

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

El. p. [ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt)

2026-02-18 Nr. 2026/6

*Originalas registruotu paštu siunčiamas nebus*

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS 2026 M. VASARIO 3 D. NUTARIMO PROJEKTO NR. 26-1400 „DĖL PRIEMONIŲ, KURIŲ KAINŲ SKIRTUMAI GALI BŪTI APMOKAMI PACIENTO LĖŠOMIS, TIPŲ SĄRAŠO IR KAINŲ SKIRTUMŲ APMOKĖJIMO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO“ IR LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2026 M. VASARIO 3 D. ĮSAKymo PROJEKTO NR. 26-1401 „DĖL PACIENTO MOKAMO KOMPENSUOJAMOS PRIEMONĖS IR PASIRINKTOS BRANGIAU KAINUOJANČIOS PRIEMONĖS KAINOS SKIRTUMO APSKAIČIAVIMO LAPO FORMOS PATVIRTINIMO“**

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija (toliau – **Asociacija**), įvertinusi derinimui pateiktą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2026 m. vasario 3 d. nutarimo projektą Nr. 26-1400 „Dėl priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, tipų sąrašo ir kainų skirtumų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – **Vyriausybės nutarimo projektas**), kuriuo siūloma patvirtinti Priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, (toliau – **priemonės**) tipų sąrašą (toliau – **Priemonių tipų sąrašo projektas**) ir Priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, kainų skirtumų apmokėjimo tvarkos aprašą (toliau – **Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projektas**), bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2026 m. vasario 3 d. įsakymo projekto Nr. 26-1401 „Dėl paciento mokamo kompensuojamos priemonės ir pasirinktos brangiau kainuojančios priemonės kainos skirtumo apskaičiavimo lapo formos patvirtinimo“ (toliau – **Įsakymo projektas**) teikia savo pastabas ir pasiūlymus.

**Dėl reguliavimo atitikties aukštesnės galios teisės aktui ir paciento teisių apimties nustatymo**

Vyriausybės nutarimo projektas ir juo siūlomas patvirtinti Priemonių tipų sąrašo projektas ir Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projektas parengtas įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau – **SSI**) 49 str. 5 d. nuostatas, įsigaliosiančias 2026 m. gegužės 1 d.

SSI 49 str. 5 d. įtvirtina, kad „Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS vykdomuosiuose subjektuose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Jeigu paciento, kuriam teikiama valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūros paslauga, pageidavimu naudojama brangiau kainuojanti priemonė negu priemonė, kurios išlaidos teikiant šią paslaugą yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo ar valstybės biudžeto lėšų, jis turi sumokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo ar valstybės biudžeto lėšų apmokamos ir brangiau kainuojančios priemonės kainų skirtumą. Pacientas, pageidaujantis gauti brangiau kainuojančią priemonę, turi raštu patvirtinti, kad atsisako iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo ar valstybės biudžeto lėšų apmokamos priemonės, ir išreikšti pageidavimą gauti brangiau kainuojančią priemonę. Priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, tipų sąrašą tvirtina ir kainų skirtumų apmokėjimo tvarką nustato Vyriausybė.“ Ši nuostata aiškiai apibrėžia, kad būtent Vyriausybė tvirtina priemonių tipų sąrašą ir nustato kainų skirtumų apmokėjimo tvarką.

Atsižvelgiant į tai, Asociacijos vertinimu, poįstatyminiu teisės aktu nustatomas reguliavimas negali keisti, siaurinti ar išplėsti įstatyme įtvirtintos paciento teisės apimties, taip pat negali sudaryti prielaidų, kad paciento teisės būtų reglamentuojamos žemesnės galios teisės aktu nei numatyta įstatyme.

Tuo tarpu Vyriausybės nutarimo projektu siūloma, kad Vyriausybė patvirtintų priemonių, kurių kainų skirtumai gali būti apmokami paciento lėšomis, tipų sąrašą (1.1. p.), tačiau Priemonių tipų sąrašo projekto 2 p. numatoma, kad konkrečias Priemonių tipų sąrašo projekto 1 p. nurodytas priemones, kurių išlaidos teikiant paslaugą yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – **PSDF**) ar valstybės biudžeto lėšų, bei brangiau kainuojančias priemones ateinantiems kalendoriniams metams iki prieš tai einančių kalendorinių metų gruodžio 31 d. tvirtintų sveikatos apsaugos ministras.

Tokiu siūlomu reguliavimu esminė paciento teisės apimtis (t. y. kurios konkrečios priemonės patenka į kainų skirtumo modelį) būtų nustatoma ministro įsakymu, o ne Vyriausybės nutarimu, nors SSĮ 49 str. 5 d. tokios teisės nenumato.

