

Valstybinei ligonių kasai
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai
Lietuvos Respublikos finansų ministerijai

2026 m. balandžio 22 d., Nr. 26-061IR

Kopija:

Seimo Sveikatos reikalų komitetui

DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VIRŠSUTARTINIŲ PASLAUGŲ APMOKĖJIMO

Lietuvos verslo konfederacija (**LVK**), vienijanti didžiąsias Lietuvos privačias asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir užsienio investuotojus, kreipiasi dėl Valstybinės ligonių kasos (**VLK**) sprendimo neapmokėti viršsutarinių sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų 2026 m. I ketvirtį. Pastaraisiais metais asmens sveikatos priežiūros įstaigos (**ASPI**) išgyvena reikšmingus apmokėjimo tvarkos pokyčius, tiesiogiai veikiančius jų finansinį stabilumą ir gebėjimą teikti paslaugas pacientams. LVK nuomone, VLK sprendimas neapmokėti viršsutarinių paslaugų yra teisiškai nepagrįstas, procedūriškai netinkamas ir kelia rimtą grėsmę visai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai.

1. Atsisakymas apmokėti I ketvirčio viršsutarines sveikatos priežiūros paslaugas neturi pagrindo

2026 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirta 3 mlrd. eurų – 8 proc. daugiau nei 2025 m. ir 4 proc. daugiau nei faktiškai apmokėta. Nepaisant to, realus paslaugų poreikis nuosekliai viršija sutartines sumas. 2026 m. sutartys su ASPI buvo pasirašytos 2026 m. kovo 10 d., kai VLK jau žinojo pirminius ketvirčio rezultatus. Tačiau VLK tinkamai neįvertino sutartinių sumų pakankamumo, taip pat neperspėjo įstaigų apie galimą viršsutarinių paslaugų neapmokėjimą. Informavimas ketvirčio pabaigoje – kai paslaugos jau suteiktos – yra nepriimtinas ir pažeidžia teisėtų lūkesčių principą.

Prie to prisideda ir struktūrinis pokytis: dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos paslaugos bei gydytojų specialistų konsultacijos ir kitos paslaugos nuo pernai metų yra priskirtos mažesnio prioriteto apmokėjimo grupei. Tiek privačioms, tiek rajoninėms sveikatos priežiūros įstaigoms tai jau savaime reiškia tiek teikiamų paslaugų apimties mažinimą, tiek prieinamumo blogėjimą. Dabar, kai prie šių struktūrinių pakeitimų pridamas visiškai viršsutarinių paslaugų neapmokėjimas, situacija tampa kritinė.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašai¹ (toliau – **Aprašai**) nenumato galimybės visiškai nemokėti už viršsutarines brangiųjų tyrimų bei trečiosios ar žemesnės paslaugų grupių paslaugas. Pavyzdžiui, dienos chirurgijos atveju (trečioji paslaugų grupė) numatyta, kad esant PSDF biudžeto galimybėms apmokamos paslaugos kurių buvo suteikta daugiau nei planuota - iki 100 proc. sumos, už kurią buvo suteikta šių viršsutarinių paslaugų. Mokėtina suma apskaičiuojama nuo sumos, neviršijančios 50 proc. metų ketvirčiui numatytos sumos atitinkamo trečiosios paslaugų grupės pogrupio paslaugoms apmokėti. Tuo atveju, kai PSDF biudžeto galimybės neleidžia apmokėti atitinkamą ketvirtį suteiktų viršsutarinių paslaugų, konkrečiai ASPI mokėtina suma viršsutarinėms paslaugoms apmokėti turi būti mažinama proporcingai šioms viršsutarinėms paslaugoms skiriamai lėšų sumai.

Tai reiškia, kad net ir esant biudžeto suvaržymams, VLK privalo taikyti proporcingą, o ne absoliutų neapmokėjimą. Taip pat, konkrečiais rodikliais pagrįsti, kodėl visa suma negali būti apmokėta.

¹ Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymu Nr. V-304, Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1113

2. Neapsvarstyti kiti apmokėjimo mechanizmai

Sveikatos draudimo įstatymo 23 str. 2 d. nustatyta, kad PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos taip pat ir PSDF biudžeto pajamoms ir išlaidoms, paskirstytoms metų ketvirčiais, subalansuoti bei nurodytai PSDF lėšomis kompensuojamai sveikatos priežiūrai apmokėti. Rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos sveikatos apsaugos ministro sprendimu, įvertinus VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Vadinas, VLK, konstatuodama „biudžeto galimybių“ nebuvimą, privalėjo inicijuoti šią procedūrą ir kreiptis į Sveikatos apsaugos ministeriją dėl rezervo panaudojimo. Taip pat į Finansų ministeriją dėl alternatyvių būdų rasti lėšų viršsutartinių paslaugų apmokėjimui. Atitinkamai, prašome Finansų ministerijos apsvarstyti galimybę ir priimti reikiamus sprendimus, kad už I ketv. suteiktas viršsutartines paslaugas būtų galima apmokėti iš biudžeto rezervo lėšų.

3. Pacientų teisių ir visos sistemos stabilumo klausimas

VLK sprendimas tiesiogiai daro įtaką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Privačios ASPJ užtikrina reikšmingą paslaugų dalį – 48 % brangiųjų tyrimų, 35 % medicininės reabilitacijos, 11 % ambulatorinių specializuotų paslaugų ir kt. Jeigu įstaigos, žinodamos, jog viršsutartinės paslaugos nebus apmokamos, apribos jų teikimą – didelė dalis paslaugų bus sustabdyta. Pacientų srautai persikels į ir taip ribotais pajėgumais veikiančias viešąsias įstaigas, kurios rajonuose susiduria su tomis pačiomis problemomis.

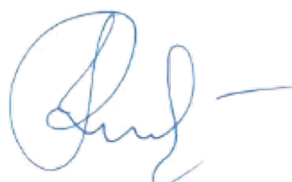
Kitą ketvirtį įstaigos tiesiog nebeturės aiškaus atsakymo į paprasčiausią klausimą: ką daryti su pacientu, kai sutartinė suma bus pasiekta? Sveikatos paslaugų apmokėjimo problema tokiu būdu perkeliama ant pažeidžiamiausių visuomenės narių – pacientų – pečių. Tai tiesiogiai prieštarauja Konstitucijos 53 straipsnyje įtvirtintai valstybės pareigai rūpintis žmonių sveikata, taip pat solidarumo principui, pagal kurį finansinio nepakankamumo našta negali būti perkeliama ant paslaugų teikėjų ir pacientų, aplenkiant valstybės įsipareigojimą panaudoti įstatyme numatytus instrumentus.

Kaip yra nurodęs Konstitucinis Teismas, įstatymų leidėjui pasirinkus visuomenės solidarumu pagrįstą privalomąjį sveikatos draudimą, jo paskirtis yra užtikrinti pakankamą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Biudžetiniai suvaržymai negali paneigti konstitucinės teisės į sveikatos apsaugą esmės. Visiškas tam tikrų paslaugų finansavimo atsisakymas, nesant išnaudotų kitų finansavimo mechanizmų (rezervo, papildomų asignavimų), tokio konstitucinio standarto neatitinka.

Atsižvelgiant į išdėstytus argumentus, prašome įvertinti kokius papildomus PSDF rezervo, valstybės biudžeto asignavimus ar kitokius finansavimo būdus būtų galima skirti šiuo atveju ir pateikti aiškią poziciją dėl tolesnių veiksmų. Primygtinai raginame nedelsti – tolesnis neveikimas kelia realią ir negrįžtamą grėsmę pacientų paslaugų prieinamumui ir visos Lietuvos sveikatos sistemos stabilumui. Būtina rasti tokį apmokėjimo modelį, kuris atitiktų tiek teisėtų lūkesčių apsaugos ir teisinio tikrumo principus, tiek užtikrintų galimybę pacientams gauti savalaikes iš PSDF apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Dėkojame už skirtą laiką.

Generalinė direktorė



Ineta Rizgelė

Originalas siunčiamas nebus. Ineta Rizgelė, el. p. ineta@lvk.lt, mob. +37060205233.