

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai
Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos

2026 m. rugsėjo 30 d., Nr. 26-159AR

DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS APMOKAMŲ PRIORITETINIŲ PASLAUGŲ SĄRAŠO

Lietuvos verslo konfederacija (toliau – LVK) susipažino su Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) bei Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) 2026-09-22 užregistruotu įsakymo projektu „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurių savininkė (dalininkė) nėra valstybė arba savivaldybė, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų viršsutartinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ (toliau – Projektas), kuriuo nustatomas itin siauras privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms apmokamų viršsutartinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugos) sąrašas.

Nuo 2027 m. sausio 1 d. įsigaliosiančio Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – SDĮ) 26 straipsnio 9 dalyje nustatyta, kad privačioms Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigoms, viršijus sutartinę sumą, bus apmokamos tik prevencinių programų ir prioritетinės paslaugos, nustatytos sveikatos apsaugos ministro. Tokios išlygos numatomos, atsižvelgiant į pacientams ypač reikšmingų paslaugų būtinumą ir poreikį, kuris pilna apimtimi nėra patenkinamas. Sąrašas tokių prioritетinių paslaugų, kurioms netaikomi VLK sutartiniai įsipareigojimai, galioja ir šiuo metu.

LVK supranta poreikį planuoti paslaugų apimtį ir atsakingai valdyti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžetą. Tačiau Projekte siūlomas itin siauras, tik privačioms įstaigoms taikomas sąrašas nėra pakankamai pagrįstas pacientų poreikio, laukimo eilių, paslaugų prieinamumo ar klinikinės svarbos duomenimis. LVK siūlo atsisakyti dviejų skirtingų prioritетų modelių ir nustatyti bendrą viršsutartinių paslaugų apmokėjimo sąrašą visoms LNSS įstaigoms, kaip yra ir šiuo metu. Jeigu paslauga laikoma svarbia ir apmokama ją suteikus viešojoje įstaigoje, tokia pati paslauga, suteikta pagal tas pačias medicinines indikacijas ir kokybės reikalavimus privačioje LNSS įstaigoje, taip pat turi būti apmokama, taikant tuos pačius apmokėjimo procentus, limitus ir kontrolės priemones.

I. Prioritetas turi būti nustatomas pagal paciento poreikį

Valstybė, nustatydamą PSDF lėšomis apmokamų paslaugų apmokėjimo principus ir ribojimus, turi užtikrinti konstitucinę gyventojų teisę į prieinamą, savalaikę ir kokybišką sveikatos priežiūrą. Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime ir 2014 m. vasario 26 d. sprendime yra konstatavęs, kad sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo teisiniu reguliavimu turi būti skatinama sąžininga sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija, o paslaugų apmokėjimo tvarka turi būti grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais ir nediskriminaciniais kriterijais. Šie reikalavimai taikytini visam PSDF lėšomis finansuojamų paslaugų apmokėjimo mechanizmui, įskaitant viršsutartinių paslaugų apmokėjimą.

Asmens sveikatos priežiūros paslauga yra ta pati paslauga nepriklausomai nuo ją suteikusių įstaigos nuosavybės formos – ji teikiama pagal tuos pačius medicininius standartus, kokybės reikalavimus, ja siekiama to paties poveikio pacientui. Taip pat, SDĮ 26 straipsnio 9 dalis (redakcija, įsigaliosianti 2027-01-01), kuria remiasi Projektas, nenustato jokių kriterijų, kurie leistų skirtingai traktuoti paslaugų

klinikinę svarbą ir prioritetą pagal tai, kokios nuosavybės formos įstaigoje tokia paslauga yra teikiama. Įstatyme nėra apibrėžta jokių kriterijų, pagal kuriuos turėtų būti sudaromas prioritetinių paslaugų sąrašas.