Asociacijos vertinimu, toks reglamentavimas turi tiesioginę įtaką paciento teisėms bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – **ASPI**) veiklos planavimui.

Pažymėtina, kad analogiška problema kyla ir dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 5.4. p., kuriame nustatoma, jog priemonės negali būti laikomos brangiau kainuojančiomis priemonėmis, jei jos nėra nurodytos sveikatos apsaugos ministro įsakyme. Tokiu būdu kainų skirtumo modelio taikymas nepagrįstai susiejamas su ministro įsakymu, nors SSĮ 49 str. 5 d. to nenumato.

### **Dėl priemonių tipų sąrašo apimties**

Asociacija taip pat pažymi, kad Priemonių tipų sąrašo projekto 1 p. išdėstytas sąrašas yra ribotos apimties ir apima tik tam tikras medicinos sritis (ortopediją ir traumatologiją, oftalmologiją, klausos sutrikimus, robotinę chirurgiją ir kt.). Toks selektyvus reguliavimas **faktiškai apibrėžia tik tam tikras sveikatos priežiūros sritis, kuriose pacientai galės pasinaudoti įstatyme įtvirtinta teise apmokėti tik kainų skirtumą, todėl priemonių tipų sąrašo apimtis susiaurina paciento teisės įgyvendinimo ribas. Priėmus siūlomą reglamentavimą, susidarytų situacija, kai paciento teisė pasirinkti brangiau kainuojančią priemonę, apmokant tik kainų skirtumą, taptų priklausoma ne nuo medicininio pagrįstumo ar klinikinės alternatyvos buvimo, o nuo to, ar konkreti medicinos sritis yra įtraukta į Vyriausybės patvirtintą priemonių tipų sąrašą.** Tokiu atveju skirtingų medicinos sričių pacientai atsidurtų nevienodoje teisinėje padėtyje, o ASPI, vykdydamos pareigą informuoti pacientą apie galimas alternatyvas, negalėtų pasiūlyti kainų skirtumo apmokėjimo modelio net ir esant mediciniškai pagrįstai brangesnei priemonei. Taip pat pacientui tektų rinktis tarp visiškai kompensuojamos priemonės ir visos brangiau kainuojančios priemonės kainos apmokėjimo, nors SSĮ 49 str. 5 d. teisinė logika grindžiama būtent proporcingu kainų skirtumo principu. Pažymėtina ir tai, kad dirbantys asmenys moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurios sudaro Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindą, todėl įstatymo leidėjo pasirinktas kainų skirtumo modelis atspindi siekį suderinti valstybės finansuojamą paslaugų garantiją su apdraustojo teise pasirinkti brangesnę, tačiau mediciniškai pagrįstą alternatyvą. Ribojant šio modelio taikymą tik siauram priemonių tipų sąrašui, būtų nepagrįstai siaurinama apdraustojo teisė realizuoti proporcingą pasirinkimą.

Todėl, atlikus preliminarų įvertinimą, tikslinga Priemonių tipų sąrašo projekto 1 p. papildyti šiomis medicinos priemonių grupėmis: chirurginiai instrumentai ir prietaisai vienkartiniam naudojimui (pvz., siūlai); biologiniai klėjai ir hemostatinės priemonės; pagalbinio apvaisinimo priemonės; širdies ir kraujagyslių sistemos implantai, stentai ir kateteriavimo priemonės; žaizdų tvarsto medžiagos.

**Siūlomas tvirtinti ribotos nomenklatūros priemonių tipų sąrašas neišvengiamai privalės būti keičiamas ir pildomas atsiradus naujoms sveikatos priežiūros technologijoms ar inovatyvioms medicinos priemonėms, kurios nepatenka į šio sąrašo apimtį. Todėl toks teisinis reguliavimas gali objektyviai atsilikti nuo medicinos mokslo ir technologijų pažangos, o pacientų galimybės pasirinkti modernias, mediciniškai pagrįstas alternatyvas būtų nepagrįstai apribotos, jei nebus patvirtinta aiški tvarka, nustatanti reguliarių priemonių sąrašo peržiūrėjimą ir operatyvų jo koregavimą.**

Atsižvelgiant į tai, Asociacijos vertinimu, tikslinga įvertinti Priemonių tipų sąrašo projekto 1 p. išplėtimą, įtraukiant ir kitas medicinos priemonių grupes, kuriose praktikoje egzistuoja kompensuojamos ir brangesnės alternatyvos. Taip pat nustatyti aiškų ir periodiškai taikomą priemonių tipų sąrašo peržiūros mechanizmą ir operatyvų jo koregavimą, užtikrinant jo atitiktį medicinos technologijų raidai, klinicinei praktikai ir pacientų poreikiams.

