PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA
POSĖDŽIO PROTOKOLAS
2026-10-13 Nr. DT-7

Vilnius

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

Posėdžio pirmininkas - Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narys Ignas Rubikas.

Posėdžio sekretorė – Milda Baguckaitė.

Posėdyje dalyvavo 14 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba arba PSDT) narių:

Eglė Neciunskienė, Greta Burinskaitė, Donata Telišauskaitė-Čekanavičė, Daiva Kamarauskienė, Gintaras Kacevičius, Laimutis Paškevičius, Ramunė Morkūnienė, Paulius Kibiša, Ignas Rubikas, Rūta Kiršienė, Neringa Čiakienė, Egidijus Grigonis, Aušra Kažemikaitienė, Jelena Kutkauskienė.

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

Tarybos pirmininkas Ignas Rubikas informavo, kad darbotvarkės projekte buvo numatyti 4 klausimai. Tarybos nariai posėdžio darbotvarkei pritarė bendru sutarimu.

DARBOTVARKĖ:

1. Dėl Lietuvos Respublikos 2027 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto.
   Pristato VLK Ekonomikos departamento direktorė Simona Adamkevičiūtė.
2. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo.
   Pristato VLK Ekonomikos departamento Biudžeto skyriaus vedėja Jurgita Šilinaitė-Šermukšnienė.
3. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo.
   Pristato VLK Kainų skyriaus vedėja Jurga Damulevičienė
4. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymo Nr. V-1051 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.
   Pristato VLK Paslaugų planavimo skyriaus vedėja Renata Kulikovska

1. SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos 2027 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto.

Pristato VLK Ekonomikos departamento direktorė Simona Adamkevičiūtė.

Lietuvos Respublikos 2027 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektas (toliau – Projektas) parengtas atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos finansų ministerijos 2026 m. rugsėjo mėn. paskelbto ekonominės raidos scenarijaus 2026–2029 metams prognozuojamus rodiklius, Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžetui numatomus skirti valstybės biudžeto asignavimus ir Lietuvos Respublikos

sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 21 ir 30 straipsnių pakeitimo įstatymo projektą Nr. XVP-1620, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 13^1 straipsnio pakeitimo įstatymo projektą Nr. XVP-1621, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 papildymo 15^4 straipsniu įstatymo projektą Nr. XVP-1622 ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 13^1 ir 59 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XV-594 1 straipsnio pakeitimo įstatymo projektą Nr. XVP-1623. Paminėtina, kad kartu su Projektu teikiamas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 14, 17 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas ir Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo Nr. I-1336 11 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas.

Pagal Projekto rodiklius 2027 m. PSDF biudžeto pajamos, palyginti su patvirtinto 2026 m. PSDF biudžeto pajamų planu, didėja 554 064 tūkst. Eur (arba 12,9 proc.).

Pažymėtina, kad pagal 2027 m. PSDF biudžeto projektą dalį didėjančių pajamų (103 100 tūkst. Eur) numatyta skirti PSDF biudžeto rezervui. Todėl iš 554 064 tūkst. Eur, kuriais didėja PSDF biudžeto pajamos, PSDF biudžeto išlaidoms planuojama numatyti 450 964 tūkst. Eur. Taigi, 2027 m. PSDF biudžeto išlaidos, palyginti su 2026 m. išlaidų planu, didės 450 964 mln. Eur, arba 10,5 proc.

I. PAJAMOS

Kaip minėta, prognozuojama, kad 2027 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso turėtų sudaryti 4 863 284 tūkst. Eur, t. y. 554 064 tūkst. Eur (arba 12,9 proc.) daugiau, nei numatyta 2026 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2028 m. ir 2029 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 5 204 862 tūkst. Eur ir 5 395 371 tūkst. Eur. Toliau pateikiama informacija pagal kiekvieną pajamų straipsnį.

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

Pagrindinę PSDF biudžeto pajamų dalį (apie 95 proc. visų šio biudžeto pajamų) sudaro privalomojo sveikatos draudimo įmokos, skirstomos į šias grupes:

– dirbančiųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos[1];

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), draudžiamus valstybės lėšomis.

Prognozuojama, kad 2027 m. dirbančiųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos turėtų sudaryti 3 238 441 tūkst. Eur, t. y. 249 757 tūkst. Eur (arba 8,4 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2026 m. PSDF biudžete.

Šis augimas tiesiogiai koreliuoja su Lietuvos Respublikos finansų ministerijos prognozuojamu šalies darbo užmokesčio fondo augimu (2027 m. – 7,0 proc. 2028 m. – 6,4 proc., 2029 m. – 5,9 proc.), kadangi pagrindinę privalomojo sveikatos draudimo įmokų dalį sudaro dirbančiųjų mokamos įmokos, susijusios su darbo užmokesčiu. Numatoma, kad ir 2028 m. bei 2029 m. šios pajamos turėtų toliau palaipsniui didėti ir sudaryti atitinkamai 3 436 131 tūkst. Eur ir 3 626 373 tūkst. Eur.

Pažymėtina, kad kartu su Projektu teikiami Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 14, 17 ir 27 straipsnių pakeitimo ir Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo 11 straipsnio pakeitimo įstatymų projektai, kuriais siūloma nuo 2027 m. liepos 1 d. privalomojo sveikatos draudimo įmokomis apmokestinti ligos išmokas, mokamas darbdavio lėšomis už pirmas dvi ligos dienas (numatomas standartinis privalomojo sveikatos draudimo įmokos tarifas 6,98 proc.). Planuojama, kad šis pakeitimas leistų į PSDF biudžetą papildomai kitais metais surinkti apie 4 mln. Eur (tolesniais metais planuojama surinkti 8 mln. Eur). Atitinkama suma 2027 m. PSDF biudžeto projekte padidinta dirbančiųjų įmokų suma.

Šiuo metu Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – Įstatymas) 6 straipsnio 4 dalyje nustatytos 24 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupės. Asmenys valstybės lėšomis draudžiami tik tuo atveju, jei jie nedirba, nevykdo kitos ekonominės veiklos ar negauna kitų pajamų, nuo kurių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Didžiausią

[1]

dalį visų šių asmenų sudaro nedirbantys ir nevykdantys kitos ekonominės veiklos pensininkai, vaikai iki 18 metų, bedarbiai ir studentai. Planuojamas draudžiamųjų valstybės lėšomis skaičius nustatomas pagal Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (toliau – Draudžiamųjų registras) duomenis. Šis registras funkcionuoja Lietuvos Respublikos gyventojų registro duomenų pagrindu. Sveikatos draudimo galiojimas nustatomas pagal Draudžiamųjų registro duomenų teikėjų (pvz., Užimtumo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir kt.) bei valstybinių registrų (pvz., Mokinių registro, Studentų registro, Lietuvos Respublikos apdraustųjų valstybiniu socialiniu draudimu ir valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro ir kt.) teikiamus duomenis apie asmenų teisinį statusą ir (ar) sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Vadovaujantis Įstatymo 16 straipsnio 1 ir 2 dalimis, kiekvienais metais Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos Respublikos Vyriausybės teikimu tvirtindamas valstybės biudžetą, nustato įmokos, pervedamos į PSDF biudžetą už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, dydį eurais. Pagal 2026 m. galiojančią šio straipsnio redakciją ši įmoka sudaro ne mažiau 6,98 procento užpraėjusių metų 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio. Nuo 2027 m. sausio 1 d. įsigalioja nauja minėto straipsnio redakcija, pagal kurią įmokos už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, dydis 2027 m. sudaro 50 procentų užpraeitų metų vidutinės metinės vieno dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydžio:

Valstybės biudžeto įmokos dydis (Eur)		Pokytis	
2026 m.	2027 m.	Eur	proc.
780,69	1 009,9	229,21	29,4

Įmokos už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, dydis 2027 m. apskaičiuotas laikantis 2027 m. sausio 1 d. įsigaliosiančios Įstatymo nuostatos: 50 proc. vidutinio metinio vieno dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydis apskaičiuotas pagal 2026 m. rugsėjo mėn. Valstybės duomenų agentūros skelbiamo vidutinio darbo užmokesčio 2025 m. dydį.

Prognozuojama, kad 2027 m. valstybės biudžeto lėšomis bus draudžiama 1,39 mln. asmenų, t. y. beveik 20 tūkst. asmenų (arba 1,4 proc.) mažiau, nei buvo prognozuota 2026 m.

Atsižvelgiant į maksimalius valstybės biudžeto asignavimų limitus, valstybės biudžeto įmokų suma už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2027 m. turėtų sudaryti 1 400 870 tūkst. Eur, t. y. 297 090 tūkst. Eur (arba 26,9 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2026 m. PSDF biudžete.

02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

Prognozuojama, kad 2027 m. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai iš viso turėtų sudaryti 192 627 tūkst. Eur, t. y. 4 393 tūkst. Eur (arba 2,3 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2026 m. PSDF biudžete (apie 4,0 proc. visų šio biudžeto pajamų).

Šie valstybės biudžeto asignavimai nuo 2027 m. turėtų būti skirstomi į:

1. asignavimus PSDF biudžetui deleguotoms valstybės funkcijoms finansuoti.