Į privačių LSSS įstaigų prioritetinių paslaugų sąrašą šiuo metu įtrauktos tik šešios paslaugų grupės. Tačiau nėra pateikta informacijos ar tikrai visos paslaugos buvo vertinamos pagal grėsmės sveikatai, klinikinio veiksmingumo, laukimo laiko ir ekonominio pagrįstumo kriterijus buvo įvertintos visos paslaugos ir kodėl kitos tuos pačius kriterijus atitinkančios paslaugos neįtrauktos. Pavyzdžiui, pripažįstamas gydytojo oftalmologo konsultacijos prioritetas, tačiau neįtraukiamas po konsultacijos būtinas gydymas – kataraktos, glaukomos operacijos ar vitrektomija. Jeigu konsultacija pripažįstama prioritetine dėl negrįžtamo regėjimo pablogėjimo rizikos, sunku pagrįsti, kodėl prioritetu nelaikomas pats būtinas gydymas, kuriuo ta rizika šalinama. Konsultacijos finansavimas neužtikrinant savalaikio gydymo neatitinka gydymo tęstinumo ir paciento intereso.

II. PSDF išlaidas galima kontroliuoti vienodomis ir mažiau ribojančiomis priemonėmis

Kartu su Projektu pateiktu sveikatos apsaugos ministro 2006–12–22 įsakymo Nr. V–1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo projektu nustatoma, kad dalis viršsutartinių paslaugų apmokamos ne daugiau kaip iki 70 proc. sumos, už kurią jos buvo suteiktos, o mokėtina suma apskaičiuojama nuo sumos, nevirsšijančios 10 proc. atitinkamam laikotarpiui šioms paslaugoms apmokėti numatytos sumos. Šios priemonės savaime yra itin griežtos siekiant užtikrinti tiek PSDF biudžeto išlaidų kontrolę, tiek viršsutartinių paslaugų teikimo apimtį suvaldymą. Taigi, tas pats teisėtas tikslas – PSDF biudžeto lėšų naudojimo kontrolė – gali būti visiškai pasiektas jau taikoma švelnesnė priemonė (finansinė riba), nesukuriant papildomo apribojimo, taikomo išimtinai pagal įstaigos nuosavybės formą.

Dienos chirurgija ypač aiškiai parodo siūlomo ribojimo trūkumus. Ji leidžia dalį operacijų atlikti be ilgo hospitalizavimo, efektyviau naudoti personalą ir stacionaro pajėgumus, mažinti hospitalinių infekcijų riziką bei greičiau grąžinti pacientą į įprastą gyvenimą. Bendri atliekamų dienos chirurgijos operacijų skaičiai neparodo konkrečių procedūrų pakeičiamumo, bendros gydymo epizodo kainos, laukimo trukmės ir nepatenkinto poreikio. Argumentas, kad Lietuvoje dienos chirurgijos paslaugų sąrašas per platus, jau išspręstas. Nuo 2027 m. vienos populiariausių dienos chirurgijos paslaugų, t. y. kojų venų ir akių vokų operacijos galės būti atliekamos tik esant sunkiai būklei.

Specialistų trūkumo taip pat negalima spręsti mažinant bendrą sistemos pajėgumą. Nėra garantijos, kad apribojus privačių įstaigų veiklą jų darbuotojai pereis į viešąsias įstaigas – dalis gali pasirinkti darbą užsienyje arba tik komercines paslaugas Lietuvos ar atvykstančio medicininio turizmo užsienio pacientams. LVK ir jos nariai yra pasirengę prisidėti prie rezidentūros bei specialistų rengimo plėtos, siekiant padidinti specialistų kiekį, galinčių teikti medicinos paslaugas Lietuvos žmonėms, tačiau pacientams prieinamų paslaugų ribojimas nėra tvari personalo politikos priemonė.

III. Projektas neigiamai paveiks SAM šiuo metų keliamą tikslą mažinti paslaugų eiles

Projekto aiškinamajame rašte nurodoma, kad „prioritetinių“ viršsutartinių paslaugų sąrašas privatioms įstaigoms buvo nustatytas atsižvelgiant į šiuos aspektus: grėsmę sveikatai, įrodytą klinikinį efektyvumą, paslaugos laukimo laiko kritiškumą, ligos naštą pacientui, atitiktį nacionaliniams tikslams ir ekonominį pagrįstumą. Tačiau tokiu atveju, visiškai neaišku kodėl į sąrašą nebuvo įtrauktos kitos, ne mažiau reikšmingos paslaugos, apie kurias galėtų būti nusakomi lygiai tokie patys motyvai ir priežastys.

