

LIETUVOS LIGONINIŲ ASOCIACIJA

Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 235820330,
Vydūno g. 56, LT-74112 Jurbarkas, tel. +370 699 18408, info@llas.lt

Lietuvos Respublikos Seimo
Sveikatos reikalų komiteto pirmininkei
Linai Šukytei Korsakei

2026-05-04 Nr.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrei
Marijai Jakubauskienei

Lietuvos savivaldybių asociacijos prezidentui
Audriui Klišoniui

DĖL LIGONINIŲ FINANSINIO TVARUMO, INTENSIVIOSIOS TERAPIJOS PASLAUGŲ UŽTIKRINIMO IR INSULTO GYDYMO

Lietuvos ligoninių asociacija, atsižvelgdama į 2026 m. balandžio 28 d. vykusioje konferencijoje aptartas aktualiausias sveikatos priežiūros sektoriaus problemas, kreipiasi į Sveikatos reikalų komitetą, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrę ir Lietuvos savivaldybių asociaciją, siekdama atkreipti dėmesį į sudėtingą ligoninių finansinio tvarumo situaciją, būtinybę stiprinti intensyviosios terapijos paslaugų užtikrinimą bei didinti insulto gydymo efektyvumą.

1. Dėl viršsutartinių paslaugų apmokėjimo

Šiuo metu galiojantis (ir galiosiantis nuo 2026 m. liepos 1 d.) reguliavimas numato, kad dėl viršsutartinių paslaugų (t. y. paslaugų, viršijančių sutartyse su Valstybine ligonių kasa nustatytus kiekius) apmokėjimo, jeigu leidžia PSDF biudžeto galimybės, sprendžiama pasibaigus kiekvienam ketvirčiui (papildomai – ir pasibaigus IV metų ketvirčiui), o šios paslaugos, išskyrus I ir II grupės paslaugas, apmokamos tik iš dalies.

Toks reguliavimas iš esmės palieka finansavimą priklausomą nuo einamojo laikotarpio biudžetinių galimybių, o ne nuo realiai suteiktų ir pacientams būtinų paslaugų apimties, todėl išbalansuoja gydymo įstaigų finansus ir neužtikrina jų veiklos tvarumo.

Gydymo įstaigos ištisus metus privalo užtikrinti nepertraukiamą paslaugų teikimą, išlaikyti medicinos personalą, vykdyti nuolat didėjančius darbo užmokesčio įsipareigojimus (2026 m. planuojama, kad darbo užmokestis sudarys 95,19 proc. ligoninių sąnaudų) bei dėl infliacijos dengti augančias veiklos išlaidas, nepriklausomai nuo to, ar viršsutartinės paslaugos bus apmokėtos.

Esant tokiam teisiniam reguliavimui, gydymo įstaigos negali prognozuoti savo pajamų, todėl yra verčiamos prisiimti finansinę riziką ir faktiškai kredituoti sveikatos sistemą.

Toks neapibrėžtumas daro tiesioginę įtaką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui: nesant aiškaus ir garantuoto apmokėjimo mechanizmo, gydymo įstaigos susiduria su rizika riboti paslaugų teikimą pasiekus sutartinius limitus, o tai neišvengiamai lemia pacientų srautų persiskirstymą ir ilgesnes laukimo eiles.

Esamas finansavimo modelis iš esmės yra netvarus, todėl prašome ieškoti sprendimų, kurie leistų viršsutarbines paslaugas apmokėti 100 proc. apimtimi.

2. Dėl intensyviosios terapijos paslaugų užtikrinimo ir pajėgumų didinimo

Intensyviosios terapijos sistema yra kritinė nacionalinio saugumo ir sveikatos sistemos atsparumo dalis, ypač esant sudėtingai geopolitinei situacijai ir augančioms karo grėsmėms, todėl šie pajėgumai turi būti planuojami ne tik pagal demografinius, bet ir pagal valstybės saugumo poreikius.