Šių funkcijų baigtinis sąrašas nustatytas Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje (detalesnė informacija pateikiama šio aiškinamojo rašto Išlaidų dalyje). 2027 m. šie asignavimai turėtų sudaryti 187 732 tūkst. Eur, t .y. 502 tūkst. Eur (arba 0,3 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2026 m. PSDF biudžete;

2. kitus Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimus.

Jie pagal Įstatymo 15 straipsnio 2 dalį gali būti skiriami PSDF biudžetui subalansuoti, jeigu PSDF biudžeto išlaidos viršija pajamas arba mažėjant PSDF biudžeto pajamoms nepakanka lėšų Įstatyme nustatytiems įsipareigojimams vykdyti, taip pat panaudotam PSDF rezervui

atkurti, jeigu priimamas toks sprendimas (šių lėšų 2027–2029 m. neplanuojama);

3. Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau – ESPBI IS) ir Išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos (toliau – IPR IS) palaikymo išlaidoms finansuoti[2].

Planuojama, kad 2027 m. valstybės biudžeto asignavimai šiai sričiai galėtų sudaryti 4 895 tūkst. Eur. Šių informacinių sistemų tobulinimui, plėtrai, atnaujinimui ir kt. numatoma skirti dar 10 105 tūkst. Eur PSDF biudžeto pajamų[3].

03 Kitos teisėtai gautos pajamos

Prognozuojama, kad kitų pajamų 2027 m. turėtų būti gauta 31 346 tūkst. Eur (apie 0,6 proc. visų šio biudžeto pajamų), t. y. 2 824 tūkst. Eur (arba 9,9 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2026 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2028 m. ir 2029 m. kitos teisėtai gautos pajamos atitinkamai sudarys 27 734 tūkst. Eur ir 28 257 tūkst. Eur.

Pagal minėtą straipsnį apskaitomos šios pajamos:

– investicinės veiklos pajamos;

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšomis mokamos Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) veiklos sąnaudų kompensacijos už valstybės deleguotų funkcijų finansavimo administravimą. Atsižvelgiant į Valstybės kontrolės rekomendaciją, planuojama, kad 2027 m. būtų kompensuota VLK veiklos sąnaudų, susidariusių 2024 m. ir nekompensuotų 2025–2026 m. patvirtintomis lėšomis, dalis;

– kitos teisėtai gaunamos pajamos.

II. IŠLAIDOS

Prognozuojama, kad 2027 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti 4 760 184 tūkst. Eur, t. y. 450 964 tūkst. Eur (10,5 proc.) daugiau, nei numatyta 2026 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2028 m. ir 2029 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 5 195 462 tūkst. Eur ir 5 395 371 tūkst. Eur. Toliau pateikiama informacija pagal kiekvieną išlaidų straipsnį.

01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms

2027 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms numatoma skirti 3 406 022 tūkst. Eur, t. y. 356 753 tūkst. Eur (11,7 proc.) daugiau, nei patvirtinta 2026 m. PSDF biudžete (įvertinus nuo 2027 m. šiam išlaidų straipsniui priskiriamas transplantacijos paslaugų išlaidas, perkeliamas iš 03 išlaidų straipsnio).

2028 m. ir 2029 m. numatoma skirti atitinkamai 3 731 843 tūkst. Eur ir 3 865 175 tūkst. Eur.

Lėšos, skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, sudaro pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį (apie 72 proc. visų išlaidų). PSDF lėšomis kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik sutartį su VLK sudariusios gydymo įstaigos, turinčios licencijas ir reikiamus žmogiškuosius bei materialinius išteklius.

Dalį 2027 m. augančių PSDF biudžeto lėšų numatoma skirti:

– 222,0 mln. Eur – teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai, viršsutartinėms paslaugoms apmokėti ir kt.;

– 52,0 mln. Eur – naujiems baziniams mokėjimams nustatyti (pvz., akušerijos ir perinatologijos klasteriui, insulto klasteriui ir kt.) ir esamiems baziniams mokėjimams indeksuoti;

– 46,5 mln. Eur – asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms indeksuoti,

---

2

3

– 14,0 mln. Eur – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai (psichikos sveikatos ir skatinamosioms paslaugoms),

– 7,3 mln. Eur – dienos stacionaro paslaugų plėtrai (pagalbinio apvaisinimo ir psichiatrijos dienos stacionaro paslaugoms);

– 7,0 mln. Eur tam tikrų gydytojų specialistų konsultacijų kainoms didinti ir šioms paslaugoms plėtoti.

Taip pat numatoma didinti tuberkuliozės ir specialiosios psichiatrijos ilgalaikio gydymo paslaugų kainas ir finansavimą, perskaičiuoti dalies medicininės reabilitacijos paslaugų bazinių kainų, didinti sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų, kraujo komponentų kainas ir kt.

Apie 135 mln. Eur šių papildomų lėšų turėtų sudaryti gydymo įstaigoms finansines galimybes didinti darbuotojų darbo užmokestį.

02 Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms (įskaitant ortopedijos technines priemones), specialiosios medicininės paskirties maisto produktams ir medicinos priemonių nuomai

2027 m. vaistams, medicinos pagalbos priemonėms (toliau – MPP) (įskaitant ortopedijos technines priemones), specialiosios medicininės paskirties maisto produktams ir medicinos priemonių nuomai numatoma skirti 912 114 tūkst. Eur, t. y. 73 322 tūkst. Eur (arba 8,7 proc.) daugiau, nei numatyta 2026 m. PSDF biudžete (įskaitant nuo 2027 m. šiam išlaidų straipsniui priskiriamas vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidas; jos perkeliamos iš 03 išlaidų straipsnio „Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti“).

2028 m. ir 2029 m. numatoma skirti atitinkamai 999 367 tūkst. Eur ir 1 035 072 tūkst. Eur.

Pažymėtina, kad kompensuojamųjų vaistų, centralizuotai apmokamų vaistų ir labai retoms ligoms gydyti skiriamų vaistų išlaidos gali būti kompensuojamos ir lėšomis, grąžintinomis pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, kurias VLK sudaro su vaistinio preparato rinkodaros teisės turėtoju ar jo atstovu, arba juridiniu asmeniu, turinčiu didmeninio platinimo licenciją. Šios grąžinamos lėšos neapskaitomos kaip PSDF biudžeto pajamos, o apskaitomos kaip sąnaudų kompensacijos.

Pagal šį išlaidų straipsnį atskirai apskaitomos PSDF biudžeto išlaidos:

– vaistams (kompensuojamiesiems, centralizuotai apmokamiems vaistams, labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais bei kt.). Kitų metų PSDF biudžete jų plėtrai numatomos šios papildomos lėšos:

58,2 mln. Eur didėjančioms 2022–2026 m. pradėtų PSDF lėšomis kompensuoti vaistų išlaidoms padengti;

13,0 mln. Eur 2027 m. naujiems kompensuojamiesiems vaistams iš rezervinio vaistų sąrašo įtraukti į kompensavimo sistemą: 3 mln. Eur bus skiriami iš lėšų dalies, kuria padidėjo PSDF biudžetas, o 10 mln. Eur – iš sumos, kuria didėja vaistų gamintojų grąžintos lėšos. Eur – iš sumos, kuria didėja vaistų gamintojų grąžintos lėšos;

– MPP (kompensuojamosioms, centralizuotai apmokamoms MPP, MPP labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais, medicinos priemonių nuomai bei ortopedijos techninėms priemonėms ir medicinos priemonėms). Kitų metų PSDF biudžete jų plėtrai numatomos šios papildomos lėšos:

6,5 mln. Eur didėjančioms kompensuojamųjų MPP faktinėms išlaidoms padengti, atsižvelgiant į vidutinį pastarųjų trejų metų išlaidų didėjimą (6,5 proc.);

4,3 mln. Eur didėjančioms centralizuotai apmokamų MPP išlaidoms padengti;

0,9 mln. Eur klausos implantų procesorių kompensavimui užtikrinti.

03 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti

2027 m. sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms numatoma skirti 186 270 tūkst. Eur, iš jų 4 000 tūkst. Eur – 2026 m. gruodį suteiktoms transplantacijos paslaugoms apmokėti. 2028 m. ir 2029 m. numatoma skirti atitinkamai 204 089,0 tūkst. Eur ir 211 381,0 tūkst. Eur.

Nuo 2027 m. sausio 1 d. išlaidos transplantacijos paslaugoms ir vaistams nuo tuberkuliozės įsigyti priskiriamos atitinkami 01 ir 02 išlaidų straipsniams (kaip buvo minėta pirmiau).

Šiame straipsnyje numatyta išlaidų suma 2027 m., lyginant vienodos struktūros išlaidas, tai yra tiek 2027 m., tiek 2026 m. neįskaitant išlaidų transplantacijos paslaugoms ir vaistams nuo tuberkuliozės, matyti, kad šiame straipsnyje numatyta išlaidų suma 2027 m., sudaro 182 270 tūkst. Eur, t. y. 2 445 tūkst. Eur (1,3 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2026 m. PSDF biudžete.

Atsižvelgiant į tai, kad faktinės 2026 m. sveikatos programų ir kitos sveikatos draudimo išlaidos daugeliu atvejų nesiekia planuotų išlaidų šioms sritims pagal š. m. Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintą planą, šių paslaugų plėtrai papildomų lėšų numatyti nereikia. Finansavimas išlieka toks pats, kaip 2026 m., išskyrus COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programos priemonių finansavimą, kuris žymiai mažėja – įsigijus visą reikiamą COVID-19 vakcinų kiekį pagal sudarytas tarptautines sutartis, minėtoje programoje 2027 m. numatomos lėšos tik vakcinų transportavimui ir vaistams, įsigyjamiems pagal šią programą, apmokėti.

2027 m. pagal prevencines programas teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms indeksuoti numatoma skirti apie 1 mln. Eur.

04 Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti

Pagal Įstatymo 21 straipsnį šioms išlaidoms apmokėti gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų. 2027 m. planuojama skirti 48,9 mln. Eur šioms išlaidoms apmokėti, tai yra apie 1,0 proc. PSDF biudžeto lėšų. Numatoma, kad 2027–2029 m. išlaidos šiai sričiai didės ne didesne dalimi, nei iš viso didėja atitinkamų metų PSDF biudžeto išlaidos.

Svarbu paminėti, kad šios lėšos naudojamos ne vien tik VLK veiklai finansuoti, bet ir pačios privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, pvz., šiomis lėšomis apmokamos gyventojams nemokamai išduodamų Europos sveikatos draudimo kortelių pagaminimo išlaidos, taip pat užtikrinama Draudžiamųjų registro veikla, privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) veikla, Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos (toliau – EVIS) veikla, Europos duomenų mainų informacinės sistemos ir kitų VLK valdomų informacinių sistemų veikla, prižiūrimas minėtų sistemų nuolatinis funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos, pvz., laikinai laisvų PSDF lėšų investavimo išlaidos. Šiomis lėšomis plėtojama duomenų analizė ir vykdomi itin svarbūs informacinių technologijų (toliau – IT) projektai.

05 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, kompensuoti

2027 m. VSDF veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF biudžetą, kompensuoti reikėtų skirti 4 237 tūkst. Eur. Prognozuojama, kad 2028 m. ir 2029 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 4 498 tūkst. Eur ir 4 742 tūkst. Eur[4]. Šių lėšų sumos dydį apskaičiuoja ir prognozuoja VSDF valdyba.

06 Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės

[4]

biudžeto asignavimais

Atsižvelgiant į nustatytus valstybės biudžeto asignavimų limitus, 2027 m. valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti numatoma skirti 184 632,0 tūkst. Eur, t. y. 502 tūkst. Eur (0,3 proc.) mažiau, nei buvo skirta 2026 m. (įvertinus 3 100,0 tūkst. Eur, kuriais numatyta atkurti 2026 m. PSDF biudžeto rezervą).

2028 m. ir 2029 m. numatoma skirti atitinkamai 178 332,0 tūkst. ir 187 732,0 tūkst. Eur.

Prognozuojama, kad ateinančiais metais faktinės išlaidos bus didesnės nei skiriamos lėšos. Paminėtina, kad 2025 m. ir 2026 m. faktinės išlaidos augo sparčiau nei šiai sričiai skirti valstybės biudžeto asignavimai ir jų trūkumas buvo kompensuojamas PSDF biudžeto lėšomis. Įstatymo 15 straipsnio 9 dalyje numatyta: jei valstybės biudžeto lėšų, skirtų valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti, neužtenka, trūkstama lėšų suma gali būti laikinai dengiama iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis arba iš viršplaninių PSDF biudžeto pajamų. Todėl 2025 m. iš PSDF biudžeto rezervo papildomai buvo skirta 6 200,0 tūkst. Eur, o 2026 m. numatoma papildomai skirti dar 9 400,0 tūkst. Eur. Panaudotos PSDF lėšos turi būti atkurtos iš valstybės biudžeto lėšų ne vėliau kaip per dvejus metus nuo jų panaudojimo, todėl dalį 2027–2029 m. skiriamų valstybės biudžeto asignavimų numatoma perkelti į PSDF biudžeto rezervą. Pvz., 2027 m. numatoma atkurti 3 100,0 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų, kurios buvo panaudotos 2025 m. greitosios medicinos pagalbos paslaugoms papildomai finansuoti.

Pagal šį išlaidų straipsnį:

– apmokamos paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidos, t. y. greitosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos. 2027 m. numatomą sumą sudaro 137 769,1 tūkst. Eur;

– skiriamos lėšos kraujo donorų kompensacijoms mokėti ir neatlygintinai donorystei propaguoti. 2027 m. numatomą lėšų sumą sudaro 1 434 tūkst. Eur;

– apmokamos padariusių pavojingą veiką asmenų, kuriems paskirtos priverčiamosios medicininio pobūdžio priemonės, sveikatos priežiūros išlaidos, neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, užsieniečiams ir jų vaikams ir kt. suteiktos būtinosios medicinos pagalbos ir būtinųjų paslaugų, kurių nesuteikus paciento sveikatos būklė galėtų pablogėti tiek, kad jam prireiktų skubiosios medicinos pagalbos paslaugų, išlaidos bei nedraustų vaikų skiepijimo pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą ir profilaktinių sveikatos tikrinimų išlaidos. 2027 m. numatomą lėšų sumą sudaro 10 425 tūkst. Eur;

– padengiamos gyventojams išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP priemokos. Tai taikoma labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, mažas pajamas gaunantiems asmenims, vyresniems kaip 65 metų, bei asmenims, turintiems negalią, – jiems suteikiama galimybė įsigyti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. 2027 m. numatomą lėšų sumą sudaro 35 003,9 tūkst. Eur.

Be jau minėtų išlaidų, pagal šį straipsnį gali būti apmokamos ir PSDF biudžeto lėšomis nekompensuotinos išlaidos, vadovaujantis įgaliotųjų asmenų priimtais sprendimais: jei Lietuvos Respublikos Seimas įvestų tiesioginį valdymą, karo, nepaprastąją padėtį, paskelbtų mobilizaciją ar priimtų sprendimą panaudoti ginkluotąsias pajėgas, taip pat jei Lietuvos Respublikos Vyriausybė paskelbtų valstybės lygio ekstremaliąją situaciją ir (ar) karantiną visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje. Tokios išlaidos ateinančių metų PSDF biudžete neplanuojamos.

07 Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos ir Išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos eksploatavimui ir plėtrai finansuoti

Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Seime užregistruotus projektus[5], ESPBI IS ir IPR IS eksploatavimui ir plėtrai numatoma skirti iš viso 15 000,0 tūkst. Eur, iš jų valstybės biudžeto

5

asignavimai sudaro 4 895 tūkst. Eur.

Projektais siūloma VLK priskirti minėtų informacinių sistemų valdytojos ir duomenų, įskaitant asmens duomenis, valdytojos funkcijas bei nustatyti, kad VLK yra atsakinga už e. sveikatos sistemos įgyvendinimą (t. y. VLK turėtų koordinuoti ir kontroliuoti šios sistemos vystymą ir priežiūrą, užtikrinant e. sveikatos sistemos veiklą, teikti siūlymus, susijusius su šios sistemos administravimu, kūrimu, plėtra, pertvarkymu, atnaujinimu, organizuoti ESPBI IS ir IPR IS tvarkytojų veiklą, priimti sprendimus dėl duomenų mainų būdo ir formato ir kt.).

08 Sveikatos duomenų skaitmenizavimui skatinti ir jų saugai didinti

Siekiant gerinti e. sveikatos sistemoje kaupiamų ir tvarkomų duomenų kokybę, jų struktūrizavimą, sudaryti prielaidas efektyviam ir saugiam šių duomenų panaudojimui tiek teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, tiek juos naudojant pakartotinio duomenų naudojimo tikslais, nuo 2027 m. numatoma skirti lėšas asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su VLK, sveikatos duomenų skaitmenizavimui skatinti bei jų saugumui stiprinti. Atsižvelgiant į būtinybę nustatyti reikiamą teisinį reguliavimą, sukurti finansavimo modelį bei užtikrinti sklandų šios priemonės įgyvendinimo pradinį etapą, finansavimą numatoma pradėti ne anksčiau kaip 2027 m. liepos 1 d. Šiam tikslui 2027 m. planuojama skirti 3 mln. Eur, o 2028 m. ir 2029 m. numatoma finansavimą didinti.

III. NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PRADŽIOJE IR PABAIGOJE

Prognozuojama, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis pagal 2027–2029 m. sausio 1 d. duomenis kasmet turėtų sudaryti po 50 mln. Eur, o numatomas ateinančių metų PSDF biudžeto rezervas metų pradžioje – 872 929 tūkst. Eur (pagrindinė šio rezervo dalis turėtų sudaryt 72 949 tūkst. Eur, t. y. 1,5 proc. 2027 m. prognozuojamų pajamų, o rizikos valdymo dalis – 799 980 tūkst. Eur).

IV. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO REZERVUI PAPILDYTI (SUDARYTI)

2027 m. PSDF biudžeto rezervą numatoma papildyti iš viso 103 100,0 tūkst. Eur, iš jų:

–3 100,0 tūkst. Eur – valstybės biudžeto lėšomis, pagal Įstatymo nuostatas atkuriant PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšas, kurios buvo panaudotos 2025 m. valstybės deleguotoms funkcijoms (gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugoms) finansuoti;

– 100 000 tūkst. Eur – didėjančiomis 2027 m. PSDF biudžeto pajamomis.

2028 m. planuojama valstybės biudžeto lėšomis atkurti 2026 m. kitoms valstybės deleguotoms funkcijoms (lėšų trūkumui kompensuoti) skirtas ir panaudotas PSDF biudžeto rezervo lėšas (apie 9 400,0 tūkst. Eur), jei dėl šio lėšų skyrimo bus priimti būtini sprendimai.

2029 m. PSDF biudžeto rezervo papildyti nenumatoma.

N. Čiakienė klausė, kodėl vaistų ir medicinos pagalbos priemonių finansavimas auga lėčiau nei visas PSDF biudžetas ir neatitinka vaistų politikos gairių. S. Adamkevičiūtė paaiškino, kad augimą reikia vertinti per dvejus metus: ankstesniais metais šioms reikmėms skirtos lėšos didėjo 17,8 proc., kai bendros išlaidos augo apie 9 proc.

G. Bendorius pridūrė, kad vaistų įtraukimą dažniau riboja vertinimo ir derybų trukmė, o ne lėšos. 2026 m. iš rezervinio sąrašo perkeltų vaistų poveikis 2027 m. sudarys apie 63 mln. Eur; įvertinus retų ligų vaistus, Lietuvos rodikliai artėja prie Europos vidurkio.

L. Paškevičius klausė, kaip bus paskirstyti 222 mln. Eur paslaugų plėtrai ir viršsutartinėms paslaugoms bei ar 46,5 mln. Eur pakaks bazinėms kainoms indeksuoti. S. Adamkevičiūtė atsakė,

kad paslaugų finansavimas didėja apie 357 mln. Eur, o galutinis paskirstymas bus tikslinamas pagal biudžeto vykdymą ir paslaugų apimtis. Iš 103,1 mln. Eur rezervo prireikus galės būti apmokamos viršsutartinės paslaugos.

G. Bendorius papildė, kad numatomi baziniai mokėjimai gydymo įstaigų infrastruktūrai, finansavimas klasteriams ir skubiosios pagalbos skyriams, kai kurių paslaugų įkainių perskaičiavimas bei fiksuotais tikslais grindžiamas šeimos medicinos skatinimas. I. Rubikas apibendrino diskusiją ir pasiūlė balsuoti.

BALSAVIMAS: 10 tarybos narių balsvus už, 2 susilaikius, siūlymui pritarta.

NUTARTA. Pritarti PSDT nutarimui „Dėl Lietuvos Respublikos 2027 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto“.

2. SVARSTYTA. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo.
Pristato VLK Ekonomikos departamento Biudžeto skyriaus vedėja Jurgita Šilinaitė-Šermukšnienė.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme (toliau – SDĮ) nustatyta, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos sveikatos apsaugos ministro sprendimu, įvertinus Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – PSDT) nuomones[6].

PSDT nutarimo projektu teikiamas siūlymas svarstyti ir pritarti, kad iš 2026 m. PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies būtų skirta 9,4 mln. Eur valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti, siekiant užtikrinti, kad būtų laiku atsiskaityta su vaistinėmis ir asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.

SDĮ 15 straipsnyje nustatyta, kad VLK valstybės biudžeto lėšomis finansuoja šias valstybės deleguotas funkcijas:

– apmoka paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti (t. y. greitosios medicinos pagalbos paslaugų), išlaidas,

– apmoka išlaidas kompensacijoms kraujo donorams mokėti ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti,

– apmoka SDĮ 6 straipsnio 5 dalyje ir 8 straipsnio 5 dalyje nurodytų asmenų sveikatos priežiūros (toliau – nedraustų asmenų būtinosios pagalbos) išlaidas[7],

– dengia išlaidas pacientų priemokoms už kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – pacientų priemokos),

– apmoka PSDF biudžeto lėšomis nekompensuotinas išlaidas esant nepaprastajai padėčiai ar ekstremaliajai situacijai.

2024 m. valstybės biudžeto lėšų, skirtų PSDF biudžetui minėtoms funkcijoms finansuoti, užteko, tačiau 2025 m. ir 2026 m. faktinės išlaidos augo sparčiau nei skirti valstybės biudžeto asignavimai, todėl susidarė skirtų lėšų ir faktinio jų poreikio skirtumai:

Tūkst. Eur

Lėšos valstybės deleguotoms funkcijoms	**2024 m.**	**2025 m.**	**2026 m.**
I. Skirta valstybės biudžeto asignavimų suma valstybės deleguotoms funkcijoms	167 337,0	167 337,0	185 134,0

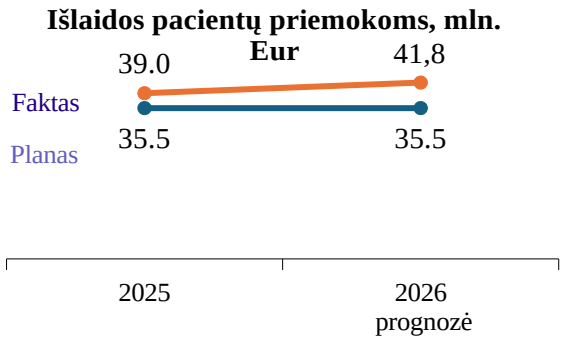
6

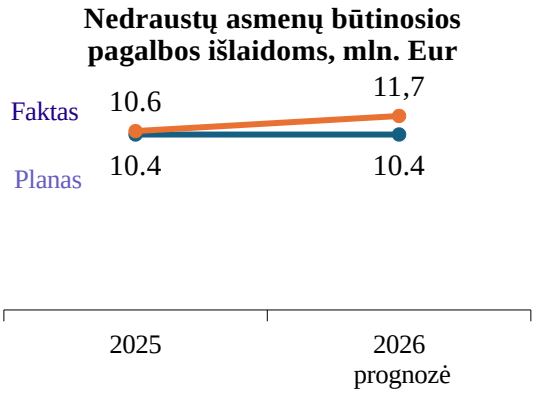
7

finansuoti			
II. Suma pagal priimtas sąskaitas	154 582,5	177 172,7	192 776,7*
Skirtumas (I-II)	**12 754,5**	**-9 835,7**	**-7 642,7**

*prognozė 2026 m. spalio 6 d. duomenimis

Lėšų trūkumas susidaro šiose dviejose srityse: pacientų priemokų padengimo ir nedraustų asmenų būtinosios pagalbos išlaidų apmokėjimo. 2026 m. pacientų priemokoms padengti skirta 35,5 mln. Eur valstybės biudžeto lėšų, o prognozuojamos išlaidos turėtų sudaryti 41,8 mln. Eur, tuo tarpu nedraustų asmenų būtinosios pagalbos išlaidoms apmokėti š. m. skirta 10,4 mln. Eur valstybės biudžeto lėšų, o prognozuojamos išlaidos turėtų sudaryti apie 11,7 mln. Eur:





Neskyrus papildomų lėšų, jau š. m. lapkričio mėnesį neužtektų lėšų atsiskaityti su vaistinėmis už spalio mėn. pacientų priemokas, o su gydymo įstaigomis – už spalio mėn. nedraustiems asmenims suteiktas būtinąsias asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Siekiant š. m. su gydymo įstaigomis ir vaistinėmis atsiskaityti teisės aktų nustatyta tvarka (t. y. per 30 dienų nuo patikrintos sąskaitos priėmimo), papildomai reikėtų skirti 9,4 mln. Eur.

SDĮ 15 straipsnio 9 dalyje numatyta: jei valstybės biudžeto lėšų, skirtų valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti, neužtenka, trūkstama lėšų suma gali būti laikinai dengiama PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis ar viršplaninių PSDF biudžeto pajamų. Panaudotos PSDF lėšos turi būti atkurtos iš valstybės biudžeto lėšų ne vėliau kaip per dvejus metus pasibaigus 2026 metams.

2026 m. spalio 6 d. duomenimis, PSDF biudžeto rezervo lėšų likutis sudaro iš viso 854,9 mln. Eur, iš jo rezervo rizikos valdymo dalies lėšų likutis – 790,2 mln. Eur.

L. Paškevičius klausė, kodėl 2026 m. lentelėje nurodytas apie 7,6 mln. Eur trūkumas, o iš rezervo siūloma skirti 9,4 mln. Eur. J. Šilinaitė-Šermukšnienė paaiškino, kad lentelėje pateiktas tik 2026 m. skirtumas, o 9,4 mln. Eur poreikis apima ir ankstesniais metais susikaupusį trūkumą bei lėšas, būtinas atsiskaityti su vaistinėmis ir gydymo įstaigomis per nustatytą terminą.

N. Čiakienė pažymėjo, kad valstybės deleguotoms funkcijoms nuolat trūksta asignavimų, todėl jos finansuojamos PSDF rezervo lėšomis. J. Šilinaitė-Šermukšnienė patvirtino, kad faktinis poreikis yra didesnis už skirtus valstybės biudžeto asignavimus, todėl šiuo metu trūkumas laikinai dengiamas iš rezervo, siekiant išvengti mokėjimų vėlavimo.

D. Kamarauskienė aptarė panaudotų PSDF rezervo lėšų atkūrimo tvarką. J. Šilinaitė-Šermukšnienė nurodė, kad jos turi būti atkurtos valstybės biudžeto lėšomis ne vėliau kaip per dvejus metus; sutarta patikslinti nutarimo ir aiškinamojo rašto formuluotes, atsižvelgiant į tikslią Sveikatos draudimo įstatymo formuluotę.

BALSAVIMAS 14 Tarybos narių balsavus už, siūlymui pritarta bendru sutarimu.

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

3. SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo.
Pristato VLK Kainų skyriaus vedėja Jurga Damulevičienė

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“ projekto (toliau – Įsakymo V-388 projektas) tikslas – atnaujinti Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką (toliau – Metodika) ir išdėstyti ją aktualia redakcija. Atnaujinta Metodika sudarys prielaidas racionalesniam PSDF biudžeto lėšų naudojimui, objektyvesniam bazinių kainų nustatymui bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų kompensavimui, užtikrins didesnį finansavimo skaidrumą ir pagrįstumą, sudarys sąlygas tiksliau įvertinti efektyvias paslaugų teikimo sąnaudas bei užtikrins tvaresnį ir efektyvesnį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą.

Įsakymo V-388 projektu siūloma aiškiai apibrėžti asmens sveikatos priežiūros paslaugos bazinės kainos, jos priedų ir bazinio mokėjimo sumos sąvokas bei duomenų, naudojamų bazinėms kainoms skaičiuoti ir vertinti, šaltinius.

Siūloma asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos nustatymo principus papildyti nuostata, kad dėl sumažėjusios paslaugos bazinės kainos ar pasikeitusio apmokėjimo būdo susidaręs lėšų skirtumas gali būti skiriamas tos pačios ir (ar) kitos asmens sveikatos priežiūros paslaugos bazinei kainai ar apmokėjimo būdui koreguoti. Taip pat, įgyvendinant Sveikatos apsaugos ministerijos strategijos nuostatas ir siekiant skatinti atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (plėtrą), gali būti terminuotai arba neterminuotai nustatomos didesnės nei pagrįstos sąnaudomis šių paslaugų bazinės kainos. Tokie pakeitimai sudarys prielaidas tvariam asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) finansavimui užtikrinti.

Siūloma patikslinti priedų, mokamų už aktyviojo gydymo metu panaudotas medicinos pagalbos priemones, vaistus, procedūras, kraujo preparatus ir komponentus (toliau – priemonės), dydžio apskaičiavimą. Šiuo metu minėtų priedų kaina nustatoma pagal priemonių, ASPĮ įsigyjamų viešojo pirkimo būdu, kainų svertinį vidurkį arba pagal komerciniuose pasiūlymuose nurodytų kainų svertinį vidurkį. Įsakymo V-388 projektu siūloma nustatyti – jei yra žinomos ASPĮ viešojo pirkimo būdu įsigytų tokių pačių priemonių kainos, kaina apskaičiuojama kaip šių priemonių kainų svertinis vidurkis. Priemonių svertinis kainos vidurkis apskaičiuojamas pagal 3 ASPĮ, atliekančių daugiausia procedūrų ar medicininių intervencijų, kai naudojamos atitinkamos priemonės, pateiktus duomenis (išskyrus atvejus, kai paslaugų teikėjų yra mažiau nei 3). Jei ASPĮ negali pateikti priemonės įsigijimą patvirtinančių dokumentų, o pateikia tik komercinius

pasiūlymus, šių priemonių kaina nustatoma pagal komerciniame pasiūlyme nurodytą mažiausią kainą. Jei yra žinomos ASPĮ viešojo pirkimo būdu įsigyjamų priemonių kainos ir komercinių pasiūlymų kainos, priemonių kaina apskaičiuojama pagal viešojo pirkimo būdu įsigyjamų priemonių kainų ir komerciniame pasiūlyme nurodytos mažiausios kainos svertinį vidurkį. Komerciniame pasiūlyme nurodyta mažiausia kaina į skaičiavimą įtraukiama tik tuo atveju, jei ji yra mažesnė už viešojo pirkimo būdu įsigyjamų priemonių kainų svertinį vidurkį. Šis pakeitimas sudarys sąlygas tiksliau įvertinti efektyvias paslaugų teikimo sąnaudas ir užtikrins tvaresnį PSDF lėšų naudojimą.

Įsakymo V-388 projektu siūloma bazinio mokėjimo lėšų sumą, skiriamą ASPĮ teikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms užtikrinti, nustatyti atsižvelgiant į PSDF biudžeto galimybes ir sveikatos politikos prioritetus. Bazinio mokėjimo dydžiui nustatyti būtų sukuriamas teorinis asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo modelis (turinys ir apimtis) ir vertinama, kokios būtų gaunamos pajamos ir (ar) susidarytų sąnaudos taikant šį modelį. Siekiama didinti globalaus biudžeto lyginamąjį svorį apmokėjimo sistemoje (kompensuoti ligoninių tinklo pastoviųjų sąnaudų dalį (gimdymai, pediatrija, insulto gydymo klasteris)).

Siūloma patikslinti darbo užmokesčio sąnaudų apskaičiavimą, nustatant kaip apskaičiuojamas tiesiogiai su paslaugos teikimu susijusio specialisto vidutinis darbo užmokestis, tenkantis vienam etatui. Atsisakoma nuostatos taikyti šalies vidutinį darbo užmokestį, tenkantį vienam etatui, jei ASPĮ vidutinis specialisto darbo užmokestis, tenkantis vienam etatui, yra mažesnis nei šalies specialistų grupės vidutinis darbo užmokestis. Taip pat siūloma įtraukti darbo užmokesčio sąnaudas, tenkančias pakartotiniam paciento apsilankymui pas gydytoją specialistą. PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos paslaugos kainai nustatyti siūloma taikyti VLK direktoriaus įsakymu patvirtintas darbo laiko trukmes. Jei specialisto, tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinė darbo laiko trukmė yra didesnė nei VLK direktoriaus įsakymu patvirtinta vidutinė darbo laiko trukmė, bazinė kaina būtų skaičiuojama pagal VLK direktoriaus įsakymu patvirtintą darbo laiko trukmę.

Įsakymo V-388 projektu siekiama patikslinti ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės), tiesiogiai susijusios su paslaugos teikimu, nusidėvėjimo sąnaudų apskaičiavimą tais atvejais, kai skaičiuojamos brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinės kainos. Tinkamai įvertinus nusidėvėjimo sąnaudas, paslaugos kaina geriau atspindės faktinius jos teikimo kaštus ir bus sumažinama rizika, kad bus nustatyta mažesnė paslaugos kaina nei paslaugos savikaina. Todėl siūloma vertinti medicininės priemonės nusidėvėjimo sąnaudas, nepriklausomai nuo lėšų, už kurias įsigyjama medicinos įranga, šaltinio, išskyrus atvejus, kai visos ASPĮ įsigyja medicinos įrangą ne iš ASPĮ lėšų.

Siūloma reglamentuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų ekspertinį vertinimą ir pateiktų duomenų auditą. Tais atvejais, kai duomenys labai skiriasi, ASPĮ turėtų pateikti sąnaudas pagrindžiančius dokumentus (pirkimų dokumentus, komercinius pasiūlymus, sąnaudų apskaičiavimo duomenis, kainas pagrindžiančius teisės aktus, medicinos dokumentus). Ekspertinis vertinimas būtų atliekamas ASPĮ pateiktus duomenis lyginant su viešai skelbiama informacija (Išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos duomenimis, Centrinės perkančiosios organizacijos duomenimis ir pan.) bei informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Tai leistų koreguoti akivaizdžiai netikslius duomenis. Taip pat numatoma galimybė pasitelkti kviestinius ekspertus. Papildoma nuostata, kad tais atvejais, kai tam tikra sąnaudų dalis priskiriama bendrosioms ir administracinėms bei ūkio sąnaudoms, tačiau kainos struktūroje

sudaro reikšmingą dalį (ne mažiau kaip 30 procentų darbo užmokesčio kartu su draudėjo įmokomis), šios sąnaudos gali būti vertinamos kaip atskira sąnaudų grupė. Šie pakeitimai sudarys sąlygas tiksliau įvertinti paslaugų teikimo sąnaudas ir užtikrins tvaresnį bei efektyvesnį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą. Gali padidėti administracinė našta, susijusi su duomenų rinkimu ir kokybės užtikrinimu.

Tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grupėje nemažą dalį sudaro Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (toliau – LNSS) priklausančios privačios ASPĮ. Siekiant objektyviau ir tiksliau apskaičiuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, siūloma numatyti galimybę kreiptis į LNSS priklausančias privačias ASPĮ dėl duomenų apie šių paslaugų teikimo sąnaudas pateikimo. Tokių duomenų įtraukimas leistų užtikrinti, kad bazinės kainos būtų nustatomos atsižvelgiant į faktines efektyvaus paslaugų teikimo sąnaudas, taip pat sudarytų prielaidas objektyviau skaičiuoti bazines kainas.