Pavyzdžiui, aiškinamajame rašte teigiama, kad į „prioritetinių“ paslaugų sąrašą buvo įtrauktos gydytojų oftalmologų konsultacijos, nes *„Laiku suteikta gydytojo oftalmologo konsultacija svarbi tuo, kad dalis akių ligų ilgą laiką gali nesukelti ryškių simptomų, tačiau progresuodamos lemia negrįžtamą regos nervo ar tinklainės pažeidimą. <...> konsultacijų svarbą pagrindžia didelė nediagnozuotų regos sutrikimų sukeliama socialinė ir ekonominė našta valstybei ir tai, kad dalis dažniausių regos sutrikimų yra veiksmingai koreguojami arba jų progresavimas gali būti sulėtinamas laiku nustatčius diagnozę ir paskyrus gydymą.“* Tačiau tuo pačiu į „prioritetinių“ paslaugų sąrašą neįtraukiant jokių oftalmologinių gydymų procedūrų (pvz. dienos chirurgijos oftalmologinių operacijų) yra paneigiamas šios paslaugos svarbumas ir deklaruojamas ligų progresavimo užkardymas. Tokiu būdu pats Projektas paneigia savo tikslą – užtikrinti pacientams svarbių paslaugų prieinamumą, nes konsultacija be galimybės gauti tolesnį gydymą toje pačioje įstaigoje neužtikrina gydymo tęstinumo ir neišsprendžia paciento sveikatos problemos.

Taip pat į „prioritetinių“ paslaugų sąrašą neįtrauktos tokios paslaugos kaip skubiosios medicinos pagalbos ir stebėjimo, kurios visais atvejais yra teikiamos pagal faktą, kurių poreikio neįmanoma suplanuoti ir nėra galimybės pagalbą suteikti planine tvarka. Į „prioritetinių“ paslaugų sąrašą neįtrauktos ir vienas didžiausių laukimo eilių turinčios endoprotezavimo paslaugos, kurių laukimo eilės siekia iki dviejų metų, ar širdies abliacijos, kurių laukimas siekia ir penkerius metus. Tai tik keletas pavyzdžių, akivaizdžiai parodančių, kad privačioms įstaigoms sudarytas „prioritetinis“ sąrašas nėra objektyvus ir pagrįstas pacientų poreikiais.

Kiekvienas Lietuvos gyventojas, mokėdamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas, įgyja lygias teises į PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas. Kadangi sveikatos priežiūros paslauga yra ta pati nepriklausomai nuo ją suteikusių įstaigos nuosavybės formos, šios teisės apimtis negali priklausyti nuo to, kokioje įstaigoje pacientas pasirenka gydytis. Konstitucijos 53 straipsnyje garantuojama teisė į sveikatos priežiūrą ir pacientų teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą negali būti ribojama netiesiogiai, sukuriant ekonomines prielaidas, dėl kurių šis pasirinkimas tampa faktiškai neįgyvendinamas. Be to, toks reguliavimas, pagal kurį paciento teisė gauti savalaikę ir kokybišką paslaugą priklauso ne nuo medicininių indikacijų, o nuo įstaigos nuosavybės formos, yra nesuderinamas su Konstitucijos 29 straipsnyje įtvirtintu lygiateisiškumo principu ir 53 straipsnyje garantuojama teise į sveikatos priežiūrą.

IV. LVK pasiūlymas

Siūlomu Projektu būtų nepagrįstai diskriminuojamos privačios įstaigos ir jų pacientai, sumažintas paslaugų prieinamumas ir prailgintos laukimo eilės, o tai turėtų neigiamą įtaką visai sveikatos sistemai. Todėl Projektas turėtų būti atmestas ir vietoj jo nustatyta vieninga, vienodai viešosioms bei privačioms įstaigoms taikoma viršsutartinių paslaugų apmokėjimo tvarka. Bendro prioriteto principo būtinybę ypač aiškiai parodo šios pacientams svarbios paslaugos – dalis jų yra itin svarbios savalaikiai paciento gydymo pradžia, o kitų pacientai šiuo metu laukia net ir keletą metų:

- **skubiosios medicinos pagalbos ir stebėjimo paslaugos, įskaitant skubiosios medicinos gydytojo konsultacijas.** Skubiosios medicinos paslaugos yra tiesiogiai susijusios su pacientų išgyvenamumo rodikliais – jos teikiamos esant ūmioms, gyvybei ar sveikatai gresiančioms būklėms, kai pagalbos suteikimo greitis yra lemiamas veiksnys, tiesiogiai sąlygojantis gydymo baigtis. Skubioji pagalba visais atvejais teikiama pagal faktinį pacientų poreikį, jos apimčių neįmanoma iš anksto suplanuoti ar prognozuoti, todėl šių paslaugų teikimas negali būti ribojamas administracinėmis priemonėmis, nesukuriant tiesioginės grėsmės pacientų sveikatai ir gyvybei.

Suteikus skubiąją pagalbą, būtina užtikrinti pacientų būklės stebėjimą, kuris leidžia laiku identifikuoti komplikacijas, įvertinti būklės stabilumą bei nustatyti tolesnio gydymo poreikį. Savalaikis ir tinkamas šių paslaugų suteikimas sudaro prielaidas geresniems pacientų gydymo rezultatams ir kartu leidžia išvengti sudėtingesnio, ilgalaikio ir daugiau PSDF lėšų reikalaujančio gydymo stacionare. Šių paslaugų neįtraukimas į prioritetinių paslaugų sąrašą sukurtų situaciją, kai įstaiga neturėtų resursų suteikti pacientui neplaninę, bet gyvybiškai reikalingą paslaugą.

- **dienos stacionaro paslaugos, ypač koronarografija ir pagalbinis apvaisinimas.** Koronarografija yra mažai invazinė diagnostinė procedūra, tiesiogiai susijusi su ankstyva širdies ir kraujagyslių ligų diagnostika ir savalaikiu gydymu. Širdies ir kraujagyslių ligos yra pirmoji mirtingumo priežastis Lietuvoje, todėl pakankamas koronarografijos paslaugų prieinamumas yra viena esminių prielaidų šiems rodikliams mažinti. Laiku atlikta koronarografija leidžia nustatyti širdies ir kraujagyslių patologijas ankstyvose stadijose ir paskirti adekvačias gydymo priemones, taip išvengiant ligų progresavimo iki būklių, kai pacientams reikalingos rizikingesnės ir brangesnės chirurginės intervencijos, ilgalaikis stacionarinis gydymas, rehabilitacija bei ilgas nedarbingumo laikotarpis. Koronarografijos atlikimas dienos stacionaro sąlygomis yra ekonomiškai efektyvesnis nei stacionarinis gydymo epizodas – trumpesnis paciento buvimo laikas, mažesni infrastruktūros ir personalo kaštai, o tai leidžia racionaliau naudoti PSDF biudžeto lėšas, pasiekiant lygiaverčius klinikinius rezultatus. Pakankamas šių paslaugų prieinamumas tiesiogiai prisidėtų prie ilgalaikių Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimo – ilgesnio sveiko gyvenimo laikotarpio, ilgesnio darbingo amžiaus ir mažesnio gretutinių susirgimų, kuriuos lemia širdies ir kraujagyslių ligos, skaičiaus. Pagalbinio apvaisinimo paslaugų prieinamumas privalo būti užtikrinamas pacientams, atsižvelgiant tiek į paslaugos klinikinį pobūdį, tiek į valstybės demografinę situaciją. Pagalbinio apvaisinimo paslauga padeda asmenims įgyvendinti teisę į šeimos kūrimą ir gali būti vienintelė medicininė priemonė šiai teisei realizuoti. Ši paslauga yra jautri laiko atžvilgiu – pagalbinio apvaisinimo sėkmės tikimybė priklauso nuo pacientų amžiaus, todėl paslaugos prieinamumo ribojimas gali lemti negrįžtamą galimybės susilaukti vaikų praradimą. Valstybė, išgyvenanti demografinę krizę ir vykdanči gimstamumo skatinimo politiką, privalo užtikrinti, kad pagalbinio apvaisinimo paslaugos būtų prieinamos laiku ir pakankama apimtimi.
- **dienos chirurgijos paslaugos, ypač oftalmologijos (kataraktos, glaukomos operacijos ir vitrektomija), ortopedijos ir traumatologijos srityse.** Projektu pripažįstama, kad gydytojo oftalmologo konsultacijos yra prioritetinės, nes laiku nediagnozuoti regos sutrikimai lemia negrįžtamą tinklainės ar regos nervo pažeidimą ir sukuria reikšmingą socialinę bei ekonominę naštą valstybei. Tačiau konsultacija be savalaikio gydymo neužtikrina gydymo tęstinumo ir neišsprendžia paciento sveikatos problemos – diagnozavus progresuojančią kataraktą, glaukomą ar kitas būkles, reikalaujančias vitrektomijos, pacientui turi būti užtikrinta galimybė laiku gauti chirurginį gydymą. Priešingu atveju, ankstyvoje stadijoje diagnozuotas ir visiškai išgydomas sutrikimas progresuoja iki negrįžtamo regėjimo praradimo vien dėl to, kad pacientui nebuvo prieinamas savalaikis operacinis gydymas. Oftalmologinių dienos chirurgijos operacijų įtraukimas į prioritetinių paslaugų sąrašą leistų ne tik išsaugoti pacientų regėjimą, bet ir išvengti vėlesnio, sudėtingesnio ir daugiau PSDF lėšų reikalaujančio gydymo, taip pat sumažinti su regėjimo negalia susijusias ilgalaikes socialines išlaidas. Lygiai taip pat į prioritetinių paslaugų sąrašą turėtų būti įtraukiamos ortopedijos ir traumatologijos dienos chirurgijos paslaugos. Dienos chirurgijos sąlygomis atliekamos operacijos yra ekonomiškai efektyvesnės nei stacionarinis gydymas, o klinikiniai rezultatai yra lygiaverčiai stacionarinėms procedūroms. Savalaikis ortopedinio ir traumatologinio gydymo užtikrinimas yra tiesiogiai susijęs su pacientų judėjimo funkcijos išsaugojimu – uždelstas gydymas lemia sutrikimų progresavimą, ilgalaikę

judėjimo negalią, priklausomybę nuo kitų asmenų pagalbos, socialinę izoliaciją ir ilgą nedarbingumo laikotarpį, o tai sukuria reikšmingai didesnę naštą tiek pacientui, tiek PSDF biudžetui.

- **stacionarinio aktyviojo gydymo paslaugos, kurių atidėjimas kelia reikšmingą sveikatos pablogėjimo riziką arba kurių laukimo eilės yra ilgiausios, įskaitant sąnarių endoprotezavimą, širdies stimuliatorių implantavimą ir širdies abliacijas.** Sąnarių endoprotezavimo paslaugų laukimo eilės šiuo metu siekia iki dvejų su puse metų – endoprotezavimo uždelsimas lemia nuolatinį lėtinį skausmą, progresuojantį sąnario funkcijos praradimą, ilgalaikį nedarbingumą, priklausomybę nuo kitų asmenų pagalbos bei reikšmingai pablogina pacientų gyvenimo kokybę. Kuo ilgiau delsimas endoprotezavimas, tuo labiau progresuoja sąnario destruktija ir aplinkinių audinių būklės pablogėjimas, dėl ko vėliau atliekama operacija tampa sudėtingesnė, ilgesnė, susijusi su didesne komplikacijų rizika ir reikalaujanti ilgesnio bei brangesnio reabilitacijos laikotarpio – tai tiesiogiai didina PSDF išlaidas. Savalaikis endoprotezavimas leidžia pacientams atgauti judėjimo funkciją, sugrįžti į darbinę veiklą ir sumažina ilgalaikę socialinę bei ekonominę naštą valstybei. Širdies stimuliatorių implantavimas yra gyvybiškai būtina procedūra pacientams, kuriems diagnozuoti širdies ritmo ir laidumo sutrikimai, keliantys tiesioginę staigios mirties grėsmę – šios procedūros atidėjimas negali būti pateisinamas administraciniais ar finansiniais argumentais. Širdies abliacijos yra kliniškai įrodytas ir veiksmingas širdies aritmijų gydymo metodas, kurio laukimo eilės vienos ilgiausių visoje sistemoje. Sėkmingai atlikta abliacija leidžia pacientui atsisakyti ilgalaikio medikamentinio gydymo, kuris taip pat reikalauja nuolatinių PSDF išlaidų ir reguliarios stebėsenos. Šių procedūrų prieinamumo užtikrinimas tiesiogiai prisidėtų prie širdies ir kraujagyslių ligų gydymo rezultatų gerinimo, pacientų išgyvenamumo didinimo ir ilgesnio sveiko gyvenimo laikotarpio.
- **ambulatorinės slaugos ir paliatyvosios pagalbos paslaugos.** Dėl senstančios Lietuvos visuomenės stebimas nuolatinis augantis šių paslaugų poreikis, kuris artimiausiais dešimtmečiais tik didės, todėl šių paslaugų prieinamumo ribojimas yra nesuderinamas su ilgalaikiu sveikatos sistemos planavimu. Ambulatorinė slauga yra viena ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų – ji leidžia užtikrinti pacientų sveikatos būklės priežiūrą, lėtinių ligų stebėseną bei kontrolę, laiku identifikuoti pacientų būklės pablogėjimą ir suteikti savalaikį gydymą, kol ligos nėra pažengusios. Šios paslaugos leidžia pacientams likti namuose ir bendruomenėje, išvengiant brangaus ir daugiau PSDF lėšų reikalaujančio stacionarinio gydymo. Ambulatorinės slaugos paslaugų ribojimas sudarytų prielaidas lėtinių ligų nekontroliuojamam progresavimui, komplikacijų atsiradimui ir paūmėjimams, o tai reikšmingai pablogintų pacientų sveikatą bei gyvenimo kokybę ir kartu pareikalautų didesnių PSDF išteklių sudėtingesniai stacionariniam gydymui. Paliatyvosios pagalbos paslaugos užtikrina pacientų, kuriems nebegali būti taikomos gydomosios priemonės, gyvenimo kokybę ir orią priežiūrą terminalinėje ligos stadijoje. Pakankamas paliatyvosios pagalbos prieinamumas leidžia sumažinti mediciniskai nepagrįstų hospitalizacijų skaičių terminalinės stadijos pacientams.
- **pradinės ir ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos, įskaitant fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijas.** Medicininė reabilitacija yra neatsiejama gydymo proceso tęstinumo dalis – be savalaikės reabilitacijos, gydymo rezultatai yra nevisaverčiai, o pacientų funkcinis atsigavimas – nepakankamas. Reabilitacijos efektyvumas tiesiogiai priklauso nuo jos pradžios laiko – kuo vėliau pradedama reabilitacija, tuo mažesnis jos klinikinis poveikis ir tuo didesnė tikimybė, kad funkcinis sutrikimas taps nuolatiniu. Savalaikė ambulatorinė reabilitacija leidžia pacientams greičiau atgauti judėjimo, kognityvinę ir kitą funkcinę veiklą, sugrįžti į darbinę

veiklą ir savarankišką gyvenimą, taip reikšmingai sutrumpinant nedarbingumo laikotarpį. Reabilitacijos paslaugų ribojimas sudarytų prielaidas sveikatos sutrikimų progresavimui ir ilgalaikiai negaliai, o tai pareikalautų didesnių išlaidų ilgalaikiam stacionariniam gydymui, pakartotinėms hospitalizacijoms ir neįgalumo socialinėms išmokoms. Tinkamam reabilitacijos paslaugų užtikrinimui būtinos ir fizinės medicinos bei reabilitacijos gydytojo konsultacijos, leidžiančios tiksliai įvertinti paciento funkcinę būklę, nustatyti individualų reabilitacijos poreikį ir paskirti adekvačią reabilitacijos programą.

