

## PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

### POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2026-05-27 Nr. DT-4

Vilnius

Posėdis įvyko 2026 m. gegužės 15 d. 13 val. nuotoliniu būdu per Microsoft Teams programą.

Posėdžio pirmininkė – Laimutė Vaidelienė.

Posėdžio sekretorė – Martyna Langė.

Posėdyje dalyvavo 13 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba arba PSDT) narių: Laimutė Vaidelienė, Gintaras Kacevičius, Neringa Čiakienė, Paulius Kibiša, Rūta Kiršienė, Ramunė Morkūnienė, Jelena Kutkauskienė, Donata Telišauskaitė-Čekanavičė, Laimutis Paškevičius, Liutauras Labanauskas, Daiva Kamarauskienė, Eglė Neciunskienė, Aušra Kažemikaitienė.

Posėdyje taip pat dalyvavo Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) atstovai.

Pažymėtina, kad šis posėdis organizuotas, vadovaujantis Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 18 d. įsakymu „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo“ 17<sup>1</sup> punktu, siekiant siekiant priimti sprendimą dėl viršsutartinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo gydymo įstaigoms.

Posėdžio pirmininkė Laimutė Vaidelienė informavo, kad darbotvarkės projekte buvo numatyti 3 klausimai. Tarybos nariai pritarė posėdžio darbotvarkės projektui bendru sutarimu.

#### DARBOTVARKĖ:

1. Dėl nuomonės apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įtrauktų į kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įrašymą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą pateikimo.

2. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.

3. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo.

1.SVARSTYTA. Dėl nuomonės apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įtrauktų į kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įrašymą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą pateikimo.

Pranešėja VLK Paslaugų kompensavimo skyriaus patarėja Nijolė Bijanskienė.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 92 straipsnio 1 dalis nustato, kad naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, ir šio fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar) diegiamų naujų technologijų, vertina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) šio įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą (toliau – Sąrašas). Komiteto sprendimu (2026 m. kovo 20 d. protokolas Nr. V2-2/2026) nutarta siūlyti į Sąrašą įrašyti šiuos du tyrimus: 1. naviko molekulinės genetikos tyrimą, kai DNR sekoskaitos metodu nustatoma homologinės rekombinacijos deficito būklė (atliekamas pacientėms, kurioms diagnozuotas III ar IV stadijos (pagal Tarptautinės akušerijos ir ginekologijos federacijos (FIGO) klasifikaciją) piktybinis kiaušidžių (kodas pagal TLK-10-AM1 C56) arba kiaušintakių (kodas pagal TLK-10-AM C57.0) navikas, arba pirminis pilvaplėvės piktybinis navikas (kodas pagal TLK-10-AM C48). Tyrimas leidžia įvertinti, ar gydymas kompensuojamuoju vaistu Olaparibum bus efektyvus. Taip pat, atliekant vieną išsamų tyrimą, galima išvengti pakartotinės DNR sekoskaitos BRCA1/2 genų mutacijų analizės, todėl mažinamos paciento ištyrimo sąnaudos ir greičiau paskiriamas reikiamas gydymas); 2. PD-L1 imunohistocheminį tyrimą (atliekamas, kai diagnozuotas piktybinis stemplės navikas (kodas pagal TLK-10-AM C15) arba piktybinis skrandžio navikas (kodas pagal TLK-10-AM C16) ir reikia įvertinti, ar pacientas atitinka vaistinio preparato Nivolumabum kompensavimo sąlygas).

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, preliminarus metinis PSDF biudžeto lėšų poreikis asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių teikimui ir apmokėjimui PSDF biudžeto lėšomis siūloma pritarti, sudaro 201 tūkst. Eur. Iš jų:

1) naviko molekulinės genetikos tyrimams, kai DNR sekoskaitos metodu nustatoma homologinės rekombinacijos deficito būklė, reikėtų skirti 139 tūkst. Eur. Prognozuojamas metinis tyrimų skaičius – 294. Iš viso jiems atlikti per metus reikėtų skirti apie 282 tūkst. Eur, tačiau mažesni lėšų poreikį lemia tai, kad vietoj šiuo metu kompensuojamo DNR sekoskaitos metodu tyrimo, kurio kaina yra 486,54 Eur, bus atliekamas vienas išsamus tyrimas. Taigi, mažėja besidubliuojančių procedūrų skaičius, tyrimų atlikimas tampa efektyvesnis, o pacientai ištiriami atliekant vieną tyrimą.

2) PD-L1 imunohistocheminiams tyrimams per metus reikėtų skirti 62 tūkst. Eur (prognozuojamas metinis tyrimų skaičius – 690).

