

# VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

## 2025 METŲ VEIKLOS ATASKAITA



## TURINYS

<b>SVARBIAUSIA INFORMACIJA APIE STRATEGINIŲ IR VEIKLOS TIKSLŲ ĮGYVENDINIMĄ .....</b>	<b>3</b>
<b>1. asmens sveikatos priežiūros paslaugų srityje .....</b>	<b>4</b>
<b>2. vaistų ir medicinos pagalbos priemonių srityje.....</b>	<b>11</b>
<b>3. valstybės deleguotų funkcijų vykdymo srityje .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos efektyvumo didinimo srityje .....</b>	<b>14</b>

## SVARBIAUSIA INFORMACIJA APIE STRATEGINIŲ IR VEIKLOS TIKSLŲ ĮGYVENDINIMĄ

Pagal kompetenciją vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programą ir įgyvendinama jos priemonė „Tobulinti sveikatos priežiūros kompensavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, plėsti jos apimtį ir prieinamumą gyventojams“ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) atsižvelgia į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) strateginio veiklos plano prioritetus. Šios priemonės įgyvendinimas padeda kryptingiau siekti tikslo – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą sieti su jų kokybe ir efektyvumu, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų ir kompensuojamųjų vaistų prieinamumą, tobulinti sveikatos priežiūros finansavimo modelį, taikyti inovatyvius ir veiksmingus gydymo būdus, tobulinti mokestinę sistemą ir kt.

Atlikdama numatytus darbus, VLK siekia visuotinės apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) aprėpties, taip pat siekia didinti šių asmenų finansinę apsaugą, tobulinti privalomojo sveikatos draudimo įmokų sistemą, didinti kompensuojamosios sveikatos priežiūros plėtrą, gerinti jos prieinamumą ir skatinti asmens sveikatos priežiūros įstaigas (toliau – ASPĮ) tobulinti paslaugų kokybę, didinti apdraustųjų informuotumą ir užtikrinti jų teises, plėtoti VLK veiklą, ją modernizuojant.

Tobulinant privalomojo sveikatos draudimo sistemą siekiama visuotinės apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) aprėpties, taip pat siekiama didinti šių asmenų finansinę apsaugą, tobulinti privalomojo sveikatos draudimo įmokų sistemą, spartinti kompensuojamosios sveikatos priežiūros plėtrą, gerinti jos prieinamumą ir skatinti ASPĮ tobulinti paslaugų kokybę, didinti apdraustųjų informuotumą ir užtikrinti jų teises.

Visuotinė apdraustųjų aprėptis vertinama pagal apdraustųjų skaičiaus ir draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu skaičiaus santykį. Siekiama, kad apdraustųjų skaičius didėtų, t. y. kad, įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą, kuo daugiau asmenų būtų apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu ir kad, įvykus draudimui įvykiui, jie galėtų gauti Privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas. Organizacinėmis, teisinėmis, informacinių technologijų ir visuomenės informavimo priemonėmis didinant apdraustųjų skaičių, buvo pasiekta, kad 2025 m. apdraustieji sudarė 99 proc. bendro draudžiamųjų skaičiaus (2021 m. – 98,8 proc., 2022 m. – 98,9 proc., 2023 m. – 99,1 proc., 2024 m. – 99 proc.). Siekiant, kad apdraustųjų skaičius nemažėtų, visuomenė aktyviai informuojama apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą. VLK naudojami įvairiomis visuomenės informavimo priemonėmis ir informacijos viešinimo kanalais: interneto svetaine, socialiniais tinklais, žiniasklaida, socialine reklama, leidiniais ir kt. Siekiant gerinti visuomenės informuotumą, išleistas<sup>1</sup> elektroninis leidinys „Paciento vadovas. Atsakymai į svarbiausius klausimus“. Šis leidinys sukurtas tam, kad kiekvienas pacientas galėtų greitai rasti aiškia ir praktišką informaciją apie privalomąjį sveikatos draudimą, sveikatos priežiūros paslaugas, kompensuojamuosius vaistus, medicinos pagalbos priemones, ligų prevencijos programas, Europos sveikatos draudimo kortelę, tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, racionalų vaistų vartojimą, išankstinę pacientų registraciją, ortopedijos technines priemones ir kitas svarbias temas.

Taip pat vertinamas ir kitas labai svarbus kriterijus: vienam apdraustajam per metus tenkančių PSDF biudžeto lėšų, skirtų gyventojų sveikatos priežiūrai, pokytis, palyginti su praėjusiais metais. Siekiama, kad šio kriterijaus reikšmė kasmet didėtų ne mažiau kaip 5 procentais. Lietuvoje turi būti didinama Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis. Ji šiuo metu yra viena mažiausių Europos Sąjungoje: Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai, 2024 m. duomenimis, sudaro apie 66,9 proc. visų išlaidų sveikatai (2023 m. duomenimis Europos Sąjungos vidurkis apie 80,6 proc.<sup>2</sup>). Didėjančios gyventojų sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos padeda užtikrinti ne tik prieinamų, saugių, kokybiškų valstybės kompensuojamų paslaugų teikimą, bet ir sveikatos priežiūros finansinį tvarumą: laiku atsiskaitoma su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, jie gauna teisingą atlygį, atitinkantį darbo sąnaudas ir kvalifikaciją. 2025 m. preliminariais duomenimis, PSDF biudžeto lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai, dalis, tenkanti vienam apdraustajam, sudarė 1 268,1 Eur (pagal 2024 m. atitinkamus faktinius duomenis – 1 126,9 Eur). Šis 12,5 proc. pokytis (preliminariais duomenimis) yra didesnis, nei buvo planuota, iš dalies dėl to, kad 2025 m. sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti papildomai buvo skiriamos PSDF biudžeto rezervo lėšos.

<sup>1</sup> Paciento vadovas. Atsakymai į svarbiausius klausimus

<sup>2</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_sha11\\_hf/default/table?lang=en&category=hlth.hlth\\_care.hlth\\_sha11.hlth\\_sha11\\_sum](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_care.hlth_sha11.hlth_sha11_sum)

Pagal kompetenciją vykdant Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programą, 2025 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo bei ligonių kasų veiklos efektyvumo didinimo darbai:

## 1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų srityje

Pastaraisiais metais mūsų valstybėje prioritetine sritimi buvo laikomos **pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos**. 2025 m. šioms paslaugoms iš viso buvo skirta 513 mln. Eur, t. y. 54 mln. Eur (11,8 proc.) daugiau, nei buvo skirta 2024 metais. 2025 m. PAASP paslaugoms tenkanti lėšų dalis sudarė 17,8 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF biudžeto lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų biudžeto ir rezervo lėšų).