Siekiant racionalesnio sveikatos sistemos išteklių valdymo ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros, Metodikoje nustatoma, kad natūralaus gimdymo (gretimų gimininingų diagnozių grupė O02 „Gimdymas per makštį, kai taikomos procedūros atliekamos operacinėje“ ir gretimų gimininingų diagnozių grupė O60 „Gimdymas per makštį“) minimali trukmė prilyginama 1 lovadieniui. Šis pakeitimas panaikins finansinę paskatą nepagrįstai ilginti hospitalizaciją, bus išvengiama dirbtinio paslaugų kaštų didinimo ir užtikrinama, kad stabilios būklės pacientės po natūralaus gimdymo jau kitą dieną galėtų būti išrašomos iš gydymo įstaigos.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurių bazinės kainos bus apskaičiuotos pagal atnaujintą Metodiką, bus apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Tiesioginis papildomų PSDF biudžeto lėšų poreikis projektu nenustatomas, nes Metodika reglamentuoja kainų nustatymo principus. Konkrečios bazinės kainos ir jų didinimas priklausys nuo PSDF biudžeto galimybių. Numatomas teigiamas poveikis ASPĮ finansams, didesnė paslaugos bazinė kaina sudarys galimybes kaupti lėšas medicinos priemonėms atnaujinti. Tikėtinas teigiamas ilgalaikis poveikis pacientams, nes bus sudarytos geresnės galimybės užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Kadangi skaičiuojant bazines kainas gali būti naudojami tiek viešųjų, tiek privačių LNSS ASPĮ duomenys, tikėtina, kad bus sudarytos vienodesnės sąlygos vertinti paslaugų sąnaudas nepriklausomai nuo įstaigos teisinės formos.

Metodikos projektas korupcijos rizikos nedidina, nes nustato aiškią kainų apskaičiavimo tvarką, remiasi objektyviais informacinių sistemų ir apskaitos duomenimis, įtvirtina skaidrumo ir viešumo principus, numato viešą informacijos apie bazinių kainų planavimą skelbimą.

Įsakymo V-388 projektas 2025 m. rugsėjo 21 d. paskelbtas Teisės aktų informacinėje sistemoje derinimui su visuomene, pastabų negauta. 2025 m. rugsėjo 25 d. elektroniniu paštu projektas buvo pateiktas Tarybos nariams susipažinimui, iki Tarybos posėdžio pastabų negauta.

A. Kažemikaitienė klausė, ar kainų skaičiavimas pagal esamus atlyginimus nesukuria uždaro rato, kai išlaidos priklauso nuo skiriamo biudžeto (bazinių kainų) ir pabrėžė, kad sudėtingiems pacientams reikia ilgesnių konsultacijų. G. Bendorius paaiškino, kad kainos grindžiamos vidutinėmis sąnaudomis, o standartiniai laikai ir ekspertinis vertinimas padės atmesti nepagrįstus duomenis, išlaikant galimybę įvertinti skirtingus pacientų poreikius.

A. Kažemikaitienė taip pat klausė apie įrangos nusidėvėjimą, lėšų perskirstymą, kai priimamas sprendimas sumažėjus bazinei kainai susidariusį lėšų skirtumą skirti tos pačios ar kitos paslaugos kainai ir naktinio darbo priedus. Paaiškinta, kad nusidėvėjimas paprastai

įtraukiamas nepriklausomai nuo įsigijimo šaltinio, kainos mažėtų tik sumažėjus faktinėms sąnaudoms, o naktinio darbo kaštai būtų priskiriami stacionarinėms paslaugoms.

L. Paškevičius siūlė įvertinti metodikos poveikį atskiroms paslaugų rūšims, nemažinti DRG kainų, o bazinius mokėjimus skirti papildomai, konsultacijų trukmes derinti su profesinėmis organizacijomis ir priedų, mokamų už gydymo metu panaudotas medicinos pagalbos priemones kainoms nustatyti naudoti platesnę įstaigų imtį. Taip pat pasisakė dėl ilgalaikio turto medicininės įrangos, žemės bei pastatų nusidėvėjimo sąnaudų vertinimo.

I. Rubikas pasiūlė priedų, mokamų už gydymo metu panaudotas medicinos pagalbos priemones dydžių nustatymui svarstyti formuluotę „ne mažiau kaip trys įstaigos“, o G. Bendorius nurodė, kad į pastabas atsižvelgsime tobulindami Metodiką.

N. Čiakienė ir L. Paškevičius pasiūlė projektus tiesiogiai siųsti socialiniams partneriams, pageidautina ne adoc formatu.

E. Grigonis atkreipė dėmesį į paslaugos teikiamos paciento namuose nuvykimo (vairuotojo darbo užmokesčio) sąnaudų vertinimą, kai paslaugą teikiančios ASPĮ buveinės vieta yra toje pačioje arba kitoje savivaldybėje ir į asmenų su negalia bei vyresnių pacientų poreikius ilgesnei paslaugų teikimo trukmei nei standartinė teikimo trukmė. J. Damulevičienė paaiškino, kad šie poreikiai įvertinami skaičiuojant vidutines paslaugos teikimo sąnaudas. Detalesnė informacija apie paslaugos teikiamos paciento namuose sąnaudų įvertinimą, priklausomai nuo paslaugą teikiančios ASPĮ buveinės vietos bus pateikta paklausėjui .

BALSAVIMAS: 8 Tarybos nariams balsavus už, 4 susilaikius ir 1 balsavus prieš, sprendimui pritarta.

NUTARTA. Pritarti PSDT nutarimui „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“.

4. SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymo Nr. V-1051 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.

Pristato VLK Paslaugų planavimo skyriaus vedėja Renata Kulikovska

I . Įsakymo projekto tikslai:

1. įgyvendinti teisės aktų, reguliuojančių VLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – įstaigos) sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugos) teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) bei valstybės biudžeto lėšomis (toliau – sutartys) sudarymo tvarką, nuostatas:

Įsakymo projektu siekiama įgyvendinti 2026 m. birželio 30 d. priimto ir 2027 m. sausio 1 d. įsigaliosiančio Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 26 straipsnio pakeitimo įstatymo Nr. XV-1103 nuostatas. Įsakymo projektu nėra keičiami esminiai šiuo metu galiojantys sutarčių sudarymo principai (reikalavimai, kuriuos turi atitikti įstaigos ir jų teikiamos paslaugos, dokumentų pateikimo VLK procesas, įstaigų atrankos dėl trūkstamų paslaugų teikimo organizavimo, laimėtojo nustatymo principai ir kt.), tačiau, įgyvendinant minėtas Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, nustatoma sutarčių dėl paslaugų, kurių nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas, sudarymo tvarka pagal prioritetą su:

– Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) valstybės ir savivaldybių viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis (toliau – LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos), sudariusiomis sutartis su VLK dėl paslaugų, kurių teikimo mastas neužtikrinamas;

– LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, nesudariusiomis sutarčių su VLK dėl paslaugų, kurių teikimo mastas neužtikrinamas;

– privačiomis įstaigomis.

Taigi, įgyvendinant Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, esant neužtikrintam tam tikrų paslaugų teikimo mastui, sutartis su VLK dėl tokių paslaugų sudariusioms LNSS viešosiomis ir biudžetinėms įstaigoms bus siūloma padidinti šių paslaugų teikimo apimtį, o tuo atveju, jeigu minėtos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos negalės užtikrinti viso nustatyto paslaugų teikimo masto, sutartims dėl trūkstamų paslaugų sudaryti bus vykdoma LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų atranka. Tuo atveju, jeigu ir šios LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos negalės užtikrinti viso nustatyto tam tikrų paslaugų teikimo masto, dėl paslaugų dalies, kurios teikimo mastas neužtikrinamas, bus vykdoma privačių įstaigų atranka, kurioje galės dalyvauti (ir lygiomis teisėmis konkuruoti) tiek LNSS privačios įstaigos, sudariusios su VLK sutartis dėl atitinkamų paslaugų teikimo, tiek tokių sutarčių nesudariusios privačios įstaigos. Pasibaigus privačios įstaigos sutarčiai dėl trūkstamų paslaugų, nauja sutartis dėl paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal pasibaigusią sutartį, bus sudaroma pagal tą patį Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje nustatytą prioritetą – su LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, sudariusiomis su VLK sutartis dėl atitinkamų paslaugų; šioms negalinti užtikrinti viso atitinkamų paslaugų teikimo masto – su LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis, nesudariusiomis sutarčių su VLK dėl atitinkamų paslaugų teikimo (bus vykdoma LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų atranka sutartims sudaryti); LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms negalint užtikrinti viso atitinkamų paslaugų teikimo masto – su privačiomis įstaigomis (bus vykdoma privačių įstaigų atranka).

Įgyvendinant naujas Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, Įsakymo projektu taip pat nustatoma atskira sutarčių su LNSS privačiomis įstaigomis, kurių sudarytos su VLK sutartys galiojo 2026 m. gruodžio 31 d., sudarymo tvarka – pasibaigus tokiai sutarčiai, dėl tų pačių paslaugų teikimo tais pačiais veiklos adresais su LNSS privačia įstaiga bus sudaroma nauja sutartis. Atsižvelgiant į imperatyvias Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 7 dalies nuostatas, pagal kurias šių įstaigų sutartinė suma paslaugoms, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, turi sudaryti 94 proc. sumos, atitinkamai įstaigai sumokėtos už 2025 m. suteiktas paslaugas, panaikinama LNSS privačių įstaigų galimybė derėtis su VLK dėl sutartinės sumos. Atsižvelgiant į Sveikatos draudimo įstatyme nustatytą skirtingą sutarčių sudarymo procesą, Įsakymo projektu nustatoma, kad tuo atveju, jeigu LNSS privati įstaiga, kurios sutartis galiojo 2026 m. gruodžio 31 d., sudarys su VLK sutartį ir dėl paslaugų, kurių nustatytas teikimo mastas neužtikrinamas (trūkstamų paslaugų), dėl trūkstamų paslaugų ir dėl paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, bus sudaromos atskiros sutartys. Pasibaigus šioms sutartims, naujos sutartys bus sudaromos pirmiau minėta tvarka (dėl paslaugų, kurios buvo teikiamos pagal 2026 m. gruodžio 31 d. galiojusią sutartį, su LNSS privačia įstaiga bus sudaroma nauja sutartis, o dėl trūkstamų paslaugų nauja sutartis bus sudaroma Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje 8 dalyje nustatyta prioriteto tvarka).

Atsižvelgiant į tai, kad dėl įgyvendinamų Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio pakeitimų keičiasi daugiau kaip pusė Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) struktūrinių dalių (punktų), Aprašas išdėstomas nauja redakcija.

2. Paankstinti ir patikslinti sutarčių sudarymo procesą:

Siekiant paankstinti sutarčių sudarymo procesą: Aprašo 4 punkte siūloma nustatyti, kad LNSS viešoji ar biudžetinė įstaiga, kurios sutartis dėl kompensuojamųjų paslaugų baigia galioti einamaisiais metais, ir LNSS privati įstaiga, kurios sutartis dėl 2026 m. teiktų kompensuojamųjų paslaugų baigia galioti einamaisiais metais, pageidaujančios sudaryti naują sutartį dėl tų pačių kompensuojamųjų paslaugų teikimo tais pačiais veiklos adresais nuo kitų kalendorinių metų, prašymą ir Aprašo 3 punkte nurodytus dokumentus bei duomenis sutartims sudaryti nuo 2028

metų turės pateikti ne iki einamųjų metų lapkričio 1 d., o iki einamųjų metų spalio 1 dienos. Atitinkamai koreguojamas Aprašo 10.5.1 papunktis, nustatantis, kad įstaigoms, pateikusioms prašymą dėl sutarties sudarymo 2028 metams ir paskesniems metams, taikomos einamųjų metų spalio 1 d. galiojusios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo[8] (toliau – Sąlygų sąrašas) nuostatos. Atsižvelgiant į tai, kad Įsakymo projektas įsigalios po 2026 m. spalio 1 d., pirmiau minėtoms įstaigoms, pageidaujančioms sudaryti sutartis dėl 2027 metų, paliekamas šiuo metu galiojantis prašymo pateikimo terminas – einamųjų metų lapkričio 1 d., atitinkamai joms bus taikomos Sąlygų sąrašo nuostatos, galiojančios 2026 m. lapkričio 1 d.

Atsižvelgiant į tai, kad atitinkamų metų Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu (toliau – PSDF rodiklių įstatymas) patvirtintas PSDF biudžetas, skirtas paslaugų išlaidoms apmokėti, nesiskirdavo nuo PSDF biudžeto projekto, Apraše numatyta, kad VLK, parengusi poreikių tenkinimo masto projektą pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, poreikio nustatymo metodiką[9] (toliau – Paslaugų poreikio nustatymo metodika), apskaičiuoja pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintą įstaigoms iš PSDF biudžeto skiriamų metinių lėšų paslaugoms apmokėti planavimo tvarkos aprašą kiekvienai įstaigai planuojamą skirti sutartinę (metinę) lėšų sumą kompensuojamosioms paslaugoms ir išsiunčia įstaigai sutarties priedo projektą. Įvertinus galimą riziką, kad PSDF rodiklių įstatymu patvirtintas atitinkamų metų PSDF biudžetas vis tik gali skirtis nuo PSDF biudžeto projekto, Apraše numatoma procedūra – perskaičiuoti planuojamas sumas įstaigoms pagal naują PSDF biudžetą ir iš naujo vykdyti sutarčių sudarymo procedūrą. Įstaigoms teikiamų sutarčių priedų projektų pateikimas, jų derinimas ir pasirašymas reglamentuojamas Aprašo 16–22 punktuose.

Anksčiau pradedamas sutarčių sudarymo procesas sudarys sąlygas įstaigoms laiku ir racionaliai planuoti joms skiriamas sutartines lėšas, užtikrins didesnį finansinį aiškumą bei veiklos stabilumą. Galimybė anksčiau sudaryti sutartis taip pat leis įstaigoms efektyviau planuoti žmogiškuosius ir finansinius išteklius, priimti pagrįstus sprendimus dėl darbuotojų darbo užmokesčio, numatyti teikiamų paslaugų apimtį, investicijas į infrastruktūrą.

Apraše numatytas bendras derybų ir sutarties pasirašymo terminas nesikeičia (Aprašo 19 punktas). Tačiau, siekiant efektyvesnių derybų, siūloma trumpinti terminą, per kurį įstaigos gali pareikšti motyvuotą norą derėtis, iki 7 darbo dienų, kartu nustatant ir VLK įsipareigojimą per 10 darbo dienų įvertinti įstaigų pateiktus argumentus ir atsakyti į siūlymą derėtis (Aprašo 22 punktas).

Siekiant efektyvesnio derybų proceso, tikslinama ir VLK bei įstaigų derybų procedūra – pageidaujančios derėtis dėl metinės sutartinės sumos LNSS viešosios ir biudžetinės įstaigos turės užpildyti VLK direktoriaus įsakymu patvirtintą formą, kurioje bus nustatyta aiški pasiūlymo derėtis pateikimo struktūra. Tokios formos naudojimas užtikrins didesnį derybų proceso skaidrumą, nuoseklumą ir vienodą visų įstaigų pasiūlymų vertinimą, sudarys prielaidas efektyvesniam informacijos nagrinėjimui bei prisidės prie derybų procedūrų standartizavimo ir administracinės naštos mažinimo (Aprašo 19 punktas).

Atsižvelgiant į 2026 m. rugpjūčio 24 d. Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnybos Antikorupcinio vertinimo išvadoje Nr. 4-01-7959 „Dėl Valstybinės ligonių kasos vykdomų derybų su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl sutartinės metinės lėšų sumos kompensuojamosioms paslaugoms teisinio reglamentavimo“ pateiktas pastabas bei pasiūlymus, Aprašo 21 punkte nustatomi kriterijai bei jų reikšmės, kurie bus taikomi derybose su LNSS viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis dėl metinės sutartinės sumos. Nustatyti kriterijai, pagal

8

9

kuriuos, esant PSDF biudžeto galimybėms, sutartinės sumos gali būti didinamos arba negali būti didinamos. Kriterijai nustatyti siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir sudaryti prielaidas kuo tiksliau nustatyti ASP įstaigoms skiriamas sutartines sumas, atsižvelgiant į jų veiklos pajėgumus, teikiamų paslaugų pobūdį, apimtį, infrastruktūrą bei galimybes užtikrinti gyventojų poreikius atitinkančių paslaugų teikimą.

Aprašo 26 punktas, kuriame nustatytos konkrečios paslaugos poreikio tenkinimo masto ir skaičiuojamuoju laikotarpiu faktiškai suteiktų tokių pačių paslaugų kiekio skirtumo (toliau – skirtumas) savivaldybėje, regione ar šalyje reikšmės, pagal kurias laikoma, kad atitinkamos paslaugos poreikio tenkinimo mastas neužtikrinamas, papildomas naujomis paslaugomis: sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų grupei priskiriamomis paslaugomis, kurių skirtumo reikšmė lygi arba didesnė nei 380 paslaugų (skirtumo reikšmė nustatyta įvertinus specialisto, dirbančio 0,2 etatiniu krūviu, suteikiamų paslaugų kiekį, dirbant 1 dieną per savaitę); dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamomis paslaugomis, kurių skirtumo reikšmė lygi arba didesnė nei 2 000 paslaugų (skirtumo reikšmė nustatyta, atsižvelgiant į ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų grupei priskiriamų paslaugų nustatytą skirtumo reikšmę); dantų protezavimo paslaugų grupei priskiriamomis paslaugomis, kurių skirtumo reikšmė lygi arba didesnė nei 170 paslaugų (skirtumo reikšmė nustatyta įvertinus specialisto, dirbančio 0,5 etatiniu krūviu, suteikiamų paslaugų kiekį, įvertinus, kad vidutiniškai vieno paciento protezavimas trunka apie 5 val.).

Paslaugų poreikio nustatymo metodikos priede pateikiamame Asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupių sąraše (toliau – Paslaugų sąrašas) (aktuali redakcija nuo 2026 m. birželio 13 d.) ultragarsiniai tyrimai, kai naudojama kontrastinė medžiaga, priskiriami gydytojo echoskopuotojo paslaugų grupei. Atsižvelgiant į tai, gydytojo echoskopuotojo paslaugoms priskiriami ultragarsiniai tyrimai, kai naudojama kontrastinė medžiaga, iš Aprašo 26 punkto išbraukiami.