Tokiu būdu būtų užtikrintas didesnis reguliavimo nuoseklumas, proporcingumas ir atitiktis įstatymo tikslui – **sudaryti realias, o ne tik formaliai deklaruotas sąlygas pacientui pasirinkti mediciniškai pagrįstą alternatyvą, nepažeidžiant valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros principo.**

#### **Dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 2.1. p.**

Pažymėtina, kad SSĮ 49 str. 5 d. vartojama sąvoka „*brangiau kainuojanti priemonė*“, nustatant paciento teisę pasirinkti tokią priemonę ir apmokėti kainų skirtumą. Kadangi ši sąvoka yra įtvirtinta įstatymo lygmeniu ir apibrėžia paciento teisės turinį, Asociacijos vertinimu, papildomas apibrėžimas poįstatyminiame teisės akte gali būti vertinamas, kaip įstatyminio reguliavimo turinio siaurinimas ar išplėtimas poįstatyminiu teisės aktu.

Atsižvelgiant į tai, siūlytina atsakyti Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo 2.1. p. pateikiamos sąvokos „brangiau kainuojanti priemonė“ apibrėžimo.

#### **Dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 10 p.**

Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 10 p. nustatyta, kad „*Pacientui pasirinkus brangiau kainuojančias priemones, užpildomas Kainos skirtumo apskaičiavimo lapas.*“

Asociacijos vertinimu, tokia formuluotė yra nepakankamai aiški ir gali būti aiškinama taip, jog Kainos skirtumo apskaičiavimo lapo pildymo užbaigimas priklauso nuo papildomų paciento veiksmų ar jo kreipimosi. Praktikoje, ypač teikiant stacionarines paslaugas, būtina užtikrinti, kad dokumentas būtų galutinai užpildytas ir atsiskaitymas įformintas iki paciento išrašymo.

Siekiant teisinio aiškumo ir praktinio įgyvendinamumo, siūlytina **nustatyti, kad Kainos skirtumo apskaičiavimo lapas būtų galutinai užpildomas iki paciento išrašymo (ar paslaugos užbaigimo).** Siūlome šią 10 p. redakciją: „*Pacientui pasirinkus brangiau kainuojančias priemones, Kainos skirtumo apskaičiavimo lapas užpildomas ir*

*galutinai užbaigiamas ne vėliau kaip iki paciento išrašymo iš LNSS įstaigos arba paslaugos, kuriai buvo panaudotos brangiau kainuojančios priemonės, suteikimo pabaigos.“*

#### **Dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 11 p.**

Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 11. p. nustatyta, kad „Gydytojo, LNSS įstaigos vadovo įgalioto asmens ir paciento (toliau – šalys) pasirašytas Kainos skirtumo apskaičiavimo lapas yra laikomas susitarimu dėl paciento pareikštos valios pasirinkti brangiau kainuojančios priemones ir sumokėti faktiškai sunaudotų brangiau kainuojančių priemonių kainos ir pagal nustatytas gydymo metodikas skiriamų kompensuojamų priemonių kainos skirtumą“.

Asociacijos vertinimu, toks reguliavimas nepakankamai aiškiai sprendžia situacijas, kai brangiau kainuojanti priemonė buvo individualiai užsakyta konkrečiam pacientui jo pasirinkimu, tačiau dėl objektyvių medicininių aplinkybių (pvz., procedūros komplikacijos, klinikinės taktikos pakeitimo ar operacijos nutraukimo) ji nebuvo panaudota.

Pagal siūlomą redakciją mokėjimo pareiga siejama tik su „faktiškai sunaudotomis“ priemonėmis. Tokiu atveju susidaro situacija, kai LNSS įstaiga prisiimtų visą finansinę riziką dėl individualiai užsakytų, tačiau nepanaudotų priemonių, net jei jos negali būti grąžintos tiekėjui ar panaudotos kitam pacientui. Praktikoje tai ypač aktualu brangioms, individualizuotoms ar riboto galiojimo medicinos priemonėms.

Atsižvelgiant į tai, siūlytina **Aprašą papildyti nuostata, nustatančia, kad jei brangiau kainuojanti priemonė buvo individualiai užsakyta konkrečiam pacientui ir dėl objektyvių medicininių priežasčių nepanaudota, pacientas atlygina su tokios priemonės įsigijimu susijusias išlaidas tais atvejais, kai priemonė negali būti grąžinta tiekėjui ar panaudota kitam pacientui.**

#### **Dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 12 p.**

Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 12. p. nustatyta, kad „Pacientas ar kitas asmuo kainų skirtumą privalo sumokėti į LNSS įstaigos kasą ne vėliau kaip iki paslaugos, kuriai teikti buvo panaudotos brangiau kainuojančios priemonės, teikimo dienos pabaigos“.

Asociacijos vertinimu, praktikoje gali susidaryti situacijos, kai pacientas po operacijos ar kitos intervencijos objektyviai negali atlikti mokėjimo veiksmų dėl objektyvių priežasčių, susijusių su sveikatos būkle (pvz., dėl sveikatos būklės, anestezijos poveikio, laikino nedarbingumo), o kitų asmenų, galinčių atlikti apmokėjimą jo vardu, nėra. Tokiais atvejais formaliai nustatytas terminas tampa neįgyvendinamas ir gali lemti nepagrįstą ASPĮ ir paciento teisinę riziką.

Be to, griežtas mokėjimo susiejimas su „paslaugos teikimo dienos pabaiga“ neatsižvelgia į skirtingas paslaugų organizavimo formas (stacionarinis gydymas, dienos chirurgija, pakartotinės procedūros), taip pat į tai, kad galutinė faktiškai panaudotų priemonių apimtis gali paaiškėti tik paslaugos užbaigimo ar paciento išrašymo metu.

Atsižvelgiant į tai, siūlytina **nustatyti lankstesnį terminą, siejant mokėjimą su paciento išrašymu arba su sąskaitos pateikimo diena.** Tokiu būdu būtų užtikrintas reguliavimo proporcingumas, praktinis įgyvendinamumas ir išvengta situacijų, kai formalus terminas tampa teisiškai deklaratyvus arba faktiškai neįgyvendinamas.

#### **Dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 16 p.**

Pažymėtina, kad Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 16 p. siūloma nustatyti detalią brangiau kainuojančių priemonių kainodarą, įtvirtinant, jog pacientui skiriamos brangiau kainuojančios priemonės kaina privalo būti pagrįsta priemonės įsigijimo kaina ir įsigijimo administravimo išlaidomis, kurios negali viršyti 20 procentų priemonės įsigijimo kainos. Į pacientui skiriamos brangiau kainuojančios priemonės kainą negali būti įtraukiamos nemedicininės aptarnavimo paslaugos ir (ar) asmens sveikatos priežiūros paslaugos, skirtos brangiau kainuojančiai priemonei panaudoti, sąnaudos.

Asociacijos vertinimu, toks reguliavimas peržengia SSĮ 49 str. 5 d. įtvirtintą įgaliojimą nustatyti kainų skirtumų apmokėjimo tvarką ir savo turiniu įtvirtina imperatyvias brangiau kainuojančių priemonių kainodaros taisykles. SSĮ 49 str. 5 d. suteikia Vyriausybei teisę nustatyti kainų skirtumų apmokėjimo tvarką, tačiau negali būti aiškinama plečiamai kaip suteikianti teisę reguliuoti ASPĮ ūkinės veiklos modelį ar nustatyti maksimalias įsigijimo administravimo išlaidų ribas.

Tokio pobūdžio ribojimai daro tiesioginę įtaką ASPĮ finansiniam savarankiškumui ir veiklos organizavimui, todėl jiems būtinas įstatyminis pagrindas. Priešingu atveju poįstatyminiu teisės aktu būtų nustatomi ūkinės veiklos ribojimai, kurių įstatymas nenumato.

**Atsižvelgiant į tai, tikslinga atsisakyti procentinės administravimo išlaidų ribos ir detalaus jų turinio reglamentavimo, paliekant ASPĮ pareigą užtikrinti kainos pagrįstumą ir skaidrumą, tačiau nenustatant imperatyvių sąnaudų ribojimų.**

Asociacija papildomai atkreipia dėmesį į siūlomo reguliavimo galimą poveikį konkurencijai sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos priemonių rinkoje. Vienodas procentinis administravimo išlaidų ribojimas gali sudaryti nevienodas konkurencines sąlygas skirtingo dydžio ir veiklos modelio ASPĮ, ypač jei dalis jų objektyviai patiria didesnes sąnaudas.

#### **Dėl Priemonių apmokėjimo tvarkos aprašo projekto 17 p.**

Pažymėtina, kad pareiga viešai skelbti brangiau kainuojančių priemonių kainas ir (ar) kainodaros principus turėtų būti vertinama proporcingumo ir konkurencijos aspektu. Pacientui turi būti užtikrinta aiški ir pakankama informacija apie konkrečiu atveju taikomą kainų skirtumą, tačiau reguliavimas neturėtų lemti perteklinio komerciškai jautrios informacijos atskleidimo, pažeisti konfidencialumą ar silpninti ASPĮ derybinių pozicijų medicinos priemonių tiekimo rinkoje.

**Atsižvelgiant į tai, Asociacijos vertinimu, tikslinga papildomai įvertinti siūlomų nuostatų atitiktį konkurencijos teisės principams ir jų praktinį poveikį sveikatos priežiūros paslaugų rinkos dalyviams.**

Pagarbiai



Dr. L. Paškevičius

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas