

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai

2026 m. kovo 20 d., Nr. 26-036IR

Valstybinei ligonių kasai

**DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO PAKEITIMŲ**

Lietuvos verslo konfederacija (**LVK**), vienijanti didžiąsias Lietuvos privačias asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir užsienio investuotojus, kreipiasi dėl 2026 m. kovo 2 d. Sveikatos apsaugos ministerijos (**SAM**) užregistruotų įsakymo Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo projekto Nr. 26-2805, įsakymo Nr. V-304 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo projekto Nr. 26-2804 ir įsakymo Nr. V-2818 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir antirecidyvinio sanatorinio gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios projekto Nr. 26-2806 (**Projektai**).

Projektai parengti atsižvelgiant į Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo (**LVAT**) 2026 m. sausio 7 d. administracinėje byloje Nr. el-4-1188/2026 priimtą sprendimą (**LVAT sprendimas**), kuriuo pripažinta, kad 2025 m. gegužės 9 d. priimti įsakymai Nr. V-444 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, Nr. V-434 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-304 „Dėl Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ ir Nr. V-438 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 10 d. įsakymo Nr. V-2818 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir antirecidyvinio sanatorinio gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios“ (**Neteisėti pakeitimai**) buvo priimti pažeidžiant teisės aktuose įtvirtintus norminių teisės aktų projektų rengimo ir derinimo su suinteresuotosiomis institucijomis reikalavimus. Šie pakeitimai taip pat palietė ir pacientus, kuriems sveikatos priežiūros įstaigos dėl viršytos sutartinės sumos nebegalėjo suteikti iš PSDF kompensuojamų paslaugų.

LVK apgailestauja, kad SAM neatsižvelgė į daugybę jau prieš metus socialinių partnerių teiktų pastabų ir komentarų Neteisėtų pakeitimų projektams. Nepaisant to, kad SAM pakartotinai teikia iš esmės analogiškus projektus, nuoširdžiai tikimės, kad šiuo kartu SAM išklauskis ir įsiklausys į mūsų komentarus ir ištaisys ne tik procedūrinius trūkumus, bet ir patobulins pačių projektų turinį. LVK nuomone, būtina rasti tokį paslaugų apmokėjimo modelį, kurio teisėtumas ir pagrįstumas atitiktų aukštesnės galios teisės aktuose, Lietuvos teismų praktikoje bei konstitucinėje doktrinoje įtvirtintus principus, įskaitant proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos ir teisinio tikrumo principus.

**LVK prašo SAM suorganizuoti aptarimą su socialiniais partneriais, kurio metu būtų galima aptarti šiuos reikšmingus ir didžiulį poveikį paslaugų prieinamumui turėsiančius pakeitimus.** Siekiant produktyvaus ir sklandaus susitikimo, šiuo raštu LVK pateikia pasiūlymus Projektams, kurie geriau atspindėtų Lietuvos sveikatos sistemos bei pacientų poreikius ir leistų užtikrinti tiek Privalomojo sveikatos draudimo fondo (**PSDF**) biudžeto, tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigų interesų subalansavimą.

- 1. Dėl neteisėtų 2025 m. pakeitimų ir virškvočių apmokėjimo 2026 metais, skaičiuojant pagal 2025 m. pirmo pusmečio rezultata**

LVK atkreipia dėmesį į tai, kad neteisėti 2025 m. pakeitimai sukėlė ir tebetęsia reikšmingą neigiamą įtaką sveikatos priežiūros įstaigoms, kuri turi būti tinkamai įvertinta nustatant 2026 m. apmokėjimo tvarką. Dėl neteisėtai priimtų ir atbuline tvarka įsigaliojusių Neteisėtų pakeitimų asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2025 metais suteikė paslaugų, kurios buvo nepagrįstai neapmokėtos arba apmokėtos neproporcingu dydžiu antrą pusmetį. Šios neapmokėtos sumos – tai reali finansinė žala, kurią patyrė įstaigos, sąžiningai teikusios paslaugas pacientams vadovaudamosi sutartyje numatytomis sąlygomis. LVAT sprendimas patvirtino, jog SAM įsakymai, nustatę tokią viršsutarinių paslaugų apmokėjimo tvarką buvo neteisėti.

Didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų 2026 m. sutartis su VLK sudarė remdamosi 2025 m. suteiktų paslaugų pagrindu – tai reiškia, kad 2026 m. sutarčių sumos realiai neatspindi fakto, nes jis buvo dirbtinai apribotas. Atsižvelgiant į tai, LVK siūlo, kad mokant už viršsutarines paslaugas 2026 m. viršutinė riba papildomai suteiktų paslaugų apmokėjimui būtų skaičiuojama arba nuo 2026 m. sutartyje nurodytos sumos, arba nuo sumos, lygios dvigubai 2025 m. pirmą pusmetį išmokėtai sumai, priklausomai nuo to kuri yra didesnė.

## **2. Dėl pirmos apmokėjimo grupės papildymo**

Dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos paslaugos bei gydytojų specialistų konsultacijos, kai atliekama bent viena intervencija, turėtų būti priskiriamos pirmai apmokėjimo grupei, užtikrinant visišką viršsutarinių šių paslaugų apmokėjimą, esant PSDF biudžeto galimybėms.

Dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos paslaugos bei gydytojų specialistų konsultacijos, Projektais yra priskiriamos trečiajai apmokėjimo grupei – kaip mažesnio prioriteto paslaugos. Priėmus Neteisėtus pakeitimus, tiek gydytojų specialistų konsultacijos su intervencijomis, tiek ambulatorinės chirurgijos paslaugos buvo priskirtos pirmai apmokėjimo grupei ir jų viršsutariniai kiekiai buvo apmokami prioriteto tvarka, 100 proc. Tik vėliau šios paslaugos buvo perkeltos į trečią apmokėjimo grupę, kur viršsutarinės paslaugos apmokamos tik apmokėjus aukštesnio prioriteto grupių paslaugas, o mokėtina suma apskaičiuojama nuo sumos, neviršijančios 50 proc. sutartinės sumos. Toks perkėlimas buvo atliktas be jokio objektyvaus medicininio ar ekonominio pagrindimo ir be tinkamų konsultacijų su socialiniais partneriais.

Projektų aiškinamajame rašte patys Projektų rengėjai pripažįsta, kad minėtos paslaugos yra „svarbios“, tačiau teigia, jog jos esą „ne tokios reikšmingos“ kaip aukštesnių grupių paslaugos, kadangi šios paslaugos yra planinės ir jų teikimą galima valdyti atsižvelgiant į finansines galimybes. Toks vertinimas yra nepagrįstas ir neatitinka medicininės realybės. Pacientų ligų ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikio neįmanoma „planuoti“ – pacientai nesirenka, kada sirgti ir kada jiems gali prireikti ne skubių, bet lygiai taip pat gyvybiškai svarbių sveikatos priežiūros paslaugų. Aplinkybė, kad paslauga yra planinė, nereiškia, jog ji yra mažiau reikšminga paciento sveikatai ar gyvybei.

### **2.1. Išplėstinės gydytojų specialistų konsultacijos**

Gydytojų specialistų konsultacijos, kai atliekama bent viena intervencija, yra kokybiškai kitokio pobūdžio paslaugos nei paprastos konsultacijos. Šių konsultacijų metu pacientui atliekami būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai, taip užtikrinant kompleksinę pagalbą ir mažinant pakartotinių vizitų poreikį. Būtent tokio pobūdžio paslaugų teikimas buvo skatinamas pačios SAM, siekiant ambulatorinėje grandyje daugiau dėmesio skirti kokybei, o ne kiekybei. Šių paslaugų priskyrimas žemesnio prioriteto grupei prieštarauja pačios SAM deklaruojamiems tikslams.

## **2.2. Dienos chirurgija**

Pabrėžiame, kad dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos paslaugos yra būtinos medicininio požiūriu – jų praktiškai neįmanoma „prirašinėti“, nes jos teikiamos pagal objektyvias medicininės indikacijas. Šios paslaugos atliekamos ambulatoriškai, o tai leidžia sutaupyti PSDF biudžeto lėšas, nes kiekviena papildoma stacionarinio gydymo diena kainuoja ženkliai daugiau. Dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos paslaugos taip pat atlaisvina ligoninėse vietas stacionarinio gydymo sudėtingesnės būklės skubiai ir planinei pagalbai reikalingiems pacientams, taip gerindamos bendrą paslaugų prieinamumą ir mažindamos eiles planinėms stacionarinėms paslaugoms.

Minėtų paslaugų perkėlimas į trečią grupę neturės siekiamo poveikio PSDF biudžeto subalansavimui. Priešingai – ilgainiui lems didesnių PSDF išlaidų poreikį. Sumažinus kompensuojamų dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų kiekį, pacientai, negalėdami gauti šių paslaugų, bus priversti kreiptis dėl stacionarinio aktyviojo gydymo, kuris reikalauja kur kas didesnių PSDF biudžeto lėšų.

Pažymėtina, kad po LVAT sprendimo priėmimo (2026 m. vasarį) daugybė sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių viešai kreipėsi į SAM, išreiškėdamos susirūpinimą dėl dienos chirurgijos paslaugų apmokėjimo tvarkos pakeitimų neigiamo poveikio. Savo pastabas spaudoje išsakė tiek Lietuvos savivaldybių asociacija, tiek viešąsias įstaigas atstovaujančios asociacijos. LVK pritaria – dienos chirurgijos paslaugos turi būti apmokamos pilnai.

Galiausiai, dienos chirurgijos paslaugų finansavimo ribojimas prieštarauja ilgalaikiai valstybės sveikatos politikai, medicinos mokslo įrodymams ir anksčiau viešai deklaruotoms SAM bei VLK pozicijoms. Dienos chirurgijos paslaugų prioriteto mažinimas kelia grėsmę paslaugų prieinamumui ir kokybei pacientams, apsunkina medikų darbo sąlygų stabilumą tiek privačiose, tiek viešosiose įstaigose. Ši plati ir vieninga sveikatos priežiūros bendruomenės reakcija, apimanti tiek privačias, tiek viešąsias įstaigas ir savivaldos institucijas, akivaizdžiai patvirtina, kad dienos chirurgijos paslaugų priskyrimas žemesnio prioriteto grupei kelia realią grėsmę paslaugų prieinamumui ir yra nepriimtinas tiek medicininio, tiek sisteminio požiūriu.

## **3. Trečiojoje ir ketvirtojoje grupėje esančios paslaugos turi būti prieinamos pacientams net ir pasiekus viršsutartinę ribą – apmokėjimas galėtų mažėti palaipsniui, bet neturėtų būti visai naikinamas**

LVK siūlo panaikinti 50 proc. sutartinės sumos ribojimą trečiosios ir ketvirtosios grupės viršsutartinių paslaugų apmokėjimui ir vietoj jo įtvirtinti apimtį grįstą apmokėjimo modelį su laipsniškai mažėjančiu apmokėjimo koeficientu.

Projektais siūloma numatyti, jog už viršsutartines (i) trečiosios grupės paslaugas mokama iki 100 proc. sumos, už kurią buvo suteikta šių viršsutartinių paslaugų, o mokėtina suma apskaičiuojama nuo sumos, neviršijančios 50 proc. metų ketvirčiui numatytos sumos atitinkamo trečiosios grupės pogrupio paslaugoms apmokėti; (ii) ketvirtosios grupės paslaugas mokama iki 70 proc. sumos, už kurią buvo suteikta šių viršsutartinių paslaugų, o mokėtina suma apskaičiuojama nuo sumos, neviršijančios 50 proc. metų ketvirčiui numatytos sumos.

LVK vertinimu, toks dvigubas apmokėjimo ribojimo mechanizmas – tiek procentinio koeficiento (70 proc.), tiek bazinės sumos, nuo kurios šis koeficientas skaičiuojamas (50 proc. sutartinės sumos) – yra neproporcingas, nepagrįstas ir sukuria prielaidas esminiams paslaugų prieinamumo pažeidimams.

LVK siūlo Projektuose numatyti apimtimi grįstą (angl. volume-based) viršsutartinių paslaugų apmokėjimo modelį, kuriuo būtų panaikintas 50 proc. sutartinės sumos ribojimas ir vietoj jo įtvirtintas laipsniškai mažėjantis apmokėjimo koeficientas, priklausantis nuo suteiktų viršsutartinių paslaugų apimtys. Pagal tokį modelį, didėjant viršsutartinių paslaugų kiekiui, apmokėjimo koeficientas proporcingai mažėtų (pavyzdžiui, nuo 70 proc. iki žemesnio procento), tačiau pati bazinė suma, nuo kurios skaičiuojamas apmokėjimas, nebūtų dirbtinai apribota 50 proc. sutartinės sumos riba. Toks modelis užtikrintų tinkamą PSDF biudžeto lėšų valdymą ir kartu nepaneigtų įstaigų teisės gauti bent minimalią kompensaciją už faktiškai suteiktas paslaugas.

Dabartinis 50 proc. sutartinės sumos ribojimas sukuria paradoksalią situaciją, kurioje įstaigos, suteikusios didesnę viršsutartinių paslaugų, yra baudžiamos už tai, kad atliepė realų pacientų paslaugų poreikį. Dirbtinis 50 proc. sutartinės sumos „lubų“ nustatymas reiškia, kad įstaigos, suteikusios viršsutartinių paslaugų daugiau nei 50 proc. sutartinės sumos, už visą šią viršijančią dalį negauna jokio apmokėjimo, nepriklausomai nuo to, ar šios paslaugos buvo medicininio požiūriu būtinos ir ar PSDF biudžete pakanka lėšų. Be to, ribojimas nepagrįstai diskriminuoja tas įstaigas, kurios turi didesnę pacientų srautą ir atitinkamai suteikia daugiau viršsutartinių paslaugų.

**Tokiu atveju, vienintelis joms likęs kelias – teikti mokamas paslaugas. Savaimė suprantama, tai nenaudinga pacientams. Santykis tarp paciento ir gydytojo yra grindžiamas pasitikėjimu, todėl paciento sprendimas keisti gydytoją įstaigai viršijus sutartinę sumą yra sudėtingas etiškai ir finansiškai.**

#### **4. Situacija sveikatos sektoriuje jau keičiasi, todėl griežti ribojimai yra neproporcingi**

LVK įsitikinimu, pasiūlytos priemonės yra būtinos ir gali būti objektyviai įgyvendinamos. 2026 m. kovo 18 d. VLK Seimo Sveikatos reikalų komitete pristatė, kad PSDF biudžetas ir toliau yra didėjantis – 2026 metų biudžetas padidėjo 8 % nuo paskutinių metų biudžeto. Tai reiškia, kad didėjant realiam paslaugų poreikiui, galima didinti ir to poreikio paslaugų apmokėjimą. Dirbtinis paslaugų apmokėjimo ribojimas vien remiantis tuo, kad planinės paslaugos turi būti planuojamos pagal finansines galimybes neturėtų būti pateisinamas argumentas – didėjantis PSDF biudžetas rodo galimybes didinti ir realiai finansuojamų paslaugų kiekius.

