LIETUVOS PRIVAČIŲ
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGŲ ASOCIACIJA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai 2025-06-26 Nr. 2025/17

El. p. ministerija@sam.lt;

Originalas registruotu paštu siunčiamas nebus

DĖL SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO ĮSAKYMO NR. 357 „DĖL MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SĄRAŠO, KAINŲ NUSTATYMO IR JŲ INDEKSAVIMO TVARKOS BEI ŠIŲ PASLAUGŲ TEIKIMO IR APMOKĖJIMO TVARKOS“ PAKEITIMO PROJEKTO

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – **SAM**) 2025-04-03 užregistravo įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (toliau – **Aprašas**) pakeitimo projektą Nr. 25-5646.

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija (toliau – **Asociacija**) pateikė SAM pastabas bei pasiūlymus siūlomiems Aprašo pakeitimams.

2025-06-20 SAM užregistravo naują Aprašo pakeitimo projektą Nr. 25-5646(2) (toliau – **Projektas**), kuriame, deja, nebuvo atsižvelgta į esminę Asociacijos (ir kitų socialinių partnerių) teiktą pastabą – t.y. Aprašo 7.1 p., reglamentuojami atvejai, kada pacientams yra teikiamos mokamos paslaugos ir naujame Aprašo 8.1 p. numatyta, kad pacientai privalo už paslaugas mokėti visais atvejais, kai kreipiasi paslaugų neturėdami siuntimo. Tai yra, panaikinama paciento teisė gauti kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir gydytojui nustačius, kad paciento kreipimasis be siuntimo buvo mediciniškai pagrįstas.

Atsižvelgiant į tai, šiuo raštu **pakartotinai kreipiamės, prašydami atlikti Projektu keičiamo 8.1. p. pakeitimą ir numatyti paciento teisę gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pacientui kreipusis be siuntimo, kuomet gydytojas nusprendžia, kad kreipimasis ir/ar tolimesnės sveikatos priežiūros paslaugos pacientui yra mediciniškai pagrįstos**. Šis pakeitimas yra būtinas užtikrinant pacientų konstitucines teises, teisę į sveikatą bei prieinamą, valstybės lėšomis kompensuojamą, sveikatos priežiūrą. Be kita ko, šios teisės užtikrinimas kur kas efektyviau prisidėtų prie SAM deklaruojamų sveikatos sistemos tobulinimo tikslų pasiekimo (valstybės kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimo, eilių sveikatos priežiūros paslaugoms mažinimo, pacientų tiesioginių mokėjimų už paslaugas apimčių mažinimo, kt.), nei jos panaikinimas.

Projektą būtina koreguoti dėl šių priežasčių:

Pirma, Projekto pakeitimas tiesiogiai prieštarauja Sveikatos sistemos įstatymui. Projekto derinimo pažymoje nurodoma, kad Aprašo 8.1 p. keičiamas vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymo (toliau – **SSĮ**) 49 str. Tačiau SSĮ 49 str. 2 d. 2) p. aiškiai numato: „*2. Valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo LNSS įstaigose esminės sąlygos yra: 2) paciento kreipimasis dėl šios dalies 1 punkte nenurodytų valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo į LNSS įstaigas. Šiais atvejais pacientas privalo pateikti šios dalies 1 punkte nurodytų sveikatos priežiūros specialistų siuntimą* ***arba*** *LNSS įstaigų gydytojų,* ***suteikusių šios dalies 1 punkte nenurodytas valstybės laiduojamas (nemokamas) paslaugas, siuntimą paslaugų tęstinumui užtikrinti****.“*

Todėl siūlomas Projekto pakeitimas prieštarauja SSĮ (tiek dabar galiojančiai, tiek 2025-07-01 įsigaliosiančiai SSĮ redakcijoms). Tai suponuoja konstitucinių teisėkūros principų pažeidimą, nes žemesnės galios teisės aktai negali prieštarauti aukštesnės galios teisės aktams. Savaime suprantama, kad toks teisės aktas, prieštaraujantis aukštesnės galios teisės aktų nuostatoms bei pažeidžiantis gyventojų teisę į kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas, negali būti priimtas.

