



SAM

2025

**SVEIKATOS
SEKTORIAUS
STIPRINIMO
POLITIKOS GAIRIŲ
SANTRAUKA**

1.
Sveikatos priežiūros sistemos žmogiškųjų išteklių pritraukimas, finansavimo ir darbo sąlygų gerinimas

2.
Viešojo sveikatos sektoriaus tolygaus paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas

3.
Visuomenės sveikatos priežiūros ir saugos gerinimas vykdant sveikatos stiprinimą ir rizikos veiksnių prevenciją bendruomenėse

4.
Žmogaus teisių principais grįstos psichikos sveikatos bei psichologinės gerovės stiprinimas

5.
Inovatyvių personalizuotos medicinos, duomenų technologijų, klinikinių tyrimų diegimas ir plėtra

6.
Sveikatos priežiūros sistemos pasirengimas civilinėms ir kitoms grėsmėms

Vyriausybės pagrindinė veiklos kryptis sveikatos sektoriuje – Ilginti vidutinę kokybiško ir sveiko gyvenimo trukmę.

VIEŠOJO SEKTORIAUS STIPRINIMUI IMAMASI ŠIŲ STRATEGINIŲ VEIKSMŲ:

Priemokų naikinimas (LR sveikatos sistemos 11 ir 49 straipsniai), paraleliai didinant paslaugų įkainius ir plečiant medicininių priemonių spektrą pagal medicininės indikacijas

LR sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio ir LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio pakeitimas (sutarčių sudarymo tvarka su viešomis įstaigomis, po to su privačiomis)

Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų PSD įmokos didinimas

Sprendžiamos problemos

Lietuva – aukšto ekonominio išsivystymo šalis, kurios gyventojų sveikatos rodikliai yra vieni prasčiausių tarp išsivysčiusių šalių (pvz., mažesnė vidutinė gyvenimo trukmė, didelis išvengiamas mirtingumas).

Sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – SPP) prieinamumas apribotas ilgų asmens SPP laukimo eilių, kurios, deja, ilgėja. Tai lemia gyventojų nepasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema ir kelia grėsmę žmonių sveikatai.

Vieni svarbiausių SPP prieinamumą ribojančių veiksnių yra žmogiškųjų išteklių (t. y. gydytojų ir slaugytojų) stoka bei netolygus jų pasiskirstymas šalyje, taip pat finansinis barjeras - pacientai, norėdami gauti SPP, turi papildomai sumokėti už jas, nors yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu.

Papildomų priemonių už SPP mokėjimas, kai sveikatos priežiūros įstaigai už šias SPP jau yra sumokėta iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF), yra suponuotas nepakankamai aiškaus teisinio reglamentavimo ir šias spragas išnaudojančios ilgametės nusistovėjusios ydingos SPP teikimo praktikos gydymo įstaigose. Priemokos už SPP yra taikomos Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose (tai yra įstaigos, turinčios sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) tam tikroms SPP teikti), bet daugiausia – privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, besidalijančiose su viešojo sektoriaus gydymo įstaigomis tais pačiais žmogiškaisiais ištekliais.

Dėl to viešosios gydymo įstaigos susiduria su rimtais vadybiniais iššūkiais – neigiamais įstaigų finansiniais rezultatais, specialistų nutekėjimu, šakos kolektyvinės sutarties įsipareigojimais ir kitais.

Lietuvoje solidarumu ir lygiateisiškumu paremta sveikatos priežiūros sistema viešajam sveikatos sektoriui laiko sistemos stuburu, užtikrinančiu visuotinės SPP aprėpties principų įgyvendinimą.

Šioms problemoms spręsti Sveikatos apsaugos ministerija teikia tris įstatymų pakeitimų projektus, orientuotus į:

- Priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų naikinimui, aiškiam papildomų mokėjimų reglamentavimui;
- Įmokų didinimui už privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis draudžiamus asmenis;
- Viešojo sektoriaus stiprinimui, keičiant VLK sutarčių sudarymo tvarką.

Priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų atsisakymas

Problema. Visuotinė sveikatos paslaugų aprėptis yra esminis sveikatos sistemos architektūros ir veiklos principas. Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos visiems gyventojams nepriklausomai nuo jų socialinės ir ekonominės padėties, o ypač – nuo pajamų lygio, tačiau atliepančios sutrikusios sveikatos būklės suponuotą pagalbos poreikį.

