



Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos
ministerija

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS VIEŠOJO SVEIKATOS SEKTORIAUS STIPRINIMO POLITIKOS GAIRĖS

2025



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS VIEŠOJO SVEIKATOS SEKTORIAUS STIPRINIMO POLITIKOS GAIRĖS

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

Autoriai: Nerijus Černiauskas, Marija Jakubauskienė, Jelena Čelutkienė ir Raimonda Janonienė.

Kalbos redaktoriai: Vita Korsakienė ir Rasa Sinkevičiūtė.

Maketavimo darbai: Ugnė Justaitė.

Dėkojame Gediminui Černiauskui, Mindaugui Stankūnui, Lukui Stravinskui, Pauliui Vanagai, Odetai Vitkūnienei, Higienos institutui ir Valstybinei ligonių kasai už pateiktus duomenis, vertingas įžvalgas ir pastabas.

Ižanginis žodis



Lietuvai augant ekonomiškai ir lygiuojantis daugeliu rodikliu į ES senbuves valstybes, mūsų gyventojų sveikatos rodikliai vis dar išlieka tarp prasčiausių išsivysčiusių šalių grupėje – gyvenimo trukmė trumpesnė, o išvengiamo mirtingumo rodikliai aukšti.

Vadinasi, turime iš naujo įvertinti, kaip veikia mūsų sveikatos sistema ir kokie sprendimai gali užtikrinti visų žmonių teisę į laiku ir pagal poreikį prieinamas kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

Per pastaruosius dešimtmečius vykdytos sveikatos sistemos reformos – orientuotos į paslaugų teikimo ir finansavimo liberalizavimą – buvo grindžiamos siekiu skatinti konkurenciją ir efektyvumą. Tačiau šiandien akivaizdu, kad šių sprendimų pasekmės nėra vien teigiamos. Didėjantis paslaugų fragmentiškumas, augantys pacientų prisimokėjimai, specialistų trūkumas ir netolygus jų pasiskirstymas šalyje susilpnino viešąjį sektorių – sistemą, kuri yra mūsų sveikatos apsaugos stuburas. Dėl to liko pamirštas pats pacientas, jo galimybės gauti gydymą, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos ir finansinių išteklių. Todėl Sveikatos apsaugos ministerija inicijuoja esminius įstatymų pakeitimus, kuriais siekiama aiškiai reglamentuoti papildomus pacientų mokėjimus, už kuriuos jau sumokėjusi valstybė iš PSDF, taip pat užtikrinti teisingesnį finansavimą ir sustiprinti viešąjį sveikatos sektorių.

Šių sprendimų poveikis būtų apčiuopiamas: didesnė dalis gyventojų galėtų pas gydytojus patekti laiku, pacientai kasmet sutaupyti milijonus eurų, o vidutinė gyvenimo trukmė šalyje pailgėtų iki vienerių metų. Be to, ekonominė grąža būtų reikšminga – iki 2028 metų šalies ekonomika galėtų dėl to augti daugiau kaip 3 milijardais eurų.

Parengtame dokumente išsamiai pristatomi vertinimai ir duomenimis grįsta analitika, paaiškinanti, kodėl siūlomos priemonės yra būtinos ir, kokią ilgalaikį poveikį jos gali turėti tiek žmonių sveikatai, tiek visos šalies vystymuisi.

Sveikatą vertiname kaip valstybės tvarumo ir mūsų visuomenės ateities pagrindą.

Sveikatos apsaugos ministrė

Marija Jakubauskienė

Turinys

Santrauka.....	7
Įvadas.....	9
Sveikatos finansavimas Lietuvoje ir išvengiamas mirtingumas.....	13
Viešojo ir privataus sektoriaus teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje.....	17
Eilės Lietuvoje.....	25
Sveikatos įtaka ekonomikai.....	29
Įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.....	35
Priemokos ir kiti nepriimtini mokėjimai.....	49
Stiprus viešasis sektorius.....	70
Apibendrinimas.....	75
Priedas A – papildomos lentelės.....	76
Priedas B - Modeliuojama suma už apdraustuosius valstybės lėšomis.....	89

Paveikslų turinys

1 pav. Ryšys tarp realiųjų pajamų vienam gyventojui ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės EBPO šalyse (2023 m. arba naujausiai prieinami).....	9
2 pav. Ryšys tarp realiųjų pajamų vienam gyventojui ir standartizuoto tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo EBPO šalyse	10
3 pav. Ryšys tarp realiųjų pajamų vienam gyventojui ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo EBPO šalyse.....	10
4 pav. Ryšys tarp finansavimo rūšių ir išvengiamo mirtingumo EBPO šalyse, 2023 m. arba naujausi prieinami duomenys	14
5 pav. Empiriškai atrinkti SPP teikėjai, kurių viešasis finansavimas stipriau koreliavo su išvengiamu mirtingumu	15
6 pav. Viešojo finansavimo ir išvengiamo mirtingumo dinamika Lietuvoje	16
7 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus dinamika pagal sektorių	19
8 pav. Gydytojų, dirbančių privačiai pagrindiniame darbe, skaičius	20

9 pav. Gyventojų, kuriems reikia laukti šeimos gydytojo iki savaitės, dalis, proc. (ASPĮ, į IPR sistemą suvedusios 90 proc. ir daugiau šeimos gydytojų vizitų).....	26
10 pav. Gyventojų, kuriems reikia laukti šeimos gydytojo vizito iki savaitės, dalis, proc. (8 daugiausiai šeimos gydytojų vizitų turinčios ASPĮ)	27
11 pav. Apsilankymų pas gydytojus skaičius, mln., pagal apsilankiusiųjų amžių	29
12 pav. Šalies ekonomikos išsivystomo lygis ir nacionalinio biudžeto išlaidos sveikatai	35
13 pav. Gyventojų, sulaukusių bent 65 metų, dalis ir nacionalinio biudžeto išlaidos sveikatai..	36
14 pav. Faktinės ir modeliuojamos išlaidos sveikatai, mln. eurų	37
15 pav. Sveikatos apsaugos viešasis finansavimas su papildomu finansavimu už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir be papildomo finansavimo už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	40
16 pav. Paciento mokėjimų klasifikacija	52
17 pav. Papildomo mokėjimo už PSDF kompensuojamą paslaugą (nepriimtinių priemonių) pavyzdys.....	56
18 pav. Mokėjimų už nesąžiningi parduotas paslaugas pavyzdys	56
19 pav. Namų ūkių išlaidų ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms dalis.....	60
20 pav. Namų ūkių išlaidų kitiems nei odontologų kabinetų ambulatorinių paslaugų teikėjams 2022 m. dalis.	61
21 pav. 2023-2025 m. pirmo pusmečio duomenimis nuostolingai dirbančių viešųjų ASPĮ dalis pagal ASPĮ grupes.....	70
22 pav. 2023-2025 m. pirmo pusmečio viešųjų ASPĮ finansiniai rezultatai pagal ASPĮ grupes, mln. eurų	71
23 pav. 2023-2024 m. viešųjų ASPĮ finansiniai rezultatai pagal ASPĮ grupes, mln. eurų	72
24 pav. 2023-2024 m. nuostolingai dirbančių viešųjų ASPĮ dalis pagal ASPĮ grupes	72
25 pav. Viešųjų ASPĮ skaičius (pirmojo pusmečio duomenys).....	74

Lentelių turinys

1 lentelė. Privačių paslaugų teikėjų arba jų teikiamų SPP dalis, procentais	18
2 lentelė. Kontrolės metu nustatyta žala, procentas nuo PSDF lėšomis apmokėtų sąskaitų....	24
3 lentelė. Vizitų skaičius pas šeimos gydytojus ir laukimo laikas iki patekimo	26

4 lentelė. Regresijos dėl valstybės išlaidų sveikatai rezultatai.....	36
5 lentelė. 2023 m. faktiniai ir modelio duomenys	37
6 lentelė. Faktiniai duomenys ir nepriklausomų kintamųjų prognozė	38
7 lentelė. Prognozuojamos sumos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis pagal esamą ir siūlomą reglamentavimą, mln. Eur	39
8 lentelė. Prognozuojamos įmokos už dirbančius ir apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis pagal esamą ir siūlomą reglamentavimą, Eur	39
9 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, tikėtinas poveikis tinkamu gydymu išgelbėtų gyvybių skaičiui	41
10 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, tikėtinas poveikis prevencinėmis priemonėmis išgelbėtų gyvybių skaičiui.....	42
11 lentelė. Išgelbėtos gyvybės padidinus įmokas už atraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	43
12 lentelė. Prailginta vidutinė gyvenimo trukmė (VGT) padidinus įmokas už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.....	43
13 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, poveikis eilėms pas šeimos gydytojus.....	44
14 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, poveikis eilėms pas specialistus	45
15 lentelė. Poveikis BVP padidinus įmokas už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	47
16 lentelė. Priemokų (būtent balance billing ir extra billing) naudos ir trūkumai (pagal tai, kas juos patiria).....	50
17 lentelė. Atvejų, kai IS „Sveidra“ nebuvo nurodytos pacientų priemokos, o pacientams teko mokėti už paslaugas, pavyzdžiai (pateikti 3 iš 449 atvejų).....	59
18 lentelė. 2023 m. sveikatos priežiūros finansavimo programų išlaidos paslaugų teikėjams ..	60
19 lentelė. VLK sutartys su privačiomis ASPĮ ir NM įvertis.....	61
20 lentelė. Nepriimtini mokėjimai (NM) pagal paslaugų grupes (mln. Eur.)	63
21 lentelė. Prognozuojamas rengiamų teisės aktų projektų poveikis ASPĮ ir pacientų sutaupymams	64
22 lentelė. Prognozuojamas rengiamų teisės aktų projektų poveikis NM imančių įstaigų paslaugoms (ilgalaikėje perspektyvoje)	66

Santrauka

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

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 priemokų 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 viešąjį sveikatos sektorių laiko sistemos stuburu, užtikrinančiu visuotinės SPP aprėpties principų įgyvendinimą.

SPP prieinamumą ribojančioms problemoms spręsti Sveikatos apsaugos ministerija teikia tris įstatymų pakeitimų projektus, orientuotus į:

- priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų naikinimą, aiškų papildomų mokėjimų reglamentavimą;
- įmokų didinimą už privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis draudžiamus asmenis;
- viešojo sektoriaus stiprinimą, keičiant VLK sutarčių sudarymo tvarką.

Įgyvendinus šiuos siūlymus:

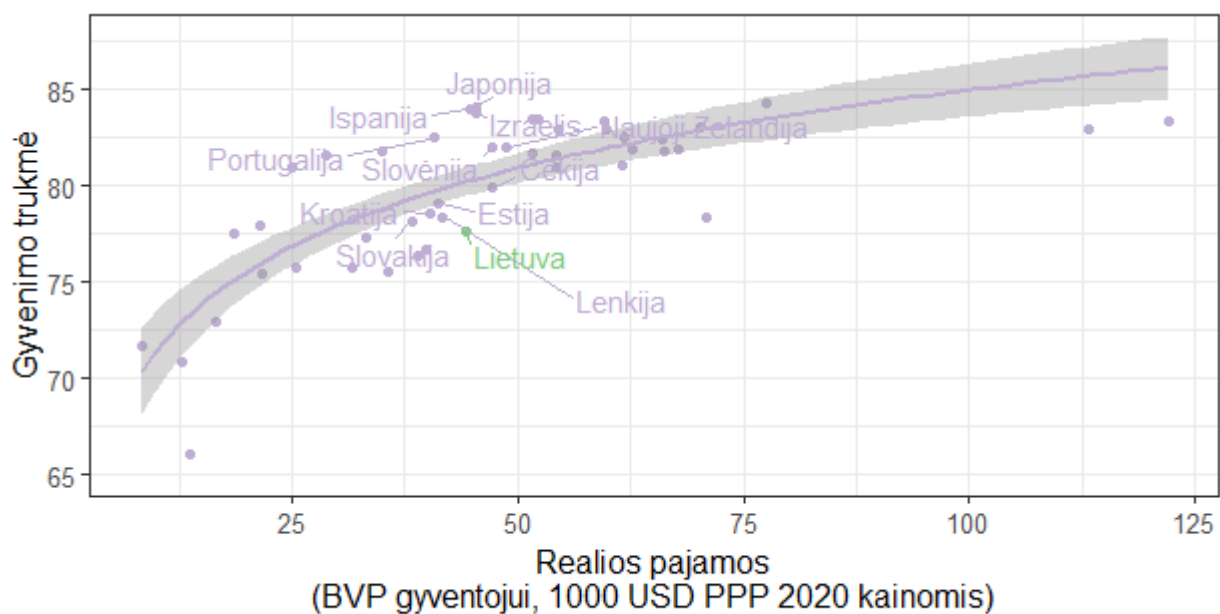
- būtų sudarytos prielaidos iki 2028 m. imtinai išgelbėti apie 5 142 gyvybes ir vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę pailginti apie 10 mėnesių;
 - sumažėtų eilės – 2028 m. daugiau nei 80 proc. gyventojų pas gydytojus patektų per įstatyme nustatytą terminą (šiuo metu per įstatyme nustatytą terminą patenkančių – apie 60 proc.);
 - gyventojai galėtų sutaupyti iki 18 mln. eurų per metus, nes nebereikėtų mokėti priemonių;
 - 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 didesnis, nes investicijos į sveikatos apsaugą atsiperka maždaug du kartus.
-

Išvadas

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 gyventojui¹ sudarė apie 44 tūkst. eurų (žr. 1 pav. ir Priedo A 1 lentelę). 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 aiškus su pajamomis nesusijusių veiksnių (pvz., klimatas). Vis dėlto Lietuva jau kurį laiką išsiskiria iš EBPO šalių kaip palyginti pasiturinti, tačiau žemų sveikatos rodiklių valstybė.

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



Šaltinis: EBPO ir SAM skaičiavimai.

Duomenų šaltinis: EBPO „Health status“² ir „NAAG Chapter 1: GDP“³. 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 kainos šalyje mažesnės, tuo realiosios pajamos didesnės, nes už vieną dolerį gali įsigyti daugiau prekių ir paslaugų).

Kiti sveikatos rodikliai rodo, kad Lietuva nebūtinai efektyviai išnaudoja savo išteklius. Pavyzdžiui, mirtingumo rodikliai, kurie susideda iš dviejų dalių: tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo

¹ BVP vienam gyventojui, atsižvelgiant į kainų lygį.

² [OECD Data Explorer • Health status](#)

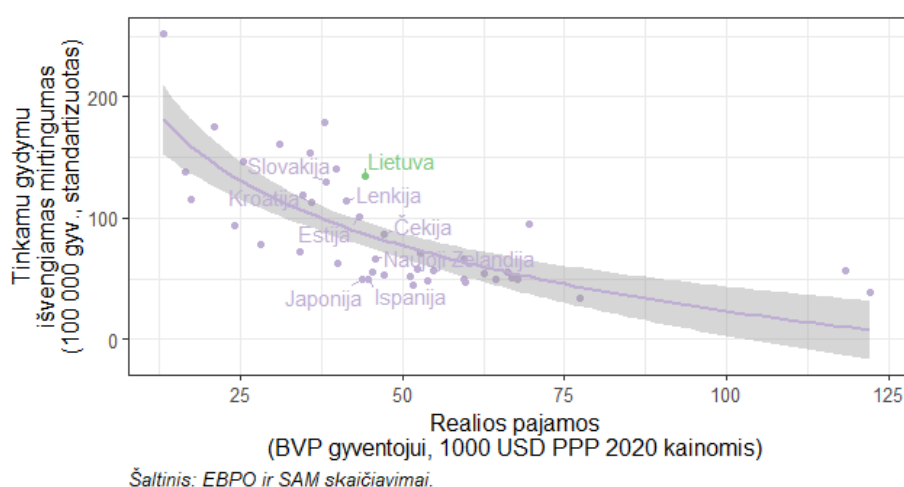
³ [OECD Data Explorer • NAAG Chapter 1: GDP](#)

(angl. treatable mortality) ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo (angl. preventable mortality)⁴.

Lyginant su kitomis EBPO šalimis, Lietuvos tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo rodiklis išlieka vienas prasčiausių tarp EBPO šalių, nors pajamos palyginti nėra mažos (žr. 2 pav.). Panaši situacija ir su prevencinėmis priemonėmis išvengiamu mirtingumu – Lietuva santykinai turtinga, bet prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas didelis (žr.

3 pav.).

2 pav. Ryšys tarp realiųjų pajamų vienam gyventojui ir standartizuoto tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo EBPO šalyse



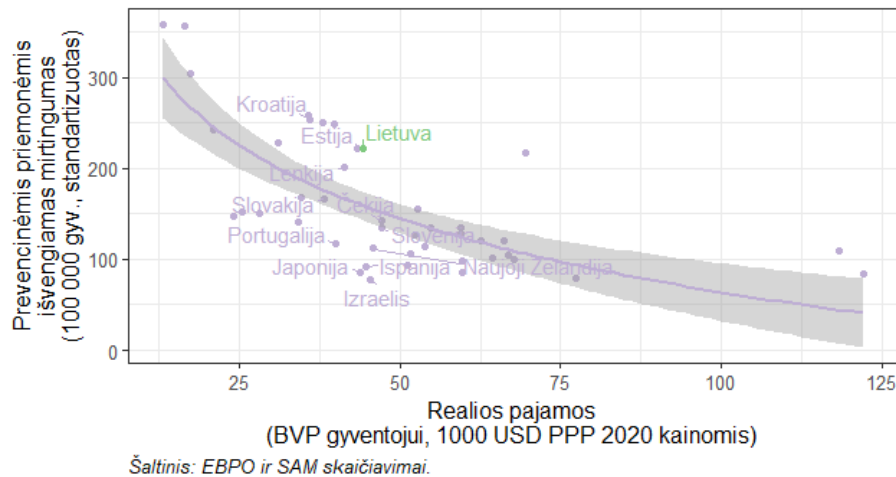
Duomenų šaltinis: EBPO „NAAG Chapter 1: GDP“⁵ ir „Avoidable mortality“⁶.

3 pav. Ryšys tarp realiųjų pajamų vienam gyventojui ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo EBPO šalyse

⁴ Skaičiuojami pagal Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Europos Sąjungos statistikos tarnybos jungtinį išvengiamo mirtingumo ligų sąrašą, kuriame nurodytos mirties priežastys, pagrindimas, kodėl jos priskiriamos prie prevencinėmis priemonėmis išvengiamų ligų ar prie pagydomų ligų (Higienos institutas, 2024).

⁵ [OECD Data Explorer • NAAG Chapter 1: GDP](#)

⁶ [OECD Data Explorer • Avoidable mortality](#)



Duomenų šaltinis: EBPO „NAAG Chapter 1: GDP“⁷ ir „Avoidable mortality“⁸.

LNSS ypač prisideda prie tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo ir nemažai prie prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo mažinimo (pavyzdžiui, vykdydama širdies ir kraujagyslių sistemos ligų prevencinę programą, keturias ankstyvosios vėžio diagnostikos programas, netiesiogiai dėl kitų SPP, įskaitant ambulatorines paslaugas ir vakcinacijas). Visų pirma LNSS prie prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo mažinimo prisideda vykdydama prevencines programas. Visų antra gyventojus dėl sveikos gyvensenos konsultuoja ir į minėtas programas dalyvauti siunčia šeimos gydytojų komandos.

Atliktos studijos apie užsienio šalis parodė, kad tokiomis konsultacijomis šeimos gydytojai prisideda prie visuomenės sveikatos gerinimo (Albart et al., 2023). Paminėtina, kad Lietuvoje aktyviai veikia visuomenės sveikatos biurai, reikšmingai prisidedantys prie gyventojų sveikatos stiprinimo. Vis dėlto labiausiai išvengiamo mirtingumo mažėjimas priklauso ne nuo LNSS, o nuo kitų sektorių politikos ir pačių gyventojų gyvenimo būdo. Todėl šiame dokumente daugiau dėmesio skiriama tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo mažinimo sprendimams. Lietuvoje aukštas tinkamo gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis yra susijęs su blogėjančiu SPP prieinamumu ir kokybe.

Valstybės kontrolės užsakymu atliktoje gyventojų apklausoje⁹ net 73 proc. gyventojų pagrindine sveikatos sistemos problema įvardija ilgą laukimo eilę pas gydytojus (2018 m. tokios nuomonės buvo 55 proc. apklaustųjų).

Taip pat yra ryškūs netolygumai tarp didžiųjų miestų ir regionų. Kaimo gyventojai dažniau patiria sunkumų registruodamiesi SPP, jie turi mažesnes galimybes lankytis pas gydytojus arčiau namų.

Valstybinės duomenų agentūros atliekamo tyrimo „Lietuvos gyventojų sveikata“ duomenimis¹⁰, 2019 m. kas penktas (20 proc.) gyventojas atidėjo savo kreipimąsi dėl SPP, nes buvo ilgos eilės (buvo sunku gauti taloną, siuntimą ir kt.). 2014 m. šią priežastį nurodė 11 proc. gyventojų. Dėl

⁷ [OECD Data Explorer • NAAG Chapter 1: GDP](#)

⁸ [OECD Data Explorer • Avoidable mortality](#)

⁹ Valstybės kontrolės 2025 m. rugpjūčio 12 d. ataskaita Nr. VRE-6 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių mažinimas“.

¹⁰ [Naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis - Oficialiosios statistikos portalas](#)

atstumo ir transporto problemų teko atidėti vizitą pas gydytoją 5 proc. kaimo gyventojų, mieste tokių gyventojų buvo 3 proc. Atsisakiusiųjų paslaugų, nes neįstengė susimokėti (per brangu), gyventojų dalis išaugo iki 4 proc. (2014 m. – 2 proc.). Nuogaustaujama, kad 2025 m. atlikus analogišką tyrimą¹¹ rezultatai bus blogesni.

Prastėjančią SPP prieinamumo situaciją iš dalies lemia tai, kad sparčiai augant SPP poreikiui (senstanti visuomenė) bei į rinką ateinant naujoms diagnostikos ir gydymo technologijoms sveikatos priežiūros finansavimo augimo tempai yra nepakankami.

Problema aštrina ir didėjanti konkurencija tarp viešųjų ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Jau ilgą laiką stebima ir pastaraisiais metais sparčiai plintanti tendencija, kad net privalomuoju sveikatos draudimu drausti asmenys, kurie kreipiasi į privačias gydymo įstaigas dėl SPP, dėl kurių apmokėjimo PSDF lėšomis privačios gydymo įstaigos yra sudariusios sutartis su VLK, yra prašomi susimokėti papildomai ne tik už siūlomas papildomas SPP (kurios galimai nėra būtinos sprendžiant sveikatos problemą, dėl kurios asmuo kreipėsi į įstaigą), bet net ir už SPP, dėl kurių kreipėsi, nors jos yra visiškai apmokamos PSDF lėšomis. Tokia situacija iškreipia konkurenciją, nes privačios gydymo įstaigos, nesilaikydamos sutarties su VLK nuostatų, susikuria palankesnes finansines sąlygas, dėl kurių gali didesne apimtimi ir greičiau didinti darbo užmokestį sveikatos priežiūros specialistams, taip persiviliodami juos iš viešųjų gydymo įstaigų. Dėl to viešosiose gydymo įstaigose SPP prieinamumas blogėja. O privačiose gydymo įstaigose dėl augančių papildomų mokėjimų, nepaisant to, kad su jomis yra sudarytos sutartys dėl SPP apmokėjimo PSDF lėšomis, šias paslaugas įpirki gali tik aukštesnes pajamas gaunantys gyventojai. Tokia situacija iš esmės pažeidžia vieną pamatinių privalomojo sveikatos draudimo principų – teismo principą¹².

Kaip teigia vienas žymiausių ekonomikos specialistų N. Barr (2020), optimali sveikatos sistema turėtų vadovautis viena iš dviejų pagrindinių strategijų.

¹¹ Tyrimas atliekamas kas 5 metai. Naujas tyrimas pradedamas 2025 m. rugsėjo 1 d. duomenys bus 2026 m.

¹² Teismo principas, reiškiantis, kad apdraustasis privalomuoju sveikatos draudimu prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes, tačiau visiems apdraustiesiems vienodai užtikrinama tos pačios kokybės sveikatos priežiūra, nediskriminuojant asmenų lyties, rasės, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu. (šaltinis: Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 3(1) str. 3 punktas).

Optimalios sveikatos sistemos strategijos:

1. **viešasis finansavimas (iš valstybės biudžeto, savivaldybės biudžetų ir Privalomojo sveikatos draudimo finansavimo programos) ir viešasis SPP teikimas:** sveikatos sistemos finansavimas turi būti daugiausia viešasis (surinktas per mokesčius arba sveikatos draudimo įmokas), o SPP turėtų teikti valstybė. Toks modelis taikomas, pavyzdžiui, Anglijoje;
2. **viešasis finansavimas ir reguliuojamas mišrus arba privatus SPP teikimas:** finansavimas taip pat turėtų būti daugiausia viešasis, tačiau SPP gali teikti privatus sektorius (dažnai tai pirminės SPP) arba mišrus – tiek viešasis, tiek privatus (kaip daugelyje Vakarų Europos šalių). Tačiau tokioje sistemoje būtina efektyvi reguliavimo sistema, siekiant išvengti nepagrįsto kainų augimo.

Lietuvoje sveikatos sistema veikia pagal antrąją strategiją, tačiau ją būtina tobulinti, nes:

- Nors didžiausią sveikatos priežiūros finansavimo dalį sudaro viešieji finansai, tačiau nemaža dalimi prisideda ir gyventojai – namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro apie trečdalį bendrų išlaidų sveikatos priežiūrai – taigi viešasis finansavimas yra santykinai mažas.
- SPP teikia ir viešasis, ir privatus sektorius, tačiau reguliavimas nėra vienodai taikomas abiem sektoriams. Be to, net ir ten, kur reguliavimas yra formaliai vienodas, kyla sunkumų užtikrinti veiksmingą kontrolę ir išvengti piktnaudžiavimų.
- Yra daug požymių, kad viešojo sektoriaus funkcionavimui yra iškilusi reali grėsmė, įstaigos patiria rimtą deficitą tiek žmogiškųjų, tiek finansinių išteklių.
- SPP prieinamumas nuo 2018 m. ne pagerėjo, bet pablogėjo: daugėja asmenų, laiku negavusių SPP ir manančių, kad pagrindinė sveikatos apsaugos problema – ilgos laukimo eilės.

Lietuvos sveikatos sistemos trūkumams spręsti Sveikatos apsaugos ministerija teikia tris įstatymų pakeitimų projektus, orientuotus į:

- priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų naikinimą, aiškių papildomų mokėjimų reglamentavimą;
- įmokų didinimą už privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis draudžiamus asmenis;
- viešojo sektoriaus stiprinimą, keičiant VLK sutarčių sudarymo tvarką.

Sveikatos finansavimas Lietuvoje ir išvengiamas mirtingumas

Pagrindinės žinutės:

- Lietuvos sveikatos sistemai skiriamas per mažas viešasis finansavimas, lyginant su panašaus ekonominio išsivystymo šalimis.
- Ypač trūksta finansavimo SPP teikėjams, kurių teikiamos paslaugos labiau susijusios su išvengiamo mirtingumo mažinimu.
- Viešasis sveikatos sistemos finansavimas labiau prisideda prie gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimo.

Tiek nacionaliniai ekspertai (Černiauskas ir Buivydas, 2025), tiek tarptautinės institucijos (OECD / European Observatory on Health System and Policies, 2023; Europos Komisija, 2024; 2025) pabrėžia, kad Lietuvos sveikatos sistema yra nepakankamai finansuojama iš viešųjų lėšų.

Lietuvoje viešasis finansavimas sudaro tik apie du trečdalius einamųjų SPP išlaidų, o bendras sveikatos finansavimas (viešasis ir privatus¹³) yra vienas mažesnių tarp Europos Sąjungos valstybių (2023 m. 8 nuo galo), o viešasis dar mažesnis (5 nuo galo).

Remiantis užsienio mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis, didesnis viešasis sveikatos finansavimas sąlygoja geresnę žmonių sveikatą.

Pavyzdys

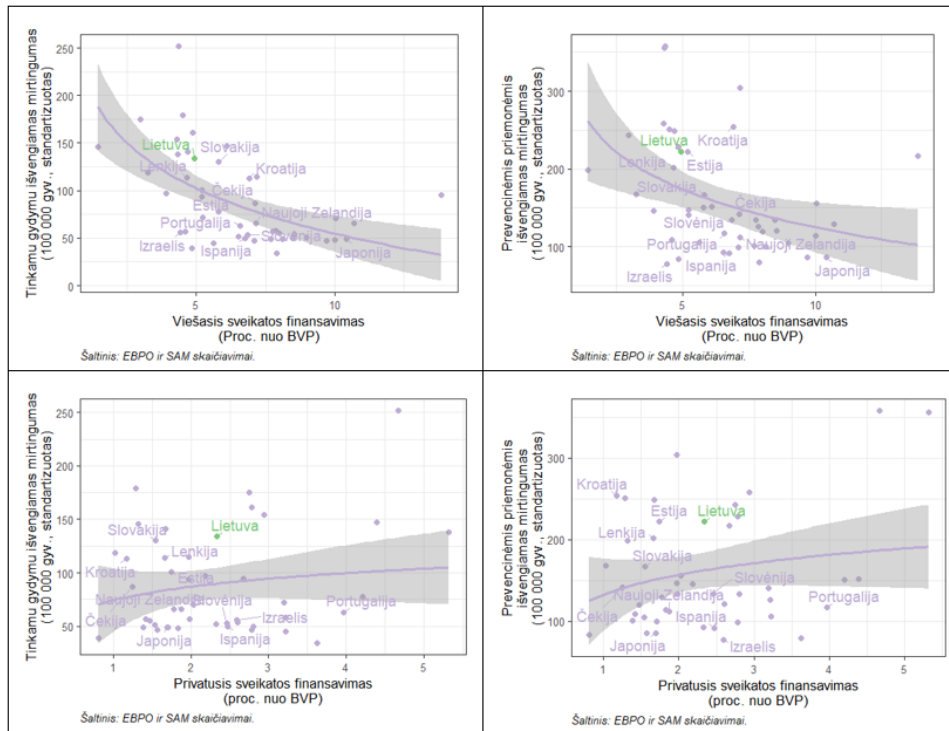
Taivano tyrimas parodė, kad kuo didesnė dalis gyventojų buvo apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, tuo tinkamo gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas buvo mažesnis (Lee et. Al., 2010). Amerikoje padidinus viešąjį finansavimą 10 procentų, mirtingumo rodikliai šalyje sumažėjo iki 6,9 proc. (Mays et. al. 2011). Kanados tyrimai rado, kad svarbu didinti ir visuomenės sveikatos finansavimą: dešimt procentų didesnis viešasis finansavimas sumažino prevencinėmis priemonėmis išvengiamą mirtingumą 2,2 proc. (Ammi, 2024).