Atsižvelgiant į gautas derinimo su visuomene metu pastabas, papildomas Aprašo 27 punktas, nustatant, kad mažesni skirtumai tarp nustatyto poreikio tenkinimo masto ir faktiškai teikiamų paslaugų būtų taikomi savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius neviršija 21 tūkstančio. Toks savivaldybės dydis yra nustatytas, vadovaujantis Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. gegužės 22 d. įsakymu Nr. V-589 „Dėl sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Paslaugų sąraše nurodytos atitinkamų paslaugų grupės vertinamos savivaldybės, regiono ar šalies lygmeniu. Aprašo 28.1 papunktyje numatytas pranešimų siuntimas esamiems paslaugų teikėjams dėl galimybės didinti trūkstamų paslaugų kiekį pagal Paslaugų sąraše numatytą atitinkamų paslaugų poreikio nustatymo lygmenį (savivaldybės ar regiono). Šalies lygmeniu vertinamos į Paslaugų sąrašą įtrauktos paslaugos, kurias teikia specializuotos įstaigos, arba paslaugos, kurias gali teikti tik sveikatos apsaugos ministro įsakymuose nurodytos įstaigos, todėl šalies lygmuo šiame papunktyje nenurodomas.

Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše[10] ir Ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų apraše[11] nenumatytas reikalavimas teikti ambulatorines slaugos paslaugas namuose ir ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas tik specializuotose stacionarinėse patalpose, taigi šios paslaugas gali būti teikiamos bet kurioje savivaldybėje, nepriklausomai nuo įstaigos licencijoje nurodytos veiklos vietos. Atsižvelgiant į tai, Aprašo 28.2 papunktyje numatyta, kad tais atvejais, kai pagal paslaugų teikimo pobūdį ir paskirtį trūkstamos paslaugos gali būti teikiamos ne tik įstaigos patalpose ir tai numatyta atitinkamų paslaugų

10

11

teikimo reikalavimuose, patvirtintuose sveikatos apsaugos ministro įsakymais, kartu su Aprašo 28.1 papunktyje nurodytais paklausimais taip pat siunčiami paklausimai sutartis dėl trūkstamų paslaugų sudariusioms LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, trūkstamas paslaugas teikiančioms žiedinėse savivaldybėse. Jeigu žiedinių savivaldybių nėra arba žiedinėse savivaldybėse nėra LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų, sudariusių sutartis dėl trūkstamų paslaugų teikimo, paklausimai siunčiami LNSS viešosioms ir biudžetinėms įstaigoms, sudariusioms sutartis dėl trūkstamų paslaugų teikimo savivaldybėse, besiribojančiose su savivaldybe, kurioje nustatytas paslaugų teikimo mastas neužtikrinamas.

Vadovaujantis Poreikių metodika, paslaugų poreikis nustatomas kalendoriniams metams, tad ir trūkstamų paslaugų kiekis nustatomas atitinkamiems kalendoriniams metams. Atsižvelgiant į tai, Aprašo 29.1 papunktyje nurodyta, kad VLK savo interneto svetainėje paskelbia duomenis apie metinį trūkstamų paslaugų kiekį.

Aprašo 32.4 papunktyje taip pat detalizuojama sutarčių dėl trūkstamų paslaugų sudarymo su naujais paslaugų teikėjais tvarka. Numatyta, kad po naujų teikėjų atrankos, kai laimėtojas negali užtikrinti viso trūkstamų paslaugų kiekio, sutartis dėl likusio paslaugų kiekio sudaroma su antrąją (ar tolesnę) vietą užėmusiu kandidatu. Siekiant išvengti sutarčių fragmentavimo ir nesudaryti naujų sutarčių dėl per mažo paslaugų kiekio, Įsakymo projektu siūloma nustatyti minimalų paslaugų kiekį, dėl kurio gali būti sudaroma nauja sutartis, siejant jį su Aprašo 26 punkte nustatytu minimaliu paslaugų kiekiu. Tokiu būdu ir su atrankos laimėtoju, ir su kitais kandidatais (jei laimėtojas negali suteikti viso trūkstamų paslaugų kiekio) sutartis bus sudaroma dėl ne mažesnio, nei nurodytas Aprašo 26 punkte, trūkstamų paslaugų kiekio. Ši priemonė padės išvengti sutarčių fragmentavimo, trukdančio efektyviai valdyti PSDF biudžetą ir nenaudingo įstaigoms, nes maža sutartinė suma gali nepadengti faktinių paslaugų teikimo išlaidų.

Atsižvelgiant į tai, kad ateinančių metų sutartinės sumos įstaigoms pradedamos planuoti jau einamųjų metų ketvirtąjį ketvirtį, ir siekiant, kad sutartinės sumos būtų planuojamos sklandžiai ir laiku, Aprašo 46.1 papunktyje numatyta, kad įstaiga sutartinę sumą ambulatorinėms paslaugoms (specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, skubiosios medicinos pagalbos, stebėjimo, ambulatorinės chirurgijos paslaugoms) galėtų didinti, atitinkamai mažindama sutartinę sumą stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms (išskyrus paslaugas įtrauktas į Paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo pirmąją apmokėjimo grupę), ne vėliau kaip iki einamųjų metų rugsėjo 30 d.

Siekiant užtikrinti sklandžią ir nepertraukiamą sveikatos centrų veiklą, Aprašo 46.2 papunkčiu numatoma galimybė perskirstyti sveikatos centrui atitinkamai paslaugai skirtas lėšas kitoms to paties sveikatos centro veikloje dalyvaujančioms įstaigoms, jeigu viena iš jų nustoja teikti šią paslaugą.

Siekiant mažinti administracinę naštą, Aprašo 47 punkte numatyta galimybė keisti Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, sąrašą (sutarties priedas) VLK iniciatyva (be atskiro įstaigos prašymo), jeigu šis sąrašas keičiamas dėl VLK direktoriaus įsakymu tvirtinamo paslaugų klasifikatoriaus pakeitimo (panaikinus tam tikrus paslaugų kodus ir (ar) pakeitus juos kitais kodais, ir (ar) papildžius naujais paslaugų kodais).

Vadovaujantis Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašu[12], sveikatos centrų veikla grindžiama savivaldybės ir įstaigų bendradarbiavimo sutartimi, kurioje numatyta, kokias paslaugas ir kokiu laikotarpiu teikia įstaiga. Aprašo 51.4 papunktyje nustatyta, kad VLK iniciatyva sutartis nutraukiama, jeigu paaiškėja, kad bendradarbiavimo sutarties galiojimas yra trumpesnis, nei VLK ir įstaigos sudarytos sutarties dėl atitinkamų sveikatos centrui priskiriamų paslaugų galiojimas, ir ši sutartis nebus pratęsiama. Nutraukiama tik ta sutarties dalis, kuri yra susijusi su įstaigos įtraukimu į sveikatos centro veiklą.

12

Įsakymo projektas skelbiamas Lietuvos Respublikos Seimo teisės aktų informacinės sistemos Projektų registravimo posistemyje.

E. Grigonis atkreipė dėmesį į techninę klaidą Įsakymo projekto 2.2 papunktyje: nuoroda į 1.2 papunktį turėtų būti pakeista nuoroda į 1.3 papunktį. R. Kulikovska patvirtino, kad klaida bus ištaisyta.

E. Grigonis taip pat klausė, kaip įstaiga galėtų apskųsti atrankos rezultatą, jei jai draudžiama daryti komisijos sprendimo kopiją. R. Kulikovska paaiškino, kad įstaiga gauna informaciją apie sprendimo turinį ir gali jį skųsti; kartu sutarta nuostatą papildomai aptarti su teisininkais ir prireikus patikslinti.

A. Kažemikaitienė klausė, ar po trejų metų pakartotinai vertinant privačios įstaigos sutartį ji gali netekti teisės teikti paslaugas, jei jas galės užtikrinti viešoji įstaiga, ir kaip tokiu atveju privati įstaiga galėtų planuoti veiklą bei investicijas. R. Kulikovska patvirtino, kad tokį prioritetą nustato Sveikatos draudimo įstatymas: nuo 2027 m. naujos sutartys su privačiomis įstaigomis būtų sudaromos tiek, kiek paslaugų negali užtikrinti viešosios įstaigos. I. Rubikas pažymėjo, kad svarstomas aprašas įgyvendina Seimo priimtą sprendimą.

L. Paškevičius pasiūlė aiškiau įtvirtinti privačių įstaigų sutartinių sumų perskaičiavimą pagal bazinių kainų pokytį ir patikrinti, ar Apraše nenustatomos griežtesnės sąlygos, nei reikalauja įstatymas. Jis taip pat prašė patikslinti nuostatą, pagal kurią nauja sutartis sudaroma dėl tų pačių paslaugų tais pačiais veiklos adresais, nes įstaiga, perkėlusi veiklą į naują pastatą ar atidariusi filialą, neturėtų vien dėl adreso prarasti sutarties.

R. Kulikovska paaiškino, kad 94 proc. sutartinės sumos taisyklė ir jos perskaičiavimas pagal bazinių kainų pokyčius išsamiai reglamentuoti paslaugų planavimo tvarkos apraše. L. Paškevičius šią pastabą atsiėmė, o kitas formuluotes paprašė papildomai įvertinti.

I. Rubikas pasiūlė projektui pritarti bendru sutarimu. Prieštaraujančių ar susilaikančių nebuvo.

BALSAVIMAS: pritarta bendru sutarimu.

NUTARTA. Pritarti PSDT nutarimui „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymo Nr. V-1051 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos Pirmininkas
Ignas Rubikas

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos sekretorė
Milda Baguckaitė