Deja, šiuo metu dalis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos gydymo įstaigų, daugiausia - privačių, įvairiais būdais reikalauja iš pacientų priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas, kai už jų suteikimą jau yra sumokėta PSDF lėšomis. Ši praktika lemia tai, kad tik aukštesnes pajamas turintys gyventojai gali greitai gauti paslaugas, kai visiems kitiems pacientams tenka ilgai laukti paslaugų laukimo eilėse. Tai lemia gyventojų nepasitenkinimą viešuoju sveikatos priežiūros sektoriumi, prarandama sveikata laiku negavus prevencinių ir gydymo paslaugų, didėja socialinė atskirtis bei formuojasi regioniniai sveikatos netolygumai šalyje.

Analizė. Siekiant išlaikyti subalansuotą nacionalinę sveikatos sistemą, būtina užtikrinti, kad ir privatus, ir viešasis sektorius laikytųsi tų pačių veikimo principų bei sutartinių sąlygų su VLK. Deja, šiuo metu teisės aktus dėl priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų įstaigos interpretuoja skirtingai, dėl ko susiformuoja nelygios veikimo sąlygos tarp įstaigų, kurios ima priemokas ir tų, kurios neima (dažniau priemokas ima privačios įstaigos). Kenčia pacientai, kurie įstaigose moka iš savo kišenės už tas paslaugas, už kurias jau sumokėjo VLK, o neimančios priemokų įstaigos netenka ženklios dalies sveikatos priežiūros specialistų.

Šiame kontekste yra ypač svarbi gyventojų mokėjimų klasifikacija bei juos reguliuojantys teisiniai sprendimai, nustatantys, kad pacientų mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas yra priimtini, o kada ne:



Nepriimtini mokėjimai apima:

- **Papildomas mokėjimas už PSDF kompensuojamą (sveikatos priežiūros) paslaugą („nepriimtinos priemokos“).** Tai papildomas mokėjimas iš asmens lėšų už paslaugą, dėl kurios apmokėjimo PSDF lėšomis sveikatos priežiūros įstaiga yra sudariusi sutartį su VLK. Pavyzdžiui, jei asmuo, turėdamas siuntimą gydytojo neurologo konsultacijai, kreipėsi į gydymo įstaigą, kuri yra sudariusi sutartį su VLK dėl minėtų paslaugų apmokėjimo PSDF lėšomis, už gydytojo neurologo konsultaciją ir šiai paslaugai teikti reikalingas priemones apmokės VLK PSDF lėšomis. Jei asmuo, kuriam buvo suteikta gydytojo neurologo konsultacija, prašoma papildomai susimokėti už tą pačią paslaugą, toks paciento mokėjimas yra nepriimtinas, pažeidžiantis sutarties su VLK punktą 8.10¹.
- **Ne komforto mokamos paslaugos, kai asmuo gauna PSDF apmokamą (sveikatos priežiūros) paslaugą.** Neretai pacientui gaunant iš PSDF apmokamą paslaugą yra parduodamos ir kitos paslaugos. Pacientas nėra informuojamas apie paslaugų turinį, jų būtinumą, ir tuo yra piktnaudžiuojama, kadangi nėra aiškiai nurodoma, kad jos nėra privalomos norint gauti iš PSDF apmokamą paslaugą; pacientas dėl žinių ir galios asimetrijos neretai net bijo / nedrįsta / nėra kompetentingas nei kvestionuoti tokių paslaugų reikalingumo, nei jų atsisakyti, norėdamas gauti pagrindinę paslaugą.

Priimtini mokėjimai apima:

- **Priemokos už kai kurias medicinines priemones, nustatytas LR Vyriausybės nutarime.** Kai kuriais atvejais pacientai gali pageidauti įsigyti kitokią medicinos priemonę, nei ta kuri kompensuojama VLK (pvz., akių lęšiuką, endoprotezą ar pan.). Konkretias medicinines priemones numatoma nustatyti LR Vyriausybės nutarimu patvirtintame baigtiniame medicinos priemonių sąrašė, už kurias gali būti taikomas papildomas mokėjimas sumokant kainos skirtumą tarp paciento pasirinktos ir VLK kompensuojamos priemonės. Šis sąrašas turėtų būti suderintas su visomis suinteresuotomis pusėmis (pvz., su paslaugų teikėjais (gydymo įstaigomis), gavėjais (pacientais), administratoriais (VLK)) ir būti baigtinis, norint minimizuoti piktnaudžiavimo galimybes ir valdyti reikalingos priežiūros

¹Užtikrinti, kad PSDF biudžeto ar valstybės biudžeto laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos nemokamai ir už šias paslaugas iš pacientų nebūtų reikalaujama papildomo mokesčio ar jų teikimui nebūtų keliamos papildomos teisės aktuose nenumatytos sąlygos (reikalaujama, siūloma įsigyti papildomas paslaugas ir kt.)

kaštus. Bet kokių atveju, asmeniui turi būti sudaryta galimybė atsisakyti primokėti gaunant standartinę paslaugą;

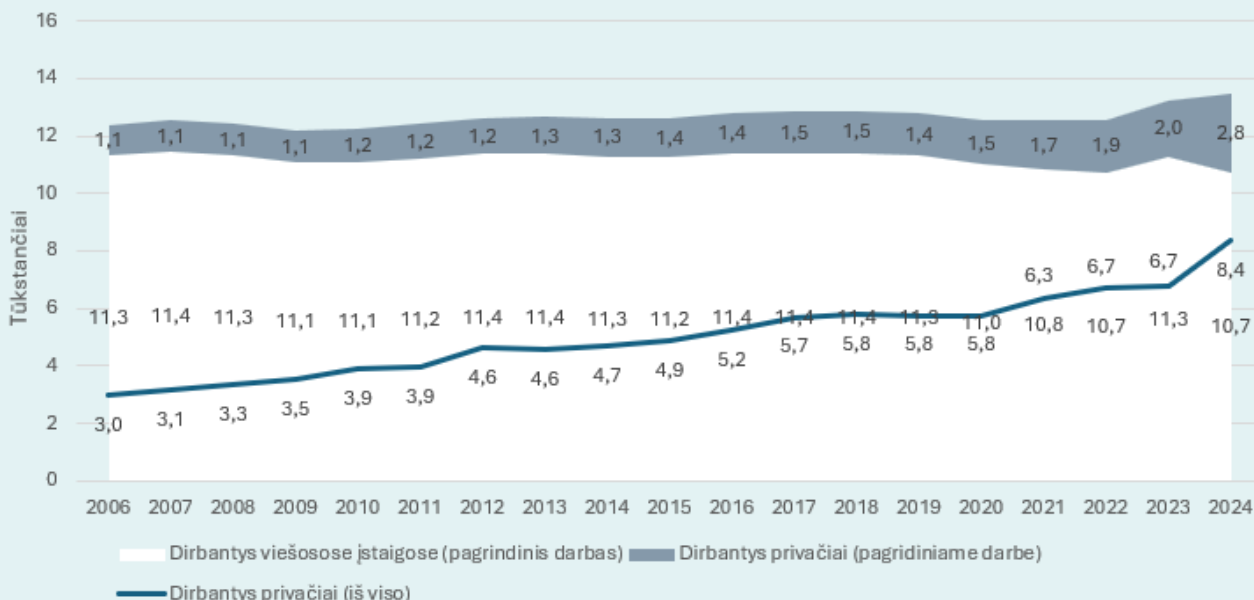
- **Mokamos komforto paslaugos gaunant PSDF apmokamą sveikatos priežiūros paslaugą.** Net gaudamas PSDF apmokamą paslaugą pacientas turi teisę įsigyti komforto paslaugas;
- **Mokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kai asmuo negauna PSDF apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos.** Tai sveikatos priežiūros ar nemedicininės paslaugos, už kurias reikia mokėti, nes tos paslaugos nėra apmokamos PSDF lėšomis (visada mokamos paslaugos, pvz., grožio, komforto paslaugos) arba asmuo turi mokėti, nes neatitinka valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sąlygų (nėra draustas ar neturi siuntimo).

Nepriimtinių mokėjimų apimtis Lietuvoje gali siekti apie 150 mln. eurų per metus. Pastaraisiais metais stebima priemonių mokėjimo augimo tendencija. VLK, vykdydama paslaugų teikimo priežiūrą, aptiko aibę atveju, kai pacientui buvo suteiktos papildomos paslaugos, o apie susimokėjimą arba tikslią sumą jie buvo informuoti tik po paslaugos suteikimo ir apmokėjimo.

Papildomos pajamos gydymo įstaigoms sudaro sąlygas mokėti didesnius atlyginimus medicinos personalui ir taip jį persivilioti iš kitų įstaigų (dažniau viešųjų įstaigų). Tai yra viena iš priežasčių, kodėl vis daugiau medicinos personalo pereina dirbti į privatų sektorių.

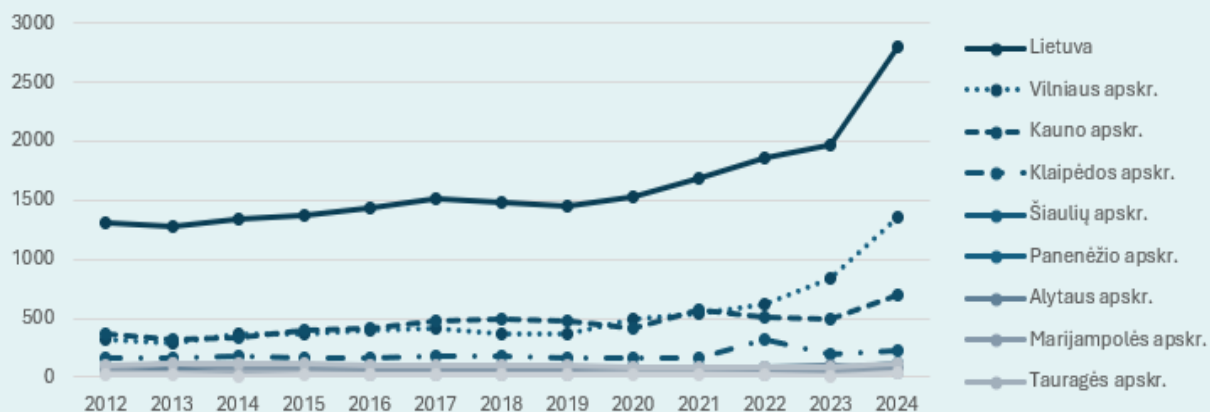
Pavyzdžiui, 2006 m. 1,1 tūkst. gydytojų kaip pagrindinę darbovietę nurodė privatų sektorių, o 2024 m. jų skaičius išaugo iki 2,8 tūkst. (žr. 1 pav.). Viešajame sektoriuje per tą patį laikotarpį gydytojų skaičius sumažėjo nuo 11,3 tūkst. iki 10,7 tūkst. Be to, jau 2019 m. buvo 5,8 tūkst. atveju, kai gydytojai bent dalį etato dirbo privačiame sektoriuje (tiesa, pagal šiuos duomenis vienas asmuo gali būti priskaičiuotas kelis kartus, jei dirbo keliose gydymo įstaigose). Pastebėtina, kad šios tendencijos ypač paspartėjo pastaruosiu metu – vien per 2024 m., palyginti su 2023 m., apie 800 gydytojų pradėjo dirbti privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje, o tai sudaro apie 6 proc. visų dirbančių gydytojų. Dauguma šių gydytojų dirba didžiuosiuose miestuose (žr. 2 pav.).

Pav. 1. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus dinamika pagal sektorių



Šaltiniai: Higienos institutas ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys. Pastaba dėl reikšmės „Dirbantys privačiai (iš viso)“: iki 2020 m. buvo renkami „iš viso“ atvejai, kai gydytojai dirbo privačiame darbe. Buvo galimas dubliavimas, nes tas pats asmuo galėjo dirbti keliose privačiose įstaigose. Nuo 2020 m. renkama informacija tik pagal etatų skaičių. Siekiant informaciją sujungti, 2020 m. ir vėlesnė dinamika buvo pritaikyta pagal ankstesnių metų skaičių. Plg., 2019 m. buvo 5 759 gydytojai, dirbantys privačiai, o 2020 m. buvo 2 360 etatų.

Pav. 2. Gydytojai, dirbantys privačiai pagrindiniame darbe pagal apskritis.



Šaltinis: Higienos institutas.

Siūlomas sprendimas. Priimti įstatymų pakeitimus, kurie aiškiai apibrėžtų ir panaikintų gydymo įstaigų galimybę imti priemokas. Sudaryti medicininių priemonių sąrašą ir nemedicininių

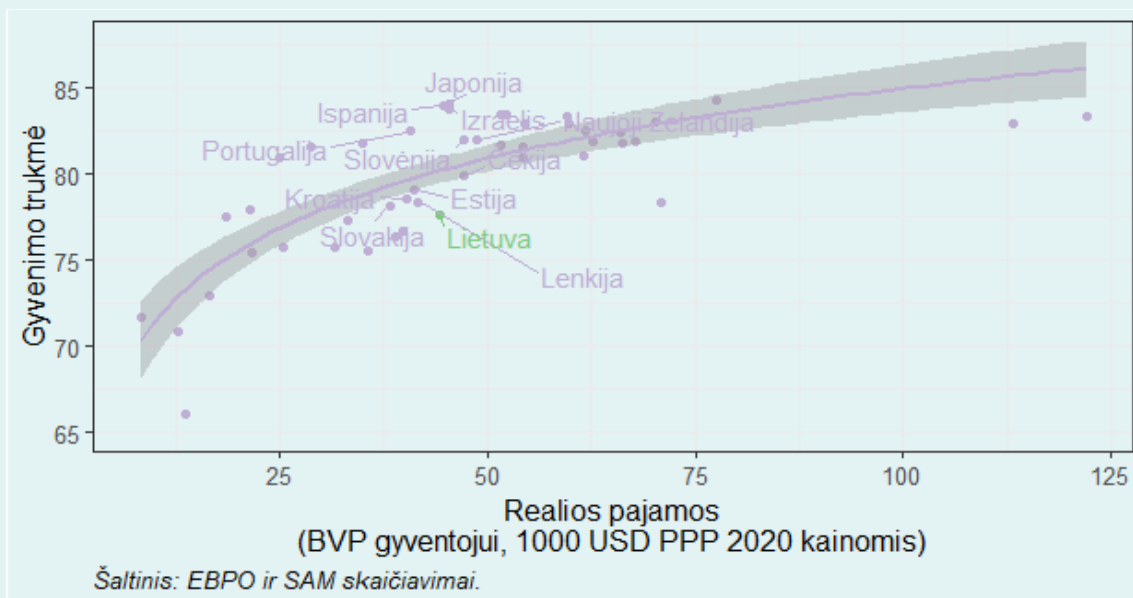
paslaugų (komforto) sąrašą, kuriame būtų įvardinti atvejai, kada pacientai galėtų rinktis brangesnes priemones asmens lėšomis ir įsigyti paslaugas gaunant PSDF lėšomis apmokamą paslaugą.

Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, didinimas

Problema. Lietuvos sveikatos rodikliai vis dar atsilieka nuo panašaus ekonominio išsivystymo šalių. 2023 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje siekė 77,6 metų, o realios metinės pajamos vienam gyventojui sudarė apie 44 tūkst. eurų². Tokiose šalyse kaip Lenkija, Kroatija, Estija, Portugalija ar Slovakija gyvenimo trukmė ilgesnė, nors jų gyventojų realios metinės pajamos mažesnės.

Yra nemažai šalių, kurių pajamos tik šiek tiek viršija Lietuvos lygį, tačiau gyvenimo trukmė jose žymiai ilgesnė. Tarp tokių šalių paminėtinos Čekija, Slovėnija, Naujoji Zelandija, Izraelis, Ispanija ir Japonija. Žinoma, gyvenimo trukmei įtakos turi ne tik pajamų dydis, bet ir tai, kaip šios pajamos paskirstomos bei naudojamos, ir aibė su pajamomis nesusijusių veiksnių (pvz., klimatas). Vis dėlto Lietuva jau kurį laiką išsiskiria iš EBPO šalių kaip palyginti pasiturinti šalis, tačiau kurios gyventojų sveikatos rodikliai yra prasti.

Pav. 3. Ryšys tarp realiųjų pajamų vienam gyventojui ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės EBPO šalyse (2023 m. arba naujausiai prieinami)



Pastaba: Realiosios pajamos (už sukurtą bendrąją pridėtinę vertę šalyje), išreikštos 1 000 JAV dolerių vienam gyventojui, atsižvelgiant į kainų lygį, matuojamą perkamosios galios paritetu (kuo

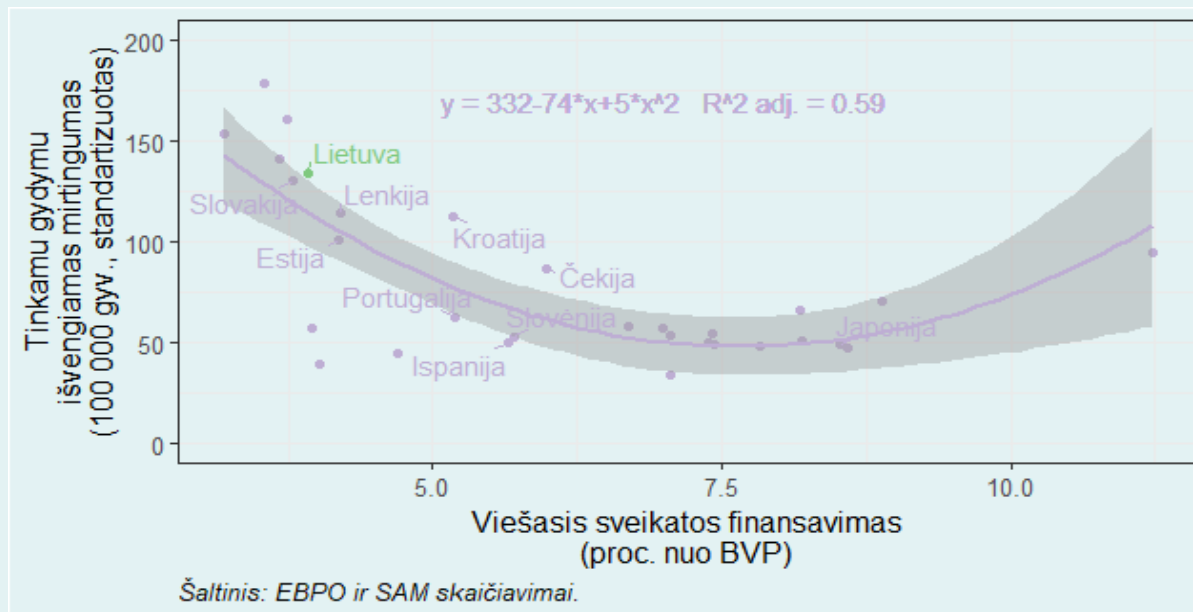
² BVP vienam gyventojui, atsižvelgiant į kainų lygį.

kainos šalyje mažesnės, tuo realiosios pajamos didesnės, nes už vieną dolerį gali įsigyti daugiau prekių ir paslaugų).

Analizė. Sveikatos apsaugai yra skiriama gerokai mažiau viešųjų finansų negu kitose EBPO šalyse, netgi tose, kurių ekonominio išsivystymo lygis yra panašus kaip Lietuvoje. Nors visas viešasis sveikatos finansavimas koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu, Sveikatos apsaugos ministerijos skaičiavimai parodė, kad koreliacija yra didesnė, kai yra vertinamas viešasis sveikatos finansavimas skirtas tik daliai teikėjų (ligoninėms, ambulatorinėms SPP teikėjams (be odontologų kabinetų) ir kt.³). Šiems teikėjams 2023 m. Lietuva išleido apie 3,9 proc. nuo BVP viešųjų finansų, o tai viena mažiausių išlaidų sveikatai dalis tarp EBPO šalių, kurių ekonomika panaši į Lietuvos (4 pav.).

Iš paveikslo matyti, kad šalys, kuriose sveikatos priežiūros finansavimo lygis panašus (pvz., Slovakija), turi panašius tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo rodiklius. Tai leidžia daryti prielaidą, kad norint labiau sumažinti tinkamu gydymu išvengiamą mirtingumą, kaip, pavyzdžiui, Slovėnijoje ir Japonijoje, reikėtų ženkliai didinti sveikatos priežiūros finansavimą.

Pav. 4. Empiriškai atrinkti SPP teikėjai, kurių viešasis finansavimas stipriau koreliavo su išvengiamu mirtingumu



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos skaičiavimai. Duomenys iš EBPO „Health expenditure and financing“⁴ ir „Avoidable mortality“⁵.

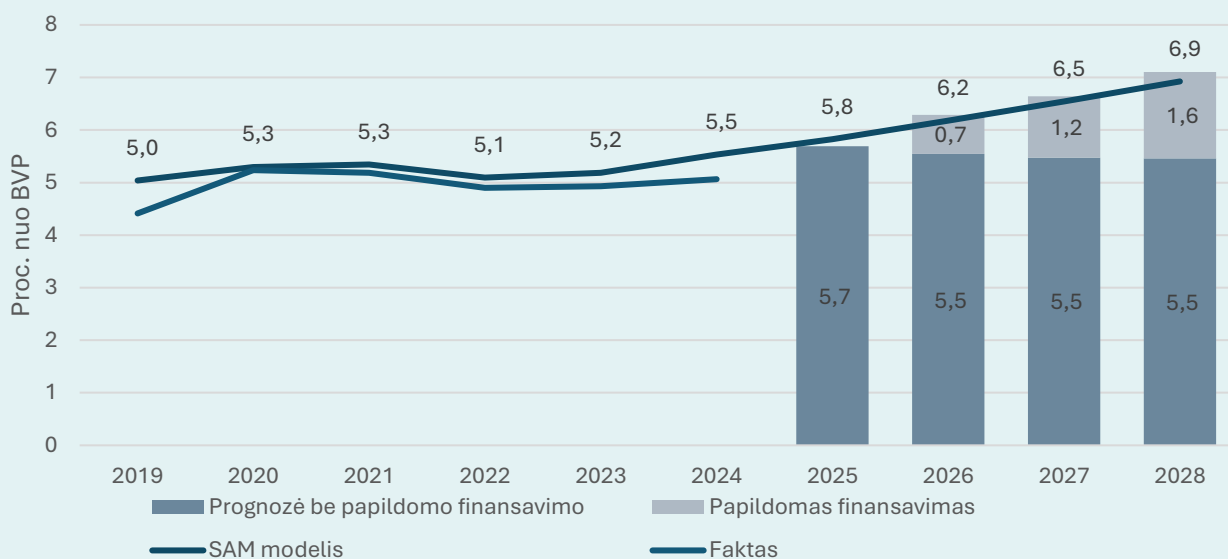
³ Stacionarios ilgalaikės priežiūros įstaigos, prevencijos paslaugų teikėjai, sveikatos priežiūros sistemos administravimo ir finansavimo paslaugų teikėjai ir kiti ekonomikos sektoriai (daugiausiai tai namų ūkių suteikiamos paslaugos, už kurias yra skiriamas viešasis finansavimas, pvz., slaugos paslaugos).

⁴ [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](#)

⁵ [OECD Data Explorer • Avoidable mortality](#)

Sveikatos apsaugos ministerija sukonstravo ekonometrinį modelį, atsižvelgiantį į Lietuvos ekonomikos lygį, kainų lygį ir gyventojų senėjimą, pagal kurį buvo paskaičiuota, kiek būtų siektina papildomai didinti sveikatos sistemos finansavimą Lietuvoje. Analizės rezultatai patvirtina, kad sparčiai senstant Lietuvos visuomenei, finansavimas būtų vis labiau nepakankamas, jei nebūtų didinamas.

Pav. 5. Viešasis sveikatos sistemos finansavimas su ir be papildomo finansavimo



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos skaičiavimai.

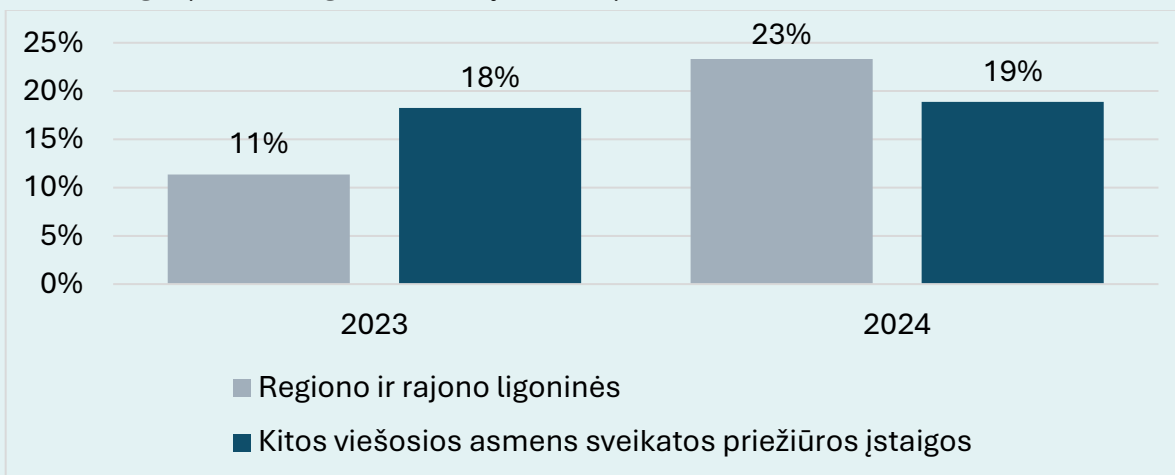
Siūlomas sprendimas. Ženkliai padidinti viešojo sektoriaus finansavimą, didinant įmokas už apdraustuosius, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus valstybės lėšomis.

Viešojo sektoriaus stiprinimas

Problema. Pastaraisiais metais viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su rimtais iššūkiais – daug įstaigų patiria finansinį nuostolį, didele dalimi tai susiję su šakos kolektyvinės sutarties įsipareigojimų vykdymu, visą parą veikiančiais postais, vis didesnei daliai sveikatos priežiūros specialistų mažinant darbo krūvius ir/ar pereinant dirbti į privačias medicinos klinikas.

Analizė. Medicinos personalas Lietuvoje yra ribotas. Kasmet dalis gydytojų ar slaugytojų išvyksta dirbti į užsienį, dalis - pereina į privatų sektorių, tad viešosioms įstaigoms vis sunkiau sekasi pritraukti reikiamų specialistų, ypačingai regionuose, nors su analogiškais sunkumais susiduria ir universiteto ligoninės. Be to, mažėjant populiacijai, atokiose vietovėse darosi finansiškai nuostolinga teikti sveikatos paslaugas (žr. pav. 6).

Pav. 6. Vis daugiau Lietuvos viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų baigia metus nuostolingai (nuostolingai dirbančių dalis, %)



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos skaičiavimai ir VLK duomenys.

Siūlomas sprendimas. Keisti VLK sutarčių su gydymo įstaigomis finansavimo sąlygas, kad pirmiausia finansavimas tektų viešosioms įstaigoms.

Viešojo sveikatos sektoriaus finansavimo didinimas leistų gerinti sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygas ir paslaugų prieinamumą gyventojams

- 350 mln. eurų specializuotų ambulatorinių paslaugų kainoms didinti ir plėtrai, finansavimo modeliams tobulinti, skubiosios telemedicinos paslaugų plėtrai, tuberkuliozės, specialiosios psichiatrijos ilgalaikio gydymo paslaugų, psichiatrijos aktyviojo gydymo paslaugų, kataraktos operacijų ir medicininės reabilitacijos kainų ir finansavimo didinimui, mažinant gyventojų išlaidas, ambulatorinių konsultacijų kainų didinimas dėl turinio (tyrimų) praplėtimui.

- 155 mln. eurų papildomam vienkartiniam slaugytojų atlyginimų padidinimui nuo 1.10 šalies vidutinio darbo užmokesčio (VDU) iki 1.25 šalies VDU, tam kad slaugytojo profesija būtų nuolat patraukli, stabdytume emigraciją ir skatintume jaunos žmones rinktis slaugytojo profesiją, taip padengdami 3 000–5000 slaugytojų trūkumą. Vėliau slaugytojų atlyginimai galėtų augti kartu su bendru atlyginimų ir PSDF pajamų augimu.

- 79.5 mln. eurų greitam inovatyvių ir retoms ligoms skirtų vaistų įtraukimui, gyventojų išlaidų sumažinimui (vaistai, ortopedijos techninės priemonės, medicinos priemonės ir medicinos pagalbos priemonės).

- 60.3 mln. eurų šeimos gydytojų paslaugoms stiprinti (išduodamų siuntimų sistemos pertvarkai, etatams komandoje didinti nuo 2,6 iki 2,9, skatinimui už vakcinacijos aktyvinimą ir kineziterapijos paslaugų teikimą, poliligotų pacientų sveikatos priežiūros programos diegimui.
- 42.5 mln. eurų gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos plėtrai, Broncho ir plaučio piktybinio naviko prevencinės programos diegimui, kitų prevencinių programų plėtrai ir jų koordinavimui.
- 41.7 mln. eurų Akušerijos ir pagalbinio apvaisinimo paslaugų tęstinumui, nėštumo nutraukimo ir kontracetinėms priemonėms kompensuoti ir plėtrai ir pediatrijos kofinansavimui, sauskelnėms ir akinių lęšius vaikams kompensuoti.
- 25.5 mln. eurų naujų vaistų kompensavimui.
- 24.9 mln. eurų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, atliktų ambulatorinėmis sąlygomis, plėtrai.
- 15.4 mln. eurų slaugos įkainių didinimui ir slaugos paslaugų plėtrai.
- 28.9 mln. eurų kitų paslaugų prieinamumui gerinti: pirminės odontologijos paslaugų plėtrai, kardiologinės pagalbos prieinamumui didinti ir širdies nepakankamumo kabinetams plėsti, psichosocialinės reabilitacijos paslaugų plėtrai, donorystės paslaugų koordinatorių paros postams išlaikyti ir psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimui.

Siūlomų sprendimų naudos

Įgyvendinus šiuos tris strateginius žingsnius, iki 2028 m. imtinai numatomos kompleksinės socialinės ir ekonominės ilgalaikės naudos, pasireiškiančios gyventojų sveikatos rodiklių pagerėjimu, paslaugų prieinamumo pagerėjimu, inovacijų pritaikymu ir efektyvesne sveikatos sistema, augančiu šalies BVP:

- Būtų sudarytos prielaidos iki 2028 m. imtinai išgelbėti apie 5 142 gyvybes ir vidutinę gyvenimo trukmę pailginti maždaug 10 mėnesių;
- Sumažėtų eilės – 2028 m. daugiau nei 80 proc. gyventojų pas gydytojus patektų per įstatymų nustatytą terminą (šiuo metu – apie 60 proc.);
- Gyventojai galėtų sutaupyti iki 18 mln. eurų per metus, nes nebereikėtų mokėti priemokų;
- Viešosios asmens sveikatos įstaigos būtų tinkamai finansuojamos ir galėtų teikti SPP arčiau pacientų namų;
- Būtų naudos ir šalies ekonomikai – 2028 m. BVP galėtų būti net 3,3 mlrd. eurų didesnė, nes investicijos į sveikatos apsaugą atsiperka maždaug du kartus.
- Viešasis sektorius sugebės teikti kokybiškas paslaugas ir bus suvaldyta privatizacijos rizika.