Pažymime, kad situacija sveikatos sistemoje jau yra besikeičianti, įvestos įvairios priemonės, skirtos kontroliuoti paslaugų teikimą privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, priimti sprendimai, stiprinantys viešojo sektoriaus įstaigas. Dėl to nėra poreikio dar labiau riboti paslaugų prieinamumą privačiose įstaigose per jų apmokėjimą. Pavyzdžiui, nuo šių metų sausio įsigaliojusi nauja sutarčių su VLK sudarymo tvarka, nebeleidžianti įstaigai atidaryti naujo veiklos adreso ir automatiškai jam gauti galimybę sudaryti sutartį – tai leidžia ženkliai kontroliuoti PSDF išlaidas, skiriamas naujiems įstaigų veiklos adresams. Viešojo sektoriaus įstaigos taip pat bus sustiprintos įsigaliojus naujam reglamentavimui dėl brangesnių sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimo galimybių. Kaip matyti išankstinės pacientų registracijos sistemoje, sistemą naudojant visoms Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos dalyvėms, gydytojų specialistų prieinamumas yra kur kas geresnis – eilės pas specialistus mažėja. Šiame kontekste dar ir griežtas viršsutartinių paslaugų apmokėjimo ribojimas sukuria bendrą neigiamą poveikį, galintį įstaigas, ypač rajonines ir mažesnes, įvesti į itin sudėtingą finansinę padėtį.

LVK atkreipia dėmesį, kad 2026 m. kovo mėnesį dalis privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų jau yra suteikusias paslaugų už visą numatytą sutartinę sumą. Jeigu bus priimti Projektais siūlomi pakeitimai, tai reikš, kad didelė dalis privačiose įstaigose teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bus sustabdyta, nes įstaigos, žinodamos, jog už viršsutarlines paslaugas negaus tinkamo apmokėjimo, neturės finansinių galimybių toliau teikti paslaugas likusių metų dalį. Viršsutarinių paslaugų apmokėjimo ribojimas daro reikšmingą neigiamą įtaką pacientų paslaugų prieinamumui ne tik privačiose, bet ir viešosiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose – viešosios įstaigos taip pat susiduria su viršsutarinių paslaugų apmokėjimo apribojimais, o privačių įstaigų paslaugų teikimo sustabdymas neišvengiamai perskirsto pacientų srautus į viešąsias įstaigas, kurios ir taip veikia ribotais pajėgumais. Tokia situacija sukeltų sisteminių krizę visame Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje. Kaip 2026 m. kovo 18 d. SRK posėdyje pristatė pati LVK, privačios įstaigos užtikrina itin reikšmingą dalį Lietuvoje teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, pvz.: 48 proc. brangiųjų tyrimų bei 35 proc. medicininės reabilitacijos paslaugų. Atitinkamai, Projektais siūlomų pakeitimų priėmimas reikštų, kad dalis privačiose įstaigose užtikrinamų paslaugų taptų neprieinamos Lietuvos gyventojams arba jų prieinamumas būtų apsunkintas.

Tokios pasekmės tiesiogiai pažeistų Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje įtvirtintą valstybės pareigą rūpintis žmonių sveikata ir garantuoti medicinos pagalbą, taip pat Sveikatos sistemos įstatyme numatytą prieinamumo principą, pagal kurį kiekvienam asmeniui turi būti užtikrinamas prieinamas ir savalaikis sveikatos priežiūros paslaugų teikimas.

Atsižvelgdama į tai, LVK ragina SAM įvertinti Projektais siūlomų pakeitimų poveikį Lietuvos sveikatos sistemai ir atsižvelgti į šiame rašte pateiktas pastabas bei pasiūlymus. Projektais siūlomi pakeitimai gali sukelti negrįžtamas neigiamas pasekmes pacientų paslaugų prieinamumui ir visam Lietuvos sveikatos sektoriui. **Todėl LVK prašo SAM atsižvelgti į išdėstytas pastabas ir pasiūlymus bei surengti susitikimą su LVK, kurio metu būtų galimybė išsamiai aptarti Projektų nuostatas, išdiskutuoti šiame rašte pateiktus pasiūlymus ir rasti subalansuotą, teisiškai pagrįstą ir visų suinteresuotųjų šalių interesus atitinkantį sprendimą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos.**

Dėkojame už skirtą laiką.

Generalinė direktorė

Ineta Rizgelė