Antra – Projekto pasiūlymai suponuoja Lietuvos gyventojų konstitucinių teisių pažeidimą. Pacientai, mokantys Privalomojo sveikatos draudimo (toliau – **PSD**) įmokas turi visiškai pagrįstą ir teisėtą lūkestį gauti valstybės kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas jų prireikus. Tačiau Projektu siūloma įtvirtinti praktiką, kuomet pacientai, besikreipiantys sveikatos priežiūros paslaugų, neturėdami gydytojo siuntimo, nepagrįstai netektų teisės toliau pasinaudoti valstybės kompensuojamomis sveikatos priežiūros paslaugomis net ir gydytojui nustačius, jog paciento kreipimasis yra mediciniškai pagrįstas ir jam yra būtinas tolimesnis ištyrimas ar gydymas. Atkreipiame dėmesį į tai, kad negalima nustatyti tokio teisinio reguliavimo, kuris ne skatintų pacientus rūpintis savo sveikata, o priešingai – baustų pacientus už tai, kad šie siekia operatyviai teisėtai gauti jiems būtinas sveikatos priežiūros paslaugas. Toks teisinis reguliavimas būtų laikomas diskriminaciniu ir neteisėtu.

Be to, Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2013-05-16 nutarime yra aiškiai nustatęs, jog kiekvienas asmuo turi teisę pagal išgales prisidėti prie savo sveikatos priežiūros finansavimo. Taigi, tais atvejais, kai pacientai kreipiasi iš tiesų pagrįsta ir tuo pačiu asmeninėmis lėšomis prisideda prie savo sveikatos priežiūros finansavimo – jiems neturėtų būti užkertamas kelias gauti tęstines valstybės kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas. Kitu atveju, įtvirtinus tokią diskriminacinę nuostatą, būtų pažeisti teisėti gyventojų lūkesčiai gauti valstybės kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jiems sąžiningai mokant sveikatos draudimo įmokas, taip pat būtų pažeidžiama konstitucinė valstybės pareiga užtikrinti valstybės kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams.

Trečia – Projekte siūlomi pakeitimai generuotų priešingą efektą – juos įgyvendinus pablogėtų sveikatos priežiūros prieinamumas gyventojams, išaugtų eilės sveikatos priežiūros paslaugoms, didėtų gyventojų socialinė atskirtis. Pacientų noras gauti būtinas sveikatos priežiūros paslaugas kuo greičiau yra suprantamas – kartais pacientai, net ir besikreipiantys dėl rimtų sveikatos sutrikimų, reikalaujančių operatyvios medicinos pagalbos, yra priversti laukti mėnesius eilėse. Šiuo metu pacientams pagrįstai (esant realioms medicininėms indikacijoms ir poreikiui) kreipusis gydytojo specialisto konsultacijos (už ją patiems susimokėjus), o gydytojui patvirtinus kreipimosi medicininį pagrįstumą bei išrašius siuntimą, tolimesnes sveikatos priežiūros paslaugos LNSS įstaigose pacientui buvo teikiamos nemokamai, t.y. jas kompensuodavo valstybė. Projektu šią tvarką pakeitus, pacientai, net ir esant mediciniškai pagrįstam kreipimuisi, prarastų teisę į tolimesnes būtinas valstybės kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Dėl to neabejotinai sumažėtų sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas, būtų generuojami pertekliniai formalūs ir besidubliuojantys pacientų vizitai pas šeimos gydytojus bei gydytojus specialistus. Pavyzdžiui, staiga sutrikus sveikatai, pacientui gavus mokamą gydytojo specialisto konsultaciją, net ir esant medicininėms indikacijoms, tolimesnis ištyrimas ir gydymas taip pat taptų mokamas, pacientui netekus galimybės gauti valstybės kompensuojamą gydymą. Todėl pacientas, negalėdamas sumokėti pilnos kainos už tolimesnį ištyrimą ar gydymą, turės kreiptis į savo šeimos gydytoją tik tam, kad šis formaliai išrašytų siuntimą gydytojo specialisto konsultacijai (pas kurį jau pacientas buvo ir konsultaciją gavo, už ją susimokėjo, t.y. ji valstybei nekainavo nieko), su kuriuo pacientas vėl turės kreiptis į gydytoją specialistą konsultacijos, tik, šiuo atveju, dar privalės laukti savaites ar mėnesius būtinų paslaugų eilėje, kuomet per šį laikotarpį paciento būklė gali stipriai pablogėti ar komplikuotis, o, uždelsus, gydymas valstybei žymiai