PAASP paslaugos yra orientuotos į pacientą, o šeimos gydytojas yra atsakingas už pacientų sveikatos priežiūrą, todėl svarbu, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų prieinamos ir kokybiškos. 2025 m. gruodžio mėnesį šeimos gydytojo paslaugas teikė 3 564 gydytojai (įskaitant gydytojus akušerius-ginekologus, gydytojus chirurgus, vaikų ligų gydytojus ir vidaus ligų gydytojus).

2025 m. toliau siekiama kuo daugiau šeimos gydytojo funkcijų priskirti šeimos gydytojo komandos nariams (ne gydytojams) ir pagerinti šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimą. Tuo tikslu didinamas šeimos gydytojo komandos narių etatų skaičius, atsižvelgiant į PAASP paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo pakeitimus<sup>3</sup>. Šiam tikslui įgyvendinti buvo patvirtinti nauji PAASP bazinio metinio mokėjimo už prirašytą gyventoją, kai šeimos gydytojo komandos narių (ne gydytojų) ir šeimos gydytojų užimamų etatų santykis yra lygus 2,6 arba didesnis, dydžiai. 2025 m. pabaigoje vidutinis šalies kitų specialistų (ne gydytojų) ir gydytojų etatų santykis buvo 2,49.

Nuo 2025 m. sausio 1 d. buvo pradėti steigti<sup>4</sup> skubiosios medicinos pagalbos kabinetai. Tai PAASP paslaugas teikiančios įstaigos padalinys, kuriame teikiamos skubiosios medicinos pagalbos paslaugos pagal šeimos gydytojo kompetenciją, skubios ambulatorinės paslaugos ir kitos PAASP paslaugos. Pagal galiojančią tvarką skubiosios medicinos pagalbos kabinetas (-ai) privalomai turi būti steigiamas (-i) didžiųjų miestų – Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio – savivaldybių teritorijose veikiančiuose sveikatos centruose skubiai ambulatorinei paslaugai teikti. Kitose savivaldybėse minėto kabineto steigimas yra rekomenduojamas. Šiuo metu yra įsteigti du tokio tipo kabinetai, veikiantys poilsio ir švenčių dienomis: Vilniuje – VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje, Šiauliuose – VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centre.

Buvo patvirtinta nauja skubi ambulatorinė paslauga, teikiama skubiosios medicinos pagalbos kabinete. Ši paslauga apmokama PSDF biudžeto lėšomis, jei ji suteikiama pacientui atvykus į skubiosios medicinos pagalbos kabinetą (dirbantį poilsio ir švenčių dienomis ne trumpiau kaip 6 val.) pagal skubiosios medicinos pagalbos teikimo indikacijas, nustatytas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos apraše<sup>5</sup> arba Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto apraše<sup>6</sup>. Ši paslauga gali būti teikiama ir neprirašytiems prie PAASP įstaigos pacientams, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, bei nedraustiems asmenims, turintiems teisę į būtinąją medicinos pagalbą ir būtinąsias paslaugas.

Jei savivaldybėje neįsteigtas skubiosios medicinos pagalbos kabinetas, prireikus skubios ambulatorinės paslaugos teikiamos tos savivaldybės teritorijoje įsteigtuose ligonių skubiosios medicinos pagalbos skyriuose.

2025 m. lėšos, skiriamos kaip skatinamieji priedai (priedas už gerus darbo rezultatus, priedas už prirašytą prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priedas už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį,

<sup>3</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1380 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>4</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. lapkričio 20 d. įsakymas Nr. V-1132 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų asmens sveikatos priežiūros įstaigos skubiosios medicinos pagalbos skyriui ir skubiosios medicinos pagalbos kabinetui aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

<sup>6</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto aprašo patvirtinimo“.

aptarnavimą, priedas už kaimo gyventojų aptarnavimą bei priedas, mokamas toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslauga), sudarė 33 proc. lėšų, skiriamų už PAASP paslaugas.

Siekiant gerinti **pirminės odontologinės priežiūros paslaugų** prieinamumą, pirminei odontologinei komandai priskiriama burnos higienisto aptarnaujamų gyventojų skaičius buvo sumažintas<sup>7</sup> iki 7 000, buvo diferencijuotos pirminės odontologinės priežiūros paslaugų kainos<sup>8</sup>.

2025 m. skirtas ypatingas dėmesys vaikų dantų ėduonies profilaktikai. Nuo 2025 m. vasario 1 d. vaikams buvo pradėtos teikti<sup>9</sup> keturios naujos profilaktinės odontologinės paslaugos, už kurias PAASP įstaigoms mokami skatinamieji priedai:

1. 1–17 m. vaiko burnos higienos įgūdžių vertinimas ir mokymas, prireikus užpildoma mokinio sveikatos pažymėjimo 2 dalis (iki 2 kartų per metus);

2. 3–10 m. vaiko profesionalios burnos higienos atlikimas, įgūdžių vertinimas ir mokymas, prireikus užpildoma mokinio sveikatos pažymėjimo 2 dalis (1 kartą per metus);

3. 11–17 m. vaiko profesionalios burnos higienos atlikimas, įgūdžių vertinimas ir mokymas, prireikus užpildoma mokinio sveikatos pažymėjimo 2 dalis (1 kartą per metus);

4. 3–17 m. vaikų dantų padengimas fluoridų preparatais (iki 2 kartų per metus).

Taip pat suaugusiems buvo pradėta teikti nespacializuota pirminės suaugusių asmenų burnos patikros ir profilaktikos paslauga, kurios tikslas – išvengti burnos, veido ir žandikaulių srities vėžio. Šią paslaugą teikia gydytojas odontologas arba burnos higienistas. Paslaugos metu atliekama asmens burnos, veido ir žandikaulių patikra ir taikomos profilaktikos priemonės. Ši paslauga teikiama 1 kartą per kalendorinius metus, vadovaujantis Burnos ir žandikaulių srities vėžio ankstyvosios diagnostikos organizavimo tvarkos aprašu<sup>10</sup>.

Siekiant gerinti **pirminės psichikos sveikatos** priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, nuo 2025 m. liepos 1 d. pradėjo veikti<sup>11</sup> atskiros vaikų ir paauglių (0–17 metų) pirminės ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios komandos (iki tol buvo bendros komandos, teikiančios paslaugas ir suaugusiems). Jas sudaro vaikų ir paauglių gydytojas psichiatras, medicinos psichologas bei kiti komandos nariai: psichikos sveikatos slaugytojas, meno terapeutas, socialinis darbuotojas, atvejo vadybininkas ar kt. Šios komandos sudaromos tose pirminės psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, prie kurių yra prirašyta 6 000 ar daugiau vaikų ir paauglių. Atsižvelgiant į nustatytus pakeitimus, už šias paslaugas mokama atskirai<sup>12</sup>. Tuo pačiu teisės aktu reglamentuojami tam tikri pasikeitimai suaugusiųjų psichikos sveikatos paslaugas teikiančių specialistų komandoje. Į suaugusiųjų komandos sudėtį įtrauktas naujas komandos narys – psichikos sveikatos atvejo vadybininkas. Šio specialisto funkcija – užtikrinti tinkamą paslaugų koordinavimą, bendradarbiaujant su gydytoju psichiatru, medicinos psichologu, kitais komandos nariais, taip pat su pacientu ir jo šeimos nariais. Nuo 2025 m. sausio mėnesio buvo mažinamas<sup>13</sup> maksimalus

<sup>7</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. sausio 2 d. įsakymas Nr. V-3 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>8</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1372 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymo Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>9</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. sausio 2 d. įsakymas Nr. V-3 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>10</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-1212 „Dėl Burnos, veido ir žandikaulių srities vėžio ankstyvosios diagnostikos ir gydymo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

<sup>11</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. V-693 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymo Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>12</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. liepos 9 d. įsakymas Nr. V-634 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymu Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>13</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimo“.

aptarnaujamų gyventojų skaičius, tenkantis vienam komandos nario etatui: gydytojas psichiatras, medicinos psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas ir atvejo vadybininkas turėtų aptarnauti 15 000 suaugusiųjų asmenų, socialinis darbuotojas – 30 000 suaugusiųjų asmenų.

Siekiant pagerinti priklausomybės ligų gydymo kokybę ir prieinamumą pirminėje psichikos sveikatos priežiūros grandyje, nuo 2025 m. rugpjūčio 1 d. mokami nauji skatinamieji priedai<sup>14</sup> už priklausomybės ligomis sergančių asmenų bei asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas sudėtinu buprenorfinu ir naloksonu, priežiūrą.

**Slauga** namuose neretai tampa tikru iššūkiu tiek pačiam pacientui, tiek jį prižiūrinčiam artimajam, kai su ja susiduriama pirmą kartą. Siekiant gerinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (toliau – ASPN) kokybę, nuo 2025 m. buvo patvirtintas<sup>15</sup> maksimalus (ne daugiau nei 10) galimų suteikti vienu etatu dirbančio specialisto ASPN skaičius per dieną. Siekiant skatinti ASPN ir ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimą, nuo 2025 m. sausio mėnesio už šias paslaugas atsiskaitoma perskaičiuotomis<sup>16,17</sup> (padidintomis) kainomis.

Tai pat buvo pakeistas Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų ir šios paslaugos apmokėjimo tvarkos aprašas<sup>18</sup> – atsakyta nuostatos, kad PSDF biudžeto lėšomis mokama ne daugiau kaip už 120 palaikomojo gydymo ir slaugos dienų (lovadienių) per *kalendorinius* metus. Ši nuostata suteikė teisę palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse slaugomiems pacientams, hospitalizuotiems rugsėjį, nuo naujų metų sausio mėnesio pratęsti gydymą dar 120 dienų, tokiu būdu nepertraukiamas gydymo laikotarpis, už kurį buvo mokama iš PSDF biudžeto, pailgėdavo iki 240 dienų. Tai lėmė, kad palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse nuo sausio mėnesio iki balandžio mėnesio susidarydavo eilės ir kildavo sunkumų perkeltiant į šias ligonines pacientus po aktyviojo gydymo iš stacionarinių ASPĮ.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa<sup>19</sup> ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto lėšų naudojimo, pastaraisiais metais prioritetas buvo teikiamas ir **ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų** plėtrai bei jų prieinamumui gerinti. 2025 m. buvo suteikta 2,33 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios medicinos pagalbos paslaugų (kartu) bei 458,7 tūkst. stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. Pažymėtina, kad 2025 m. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) buvo suteikta 13,7 proc. daugiau nei 2024 m. (2024 m. – 2,05 mln. šių paslaugų), tuo tarpu stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų – 2,6 proc. mažiau, palyginti su 2024 m., kai jų buvo suteikta 470,8 tūkst.

Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios medicinos pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios dėl savo efektyvumo ir palankių apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sąlygų palapsniui keičia brangiai kainuojančias stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. nesudėtingos stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos keičiamos dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir atitinkamomis ambulatorinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra svarbi tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, nes jie, teikdami ekonomiškai efektyvias

<sup>14</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. liepos 21 d. įsakymas Nr. V-682 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>15</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1377 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>16</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. V-1186 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymo Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>17</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1372 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymo Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

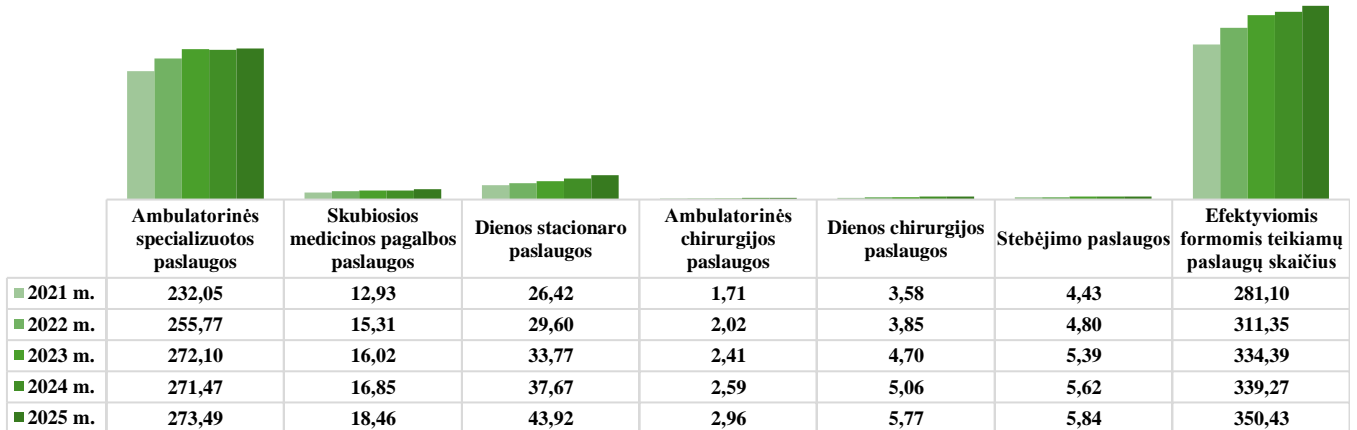
<sup>18</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1378 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymo Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų ir šios paslaugos apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>19</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 2025 m. rugsėjo 25 d. nutarimas Nr. XV-439 „Dėl Dvidešimtosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Pacientams sudaromos sąlygos paslaugas gauti greičiau ir arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos.

Ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, t. y. gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau – tai parodo 2021–2025 m. didėjęs ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą).

### Ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2021–2025 m.



Siekiant optimizuoti asmens sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimą, ieškota būdų, kaip finansuoti reikalingiausias asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir mažinti perteklinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Tuo tikslu buvo pakeistas<sup>20</sup> Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos aprašas: 1) nustatytas efektyvesnis numatytų sutartinių lėšų naudojimas (tam tikroms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti numatytos sutartinės lėšos panaudojamos tik toms pačioms paslaugoms apmokėti – sutartinės lėšos neperskirstomos tarp skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupių); 2) taikant skirtingas viršsutarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo nuostatas skirtingoms asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupėms, siekiama užtikrinti prioritetinių viršsutarinių paslaugų apmokėjimą ir suvaldyti neproporcingai didelį viršsutarinių neprioritetinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo mastą.

2025 m. gruodžio mėn. įsigaliojo atnaujintos<sup>21</sup> **specializuoto pacientų pavėžėjimo** paslaugų bazinės kainos. Preliminariais duomenimis, 2025 m. buvo suteiktos 72 specializuoto pacientų pavėžėjimo paslaugos (60 pacientų).

Nuo 2025 m. sausio 1 d. taikomas mišrus **skubiosios medicinos pagalbos paslaugų** finansavimo modelis<sup>22</sup>, kai mokama ne tik už faktiškai suteiktas paslaugas, bet ir kas mėnesį skiriamos papildomos lėšos – bazinis priedas<sup>23</sup>, taikomas visoms stacionarinėms ASPĮ, kuriose yra skubiosios medicinos pagalbos skyrius, neatsižvelgiant į jo tipą (iki tol bazinis priedas buvo mokamas tik toms ASPĮ, kuriose buvo C ir B1 tipo skubiosios medicinos pagalbos skyriai). Bazinis priedas mokamas kas mėnesį, jeigu praėjusį mėnesį skyriuje skubiosios medicinos pagalbos, stebėjimo ir gydytojų specialistų paslaugos buvo teikiamos visą parą visomis savaitės dienomis ir šios paslaugos (kai pacientas nehospitalizuojamas) vidutiniškai per parą buvo suteiktos ne mažiau kaip 6 pacientams, o ASPĮ grupuojamos pagal 2024 metų gydymo atvejų skubiosios medicinos pagalbos skyriuje skaičių. Tam 2025 m. buvo skirta 33,3 mln. eurų.

<sup>20</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gegužės 9 d. įsakymas 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“.

<sup>21</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-1198 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymo Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>22</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1382 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų asmens sveikatos priežiūros įstaigos skubiosios medicinos pagalbos skyriui ir skubiosios medicinos pagalbos kabinetui aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>23</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1372 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymo Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

2025 m. pabaigoje buvo skirta iki 30 mln. Eur iš PSDF rezervo stacionariųjų ASPI skubiosios medicinos pagalbos skyriuose suteiktoms paslaugoms kompensuoti<sup>24</sup>, atsižvelgiant į 2025 m. šiuose skyriuose suteiktų paslaugų kiekį ir jų teikimo sąnaudas.

Nuo 2025 m. sausio 1 d. mokami priedai<sup>25</sup> už medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP), naudojamas teikiant **aktyviojo gydymo paslaugas**: už bariatrinę operacijų metu naudojamą reguliuojamosios ar nereguliuojamosios skrandžio juostos rinkinį bei MPP priemonių komplektą (linijinį lankstųjį endoskopinį mechaninį siuvimo aparatą su peiliu, kasetes siuvimo aparatui su peiliu, ultragarsines koaguliacijos žnyplės).

Taip pat nuo 2025 m. sausio 1 d. ASPI, teikiančioms klasterines intensyviosios terapijos paslaugas, kas ketvirtį skiriama papildomo bazinio mokėjimo suma, kuri priklauso nuo lovų skaičiaus, gydytų pacientų būklės sunkumo ir turimo personalo. Tuo tikslu buvo pakeistas<sup>26</sup> Intensyviosios terapijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų aprašas.

Siekiant, kad būtų teikiama daugiau ekonomiškai efektyvių ir kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, buvo vykdoma ASPI, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu<sup>27</sup> patvirtintus rodiklius. Duomenys apie ASPI 2024 m. pasiektas šių rodiklių reikšmės 2025 m. rugsėjo 3 d. buvo pristatyti Sveikatos apsaugos ministerijos ir ASPI atstovams. Pristatymo medžiaga buvo paskelbta VLK ir Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėse<sup>28</sup>. Taip pat buvo atnaujintas<sup>29</sup> ir patobulintas ASPI, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas bei jų skaičiavimo metodikos.

Preliminariais duomenimis, 2025 m. 1–11 mėn. iš PSDF biudžeto kompensuojamas **dantų protezavimo paslaugas** gavo apie 72 tūkst. šalies gyventojų (2025 m. prognozė –78 tūkst. šalies gyventojų). Dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas PSDF biudžeto lėšomis, gali gauti šios apdraustųjų grupės:

1. asmenys, kuriems sukako senatvės pensijos amžius;
2. asmenys, kurie yra pripažinti nedarbingi arba iš dalies darbingi;
3. vaikai;
4. asmenys, kuriems buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos.

Apie 80 proc. atvejų 2025 m. dantų protezavimo paslaugas gavo asmenys, kurie buvo sulaukę senatvės pensijos amžiaus. Dantų protezavimo paslaugas teikė 1 016 ASPI, sudariusių sutartis su VLK.

2025 m., kaip ir ankstesniais metais, didelis dėmesys buvo skiriamas **prevencinėms programoms**. VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,8 mln. žmonių, kurie pagal savo amžių gali gauti prevencinėse programose numatytas paslaugas, t. y. nemokamai išsirtinti dėl vėžio ir kitų sunkių ligų. Pasitikrinti sveikatą pagal prevencines programas – tai geriausias būdas aptikti ankstyvosios stadijos ligą. Pagal šias programas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems susirgti yra didžiausia tikimybė. Laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų

<sup>24</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. lapkričio 24 d. įsakymas Nr. V-1045 „Dėl lėšų skyrimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies 2025 metais“.

<sup>25</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. sausio 15 d. įsakymas Nr. V-21 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymo Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės, giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų ir dienos chirurgijos paslaugų III–V apmokėjimo grupėms taikomų kompensacinių priedų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>26</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-1213 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 2 d. įsakymo Nr. V-465 „Dėl Intensyviosios terapijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų ir Intensyviosios priežiūros asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų aprašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>27</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. balandžio 24 d. įsakymas Nr. V-487 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ pakeitimo“.

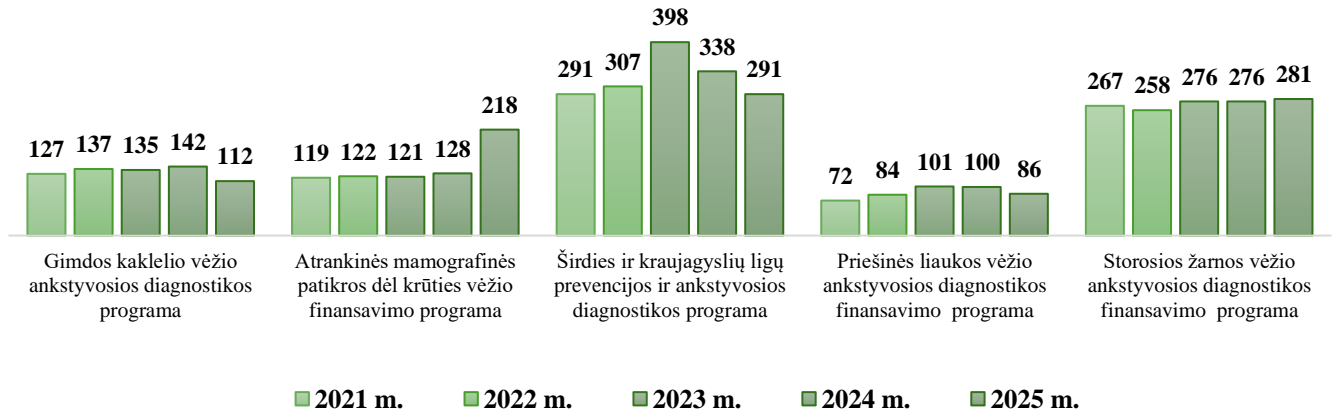
<sup>28</sup> <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaiigoms-ir-partneriams/duomenu-analizes-rodikliai-vizualizacijos/>

<sup>29</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1105 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ pakeitimo“.

darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Lietuvoje vykdomos 5 prevencinės programos – gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos, priešinės liaukos vėžio ir širdies bei kraujagyslių ligų ankstyvosios diagnostikos prevencinės programos. Minėtose programose numatytos paslaugos teikiamos PSDF biudžeto lėšomis nustatytu periodiškumu tam tikro amžiaus moterims ir vyrams, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu. Šių paslaugų teikimas organizuojamas per PAASP įstaigas.

2025 m. pagal prevencines programas teikiamas paslaugas gavo mažiau asmenų nei 2024 m. (žr. diagramą).

### 2021–2025 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)



Pagal Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programą 2025 m. sveikatą patikrino 112 tūkst. moterų, t. y. apie 21 proc. mažiau nei 2024 metais. Mažesnis besitikrinančių moterų aktyvumas galimai susijęs su buvusiu didesniu moterų aktyvumu 2024 m. ir programos cikliškumu.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 218 tūkst. moterų, t. y. apie 70 proc. daugiau nei 2024 metais. Toks aktyvus moterų dalyvavimas siejamas su nuo 2025 m. sausio 1 d. praplėstomis<sup>30</sup> šios programos tikslinės populiacijos amžiaus ribomis. Iki 2024 m. gruodžio 31 d. programoje numatytas paslaugas galėjo dalyvauti 50–69 m. (imtinai) moterys, o nuo 2025 m. sausio 1 d. – 45–74 m. (imtinai) moterys. Programos tikslinė populiacija išaugo apie 40 proc., t. y. nuo 466 tūkst. iki 650 tūkst. moterų.

Pagal Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programą 2025 m. paslaugas gavo 291 tūkst. asmenų – apie 14 proc. mažiau nei 2024 metais. 2022 m. pabaigoje programa buvo atnaujinta: išplėtos tikslinės populiacijos amžiaus ribos, nustatytas dalyvavimo periodiškumas pagal paciento riziką sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Dėl šių pakeitimų 2023 m. žymiai padaugėjo gyventojų, gavusių paslaugas pagal programą, tačiau 2024 m. ir 2025 m. besitikrinančiųjų aktyvumas sumažėjo.

Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai patikrino 86 tūkst. vyrų, t. y. 14 proc. mažiau nei 2024 metais. Tikėtina, kad besitikrinančiųjų aktyvumo lygis yra toks pat, koks buvo prieš pandemiją (2019 m. pagal šią programą patikrino 89 tūkst. vyrų).

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas 2025 m. gavo 281 tūkst. asmenų, t. y. 2 proc. daugiau 2024 metais. Nuo 2025 m. sausio 1 d. įsigaliojo Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos pakeitimai<sup>31</sup>. Programoje nurodyta informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (toliau – iFOBT) rezultatų įvertinimo paslauga išskirta į dvi atskiras paslaugas: informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslauga ir iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslauga.

<sup>30</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-1109 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Krūties piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>31</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1320 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymo Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“.

Siekiant gerinti **transplantacijos paslaugų** prieinamumą, buvo tobulinama šių paslaugų apmokėjimo tvarka. 2025 m. buvo pakeisti<sup>32</sup> atitinkami tvarkos aprašai (plaučių, širdies ir plaučių komplekso, kasos salelių transplantacijų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis aprašai) ir numatyta, kad už stacionare teikiamas transplantacijos paslaugas mokama pagal faktines jų išlaidas. Buvo pakeistas<sup>33</sup> Suaugusiųjų išmatų mikrobiotos transplantacijos paslaugos teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas – buvo patikslintas atskirais paslaugų teikimo etapais privalomų atlikti tyrimų sąrašas.

**Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui** 2025 m. buvo skirta 15,7 proc. daugiau PSDF biudžeto ir rezervo lėšų, palyginti su 2024 m. (2024 m. – 159,6 mln. Eur, 2025 m. – 184,6 mln. Eur), siekiant, kad būtų suteikiama daugiau pradinės ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų, taip pat siekiant užtikrinti prioritetinių stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimą, padidinti ambulatorinės bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimo mastą ir prieinamumą.

2025 m. medicininės reabilitacijos, sanatorinio gydymo ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos nuostatos buvo perkeltos<sup>34</sup> į Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašą. Prioritetinės stacionarinės reabilitacijos paslaugos (t. y. paslaugos, teikiamos suaugusiesiems po infarktų, insultų, endoprotezavimo, traumų, operacijų dėl tam tikrų onkologinių ligų, antrinės stacionarinės reabilitacijos paslaugos vaikams ir tretinės stacionarinės reabilitacijos paslaugos vaikams ir suaugusiesiems) priskiriamos I grupės paslaugoms. Vadovaujantis minėtu aprašu, esant PSDF biudžeto galimybių apmokamos visos gydymo įstaigų suteiktos viršsutarinės prioritetinės stacionarinės reabilitacijos paslaugos.

2025 m. **ambulatorinėmis sąlygomis atliekamiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms** (toliau – brangieji tyrimai ir procedūros) iš PSDF biudžeto ir rezervo lėšų buvo skirta 148,9 mln. Eur.

2025 m. į Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, sąrašą buvo įtrauktas psichiatrinių vaistų toleravimo farmakogenetinis tyrimas<sup>35</sup> ir nauji naviko genetikos tyrimai<sup>36</sup>: naviko molekulinės genetikos tyrimas, atliekamas DNR sekoskaitos metodu, molekulinio kariotipavimo tyrimas ir genomo metilinimo tyrimas. Šiuo pakeitimu nustatyta, kad, suteikus gydytojo onkologo chemoterapeuto ar gydytojo vaikų onkohematologo konsultaciją, kai atliekamas vienas iš naujų genetinių ištyrimų, pacientai gali gauti kokybiškesnį gydymą ir tam tikrais atvejais išvengti chemoterapinio gydymo.

Buvo pakeista Brangiųjų tyrimų ir procedūrų apmokėjimo tvarka<sup>37</sup>, siekiant, kad pacientams būtinausi tyrimai būtų kompensuojami visa apimtimi, net ir viršijant įstaigai numatytą sutartinę sumą. Pažymėtina, kad buvo apmokėti visi 2025 m. I pusmetį atlikti viršsutariniai brangieji tyrimai ir procedūros.

<sup>32</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. birželio 19 d. įsakymas Nr. V-581 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. spalio 7 d. įsakymo Nr. V-1045 „Dėl Širdies ir plaučių komplekso transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>33</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1299 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. sausio 31 d. įsakymo Nr. V-143 „Dėl Suaugusiųjų išmatų mikrobiotos transplantacijos paslaugos teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>34</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gegužės 9 d. įsakymas 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“.

<sup>35</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1375 „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“.

<sup>36</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. vasario 24 d. įsakymas Nr. V-138 „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“.

<sup>37</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gegužės 9 d. įsakymas 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“.



(nuo 6,42 Eur 2024 m. iki 6,97 Eur 2025 metais). Tai lėmė, kad gyventojams, kurių mokama priemoka padengiama valstybės biudžeto lėšomis, viename recepte išrašomas didesnis kompensuojamųjų vaistų ir MPP kiekis, be to, šie gyventojai už vaistus ir MPP nieko neprimoka, vadinasi, nėra skatinami įsigyti mažiau kainuojančio vaisto ar MPP.

2025 m. buvo išrašyta 12,9 mln. kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptų, t. y. 5,7 proc. daugiau nei 2024 m. (2024 m. buvo išrašyta 12,2 mln. šių receptų). 2025 m. kompensuojamaisiais vaistais ir MPP buvo gydoma 1,28 mln. asmenų, t. y. 0,8 proc. mažiau nei 2024 m. (2024 m. kompensuojamaisiais vaistais ir MPP buvo gydoma 1,29 mln. asmenų).

Su vaistų gamintojais buvo sudarytos 232 gydymo kompensuojamaisiais vaistais prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartys, taip pat 30 sutarčių buvo sudaryta dėl pacientų, kuriems nustatytos labai retos būklės, gydymo išlaidų pasidalijimo. Pagal šias sutartis vaistų gamintojai įsipareigoja užtikrinti gydymo atitinkamu vaistu prieinamumą pacientams ir valdyti PSDF biudžeto išlaidas šiam vaistui kompensuoti, taikydami mažesnę vaisto kainą Lietuvai. Tokiu būdu užtikrinamas PSDF biudžeto stabilumas, padalijama finansinė rizika PSDF biudžetui ir vaisto gamintojui pagal sutartus gydymo efektyvumo vertinimo rezultatus. 2025 m. vaistų gamintojai arba jų tiekėjai, vykdydami pasirašytas sutartis, į PSDF biudžetą sugrąžino 83 mln. Eur – ši suma buvo skirta kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidoms apmokėti.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu<sup>39</sup> sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos **labai retų būklių gydymo** išlaidos. 2025 m. VLK išdavė 917 garantinių raštų pagal ASPĮ prašymus kompensuoti 572 pacientų (iš jų – 282 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas – pagal garantinius raštus buvo skirta 22,3 mln. Eur. Naujiems pacientams gydyti pagal 2025 m. išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 8,6 mln. Eur. Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, achondroplazija, taip pat labai retomis onkologinėmis ligomis. 2025 m. buvo pradėtos kompensuoti sergančiųjų kita svingolipidoze, paroksizmine naktine hemogloburija (*Marčiafava-Mišeli*; *Marchiafava-Micheli*) ir motorinio (judinamojo) neurono liga gydymo išlaidos.

2025 m. pradžioje buvo papildytos žmogaus normaliojo imunoglobulino skyrimo sąlygos<sup>40</sup> – šis **centralizuotai apmokamas vaistas** pradėtas kompensuoti gydant atsparias uždegimines polineuropatijas. Šis pakeitimas leidžia pacientams vaistą paskirti greičiau ir mažina administracinę naštą ASPĮ (iki šiol vaistas buvo kompensuojamas pavieniams pacientams, jei ASPĮ pateikdavo prašymą Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijai (toliau – Retų ligų komisija) dėl jo kompensavimo).

Nuo 2025 m. gegužės mėnesio buvo pradėtas centralizuotai pirkti<sup>41</sup> naujas vaistas – daunorubicinas su citarabinu – ūminei mieloidinei leukemijai gydyti. Į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą<sup>42</sup> buvo įrašytas vaistas *Tenecteplase* (5 000 V) galvos smegenų infarktui gydyti (šį vaistą patogiau naudoti nei pirmiau naudotą vaistą *Alteplase*).

2025 m. pabaigoje į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą buvo įrašyti<sup>43</sup> nauji vaistai: tekliksimabas dauginai mielomai gydyti ir nusinerseno natrio druska spinalinei raumenų atrofijai gydyti. Vaistas tekliksimabas iki tol nebuvo kompensuojamas PSDF biudžeto lėšomis, o nusinerseno natrio druska galėjo būti kompensuojama tik pritarus Retų ligų komisijai. Taip pat į minėtą sąrašą buvo įrašytas naujas vaistas onasemnogenas

<sup>39</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-67 „Dėl Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos sudarymo“.

<sup>40</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. sausio 23 d. įsakymas Nr. V-42 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymo Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>41</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-392 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymo Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>42</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-441 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymo Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>43</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. lapkričio 11 d. įsakymas Nr. V-982 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymo Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

obapervovekas, skirtas spinalinei raumenų atrofijai gydyti. Tai vienas brangiausių kada nors kompensuotų vaistų – iki tol šis vaistas buvo iš dalies kompensuotas vienam pacientui gydyti (Retų ligų komisijos sprendimu). Minėtą vaistą pradėjus pirkti centralizuotai, juo bus galima gydyti visus pacientus, kurie atitiks nustatytas vaisto skyrimo sąlygas, be to, šį vaistą pacientai galės gauti greičiau.

VLK siūlymu buvo pakeista **Nacionalinės imunoprofilaktikos programa**<sup>44</sup> – buvo išplėstos asmenų, kurie nemokamai gali būti skiepijami nuo erkinio encefalito, amžiaus ribos. Nuo 2024 m. rugsėjo 1 d. 50–55 m. asmenys galėjo nemokamai pasiskiepyti nuo erkinio encefalito, o 2025 m. pabaigoje nemokamai pasiskiepyti galėjo asmenys nuo 50 iki 60 metų. Taip pat buvo pakeista asmenų, kurie gali būti nemokamai skiepijami nuo pneumokokinės infekcijos, amžiaus riba – nemokamai gali būti skiepijami visi asmenys, sulaukę 65 metų (anksčiau nemokamai galėjo skiepytis asmenys nuo 75 metų), arba jaunesni, jei serga ligomis, nurodytomis sveikatos apsaugos ministro įsakyme.

Siekiant, kad veiksmingiau būtų naudojama brangi medicinos įranga slaugant pacientą namuose, taip pat siekiant palengvinti paciento finansinę naštą, sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas, 2025 m. buvo kompensuojamos šių **medicinos priemonių nuomos** išlaidos:

- insulino pompų su glikemijos duomenų įvertinimo, naudojant diagnostines juosteles gliukozės kiekiui nustatyti, funkcija;
- insulino pompų su glikemijos įvertinimo, naudojant nuolatinio gliukozės matavimo jutiklį, ir insulino išvirkštimo sustabdymo, esant mažai glikemijai, funkcija;
- deguonies aparatų;
- dirbtinės plaučių ventiliacijos (toliau – DPV) aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu, kai naudojamas tracheostominis vamzdelis;
- DPV aparatų, veikiančių neinvaziniu būdu, kai naudojama kaukė arba kaniulės;
- nešiojamųjų gyvybinių funkcijų stebėjimo aparatų;
- DPV aparatų, veikiančių adaptuotos palaikomosios ventiliacijos (angl. *Adaptive Servo-Ventilation*) režimu (jie skiriami centrinei miego apnėjai gydyti, kai kiti gydymo metodai neefektyvūs);
- DPV aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu (per kaukę arba kandiklį);
- išorinių automatinių infuzinių pompų ilgalaikiai opioidinių analgetikų infuzijai atlikti su užrakinimo funkcija (apsauga nuo paciento savavališko vaistų dozės reguliavimo);
- enterinio maitinimo pompų su ilginimo sistema;
- enterinio maitinimo pompų be ilginimo sistemos.

2025 m. buvo perskaičiuotos DPV aparatų ir išorinės automatinės infuzinės pompos ilgalaikiai opioidinių analgetikų infuzijai atlikti su užrakinimo funkcija (apsauga nuo paciento savavališko vaistų dozės reguliavimo) bazinės kainos. Taip pat buvo nutarta kompensuoti CPAP (angl. *Continuous Positive Airway Pressure* – nuolatinis teigiamas kvėpavimo takų slėgis) aparatų obstrukcinei miego apnėjai gydyti nuomos išlaidas.

2025 m. buvo tobulinamas **ortopedijos techninių priemonių** kompensavimas, siekiant užtikrinti aukštesnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams.

Ortopedijos techninėms priemonėms priskiriami galūnių protezai, krūčių protezai, pagal užsakymą individualiai gaminami įtvarai, serijiniu būdu gaminami įtvarai, pagal užsakymą individualiai pagaminta sudėtinga ortopedinė avalynė, pagal užsakymą individualiai pagaminta nesudėtinga ortopedinė avalynė ir batų įdėklai, o medicinos priemonėms priskiriamos kraujotakos sistemos gydamosios priemonės (vaikams po nudegimų), klausos aparatai (su individualiais ar standartiniais ausies įdėklais), akies protezai, ortodontiniai aparatai, akinių lęšiai ir elektroniniai balso aparatai.

Per metus vidutiniškai kompensuojama apie 157 tūkst. ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių (3 metų duomenys). Iš jų didžiausią dalį (44 proc.) sudaro pagal užsakymą gaminama ortopedinė avalynė ir batų įdėklai. Kompensuojamosiomis ortopedijos techninėmis priemonėmis ir medicinos priemonėmis per metus aprūpinami vidutiniškai 98 tūkst. apdraustųjų (3 metų duomenys).

<sup>44</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1113 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. vasario 12 d. įsakymo Nr. V-192 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2024–2028 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo“.

Nuo 2025 m. buvo pradėti kompensuoti<sup>45</sup> vaikiški sportiniai protezai, kraujotakos sistemos gydymosi priemonės suaugusiesiems, abiejų žandikaulių išimamas funkcinis aparatas.

Siekiant, kad ortopedijos techninės priemonės būtų išduodamos asmenims, kuriems jos būtinos, ir pagerėtų išduodamų priemonių kokybė, 2025 m. VLK atliko 9 kontrolės procedūras (buvo patikrintos visos ortopedijos įmonės, pagal rizikos vertinimo rezultatus priskirtos didžiausios rizikos grupei).

### 3. Valstybės deleguotų funkcijų vykdymo srityje

2025 m. valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto buvo skirta 167 337 tūkst. Eur.

VLK, vykdydama valstybės deleguotas funkcijas:

- apmoka paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidas, t. y. greitosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas. Tai leidžia užtikrinti, kad pacientui laiku būtų suteikta reikiama medicinos pagalba jo buvimo vietoje ir prireikus sergantis ar sužeistas pacientas būtų pervežamas į ASPĮ;

- skiria lėšas kraujo donorų kompensacijoms mokėti ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti;

- apmoka privalomąją karo tarnybą atliekančių karių ir padariusių pavojingą veiką asmenų, kuriems paskirtos priverčiamosios medicininio pobūdžio priemonės, sveikatos priežiūros išlaidas, neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, užsieniečiams ir jų vaikams suteiktas būtinosios medicinos pagalbos ir kitų būtinųjų paslaugų, kurių nesuteikus paciento sveikatos būklė galėtų pablogėti tiek, kad jam prireiktų skubiosios medicinos pagalbos paslaugų, išlaidas bei šių vaikų skiepijimo pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą ir profilaktinių sveikatos tikrinimų išlaidas;

- padengia gyventojams išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP priemokas. Tai taikoma labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, mažas pajamas gaunantiems asmenims, vyresniems kaip 65 metų asmenims bei asmenims, turintiems negalią, – jiems suteikiama galimybė įsigyti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. 2025 m. šių asmenų buvo 397,4 tūkst. – jų skaičius sumažėjo 10 proc., palyginti su 2024 m. (441,8 tūkst. asmenų). 2025 m. išlaidos šioms priemokoms padengti sudarė 39,4 mln. Eur, t. y. 4,2 mln. Eur daugiau nei 2024 m. (2024 m. priemokų suma sudarė 35,2 mln. Eur). Valstybės biudžeto lėšomis padengiamos priemokos ir tų pacientų, kurių išlaidos mokant priemokas (nuo metų pradžios) už pigiausius vaistus buvo didelės. Sukaupę nustatyto dydžio priemokų krepšelį (59,04 Eur), šie pacientai iki metų pabaigos už pigiausius vaistus vaistinėje priemokų nemoka. 2025 m. paciento priemokos buvo padengtos 104,67 tūkst. asmenų, sukaupusių priemokų krepšelį (arba 8,16 proc. asmenų, gavusių kompensuojamuosius vaistus ir MPP), – padengiamų priemokų suma sudarė 5,56 mln. Eur. Bendra padengiamų priemokų suma 2025 m. sudarė 39 mln. Eur.

### 4. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos efektyvumo didinimo srityje

2025 m. ir toliau buvo gerinamas VLK teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas.

Siekiant optimizuoti PSDF administruojančių institucijų veiklą ir supaprastinti privalomojo sveikatos draudimo valdymo ir administravimo struktūrą, 2025 m. liepos 1 d. buvo užbaigtas ligonių kasų konsolidavimas.

VLK teikiamų administracinių paslaugų kokybė gerėja, nes yra nuosekliai kuriamos ir diegiamos pažangios technologijos, teikiamos elektroninės paslaugos.

2025 m. buvo tobulinamas ASPĮ, vaistinių, ortopedijos įmonių ir kitų ūkio subjektų sutarčių, pasirašomų su VLK, portalas – įdiegta sąskaitų administravimo (suformavimo, patvirtinimo per šį portalą) funkcija bei paraiškų sąskaitoms apmokėti parengimo funkcija. Buvo įdiegtas vaistinių 2 tipų sutarčių valdymo procesas ir patobulinta ataskaitų rengimo (generavimo) funkcija.

2025 m. buvo sukurta ir paskelbta<sup>46</sup> sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodiklių švieslentė. Ši švieslentė užtikrina veiksmingesnę ASPĮ veiklos ir teikiamų paslaugų kokybės stebėseną, sudaro sąlygas operatyviai išsiaiškinti prastesnių ASPĮ veiklos rezultatų ir blogesnės paslaugų kokybės priežastis ir numatyti priemones joms pašalinti.

<sup>45</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. rugpjūčio 18 d. įsakymas Nr. V-767 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių bei jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>46</sup> [rodikliai.vlk.lt](http://rodikliai.vlk.lt)

2025 m. buvo sukurta bendra ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos informacinė sistema (VLIVAS), leidžianti automatizuoti duomenų rinkinių sudarymą ir perduoti juos į Detalios pacientų lygio sąnaudų apskaitos informacinę sistemą (DPLSA).

Buvo centralizuotos įstaigų ir vaistinių prisijungimo prie VLK informacinių sistemų, konsultavimo prisijungimo ir darbo su sistemomis klausimais funkcijos.

VLK, dalyvaudama įgyvendinant Nacionalinio kibernetinio saugumo centro projektą, gavo techninę ir programinę įrangą, skirtą saugumo operacijų centrui, buvo sukurta ir apmokyta darbuotojų komanda, atliekanti saugumo operacijų centro funkcijas. Suformuota komanda ir nauja programinė įranga padės stiprinti VLK kibernetinį saugumą.

Paskelbtas duomenų centro užsienyje paslaugų pirkimas. Šios paslaugos leis įgyvendinti teisės aktų reikalavimus, svarbių ir kritinių informacinių sistemų duomenų kopijas laikyti už Lietuvos ribų.

2025 m. viešieji pirkimai 100 procentų buvo vykdomi taikant žaliųjų pirkimų reikalavimus.

Pagrindiniai **teigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos įgyvendinant priemonę strateginius ir veiklos tikslus:

1) kasmet didėjo PSDF biudžeto pajamos, sudariusios sąlygas išlaikyti PSDF biudžeto tvarumą. Pajamų didėjimą daugiausia lėmė:

- auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu (vidutinis darbo užmokestis bruto 2021 m. III ketv. buvo 1 586 Eur, 2022 m. III ketv. – 1 787,1 Eur, 2023 m. III ketv. – 2 005,9 Eur, 2024 m. III ketv. – 2 225,1 Eur, 2025 m. III ketv. – 2 415,7 Eur<sup>47</sup>) ir nedideliu nedarbo lygiu. Pagal 2025 m. III ketv. duomenis nedarbo lygis siekė 6,6 proc.<sup>48</sup>, 2024 m. – 7,1 proc., o 2023 m. – 6,8 proc.<sup>49</sup> Dėl šių priežasčių 2025 m. PSDF biudžetui pervesta dirbančiųjų įmokų suma, remiantis preliminariais duomenimis, buvo 272 mln. Eur (10,6 proc.) didesnė nei 2024 metais;

- auganti valstybės biudžeto įmokų už apdrauotuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, suma, kurios dydį lemia didėjanti metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį (2021 m. metinę įmoką už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, sudarė 464,9 Eur, 2022 m. – 508,4 Eur, 2023 – 537,7 Eur, 2024 m. – 611,4 Eur, 2025 m. – 703,6 Eur);

- nuosekliai didinama minimali mėnesinė alga, nuo kurios taip pat mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (2021 m. minimali mėnesinė alga buvo 642 Eur, 2022 m. – 730 Eur, 2023 m. – 840 Eur, 2024 m. – 924 Eur, 2025 m. – 1038 Eur<sup>50</sup>);

2) priimami politiniai sprendimai didinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, taip siekiant sudaryti galimybę ASPĮ už suteiktas paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Šiems sprendimams įgyvendinti 2021–2025 m. buvo skirtos PSDF biudžeto ir rezervo lėšos.

<sup>47</sup> <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=6c52a9da-57f1-44b0-8853-e9245196a9b9#/>

<sup>48</sup> <https://osp.stat.gov.lt/pagrindiniai-salies-rodikliai#Nedarbo%20lygis>

<sup>49</sup> <https://osp.stat.gov.lt/pagrindiniai-salies-rodikliai#Nedarbo%20lygis>

<sup>50</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2024 m. rugpjūčio 28 d. nutarimas Nr. 709 „Dėl 2025 metais taikomo minimaliojo darbo užmokesčio“.