- **brangieji tyrimai ir procedūros, įskaitant kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso tomografijos ir kompiuterinės tomografijos angiografijos tyrimus.** Kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai yra vieni reikšmingiausių ankstyvosios diagnostikos metodų, leidžiančių tiksliai diagnozuoti ligas ankstyvose jų stadijose ir savalaikiai paskirti pacientams gydymą. Šie tyrimai yra esminiai onkologinės, neurologinės, kardiologinės ir ortopedijos diagnostikos įrankiai – dažnai tai vieninteliai neinvaziniai tyrimo metodai, leidžiantys tiksliai vizualizuoti navikus, minkštųjų audinių, smegenų, nugaros smegenų ir sąnarių struktūrų patologijas. Šie tyrimai yra būtini tolesniam gydymui – be tikslios diagnostikos neįmanoma pradėti chirurginio, medikamentinio ar kitokio gydymo, todėl diagnostinių tyrimų prieinamumo ribojimas tiesiogiai lemia gydymo pradžios uždelsimą ir prastesnes gydymo baigtis. Kompiuterinės tomografijos angiografija yra neinvazinė alternatyva invaziniams diagnostiniams metodams, leidžianti daliai pacientų išvengti koronarografijos ir su ja susijusių invazinių procedūrų rizikos bei kaštų. Šis tyrimas yra itin reikšmingas tiriant ir diagnozuojant širdies ir kraujagyslių ligas – pacientams jis sukelia mažiau šalutinių padarinių, nereikalauja ilgo atsigavimo laikotarpio, o tyrimo atlikimo sąnaudos yra mažesnės nei invazinių alternatyvų, kas leidžia efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas. Šių tyrimų laukimo eilės šiuo metu siekia iki dvejų metų – atsižvelgiant į tai, kad ankstyva diagnostika leidžia gydyti ligas pradinėse stadijose, kai gydymas yra trumpesnis, pigesnis ir kliniškai efektyvesnis, šių paslaugų prieinamumo pagerinimas tiesiogiai prisidėtų prie bendrų pacientų sveikatos rodiklių gerėjimo. Anksčiau diagnozuoti sutrikimai būtų lengviau ir visiškai išgydomi, pacientams nereikėtų sudėtingesnio ir brangesnio gydymo, kuris neišvengiamas diagnozavus ligą pažengusioje stadijoje.

Tai pavyzdžiai, patvirtinantys principą: jeigu valstybė pripažįsta paslaugos svarbą ir apmoka ją viešojoje LNSS įstaigoje, paslauga negali prarasti prioriteto vien todėl, kad pacientas ją gavo privačioje LNSS įstaigoje.

Kadangi SDĮ numato, kad naujo teisinio reguliavimo poveikis bus vertinamas ex-post praėjus 3 metams nuo įstatymo įsigaliojimo dienos, būtų racionalu prioritetinių paslaugų sąrašą taip pat fiksuoti atitinkamam laikotarpiui ir numatyti, kad šis sąrašas gali būti peržiūrimas ne anksčiau kaip 2030 m. rugsėjo 30 d.

Atsižvelgiant į išdėstytus argumentus ir 2025 m. lapkričio 19 d. SAM bei LVK susitarime dėl LNSS stiprinimo įtvirtintą bendradarbiavimo kryptį, LVK prašo Projekto netvirtinti esama redakcija ir:

1. Nustatyti vieną bendrą viršsutartinių paslaugų apmokėjimo sąrašą viešosioms ir privačioms LNSS įstaigoms.
2. Toms pačioms paslaugoms taikyti vienodus apmokėjimo procentus, limitus ir kontrolės reikalavimus, nepriklausomai nuo įstaigos nuosavybės formos.
3. Įtraukti LVK į visus šiuo klausimu keliamus pasitarimus ir diskusijas.

4. Nustatyti, kad viršsutartinių paslaugų apmokėjimo sąrašas peržiūrimas kartu su SDĮ numatytu ex-post vertinimo laikotarpiu, t. y. nuo 2030 m. rugsėjo 30 d.

Viliamės, jog į pateiktus argumentus bus atsižvelgta ir siūlomais viršsutartinių paslaugų apmokėjimo pakeitimais nebus sukuriamos tiek pacientus, tiek privačias įstaigas diskriminuojančios sąlygos. LVK yra pasiruošę bendradarbiauti ir rasti optimalų, visai sveikatos sistemai naudingiausią sprendimą. Maloniai prašome informuoti LVK apie būsimus šio projekto aptarimus bei užtikrinti LVK atstovų galimybę dalyvauti derinant šiuos itin reikšmingus pakeitimus.

Pagarbiai

Generalinė direktorė



Ineta Rizgelė