Tikėtina, kad, kol bus parengti teisės aktai, nustatantys šių tyrimų atlikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sąlygas, jie galėtų būti pradėti kompensuoti PSDF biudžeto lėšomis anksčiausiai nuo š. m. birželio 1 d. Tokiu atveju iš PSDF biudžeto šiems tyrimams apmokėti prireiktų 117 tūkst. Eur.

L. Vaidelienė pasiteiravo, kaip šie tyrimai buvo atliekami anksčiau, jei vaistai jau buvo kompensuojami. N. Bijanskienė atsakė, kad vaistų kompanijos pasirašydamos sutartis išsipareigodavo šiuos tyrimus apmokėti. J. Kutkauskienė paprašė paaiškinti plačiau, kodėl norima pakeisti galiojusią tvarką. VLK direktoriaus pavaduotoja T. Golubajeva papildė, kad ankstesnė praktika sukeldavo problemų pacientams, ypač jeigu atsirasdavo vieno vaisto keli tiekėjai, kurie nenorėdavo apmokėti už tyrimus. Dėl to Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme buvo atlikti pakeitimai, kad pradėjus kompensuoti vaistus, valstybė turi kompensuoti ir būtinus tyrimus.

Toliau pasisakė N. Čiakienė, J. Kutkauskienė, L. Vaidelienė, D. Kamarauskienė, L. Labanauskas, T. Golubajeva, Ž. Baigienė.

J. Kutkauskienė akcentavo, kad sprendimai turėtų būti priimami kompleksiskai, įvertinant visas aplinkybes, o ne priimant pavienius, tarpusavyje nesuderintus sprendimus. Siekiant susidaryti pagrįstą nuomonę, būtina turėti išsamią ir visapusišką informaciją apie visus nagrinėjamo klausimo

aspektus, kurie šiuo metu nėra iki galo pristatyti. Todėl prašoma VLK atstovų atsakingai ir korektiškai parengti bei laiku pateikti visą reikalingą medžiagą, kad ji galėtų būti tinkamai išnagrinėta Taryboje. Taip pat pažymėta, kad net ir iš pirmo žvilgsnio Tarybos sprendimo nereikalaujantys klausimai vėliau gali būti identifikuojami kaip susiję su Tarybos kompetencija ir teikiami svarstyti, todėl jų rengimas ir pateikimas turėtų būti nuoseklūs, sistemingi ir iš anksto tinkamai suplanuoti.

13 Tarybos narių balsavus už, siūlymui pritarta bendru sutarimu.

NUTARTA. Pritarti PSDT nutarimui „Dėl nuomonės apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įtrauktų į kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įrašymą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą pateikimo“.

2.SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo. Pranešėjas VLK Medicinos priemonių kompensavimo skyriaus vedėjas Giedrius Baranauskas.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – SDĮ) 122 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašą nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Dėl šios priežasties Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo projektas (toliau – Įsakymo projektas) teikiamas Privalomojo sveikatos draudimo tarybai.

Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija pateikė paraišką dėl nuolatinio teigiamo slėgio (angl. Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) aparato įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašą (toliau – MP sąrašas). Ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių kompensavimo komisija (toliau – Komisija) 2026 m. balandžio 14 d. posėdyje pasiūlė sveikatos apsaugos ministru įrašyti į Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašą medicinos priemonę, skirtą obstrukcinei miego apnėjai (kodas G47.32 pagal TLK-10-AM) gydyti – aparatą, veikiančią nuolatinio teigiamo slėgio kvėpavimo palaikymo režimu arba automatiškai prisitaikantį ir keičiantį slėgį pagal paciento kvėpavimo pokyčius.

Ši medicinos priemonė būtų skiriama, kai diagnozė patvirtinama miego tyrimu (polisomnografija) ir nustatoma vidutinio sunkumo liga (apnėjų ir hipopnėjų indeksas per miego valandą – 15–30) arba sunki liga (apnėjų ir hipopnėjų indeksas per miego valandą –  $\geq 30$ ). Taip pat posėdžio metu buvo nuspręsta siūlyti nustatyti šios medicinos priemonės kompensavimo nutraukimo sąlygas. Šios medicinos priemonės kompensavimas būtų nutraukiamas, kai tenkinamos visos šios sąlygos: 1. pakartotinis miego tyrimas (polisomnografija ar poligrafija), atliktas nenaudojant aparato, rodo, kad apnėjų ir hipopnėjų indeksas (AHI) sumažėjo iki normalios ar minimalios reikšmės (AHI  $< 5$ –15, nėra desaturacijų ar apnėjų); 2. simptomai išnyksta (pagal Epworth mieguistumo skalę – mažiau nei 10 balų; nebėra mieguistumo, knarkimo, kardiometabolinių komplikacijų progresavimo); 3. pašalinti predisponuojantys veiksniai (svorio kritimas, dažniausiai daugiau kaip 10–15 proc. kūno svorio, anatominių kliūčių pašalinimas, pavyzdžiui, uvulopalatofaringoplastika, tonzilektomija, ortognatinė chirurgija). VLK Ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių bazinių kainų