brangiau kainuotų. Tokie biurokratiją didinantys, paciento teises pažeidžiantys planuojami reikalavimai išaugins eiles tiek pas šeimos gydytojus (siekiant gauti siuntimą valstybės kompensuojamai gydytojo specialisto konsultacijai), tiek dubliuos gydytojų specialistų konsultacijas (siekiant gauti siuntimą tyrimams ar tretinio lygio gydytojų specialistų konsultacijoms), nesuteikiant jokios apčiuopiamos naudos pacientui, jo sveikatos priežiūrai. Visa tai neigiamai įtakos galimybę pacientams laiku nustatyti ligą ir gauti reikiamą gydymą, kol bus atlikti formalūs veiksmai. Ši ydinga praktika neigiamai atsilieptų ir kitiems, paslaugų eilėse jau belaukiantiems pacientams, kurie bus priversti laukti paslaugų dar ilgiau, nes kiti pacientai užimtų gydytojų laikus vien tik dėl siuntimų rašymo, net ir esant aiškioms diagnozėms ir aiškiems gydymo planams. Dėl to eilės paslaugoms dar labiau ilgės, o sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvos gyventojams dar labiau mažės.

Negana to, diskriminuojant pacientus, besikreipusius gydytojų specialistų konsultacijos be siuntimo, bus didinama gyventojų socialinė atskirtis. Pacientai, kurie pirmą kartą kreipiasi mokamų paslaugų, prisideda prie racionalesnio sveikatos priežiūros sektoriaus išteklių bei valstybės kompensuojamų paslaugų paskirstymo. Tai yra, tokie pacientai neapkrauna kompensuojamų paslaugų sektoriaus ir palieka galimybes labiausiai socialiai pažeidžiamiems gyventojams gauti būtinas sveikatos priežiūros paslaugas greičiau, nelaukiant ilgai eilėse.

Planuojami Projektu pakeitimai, panaikina PSD draustiems Lietuvos gyventojams gauti valstybės kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas net ir nustačius pirmos (mokamos) konsultacijos metu kreipimosi medicininį pagrįstumą bei medicinines indikacijas tolesniam gydymui, dėl ko jie privalės mokėti ir toliau visą paslaugų kainą. Tai akivaizdžiai nedera nei su socialinio teisingumo, nei su solidarumo principais, nes pacientai būtų diskriminuojami ir baudžiami už tai, jog rūpinasi savo sveikata, skiria papildomas asmenines lėšas savo sveikatos priežiūros finansavimui bei sukuria sąlygas geresniam valstybės kompensuojamų paslaugų prieinamumui pacientams, kuriems jų reikia labiau ir kurie neturi galimybės prisimokėti.

Siūlomi Projekto pakeitimai ne tik, kad nemažins tiesioginių pacientų išlaidų sveikatos priežiūrai, bet priešingai – jas didins, o kai kuriems pacientams – padarys nepakeliamas. Pacientai, kurie kreipsis dėl itin rimtų sveikatos būklių (pvz. onkologinių ligų, kt.), turės rinktis – arba nukelti gydymą (iki bus atlikti formalumai ir gauti siuntimai), arba mokėti pilną viso ištyrimo ir gydymo kainą, kas neabejotinai išaugintų pacientų tiesioginių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas mastą.

Remiantis išdėstytais argumentais darytina išvada, kad Projektas turi būti tobulinamas pasitelkiant socialinius partnerius, siekiant nepabloginti Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros. Todėl **prašome SAM atsižvelgti į šiame rašte pateikiamus argumentus ir nepriimti nepatikslinus pagal pateiktas pastabas bei siūlymus Projekto nuostatų, sudarančių prielaidas Lietuvos gyventojų teisių ir aukštesnės galios teisės aktų pažeidimui, paslaugų prieinamumo mažinimui Lietuvoje**. Esame pasiruošę diskusijai ir galime prisidėti prie Projekto tobulinimo, todėl prašome SAM informuoti Asociaciją apie priimtus sprendimus.

Pagarbiai

Dr. L. Paškevičius
Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas