugos poreikio nėra (I tomas, b. l. 29).

(74) Nuo 2011 m. spalio 21 d. įsigaliojęs Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7 punktas pakeitė minėtas ankstesnio 6 punkto nuostatas. Po pakeitimo aprašo 7 punkte buvo nurodyta, kad VLK:

7.1. lygina veiklos zonos aptarnaujamiems gyventojams suteiktos paslaugos vartojimo rodiklį su šalies vidurkiu (Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. V-428 buvo patikslinta, kad lyginamas TLK veiklos zonos aptarnaujamiems gyventojams suteiktos paslaugos vartojimo rodiklis su šalies vidurkiu):

7.1.1. jeigu paslaugos vartojimo rodiklis didesnis nei šalies vidurkis, lygus jam arba mažesnis ne daugiau kaip 10 proc., daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra;

7.1.2. jeigu paslaugos vartojimo rodiklis daugiau kaip 10 proc. mažesnis nei šalies vidurkis, apklausia asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl jų galimybės padidinti šios paslaugos teikimo apimtį;

7.2. jeigu apklaustos asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali padidinti šios paslaugos teikimo apimtis, daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra;

7.3. jeigu apklaustos asmens sveikatos priežiūros įstaigos negali padidinti šios paslaugos teikimo apimčių, vertina:

7.3.1 ar asmens sveikatos priežiūros įstaigos siūloma teikti naujo profilio paslauga:

7.3.1.1. apima ligų (pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją, TLK-10-AM) gydymo, diagnostinių ir gydomųjų technologijų, nurodytų atitinkamo ligų gydymo profilio paslaugų teikimo specialiuosiuose reikalavimuose, spektrą;

7.3.1.2. bus teikiama visą parą;

7.3.1.3 nebus siejama su kitų (apmokamų ne PSDF biudžeto lėšomis) paslaugų teikimu;

7.3.1.4. nebus papildomai apmokestinama pacientų lėšomis (ar nereikės pacientui mokėti priemokos);

7.3.2. ar asmens sveikatos priežiūros įstaiga buvo padariusi pažeidimų ir (ar) žalos PSDF biudžetui.

(75) Taigi, nuo 2011 m. spalio 21 d. pasikeitė paslaugos vartojimo rodiklio apskaičiavimas tik tuo, jog vietoje formuluočių „nežymiai mažesnis“ ir „žymiai mažesnis“ numatytas 10 proc. dydis. Tačiau tvarka, pagal kurią apklausiamos kitos sveikatos priežiūros įstaigos dėl galimybės padidinti teikiamų paslaugų apimtis, jeigu yra naujo profilio Stacionarinių paslaugų poreikis, liko nepakitusi.

(76) Tyrimo metu nustatyta, kad sveikatos priežiūros įstaiga turi galimybę sudaryti sutartis dėl Stacionarinių paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto su viena, keliomis ar visomis Lietuvos Respublikoje esančiomis TLK.

(77) Pagal Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus duomenis nustatyta, kad 2010 m. (iki Leidimų išdavimo tvarkos aprašo įsigaliojimo 2011 m. sausio 1 d.) buvo pasirašytos 369 sutartys su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl Stacionarinių paslaugų išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų. 17 sutarčių pasirašyta su privačiomis sveikatos priežiūros įstaigomis ir 352 sutartys su valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigomis (I tomas, b. l. 29-30). Tuo tarpu 2011 metais[4], galiojant Leidimų išdavimo tvarkos aprašui, buvo pasirašytos 362 sutartys su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl Stacionarinių paslaugų išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų. 349 sutartys pasirašytos su valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigomis, 13 – su privačiomis sveikatos priežiūros įstaigomis.

(78) Nustatyta, kad 2011 m., įsigaliojus Leidimų išdavimo tvarkos aprašui, iš viso buvo gauta 17 sveikatos priežiūros įstaigų prašymų (14 valstybės ir savivaldybių bei 3 privačių sveikatos priežiūros įstaigų) dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų teikimo (I tomas, b. l. 160). Tačiau leidimai išduoti bei pasirašytos sutartys dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų tik su 10 valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų. Likusioms sveikatos priežiūros įstaigoms (4 valstybės ir savivaldybių bei 3 privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms) atsisakyta išduoti leidimus (I tomas, b. l. 160).

(79) 2011 m. 6 iš minėtų 10 sveikatos priežiūros įstaigų leidimai buvo išduoti geriatrijos Stacionarinei paslaugai, apmokamai iš PSDF biudžeto, teikti (I tomas, b. l. 158-159). Šios paslaugos teikimas sveikatos priežiūros įstaigose iš PSDF biudžeto lėšų pradėtas kompensuoti po to, kai buvo priimtas Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. vasario 10 d. įsakymas Nr. V-117 (Žin., 2011, Nr. 19-934) dėl geriatrijos profilio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų ir bazinės kainos patvirtinimo. Dėl šių paslaugų teikimo rinkoje veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos vadovaujantis Leidimų išdavimo tvarkos aprašu apklaustos VLK nebuvo, kadangi nebuvo galima apskaičiuoti jų vartojimo vidurkio per 2010 m. (I tomas, b. l. 67). Viena iš likusių 4 sveikatos priežiūros įstaigų, leidimą teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas gavo taip pat atsižvelgus į aplinkybę, jog paslaugos yra naujai patvirtintos (I tomas, b. l. 64), todėl jų vartojimo vidurkio per 2010 metus apskaičiuoti nebuvo galima kaip ir geriatrijos Stacionarinių paslaugų atveju. Tuo tarpu kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms leidimai buvo išduoti, atsižvelgus į tai, jog arčiau sveikatos priežiūros įstaigos, kuri prašo leidimo, nėra analogiškas paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, teikinačių sveikatos priežiūros įstaigų (I tomas, b. l. 58, 66). Dar vienai sveikatos priežiūros įstaigai suteikta teisė teikti naujo profilio stacionarines paslaugas, atsižvelgus į aplinkybę, kad ši sveikatos priežiūros įstaiga yra gavusi paramą ir vykdo projektą „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priwežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ (I tomas, b. l. 58).

(80) Tuo tarpu, 7 sveikatos priežiūros įstaigoms (privačioms UAB Sveikatos centras „Energetikas“, UAB „Bendrosios medicinos praktika“ ir UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“, taip pat valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms (VšĮ Kauno ligoninė, VšĮ

---

[4] Duomenys apibendrinti vadovaujantis Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio TLK interneto svetainėse pateiktais duomenimis: *www.vilniaustlk.lt, www.ktlk.lt, www.klaipedostlk.lt, www.siauliutlk.lt, www.paneveziotlk.lt.* Konkurencijos tarybos Viešojo administravimo subjektų veiklos skyriaus 2012 m. birželio 12 d. pranešimo apie atliktą tyrimą Nr. 5S-12 62 punktas (II tomas, b. l. 155).

Šiaulių ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė bei VšĮ Jonavos ligoninė) leidimai nebuvo išduoti, atsižvelgus į aplinkybę, kad, vadovaudamasi Leidimų išdavimo tvarkos aprašu, VLK nustatė, kad Stacionarinės paslaugos poreikio nėra arba, kad Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, jau teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos gali padidinti teikiamų paslaugų apimtis (I tomas, b. l. 55-60, 64-68).

(81) Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. V-428 buvo pakeistas Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 8 punktas, kuriame, be kita ko, numatyta, kad VLK stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo vidurkio neskaičiuoja, jei nustato, kad yra prašoma leidimo teikti naujo profilio paslaugas, kurios tais kalendoriniais metais pradėtos finansuoti iš PSDF lėšų.

(82) 2012 m. TLK sudarė 13 sutarčių su privačiomis sveikatos priežiūros įstaigomis (UAB „Kardiolita“ – 5 sutartys, UAB „Baltijos ir Amerikos terapijos ir chirurgijos klinika“ – 5 sutartys bei UAB „Socialiniai ir sveikatos projektai“ – 3 sutartys) (II tomas, b. l. 107-145), tačiau nustatyta, jog visos šios sveikatos priežiūros įstaigos Stacionarines paslaugas pradėjo teikti ir sutartis su TLK buvo sudariusios ir iki 2011 m. sausio 1 d., t. y., iki įsigaliojant Leidimų išdavimo tvarkos aprašui (II tomas, b. l. 21-22). Tuo tarpu, tyrimo metu negauta duomenų, jog 2011 m. ir 2012 m. būtų išduotas leidimas privačiai sveikatos priežiūros įstaigai teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas.

(83) 2011 m. sausio 31 d. ir 2011 m. kovo 7 d. viena iš privačių sveikatos priežiūros įstaigų – UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ pagal Leidimų išdavimo tvarkos aprašo nuostatas kreipėsi dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų teikimo, tačiau šiai sveikatos priežiūros įstaigai leidimas nebuvo išduotas (I tomas, b. l. 36; 67-68).

(84) Iš Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktų paaiškinimų nustatyta, kad UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ pateikus prašymą dėl leidimo teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas (Abdominalinės chirurgijos IIA; Ginekologijos IIA, IIC; Neurochirurgijos IIA; Oftalmologijos-otorinolaringologijos I; Ortopedijos – traumatologijos IIB, IIC; Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos IIA, IIB; Urologijos IIA; Terapijos I; Reanimacijos I-1, I-2, II) išdavimo, buvo apskaičiuotas šios privačios sveikatos priežiūros įstaigos prašomų leisti teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, vartojimo vidurkis Vilniaus TLK aptarnaujamoje teritorijoje ir Lietuvos mastu. Dėl galimybių padidinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių vartojimo vidurkis Vilniaus TLK aptarnaujamoje teritorijoje buvo mažesnis negu vidurkis Lietuvos mastu, teikimo apimtis buvo apklaustos šias paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, jau teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė ir VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė. Šios įstaigos raštu informavo, kad, prireikus, gali padidinti visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių vartojimo vidurkis Vilniaus TLK aptarnaujamoje teritorijoje mažesnis negu vidurkis Lietuvos mastu, teikimo apimtis. Atsižvelgusi į tai, Sveikatos apsaugos ministerija atsisakė išduoti leidimą UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ teikti prašomas naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų (I tomas, b. l. 36).

(85) UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ 2011 m. birželio 6 d. pakartotinai pateikus prašymą išduoti leidimą teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas (Abdominalinės chirurgijos IIA; Ginekologijos IIA, IIC; Neurochirurgijos IIA; Oftalmologijos-otorinolaringologijos I; Ortopedijos – traumatologijos IIB, IIC; Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos IIA, IIB; Urologijos IIA; Terapijos I; Reanimacijos I-1, I-2, II), apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, Sveikatos apsaugos ministerija nepakeitė ankstesnio sprendimo ir atsisakė išduoti leidimą bei paaiškino, jog sprendimas neišduoti leidimo priimtas atsižvelgus į tai, kad per laikotarpį nuo ankstesnio ūkio subjekto kreipimosi iki vėlesnio kreipimosi gavimo dienos nepasikeitė paslaugų vartojimo poreikis ir paslaugų teikėjų skaičius Vilniaus TLK aptarnaujamoje zonoje bei vartojimo vidurkis Lietuvos mastu (I tomas, b. l. 162).

(86) Dėl apklausiamų konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų, Sveikatos apsaugos ministerija paaiškino, jog nustačius, kad konkrečios Stacionarinės paslaugos poreikis toje TLK veiklos zonoje yra, VLK apklausia sveikatos priežiūros įstaigas, veikiančias konkrečioje TLK

veiklos zonoje ir teikiančias analogiškas to profilio paslaugas (pagal TLK pateiktus informacinės sistemos duomenų bazės „Sveidra“ duomenis). Nustatyta, jog pirmiausia apklausiamos daugiausiai to profilio paslaugų teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausomai nuo to, ar sveikatos priežiūros įstaiga yra valstybės ar savivaldybės, ar privati. Jeigu apklaustos teikiančios Stacionarines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigos patvirtina, kad negali padidinti paslaugų apimčių, apklausiamos kitos analogiškas paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos. Nors vienai sveikatos priežiūros įstaigai patvirtinus, jog ji gali padidinti paslaugų apimtis (tokia apimtimi, kokios prašo norinti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas sveikatos priežiūros įstaiga), nėra reikalaujama kitų šias paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų patvirtinimo dėl galimybės padidinti paslaugų apimtis. Be kita ko, apklausiant sveikatos priežiūros įstaigas, atsižvelgiama, kad apklausiamųjų tarpe būtų įstaigos, kurios teikia paslaugas visą parą bei nesieja paslaugos teikimo su kitų (mokamų) paslaugų teikimu (I tomas, b. l. 43).

(87) Tyrimo metu, siekiant nustatyti, kuo remdamosi sveikatos priežiūros įstaigos nusprendžia, kad gali padidinti paslaugos teikimo apimtis, buvo kreiptasi į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikas, VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinę ligoninę ir VšĮ Vilniaus miesto universitetinę ligoninę (I tomas, b. l. 81, 83, 85).

(88) VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė paaiškino, kad sveikatos priežiūros įstaiga nusprendžia, kad gali padidinti paslaugos teikimo apimtis, vadovaudamasi savo statistiniais duomenimis, t. y. atitinkamo ligų profilio stacionaro darbo rodikliais: lovos užimtumas dienomis arba procentais, lovos apyvarta, vidutinis gulėjimo laikas. Taip pat nurodė, kad VLK, vadovaujantis Leidimo išdavimo tvarkos aprašu, 2011 m. paprašius pateikti duomenis apie galimybę suteikti daugiau kai kurių profilių stacionarinių paslaugų, ligoninė pateikė duomenis, kad daugiau paslaugų turi galimybę suteikti. Pažymėjo, jog, esant poreikiui padidinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, yra pasirašomas papildomas susitarimas su TLK, kuriame numatyta padidinta sutartinė suma (I tomas, b. l. 120).

(89) VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė bei VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos nurodė, kad planuojamų teikti paslaugų apimtis, jų padidinimo ar sumažinimo galimybes planuoja atsižvelgdamos į praeityje suteiktų paslaugų apimtis (I tomas, b. l. 87, 100).

(90) Vadovaujantis Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 8 ir 11 punktais VLK surinkta ir apibendrinta medžiaga dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų pateikiama Sveikatos apsaugos ministerijai, o Leidimų komisija, remdamasi VLK, Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento duomenimis taip pat Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo nuostatomis, vertina asmens sveikatos priežiūros prašymą leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas. Kaip nurodyta Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 12 punkte, galutinį sprendimą dėl leidimo asmens sveikatos priežiūros įstaigai teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, išdavimo ar atsisakymo išduoti priima Sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Leidimų komisijos išvadas.

6. Tyrimo išvados ir dėl jų gauti paaiškinimai

(91) Tyrimas buvo baigtas ir tyrimo metu nustatytos aplinkybės bei padarytos išvados buvo išdėstytos Konkurencijos tarybos Viešojo administravimo subjektų veiklos skyriaus 2012 m. birželio 12 d. pranešime apie atliktą tyrimą Nr. 5S-12 (toliau – Pranešimas) (II tomas, b. l. 146-168). Įvertinus tyrimo metu nustatytas aplinkybes, Pranešime padarytos šios išvados bei pateikti šie pasiūlymai:

1) Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 bei 7.2 punktai (anksčiau 6.1.2 bei 6.2 punktai) dėl apklausos tvarkos sudaro sąlygas sveikatos priežiūros įstaigoms, pasirašiusioms sutartis su TLK dėl Stacionarinių paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų, spręsti dėl kitų sveikatos priežiūros įstaigų galimybės pasirašyti sutartis dėl analogiškų Stacionarių paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, teikimo pacientams, dėl to prieštarauja Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams;

2) Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punktas, jame nenumačius, jog šis punktas nėra taikomas privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, sudaro galimybes atsisakyti išduoti leidimą privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms teikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio Stacionarines paslaugas dėl jų neatitikimo minėtam Leidimų išdavimo tvarkos aprašo punktui. Tokiu būdu privačios sveikatos priežiūros įstaigos, siekiančios gauti leidimą teikti konkrečias Stacionarines paslaugas, gali būti diskriminuojamos valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų atžvilgiu. Todėl Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punktas prieštarauja Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams;

3) siūloma įpareigoti Sveikatos apsaugos ministeriją panaikinti arba pakeisti minėtas Leidimų išdavimo tvarkos aprašo nuostatas taip, kad jos neprieštarautų Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams. Taip pat siūloma tobulinti teisinį reglamentavimą, užtikrinant, kad išduodant leidimus teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis bei reguliuojant pacientų srautus būtų garantuota konkurencija rinkoje bei užtikrinta maksimali vartotojų gerovė.

(92) Vadovaujantis Konkurencijos įstatymo 29 straipsnio 1 ir 2 dalimis, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Sveikatos apsaugos ministerija bei UAB „Atgaiva tau“, buvo supažindintos su tyrimo išvadomis, informuotos apie galimybę susipažinti su bylos medžiaga bei pateikti savo nuomonę dėl tyrimo išvadų.

(93) Sveikatos apsaugos ministerija 2012 m. liepos 20 d. raštu pateiktoje nuomonėje (III tomas, b. l. 12-16) nurodė, kad nesutinka su tyrimo išvadomis bei nurodė, kad skirtingų konkurencijos sąlygų reglamentavimo neįmanoma išvengti vykdant Lietuvos Respublikos įstatymų ir juos įgyvendinančių teisės aktų reikalavimus bei siūlė tikslinti Pranešimo pasiūlymus, pažymint, kad susiduriama ne su konkurencijos ribojimo atveju, bet su šiuo metu galiojančio teisinio reguliavimo spragomis.

(94) Taip pat Sveikatos apsaugos ministerija nurodė, jog atliekant tyrimą nebuvo atsižvelgta į Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenis, patvirtintus Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 (Žin., 2011, Nr. 73-3498). Sveikatos apsaugos ministerijos teigimu, šiame dokumente aiškiai įvardijama, jog sveikatos sektoriaus reglamentavimo principai ir metodai tobulintini dėl keleto priežasčių, įskaitant tai, kad privačiose sveikatos priežiūros įstaigose imamos priemokos už paslaugas, kurios jau yra apmokėtos iš PSDF biudžeto lėšų, be to, egzistuoja paklausos neatitinkantis sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos paskirstymas ir nėra įgyvendintas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas, o tai suponuoja, kad visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi orientuotis ne į stacionarinių, o į didesnį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

(95) Stacionarinių paslaugų poreikio skaičiavimas ir sveikatos priežiūros įstaigų, jau teikiančių tam tikras Stacionarines paslaugas, apklausa, Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, pagrįsta tuo, kad turimi riboti PSDF biudžeto, specialistų ir medicininių technologijų (ir medicininės įrangos) resursai turi būti panaudoti kuo efektyviau (pilnu krūviu ir optimaliai), t. y. turimos brangios medicininės technologijos ir medicininė įranga turi būti naudojamos pilnu pajėgumu – atliekamas maksimalus tyrimų skaičius per parą, specialistai turi dirbti pilnu darbo krūviu. Tai įmanoma įgyvendinti, užtikrinus pakankamą pacientų srautą. Užtikrinti optimalaus pacientų srauto nebus įmanoma, jei bus įsteigta per daug sveikatos priežiūros įstaigų, nes turimi sveikatos priežiūros resursai nebus naudojami efektyviai. Todėl sveikatos priežiūros įstaigų pateiktos informacijos apie galimybes didinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis patikrinimas yra tikslingas.

(96) Sveikatos apsaugos ministerija taip pat teigė, jog šiuo metu vykdomos Vyriausybės politikos sveikatos apsaugos srityje, atsispindinčios Restruktūrizavimo programoje, vienas iš pagrindinių tikslų ir uždavinių yra stacionarinių lovų ir stacionare teikiamų paslaugų mažinimas, sudėtingų stacionare teikiamų paslaugų koncentravimas respublikos ir regiono lygio ligoninėse. Pažymėta, kad Vyriausybės nutarimo kriterijai ir reikalavimai netaikomi privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

(97) Nuomonėje nesutinkama su Pranešime padaryta išvada, jog pagal Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punktą, Sveikatos apsaugos ministerija gali atmesti privačios sveikatos priežiūros įstaigos prašymą. Sveikatos apsaugos ministerija paaiškino, jog dėl minėtos leidimų išdavimo tvarkos nuostatos, nėra atmetusi formaliai nė vieno prašymo, o privačių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai vertinami pagal kitų teisės aktų reikalavimus.

(98) Sveikatos apsaugos ministerija taip pat nurodė, kad leidimo teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas gavimas Sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatyta ir tyrimo metu nagrinėta tvarka ar sutarties su TLK dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų sudarymas nedaro įtakos šių paslaugų įkainiams.

(99) Be to, nurodė, jog Pacientų siuntimo tvarkos aprašu, be kita ko, įgyvendinama Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 dalis. Nurodoma, kad Pacientų siuntimo tvarkos aprašas reglamentuoja paslaugų teikimą tam tikro lygmens ligoninėse ir pacientų paskirstymą (siuntimo tvarką) tarp viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų, tačiau jokios aprašo nuostatos nenurodo, kad draudžiama pacientus siųsti paslaugoms į privačias sveikatos priežiūros įstaigas, jei pacientai to pageidauja.

(100) UAB „Atgaiva tau“ 2012 m. liepos 10 d. raštu (III tomas, b. l. 9) ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigos asociacija 2012 d. liepos 13 d. raštu (III tomas, b. l. 10) pateiktose nuomonėse nurodė, jog su tyrimo išvadomis sutinka.

(101) 2012 m. rugsėjo 18 d. įvyko Konkurencijos tarybos posėdis, kurio metu buvo išklausyti procedūros dalyviai ir kiti suinteresuoti asmenys. Šiame posėdyje dalyvavo Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės ligonių kasos, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, UAB „Atgaiva tau“ atstovai (2012 m. rugsėjo 20 d. bylų nagrinėjimo posėdžio protokolas Nr. 4S-28, III tomas, b. l. 17-26).

(102) Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos atstovai paaiškino, jog Stacionarinių paslaugų teikimo rinkoje neužtikrinami sveikatos sistemos principai – „paciento teisė rinktis sveikatos priežiūros įstaigą“ ir „pinigai seka paskui pacientą“. Nurodė, jog Lietuvoje stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje privatus sektorius sudaro mažiau negu 0,1 proc. Teigė, jog 2011-2012 m. nebuvo sudarytos sutartys nė su vienu Stacionarinių paslaugų teikėju, išskyrus vieną išimtį, dėl naujų Stacionarinių paslaugų teikimo. Nurodė, kad pagal galiojančią tvarką nei viena privati sveikatos priežiūros įstaiga dėl apklausiamų rinkoje jau veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų, negali sudaryti sutarčių su TLK. Net nustačius, kad paslaugos poreikis yra, apklausus rinkoje veikiančias sveikatos priežiūros įstaigas ir joms sutikus padidinti paslaugų apimtis, daroma išvada, kad tokio poreikio nėra ir sutartis nėra sudaroma. Tokiu būdu paciento teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą tampa antraeiliu dalyku. Dėl Pacientų siuntimo tvarkos aprašo, nurodė, kad minėtame apraše yra aiškiai nurodyta, kad siųsti planine tvarka galima tik į nurodytas ligonines, kurios yra valstybės ir savivaldybių, tuo tarpu privačių sveikatos priežiūros įstaigų Pacientų siuntimo tvarkos apraše nėra nurodyta ir tai pažeidžia privačių sveikatos priežiūros įstaigų interesus.

(103) UAB „Atgaiva tau“ atstovas palaikė Pranešime nurodytas išvadas.

(104) Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai palaikė 2012 m. liepos 20 d. raštu nuomonėje išdėstytą poziciją bei pažymėjo, kad tiek Lietuvos teisės aktai, tiek jais remiantis formuojama valstybės politika sveikatos priežiūros srityje suponuoja, jog sveikatos priežiūros paslaugos, atsižvelgiant į ribotus biudžeto išteklius, turi būti tam tikru būdu ribojamos. Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, Sveikatos apsaugos ministro įsakymų patvirtinta leidimų išdavimo tvarka ir joje numatyti principai nėra diskriminacinio pobūdžio. Tokio pobūdžio leidimų išdavimo tvarka pagrįsta tuo, kad tiek PSDF biudžeto resursai, tiek specialistų, tiek medicininių technologijų turi būti panaudoti kuo efektyviau, t. y. brangios medicinos technologijos ir medicininė įranga yra įsigyta labai brangiai ir turi būti naudojama pilna apimtimi, todėl turi būti užtikrinamas pakankamas pacientų srautas bei nustatomi kriterijai, kuriais remiantis būtų galima reguliuoti naujų paslaugų teikimą, ribojant jų kiekį ir taip siekiant apsaugoti PSDF biudžeto lėšas. Nurodė, jog Restruktūrizavimo programos pagrindinis tikslas mažinti Lietuvoje hospitalizacijos laipsnį, būtent stacionare gydomų pacientų skaičių. Pažymėjo, kad minėta programa buvo siekiama koncentruoti

pacientų srautus. Sutelkus pacientus vienoje vietoje, efektyviau yra panaudojami sveikatos priežiūros įstaigos resursai, efektyviau išnaudojama aparatūra, operacinės nebedirba prastovų režimu ir visas personalas, turėdamas didesnį pacientų srautą, įgyja didesnę patirtį ir tokiu būdu suteikia saugesnes ir kokybiškesnes paslaugas. Atsižvelgus į tai, kad privačios sveikatos priežiūros įstaigos nebuvo įtrauktos į Restruktūrizacijos programą, jos nebuvo įtrauktos ir į Pacientų siuntimo tvarkos aprašą. Pažymėjo, jog buvo svarstoma galimybė įtraukti ir privačias sveikatos priežiūros įstaigas į Restruktūrizavimo programą, tačiau valstybės ir savivaldybių įstaigoms taikomi tam tikri reikalavimai, pavyzdžiui, akušerijai nustatytas reikalavimas ne mažiau kaip 300 gimdymų per metus, o privačios sveikatos priežiūros įstaigos šių reikalavimų dėl gimdymų ar operacijų kiekio netenkina, todėl jos negali patekti į aukščiau nurodytų teisės aktų reguliavimo sritį.

(105) Valstybinės ligonių kasos atstovė nurodė, kad vadovaujantis Leidimų išdavimo tvarkos aprašu dėl galimybės padidinti paslaugų apimtis, apklausiamos ne tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigos, bet ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurios yra sudariusios sutartis su TLK. Pažymėjo, jog tarp apklausiamų, buvo tokių įstaigų, kurios negalėjo padidinti teikiamų paslaugų apimties. Atstovė taip pat nurodė, jog apklausiamos sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis jau seniai sudarytos sutartys, todėl pasitikima, kad šios įstaigos remdamosi objektyviai kriterijais atsako dėl galimybės padidinti paslaugų apimtis.

Konkurencijos taryba k o n s t a t u o j a :

(106) Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 1 dalis viešojo administravimo subjektams nustato pareigą užtikrinti sąžiningos konkurencijos laisvę, įgyvendinant jiems pavestus uždavinius, susijusius su ūkinės veiklos reguliavimu Lietuvos Respublikoje.

(107) Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalyje nurodyta, kad viešojo administravimo subjektams draudžiama priimti teisės aktus ar 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.

(108) Vadovaujantis Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalimi, viešojo administravimo subjektų priimti teisės aktai ar kiti sprendimai vertinami kaip Konkurencijos įstatymo pažeidimas, kai nustatoma šių aplinkybių visuma:

1) institucijos teisės aktas ar sprendimas teikia privilegijas arba diskriminuoja atskirus ūkio subjektus ar jų grupes;

2) dėl tokio teisės akto ar sprendimo atsiranda ar gali atsirasti konkurencijos sąlygų skirtumų atitinkamoje rinkoje konkuruojantiems ūkio subjektams;

3) skirtingos konkurencijos sąlygos nėra sąlygotos Lietuvos Respublikos įstatymų reikalavimų vykdymu.

(109) Siekiant įvertinti, ar dėl Sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintų Leidimų išdavimo tvarkos aprašo ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo nuostatų atsiranda ar gali atsirasti konkurencijos sąlygų skirtumų atitinkamoje rinkoje konkuruojantiems ūkio subjektams, bei tai, ar tomis nuostatomis vieniems ūkio subjektams suteikiamos privilegijos kitų ūkio subjektų atžvilgiu, pirmiausia svarbu nustatyti, kokiai atitinkamai rinkai Sveikatos apsaugos ministro įsakymai gali daryti įtaką bei ar yra kitų tokias paslaugas teikiančių ar galinčių teikti ūkio subjektų.

7. Dėl atitinkamos rinkos apibrėžimo ir konkuruojančių ūkio subjektų nustatymo

(110) Atitinkama rinka apibrėžiama vadovaujantis Konkurencijos įstatymo 3 straipsnio 1, 3 ir 12 dalimis, taip pat Konkurencijos tarybos paaiškinimais dėl atitinkamos rinkos apibrėžimo, patvirtintais Konkurencijos tarybos 2000 m. vasario 24 d. nutarimu Nr. 17 (Žin., 2000, Nr. 19-487). Atitinkama rinka yra tam tikros prekės rinka tam tikroje geografinėje teritorijoje. Prekės rinka apibrėžiama kaip visuma prekių, kurios pirkėjų požiūriu yra tinkamas pakaitalas viena kitai pagal jų

savybes, naudojimą ir kainas. Geografinė rinka apibrėžiama kaip teritorija, kurioje visi ūkio subjektai susiduria su iš esmės panašiomis konkurencijos sąlygomis tam tikroje prekės rinkoje ir kuri, atsižvelgiant į tai, gali būti atskiriama nuo gretimų teritorijų.

(111) Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas 2010 m. gegužės 21 d. nutartyje administracinėje byloje A^{502}-539/2010 yra pažymėjęs, kad Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio pažeidimui konstatuoti pakanka nustatyti, jog ūkio subjektai konkuruoja ar galėtų konkuruoti nesant diskriminacinių ir sąžiningos konkurencijos sąlygų neatitinkančių ribojimų, t. y. rinkos apibrėžimui yra taikomi specifiniai, minimalūs reikalavimai. Todėl, apibrėžiant atitinkamą rinką galimo Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio pažeidimo atveju nėra būtinas itin detalus atitinkamos rinkos apibrėžimas, laikantis sąlygos, jog yra įmanoma nustatyti, kad yra ūkio subjektų, kurių atžvilgiu yra sudaromos skirtingos konkurencijos sąlygos.

(112) Su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusius teisinius santykius reglamentuoja Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas bei juos detalizuojantys poįstatyminiai teisės aktai.

(113) Kaip nustatyta tyrimo metu, sveikatos priežiūros paslaugos yra skirstomos į ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

(114) Pažymėtina, jog, kaip paaiškinta šio nutarimo 1 dalyje, Ambulatorinės ir Stacionarinės paslaugos skiriasi, pavyzdžiui, pagal šių paslaugų teikimo trukmę, vietą, sudėtingumą, eiliškumą. Ambulatorinės paslaugos suteikiamos neguldant paciento į ligoninę, tuo tarpu Stacionarinės paslaugos suteikiamos guldant pacientus į ligoninę (ligoniai stebimi ir gydomi ištisą parą ir ilgiau). Be to, gydytis į Stacionarines paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas pacientus siunčia ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos po visiško ištyrimo, kai panaudotos visos galimybės tirti ir gydyti ambulatoriškai. Taigi, pacientai, kuriems nepakanka Ambulatorinių paslaugų ir reikalingas sudėtingesnis gydymas siunčiami į Stacionarines paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas.

(115) Dėl nurodytų priežasčių, nurodytos paslaugos nėra tarpusavyje pakeičiamos.

(116) Pažymėtina, jog sveikatos priežiūros paslaugos taip pat skirstomos pagal jų apmokėjimo tvarką.

(117) Remiantis Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalimi, LNSS vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia šių rūšių sveikatos priežiūros paslaugas: 1) asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai tiesiogiai nemoka sveikatos priežiūros įstaigoms, o jos apmokamos iš PSDF biudžeto bei 2) asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti.

(118) Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnį teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (finansuojamas iš PSDF biudžeto) turi asmenys, kurie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu Lietuvoje. Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta, kad apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis. TLK 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. Taigi, ir Stacionarinės paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų tik tuo atveju, kai sveikatos priežiūros įstaiga yra sudariusi sutartį dėl šių paslaugų apmokėjimo su TLK ir tik tiems asmenims, kurie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu Lietuvoje.

(119) Tuo tarpu sutartys su TLK nėra reikalingos sveikatos priežiūros įstaigai teikiant iš PSDF biudžeto lėšų nefinansuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tokiu atveju pacientai patys turi susimokėti už suteiktas paslaugas.

(120) Dėl šių priežasčių nagrinėjamu atveju sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos Stacionarinės paslaugos finansuojamos ir Stacionarinės paslaugos, nefinansuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, taip pat nėra tarpusavyje pakeičiamos.

(121) Įvertinus šias aplinkybes, nagrinėjamu atveju, siauriausia prekės rinka gali būti apibrėžta kaip Stacionarinių paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, teikimas.

(122) Nagrinėjant šių paslaugų teikimo geografines ribas, atkreiptinas dėmesys į tai, kad pagal Sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 1 dalį apdraustieji privalomuoju sveikatos

draudimu, turi teisę įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria TLK yra sudariusi sutartį, ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Taigi, ši nuostata užtikrina asmenų, turinčių teisę gauti Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, galimybę šias paslaugas gauti visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje, nepriklausomai nuo paciento gyvenamosios vietos ar nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos, kuri yra sudariusi sutartį su TLK, buvimo vietos.

(123) Be to, pastebėtina ir tai, kad nors Pacientų siuntimo tvarkos apraše numatyta, kad gydytojas skubiai arba planine tvarka siunčia pacientą į atitinkamo lygmens valstybės ar savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kuri teikia reikalingas Stacionarines paslaugas, bei nereglamentuoja pacientų siuntimo į privačias sveikatos priežiūros įstaigas, vis dėlto įstatymai nenumato draudimo pacientui laisvai pasirinkti tarp valstybės ar savivaldybės įstaigų ar privačių įstaigų, kurios yra su TLK sudariusios sutartis dėl atitinkamų Stacionarių paslaugų, finansuojamų iš PSDF biudžeto, teikimo. Taigi, pacientas, turėdamas siuntimą, gali pasirinkti jam priimtiną Stacionarines paslaugas teikiančią įstaigą, nepriklausomai ir nuo šios įstaigos nuosavybės formos.

(124) Įvertinus šias aplinkybes, kad nagrinėjamas paslaugas gali teikti visos, atitinkančios teisės aktų reikalavimus Lietuvos Respublikoje veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, o pacientai, kuriems garantuojama teisė į Stacionarinių paslaugų apmokėjimą iš PSDF biudžeto, gali nevaržomai gauti paslaugas visoje Lietuvos teritorijoje, geografinė teritorija, kurioje ūkio subjektai gali konkuruoti teikdami nagrinėjamas paslaugas, yra Lietuvos Respublikos teritorija.

(125) Apibendrinant tai, kas išdėstyta, nagrinėjamu atveju atitinkama rinka apibrėžiama kaip Stacionarinių paslaugų, finansuojamų iš PSDF biudžeto lėšų, teikimas Lietuvos Respublikos teritorijoje.

(126) Atsižvelgus į Konkurencijos įstatymo 3 straipsnio 7 dalį, šioje atitinkamoje rinkoje konkurentais laikytini ūkio subjektai, kurie susiduria arba gali susidurti su tarpusavio konkurencija.

(127) Kaip nustatyta tyrimo metu, visos Lietuvos Respublikoje veikiančios valstybės, savivaldybių ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos gali gauti licencijas ir teikti Licencijuojamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše, patvirtintame Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-364, esančias Stacionarines paslaugas.

(128) Iki 2011 m. sausio 1 d. (t. y. iki Leidimų išdavimo tvarkos aprašo įsigaliojimo datos), sveikatos priežiūros įstaigos, norėdamos teikti Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, turėjo sudaryti sutartis su TLK pagal Sutarčių sudarymo tvarkos aprašą, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051. Atitinkamai, šios sveikatos priežiūros įstaigos vykdo Stacionarinių paslaugų, finansuojamų iš PSDF biudžeto, teikimo veiklą ir konkuruoja tarpusavyje.

(129) Nuo 2011 m. sausio 1 d., t. y. įsigaliojus Leidimų išdavimo tvarkos aprašui, sveikatos priežiūros įstaigos, norinčios teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, (t. y. tokias paslaugas, dėl kurių apmokėjimo iš PSDF biudžeto nebuvo sudariusios sutarčių su TLK) papildomai privalo gauti Sveikatos apsaugos ministro leidimą šioms paslaugoms teikti ir tik tokiu atveju gali būti sudaromos sutartys su TLK dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų. Atkreiptinas dėmesys, kad pagal Leidimų išdavimo tvarkos apraše galiojančią tvarką, prieš sveikatos priežiūros įstaigai išduodant leidimą teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apklausiamos jau rinkoje veikiančios iki Leidimų išdavimo tvarkos aprašo įsigaliojimo analogiškas Stacionarines paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su TLK dėl galimybės padidinti konkrečių paslaugų teikimo apimtis, tokia apimtimi, kokia prašo leidimą siekianti gauti sveikatos priežiūros įstaiga.

(130) Taigi, darytina išvada, kad priklausomai nuo to, ar Stacionarines paslaugas teikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga (pavyzdžiui, atitinkanti teisės aktų reikalavimus šių paslaugų teikimo licencijai gauti, turinti atitinkamos srities specialistus) gaus ar negaus leidimą teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, ji įgis arba neįgis teisės pacientams teikti konkrečias Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto. Atitinkamai leidimas teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas gali būti laikomas leidimu asmens sveikatos priežiūros įstaigoms įeiti į atitinkamą iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų Stacionarinių paslaugų rinką, kurioje jau veikia kitos tokias

paslaugas teikiančios įstaigos (tos, kurios šias paslaugas teikė dar iki 2011 m. sausio 1 d. (joms nereikia gauti papildomo naujo profilio Stacionarinių paslaugų teikimo leidimo iš Sveikatos apsaugos ministro), ir tos, kurioms naujo profilio paslaugų leidimai buvo suteikti Leidimų išdavimo tvarkos apraše nustatyta tvarka).

(131) Įvertinus šias aplinkybes darytina išvada, jog atitinkamoje rinkoje konkrečios rūšies Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, gali teikti tiek valstybės ir savivaldybių, tiek privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurios tenkina Stacionarinių paslaugų teikimui keliamus reikalavimus. Taigi konkurentais, kurie veikia ar gali veikti atitinkamoje rinkoje teikdami konkrečios rūšies Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, laikytinos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia atitinkamas Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, ir tos, kurios tokių paslaugų neteikia, tačiau turi teisę teikti prašymą Sveikatos apsaugos ministerijai dėl leidimo teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto. Pastarosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos laikytinos potencialiais konkurentais atitinkamas paslaugas jau teikiančioms įstaigoms.

(132) Atitinkamos rinkos dalyviais laikytinos, pavyzdžiui, 2012 m. sutartis dėl įvairių Stacionarinių paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų su TLK sudariusios įstaigos kaip VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, VšĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė, Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Kauno ligoninė; taip pat privačios įstaigos: UAB „Kardiolita“, UAB „Baltijos ir Amerikos terapijos ir chirurgijos klinika“, UAB „Socialiniai ir sveikatos projektai“ (II tomas, b. l. 107).

(133) Atitinkamoje rinkoje teikiant Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, potencialiais konkurentais, kurie gali sudaryti konkurenciją aukščiau nurodytoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, pavyzdžiui, gali būti laikomos tos įstaigos, kurios kreipėsi į Sveikatos apsaugos ministeriją dėl leidimo teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas gavimo, tačiau tokio leidimo negavo. Nustatyta, kad 2011 m. Sveikatos apsaugos ministerija neišdavė leidimų teikti naujo profilio konkrečias Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, privačioms UAB Sveikatos centras „Energetikas“, UAB „Bendrosios medicinos praktika“ ir UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“, taip pat valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms (VšĮ Kauno ligoninė, VšĮ Šiaulių ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė bei VšĮ Jonavos ligoninė), pageidavusioms gauti Sveikatos apsaugos ministro leidimus (I tomas, b. l. 158 - 160).

(134) Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Stacionarinės paslaugos (tiek finansuojamos iš PSDF biudžeto, tiek nefinansuojamos iš PSDF biudžeto lėšų) apima platų spektrą asmens sveikatos priežiūros paslaugų, pavyzdžiui, chirurgijos, traumatologijos, reanimacijos, terapijos, geriatrijos ir kitos, kurios tarpusavyje pagal savo pobūdį negali būti pakeičiamos. Tačiau, atsižvelgus į tai, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigoms siekiant gauti leidimą yra keliami vienodi reikalavimai ir numatyta vienoda jų prašymų nagrinėjimo tvarka, nepriklausomai nuo to, kokias konkrečias Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, asmens sveikatos priežiūros įstaiga siekia teikti, šiame nutarime Stacionarinės paslaugos pagal jų pobūdį ir rūšį atskirai nenagrinėjamos. Vis dėlto pastebėtina, kad bet kuriuo atveju, šiame nutarime nagrinėjant atitinkamas Pacientų siuntimo tvarkos aprašo ir Leidimų išdavimo tvarkos aprašo nuostatas, konkurencijos sąlygos vertinamos tarp analogiškas (t. y. tos pačios rūšies) Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, teikiančių ir galinčių teikti asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

8. Dėl Pacientų siuntimo tvarkos aprašo vertinimo

(135) Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punkte nurodyta, kad gydytojas, įtaręs arba nustatęs tam tikrą paciento sveikatos sutrikimą ar būklę, planine tvarka siunčia pacientą į atitinkamo lygmens sveikatos priežiūros įstaigą, kuri teikia reikalingas Stacionarines paslaugas,

vadovaudamasis šio aprašo 2 ir 3 priedais, kuriuose pateiktas Stacionarinių paslaugų bei jas teikiančių valstybės ir savivaldybės įstaigų sąrašai.

(136) Kaip nustatyta tyrimo metu, Pacientų siuntimo tvarkos aprašas taikomas tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms. Jame, kaip ir Restruktūrizavimo programoje, nurodoma, jog sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į rajonų, regionų ir respublikos lygmenis. Kaip paaiškino Sveikatos apsaugos ministerija, taip skirstomos tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigos.

(137) Pagal Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnį, LNSS priklausančios stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos suskirstytos į tris grupes: 1) sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčias valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetines ir viešąsias įstaigas; 2) valstybės ir savivaldybių įmones; 3) kitas įmones bei įstaigas, įstatymų nustatyta tvarka sudariusias sutartis su VLK ar TLK arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu. Pažymėtina, kad privačios sveikatos priežiūros įstaigos, taip pat turi teisę sudaryti sutartis su TLK, todėl tokios sveikatos priežiūros įstaigos, taip pat priklauso LNSS sistemai ir turi vienodas teises lyginant su viešosiomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Tai patvirtina ir byloje esanti medžiaga (Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugsėjo 21 d. įsakymu Nr. V-805 sudarytos darbo grupės dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008-2012 metų programos nuostatų „pritraukiame privatų kapitalą į sveikatos sistemą“ bei „užtikriname privačių ir valstybinių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lygiateisiškumą“ įgyvendinimo ataskaita) (II tomas, b. l. 90).

(138) Pagal Pacientų siuntimo tvarkos aprašo, kuris taikomas valstybės ir savivaldybių įstaigoms, tiekiančioms Stacionarines paslaugas, 6 punktą, pacientas, vadovaujantis aprašo 2 ir 3 prieduose nurodytais kriterijais, siunčiamas į atitinkamo lygmens valstybės ar savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigą, siekiant užtikrinti pacientų pasiskirstymą valstybės ir savivaldybių įstaigose. Tačiau, kuo vadovaujantis pacientas siunčiamas į privačią sveikatos priežiūros įstaigą, Pacientų siuntimo tvarkos aprašas nereglamentuoja.

(139) Vis dėlto darytina išvada, kad tai, jog Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punktas reglamentuoja tik pacientų siuntimą į atitinkamo lygmens valstybės ir savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigas, savaime nesudaro skirtingų konkurencijos sąlygų tarp konkrečias atitinkamas Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, teikiančių valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir analogiškas paslaugas teikiančių privačių įstaigų.

(140) Šią išvadą patvirtina tai, kad vis dėlto, kaip nustatyta tyrimo metu, kiti teisės aktai nenumato ribojimo siųsti pacientų į privačias sveikatos priežiūros įstaigas, o ir pats Pacientų tvarkos aprašas nenumato draudimo pacientams pasirinkti privačios įstaigos teikiamas reikiamas Stacionarias paslaugas.

(141) Kaip nustatyta tyrimo metu ir nurodyta šio nutarimo 4 dalyje, tiek Sveikatos draudimo įstatymas, tiek Sveikatos sistemos įstatymas garantuoja pacientų teisę pasirinkti gydytoją, bet kurią šalies – valstybinę ar privačią – sveikatos priežiūros įstaigą. Atitinkamai atsižvelgus į Sveikatos apsaugos ministro 2001 m. balandžio 2 d. įsakymu Nr. 246 patvirtintoje apskaitos formoje Nr. 028-1/a „Siuntimas tirti, konsultuoti ir gydyti“ nėra įrašomas konkrečios įstaigos pavadinimas, į kurią pacientas turi kreiptis reikiamoms paslaugoms, įskaitant ir Stacionarines, gauti, o tik nurodoma pas kokios profesinės kvalifikacijos gydytoją specialistą pacientas siunčiamas. Atitinkamai pacientai gali pasirinkti kreiptis į valstybės ar savivaldybių arba privačias sveikatos priežiūros įstaigas, o šios įstaigos turi vienodas galimybes siūlyti ir teikti savo paslaugas pacientams.

(142) Įvertinus šias teisės aktų nuostatas, nėra pagrindo išvadai, kad Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punktas apribotų paciento teisę pasirinkti konkrečią sveikatos priežiūros įstaigą (valstybės ar savivaldybės arba privačią) Stacionarinėms paslaugoms gauti ar apribota privačių sveikatos priežiūros įstaigų galimybė konkuruoti su viešomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Todėl nėra pagrindo pripažinti, kad Pacientų siuntimo tvarkos aprašo 6 punktas pažeidžia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimus.

(143) Vis dėlto, siekiant išvengti galimų neaiškumų dėl to, kad pacientų siuntimas gauti atitinkamas konkrečias Stacionarines paslaugas nereiškia, jog tokias paslaugas pacientas turi teisę gauti tik iš valstybės ar savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, Sveikatos apsaugos ministerijai siūloma tikslinti pacientų siuntimo stacionarinėms sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarką, nurodant, kad pacientui išduodamas siuntimas Stacionarinėms paslaugoms gauti, neriboja paciento teisės pasirinkti konkrečią asmens sveikatos priežiūros įstaigą nepriklausomai nuo jos nuosavybės ar teisinės formos, t. y. kad jis konkrečias paslaugas gali gauti iš bet kurios jo pasirinktos atitinkamas paslaugas turinčios teisę teikti asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

9. Dėl Leidimų išdavimo tvarkos aprašo vertinimo

9.1. Dėl reikalavimo suderinti prašymą su dalininku

(144) Kaip nustatyta tyrimo metu ir nurodyta šio nutarimo 5.1 dalyje, Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 3 punkte (kuris galiojo iki 2011 m. spalio 21 d.) buvo numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaiga, norėdama sudaryti sutartį su TLK dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų, prieš pateikdama prašymą Sveikatos apsaugos ministerijai, turėjo jį suderinti su dalininku.

(145) Nagrinėjant šią Leidimų išdavimo tvarkos aprašo nuostatą pastebėtina, kad reikalavimą suderinti prašymą dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų teikimo su asmens sveikatos priežiūros įstaigos dalininkais gali įvykdyti ne visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, o tik tos, kurių teisinė forma yra viešoji įstaiga pagal Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymą (Žin., 1996, Nr. 68-1633; 2004, Nr. 25-752). Viešosios įstaigos yra valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

(146) Tačiau asmens sveikatos priežiūros įstaigų teisinė forma nėra ribojama, todėl jos gali turėti ir kitokią teisinę formą, pavyzdžiui, veikti kaip uždarosios akcinės bendrovės. Atitinkamai atsižvelgus į Lietuvos Respublikos akcinių bendrovių įstatymo (Žin., 2000, Nr. 64-1914; 2003, Nr. 123-5574) nuostatas, matyti, kad akcinės bendrovės neturi dalininkų, todėl objektyviai neturėtų galimybių prašymo leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas suderinti su dalininkais.

(147) Kaip nustatyta tyrimo metu, Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 minėtas Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 3 punktas buvo pakeistas 4 punktu, pagal kurį pareiga prašymą leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas suderinti su dalininku numatyta tik sveikatos priežiūros įstaigoms, kurių dalininkas yra valstybė ir (ar) savivaldybės.

(148) Atsižvelgus į šį pakeitimą, darytina išvada, kad privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios gali būti ir kitokios nei viešoji įstaiga teisinės formos, Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 4 punktas nesudaro kliūčių teikti prašymus leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų bei atitinkamai nesudaro skirtingų konkurencijos sąlygų privačioms ir valstybės bei savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigoms siekiant pacientams teikti atitinkamas Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto.

(149) Dėl šių priežasčių nėra pagrindo pripažinti, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 4 punktas prieštarauja Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams.

9.2. Dėl prašymų atitikties Restruktūrizavimo programai ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašui

(150) Kaip nustatyta tyrimo metu ir nurodyta šio nutarimo 5.2 dalyje, Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 ir 2012 m. gegužės 5 d. įsakymu Nr. V-428 Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punkte buvo numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigų prašymai leisti teikti naujo profilio paslaugas nukreipiami Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentui ir VLK. Taip pat numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentas įvertina prašomų naujo profilio paslaugų atitiktį Restruktūrizavimo programos kriterijams, Pacientų siuntimo tvarkos aprašo ir kitų teisės aktų reikalavimams.

(151) Vertinant šią nuostatą atkreiptinas dėmesys, jog kaip nustatyta tyrimo metu, ir ką patvirtino Sveikatos apsaugos ministerija, Restruktūrizavimo programa apima tik stacionarines valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigas (išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarines įstaigas) ir jų teikiamas paslaugas. Tik šios sveikatos priežiūros įstaigos yra skirstomos į lygmenis: rajonų, regionų, respublikos. Tuo tarpu privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms minėta programa nėra taikoma ir jos nepriskiriamos atitinkamiems lygmenims vadovaujantis Restruktūrizavimo programoje nurodytais kriterijais. Pacientų siuntimo tvarkos aprašas, kuriuo įgyvendinama Restruktūrizavimo programa, taip pat taikomas tik valstybės ir savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigų atžvilgiu, nes jame įtvirtinti pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens (rajoninio, regioninio ar respublikos) asmens sveikatos priežiūros įstaigas tvarka ir kriterijai taikomi tik valstybės ir savivaldybių įstaigoms.

(152) Atsižvelgus į tai, darytina išvada, kad privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų prašomos leisti teikti naujo profilio Stacionarinės paslaugos objektyviai negali tenkinti nei Restruktūrizavimo programos kriterijų, nei Pacientų siuntimo tvarkos aprašo reikalavimų, kadangi nei pačioms privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nei jų teikiamoms Stacionarinėms paslaugoms ar siekiamoms teikti naujo profilio Stacionarinėms paslaugoms nėra taikomi.

(153) Pastebėtina, kad Sveikatos apsaugos ministerija tyrimo metu nurodė, jog Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentas greta VLK pateiktos informacijos, taip pat vertina ir Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo kriterijus bei reikalavimus, nagrinėdamas tik valstybės ir savivaldybių stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų prašymus dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų teikimo tikslingumo. Sveikatos apsaugos ministerijos teigimu, privačių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai vertinami tik pagal VLK pateiktus duomenis. Tačiau, kaip matyti iš Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 11 punkto vėlesniame etape Leidimų komisija turi vertinti visų sveikatos priežiūros įstaigų prašymus dėl leidimų teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, remdamasi įskaitant ir Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo kriterijais ir reikalavimais.

(154) Atsižvelgiant į šias aplinkybes, susiklosto situacija, kad esant numatytoms sąlygoms, pateikti tiek privačių, tiek valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai bet kuriuo atveju (ar ankstesniame etape, ar vėlesniame etape) papildomai vertinami ir pagal Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo kriterijus ir reikalavimus, nors šiuos kriterijus ir reikalavimus gali atitikti tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigos. Taigi, privačių sveikatos priežiūros įstaigų pateikti prašymai negali atitikti minėtų teisės aktų, nes šie teisės aktai apskritai šioms įstaigoms netaikomi.

(155) Pastebėtina, kad vien tai, jog, kaip nurodė Sveikatos apsaugos ministerija, nė vienas privačios asmens sveikatos priežiūros prašymas nebuvo atmestas tuo pagrindu, kad šioms įstaigoms Restruktūrizavimo programa ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašas nėra taikomi, nepaneigia to, kad ateityje tokių atvejų nepasitaikys, bei nepaneigia to, kad ši nuostata gali daryti įtaką privačių įstaigų apsisprendimui teikti atitinkamas Stacionarines paslaugas. Pavyzdžiui, įvertinusi Leidimų išdavimo tvarkos aprašo nuostatas, privati įstaiga apskritai gali nuspręsti atsisakyti planų teikti iš PSDF biudžeto apmokamas Stacionarines paslaugas ir todėl net neteikti prašymo Sveikatos apsaugos ministerijai.

(156) Atsižvelgiant į šias aplinkybes, bei į tai, jog Leidimų išdavimo tvarkos aprašas taikomas visoms sveikatos priežiūros įstaigoms, aiškiai nenumačius, jog tik viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų prašymai gali būti vertinami dėl atitikties Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo reikalavimams, darytina išvada, kad privačių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai neatitikę Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punkto nuostatos, toliau gali būti nebevertinami. Tokiu teisiniu reguliavimu, privačios sveikatos priežiūros įstaigos, siekiančios gauti leidimą teikti Stacionarines paslaugas, diskriminuojamos viešų sveikatos priežiūros įstaigų atžvilgiu, kadangi tik valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai, atitikę minėtus reikalavimus, gali būti vertinami pagal kitus kriterijus, tačiau esant nustatytam teisiniam

reguliavimui, nėra užtikrinama, jog privačių sveikatos priežiūros įstaigų prašymai taip pat bus vertinami.

(157) Tokiu būdu iš privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų gali būti atimta galimybė gauti leidimą teikti konkrečias atitinkamas naujo profilio Stacionarines paslaugas ir konkuruoti su analogiškas paslaugas teikiančiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. Be to, dėl Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punkto privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos atsiduria nepalankesnėje padėtyje lyginant su valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios tik ketina plėsti savo veiklą pradėdamos teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, nes pastarųjų įstaigų prašymai leisti teikti šias paslaugas, skirtingai nei privačių įstaigų prašymai, negali būti atmesti formaliu pagrindu, jog jos nepatenka į Restruktūrizavimo programos ir Pacientų siuntimo tvarkos aprašo taikymo sritį.

(158) Šios aplinkybės rodo, kad dėl Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punkto privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra diskriminuojamos valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, atžvilgiu. Dėl to privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms gali būti sudaromos kliūtys pradėti teikti konkrečias atitinkamas Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų. Tokia situacija vertintina kaip konkurencijos atitinkamų Stacionarinių paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, rinkoje ribojimas, be kita ko, ribojantis ir pacientų galimybes įgyvendinti teisę pasirinkti, kokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis Stacionariomis paslaugomis, apmokamomis iš PSDF biudžeto lėšų, naudotis.

(159) Tyrimo metu nenustatyta, kad toks privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų galimybių teikti iš biudžeto apmokamas Stacionarias paslaugas apribojimas būtų įtvirtintas įstatymuose ar būtų lemtas įstatymų reikalavimo vykdymo.

(160) Dėl šių priežasčių darytina išvada, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 5 punktas prieštarauja Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams.

9.3. Dėl paslaugos vartojimo rodiklio apskaičiavimo

(161) Kaip nustatyta tyrimo metu ir nurodyta šio nutarimo 5.3 dalyje, pagal iki 2011 m. spalio 21 d. galiojusio Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 6.1.1 ir 6.1.2 punktus, apskaičiuojant naujo profilio Stacionarinės paslaugos poreikį, buvo lyginamas veiklos zonos aptarnaujamiems gyventojams suteiktos paslaugos vartojimo rodiklis su šalies vidurkiu, atitinkamai numatyta, kad jeigu paslaugos vartojimo rodiklis didesnis nei šalies vidurkis, lygus jam arba nežymiai mažesnis, VLK daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra, o jeigu paslaugos vartojimo rodiklis žymiai mažesnis, nei šalies vidurkis, apklausia sveikatos priežiūros įstaigas dėl jų galimybės padidinti šios paslaugos teikimo apimtis.

(162) Pastebėtina, jog apskaičiuojant paslaugos poreikį, buvo vartojamos formuluotės „paslaugos vartojimo rodiklis nežymiai mažesnis“ bei „paslaugos vartojimo rodiklis žymiai mažesnis nei šalies vidurkis“. Dėl minėtų formuluočių neapibrėžtumo, galėjo kilti rizika, jog šios formuluotės galėjo būti vertinamos neobjektyviai atskirų sveikatos priežiūros įstaigų, pateikusių prašymus leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, atžvilgiu. Toks neapibrėžtumas, taip pat galėjo nesudaryti galimybės sveikatos priežiūros įstaigoms įvertinti, kokie konkretūs kriterijai lemia paslaugos poreikio apskaičiavimą, kuris turėjo įtakos Sveikatos apsaugos ministro sprendimams leisti ar neleisti joms teikti konkrečias naujo profilio Stacionarines paslaugas. Toks teisinis reguliavimas galėjo pažeisti sveikatos priežiūros įstaigų teisėtus lūkesčius.

(163) Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 minėtos nuostatos buvo pakeistos Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.1 bei 7.1.2 punktais, kuriuose nustatyta, kad jeigu paslaugos vartojimo rodiklis didesnis nei šalies vidurkis, lygus jam arba mažesnis ne daugiau kaip 10 proc., VLK daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra, o tuo atveju, kai paslaugos vartojimo rodiklis daugiau kaip 10 proc. mažesnis nei šalies vidurkis, apklausia sveikatos priežiūros įstaigas dėl galimybės padidinti šios paslaugos teikimo apimtis.

(164) Taigi, minėtu Leidimų išdavimo tvarkos aprašo pakeitimu, buvo nustatytas 10 proc. vertinimo kriterijus, kuris turėjo pašalinti galimybę subjektyviai vertinti skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų prašymus, apskaičiuojant paslaugos vartojimo rodiklį. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.1 bei 7.1.2 punktuose įtvirtintos nuostatos, susijusios su paslaugos vartojimo rodiklio apskaičiavimu, numato visoms sveikatos priežiūros įstaigoms taikomą kriterijų, kuris visų įstaigų prašymų nagrinėjimo atveju nustato vienodą duomenų apie poreikio rodiklius vertinimo būdą, todėl savaime nesudaro skirtingų konkurencijos sąlygų atitinkamoje rinkoje veikiantiems ar siekiantiems veikti ūkio subjektams.

(165) Dėl šių priežasčių nėra pagrindo pripažinti, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.1 ir 7.1.2 punktai prieštarauja Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams.

9.4. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų apklausos dėl jų galimybės padidinti teikiamų paslaugų apimtis

9.4.1. Dėl ūkio subjektų privilegijavimo ar jų diskriminavimo ir skirtingų konkurencijos sąlygų sudarymo

(166) Kaip nustatyta tyrimo metu bei paaiškinta šio nutarimo 5 dalyje, nuo 2011 m. sausio 1 d. įsigaliojus Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 9 daliai, sveikatos priežiūros įstaigos (nepriklausomai nuo nuosavybės formos), norinčios teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, turi gauti leidimą Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Įgyvendinant minėtą nuostatą, buvo patvirtintas Leidimų išdavimo tvarkos aprašas. Taigi, tik gavusi leidimą nustatyta tvarka, sveikatos priežiūros įstaiga gali sudaryti sutartį su TLK dėl naujo profilio Stacionarių paslaugų teikimo išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų.

(167) Kaip nustatyta tyrimo metu, tiek Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 patvirtintame, tiek Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-905 ir 2012 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. V-428 pakeistame Leidimų išdavimo tvarkos apraše buvo numatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigai pateikus prašymą leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, VLK gali vykdyti atitinkamas Stacionarines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų apklausą.

(168) Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktuose nurodyta, kad VLK: 1) jeigu paslaugos vartojimo rodiklis daugiau kaip 10 proc. mažesnis nei šalies vidurkis, apklausia asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl galimybės padidinti šios paslaugos teikimo apimtį; 2) jeigu apklaustos asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali padidinti šios paslaugos teikimo apimtis, daro išvadą, kad paslaugos poreikio nėra.

(169) Pažymėtina, kad nors galutinį sprendimą dėl leidimų išdavimo teikti iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamas naujo profilio Stacionarines paslaugas priima Sveikatos apsaugos ministras, tačiau vis dėlto, VLK pateikus išvadas Sveikatos apsaugos ministerijai, jog jau tokias paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos gali padidinti paslaugų apimtis, priimamas sprendimas leidimo neišduoti.

(170) Tai patvirtina ir tyrimo metu nustatytos aplinkybės, pavyzdžiui, atsisakymas išduoti leidimą dėl aukščiau nurodytų priežasčių UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ (I tomas, b. l. 36, 162).

(171) Kaip nustatyta tyrimo metu ir nurodyta šio nutarimo 5.3 dalyje, sveikatos priežiūros įstaigų teisę teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, išskyrus išimtinius atvejus (pavyzdžiui, paminėti šio nutarimo 79 pastraipoje), lemia sveikatos priežiūros įstaigų, jau teikiančių analogiškas paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, apklausos rezultatai, kadangi tik apklausiamoms sveikatos priežiūros įstaigoms atsisakius padidinti Stacionarinių paslaugų, finansuojamų iš PSDF biudžeto apimtis, teisė teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas suteikiama to prašančiai sveikatos priežiūros įstaigai. Taigi, sveikatos priežiūros įstaigų, jau teikiančių konkrečias Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, sutikimas padidinti

teikiamų paslaugų apimtis, gali užkirsti kelią įeiti į rinką sveikatos priežiūros įstaigoms, norinčioms teikti analogiškas naujo profilio Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų.

(172) Atkreiptinas dėmesys ir į tai, jog, kaip buvo nustatyta tyrimo metu, VLK pakanka sveikatos priežiūros įstaigos atsakymo, jog pastaroji gali padidinti paslaugų apimtis (tokia apimtimi, kokios prašo norinti teikti naujas Stacionarines paslaugas sveikatos priežiūros įstaiga), ir papildomai nėra vertinamas tokių atsakymų pagrįstumas, t. y. ar sveikatos priežiūros įstaigos objektyviai tai gali padaryti. Taigi, sveikatos priežiūros įstaigų, kurios siekia gauti leidimą teikti iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamas atitinkamas Stacionarines paslaugas, galimybės gauti tokį leidimą bei pradėti teikti šias paslaugas iš esmės yra priklausomos nuo jau šias paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų suinteresuotumo pateikiant vienokį ar kitokį subjektyvų ir nebūtinai objektyviomis galimybėmis pagrįstų savo pajėgumų vertinimo.

(173) Be to pastebėtina, kad, kaip nustatyta tyrimo metu, gali pakakti ir tik vienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos atsakymo, kad ji gali padidinti savo teikiamų paslaugų apimtis, kad VLK, remdamasi Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.2 punktu, padarytų išvadą, jog konkrečios paslaugos poreikio nėra. Atitinkamai, dėl to prašančios išduoti leidimą įstaigos galimybės gauti leidimą teikti atitinkamas Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, gali tapti priklausomos ne nuo objektyviai įvertinto paslaugų poreikio, tačiau nuo vienos jau šias paslaugas teikiančios įstaigos, kuri gali būti nesuinteresuota potencialaus konkurento atsiradimu, subjektyvios nuomonės.

(174) Taigi, dėl Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktų nuostatų tiek valstybės ir savivaldybių, tiek ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų galimybės pradėti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, tampa priklausoma ne nuo objektyvių kriterijų, tačiau nuo kitų jau rinkoje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų (potencialių konkurentų) valios.

(175) Pavyzdžiui, jei sveikatos priežiūros įstaiga, kuri veikia Stacionarinių paslaugų, finansuojamų iš PSDF biudžeto, rinkoje (yra sudariusi sutartį su TLK) sutinka padidinti savo teikiamų Stacionarinių paslaugų apimtis, tiek privačios, tiek valstybės ir savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigos praranda galimybę gauti leidimą teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, bei sudaryti sutartis dėl tokių paslaugų teikimo su TLK. Kita vertus, būdama nesuinteresuota prarasti dalies pacientų, kurie galėtų pradėti naudotis naujo profilio Stacionarines paslaugas pradėsiančios teikti įstaigos paslaugomis, ir tokiu būdu netekti dalies pajamų už suteiktas iš PSDF biudžeto apmokamas paslaugas, pati įstaiga turi galimybes užkirsti kelią naujo konkurento atsiradimui, konkrečių Stacionarinių paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, teikimo srityje.

(176) Tokiu būdu sveikatos priežiūros įstaigos, jau teikiančios atitinkamas paslaugas (yra pasirašiusios sutartis su TLK) privilegijuojamos sveikatos priežiūros įstaigų, siekiančių gauti leidimą dėl naujo profilio Stacionarinių paslaugų, finansuojamų iš PSDF biudžeto lėšų bei sudaryti sutartis su TLK, atžvilgiu, kadangi jos turi galimybę spręsti dėl to, ar turėtų būti leista atitinkamas paslaugas teikti leidimo prašančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Be to, leidimo prašančios įstaigos yra diskriminuojamos atitinkamas Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, jau teikiančių įstaigų atžvilgiu, kadangi jų galimybės gauti leidimą gali priklausyti ne nuo objektyvių aplinkybių, tačiau nuo subjektyvios kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų valios.

(177) Taigi, vienos sveikatos priežiūros įstaigos (jau teikiančios atitinkamas iš PSDF biudžeto apmokamas Stacionarines paslaugas) gali daryti įtaką kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ūkinės veiklos, susijusios su analogiškų paslaugų teikimu, vykdymui ir plėtrai, galėdamos sudaryti kliūtis pradėti jas teikti. Atitinkamai kitų įstaigų ūkinė veikla, teikiant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas Stacionarines paslaugas, gali tapti priklausoma ne nuo jų, o nuo potencialių konkurentų valios. Tokios skirtingos konkurencijos sąlygos vertintinos kaip konkurencijos atitinkamų Stacionarinių paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, rinkoje ribojimas, taip pat ribojantis ir pacientų galimybes įgyvendinti teisę pasirinkti, kokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis Stacionariomis paslaugomis, apmokamomis iš PSDF biudžeto lėšų, naudotis.

(178) Atsižvelgus į išdėstytą darytina išvada, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktuose kaip viena iš leidimo išdavimo tvarkos sąlygų numatyta jau atitinkamas Stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų apklausa, neužtikrina sąžiningos konkurencijos laisvės sudarant vienodas konkurencijos sąlygas tarp esamų ir potencialių atitinkamų Stacionarinių paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, teikėjų, kaip tai numato Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimai.

(179) Pastebėtina, tai, jog tokios situacijos, kai galimybė įeiti į atitinkamą rinką priklauso nuo jau toje rinkoje veikiančių ūkio subjektų nuomonės ar pritarimo, gali būti laikomos Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio pažeidimu, patvirtina ir Konkurencijos tarybos praktika. Pavyzdžiui, Konkurencijos tarybos 2008 m. liepos 10 d. nutarime 2S-17[5] buvo pripažinta, kad tvarka, kai nauji žuvų ištekių naudotojai žvejybos kvotas galėjo gauti pritarus daugiau negu pusei tame telkinyje žvejojančių įmonių arba jas atstovaujančių organizacijų, galėjo užkirsti kelią naujam naudotojui įeiti į žvejybos rinką, ir tuo pažeidė Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimus.

9.4.2. Skirtingos konkurencijos sąlygos nėra lemtos Lietuvos Respublikos įstatymų reikalavimų vykdymo

(180) Vadovaujantis Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalimi, viešojo administravimo subjektų veiksmai diskriminuojant ir privilegijuojant ūkio subjektus, tuo sudarant skirtingas konkurencijos sąlygas, nelaikomi Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimų pažeidimu, jei skirtingų konkurencijos sąlygų neįmanoma išvengti vykdant Lietuvos Respublikos įstatymų reikalavimus.

(181) Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas 2012 m. gegužės 30 d. sprendime administracinėje byloje Nr. A[858]-1484/2012 konstatavo, kad minėta Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalyje numatyta sąlyga turi būti aiškinama kaip nurodanti atvejus, kuomet viešojo administravimo subjektas neturi diskrecijos pasirinkti tam tikrą elgesio modelį, o, priimdamas konkretų sprendimą (aktą), paprasčiausiai vykdo iš įstatymo kylantį imperatyvų reikalavimą. Tokį aiškinimą suponuoja ir Lietuvos Respublikos Konstitucijos 46 straipsnyje įtvirtintas ūkinės veiklos laisvės principas bei konstitucinis draudimas monopolizuoti rinką, užtikrinti sąžiningą konkurenciją.

(182) Taigi, ir nagrinėjamu atveju Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktų nuostatos, numatančios, jog sveikatos priežiūros įstaigai paprašius leidimo naujo profilio Stacionarinėms paslaugoms teikti ir nustačius, jog yra paslaugos poreikis, dar apklausiamos tokias paslaugas jau teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos dėl galimybės padidinti tokių paslaugų teikimo apimtis, galėtų būti pateisinamas tik tuo atveju, jeigu tokią prašymų leisti teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas nagrinėjimo tvarką lėmė įstatymuose numatytų imperatyvių teisės normų vykdymas ir dėl to kitokios tvarkos nebuvo įmanoma nustatyti.

(183) Tačiau išanalizavus įstatymų nuostatas, reglamentuojančias asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, nenustatyta, jog įstatymuose būtų numatyta pareiga Sveikatos apsaugos ministrui patvirtinti tokią leidimų dėl naujo profilio stacionarinių paslaugų teikimo išdavimo tvarką, kokia nustatyta nagrinėjamu atveju, t. y. kaip vieną iš privalomų leidimo išdavimo sąlygų numatyti sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, apklausą, kas atitinkamai lemia skirtingų konkurencijos sąlygų sudarymą. Tokių įstatymų nuostatų nenurodė ir Sveikatos apsaugos ministerija.

(184) Atkreiptinas dėmesys į šias įstatymų nuostatas: pavyzdžiui, Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 9 dalyje numatyta, jog sveikatos priežiūros įstaiga gali teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, tik gavusi leidimą Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Tačiau, minėto įstatymo nuostata palieka Sveikatos apsaugos ministrui diskreciją spręsti, kokia tvarka turi būti išduodami leidimai ir savaime nesudaro prielaidos, joje

---

[5] *http://kt.gov.lt/index.php?show=nut_view&nut_id=551*. Konkurencijos tarybos nutarimo teisėtumas buvo patvirtintas Lietuvos vyriausiojo administracintio teismo 2010 m. gegužės 21 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A[502] 539/2010.

numatyti skirtingų konkurencijos sąlygų. Todėl, Sveikatos apsaugos ministras turėjo galimybę Leidimų išdavimo tvarkos apraše numatyti objektyvius kriterijus ir išvengti konkurencijos ribojimo, tačiau šios pareigos neįvykdė.

(185) Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje taip pat įtvirtinta, kad sutartys tarp TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Pastebėtina, jog ši teisės akto nuostata numato konkrečius subjektus, kurie pateikia nuomones dėl sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių su TLK sudarymo, tačiau nėra numatyta, jog šiame procese dalyvauja sveikatos priežiūros įstaigos, jau sudariusios sutartis su TLK. Kitaip tariant, nei vienas įstatymas nenumato ir neįpareigoja, jog sprendžiant klausimą dėl leidimo išdavimo ir sutarties sudarymo su TLK procese būtų apklausiamos sveikatos priežiūros įstaigos, kurios jau teikia Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto.

(186) Atkreiptinas dėmesys, kad Sveikatos apsaugos ministerija pateiktuose paaiškinimuose minėtos tvarkos nustatymą grindė tuo, jog dėl ribotų PSDF biudžeto lėšų, turi būti užtikrinamas pakankamas pacientų srautas bei nustatomi kriterijai, kuriais remiantis būtų galima reguliuoti naujų paslaugų teikimą, ribojant jų kiekį ir taip siekiant apsaugoti PSDF biudžeto lėšas. Taip pat teigė, kad tikslas Lietuvoje mažinti hospitalizacijos laipsnį, būtent stacionare gydomų pacientų skaičių, numatytas ir Restruktūrizavimo programoje. Ministerijos nuomone, sutelkus pacientus vienoje vietoje, efektyviau būtų panaudojami sveikatos priežiūros įstaigos resursai, efektyviau išnaudojama aparatūra, operacinės nebedirba prastovų režimu ir visas personalas, turėdamas didesnį pacientų srautą, įgyja didesnę patirtį ir tokiu būdu suteikia saugesnes ir kokybiškesnes paslaugas.

(187) Vertinant šiuos Sveikatos apsaugos ministerijos argumentus dėl nagrinėjamą leidimų išdavimo tvarką lėmusių aplinkybių, pažymėtina, jog išanalizavus Restruktūrizavimo programos nuostatas, nustatyta, kad svarbiausias šios programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės, ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Pavyzdžiui, Restruktūrizavimo programos 7.2 punkte įtvirtinta, kad vienas iš restruktūrizavimo tikslų – optimizuoti stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir restruktūrizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, o taip sutaupytas lėšas skirti ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti.

(188) Tačiau, nors Restruktūrizavimo programa numato valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimą ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimą, tačiau ji nelemia diskriminacinių sąlygų, norinčioms teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigoms, sudarymo, t. y. neįpareigoja Sveikatos apsaugos ministro nustatyti tokį teisinį reguliavimą, jog sprendžiant, ar išduoti leidimą sveikatos priežiūros įstaigai teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas, būtų apklausiamos jau Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto, teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos dėl galimybės padidinti teikiamų paslaugų apimtis. Tuo tarpu, kaip ne kartą akcentavo Sveikatos apsaugos ministerija, Leidimų išdavimo tvarka taikoma tiek viešoms, tiek privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, todėl minėtoms sveikatos priežiūros įstaigoms turi būti sudarytos objektyvios ir aiškios sąlygos leidimui teikti naujo profilio Stacionarines paslaugas gauti. Taigi, nėra pagrindo sutikti, jog Restruktūrizavimo programoje numatyti tikslai negali būti pasiekti kitomis priemonėmis, t. y. nesudarant skirtingų konkurencijos sąlygų.

(189) Tuo tarpu, Konkurencijos taryba taip pat neneigia, kad PSDF biudžeto lėšos apmokėti stacionarinėms paslaugoms yra ribotos, tačiau tai savaime nesudaro prielaidos Sveikatos apsaugos ministrui įsakymu nustatyti neobjektyvius kriterijus naujo profilio stacionarinėms paslaugoms teikti. Nėra pagrindo sutikti, jog tvarkos nustatymas, kai apklausiamos sveikatos priežiūros įstaigos jau teikiančios stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto yra vienintelis būdas efektyviau panaudoti PSDF biudžeto lėšas, ypač kai šis būdas sukuria skirtingas konkurencijos sąlygas. Be to, nei vienas teisės aktas imperatyviai nenurodo, jog būtent tokiu būdu turi būti apsaugotos PSDF biudžeto lėšos.

(190) Atsižvelgus į aukščiau išdėstytas aplinkybes, darytina išvada, kad nei įstatymų nuostatos, nei kiti teisės aktai, kuriais rėmėsi Sveikatos apsaugos ministerija, negalėjo lemti tokios prašymų nagrinėjimo tvarkos, kokia nustatyta Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktuose, kuri sudaro skirtingas konkurencijos sąlygas tarp Stacionarines paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, jau tiekiančių ir norinčių atitinkamas paslaugas teikti sveikatos priežiūros įstaigų. Taigi, nagrinėjamu atveju nenustatyta, kad skirtingas konkurencijos sąlygas sudarančios Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktų nuostatos, kiek jos susijusios su kitų sveikatos priežiūros įstaigų apklausa, lėmė Lietuvos Respublikos įstatymų reikalavimai. Tokių įrodymų nepateikė ir Sveikatos apsaugos ministerija.

(191) Apibendrinus tai, kas išdėstyta, konstatuotina, kad Leidimų išdavimo tvarkos aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktai, numatantys, kad, nustačius, jog yra paslaugos poreikis, VLK apklausia kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl galimybės padidinti teikiamų paslaugų apimtis, ir, jei jos atsako, kad gali padidinti paslaugų teikimo apimtis, VLK daro išvadą, kad paslaugų poreikio nėra, prieštarauja Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams.

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo (Žin., 1999, Nr. 30-856; 2012, Nr. 42-2041) 4 straipsniu ir 18 straipsnio 1 dalies 3 punktu,

Konkurencijos taryba n u t a r i a :

1. Pripažinti, kad Leidimų teikti iš Privalomojo socialinio draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo/atsisakymo išduoti tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 (Žin., 2010, Nr. 158-8063; 2011, Nr. 126-6000; 2012, Nr. 57-2875), 5, 7.1.2 ir 7.2 punktai pažeidžia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimus.

2. Įpareigoti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją ne vėliau kaip per 3 mėnesius nuo Konkurencijos tarybos nutarimo paskelbimo Konkurencijos tarybos interneto svetainėje *www.kt.gov.lt* dienos, Leidimų teikti iš Privalomojo socialinio draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo/atsisakymo išduoti tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145, 5, 7.1.2 ir 7.2 punktus panaikinti arba pakeisti taip, kad neprieštarautų Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams.

3. Įpareigoti Sveikatos apsaugos ministeriją ne vėliau kaip per 14 dienų nuo 2 punkte nurodyto įpareigojimo įvykdymo apie tai informuoti Konkurencijos tarybą, pateikiant patvirtinančius įrodymus.

4. Rekomenduoti Sveikatos apsaugos ministerijai tikslinti pacientų siuntimo stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, apmokamoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, gauti tvarką, užtikrinant, kad pacientams išduodami siuntimai šioms paslaugoms gauti neribotų pacientų teisės pasirinkti konkrečias asmens sveikatos priežiūros įstaigas nepriklausomai nuo jų nuosavybės ar teisinės formos.

Nutarimas per 20 dienų nuo jo paskelbimo Konkurencijos tarybos interneto svetainėje *www.kt.gov.lt* dienos gali būti skundžiamas Vilniaus apygardos administraciniam teismui. Skundo padavimas nesustabdo Konkurencijos tarybos nutarimo vykdymo.

Pirmininkas Šarūnas Keserauskas