



2025 m. balandžio 14 d.  
Vilnius

*Siunčiama tik elektroniniu paštu*

LR Sveikatos apsaugos ministerijai  
El. paštai: [ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt)

**Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 pakeitimo projektų**

Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (toliau – POLA), susipažinusi su parengtais Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 pakeitimo projektais, prašo įtraukti POLA į šių teisės aktų procesų oficialaus derinimo procesą.

Pažymėdami, kad Vyriausybės siekis užtikrinti, kad Valstybės laiduojama asmens sveikatos priežiūra būtų teikiama nemokamai, pacientams yra labai svarbus, visgi, manome, kad būtina sutarti ir aiškiai apibrėžti, kas įeina į šią sąvoką, skiriant pakankamai laiko diskusijoms su visomis suinteresuotomis pusėmis, t. y. pacientų, medikų ir ASPĮ atstovaujančiomis organizacijomis.

Pritardami Aiškinamajame rašte pateiktam argumentui, kad Lietuvos gyventojų finansinė apsauga nuo išlaidų sveikatai yra nepakankama, pateikiant duomenis, pagrindžiančius, kad Lietuvos rodikliai tarp panašaus išsivystymo šalių yra vieni blogiausių, manome, kad būtina detalesnė pacientų išlaidų, patiriamų iš jų kišenės, analizė bei jos pristatymas.

Pagal šiais metais POLA atliktos ir 2025-04-08 Spaudos konferencijos metu pristatytos POLA bendruomenės narių apklausos duomenis, net 35 proc. asmenų, gaudami paslaugas valstybinėje įstaigoje, patyrė išlaidų specialistų konsultacijoms, ir net 52 proc. – tyrimams. Privačiose gydymo įstaigose už konsultacijas mokėjo 82 proc. pacientų, už tyrimus – 75 proc. Atkreipiame dėmesį, kad apklausos metu nesiteiravome, ar išlaidos valstybinėse įstaigose susidarė dėl oficialių mokėjimų, ar ne.

Taip pat manome, kad būtina įvertinti, kad vienas iš apklausos esminių pastebėjimų yra sveikatos paslaugų kokybės aspektų prioritetizavimas. Tai yra, pacientams gaunant sveikatos priežiūros paslaugas būtent paslaugų kokybė (paslaugų veiksmingumas, tinkamumas testinumas, saugumas) yra svarbiausias aspektas, kurį kaip prioritetą nurodo daugiau kaip dvigubai daugiau asmenų (t. y. 52 proc.) nei prioritetu įvardinančių paslaugų prieinamumą (trumpas laukimo laikas, kaina, platus paslaugų spektras) (ką kaip prioritetą renkasi 23 proc.).

Nesutinkame, kad siekiant aiškesnio reglamentavimo ir paprastesnės kontrolės, būtų atsisakoma sveikatos priežiūros paslaugų kokybės. Manome, kad būtina išlaikyti įstatymuose įtvirtintą pacientų teisę rinktis sveikatos priežiūros įstaigą, specialistą, bei galimybę naudotis personalizuota medicina, kas apima ne tik vaistus, bet ir medicinos pagalbos priemones bei sveikatos priežiūros paslaugas. Manome, kad būtina ir toliau užtikrinti galimybę pacientams savo iniciatyva ir gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirinkti brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas metodikas, apmokant gydytojo skiriamų ir apdrausitojo pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą. Atkreipiame dėmesį, kad metodikos dažnai būna patvirtintos prieš keletą ar keliolika metų, jų atnaujinimas

vėluoja, o VLK įkainiai ne visuomet padengia sąnaudas, tuo tarpu pacientams reikia kokybiškos pagalbos čia ir dabar.

Laukiame kvietimo diskusijai ir tikime, kad pacientams, siekiantiems paslaugą gauti laiku ir tinkamos kokybės, neteks patirti dar didesnių išlaidų, mokant nebe priemoną, o pilną paslaugos kainą.

Dėl tolimesnės informacijos prašome kreiptis į POLA direktorę Neringą Čiakienę (mob. tel +370 630 60636; el. paštas [neringa@pola.lt](mailto:neringa@pola.lt))

\*\*\*

POLA yra skėtinė nevyriausybė organizacija, šiuo metu vienijanti 30 onkologinėje srityje veikiančių nevyriausybinių organizacijų ir turinti daugiau nei 57 000 bendruomenės narių. POLA yra skaidri ir nepriklausoma, onkologinių pacientų interesus atstovaujanti organizacija, kurios misija – siekti proveržio ir gerinti onkologinių pacientų ir jų artimųjų gyvenimo kokybę vėžio išgyvenamumo, gydymo ir gyvenimo su onkologine liga srityse.

Pagarbiai  
Neringa Čiakienė

POLA direktorė





*Teikiama el. paštu.  
Originalas siunčiamas nebus.  
Pasirašyta saugiu el. parašu.*

**Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetui**

El. paštas: [sveikrkt@lrs.lt](mailto:sveikrkt@lrs.lt)

**Lietuvos Respublikos Vyriausybei**

El. paštas: [lrvkanceliarija@lrv.lt](mailto:lrvkanceliarija@lrv.lt)

**Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai**

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

**Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijai**

El. paštas: [rastine@tm.lt](mailto:rastine@tm.lt)

**Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaigai**

El. paštas: [ombuds@lrski.lt](mailto:ombuds@lrski.lt)

**DĖL ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ, PANAIKINANČIŲ PACIENTŲ TEISĘ PASIRINKTI  
BRANGIAU KAINUOJANČIAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS**

2025 m. balandžio 10 d.  
Vilnius

Diagnostikos ir gydymo įstaigų asociacija (toliau – **DIGA**) išnagrinėjo ir įvertino Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus derinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau – **SSI**) Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo (toliau – **SSI projektas**), Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – **SDI**) Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo (toliau – **SDI projektas**) ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo (toliau – **SPII projektas**) projektus (toliau kartu – **Įstatymų projektai**) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“ projektą (toliau – **Nutarimo projektas**).

Šiuo raštu **DIGA nepritaria Įstatymų projektuose pateiktiems pakeitimams** dėl šių priežasčių:

1. Įstatymų projektais siūloma keisti pamatines itin reikšmingas sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo taisykles, galiojusias ilgą laiką, tačiau siūlomi pakeitimai nėra tinkamai parengti ir išdiskutuoti, nėra parengtas pagal galiojančius teisės aktus privalomas išsamus siūlomų pakeitimų poveikio vertinimas;

2. Įstatymų projektai neatitinka Lietuvos Respublikos konstitucinio teismo (toliau – **KT**) nutarimų ir išaiškinimų, o siūlomi pakeitimai prieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijai (toliau – **Konstitucija**);
3. Įstatymų projektų priėmimas ir įgyvendinimas neįsiekia rengėjų deklaruojamų tikslų, o faktiškai pablogins sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje bei pažeis pacientų teisę pasirinkti jiems geriausiai tinkančias paslaugas ir gauti individualizuotą ir šiuolaikinį gydymą.

Toliau šiame rašte **pateikiami išsamūs DIGA argumentai, pagrindžiantys būtinybę atsisakyti įstatymų projektuose siūlomi pakeitimų ir palikti galioti dabartinį reglamentavimą.**

## **1. ĮSTATYMŲ PROJEKTUOSE PATEIKIAMŲ SIŪLYMŲ ESMĖ**

Įstatymų projektų rengėjai kaip projektų parengimo tikslą nurodo siekį įgyvendinti konstitucinį principą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymu turi būti nustatyta piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka.

SSI 49 straipsnio 5 dalyje šiuo metu numatyta, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – **LNSS**) įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. **Jei pacientai**, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, **savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas**, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.

Įstatymų pakeitimus parengusios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **SAM**) nuomone, SSI 49 straipsnio 5 dalies nuostatos turėjo suteikti pacientams galimybę pasirinkti tam tikras paslaugas, tačiau praktikoje, anot SAM, tapo neteisėto pacientų apmokestinimo įrankiu.

Įstatymų projektais siūloma įtvirtinti nuostatą, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šias sveikatos priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama jokio papildomo mokesčio. Tačiau tai siūloma padaryti tiesiog vienareikšmiškai **atimant iš Lietuvos pacientų teisę savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias sveikatos priežiūros paslaugas.**

Siekiant suderinti SDI nuostatas su SSI projekto nuostatomis, apribojančiomis galimybę iš paciento imti priemokas, kai teikiama valstybės kompensuojama paslauga, SDI projektu taip pat atsisakoma SDI 10 straipsnio 5 dalies ir 26 straipsnio 4 dalies 4 punkto nuostatų, suteikiančių galimybę imti priemokas, o faktiškai tiesiog **siūloma išbraukti nuostatas, suteikiančias teisę apdraustajam savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirinkti brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas.**

Pažymėtina, kad Įstatymų projektais nesiekiama keisti šiuo metu galiojančios odontologinių paslaugų apmokėjimo tvarkos. Siekiant užtikrinti, kad odontologinės paslaugos vaikams ir socialiai remtiniems asmenims ir toliau būtų teikiamos ta pačia tvarka, kaip šiuo metu, į SDI

9 straipsnį, reguliuojantį kompensuojamųjų paslaugų apimtį, perkeliama tą garantuojančios Mokamų paslaugų teikimo tvarkos nuostatos.

Tokiu būdu, **galima daryti aiškią išvadą, kad Įstatymų projektų vienintelis siūlymas yra apriboti (o faktiškai – visiškai panaikinti) pacientų teisę savo iniciatyva pasirinkti brangesnes sveikatos priežiūros paslaugas, medžiagas ar medicinos pagalbos priemones** (pvz., geresnį akies lęšiuką (pasižymintį geresnėmis optinėmis savybėmis – geru matymu tiek į tolį, tiek iš arti, tinkamumu astigmatizmu sergantiems asmenims, aberacijų nebuvimu - ar ilgaamžiškumu) vykdant kataraktos operaciją; arba labiau pacientui tinkantį endoprotezą).

Iš SAM pateiktų paaiškinimų matyti, kad ministerija mano, kad faktiškai uždraudus naudoti brangesnes ir labiau kokybiškas medžiagas, įrangą ar procedūras ir visiems pacientams nemokamai teikiant tik bazinės standartines sveikatos priežiūros paslaugas bus pasiekti žemiau nurodyti rezultatai:

- (i) bus padidintas skaidrumas Lietuvos sveikatos sistemoje ir įtvirtintas aiškus reguliavimas, užtikrinantis, kad valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos pacientams būtų teikiamos nesiejant jų su jokiais kitais papildomais mokėjimais;
- (ii) bus gerinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kai įstatymiškai nebeliks galimybės apeiti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – **PSDF**) lėšomis kompensuojamų paslaugų eilę už paslaugas pacientui papildomai prisimokant.

Atkreiptinas dėmesys, kad iš viešajam svarstymui pateiktų dokumentų yra visiškai neaišku kaip uždraudus pacientui teisėtai pagal aiškias nustatytas taisykles pasirinkti jam labiausiai tinkančias sveikatos priežiūros paslaugas tuo pačiu gali padidėti skaidrumas sveikatos sistemoje. Akivaizdu, kad Įstatymų projektų priėmimas greičiausiai sąlygos visiškai priešingą efektą – gali vėl padaugėti korupcijos apraiškų ir neteisėtų atlyginimų mokėjimo sveikatos priežiūros specialistams atvejų.

Taip pat nėra aišku kaip paciento teisių apribojimas gali pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Įstatymų projektuose nenumatoma skirti padidintą finansavimą sveikatos priežiūros sektoriui, o tik ribojamos pacientų teisės bei mažinamos sveikatos priežiūros įstaigų galimybės gauti papildomų lėšų jų veiklai organizuoti. Logiškai vertinant, tokie Įstatymų projektuose nurodyti siūlymai gali tik pabloginti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (nes sumažės teisėtos sveikatos priežiūros įstaigų pajamos ir jų galimybės teikti daugiau paslaugų).

Pažymėtina, kad Įstatymų projektų aiškinamajame rašte pateikti ir numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo rezultatai, tačiau esama informacija aiškiai rodo, jog joks išsamesnis poveikio vertinimas nebuvo atliekamas, o pateikti tik subjektyvūs Įstatymo projektų rengėjų vertinimai. Antikorupcinio poveikio vertinimo taip pat nėra atlikta.

Įstatymų projektų aiškinamajame rašte taip apibūdintas numatomų pokyčių poveikis pacientui:

1. Privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – **PSD**) draustas pacientas LNSS įstaigose (nepriklausimai nuo jų nuosavybės formos) paslaugas gaus be jokių priemokų (**tačiau nutylima, kad bus reikšmingai apribota paciento teisė pasirinkti paslaugą ir pacientui bus faktiškai teikiama tik bazinė (pigiausia) paslauga**).

2. Jei pacientas norės paslaugas gauti kitokia tvarka, nei nustatyta įstatyme, jis ją gauti galės tik kaip pilnai mokamas paslaugas (**nors šiuo metu pacientas turi galimybę savo iniciatyva pasirinkti labiau jam tinkamą paslaugą ar medžiagą ir primokėti kainų skirtumą (toku būdu PSDF nepatiria dėl tokio paciento pasirinkimo jokių papildomų išlaidų).**
3. Visi PSD drausti pacientai PSDF kompensuojamas paslaugas gaus vienodomis sąlygomis (**tačiau nutylima, kad pacientai praras galimybę gauti individualizuotas (t.y. parinktas atsižvelgiant į jų individualią situaciją) paslaugas).**

**DIGA atkreipia visų šio rašto adresatų dėmesį, kad SAM daro esminę klaidą, kai prognozuoja, jog uždraudus teisėtas priemokas už brangesnes sveikatos priežiūros paslaugas, visi pacientai gaus tokias brangesnes paslaugas nemokamai. Deja, paprasta logika aiškiai parodo, kad tokiu atveju visi apdraustieji gaus tik bazinės sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros įstaigos neteks papildomų lėšų, o brangesnėmis sveikatos priežiūros paslaugomis galės naudotis (apmokant visą jų kainą) tik labiausiai pasiturintys Lietuvos gyventojai.**

Įstatymų projektuose numatyti pakeitimai reikšmingai padidins finansinę naštą pacientams, kurie, nors ir moka Privalomojo sveikatos draudimo įmokas, neteks galimybės pasinaudoti mišraus asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modeliu. Tokie pakeitimai nepagrįstai ribos pacientų teisę rinktis ir jų prieigą prie aukštesnės kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugų.

Apmaudu, tačiau labiausiai siūlomi pakeitimai paveiks mažesnes pajamas gaunančius asmenis, kurių galimybės naudotis geresnėmis, pažangesnėmis paslaugomis reikšmingai sumažės – tokie pacientai, norėdami pasinaudoti geresnės kokybės (brangesnėmis) sveikatos priežiūros paslaugomis nebegalės pasinaudoti PSDF kompensacija, kad padengtų dalį pažangesnių paslaugų kainos ir neišgalės sumokėti visą tokių paslaugų kainą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – **ASPI**) nebegalint siūlyti papildomų ar pažangesnių paslaugų pacientams sumokant skirtumą tarp faktinės pažangesnės paslaugos kainos ir PSDF kompensacijos dydžio, pacientų galimybės pasirinkti gydymą ir priimti sprendimą dėl to kokios apimties ir kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis pasinaudoti bus apribotos – pacientai galės rinktis tik arba gauti standartizuotas ir aiškiai nustatytos apimties PSDF kompensuojamas paslaugas, arba netekti teisės į PSDF kompensaciją pasirenkant kitokios, nei bazinė, apimties ar kokybės paslaugas.

## **2. NETINKAMAS ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ RENGIMO PROCESAS**

DIGA atkreipia visų rašto adresatų dėmesį, kad Įstatymų projektuose numatoma iš esmės pakeisti šiuo metu galiojantį sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo teisinį reglamentavimą, kuris galioja ir taikomas jau labai reikšmingai ilgą laiką (faktiškai nuo 1998 metų). Prie galiojančių esminių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo principų prisitaikę ir savo veiklą atsižvelgiant į galiojantį reglamentavimą planuoja ir viešosios, ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos.

Pažymėtina ir tai, kad pati valstybė iki šiol aiškiai rodė, kad numatyti esminiai principai sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo srityje nebus keičiami. Atvirkščiai, šiuo metu galiojanti tvarka pastoviai buvo tobulinama ir tikslinama.

DIGA atkreipia dėmesį, kad SPIĮ projektu siekiama pakeisti (panaikinti dalį nuostatų) 2024 m. birželio 25 d. priimto ir dar net neįsigaliojusio Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo. Taigi, Įstatymų projektais

valstybė iš esmės keičia teisinį sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo reglamentavimą ir iš esmės keičia šio sektoriaus subjektų teisinę padėtį.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo (toliau – **TPĮ**) 15 straipsnio 1 dalimi, **rengiant teisės akto, kuriuo nustatomas naujas ar iš esmės keičiamas esamas teisinis reguliavimas, projektą, privalo būti atliekamas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas. Šio vertinimo išsamumas turi būti proporcingas galimoms numatomo teisinio reguliavimo pasekmėms.**

Taigi, teisės akto pakeitimo poveikio vertinimas – būtina procedūra rengiant teisės akto, kuriuo iš esmės keičiamas esamas teisinis reguliavimas, projektą. Atliekant numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą, nustatomas galimas teigiamas ir neigiamas poveikis to teisinio reguliavimo sričiai, asmenims ar jų grupėms, kuriems bus taikomas numatomas teisinis reguliavimas. Atsižvelgiant į teisės akte numatomo naujo teisinio reguliavimo pobūdį, mastą, turi būti įvertinamas poveikis ekonomikai, konkurencijai, valstybės finansams, socialinei aplinkai, viešajam administravimui, teisinei sistemai, korupcijos mastui, administracinei naštai, regionų plėtrai, reglamentuojamoms profesijoms ir kitoms sritims<sup>1</sup>.

Pažymėtina, kad rengiant teisės akto projektą turi būti atliktas ne formalus (apsimestinis), o realus poveikio vertinimas. Be to, rengiant poveikio vertinimą, atsakingos institucijos bei organizacijos teikia savo pastabas ir pasiūlymus dėl parengto ir išvadoms gauti pateikto projekto, atlikto poveikio vertinimo ir jo rezultatų (dėl duomenų teisingumo, atliktų skaičiavimų ir jų korektiškumo, išvadų pagrįstumo ir kita). Atsakingų institucijų prašymu projekto rengėjai turi pateikti papildomą informaciją, kuri galėtų pagrįsti atlikto poveikio vertinimo rezultatus<sup>2</sup>.

Vertinant siūlomo teisės akto pakeitimo efektyvumą, visų pirma būtina nustatyti ir apibrėžti tokio pakeitimo poreikį. **Akivaizdu, jog, neidentifikavus teisinio reguliavimo keitimo poreikio, nenustačius, kokias problemas spręsti ar kokius trūkumus taisyti siekiama nauju ar pakeistu reguliavimu, nėra įmanoma įvertinti, ar toks reguliavimas yra tikslingas, proporcingas, efektyvus ir aiškus.**

KT praktikoje įtvirtintas principas, jog **apribojimai turi būti proporcingi** siekiamam teisėtam ir demokratinėje visuomenėje **būtinam, visuomeniškai reikšmingam tikslui**. Tai reiškia, jog asmenų teisių ir laisvių suvaržymas turi būti **būtinas** ir **neišvengiamas**. Ši sąlyga būtų pažeista, jei būtų nustatyta, kad iškeltam tikslui pasiekti buvo galima pasirinkti panašią, bet mažiau asmens teises ir laisves apsunkinančią priemonę; taip pat priemonė turi būti adekvati, tolygi bei atitikti siekiamą tikslą (būti jam proporcinga), t. y. priemonė neturi sukelti žalos ir būti neproporcinga siekiamam tikslui.

TPĮ įtvirtinti tokie teisėkūros principai:

- (i) **tikslingumas** (teisės akto projektas turi būti rengiamas ir teisės aktas priimamas tik tuo atveju, kai siekiamų tikslų negalima pasiekti kitomis priemonėmis);
- (ii) **proporcingumas** (pasirinktos teisinio reguliavimo priemonės turi sudaryti kuo mažesnę administracinę ir kitokią naštą, nevaržyti teisinių santykių subjektų daugiau, negu to reikia teisinio reguliavimo tikslams pasiekti) ir
- (iii) **aiškumas** (rengiant teisės akto projektą turi būti įvertinamos visos galimos teisinio reguliavimo alternatyvos ir pasirenkama geriausia iš jų, teisės akte turi būti įtvirtinamos veiksmingiausiai ir ekonomiškiausiai teisinio reguliavimo tikslą leisiančios pasiekti priemonės, turi būti skelbiami ir įvertinami dėl teisinio reguliavimo gauti pasiūlymai, o teisėkūros veiksmai atliekami per protingus terminus)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> TPĮ 15 straipsnio 2 dalis.

<sup>2</sup> Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimu Nr. 276, 37 punktą

<sup>3</sup> TPĮ 3 straipsnis.

Atsižvelgiant į galiojantį teisinį reglamentavimą, darytina išvada, kad nagrinėjamu atveju būtina nuodugniai įvertinti žemiau nurodytas siūlomų pakeitimų galimas pasekmes:

1. Poveikis **sveikatos sistemai** – kaip pasikeis paslaugų prieinamumas, jų suteikimo terminai ir sąlygos.
2. Poveikis **konkurencijai** – kaip bus paveikiama konkurencija sveikatos paslaugų sektoriuje (Nors Konkurencijos tarybos vertinimu, nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, finansuojamos iš PSDF, yra neūkinė veikla, kuriai netaikomi Konkurencijos įstatymo reikalavimai, tačiau būtina atlikti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų srities konkurencijos vertinimą).
3. Poveikis **regionų plėtrai** – kaip pakeitimų įgyvendinimas paveiks regionų plėtrą ir koreliuos su Nacionaliniu pažangos planu?
4. Poveikis **korupcijos mastui** – ar numatomi pokyčiai neskatins korupcijos masto didėjimo ir neteisėtų mokėjimų už brangesnes sveikatos priežiūros paslaugas?
5. Poveikis **paslaugų kokybei** – ar numatomų pokyčių įgyvendinimas nelems teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų masto (ypač regionuose) mažėjimą, ilgesnes eiles pas gydytojus specialistus bei prastesnę sveikatos priežiūros paslaugų bendrą kokybę?
6. Poveikis **teisinei sistemai** – kaip siūlomos (numatomos) reformos teisinis reguliavimas įsiinkorporuos į esamą Lietuvos Respublikos teisinę sistemą?

Siūlomas reguliavimas, kuriuo būtų panaikinta galimybė pacientui primokėti už tam tikras papildomas ar aukštesnės kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugas išlaikant teisę į PSDF kompensaciją, yra reikšmingas tiek savo mastu, tiek poveikiu pacientų teisėms. Šis reguliavimas iš esmės keičia nuo 1998 m. gruodžio 23 d. galiojusią tvarką, pagal kurią pacientui buvo sudaroma galimybė prisidėti savo lėšomis prie paslaugos kainos nepanaikinant valstybės draudiminio įsipareigojimo. Toks keitimas nebuvo nei pagrįstas esamos padėties analize, nei įvertintas pagal TPĮ įtvirtintus teisėkūros principus ir vertinimo procedūras.

### 3. ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ NEATITIKIMAS KONSTITUCIJAI

KT dar 2013 m. gegužės 16 d. nutarime konstatavo, jog:

- (i) sveikatos priežiūros, kaip ūkinės veiklos srities, specifiką lemia ir tai, kad daugelis sveikatos priežiūros paslaugų yra finansuojama iš viešųjų lėšų, kurios gali būti sukaupiamos ir įstatymų leidėjui pasirinkus privalomąjį sveikatos draudimą;
- (ii) valstybė, turinti pareigą sukurti visuomenės solidarumu pagrįstą sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistemą, pagal Konstituciją, *inter alia* konstitucinį atsakingo valdymo principą, privalo pasirūpinti ir tuo, kad šios lėšos būtų naudojamos atsakingai ir racionaliai;
- (iii) **atsižvelgiant į tai, kad dėl didėjančių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, vis aukštesnių jų kokybės standartų, sudėtingesnių ir brangesnių sveikatos priežiūros technologijų šių paslaugų teikimo išlaidos nuolat auga, o joms apmokėti skirtos viešosios lėšos yra ribotos, įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti ir lėšas sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstyti taip, kad, nepaneigiant valstybės priedermės remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkinės pastangas ir iniciatyvą, sąžiningos sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijos, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, būtų užtikrinta aukšta šiomis lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir pakankamas prieinamumas, t. y. tinkamas pasiskirstymas, taip pat nuolatinis reikiamo valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo veikimas.**

KT minėtame nutarime taip pat pažymėjo, kad įstatymų leidėjas turi aiškiai apibrėžti privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį; tai gali būti padaryta nurodant paslaugas, teikiamas apdraustiesiems šio draudimo lėšomis, arba, priešingai, tas, kurių teikimo išlaidos nėra apmokamos iš draudimo lėšų ir už kurias turi būti sumokama iš privačių šaltinių, o jeigu tiksliai nurodyti neįmanoma, turi būti nustatyti pakankamai aiškūs kriterijai, pagal kuriuos būtų galima spręsti konkrečiu atveju.

KT aiškiai pasisakė, jog tai, kad įstatymų leidėjas, turintis pareigą numatyti visuomenės solidarumu grindžiamą būdą sukaupiti reikiamas viešąsias lėšas pakankamam sveikatos priežiūros paslaugų, kurių neapima piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, prieinamumui užtikrinti, yra pasirinkęs privalomąjį sveikatos draudimą, **nepaneigia galimybės numatyti ir kitas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo formas; kiekvienas asmuo turi rūpintis savo sveikata, pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, taigi *inter alia* gali savanoriškai papildomai drausti savo sveikatą, apmokėti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (jų dalį), teikiamas tiek valstybinėse, tiek kitose sveikatos priežiūros įstaigose.**

KT nuomone, įstatymu turi būti aiškiai apibrėžta privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, nurodyti aiškūs kriterijai, pagal kuriuos būtų nustatoma, kokios sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš šio draudimo lėšų. Pagal Konstituciją įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti, kad **už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas** (išskyrus nemokamą medicinos pagalbą piliečiams, finansuojamą valstybės biudžeto lėšomis) **atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių**, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais ir kt.

Be to, KT aiškiai nurodė, kad įstatymu gali būti nustatyta ir tokia sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tvarka (būdas), kai **tam tikrais atvejais paciento pasirinkimu (pageidavimu) tam tikra sveikatos priežiūros paslaugos, finansuojamos privalomojo sveikatos draudimo lėšomis, dalis galėtų būti apmokama iš privačių finansavimo šaltinių**, tačiau tokiu teisiniu reguliavimu negali būti paneigtas iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies kylantis reikalavimas užtikrinti pakankamą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tuo atveju, kai asmuo nepageidauja prisidėti prie jam teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos apmokėjimo.

Taigi, **KT dar 2013 metais įvertino šiuo metu galiojantį sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo įstatyminį reglamentavimą ir aiškiai patvirtino, kad įstatymuose gali būti numatyta paciento galimybė jo pageidavimu gauti brangesnę paslaugą, kuri dalinai būtų apmokama PSDF lėšomis, o dalinai iš privačių šaltinių.**

2024 m. vasario 26 d. sprendimu KT išaiškino, kad Konstitucijoje yra įtvirtinta gyvybiškai būtinos (reikalingos žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti ir netapatintinos su medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti) nemokamos, t. y. finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis, medicinos pagalbos piliečiams garantija; **didesnę, negu implikuoja ši konstitucinė garantija, nemokamos medicinos pagalbos piliečiams apimtį įstatymų leidėjas gali nustatyti tik jeigu tai atitinka valstybės finansines galimybes, t. y. jeigu valstybės biudžetui neužkraunama šių galimybių neatitinkanti našta, dėl kurios valstybė negalėtų įgyvendinti kitų savo funkcijų arba jai taptų daug sunkiau jas vykdyti.**

Pažymėtina, kad Įstatymų projektuose įtvirtinami pakeitimai, kuriais ribojama pacientų pasirinkimo teisė, o sveikatos priežiūros įstaigoms užkraunamą esamo finansavimo (kurio nesiūloma peržiūrėti ir keisti) neatitinkanti našta, prieštarautų Konstitucijai.



**Teisinis draudimas pacientams įsigyti papildomas ar brangiau kainuojančias sveikatos priežiūros paslaugas, medžiagas, procedūras – ypač atsižvelgiant į faktą jog dažnai šios papildomos ar brangiau kainuojančios paslaugos ir medžiagos reikalingos pažangesnių (aukštesnės kokybės) paslaugų teikimui - būtų nepagrįstas ribojimas, niekaip neprisidedantis prie tautos gerovės ir prieštaraujantis vartotojo interesams bei ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos principams.**

Paciento teisė pasirinkti jo poreikius ir lūkesčius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas yra pamatinis paciento autonomijos principo elementas, užtikrinantis, kad pacientas pats gali priimti sprendimus dėl savo sveikatos, remdamasis pakankama ir aiškia informacija. Tokia teisė ne tik įgalina pacientą būti aktyviu gydymo proceso dalyviu, bet ir užtikrina, kad sprendimai būtų pagrįsti individualiais poreikiais, o ne vien standartizuotu viešuoju paslaugų paketu.

Tuo pačiu paciento galimybė pasirinkti geresnes ar papildomas paslaugas, skatina ASPĮ gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir diegti inovacijas. Ribojant tokią pasirinkimo teisę, būtų apribota tiek paciento autonomija, tiek sveikatos priežiūros sistemos gebėjimas reaguoti į medicinos mokslo progresą.

Pažymėtina, kad paciento sprendimo laisvė prisidėti prie sveikatos priežiūros finansavimo atitinka Lietuvos Respublikos konstitucinę doktriną. Kaip jau minėta, KT yra išaiškinęs, kad valstybės pareiga užtikrinti medicinos pagalbą nėra absoliuti ir turi būti derinama su galimybe taikyti įvairius finansavimo šaltinius – įskaitant savanorišką sveikatos draudimą ir tiesioginius paciento mokėjimus.

**Todėl paciento teisė pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugą pagal savo poreikius, taip pat galimybė prisidėti prie tokios individualizuotos paslaugos finansavimo, ne tik užtikrina Konstitucijoje įtvirtintų teisių ir pareigų įgyvendinimą, bet ir prisideda prie tvarios, pažangios ir kokybiškos asmens sveikatos priežiūros sistemos kūrimo. O šio modelio panaikinimas nepagrįstai ribotų pacientų teises ir prieštarautų esminiems konstituciniams principams.**

#### **4. REALIOS ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ PRIĖMIMO PASEKMĖS**

Nors Įstatymų projektų rengėjai nurodo, kad siekia pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir didinti skaidumą sveikatos sistemoje, tačiau šiame rašte pateikta analizė ir argumentai aiškiai parodo, kad priėmus įstatymo projektus bus sulaukta priešingų pasekmių, o būtent:

- 1. Būtų iš esmės apribota paciento teisė pasirinkti jam geriausiai tinkančias sveikatos priežiūros paslaugas;**
- 2. Iš esmės pablogėtų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir padidėtų socialinė atskirtis, nes pacientai turės galimybę gauti tik bazines paslaugas, tačiau mažesnes pajamas ir santaupas turintys pacientai neturės galimybių pasinaudoti pažangesnėmis ir brangesnėmis paslaugomis;**
- 3. Išaugtų finansinė našta pacientams, kurie prarastų galimybę iš dalies prisidėti ir turėtų patys apmokėti visą gydymą;**
- 4. Sumažėtų sveikatos sistemos finansavimas, nes nebebus galimybės dalį brangesnių paslaugų apmokėti iš privačių šaltinių;**

## 5. Padidėtų korupcinių apraiškų sveikatos sistemoje rizika, nes kiltų pagunda aukštesnės kokybės paslaugas gauti neteisėtai ir neoficialiai, panaudojant slaptus mokėjimus.

Pažymėtina, kad pateikdama Įstatymų projektus SAM rėmėsi neteisinga prielaida, kad panaikinus galimybę primokėti už brangesnę paslaugą visi pacientai gaus būtent tą brangesnę paslaugą ir nemokamai. **Akivaizdu, kad tokia prielaida yra neteisinga ir priėmus įstatymo pakeitimus nemokamai pacientams bus teikiamos tik bazinės paslaugos.**

Taip pat akivaizdu, jog SAM bando klaidinti, teigdama, jog pacientams už priemokas šiuo metu teikiamos de facto tokios pačios paslaugos, kaip ir be priemokos. Net jei pavienės ASPĮ bando apgauti patiklius pacientus, tai tokia problema turi būti sprendžiama įstatymų taikymo, o ne įstatymų leidimo lygmenyje.