Kaip didesnis viešasis finansavimas galėtų prisidėti prie geresnių sveikatos rodiklių Lietuvoje, analizių nėra daug.

Duomenys rodo, kad ryšys tarp viešojo finansavimo ir tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo yra gerokai stipresnis nei tarp privataus finansavimo ir šio rodiklio (žr. 4 pav.). Tai reiškia, kad šalyse, kur viešasis sveikatos sistemos finansavimas (kaip BVP dalis) yra didesnis, tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas yra mažesni. O didėjantis privatus finansavimas nemažina išvengiamo mirtingumo.

¹³ Privatus finansavimas apima savanoriškojo sveikatos finansavimo programas ir namų ūkių mokėjimus savo lėšomis.

4 pav. Ryšys tarp finansavimo rūšių ir išvengiamo mirtingumo EBPO šalyse, 2023 m. arba naujausi prieinami duomenys



Šaltinis: duomenys iš EBPO „Health expenditure and financing“¹⁴ ir „Avoidable mortality“¹⁵, Sveikatos apsaugos ministerijos.

Analizuojant SPP praktiką, išskirtos kelios galimos priežastys, kodėl viešasis finansavimas su išvengiamo mirtingumo rodikliais koreliuoja labiau nei privatus.

Viešasis finansavimas užtikrina SPP tiems, kam jų labiausiai reikia pagal sveikatos būklę, o ne tik tiems, kurie gali jas įpirkti. Viešieji pinigai yra labiau prižiūrimi ir leidžiami pirmiausiai tiems pacientams ir toms ligoms gydyti, kuriems SPP labiausiai reikia išsaugoti gyvybę.

Tuo tarpu privatus finansavimas gali būti skirtas ir kitoms SPP, kurios susijusios su geresne gyvenimo kokybe, bet nebūtinai tiesiogiai siejamos su sveikatos ar gyvybės išsaugojimu. Pavyzdžiui, gyventojai gali pirkti grožio paslaugas (pvz., geresnius akinius ar kitus medicininius prietaisus), maisto papildus, vaistus nuo nemirtinų ligų arba tiesiog skausmą malšinančius vaistus. Jie taip pat gali leisti pinigus reguliariai dantų priežiūrai, kas tik itin retais atvejais yra siejama su gyvybės išsaugojimu.

Šalys, kuriose sveikatos priežiūros finansavimo lygis panašus, turi panašius tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo rodiklius. Nors visas viešasis sveikatos finansavimas koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu, Sveikatos apsaugos ministerijos skaičiavimai parodė,

¹⁴ [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](#)

¹⁵ [OECD Data Explorer • Avoidable mortality](#)

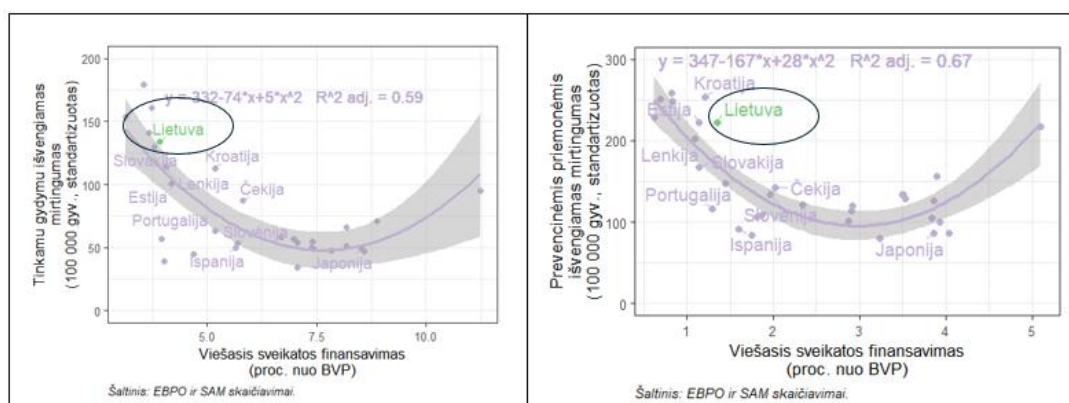
kad koreliacija yra didesnė, kai yra vertinamas viešasis sveikatos finansavimas skirtas tik daliai teikėjų (ligoninėms, ambulatorinės SPP teikėjams (be odontologų kabinetų) ir kt.¹⁶, žr.

Priedo A 2 lentelė.). 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 (

5 pav. kairėje pusėje).

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, reiktų ženkliai didinti sveikatos priežiūros finansavimą.

5 pav. Empiriškai atrinkti SPP teikėjai, kurių viešasis finansavimas stipriau koreliavo su išvengiamu mirtingumu



Šaltinis: EBPO „Health expenditure and financing“¹⁷ ir „Avoidable mortality“¹⁸, Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

5 pav. dešinėje yra pavaizduota viešojo sveikatos finansavimo, kaip dalies nuo BVP, koreliacija su prevencinėmis priemonėmis išvengiamu mirtingumu. Šiuo atveju į viešąsias išlaidas sveikatai įtraukta stacionarios ilgalaikės priežiūros įstaigos, ambulatorinės SPP teikėjai (be odontologų kabinetų) ir prevencijos paslaugų teikėjai. Šiems teikėjams viešųjų finansų Lietuva skiria panašiai kaip nemaža dalis kitų EBPO šalių, tačiau rezultatas nuviliantis – prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas Lietuvoje gerokai aukštesnis.

Pagrindinė priežastis – prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas priklauso ne tik nuo LNSS, bet ir nuo kitų sektorių priimamų sprendimų (pavyzdžiui, alkoholio ar tabako prieinamumo ribojimas didinant akcizus bei kt.) ir gyventojų elgsenos (kaip Lietuvoje mažėjo mirčių dėl mažėjančių avarijų skaičiaus, analizuoja Černiauskas (2025a)).

¹⁶ 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).

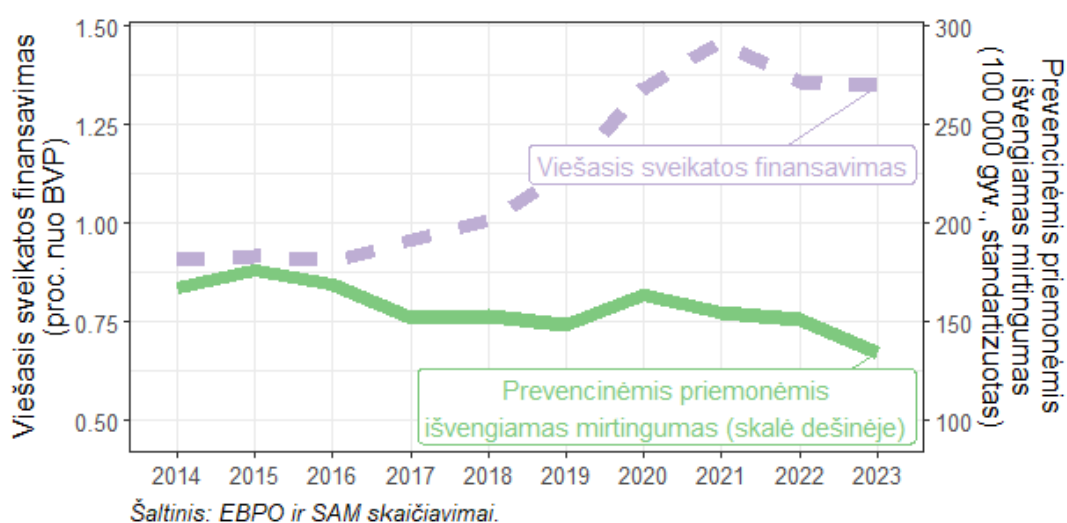
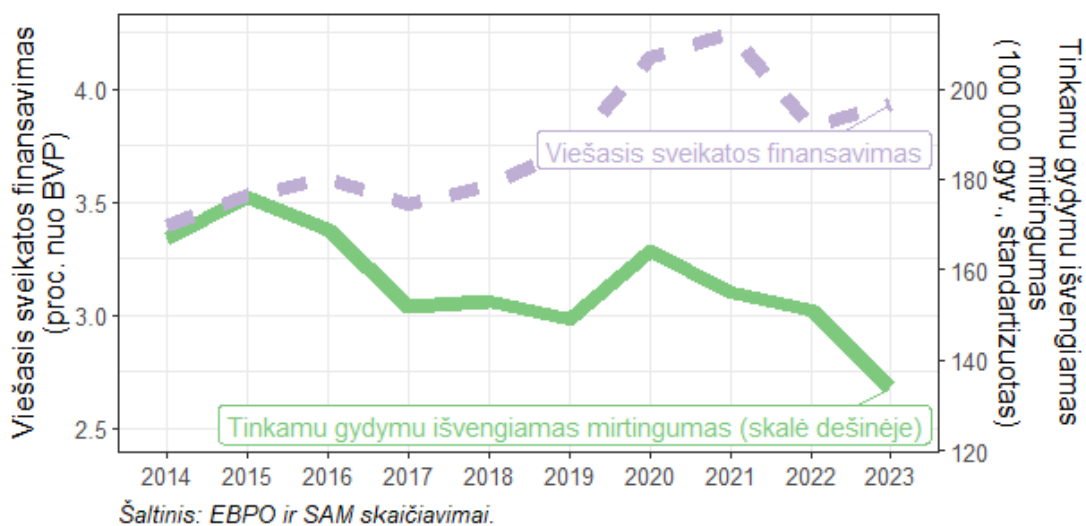
¹⁷ [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](#)

¹⁸ [OECD Data Explorer • Avoidable mortality](#)

Ryšys tarp sveikatos apsaugos viešojo finansavimo ir išvengiamo mirtingumo stebimas ir Lietuvoje (žr. 6 pav.). Nuo 2014 m. viešasis finansavimas, kuris labiau koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu, Lietuvoje didėja. Tuo pačiu laikotarpiu fiksuojama ir tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo mažėjimo tendencija. Tai leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvos sveikatos sistemai pavyksta efektyviai panaudoti didesnę finansavimą siekiant mažėjančio išvengiamo mirtingumo.

Panaši situacija yra ir su prevencinėmis priemonėmis išvengiamu mirtingumu. Iš duomenų matyti ypatingas laikotarpis COVID-19 pandemijos metu, kai išvengiamas mirtingumas gerokai padidėjo. Tai sietina su ypatingomis tuo metu egzistavusiomis aplinkybėmis. Tyrimai parodė, kad COVID-19 metu sumažinus širdies ir kraujagyslių ligų paslaugų apimtį mirtingumas dėl šių ligų ženkliai išaugo (Čerlinskaitė-Bajorė et. al. 2022).

6 pav. Viešojo finansavimo ir išvengiamo mirtingumo dinamika Lietuvoje



Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos sveikatos sistemai skiriamas per mažas viešasis finansavimas, lyginant su panašaus ekonominio išsivystymo šalimis. Ypač trūksta finansavimo SPP teikėjams, kurių veikla labiau susijusi su išvengiamo mirtingumo mažinimu. O privatus finansavimas, atrodo, mažiau prisideda prie gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimo.

Todėl, nesant papildomo viešojo finansavimo, Lietuva gali susidurti su šiomis pasekmėmis:

- tinkamu gydymu ir prevencija išvengiama mirtingumo mažėjimas gali sulėtėti arba sustoti;
- gyventojams tektų skirti žymiai daugiau asmeninių lėšų sveikatos priežiūrai, kas galėtų dar labiau didinti socialinę nelygybę ir riboti prieigą prie būtinų SPP;
- nebus galimybių diegti inovatyvias SPP, personalizuotos medicinos gydymo būdų, padidinti paslaugų ir naujų vaistų prieinamumą.

Viešojo ir privataus sektoriaus teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje

Pagrindinės žinutės:

- Lietuvoje viešosioms ASPJ vis sunkiau sekasi konkuruoti su privačiomis ASPJ.
- Tarptautinė literatūra ir tyrimai nurodo, kad viešosios ASPJ yra nemažiau efektyvios ir teikia ne mažiau kokybiškas paslaugas nei privačios, be to, yra labiau orientuotos į socialinį teisingumą (visuotinį paslaugų prieinamumą), todėl jos yra ypač svarbi LNSS dalis.
- Lietuvoje viešosios įstaigos labiau laikosi sutarčių sąlygų ir reikalavimų (dažniau pateikia duomenis, rečiau sukelia žalą PSDF biudžetui), nei privačios ASPJ.

Tiek nacionaliniai ekspertai (Černiauskas ir Buivydas, 2025), tiek tarptautinės institucijos (OECD

Šiuo metu Lietuvoje SPP teikia tiek viešasis, tiek privatus sektoriai. 2024 m. privatus sektorius apėmė beveik visas vaistines, teikia didžiąją dalį odontologijos paslaugų (apie du trečdalius) ir daugiau kaip trečdalį visų ambulatorinių paslaugų (žr. 1 lentelė). Stacionarinių SPP teikia mažiau – 15 proc. dienos stacionaro SPP ir apie 5 proc. stacionaro. Kadangi privačios įstaigos dažnai nekokybiškai užpildo statistines ataskaitas, todėl bendroje paslaugų statistikoje atsispindi tik dalis šių įstaigų teikiamų paslaugų, nors faktiškai suteiktų paslaugų apimtys gali būti gerokai didesnės. Be to, privataus sektoriaus teikiamų visų rūšių SPP apimtys nuosekliai didėja. Tokia dinamika pastebima analizuojant VLK duomenis, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad pastarieji apima tik tas įstaigas, su kuriomis VLK yra sudariusios sutartis dėl SPP, tad procentinė išraiška galimai yra mažesnė nei būtų įtraukus visas privačias įstaigas (žr. Priedo A 3 lentelę).

1 lentelė. Privačių paslaugų teikėjų arba jų teikiamų SPP dalis, procentais

	2010	2015	2020	2024
Privačių vaistinių dalis	~100	~100	~100	~100

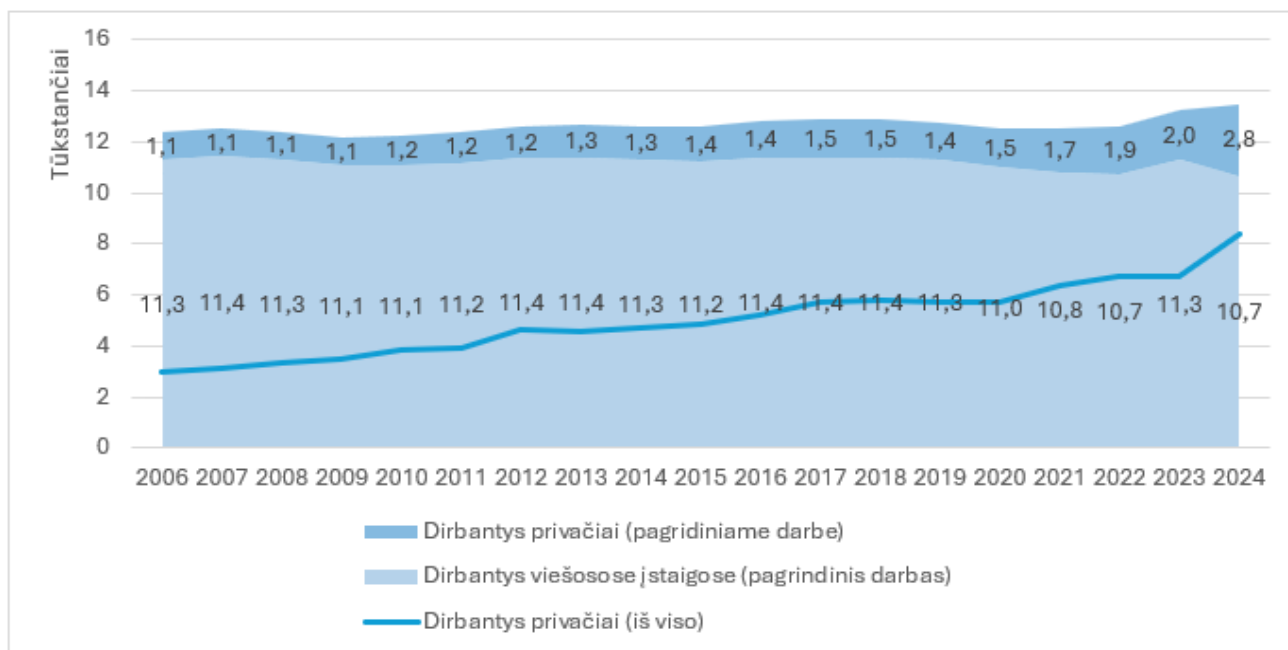
Privačiai teikiamų odontologų paslaugų dalis	50	51	63	64
Privačiose įstaigose teikiamų ambulatorinių paslaugų dalis ¹⁹	22	26	34	38
Privačiose įstaigose teikiamų dienos stacionaro paslaugų dalis	1	9	15	15
Privačiose įstaigose teikiamų stacionaro paslaugų dalis	1	3	5	5

Šaltinis: Higienos institutas, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Plečiantis privačių įstaigų tinklams, privatus sektorius atitraukia sveikatos sistemos žmogiškuosius išteklius iš viešojo sektoriaus. Pavyzdžiui, 2006 m. 1,1 tūkst. gydytojų kaip pagrindinę darbovietę nurodė privatų sektorių, o 2024 m. jų skaičius išaugo iki 2,8 tūkst. (žr. 7 pav.).

7 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus dinamika pagal sektorių

¹⁹ Privačių apsilankymų ir stacionaro ligonių dalis nėra labai tiksli dėl privačių sveikatos priežiūros įstaigų nepilno ir nelabai kokybiško duomenų teikimo.



Šaltiniai: Higienos institutas ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

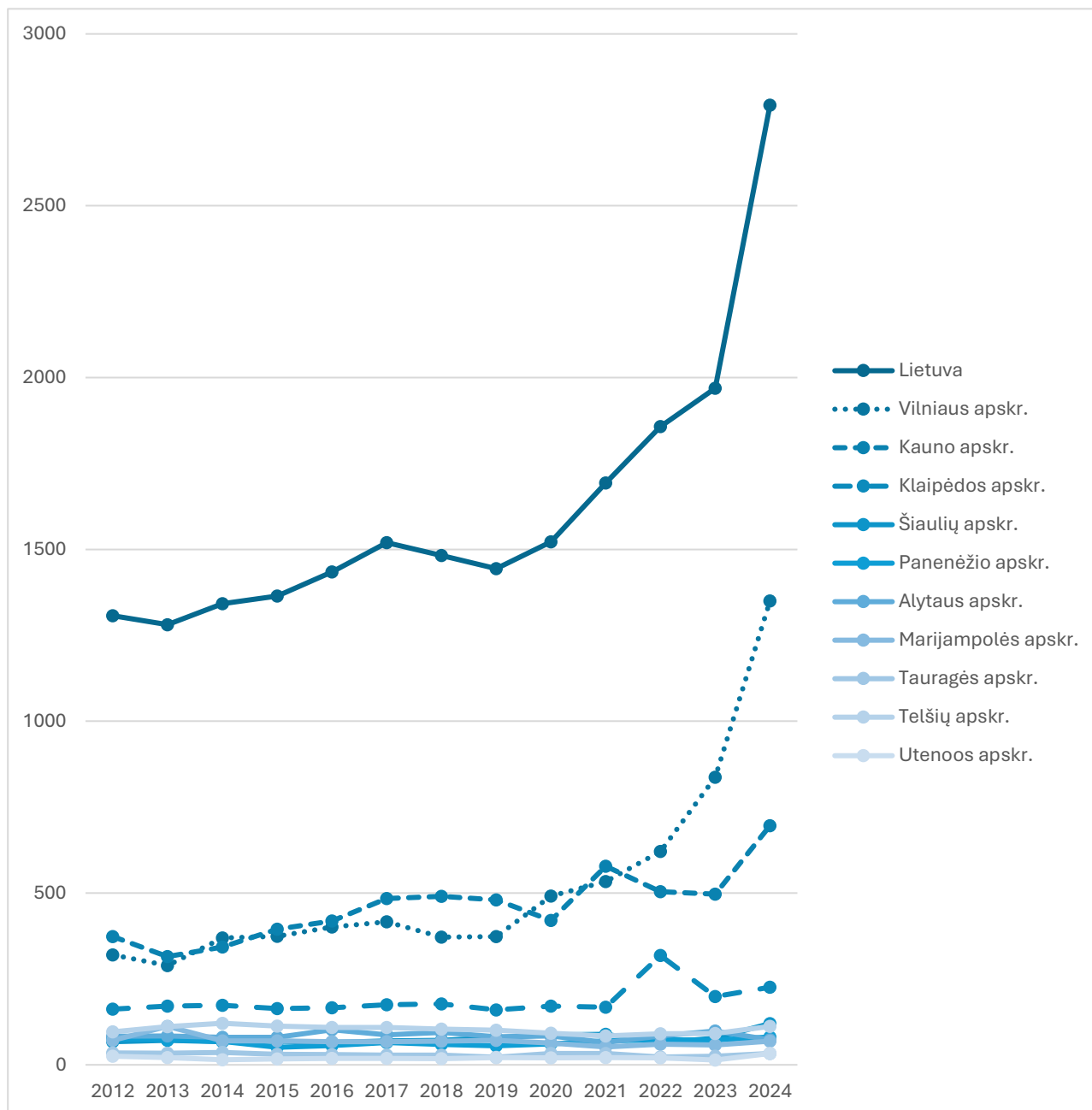
Pastaba dėl reikšmės „Dirbantys privačiai (iš viso)“: iki 2020 m. buvo renkami „iš viso“ atvejai, kai gydytojai dirbo privačiame darbe. Buvo galimas dubliavimas, nes tas pats asmuo galėjo dirbti keliose privačiose įstaigose. Nuo 2020 m. renkama informacija tik pagal etatų skaičių. Siekiant informaciją 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.

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. atvejų, 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 dirbančiųjų gydytojų. Dauguma šių gydytojų dirba didžiuosiuose miestuose (žr.

8 pav.).

8 pav. Gydytojų, dirbančių privačiai pagrindiniame darbe, skaičius



Šaltinis: Higienos institutas.

Tai, kad privataus sektoriaus teikiamos SPP finansuojamos viešaisiais finansais, savaime nėra blogai. Pavyzdžiui, pirminės sveikatos priežiūros paslaugas sėkmingai teikia tiek viešosios, tiek

privačios gydymo įstaigos. Sisteminių įtampų tarp viešojo ir privataus sektoriaus yra teikiant antrinio ir tretinio lygio SPP. Plečiantis privačiam sektoriui, mažėja gydytojų viešajame sektoriuje. Be to, neretai privačiame sektoriuje nesilaikoma vienodų SPP teikimo sąlygų – pavyzdžiui, yra imamos priemokos už SPP, kurios yra finansuojamos PSDF lėšomis, taip susikuriamos geresnės finansinės sąlygos pritraukti sveikatos priežiūros specialistus. Dėl to viešajam sektoriui trūksta išteklių (finansinių ir žmogiškųjų) efektyviai teikti SPP gyventojams.

Tai, kad sparti privataus sektoriaus plėtra kelia įtampų viešajam sektoriui ir dėl to didėja neigiamo poveikio žmonių sveikatai rizika, yra pastebėta ir užsienyje. Tarptautinė patirtis rodo, kad be tinkamos valstybės kontrolės ir reguliacijos, privatūs teikėjai rečiau teikia kokybiškas ir tinkamas SPP (žr. interparą Intarpas A). Ypač daug rizikų kyla dėl privačiam kapitalui priklausančių pelno siekiančių investicinių įmonių (angl. private equity) – Lietuvoje jos žinomos kaip uždarnosios akcinės bendrovės (UAB). Rizika siejama su agresyviomis pelno didinimo formomis, trumpalaikių investicijų planavimu ir dideliu skolos ir nuosavo kapitalo santykiu. Pasaulio sveikatos organizacija (2025) siūlo kritiškai vertinti sutarčių dėl SPP teikimo sudarymą su šiomis įmonėmis.

Intarpas A. Kodėl svarbus valstybės vaidmuo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas

Kaip pažymi N. Barr (2020), egzistuoja daugybė priežasčių, dėl kurių SPP yra ypatinga sritis, kuriai naudingas valstybinis reguliavimas:

- **Informacijos asimetrija:** pacientai neturi žinių įvertinti, kokių SPP jiems reikia, sunkiai supranta pateikiamą informaciją ir kadangi daugelis SPP teikiamos tik kartą gyvenime, įgytos žinios neturi ilgalaikės vertės. Sutrikus sveikatai, sprendimai dažnai grindžiami emocijomis, o ne racionalumu. Be to, pacientams sunku įvertinti, kokia turėtų būti SPP kaina.
- **Neracionalus elgesys:** žmonės ne visada priima racionalius sprendimus – gali nuvertinti savo sveikatos būklę, atidėti vizitus pas gydytojus ar nesugebėti pasinaudoti net viešai prieinama informacija.
- **Labai sudėtinga sudaryti pirkimo–pardavimo sutartis klientams perkant SPP (angl. *incomplete contracts*):** sunku iš anksto apibrėžti visas SPP teikimo sąlygas – pavyzdžiui, kokios priemonės bus naudojamos, kokia specialisto kvalifikacija reikalinga. Taip pat svarbu, kad būtų vykdoma pakankama SPP kokybės kontrolė.
- **Neadekvati SPP pasiūla:** Lietuvoje regionuose gyventojų yra per mažai, kad efektyviai dirbtų daug SPP teikėjų.
- **Algos nelemia SPP kokybės.** Sveikatos sektoriuje, kaip ir kai kuriuose kituose, didesnis atlyginimas gali paskatinti gydytoją pereiti iš mažesnius atlyginimus mokančios įstaigos į daugiau mokančią įstaigą, tačiau nuo to jo darbo kokybė nepasikeis. Taip yra todėl, kad kokybę lemia ne atlyginimai, o žinios, profesinė etika, pacientų gerovė, reputacija.

- **Išoriniai poveikiai (angl. externalities):** visuomenės sveikata daro įtaką kiekvienam – kuo sveikesni aplinkiniai, tuo mažesnė tikimybė susirgti pačiam. Dėl šios priežasties visuomenei yra naudingiau, kad visi būtų sveiki, o ne tik tas, kuris gali įpirkti SPP. Be valstybės įsikišimo šių paslaugų būtų įsigyjama mažiau ir visi būtume mažiau apsaugoti nuo ligų.
- **Socialinė nelygybė:** mažiausias pajamas gaunantys gyventojai dažnai sunkiau pasiekia informaciją bei SPP. Jie gali klaidingai manyti, kad SPP jiems nereikia, ir yra linkę jų vengti, ypač jei reikia mokėti iš savo kišenės. (Šiuo metu Lietuvoje ženkliai pablogėjo nemokamų SPP prieinamumas dėl ilgų laukimo eilių.)
- **Viešojo nauda nepakankamai įvertinama:** pasiturintieji dažnai neįvertina, kiek asmeninės naudos jie gauna iš viešųjų SPP. Viena vertus, jiems ir patiems gali prireikti viešųjų SPP (ne visas SPP gali suteikti privačios įstaigos). Kita vertus, nauda yra ir dėl to, kad kiti bus sveiki, pavyzdžiui, darbdaviams tai leidžia turėti produktyvią darbo jėgą. Todėl viešojo intervencija būtina, kad užtikrintų bendrą sveikatos sistemos naudą visiems.

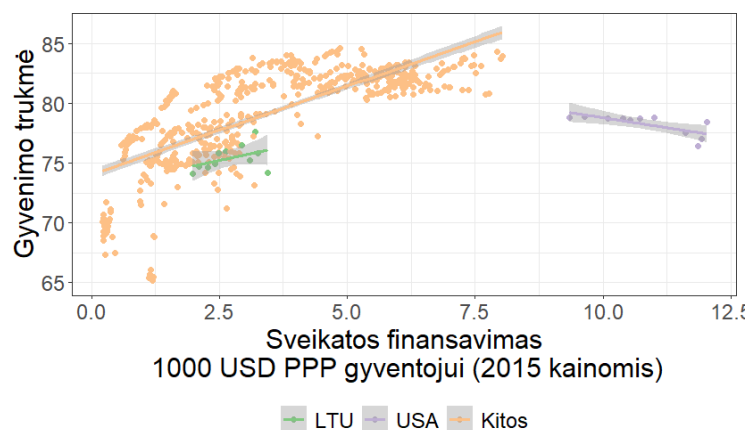
Yra nemažai tyrimų analizuojančių, ar tikrai viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos atlieka funkcijas geriau nei privačios. Dažniausiai šie tyrimai parodo, kad viešasis sektorius ne prasčiau, o kartais ir geriau teikia SPP nei privatus (Siciliani et al. 2025, Pasaulio sveikatos organizacija 2025):

- **Viešosios įstaigos efektyviau mažina SPP prieinamumo netolygumus nei privačios.** Tai ypač ryšku Italijos, Prancūzijos, Ispanijos, Anglijos ir Graikijos sveikatos sistemų tyrimuose (Kruse et al. 2018). Viena pagrindinių to priežasčių – pelno siekiančios įmonės turi finansinį motyvą pasirinkti lengvesnius ligonius ar pacientus ir neteikti sudėtingesnių SPP sunkesniems pacientams. Be to, privačių įstaigų išteklių ir kompetencija dažniau nėra pakankami aukšto lygio stacionarinėms SPP teikti. Tad kuo didesnis viešųjų įstaigų finansavimas, tuo geresnis SPP prieinamumas blogesnės sveikatos būklės ir sunkesnėmis ligomis sergantiems gyventojams.
- **Viešųjų įstaigų SPP kokybė dažniau yra tokia pati arba aukštesnė nei privačių, pelno siekiančių įmonių.** Tai gali būti siejama su tuo, kad dalis pelno siekiančių įstaigų pelningumą pasiekia kokybės sąskaita, t. y. trumpindami SPP teikimo laiką. Aukštesnė SPP kokybė viešosiose įstaigose buvo nustatyta Britanijoje išanalizavus 2013–2020 m. duomenis: už kiekvieną procentinį punktą viešųjų finansų, skirtų privačioms pelno siekiančioms įstaigoms (vietoj viešųjų įstaigų) vienais metais, tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas kitais metais padidėjo apie 0,38 proc. (Goodair ir Reeves 2022). Taip pat yra tyrimų, rodančių, kad privačių įstaigų kokybė yra aukštesnė (Milcent 2005 ir Jansen et al. 2009), tačiau pastarųjų tyrimų metodika silpnesnė, nes buvo mažiau galimybių atskirti, kokio tipo pacientai lankosi viešosiose ir privačiose įstaigose (privačiose dažniau lankosi lengviau sergantys ligoniai, todėl susidaro įspūdis, kad ir rezultatai geresni).
- **Viešosios įstaigos dažniausiai būna tokios pat efektyvios arba efektyvesnės už privačias.** Tokios išvados remiasi, pavyzdžiui, Holingworth (2008) atlikta apie 300 studijų apžvalga ir Kruse ir kt. (2018) analize Europos šalyse. Nors privačių įstaigų finansinis

veiklos rezultatas dažnai yra geresnis (nes pagal ekonominę logiką jos siekia pelno), neretai tai pasiekama teikiant pelningesnį, bet nebūtinai reikalingesnį gydymą arba nustatant sunkesnes diagnozes, siekiant gauti didesnį finansavimą.

Svarbu tyrimų rezultatų nesuabsoliutinti – visose analizuotose šalyse yra tam tikrų privačių įstaigų, kuriose SPP suteikiamos taip pat arba geriau nei viešosiose įstaigose, ir atvirkščiai.

Ypač daug dėmesio sulaukia Amerikos sveikatos sistema, kurioje valstybės vaidmuo pats mažiausias, gydymas yra labai brangus, o rezultatai nuvilniantys: sveikatos finansavimui skiriama daugiau nei bet kurioje kitoje EBPO šalyje, tačiau gyvenimo kokybė viena prastesnių, ir gyvenimo trukmė atsilieka nuo kitų šalių. Čia finansavimo tendencijos ypač nuvilniančios – nepaisant didėjančio sveikatos sektoriaus finansavimo, gyvenimo trukmė mažėja. O kitose EBPO šalyse yra priešingai – didėjant sveikatos finansavimui gyvenimo trukmė ilgėja.



Šaltinis: EBPO ir SAM skaičiavimai.

Šaltinis: duomenys iš EBPO „Health expenditure and financing“²⁰ ir „Health status“²¹, Sveikatos apsaugos ministerijos.

Pastaba: sveikatos finansavimas išreikštas 1 000 dolerių vienam gyventojui, atsižvelgiant į kainų lygį matuojama perkamosios galios paritetu (kuo kainos šalyje mažesnės, tuo finansavimas didesnės, nes už vieną dolerį galima įsigyti daugiau sveikatos prekių ir paslaugų).

Lietuvoje nėra sistemingai lyginamas viešųjų ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) efektyvumas, kokybė ir prieinamumas. Tačiau iš VLK atliktų kontrolės tyrimų yra žinoma, kad privatus sektorius santykinai rečiau laikosi vienodų SPP teikimo sąlygų.

Pavyzdžiui, įstaiga, sudariusi sutartį su ligonių kasa, negali reikalauti mokėti priemonių arba imti kitų nepriimtinių mokėjimų iš paciento, kuris atitinka įstatyme nustatytas valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros gavimo sąlygas (yra draustas; nustatytoms SPP gauti turi

²⁰ [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](#)

²¹ [OECD Data Explorer • Health status](#)

siuntimą)²². Tačiau VLK duomenimis, 2022 m. teikiant dienos chirurgijos paslaugas 79 proc. paslaugų privačiose įstaigose buvo teikiamos tik už jas papildomai sumokėjusiems pacientams, o viešojo sektoriaus įstaigose tokių atvejų buvo tik 9 proc.

Panaši tendencija atsispindi ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kontrolės rezultatuose. 2023 m. teritorinės ligonių kasos atliko 930 patikrinimų, kurių metu buvo nustatyta, kad suminė privačiose įstaigose nustatyta žalos dalis procentais (konkrečioje įstaigoje nustatytos žalos PSDF biudžetui dydžio santykis su šios įstaigos sutartine suma) buvo 5,4 karto didesnė nei viešosiose įstaigose – viešosiose įstaigose žalos procentinė dalis nuo sutartinės sumos buvo apie 0,01 proc., o privačiose – 0,06 proc.²³ (žr. 2 lentelė).

2 lentelė. Kontrolės metu nustatyta žala, procentas nuo PSDF lėšomis apmokėtų sąskaitų

Kontrolė	Viešosios ASPĮ	Privačios ASPĮ	Privačios – Viešosios ASPĮ
Slaugos paslaugų kontrolė	0,04 %	0,67 %	0,63 %
Stacionarinio gydymo paslaugų kontrolė	0,00 %	0,09 %	0,08 %
Dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios pagalbos paslaugų kontrolė	0,00 %	0,05 %	0,05 %
Kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių kontrolė		0,04 %	0,04 %
Ankstyvosios ligų diagnostikos programose numatytų paslaugų kontrolė	0,05 %	0,08 %	0,02 %
Specializuotų ambulatorinių paslaugų kontrolė	0,05 %	0,07 %	0,02 %
Dantų protezavimo paslaugų kontrolė		0,02 %	0,02 %
Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų kontrolė	0,00 %	0,02 %	0,02 %

²² Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnis ir Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

²³ Į skaičiavimus neįtraukiama centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių skyrimo kontrolė / kitos paslaugos, kadangi nėra galimybės jų priskirti privačioms ir viešosioms ASPĮ.

Kompensuojamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kontrolė	0,00 %	0,01 %	0,01 %
Kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėje teisėtumo kontrolė		< 0,01 %	< 0,01 %
Kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių skyrimo ir išrašymo pagrįstumo kontrolė	<0,01 %	< 0,01 %	< 0,00 %
Brangiųjų tyrimų ir procedūrų kontrolė	0,06 %	< 0,01 %	-0,06 %
Iš viso:	0,01 %	0,06 %	0,05 %

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Detalesnė analizė rodo, kad privačiose ASPĮ pažeidimų nustatoma daugiau teikiant daugumą SPP rūšių – slaugos, stacionarinio gydymo, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo bei skubiosios pagalbos paslaugų srityse. Vienintelės išimtys – brangieji tyrimai ir procedūros, kurių kontrolė parodė, kad daugiau pažeidimų daro viešosios ASPĮ nei privačios, ir šiek tiek daugiau pažeidimų viešosiose ASPĮ nei privačiose nustatyta kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių skyrimo ir išrašymo pagrįstumo kontrolės metu.

Eilės Lietuvoje

Pagrindinės žinutės:

- Eilės pas gydytojus Lietuvoje ilgėja jau keletą metų.
- Didelė dalis pacientų negali patekti pas gydytojus pagal įstatyme numatytus terminus.
- Viena iš ilgėjančių eilių priežasčių yra augantis pacientų lankymosi gydymo įstaigose skaičius.

Turimi duomenys apie pacientų laukimo eiles sveikatos priežiūros sistemoje nėra pakankamai patikimi ir yra labiau fragmentiški. Vis dėlto dvi reprezentatyvios Valstybės duomenų agentūros (toliau – VDA) apklausos rodo, kad eilių problema aštrėja.

Remiantis metine apklausa – Pajamų ir gyvenimo sąlygų statistiniu tyrimu – vis daugiau gyventojų nurodo negavę SPP dėl per ilgo laukimo.

2019 m. taip atsitiko tik 1 proc. gyventojų, o 2024 m. tokių jau buvo beveik 4 proc. Šis rodiklis panašus į 2008 m. lygį, kai klausimas buvo užduotas pirmą kartą. Kitas tyrimas – kas penkerius metus atliekamas Gyventojų sveikatos statistinis tyrimas – taip pat atskleidžia blogėjančią situaciją: 2014 m. 10,7 proc. gyventojų atidėjo kreipimąsi į sveikatos priežiūros įstaigas dėl eilių, o 2019 m. šis rodiklis išaugo iki 19,7 proc. Atidėjusiųjų kreipimąsi dėl kitų priežasčių, pavyzdžiui, atstumo ar transporto problemų, dalis abiem metais išliko panaši. Valstybės kontrolės tyrimas rodo, kad nuo 2018 m. padaugėjo (nuo 55 iki 73 proc.) gyventojų, kurie pagrindine problema sveikatos sistemoje laiko dideles eiles. Tai rodo, kad pacientų laukimo eilės tampa vis aktualesne ir opesne problema gyventojams.

Nuo 2023 m. pradėta rinkti detalesnė informacija apie pacientų registraciją pas gydytojus per Išankstinės pacientų registracijos (toliau – IPR), sistemą, per kurią šiuo metu besiregistruojantys sudaro apie 80 proc. visų specializuotos sveikatos priežiūros vizitų ir tik apie 43 proc. pirminės sveikatos priežiūros vizitų.

Problema yra ir tai, kad IPR sistemoje neatsispindi (nesuvedama) laukiančiųjų eilė (tų pacientų, kurie laukia, bet dar neturi vizito laiko).

2025 m. birželio mėn. duomenimis, per pastaruosius tris mėnesius per IPR sistemą buvo užregistruota daugiau nei 1,2 mln. pirminės sveikatos priežiūros vizitų (žr. 3 lentelę lentelę). Iš jų tik 60,1 proc. įvyko per 7 darbo dienas, vadinasi, beveik pusė milijono vizitų buvo įvykdyti vėliau nei numatyta sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme.

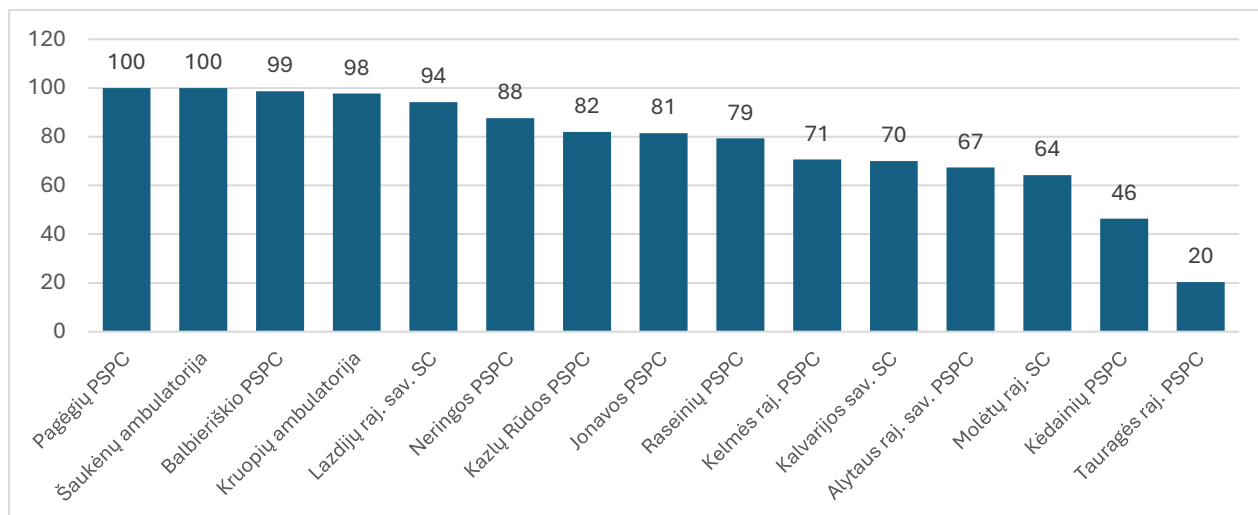
3 lentelė. Vizitų skaičius pas šeimos gydytojus ir laukimo laikas iki patekimo

	Vizitų sk.	0-7	8-14	15+	Nespėjo per 7 d. terminą
Šeimos gydytojas	1 247 562	60,1%	18,9%	21,0%	497 777

Šaltinis: VDA, naujausi duomenys prieinami per <https://osp.stat.gov.lt/pacientu-eiles>

Lietuvoje išlieka dideli skirtumai tarp viešųjų gydymo įstaigų galimybių užtikrinti, kad visi pacientai pas šeimos gydytoją patektų per savaitę. Pirmiausia, tik dalis įstaigų didžiąją dalį vizitų registruoja per IPR sistemą. Laikotarpiu nuo 2025-01-01 iki 2025-06-31 vos 15 iš 97 viešųjų įstaigų į IPR sistemą suvedė bent 90 proc. vizitų. Tai daugiausia mažesnės ir vidutinio dydžio gydymo įstaigos, turinčios nuo kelių šimtų (Jonavos PSPC) iki 40 tūkst. (Molėtų ir Kėdainių PSPC) registracijų per IPR sistemą. Iš jų išsiskyrė Pagėgių PSPC ir Šaukėnų ambulatorija – šiose įstaigose visi pacientai pas šeimos gydytoją pateko per savaitę (žr. 9 pav.).

9 pav. Gyventojų, kuriems reikia laukti šeimos gydytojo iki savaitės, dalis, proc. (ASPI, į IPR sistemą suvedusios 90 proc. ir daugiau šeimos gydytojų vizitų)



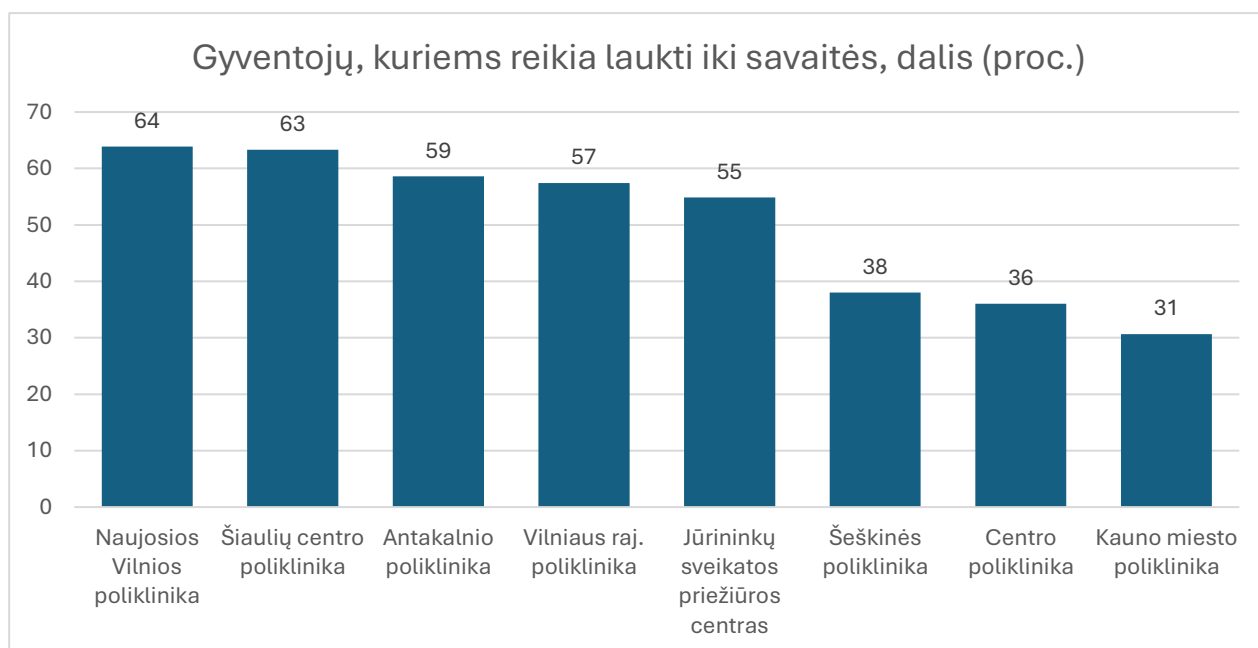
Šaltinis: VDA ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Dar keliose įstaigose (Balbieriškio PSPC, Kruopių ambulatorija ir Lazdijų rajono PSPC) daugiau nei 90 proc. gyventojų taip pat sulaukė vizito per savaitę. Kitose įstaigose šis rodiklis svyravo nuo 88 iki 64 proc. Prasčiausia situacija fiksuota Tauragės PSPC – čia per 7 dienas pateko tik kas penktas pacientas.

Didžiosiose gydymo įstaigose situacija prastesnė: IPR sistemoje registruojama mažiau vizitų (iki 80 proc.), o pacientams dažniau tenka laukti ilgiau nei savaitę (žr.

10 pav.). Kiek daugiau laiku patenka Naujosios Vilnios, Šiaulių centro, Antakalnio, Vilniaus rajono poliklinikos ir Jūrininkų sveikatos priežiūros centro pacientai – jų daugiau nei pusė pas gydytoją patenka laiku. Tuo tarpu Šeškinės, Centro ir Kauno poliklinikose – tik kas trečias.

10 pav. Gyventojų, kuriems reikia laukti šeimos gydytojo vizito iki savaitės, dalis, proc. (8 daugiausiai šeimos gydytojų vizitų turinčios ASPJ)



Šaltinis: VDA ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Visų įstaigų 2025 metų pirmųjų mėnesių rezultatai pateikti priedo 4 lentelėje. Šie rezultatai rodo, kad dalis įstaigų sugeba užtikrinti teisės aktų reikalavimus, todėl kitoms verta semtis patirties ir siekti geresnių rezultatų. Tačiau tai, kad itin gerus rodiklius demonstruoja tik maža dalis gydymo įstaigų, atskleidžia ir sisteminę problemą – SPP paklausa gerokai viršija esamas galimybes. Todėl be papildomų išteklių, įskaitant finansinius ir žmogiškuosius, užtikrinti norimo prieinamumo nepavyks.

IPR sistemos duomenys taip pat apima informaciją apie laukimo laiką pas gydytojus specialistus, tačiau ši informacija mažiau patikima, kadangi nėra įtraukiama laukiančiųjų eilė (SAM apklausa rodo, kad eilėje pas tam tikrų specialybių gydytojus laukia apie 36 proc. pacientų). Todėl prie laukimo laiko reikėtų pridėti ir laiką, praleistą laukiančiųjų eilėje, kuris šiuo metu nėra žinomas.

Tačiau 2025 m. (birželio mėn.) paskutinių trijų mėnesių IPR sistemos Pacientų laukimo duomenys rodo, kad 313 328 pacientai vėlavo gauti SPP pas 14 skirtingų gydytojų specialistų (žr. Priedo A 5 lentelę). Apklausų metu preliminariai įvertinus laukiančiųjų eilę ir darant prielaidą, kad laukiantieji nespėja gauti gydymo per 30 dienų, vertinama, kad laiku negavo paslaugų 674 357 pacientai.

Viena pagrindinių didėjančių eilių sveikatos priežiūros įstaigose priežastis – didėjanti sveikatos paslaugų paklausa. Gyventojai vis dažniau kreipiasi į gydytojus ir Lietuvoje kasmet daugėja apsilankymų tiek į pirminės, tiek antrinės sveikatos priežiūros įstaigas.

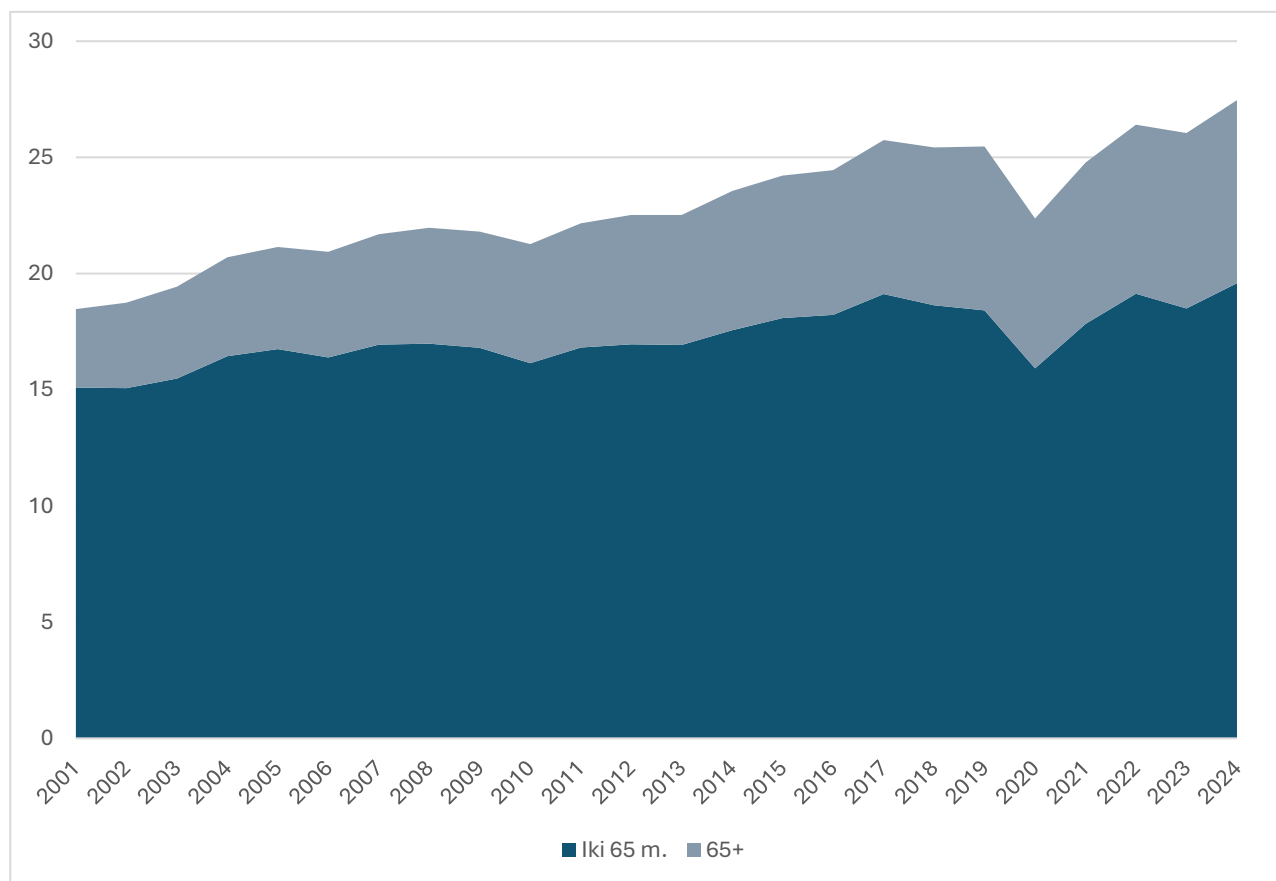
Nuo 2001 m. apsilankymų skaičius pirminio lygio įstaigose išaugo 52 proc., o antrinio ir tretinio lygių – 39 proc., nors per tą patį laikotarpį šalies gyventojų skaičius sumažėjo 17 proc. Tai reiškia, kad gyventojai pas gydytojus lankosi vis dažniau: 2001 m. vienas gyventojas vidutiniškai apsilankydavo 5,3 karto per metus, o 2024 m. šis rodiklis jau siekė 9,5 karto.

Prie augančio apsilankymų skaičiaus reikšmingai prisideda visuomenės senėjimas (žr.

11 pav.). Ypač išaugo 65 m. ir vyresnių asmenų apsilankymai – nuo 2001 m. jų skaičius padidėjo net 234 proc. Kadangi Lietuvoje senstant gyventojams ir ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei vyresnio amžiaus asmenų daugės, tikėtina, kad apsilankymų skaičius augs ir ateityje. Tačiau dalis priežasties yra ir tai, kad žmonės vis dažniau lankosi būtent pas gydytojus. Vidutiniškai

vienas tokio amžiaus gyventojas 2001 m. pas gydytojus lankėsi 6,9 karto per metus, o 2024 m. – jau 13,4 karto.

11 pav. Apsilankymų pas gydytojus skaičius, mln., pagal apsilankiusių amžių



Šaltinis: Higienos institutas ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Gydytojų paslaugomis dažniau ėmė naudotis ne tik vyresnio amžiaus gyventojai. Jaunesni nei 65 m. asmenys taip pat pas gydytojus lankėsi dažniau: jų apsilankymų skaičius nuo 2001 m. iki 2024

m. padidėjo 30 proc., o vienam gyventojui tenkančių apsilankymų vidurkis išaugo nuo 5 iki 8,5 karto per metus.

Sveikatos įtaka ekonomikai

Pagrindinės žinutės:

- Investicijos į sveikatą didina ir ekonominį potencialą.
- Investicijos į sveikatą ypač svarbios skatinant sidabrinę ekonomiką.

Piliečių gerovė prisideda prie socialinės ir ekonominės pažangos, kuri yra svarbi ilgalaikiam ekonomikos produktyvumui. Pasak Wilkie ir Young (2009), sveika populiacija yra esminis darbo našumo, kapitalo investicijų ir nuoseklaus ekonomikos augimo veiksnys. Be to, galutinis ekonominės politikos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą ir gerovę. Bendrasis vidaus produktas vienam gyventojui (BVP vienam gyventojui), kaip gerovės matas, didėja, kai didėja fizinis kapitalas, technologinė pažanga ir darbo našumas.

Norint išsamiau paaiškinti visuomenės sveikatos ir ekonominės veiklos ryšį, pirmiausia būtina suprasti, kas yra sveikata. Sveikata – tai ne tik ligų nebuvimas, bet ir žmonių gebėjimas atskleisti savo potencialą, kuris įvairiais būdais veikia ekonomikos augimą.

Pasak Bloom ir Canning (2000), sveikata yra investicija, kuri didina būsimo žmogaus ir visos ekonomikos produktyvumą. Mechanizmas, kuriuo sveikata veikia darbuotojų našumą, prisideda prie šalies ekonomikos augimo. Autorių atlikto tyrimo duomenimis, vienerių metų gyvenimo trukmės padidėjimas šalyje padidina bendrą vidaus produktą 4 proc. Kiti autoriai nurodo dar didesnį poveikį: padidėjus gyvenimo trukmei 1 procentu, bendrasis vidaus produktas padidėja 6 procentais (Swift 2011). Tai gana didelis poveikis, rodantis, kad išlaidos sveikatos gerinimui gali būti pateisinamos vien dėl jų poveikio darbo našumui, net nevertinant tiesioginio geresnės sveikatos poveikio visuomenės gerovei.

Dar 1990 m. Pasaulio banko (1993) vystymosi ataskaitoje visuomenės sveikatos ekspertai ir politikos analitikai pripažino ryšį tarp makroekonominių rodiklių ir sveikatos. Jie pabrėžė, kad vyriausybės gali padėti gerinti žmonių sveikatą ir užkirsti kelią ligoms. Investicijos į sveikatą turi ne tik socialinę gerovės naudą, bet ir stiprina ekonominius rezultatus. Sveikesni žmonės yra našesni, nes tai tiesiogiai prisideda prie darbo produktyvumo.

Dažnai sakoma, kad ekonomikos augimas padeda spręsti daugelį socialinių problemų. Kai šalys tampa turtingesnės, jos įgyja daugiau išteklių aprūpinti gyventojus drabužiais, maistu ir sveikatos priežiūra. Todėl sveikata teigiamai veikia ekonominę veiklą – tai būtina siekiant klestėjimo ir skurdo mažinimo (Bloom ir Canning 2000).

Jungtinės Karalystės (toliau – JK) Nacionalinės sveikatos tarnybos konfederacijos (NHS Confederation, 2022) užsakymu atlikta analizė atskleidžia aiškių ryšių tarp investicijų į sveikatos apsaugą ir ekonomikos augimo.

Pavyzdys

JK atliktas tyrimas parodė, kad kiekvienas papildomas **svaras išlaidų nacionalinei sveikatos sistemai (angl. National Health System (NHS)), tenkančių vienam gyventojui, generuoja 4 svarų investicinę grąžą, tokiu būdu įrodant ekonominę nacionalinės sveikatos sistemos finansavimo naudą.**

Argumentai, jog investicijos į sveikatą skatina ekonomikos augimą, grindžiami tuo, kad didesnis NHS finansavimas lemia sveikesnę visuomenę ir aktyvesnį gyventojų dalyvavimą darbo rinkoje, remiasi trimis pagrindiniais tyrimo rezultatais:

- Lėtinės ligos tiesiogiai siejasi su gyventojų užimtumu, vidutinėmis pajamomis ir ekonomine produkcija (BVP) vienam gyventojui.
- Nerimą keliančiu faktu, jog lėtinių ligų lygis Jungtinėje Karalystėje nuolat auga ir negrįžo į priešpandeminį lygį – dėl lėtinių ligų šiuo metu nedirba 2,46 mln. darbingo amžiaus žmonių.
- Investicijos į NHS turi potencialą gerinti gyventojų sveikatą. Pastebėtas tiesioginis ryšys – investicijos į pirminės sveikatos priežiūros personalą siejamos su sumažėjusiu skubios pagalbos skyrių lankomumu ir neplaninėmis hospitalizacijomis, kurios yra ligos požymis ir daro įtaką gyventojų dalyvavimui darbo rinkoje.

Sveikatos politikos vaidmuo ypač svarbus senstančioms visuomenėms. Didėjanti vyresnio amžiaus žmonių dalis bendroje populiacijoje, kaip prognozuojama, turės reikšmingų padarinių Europos šalių viešiesiems finansams dėl augančių viešųjų išlaidų sveikatos priežiūrai, ilgalaikiai priežiūrai ir pensijoms, taip pat dėl mažėjančių mokesčių pajamų. Reaguodamos į tai, daugelio šalių vyriausybės įgyvendina reformas, skatinančias vyresnio amžiaus žmones ilgiau dirbti, didindamos valstybinio pensinio amžiaus ribą ir ribodamos galimybes anksčiau pasitraukti iš darbo rinkos, pavyzdžiui, per neįgalumo ar nedarbo išmokas.

JAV sveikatos ir pensijos tyrimo (HRS) duomenis (Munnell et. al. 2015) rodo, kad blogėjanti sveikata yra svarbiausia ankstyvo išėjimo į pensiją priežastis, po jos eina atleidimas iš darbo ir šeimos aplinkybės. Anglijos senėjimo tyrimo (ELSA) ir Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimo (SHARE) analizė rodo, kad ūmus sveikatos sutrikimas, pavyzdžiui, insultas ar vėžys, padvigubina riziką, kad vyresnio amžiaus darbuotojas pasitrauks iš darbo rinkos, ir gali lemti spartų fizinės bei psichinės sveikatos blogėjimą (Trevisan ir Zantomio, 2016).

Didėjantis susirūpinimas dėl senėjančios visuomenės poveikio pensijų sistemų tvarumui paskatino nuomonę, kad politikos priemonės turėtų daryti viską, kad paskatintų vyresnio amžiaus žmones ilgiau dirbti. Tačiau klausimas, ar vyresnio amžiaus žmonės yra pakankamai sveiki ilgiau dirbti, kelia daugybę iššūkių.

Mokslininkų nuomone (Avendano ir Cylus, 2019), be reikšmingų investicijų į vyresnio amžiaus žmonių sveikatą – tiek fizinę, tiek psichikos – politikos, kurių tikslas yra skatinti ilgesnį dalyvavimą darbo rinkoje, rizikuoja būti neveiksmingos arba net žalingos. Dėl šios priežasties

būtina, kad ekonominis tvarumas būtų derinamas su socialiniu teisingumu ir sveikatos apsauga.

Šaltiniai

Ammi, M., Arpin, E., Dedewanou, F. A., & Allin, S. (2024). Do expenditures on public health reduce preventable mortality in the long run? Evidence from the Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 345, 116696.

Avendano M., Cylus J. Working at older ages. The economics of healthy and active ageing series. World Health Organization 2019 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Pasiikiama internetu: [Policy brief A4](#)

Barr, N. A. (2020). *The economics of the welfare state*. Oxford university press.

Barro R. Health and economic growth. Washington, DC: World Health Organization. (1996). [[Google Scholar](#)]

Bloom D, Canning D. Health as human capital and its impact on economic performance. Geneva Pap Risk Insur Issu Pract. (2003) 28:304–15. 10.1111/1468-0440.00225 [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]

Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. Science. (2000) 287:1207–9. 10.1126/science.287.5456.1207 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Čerlinskaitė-Bajorė, K., Čelutkienė, J., Bajoras, V., Višinskienė, R., Lizaitis, M., Budrys, P., ... & Davidavičius, G. (2022). Collateral effect of the COVID-19 pandemic on cardiology service provision and cardiovascular mortality in a population-based study: COVID-COR-LT. *Clinical Research in Cardiology*, 111(10), 1130-1146.

Černiauskas, G. (2025a). Avaringumo keliuose mažinimas. Černiauskas, G. (ed.) *Lietuvos sveikatos sistema pilnametystės Europos Sąjungoje sulaukus*. European Institute of Health and Sustainable Development (EIHSD).

Černiauskas, G. (2025b). Investicijos į sveikatą kaip vienas esminių gamybos augimo veiksnių. Sveikatos apsauga kaip reikšmingas, gyventojų poreikius teninkantis, sektorius. Černiauskas, G. (ed.) *Lietuvos sveikatos sistema pilnametystės Europos Sąjungoje sulaukus*. European Institute of Health and Sustainable Development (EIHSD).

Černiauskas, G. ir Buivydas, R. (2025). Kuo žinias apie sveikatinimo paslaugų apimtį ir struktūrą papildo nacionalinės sveikatos sąskaitos. Černiauskas, G. (ed.) *Lietuvos sveikatos sistema pilnametystės Europos Sąjungoje sulaukus*. European Institute of Health and Sustainable Development (EIHSD).

European Commission (2024) Country Report – Lithuania. Prienamas per [2024 European Semester: Country Reports - European Commission](#).

European Commission (2025) Recommendation for a Council Recommendation on the economic, social, employment, structural and budgetary policies of Lithuania. Prienamas per https://commission.europa.eu/publications/2025-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations_en

Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. *The Lancet Public Health*, 7(7), e638-e646.

Higienos institutas. (2024). Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Europos Sąjungos statistikos tarnybos. Prieinamas per https://www.hi.lt/uploads/Institutas/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/EBPO_Eurostato_jungt_isveng_ligu_sarasas_2024_08_01.pdf

Hollingsworth, B. (2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health economics*, 17(10), 1107-1128.

Jensen, P. H., Webster, E., & Witt, J. (2009). Hospital type and patient outcomes: an empirical examination using AMI readmission and mortality records. *Health economics*, 18(12), 1440-1460.

Kruse, F. M., Stadhouders, N. W., Adang, E. M., Groenewoud, S., & Jeurissen, P. P. (2018). Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *The International journal of health planning and management*, 33(2), e434-e453.

Lee, Y. C., Huang, Y. T., Tsai, Y. W., Huang, S. M., Kuo, K. N., McKee, M., & Nolte, E. (2010). The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. *BMC health services research*, 10(1), 225.

Mays, G. P., & Smith, S. A. (2011). Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. *Health Affairs*, 30(8), 1585-1593.

Milcent, C. (2005). Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Economics*, 14(11), 1151-1168.

Munnell AH, Sanzenbacher G, Rutledge MS (2015). What causes workers to retire before they plan? Newton, MA, Center For Retirement Research (<https://crr.bc.edu/working-papers/what-causesworkers-to-retire-before-they-plan>, accessed 30 September 2019)

NHS Confederation. (2022). The link between investing in health and economic growth. [[Google Scholar](#)]

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Lithuania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Ridhwan, M. M., Nijkamp, P., Ismail, A., & M. Irsyad, L. (2022). The effect of health on economic growth: A meta-regression analysis. *Empirical Economics*, 63(6), 3211-3251.

Siciliani L, Brekke K, Kifmann M, Straume OR. *Public Health Care*. Cambridge University Press; 2025.

Swift, R. (2011). The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run. *Health economics*, 20(3), 306-322.

Trevisan E, Zantomio F (2016). The impact of acute health shocks on the labour supply of older workers: Evidence from sixteen European countries. *Labour Economics*, 43:171–185.

Wilkie J, Young A. Why health matters for economic performance. *Econ. Round-up*. (2009) 1:57–72. 10.3316/ielapa.74534983682788625677225 [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]

World Bank . (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health, Volume1*. The World Bank. [[Google Scholar](#)]

World Health Organization. (2025). *Purchasing Health Care from the Private Sector in Middle-Income Countries: A WHO Primer*.

Įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

Pagrindinės žinutės:

- Augant Lietuvos ekonomikai ir senėjant visuomenei, investicijos į sveikatą Lietuvoje turėtų būti sparčiai didinamos.
- Investicijos į sveikatą yra svarbi sąlyga intensyviai mažinti eiles Lietuvoje, gerinti sveikatos rodiklius, didinti BVP ir sudaryti geresnes darbo sąlygas medicinos personalui.

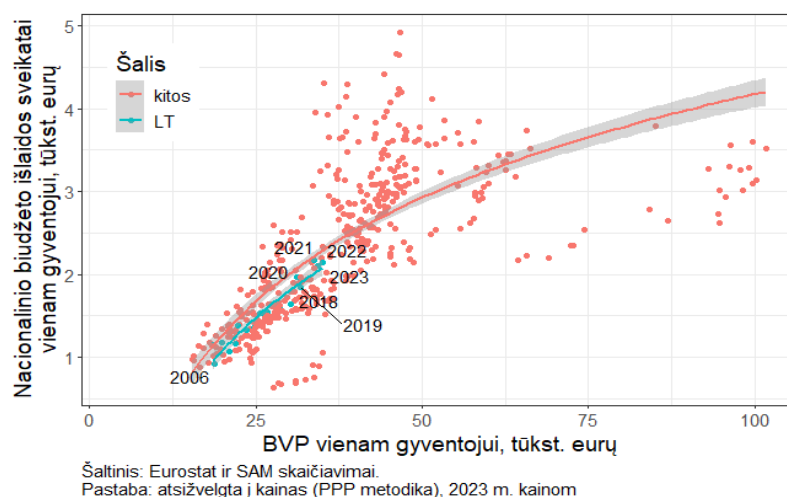
Šiame skyriuje parodoma, koks yra viešųjų finansų poreikis sveikatos sistemai Lietuvoje, kodėl siūloma didinti įmoką už valstybės draudžiamuosius asmenis ir kaip tai, tikėtina, paveiks Lietuvos sveikatos rodiklius, sutrumpins eiles, kokios bus teikiamos SPP ir kaip geresnė žmonių sveikata prisidės prie Lietuvos ekonomikos.

Koks turėtų būti viešasis sveikatos finansavimas, kad atitiktų Europos standartus

Siekiant įvertinti, kokia apimtimi turėtų didėti viešosios išlaidos sveikatos priežiūrai, kad jų dydis atitiktų Europos tendencijas, būtina atsižvelgti į tris pagrindinius veiksnius: SPP kainų lygį (apimančią ir naujų technologijų kainą), šalies ekonominio išsivystymo lygį ir vyresnio amžiaus gyventojų dalį. Kuo kainos didesnės, tuo sveikatos priežiūra yra brangesnė ir tenka skirti daugiau lėšų sveikatos poreikiams patenkinti. Kuo šalis yra labiau ekonomiškai išsivysčiusi, tuo daugiau lėšų ji gali skirti sveikatos sektoriui, pavyzdžiui, pažangiai terapijai, retų ligų genetiniam gydymui. Taip pat, kadangi vyresnio amžiaus žmonės dažniau susiduria su sveikatos problemomis, visuomenei senėjant auga ir sveikatos priežiūros paklausa.

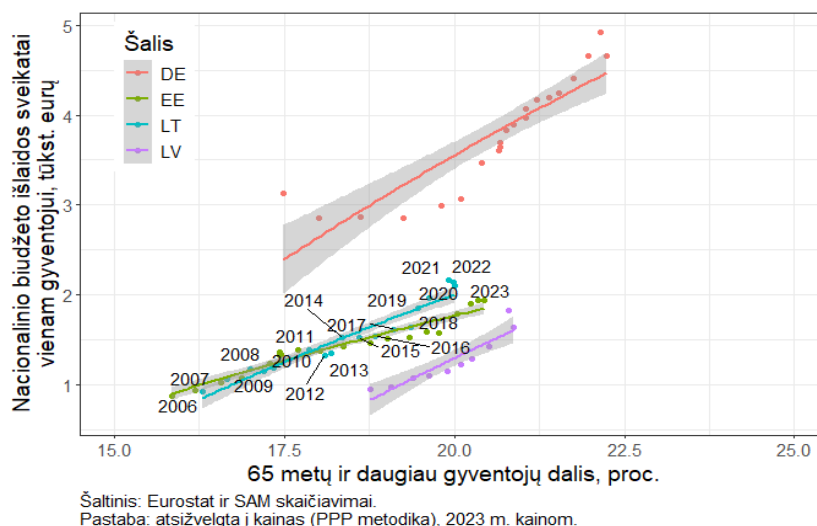
Šios tendencijos pastebimos analizuojant ir Eurostato duomenis. 12 pav. matyti, kad turtingesnėse šalyse (kai reikšmė x-ašyje artimesnė 100) valstybė skiria daugiau lėšų gyventojų sveikatos apsaugai (kai reikšmė y-ašyje artimesnė 5). Lietuvoje ši priklausomybė taip pat pastebima, nors mūsų šalis skiria mažiau lėšų, nei galėtų pagal savo ekonominio išsivystymo lygį.

12 pav. Šalies ekonomikos išsivystymo lygis ir nacionalinio biudžeto išlaidos sveikatai



Panaši tendencija matoma ir pagal amžiaus struktūrą 13 pav. paveiksle: kuo didesnė 65 metų ir vyresnių žmonių dalis visuomenėje (kai x ašyje reikšmė artimesnė 25), tuo daugiau valstybės skiria lėšų sveikatos apsaugai (kai y ašyje reikšmė artimesnė 5).

13 pav. Gyventojų, sulaukusių bent 65 metų, dalis ir nacionalinio biudžeto išlaidos sveikatai



Siekdama vienu metu įvertinti abiejų veiksnių įtaką (BVP ir demografijos), Sveikatos apsaugos ministerija atliko SPP poreikių modeliavimą (sukonstravo tiesinį regresinį modelį). Priklausomasis kintamasis šiame modelyje – nacionalinio biudžeto (NB) išlaidos sveikatai vienam gyventojui, jau atsižvelgus į kainų lygį. Nepriklausomi kintamieji – BVP vienam gyventojui ir 65 metų bei vyresnių gyventojų dalis (proc.).

Analizė atlikta naudojant visų šalių, kurių duomenys paskelbti Eurostato duomenų bazėje, informaciją, prieinamą 2025 m. balandžio mėn. Regresijos koeficientai pateikti 4 lentelė lentelėje. Jie rodo, kad BVP vienam gyventojui padidėjus 1 proc., NB išlaidos sveikatai vidutiniškai padidėja 0,95 proc. Taip pat, kai 65 metų ir vyresnių gyventojų dalis padidėja 1 procentiniu punktu, NB išlaidos sveikatai vidutiniškai didėja 0,04 proc.

4 lentelė. Regresijos dėl valstybės išlaidų sveikatai rezultatai

	Nacionalinio biudžeto išlaidos sveikatai
Laisvasis narys	-3.39 ***
	(0.17)
BVP gyventojui	0.95 ***
	(0.03)
64+ gyventojų dalis	0.04 ***

	(0.00)
R²	0.64
Adj. R²	0.64
N	469

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Remiantis regresijos modeliu, 2023 m. Lietuvoje NB lėšos, skirtos sveikatos apsaugai, galėjo sudaryti apie 3,8 mlrd. eurų. Kadangi faktinės 2023 m. išlaidos siekė beveik 3,6 mlrd. eurų, pagal modelio prognozę trūko apie 192 mln. eurų (5 lentelė).

5 lentelė. 2023 m. faktiniai ir modelio duomenys

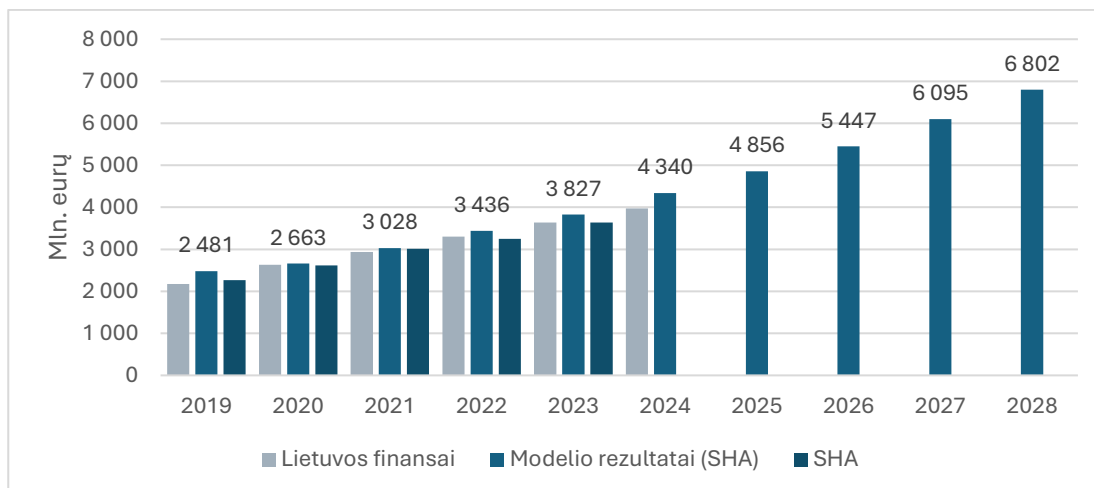
Nacionalinio biudžeto išlaidos sveikatai	mln. eurų	proc. nuo BVP
Lietuvos finansai	3 637,0	4,93 %
Sveikatos sąskaitų sistemos metodika (angl. System of Health Accounts, SHA)	3 635,5	4,93 %
Modelio rezultatai (SHA)	3 827,3	5,19 %

Šaltiniai: Finansų ministerijos, Valstybės duomenų agentūros ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Remiantis regresijos modeliu, NB lėšos, skiriamos sveikatos apsaugai, ir toliau turėtų augti, o 2028 m. jos turėtų pasiekti apie 6,8 mlrd. eurų (6,92 proc. BVP, žr. 14 pav.).

Pavyzdžiui, 2024 m. modeliuojamas sveikatos apsaugos finansavimo poreikis siekė apie 4,3 mlrd. eurų, o tai 368 mln. eurų daugiau nei iš NB buvo skirta sveikatai, remiantis Finansų ministerijos portalo lietuvosfinansai.lt duomenimis. Atsižvelgiant į prognozuojamą Lietuvos ekonomikos augimą, visuomenės senėjimą ir SPP kainų kilimą, prognozuojame, kad NB išlaidos sveikatos priežiūrai turėtų didėti tokiu tempu: 2025 m. jos sieks 4,9 mlrd. eurų, 2026 m. – 5,4 mlrd. eurų, 2027 m. – 6,1 mlrd. eurų, o 2028 m. – 6,8 mlrd. eurų.

14 pav. Faktinės ir modeliuojamos išlaidos sveikatai, mln. eurų



Šaltiniai: Finansų ministerija, Valstybės duomenų agentūra ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Modeliui taikytos prielaidos remiasi Finansų ministerijos 2025 m. kovo mėn. paskelbtu ekonominės raidos scenarijumi²⁴, Europos Komisijos prognozėmis²⁵ ir Valstybės duomenų agentūros pateiktais senėjimo rodiklių duomenimis²⁶. Taip pat daroma prielaida, kad SPP kainos ir toliau artės prie ES vidurkio tokiu pačiu tempu kaip pastaruosius trejus metus, o gyventojų skaičius išliks stabilus²⁷. Prognozės parametrai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Faktiniai duomenys ir nepriklausomų kintamųjų prognozė

Metai	BVP, mln. eurų	Populiacija	Kainų lygis (BVP)	ES BVP defliatorius	Kainų indeksas (sveikatos)	65+ gyv. Dalis
2023	73 792,80	2 857 279	77,80	0,97	62,80	20,01
2024	78 409,80	2 885 891	78,20	1,00	66,00	20,34
2025	83 349,62	2 885 891	79,30	1,02	69,20	20,80
2026	88 183,90	2 885 891	80,10	1,05	72,40	21,40
2027	93 122,19	2 885 891	80,80	1,07	75,60	22,00
2028	98 243,91	2 885 891	81,50	1,09	78,80	22,60

²⁴ Finansų ministerija (2025) Ekonominės raidos scenarijus 2025–2028 metams, kovas ([nuoroda](#)).

²⁵ European Comission (2024) European Economic Forecast Austum 2024 ([nuoroda](#)).

²⁶ Valstybės Duomenų agentūra (2025) Gyventojų amžiaus struktūra metų pradžioje. Prognozė ([nuoroda](#)).

²⁷ Iki šiol buvo remtasi EUROSTAT projekcijomis, tačiau pastaraisiais metais jos buvo per daug pesimistinės. Nors buvo prognozuota, kad gyventojų sumažės, jų padaugėjo (Černiauskas 2025a).

Šaltiniai: Europos komisija, Eurostatas, Finansų ministerija, Valstybės duomenų agentūra ir Sveikatos apsaugos ministerija.

Kodėl sveikatos biudžetas turėtų būti didinamas įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, sąskaita ir kiek ją reikia didinti

Siekiant didinti viešąjį sveikatos sistemos finansavimą, potencialiai būtų galima gauti pajamų arba iš PSD įmokų, arba iš mokesčių. Pirmuoju atveju daugiau mokėti tektų dirbantiems asmenims, o antruoju – mokesčių mokėtojams, kas apima daugiau pajamų šaltinių. Siekdama išlaikyti paskatas dirbi ir užsidirbti, Vyriausybė nusprendė didinti finansavimą iš mokesčių. Toks tikslas įvardytas Dvidešimtos Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2025 m. rugsėjo 25 d. nutarimu Nr. XV-439 „Dėl Dvidešimtosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“ (221 punkto priemonė „Didinsime įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis“).

Remiantis anksčiau aprašytu viešųjų išlaidų sveikatai vertinimo modeliu bei tikėtinu Lietuvos ekonomikos raidos scenarijumi (žr. priedo poskyrį „Priedas B - Modeliuojama suma už apdraustuosius valstybės lėšomis“), padidinus įmokas už apdraustuosius, PSDF biudžetas papildomai padidėtų 2026 m. 654 mln. eurų; 2027 m. 1 087,6 mln. eurų; 2028 m. 1 613,2 mln. eurų (žr. 7 lentelę lentelę). Įmokos asmeniui nurodytos 8 lentelėje.

7 lentelė. Prognozuojamos sumos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis pagal esamą ir siūlomą reglamentavimą, mln. Eur

	Prognozuojama suma už VB draudžiamus pagal esamą reglamentavimą	Prognozuojama suma už VB draudžiamus pagal siūlomą SDĮ keitimą	Skirtumas
2026	1 094,2	1 748,2	654,0
2027	1 225,4	2 313,1	1 087,6
2028	1 304,7	2 917,9	1 613,2

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

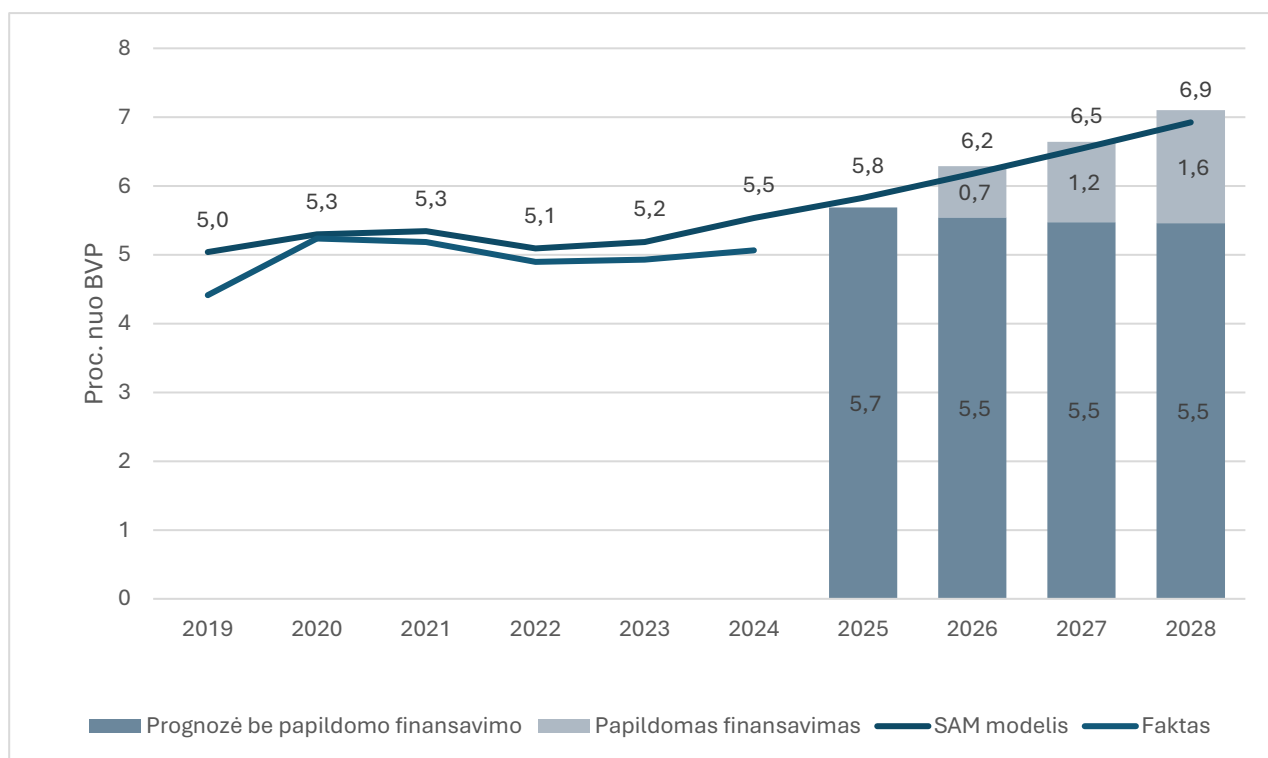
8 lentelė. Prognozuojamos įmokos už dirbančius ir apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis pagal esamą ir siūlomą reglamentavimą, Eur

	Dirbančiųjų įmokos (eurai)	Už valstybės draudžiamuosius: esama sistema (eurai)	Už valstybės draudžiamuosius: siūloma sistema (eurai)	Už valstybės draudžiamuosius: esama sistema (proc. nuo dirbančiųjų)	Už valstybės draudžiamuosius: siūloma sistema (proc. nuo dirbančiųjų)
2024	1858	611	611		

2025	2 014,3	704	704	35 %	
2026	2 151,3	773,9	1236	36 %	57 %
2027	2 273,9	869,4	1641	38 %	72 %
2028	2 403,5	928,9	2077	39 %	86 %

15 pav. parodyta, koks buvo visas faktinis sveikatos sektoriaus finansavimas, koks jis būtų remiantis ekonometrinio modeliu, koks jis būtų be papildomo finansavimo ir koks būtų su didesne įmoka už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.

15 pav. Sveikatos apsaugos viešasis finansavimas su papildomu finansavimu už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir be papildomo finansavimo už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis



Šaltinis: Finansų ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Kiek didesnis PSDF biudžetas prisidės prie Lietuvos sveikatos rodiklių?

Padidinus sveikatos finansavimą naudojant didesnių įmokų už apdrautuosius instrumentą, pirmiausia, tikėtina, sumažės tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas. Šiuo metu yra prienami tik 2023 m. duomenys, kai tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas 100 000 gyventojų buvo 134, o viešųjų finansų sveikatai buvo skirta 4,9 proc. nuo BVP ir iš jų net 3,9 proc.

BVP būtent tiems teikėjams, kurių finansavimas labiausiai koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu (žr. 2023 m. eilutę 9 lentelėje). 2024 m. lėšų buvo skirta daugiau, o 2025 m. buvo planuojama dar daugiau.

Remiantis ryšiu tarp viešojo sveikatos finansavimo, kuris labiausiai koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu, galima išskaičiuoti, kad išvengiamas mirtingumas potencialiai mažės iki 114 atvejų 100 000 gyventojų 2025 m. Tolesnė sveikatos sistemos raida priklausys nuo to, ar SPP finansavimas išaugs, kaip siūloma, per įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, didinimą.

9 lentelė. Įmokų už apdrautuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, tikėtinas poveikis tinkamu gydymu išgelbėtų gyvybių skaičiui

Metai	NB biudžetas nedidinus įmokų	NB biudžetas padidinus įmokas	NB biudžeto dalis nedidinus įmokų, tenkanti teikėjams, kurių išlaidos koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu	NB biudžeto dalis padidinus įmokas, tenkanti teikėjams, kurių išlaidos koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu	Tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv. (nedidinus įmokų)	Tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv. (padidinus įmokas)	Tinkamu gydymu išgelbėtos gyvybės
2023	4,9%	4,9%	3,9%	3,9%	134	134	
2024	5,1%	5,1%	4,0%	4,0%	130	130	
2025	5,7%	5,7%	4,5%	4,5%	114	114	
2026	5,5%	6,3%	4,4%	5,0%	117	101	487
2027	5,5%	6,6%	4,4%	5,3%	119	94	738
2028	5,5%	7,1%	4,4%	5,7%	120	86	972

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Jei įmokos už valstybės draudžiamuosius nebus didinamos, tada užprogramuojama, kad viešojo sveikatos finansavimo ir BVP santykis mažės ir todėl tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas didės kasmet, kol 2028 m. pasieks 120 atvejų 100 000 gyventojų. Jei įmokos bus didinamos tokiu tempu, kaip nurodyta 7 lentelėje, tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas 100 000 gyventojų mažės iki 86 atvejų 2026 m. Padauginus iš Lietuvos gyventojų skaičiaus, tai reikštų, kad 2026 m. papildomai būtų išgelbėti 487 asmenys, 2027 m. – 738 asmenys, o 2028 – 972 asmenys (žr. 9 lentelės 8 stulpelį). Taigi, per 2026–2028 m. Lietuvoje būtų išgelbėta 2 197 žmonės.

Tai yra kiek didesnis poveikis, nei analizuodami panašią situaciją Amerikoje nustatė mokslininkai. Amerikoje 10 proc. didesnis viešasis finansavimas sumažino mirtingumo rodiklius

iki 6,9 proc. (Mays et. al. 2011). Lietuvai tai reikštų iki 1 535 išgelbėtų gyvybių dėl tinkamo gydymo.

Taip pat galima tikėtis, kad mažės ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas, nors šis įvertis yra mažiau patikimas nei poveikis tinkamu gydymu išvengiamam mirtingumui. Viena vertus, taikant koreliacijas, padidinus finansavimą, galima būtų tikėtis išgelbėti 2026 m. 451 žmogų, 2027 m. – 690 žmonių, o 2028 m. – 926 žmones. Taigi iš viso – 2 066 žmones (žr. 10 lentelė. s 8 stulpelį). Svarbu pažymėti, kad tarp pirmalaikių mirčių reikšmingą dalį sudaro darbingo amžiaus asmenų mirtys (pvz., 1 158 darbingo amžiaus vyrai ir 285 darbingo amžiaus moterys mirė 2024 m. nuo kraujotakos sistemos ligų, kurios yra išvengiamos tiek prevencijos, tiek gydymo priemonėmis). Tačiau šie įverčiai yra mažiau patikimi nei tinkamu gydymu išvengiamo mirtingumo, kadangi koreliacinis modelis neatsižvelgia į kitus faktorius, kurie yra svarbesni vertinant prevencinėmis priemonėmis išvengiamą mirtingumą (pvz., individo norą keisti elgseną, kitų (ne sveikatos) sektorių vaidmenį) ir galimai tiesioginį LNSS vaidmenį pervertina.

10 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, tikėtinas poveikis prevencinėmis priemonėmis išgelbėtų gyvybių skaičiai

Metai	NB biudžetas nedidinus įmokų	NB biudžetas padidinus įmokas	NB biudžeto dalis, nedidinus įmokų tenkanti teikėjams, kurių išlaidos koreliuoja su prevencinėmis priemonėmis išvengiamu mirtingumu	NB padidinus įmokas biudžeto dalis tenkanti teikėjams, kurių išlaidos koreliuoja su prevencinių priemonių išvengiamu mirtingumu	Prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv. (nedidinus įmokų)	Prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv. (padidinus įmokas)	Prevencinėmis priemonėmis išgelbėtos gyvybės
2023	4,9%	4,9%	1,3%	1,3%	222	222	
2024	5,1%	5,1%	1,4%	1,4%	219	219	
2025	5,7%	5,7%	1,6%	1,6%	204	204	
2026	5,5%	6,3%	1,5%	1,7%	207	192	451
2027	5,5%	6,6%	1,5%	1,8%	209	186	690
2028	5,5%	7,1%	1,5%	1,9%	209	177	926

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Įvertinus metodinius skirtumus tarp EBPO ir Lietuvos Higienos instituto skaičiuojant mirtingumo rodiklius, tikėtina, gyvybių turėtų būti išgelbėta dar daugiau. EBPO mirtingumo rodiklius skaičiuoja atsižvelgiant ne į Lietuvos, bet į EBPO populiacijos amžiaus struktūrą (EBPO, 2025). Pavyzdžiui, 2022 m. EBPO duomenimis, prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyventojų buvo 258, o Eurostate 309, taigi apie 20 procentų daugiau (žr. 11 lentelė. ę).

11 lentelė. Išgelbėtos gyvybės padidinus įmokas už atraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

	Eurostato rodiklis	EBPO rodiklis 2022 m.	Eurostato ir EBPO santykis	Išgelbėta gydybių (taikant EBPO gyventojų struktūrą) per 2026-2028 m.	Išgelbėta gyvybių (taikant Lietuvos gyventojų struktūrą) per 2026-2028 m.
Prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas	309	258	1,20	2 197	2 632
Tinkamu gydymu išvengiamas mirtingumas	183	151	1,21	2066	2 509
Iš viso:				4 262	5 142

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Todėl ir gyvybių Lietuvoje turėtų būti išgelbėta 20 procentų daugiau nei skaičiuota iki šiol. Iš viso, padidinus įmokas už apdrautuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, galima tikėtis išgelbėti apie 5 142 asmenis (apie pusę dėl prevencinių priemonių ir pusę – dėl tinkamo gydymo).

Turėtų gerėti ne tik išvengiamo mirtingumo rodikliai, bet ir gyvenimo trukmė. Ryšys tarp didesnio finansavimo ir ilgesnės gyvenimo trukmės randamas įvairiuose tyrimuose (Morina et. al. 2022, Jaba et. al. 2014).

Remiantis koreliacija tarp einamųjų sveikatos išlaidų vienam gyventojui ir vidutinės gyvenimo trukmės (Černiauskas ir Buivydas 2025), padidinus finansavimą 2026 m. vidutinė gyvenimo trukmė gali padidėti beveik penkiais mėnesiais, 2027 m. 7 su puse mėnesio, o 2028 m. – 10 mėn. (žr. 12 lentelę)

12 lentelė. Prailginta vidutinė gyvenimo trukmė (VGT) padidinus įmokas už apdrautuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

	VGT (be papildomo finansavimo)	VGT (su papildomu finansavimu)	Skirtumas (metais)	Skirtumas (mėnesiais)
2026	78,34	78,75	0,41	4,9
2027	78,48	79,11	0,63	7,6
2028	78,64	79,50	0,86	10,3

Šaltiniai: Černiauskas ir Buivydas (2025) ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Kiek padidintos įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, prisidės prie eilių mažėjimo?

Padidėjus finansavimui yra galimybė gerokai sumažinti eiles Lietuvoje: tiek pas šeimos gydytojus, tiek pas specialistus. Remiantis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT) duomenimis, Lietuvoje 2025 m. rugsėjį buvo 2 658 aktyvių šeimos gydytojų licencijų. Naujausiais duomenimis (2025 m. II ketvirčio), pas šeimos gydytojus buvo 1,2 mln. registruotų vizitų iš kurių apie 60 proc. (~750 tūkst.) apsilankė per 7 dienas nuo registracijos. Tai reiškia, kad vienas šeimos gydytojas gali per ketvirtį laiku (per 7 d. d.) priimti 282 vizitų²⁸ (750 tūkst. padalinta iš 2 658).

Siekiant supaprastinti skaičiavimus daroma prielaida, kad didėtų tik efektyvumas tokiu tempu, kiek didėtų finansavimas – 13 proc. 2026 m., 21 proc. 2027 m. ir 30 proc. 2028 m, o gydytojų skaičius nekistų. Tokiu atveju, reikėtų apie 30 proc. mažiau konsultacijų ir 25,8 proc. daugiau gyventojų paklius pas šeimos gydytojus per 7 d. (žr. 13 lentelė. ę).

13 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, poveikis eilėms pas šeimos gydytojus

	Šeimos gydytojai	Šeimos gydytojų vizitai	Šeimos gydytojų vizitai per 7 d.	Vizitai per 7d. vienam šeimos gydytojui	Dalis vizitų, įvykstančių per 7 d.
2025	2 658	1 247 562	749 785	282	60,1 %
2026	2 658	1 080 725	749 785	282	69,4 %
2027	2 658	981 365	749 785	282	76,4 %
2028	2 658	872 352	749 785	282	85,9 %
2028-2024					25,8 % pokytis

Šaltiniai: Valstybės duomenų agentūra, IPR sistema ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Darant panašias prielaidas paskaičiuojamas ir specialistų skaičius. Remiantis VDA duomenimis, Lietuvoje 2024 m. buvo 11 615 specialistų (daroma prielaida, kad panašus skaičius bus ir 2025 m.), o 2025 m. II ketvirtį, buvo 1,57 mln. vizitų (įskaitant laukiančiųjų eilę), iš kurių apie 57 proc. (893 tūkst.) apsilankė per 30 dienų nuo registracijos. Taigi vienas specialistas laiku priėmė 77 vizitus (893 tūkst. padalinta iš 11 615). Padidinus finansavimą bus galimybė

²⁸ Tikras vizitų skaičius yra didesnis, kadangi ne visi vizitai yra registruoti per IPR, tačiau skaičiavimams didelio poveikio tai neturės.

didinti specialistų skaičių ir diegti inovacijas, dėl kurių gydytojai galėtų priimti daugiau pacientų ir juos efektyviau gydyti, kad rečiau reikėtų antrą kartą kreiptis į specialistą.

Čia taip pat daroma prielaida dėl to, kad padidinus finansavimą kistų tik efektyvumas. Tokiu atveju nuo 2024 m. iki 2028 m. vizitų pas specialistus sumažėtų 30 proc. Vadinasi, 24,5 proc. daugiau gyventojų per 30 d. galės kreiptis į specialistą (14 lentelė.).

14 lentelė. Įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, poveikis eilėms pas specialistus

	Specialistai	Specialistų vizitai	Specialistų vizitai per 30 d.	Vizitai vienam specialistui	Kuri dalis spėja per 30 dienų
2024 (ir 2025)	11 615	1 567 436	893 439	77	57,0 %
2026	11 615	1 357 822	893 439	77	65,8 %
2027	11 615	1 232 986	893 439	77	72,5 %
2028	11 615	1 096 023	893 439	77	81,5 %
2024–2028					24,5% pokytis

Šaltiniai: Valstybės duomenų agentūra, IPR sistema ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Kiek ir kokių SPP bus galima teikti padidinus įmokas už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis?

Svarbu pažymėti, kad kiekvienais metais visos PSDF biudžeto pajamų augimo lėšos yra nukreipiamos PSDF biudžeto išlaidoms didinti: kuo didesnis pajamų augimas, tuo daugiau galimybių įtraukti į kompensavimo sistemą naujas asmens SPP ir vaistus, didinti jau kompensuojamų SPP ir vaistų kiekį, indeksuoti SPP bazinės kainas ir pan. Taip ir padidintų įmokų suma prisidėtų prie SPP teikimo apimčių didinimo, efektyvumo ir kokybės didinimo ir eilių mažėjimo.

Paminėtina, kad PSDF biudžeto poreikiai iš tikrųjų yra kur kas didesni nei artimiausių metų biudžeto augimo tendencijos.

Padidinus įmokas už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, papildomos PSDF biudžeto pajamos galėtų būti skirtos šioms itin svarbioms sritims:

- **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 pagalbinių apvaisinimo paslaugų tęstinumui, nėštumo nutraukimo ir kontraceptinėms priemonėms kompensuoti ir plėtrai ir pediatrijos kofinansavimui, sauskelnėms ir akinių lėšius 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.

Kiek padidintos įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, prisidės prie Lietuvos ekonomikos?

Skyrelyje „

Sveikatos įtaka ekonomikai“ nurodoma, kad sveikatos apsauga prisideda prie geresnės ekonomikos. Pasak *Bloom* ir *Canning* (2000) vienerių metų gyvenimo trukmės padidėjimas šalyje padidina bendrą vidaus produktą 4 %, pagal kitus autorius iki 6 procentų (*Swift*, 2011). Imant net mažesnę įvertį 15 lentelėje matyti, kad padidėjus vidutinei gyvenimo trukmei, šalies BVP padidėtų 1,6 proc. 2026 m., 2,5 proc. 2027 m. ir 3,43 proc. 2028 m. Išvertus tai į eurus išeitų, kad Lietuvos

ekonomika bus 1,4 mlrd. eurų didesnė 2026 m., 2,3 mlrd. didesnė 2027 m. ir 3,3 mlrd. eurų didesnė 2028 m.

Investicijos į LNSS – vienas investuotas euras į sveikatą atneš virš 2 eurų grąžos.

Vis tik tokie įverčiai turėtų būti vertinami kritiškai. Poveikis priklausys nuo to, kaip lėšos bus išleistos, kokių išlaidų bus atsisakyta tam, kad būtų didinamas viešasis sveikatos finansavimas ir poveikis nebūtinai pasijus iš karto (per pirmus metus).

15 lentelė. Poveikis BVP padidinus įmokas už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

	BVP (be papildomo finansavimo)	BVP (su papildomu finansavimu)	Skirtumas (mln. eurų)	Skirtumas (proc.)	Papildomo BVP ir papildomo sveikatos finansavimo santykis
2026	88 184	89 627	1 443	1,6	2,2
2027	93 122	95 471	2 348	2,5	2,2
2028	98 244	101 612	3 368	3,4	2,1

Šaltiniai: Bloom ir Canning (2000), Finansų ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Šaltiniai

Černiauskas, G. (2025a). Tarptautinės migracijos dinamika 2004–2018 metais. Tendencijų kitimas 2018–2023 metais, prognozės. Poveikis Lietuvos Socialinei ekonominei raidai. Černiauskas, G. (ed.) *Lietuvos sveikatos sistema pilnametystės Europos Sąjungoje sulaukus*. European Insittue of Health and Sustainable Development (EIHSD).

Černiauskas, G. ir Buivydas, R. (2025a). Sveikata visose politikose ir visoms politikoms. Černiauskas, G. (ed.) *Lietuvos sveikatos sistema pilnametystės Europos Sąjungoje sulaukus*. European Insittue of Health and Sustainable Development (EIHSD).

EBPO (2025) OECD Health Statistics 2025 Definitions, Sources and Methods. Prieinama per <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=41dfcc30-110a-4b7a-ac94-d6b8874e27cd>

Jaba, E., Balan, C. B., & Robu, I. B. (2014). The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis. *Procedia Economics and Finance*, 15, 108-114.

Morina, F., Komoni, A., Kilaj, D., Selmonaj, D., & Grima, S. (2022). The effect of health expenditure on life expectancy. *International Journal of Sustainable Development and Planning*, 17(5), 1389-1401.

Priemokos ir kiti nepriimtini mokėjimai

Pagrindinės žinutės:

- Priemokos ir kiti nepriimtini mokėjimai turi neigiamų pasekmių pacientams ir daliai gydymo įstaigų, todėl juos siekiama aiškiau reglamentuoti.
- Priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų mastas Lietuvoje yra didelis.
- Priemokas ir kitus nepriimtinius mokėjimus suregulavus, dalis pacientų sutaupytų lėšų, o viešos ASPĮ taptų konkurencingesnės.

Šiame skyriuje aprašoma, kaip priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų aiškesnis ir tvirtesnis reguliavimas gali padėti sumažinti šių ydingų praktikų taikymą ir tuo pačiu padidinti SPP prieinamumą mažesnes pajamas gaunantiems asmenims. Iš pradžių yra apibrėžiamos sąvokos, tada atliekamas vertinamas, koks yra priemokų ir kitų nepriimtinių mokėjimų mastas. Galiausiai parodoma, koks įstatymo tikėtinas poveikis gydymo įstaigoms, pacientams ir ekonomikai.

Priemokų sąvokos, nauda ir problematika

Lietuvoje tipiniu atveju priemoka – tai prekės ar SPP kainos dalis, kurią sumoka pacientas. Ši sąvoka aiškiausiai suprantama perkant kompensuojamus vaistus: dalį kainos apmoka VLK PSDF lėšomis. Pavyzdžiui, jei kompensuojamo vaisto kaina yra 10 eurų, VLK kompensuoja 8 eurus, tuomet, paciento priemoka sudaro 2 eurus.

Panašiai priemokos suprantamos ir draudžiantis privačiu sveikatos draudimu. Pavyzdžiui, asmeniui apsidraudusiam privačiu sveikatos draudimu, gali tekti mokėti dalį sumos (draudimo franšizę arba išskaitą): tam tikrą procentą nuo visos sumos (angl. *coinsurance* arba *copayment*) arba tam tikrą kiekį pinigų, pavyzdžiui, pirmus 150 eurų nuo visos sumos (angl. *deductible*). Šios priemokos būna aiškiai apibrėžtos draudimo sutartyse.

Draudžiantis privalomuoju sveikatos draudimu, nėra sutarčių, nurodančių, kad asmeniui teks prisimokėti, todėl priemokų, įvardintų anksčiau, Lietuvoje nėra. Tačiau kartais vis tiek yra imamas papildomas mokestis, kuris atskirais atvejais yra vadinamas priemoka. Užsienyje atvejai, kai asmeniui reikia primokėti didesnę nei draudimo sutartyse nurodytą paslaugos kainos skirtumą, turi atskirus angliškus terminus: *balance billing* arba *surprise billing* (Viriyathorn et. al. 2023), o atvejai, kai asmuo, gaudamas nemokamą paslaugą, kartu moka už kitą neapmokamą paslaugą, vadinami anglišku terminu *extra billing*.

Pagrindinė problema – papildomos priemokos paneigia visuotinę teisę į SPP, ką visuotiniai sveikatos draudimai ir siekia užtikrinti, kadangi SPP tampa prieinamos tik galintiems papildomai susimokėti.

Asmenims priemokos (ypač nereglamentuotos) sukelia finansinių sunkumų, sumažina galimybę gauti reikiamą priežiūrą ir kenkia žmonių ir medicinos įstaigų tarpusavio pasitikėjimui. Tačiau yra

ir privalumų: turintys pinigų pacientai gali greičiau gauti SPP. Daugiau naudų ir trūkumų aprašyta 16 lentelėje.

16 lentelė. Priemokų (būtent balance billing ir extra billing) naudos ir trūkumai (pagal tai, kas juos patiria)

Nauda	Trūkumai
(Pacientams) Pacientas vienu metu gali gauti ir PSDF apmokamas, ir PSDF neapmokamas SPP.	(Pacientams) Kai kurios paslaugos nėra būtinos, tačiau, pasinaudojant informacijos asimetrija, parduodamos pacientams kartu su PSDF apmokamomis paslaugomis. Taigi, LNSS resursai yra neefektyviai panaudojami.
(Pacientams) Pacientui reikės mažiau mokėti už PSDF neapmokamą SPP, jei dalis jos bus apmokėta iš PSDF. Toks atvejis įmanomas, jei iš PSDF būtų įsigyta kiek pigesnė priemonė, o vartotojas norėtų ženkliai brangesnės, bet jo vertinimu geresnės priemonės.	(Pacientams) Kainų diskriminacija ir nevienodas SPP prieinamumas. Kai kuriais atvejais asmuo neteisingai įvertina paslaugos naudą ir be reikalo prisimoka.
(Pacientams) Pacientai, turintys pinigų, gali primokėti, tapti patrauklesniais klientais ir apeiti eilę.	(Pacientams) Pinigų neturintiems pacientams tenka laukti ilgiau arba įsiskolinti – tai viena esminių socialinio teisingumo problema. Kuo daugiau žmonių primoka, tuo mažesnė nauda primokėjusiems, nes eilė vis mažiau sutrumpėja.
(ASPI) Įstaigos, imančios priemokas, gali daugiau uždirbti.	(ASPI) Įstaigos, neimančios priemokų, tampa mažiau konkurencingos.
(Gydytojai) Didėja gydytojų pajamos.	(Pacientams) SPP dažniau reikia tiems, kurių pajamos mažesnės ir nepajėgūs sumokėti priemokų. Dėl tos priežasties šiems gyventojams dar labiau mažėja SPP prieinamumas, todėl jų sveikatos būklė dar labiau blogėja.
	(Pacientams) Mažėja pasitikėjimas gydymo įstaigomis, didėja konfliktų ir nepasitenkinimo rizika.

Dėl šių trūkumų, kai kuriose užsienio šalyse papildomi mokėjimai yra ribojami.

Pavyzdžiai

- Japonijoje yra uždrausti papildomi mokėjimai (tiek *extra billing*, tiek *balance billing*), išskyrus itin retais atvejais (Sakamoto et. al., 2023, Viriyathorn et. al. 2023).
- Amerikoje dažniausiai papildomi mokėjimai yra leidžiami, išskyrus kai teikiama skubi pagalba tam tikrose valstijose (Viriyathorn et. al. 2023).

Kadangi papildomi mokėjimai turi ir privalumų, ir trūkumų, reikia aiškiai nustatyti, kokiais atvejais juos galima taikyti, o kada – ne. Pagrindinis tikslas yra užtikrinti, kad priemokos netaptų mokesčiu ar būdu „prisimokėti“ už galimybę apeiti eilę ar įsigyti paslaugas, kurių pacientui iš tikrųjų nereikia.

To galima išvengti, jei:

- **Objektyviai nustatomas paslaugos kainos skirtumas taip, kad parduodanti SPP su ir be priemokų būtų vienodai pelninga.** Tokiu atveju sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui nebūtų motyvacijos siūlyti brangesnės paslaugos vietoj pigesnės ar sudaryti galimybių pacientui apeiti eilę.
- **Pacientui lengva įvertinti papildomą naudą.** Jei pacientas aiškiai supranta, už ką moka, jis gali priimti pagrįstą sprendimą ir vengti nereikalingų paslaugų.

Kainų skirtumą yra kur kas lengviau nustatyti priemonėms nei paslaugoms. Pagrindinė priežastis ta, kad priemonės (pvz., akių lęšiukai) yra standartizuotos, todėl jų kainos yra viešai prieinamos. Dėl to nesunku nustatyti, pavyzdžiui, skirtingų lęšiukų didmeninės kainos skirtumą. Tuo tarpu paslaugos nėra standartizuotos ir gali kilti ginčų, kuo viena paslauga geresnė už kitą (pvz., kiek atsižvelgti į daktaro kompetenciją, bendravimo kultūrą, aplinką, kurioje paslauga teikiama, kokius tiksliai įrankius naudoja ir pan.). Todėl papildomi mokėjimai už priemones yra labiau priimtini nei už paslaugas.

Nemedicininį paslaugų naudą taip pat yra aiškesnė nei medicininių. Pacientai dažniau gali įvertinti, kokią naudą jiems teikia, pavyzdžiui, vienvietė palata ar sotesni pietūs, nei „geresnė“ medicininė paslauga. Be to, jei medicininė paslauga iš tiesų yra aukštesnės kokybės nei šiuo metu PSDF apmokamos, būtų tikslinga ją įtraukti į PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų sąrašą, o ne taikyti priemokas. Siekiant mažinti problemas, susijusias su priemokomis, yra siekiama nustatyti, kada pacientų mokėjimai yra priimtini, o kada ne. Tam yra siūloma tokia mokėjimų klasifikacija (

16 pav.):

16 pav. Paciento mokėjimų klasifikacija



*jei tai nėra sąlyga gauti PSDF kompensuojamą SPP.

Nepriimtiniems mokėjimams priskirtina :

- **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 asmens, kuriam buvo suteikta gydytojo neurologo

konsultacija, prašoma papildomai susimokėti už tą pačią paslaugą, toks paciento mokėjimas yra nepriimtinas, pažeidžiantis sutarties su VLK punktą 8.10²⁹.

- **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 piktnaudžiaujama, 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. Daugiau atvejų, kaip nesąžiningai parduodamos paslaugos, yra pateiktos interpe Intarpas **B**.

Intarpas B. Kaip nesąžiningai parduodamos paslaugos

Nesąžiningi pardavimai vyksta tada, kai pacientui nėra aiškiai nurodoma, kad, esant galiojančiam gydytojo siuntimui, už reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas jis mokėti neturi – už jas apmoka Valstybinė ligonių kasa (VLK). Gydytojo įstaigos taiko įvairias nesąžiningas praktikas, pavyzdžiui:

Paslaugų paketai. Pacientui siūlomi tik paslaugų paketai, kuriuose yra ir nemokamų, ir mokamų paslaugų. Tokiu atveju pacientas priverstas mokėti už paketą arba apskritai negauna jam priklausančių nemokamų paslaugų.

Deklaruojamas „aukštesnis standartas“. Paslaugos ar jų paketai pristatomi kaip „geresni“ ar „aukštesnio lygio“ nei viešosiose įstaigose, tačiau pacientui nepaaiškinama, kuo jie geresni. Dažniausiai skirtumas būna tik komforto, bet ne medicininės kokybės požiūriu, kadangi neretai tiek viešosiose, tiek privačiose gydymo įstaigose paslaugą teikia tas pats specialistas.

Fiktyvios paslaugos. Pacientui parduodamos realiai nesuteikiamos paslaugos, pvz., „atvejo vadybininko paslauga“. Jei tokios paslaugos mediciniškai reikalingos (t.y. nurodytos SPP teikimo reikalavimuose), gydymo įstaiga privalo jas suteikti nemokamai, nes už jas apmoka VLK.

Dirbtinis laukimo laikas. Nemokamos paslaugos teikiamos tik po ilgo laukimo, o sumokėjus už paketą – iš karto, net jei įstaiga turi galimybę gauti kompensaciją iš PSDF. Tokiu atveju turi galioti taisyklė: jei gydymo įstaiga turi galimybę suteikti paslaugą, apmokamą VLK, ji privalo tai padaryti be papildomų sąlygų, nebent pats pacientas pageidautų kitaip.

Neteisėti reikalavimai. Pacientams keliamos nepagrįstos sąlygos, pvz., atsisakoma registruoti dienos chirurgijos paslaugai pagal siuntimą, kol pacientas nesumoka už papildomą konsultaciją.

²⁹Užtikrinti, 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.)

Priimtiniems mokėjimams priskirtina:

- **priemokos už kai kurias medicininės priemonės, 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.). Konkrečias medicinos priemones numatoma nustatyti LR Vyriausybės nutarimu patvirtintame baigtiniame medicinos priemonių sąraše, 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 kaštus. Bet kokiu 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. Savaimė suprantama, kad komforto paslaugos neturi būti mokamos, jei išskirtinio komforto reikalauja paciento sveikatos būklė;
- **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) (žr. interpa *Intarpas C*).

Intarpas C. Kaip apibrėžiamos mokamos paslaugos ir kada jos gali būti teikiamos

Lietuvoje galiojančiuose teisės aktuose yra nustatyti atvejai, kuomet pacientas už paslaugas turi susimokėti.

Šiuo metu mokamos paslaugos yra apibrėžiamos taip:

1) Mokamos asmens sveikatos priežiūros (medicininės) paslaugos:

- a) sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis (neįtrauktos į kompensuojamų PSDF lėšomis paslaugų sąrašą). Tai įvairios kosmetologijos paslaugos ir dalis su medicina susijusių paslaugų;
- b) sveikatos priežiūros paslaugos, kurios yra apmokamos PSDF lėšomis, tačiau asmuo už tokias paslaugas turės mokėti, jei:
 - i) jis neatitiks Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio nustatytų valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros sąlygų, t. y. jei nebus draustas privalomuoju sveikatos draudimu; arba neturės gydytojo siuntimo paslaugoms, kurioms siuntimas yra būtina kompensavimo PSDF lėšomis sąlyga;

ii) asmuo kreipsis į gydymo įstaigą, kuri neturi sutarties su VLK dėl tokių paslaugų apmokėjimo PSDF lėšomis;

iii) pacientas pasirinks brangiau kainuojančią medicininę paslaugą – pacientas gali atsisakyti jam gydytojo paskirtos paslaugos, apmokamos PSDF lėšomis ir, gydytojui leidus, rinktis kitą. Jų kainų skirtumą pacientas privalės susimokėti pats. (LR sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 punktas).

c) atvejai, kai pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, už kurias turi mokėti patys. (LR sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 punktas).

2) kitos (mokamos) paslaugos, nepriskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti (LR Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 1 punkto 5 dalis)

Dabartinę tvarką siūloma keisti, tad keistųsi ir atvejai, kai asmuo galėtų mokėti už paslaugas:

- Seimo narių pasiūlytame projekte siūloma keisti 1-b-iii, kad priemokos liktų tik dėl tam tikrų medicinos priemonių³⁰;
- Siūloma keisti 1-c ir 2, kad liktų tik komforto paslaugos, kurias asmuo gali, bet neprivalo įsigyti gaudamas iš PSDF paslaugą.

Konkretus priemokos pavyzdys nurodytas

³⁰ [XVP-518 PASIŪLYMAS dėl Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto](#)

17 pav. Čia pacientui, turinčiam siuntimą ortopedo traumatologo konsultacijai, registruojantis į ASPĮ yra nurodoma, kad reikės papildomai susimokėti už tą pačią – ortopedo traumatologo konsultacijos paslaugą.

Iš pateiktų minėtos paslaugos kainų matyti, kad be siuntimo asmeniui tektų mokėti 80 eurų, o su siuntimu – 70 eurų. Tai reiškia, kad priemoka yra net 70 eurų.

Tuo tarpu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. kovo 30 d. įsakymu Nr. V-392 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymo Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priemonių, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“ patvirtinta antrinio lygio gydytojo ortopedo traumatologo konsultacijos kaina be manipuliacijų – 23,02 Eur, išplėstinės konsultacijos, kai atliekama 1 intervencija – 40,90 Eur, išplėstinės konsultacijos, kai atliekamos 2 intervencijos – 60,60 Eur. Vadinas, asmuo gerokai permoka, už manipuliacijas / intervencijas mokės dar atskirai, o gydymo įstaiga gauna pajamų ir iš paciento, ir iš PSDF.

17 pav. Papildomo mokėjimo už PSDF kompensuojamą paslaugą (nepriimtinių priemonių) pavyzdys

Paslauga	Vizito tipas	Apmokėjimas	Siuntimo
Ortopedija ir traumatologija (Kelio sąnario, raiščių, meniskų patologijos)	pirminis apsilankymas Ortopedo – traumatologo konsultacija - 8...	Pacientas	Su s
Ortopedija ir traumatologija (Kelio sąnario, raiščių, meniskų patologijos)	Ortopedo – traumatologo konsultacija - 80,00 eur Ortopedo – traumatologo konsultacija (su siuntimu) - 70,00 eur Sąnarių arba audinių echoskopija - 60,00 eur Sąnarių arba audinių echoskopija (su siuntimu) - 50,00 eur	Pacientas	Su s
Ortopedija ir traumatologija (Kelio sąnario, raiščių, meniskų patologijos)	konsultacija - 8...	Pacientas	Su s
Ortopedija ir traumatologija (Kelio sąnario, raiščių, meniskų patologijos)	pirminis apsilankymas Ortopedo – traumatologo konsultacija - 8...	Pacientas	Su s

Šaltiniai: išankstinė pacientų registracijos sistema (IPR IS).

Pavyzdys

Konkretus mokėjimų, kai asmeniui nesąžiningai parduodamos paslaugos, pavyzdys pateiktas 18 pav., kur yra asmens pateiktas čekis, kuriame šalia pagrindinės, PSDF lėšomis apmokamos kelio sąnario kryžminių raiščių rekonstrukcijos, naudojant ToggleLoc implantus, paslaugos, dėl kurios asmuo ir kreipėsi į ASPĮ, nurodytos papildomos paslaugos, už kurias pacientui pateikta sąskaita.

Vadovaujantis minėtai paslaugai nustatytais baziniais įkainiais (galiojusiais sąskaitoje nurodytu laikotarpiu), ASPĮ, suteikusiai šią paslaugą, buvo sumokėta apie 2 000 Eur iš PSDF biudžeto. Nepaisant fakto, kad įstaigai už suteiktą paslaugą buvo apmokėta PSDF lėšomis (tai matyti iš pacientui išrašytoje sąskaitoje ties paslauga nurodytos kainos – 0 Eur) įstaiga pareikalavo paciento sumokėti papildomai už kitas – asmeninio atvejo sveikatos priežiūros vadybininko, komforto ir nakvynės – paslaugas. Šiuo konkrečiu atveju pacientas pasiskundė, kad jis nebuvo tinkamai informuotas apie šį mokėjimą ir buvo galima identifikuoti mokėjimą nepriimtinu, tačiau dažnai tokie atvejai nebūna apskūsti.

18 pav. Mokėjimų už nesąžiningi parduotas paslaugas pavyzdys

Sąskaitos sudarymo data: 2024-09-17

Kodas	Aprašas	Kiekis	Mato vnt.	Kaina, €	PVM, %	Suma, €
OP689.3	Kelio sąnario kryžminių raiščių rekonstrukcija, naudojant ToggieLoc implantus	1	vienetas	0.00	0	0.00
VOP689.3	Asmeninio atvejo sveikatos priežiūros vadybininko paslaugos	1	vienetas	1000.00	0	1000.00
PS56	Komforto paslaugos 12	1	vienetas	82.64	21	100.00
PS41	Nakvynės paslauga	1	vienetas	91.74	9	100.00

Suma žodžiais: Tūkstantis du šimtai €

Apmokėjimo būdas: grynais

Pastaba:

Kasos ID: 4622 Čekio Nr. 2775

Dokumentą išrašė: [redacted]

Prekes/Darbus priėmė: _____

IŠ VISO:	1174,38
PVM 0 %:	0.00
PVM 9 %:	8,26
PVM 21 %:	17,35
SUMA MOKĖJIMUI:	1200,00

Šaltinis: anoniminis skundas.

Siekiant skaidresnio apmokėjimo už SPP, yra reikalinga stipresnė kontrolė, kad:

- įstaiga neprašytų ir nereikalautų pacientų mokėti už paslaugas, kurios ir taip turi būti suteikiamos nemokamai dėl medicininių priežasčių (nepriimtinos priemokos);
- pacientui būtų sudaryta galimybė reikalauti tik PSDF lėšomis apmokamos paslaugos suteikimo be papildomų paslaugų;
- įstaigoms, kurios šių sąlygų nesilaiko, būtų nustatomos ženklios finansinės baudos ir neleista teikti iš PSDF apmokamų paslaugų;
- gyventojai būtų geriau informuoti apie nepriimtinius mokėjimus ir žinotų, kaip elgtis (žr. Intarpas D).

Intarpas D. Kaip gyventojams elgtis, jei jiems primygtinai siūlo susimokėti už paslaugas

Jei gydymo įstaigoje prašoma susimokėti, visi pacientai, turintys siuntimus paslaugoms, turėtų klausti „Kodėl turi mokėti?“ ir pirmiausia teirautis dėl galimybės gauti gydymą, už kurį mokėti nereikia.

Tai reiškia, kad pacientas neturi mokėti iš savo kišenės, jei gydymo įstaigai už gydymą sumoka ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis. PSDF lėšomis apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas sąlygos (už kokias paslaugas, kokiomis sąlygomis ir kokia kaina yra mokama) yra nustatomos sveikatos apsaugos ministro įsakymuose. Tie patys reikalavimai galioja visoms sutartis su VLK sudariusioms sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos (valstybinė ar privati).

Pacientams, kurie kreipiasi į įstaigą, sudariusią sutartį su ligonių kasa, verta žinoti, kad joje turi būti skelbiama ši informacija: išsamus PSDF lėšomis apmokamų (apdraustiesiems

privalomuoju sveikatos draudimu) sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal sutartį su VLK , sąrašas, šių paslaugų teikimo tvarka ir sąlygos.

Privaloma informuoti, kad šių paslaugų išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis ir teikiamos be jokio papildomo mokesčio. Be to, pacientui visada pirmiausia turi būti pasiūlyta nemokama paslauga.

Ne paslaptis, kad kai kuriose gydymo įstaigose nemokamų paslaugų sąrašą sunku rasti (jei neklausiate), tad dažniausiai sakoma, kad reikės susimokėti, neinformuojant apie ligonių kasų kompensavimą. VLK primena: už [šiame sąrašė](#) įrašytas apdraustiesiems teikiamas paslaugas mokėti nereikia, nes už paslaugas sumoka ligonių kasos, o apdraustas PSD pacientas turi teisę gauti sąrašė įrašytas paslaugas nemokėdamas papildomai.

Pasitaiko ir keistų nutikimų.

Pavyzdys

Kraujo tyrimą atlikusi slaugytoja iš pacientės pareikalavo susimokėti „už dūrį“ – ne už tyrimą, o už įdūrimą. Šmaikšti pacientė medikei pasiūlė: „Padarykite man tą tyrimą neįdūrusi.“ Apsisuko ir išėjo nesusimokėjusi, o vėliau su įstaigos vadovu išsiaiškino, kad reikalauta susimokėti neteisėtai. Kitas atvejis – kai gydytojas senolio paprašė nupirkti jam vienkartinės gumines pirštines. Senukas atsakė: „Daktare, jūs operuokite mane be pirštinių – aš per karą dar ne to mačiau.“

Nepriimtinių mokėjimų mastas

Nepriimtinių mokėjimų (toliau – NM) mastas Lietuvoje siekia nuo 40 iki 150 mln. eurų per metus. Informacinės sistemos (IS) „Sveidra“ 2024 m. duomenimis pacientai iš savo kišenės ASPĮ sumokėjo 121,3 mln. eurų, iš jų apie trečdalį – 39,98 mln. eurų – sudarė pacientų „priemokos“³¹.

Deja, IS „Sveidra“ šaltinis yra mažai patikimas ir nepakankamai įvertina nepriimtinių mokėjimų mastą, nes:

- istoriškai nebuvo tikslų „priemokų“ ir tuo labiau „nesąžiningai parduotų paslaugų“ apibrėžimų. Tai reiškia, kad pačios įstaigos sprendžia, kada jos gauna mokėjimus iš pacientų kaip „priemokas“ ir kada kaip už „mokamas paslaugas“, o be atskirų kontrolės tikrinimų nėra galimybių įvertinti, kada mokamos paslaugos parduodamos sąžiningai;
- ne visos įstaigos pateikia informaciją dėl priemokų į IS „Sveidra“. 2024 m. 263 įstaigos, su kuriomis ligonių kasos sudarė sutartis, nepateikė informacijos (25 viešosios ir 238 privačios), o pateikė 430³². Nėra žinoma, ar jos tokių pajamų negavo, ar tiesiog neteikė informacijos į IS „Sveidra“.

³¹ Apima priemokas už paciento buvimo ASPĮ sąlygas, priemokų sumą už procedūras, priemokų sumą už medžiagas, kitas priemokas.

³² Nėra vertinamos sutartys dėl pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (jų apmokėjimas yra kitoks) ir sutartys dėl odontologinių paslaugų (pilnai kompensuojama tik labai ribotam ratui asmenų).

Yra daug įrodymų, kad privačios ASPĮ linkusios parduoti perteklines SPP (kurios galimai nėra būtinos). VLK atliktos išsamios dviejų įstaigų patikros metu buvo nustatyti net 449 atvejai, kai įstaigos nenurodė IS „Sveidra“ pacientų sumokėtų priemonių, bet pacientams teko mokėti už papildomas paslaugas (žr. 17 lentelė).

17 lentelė. Atvejų, kai IS „Sveidra“ nebuvo nurodytos pacientų priemonės, o pacientams teko mokėti už paslaugas, pavyzdžiai (pateikti 3 iš 449 atvejų)

DRG pavadinimas	Diagnozės pavadinimas	PSDF apmokama paslaugos dalis	IS „Sveidra“ nurodyta priemonių suma	Papildomų susijusių paslaugų kaina
Kelio rekonstrukcijos ir rekonstrukcijų revizija	Menisko pažeidimai dėl seno plyšimo ar sužeidimo, užpakalinis šoninio menisko ragas	2 136,86	0	950
Žastikaulio, blauzdikaulio, šėvikaulio ir čiurnos procedūros – kai būklė sudėtinga	Iškrypimas į vidų (varus), neklasifikuojamas kitur, blauzda	3 949,61	0	1 100
Akių vokų procedūros	Voko ptozė (nusileidimas)	702,26	0	640

Šaltinis: VLK.

IS „Sveidra“ duomenys atrodo nepilni ir todėl, kad, šios sistemos duomenimis, pacientai gydymo įstaigoms iš viso sumokėjo 121,3 mln. eurų 2024 m., tačiau, Valstybės duomenų agentūros duomenimis 2023 m. namų ūkiai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams³³ sumokėjo triskart daugiau – 363 mln. eurų (žr. 18 lentelė). Tikėtina, kad panašus mokėjimų mastas bus ir 2024 m. Šių išlaidų didžiąją dalį – 256 mln. eurų – sudaro išlaidos ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus odontologines paslaugas).

Apie 73 mln. eurų namų ūkiai išleido ligoninėse ir dar 34 mln. eurų stacionarinėse ilgalaikės priežiūros įstaigose. Pastebėtina, kad namų ūkiai taip pat daug pinigų išleidžia mažmeninės prekybos įmonėms ir kitų medicinos prekių teikėjams (už vaistus, akinius ir kitas medicinos priemones), odontologijos kabinetams ir pagalbinių paslaugų teikėjams (pvz., medicinos ir diagnostikos laboratorijoms), tačiau šiuo metu svarstomi teisės aktų pakeitimai šių teikėjų nepaveiks.

³³ Analizuojami tik tiekiejai, kurie būtų paveikti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo (priemonių įstatymo): ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (išskyrus odontologų kabinetus), ligoninės ir stacionarinės ilgalaikės priežiūros įstaigos.

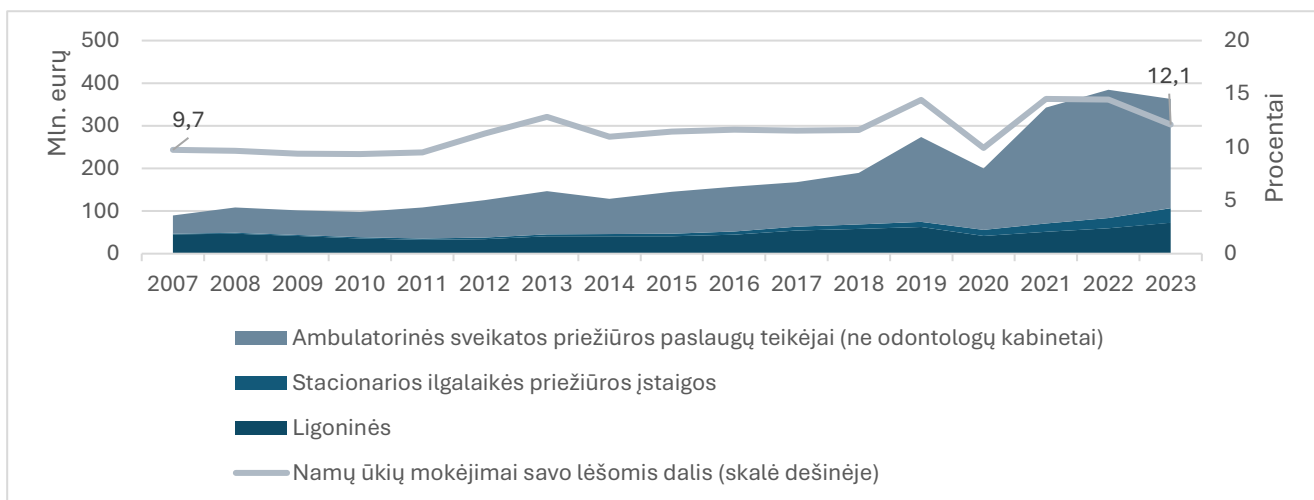
18 lentelė. 2023 m. sveikatos priežiūros finansavimo programų išlaidos paslaugų teikėjams

		Namų ūkių mokėjimai savo lėšomis, mln. eurų	Visas sveikatos sektoriaus finansavimas, mln. eurų	Namų ūkių mokėjimai savo lėšomis dalis, proc.
Aktuali teisės aktų pakeitimui	Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (ne odontologų kabinetai)	256	1 140	22
	Ligoninės	73	1 744	4
	Stacionarios ilgalaikės priežiūros įstaigos	34	112	30
	Iš viso:	363	2 996	12
Neaktuali teisės aktų pakeitimui	Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (odontologų kabinetai)	470	471	100
	Pagalbinių paslaugų teikėjai	19	140	13
	Mažmeninės prekybos įmonės ir kiti medicinos prekių teikėjai	779	1 390	56
	Kita	4	363	1
	Iš viso:	1 271	2 364	54

Šaltinis: Valstybės duomenų agentūros ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Lietuvoje namų ūkiai vis daugiau moka už paslaugas, kurioms šiuo metu dažniau privačios įstaigos taiko NM. 2007 m. paslaugų teikėjams, kurie būtų paveikti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo (dėl priemokų ribojimo), išleisdavo iki 90 mln. eurų, o 2023 m. išlaidos siekė apie 363 mln., taigi **išlaidos išaugo apie keturis kartus** (žr. 19 pav.). Be to, namų ūkių išlaidos šiems teikėjams augo itin sparčiai: 2007 m. jų išlaidos sudarė 9,7 % šių teikėjų pajamų, o 2023 m. jau sudarė 12,1 %. Iš jų daugiausiai išaugo išlaidos kitiems nei odontologų kabinetų ambulatorinių paslaugų teikėjams. Pastebėtina, kad namų ūkiai Lietuvoje iš savo kišenės arba su privačiu draudimu padengia santykinai daug, 29 proc. ambulatorinių paslaugų (be odontologijos kabinetų) išlaidų ir yra vieni daugiausiai mokančių iš visų EBPO šalių (žr. 20 pav.), nors ir 2023 m. šis santykis nukrito iki 22.³⁴

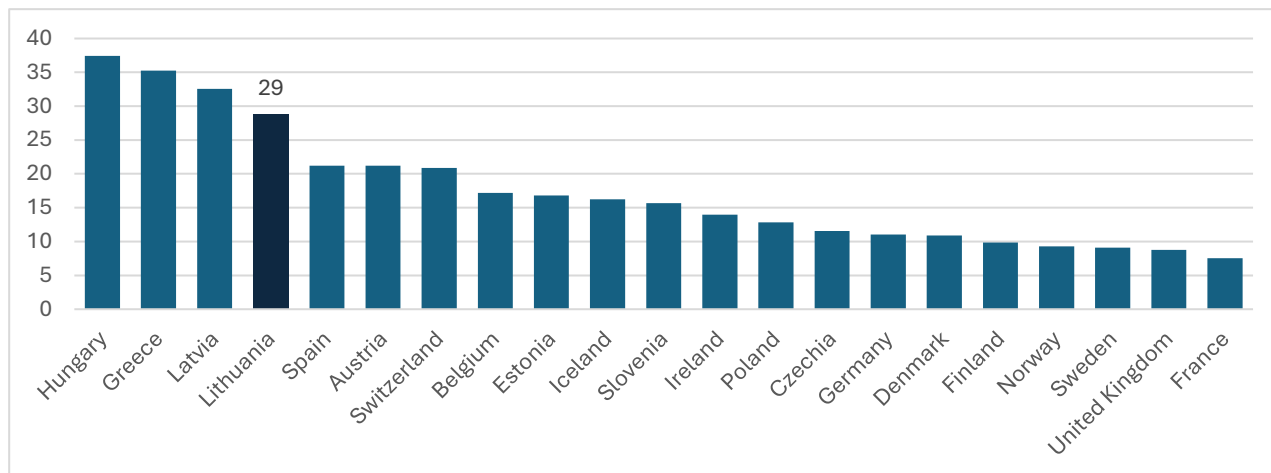
19 pav. Namų ūkių išlaidų ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms dalis



³⁴ Pagal EBPO, namų ūkio išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro 30% visų išlaidų sveikatai. Į šį procentą patenka tiek išlaidos vaistams, tiek paslaugoms. [Lithuania: Country Health Profile 2023 \(EN\)](#)

Šaltinis: Valstybės duomenų agentūros ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

20 pav. Namų ūkių išlaidų kitiems nei odontologų kabinetų ambulatorinių paslaugų teikėjams 2022 m. dalis.



Šaltinis: EBPO ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Dar didesnę NM įvertį – 146 mln. už 2024 m. – pateikia VLK atlikusi detalūs skaičiavimus. NM įvertis grindžiamas statistika, kiek iš viso privačios įstaigos gauna pinigų iš VLK ir iš skundų bei apklausų, kur nurodoma, kokio santykinio dydžio yra potencialiai NM (žr.

19 lentelė.ė). Buvo pastebėta, kad NM dydis labai skiriasi, priklausomai nuo paslaugos, kurią apmoka VLK, kainos.

Jei kaina didelė (pvz., dienos chirurgija, kur už operaciją VLK gali mokėti kelis tūkstančius eurų), tada NM (dažniausiai tai - papildomos paslaugos) sudaro 30%–50% VLK mokamos kainos. Jei kaina maža (pvz., konsultacijų, kurių kaina siekia kelias dešimtis eurų), tada NM (dažniausiai tai – priemokos) gali viršyti VLK mokamą kainą 2 arba net 10 kartų. Ši analizė padeda ne tik įvertinti, kokio masto yra NM, bet ir parodo, kad daugiausiai NM yra dėl ambulatorinių reabilitacijos paslaugų ir konsultacijų.

19 lentelė. VLK sutartys su privačiomis ASPĮ ir NM įvertis

	VLK sutarčių su privačiomis ASPĮ vertė (mln. Eur)	NM (proc.)	NM įvertis (mln. Eur)
Ambulatorinėms medicininės reabilitacijos paslaugoms (amb. ir pradinis etapas)	21,7	200 %	43,4
Gydytojų specialistų konsultacijoms	21,7	200 %	43,3

Gydytojų specialistų konsultacijoms, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai	17,5	200 %	34,9
Dienos chirurgijos paslaugoms	27,8	40 %	11,1
Magnetinio rezonanso tomografijos tyrimams	33,3	20 %	6,7
Dienos stacionaro paslaugoms	24,7	Sveidra	4,1
Kompiuterinės tomografijos tyrimams	6,1	20 %	1,2
Ambulatorinės chirurgijos paslaugoms	0,5	200 %	1,0
Iš viso:	153		146

Šaltinis: VLK.

Rengiamų teisės aktų tikėtinas poveikis gydymo įstaigoms ir pacientams

Šiame skyriuje analizuojamas maksimalus rengiamų teisės aktų poveikis: jei būtų uždraustos priemokos ir nebebūtų leidžiama įsigyti jokių papildomų paslaugų, kai pacientui suteikiama iš PSDF apmokama paslauga. Kadangi planuojama įteisinti atvejus, kada priemokos būtų leistinos bei siūloma suteikti pacientams galimybę papildomai pirkti kitas paslaugas laikantis sugriežtintų sąlygų ir taip uždraudžiant nesąžiningus SPP pardavimus, poveikis būtų mažesnis. Taip pat daroma prielaida, kad visi potencialūs NM yra realūs NM.

Pakeitus teisės aktus visų pirma įvyks reikšmingas finansinių srautų persiskirstymas iš ASPĮ, kurios iki šiol ėmė NM (toliau – imančios ASPĮ), į tas ASPĮ, kurios jų neėmė (toliau – neimančios ASPĮ). Poveikis vertinamas tik įstaigoms, kurios yra sudariusios sutartį su VLK ir yra daroma prielaida, kad tik privačios ASPĮ yra imančios NM, o viešosios – neimančios.

Siekiant įvertinti finansinį poveikį skaitine išraiška,

20 lentelėje pateikiamos PSDF lėšos, sumokėtos privačioms ir viešosioms ASPĮ, taip pat nurodoma NM suma bei pateikiama žyma, rodanti, ar NM sudaro mažą ar didelę PSDF apmokėtos paslaugos dalį (žr. skiltį „NM mastas“).

20 lentelė. Nepriimtini mokėjimai (NM) pagal paslaugų grupes (mln. Eur.)

	Viešos ASPĮ	Privačios ASPĮ		
	Pajamos iš PSDF	Pajamos iš PSDF	Pajamos iš NM	NM lyginant su paslaugos įkainiu, apmokamu iš PSDF
Ambulatorinėms medicininės reabilitacijos paslaugoms (amb. ir pradinis etapas)	56	22	43,4	<u>Didelė</u>
Gydytojų specialistų konsultacijoms	161	22	43,3	<u>Didelė</u>
Gydytojų specialistų konsultacijoms, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai	120	17	34,9	<u>Didelė</u>
Dienos chirurgijos paslaugoms	99	28	11,1	Maža
Magnetinio rezonanso tomografijos tyrimams	10	33	6,7	Maža
Dienos stacionaro paslaugoms	108	25	4,1	Maža
Kompiuterinės tomografijos tyrimams	17	6	1,2	Maža
Ambulatorinės chirurgijos paslaugoms	7	1	1,0	<u>Didelė</u>

Šaltinis: VLK.

Tikslus poveikis priklausys nuo to, kaip elgsis NM imančios ASPĮ įsigaliojus įstatymui. Tikėtina, kad jų elgsena skirsis, priklausomai nuo to, ar iki šiol NM sudarė didelę, ar mažą paslaugos kainos dalį, kur kainą sudaro ir PSDF apmokama dalis ir NM dalis:

- **Jei NM sudarė didelę kainos dalį**, tikėtina, kad imančiai ASPĮ bus ekonomiškai naudinga toliau teikti paslaugas tik mokamai.

Pavyzdys

Jei anksčiau sutartį su VLK turinti ASPĮ už suteiktą paslaugą gaudavo 80 eurų apmokėjimą PSDF lėšomis, o pacientas papildomai mokėjo 300 eurų NM, ASPĮ labiau apsimokės ir toliau teikti paslaugą už NM dalį (300 eurų), nei teikti ją neimant NM ir gauti tik 80 eurų iš PSDF. Tai reikš, kad atsilaisvins PSDF lėšos (šiuo atveju 80 eurų) toms įstaigoms, kurios teikia paslaugas neimant NM (neimančios APSĮ). Tikėtina, kad dalis paslaugos teikėjų nuspręs nustatyti naują paslaugos kainą, kuri atitiks buvusį NM dydį (šiuo pavyzdyje reikalaus 300 eurų), o dalis nustatys tokią kainą, kuri kompensuotų ir negautą PSDF finansavimą (reikalautų 380 eurų). Kadangi didinant kainą mažėtų galinčių įpirkti paslaugas, tikėtina, kad daugiau paslaugų teikėjų pasirinktų kainos nedidinti. Todėl, daroma prielaida, kad 80 proc. įstaigų kainos nedidins, o 20 proc. – padidins. Alternatyviuose skaičiavimuose daroma kita prielaida: 60 proc. nedidins, o 40 proc. didins.

- **Jei NM dydis buvo santykinai mažas**, ASPĮ greičiausiai paslaugas teiks neimant NM. Teikti tokias paslaugas mokamai (kuomet visą kainą mokėtų pacientas) ASPĮ būtų sudėtinga, kadangi šioms paslaugoms PSDF kompensuojama suma dažniausiai didelė (pvz., operacijos, kurių PSDF finansavimas siekia kelis ar keliasdešimt tūkstančių eurų), tad daugumai pacientų visą kainą padengti būtų finansiškai sunku. Kokia dalis ASPĮ nustos teikti paslaugas ir kokia jas tęs, priklausys nuo ASPĮ sąnaudų ir ar jas padengia PSDF dalis. Daroma prielaida, kad 90 proc. įstaigų teiks paslaugas nemokamai (neimant papildomai NM), o 10 proc. įstaigų nutrauks šių paslaugų teikimą. Tačiau, kuo daugiau ASPĮ nebeteiks paslaugų, tuo daugiau pacientų kreipsis į kitas įstaigas, įskaitant ir neimančias APSĮ.

Tikėtinas poveikis - ASPĮ, kurios taikė NM ir kurių taikomas NM dydis sudarė didelę kainos dalį, pajamos iš PSDF sumažės (ASPĮ labiau apsimokės teikti mokamas paslaugas, kurių visą kainą apmokės pacientai).

Kita vertus, ASPĮ, kurios netaikė NM, pajamos iš PSDF padidės – iš viso apie 71 mln. eurų (žr. 21 lentelė. ę). Tai paaiškinama tuo, kad pacientai, negalėdami ar nenorėdami mokėti už paslaugas įstaigose, taikančiose NM, kreipsis į įstaigas, kurios jų netaiko. Be to, dalis ASPĮ teiks tik mokamas paslaugas, todėl daugiau PSDF lėšų bus nukreipta į NM netaikančias ASPĮ.

21 lentelė. Prognozuojamas rengiamų teisės aktų projektų poveikis ASPĮ ir pacientų sutaupymams

	NM dydis sudaro santykinai mažą paslaugos kainos dalį		NM dydis sudaro santykinai didelę paslaugos kainos dalį		Iš viso
Pajamų šaltinis	PSDF	NM	PSDF	NM	
Pajamos (mln. eurų)	92	23	61	123	

NM imančiosios ASPĮ elgsena	Nebeteikia paslaugų	Teikia tik VLK apmokamas paslaugas	Teikia mokamas paslaugas (nekelia kainos)	Teikia mokamas paslaugas (kelia kainą)	
Procentas paveiktų imančių ASPĮ įstaigų	10 %	90 %	80 %	20 %	
Poveikis NM imančių įstaigų pajamoms (mln. eurų)	-12	-21	-49	-7	-89
Poveikis NM neimančių įstaigų pajamoms	9	-	49	12	71
Poveikis pacientų pajamoms	2	21	-	-5	18

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK.

Daugeliu atvejų taip pat padidės pacientų sutaupymai – iš viso apie 18 mln. eurų. Didžioji dalis šių sutaupymų atsiras dėl to, kad nebereikės mokėti NM už dienos chirurgijos paslaugas. Situacija su konsultacijomis bus kiek kitokia: dalis pacientų, kuriems paslaugos taps per brangios, kreipsis į neimančias ASPĮ ir taip sutaupys, tačiau kita dalis sutiks mokėti didesnę kainą.

Remiantis alternatyviomis prielaidomis, poveikis būtų didesnis: NM imančios įstaigos netektų apie 84 mln. eurų, bet NM neimančios gautų papildomus 71 mln., o pacientai išleistų 28 mln. mažiau (žr. Priedo A 6 lentelė.). Poveikis didesnis, kadangi daugiau NM imančių ASPĮ arba iš vis neteiktų paslaugų, arba teiktų tik mokamas paslaugas.

Įsigaliojus pokyčiams, poveikis pasireikš ir teikiamų paslaugų kiekiui, klientų skaičiui bei medicinos specialistų užimtumui. Kadangi NM taikiusios ASPĮ gaus mažiau pajamų, jos turės mažinti arba paslaugų apimtį, arba kaštus (įskaitant medicinos personalo atlyginimus), arba pelno maržas.

Rengiamų teisės aktų poveiki trumpuoju laikotarpiu

Didžiausias poveikis prognozuojamas dėl tų paslaugų, kurios nustos būti teikiamos (daugiausiai tų, kurių NM dydis sudarė nedidelę kainos dalį). Daroma prielaida, kad jų sumažės tiek, kiek finansavimas (apie 10 proc.). Toks pat sumažėjimas prognozuojamas paslaugas teikiančių specialistų skaičiui.

22 lentelė. Prognozuojamas rengiamų teisės aktų projektų poveikis NM imančių įstaigų paslaugoms (ilgalaikėje perspektyvoje)

	NM dydis sudaro santykinai mažą paslaugos kainos dalį		NM dydis sudaro santykinai didelę paslaugos kainos dalį		Iš viso (ilgalaikis)
Pajamų šaltinis	PSDF	NM	PSDF	NM	
Pajamos (mln. eurų)	92	23	61	123	
NM imančiosios ASPĮ elgsena	Nebeteikia paslaugų	Teikia tik VLK apmokamas paslaugas	Teikia mokamas paslaugas (nekelia kainos)	Teikia mokamas paslaugas (kelia kainą)	
Procentas paveiktų imančių ASPĮ įstaigų	10 %	90 %	80 %	20 %	
Poveikis NM imančių įstaigų paslaugoms (%)	-10 %	-18 % (ilgalaikis)	-21 % (ilgalaikis)	-4 %	-26%
Poveikis NM neimančių įstaigų paslaugoms (%)	4 %	7 % (ilgalaikis)	14 % (ilgalaikis)	4 %	15%

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK.

Manytina, kad dėl atlaisvėjusių PSDF lėšų šias paslaugas galės perimti NM neimančios ASPĮ, kurios taip pat turės galimybę įdarbinti specialistus iš įstaigų, kurios paslaugų nebeteiks. Prognozuojama, kad šiose įstaigose paslaugų kiekis padidės apie 4 proc. (mažesnis augimo procentas, nes NM neimančios ASPĮ jau dabar teikia didesnę paslaugų dalį, tad 10 % sumažėjimas imančių ASPĮ sąlygos 4 % paslaugų augimą neimančiose ASPĮ).

Taip pat prognozuojama, kad apie 4 proc. sumažės ir mokamų paslaugų, kurių NM sudarė didelę paslaugos kainos dalį. Taip nutiks, nes kai kurios ASPĮ didins kainas, o tai taps nepriimtina daliai pacientų (daroma prielaida, kad įstaigose, kuriose kaina padidės, paklausa sumažės 20 proc.). Sumažėjus pacientų skaičiui, atitinkamai mažės ir paslaugų apimtys bei specialistų poreikis. Visa tai skatins pacientų persiorientavimą į ASPĮ, kurios NM netaiko.

Rengiamų teisės aktų poveikis ilgalaikėje perspektyvoje

Ilgalaikėje perspektyvoje poveikis bus ryškesnis. Dienos chirurgijos ir kitų paslaugų (kur NM sudarė santykinai nedidelę kainos dalį) apimtis NM taikiusiose ASPĮ sumažės apie 28 proc., o NM netaikančiose ASPĮ – padidės apie 11 proc. Taigi konsultacijų ir kitų paslaugų, kur NM sudarė didelę kainos dalį, teikimas NM taikiusiose ASPĮ sumažės apie 25 proc., o neimančiose – padidės apie 18 proc.

Pagrindinė priežastis, kodėl ilgalaikėje perspektyvoje poveikis yra didesnis – tai mažėjančios NM taikiusių ASPĮ pajamos. Be papildomų pajamų iš NM joms bus sunkiau siūlyti didesnius atlyginimus nei ASPĮ, kurios NM netaiko, todėl gydytojų atlyginimai privačiose ir viešose įstaigose taps panašesni. Vadinasi, dalis specialistų sugrįš dirbti į pastarąsias, o tai leis užtikrinti didesnį paslaugų prieinamumą šiose įstaigose.

Kadangi priėmus teisės aktus neliks NM, daliai gydytojų, dirbančių ASPĮ, kurios taiko NM, mažės atlyginimai (arba augs lėčiau). Šį praradimą iš dalies kompensuos tai, kad pastaraisiais metais gydytojų atlyginimai buvo keliami: 2023 m. visų šalies ASPĮ gydytojų VDU etatui buvo 4 411 EUR, o 2024 m. – 5 225 EUR, t.y. augo apie 18 %. Tai yra vienas iš dvidešimtosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos tikslų (253 Sieksime tolygaus sveikatos priežiūros specialistų atlyginimų didėjimo, užtikrinančio mediko profesijos patrauklumą. Peržiūrėsime medikų socialines garantijas nacionaliniu lygmeniu, skatinsime medikus dirbti viešajame sektoriuje, ypač tose vietose, kur jų labiausiai trūksta. Išsaugosime sveikatos priežiūros tinklą ir paslaugas regionuose bei žymiai didinsime darbo užmokestį slaugytojams.). Tam pasiekti būtina didinti sveikatos sistemos finansavimą viešaisiais finansais (žr. skyrių „Įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis“).

Kita vertus, atsisakius NM sumažėtų pajamų nelygybė tarp pačių gydytojų. Socialiai teisingiau, kad už tą darbą dirbantys gydytojai gautų vienodą atlygį, nepriklausomai nuo įstaigos ar pacientų finansinių galimybių. Dabartinė sistema skatina gydytojus dirbti įstaigose, kurių politika leidžia iš pacientų imti NM, o pacientai sutinka mokėti, taip privilegijuojant pasiturinčius pacientus.

Remiantis alternatyviomis prielaidomis poveikis būtų didesnis: NM imančios įstaigos netektų apie 29 proc. paslaugų, kurias pradėtų teikti NM neimančios įstaigos (kadangi NM neimančios teikia daugiau paslaugų, tai sudaryti tik 18 proc. jų teikiamų paslaugų) (žr. pPriedo A 7 lentelė. ę).

Rengiamų teisės aktų projektų prognozuojamas poveikis ekonomikai ir valdžios finansams

Poveikis šalies ekonomikai bus minimalus, kadangi pagrindinis pokytis susijęs su resursų persiskirstymu: iš ASPĮ, kurios taiko NM, į tas, kurios jų netaiko.

Ekonominis poveikis vertinamas taikant bendrojo vidaus produkto (BVP) paklausos modelį, kuriame BVP sudaro: privatus vartojimas (C) atėmus mokesčius (T), pridėjus valstybės išlaidas (G), investicijas (I) bei grynąjį eksportą (NX).

Kaip jau buvo minėta anksčiau, prognozuojama kad gyventojai sutaupys apie 18 mln. eurų. Jei šios lėšos bus kaupiamos, padidės taupymas, tačiau sumažės privatus vartojimas (C), o tai mažintų BVP. Tačiau tikėtina, kad didžioji dalis šių lėšų bus išleista vartojimui (tik nebūtinai sveikatos paslaugoms), tad taupymas padidės nežymiai.

Įtaką BVP taip pat turės mokesčiai. Sveikatos priežiūros paslaugoms taikomas lengvatinis 0 proc. pridėtinės vertės mokesčio (PVM) tarifas. Jei gyventojai vietoj sveikatos paslaugų rinksis kitus pirkinius, jiems bus dažniausiai taikomas standartinis 21 proc. PVM tarifas. Tokiu atveju jie įsigytų prekių už 14,88 mln. eurų ir sumokėtų 3,12 mln. eurų PVM.

Tai reikštų, kad dėl išaugusių mokesčių (T) mažėtų vartojimas (C). Tačiau jei valstybė šias papildomas pajamas išleis, padidės valstybės išlaidos (G), ir BVP reikšmingai nepasikeis. Kiti mokesčiai (pvz., pelno) turėtų būti mažiau paveikti, kadangi nors jų mokės mažiau įstaigos, kurios iki šiol taikė NM, šiuos mokesčius mokės kitos įmonės, kuriose gyventojai išleis santaupas.

BVP taip pat galėtų sumažėti dėl mažėjančių privačių investicijų. Atsisakius NM, investavimas į privatų sveikatos sektorių Lietuvoje gali tapti mažiau patrauklus. Kita vertus, privačios investicijos gali būti nukreiptos į kitas sveikatos veiklas (pvz., šeimos gydytojų kabinetus, odontologiją, farmaciją) arba į kitus sektorius. Nors privačios investicijos sveikatos sistemai yra svarbios, jos sudaro mažą dalį visų investicijų.

Pavyzdys

Valstybės duomenų agentūros duomenimis, tiesioginės užsienio investicijos (toliau – TUI) į visą žmonių sveikatos priežiūrą ir socialinį darbą 2024 m. pabaigoje siekė 183 m. eurų – nesiekė 0,5 % visų TUI. Todėl bendras poveikis ekonomikai išliktų nedidelis.

Poveikio grynajam eksportui (NX) nenumatoma.

Apibendrinant, didžiausią įtaką ekonomikai turės tai, kiek gyventojų sutaupytų lėšų bus skirta vartojimui, ir kaip efektyviai valstybė panaudos papildomai surinktus mokesčius. Atsižvelgiant į tai, kad kalbama apie palyginti nedideles sumas, galima daryti išvadą, jog poveikis ekonomikai bus nereikšmingas.

Šaltiniai

Sakamoto H, Aya I, Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Dayrit MM, Dayrit E et. al. (2023). The role of the private sector in Asia: challenges and opportunities for achieving universal health coverage. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia

Viriyathorn, S., Witthayapipopsakul, W., Kulthanmanusorn, A., Rittimanomai, S., Khuntha, S., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2023). Definition, practice, regulations, and effects of balance billing: A scoping review. *Health Services Insights*, 16, 11786329231178766.

Stiprus viešasis sektorius

Pagrindinės žinutės:

- Dalis viešųjų ASPĮ patiria finansinius nuostolius ir šių nuostolių suma didėja.
- Viešųjų ASPĮ stiprinimui reikalingas didesnis viešasis finansavimas, patobulintas apmokėjimo už paslaugas reglamentavimas ir papildomos viešojo sektoriaus stiprinimo priemonės.

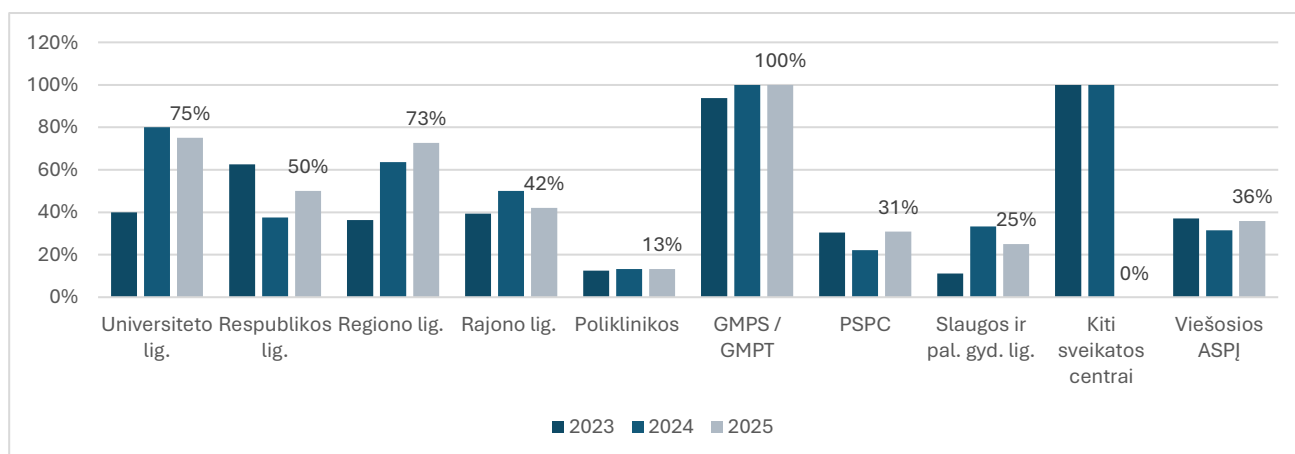
Šiame skyriuje parodoma, kad viešosios įstaigos susiduria su rimtomis ir nuolat didėjančiomis finansinėmis problemomis bei nagrinėjami galimi jų sprendimo būdai.

Viešųjų ASPĮ finansinės problemos

Viešosios ASPĮ Lietuvoje susiduria su finansinėmis problemomis. 2025 m. pirmąjį pusmetį neigiamą finansinį rezultatą turėjo 36 proc. viešųjų ASPĮ – taigi kas trečia įstaiga dirba nuostolingai (žr. 21 pav.).

Vis daugiau ASPĮ grupių susiduria su finansiniais sunkumais, ypač jei vertiname I pusmečio duomenis³⁵. Labai sudėtinga padėtis yra dalyje universiteto ligoninių ir greitosios medicinos pagalbos tarnyboje (GMPT, anksčiau – GMPS), kuri nuostolius fiksuoja nuo 2023 m. I pusmečio iki pat 2025 m. I pusmečio. Tačiau padėtis sparčiai prastėja ir kitur. 2023 m. trečdalis regiono ligoninių dirbo nuostolingai, 2024 m. du trečdaliai, o 2025 m. jau 36%. Nuostolingai dirba didžioji dalis universiteto ligoninių, pusė respublikinių ir 42 proc. rajono ligoninių. Kiek geresnė situacija pastebima tik pirminės sveikatos priežiūros grandyje (poliklinikose, PSPC) bei slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, tačiau ir ten kas penkta baigia pusmečius nuostolingai.

21 pav. 2023-2025 m. pirmo pusmečio duomenimis nuostolingai dirbančių viešųjų ASPĮ dalis pagal ASPĮ grupes



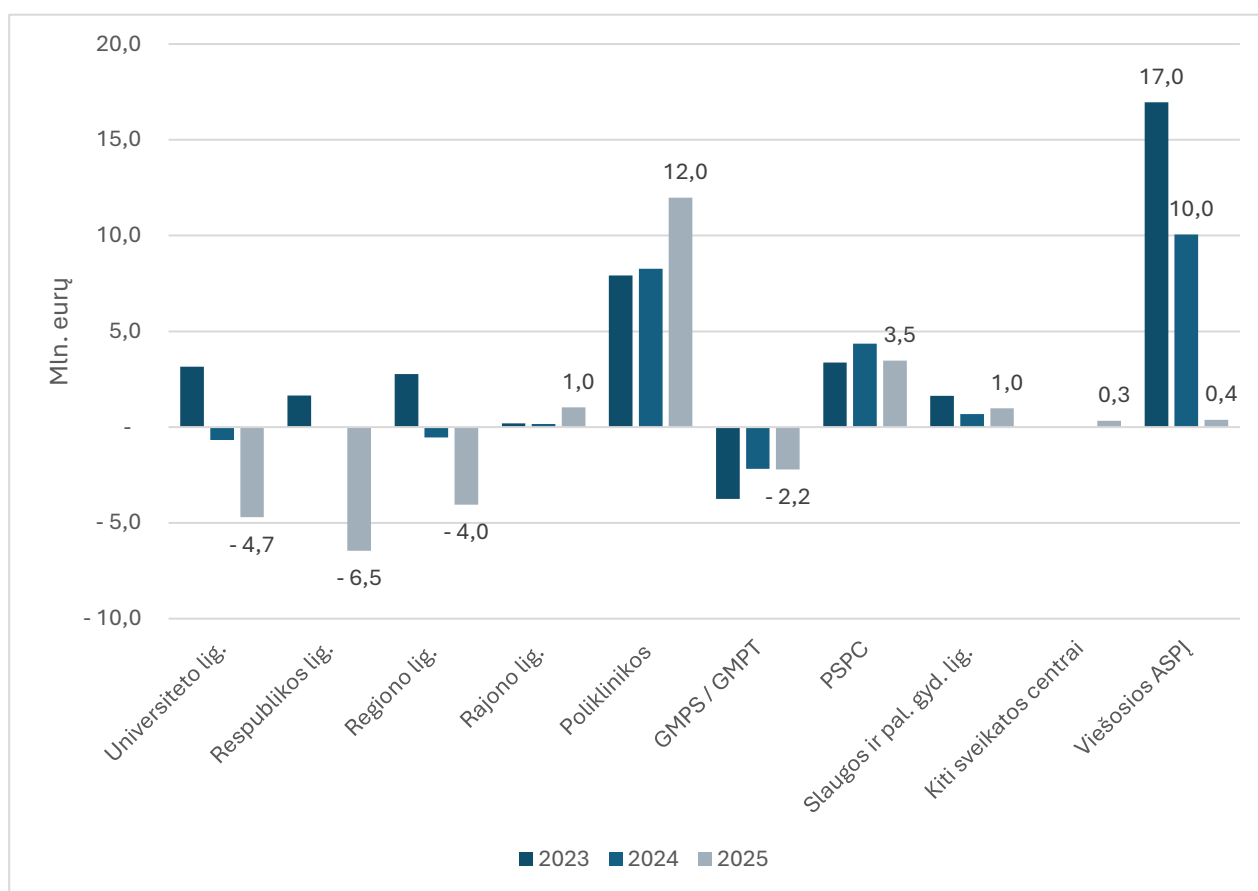
³⁵ I pusmečio duomenys yra greičiau prieinami, tačiau jie nėra pilni, nes neapima pajamų už suteiktas viršsutartines paslaugas, todėl išvados gali būti tik orientacinės.

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK.

Viešųjų ASPJ finansiniai rezultatai taip pat pastebimai blogėja. 2023 m. pirmąjį pusmetį visos viešosios ASPJ kartu uždirbo 17 mln. eurų pajamų po išlaidų, 2024 m. pirmąjį pusmetį jo sumažėjo iki 10 mln. eurų, o 2025 m. pirmąjį pusmetį iki 0,4 mln. (žr. 22 pav.).

Labiausiai suprastėjo ligoninių (universitetinių, respublikinių, regioninių ir rajoninių) pirmojo pusmečio finansiniai rodikliai: nuo 7,8 mln. eurų pajamų po išlaidų 2023 m. jie per dvejus metus nukrito ir nuostoliai viršijo pajamas 32 mln. eurai. Tais pačiais metais sumažėjo ir poliklinikų pajamos po išlaidų, o pirminės sveikatos priežiūros centrai (PSPC) jau dirbo nuostolingai.

22 pav. 2023-2025 m. pirmo pusmečio viešųjų ASPJ finansiniai rezultatai pagal ASPJ grupes, mln. eurų



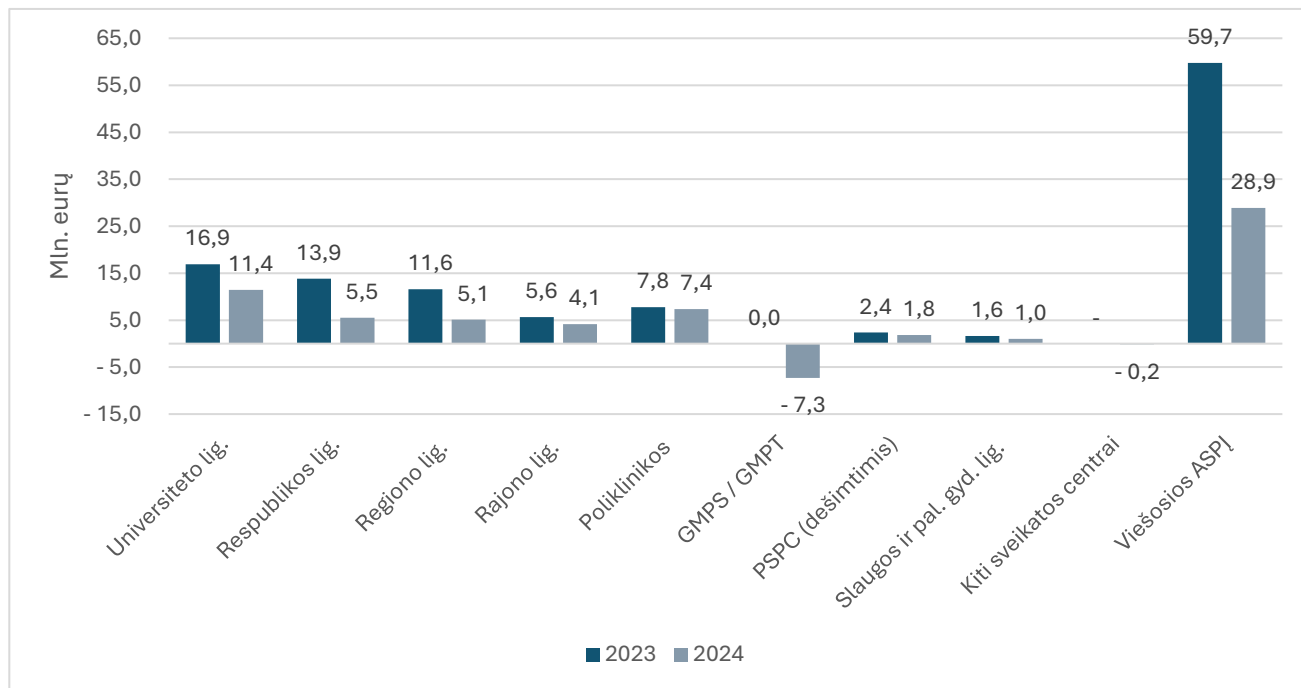
Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK.

Metiniai viešųjų ASPJ finansiniai rezultatai paprastai yra geresni nei pirmojo pusmečio (dalinai dėl to, kad apima pilnai apmokėtas viršplanines sutartis, kurių nebūtinai spėja įvertinti metų eigoje), tačiau bendra tendencija išlieka prastėjanti. Metiniai rezultatai yra geresni, nes už dalį SPP, teikiamų visus metus, VLK atsiskaito tik metų pabaigoje. Todėl tiek 2023 m., tiek 2024 m. dauguma viešųjų ASPJ dirbo pelningai, o nuostolingai veikė tik apie penktadalis įstaigų (23 pav. ir 24 pav.). Vis dėlto 2024 m. metiniai rezultatai buvo prastesni nei 2023 m.: jei 2023 m. nuostolingai dirbo 17 proc. viešųjų ASPJ, tai 2024 m. – jau 20 proc.

Ypač pablogėjo padėtis regionuose – 2023 m. nė viena regioninė ligoninė metų neužbaigė nuostolingai, o 2024 m. tokių buvo jau trys (27 proc. visų regioninių ligoninių). Rajoninės ligoninės taip pat dažniau fiksavo nuostolius (nuo 15 proc. iki 21 proc. visų rajoninių ligoninių)

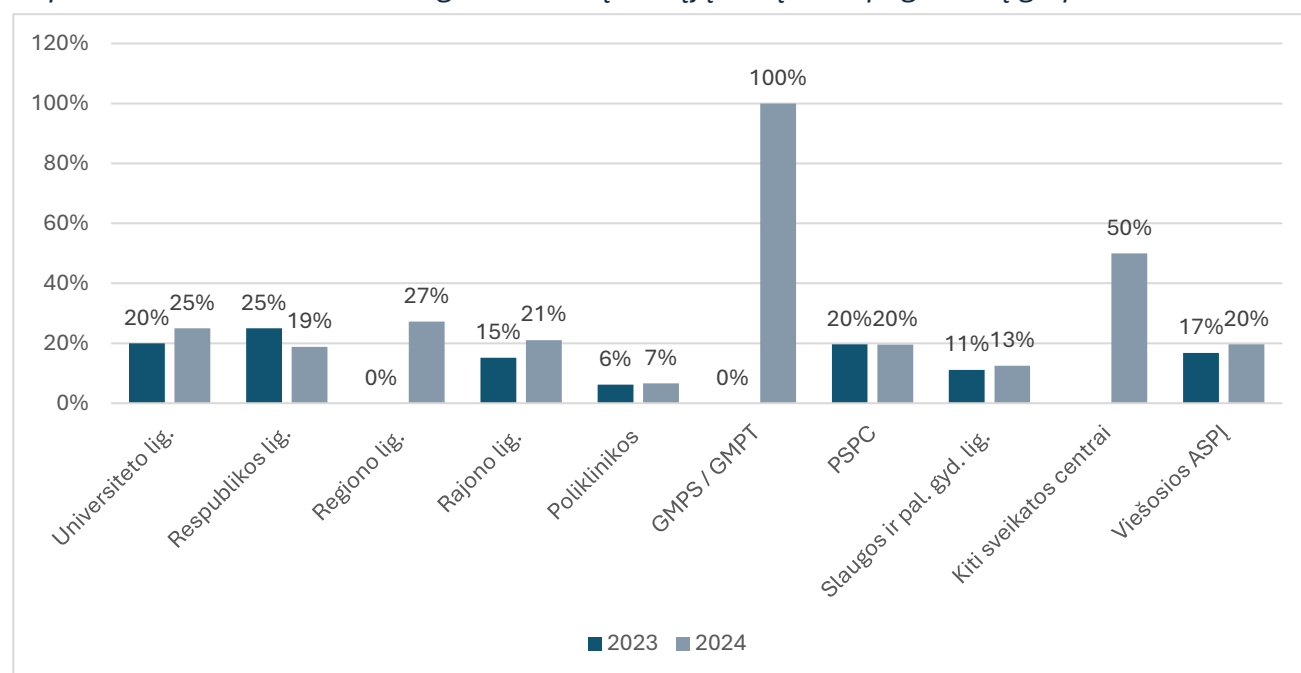
Bendras viešųjų ASPĮ pajamos po išlaidų sumažėjo daugiau nei perpus – nuo beveik 60 mln. eurų 2023 m. iki 29 mln. eurų 2024 m. Ypač reikšmingai krito universitetinių, respublikinių ir regioninių ligoninių pajamos po išlaidų, o GMPT 2024 m. patyrė 7 mln. eurų nuostolį.

23 pav. 2023-2024 m. viešųjų ASPĮ finansiniai rezultatai pagal ASPĮ grupes, mln. eurų



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK.

24 pav. 2023-2024 m. nuostolingai dirbančių viešųjų ASPĮ dalis pagal ASPĮ grupes



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK.

Tai, kad nuostoliai auga kelerius metus iš eilės, liudija, jog SPP paklausa gerokai viršija skiriamą finansavimą. Kadangi laukiančiųjų eilės tik ilgėja (žr. „Eilės Lietuvoje“), o gyventojų poreikis gauti SPP auga, SPP mažinti neplanuojama – todėl būtina didinti finansavimą.

Didėjantis nuostolingai dirbančių įstaigų skaičius taip pat atskleidžia, kad vien tik geresnė vadyba problemos neišspręs. Net ir patys geriausi vadybininkai vis dažniau nesugeba užtikrinti teigiamų finansinių rezultatų esant dabartinėms sąlygoms.

Viešųjų ASPJ finansinių problemų sprendimai

Viešųjų ASPJ finansiniai klausimai sprendžiami trimis kryptimis.

1. Didesnis viešasis finansavimas. Vienas svarbiausių sprendimų – didinti viešąjį finansavimą už suteiktas SPP (žr. skyrelį „Įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis“). Tai leistų viešosioms įstaigoms teikti daugiau SPP arba gauti didesnę įkainį už jau suteiktas SPP. Tokia priemonė reikšmingai pagerintų tiek viešųjų, tiek privačių ASPJ finansinius rezultatus.

2. Apmokėjimo už paslaugas reglamentavimo tobulinimas. Ši kryptis apima kelis aspektus:

- a) Panaikinama galimybė imti nepriimtinius mokėjimus (žr. skyrių „Priemokos ir kiti nepriimtini mokėjimai“). Tai sumažins nesąžiningos konkurencijos galimybes ir atlaisvins PSDF lėšas, kurios dažniau atiteks viešosioms ASPJ. Privačioms įstaigoms teks mažinti sąnaudas, o tai gali lemti mažesnius atlyginimus ir paskatas darbuotojams, todėl dalis jų gali pereiti į viešąjį sektorių.
- b) Tęsiama įkainių peržiūra. Kai kurių SPP (pvz., dienos chirurgijos) atskirais atvejais įkainių lygis galimai viršija faktines paslaugų teikimo sąnaudas, o kitų paslaugų įkainiai yra per dideli, kitų (pvz., trečio lygio SPP) priešingai, galimai esami įkainiai nepadengia faktinių paslaugų teikimo sąnaudų. Kadangi trečiojo lygio SPP teikia tik viešosios ASPJ, šioms įstaigoms numatomas didesnis finansavimas.
- c) Tikslinamos indikacijos, pagal kurias VLK atsiskaito už SPP. Aiškesni kriterijai sumažins piktnaudžiavimo galimybes, kurios dažniau būdingos privačiam sektoriui, tad pokyčiai bus palankesni viešosioms ASPJ.
- d) Išliks ribotas apmokėjimas paslaugoms, kurių ASPJ suteikia daugiau nei numatyta sutartyse su VLK, tačiau viršsutartinių paslaugų apmokėjimą numatoma tobulinti.

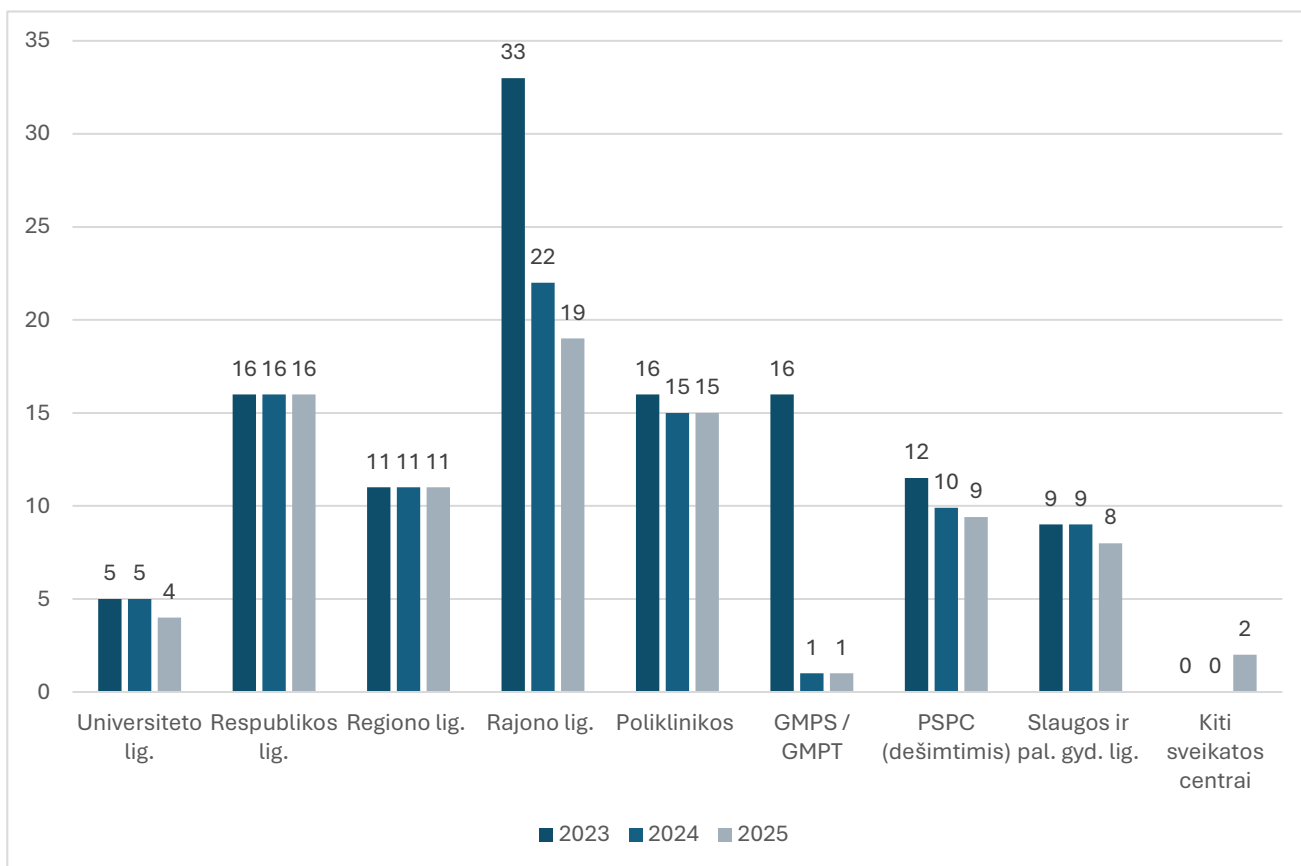
3. Papildomos viešojo sektoriaus stiprinimo priemonės. Pirmosios dvi priemonės, jei bus įgyvendintos, turėtų ženkliai pagerinti viešųjų ASPJ finansinę būklę. Tačiau tam tikrais atvejais reikia svarstyti ir apie papildomas viešojo sektoriaus stiprinimo priemones:

- a) Prioritetas viešosioms ASPJ sudarant sutartis su VLK. Sutartys pirmiausia galėtų būti siūlomos viešosioms įstaigoms, o tik vėliau privačiosioms. Tai galima pagrįsti strateginiais,

teoriniais ir praktiniais argumentais (žr. Intarpas A), ypač kalbant apie sudėtingiausių – trečio lygio – ir dalies antrojo lygio SPP teikimą;

- b) biudžetinis (infrastruktūrinis) finansavimas. Tokia priemonė užtikrintų fiksuotą pajamų sumą nepriklausomai nuo faktiškai suteiktų SPP. Tai gali būti naudinga užtikrinant SPP prieinamumą atokiose vietovėse, tačiau neskatina efektyvumo, todėl turėtų būti taikoma tik išimtiniais atvejais;
- c) ASPJ tinklo optimizavimas ir modernizavimas. Nors Lietuvoje nuo 2023 m. įstaigų skaičius mažėjo (pvz., reorganizuotos 14 rajoninių ligoninių, 21 PSCP, atskiros įstaigos sujungtos į GMPT) (žr. 25 pav.), įstaigų su neigiamu finansiniu rezultatu (pvz., rajono ligoniu) nesumažėjo. Tikėtasi, kad reorganizavus dalį įstaigų likusios dirbs efektyviau, tačiau pacientų eilės ilgėjo, pajamos mažėjo, o gyventojų nepasitenkinimas augo. GMPT iki šiol bando prisitaikyti prie naujo veiklos modelio, tačiau kol kas didesnio efektyvumo pasiekti dar nepavyko. Tai rodo, kad vien tinklo pertvarka (optimizavimas) neįgyvendinant kitų priemonių pasiekti norimo rezultato (tai yra, kad įstaigos dirbtų nuostolingai) nepavyks.

25 pav. Viešųjų ASPJ skaičius (pirmojo pusmečio duomenys)



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija.

Apibendrinimas

Lietuvos sveikatos sistema susiduria su rimtais iššūkiais – šalies sveikatos rodikliai išlieka santykinai prasti, eilės pas gydytojus ilgėja, o viešosios sveikatos įstaigos vis dažniau metus baigia nuostolingai ir vis sunkiau pritraukia gydytojų.

Vertinant iš galimybių perspektyvos - Lietuvos ekonomika auga, todėl sveikatos apsaugai galima skirti vis daugiau išteklių, o stiprus sveikatos sektorius pats gali prisidėti prie spartesnio šalies ekonomikos augimo.

Norint sustiprinti Lietuvos sveikatos sistemą, būtina imtis įvairių priemonių – nuo didesnio viso sektoriaus finansavimo iki geresnės vadybos ir pažangių technologijų diegimo konkrečiose įstaigose.

Šiose gairėse daugiausia dėmesio skiriama trimis kryptims, kurios ypač svarbios viešajam sveikatos sektoriui:

- priemokų ir kitų neoficialių mokėjimų panaikinimui bei aiškiam papildomų mokėjimų reglamentavimui;
- įmokų didinimui už valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu apdraustus asmenis;
- viešojo sektoriaus stiprinimui, keičiant VLK sutarčių sudarymo tvarką.

Įgyvendinus šiuos siūlymus būtų sudarytos prielaidos prisidėti prie geresnių sveikatos ir ekonomikos rodiklių. Suprantama, rezultatas priklausys ne tik nuo papildomų lėšų, bet ir efektyvaus jų panaudojimo ir rezultatai nebūtinai bus pasiekti iš karto. Todėl dokumente pateiktus įverčius reikia vertinti kritiškai.

Įgyvendinus siūlomas priemones:

- būtų sudarytos prielaidos iki 2028 m. imtinai išgelbėti apie 5 142 gyvybes ir vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę pailginti apie 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.

Priedas A – papildomos lentelės

Priedo A 1 lentelė. Gyvenimo trukmė ir realios pajamos.

Šalies kodas	Metai	Gyvenimo trukmė	Realios pajamos
ZAF	2023	66,1	13745
IDN	2022	70,9	12765
IND	2022	71,7	8292
BRA	2021	73	16500
MEX	2024	75,5	21754
LVA	2023	75,6	37033
BGR	2023	75,8	31783
ARG	2022	75,8	25431
ROU	2023	76,4	39045
HUN	2023	76,7	39770
TUR	2022	77,3	33096
COL	2024	77,5	18573
LTU	2023	77,6	44200
CHN	2023	78	21488
SVK	2023	78,2	38327
USA	2023	78,4	70850
POL	2023	78,4	41719

HRV	2023	78,6	39166
EST	2023	79,1	41164
CZE	2023	79,9	47202
GBR	2023	81	53712
CRI	2023	81	25089
DEU	2023	81,1	60524
CHL	2024	81,6	28684
FIN	2023	81,6	54154
CAN	2023	81,7	51667
DNK	2023	81,8	66136
GRC	2023	81,8	35219
NLD	2023	81,9	67747
AUT	2023	81,9	62452
NZL	2023	82	48605
SVN	2023	82	47070
ISL	2023	82,4	65156
PRT	2023	82,5	40572
BEL	2023	82,5	61601
IRL	2023	82,9	113236
AUS	2023	83	59808

FRA	2023	83	54485
NOR	2023	83,1	70215
SWE	2023	83,4	59613
LUX	2023	83,4	121033
ITA	2023	83,5	51495
KOR	2023	83,5	52303
ISR	2023	83,8	45373
ESP	2023	84	44774
JPN	2023	84,1	45314
CHE	2023	84,3	77459

Priedo A 2 lentelė. Sveikatos išlaidos pagal teikėjus ir koreliacija su išvengiamu mirtingumu

Teikėjai	Viešasis finansavimas	Privatusis finansavimas	Labiau koreliuoja su tinkamu gydymu išvengiamu mirtingumu	Labiau koreliuoja su prevencinėmis priemonėmis išvengiamu mirtingumu
Ligoninės	2,21	0,16	Taip	Ne
Stacionarios ilgalaikės priežiūros įstaigos	0,10	0,05	Taip	Taip
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (be odontologų kabinetų)	1,17	0,38	Taip	Taip
Odontologų kabinetai	0,00	0,64	Ne	Ne

Pagalbinių paslaugų teikėjai	0,16	0,03	Ne	Ne
Mažmeninės prekybos įmonės ir kiti medicinos prekių teikėjai	0,81	1,08	Ne	Ne
Prevencijos paslaugų teikėjai	0,08	0,00	Taip	Taip
Sveikatos priežiūros sistemos administravimo ir finansavimo paslaugų teikėjai	0,08	0,00	Taip	Ne
Kiti ekonomikos sektoriai*	0,29	0,01	Taip	Ne
Likusio pasaulio sektorius	0,03	0,00	Ne	Ne
Iš viso:	4,93	2,33	3,93	1,35

Šaltiniai: Valstybės duomenų agentūra ir Sveikatos apsaugos ministerija.

*labiausiai namų ūkiai, kurie teikia ir sveikatos paslaugas, nors jų pagrindinė veikla nėra sveikata (pvz., slaugos paslaugos suteikiamos namuose).

	2015	2020	2024
Kokia dalis yra privačių vaistinių	100	100	100
Kokia dalis privačiai teikiama odontologų paslaugų	30,1	34,6	40,6
Kokia dalis iš viso ambulatorinių paslaugų (tarp jų pirminės ambulatorinės, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos) yra privačios	17,9	23,7	25,0

iš jų: kokia dalis dienos paslaugų (tarp jų dienos stacionaro ir dienos chirurgijos) yra privačios	9,7	16,7	20,2
Kokia dalis ne dienos stacionaro paslaugų (stacionarinių asmens sveikatos priežiūros) yra privačios	0,3	0,3	0,5

Priedo A 3 lentelė. Privačių paslaugų teikėjų arba jų teikiamų paslaugų dalis, procentais

Šaltinis: VLK.

Priedo A 4 lentelė. Dalis gyventojų, kurie spėja patekti pas šeimos gydytojus per savaitę pagal viešąją įstaigą

VšĮ	Gyventojų dalis, kuriems reikia laukti iki savaitės (proc.)	Registruotų vizitų per IPR dalis nuo visų vizitų (proc.)	Per IPR registruotų vizitų skaičius (asmenys)
VšĮ Pagėgių PSPC	100	97	3 549
VšĮ Kidulių ambulatorija	100	34	1 401
VšĮ Šaukėnų ambulatorija	100	93	3 271
VšĮ Tytuvėnų PSPC	100	86	9 919
Kretingos raj. sav. VšĮ Kartenos PSPC	100	25	2 562
VšĮ Kudirkos Naumiesčio PSPC	100	49	3 736
VšĮ Balbieriškio PSPC	99	90	3 878
VšĮ Ignalinos raj. sav. SC	98	63	585
VšĮ Sedos PSPC	98	27	1 087
VšĮ Kruopių ambulatorija	98	101	2 701
Klaipėdos raj. sav. Priekulės PSPC	96	67	9 659
VšĮ Alytaus poliklinika	95	68	526
VšĮ Mosėdžio PSPC	94	18	2 912
VšĮ Lazdijų raj. sav. SC	94	90	6 205
VšĮ Eišiškių ASPC	94	84	1 379

VšĮ Rietavo PSPC	93	55	3 698
Šimkaičių ambulatorija VšĮ	93	28	1 774
VšĮ Vilkaviškio PSPC	91	65	17 405
VšĮ Neringos PSPC	88	93	4 138
VšĮ Biržų raj. sav. poliklinika	86	70	654
VšĮ Vilnelės šeimos klinika	86	21	336
VšĮ Jiezo PSPC	86	42	3 175
VšĮ Balsių šeimos medicinos centras	85	0	5 866
VšĮ Mažeikių senamiesčio PSPC	82	43	5 806
VšĮ Kazlų Rūdos PSPC	82	98	16 596
VšĮ Jonavos PSPC	81	104	475
Kretingos raj. sav. VšĮ Salantų PSPC	81	2	311
VšĮ Prienų raj. PSPC	81	49	7 416
VšĮ Pakaunės PSPC	80	74	19 828
VšĮ Garliavos PSPC	80	86	37 637
VšĮ Raseinių PSPC	79	111	35 254
VšĮ Šakių pirminės ASPC	78	29	9 048
VšĮ Šilalės PSPC	75	27	4 428
VšĮ Druskininkų PSPC	75	70	40 153

VšĮ Joniškio PSPC	73	27	11 587
VšĮ Kelmės raj. PSPC	71	107	17 216
VšĮ Jurbarko raj. PSPC	70	11	3 272
VšĮ Kalvarijos sav. SC	70	93	6 957
VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė-SC	68	60	4 988
VšĮ Alytaus raj. sav. PSPC	67	93	8 104
Klaipėdos raj. sav. SC	67	46	32 741
VšĮ Kaišiadorių raj. sav. SC	67	17	9 621
VšĮ Vilkijos PSPC	66	73	4 077
VšĮ Švenčionių raj. SC	66	37	21 225
VšĮ Trakų PSPC	65	64	14 319
VšĮ Molėtų raj. SC	64	105	40 078
VšĮ Elektrėnų sav. SC	64	37	18 222
VšĮ Naujosios Vilnios poliklinika	64	70	55 263
VšĮ Šiaulių centro poliklinika	63	80	80 482
Darbėnų ambulatorija	62	0	472
Vilniaus raj. Nemenčinės poliklinika VšĮ	62	71	21 951
VšĮ Baisogalos PSPC	61	39	5 728
VšĮ Kupiškio raj. sav. pirminės ASPC	61	63	14 404

VšĮ Šiaulių raj. sav. SC	59	3	1 233
VšĮ Antakalnio poliklinika	59	81	236 442
VšĮ Utenos PSPC	58	40	45 881
VšĮ Lentvario ambulatorija	58	82	16 122
VšĮ Vilniaus raj. poliklinika	57	66	95 560
VšĮ Radviliškio raj. PSPC	57	51	16 358
VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika	57	52	28 987
VšĮ Rokiškio PASPC	56	81	11 087
VšĮ Kelmės raj. bendrosios praktikos gydytojų centras	55	60	2 985
VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras	55	66	52 344
VšĮ Ariogalos PSPC	54	70	8 897
VšĮ Trakų raj. SC	53	37	2 644
Skuodo PSPC	52	21	7 284
VšĮ Šeduvos PSPC	49	35	7 636
VšĮ Alytaus miesto sav. PSPC	48	5	666
VšĮ Širvintų raj. sav. SC	47	83	15 158
VšĮ Kėdainių PSPC	46	105	39 517
VšĮ Auki sveikas	46	15	4 965
VšĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centras	46	36	6 284

Pakruojo SC	45	18	8 306
Telšių raj. PSPC	43	5	4 227
VšĮ Birštono PSPC	43	14	811
VšĮ KLAIPĖDOS SENAMIESČIO PSPC	43	36	8 829
Zarasų raj. sav. VšĮ SC	42	34	13 382
VšĮ Anykščių raj. sav. PSPC	42	53	23 250
VšĮ Karoliniškių poliklinika	41	75	41 672
VšĮ Marijampolės PSPC	41	53	5 558
VšĮ Varėnos SC	41	75	10 621
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	40	41	15 038
VšĮ Šilutės PSPC	40	22	2 704
VšĮ Šeškinės poliklinika	38	74	132 927
VšĮ Visagino PSPC	37	55	2 804
VšĮ Ukmergės PSPC	36	50	304
VšĮ Centro poliklinika	36	75	142 399
VšĮ Panevėžio miesto poliklinika	35	48	43 386
VšĮ Panevėžio raj. sav. poliklinika	34	11	11 139

Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Medicinos centras	31	75	6 641
VšĮ Kauno miesto poliklinika	31	69	225 125
Kretingos raj. sav. VšĮ Kretingos PSPC	23	3	1 566
VšĮ Tauragės raj. PSPC	20	94	10 424
VšĮ Dainų PSPC	18	61	12 246
VšĮ Šilalės raj. sav. SC	15	8	465
VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	13	76	17 803
Respublikos gatvės šeimos klinika VšĮ	6	6	701

Šaltinis: IPR sistemos ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Priedo A 5 lentelė. Pacientų laukimo laikas pas gydytojus specialistus 2025 m. (birželio mėn.) paskutinių trijų mėnesių IPR duomenys

	vizitų sk.	0–30	31–60	61	vėlavo	Patenka į savivaldybės bazinį paslaugos paketą pagal Sveikatos centrą (V-589) +/-
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas	103 269	60,9 %	28,6 %	10,5 %	40 378	+
Gydytojas oftalmologas	105 899	64,4 %	23,7 %	11,8 %	37 700	+
Gydytojas kardiologas	78 677	60,8 %	24,5 %	14,7 %	30 841	+
Gydytojas endokrinologas	75 028	60,2 %	29,2 %	10,6 %	29 861	+

Gydytojas neurologas	97 234	72,8 %	20,0 %	7,2 %	26 448	+
Gydytojas radiologas	198 191	87,7 %	5,4 %	6,9 %	24 377	+
Gydytojas ortopedas traumatologas	111 030	79,5 %	17,8 %	2,7 %	22 761	-
Gydytojas dermatovenerologas	56 536	61,0%	25,9%	13,1%	22 049	-
Gydytojas akušeris ginekologas	103 310	82,0%	15,0%	3,0%	18 596	+
Gydytojas, turintis teisę verstis echoskopijos siaura medicinos praktika	77 641	81,1 %	16,1 %	2,9 %	14 674	+
Gydytojas gastroenterologas	30 407	55,6 %	33,7 %	10,7 %	13 501	-
Gydytojas urologas	50 773	74,3 %	21,3 %	4,4 %	13 049	-
Gydytojas otorinolaringologas	90 459	89,4 %	9,1 %	1,5 %	9 589	+
Gydytojas reumatologas	27 952	66,0 %	23,4 %	10,6 %	9 504	-
Iš viso:	1 206 406	74,0 %	18,6 %	7,4 %	313 328	
<i>Iš viso su laukiančiųjų eile (preliminariai):</i>	1 567 436	57,0 %			674 357	

Šaltinis: Švieslentė ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Priedo A 6 lentelė. Alternatyvūs skaičiavimai: įstatymo poveikis ASPĮ pajamoms

	Maža priemokos dalis nuo paslaugos kainos		Didelė priemokos dalis nuo paslaugos kainos		Iš viso
Pajamų šaltinis	PSDF	Priemoka	PSDF	Priemoka	
Pajamos (mln. eurų)	92	23	61	123	

Priemokas imančiosios ASPĮ elgsena	Nebeteikia paslaugų	Teikia tik VLK apmokamas paslaugas	Teikia mokamas paslaugas (nekelia kainos)	Teikia mokamas paslaugas (kelia kainą)	
Procentas paveiktų imančių ASPĮ įstaigų	30 %	70 %	60 %	40 %	
Poveikis priemokas imančių įstaigų pajamoms (mln. eurų)	-35	-16	-37	-15	-102
Poveikis priemokų neimančių įstaigų pajamoms	28	-	37	25	89
Poveikis pacientų pajamoms	7	16	-	5	28

Priedo A 7 lentelė. Alternatyvūs skaičiavimai: poveikis priemokas imančių įstaigų paslaugoms

	Maža priemokos dalis nuo paslaugos kainos		Didelė priemokos dalis nuo paslaugos kainos		Iš viso
Pajamų šaltinis	PSDF	Priemoka	PSDF	Priemoka	
Pajamos (mln. eurų)	92	23	61	123	
Priemokas imančiosios ASPĮ elgsena	Nebeteikia paslaugų	Teikia tik VLK apmokamas paslaugas	Teikia mokamas paslaugas (nekelia kainos)	Teikia mokamas paslaugas (kelia kainą)	
Procentas paveiktų imančių ASPĮ įstaigų	30 %	70 %	60 %	40 %	

Poveikis priemokas imančių įstaigų paslaugoms (%)	-30 %	-14 % (ilgalaikis)	-12 % (ilgalaikis)	-8 %	-29 %
Poveikis priemokų neimančių įstaigų paslaugoms (%)	12 %	6 % (ilgalaikis)	11 % (ilgalaikis)	7 %	18 %

Priedas B - Modeliuojama suma už apdraustuosius valstybės lėšomis

Siekiant įvertinti, kokia apimtimi turėtų didėti viešosios išlaidos sveikatos priežiūrai (siekiant jas priartinti prie ES šalių tendencijų) iki 2028 m., pirmiausia buvo įvertintas prognozuojamas nacionalinio biudžeto išlaidų sveikatos apsaugai dydis esamo teisinio reguliavimo sąlygomis. Prognozuojama, kad 2028 m. NB išlaidos sveikatai sudarys apie 5,4 mlrd. eurų.

Ši suma susideda iš penkių komponentų (žr. priedo B 1 lentelę):

- VB įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- VB asignavimai sveikatai, atskaičius draudžiamų valstybės biudžeto lėšomis įmokas ir asignavimus į Privalomojo sveikatos draudimo fondą (PSDF);
- savivaldybių biudžeto (SB) lėšos;
- PSDF lėšos (be VB įmokų už apdraustuosius);
- konsolidavimo paklaidos.

Priedo B 1 lentelė. Faktinės ir prognozuojamos NB lėšos sveikatai, mln. eurų

	NB (konsoliduotas)	VB įmokos už apdraustuosius draudžiamus valstybės lėšomis	VB, atskaičius įmokas ir asignavimus į PSDF	SB	PSDF be VB įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	Konsolidavi mo paklaida (proc.)
2019	2 173	562	189	57	1 407	2,0%
2020	2 632	650	378	75	1 590	2,3%

2021	2 940	700	461	109	1 758	3,0%
2022	3 304	773	468	74	2 035	1,4%
2023	3 637	784	279	85	2 523	0,9%
2024	3 972	899	299	101	2 720	1,1%
2025	4 742	1 019	503	146	3 020	1,1%
2026	4 890	1 094	401	161	3 179	1,1%
2027	5 097	1 225	297	174	3 344	1,1%
2028	5 364	1 305	297	188	3 514	1,1%

Šaltiniai: [0. 2025-2027 KV VB SB+faktas asignavimu struktura ir grafikai](#) , [0. 2025-2027 KV VB SB+faktas asignavimu struktura ir grafikai](#) , [XV-89 Lietuvos Respublikos 2025–2027 metų biudžeto patvirtinimo įstatymas](#), [Qlik Sense](#), [Privalomojo sveikatos draudimo fondas - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos](#) ir Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Kadangi didžioji dalis VB lėšų sveikatai yra skiriamos į PSDF (įmokos už apdraustuosius ir asignavimai), konsoliduojant NB šias sumas būtina įtraukti tik vieną kartą — jas reikia eliminuoti arba iš PSDF, arba iš VB duomenų³⁶.

Prognozuojant NB išlaidas iki 2028 m., kiekviena komponentė yra vertinama atskirai:

- VB įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis – paskaičiuotos remiantis priedo B 2 lentele.
- VB, atskaičius įmokas ir asignavimus į PSDF – remiasi ligonių kasų duomenimis;
- SB – duomenys iki 2027 m. imtinai imti iš Finansų ministerijos plano³⁷, daroma prielaida, kad 2028 m. ši suma padidės tokiu pačiu tempu, kaip ir 2027 m.
- PSDF be VB įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis – iš 2025–2027 metų biudžeto patvirtinimo įstatymo PSDF sumos atimtos įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis. Taip pat daroma prielaida, kad 2028 m. šis rodiklis padidės tokiu pačiu tempu, kaip ir 2027 m.
- Konsolidavimo paklaida (proc.) – įrašoma 2024 m. reikšmė.

³⁶ Sudėjus visas penkias komponentes, bendra suma šiek tiek viršija NB (apie 1 %), nes tarp šių srautų egzistuoja tam tikras persidengimas. Todėl iš sumos atimama konsolidavimo paklaida.

³⁷ Finansų ministerija (2025) Valstybės biudžeto asignavimai pagal valstybės funkcijas ([nuoroda](#))

Priedo B 2 lentelė. Faktinės ir prognozuojamos sumos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

Metai	MMA	Sodros VDU	Apdraustųjų, draudžiamų valstybės lėšomis skaičius, tūkst.	Už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, įmoka eurai	Už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, įmokų suma mln. eurų
	1	2	3	4	5=4*3/1000
2017	380	741,2			
2018	400	808,7			
2019	555	1 136,20	1 506,6	373,1	562,1
2020	607	1 241,40	1 484,1	438,0	650,1
2021	642	1 352,70	1 506,4	464,9	700,3
2022	730	1 504,10	1 519,6	508,4	772,6
2023	840	1 684,90	1 457,1	537,7	783,5
2024	924	1 902,70	1 469,5	611,4	898,5
2025	1038	2 108,88	1 447,9	703,6	1 018,7
2026	1109	2 305,01	1 413,9	773,9	1 094,2
2027		2 480,19	1 409,5	869,4	1 225,4
2028			1 404,6	928,9	1 304,7

Pastaba: daroma prielaida, kad 2026 m. MMA padidės vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio tempu, [ERS aprašymas 2025 kovas skelbimui.pdf](#). Sodros VDU augs užpraėtų ir praėjusių metų Finansų ministerijos skelbiamo VDU augimo vidurkio tempu (Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 2 straipsnio 16 dalis).

Lyginant modeliuojamas NB išlaidas sveikatos priežiūrai su prognozuojamomis matyti, kad kasmet iš NB bus skiriama vis mažiau lėšų nei reikėtų pagal modelio prognozes.

Pavyzdys

2025 m. lėšų trūkumas sieks apie 114 mln. eurų, 2026 m. – 557 mln. eurų, 2027 m. – 998 mln. eurų, o 2028 m. – apie 1,4 mlrd. eurų (žr. priedo B 3 lentelę). Tai reiškia, kad, nepadarius pakeitimų, valstybės indėlis į sveikatos sistemą bus per mažas.

Priedo B 3 lentelė. Modeliuojamų ir prognozuojamų NB išlaidų sveikatai skirtumas, kurį spręsti siūloma didinant sumą už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

	Modelio rezultatai: NB (SHA)	NB (konsoliduotas) prognozuojamos išlaidos sveikatai	Trūkumas mln. eurų	Prognozuojama suma už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, mln. eurų (pagal esamą reglamentavimą)	Reikalinga suma už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, mln. eurų (pagal modeliavimo rezultatus)
	1	2	3=1-2	4	5=3+4
2025	4 855,8	4 741,7	114,1	1 018,7	1 132,8
2026	5 447,2	4 890,1	557,1	1 094,2	1 651,3
2027	6 095,2	5 097,2	998,0	1 225,4	2 223,4
2028	6 802,5	5 363,7	1 438,8	1 304,7	2 743,5

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

Siekiant padidinti įmoką už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, galima keisti tarifą, bazę arba koeficientą. Dėl nuoseklumo su kitomis PSD įstatymo dalimis, rekomenduojama nekeisti tarifo. Vienas iš variantų – pakeisti bazę, t. y., taikyti tarifą (6,98 proc.) ne nuo užpraėjusių metų 12 MMA, o nuo praėjusių metų 12 vidutinio šalies darbo užmokesčio (VDU), kuris naudojamas apdraustųjų asmenų valstybinio socialinio draudimo įmokų bazei skaičiuoti. Tokiu atveju tikėtina, kad NB išlaidos sveikatos priežiūrai 2028 m. prilygtų modeliuotoms, tačiau ankstesniais metais susidarytų perteklinis finansavimas (žr. priedo B4 lentelės antrą ir trečią stulpelius).

Siekiant nuosaikesnio VB, siūloma įvesti koeficientus. Tikslus poreikis paskaičiuojamas su neapvalintais koeficientais, tačiau galutinis poreikis nustatomas su apvalintais koeficientais: 2026 m. praeitų metų VDU padauginti iš 0,7, 2027 m. iš 0,85, o 2028 m. iš 1.

Priedo B 4 lentelė. Įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, skaičiuojamos pagal modeliavimo rezultatus ir prognozuojamos pagal siūlomą reglamentavimą

Metai	Reikalinga suma už apdraustusius, draudžiamus valstybės lėšomis, mln. eurų (pagal modeliavimo rezultatus)	Suma už apdraustusius valstybės lėšomis, įmoką skaičiuojant nuo VDU, mln. eurų	Neapvalinti koeficientai	Koeficientai	Suma už apdraustusius valstybės lėšomis, įmoką skaičiuojant pagal siūlomą SDĮ pakeitimą, mln. eurų
1	2	3	4	5	6=3*5
2025	1 132,8	2 307,4			
2026	1 651,3	2 497,4	0,66	0,7	1 748,2
2027	2 223,4	2 721,3	0,82	0,85	2 313,1
2028	2 743,5	2 917,9	0,94	1	2 917,9

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.