

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai

2025 m. gruodžio 18 d., Nr. 25-1961R

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 1999 M. LIEPOS 30 D. ĮSAKymo NR. 357 „DĖL MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKOS APRAŠO IR MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KAINŲ APSKAIČIAVIMO METODIKOS PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO PROJEKTO NR. 25-19231

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – **SAM**) 2025 m. gruodžio 11 d. registravo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gruodžio 11 d. įsakymo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo ir mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“ projektą Nr. 25-19231 (toliau – **Įsakymo projektas**). Lietuvos verslo konfederacija (LVK) sutinka su siūlymu grąžinti anksčiau galiojusios Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo redakcijos 7.1. p., siekiant užtikrinti didesnį asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tačiau, prašome SAM pakoreguoti šiuo metu Įsakymo projektu siūlomą tekstą, nes Įsakymo projektu siūloma nauja 5.2. p. redakcija, palyginti su iki šiol galiojusia 7.1. p. nuostata, keičia ne tik struktūrą, bet ir esminį teisinio reguliavimo turinį.

Pažymėtina, kad iki šiol galiojusi 7.1.p. redakcija nustatė aiškią ir praktikoje nusistovėjusią tvarką: „<...> *Jei gydytojas specialistas nustato, kad pacientas kreipėsi pagrįstai, toliau asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų bendra tvarka*“. Kitaip sakant, „pagrįstumo“ kriterijus buvo siejamas su gydytojo specialisto profesiniu vertinimu. Toks reguliavimas sudarė prielaidas lanksčiai reaguoti į individualią paciento sveikatos būklę, nesiejant sprendimo dėl tolesnio paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų su papildomomis formaliomis sąlygomis.

Įsakymo projektu siūloma 5.2. p. redakcija papildomai įveda sąlygą, jog pagrįstu laikomas tik toks paciento kreipimasis, kai „pacientui gydytojo nustatytos indikacijos atitinka teisės aktuose nustatytas nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo neturint siuntimo sąlygas“. Tokia formuluotė kelia rimtų abejonių dėl jos aiškumo ir praktinio taikymo, ypač atsižvelgiant į tai, kad galiojančiame teisiniame reguliavime nemokamų paslaugų gavimas be siuntimo iš esmės siejamas su pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis, o ne su stacionarine ar specializuota ambulatorine pagalba.

Tokiu būdu siūlomas „patikslinimas“ ne tiek paaiškina ar konkretizuoja buvusią nuostatą, kiek keičia jos esmę, įvesdamas naują ribojimą, kuris nebuvo taikomas anksčiau ir kuris gali dar labiau apsunkinti PSDF lėšomis apmokamų stacionariųjų ir specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Toks „patikslinimas“ faktiškai paneigia patį 5.2 p. tikslą – sudaryti galimybę gydytojui specialistui profesionaliai įvertinti paciento būklę ir spręsti dėl tolimesnio gydymo, paslaugas apmokant PSDF biudžeto lėšomis.

Papildomai atkreipiame dėmesį, kad nors Įsakymo projekto Aiškinamajame rašte nurodoma, jog rengiant Įsakymo projektą buvo atsižvelgta į Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos verslo konfederacijos 2025 m. lapkričio 19 d. pasirašytą susitarimą dėl LNSS stiprinimo ir geresnio paslaugų prieinamumo (toliau – **Susitarimas**), siūloma 5.2. p. redakcija jo neatitinka. Susitarime aiškiai nustatyta, kad mokamos konsultacijos metu nustačius mediciniskai būtinas tolimesnes paslaugas, jos turi būti teikiamos ir apmokamos PSDF lėšomis tiek viešosiose, tiek privačiose įstaigose, nebent pats pacientas pasirinktų kitaip.

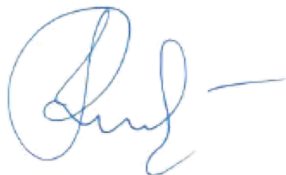
Atsižvelgdami į tai, prašome pakeisti Įsakymo projekto 5.2. p., išbraukiant papildomai nustatytą „pagrįstumo“ sąlygos aiškinimą ir paliekant gydytojo specialisto profesinį vertinimą kaip lemiamą kriterijų, kaip tai buvo nustatyta anksčiau galiojusioje 7.1. p. redakcijoje. Konkrečiai, siūlome tokią formuluotę:

„5.2. jei pacientas, neturėdamas Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnyje nurodyto vieno iš LNSS vykdomojo subjekto asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo siuntimo, savo iniciatyva kreipiasi dėl stacionarinės ar specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros mokamos paslaugos (konsultacijos, stacionarinio gydymo, procedūros, tyrimo ir pan.) suteikimo į jo pasirinktą bet kurią kitą LNSS asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytojas specialistas nustato, kad pacientas kreipėsi pagrįstai (~~pacientui gydytojo nustatytos indikacijos atitinka teisės aktuose nustatytas nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo neturint siuntimo sąlygas~~), toliau asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų bendra tvarka. Tokiu atveju gydytojas specialistas, suteikęs mokamą konsultaciją LNSS įstaigoje (nepriklausomai nuo jos nuosavybės formos), gali išrašyti siuntimą, pagal kurį pacientui bet kurioje LNSS įstaigoje teikiamos tolesnės tęstinės sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš PSDF biudžeto.“

LVK išlieka pasirengusi konstruktyviam dialogui ir bendradarbiavimui sveikatos sistemos stiprinimo klausimais.

Pagarbiai

Generalinė direktorė



Ineta Rizgelė