Šiuo metu Lietuvoje yra 414 intensyviosios terapijos lovų, nors pagal taikomą rodiklį (15,5 lovos / 100 000 gyventojų) jų turėtų būti 448. Esant dabartinei geopolitinei situacijai, būtina ne tik pasiekti normatyvinį lovų skaičių, bet ir sudaryti sąlygas operatyviai didinti pajėgumus bei užtikrinti jų parengtį galimoms grėsmėms.

Siekdami šių tikslų įgyvendinimo, prašome:

1. sudaryti teisinę ir finansinę galimybę nustatytus kriterijus atitinkančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms didinti intensyviosios terapijos lovų skaičių iki bendro 448 skaičiaus (papildomai 34 lovomis);
2. tobulinti teisinį reguliavimą, pakeičiant Intensyviosios terapijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų aprašo 2.3 punktą taip: „Intensyviosios terapijos padalinys / intensyviosios terapijos lovos – asmens sveikatos priežiūros įstaigos padalinys, kuriame teikiamos intensyviosios terapijos paslaugos. Intensyviosios terapijos padalinyje gali būti gydomi visų sveikatos būklės kompleksiskumo kategorijų pacientai.“
3. tobulinti teisinį reguliavimą, pakeičiant Intensyviosios priežiūros asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų aprašo 2.2 punktą taip: „Intensyviosios priežiūros paslaugos – stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pirmos (K1) sveikatos būklės kompleksiskumo kategorijos pacientams arba, siekiant trumpalaikės paciento būklės stabilizacijos prieš pacientą pervežant į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą arba iki sprendimo dėl gydymo taktikos priėmimo ir jos taikymo, – antros (K2) sveikatos būklės kompleksiskumo kategorijos pacientams.

Esant medicininei būtinybei, kai paciento pervežimas į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą nėra tikslingas, intensyviosios priežiūros paslaugos gali būti tęsiamos ir K2 kompleksiško pacientams.“

4. nustatyti bazinį finansinį palaikymo paketą intensyviosios priežiūros paslaugoms išlaikyti.

3. Dėl insulto gydymo efektyvumo didinimo

Lietuvoje veikia insulto klasterio sistema, skirta užtikrinti greitą ir kokybišką išeminio insulto diagnostiką bei gydymą, tačiau praktikoje šios sistemos efektyvumo rodikliai nėra pakankami, o laikas iki gydymo pradžios išlieka vienu kritinių veiksnių, lemiančių pacientų išgyvenamumą.

Šiuo metu, esant įtarimui dėl insulto, greitosios medicinos pagalbos brigados pacientus transportuoja ne į artimiausią gydymo įstaigą, o į insulto klasteriui priklausančias ligonines. Nors toks modelis užtikrina specializuotą pagalbą, jis tam tikrais atvejais pailgina laiką iki gydymo pradžios, ypač regionuose, kur atstumas iki klasterio centro yra reikšmingas.

Atsižvelgiant į tai, siūlome svarstyti pilotinio projekto įgyvendinimą, sudarant galimybę insulto gydymui skirtą trombolizę atlikti ir toms stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios nepriklauso insulto klasteriui, tačiau atitinka būtinus diagnostinius ir organizacinius reikalavimus: pacientui įtariant išeminį insultą, jis būtų transportuojamas į artimiausią gydymo įstaigą, galinčią atlikti kompiuterinės tomografijos tyrimą, ir, esant patvirtintam išeminiam insultui, trombolizė būtų atliekama nedelsiant šioje gydymo įstaigoje. Toks modelis leistų reikšmingai sutrumpinti laiką iki trombolizės pradžios ir padidintų pacientų pasveikimo tikimybę.

Siūlomų sprendimų įgyvendinimas sudarytų prielaidas užtikrinti sveikatos sistemos atsparumą, stabilų gydymo įstaigų veiklos finansavimą ir nepertraukiamą gyventojams būtinų paslaugų teikimą.

LLA prezidentas

Gediminas Ramanauskas