Lietuvos Respublikoje PSDF dydis yra ribotas ir pati SAM aiškiai pripažįsta, kad neturi finansinių galimybių pilnai apmokėti už visas faktiškai suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas (valstybinė ligonių kasa (toliau – **VLK**) įsipareigoja pilnai apmokėti tik už paslaugas, kurių vertė neviršija sutartyje su VLK nurodytą sumą). Tuo labiau valstybė neturi galimybės finansuoti visų pažangiausių paslaugų suteikimą iš karto po tokių paslaugų atsiradimo Lietuvoje. Tokioje situacijoje negalima tikėtis, kad uždraudus pacientų mokėjimus už brangesnes paslaugas, visiems Lietuvos pacientams bus greičiau teikiamos geriausios kokybės ir šiuolaikiškiausios sveikatos priežiūros paslaugos.

Atkreiptinas dėmesys, kad Įstatymų projektai neatitinka Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimu Nr. XV-54 (toliau – **Programa**), 219 punkto, kuriame numatytas tikslas formuoti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, grindžiamą lygiateisiškumo, prieinamumo laiku bei kokybės principais.

Įvertinus aplinkybę, kad dabartinė sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka galioja nuo 1998 metų, itin keistai atrodo Įstatymų projektų aiškinamajame rašte nurodytas SAM argumentas, kad apmokėjimo už brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras tvarkų neįmanoma parengti ir dėl to, kad, nėra „vieno gydymo standarto“ kaip atspirties taško, kurio pagrindu būtų galima nustatyti, ką reikėtų laikyti „brangiau kainuojančia paslauga“. **Toks argumentas gali patvirtinti tik atsakingų SAM pareigūnų nekompetenciją ir ilgalaikį savo pareigų nevykdymą.**

Nesuprantamas ir SAM nurodomas „etinis“ argumentas – „*medicinos technologijų rūšiavimas į „standartines“ (prastesnės kokybės) ir „brangiau kainuojančias“ (šiuolaikines, efektyvesnes, pažangesnes ir pan.), kurios gaunamos tik pacientui papildomai sumokėjus, neišvengiamai sukelia neteisingumo ir diskriminavimo jausmą, nes konkrečiam pacientui teikiamas paslaugas įtakoja tai, ar jis finansiškai pajėgus primokėti už paslaugas, kurių gavimą jam laiduoja valstybė*“. Įstatymų projektuose ir prie jų pridėtuose dokumentuose nepaaiškinama kodėl SAM siekia išvengti „neteisingumo ir diskriminavimo jausmo“ faktiškai uždraudžiant Lietuvos pacientams gauti šiuolaikines, efektyvesnes ir pažangesnes sveikatos priežiūros paslaugas ir įpareigojant absoliučiai visiems pacientams teikti tik bazines paslaugas.

Nesuprantama ir kaip SAM tikisi sumažinti Lietuvos namų ūkiams tenkančią sveikatos išlaidų naštą, juk priėmus Įstatymų projektus dalis pacientų bus priversti mokėti visą pilną kainą už jiems labiausiai tinkančią sveikatos priežiūros paslaugą (nes PSDF lėšos jau negalės bent iš dalies būti panaudotos tokios paslaugos apmokėjimui).

Apibendrinant, galima daryti aiškią išvadą, kad Įstatymų projektų priėmimas neleis pasiekti SAM iškeltų tikslų, o sąlygos itin neigiamas pasekmes sveikatos sistemai bei pacientų sveikatai.

## **5. PRAŠYMAI**

Apibendrindama šiame rašte išdėstytus argumentus ir vadovaudamasi šiame rašte minimų ir cituojamų teisės aktų reikalavimais, DIGA prašo:

- 1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos:**
  - 1.1. Atlikti išplėstinį Įstatymų projektų poreikio ir poveikio vertinimą;**
  - 1.2. Dar kartą apsvarstyti Įstatymų projektų tikslingumą bei galimybę iš esmės nekeisti dabartinio sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo reglamentavimo.**
- 2. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto:**
  - 2.1. Įvertinti, ar Įstatymų projektai neprieštarauja konstituciniams pacientų pasirinkimo, apsisprendimo ir socialinio teisingumo principams, bei svarstant Įstatymų projektus komitete inicijuoti ekspertinę diskusiją su sveikatos priežiūros įstaigų, specialistų bei pacientų organizacijomis, teisininkais ir sveikatos politikos ekspertais dėl siūlomų pakeitimų proporcingumo ir pagrįstumo;**
  - 2.2. Vykdyti sveikatos paslaugų apmokėjimo teisinio reglamentavimo pakeitimų rengimo procesų parlamentinę kontrolę.**
- 3. Lietuvos Respublikos Vyriausybės:**
  - 3.1. Užtikrinti, kad Projekto teikimas būtų pagrįstas teisėkūros principais, įskaitant teisėkūros aiškumo, tikslingumo, proporcingumo ir teisėtų lūkesčių apsaugos principus, ir įpareigoti Sveikatos apsaugos ministeriją inicijuoti detalią alternatyvų analizę ir poveikio vertinimą;**
  - 3.2. Įvertinti, ar Įstatymų projektuose siūlomi pakeitimai neprieštarauja Programoje numatytam tikslui formuoti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, grindžiamą lygiateisiškumu, prieinamumu laiku bei kokybės principais.**
- 4. Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos:**
  - 4.1. Užtikrinti, kad Įstatymų projektų rengimo procedūros būtų atliktos griežtai laikantis galiojančių TPĮ nuostatų;**
  - 4.2. Pateikti ekspertinę išvadą dėl Įstatymų projektuose Projektu numatomų pacientų teisių ribojimų proporcingumo ir atitikties tarptautinių bei nacionalinių teisės aktų nuostatomis bei jose įtvirtintiems principams ir Lietuvos Respublikos konstitucinei doktrinai.**
- 5. Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaigos - priimti visą pateiktą informaciją žiniai ir vykdyti situacijos stebėseną dėl galimo SAM pareigūnų piktnaudžiavimo ar biurokratizmo rengiant Įstatymų projektus ir organizuojant įstatymų projektų derinimą.**

DIGA tikisi, kad šiame rašte pateiktos pastabos, vertinimai ir pasiūlymai bus naudingi. Viliamės, kad į juos bus atsižvelgta ir bus pateikti visų šio rašto adresatų atsakymai į iškeltus klausimus bei pateiktus prašymus.

Pagarbiai

DIGA prezidentė  
Daiva Kazlauskienė



## LIETUVOS RESPUBLIKOS ODONTOLOGŲ RŪMAI

Palangos g. 2-7, LT-01117 Vilnius. Tel. +370 652 01253. El. p. [info@odontologurumai.lt](mailto:info@odontologurumai.lt). [www.odontologurumai.lt](http://www.odontologurumai.lt).  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre. Kodas 300038139

*Teikiama el. paštu.  
Pasirašyta saugiu el. parašu.*

**Lietuvos Respublikos sveikatos**

**apsaugos ministerijai**

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

[kazys.rusinskas@sam.lt](mailto:kazys.rusinskas@sam.lt)

2025-04-11 Nr. 25/01-32

I 2025-03-26 Nr. 10-105

### DĖL TEISĖS AKTŲ PROJEKTŲ DERINIMO

Lietuvos Respublikos Odontologų rūmai (toliau – Rūmai), išnagrinėję Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos parengtą Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektus, teikia pastabą *dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo*. Siūlome keisti šio įstatymo 1 straipsnio 1 dalies formuluotę: „išskyrus, kai šios paslaugos teikiamos vaikams ir asmenims, besimokantiems dieninėse bendrojo lavinimo mokyklose, **profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, kol jiems sukanka 24 metai**, ir socialiai remtiniems asmenims, kai jie pateikia atitinkamą savivaldybės, kurios teritorijoje gyvena, socialinės paramos skyriaus pažymą.“. Ši nuostata turėtų būti taikoma tik asmenims, besimokantiems profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, kai jie kartu su profesiniu įgyja ir vidurinį išsilavinimą iki 19 metų. Šiuo metu dažnas atvejis, kai profesinėse mokyklose mokosi jau įgiję aukštąjį universitetinį ar neuniversitetinį išsilavinimą, o jiems nėra tikslinga taikyti išimtį.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Pagarbiai,

Tarybos pirmininkė

prof. dr. Vilma Brukienė



## LIETUVOS RESPUBLIKOS KONKURENCIJOS TARYBA

Biudžetinė įstaiga, Jogailos g. 14, LT-01116 Vilnius, tel. (8 5) 262 7797, faks. (8 5) 212 6492, el. p. [taryba@kt.gov.lt](mailto:taryba@kt.gov.lt)  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188668192

---

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai Į 2025-03-26 raštą Nr. 10-1052  
El. p.: [kazys.rusinskas@sam.lt](mailto:kazys.rusinskas@sam.lt),  
[Evelina.Galciute@vlk.lt](mailto:Evelina.Galciute@vlk.lt), [Arturas.Remeikis@vlk.lt](mailto:Arturas.Remeikis@vlk.lt)

### DĖL TEISĖS AKTŲ PROJEKTŲ DERINIMO

- (1) Dėkojame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai už Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybai pateiktus derinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektus (toliau kartu – **Įstatymų projektai**) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“ projektą.
- (2) Lydimuosiuose dokumentuose nurodoma, kad Įstatymų projektų tikslai ir uždaviniai – siekis įgyvendinti konstitucinį principą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymu turi būti nustatyta piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka.
- (3) Įstatymų projektais siūloma įtvirtinti nuostatą, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama jokio papildomo mokesčio, bei pripažinti netekusiu galios galiojantį reglamentavimą, numatantį galimybę už priemokas teikti papildomas paslaugas, susijusias su valstybės laiduojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.
- (4) Tokiu sprendimu, Konkurencijos tarybos ekspertų supratimu, Sveikatos apsaugos ministerija iš esmės siekia nustatyti reglamentavimą, dėl kurio tam tikros paslaugos, už kurias pacientai dalinai moka iš savo lėšų, būtų teikiamos jas finansuojant tik iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Pastarosios paslaugos nelaikytinos ūkine veikla Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo prasme.
- (5) Konkurencijos taryba pagal kompetenciją pastabų Įstatymų projektams neturi. Tokių klausimų, kaip paslaugų prieinamumas, paciento teisė rinktis, konstituciniai sveikatos apsaugos organizavimo principai ir kt., kurie taip pat gali būti reikšmingi vertinant Įstatymų projektus, vertinimas nepriklauso Konkurencijos tarybos kompetencijai.
- (6) Vis dėlto, šiame rašte pateikiame rekomendaciją dėl keleto aspektų, kuriuos, Konkurencijos tarybos ekspertų nuomone, reikėtų įvertinti svarstant Įstatymų projektų priėmimą.
- (7) Svarstant įvairius su sveikatos priežiūros paslaugų sektoriumi susijusius klausimus, privačios sveikatos priežiūros įstaigos yra išreiškusios pozicijas, kad numatytos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensuojamų paslaugų kompensacijų sumos yra nepakankamos, ir jas nustatant nėra atsižvelgiama į tai, kad viešosios sveikatos priežiūros įstaigos, teikdamos paslaugas, naudojasi valstybės ar savivaldybių suteiktais resursais (pastatais, perduota įranga ar kt.), o privačios įstaigos visas patiriamas išlaidas dengia pačios. Konkurencijos taryba nėra atlikusi analizės dėl šių

argumentų faktinio pagrįstumo, tačiau manome, kad sprendimų priėmėjams sprendžiant dėl reglamentavimo pakeitimų reikalinga įvertinti nurodytus aspektus. Tokią rekomendaciją Konkurencijos taryba teikia siekdama padėti sprendimų priėmėjams įvertinti, ar neegzistuoja rizika, kai dėl nepakankamo finansavimo gali sumažėti pacientams teikiamų paslaugų apimtis ir mažėti paslaugų prieinamumas.

(8) Įstatymų projektų aiškinamajame rašte nurodoma, kad *apmokėjimo už brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras tvarkų neįmanoma parengti ir dėl to, kad, nėra „vieno gydymo standarto“ kaip atspirties taško, kurio pagrindu būtų galima nustatyti, ką reikėtų laikyti „brangiau kainuojančia paslauga“*. Manome, kad sprendimų priėmėjai turėtų įvertinti, ar pacientams, sumokant papildomai, negalėtų būti sudaryta galimybė pasirinkti bent dalies aiškiai įvardintų konkrečių papildomų paslaugų ar brangiau kainuojančių priemonių, kurių kainos iš anksto būtų numatytos ir žinomos. Tokia galimybė leistų pacientams suteikti platesnį pasirinkimą.

(9) Tikimės, kad šiame rašte pateikta informacija Jums bus naudinga. Jeigu Jums kiltų klausimų dėl šiame rašte pateiktos pozicijos, maloniai prašome kreiptis į mūsų instituciją.

Pirmininko pavaduotoja, pavaduojanti pirmininką

Irma Urmonaitė



Teikiama el. paštu.  
Originalas siunčiamas nebus.

**Lietuvos Respublikos sveikatos  
apsaugos ministerijai**  
[ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt)

**Lietuvos Respublikos Seimo  
Sveikatos reikalų komitetui**  
[sveikrkt@lrs.lt](mailto:sveikrkt@lrs.lt)

**Lietuvos Respublikos Vyriausybei**  
[lrvkanceliarija@lr.lt](mailto:lrvkanceliarija@lr.lt)

**Lietuvos Respublikos Prezidento  
kanceliarijai**  
[kanceliarija@prezidentas.lt](mailto:kanceliarija@prezidentas.lt)

**Lietuvos Respublikos socialinės  
apsaugos ir darbo ministerijai**  
[post@socmin.lt](mailto:post@socmin.lt)

**Lietuvos Respublikos finansų  
ministerijai**  
[finmin@finmin.lt](mailto:finmin@finmin.lt)

**Lietuvos Respublikos teisingumo  
ministerijai**  
[rastine@tm.lt](mailto:rastine@tm.lt)

**DĖL NUMATOMŲ (SIŪLOMŲ) PAKEITIMŲ  
SUSIJUSIŲ SU PACIENTŲ PRIEMOKŲ MOKĖJIMU IR PAPILDOMŲ PASLAUGŲ  
TEIKIMU KOMPENSUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS IŠ PSDF  
LĖŠŲ**

2025-04-11  
Vilnius

Mes, žemiau pasirašiusios pacientų teises ginančios organizacijos (toliau – **Organizacijos**), krepiamės į gerbiasias valstybės institucijas atkreipdamos dėmesį į šiuo metu planuojamą tvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. i-552 (toliau – **SSI**) 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymą (toliau – **Projektas**<sup>1</sup>), kuriuo, neturint aiškaus ir pateisinamo pagrindo, ketinama apriboti pacientų teisę rinktis įsigyti papildomas ar pacientų individualius poreikius labiau atitinkančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – **ASPP**).

Atsižvelgdamos į:

- i) Lietuvos Respublikos Konstitucijos (toliau – **Konstitucija**) 53 straipsnį, kuriame valstybei nustatyta pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, ir 46 straipsniu, pagal kurį valstybei nustatyta pareiga remti visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą;
- ii) Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – **Vyriausybė**) programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d.

<sup>1</sup> Interaktyvus priėjimas - [Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. i-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymas](#)

nutarimu Nr. XV-54 (toliau – **Programa**), 219 punktą, kuriame numatytas tikslas formuoti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, grindžiamą lygiateisiškumo, prieinamumo laiku bei kokybės principais,

- iii) Europos pacientų teisių Chartijos 2 ir 5 straipsnių nuostatas, pagal kurias kiekvienas asmuo turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių reikia jo sveikatos poreikiams tenkinti, sveikatos priežiūros paslaugos turi būti vienodai prieinamos visiems, nediskriminuojant pagal finansinius išteklius, gyvenamąją vietą, ligos rūšį ar paslaugų gavimo laiką ir kiekvienas asmuo turi teisę laisvai rinktis iš įvairių gydymo procedūrų ir paslaugų teikėjų, remdamasis tinkama informacija,

Organizacijos išreiškia savo susirūpinimą dėl Projekto keliamų pasekmių bei jo prieštaravimo tiek Konstitucijai, tiek Programai, tiek kitų Lietuvos Respublikos bei tarptautinių teisės aktų nuostatomis.

Išsamūs ir nuoseklūs Organizacijų argumentai ir motyvai pateikiami kitose šio rašto dalyse.

## I. FAKTINĖS APLINKYBĖS

Organizacijos atkreipia dėmesį, kad Projekte nurodytas SSĮ 49 straipsnio 5 dalis yra beveik nepakitusi nuo 1998 m. gruodžio 1 d.<sup>2</sup> ir iš esmės yra laikytina viena iš pamatinių nuostatų, apibrėžiančių pacientų laisvo ASPP pasirinkimo teisę. Šiuo metu numatytais 11 straipsnio 1 dalies 5 punkto bei 49 straipsnio 5 dalies pakeitimais siekiama užtikrinti, kad pacientai, gaudami Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – **PSDF**) lėšomis kompensuojamas ASPP, negalėtų mokėti papildomų priemonių už tas paslaugas, jei pasirenkamos brangiau kainuojančios paslaugos, medžiagos, procedūros. Tai reiškia, jog Projektu ketinama pašalinti galimybę pacientams savo lėšomis (priemokomis) prisidėti prie jau kompensuojamų paslaugų ir tokiu būdu gauti didesnės apimties bei vertės paslaugas.

Pacientų priemokos objektai gali apimti:

- i) **pažangius diagnostinius tyrimus ar šiuolaikiškesnes bei efektyvesnes gydymo procedūras**, kurios nėra įtrauktos į PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų sąrašą, tačiau pacientas pageidauja jas gauti siekdamas išsamesnio ištyrimo ar gydymo;
- ii) **brangesnius implantus, protezus ar kitas medicinos priemones**, kurios yra aukštesnės kokybės ar turi papildomų funkcijų, nei standartinės PSDF kompensuojamos priemonės;
- iii) **komforto paslaugas** – vienvietės palatos ligoninėje ar vienviečio kambario ambulatorinės medicininės rehabilitacijos įstaigoje pasirinkimą;

---

<sup>2</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1998 m. gruodžio 1 d. redakcija, Nr. VIII-946, 49 str. 5 d.: „Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.“

- iv) **paslaugų prieinamumo pagerinimą** – greitesnio priėmimo laiko pasirinkimą sumokant už papildomą priėmimą ne gydytojo darbo metu.

Deklaruojama, jog priimant Projektą tikimasi užtikrinti vienodą ir lygiateisišką prieigą prie ASPP visiems pacientams, nepriklausomai nuo jų finansinių galimybių. Tačiau tai taip pat reikštų, kad pacientai nebetektų galimybės dalinai prisidėti prie papildomų ar geresnės kokybės paslaugų kainos – jie būtų priversti rinktis arba nemokamą, bet ribotos apimties paslaugą, arba visą pažangesnės alternatyvos kainą padengti savo lėšomis.

Tokie pakeitimai reikšmingai padidins finansinę naštą pacientams, kurie, nors ir moka privalomojo sveikatos draudimo (toliau – **PSD**) įmokas, neteks galimybės pasinaudoti mišraus ASPP finansavimo modeliu. Šio modelio atsisakymas nepagrįstai ribos pacientų teisę rinktis ir prieigą prie aukštesnės kokybės ASPP. Labiausiai tai paveiks mažesnes pajamas gaunančius asmenis, kurių galimybės naudotis geresnėmis, pažangesnėmis paslaugomis reikšmingai sumažės – tokie pacientai, norėdami pasinaudoti geresnės kokybės (brangesnėmis) ASPP nebegalės pasinaudoti PSDF kompensacija, kad padengtų dalį pažangesnių paslaugų kainos ir bus priversti mokėti visą šių ASPP kainą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – **ASPI**) nebegalint siūlyti papildomų ar pažangesnių paslaugų pacientams sumokant skirtumą tarp faktinės pažangesnės ASPP kainos ir PSDF kompensacijos dydžio, pacientų galimybės pasirinkti gydymą ir priimti sprendimą dėl to, kokiomis (kokios apimties ir kokybės) ASPP pasinaudoti bus apribotos – pacientai galės rinktis tik arba gauti standartizuotas ir aiškiai nustatytas apimties PSDF kompensuojamas ASPP, arba netekti teisės į PSDF kompensaciją pasirenkant kitokios, nei bazinė, apimties ar kokybės ASPP.

**Apibendrinant, Projekto priėmimas reikšmingai apribotų pacientų galimybes laisvai pasirinkti jiems tinkamiausią ASPP apimtį ar kokybę pagal individualius poreikius ir finansines galimybes, taip sumažinant sveikatos apsaugos sistemos lankstumą ir menkinant pasitikėjimą valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra. Šių pakeitimų patvirtinimu pacientams, siekiantiems geresnių ar papildomų ASPP, būtų paliekamos tik dvi alternatyvos: visas ASPP išlaidas padengti savarankiškai, netenkant teisės į PSDF kompensaciją, arba, norint išsaugoti teisę į kompensaciją, atsisakyti geresnių ar papildomų paslaugų, tokiu būdu sprendimo teisę dėl gydymo procedūros pasirinkimo faktiškai perleidžiant valstybei.**

## **II. DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS APIBRĖŽIMO IR RIBŲ**

Atsižvelgiant į siūlomus SSĮ pakeitimus, kyla pagrįstas poreikis detaliau reglamentuoti ir apibrėžti ASPP finansavimo ribas, kadangi dabartinė 49 straipsnio 5 dalies formuluotė, siekianti sulyginti pacientų galimybes gauti tas pačias ASPP, nepaliečia atvejų, kai pacientui kyla poreikis gauti individualizuotas ASPP bei medicinos priemonės – kitokias, nei nustatyta valstybės kompensuojamų paslaugų apimtyje. Žemiau yra pateikiami keli praktiniai šios problematikos pavyzdžiai.

### **2.1. Kataraktos operacijos**

Pagal šiuo metu galiojantį ASPP apmokėjimo modelį, už akies operaciją ASPI sumokama nustatyta bazinė kaina iš PSDF lėšų. Į šią kainą jau yra įskaičiuotos ir akies lęšiuko įsigijimo sąnaudos, todėl pacientui atskirai mokėti už standartinį, PSDF kompensuojamą lęšiuką nereikia.

Tais atvejais, kai pacientas, pasitaręs su gydytoju, pageidauja, kad būtų implantuotas ne standartinis, o brangesnis lęšiukas (pvz., pasižymintis geresnėmis optinėmis savybėmis – geru matymu tiek į tolį, tiek iš arti, tinkamumą astigmatizmu sergantiems asmenims, aberacijų nebuvimu - ar ilgaamžiškumu), pacientas turi galimybę padengti ne visą naujojo lęšiuko kainą, bet tik kainos skirtumą tarp pasirinkto gaminio ir to, kuris būtų apmokėtas iš PSDF lėšų. Patvirtinus Projekto nuostatas, pacientas būtų priverstas arba pasirinkti finansuojamą standartinį, galimai jo poreikių neatitinkantį lęšiuką, arba be PSDF pagalbos apmokėti visą geresnio ir jo poreikius atitinkančio lęšiuko kainą iš savo lėšų.

## 2.2. Sąnarių endoprotezai

PSD apdraustiems pacientams sąnarių endoprotezus centralizuotai skiria Valstybinė ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **VLK**). VLK vykdo viešuosius pirkimus ir aprūpina gydymo įstaigas įvairių tipų sąnarių endoprotezais: standartiniais kelio ir klubo sąnarių, specialiaisiais klubo, kelio, peties, alkūnės, čiurnos ir riešo nykščio sąnarių, taip pat reviziniais endoprotezais ir jų priedais<sup>3</sup>.

Remiantis Sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 30 d. įsakymu Nr. V-810 (toliau – **Sąnarių aprašas**), 50.1 – 50.2. punktais, apdraustas pacientas, gavęs gydančio gydytojo rekomendaciją, gali savo iniciatyva pasirinkti kitą, nei VLK skirtą, endoprotezą šiais atvejais:

- i) gavęs informaciją apie jam paskirtą kompensuojamąjį endoprotezą ir pageidaujantis įsigyti kitokį;
- ii) pateikęs prašymą skirti kompensuojamąjį endoprotezą skubos tvarka, bet norintis pasirinkti kitą gaminį.

Tokiu atveju pacientas gali pasirinkti alternatyvų endoprotezą iš ASPI siūlomų variantų. Jam nereikia savarankiškai ieškoti tiekėjo ar platintojo – pakanka sumokėti kainų skirtumą tarp VLK kompensuojamo ir pasirinkto endoprotezo<sup>4</sup>. Šis mišraus apmokėjimo modelis sudaro prielaidas lankstesniam gydymui, prisitaikymui prie paciento individualių poreikių ir prisideda prie bendros sveikatos sistemos efektyvumo.

Siūlomų SSĮ nuostatų priėmimas šią galimybę panaikintų. Pacientams būtų kompensuojami tik įprasti, valstybės nupirkti endoprotezai, kurie ne visuomet atitinka specifinius paciento poreikius – pavyzdžiui, poreikį turėti didesnę endoprotezų mobilumą, ilgaamžiškumą ar biomechaninį suderinamumą. Tokiu atveju:

<sup>3</sup> <https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1738315343/12486/APDRAUSTOJO%20TEIS%C4%96%20PASIRINKTI%20KIT%C4%84%20NEI%20SKIRIA%20VLK%20S%C4%84NARIO%20ENDOPROTEZ%C4%84%202025-02-01.pdf>

<sup>4</sup> Sąnarių aprašo 51 p.

- i) pacientas netektų teisės primokėti už jam tinkamesnį protezą;
- ii) visą alternatyvaus protezo kainą tektų dengti savo lėšomis.

Toks reguliavimas iš esmės sumažintų pacientų galimybes rinktis jų individualius poreikius atitinkančius endoprotezus, padidintų finansinę naštą ir apribotų prieigą prie geresnių gydymo sprendimų.

Ypatingą susirūpinimą kelia Projekto poveikis endoprotezo skyrimo eilės trukmei. Dėl ribotų kvotų ir viešųjų pirkimų trukmės pacientai šiuo metu neretai laukia operacijų kelis mėnesius ar net kelis metus<sup>5</sup>. Dabartinis mišraus apmokėjimo modelis leidžia daliai pacientų paspartinti gydymą, pasirinkus alternatyvų endoprotezą ir padengus kainų skirtumą. Tai padeda mažinti bendrą eilę, nes pacientai, galintys prisidėti finansiškai, pasirenka kelią, taip atlaisvindami valstybės finansuojamas vietas kitiems pacientams. Taip pat pacientams, siekiantiems kuo greičiau atgauti mobilumą ir/arba darbingumą, tai suteikia galimybių paspartinti procesą.

Siūlomų SSĮ pataisų įsigaliojimo pasekmės būtų priešingos:

- i) **padidėtų eilė gauti kompensuojamus endoprotezus**, nes visi pacientai būtų priversti laukti VLK skirto protezo;
- ii) **būtų eliminuota galimybė paspartinti gydymą**, o tai didintų pacientų patiriamos kančios trukmę ir komplikacijų riziką;
- iii) **išaugtų finansinė našta pacientams**, kurie prarastų galimybę iš dalies prisidėti ir turėtų patys apmokėti visą gydymą;
- iv) **būtų padidinama socialinė atskirtis**, nes mažesnes pajamas ir santaupas turintys pacientai būtų priversti endoprotezą laukti iki kelių metų – tai reiškia, jog **mažesnius finansinius pajėgumus turintys ir visos endoprotezo kainos savarankiškai negalintys padengti pacientai ilgesnį laikotarpį už didesnius finansinius pajėgumus turinčius pacientus būtų nedarbingi ar mažiau darbingi, ilgesnį laikotarpį būtų mažiau mobilūs** (atsižvelgiant į faktą, kad dažniausiai endoprotezavimo poreikis iškyla brandžiam amžiuje, kai normalaus judrumo ir aktyvumo atstatymas po ilgo riboto judrumo laikotarpio yra daug sunkesnis, nei jaunesnio amžiaus žmonėms).

Be to, ASPI, netekusios galimybės taikyti mišraus finansavimo modelio, dar labiau priklausytų nuo centralizuoto VLK paskirstymo. Tai mažintų ASPI lankstumą planuojant gydymo apimtį bei laiką ir neigiamai atsilieptų pacientų pasirinkimo laisvei.

### 2.3. Dienos chirurgijos paslaugos

Dienos chirurgijos paslauga yra planinė ASPP, reglamentuojama Dienos chirurgijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-668 (toliau – **Dienos chirurgijos aprašas**).

Dienos chirurgijos modelis Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių, yra plačiai taikomas dėl kelių esminių pranašumų: šiuolaikinių technologijų (pvz., laparoskopinių

<sup>5</sup> Šaltinis: [https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1743592724/12786/vlk\\_ataskaita%202025%20balandis.pdf](https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1743592724/12786/vlk_ataskaita%202025%20balandis.pdf)

metodų) dėka ženkliai sutrumpėja paciento gydymo trukmė, sumažėja hospitalinių infekcijų rizika, o pacientas gali greičiau grįžti į jam įprastą socialinę aplinką bei tęsti gydymą namuose<sup>6</sup>.

Pagal Dienos chirurgijos aprašo nuostatas, dienos chirurgijos paslauga turi būti suteikta tą pačią dieną, kai pacientas atvyksta į ASPĮ. Atvykusiam pacientui atliekama diagnostinė ar gydomoji intervencinė procedūra, o vėliau, jei jo būklė stabilizuojasi (atgauna sąmonę, refleksus, gyvybinės funkcijos tampa stabilios), pacientas išleidžiamas iš ASPĮ **tą pačią dieną**<sup>7</sup>.

Dienos chirurgijos aprašo 2.1 punkte nustatytas esminis reikalavimas – paciento išleidimas iš ASPĮ tą pačią dieną – praktikoje ne visada yra lengvai įgyvendinamas. Pavyzdžiui, jei paslauga pacientui suteikiama darbo dienos pabaigoje, apie 17 valandą, jo būklė gali stabilizuotis palaipsniui, tačiau iki 24 valandos dar nebūti visiškai stabili. Tokiu atveju gydytojas gali nerekomenduoti pacientui savarankiškai vykti namo ir nurodyti būtinybę toliau stebėti sveikatos būklės stabilizavimąsi.

Vis dėlto, vadovaujantis galiojančiu teisiniu reguliavimu, ASPĮ privalo pacientą išrašyti tą pačią dieną. Tokiais atvejais pacientas gali būti perkeliamas į kitą ASPĮ, teikiančią stacionarines paslaugas<sup>8</sup>. Jei paciento būklė leidžia jį išrašyti, tačiau jis pats pageidauja likti ilgesniam laikui (pavyzdžiui, nakvynei su gydytojo stebėjimui), ASPĮ gali pasiūlyti mokamą apgyvendinimo paslaugą<sup>9</sup>.

Tačiau įsigaliojus siūlomoms Projekto nuostatomis, susiklostytų situacija, kai pacientas, pasibaigus dienai, kuriai buvo paskirta dienos chirurgijos paslauga, turėtų būti privalomai išrašytas iš ASPĮ, jei jo sveikatos būklė stabili. Pacientui pageidaujant likti gydymo įstaigoje ilgesniam stebėjimui su gydytojo priežiūra per naktį (pavyzdžiui, paciento sveikatos būklei tapus stabilia tik vėlai vakare, pacientui esant vyresnio amžiaus ir sergant keliomis ligomis, pacientui gyvenant regiono vietovėje – toli nuo ASPĮ), iškiltų teisinis neapibrėžtumas. Nebūtų aišku, ar tokia nakvynė galėtų būti laikoma atskira, savarankiška ASPP (pvz., mokama apgyvendinimo ir stebėjimo paslauga), kurios apmokėjimas paciento lėšomis neturėtų įtakos pagrindinės – dienos chirurgijos – paslaugos kompensavimui PSDF lėšomis.

Kita vertus, galima interpretacija, kad dienos chirurgijos paslauga formaliai laikoma nepasibaigusia, kol pacientas neišrašomas iš ASPĮ tą pačią dieną, kaip numatyta teisės aktuose. Tokiu atveju visa suteikta paslauga (įskaitant chirurginę intervenciją) būtų pripažįstama nekompensuotina PSDF lėšomis, o pacientui tektų padengti ne tik nakvynės, bet ir visų suteiktų dienos chirurgijos paslaugų išlaidas savo lėšomis. Taigi susidaro situacija, kai nėra aiškiai apibrėžta, kur baigiasi viena paslauga ir prasideda kita, o šis neapibrėžtumas tiesiogiai lemia paciento teisę į PSDF kompensaciją.

Tokia tvarka ne tik padidintų paciento finansinę naštą, bet ir sukurtų neapibrėžtumo riziką ASPĮ. Gydytojai, siekdami apsisaugoti nuo galimų pasekmių paciento sveikatai, galėtų iškart po procedūros pacientus siųsti į stacionarines ASPĮ, taip dirbtinai

---

<sup>6</sup> <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/gydymo-ir-sveikatos-prieziuros-paslaugos/dienos-chirurgijos-paslaugos/>

<sup>7</sup> Dienos chirurgijos aprašo 2.1. p.

<sup>8</sup> Dienos chirurgijos aprašo 25.2. p.

<sup>9</sup> Dienos chirurgijos aprašo 26 p.

vengdami rizikos. Tai didintų stacionariųjų paslaugų apkrovą, o galimai – ir dokumentų koregavimo ar formalios paslaugų klasifikavimo atvejus.

Be to, toks elgesys galėtų lemti dienos chirurgijos paslaugų rodiklių sumažėjimą, o tai savo ruožtu turėtų įtakos ASPĮ finansavimui iš PSDF lėšų. Pagal galiojančią sistemą, vertinimo rodikliai yra svarbus kriterijus sudarant sutartis ir nustatant paslaugų apimtį bei jų apmokėjimą. Todėl reikšmingas dienos chirurgijos paslaugų mažėjimas gali sukelti ilgalaikių pasekmių ASPĮ veiklos tęstinumui.

#### **2.4. Stacionariųjų ASPP teikimas vaikams**

Vaiko tėvai ar kiti įstatyminiai atstovai, kai vaikui teikiamos PSDF lėšomis kompensuojamos stacionarinės ASPP, neretai pageidauja, kad vaikas būtų gydomas vienvietėje palatoje. Toks pasirinkimas dažnai grindžiamas ne komforto sumetimais, o siekiu būti kartu su vaiku visą parą – ypač kai vaikas yra mažametis arba jo sveikatos būklė reikalauja nuolatinio stebėjimo. Tokiu atveju tėvai ar kiti įstatyminiai atstovai ne tik užtikrina vaiko psichologinę gerovę, bet ir, prireikus, gali nedelsdami iškviešti budintį gydytoją ar slaugos personalą. Dabartinė praktika leidžia tėvams pasirinkti vienvietę palatą su galimybe primokėti tik už papildomą komfortą (palatos tipą), išsaugant vaiko gautų stacionariųjų paslaugų kompensavimą PSDF lėšomis.

Pažymėtina, jog, vadovaujantis Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymo (toliau – **VTAPI**) 31 straipsnio nuostatomis, vaiko tėvai ar kiti vaiko atstovai pagal įstatymą privalo tinkamai vaiką prižiūrėti, turi teisę ir pareigą rūpintis, kad būtų sudaryta saugi, vaiko visapusiškam ir harmoningam vystymuisi tinkama aplinka, taip rūpinantis savo vaiko sveikata. Organizacijos atkreipia dėmesį, jog VTAPI nėra numatytos išimtys dėl šių pareigų išnykimo tais laikotarpiais, kai vaikas yra gydomas stacionarinės ASPP teikiančioje ASPĮ – tai reiškia, kad tėvai ar kiti įstatyminiai atstovai išlieka atsakingi už vaiko priežiūrą ir saugumą net vaiką gydant stacionarinėje ASPĮ, todėl tėvai ar kiti įstatyminiai atstovai, matydami, jog be jų buvimo ASPĮ kartu su vaiku nebūtų tinkamai užtikrinama vaiko priežiūra ir saugumas (pavyzdžiui, vaikui verkiant ir atsisakant vykdyti asmens sveikatos priežiūros specialistų (toliau – **ASPS**) nurodymus, bandant bėgti iš gydymo vietos, vaiko sveikatos būklei esant itin prastai ir prireikus daugiau pagalbos, nei gali suteikti ASPĮ personalas, vaikui nesugebant savarankiškai paprašyti ASPĮ personalo pagalbos, gydomas negalią turintis vaikas), turi įstatyminę pareigą imtis veiksmų, kad vaiko priežiūra ir saugumas būtų užtikrinamas tėvams ar įstatyminiams atstovams liekant su vaiku tiek dieną, tiek naktį.

Tačiau patvirtinus SSĮ pakeitimus, ši galimybė iš esmės būtų panaikinta. Tėvai, pageidaujantys vienvietės palatos tam, kad galėtų likti su vaiku gydymo įstaigoje per naktį, būtų laikomi pasirinkusiais PSDF lėšomis nekompensuojamą paslaugą. Kitaip tariant, net ir tuo atveju, kai visa vaiko gydymo dalis atitinka PSDF finansuojamos stacionarinės ASPP kriterijus, tėvai netektų galimybės tik iš dalies padengti su komfortu susijusias išlaidas – jiems tektų apmokėti visą suteiktos ASPP kainą, įskaitant gydymą.

**Apibendrinant aukščiau pateiktus pavyzdžius, siūlomos Projekto nuostatos sudaro prielaidas reikšmingai susiaurinti asmens sveikatos priežiūros paslaugos sampratą, apribojant galimybę pacientui gauti papildomas, jo**



individualius poreikius atitinkančias paslaugas ar priemones. Tai keistų iki šiol taikytą mišraus apmokėjimo modelį, kuris leido užtikrinti lankstesnį gydymą, greitesnę prieigą prie paslaugų ir racionalų valstybės bei paciento finansinės atsakomybės pasidalijimą. Tokie pokyčiai sumažintų ASPP prieinamumą (ypač mažesnius finansinius pajėgumus turintiems pacientams), apribotų gydytojų galimybes pacientams rekomenduoti geriau pacientų poreikius atitinkančias ASPP pagal medicininius kriterijus, padidintų pacientų finansinę naštą ir paskatintų formalių sprendimų dėl paslaugų klasifikavimo priėmimą siekiant pacientams suteikti PSDF lėšomis kompensuojamas ASPP.

### III. PSD APDRAUSTOJO PACIENTO TEISĖ Į PSDF BIUDŽETO LĖŠOMIS KOMPENSUOJAMĄ SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ PAGAL LIETUVOS TEISĖS AKTUS

Apdraustojų paciento teisė į PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamą sveikatos priežiūrą kyla iš vieno iš Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme (toliau – **SDĮ**) įtvirtinto visuotinio principo<sup>10</sup>. Šią teisę įgyja visi Lietuvos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, taip pat teisėtai dirbantys ir laikinai Lietuvoje gyvenantys užsieniečiai, kurie moka arba už kuriuos draudėjas (darbdavys, valstybė ir kt.) moka sveikatos draudimo įmokas į PSDF<sup>11</sup>.

Kaip nustatyta SDĮ 2 straipsnio 5 dalyje, PSD yra **valstybinio socialinio draudimo rūšis**. Tai reiškia, kad jam taikomi bendrieji socialinio draudimo principai, įtvirtinti Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatyme: socialinis draudimas yra **valstybės socialinės apsaugos sistemos dalis, kurios priemonėmis visiškai ar iš dalies kompensuojamos apdraustiesiems dėl draudžiamųjų įvykių patirtos išlaidos arba išmokamos įstatymų nustatytos išmokos**<sup>12</sup>. Draudimo esmė – **įmokas mokantis ar draudžiamas asmuo, įvykus draudžiamajam įvykiui** (šiuo atveju – susirgus ar prireikus gydymo), **įgyja teisę į draudimo išmoką – kompensaciją** už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas<sup>13</sup>. Ši teisė nėra socialinė privilegija ar valstybės suteikiama privilegija, o draudiminis įsipareigojimas, kylantis iš teisės normų ir grindžiamas konkrečiu turiniu pagrindu – įmokomis.

Todėl valstybė privalo užtikrinti, kad apdraustasis PSD turėtų realią galimybę pasinaudoti kompensuojamomis ASPP neperkeliant jų finansinės naštos pačiam apdraustajam. Būtent dėl to bet kokios PSDF kompensacijos gavimo aplinkybės, kai apdraustasis savo lėšomis pasirenka papildomą paslaugą ar komforto elementą – pavyzdžiui, geresnės kokybės lėšį, endoprotezą, papildomą nakvynę po dienos chirurgijoje ar vienvietę palatą su galimybe būti šalia gydomo vaiko – negali būti traktuojamos kaip aplinkybės, paneigiančios apdraustojų teisę į PSDF lėšomis kompensuojamą gydymą. Apmokėjimas už tokią papildomą paslaugą yra teisėtas paciento veiksmas, ir jis neturi keisti valstybės pareigos įvykdyti savo įsipareigojimą pagal PSD sistemą. Priešingu atveju apdraustasis, kuris mokėjo įmokas ar už kurį

<sup>10</sup> SDĮ 3<sup>1</sup> str.

<sup>11</sup> SDĮ 6 str.

<sup>12</sup> Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 2 str. 15 d.

<sup>13</sup> Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 2 str. 4 ir 12 d.

buvo mokamos įmokos, nebegautų išmokos vien dėl to, kad papildomai investavo į savo ar savo artimojo ASPP kokybę, saugumą ar komfortą. **Tai reikėtų, kad draudimo santykis tampa fiktyvus – įmokos mokamos be garantijos gauti kompensaciją, o tokia sistema paneigia socialinio draudimo esmę ir funkciją.**

Įstatymų leidėjo sprendimas įtvirtinti PSD reiškia, kad asmeniui, kuris įstatymo nustatyta tvarka įgyja apdraustojo statusą, buvo sukurtas pagrįstas ir teisiškai saugotinas lūkestis gauti sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą. Tokia teisė nėra hipotetinė ar sąlyginė – ji kyla tiesiogiai iš teisės normų ir yra susijusi su konkrečiu turiniu pagrindu: valstybės įsipareigojimu kompensuoti ASPP kainą. Tai suteikia šiai teisei aiškų nuosavybinį pobūdį. Ši teisė, kaip ir, pavyzdžiui, įmokomis grindžiamos teisės į socialinio draudimo išmoką, turi būti traktuojama kaip turinio pobūdžio reikalavimo teisė, saugoma tiek įstatymų, tiek konstitucinės nuosavybės apsaugos kontekste.

Tai patvirtina ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo (toliau – **KT**) 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas byloje Nr. 47/2009-131/2010 (toliau – **Nutarimas**). KT pažymėjo, kad pasirinkus PSD kaip sveikatos priežiūros finansavimo modelį, įstatymų leidėjas privalo aiškiai apibrėžti šio draudimo lėšomis finansuojamų paslaugų apimtį. Tokių paslaugų teikimas gali būti siejamas tik su apdraustųjų statusu, tačiau tai negali būti pagrindas savavališkai apriboti ar paneigti teisę į kompensaciją, kai pacientas pasirenka dalį paslaugos apmokėti savo lėšomis. Kaip nurodyta Nutarime, įstatymų leidėjas „*privalo atsižvelgti į Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies sisteminę sąsają su Konstitucijos IV skirsni „Tautos ūkis ir darbas“ pradedančiu 46 straipsniu, kuriame yra įtvirtinti konstituciniai tautos ūkio pagrindai*“. Tai reiškia, kad **valstybė turi užtikrinti, kad finansavimo sistema būtų subalansuota, suderinta su konkurencijos principais ir neprieštarautų paciento teisei rinktis paslaugų teikėją bei paslaugos kokybę.**

Valstybė turi planuoti PSDF lėšų paskirstymą taip, kad būtų užtikrintas paslaugų kokybės ir prieinamumo balansas. Įstatymų leidėjas gali nustatyti finansavimo sąlygas ir apribojimus, tačiau jie turi būti grindžiami objektyviais, iš anksto žinomais ir nediskriminaciniais kriterijais. Tai būtina siekiant užtikrinti teisinį tikrumą ir apsaugą nuo savavališko šios teisės paneigimo ar ribojimo. Šią poziciją dar labiau sustiprina KT pripažinimas Nutarime, kad SDĮ nuostata, pagal kurią tam tikrų asmenų sveikatos draudimas įsigalioja tik kelis mėnesius iš eilės mokant PSD įmokas ar tik sumokėjus didesnę įmoką, prieštarauja Konstitucijai kaip pažeidžianti asmenų lygybę. **KT aiškiai nurodė, kad net ir įstatymu įtvirtintas sveikatos draudimo mechanizmas turi būti taikomas proporcingai, nepažeidžiant teisėtų lūkesčių ir konstitucinių principų.**

Papildomai tikslinga atkreipti dėmesį į paciento pasirinkimo laisvės ir socialinio teisingumo principus. Situacija, kai pacientas netenka galimybės pasinaudoti mišraus ASPP finansavimo modeliu, gali būti pagrįstai palyginta su švietimo srityje taikomu moksleivio krepšelio principu. Moksleivio krepšelis – tai valstybės skiriama tikslinė dotacija, kuri „seka“ paskui mokinį, nepriklausomai nuo to, kokią ugdymo įstaigą jis ar jo atstovai pasirenka. Lygiai taip pat ir PSD apdraustas pacientas, įgijęs teisę į PSDF kompensuojamas paslaugas, turi teisę spręsti, kaip šios lėšos bus panaudotos – pasirinkti gydymo įstaigą, paslaugų kokybę, papildomas naudas. Toks modelis užtikrina ne tik teisinį aiškumą ir pasirinkimo laisvę, bet ir socialinį teisingumą – nes

ir mažesnes pajamas turintys pacientai gali prisidėti prie kokybiškesnių paslaugų, o viešosios lėšos naudojamos ten, kur jos efektyviausiai pasiekia savo tikslą.

**Apibendrinant galima teigti, kad apdraustojo paciento teisė į iš PSDF biudžeto lėšų kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas kyla iš PSD, kaip valstybinio socialinio draudimo rūšies, esmės – tai turinio pobūdžio teisė, grindžiama įmokomis ir savo pobūdžiu artima nuosavybės teisei. Ši teisė negali būti panaikinama vien dėl to, kad pacientas pasirenka papildomai apmokėti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras. Įstatymų leidėjas, reglamentuodamas PSDF lėšų paskirstymą, privalo užtikrinti realų paciento teisės į PSDF kompensaciją įgyvendinimą, laikydamasis konstitucinių teisingumo, proporcingumo ir teisėtų lūkesčių principų. Panašiai kaip švietimo srityje taikomas vadinamasis „moksleivio krepšelio“ modelis, PSD lėšos turėtų „sekti paskui pacientą“, taip užtikrinant ne tik formalų ASPP prieinamumą, bet ir realią paciento pasirinkimo laisvę.**

#### **IV. PACIENTO AUTONOMIJOS PRINCIPAS, APSISPRENDIMO TEISĖ, INFORMUOTO SUTIKIMO SĄVOKA**

Pacientų autonomija yra viena pagrindinių šiuolaikinės medicinos ir etikos sąvokų, kuri tampa vis svarbesnė besikeičiančios sveikatos priežiūros sistemos kontekste. Žodis „autonomija“ kilęs iš graikų kalbos ir reiškia teisę pačiam apsispręsti. Sveikatos apsaugos srityje „autonomija“ reiškia pacientų teisę priimti informacija pagrįstus sprendimus dėl savo gydymo.

Lietuvoje pacientų autonomija įtvirtinta Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (toliau - **PTŽSAĮ**), kuriame reglamentuojama pacientų teisė į informaciją, įskaitant, bet neapsiribojant, *„informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigoje taikomus ar gydytojui žinomus kitus gydymo ar tyrimo būdus, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, gydymo prognozę ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat apie padarinius atsisakius siūlomo gydymo“*, bei *„teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą bei sveikatos priežiūros specialistą“*. Šios nuostatos įtvirtina pacientų autonomijos teisinę apsaugą ir įpareigoja užtikrinti, kad gydymo procese būtų atsižvelgiama į pacientų apsisprendimą.

##### **4.1. Paciento autonomijos principas teisės filosofijoje ir moksliniuose darbuose**

Paciento autonomijos principas yra pamatinė medicinos etikos ir filosofijos sąvoka, pagal šį principą asmenys turi teisę priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, remdamiesi savo vertybėmis, įsitikinimais ir pageidavimais. Immanuel Kant etinėje sistemoje pabrėžiama pagarba individams kaip tikslui pačiam savaime<sup>14</sup>, o tai atitinka idėją, kad pacientai turėtų turėti laisvę priimti sprendimus dėl savo kūno ir sveikatos priežiūros<sup>15</sup>. John Stuart Mill, utilitarizmo filosofas, taip pat pripažino asmens autonomiją, pabrėždamas individualios laisvės ir savarankiškumo svarbą, jei tai

<sup>14</sup> B. Kuzmickas. Kategorinis imperatyvas Kanto etikoje.

<sup>15</sup> Kant, I. Groundwork for the Metaphysics of Morals. 1785.

nekenkia kitiems. Tai ypač svarbu sveikatos priežiūros kontekste, kur asmeniniai pasirinkimai veikia žmogaus gerovę<sup>16</sup>.

Šių laikų filosofai, Beauchamp and Childress savo darbe „Biomedicininės etikos principai“ (2019) pabrėžia autonomijos svarbą medicininiuose sprendimuose, teigdami, kad pagarbos autonomijai užtikrinimas yra būtinas norint gerbti pacientų teises klinikinėje praktikoje. Autonomijos principas reikalauja, kad pacientai gautų pakankamą informaciją apie savo sveikatos būklę, gydymo galimybes ir galimas rizikas, leidžiančias jiems priimti informuotus sprendimus<sup>17</sup>.

Autonomijos principas iš esmės yra moralinis reikalavimas gerbti kitų žmonių autonomiją, t.y. galimybę pasirinkti savo veiksmų laisvę. Paprastai asmens laisvė pripažįstama tiek, kiek tai neriboja kitų asmenų laisvės. Paciento autonomija iš pradžių buvo pripažinta tik kaip fizinis neliečiamumas ir apsauga, ginama normomis, reglamentuojančiomis draudimą be asmens sutikimo liesti jo kūną. Ilgainiui paciento autonomijos samprata buvo išplėsta, nes suvokta, kad į sveikatos priežiūros paslaugų sąvoką įeina ne vien klinikinis gydymas. Taigi pacientų autonomija tapo plačiai suvokiama kaip teisė pacientui priimti sprendimą dėl savo medicininės priežiūros, kuriam nedarytų įtakos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas. Kaip gi pasireiškia paciento autonomija ir kaip šio principo pagalba yra įgyvendinamos pacientų teisės? Vienas iš paciento autonomijos principų, o ir paciento teisių, turinio elementų, kaip minėta, yra paciento informavimas apie galimas tam tikras medicinos paslaugas. Sutikimas yra laisvas paciento patvirtinimas leisti jį liesti, tyrinėti, gydyti<sup>18</sup>.

Pacientas turi teisę į konfidencialumą, teisę pats pasirinkti norimą gydytoją ar jam priimtina gydymo metodą, gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, ligą arba tokios informacijos atsisakyti. Šių ir kitų teisių pacientui suteikimas daro įtaką nusistovėjusiam gydytojo ir paciento santykiui. Šiuolaikinėje medicinoje vis labiau pabrėžiama paciento aktyvaus dalyvavimo ir sprendimų priėmimo svarba savo paties gydymo procese<sup>19</sup>.

Autonomijos sąvoka sveikatos priežiūroje atspindi platesnę visuomeninę vertybę, pabrėžiančią svarbą asmenims turėti teisę reguliuoti savo gyvenimus ir priimti sprendimus dėl savo gerovės. Gerbdami paciento autonomiją, ASPS pripažįsta pacientų teisę į savarankiškumą ir jų gebėjimą remiantis asmenine patirtimi priimti nepriklausomus sprendimus tam, kad būtų pasiekti skirtingi rezultatai<sup>20</sup>.

**Paciento autonomija yra fundamentali teisė, įtvirtinta tiek etikos, tiek teisės teorijoje, ir reiškia asmens gebėjimą ir teisę savarankiškai priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, remiantis savo vertybėmis ir įsitikinimais. Šis principas reikalauja, kad sveikatos priežiūros specialistai ne tik, pvz., fiziškai neliestų paciento be jo sutikimo, bet ir aktyviai užtikrintų paciento teisę priimti informuotus sprendimus – pateikiant informaciją apie**

---

<sup>16</sup> Mill, J. S. On Liberty. 1859.

<sup>17</sup> Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. Principles of Biomedical Ethics. 2019.

<sup>18</sup> Vilniaus universiteto Teisės fakulteto Tarptautinės ir Europos Sąjungos teisės Katedra. Eglės Žvirblytės Virbickienės, neakivaizdinio skyriaus IV kurso, tarptautinės teisės studijų atšakos studentės Magistro darbas „Sveikatos priežiūros įstaigų pacientų teisių įgyvendinimo problematika Europos Sąjungos ir nacionalinėje teisėje“.

<sup>19</sup> Vytauto Didžiojo universitetas Teisės fakultetas. Toma Juodytė: „Ar gydytojui kyla atsakomybė už žalą, atsiradusią dėl papildomosios ir alternatyviosios medicinos gydymo metodų taikymo?“ Magistro baigiamasis darbas.

<sup>20</sup> James M. Katz, BA: Understanding Health Care Ethics: The Principle of Autonomy, 2025.

sveikatos būklę, gydymo galimybes bei rizikas, gerbiant paciento pasirinkimą ar atsisakymą gydytis. Taigi, paciento autonomija nėra pasyvi apsauga, o aktyvus dalyvavimas gydymo procese – neatsiejama jo teisių dalis ir būtinas bet kokių ASPP teikimo elementas.

#### 4.2. ASPS pareiga informuoti pacientus ir paciento apsisprendimo teisė

ASPS pareiga teikti išsamią informaciją pacientams ir esminis pacientų informuoto sutikimo vaidmuo ASPS ir pacientų santykiuose pabrėžiamas tiek kiekvienos Europos šalies teisėkūroje atskirai, tiek ir valstybių bendrai paskelbtuose pareiškimuose bei priimtuose teisės aktuose. Šie principai taip pat atsispindi tiek nacionalinių, tiek ir tarptautinių teismų praktikoje.

Pavyzdžiui, **Vokietijos** profesinis kodeksas gydytojams, patvirtintas ir generalinės pasaulio medikų asociacijų asamblėjos, aptaria pagrindinius gydytojo ir paciento bendradarbiavimo aspektus, siekiant bendradarbiavimo profesionalumo ir kokybės. Šiame kodekse yra įvardintos profesinės gydytojų Vokietijoje pareigos. Šio kodekso 8 straipsnyje teigiama, kad *„gydymui būtinas paciento sutikimas. Sutikimui asmeninio pokalbio metu turi būti suteikta būtina informacija. Pacientui arba pacientei suprantama ir tinkama forma turi būti paaiškinta **gydymo esmė, reikšmė ir pasekmės, įskaitant gydymo alternatyvas** ir su jomis susijusius rizikos veiksnius, ypač prieš chirurginius įsikišimus. <...> Kuo mažiau gydymas yra mediciniškai būtinas arba kuo jis svarbesnis, tuo išsamesnė ir įtaigesnė turi būti paciento informacija apie galimus rezultatus ir riziką“*, o 7 straipsnyje įtvirtinama, jog *„Bet koks medicininis gydymas turi būti teikiamas taip, kad būtų išsaugotas žmogaus orumas ir **gerbiama** paciento asmenybė, valia ir **teisės, ypač apsisprendimo teisė**“*<sup>21</sup>.

**Liuksemburgo** paciento teisių ir pareigų įstatymas buvo atnaujintas 2014 m. siekiant stiprinti pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų ryšius, nepaisant įstaigos ar vietos, kurioje šie ryšiai yra vystomi. Šio įstatymo 8 straipsnyje 1 dalyje teigiama, kad *„pacientas turi teisę į informaciją, kuri yra susijusi su jo sveikatos būkle ir galimais pakitimais“*<sup>22</sup> To pačio straipsnio 2 dalyje teigiama, kad *„informacija, kuri yra suteikiama pacientui, turi apibūdinti paslaugas, kurias suteiks sveikatos priežiūros specialistas, ir taisykles, kurios yra taikomos sveikatos priežiūros specialisto praktikoje teikiant tam tikras paslaugas.“* Platesnis pacientui suteikiamos informacijos sąrašas yra pateikiamas to pačio straipsnio 4 dalyje: *„įvardinti siūlomas sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant informaciją apie šių paslaugų numatomas pasekmes, paslaugų naudą, galimą skubotumą, žinomas ir dažnai pasitaikančias rizikas ir pavojus, kurių galima tikėtis įvertinus paciento būklę. Taip pat **pacientui turi būti suteikiama informacija apie galimas terapines gydymo alternatyvas ir tuo atveju numatomas pasekmes**. Sveikatos priežiūros specialisto pareiga yra įvertinti riziką ir nepageidaujamus pašalinius efektus, kurie gali pasireikšti konkrečiam pacientui, ir apie tai informuoti“*. Spendimas dėl gydymo vykdymo yra priimamas bendradarbiavimo tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto būdu, po to, kai pacientui buvo suteikta visa įmanoma informacija.

<sup>21</sup>[https://www.bundesaeerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE\\_EN\\_2018.pdf](https://www.bundesaeerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE_EN_2018.pdf)

<sup>22</sup> Liuksemburgo Pacientų teisių ir pareigų įstatymas 2014 <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2014/07/24/n2/jo>

Lietuvoje gydytojo pareigą informuoti pacientą reglamentuoja Lietuvos medicinos norma MN 7:2022 „Medicinos gydytojas“. Šios normos 16.3.1.1 punkte įtvirtinta, jog: „*Medicinos gydytojas turi gebėti <...> pacientui suprantama kalba (vengdamas pacientui nesuprantamų medicinos terminų) **suteikti informaciją apie diagnozę ir tolesnę tyrimų ir gydymo eigą** ir su pacientu **aptarti ir sudaryti gydymo ir tyrimų planą**, <...>*<sup>23</sup>

Šioje medicinos normoje įtvirtinta gydytojo pareiga tinkamai informuoti pacientą, taip pat jau anksčiau minėta PTŽSAĮ 5 str. 3 p. įtvirtinta paciento teisė į informaciją ne tik apima ASPS pareigą tirti, diagnozuoti ir gydyti ligas, rekomenduoti prevencines priemones, **užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę**, bet ir informuoti pacientą apie jo sveikatos būklę, gydymo galimybes ir įtraukti pacientą į gydymo procesą pacientui suteikiant galimybę priimti informuotus sprendimus dėl gydymo ir tyrimų plano sudarymo. Tai leidžia tiek užtikrinti tinkamą paciento teisių įgyvendinimą, tiek lengvesnį prisitaikymą prie medicinos mokslo ir praktikos pažangos – pavyzdžiui, jei tam tikra paslauga, procedūra ar medžiaga yra pažangesnė, ir dar nėra kompensuojama PSDF lėšomis ar jos kaina viršija PSDF kompensacijos dydį, ASPS apie tai gali informuoti pacientą, pacientui suteikiant teisę pasirinkti, kokios paslaugos, procedūros ir medžiagos turėtų būti naudojamos jo gydymo procese.

Kalbant apie asmens sveikatos priežiūros specialistų pareigą informuoti pacientus tarptautiniu lygiu, svarbu paminėti 2002 m. Aktyvios pilietybės tinklo kartu su organizacijomis iš 15 Europos Sąjungos valstybių sukurtą Europos pacientų teisių chartiją, kuria siekiama užtikrinti Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 35 straipsnyje įtvirtintos teisės į aukšto lygio žmonių sveikatos apsaugą<sup>24</sup> įgyvendinimą. Europos pacientų teisių chartijoje yra įvardinama 14 žmogaus teisių sveikatos apsaugos srityje, iš kurių 3-čioji – **teisė į informaciją**: „*kiekvienas asmuo turi teisę gauti visokeriopą informaciją apie savo sveikatos būklę, apie sveikatos priežiūros paslaugas ir kaip tinkamai jomis pasinaudoti, taip pat informaciją apie mokslinius tyrimus ir technologines inovacijas, kas galėtų pagerinti paciento būklę*“<sup>25</sup>. Toliau vadinamos tokios teisės, kaip **sutikimo teisė** – „*kiekvienas asmuo turi teisę gauti visą informaciją, kuri leistų jam ar jai aktyviai dalyvauti sprendimuose dėl savo sveikatos; ši informacija yra būtina bet kokiai procedūrai ir gydymui*“<sup>26</sup>, **teisė į laisvą pasirinkimą** – „*kiekvienas asmuo turi teisę laisvai pasirinkti iš skirtingų gydymo procedūrų ir teikėjų, remdamasis tinkama informacija. <...> Jos (sveikatos priežiūros įstaigos) turi pašalinti bet kokias kliūtis, trukdančias šios teisės įgyvendinimui*“<sup>27</sup>.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų pareiga informuoti pacientus taip pat yra įvardinta Europos Sąjungos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo preambulės 20 punkte: „<...> *sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, pacientų prašymu, turėtų pateikti jiems informaciją apie konkrečius jų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų aspektus ir apie **gydymo galimybes***“<sup>28</sup>.

<sup>23</sup> Lietuvos medicinos norma MN 7:2022 „Medicinos gydytojas“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 9 d. įsakymu Nr. V-930.

<sup>24</sup> [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf)

<sup>25</sup> [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)

<sup>26</sup> [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)

<sup>27</sup> [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)

<sup>28</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

Sveikatos priežiūros specialistų pareiga informuoti pacientus yra kertinė sąlyga užtikrinant paciento apsisprendimo teisę. Tinkamai neįgyvendinant šios pareigos pacientui nebūtų sudarytos sąlygos duoti informuotą sutikimą gydymui. Lietuvos Respublikos teismai ne kartą pasisakė dėl būtinų sąlygų, kad paciento sutikimas būtų laikomas tinkamu:

- i) Lietuvos apeliacinio teismo 2018 m. spalio 16 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. e2A-448-516/2018 nurodė, kad net nepadarius diagnostinių ar gydymo klaidų ir pacientui nepatyrus žalos sveikatai, netinkamas (nepakankamas) paciento informavimas gali tapti pagrindu asmens sveikatos priežiūros specialisto teisei ir materialinei atsakomybei kilti. Byloje, kurioje buvo sprendžiamas ginčas dėl estetinės procedūros, kuri buvo atlikta asmens sveikatos priežiūros specialistei neatlikus tinkamo pacientės informavimo, teismas konstatavo priežastinį ryšį tarp atsakovės neteisėtų veiksmų (dėl pacientės neinformuotumo) ir ieškovei padarytos turtinės žalos, pasireiškusios išlaidomis procedūroms, kurių **informuoto pasirinkimo laisvė buvo suvaržyta netinkamo informavimo pareigos atlikimo**<sup>29</sup>;
- ii) Lietuvos apeliacinio teismo 2023 m. birželio 8 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. e2A-344-567/2023 nustatomos sąlygos, kada paciento sutikimas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo laikomas pagrįstu ir tinkamu. Paciento sutikimas yra tinkamas, jei jis atitinka šias sąlygas: 1) yra duotas asmens, galinčio tinkamai išreikšti savo valią; 2) yra duotas, gavus pakankamą ir aiškią informaciją; 3) yra duotas paciento (jo atstovo) laisva valia; 4) atitinka teisės aktų nustatytus formos reikalavimus. Reikalavimas dėl paciento sutikimo paaiškinamas **asmens autonomijos principu, pagal kurį tik pats pacientas turi teisę priimti sprendimus dėl jo gydymo**<sup>30</sup>;
- iii) Lietuvos apeliacinio teismo 2025 m. kovo 24 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. 2A-61-407/2025 pažymima, kad įstatyme nustatyta paciento teisė žinoti jam reikiamą informaciją leidžia jam nuspręsti dėl gydymo įstaigos ir konkretaus gydymo pasirinkimo, kartu bendradarbiauti ir komunikuoti su gydytoju, **reikalauti kokybiškų, jo poreikius atitinkančių sveikatos priežiūros paslaugų**, taip pasiekiant geriausių gydymo rezultatų. Paciento teisės į tam tikrą informaciją reglamentavimas skatina ir patį pacientą būti aktyvų sveikatos apsaugos sistemoje, pasitikslinti jam rūpimą informaciją tam, kad jis galėtų **nuspręsti dėl naudojamų gydymo metodų, atliekamų veiksmų**, taip pat laisvai nuspręsti dėl sutikimo gydytis konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje<sup>31</sup>.

Europos Žmogaus Teisių Teismo Didžioji kolegija byloje Pindo Mulla v. Spain pabrėžė, kad teisė į informuotą sutikimą yra esminė asmeninės autonomijos dalis ir turi būti gerbiama net ir kritinėse situacijose. Didžiosios kolegijos sprendimas yra aiškus raginimas Europos sveikatos priežiūros sistemoms teikti prioritetą paciento pasirinkimui ir autonomijai bei sustiprina informuoto sutikimo ir pagarbios

<sup>29</sup> Lietuvos apeliacinio teismo 2018 m. spalio 16 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e2A-448-516/2018.

<sup>30</sup> Lietuvos apeliacinio teismo 2023 m. birželio 8 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e2A-344-567/2023.

<sup>31</sup> Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2024 m. vasario 6 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-39-313/2024.



medicininės priežiūros svarbą, užtikrinant, kad visi pacientai, nepriklausomai nuo jų aplinkybių, išlaikytų kontrolę dėl savo sveikatos priežiūros sprendimų<sup>32</sup>.

**Paciento teisė priimti sprendimus dėl jam teikiamų ASPP yra esminis autonomijos principo elementas, kurį įgyvendina sveikatos priežiūros specialistų pareiga tinkamai informuoti pacientą. Informuoto sutikimo institutas grindžiamas tuo, kad pacientas gali įvertinti savo sveikatos būklę, suprasti galimus gydymo būdus, rizikas, alternatyvas ir pasekmes bei laisva valia pasirinkti jam priimtina sprendimą. Tai nėra formalus reikalavimas – tai sąlyga, be kurios negalima užtikrinti paciento autonomijos.**

Tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu lygiu, taip pat Europos Žmogaus Teisių Teismo praktikoje pripažįstama, kad tik informuotas pacientas gali išreikšti tikrą valią dėl jam taikomo gydymo. Informacijos teikimas turi būti pakankamas, aiškus ir individualizuotas – tik tuomet paciento sutikimas laikomas galiojančiu. Taigi, paciento teisė apsispręsti dėl ASPP yra neatsiejama nuo pareigos jį informuoti – ši teisė leidžia pacientui tapti aktyviu gydymo proceso dalyviu, o ne pasyviu medicininio sprendimo objektu.

#### 4.3. Teisė gauti kokybiškas ASPP

Paciento autonomijos principas neatsiejamai susijęs su teise pasirinkti ir gauti ASPP. Teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugas yra įtvirtinta Konstitucijos 53 straipsnyje, kuris nurodo, kad „*Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.*“

KT yra išaiškinęs, kad šis Konstitucijos straipsnis yra konstitucinė piliečių teisės nemokamai ir laiku gauti kokybišką gyvybiškai būtina medicinos pagalbą valstybinėse gydymo įstaigose garantija, kurios įgyvendinimas turi būti užtikrintas iš valstybės biudžeto lėšų. Tačiau pabrėžtina, jog ši garantija nėra tapati teisei į sveikatos priežiūrą, kuri piliečiams, kaip ir kitiems asmenims, užtikrinama įgyvendinant Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus<sup>33</sup>.

Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas<sup>34</sup> (toliau – **Paktas**), kurį Lietuvos Respublika ratifikavo 1991 m., laikomas vienu iš pamatinių žmogaus teisių tekstų šiuolaikinėje tarptautinėje žmogaus teisių sistemoje. Pakto 12 straipsnyje įtvirtinta, kad „*valstybės, pasirašiusios šį Paktą, pripažįsta kiekvieno asmens teisę į aukščiausią pasiekiamą fizinės ir psichinės sveikatos standartą*“. Tuo tarpu Pakto 4 straipsnis apibrėžia, kad valstybė gali riboti šias teises tik tiek, kiek tai nustatoma pagal įstatymus, ir tik tiek, kiek tai suderinama su šių teisių pobūdžiu, bei tik tam, kad būtų skatinama bendra gerovė demokratinėje visuomenėje.

<sup>32</sup> CASE OF PINDO MULLA v. SPAIN (Application no. 15541/20). [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-236065%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-236065%22]})

<sup>33</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas Nr. 47/2009-131/2010.

<sup>34</sup> Prieiga internetu: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

**Šios Pakto nuostatos nesuderinamos su bandymais įstatymu riboti pacientų teisę savo sprendimu iš asmeninių lėšų primokėti už papildomas ar geresnes sveikatos apsaugos paslaugas.**

PTŽSAĮ 3 str. 1 d. taip įtvirtina paciento teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos pagal šio įstatymo 2 str. 8 d. yra apibrėžiamos kaip „*prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami*“.

Šis apibrėžimas apima tokius svarbius medicinos paslaugų aspektus kaip prieinamumą, tinkamą laiką, tinkamą specialistą, akcentuojant paciento poreikių ir lūkesčių patenkinimo svarbą. Apribojus paciento galimybę pasirinkti papildomas paslaugas būtų sudaryta kliūtis įgyvendinti šiuos aukštus įstatymuose nustatytus standartus. Iš kitos pusės, apribojus paciento galimybę pasirinkti papildomas, geresnes paslaugas, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos negautų papildomų lėšų, kurios būtinos teikiamų paslaugų kokybės gerinimui, inovacijų diegimui.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2024 m. vasario 6 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. e3K-3-39-313/2024 konstatuojama, kad įstatyme nustatyta **paciento teisė žinoti jam reikiamą informaciją leidžia jam nuspręsti dėl gydymo įstaigos ir konkretaus gydymo pasirinkimo**, bendradarbiauti ir komunikuoti su gydytoju, **reikalauti kokybiškų, jo poreikius atitinkančių sveikatos priežiūros paslaugų**, taip pasiekiant geriausių gydymo rezultatų. Paciento teisės į tam tikrą informaciją reglamentavimas skatina ir patį pacientą būti aktyvų sveikatos apsaugos sistemoje, pasitikslinti jam rūpimą informaciją tam, kad jis galėtų nuspręsti dėl naudojamų gydymo metodų, atliekamų veiksmų, taip pat laisvai nuspręsti dėl sutikimo gydytis konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje<sup>35</sup>.

Kokybės gerinimą galima apibūdinti kaip procesą, „*kai problemos nuolat identifikuojamos ir suprantamos, bandomos idėjos problemoms išspręsti, matuojami rezultatai siekiant nustatyti ar jie mus priartina ten, kur norime būti. Greitai besikeičiančiame pasaulyje kokybės gerinimas padeda prisitaikyti prie besikeičiančių poreikių, išlikti tinkamiems (svarbiems) ir teikti geresnes paslaugas*“<sup>36</sup>. Be reguliaraus dialogo su pacientais, ieškant kiekvieno paciento individualiam atvejui kuo tinkamesnio ir priimtinesnio gydymo, užkertamas kelias tiek sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui, tiek inovacijoms šioje srityje.

**Todėl paciento teisė į kokybiškas ASPP yra tiesiogiai susijusi su jo teise priimti informuotus sprendimus dėl gydymo ir pasirinkti jam tinkamiausias ASPP. Ši teisė kyla iš Konstitucijoje įtvirtintos valstybės pareigos rūpintis**

<sup>35</sup> Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2024 m. vasario 6 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-39-313/2024.

<sup>36</sup> <https://vaspvt.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/juridiniu-asmenu-licencijavimas-ir-akreditavimas/asmens-sveikatos-prieziuros-istaigu-akreditavimas-2/kokybes-gerinimas/>

žmonių sveikata bei tarptautinių įsipareigojimų užtikrinti aukščiausią pasiekiamą sveikatos apsaugos standartą. Įstatymuose nustatyta, kad kokybiškos ASPP turi būti prieinamos, saugios, teikiamos tinkamu metu, tinkamoje vietoje, tinkamo specialisto ir atitikti paciento poreikius bei lūkesčius. Pacientui turi būti suteikta galimybė, gavus visą reikalingą informaciją, rinktis gydymo būdą ar paslaugas, net jei jos nėra visiškai kompensuojamos iš PSDF. Tokia sprendimo laisvė – būtina sąlyga paciento autonomijos principui įgyvendinti, o jos ribojimas trukdytų ir paslaugų kokybės gerinimui bei inovacijų diegimui.

#### 4.4. Pacientų autonomijos principas ir sveikatos sistemos organizavimo principai Lietuvos Respublikos konstitucinėje doktrinoje

KT savo bylų praktikoje detalai išaiškinęs Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos veikimo principus ir siekiamybes.

KT 2013 m. gegužės 16 d. nutarime<sup>37</sup> yra pasisakęs, jog:

- i) Net ir vertinant tai, kad ASPP teikimas yra reguliuojamas valstybės, tai nepaneigia, kad paslaugų teikimas yra ekonominė veikla. Konstitucijos 46 straipsnis įtvirtina pamatinius ekonominės veiklos principus: *„Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva. Valstybė remia visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą. Valstybė reguliuoja ūkinę veiklą taip, kad ji tarnautų bendrai tautos gerovei. Įstatymas draudžia monopolizuoti gamybą ir rinką, saugo sąžiningos konkurencijos laisvę. Valstybė gina vartotojo interesus“*;
- ii) Aiškindamas sveikatos priežiūros veiklos reglamentavimą KT pasisakė, jog: *„Sveikatos priežiūros įstaigų veikla susijusi su vienos svarbiausių prigimtinių žmogaus teisių įgyvendinimu, todėl ji turi būti valstybės reguliuojama ir prižiūrima. Pagal Konstituciją valstybė privalo ūkinę veiklą šioje srityje reguliuoti taip, kad, nepaneigdamą konstitucinių vertybių, kuriomis grindžiamas tautos ūkis, – privačios nuosavybės teisės, asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos, – užtikrintų deramą savo konstitucinės funkcijos rūpintis žmonių sveikata vykdymą ir tinkamą prigimtinių žmogaus teisės į kuo geresnę sveikatą ir teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimą“*;
- iii) KT išaiškino, jog *„Konstitucinėje nuostatoje, kad įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką, nėra expressis verbis apibrėžta garantuojamos pagalbos apimtis, tačiau tai anaipol nereiškia, esą iš valstybės biudžeto lėšų turi būti besąlygiškai, neatsižvelgiant į valstybės finansines galimybes, apmokama visa šiose įstaigose piliečiams teikiama medicinos pagalba (juo labiau kitos sveikatos priežiūros paslaugos)“*;
- iv) Teismas taip pat aiškiai pasisako, jog *„valstybės pareiga sukurti visuomenės solidarumu pagrįstą sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistemą, kuri leistų užtikrinti pakankamą sveikatos priežiūros prieinamumą, negali būti aiškinama taip, esą visuomenė turi prisiimti visų įmanomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo našą. Šioje srityje*

<sup>37</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo Nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai, 2013 m. gegužės 16 d., Vilnius.

***būtina rasti sprendimus, užtikrinančius pusiausvyrą tarp asmens, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento), ir visos visuomenės interesų***“;

- v) Galiausiai, KT, vertindamas faktą, jog vystantis medicinos mokslui ir tobulėjant ASPP kokybei auga ASPP teikimo kaštai, o PSDF lėšos išlieka ribotos, pasisakė, jog „***Asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisiniu reguliavimu turėtų būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata, prisiimti pareigą pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, atsakingai ir racionaliai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Taigi pagal Konstituciją įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti ir tai, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas turi būti atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais ir kt.***“.

Todėl esminius KT pateiktus esminius išaiškinimus galima apibendrinti taip:

- i) Konstitucijoje įtvirtinta valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus ir teikti nemokamą medicinos pagalbą valstybinėse gydymo įstaigose nėra absoliuti, ir gali būti įgyvendinama atsižvelgiant į sveikatos sistemos finansinius pajėgumus;
- ii) Atsižvelgiant į aplinkybes, jog vystantis medicinos mokslui auga ASPP kokybė, tobulėja gydymo metodai, ir dėl to ASPP kaina auga, o viešojo biudžeto pajėgumai nedidėja proporcingai išaugusiems ASPP teikimo kaštams, būtina ieškoti ASPP kainų finansavimo pasidalinimo mechanizmų;
- iii) Tokie finansavimo būdai, kaip PSD, savanoriškasis sveikatos draudimas ir tiesioginiai pacientų mokėjimai yra laikomi tinkamais būdais užtikrinti asmens sveikatos priežiūros finansavimą;
- iv) Sveikatos priežiūros įstaigų ūkinė veikla turi būti reguliuojama užtikrinant balansą tarp privačios nuosavybės teisės, asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos bei deramo konstitucinės funkcijos rūpintis žmonių sveikata vykdymo ir tinkamo prigimtinių žmogaus teisės į kuo geresnę sveikatą ir teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimo.

Todėl draudimas pacientams įsigyti papildomas ASPP ar brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras – ypač atsižvelgiant į faktą, jog dažnai šios papildomos ar brangiau kainuojančios paslaugos ir medžiagos reikalingos pažangesnėms (aukštesnės kokybės) ASPP teikimui – būtų nepagrįstas ribojimas, niekaip neprisidedantis prie tautos gerovės ir prieštaraujantis vartotojo interesams bei ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos principams.

#### **4.5. Apibendrinimas**

Paciento teisė pasirinkti jo poreikius ir lūkesčius atitinkančias ASPP yra pamatinis paciento autonomijos principo elementas, užtikrinantis, kad pacientas pats gali priimti sprendimus dėl savo sveikatos, remdamasis pakankama ir aiškia informacija. Tokia teisė ne tik įgalina pacientą būti aktyviu gydymo proceso dalyviu, bet ir užtikrina, kad sprendimai būtų pagrįsti individualiais poreikiais, o ne vien standartizuotu viešuoju paslaugų paketu.

Šis principas glaudžiai susijęs su ASPP kokybės užtikrinimu. Galimybė pasirinkti geresnes ar papildomas paslaugas leidžia pacientui gauti jam tinkamiausią gydymą, skatina ASPĮ gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir diegti inovacijas. Ribojant tokią pasirinkimo teisę, būtų apribota tiek paciento autonomija, tiek sveikatos priežiūros sistemos gebėjimas reaguoti į medicinos mokslo progresą.

Suteikiant pacientams pasirinkimo galimybę gydymo procese ir užtikrinant prieigą prie inovacijų bei aukščiausios kokybės paslaugų, jie įgalinami priimti sprendimus, atitinkančius jų vertybes ir teisėtus lūkesčius. Tyrimai patvirtina, kad pagarba paciento autonomijai lemia geresnius sveikatos rezultatus, o bendras sprendimų priėmimas ypač didina pacientų pasitenkinimą ir sveikimą<sup>38</sup>.

Be to, paciento sprendimo laisvė prisidėti prie ASPP finansavimo atitinka Lietuvos Respublikos konstitucinę doktriną. KT yra išaiškinęs, kad valstybės pareiga užtikrinti medicinos pagalbą nėra absoliuti ir turi būti derinama su galimybe taikyti įvairius finansavimo šaltinius – įskaitant savanorišką sveikatos draudimą ir tiesioginius paciento mokėjimus.

**Todėl paciento teisė pasirinkti ASPP pagal savo poreikius, taip pat galimybė prisidėti prie ASPP finansavimo, ne tik užtikrina Konstitucijoje įtvirtintų teisių ir pareigų įgyvendinimą, bet ir prisideda prie tvarios, pažangios ir kokybiškos asmens sveikatos priežiūros sistemos kūrimo. Toks modelis apsaugo pacientų teises, skatina ASPP teikėjų konkurenciją ir atveria kelią inovatyvių sprendimų taikymui gydymo praktikoje. Tuo tarpu šio modelio panaikinimas nepagrįstai ribotų pacientų teises ir prieštarautų esminiems konstituciniams principams.**

## **V. SSĮ PAKEITIMŲ POVEIKIS REGIONAMS**

Aktualūs 2024–2028 m. Vyriausybės siekiai, numatyti Programoje, aiškiai parodo prioritetus sveikatos priežiūros srityje – siekiama užtikrinti ASPP prieinamumą, mažinti regioninius netolygumus bei stiprinti ASPP pasiekiamumą gyventojams, ypač gyvenantiems atokiau nuo didžiųjų miestų. Programoje yra įtvirtintos šios nuostatos:

- i) kokybiškų ASPP prieinamumo užtikrinimas bei bendros sistemos, užtikrinančios galimybę regionų bei miestų gyventojams gauti vienodai kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, sukūrimas<sup>39</sup>;
- ii) pirminės asmens sveikatos priežiūros buvimas arti paciento<sup>40</sup>;
- iii) ambulatorinių ir stacionarių holistinės ilgalaikės slaugos, paliatyviosios priežiūros ir nuotolinių konsultacijų plėtra grindžiamas regionų stiprinimas siekiant „naikinti regionų netolygumus“ bei racionaliai valdyti eiles naudojant e. sveikatos sistemą<sup>41</sup>;

<sup>38</sup> Glyn Elwyn, Steve Laitner and others. Analysis: Implementing shared decision making in the NHS, 25 July 2010.

<sup>39</sup> Programos 230 p.

<sup>40</sup> Programos 233 p.

<sup>41</sup> Programos 237 ir 248 p

- iv) regionų medikų trūkumo mažinimo programa, skatinanti gydytojų veiklą visoje Lietuvoje<sup>42</sup>.

Tačiau siūlomas teisės į mišrų finansavimą apribojimas – kai pacientas nebegali primokėti už greitesnį paslaugos gavimą, norėdamas išlaikyti teisę į PSDF kompensaciją – gali prieštarauti šioms Programos nuostatom. Tai ypač aktualu mažas pajamas gaunantiems pacientams ar tiems, kurie gyvena atokiose vietovėse, kur dėl objektyvių priežasčių sveikatos paslaugų prieinamumas jau yra ribotas. Tokie pacientai, neturėdami pakankamai lėšų padengti visos paslaugos kainos savarankiškai, netektų realios galimybės pasinaudoti savo teise į sveikatos priežiūrą tuomet, kai tai labiausiai reikalinga. Jie liktų su dviem pasirinkimais: laukti bendroje eilėje kelis mėnesius (kartais – esant sveikatos pablogėjimo ar darbingumo sumažėjimo rizikai), arba susimokėti už visą paslaugą savo lėšomis, prarandant teisę į PSDF kompensaciją, kurios būtent ir siekiama išvengti dėl turimo draudimo. Abiem atvejais sumažėja faktiškas ASPP prieinamumas.

Tokia padėtis keltų dvi sistemines problemas. Pirma, didėtų socialinė atskirtis ir blogėtų sveikatos rodikliai – ypač regionuose gyvenančių ar mažesnes pajamas gaunančių asmenų. Antra, dėl ilgų laukimo eilių šie pacientai gali būti priversti kreiptis į greitosios medicinos pagalbos (toliau – **GMP**) tarnybas net ir nesant skubios medicinos pagalbos poreikio. Tai lemtų nepagrįstą GMP sistemos apkrovimą, mažintų jos efektyvumą ir galėtų daryti įtaką pagalbos kokybei tais atvejais, kai tikrai reikalinga neatidėliotina pagalba. Tokia disproporcija tarp deklaruojamų valstybės tikslų ir realių teisės ribojimų ne tik mažintų ASPP prieinamumą, bet ir prieštarautų strateginiams sveikatos politikos prioritetams.

**Apibendrinant, siūlomi SSĮ pakeitimai, kuriais ribojama galimybė pacientui primokėti už ASPP prieinamumą ar kokybę išsaugant teisę į PSDF kompensaciją, gali reikšmingai apsunkinti ASPP pasiekiamumą socialiai jautriausioms gyventojų grupėms. Tai ypač aktualu mažas pajamas gaunantiems ar regionuose gyvenantiems pacientams, kuriems galėtų būti fiziškai ar finansiškai neįmanoma gauti paslaugos laiku. Tokia situacija ne tik keltų riziką sveikatai ir darbingumui, bet ir prieštarautų Vyriausybės deklaruotiems tikslams užtikrinti kokybiškų ASPP prieinamumą visiems gyventojams, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos ar socialinės padėties.**

## **VI. DĖL NAUJO TEISINIO REGULIAVIMO POREIKIO IR POVEIKIO VERTINIMO**

Organizacijos, šiame rašte pateikusios planuojamų pakeitimų poveikio pacientų gaunamų paslaugų apimčiai ir kokybei įvertinimą, atkreipia dėmesį, jog teisės aktų pakeitimai, turintys fundamentalų poveikį Lietuvos sveikatos sistemai, turėtų būti tvirtinami tik atlikus planuojamų pakeitimų poveikio vertinimą ir nustačius, kad:

- i) faktais pakeitimų poveikis atitiks deklaruojamą tikslą;
- ii) įvedami ribojimai ir pacientų teisių suvaržymai bus proporcingi, t.y., pasieksimas visuomenės gėris pateisins ir pagrįs teisių ribojimą<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Programos 266 p.

<sup>43</sup> Jungtinių Tautų tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 4 str.

Siūlomas reguliavimas, kuriuo būtų panaikinta galimybė pacientui primokėti už tam tikras papildomas ar aukštesnės kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugas išlaikant teisę į PSDF kompensaciją, yra reikšmingas tiek savo mastu, tiek poveikiu pacientų teisėms. Šis reguliavimas iš esmės keičia nuo 1998 m. gruodžio 1 d. galiojusią tvarką, pagal kurią pacientui buvo sudaroma galimybė prisidėti savo lėšomis prie paslaugos kainos nepanaikinant valstybės draudiminio įsipareigojimo. Toks keitimas nebuvo nei pagrįstas esamos padėties analize, nei įvertintas pagal Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatyme (toliau – **TPI**) įtvirtintus teisėkūros principus ir vertinimo procedūras.

Vadovaujantis TPI 15 straipsniu bei Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos, patvirtintos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimu Nr. 276 (toliau – **Metodika**) nuostatomis, teisės akto, kuriuo iš esmės keičiama galiojanti teisinė tvarka, projekto rengimas turi būti grindžiamas dviem pagrindinėmis procedūromis:

- i) teisinio reguliavimo **poreikio**<sup>44</sup> vertinimu (**sudarant teisinio reguliavimo koncepciją**<sup>45</sup>, kurioje pateikiama esamos padėties analizė, nurodomos spręstinos problemos, numatomo teisinio reguliavimo tikslas, principai ir pagrindinės nuostatos, numatoma teisinį reguliavimą pagrindžiančios nuostatos);
- ii) teisinio reguliavimo **poveikio**<sup>46</sup> vertinimu (nustatant galimas teigiamas ir neigiamas numatomo teisinio reguliavimo pasekmes, poveikį konkurencijai).

Pagal Metodiką, „*turi būti atliekamas prioritetinių teisėkūros iniciatyvų, įstatymų ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų projektų (toliau – projektai), teikiamų svarstyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei <...>, numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas, kai numatoma reglamentuoti iki tol nereglementuotus santykius, taip pat **kai iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas***“<sup>47</sup>. Kuriant Projektą, šios vertinimo rūšys nebuvo atliktos. Tai ypač reikšminga turint omenyje, kad keičiamas modelis, per 27 metus užtikrinęs pacientų galimybes lankstesniu būdu naudotis PSDF finansuojamomis paslaugomis, o pats pakeitimas gali lemti itin platų ir neproporcingą poveikį apdraustųjų teisėms.

Toliau pateikiamas kiekvienos iš vertinimo rūšių poreikis.

## 6.1. Teisės akto pakeitimo poreikio vertinimas

Vertinant siūlomo teisės akto pakeitimo efektyvumą, visų pirma būtina nustatyti ir apibrėžti tokio pakeitimo poreikį. Projekto teikime<sup>48</sup> nurodoma, kad SSĮ pakeitimais bandoma spręsti problemą, susijusią su SSĮ 49 straipsnio 5 dalies nuostata, įtvirtinančia galimybę pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, kurios „*teoriškai, turėjo suteikti pacientams galimybę pasirinkti tam tikras paslaugas, tačiau praktiškai tapo neteisėto pacientų apmokestinimo įrankiu*“.

<sup>44</sup> TPI 3 straipsnio 2 dalies 1 punktas.

<sup>45</sup> TPI 12 straipsnio 1 dalis.

<sup>46</sup> TPI 15 straipsnio 1 ir 2 dalys.

<sup>47</sup> Metodikos 4 punktas

<sup>48</sup> Prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/rs/laattachment/TAP/9c7186f00bb411f0a1c6f244a8c21f99/0cdad7260bb511f0a1c6f244a8c21f99/>

Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo praktikoje įtvirtintas principas, jog **apribojimai turi būti proporcingi** siekiamam teisėtam ir demokratinėje visuomenėje **būtinam, visuomeniškai reikšmingam tikslui**. Tai reiškia, jog asmenų teisių ir laisvių suvaržymas turi būti **būtinas ir neišvengiamas**. Ši sąlyga būtų pažeista, jei būtų nustatyta, kad iškeltam tikslui pasiekti buvo galima pasirinkti panašią, bet mažiau asmens teisės ir laisvės apsunkinančią priemonę; taip pat priemonė turi būti adekvati, tolygi bei atitikti siekiamą tikslą (būti jam proporcinga), t. y. priemonė neturi sukelti žalos ir būti neproporcinga siekiamam tikslui.

TPĮ įtvirtina tokius teisėkūros principus, kaip:

- (i) **tikslingumas** (teisės akto projektas turi būti rengiamas ir teisės aktas priimamas tik tuo atveju, kai siekiamų tikslų negalima pasiekti kitomis priemonėmis);
- (ii) **proporcingumas** (pasirinktos teisinio reguliavimo priemonės turi sudaryti kuo mažesnę administracinę ir kitokią naštą, nevaržyti teisinių santykių subjektų daugiau, negu to reikia teisinio reguliavimo tikslams pasiekti) ir
- (iii) **aiškumas** (rengiant teisės akto projektą turi būti įvertinamos visos galimos teisinio reguliavimo alternatyvos ir pasirenkama geriausia iš jų, teisės akte turi būti įtvirtinamos veiksmingiausiai ir ekonomiškiausiai teisinio reguliavimo tikslą leisiančios pasiekti priemonės, turi būti skelbiami ir įvertinami dėl teisinio reguliavimo gauti pasiūlymai, o teisėkūros veiksmai atliekami per protingus terminus)<sup>49</sup>.

Teisinio reguliavimo keitimo ar naujo teisinio reguliavimo nustatymo poreikį bei tikslus galima apibrėžti nurodant konkrečias dėl esamo teisinio reguliavimo kylančias problemas ar esamo reguliavimo trūkumus, pagrindžiamus statistiniais duomenimis, sistemos dalyvių bei pacientų ar jų atstovų apklausų duomenimis, gerąja praktika ar kita objektyvaus pobūdžio informacija. **Akivaizdu, jog, neidentifikavus teisinio reguliavimo keitimo poreikio, nenustačius, kokias problemas spręsti ar kokius trūkumus taisyti siekiama nauju ar pakeistu reguliavimu, nėra įmanoma įvertinti, ar toks reguliavimas yra tikslingas, proporcingas, efektyvus ir aiškus.**

**Todėl, siekiant tinkamai vykdyti teisėkūros procesą, pirmiausia būtina identifikuoti faktinius duomenis, kuriais grindžiamas SSĮ nuostatų keitimo poreikis. Organizacijos atkreipia dėmesį, jog kuriant Projektą toks įvertinimas nebuvo atliktas, nebuvo įvertinta – vadovaujantis dabartinėje SSĮ 49 str. 5 d. įtvirtinta nuostata, pacientams buvo suteikiama teisė PSDF kompensuojamas ASPP gauti nemokamai, nemokant už papildomas paslaugas, brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras. Tai reiškia, jog įvardinta problema, jog galiojanti tvarka „*tapo neteisėto pacientų apmokestinimo įrankiu*“ yra ne teisinio reguliavimo problema, o tinkamo teisės įgyvendinimo užtikrinimo problema.**

**Todėl pamatinės teisės akto nuostatos - SSĮ 49 str. 5 d. – keitimas siekiant išspręsti deklaruojamas teisės akto tinkamo įgyvendinimo priežiūros bei užtikrinimo problemas yra nepagrįstas, neproporcingas ir prieštaraujantis pamatiniams nacionaliniams ir tarptautiniams teisėkūros principams.**

---

<sup>49</sup> TPĮ 3 straipsnis.



## 6.2. Teisės akto pakeitimo poveikio vertinimas

Teisės akto pakeitimo poveikio vertinimas – būtina procedūra rengiant teisės akto, kuriuo iš esmės keičiamas esamas teisinis reguliavimas, projektą. Atliekant numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą, nustatomas galimas teigiamas ir neigiamas poveikis to teisinio reguliavimo sričiai, asmenims ar jų grupėms, kuriems bus taikomas numatomas teisinis reguliavimas. Atsižvelgiant į teisės akte numatomo naujo teisinio reguliavimo pobūdį, mastą, turi būti įvertinamas poveikis ekonomikai, konkurencijai, valstybės finansams, socialinei aplinkai, viešajam administravimui, teisinei sistemai, korupcijos mastui, administracinei naštai, regionų plėtrai, reglamentuojamoms profesijoms ir kitoms sritims<sup>50</sup>.

Be to, rengiant poveikio vertinimą, atsakingos institucijos (ministerijos pagal ministrų valdymo sritis) teikia savo pastabas ir pasiūlymus dėl parengto ir išvads gauti pateikto projekto, atlikto poveikio vertinimo ir jo rezultatų (dėl duomenų teisingumo, atliktų skaičiavimų ir jų korektiškumo, išvadų pagrįstumo ir kita). Atsakingų institucijų prašymu projekto rengėjai turi pateikti papildomą informaciją, kuri galėtų pagrįsti atlikto poveikio vertinimo rezultatus<sup>51</sup>.

Šiuo atveju pakeitimai, kuriais užkertamas kelias primokėti už aukštesnės kokybės paslaugos aspektus (pvz., vienvietę palatą, papildomą stebėjimą ar geresnį implantą), pacientui faktiškai palieka tik dvi alternatyvas:

- i) atsisakyti papildomo elemento ir naudotis tik „bazine“ PSDF apmokama paslauga arba
- ii) padengti visą paslaugos kainą savo lėšomis, netenkant PSDF kompensacijos.

Toks sprendimas ypač nepalankus socialiai jautrioms grupėms – mažas pajamas gaunantiems pacientams ar asmenims, gyvenantiems regionuose, kur ASPP prieinamumas jau dabar yra ribotas. Tokie pacientai, nesugebėdami finansuoti visos paslaugos kainos, būtų priversti laukti bendroje eilėje kelis mėnesius, kas gali lemti sveikatos būklės blogėjimą ar net darbingumo sumažėjimą. Tai rodo, kad galimai siekiamam tikslui pasiekti pasirinkta priemonė sukelia perteklinį poveikį pacientų teisėms ir sveikatai.

Be to, šis reguliavimas prieštarauja ir minėtoms Programos nuostatoms, kuriose įtvirtinta, kad siekiama „užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“ (230 p.), „užtikrinti, kad pirminė asmens sveikatos priežiūra būtų arti paciento“ (233 p.) ir „naikinti regionų netolygumus“ (248 p.). Pašalinus galimybę pacientui prisidėti prie paslaugos finansavimo, realus paslaugų prieinamumas mažėja, o pacientai netenka teisės pasirinkti jiems tinkamiausio būdo pasinaudoti PSDF lėšomis kaip draudimo išmoka.

Atsižvelgiant į labai tikėtiną pacientų, ypač nepasiturinčių ir gyvenančių regionuose, pasirinkimo teisės suvaržymą bei prieštaravimą tiek Programai, tiek Konstitucijai, yra labai svarbu išnagrinėti šio pakeitimo poveikį siekiant išvengti nenumatytų neigiamų

<sup>50</sup> TPI 15 straipsnio 2 dalis.

<sup>51</sup> Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimu Nr. 276, 37 punktas

padarinių. Deja, Projekto teikime<sup>52</sup> pateiktas poveikio vertinimas apsiribojo priemonių kaštų įvertinimu – nurodyta, jog „Įstatymų projektais įtakos PSDF biudžetui nebus“.

Projekte numatytų pakeitimų poveikis pacientams, ASPP prieinamumui, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veikimui ir finansavimui nebuvo atliktas. Taip pat nebuvo atliktas ir poveikio PSD apdraustųjų teisėms ir interesams vertinimas, planuojamų įtvirtinti apribojimų proporcingumo siekiamam tariamajam „visuomenės gėriui“ įvertinimas – kuris yra privalomas tiek pagal Lietuvos Respublikos pamatinių teisės aktų nuostatas, tiek pagal tarptautinių konvencijų, kurių šalis yra Lietuva, nuostatas.

**Atsižvelgiant į tai, kad siūlomas reguliavimas keičia dešimtmečius galiojusią sistemą, gali reikšmingai paveikti pacientų sveikatos apsaugą, paslaugų prieinamumą, asmenų teisėtus lūkesčius ir sisteminių PSDF kompensavimo principą, būtina užtikrinti, kad jis būtų priimamas tik atlikus teisėkūros procedūrose numatytą poreikio bei poveikio vertinimą.**

## **VII. APIBENDRINIMAS IR PRAŠYMAI**

**Organizacijos, apibendrinusios šiame kreipimesi išdėstyta bei vadovaudamosi šiame rašte minimų ir cituojamų teisės aktų reikalavimais, šiuo kreipiasi į:**

- 1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją:**
  - 1.1. prašydamos parengti išplėstinį Projekto poreikio ir poveikio vertinimą;**
  - 1.2. prašydamos atsižvelgti į Projekto neigiamą poveikį pacientų apsisprendimo teisei, teisėtiems apdraustųjų interesams ir nepagrįstą pacientų prieigos prie aukštesnės kokybės ar platesnės apimties ASPĮ ribojimą.**
- 2. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetą:**
  - 2.1. prašydamos įvertinti, ar Projektas neprieštarauja konstituciniams pacientų pasirinkimo, apsisprendimo ir socialinio teisingumo principams, bei svarstant Projektą komitete inicijuoti ekspertinę diskusiją su pacientų organizacijomis, teisininkais ir sveikatos politikos ekspertais dėl siūlomų pakeitimų proporcingumo ir pagrįstumo;**
  - 2.2. siūlydamos stabdyti Projekto svarstymą, kol nebus atliktas tinkamas teisėkūros poveikio vertinimas.**
- 3. Lietuvos Respublikos Vyriausybę:**
  - 3.1. prašydamos užtikrinti, kad Projekto teikimas būtų pagrįstas teisėkūros principais, įskaitant teisėkūros aiškumo, tikslingumo, proporcingumo ir teisėtų lūkesčių apsaugos principus, ir įpareigoti Sveikatos apsaugos ministeriją inicijuoti detalią alternatyvų analizę ir poveikio vertinimą;**
  - 3.2. prašydamos įvertinti, ar Projekte siūlomi SSĮ pakeitimai neprieštarauja Programoje numatytam tikslui formuoti į pacientą orientuotą sveikatos**

---

<sup>52</sup> Prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/rs/laattachment/TAP/9c7186f00bb411f0a1c6f244a8c21f99/0cdad7260bb511f0a1c6f244a8c21f99/>

**priežiūrą, grindžiamą lygiateisiškumo, prieinamumo laiku bei kokybės principais.**

- 4. Lietuvos Respublikos Prezidento kanceliariją:**
  - 4.1. prašydamos atkreipti dėmesį į galimus žmogaus teisių, konstitucinių teisių ir nuosavybės ir teisėtų lūkesčių pažeidimus, kuriuos gali sukelti Projekto patvirtinimas, ir pagal savo kompetenciją inicijuoti dialogą tarp institucijų, siekiant užtikrinti pacientų teisių ir teisėtų interesų apsaugą;**
  - 4.2. prašydamos įvertinti, ar Projekte numatyti SSĮ pakeitimai neprieštarauja gerovės valstybės principui.**
- 5. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministeriją - prašydamos įvertinti, ar Projektu siūlomas įtvirtinti reglamentavimas nepažeidžia socialinės apsaugos sistemos integralumo ir PSD, kaip socialinio draudimo formos, principų, bei pateikti oficialią poziciją, ar PSD apdraustųjų teisė gauti PSDF kompensuojamas paslaugas gali būti paneigta dėl papildomo paciento finansinio prisidėjimo prie ASPP kainos finansavimo.**
- 6. Lietuvos Respublikos finansų ministeriją - prašydamos įvertinti, ar Projekto įgyvendinimas nepadidins viešųjų išlaidų ilgalaikėje perspektyvoje dėl išaugusios socialinės atskirties, padidėjusio naudojimosi greitosios medicinos pagalbos paslaugomis nesant objektyvaus poreikio, augančių eilių ir blogėjančios pacientų sveikatos, ir pateikti analizę dėl Projekto ilgalaikių finansinių pasekmių PSDF biudžetui ir sveikatos priežiūros sistemai.**
- 7. Lietuvos Respublikos teisingumo ministeriją:**
  - 7.1. prašydamos ypatingai kreipti dėmesį Projektui, kadangi juo ketinama keisti SDĮ – Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos pamatinio teisės akto – nuostatas, galiojančias jau daugelį metų, ir pasisakyti dėl to, ar turėtų būti atliktas išplėstinis Projekto poreikio ir poveikio vertinimas;**
  - 7.2. prašydamos pateikti ekspertinę išvadą dėl Projektu numatomų pacientų teisių ir ūkinės veiklos laisvės ribojimų proporcingumo ir atitikties tarptautinių bei nacionalinių teisės aktų nuostatomis bei jose įtvirtintiems principams ir Lietuvos Respublikos konstitucinei doktrinai.**

Organizacijos tikisi, kad jų susirūpinimas, išsakytas šiame rašte, bus suprastas ir išgirstas.

Organizacijos viliasi, kad atsakymas į šį raštą bus pateiktas pagal galimybes per trumpiausius terminus.

Tikimės dalykiško ir geranoriško bendradarbiavimo. Prašome atsakymą į šį raštą adresuoti Organizacijų įgaliotam atstovui – European Life Science & Knowledge Institute, el. pašto adresas [info@elski.org](mailto:info@elski.org).

Jeigu turėsite klausimų, esame pasiruošę juos aptarti.

Pagarbiai,

**European Life Science & Knowledge Institute**

Generalinė direktorė Anastasija Lapucko

**Klubas „Diabeto IQ“**

L. e. vadovo pareigas Dovilė Byčienė

**Asociacija „Neišnešiotukas“**

Prezidentė Asta Radzevičienė

**Lietuvos asociacija „Gyvastis“**

Prezidentė Aušra Degutytė

**Vilniaus apskrities išsėtinės sklerozės asociacija**

Vadovas Žilvinas Mišeikis

**Asociacija „Savarankiškas gyvenimas“**

Prezidentas Žilvinas Mišeikis

**Asmeninių asistentų asociacija**

Prezidentas Žilvinas Mišeikis

**Lietuvos šeimų, auginančių kurčius ir neprigirdinčius vaikus,  
bendrija PAGAVA**

Pirmininkė Rima Sitavičienė

**Lietuvos žmonių sergančių hemofilija asociacija**

Prezidentas Egidijus Šliaužys



Dokumentą elektroniniu parašu

pasirašė ASTA,RADZEVIČIENĖ

Data: 2025-04-11 19:07:26

Vieta: Vilnius

Kontaktinė informacija:

+37061557028

26  
Dokumentą elektroniniu parašu  
pasirašė DOVILĖ,BYČIENĖ

Data: 2025-04-11 18:49:30

Dokumentą elektroniniu parašu  
pasirašė ANASTASIJA,LAPUCKO

Data: 2025-04-11 18:39:42



# LIETUVOS GYDYTOJŲ SĄJUNGA

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministrei

2025-04-11 Nr. SR/2025\_04

Gerb. Marijai Jakubauskienei

Siunčiama el. paštu: [ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt);

## DĖL SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO Nr. I-552 11 IR 49 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO PROJEKTO IR LYDIMŲJŲ ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ

Lietuvos gydytojų sąjunga, susipažinusi su Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu ir lydimaisiais įstatymų projektais (toliau – Pakeitimai), aiškinamuoju raštu, pateiktais 2025-03-28 derinimui institucijoms ir visuomenei (iki 2025-04-11), TAIS Nr. 25-5262, siūlymu pritarti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektams, **teikia pastabas dėl šių projektų tobulinimo.**

Manytina, kad siūlomi Pakeitimai iš dalies nėra pakankami siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą pacientams bei nepagrįstai atimtų galimybę iš pacientų gauti nemokamą paslaugą, procedūrą vien tik dėl pasirinktos kitos medicinos priemonės (pvz. lęšiuko, endoprotezo), apmokamos paciento lėšomis, kai pati paslauga ar procedūra pacientui turi būti garantuojama nemokamai. Neturi būti ribojama pacientų, pageidaujančių gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra kompensuojamos, teisė susimokėti už šias paslaugas, priemones, vaistus, patiens, ministerijos nustatyta tvarka į gydymo įstaigos biudžetą, kadangi pacientams turi būti užtikrintas paslaugų prieinamumas toms paslaugoms, kurias pacientai patys pasirenka papildomai ir apmoka patys.

**Siūlome Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 str. 5 d. projektą papildant, išdėstyti taip:** „5.Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. *Pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kai jiems gydytojas suteikia pasirinkimo alternatyvą vietoj nemokamų rinktis brangiau kainuojančias medžiagas, tyrimus, vaistus, medicinos pagalbą, priemones, geriau patenkinant paciento poreikius ir lūkesčius, tai tokių medžiagų, procedūrų, priemonių, vaistų kainą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, kitas medicinos priemones, vaistus, procedūras, šių paslaugų ar procedūrų, vaistų ar medicinos priemonių, procedūrų, kainą jie apmoka patys.*“

Siūlome Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 10 str. projektą papildant, išdėstyti taip: „5. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, medžiagas, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai pats apmokėti visą tokių alternatyvių pasirinktų vaistų ar medicinos priemonių, medžiagų kainą.“.

Siūlomu pakeitimu būtų užtikrinama, kad už tą pačią paslaugą nebūtų galima reikalauti priemokų, tačiau dėl naudojamų kitokių medžiagų ar vaistų, medicinos priemonių, jeigu pacientas pasirenka, būtų galimybė pacientui pasirinkti naudoti ne standartinę, o pvz. naują ir jo poreikius ir lūkesčius geriau patenkinančią priemonę, kurios nekompensuoja VLK, nes pvz. ji nėra įtraukta į kompensuojamų sąrašą dar. Pacientas pats galėtų apmokėti tokią pasirinktą priemonę ar vaistą, pvz. lešiuką, sąnario endoprotezą, tačiau pati paslauga, pvz. sąnario keitimas būtų kompensuojama nepriklausomai nuo to, kuri medicinos priemonė pasirenkama (kompensuojama ar alternatyvi, įsigyjama paties paciento). Tokiu būdu būtų užtikrinamos nemokamos valstybės garantuojamos paslaugos apdraustiesiems visa apimtimi, o pacientams ir įstaigoms būtų aišku kada pacientas turi mokėti už vaistą ar medicinos priemonę, t.y. kai tokią alternatyvą pats pasirenka. Pažymime, kad gydytojai, įvertinę kiekvieną pacientą individualiai, atsižvelgiant į medicinos mokslo ir praktikos žinias, gerąją patirtį, pateikia medicinos mokslu pagrįstas gydymo ir tyrimo rekomendacijas, individualizuotas alternatyvas, kai tokios galimos, atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę, jo lūkesčius ir poreikius, siekiant suteikti kokybišką paslaugą kaip ji apibrėžta Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 str. ir tą gali padaryti tik tuo atveju, jeigu valstybė užtikrins paslaugų prieinamumą bei paciento teisę pasirinkti vaistus, medicinos priemones, medžiagas numatant galimybę už jas mokėti, o atitinkamai, numatant galimybę nemokamai suteikti paslaugas, atlikti procedūras apdraustiesiems, nepriklausomai nuo to brangesnė ar pigesnė medicinos priemonė, vaistas, medžiaga būtų pasirinkta.

Tikimės, kad atsižvelgsite į aukščiau nurodytas mūsų pasiūlymą dėl įstatymų projektų tobulinimo.

Pagarbiai

LGS prezidentas



prof. Liutauras Labanauskas



Lietuvos gydytojų sąjunga - profsąjunginė savaveiksmė ir savarankiška, savanoriška organizacija, vienijanti apie 70 procentų Lietuvos gydytojų ir ginanti gydytojų profesines, darbo, ekonomines, socialines teises bei interesus.



Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

2025 m. balandžio 11 d., Nr. 25–065AR

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 11 IR 49 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 9, 10 IR 26 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO IR LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 8, 11, 13 IR 76 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO NR. XIV-2790 6 STRAIPSNIO PRIPAŽINIMO NETEKUSIU GALIOS ĮSTATYMO PROJEKTŲ**

Lietuvos verslo konfederacija, susipažinusi su Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2025 m. kovo 28 d. nutarimo projektu (Nr. 25–5262 )<sup>1</sup> „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“, kuriuo siūloma, be kita ko, pritarti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projektui (toliau – SSĮ projektas), reiškia esminį nepritarimą šiam projektui, pagrįstą žemiau išdėstytais argumentais.

**1. SSĮ projektas iš esmės pažeidžia Lietuvos Respublikos Konstituciją ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo suformuotą oficialią konstitucinę doktriną.**

SSĮ projektas pažeidžia Konstituciją, nes siekiama panaikinti pacientų teisę už brangesnes paslaugas prisimokėti iš savo (ar savanoriško sveikatos draudimo) lėšų, taip įgyvendinant teisę į kuo geresnę sveikatą. Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pasisakė, jog: (i) paciento pasirinkimu dalis paslaugų, finansuojamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, gali būti apmokama paties paciento; (ii) valstybė privalo sukurti tokį sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modelį, kuris užtikrintų prieinamas (įperkamas) paslaugas; (iii) tuo tikslu valstybė numato solidarumu pagrįstą PSDF biudžeto kaupimą, tačiau taip pat privalo skatinti asmenis patiems rūpintis savo sveikata ir asmeniškai prisidėti prie paslaugų finansavimo; (iv) Valstybei finansuojant dalį paslaugų, o likusią sumokant pačiam pacientui yra sukuriama galimybės gauti prieinamą (įperkamą) paslaugą, taip įgyvendinant paciento teisę į kuo geresnę sveikatą. Vadinasi, šiuo projektu siekiama sukurti prielaidas nesivadovauti Konstitucija ir pažeisti asmenų teises.

**2. Siūlomas reguliavimas paneigia privalomojo sveikatos draudimo sistemos logiką.**

Privalomasis sveikatos draudimas (toliau – PSD) grindžiamas solidarumo ir asmeninės atsakomybės pusiausvyra. Pacientas, mokėdamas įmokas į PSDF, turi pagrįstą lūkestį, kad valstybė užtikrins jam galimybę gauti tinkamą, įperkamą ir individualiems poreikiams pritaikytą sveikatos priežiūrą. Šios sistemos logika remiasi ne tik valstybės pareiga finansuoti būtinas paslaugas, bet ir galimybe pacientui prisidėti prie kokybiškesnės ar brangesnės paslaugos finansavimo, kai valstybės apmokamos paslaugos neatitinka individualių poreikių ar yra ekonomiškai nepagrįstos.

Tuo tarpu SSĮ projektu numatytas draudimas pacientui savo iniciatyva sumokėti kainų skirtumą už inovatyvesnę ar kokybiškesnę paslaugą, net kai ši paslauga dalinai finansuojama PSDF lėšomis, visiškai paneigia šią pusiausvyrą.

<sup>1</sup> <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/d17b84f00bb311f0a1c6f244a8c21f99?ifwid=-65uletv7y>

Privalomasis sveikatos draudimas grindžiamas solidarumo ir individualios atsakomybės pusiausvyra. Tačiau šiuo projektu: (i) pacientai, net ir mokėdami PSDF įmokas, netektų teisės dalinai pasinaudoti iš PSDF finansuojama paslaugos dalimi, jeigu norėtų brangesnės ar inovatyvesnės paslaugos; (ii) pažeidžiamas proporcingumo principas, kuris reiškia, kad įstatyme numatytos priemonės turi atitikti teisėtus ir visuomenei svarbius tikslus, kad šios priemonės turi būti būtinos minėtiems tikslams pasiekti ir neturi varžyti asmens teisių ir laisvių akivaizdžiai labiau negu reikia šiems tikslams pasiekti (Konstitucinio Teismo 2008 m. rugsėjo 17 d., 2011 m. sausio 31 d., 2012 m. birželio 29 d., 2013 m. vasario 15 d., 2013 m. gegužės 16 d. nutarimai).

Šiuo atveju draudimas pacientui prisidėti prie paslaugos finansavimo net tada, kai tai nepadidina PSDF biudžeto išlaidų ir leidžia užtikrinti pacientui reikalingą gydymą, laikytinas pertekliniu ir neatitinkančiu būtinybės kriterijaus. Valstybė, pasirinkdama reguliavimo modelį, turi paisyti konstitucinio racionalumo ir proporcingumo reikalavimų, ypač kai siūlomos priemonės gali reikšmingai pabloginti prieinamumą prie kokybiškų sveikatos paslaugų ir sukurti nelygiavertę situaciją tarp pacientų pagal jų finansines galimybes.

Todėl siūlomas teisinis reguliavimas neatitinka Konstitucijoje įtvirtintų proporcingumo, teisėtų lūkesčių ir socialinio teisingumo principų, o kartu paneigia ir esminę privalomojo sveikatos draudimo sistemos pusiausvyrą tarp solidarumo ir asmeninės atsakomybės.

### **3. SSĮ projektas kelia realią grėsmę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir pacientų teisėms.**

SSĮ projektu panaikinant galimybę pacientams susimokėti brangesnės paslaugos kainos skirtumą, būtų sukuriamas milžiniška eilių ir paslaugų prieinamumo problema bei išaugtų korupcija sveikatos priežiūros sektoriuje.

Brangesnių paslaugų teikimas, kai pacientai savo pasirinkimu gali sumokėti inovatyvesnės / kokybiškesnės paslaugos kainos skirtumą nuo kompensuojamos valstybės, yra teisėtas. Uždraudus pacientams galimybę rinktis ir prisimokėti papildomai už tam tikras brangesnes paslaugas, neabejotinai išaugtų eilės PSDF biudžeto lėšomis finansuojamoms (bazinio lygio) paslaugoms gauti. Nors šiuo metu nemaža dalis gyventojų pasirenka gauti brangesnes paslaugas ir sutinka sumokėti kainos skirtumą, naivu būtų tikėtis, kad, uždraudus tokią galimybę, ta pati dalis pacientų galės sau leisti mokėti pilną kainą už pasirinktas brangesnes paslaugas, medžiagas ar procedūras. Todėl sveikatos priežiūros įstaigos neteks dalies teisėtų pajamų šaltinių, o tai ribos galimybes investuoti į aukštos kvalifikacijos gydytojus, modernią įrangą ar inovacijas.

### **4. SSĮ projektas pažeidžia teisėtų lūkesčių, teisinio tikrumo ir reguliacinio stabilumo principus.**

Konstitucinis Teismas ne kartą yra pažymėjęs, kad valstybė turi gerbti teisėtai susiformavusius asmenų lūkesčius ir užtikrinti reguliacinės aplinkos stabilumą (2007 m. spalio 24 d., 2011 m. gegužės 31 d. nutarimai). Privačios sveikatos priežiūros įstaigos teisėtai investavo į infrastruktūrą, inovacijas, žmogiškuosius išteklius, remdamosi galiojančiu teisiniu reguliavimu. SSĮ projektu numatytas staigus reguliavimo keitimas ne tik pažeidžia teisėtų lūkesčių principą, bet ir siunčia itin nepalankų signalą investuotojams apie teisinės aplinkos nestabilumą Lietuvoje.

### **6. SSĮ projektas pažeidžia Konstitucijoje įtvirtintą ūkinės veiklos laisvę ir investicijų apsaugos principus.**



Pagal Konstitucijos 46 straipsnį, ūkinė veikla Lietuvoje grindžiama laisvės ir iniciatyvos principais, o valstybė gali riboti ūkinę veiklą tik tiek, kiek tai būtina svarbiems viešiesiems interesams apsaugoti. Šį principą savo jurisprudencijoje ne kartą yra pabrėžęs Konstitucinis Teismas (pvz., 2002 m. gegužės 8 d., 2011 m. gegužės 31 d. nutarimai), akcentuodamas, kad ūkinės veiklos ribojimas turi būti: (i) būtinasis; (ii) proporcingas siekiamam teisėtam tikslui; (iii) nepažeidžiantis teisėtų lūkesčių; (iv) nediskriminacinis.

Tuo tarpu SSĮ projektu siūlomi ribojimai ne tik draudžia pacientui dalinai prisimokėti už brangesnę paslaugą, bet ir iš esmės apriboja sveikatos priežiūros įstaigų galimybę teisėtai vykdyti papildomą veiklą, generuoti pajamas bei investuoti į paslaugų kokybę. Todėl (i) drastiškai apriojamos įstaigų galimybės plėtoti naujas paslaugas ar investuoti į modernią infrastruktūrą, (ii) sumažėja privačių įstaigų finansinis tvarumas ir pajamų diversifikavimo galimybės, (iii) ribojamas naujų investicijų pritraukimas į Lietuvos sveikatos priežiūros sektorių, (iv) neabejotinai pažeidžiama viena pagrindinių šalies ūkio reguliavimo taisyklių, o tuo pačiu ir valstybės priedermė – remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą (Konstitucinio Teismo 1998 m. spalio 27 d., 2005 m. gegužės 13 d., 2013 m. gegužės 16 d. nutarimai).

Svarbu pažymėti, kad investuotojai, planuodami investicijas į sveikatos priežiūros sektorių, vertina ne tik galiojantį reguliavimą, bet ir jo stabilumą bei nuspėjamumą. SSĮ projektas, kuriuo iš esmės keičiamas sveikatos sistemos reguliavimas, jau atliktas investicijas paverčia rizikingomis ar net ekonomiškai neefektyviomis. Tokie veiksmai prieštarauja konstituciniams teisėtų lūkesčių apsaugos principams.

Atkreiptinas dėmesys, kad analogiški įstatymo pakeitimų projektai jau anksčiau buvo svarstyti, tačiau nebuvo priimti dėl aukščiau išvardintų aplinkybių, todėl ir anksčiau išsakytos pastabos šiam SSĮ projektui išlieka aktualios.

Atsižvelgdami į aukščiau išdėstytus argumentus, Konstitucinio Teismo suformuotą praktiką, prašome: (i) užtikrinti galiojančias nuostatas, leidžiančias pacientui savo iniciatyva prisimokėti kainų skirtumą už brangesnes ar papildomas paslaugas; (ii) tobulinti kontrolės, priežiūros ir aiškinimo mechanizmus, o ne drausti konstitucines teises; (iii) užtikrinti ilgalaikį reguliacinį stabilumą ir aiškumą sveikatos sistemos veikloje.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Pagarbiai

Generalinė direktorė

Ineta Rizgelė



## LIETUVOS RESPUBLIKOS FINANSŲ MINISTERIJA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos  
ministerijai

I 2025-03-28 Nr. 10-1052

### DĖL TEISĖS AKTŲ PROJEKTŲ DERINIMO

Finansų ministerija susipažino su Sveikatos apsaugos ministerijos 2025 m. kovo 28 d. raštu Nr. 10-1052 pateiktais derinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektais ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“ projektu ir informuoja, kad pasiūlymų ir pastabų pagal kompetenciją neturi.

Vaida Jurgelevičienė, tel. (+370 5) 219 9326, el. p. [vaida.jurgeleviciene@finmin.lt](mailto:vaida.jurgeleviciene@finmin.lt)

Informacija apie asmens duomenų tvarkymą skelbiama adresu <https://finmin.lrv.lt/lt/asmens-duomenu-apsauga>

Biudžetinė įstaiga

Lukiškių g. 2, 01512 Vilnius

Tel. +370 5 239 0000

Faks. +370 5 279 1481

El. p. [finmin@finmin.lt](mailto:finmin@finmin.lt)

<https://finmin.lrv.lt>

Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių  
asmenų registre, kodas 288601650



## LIETUVOS RESPUBLIKOS EKONOMIKOS IR INOVACIJŲ MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Gedimino pr. 38, LT-01104 Vilnius, tel.: +370 706 64 845,  
el. p. [kanc@eimin.lt](mailto:kanc@eimin.lt), <http://eimin.lrv.lt>.

Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188621919

---

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos  
ministerijai

2025-04-  
Į 2025-03-28 Nr. 10-1052

### DĖL TEISĖS AKTŲ PROJEKTŲ DERINIMO

Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministerija išnagrinėjo Jūsų kartu su Valstybine ligonių kasa pateiktus derinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektus ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“ projektus (toliau visi kartu – Projektai). Informuojame, kad pagal kompetenciją pastabų ir pasiūlymų dėl Projektų neturime.

Ekonomikos ir inovacijų ministerijos kanclerė

Eglė Radišauskienė

Vyginta Damzenienė, tel. +370 659 30 075, el. p. [Vyginta.Damzeniene@eimin.lt](mailto:Vyginta.Damzeniene@eimin.lt)

Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetui

2025-04-11 Nr. 2025/7

Lietuvos Respublikos Vyriausybei

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijai

*Originalas registruotu paštu siunčiamas nebus*

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 11 IR 49 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 9, 10 IR 26 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO IR LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 8, 11, 13 IR 76 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO NR. XIV-2790 6 STRAIPSNIO PRIPAŽINIMO NETEKUSIU GALIOS ĮSTATYMO PROJEKTŲ**

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija (toliau – **LPSPJA**), išnagrinėjusi derinimui pateiktą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2025 m. kovo 28d. nutarimo Nr. 25-5262 projektą „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“, kuriuo siūloma pritarti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektams (toliau – **įstatymų projektai**) ir pateikti juos Lietuvos Respublikos Seimui, **nesutikdama su siūlomais pakeitimais dėl jų galimos rizikos ir neigiamo poveikio Lietuvos gyventojams, medikams ir sveikatos priežiūros įstaigoms, teikia jiems pastabas.**

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto (toliau – **SSĮ projektas**) 1 straipsniu siūloma pripažinti netekusiu galios 11 straipsnio 1 dalies 5 punktą, nustatantį, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – **LNSS**) vykdomųjų subjektų veiklai ir teikiamoms paslaugoms būtų priskiriamos – *LNSS vykdomųjų subjektų teikiamos kitos (mokamos) paslaugos, nepriskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti. Paslaugų kainas nustato paslaugas teikiančios įstaigos vadovas.*

SSĮ projekto 2 straipsniu siūloma pakeisti SSĮ 49 straipsnio 5 dalį, nurodant, kad „*Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas negali būti reikalaujama jokio papildomo mokesčio*“, atsisakant šiuo metu galiojančios nuostatos, kad, „*jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys.*“

SSĮ projektu siūloma iš esmės keisti nuo Lietuvos nepriklausomybės atgavimo šalyje plėtojamą mišrų sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelį, panaikinant šiuo metu galiojančią nuostatą, leidžiančią pacientams, turintiems teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas ar procedūras, patiems apmokant jų faktinių ir bazinių kainų skirtumą. Taip pat siūloma panaikinti nuostatą, leidžiančią pacientams, turintiems teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirinkti papildomas paslaugas ar procedūras ir patiems jas apmokėti. Tokiu būdu **paneigiama Lietuvos gyventojų konstitucinė teisė pagal savo galimybes prisidėti prie savo sveikatos priežiūros bei pašalinama paskata rūpintis savo sveikata.**

SSĮ projektas prieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos (toliau – Konstitucija) 53 str. ir Konstitucinio Teismo suformuluotai sveikatos teisės oficialiai konstitucinei doktrinai.

Nors SSĮ projekto aiškinamajame rašte (toliau – **Aiškinamasis raštas**) nurodoma, kad SSĮ projektu siekiama įgyvendinti konstitucinį principą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymu turi būti nustatyta piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka, **Konstitucinis Teismas yra aiškiai nurodęs**, kad ši konstitucinė nuostata nereiškia, kad visa medicinos pagalba valstybinėse gydymo įstaigose turi būti besąlygiškai ir visiškai finansuojama tik iš valstybės biudžeto lėšų, priešingai, pagal Konstituciją, įstatymų leidėjas turi teisę nustatyti, kad **už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas ar už dalį paslaugų gali būti atsiskaitoma ir iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais** ir kt., be to, **asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisiniu reguliavimu turi būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata** (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas).

Aiškinamajame rašte teigiama, kad *Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 dalies nuostata, įtvirtinanti galimybę pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, teoriškai turėjo suteikti pacientams galimybę pasirinkti tam tikras paslaugas, tačiau praktikoje tapo neteisėto pacientų apmokestinimo įrankiu.* Taip pat nurodoma, kad reguliavimo pakeitimas būtinas dėl administracinio sunkumo, esą „sunku atriboti bazinę ir papildomą paslaugą“. Šie Aiškinamajame rašte pateikti teiginiai, kuriais grindžiamos SSĮ pataisos, parodo **ne pacientų galimybės pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas ar procedūras, ydingumą, bet valstybės institucijų, veikiančių sveikatos priežiūros sektoriuje, nenorą ar gebėjimo stoką apibrėžti valstybės pilnai finansuojamų ar iš dalies finansuojamų (dėl ribotų sveikatos priežiūrai skiriamų viešųjų finansinių išteklių) asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – ASPP) iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų apmokamo bazinio standarto ASPP apimtį, nomenklatūrą ir specifikacijas bei nustatyti šių ASPP ekonomiškai pagrįstus bazinius įkainius, apskaičiuotus remiantis skaidria ir aiškia metodika, apimančia jų teikimo kaštų visas sudėtines dalis bei pagrįstas jų kainas.** Todėl, ieškant sprendimų, turi būti sukurta veiksminga sveikatos apsaugos sistema bei **sudarytos tinkamos teisinės ir organizacinės prielaidos jai veikti**, o ne panaikinama šiuo metu galiojanti konstituciškai pagrįsta pacientų teisė prisidėti prie savo sveikatos priežiūros išlaidų, t. y., savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas ar procedūras bei patiems apmokėti jų faktinių ir bazinių kainų skirtumą, taip pat savo iniciatyva pasirinkti papildomas paslaugas ar procedūras ir patiems jas apmokėti. Priešingu atveju, **būtų paneigta Konstitucinio Teismo išaiškinta valstybės pareiga aiškiai apibrėžti privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuojamų ASPP apimtį.** Tai gali būti padaryta nurodant paslaugas, teikiamas apdraustiesiems už šio draudimo

lėšas, arba, priešingai, tas, kurių teikimo išlaidos iš draudimo lėšų nėra apmokamos ir už kurias turi būti sumokama iš privačių šaltinių, o jeigu tiksliai nurodyti neįmanoma, turi būti nustatyti pakankamai aiškūs kriterijai, pagal kuriuos būtų galima spręsti konkrečiu atveju (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas).

**Konstitucinis Teismas pažymėjo valstybės pareigą sukurti veiksmingą sveikatos apsaugos sistemą, grindžiamą konstituciniais solidarumo, socialinės darnos ir teisingumo imperatyvais, atsakingo valdymo, protingumo ir proporcingumo principais, kuri turi užtikrinti ne tik nemokamos pagalbos teikimą, bet ir realų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems pagal poreikius ir galimybes.**

Todėl, vietoje siūlomo absoliutaus uždraudimo, **būtina palikti šiuo metu galiojančią teisę**, leidžiančią pacientams savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas ar procedūras bei patiems apmokėti jų faktinių ir bazinių kainų skirtumą, taip pat, savo iniciatyva, pasirinkti papildomas paslaugas ar procedūras ir patiems jas apmokėti, **bei nustatyti aiškią, skaidrią, griežtą ir Konstitucijai neprieštaraujančią reguliavimo tvarką**. Tokie pakeitimai ne tik atitiktų Konstitucijos 53 straipsnio turinį ir Konstitucinio Teismo suformuotą sveikatos teisės doktriną, bet ir padidintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvos gyventojams bei užtikrintų jiems teisę rūpintis savo sveikata, prisidedant prie jos finansavimo pagal savo galimybes.

**SSĮ projektu pažeidžiamas konstitucinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo principas bei didinama socialinė atskirtis.** Įgyvendinus SSĮ projektą, pacientai netektų realios galimybės rinktis efektyvesnių, modernesnių, kokybiškesnių, todėl dažnai ir brangesnių, ASPP (diagnostikos, ištyrimo, gydymo būdų) net ir tais atvejais, kai turi galimybę dalinai prisidėti prie jų apmokėjimo, esant nepakankamam sveikatos priežiūros viešajam finansavimui. Siūlomas reglamentavimas nėra suderinamas su Konstitucijos 53 str. nuostata, kurią aiškindamas Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pažymėjo, kad, vykdydama konstitucinę funkciją rūpintis žmonių sveikata, valstybė turi:

- užtikrinti ne tik piliečiams teikiamos nemokamos medicinos pagalbos, bet ir kitų sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą;
- garantuoti, kad ASPP, kurių neapima piliečiams teikiama nemokama medicinos pagalba, būtų visiems, įskaitant socialiai jautriausias asmenų grupes, pagal poreikius vienodai prieinamos;
- sukurti tokią šių paslaugų finansavimo sistemą, kuri leistų sukaupiti jų teikimo išlaidoms apmokėti būtinas lėšas, kitaip – jeigu už šias paslaugas (visą jų kainą) asmenys turėtų sumokėti patys – jos galėtų būti neįperkamos, tad iš tikrųjų neprieinamos.

**Tuo tarpu SSĮ projektu siūlomas „viskas arba nieko“ modelis reiškia**, kad Lietuvos gyventojai, norėdami savo iniciatyva pasirinkti **brangesnes** (o dažnu atveju – kokybiškesnes, inovatyvesnes ar individualizuotas) ASPP, **privalės apmokėti visą jų kainą**, net jei jų dalį sudarytų **bazinė paslauga, apmokama PSDF biudžeto lėšomis**. Tokiu būdu būtų panaikintas šiuo metu galiojantis lankstus ir mišrus ASPP finansavimo modelis, kuomet pacientai gali primokėti tik **kainų skirtumą** tarp bazinės paslaugos (apmokamos PSDF biudžeto lėšomis) ir jų pasirinktos paslaugos faktinės kainos.

Tai reikštų, kad drausmingai mokantys sveikatos draudimo įmokas Lietuvos gyventojai, neturintys finansinių galimybių sumokėti visos brangesnės ASP kainos, netektų galimybės pasinaudoti valstybės kompensacija, sumokant tik kainų skirtumą, nes, tokiu atveju, turėtų sumokėti visą ASPP kainą arba iš viso atsisakyti šios, jų individualius sveikatos poreikius ir preferencijas labiau atliepiančios ASPP. Tokia situacija būtų ypač nepalanki



pacientams, uždirbantiems mažesnes pajamas, nors ir jie galėtų turimų finansų dalimi prisidėti prie savo gydymo finansavimo, pvz., primokant už pažangesnį, modernesnį tyrimo būdą, chirurginės operacijos tipą (pavyzdžiui, roboto chirurgiją), geresnės kokybės kojos protezą, akies lęšiuką ar pan., arba jie būtų priversti rinktis tik standartizuotas bazinio standarto ASPP, kurios ne visada atitinka konkretaus paciento sveikatos priežiūros individualizuotą poreikį, atsisakant personalizuotos sveikatos priežiūros.

**Tokia situacija ne tik pagilintų socialinę atskirtį, bet ir neigiamai paveiktų sveikatos sistemos veiksmingumą ir universalumą.**

**Taip SSĮ projektu siūlomas reguliavimas iš esmės paneigia Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime suformuotą nuostatą, kad valstybė privalo sukurti tokią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, kuri užtikrintų reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų finansinį prieinamumą (įperkamumą).** Konstitucinis Teismas aiškiai konstatavo, kad, jeigu už šias paslaugas (visą jų kainą) asmenys turėtų sumokėti patys – jos galėtų būti neįperkamos, tad iš tikrųjų neprieinamos (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas).

Be to, **SSĮ projektu siūlomas visiškas galimybės prisimokėti už brangesnes ar papildomas paslaugas eliminavimas paneigia ir asmeninės atsakomybės principą**, nors Konstitucinis Teismas aiškiai pabrėžė, kad solidarumo principas nepaneigia asmeninės atsakomybės už savo likimą (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas). Tuo tarpu **siūlomas reguliavimas**, vietoj to, kad skatintų gyventojus pagal išgales prisidėti prie savo sveikatos priežiūros kokybės, **faktiškai eliminuoja iš gyventojų galimybę prisidėti prie savo sveikatos priežiūros savais ištekliais bei paneigia ne tik konstituciškai pripažintą teisę, bet ir pareigą rūpintis savo sveikata.**

Uždraudus Lietuvos gyventojams galimybę prisimokėti už papildomas, kokybiškesnes ar individualizuotas ASPP, **dalys pacientų bus priversti atsisakyti jiems reikalingo gydymo arba bus priversti nelegaliais būdais (naudojantis pažintimis, už ASPP atsiskaitant neoficialiai „vokeliuose“, kt.) gauti ASPP greičiau, ar gauti individualizuotas, jiems geriau pritaikytas ASPP, kas neabejotinai dar labiau padidintų korupcijos ir nelegalių atsiskaitymų už ASPP mąstą sveikatos priežiūros sektoriuje.**

**SSĮ projektu siūlomas reguliavimas iš esmės paneigia ir pačią privalomojo sveikatos draudimo logiką.** Ignoruojuama tai, kad gyventojai, mokėdami privalomojo sveikatos draudimo įmokas, jau prisideda prie sveikatos sistemos finansavimo. Todėl **draudimas pacientams pasinaudoti net bazine PSDF biudžeto lėšomis apmokama brangesnės paslaugos dalimi, pažeidžia proporcingumo, teisingumo ir lygiateisiškumo principus.**

Toks diegiamas modelis **neigiamai paveiktų ne tik socialiai pažeidžiamiausias visuomenės grupes, bet ir viduriniąją klasę** – asmenis, kurie galėtų dalinai prisimokėti, bet **negali padengti visos paslaugos kainos.** Todėl jie būtų priversti rinktis tik bazines paslaugas, o tai didintų eiles paslaugoms, mažintų gydymo efektyvumą. Priešingai nei teigiama Aiškinamajame rašte, **toks reguliavimas ne tik kad nepagerintų gyventojų finansinės apsaugos, bet tik dar labiau ją pablogintų ir padidintų visuomenės grupių socialinę atskirtį siekiant gauti brangesnes, aukštesnės kokybės ASPP, medicinos priemones.**

Kaip yra išaiškinęs Konstitucinis Teismas, **valstybė**, pasirinkusi privalomojo sveikatos draudimo modelį, **privalo užtikrinti vienodą prieinamumą prie kokybiškų paslaugų, tačiau kartu turi teisę nustatyti, kad tam tikros paslaugos**

**būtų dalinai finansuojamos iš privačių šaltinių** (pvz., savanoriškojo draudimo ar tiesioginių asmens lėšų). Toks modelis turi užtikrinti pusiausvyrą tarp visuomenės solidarumo ir individualios atsakomybės.

Aiškinamajame rašte teigiama, kad *siūlomas reguliavimas sumažins Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos administracinę naštą prižiūrint (kontroliuojant) PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų (pacientui nemokamų paslaugų) teikimą*, tačiau administraciniai iššūkiai negali paneigti ne tik pacientų pamatines konstitucines teises, bet ir iškreipti visą sveikatos sistemą.

**SSĮ projektu ne tik siūlomi pakeitimai, kurie prieštarauja sveikatos teisės konstitucinei doktrinai, bet ir sukuriamas akivaizdi teisinė kolizija tarp skirtingų to paties įstatymo nuostatų bei pažeidžiami konstituciniai teisėtų lūkesčių principai.**

SSĮ projektas akivaizdžiai prieštarauja **galiojančio Sveikatos sistemos įstatymo 38 str. 1d. 6p., kuriame nustatyta, kad lėšos už mokamas paslaugas yra vienas iš LNSS vykdomųjų subjektų vykdomos sveikatos priežiūros ir teikiamų paslaugų finansavimo šaltinių.**

Panaikinus SSĮ nuostatą dėl galimybės teikti kitas (mokamas) paslaugas, kurios nepriskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti, taip pat išbraukus aiškią nuostatą, leidžiančią pacientams savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas ar procedūras bei patiems apmokėti jų faktinių ir bazinių kainų skirtumą, taip pat savo iniciatyva pasirinkti papildomas paslaugas ar procedūras ir patiems jas apmokėti, **nebelieka aiškaus įstatyminio pagrindo, kas laikoma mokamomis paslaugomis ir kokiomis sąlygomis jos gali būti teikiamos.**

Todėl kyla teisinė kolizija tarp dviejų to paties įstatymo nuostatų: viena – leidžia gyventojams susimokėti už mokamas paslaugas, kita (SSĮ projektu siūloma) – tokia teisė naikinama.

Pažymėtina, kad SSĮ projektu siūloma keisti jau ilgą laiką galiojančias nuostatas, kurios yra įsitvirtinusios tiek ASPĮ (viešųjų, privačių) veikloje, tiek pacientų ilgametėje ASPP gavimo patirtyje.

2024 m. birželio 25 d. Seime priimtame Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatyme Nr. XIV-2790<sup>1</sup>, kuris įsigalios tik nuo 2025 m. liepos 1 d., nuostatos dėl galimybės teikti papildomas paslaugas išliko ir nebuvo naikinamos. **Dar net neįsigaliojus šiam teisės aktui, jau siūlomas naujas pakeitimas, kuriuo iš esmės siekiama keisti tas pačias nuostatas, o tai pažeidžia pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teisėtų lūkesčių principą.**

Tokia situacija prieštarauja konstituciniam teisinės valstybės principui. Konstitucinis Teismas ne kartą yra pabrėžęs kad vienas esminių Konstitucijoje įtvirtinto teisinės valstybės principo elementų yra **teisinis tikrumas ir teisinis aiškumas**, kuris reikalauja, kad **teisinis reguliavimas būtų aiškus, nuoseklus, tarpusavyje neprieštaringas, o teisės**

<sup>1</sup> <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/512c9e407cb811ef84ff9693ecd03ff5>



**normos – tiksliai suformuluotos ir nenumatytų dviprasmybių** (Konstitucinio Teismo 2003m. gegužės 30d., 2004m. sausio 26., 2008m. gruodžio 24d., 2009m. birželio 22d. nutarimai).

Konstitucinis Teismas taip pat pabrėžė, kad **teisėtų lūkesčių apsauga ir teisinis saugumas suponuoja valstybės pareigą gerbti teisėtus interesus bei užtikrinti teisinio reguliavimo stabilumą** (Konstitucinio Teismo 2007 m. spalio 24 d., 2011 m. gegužės 31 d., 2012 m. vasario 27 d. nutarimai).

Tuo tarpu siūlomu reguliavimu **būtų paneigti susiformavę teisėti pacientų ir ASPP teikėjų lūkesčiai, kurie ilgus metus buvo grindžiami Konstitucinio Teismo suformuota sveikatos teisės oficialia konstitucine doktrina, galiojančiu įstatymu bei nusistovėjusia praktika**. Panaikinus gyventojams galimybę savo iniciatyva sumokėti už papildomas ar brangiau kainuojančias paslaugas, taip pat panaikinus LNSS vykdomųjų subjektų teisę teikti tokias mokamas paslaugas, **būtų sugriautas ilgalaikis reguliavimo stabilumas**, kuris ypač svarbus sveikatos apsaugos srityje dėl šios srities jautrumo visuomenės interesams ir būtinybės užtikrinti pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema.

**SSĮ projektu taip pat iš esmės pažeidžiami Konstitucijoje įtvirtinti ūkinės veiklos laisvės, investicinio stabilumo ir proporcingumo principai.**

Pagal Konstitucijos 46 str., ūkinė veikla Lietuvoje yra grindžiama laisvės ir iniciatyvos principais, o valstybė reguliuoja ekonominę veiklą tik tiek, kiek būtina svarbiems visuomenės interesams užtikrinti. Tai reiškia, kad bet kokie ūkinės laisvės ribojimai turi būti proporcingi, pagrįsti, nediskriminuojantys ir atitinkantys teisėtų lūkesčių bei teisinio tikrumo principus.

Tuo tarpu SSĮ projekte siūlomi ribojimai LNSS vykdomiems subjektams teikti kitas (mokamas) paslaugas, kurios nepriskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti bei draudimas priimti mokėjimus iš pacientų už jų pasirinktas kokybiškesnes alternatyvas – yra pertekliniai, neproporcingi ir nepagrįsti.

**Tokie ribojimai ne tik pažeidžia konstitucinę ūkinės veiklos laisvę, bet ir sukuria teisinį neapibrėžtumą bei reguliacinės aplinkos nestabilumą.** Kaip ne kartą yra pažymėjęs Konstitucinis Teismas, vienas esminių Konstitucijoje įtvirtinto teisinės valstybės principo elementų yra **teisinis tikrumas ir teisinis aiškumas**, kuris reikalauja, kad teisinis reguliavimas būtų aiškus, nuoseklus, tarpusavyje neprieštaringas, o teisės normos – tiksliai suformuluotos ir nenumatytų dviprasmybių (Konstitucinio Teismo 2003m. gegužės 30d., 2004m. sausio 26., 2008m. gruodžio 24d., 2009m. birželio 22d. nutarimai).

**Konstitucinis Teismas ne kartą yra pabrėžęs, kad taikomos priemonės turi būti proporcingos teisėtam tikslui**, t. y. jos negali varžyti konstitucinių teisių daugiau, nei tai būtina. Tuo tarpu **SSĮ projekte siūlomas draudimas** pacientui net ir dalinai prisimokėti už efektyvesnę ar papildomą paslaugą (net jeigu bazinė jos dalis yra apmokama iš PSDF) – yra krašutinė ir neproporcinga priemonė. Siekiant išvengti piktnaudžiavimo ar aiškumo stokos, turėtų būti tobulinamas reguliavimas, bet ne diegiamas visuotinis draudimas.

SSĮ projektu siūlomi ribojimai ne tik pažeidžia konstitucinę ūkinės veiklos laisvę, bet ir sukuria teisinį neapibrėžtumą bei reguliacinės aplinkos nestabilumą, mažinantį investuotojų pasitikėjimą Lietuva kaip patikima partnere, turinčią

stabilią teisinę sistemą. Todėl **SSĮ projektu siūlomas reguliavimas gali turėti ilgalaikių neigiamų pasekmių visai Lietuvos sveikatos sistemos plėtrai, Lietuvos ir užsienio šalių investicijų pritraukimui.**

Privačios ASPĮ, teisėtai investavusios į infrastruktūrą, inovacijas, naujas paslaugas ir aukštos profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistus, pagal galiojusį reguliavimą, **pagrįstai tikėjosi stabilios ir nuspėjamos veiklos aplinkos.**

**Staigus reguliavimo pakeitimas siunčia aiškų signalą apie reguliacinės aplinkos nestabilumą, neprognozuojamumą ir politinės valios stoką laikytis nuoseklumo sveikatos sektoriaus politikoje,** o tai pažeidžia teisėtus lūkesčius, kelia riziką jau atliktoms investicijoms ir gali lemti jų ekonominį neefektyvumą. Investuotojai, įsigiję įrangą, plėtę infrastruktūrą ir kūrę papildomas paslaugas pacientams, bus priversti sustabdyti veiklos plėtrą, mažinti sąnaudas, kurios pirmiausia paliestų darbuotojų atlyginimus, infrastruktūros atnaujinimą, paslaugų inovacijas. Tokios priemonės tiesiogiai silpnintų sektoriaus patrauklumą, mažintų konkurencingumą ir galėtų lemti ne tik sveikatos priežiūros kokybės blogėjimą, bet ir aukštos kvalifikacijos medikų emigravimą į užsienio šalis.

**Dėl to SSĮ projektu siūlomas reguliavimas nėra tik įstatymo pakeitimas – tai sisteminis grįžimas atgal,** paneigiantis tiek teisinės valstybės principus, tiek Lietuvos gyventojų, tiek sveikatos priežiūros įstaigų teises, pareigas ir jų teisėtus lūkesčius.

## **DĖL VYRIAUSYBĖS PROGRAMOS**

Teigiama, kad Įstatymų projektais siekiama įgyvendinti Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimu Nr. XV-54, 232 punkto priemonę „*Užtikrinsime, kad pacientai nemokėtų priemonų už sveikatos draudimu garantuotas biudžeto apmokamas paslaugas*“.

**Sutinkame, kad pacientai neturi mokėti priemonų už sveikatos draudimu garantuotas, PSDF biudžeto apmokamas ASPP** - tai atitinka Konstitucinio Teismo išaiškinimus ir konstitucinius teisingumo bei socialinės apsaugos principus. Tačiau siūlomi pakeitimai neatitinka deklaruojamo Vyriausybės programos tikslo, nes esminė problema yra ne gyventojų papildomi mokėjimai, o veiksmingo ir aiškaus šių mokėjimų reglamentavimo bei efektyvaus kontrolės mechanizmo trūkumas. Todėl negalima nepagrįstai paneigti konstitucinės pacientų teisės savo iniciatyva pasirinkti brangesnes ar papildomas ASPP, kurių suteikimas reikalauja papildomų investicijų, resursų ar užtikrina aukštesnę paslaugų kokybę ir kurių nėra pajėgi finansuoti valstybė pilna apimtimi dėl ribotų viešųjų finansų.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad SSĮ projektas negali būti toliau svarstomas tokia forma, kokia yra teikiamas, ir turi būti iš esmės peržiūrėtas, atsižvelgiant į konstitucinės teisės reikalavimus, proporcingumo standartus bei ilgalaikės sistemos stabilumo ir pacientų gerovės principus.

Pagarbiai



Dr. L. Paškevičius

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas



## LIETUVOS SAVIVALDYBIŲ ASOCIACIJA

Kodas 124111348, Gynėjų g. 16, LT-01109 Vilnius, tel. (8 5) 261 6063,  
el. p. bendras@lsa.lt, atsisk. sąsk. LT287044060001377867 AB SEB bankas, banko kodas 70440

---

Sveikatos apsaugos ministerijai

2025-04- Nr. SD-2025/

### DĖL LIETUVOS SAVIVALDYBIŲ ASOCIACIJOS POZICIJOS

Lietuvos savivaldybių asociacija (LSA) informuoja, kad LSA sveikatos reikalų komitete bei LSA valdyboje buvo svarstytas klausimas dėl priemonių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektai).

Klausimo svarstymo metu iškilo neaiškumų dėl keičiamų įstatymų bei jų įgyvendinimo. Svarbu pabrėžti, kad įstatymų pakeitimai glaudžiai susiję su Valstybinės ligonių kasos naująja paslaugų apmokėjimo tvarka, kurioje Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigoms nustatytos viršsutartinių paslaugų apmokėjimo ribos, kuomet atitinkamos viršsutartinės paslaugos bus apmokamos tik 70 proc. (stacionarinė reabilitacija, KT, MRT, kitos konsultacijos) ir 30 proc. (stacionarinės paslaugos). Savivaldybėms nėra aišku, kaip turės būti teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos gyventojams nesant finansavimui - pacientai negalės laiku gauti reikiamų konsultacijų, tyrimų ar gydymo. Finansavimo trūkumas neišvengiamai paveiks galimybę teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas. Atsakymų neturėjimas sukelia įtampą savivaldybėse bei jų sveikatos priežiūros įstaigose.

Valdyba pasiūlė LSA vadovybei artimiausiu metu susitikti su Sveikatos apsaugos ministre ir išsiaiškinti rūpimus klausimus.

Direktorė

Roma Žakaitienė



## LIETUVOS RESPUBLIKOS VIDAUS REIKALŲ MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Šventaragio g. 2, 01510 Vilnius,  
tel.: +370 5 271 7154 / 271 7130,  
el. p. bendrasisd@vrm.lt, el. pristatymo dėžutės adresas 188601464  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188601464

---

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos  
ministerijai

Nr.  
I 2025-03-26 Nr. 10-1052

### DĖL TEISĖS AKTŲ PROJEKTŲ DERINIMO

Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, įvertinusi derinti pateiktus, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektus ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“ projektą, informuoja, kad pastabų ir pasiūlymų dėl jų neturi.

Vidaus reikalų viceministras (-ė)

V. Ališauskaitė, tel. (0 5) 271 8953, el. p. [vaida.alisauskaite@vrm.lt](mailto:vaida.alisauskaite@vrm.lt)



Asociacija Lietuvos Medikų Sąjūdis  
Jogailos g. 4, Vilnius  
Kodas 304715485  
Sąskaitos Nr. LT55 7044 0600 0819 4347  
info@medikusajudis.lt

Lietuvos Respublikos Prezidentui  
el.paštas: [kanceliarija@prezidentas.lt](mailto:kanceliarija@prezidentas.lt)

Lietuvos Respublikos Vyriausybei  
el.paštas: [lvkanceliarija@lv.lt](mailto:lvkanceliarija@lv.lt)

Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetui  
el.paštas: [sveikrkt@lrs.lt](mailto:sveikrkt@lrs.lt)

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai  
el. paštas: [ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt)

2025-04-10 Nr. 25/5

*Teikiama el. paštu.  
Originalas siunčiamas nebus.*

## LIETUVOS MEDIKŲ SĄJŪDŽIO NUOMONĖ BEI PASIŪLYMAI

Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo Nr I-552 pakeitimo projekto (registracijos Nr. 25-5264) bei susijusių, kartu teikiamų projektų, reguliuojančių pacientų teisę pasirinkti papildomas paslaugas

Lietuvos medicų sąjūdžio (toliau - LMS) valdyba, reaguodama į 2023-03-28 d. įregistruotą Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau - SSĮ) Nr. I-552 11 straipsnio ir 49 straipsnio 5 dalies pakeitimo įstatymo projektą ir susijusius projektus, iš dalies pritardama priemonių reglamentavimo tikslui, nurodo aiškiai įžvelgiamą pacientų teisių pažeidimo riziką, o taip pat visų nuosavybės tipų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) finansinio nestabilumo riziką.

**LMS nuomone, siekiant konstruktyvios diskusijos, būtina atskirti priemonių ir papildomų mokamų paslaugų sąvokas.**

- I. LMS pritaria principinei nuostatai visų nuosavybės tipų įstaigose vienodai riboti priemokas, teikiant aiškiai reglamentuotas bazines medicines paslaugas, už kurias Valstybinė ligonių kasa (toliau VLK) pilnai sumoka iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau PSDF).

- II. Iš kitos pusės, LMS, atstovaudamas pacientų tikslą gauti kokybiškas medicininės paslaugas bei medikų tikslą optimalias paslaugas teikti, griežtai prieštarauja paciento teisės į kokybiškiausią šiuolaikinę diagnostiką bei gydymą ribojimui. Pacientų teisė būtų grubiai pažeista, uždraudus pacientams savo iniciatyva ir savo lėšomis pasirinkti papildomas mokamas paslaugas, neįeinančias į bazinės paslaugos apimtį.

Pažymėtina, kad iki šiol daugelio bazinių paslaugų, pvz. išsamių konsultacijų, sudėtis nėra aiškiai nustatyta\*. Todėl, prieš įvedant SSĮ pakeitimus, koreguojančius mokamų paslaugų tvarką, prašome įpareigoti VLK tiksliai reglamentuoti bazinių paslaugų apimtį.

Primename, jog 2013.05.16 Konstitucinio teismo nutarime yra įpareigojimas: „*Pasirinkęs privalomąjį sveikatos draudimą kaip vieną iš sveikatos priežiūros finansavimo šaltinių, įstatymų leidėjas turi aiškiai apibrėžti šio draudimo lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį*“.

*\*primename, kad, nežiūrint daug metų teikiamų pastabų, iki šiol VLK suformuluoti kai kurių paslaugų aprašai išlaiko manipuliacinę formą. Pavyzdys: į išsamos specialisto konsultacijos apimtį gali įeiti nuo 2 iki 13 instrumentinių tyrimų bei laboratoriniai tyrimai už fiksuotą 69,62 eurų įkainį. Teikiant pacientui daugiau, negu 2 instrumentinius tyrimus, įstaiga neišvengiamai patiria finansinį nuostolį;*

- III. LMS valdyba įžvelgia ASPĮ finansinio nestabilumo bei specialistų stokos didėjimo riziką. Uždraudus galimybę teikti papildomas mokamas paslaugas, kyla rizika darbuotojų atlyginimo nestabilumui bei regioninių antrinio lygio ASPĮ išlikimui.

ASPĮ galimybės kaupti finansinį rezervą jau smarkiai sumažėjo dėl 2025-01-01 įsigaliojusio įstatymo, kuriuo panaikintos pelno mokesčio lengvatos sveikatos priežiūros įstaigoms. Papildomas neigiamas finansinis veiksnys - šių metų kovo mėn. Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje bei Nacionalinėje bendradarbiavimo platformoje VLK pristatyti sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo pokyčiai, kurie numato mažinamą virškovotinių paslaugų apmokėjimą, o tai reiškia, kad pajamų iš PSDF ASPĮ šiemet gaus mažiau, negu pernai.

Dėl aukščiau minėtų priežasčių įstaigoms būtinos sąlygos užtikrinti pastovų, teisėtą ir skaidrų papildomų paslaugų apmokėjimo mechanizmą, kuris leistų užtikrinti motyvuojantį darbuotojų atlyginimą bei kokybišką paslaugų teikimą.

Jei bus mažinami darbuotojų atlyginimai, didės jaunų specialistų ir slaugytojų emigracija, o pastarųjų trūkumas jau dabar yra kritinis.

#### Konstitucinio teismo 2013 m gegužės 16 d nutarime konstatuota:

“Pažymėtina, kad valstybės pareiga sukurti visuomenės solidarumu pagrįstą sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistemą, kuri leistų užtikrinti pakankamą sveikatos priežiūros prieinamumą, negali būti aiškinama taip, esą visuomenė turi prisiimti visų įmanomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo naštą. Šioje srityje būtina rasti sprendimus, užtikrinančius pusiausvyrą tarp asmens, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento), ir visos visuomenės interesų.

Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad pilietinėje visuomenėje solidarumo principas nepaneigia asmeninės atsakomybės už savo likimą. Asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisiniu reguliavimu turėtų būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata, prisiimti pareigą pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, atsakingai ir racionaliai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Taigi, pagal Konstituciją įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti ir tai, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas turi būti atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais ir kt.”

#### IV. LMS valdybos pasiūlymai:

1. Aiškiai atskirti **priemokų** prie bazinių PSDF paslaugų ir **papildomų mokamų paslaugų** (medicininių ir nemedicininių) sąvokas.
2. Siūlome atidėti SSJ pakeitimų svarstymą, kol nebus aiškiai reglamentuoti PSDF apmokamų **bazinių** paslaugų aprašai – be galimybės neribotai plėsti jų apimtį.
3. Prašome įpareigoti VLK **naikinti balą** ir kompensuojamąsias balo dalis ir pateikti stabilius įkainius eurais, taip skaidrinant PSDF lėšų naudojimą paslaugoms apmokėti ir sudarant sąlygas ASPJ planuoti stabilias pajamas (primename, kad iki šiol medicininių paslaugų įkainiai VLK nustatomi ne eurais, o balais, kurių vertė ne kartą yra kritusi žemiau euro vertės).
4. Palikti teisę visoms ASPJ neribotai teikti virškovines mokamas bazines paslaugas.
5. Palikti pacientams teisę rinktis papildomas mokamas paslaugas, gaunant PSDF apmokamą bazinę paslaugą, o visų nuosavybės formų ASPJ – įkainoti paciento papildomai pasirinktas paslaugas, kurios neįeina į bazinę, PSDF apmokėtą paslaugos apimtį.
6. Siūlome leisti apmokestinti tokias papildomų paslaugų kategorijas, išlaikant paciento teisę gauti bazinę PSDF apmokamą paslaugą:
  - paciento pageidavimu atliekami papildomi instrumentiniai tyrimai;
  - paciento sprendimas rinktis brangesne aparatūra atliekamą instrumentinį tyrimą, kai yra keli pasirinkimo variantai;
  - paciento pasirinkti brangesni arba nebūtini laboratoriniai tyrimai, kurių nepadengia VLK nurodyti paslaugų įkainiai;
  - paciento pasirinkti brangesni ir kokybiškesni implantuojami gaminiai, pvz. lęšiukai, protezai ir kt.;
  - paciento pasirinktos brangesnės vakcinos;
  - konkrečios specialisto pavardės, mokslinio ar pedagoginio laipsnio pasirinkimas, atsisakant greičiau prieinamos kito specialisto konsultacijos;
  - antra specialisto nuomonė, kai jau suteikta bazinė konsultacija;
  - konsultacijos nedarbo valandomis ir poilsio dienomis;
  - įvairios paciento pasirinktos komforto paslaugos (VIP palatos, pagerintas maitinimas, papildomos administracinės paslaugos, kopijavimas, vizito laiko keitimas ir t.t.)

Prašome įpareigoti VLK ir SRK organizuoti platų minėto projekto aptarimą su visomis pacientus, medikus bei visų tipų ASPJ atstovaujančiomis organizacijomis.

Tikime, kad racionalus, aiškus ir pagrįstas bazinių nemokamų paslaugų bei papildomų mokamų paslaugų reglamentavimas būtų naudingas tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros įstaigoms. Tikimės konstruktyvaus dialogo šiuo klausimu ir esame pasiruošę prisidėti prie sprendimų paieškos.

Lietuvos medikų sąjūdžio valdybos pirmininkė

Auristida Gerliakienė





2025 m. balandžio 11 d.

**Lietuvos Respublikos Vyriausybei**[LRV/kanceliarija@lr.lt](mailto:LRV/kanceliarija@lr.lt)**Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai**[ministerija@sam.lt](mailto:ministerija@sam.lt)**Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministerijai**[kanc@eimin.lt](mailto:kanc@eimin.lt)**DĖL TEIKIAMŲ DERINTI ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ**

Asociacija „Investors' Forum“ (toliau – **Asociacija**), kuri yra didžiausių ir aktyviausių Lietuvos ekonomikos investuotojų verslo asociacija, vienijanti, be kita ko, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, teikia pastabas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **SAM**) pateiktų derinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projekto (toliau visi kartu – **Projektai**).

Asociacijos vieni iš pagrindinių tikslų yra prisidėti prie teisėkūros procesų, siekiant užtikrinti stabilią, nuspėjamą ir nuoseklią teisėkūrą, skaidrią ir konkurencingą verslo aplinką Lietuvoje. Teikiami derinti projektai kelia didelį nerimą, kad ir taip šiuo metu ribotos vertės investicijos sveikatos priežiūros sektoriuje dar labiau mažės, o tai darys įtaką ne tik teikiamų sveikatos paslaugų prieinamumui, kokybei, tinkamam visuomenės sveikatos užtikrinimui, bet dar labiau pagilins jau esamas problemas – dar didės gydytojų, slaugytojų emigracija, didės eilės, mažės investicijos, bus skatinamas šešėlio ir korupcijos atsiradimas.

**Siekiant spręsti Projektų rengėjų įvardijamas problemas, turi būti kuriama veiksminga sveikatos apsaugos sistema, užtikrinant tinkamas teises ir organizacines sąlygas jos funkcionavimui, o ne naikinama šiuo metu galiojanti, Konstitucinio Teismo pripažinta pacientų teisė prisidėti prie gydymo paslaugų ir sveikatos sistemos stiprinimo. Tai apima ir paciento galimybę savo iniciatyva rinktis brangesnes paslaugas, medžiagas ar procedūras bei apmokėti kainų skirtumą, taip pat įsigyti papildomas paslaugas. Priešingu atveju būtų pažeista Konstitucinio Teismo suformuluota nuostata, jog valstybė privalo aiškiai apibrėžti paslaugų, finansuojamų iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų, apimtį.**

Pateikiame mūsų pagrindinių pastabų santrauką:

1. **Ignoruojami Konstitucinio Teismo išaiškinimai dėl privačios medicinos reikšmės**, asmens pareigos rūpintis savo sveikata bei galimybės savanoriškai finansuoti sveikatos priežiūrą. Projektais paneigiama pacientų teisė prisidėti prie gydymo išlaidų, kurią yra pripažinęs Konstitucinis Teismas – tai prieštarauja konstitucinei doktrinai.
2. **Pažeidžiamas teisėtų lūkesčių principas** – iki šiol valstybė skatino privačias iniciatyvas, todėl staigus jų ribojimas nesuderinamas su teisinio tikrumo ir pasitikėjimo principu.
3. **Nesilaikoma ūkinės veiklos laisvės principų**, kaip juos supranta tiek Konstitucinis Teismas, tiek ES Teisingumo Teismas – siūlomi ribojimai neproporcingai varžo ASPĮ galimybes veikti ir pasiūlyti papildomas paslaugas.
4. **Nustatoma diskriminacija privačių ASPĮ atžvilgiu**, nes viešosios įstaigos gauna viešą finansavimą, o privatioms faktiškai užkertamas kelias veikti rinkos sąlygomis, apribojant jų galimybes investuoti ir plėtoti infrastruktūrą.
5. **Mažinamos paskatos investuoti į sveikatos paslaugų kokybės gerinimą** – be galimybės gauti grąžą už papildomas ar kokybiškesnes paslaugas, investicijos į šiuolaikišką infrastruktūrą ir kvalifikacijos kėlimą taps ekonomiškai nepagrįstos.

6. **Nustatomi paslaugų įkainiai yra neadekvatūs** ir dažnu atveju nepadengia net pagrindinių kaštų, o tai ypač aktualu privačioms ASP], kurios neturi prieigos prie biudžetinių išteklių.
7. **Didėsiantis specialistų trūkumas** – dėl derinamos iniciatyvos šis trūkumas tik didės, negalint mokėti adekvačių atlyginimų specialistams.
8. **Apribojama galimybė teikti personalizuotas paslaugas**, neatsižvelgiant į individualius paciento poreikius.
9. **Didėsiiančios eilės.**

Prieš teikiant konkrečias pastabas pabrėžtina, kad Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime nurodoma: „Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad pilietinėje visuomenėje solidarumo principas nepaneigia asmeninės atsakomybės už savo likimą; pripažinti abipusę asmens ir visuomenės atsakomybę yra svarbu užtikrinant socialinę darną <...>. Asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisinių reguliavimų turėtų būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata, prisiimti pareigą pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, atsakingai ir racionaliai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Taigi pagal Konstituciją įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti ir tai, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas turi būti atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais ir kt.“. Taigi, tiesiogiai akcentuojamas privачios medicinos skatinimas ir pačių Lietuvos gyventojų prisidėjimas prie rūpinimosi savo sveikata ir sveikatos sistemos kūrimo.

Konstitucinis Teismas vėliau 2014 m. gegužės 6 d. sprendime ankstesnio 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo aiškinimą plėtojo nurodant, kad „tai, kad įstatymų leidėjas, turintis pareigą numatyti visuomenės solidarumo grindžiamą būdą sukaupiti reikiamas viešąsias lėšas pakankamam sveikatos priežiūros paslaugų, kurių neapima piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, prieinamumui užtikrinti, yra pasirinkęs privalomąjį sveikatos draudimą, nepaneigia galimybės numatyti ir kitas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo formas; kiekvienas asmuo turi rūpintis savo sveikata, pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, taigi inter alia gali savanoriškai papildomai drausti savo sveikatą, apmokėti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (jų dalį), teikiamas tiek valstybinėse, tiek kitose sveikatos priežiūros įstaigose“.

Taigi, 2013 m. gegužės 16 d. nutarime Konstitucinis Teismas akcentavo, kad teisės aktai turi skatinti asmenis atsakingai rūpintis savo sveikata, racionaliai naudotis paslaugomis ir prisidėti prie jų finansavimo, įskaitant ir privačius finansavimo šaltinius, kaip savanoriškas draudimas ar tiesioginiai mokėjimai. Tai reiškia, kad privati medicina yra pripažįstama kaip teisėta ir svarbi sveikatos sistemos dalis.

2014 m. gegužės 6 d. sprendime šios nuostatos dar labiau išplėtojamoms – pabrėžiama, kad privalomasis sveikatos draudimas kaip pagrindinis finansavimo būdas neprieštarauja galimybei egzistuoti ir kitoms finansavimo formoms. Asmenys gali papildomai draustis ar apmokėti paslaugas tiek valstybinėse, tiek privačiose gydymo įstaigose.

Apibendrinant, **Konstitucinis Teismas privačiai medicinai ir gyventojų prisidėjimui prie sveikatos sistemos kūrimo suteikia svarbią vietą, laikydamas tai sudėtine, teisėta ir skatintina nacionalinės sveikatos sistemos dalimi, prisidedančia prie socialinės darnos ir efektyvesnio išteklių naudojimo.**

1. Priešingai nei nurodyta Konstitucinio Teismo išaiškinimuose, **Projektais sukuriamas reglamentavimas paneigs tiek privачios medicinos iniciatyvas, tiek ir pacientų prisidėjimą prie rūpinimosi savo sveikata ir sveikatos sistemos kūrimo bei stiprinimo.**

Asociacija įsitikinusi, kad šiuo metu valstybė dar neturi tokių išteklių, kad sveikatos sistemos kūrimas būtų finansuojamas išimtinai viešosiomis lėšomis, už paslaugas mokant net ne realias rinkos, tačiau bazines kainas. Atvirkščiai, skatinant privачias iniciatyvas ir pacientų prisidėjimą prie paslaugų gavimo, būtų galimas savalaikės, subalansuotos, tolygų krūvį turinčios sveikatos sistemos kūrimas.

Be to, pacientų prisidėjimas prie sveikatos sistemos išlaikymo yra normali praktika daugelyje ES valstybių narių. Pavyzdžiui, kaimyninėje Latvijoje pacientai turi papildomai sumokėti 5-50 eurų už

visas gaunamas paslaugas. Taip užtikrinamas ne tik pacientų indėlis į sveikatos sistemą, tačiau yra kartu ir kontroliuojama, kad paslaugos būtų vartojamos saikingai.

Nagrinėjamu atveju bus skatinama ne kas kita kaip tik dar didesnis vartojimas, sukuriant perteklinį ir besaikį naudojimąsi sveikatos paslaugomis. Asociacija laikosi nuomonės, kad, siekiant suderinamumo su minėtais Konstitucinio Teismo išaiškinimais, turėtų būti ieškoma konkrečių būdų, kaip pacientas galėtų prisidėti prie sistemos išlaikymo, būtų skatinamos privačių ASPĮ investicijos, plėtojamas privatus draudimas.

2. Apibendrinant Konstitucinio Teismo išaiškinimus, matyti, kad Projektais **pažeidžiamas konstitucinis teisėtų lūkesčių principas**. Konstitucinis Teismas yra pripažinęs, kad sveikatos sistema turi būti grindžiama ne tik visuomenės solidarumu, bet ir asmens atsakomybe bei galimybe prisidėti prie sistemos finansavimo privačiais ištekliais. Tai sudarė pagrįstus lūkesčius, jog privačios ASPĮ galės visaverčiai veikti greta valstybinio sektoriaus, o tokios iniciatyvos kaip savanoriškas sveikatos draudimas – plėtotis ir kurti prieinamas sveikatos gerinimo sąlygas gyventojams.

Projektais, kuriais ribojamos ar mažinamos privačių ASPĮ galimybės dalyvauti sistemoje, šie lūkesčiai yra paneigiami. Tai kelia teisės aiškumo ir pasitikėjimo teisine sistema klausimus, ypač turint omenyje, kad iki šiol valstybė pati skatino privačių iniciatyvų įtraukimą į sveikatos sistemos vystymą.

3. **Projektas siūlomas teisinis reguliavimas kelia pagrįstų abejonių dėl jo suderinamumo su konstituciniu ūkinės veiklos laisvės principu. Pažymėtina, kad ASPĮ papildomoms komercinėms paslaugoms yra taikomi konkurencijos principai.**

Projektas yra **uždraudžiama ASPĮ vykdyti savo įprastinę ūkinę veiklą tam tikroje apimtyje, uždraudžiant teikti konkrečias šiuo metu teisėtai teikiamas paslaugas**. Kitaip tariant, pacientui atvykus gauti konkrečios paslaugos su siuntimu, ASPĮ jam jokių papildomų paslaugų siūlyti negalės, o šios papildomos paslaugos galės būti teikiamos pacientui mokant už paslaugą visą kainą (t.y. neturint siuntimo). Pacientas, turėdamas siuntimą ir norėdamas šias papildomas paslaugas įsigyti, to padaryti paprasčiausiai negalės (pvz. negalės įsigyti komforto paslaugų).

Europos Sąjungos Teisingumo Teismas (toliau – **Teisingumo Teismas**) yra nurodęs, kad asmens ūkinės veiklos laisvė, be kita ko, turėtų būti suprantama kaip teisinių galimybių visuma, sudaranti prielaidas asmeniui savarankiškai priimti jo ekonominei ar komercinei veiklai reikalingus sprendimus<sup>1</sup>. Pagal Teisingumo Teismą asmens ūkinės veiklos laisvės ribojimai galimi tik tuo atveju, jei šie apribojimai numatyti įstatyme, pagrįsti siekiu apsaugoti svarbius viešuosius interesus, nediskriminaciniai ir proporcingi siekiamam tikslui<sup>2</sup>.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 46 straipsnyje, *inter alia*, yra numatyta, kad Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva; taip pat, kad įstatymas draudžia monopolizuoti gamybą ir rinką, saugo sąžiningos konkurencijos laisvę.

Konstitucinis Teismas dėl Konstitucijos 46 straipsnio yra konstatavęs, kad „[a]smens ūkinės veiklos laisvė sudaro sąlygas įgyvendinti įvairius asmens siekius. Pagal Konstituciją asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva yra grindžiamas tautos ūkis, todėl negali būti nustatytas toks teisinis reguliavimas, kuriuo ūkinės veiklos laisvei įgyvendinti būtų sudarytos netinkamos sąlygos“<sup>3</sup>. Remiantis Konstitucinio Teismo jurisprudencija, asmens ūkinės veiklos laisvė, be kita ko, turėtų būti suprantama, kaip teisinių galimybių visuma, sudaranti prielaidas asmeniui savarankiškai priimti jo ūkinei veiklai reikalingus sprendimus<sup>4</sup>. Į ūkinės veiklos laisvės sampratą patenka laisvė asmeniui nusistatyti jam priimtinausias ūkinės veiklos sąlygas.

<sup>1</sup> Žr., pvz., 2013 m. sausio 22 d. Teisingumo Teismo sprendimo *Sky Österreich*, C-283/11, EU:C:2013:28, 42 punktą; 2016 m. gruodžio 21 d. Sprendimo *AGET Iraklis*, C-201/15, EU:C:2016:972, 67 punktą.

<sup>2</sup> Žr., pvz., 2013 m. sausio 31 d. Teisingumo Teismo sprendimo *McDonagh*, C-12/11, EU:C:2013:43, 61 punktą; 2016 m. gruodžio 21 d. Sprendimo *AGET Iraklis*, C-201/15, EU:C:2016:972, 70 punktą.

<sup>3</sup> Žr. Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimą.

<sup>4</sup> Žr., pvz., Konstitucinio Teismo 1996 m. birželio 18 d. nutarimą, 1999 m. spalio 6 d. nutarimą.

Konstitucinis Teismas yra pažymėjęs, kad reguliuodama ūkinę veiklą valstybė negali nustatyti tokio teisinio reguliavimo, kuriuo ūkio subjektams būtų sudarytos nepalankios, nevienodos ūkininkavimo sąlygos, varžoma jų iniciatyva, nesudaromos galimybės jai reikštis<sup>5</sup>.

Konstitucinis Teismas ne kartą pabrėžė, jog pagal Konstituciją riboti ūkinės veiklos laisvę galima, kai yra būtina ginti vartotojų interesus, saugoti sąžiningą konkurenciją, kitas Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, tačiau turi būti laikomasi šių sąlygų: tai daroma įstatymu, ribojimai yra būtini demokratinėje visuomenėje, siekiant apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus, ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei esmė, yra laikomasi konstitucinio proporcingumo principo<sup>6</sup>.

Projekto nuostatos abejonių kelia būtent dėl jų suderinamumo (i) su reikalavimu, kad būtų nepaneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei esmė ir (ii) su proporcingumo principu, kuris reiškia, kad suvaržymai turi atitikti siekiamus tikslus ir neriboti labiau, nei yra būtina.

**Pirma**, kaip minėta, **dėl tokio reglamentavimo ASPĮ visiškai praras bet kokias galimybes pacientui pasiūlyti papildomas paciento pageidaujamas paslaugas, kurios šiuo metu teikiamos teisėtai, o pacientai pageidavo jas gauti. Tai reiškia tik tai, kad dalis ASPĮ teikiamų paslaugų bus paneigtos, apribojant šių įstaigų ūkinės veiklos laisvę.**

**Antra**, pabrėžtina, kad kitaip nei viešosios ASPĮ, privačios ASPĮ infrastruktūrą kurti ir plėtoti, kelti specialistų kvalifikaciją gali tik iš privačių lėšų. Netekus teisės teikti papildomų paslaugų, privačios ASPĮ praras reikšmingą dalį įplaukų savo infrastruktūrai plėtoti, kas savaime nėra problema viešosioms ASPĮ. Asociacijos vertinimu, tai reiškia ASPĮ diskriminaciją, vedančią prie to, kad iš LNSS bus nuosekliai šalinamos privačios ASPĮ ir paslaugų teikimo rinka bus konsoliduojama viešųjų ASPĮ rankose. Tai dar kartą įrodo, kad **nėra tenkinamas proporcingumo principas**.

4. **Bus mažinamos investicijos į sveikatos paslaugų vystymą ir infrastruktūrą.** Nepaisant oficialios statistikos dėl mažėjančių investicijų į sveikatos sektorių, privačios ASPĮ aktyviai siekia investuoti Lietuvoje ir didinti sveikatos sektoriaus paslaugų kokybę, įrengiant naujausią aparatūrą turinčius centrus bei suteikiant platesnes galimybes pacientams gauti prieinamas ir aukštos kokybės paslaugas. Privačios ASPĮ nuolatos siekia, kad pacientai gautų aukščiausio lygio paslaugas, nuolatos tobulina ne tik savo specialistų kompetenciją. Deja, Projektai šios paskatos paneigiamos.

**Pirma**, rengiami pakeitimai šias investicijas mažins – nesuteikiant galimybių pacientams patiems prisidėti prie geresnių ar papildomų paslaugų gavimo, **ASPĮ nebus skatinamos, kaip jau minėta, plėsti paslaugų spektrą, kurti naują infrastruktūrą ir plėsti įstaigų tinklą.** Privačios ASPĮ neturės galimybių kitomis teisėtomis priemonėmis kurti grąžos, kas yra tinkamai veikiančios ūkinės veiklos būtinybė.

**Antra**, pabrėžtina, kad **VLK nustatyti paslaugų tarifai yra neadekvatūs**. 2025 m. balandžio 9 d. SAM organizuotoje konferencijoje VLK direktorius pripažino, kad VLK apmokėjimas už iš PSDF kompensuojamas paslaugas padengia pagrindinius paslaugos kaštus.

Asociacijos žiniomis, įkainiai yra nepakankami net ir kaštams padengti, turint omenyje tai, kad įkainiai jau ilgus metus iš esmės nėra peržiūrimi (jie atitinka tuos paslaugų įkainius, kokie buvo nustatyti dar „prie lito“), jie neatitinka infliacijos ir kitų veiksnių.

Pavyzdžiui, yra nustatytas vienas bendras įkainis nepriklausomai nuo to, koks specialistas ją teikia – įkainis yra vienodas, nepriklausomai nuo aplinkybės, ar paslaugą teikė 30 m. patirtį turintis specialistas ar jaunas specialistas. Pagal siūlomą logiką, atlyginimai tokiems asmenims taip pat

<sup>5</sup> Konstitucinio Teismo 2002 m. balandžio 9 d. nutarimas.

<sup>6</sup> Žr., pvz., Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. balandžio 9 d. nutarimą; 2006 m. gegužės 31 d. nutarimą.

turi būti vienodi, kas suprantama, paprasčiausiai neleis į ASPĮ pritraukti aukštą patirtį turinčių specialistų.

**Trečia**, sveikatos priežiūros įrangos kainos yra visur tos pačios, nepriklausomai nuo to, ar įranga įsigyjama Lietuvoje ar kitose šalyse (pvz. Vokietijoje, Šveicarijoje ir pan.). Projektų rengėjai ignoruoja faktą, kad ASPĮ gaunant bazinį apmokėjimą už paslaugas ir draudžiant pacientams teikti brangesnes priemones/papildomas paslaugas, **kapitalo sukaupimas naujoms investicijoms taps neįmanomas**.

Atkreipiame dėmesį, kad pastaraisiais metais Lietuvoje atlyginimas kilo sparčiausiai iš visų ES valstybių narių ir beveik siekia ES valstybių narių vidurkį, tačiau tarifai liko neperžiūrėti, teigiant, kad „jie yra pakankami“. Mūsų nuomone, tokiu atveju turėtų būti iš esmės peržiūrimi ir keliami įkainių už paslaugas tarifai.

**Ketvirta**, tos pačios paslaugos, kaip žinia, gali būti teikiamos vadovaujantis skirtingomis metodologijomis. Todėl vieno bazinio įkainio tarifo taikymui visoms paslaugoms ir nepriklausomai nuo specialistų kvalifikacijos nėra pagrindo.

5. **Projektų nuostatomis paneigiamos komforto paslaugos**, kurias iki šiol ASPĮ teikė sėkmingai, o SAM ir VLK šias paslaugas laikė komercinėmis paslaugomis, teikiamomis teisėtai.

Priėmus Projektus, tokios paslaugos negalės būti teikiamos – po dienos stacionaro, pavyzdžiui, pacientai negalės pasirinkti papildomos nakvynės paslaugų, negalės įsigyti papildomų komforto priemonių (chalatų, šlepečių ir kt.), negalės pageidauti personalizuoto maitinimo ir kt. Nesuprantama, kodėl asmuo, siekiantis ASPĮ pasilikti papildomą laiko tarpą už savo lėšas ir norėdamas gauti papildomą priežiūrą, tokios teisės nebetenka.

Kaip minėta, dėl šių paslaugų iki šiol diskusijų nebuvo, jos buvo teikiamos teisėtai kaip komercinės paslaugos, nuo jų į valstybės biudžetą buvo mokamas PVM. Dėl nesuprantamų priežasčių tokios paslaugos „nubraukiamos“, pacientai nebetenka jokios pasirinkimo teisės ir teisės į komfortiškesnę paslaugų gavimą.

Projekto rengėjai nemotyvavo, koku pagrindu tokios paslaugos yra netinkamos/neteisėtos. Priešingai, balandžio 9 d. vykusios spaudos konferencijos metu VLK direktorius pabrėžė, kad tų paslaugų, dėl kurių kyla kokių nors ginčų ar jos yra teikiamos neteisėtai, yra nedaug. Mūsų žiniomis, praktikoje komforto paslaugos yra pageidaujamos, **dėl jų prilyginimo neteisėtoms priemonėms ginčai nekildavo**.

Įvertinus tai, manome, kad tokie Projektų siekiai **prieštarauja konstituciniam proporcingumo principui**.

6. **Pakeitimais sveikatos paslaugų rinka bus uždaroma** – privačios ASPĮ bus nesuinteresuotos išlaikyti sutartis su VLK, todėl didžioji dauguma pacientų turės pereiti prie paslaugų gavimo į viešąsias ASPĮ, todėl pacientams mažės prieinamumas prie sveikatos paslaugų, daliai jų nebeišgalint paslaugų gauti privačiose ASPĮ. Tai prieštarauja minėtam Konstitucinio Teismo išaiškinimui, kad turi būti sudarytos sąlygos, kad sveikatos priežiūros paslaugos „būtų visiems realiai prieinamos“.

Kaip žinia, privačios ASPĮ nuima nuo sveikatos sistemos krūvį, kuris yra tolygiai paskirstomas, mažėja eilės viešose ASPĮ. Akivaizdu, kad **Projektų tikslai yra diskriminaciniai ir nukreipti išimtinai į privačių ASPĮ „išstiklinimą“**.

7. Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pabrėžta, kad vykdant valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata „<...> valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos, be kita ko, turi: imtis priemonių visuomenės poreikiui turėti pakankamą kiekį aukštos profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų patenkinti, inter alia prognozuoti jų poreikį ateityje ir skirti jiems rengti būtinas valstybės lėšas; sudaryti sąlygas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos, taigi kad būtų sukurta reikiama

*infrastruktūra ir veikų tiek ir taip paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių) ir vaistinių, kad veiksmingą medicinos pagalbą bei kitas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku <...>". Svarstytinas projektų suderinamumas su šiuo Konstitucinio Teismo išaiškinimu.*

**Šiuo metu sveikatos sektoriuje yra susiduriama su žymia sveikatos priežiūros specialistų stoka** – Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) 2023 m. atnaujintas tyrimas prognozuoja, kad 2032 m. Lietuvoje trūks 4 643 bendrosios praktikos slaugytojų, 2 355 slaugytojų padėjėjų, 1 328 išplėstinės praktikos slaugytojų, 543 gydytojo odontologo padėjėjų, 269 šeimos gydytojų, 207 vidaus ligų gydytojų, 146 vaikų ligų gydytojų, 134 skubiosios medicinos gydytojų<sup>7</sup>. Neabejotina, kad ASPĮ, negalint pacientams pasiūlyti jiems aktualių papildomų ar brangiau kainuojančių paslaugų, praras dalį pajamų, o tai apsunkins galimybes į šį sektorių pasikviesti kvalifikuotus specialistus, žemės atlyginimai ir specialistams siūlomos sąlygos. Tai prisidės prie dar didesnės šių specialistų emigracijos, o nurodytas specialistų trūkumas, mūsų nuomone, tik dar didės.

8. Siūlomais pakeitimais **sukuriamas „vienas paslaugos standartas“**, reiškiantis, kad, nepriklausomai nuo individualių asmens poreikių, ASPĮ bus įpareigota pacientui suteikti vienos konkrečios apimtys paslaugą.

Priešingai, priėmus Projektus bus panaikintos bet kokios paskatos pacientams siūlyti brangesnes labiau personalizuotas priemones, papildomas paciento lūkesčius ir priežiūrą atliepančias paslaugas, ASPĮ nebus skatinamos investuoti į modernesnę, pažangesnę įrangą. ASPĮ nebegalės atliepti paciento poreikių atsižvelgiant į jo pageidavimus, poreikius ir kitus susijusius veiksnius. Kartu bus ribojama ir pačių pacientų teisė pasirinkti jiems labiau tinkančias priemones/paslaugas.

9. **Didės pacientų eilės paslaugoms gauti.** Projektais įtvirtintas reglamentavimas lems, kad pacientams, turintiems siuntimą ir pageidaujantiems gauti brangesnes, labiau personalizuotas priemones, papildomas paslaugas, jie to padaryti negalės arba bus priversti mokėti nebe kainų skirtumą (tarp iš PSDF finansuojamos standartinės priemonės ir brangesnės priemonės) arba ne su mokant už papildomą paslaugą, tačiau reikės mokėti visą paslaugos kainą ir papildomai kainą už brangesnę priemonę ar papildomą paslaugą.

Asociacijos nuomone, kadangi ASPĮ negalės pacientams siūlyti brangesnių priemonių ar papildomų paslaugų, dalis privačių ASPĮ apskritai gali būti nesuinteresuotos teikti iš PSDF apmokamas paslaugas. Tai neabejotinai lems eilių kitose ASPĮ augimą, nors eilių kontroliavimas ir mažinimas taip pat buvo vienas pagrindinių SAM tikslų. Kaip žinia, kai kurių paslaugų ir dabar tenka laukti šešis ar net ilgiau mėnesių. Tokių paslaugų kaip specialistų konsultacijų, traumatologinių operacijų ir kt. konsultacijų/paslaugų laukimo terminai išaugs, sukeliant dar didesnę sveikatos sistemos apkrovą ir grėsmę pacientų sveikatai, didėsią pacientų nepasitenkinimą.

Apibendrinant, siūlome išlaikyti galiojančią pacientų teisę savo iniciatyva pasirinkti brangesnes ar papildomas paslaugas bei padengti jų kainų skirtumą, nustatant proporcingą reglamentavimą – t.y. skaidrią ir Konstitucijai neprieštaraujančią šių paciento pasirinkimų teisinio reguliavimo tvarką.

Tikimės, kad mūsų pozicija bus išgirsta. Maloniai prašome įtraukti Asociaciją į tolesnius Projektų svarstymus.

Pagarbiai

Vykdomoji direktorė



Rūta Skyrienė

<sup>7</sup> Nuoroda: <https://sam.lrv.lt/lt/news/mediku-trukumui-mazinti-parengtas-veiksmu-planas/>



Sveikatos apsaugos ministerijai

## DĖL ĮSTATYMŲ PROJEKTŲ DERINIMO

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos parengė ir pateikė derinimui Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektus (toliau visi kartu – **Įstatymų projektai**).

Įstatymų projektais siūloma įtvirtinti nuostatą, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama jokio papildomo mokesčio.

Kartu su Įstatymų projektais pateiktas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projektų aiškinamasis raštas (toliau – **Aiškinamasis raštas**).

Ilgalaikės priežiūros įstaigų asociacija (toliau – **Asociacija**), vienijanti ilgalaikės priežiūros stacionarines ir ambulatorines paslaugas teikiančias įstaigas, susipažinusi su Įstatymų projektais, teikia savo pastabas dėl šių projektų. Asociacija pateikia savo vertinimus kaip Įstatymo projektai paveiktų Asociacijos narių teikiamas palaikomojo gydymo ir slaugos, stacionarines paliatyvias paslaugas (toliau – **Ilgalaikės priežiūros paslaugos**). Asociacijos nuomone, priėmus Įstatymo projektus atsirastų neigiamos pasekmės:

1. Būtų apribota pacientų ir jų artimųjų pasirinkimo teisė ir nebūtų tinkamai įgyvendinama Lietuvos Respublikos Konstitucijos (toliau – **Konstitucija**) 53 straipsnio nuostata, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.
2. Palaipsniui blogėtų Ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybė;
3. Pablogėtų Ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumas;
4. Atsirastų korupcinė rizika neoficialiems mokėjimams.

### *Dėl pacientų ir jų artimųjų pasirinkimo teisės nepagrįsto ribojimo*

Asociacijos nuomone, šiuo metu esamas teisinis reglamentavimas, numatantis teisę pacientams savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias ar papildomas paslaugas ir už jas sumokėti priemokas prie teisės aktais patvirtintų Ilgalaikės priežiūros ir kitų susijusių sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų, atitinka 2013 m. gegužės 16 d. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo (toliau – **Konstitucinis Teismas**) nutarime ir 2014 m. vasario 26 d. Konstitucinio Teismo sprendime dėl 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo pateiktus išaiškinimus dėl Konstitucijos 53 straipsnio taikymo.

Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pripažino, kad dėl didėjančių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, vis aukštesnių jų kokybės standartų, sudėtingesnių ir brangesnių sveikatos priežiūros technologijų šių paslaugų teikimo išlaidos nuolat auga, o joms apmokėti skirtos viešosios, inter alia privalomojo sveikatos draudimo, lėšos yra ribotos, įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo privalomojo sveikatos draudimo lėšomis teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti ir lėšas sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstyti taip, kad, nepaneigiant valstybės priedermės remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkinės pastangas ir iniciatyvą, sąžiningos sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijos, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, būtų užtikrinta aukšta šiomis lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir pakankamas prieinamumas.

Konstitucinis Teismas nurodė, kad asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisiniu reguliavimu turėtų būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata, prisiimti pareigą pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, atsakingai ir racionaliai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Taigi pagal Konstituciją įstatymų leidėjas **turi įgaliojimus nustatyti ir tai, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas turi būti atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių**, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, **tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais** ir kt.

2014 m. vasario 26 d. Konstitucinio Teismo sprendime dėl 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo Konstitucinis Teismas išaiškino:

- Privalomojo sveikatos draudimo pasirinkimas, **nepaneigia galimybės numatyti ir kitas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo formas**; kiekvienas asmuo turi rūpintis sveikata, pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, taigi gali savanoriškai drausti savo sveikatą, apmokėti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (jų dalį), teikiamas tiek valstybinėse, tiek kitose įstaigose;
- pagal Konstituciją įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (išskyrus nemokamą gyvybiškai būtiną medicinos pagalbą piliečiams, finansuojamą valstybės biudžeto lėšomis) atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, **tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais** ir kt.;
- įstatymu gali būti nustatyta ir tokia sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tvarka (būdas), kai **tam tikrais atvejais paciento pasirinkimu (pageidavimu) tam tikra sveikatos priežiūros paslaugos**, finansuojamos privalomojo sveikatos draudimo lėšomis, **dalis galėtų būti apmokama iš privačių finansavimo šaltinių**, tačiau tokiu teisiniu reguliavimu negali būti paneigtas iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies kylantis reikalavimas užtikrinti pakankamą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tuo atveju, kai asmuo nepageidauja prisidėti prie jam teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos apmokėjimo.

Pagal šiuo metu esamą teisinį reglamentavimą, sveikatos priežiūros įstaigos mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio ir Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakyme Nr. 357 (su vėlesniais pakeitimais) nustatytais pagrindais. Siekdamos imti priemokas už brangiau kainuojančias paslaugas sveikatos priežiūros įstaigos privalo supažindinti pacientus su nemokamų paslaugų ir brangiau kainuojančių paslaugų skirtumais ir užtikrinti, kad pacientas savo pasirinkimą patvirtintų raštu. Prie brangiau kainuojančių paslaugų negali būti priskiriamos paslaugos, kurioms pacientui nesuteikiama pasirinkimo alternatyva. Nemokamos



paslaugos visais atvejais turėtų užtikrinti saugias bazinio kokybės lygmens asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o brangiau kainuojančios ar papildomos paslaugos užtikrina kokybiškesnes medžiagas, tyrimus, vaistus, medicinos pagalbos priemones, didesnes komforto sąlygas ar papildomas sveikatos priežiūros paslaugas bei individualų pasirinkimą kiekvienoje konkrečioje situacijoje, kurios nėra tiesiogiai būtinos bazinių Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimui.

Šiuo metu esamas teisinis reglamentavimas suteikia pacientui ir jo artimiesiems pasirinkimo galimybę – gauti nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas standartinėmis sąlygomis arba sumokėti priemoką (skirtumą tarp brangiau kainuojančių Ilgalaikės priežiūros paslaugų ir nemokamų paslaugų). Tokia pasirinkimo galimybė neprieštaruja socialinio teisingumo principui, nes ir gyvendami namuose žmonės gyvena skirtingomis komforto sąlygomis, skiria arba neskiria lėšas papildomai kūno priežiūrai ir pan.

Įstatymo projektais ši pacientų ir jų artimųjų pasirinkimo galimybė yra panaikinama. Pacientai ir jų artimieji turės rinktis arba nemokamas standartines Ilgalaikės priežiūros paslaugas arba mokėti visą kainą už visą Ilgalaikės priežiūros paslaugą didesnio komforto sąlygomis. Toks pasirinkimas yra labai neteisingas asmenų, kuriems reikalingos Ilgalaikės priežiūros paslaugos ir jų artimųjų atžvilgiu. Šie asmenys dažniausiai būna ilgą laiką mokėję įmokas į privalomojo sveikatos draudimo fondą ir nėra jokio pagrindo nesuteikti jiems teisės gauti PSDF lėšomis mokamos Ilgalaikės priežiūros paslaugos bazinės kainos vien dėl to, kad jie pageidauja kokybiškesnių medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, papildomo komforto ar papildomų paslaugų. Įstatymų projektai visiškai nepagrįstai riboja ir pacientų pilnamečių vaikų ar kitų artimųjų įsitraukimą į tėvų Ilgalaikės priežiūros paslaugų finansavimą, atimant jiems teisę prisidėti prie didesnio komforto tėvams suteikimo. Ilgalaikės priežiūros paslaugos taip pat apima ir ilgalaikės globos paslaugas, kur 2024 m. birželio 11 d. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme Nr. A1-397 „Dėl Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“ atsirado nauja nuostata dėl papildomo paslaugų apmokėjimo: „Tais atvejais, kai socialinių paslaugų kaina viršija savivaldybės tarybos nustatytą maksimalų socialinių paslaugų išlaidų finansavimo savivaldybės teritorijos gyventojams dydį, šio dydžio ir socialinių paslaugų kainos skirtumas asmens (šeimos) pageidavimu mokamas paslaugas gaunančio asmens (jam atstovaujančio asmens) ir socialinių paslaugų įstaigos tarpusavio susitarimu“.

Ilgalaikės priežiūros paslaugos teikiamos pakankamai ilgą laiką, todėl logiška, kad artimieji, turintys finansinių galimybių siekia užtikrinti didesnę komfortą savo tėvams. Įsigaliojus Įstatymo projektams, pacientų artimieji, norėdami užtikrinti didesnę komfortą, privalėtų atsisakyti PSDF lėšomis mokamos bazinės kainos ir mokėti visą Ilgalaikės priežiūros paslaugų didesnio komforto sąlygomis kainą t.y. sumokėti ne tik už didesnio komforto paslaugas, bet ir už visą standartinę Ilgalaikės priežiūros paslaugą. Asociacijai yra neaiškūs motyvai kodėl valstybė nori bausti piliečius, kurie rūpinasi savo artimųjų gerove.

### ***Dėl Ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybės blogėjimo***

Patvirtinus Įstatymų projektus ir panaikinus galimybę žmonėms prisimokėti už komforto paslaugas, Ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybė palaipsniui blogės. Asociacija atkreipia dėmesį, kad tik nemokamų Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimas neskatina teikiamų paslaugų kokybės gerinimo ir teikiamų paslaugų tobulinimo, nes paslaugas stengiamasi suteikti kaip galima ekonomiškiau t.y. „įtilpti į patvirtintą paslaugų bazinę kainą“. Nemokamų Ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybė daugeliu atveju

atitinka tik minimalius teisės aktų reikalavimus, kurie užtikrina kokybiškas ir saugias Ilgalaikės priežiūros paslaugas, tačiau neužtikrina maksimalaus pacientų ir jų artimųjų pasitenkinimo paslaugomis.

Aiškinamajame rašte nepagrįstai teigiama, kad asmens sveikatos priežiūros paslauga negali būti laikoma nei brangiau kainuojanti, nei pigiau kainuojanti sveikatos priežiūros paslauga, nes asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF lėšomis bazinės kainos yra nustatomos vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 (toliau – Metodika) ir vadovaujantis šia Metodika yra nustatomos konkrečių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir skirtingos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, suteikdamos tokias pačias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neturėtų, remdamosi SSĮ 49 straipsnio 5 dalimi, reikalauti priemokos iš paciento, už neva brangiau kainuojančias, tačiau de facto analogiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Aiškinamojo rašto rengėjų nuomone, iš PSDF lėšų apmokama asmens sveikatos priežiūros paslauga negali kainuoti daugiau, nei ministro nustatyta ir patvirtinta bazinė tam tikros asmens sveikatos priežiūros paslaugos kaina.

Asociacija atkreipia dėmesį, kad nors Konstitucinio Teismo išaiškinimuose buvo numatyta, kad turi būti nustatyti ekonomiškai pagrįsti sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai, tačiau faktiškai Ilgalaikės priežiūros paslaugų įkainiai nėra ekonomiškai pagrįsti t.y. nėra nustatyta kokios konkrečiai sąlygos galėtų būti užtikrinamos pagal nustatytą įkainį (bazinę kainą). Akivaizdu, kad Ilgalaikės priežiūros paslaugas užtikrinant pagal aukštesnius reikalavimus (pvz.: užtikrinant vienvietę, o ne keturvietę palatą) Ilgalaikės priežiūros paslaugos kaina bus didesnė dėl didesnių komunalinių mokesčių, kambario ir higienos patalpų priežiūros kaštų. Brangesni vaistai ir medicininės priemonės, papildomos paslaugos taip pat neišvengiamai didina Ilgalaikės priežiūros paslaugos kainą. PSDF lėšomis apmokamoms Ilgalaikės priežiūros paslaugoms patvirtinta bazinė kaina negali apimti skirtingų kokybiškesnių medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, komforto sąlygų ir/ar papildomų paslaugų, todėl Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikėjai tikrai gali pasiūlyti brangiau kainuojančias ir papildomas paslaugas pacientams, kurios didina pacientų ir jų artimųjų pasitenkinimą paslaugomis ir visa sveikatos sistema.