nustatymo komisija, sudaryta VLK direktoriaus 2016 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. 1K-284 (toliau – VLK komisija), apskaičiavo siūlomos įrašyti į MP sąrašą medicinos priemonės nuomos bazinę kainą – mėnesio nuomos bazinė kaina sudaro 54,32 Eur su PVM, vienos dienos – 1,81 Eur su PVM.

Atsižvelgiant į tai, buvo parengtas Įsakymo projektas. Informuojame, kad Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija bei Lietuvos pulmonologų draugija nurodo, jog Lietuvoje galėtų būti apie 600 naujų vidutinio sunkumo ir sunkių obstrukcinės miego apnėjos atvejų, kai būtų skiriamas gydymas šia medicinos priemone. 2 Jeigu ši medicinos priemonė būtų įtraukta į MP sąrašą nuo 2026 m. liepos 1 d., prognozuojamos PSDF biudžeto išlaidos sudarytų apie 196 tūkst. Eur (metinės prognozuojamos PSDF biudžeto lėšos sudarytų apie 391 tūkst. Eur). 2026 m. PSDF biudžete naujų medicinos priemonių nuomos išlaidoms apmokėti yra numatyta 632 tūkst. Eur. Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad 2026 m. PSDF biudžeto lėšų medicinos priemonių nuomos išlaidoms kompensuoti pakaks.

Klausimus pateikė L. Vaidelienė, D. Kamarauskienė, L. Labanauskas. Pasisakė D. Kamarauskienė, L. Paškevičius.

J. Kutkauskienė pasiūlė į šią paslaugą vertinti kompleksiskai ir vadovautis holistinio požiūriu į pacientą. Gydomo įstaigos turėtų turėti suteikti pacientams kompleksinę paslaugą t. y. atlikti ir polisomnografijos tyrimą, ir turėti specialistus, kurie gebėtų rekomenduoti gydymą.

L. Vaidelienė pasiūlė pritarti nutarimo projektui su kartu numatant šias medicinos priemonės skyrimo sąlygas:

1. medicinos priemonė skiriama, kai nustatyta obstrukcinė miego apnėja yra sunki (apnėjų ir hipopnėjų indeksas per miego valandą  $\geq 30$ );
  2. gydymo įstaiga turi užtikrinti pacientams kompleksinių paslaugų teikimą, įskaitant polisomnografijos atlikimą bei turėti gydytojus specialistus, kompetentingus rekomenduoti šį gydymo būdą;
  3. sprendimą dėl medicinos priemonės skyrimo priima gydytojų specialistų konsiliumas.
- Prieštaravimų dėl Tarybos pirmininkės pasiūlyto papildyto nutarimo nepareikšta.

Balsavime dalyvavo 12 Tarybos narių, 1 narys balsavime nedalyvavo (R. Morkūnienė).

12 Tarybos narių balsavus už, siūlymui pritarta bendru sutarimu.

NUTARTA. Pritarti PSDT nutarimui „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ – įrašyti į Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių, būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašą medicinos priemonę, skirtą obstrukcinei miego apnėjai (kodas G47.32 pagal TLK-10-AM) gydyti – aparatą, veikiantį nuolatinio teigiamo slėgio kvėpavimo palaikymo režimu arba automatiškai prisitaikantį ir keičiantį slėgį pagal paciento kvėpavimo pokyčius, nustatant šias skyrimo sąlygas:

1. medicinos priemonė skiriama, kai nustatyta obstrukcinė miego apnėja yra sunki (apnėjų ir hipopnėjų indeksas per miego valandą  $\geq 30$ );
2. gydymo įstaiga turi užtikrinti pacientams kompleksinių paslaugų teikimą, įskaitant polisomnografijos atlikimą bei turėti gydytojus specialistus, kompetentingus rekomenduoti šį gydymo būdą;
3. sprendimą dėl medicinos priemonės skyrimo priima gydytojų specialistų konsiliumas.

Prieš pradėdant svarstyti trečiąjį šio posėdžio darbotvarkės klausimą, L. Vaidelienė kreipėsi į Tarybos narius, klausdama, ar yra kokių nors viešų ar privačių interesų konfliktų, dėl kurių kuris nors iš jų

turėtų nusišalinti nuo šio klausimo svarstymo arba nusišalinti tam tikra apimtimi. Nusišalinimų nebuvo pareikšta.

3. SVARSTYTA. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento direktorė Simona Adamkevičiūtė.

SDĮ nustatyta, kad PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos sveikatos apsaugos ministro sprendimu, įvertinus VLK ir PSDT nuomones. Šio biudžeto rezervo lėšos skiriamos ir naudojamos nepažeidžiant Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinio įstatymo nuostatų. Šiuo metu PSDF biudžeto rezervą sudaro 940 mln. Eur, iš jų rizikos valdymo dalį – 875 mln. Eur. PSDT nutarimo projektu teikiamas siūlymas svarstyti ir pritarti, kad iš 2026 m. PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies būtų skirtos lėšos asmens sveikatos priežiūros įstaigų šiais metais suteiktoms viršsutarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (toliau – ASPP) apmokėti pagal PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnį „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“, užtikrinant aukščiausio prioriteto ASPP apmokėjimą. PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo pagrindas – SDĮ nustatytų sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas. 2026 m. I ketv. viršsutarinių ASPP, kurios pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintus ASPP apmokėjimo tvarkos aprašus galėtų būti apmokėtos esant finansinių galimybių, buvo suteikta už beveik 41 mln. Eur, iš jų I grupės / I kategorijos paslaugų – už 12,6 mln. Eur.

Š. m. sausio 1 d. įsigaliojo naujos fiskalinę drausmę reglamentuojančios įstatymų nuostatos, pakeitusios ir PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo galimybes. Pagal Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymą patvirtintos PSDF biudžeto išlaidos neturi viršyti nustatyto asignavimų limito. Tai reiškia, kad negalima didinti Lietuvos Respublikos Seimo priimtu įstatymu patvirtinto bendro išlaidų dydžio, nepriklausomai nuo to, ar papildomos lėšos būtų skiriamos iš einamųjų metų PSDF biudžeto viršplaninių pajamų, ar iš sukaupto šio fondo rezervo. Šiais metais viršsutarinės ASPP gali būti apmokamos esant faktinei PSDF biudžeto išlaidų ekonomijai. Pagal š. m. I ketv. PSDF biudžeto vykdymo duomenis prognozuojama, kad ji gali sudaryti apie 20 mln. Eur. Ši prognozė bus tikslinama, įvertinus kitų metų ketvirčių PSDF biudžeto vykdymo rezultatus. Jei nebus taikomos išlaidų valdymo priemonės, metų pabaigoje nustatytas PSDF biudžeto išlaidų limitas gali būti viršytas apie 100 mln. Eur. Todėl PSDT siūloma rekomenduoti atsakingoms institucijoms pagal kompetenciją imtis priemonių ASPP teikimui valdyti, siekiant, kad šios paslaugos būtų teikiamos pagal PSDF biudžeto finansines galimybes.

Diskusijoje dalyvavo L. Vaidelienė, L. Labanauskas, T. Golubajeva, N. Čiakienė, L. Paškevičius, D. Kamarauskienė. J. Kutkauskienė pateikė pastabą dėl nekorektiškai formuluojamo nutarimo, nes nenurodama konkreti siūlytina ministrei viršsutarinių paslaugų apmokėjimo suma. Taip pat nurodė, kad toks neapibrėžtas blanketinis sprendimas yra visiškai netinkamas. P. Kibiša, pasisakydamas dėl antrosios nutarimo dalies, kuria siūloma rekomenduoti ministerijai ir VLK pagal kompetenciją imtis priemonių paslaugų teikimui valdyti, kad jos būtų teikiamos atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes, pažymėjo, jog nereikėtų papildomai apsunkinti nei ministerijos, nei VLK – jo nuomone, reikalinga arba stabdyti paslaugų teikimą, arba ieškoti alternatyvių finansavimo šaltinių.

Balsavime dalyvavo 10 Tarybos narių, 3 nariai balsavime nedalyvavo (R. Morkūnienė, A. Kažemikaitienė, D. Telišauskaitė- Čekanavičė).

8 nariams balsavus už, 1 nariui – prieš (J. Kutkauskienei), 1 nariui susilaikius (P. Kibišai) siūlymui pritarta.

NUTARTA. Pritarti PSDT nutarimui „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo“.

Posėdžio pirmininkė  
Laimutė Vaidelienė

Posėdžio sekretorė  
Martyna Langė