### ***Dėl Ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumo***

Pažymėtina, kad šiuo metu egzistuoja stacionarinių Ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumo problemos. Daugelyje įstaigų, teikiančių šias paslaugas, laisvų vietų nėra ir yra laukimo eilė. Asmenys, kuriems reikalingos Ilgalaikės priežiūros paslaugos negali jų gauti taip greitai, kaip jiems reikia. Įstatymų projektais Ilgalaikės priežiūros paslaugų **prieinamumas būtų dar labiau pablogintas**. Sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose įrengtos didesnį komfortą užtikrinančios sąlygos, negalėtų teikti vien nemokamų paslaugų, nes paslaugų bazinė kaina nepadengtų tokios paslaugos kaštų. Tokiu atveju dalis palatų būtų skiriama tik mokamoms sveikatos priežiūros paslaugoms, kai visą Ilgalaikės priežiūros paslaugos kainą turėtų sumokėti pacientas ar jo artimieji. Kadangi tai ilgalaikės paslaugos ir šių paslaugų kaina taptų nepakeliama našta didesnei daliai asmenų, tai jie būtų priversti rinktis nemokamas paslaugas kitose gydymo įstaigose. Visiškai nemokamų (100 proc. apmokamų iš PSDF biudžeto) paslaugų poreikis didėtų ir dar labiau aštrintų Ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumo problemą. Atkreiptinas dėmesys, kad tinkamų Ilgalaikės priežiūros paslaugų neužtikrinimas labai blogina tiek pačių asmenų, kuriems

reikalingos šios paslaugos, tiek jų artimųjų gyvenimo kokybę, mažina artimųjų darbingumą, todėl daroma žala ne tik patiems asmenims, bet ir Lietuvos ekonomikai.

### ***Dėl korupcinės rizikos neoficialiems mokėjimams***

Įsigaliojus Įstatymų projektams ir pablogėjus Ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumui, taip pat esant poreikiui didesnio komforto paslaugoms, tačiau jas draudžiant, kyla reali grėsmė, kad labai padidėtų korupcinė rizika, kad sveikatos priežiūros įstaigose atsirastų neoficialūs mokėjimai už sąlygų pagerinimą bei eilės „peršokimą“.

### ***Dėl gyventojams tenkančios naštos savo lėšomis finansuoti sveikatos priežiūros paslaugas sumažinimo***

Aiškinamojo rašto argumentai, kad Įstatymo projektais bus sumažinta gyventojams tenkanti našta savo lėšomis finansuoti sveikatos priežiūros paslaugas yra nepagrįsti. Aiškinamajame rašte minimais Higienos instituto duomenimis 2022 m. namų ūkių mokėjimai savo lėšomis sudarė daugiau nei 1,5 milijardo eurų. Iš šios sumos beveik 70 proc. sudaro mokėjimai už vaistus, 20 proc. mokėjimai už dantų priežiūrą. Trečioje vietoje pagal išlaidas yra mokėjimai už medicinos produktus. Nei vieno iš šių mokėjimų Įstatymo projektai neličia ir šios išlaidos dėl Įstatymo projektų nesumažės. Aiškinamajame rašte nurodyta, kad Įstatymo projektai palies tik pacientų priemokas, kurios 2024 m. sudarė 39,98 milijono eurų arba apie 2,6 proc. visų namų ūkių mokėjimų savo lėšomis. Pažymėtina, kad panaikinus pasirinkimo teisę gauti paslaugas su priemoka, dalis asmenų ir jų artimųjų rinksis mokamas paslaugas ir mokės visą paslaugos kainą, todėl namų ūkių mokėjimai savo lėšomis tik išaugs. Be to, kaip nurodyta aukščiau, akivaizdu, kad labai padidės rizika, kad išaugs neoficialūs mokėjimai nuo kurių nebus sumokami mokesčiai.

### ***Dėl vienodų sąlygų sudarymo privačioms LNSS įstaigoms ir viešo sektoriaus įstaigoms***

Aiškinamajame rašte teigiama, kad Įstatymo projektais bus sudarytos vienodos sąlygos tiek privačioms LNSS įstaigoms, tiek ir viešojo sektoriaus įstaigoms teikti PSDF kompensuojamas paslaugas. Asociacija pažymi, kad Įstatymų projektai niekaip nepakeis privačių ir valstybės ar savivaldybių įstaigų lygiateisiškumo, nes šiuo metu teisę teikti mokamas paslaugas turi tiek privačios, tiek viešo sektoriaus įstaigos. Pažymėtina, kad lygiateisiškumas tarp privataus ir viešo sektoriaus LNSS įstaigų yra neįmanomas, nes viešo sektoriaus įstaigos gauna tą pačią bazinę paslaugų kainą kaip ir privačios LNSS įstaigos, nors viešo sektoriaus įstaigoms yra nemokamai suteikiamos patalpos, reikalingos paslaugų teikimui t.y. jos neturi nei tokių paslaugų įsigijimo, nei nuomos išlaidų. Be to, viešo sektoriaus įstaigos reguliariai gauna papildomą finansavimą iš valstybės ar savivaldybių įvairios įrangos įsigijimams, patalų remontams ir pan., o savivaldybės dažnai papildomai finansuoja ir slaugos ligoninių darbuotojų darbo užmokestį. Privataus sektoriaus LNSS įstaigos, negaudamos visos aukščiau nurodytos valstybės/savivaldybių paramos sugeba konkuruoti tik dėl efektyvesnio valdymo t.y. efektyviau naudojamos gaunamas lėšas už suteiktas paslaugas.

### ***Dėl darbo užmokesčio gydytojams sumažinimo***

Aiškinamajame rašte nurodyta kad dėl nustatytų priemonių už paslaugas, privačios įstaigos moka didesnę darbo užmokestį gydytojams. Aiškinamajame rašte teigiama, kad priėmus Įstatymų projektus sumažėtų ar visai išnyktų gydytojų atlyginimų atotrūkis tarp privačių ir viešųjų įstaigų. Rengėjų nuomone, tai sumažins paskatas gydytojams migruoti iš viešųjų įstaigų į privačias, normalizuos padėtį rinkoje (gydytojų atlyginimai yra pasiekę 2,2 šalies vidutinio darbo užmokesčio ir atitinka ES šalių vidurkį) bei sudarys geresnes galimybes viešųjų įstaigų vadovams išlaikyti/pritraukti gydytojus. Asociacija pažymi, kad didelė dalis privačių įstaigų visai neturi sutarčių dėl PSDF apmokamų paslaugų, o LNSS privačiose įstaigose priemokos sudaro tik labai mažą dalį pajamų, todėl priemonių panaikinimas gali turėti tik nereikšmingą įtaką tam tikrų sričių gydytojų darbo užmokesčiams.

Didesnė konkurencija tarp gydymo įstaigų, gerina gydytojų darbo sąlygas, o geros gydytojų darbo sąlygos visą laiką buvo valstybės prioritetas. Dirbtinis konkurencijos mažinimas ir gydytojų darbo užmokesčio mažinimas negali būti teisėtais teisinio reglamentavimo tikslais.

Atsižvelgdama į aukščiau nurodytus argumentus Asociacija nepitaria Įstatymų projektams.



## LIETUVOS RESPUBLIKOS TEISINGUMO MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Gedimino pr. 30, 01104 Vilnius,  
mob. tel. +370 600 38 904, el. p. rastine@tm.lt, <https://tm.lrv.lt>  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188604955

---

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

2025-04- Nr.  
Į 2025-03-26 Nr. 10-1052

### **DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 11 IR 49 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 9, 10 IR 26 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO IR LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 8, 11, 13 IR 76 STRAIPSNIŲ PAKEITIMO ĮSTATYMO NR. XIV-2790 6 STRAIPSNIO PRIPAŽINIMO NETEKUSIU GALIOS ĮSTATYMO PROJEKTŲ**

Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija gavo derinti pateiktus [Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo](#) (toliau – SSĮ projektas), [Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo](#) (toliau – SDĮ projektas) ir [Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo](#) (toliau – SSĮ pakeitimo įstatymo projektas) projektus (toliau visi kartu – Įstatymų projektai). Pagal kompetenciją įvertinę Įstatymų projektus teikiame pastabas ir pasiūlymus:

1. Aiškinamojo rašto 1 punkte teigiama, kad „SSĮ 49 straipsnio 5 dalies nuostata, kurios siūloma atsisakyti yra *suformuluota neteisingai*, kadangi ligonių kasos pagal sudarytas sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis atsiskaito pastarosioms už pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios smulkiau *nėra detalizuojamos*“, „paslauga, be kita ko, apima SSĮ 49 straipsnio 5 dalyje minimas medžiagas ir procedūras“, „įstaigos, suteikdamos tokias pačias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, *neturėtų*, remdamosi SSĮ 49 straipsnio 5 dalimi, *reikalauti priemokos iš paciento*, už neva brangiau kainuojančias, tačiau de facto analogiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas“. Pastebėtina, kad keliamos problemos yra susijusios su teisinio *reguliavimo* („suformuluota neteisingai“), teisinio *aiškinimo* („paslauga, be kita ko, apima SSĮ 49 straipsnio 5 dalyje minimas medžiagas ir procedūras“) ir teisinio reguliavimo *taikymo* („neturėtų, remdamosi SSĮ 49 straipsnio 5 dalimi, reikalauti priemokos iš paciento“) trūkumais. Argumentai nepagrindžia, kodėl tikslinga apskritai *atsisakyti galimybės asmenims prisimokėti* už papildomas paslaugas, o ne *ištaisyti keliamus teisinio reguliavimo, aiškinimo ar taikymo trūkumus* tikslinant įstatyminių reguliavimų bei jų detalizuojant įgyvendinamųjų tiesės aktų lygmeniu (pvz., ministro lygmeniu reglamentuojant paslaugų sandarą ir jas sudarančius elementus, kurie ir vertinami nustatant bazinę kainą, ir už kuriuos apmokama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis), todėl Įstatymų projektai negali būti vertinami, kaip atitinkantys teisėkūros tikslingumo, efektyvumo ir proporcingumo principus. Taip pat aiškinamajame rašte turėtų būti atskleistos ir (ar)



svarstytos kitos alternatyvos (pvz., įpareigojančios sveikatos priežiūros įstaigas pirmiausia pacientui siūlyti pilnai Privalomo sveikatos draudimo fondo lėšomis kompensuojamas paslaugas, o negalint užtikrinti jų suteikimo, suteikti brangesnes paslaugas be papildomo užmokesčio).

2. Pritariant aiškinamajame rašte dėstomam teiginiui, jog „Nuolatinė sveikatos priežiūros technologijų pažanga turi sudaryti lygias galimybes visiems pacientams, apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu, gauti geriausias įmanomas sveikatos priežiūros paslaugas“ siūlytina įvertinti, ar/kaip visgi panaikinimas galimybės imti mokestį už papildomas paslaugas (ir taip papildyti savo biudžetą) *skatintų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas teikti pažangesnes (ir dėl to galimai brangesnes) paslaugas, pateikiant apie tai informaciją aiškinamajame rašte ir taip pagrindžiant įstatymų projektų atitiktį teisėkūros efektyvumo principui.*

3. Aiškinamajame rašte taip pat teigiama, kad „vienas iš svarbiausių šių įstatymų projektų tikslų yra *pagerinti gyventojų finansinę apsaugą*“. Visgi taip pat nurodoma, kad „Jei pacientas norės paslaugas gauti kitokia tvarka, nei nustatyta įstatyme, jis ja *gauti galės tik kaip pilnai mokamas paslaugas*“. Siūlytina aiškinamajame rašte išsamiai atskleisti, kaip gyventojams būtų užtikrinama/pagerinama finansinė apsauga, jei asmenys turės ne tik prisimokėti už papildomas paslaugas, o *mokėti visą kainą už paslaugas* (jei norės paslaugas gauti greičiau ar kitais atvejais), arba šių teiginių atsisakyti.

4. Aiškinamajame rašte lieka nepagrįstas ir neatskleistas ir kitas teiginys, kad „Įstatymų projektais taip pat siekiama įgyvendinti <...> ir 247 punkto priemonę „*Trumpinsime eiles gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, prioritetą skirdami didžiausios rizikos pacientams.*“

5. SDĮ projekte dėstomoje 9 straipsnio 4<sup>1</sup> dalyje siūloma nustatyti išimtį kai paslaugos teikiamos „vaikams ir asmenims, besimokantiems dieninėse bendrojo lavinimo mokyklose, profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, kol jiems sukanka 24 metai, ir socialiai remtiniams asmenims“. Siūlytina *pagrįsti*, kodėl išimtis nustatoma būtent šioms socialinėms grupėms. Pastebėtina, kad Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 4 dalyje minimos kitos socialiai pažeidžiamos grupės („vaikams, asmenims, kuriems sukako senatvės pensijos amžius, asmenims, kuriems nustatytas 55 procentų ar mažesnis dalyvumo lygis<...> bei asmenims, kuriems buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos“), o vadovaujantis Socialinio draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalies 6, 7 punktais apdraustaisiais laikomi visi asmenys iki 18 metų ir Lietuvos aukštųjų mokyklų studentai. Atsižvelgiant į tai, lieka nepagrįsta, kodėl išskiriamos būtent siūlomos socialiai pažeidžiamos asmenų grupės ir kuo grindžiamas siūlomas reguliavimas.

6. Pastebėtina, kad Lietuvos Respublikos švietimo įstatyme nėra apibrėžta ir vartojama sąvoka „dieninė *bendrojo lavinimo mokykla*“, kaip ir „dieniniai skyriai“. Siūlytina tikslinti SDĮ projekto 9 straipsnio 4<sup>1</sup> dalyje vartojamas formuluotes ir jas suderinti su Švietimo įstatyme vartojamomis sąvokomis. Siūlytina įvertinti poreikį ir akcentuoti, ne mokyklos rūšį, o pagal kokias programas mokomasi, nes bendrojo ugdymo mokykla gali vykdyti įvairias formaliojo ugdymo, tiek ir neformaliojo ugdymo programas.

7. SDĮ projekte dėstomoje 9 straipsnio 4<sup>1</sup> dalyje vartojama bendro pobūdžio formuluoė „*socialiai remtiniams asmenims*“. Siūlytina detalizuoti, kokie asmenys turimi omenyje, kokiam įstatyme jie nurodyti.

8. SDĮ projekte dėstomoje 9 straipsnio 4<sup>1</sup> dalyje vartojamą formuluoė „*socialinės paramos skyriais*“ siūlytina derinti su Lietuvos Respublikos piniginių socialinės paramos nepasiturintiems gyventojams įstatyme vartojamomis sąvokomis.

9. SDĮ projekte dėstomame 26 straipsnio 4 dalies 4 punkte nurodoma, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalės „užtikrinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams bazinėmis

kainomis“. Atsižvelgiant į SDĮ projekte dėstomoje 9 straipsnio 4<sup>1</sup> dalyje dėstomą reguliavimą, siūlytina įsivertinti poreikį nustatyti išimtį 26 straipsnio 4 dalies 4 punkte įtvirtintai nuostatai.

10. Atsižvelgiant į tai, kad siūlomas reguliavimas turės įtakos verslo sąlygoms ir vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 20 straipsnio 4 dalimi siūlytina *tikslinti ir atidėti* Įstatymų projektų įsigaliojimo datą.

11. SDĮ projekto 4 straipsnio 2 dalies nuostata, nurodanti jog „Šio įstatymo <...> nuostatos taikomos teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose *po šio įstatymo įsigaliojimo*“ yra perteklinė ir savaime suprantama. Pereinamosios nuostatose siūlytina sureguliuoti atvejus, kaip turi būti teikiamos paslaugos, kurios pradėtos teikti pagal ankstesnį reguliavimą, *iki šio įstatymo įsigaliojimo*. Pastaba taikytina ir SSĮ projekto atžvilgiu.

12. SSĮ projekte dėstomos 49 straipsnio 5 dalies atžvilgiu turi būti įtvirtintas reikalavimas atlikti ex post vertinimą vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymu.

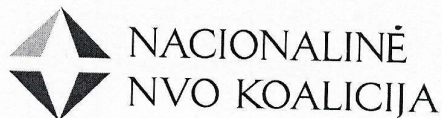
13. Teikiamu SSĮ pakeitimo įstatymo projektu siūlomas pakeitimas, kuriuo *atsisakoma įpareigojimo iki 2029 m. sausio 1 d. atlikti nustatyto reguliavimo ex post vertinimą*. Aiškinamajame rašte nurodoma, kad „6 straipsnio turinys (apimtys) dėl teisinio reguliavimo poveikio ex post vertinimo turėtų būti nustatomas pačios politiką asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje formuojančios valstybės institucijos – Sveikatos apsaugos ministerijos“. Pažymėtina, kad įstatyminė nuostata jau yra priimta ir galioja, todėl nepagrįstas siekis ją naikinti ir analogiškai tvirtinti žemesnio lygmens teisės aktu. Pastebėtina, kad Teisėkūros pagrindų įstatymo 24 straipsnio 2 dalyje nustatyta, jog „Teisinio reguliavimo galiojimo metu ministras pagal jam pavestą valdymo sritį *gali* priimti sprendimą dėl poreikio atlikti šio teisinio reguliavimo poveikio ex post vertinimą“, todėl ministras turėtų teisę tokio sprendimo ir nepriimti neatsižvelgdamas į tai, kad įstatymų leidėjas tokį poreikį matė ir buvo įtvirtinęs. Vadovaudamasi Teisėkūros pagrindų įstatymo 24<sup>1</sup> straipsnio 3 dalies 5 punktu ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. sausio 29 d. nutarimo Nr. 69 „Dėl Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo įgyvendinimo“ 1 punktu Teisingumo ministerija, kaip galiojančio teisinio reguliavimo poveikio ex post vertinimą koordinuojanti institucija *nepritaria siūlymui atsisakyti įstatyminės nuostatos iki 2029 m. sausio 1 d. atlikti nustatyto reguliavimo ex post vertinimą* (nebent būtų įtvirtinama pareiga atlikti ex post vertinimą pačiame SSĮ projekte, kuri užtikrintų naujo reguliavimo poveikio įvertinimą).

Teisingumo ministras

Rimantas Mockus







**LIETUVOS PACIENTŲ ORGANIZACIJŲ ATSTOVŲ TARYBA (LPOAT)**  
Europos pacientų forumo, Tarptautinio pacientų organizacijų aljanso, Nacionalinės NVO koalicijos narė  
Įm. kodas 195756130, Gedimino pr. 28 – 404, LT-01104 Vilnius; tel. (+370-5) 2620783, mob. +370 652 11555; internetas:  
[www.pacientutaryba.lt](http://www.pacientutaryba.lt); el. paštas: [info@pacientutaryba.lt](mailto:info@pacientutaryba.lt);  
Atsiskaitomoji sąskaita LT15 7044 0600 0098 0983, BIC: CBVILT2X, AB SEB bankas

2025-04-11 Nr. 25-07

**Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai**

Vilniaus g. 33, LT-01402 Vilnius

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

### **DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS ĮSTATYMŲ PAKEITIMO PROJEKTŲ**

Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (toliau – **LPOAT**) šiuo raštu kreipiasi į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją (toliau – **Ministerija**) dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto Nr. 25-5264, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto Nr. 25-5265 ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 8, 11, 13 ir 76 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIV-2790 6 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo projekto Nr. 25-5266 (toliau visi kartu – **Projektai**) derinimo ir pateikia savo pastabas Projektams.

Projektais siūloma įtvirtinti aiškų įstatyminių reglamentavimą, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – **LNSS**) įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama jokio papildomo mokesčio, t. y., kad panaikinama galimybė apdraustajam savo iniciatyva pasirinkus brangiau kainuojančias sveikatos priežiūros paslaugas, brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas, bei apmokėti pasirenkamų paslaugų, vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą.

Be to, planuojama pripažinti netekusiu galios Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo I-552 11 straipsnio 1 dalies 5 punktą (straipsnio redakcija nuo 2025 m. liepos 1 d.), numatantį galimybę už priemokas teikti papildomas kitas (ne sveikatos priežiūros paslaugas) paslaugas, susijusias su valstybės laiduojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

Šiuo siūlymu, kaip teigia Ministerija prie Projektų pridedamame teikime „Dėl teisės aktų projektų derinimo“ (toliau – **Teikimas**), siekiama panaikinti LNSS įstaigoms galimybę prašyti prisimokėti už Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – **PSDF**) lėšomis kompensuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas prisidengiant su asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikimu „neatskiriamai“ susijusiomis papildomomis paslaugomis ir apribojant pacientams galimybę valstybės kompensuojamas paslaugas gauti be šių priemonių.

Šiuo raštu LPOAT teikia savo nuomonę dėl Projektų ir griežtai pasisako prieš Projektų priėmimą dėl toliau nurodytų priežasčių.



LPOAT yra išsamiai susipažinusi su Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus situacija, kadangi LPOAT nariai yra Seimo sveikatos reikalų komiteto visuomeniniai ekspertai, dalyvauja Privalomojo sveikatos draudimo tarybos prie SAM, Nevyriausybinų organizacijų tarybos prie LRV, daugelio kitų tarybų, komitetų, komisijų bei darbo grupių veikloje. Būdama didžiausia skėtinė Lietuvos pacientus vienijančių organizacijų asociacija, LPOAT taip pat veikia tarptautinėje plotmėje, nuo 2005 m. tapusi Tarptautinio pacientų organizacijų aljanso (*International Alliance of Patients' Organizations, IAPO*), o nuo 2007 m. – Europos pacientų forumo (*European Patients' Forum, EPF*) nare. Atsižvelgiant į tai, LPOAT turi galimybę kompetentingai vertinti sveikatos sistemos veikimą, numatyti pokyčių poveikį gyventojų sveikatai ir jos priežiūrai.

## **I. Neigiamos Projektų organizacinės bei finansinės pasekmės sveikatos priežiūros sistemai**

LPOAT visada aktyviai pasisako už kuo didesnės valstybės biudžeto dalies skyrimą sveikatos priežiūrai. Šiuo atveju, panaikinus galimybę pacientams patiems papildomai susimokėti už brangiau kainuojančių sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų ar medicinos priemonių teikimą ar kitas, papildomas ne sveikatos priežiūros paslaugas, reikalingas sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, tiek valstybinės, tiek privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) netektų dalies finansavimo, ir akivaizdu, kad sveikatos priežiūros sistemoje pasireikštų dar didesnis finansavimo stygius, nes šiuo metu Lietuvos sveikatos sistemai valstybė ir taip skiria akivaizdžiai nepakankamą finansavimą<sup>1</sup>. Lietuva sveikatos apsaugai skiria 2,5 proc. p. bendrojo vidaus produkto (toliau – BVP) mažiau išlaidų nei ES vidurkis, tad dalį šio skirtumo kompensuoja namų ūkiai, mokėdami už sveikatos apsaugą „iš savo kišenės“, o Europos Komisija yra atkreipusi dėmesį, kad dauguma Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos iššūkių kyla dėl struktūriškai nepakankamo sveikatos apsaugos sektoriaus finansavimo ir nepakankamų išteklių pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje<sup>2</sup>. Valstybės skiriamos lėšos gyventojų sveikatos priežiūrai nuo šalies BVP sudaro vos apie 6 procentus ir smarkiai atsilieka nuo Europos Sąjungos šalių vidurkio, kuris sudaro apie 10 proc. Valstybės įmoka už valstybės lėšomis draudžiamą asmenį sudaro 704 Eur, ir tai yra beveik tris kartus mažiau už vidutinę metinę vieno dirbančiojo įmoką, kuri sudaro 1998 Eur. Papildomas sveikatos draudimas Lietuvoje yra beveik 3 kartus mažiau išvystytas nei Europos Sąjungos šalių vidurkis. Sudėtinga Lietuvos geopolitinė situacija reikalauja papildomų išteklių valstybės gynybai, todėl didesnių lėšų skyrimas sveikatos sektoriui tampa dar labiau komplikuotas.

Visiškai panaikinus papildomų pacientų mokėjimų galimybę, valstybė turės užtikrinti PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams vien baziniais įkainiais. Pastarieji daliai paslaugų yra nustatyti seniai ir nepadengia kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, kurias patiria gydymo įstaigos. Priėmus Projektus, ASPĮ teikiamų paslaugų kokybė gali nukentėti, kadangi bus siekiama paslaugų teikimo kainą priartinti prie bazinių kompensuojamų kainų, o suinteresuotumo teikti kokybiškesnes paslaugas neturės nei valstybinės, nei privačios įstaigos.

Todėl, aiškiai trūkstant viešojo finansavimo, turi būti sudarytos galimybės gyventojams prisidėti prie geresnės sveikatos priežiūros paslaugų įsigijimo savomis lėšomis arba, draudžiantis sveikatą savanorišku sveikatos draudimu, — savanoriško papildomo sveikatos draudimo lėšomis. Tai yra būtina, norint išlaikyti pacientams teisę rinktis gydymo įstaigą, gydytoją, gydymo būdą, pasirinkti brangiau kainuojančias ir todėl dažnai geresnės kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, modernesnius tyrimo ir gydymo būdus, procedūras, medžiagas, taip pat papildomas reikalingas ne sveikatos priežiūros paslaugas. Įsigaliojus Projektams, pacientai netektų laisvės pasirinkti ne tik brangiau kainuojančias sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau ir joms nepriskiriamas komforto bei kitokias paslaugas, pvz., geresnio maitinimo, atskiros palatos, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2024–2027 m. valdžios sektoriaus finansų vertinimas, 2 psl. Prieiga per internetą: <https://www.infolex.lt/ta/ESTZV/Utils/PDFView.aspx?crd=9a2376f6-4755-40be-84fe-1fc4dd58f716&type=ltta&lang=1>

<sup>2</sup> Ten pat, p. 9.



organizavimo, nakvynės, kurios pacientai dažnai pageidauja po kompensuojamų dienos chirurgijos paslaugų, ir t.t. Šių paslaugų teikimas valstybei nieko nekainuoja, o gydymo įstaigos, pritraukdamos papildomų privačių lėšų iš pacientų ar savanoriško sveikatos draudimo kompanijų, gali įsigyti modernesnės įrangos, investuoti į naujus gydymo metodus, taip pat mokėti gydytojams ir slaugytojams didesnę darbo užmokesį, taip sulaikydamos juos nuo emigravimo iš Lietuvos.

Jei būtų priimti teikiami Projektai, tai akivaizdžiai sukeltų neigiamas organizacines bei finansines pasekmes visai sveikatos priežiūros sistemai, jos finansiniam tvarumui, kas savo ruožtu lemtų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, saugos ir prieinamumo pacientams pablogėjimą.

Atkreiptinas dėmesys, kad ir pagal galiojančius įstatymus valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra LNSS įstaigose turi būti teikiama nemokamai, o už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomų mokesčių. Taigi, įstatyminis pagrindas pacientams nemokėti papildomų mokėjimų egzistuoja. Pažymėtina ir tai, kad priežiūros institucijos turi pakankamai įrankių užtikrinti, kad šių įstatymų nuostatų būtų laikomasi – tai ASPI patikrinimai, administracinių nuobaudų, sutartinių sankcijų pagal sutartis su TLK galimybė. Tenka tik apgailestauti, kad Projektais siekiama be atodairiško ir pernelyg griežto reguliavimo, užuot pasinaudojus jau esamais svertais, kad būtų tinkamai įgyvendinamos pacientų teisės.

#### **I. Konstitucinis Teismas numato papildomų mokėjimų galimybę ir įpareigoja asmenis prisidėti prie sveikatos priežiūros finansavimo**

Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta, jog valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Aiškindamas Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalį, Konstitucinis Teismas yra konstatavęs, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių (Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2009 m. rugsėjo 2 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai), taip pat kad žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, o rūpinimasis žmonių sveikata – tai valstybės funkcija (Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d., 2004 m. sausio 26 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2009 m. rugsėjo 2 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai).

Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo motyvuojamosios dalies IV skyriaus 1.5 punkto ketvirtosios pastraipos nuostatos pabrėžia privачios iniciatyvos skatinimą: „*Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad pilietinėje visuomenėje solidarumo principas nepaneigia asmeninės atsakomybės už savo likimą; pripažinti abipusę asmens ir visuomenės atsakomybę yra svarbu užtikrinant socialinę darną <...>. Asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisiniu reguliavimu turėtų būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata, priimti pareigą pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, atsakingai ir racionaliai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Taigi pagal Konstituciją įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti ir tai, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas turi būti atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais ir kt.*“

Aiškindamas minėto Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatas, Konstitucinis Teismas savo 2014 m. gegužės 6 d. sprendime nurodė, kad „*tai, kad įstatymų leidėjas, turintis pareigą numatyti visuomenės solidarumu grindžiamą būdą sukaupiti reikiamas viešąsias lėšas pakankamam sveikatos priežiūros paslaugų, kurių neapima piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, prieinamumui užtikrinti, yra pasirinkęs privalomąjį sveikatos draudimą, nepaneigia galimybės numatyti ir kitas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo formas; kiekvienas asmuo turi rūpintis savo sveikata, pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo, taigi inter alia gali savanoriškai*



*papildomai drausti savo sveikatą, apmokėti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (jų dalį), teikiamas tiek valstybinėse, tiek kitose sveikatos priežiūros įstaigose“.*

Atsižvelgiant į išdėstytus argumentus, darytina išvada, kad ne tik galimi įvairūs papildomi mokėjimai ir priemokos tiek valstybinėse, tiek ir privačiose įstaigose, tačiau Konstitucinis Teismas skatina privačios iniciatyvos laisvę bei įpareigoja asmenis rūpintis sveikata bei pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros finansavimo.

## **II. Projektai prieštarauja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymui**

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnio 1 dalyje tarp kitų sveikatinimo veiklos reguliavimo principų yra įtvirtinta asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas bei asmens sveikatos priežiūros priimtinumas, prieinamumas ir tinkamumas. Atsižvelgdama į aukščiau šiame rašte pateiktus argumentus, LPOAT yra įsitikinusi, kad Projektais siekiami tikslai apriboja pacientų laisvę pasirinkti tokias pageidaujamas paslaugas, kurios užtikrintų modernesnę, pacientui labiau tinkamą sveikatos priežiūrą, taigi, ir laisvę pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas ir sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumo principą. Taigi, Projektai paneigia tame pačiame Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme išdėstytus sveikatinimo veiklos reguliavimo principus bei sukuria nenuoseklų, prieštaringą teisinį reguliavimą.

## **III. Projektų priėmimas padidins pacientų eiles ir skatins korupciją**

Teikime nurodoma, kad Projektais įgyvendinamos Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimu Nr. XV-54 „Dėl Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, 247 punkto priemonė „Trumpinsime eiles gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, prioritetą skirdami didžiausios rizikos pacientams.“ Be to, kaip teigiamas Projektų rezultatas nurodoma tai, kad bus gerinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir eilių valdymas, kai įstatymiškai nebeliks galimybės apeiti PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų eilę už paslaugas pacientui papildomai prisimokant.

LPOAT nuomone, Projektų priėmimas sukels atvirkštinį efektą, itin žalingą pacientams – eilės padidės, o pacientai gali griebtis neteisėtų veiksmų, kad greičiau patektų pas gydytojus, tad galimai išaugs korupcijos lygis. Kadangi privatioms įstaigoms, kurios savo materialinę bazę išlaiko negaudamos tam skirto valstybės finansavimo, t. y., iš nuosavų lėšų, Projektų priėmimas sukels didesnių nuostolių ir privers atsisakyti dalies sutarčių su TLK bei didinti paslaugų kainas, pacientai, siekdami gauti valstybės apmokamas bazinio lygmens sveikatos priežiūros paslaugas, bus priversti kreiptis į valstybines gydymo įstaigas, dėl ko jose ženkliai išaugs eilės paslaugoms, dar labiau pablogės valstybės kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Blogėjantis medicinos pagalbos prieinamumas ir augančios eilės paslaugoms formuos paslaugų deficitą, kuris dar labiau padidins korupcijos ir nelegalių atsiskaitymų mastą sveikatos priežiūros įstaigose, nes negalėdami oficialiai susimokėti už galimybę gauti paslaugas greičiau, pacientai nevengs kyšių ir „padėkų“ vokeliuose.

\* \* \* \*

Tikimės, jog LPOAT pasiūlymai bei argumentai bus naudingi, o teisės aktų leidėjai į juos atsižvelgs. Jeigu turėtumėte bet kokių klausimų (įskaitant detalesnės informacijos apie susiklosčiusią situaciją poreikį, gyvo ar nuotolinio susitikimo organizavimo klausimo detalių aptarimą), maloniai prašome susisiekti.

Pagarbiai

Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos  
pirmininkė

+370 652 11555



Vida Augustinienė