



Vadybos ir
ekonomikos
universitetas

CLARIA
STRATEGY PARTNERS

Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo studija

Rengėjai:

ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas,
Europinė strateginių konsultacijų įmonė „Claria Strategy Partners“

Užsakovas:

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija



2025 m.

Preambulė

Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **SAM**) siūlomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo studiją (toliau – **Studija**) atliko ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas ir Europinė strateginių konsultacijų įmonė „Claria Strategy Partners“ (toliau – **Studijos rengėjai**) Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos užsakymu. Vadovaudamasi aukštais veiklos ir etikos standartais, Studijos rengėjai įsipareigojo atlikti objektyvų ir nešališką SAM siūlomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą. Studija grindžiama viešai prieinamais antriniais duomenimis bei kompetentingų valstybės institucijų, atsakingų už duomenų rinkimą, pateikta informacija. Pažymėtina, kad Studijos rengėjai neturėjo galimybės patikrinti antrinių duomenų patikimumo ir gauti visų reikiamų duomenų. Studijos tikslas – įvertinti SAM siūlomo teisinio reguliavimo poveikį sveikatos priežiūros sistemai (toliau – SPS) ir jos pagrindiniams dalyviams, skatinant ir plėtojant įrodymais grįstą viešąjį valdymą ir diskusiją svarbiais valstybei ir jos piliečiams klausimais sveikatos priežiūros sistemoje. Pateikiama Studijos pirmoji redakcija, parengta per santykinai trumpą laiką, siekiant pateikti SAM inicijuojamų sisteminių teisės aktų (Sveikatos sistemos, Sveikatos priežiūros įstaigų, Sveikatos draudimo įstatymų, Sveikatos apsaugos ministro įsakymo) poveikio vertinimą iki šių teisės aktų priėmimo. Atsiradus galimybei gauti papildomus ar atnaujintus statistinius duomenis, Studija galės būti papildyta ar patikslinta.

Turinys

Santrumpos **5**

Įvadas **6**

Santrauka **8**

1. Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus kontekstas **10**

1.1. Struktūrinė-istorinė apžvalga **12**

1.2. Sveikatos priežiūros sistemos ištekliai **14**

1.2.1. Žmogiškieji ištekliai **14**

1.2.2. Finansiniai ištekliai **14**

1.2.3. Infrastruktūra **16**

2. Sveikatos priežiūros rezultatai ir iššūkiai **17**

2.1. Demografinė situacija ir rezultatai **19**

2.2. Sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniai iššūkiai **20**

2.2.1. Prastas medicinos paslaugų prieinamumas ir medikų trūkumas **20**

2.2.2. Didelės gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatai **23**

3. Siūlomi pakeitimai **26**

3.1. Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomos intervencijos **29**

3.2. Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomų intervencijų poveikis **30**

3.2.1. Privačių medicinos įstaigų „išstingimas“, medikų trūkumas ir pacientų eilės **30**

3.2.2. Tiesioginių mokėjimų už medicinos paslaugas draudimas visų tiesioginių išlaidų sveikatai kontekste **37**

4. Intervencijų poveikio vertinimas **39**

4.1. Suinteresuotosios grupės ir jų trilema **42**

4.2. Poveikis pacientams **43**

4.2.1. Neigiamas poveikis sveikatos priežiūrai **43**

4.2.2. Eilių sveikatos priežiūros paslaugoms didėjimas **45**

4.2.3. Sveikatos priežiūros kokybės pablogėjimas **46**

4.3. Poveikis medikams **48**

4.3.1. Atlyginimų sumažėjimas **48**

4.3.2. Darbo sąlygų pablogėjimas ir šešėlio išplitimas **48**

4.3.3. Emigracijos didėjimas **49**

4.4. Poveikis finansuotojams (viešiesiems finansams) **51**

4.4.1. Papildomų investicijų poreikis **51**

4.4.2. Papildomo, ne iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, finansavimo poreikis **51**

Turinys

4.4.3. Nekilnojamojo turto subsidijos	<u>52</u>
4.4.4. Darbo užmokesčio paritetas	<u>53</u>
4.4.5. Biudžeto pajamų praradimas.	<u>53</u>
4.4.6. Korupcijos ir šešėlio išplitimo rizika.	<u>56</u>
5. Rekomendacijos	<u>58</u>
5.1. Vertės kūrimu grįsta sveikatos priežiūra.	<u>60</u>
5.2. Alternatyvūs siūlymai	<u>61</u>
5.2.1. Pacientų perspektyva.	<u>61</u>
5.2.2. Finansuotojų perspektyva.	<u>64</u>
5.2.3. Teikėjų perspektyva.	<u>65</u>
6. Išvados	<u>68</u>
Šaltiniai	<u>73</u>

Santrumpos

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga (-os)

ASPP – asmens sveikatos priežiūros paslaugos

CAPEX – kapitalo išlaidos (angl. Capital Expenditure)

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. OECD)

EK – Europos Komisija

ES – Europos Sąjunga

KPI – Pagrindiniai veiklos rodikliai (angl. Key Performance Indicators)

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LRS – Lietuvos Respublikos Seimas

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

NHS – Jungtinės Karalystės nacionalinė sveikatos tarnyba (angl. National Health Service)

OOP – savos gyventojų išlaidos sveikatai (angl. Out-of-Pocket)

OPEX – veiklos sąnaudos (angl. Operating Expenditure)

P4P – mokėjimas už veiklos rezultatus (angl. Pay-for-Performance)

PSD – Privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SP – sveikatos priežiūra

SPP – sveikatos priežiūros paslaugos

SPS – sveikatos priežiūros sistema, sveikatos priežiūros sektorius

STT – Specialiųjų tyrimų tarnyba

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VASPV – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos

VBHC – vertės kūrimu grįžta sveikatos apsauga (angl. Value-Based Health Care)

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Ivadas

Studijoje vertinamas SAM siūlomų sisteminio teisės aktų (Sveikatos sistemos, Sveikatos priežiūros įstaigų, Sveikatos draudimo įstatymų, Sveikatos apsaugos ministro įsakymų) pakeitimų poveikis Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai bei teikiamos alternatyvos, galinčios efektyviau ir veiksmingiau spręsti SAM siūlomų intervencijų pagrindime nurodytus esminius SPS iššūkius, siekiant užsibrėžtų tikslų.

Studijos tikslas – įvertinti SAM siūlomo teisinio reguliavimo poveikį SPS ir jos pagrindiniams dalyviams, pateikti rekomendacijas bei inicijuoti viešą diskusiją su sprendimų priėmėjais, skatinant ir plėtojant įrodymais grįstą viešąjį valdymą ir dialogą su socialiniais partneriais svarbiais valstybei ir jos piliečiams SP klausimais. Studija taip pat siekiama suteikti papildomų įžvalgų, kurios praplėstų ir pagilintų diskusiją dėl siūlomų teisės aktų pakeitimų, ją labiau pagrįstų duomenimis ir tarptautinėmis gerosiomis praktikomis bei mokslininkų rekomendacijomis. Visa tai turėtų padėti sprendimų priėmėjams priimti tvarius, mokslo įrodymais ir gerąja praktika grįstus sprendimus, kuriančius didžiausią vertę pacientams, Lietuvos gyventojams.

Studijos objektas – SAM siūlomo teisinio reguliavimo poveikis, jo vertinimas. Atliekant Studiją nebuvo vertinami kiti, su keičiamu reguliavimu tiesiogiai nesusiję SP aspektai (problemos, iššūkiai, jų sprendimo būdai).

Metodinis pagrindas – SAM siūlomo teisinio reguliavimo poveikio analizė atlikta remiantis požiūriu, kad SPS ir jos veikla turi būti orientuota į kuo didesnės vertės pacientams kūrimą (angl. Value-Based Healthcare^[1] (M. Porter)). Šis požiūris remiasi koncepciniu modeliu, skirtu gerinti šalių SPS, sutelkiant dėmesį į paciento gaunamą vertę, apibrėžiamą kaip geriausi įmanomi paciento sveikatos (gydymo) rezultatai, pasiekiami mažiausiais kaštais per visą SP paslaugų teikimo laikotarpį ar gydymo ciklą. Ši vertės kūrimo koncepcija teikia prioritetą į pacientą ir jo poreikius orientuotai SP, išmatuojamiems sveikatos (gydymo) rezultatams ir atsiskaitymo už SP paslaugas (paslaugų kainodaros) modeliams, siekiant geresnių pacientų sveikatos rodiklių per tarpsektorinį ir tarpinstitucinį bendradarbiavimą, kartu didinant visos SPS efektyvumą ir veiksmingumą. Pokyčių sistemoje vertinimas atliekamas atsižvelgiant į PSO išskiriamus SPP kokybės kriterijus^[2]. PSO teigia, kad SPP turi būti visų pirma:

1. Veiksmingos, t.y. pasiekiančios lauktinus rezultatus.
2. Saugios.
3. Orientuotos į žmones, t. y. paslaugos turi atliepti individualias pacientų preferencijas, poreikius ir vertybes.

^[1] Harvardo universiteto iniciatyva: [Value-Based Health Care – Institute For Strategy And Competitiveness – Harvard Business School](#), M. Porter.

^[2] Pasaulio sveikatos organizacijos svetainė: [Quality of care](#)

Antra, sveikatos priežiūros paslaugos turi būti:

1. Suteikiamos laiku.
2. Lygiateisiškos, visiems vienodai prieinamos (nediskriminuojant nei vieno paciento).
3. Integruotos, tai yra užtikrinančios visapusišką reikalingų SPP spektrą, kurių pacientui reikia per visą gyvenimą.
4. Efektyvios sąnaudų atžvilgiu, t. y. jos turi teikti maksimalią naudą pacientams, panaudojant turimus išteklius ir vengiant nuostolių, t. y. vertės nekuriančių veiklų.

Rengiant Studiją, buvo naudojami duomenys iš oficialių statistikos ir administracinių šaltinių (Eurostat, EBPO, Valstybės duomenų agentūros, Higienos instituto, VLK, VASPVT ir kt.), iš atliktų SPS tyrimų ir strateginių dokumentų (STRATA, VASPVT publikacijų ir kt.), iš sveikatos vadybos mokslinės literatūros, apklausų (įskaitant Lietuvos gyventojų ir medicinos darbuotojų) ir iš pacientų atsiliepimų portalų, ekspertų įžvalgų, teisės aktų nuostatų bei kitų patikimų informacijos šaltinių.

Santrauka

- **Lietuvos SPS šiandien.** Lietuvoje veikia integruota, viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimu paremta SPS, kurioje abu sektoriai atlieka skirtingus, tačiau vienas kitą papildančius vaidmenis, bendra veikla užtikrindami prieinamą SP Lietuvos gyventojams.
- **Ilgalaikiai rezultatai.** Mišrus, nuosavybės atžvilgiu neutralus modelis ilgoju laikotarpiu siejamas su sistemingai gerėjančiais rezultatais; kartu Lietuva, kaip ir kitos šalys, susiduria su svarbiais SPS iššūkiais, kuriuos būtina spręsti.
- **Esminiai SPS iššūkiai.** Didžiausią įtaką SPS kelia eilės ASPP, medikų trūkumas ir didelės pacientų savo išlaidos sveikatai. Atlikta analizė rodo, kad tai yra gilesnių esminių SPS problemų – žemo SPS ir ASPĮ našumo; ydingos ASPP teikimo ir finansavimo sistemos (orientuotos į kiekybę, o ne į kokybę, rezultatus ir vertės kūrimą); nepakankamo SP viešojo finansavimo ir papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo skvarbos – simptomai.
- **SAM siūlomos intervencijos.** SAM parengti teisės aktų pakeitimai grindžiami siekiu mažinti eiles bei gerinti ASPP prieinamumą. Atlikta analizė rodo, kad **šios intervencijos nesprendžia esminių SPS problemų**: neįtakoja bendro medicinos darbuotojų skaičiaus, nedidina SPS našumo (veiksmingumo, produktyvumo, efektyvumo, kokybės ir kt.), nekeičia ASPP teikimo ir finansavimo modelių ir neužtikrina papildomų viešųjų išteklių pritraukimo į SPS. Be to, SAM teikiamų intervencijų priemonės nukreiptos į **mažai reikšmingas SPS dalis**:
 - į ambulatorines ASPP, kurioms tenka tik 20 % gyventojų savjišlaidų sveikatai, užuot pagrindinį dėmesį skiriant vaistų ir odontologijos segmentams, kuriems tenka 62 % visų tiesioginių gyventojų išlaidų sveikatai;
 - į privatų SPS, kuris sudaro tik 15–22 % medikų etatų krūvio ir 16 % PSDF (VLK sutarčių apimties) biudžeto lėšų, užuot prioritetą skiriant 4–6 kartus pagal šiuos parametrus didesniai viešajam SPS, turinčiam didžiausią našumo didinimo potencialą.

Todėl, net jei būtų sėkmingai įgyvendintos SAM teikiamų intervencijų priemonės, tikėtina, jos turėtų tik ribotą ir fragmentuotą poveikį ir būtų mažai veiksmingos sprendžiant sisteminės ir kompleksinės ASPP prieinamumo (eilių), medikų trūkumo bei SPP organizavimo, finansavimo ir SPS bei ASPĮ nepakankamo našumo problemas.

- **Tikėtinas SAM siūlomų intervencijų nepageidaujamas šalutinis poveikis (trilema).** Siūlomų teisės aktų pakeitimų priėmimas, tikėtina, sukurs trilemą, kuri turės neigiamą poveikį pagrindinėms trims SPS dalyvių grupėms:
 - **pacientams:** blogės ASPP prieinamumas (ilgės eilės), mažės galimybė rinktis paslaugos teikėją, brangesnės, inovatyvesnės paslaugos, geresnę priežiūrą, prastės gyventojų pasitenkinimas SPS;
 - **medikams:** mažės atlyginimai, prastės darbo sąlygos, didės darbo krūvis, mažės motyvacija ir nepasitenkinimas SPS, išaugės emigracija;
 - **finansuotojams (viešiesiems finansams):** didės viešųjų finansų ir papildomų investicijų poreikis SP.

Rekomenduojame SAM siūlomas intervencijas keisti alternatyviomis strateginėmis intervencijomis kryptimis:

I. SPS ir ASPJ veiklos našumo (produktyvumo, efektyvumo, kokybės) didinimas, viešojo ir privataus SP sektorių bendraveikos sinergijos stiprinimas, gerinant ASPP prieinamumą ir SP tęstinumą;

II. Perėjimas nuo kiekybe prie kokybės ir vertės grįsto ASPP teikimo ir apmokėjimo modelių diegimo;

III. Viešojo finansavimo SPS didinimas ir savanoriško (papildomo) sveikatos draudimo, amortizuojančio gyventojams tiesioginių mokėjimų našumą ASPP teikimo vietoje, plėtra, sukuriant papildomus finansinius instrumentus, remiančius sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos veiklas.

1. Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus kontekstas

Santrauka: Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus kontekstas

- **SPS dizainas.** Nuo 1990–1996 m. teisinių sprendimų ir 1991 m. Nacionalinės sveikatos koncepcijos Lietuvoje įtvirtintas mišrus SPS organizacinis-finansinis modelis, paremtas valstybės, savivaldos, visuomenės ir privataus sektorių bendradarbiavimu bei privalomojo / savanoriško sveikatos draudimo architektūra.
- **Valdymo principas.** Nuosavybės neutralumas: ASPP teikimas ir apmokėjimas grindžiami medicinine būtinybe, o ne ASPP teikėjo nuosavybės statusu; tai leidžia nustatyti ir taikyti vienodus standartus viešajam ir privačiam SP sektoriams.
- **Vaidmenų pasidalijimas.** Viešasis sektorius padengia platų ASPP spektrą, prioritetizuodamas skubios ir greitosios medicinos pagalbos, aukštos specializacijos bei didelių investicijų sutelkimo reikalaujančius stacionaro, retų ligų, gyvybei pavojingų būklių valdymo ir kitas ASPP, taip pat institucinėje slaugoje, SP specialistų rengimą bei tobulinimą ir kt.). Privatus sektorius svarbų vaidmenį atlieka teikiant odontologijos, šeimos medicinos, ambulatorinių (brangiųjų tyrimų, hemodializės, gydytojų specialistų konsultacijų, ambulatorinės ir dienos chirurgijos, slaugos namuose ir kt.) ASPP.
- **Ištekliai ir finansai.** 2024 m.: 40 tūkst. specialistų (13 tūkst. gydytojų, 23 tūkst. slaugytojų); bendros SP išlaidos 5,4 mlrd. Eur (67 % viešosios išlaidos SP, 33 % – privačios išlaidos SP, iš kurių 31 % – savos gyventojų išlaidos sveikatai), 2 % – papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas); apie 16 % PSDF biudžeto lėšų per sutartis su VLK skiriama privačiose ASPĮ pacientams suteiktoms valstybės kompensuojamoms ASPP apmokėti.
- **Infrastruktūra ir diagnostika.** 2024 m. Lietuvoje veikė 175 viešosios ir 2 517 privačių ASPĮ, 291 brangiųjų tyrimų įrangos vienetų (99 KT, 58 MRT, 60 mamografų, 31 angiografai ir kt.) (iš jų 55 % MRT – privačiose klinikose).
- **Ką tai reiškia SP politikai.** Viešojo ir privataus sektorių bendravedimas grįstas mišrus SP veiklos ir finansavimo modelis Lietuvoje sudaro galimybes sutelkus viešuosius ir privačius išteklius (infrastruktūrą, medicinos darbuotojus, investicijas, finansus ir kt.) optimaliai patenkinti Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikius. Vieninga, abiejų sektorių integruota (neutrali nuosavybei) vienodomis sąlygomis grindžiama veikla formuoja didelį abiejų sektorių veiklos sinergiją grįstos vertės kūrimo pacientams potencialą, kuriant tvarią, našią, inovatyvią, į pacientų poreikius orientuotą SP.

1.1.Struktūrinė-istorinė apžvalga

1990 m. atkūrus Lietuvos nepriklausomybę vienas svarbiausių valstybės uždavinių buvo SPP teikimo užtikrinimas Lietuvos gyventojams. Todėl 1990 m. spalio 23 d. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba priėmė Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą^[1], o 1991 m. gegužės 21 d. – Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymą^[2], įteisinusį sveikatos draudimo sistemos atkūrimo pradžią.

1991 m. spalio 30 d. LRS patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją^[3], kuri tapo Lietuvos sveikatos politikos formavimo pagrindu. Šioje koncepcijoje įtvirtintas nacionalinės SPS veikimo principas grindžiamas valstybės, savivaldos, visuomenės ir privataus sektoriaus bendradarbiavimu. Viešosios SPĮ buvo pavestos SAM kontrolei ir savo veiklą plėtojo valstybinės ar municipalinės ASPĮ principais, o privačios ASPĮ, įtrauktos į nacionalinę sveikatos sistemą, turėjo vykdyti bendrą nacionalinę sveikatos politiką.

Taigi dar ankstyvuojų nepriklausomybės laikotarpiu buvo aiškiai suformuluotas mišrus nacionalinės sveikatos sistemos organizacinis modelis, besiremiantis viešųjų ir privačių SPĮ sąveika, pagal kurį abi grandys privalo veikti nacionalinės sveikatos politikos rėmuose, užtikrinant bendrą strateginę kryptį ir pacientų interesų apsaugą. Privačios praktikos plėtra numatyta pirmiausia pirminėje grandyje, tačiau kartu buvo akcentuota būtinybė akredituoti ir registruoti privačias įstaigas, aiškiai apibrėžiant jų veiklos sritis. Tokiu būdu buvo siekiama užtikrinti, kad privatus sektorius papildytų viešąjį, o ne konkuruotų su juo, o jų tarpusavio sąveika stiprintų bendrą nacionalinės sveikatos sistemos veiksmingumą ir prieinamumą.

1994 m. liepos 19 d. LRS priėmė Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą^[4], kuriuo buvo detalizuotos Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijoje įtvirtintos nuostatos ir sukurtas teisinis nacionalinės sveikatos sistemos veikimo pagrindas.

Pagal Sveikatos sistemos įstatymą (nuo 1998 m. gruodžio 1 d. redakcijos), LNSS vykdomieji subjektai – tai sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios: valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos, valstybės ir savivaldybių įmonės, kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis VLK, – teikia SPP, apmokamas iš PSDF, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų, taip pat mokamas SPP, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti.

^[1] <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.811?fwid=mmceo25y0>

^[2] <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0F9036415DBD>

^[3] <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.66813A09EB5B>

^[4] <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>

1996 m. gegužės 21 d. LRS priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas,^[1] be privalomojo sveikatos draudimo, numatė ir papildomąją (savanoriškąją) draudimą.

Sveikatos sistemos įstatyme (nuo 1998 m. gruodžio 1 d. redakcijos) nustatyti SP finansavimo šaltiniai, be kita ko, apima: valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšas, PSDF biudžeto lėšas, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšas, lėšas už mokamas paslaugas.

Taigi Lietuvoje yra įtvirtintas mišrus nacionalinės sveikatos sistemos finansavimo modelis, pagal kurį sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš skirtingų finansavimo šaltinių, o sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš PSDF, gali būti teikiamos tiek valstybės ir savivaldybių įstaigų ir įmonių, tiek privačių įstaigų ir įmonių, sudariusių sutartis su VLK.

Valdymo ir teisingumo požiūriu esminė nuostata – nuosavybės neutralumas: paciento kelias, siuntimų tvarka ir apmokėjimo taisyklės turi remtis medicinine būtinybe bei pasiektais rezultatais, o ne teikėjo statusu. Tai leidžia standartizuoti kokybės rodiklius, objektyviai lyginti teikėjus, plėsti P4P (angl. pay-for-performance) taikymą ir skaidriai valdyti priemokas – nustatant aiškias taisykles ir apsaugas pažeidžiamoms grupėms.

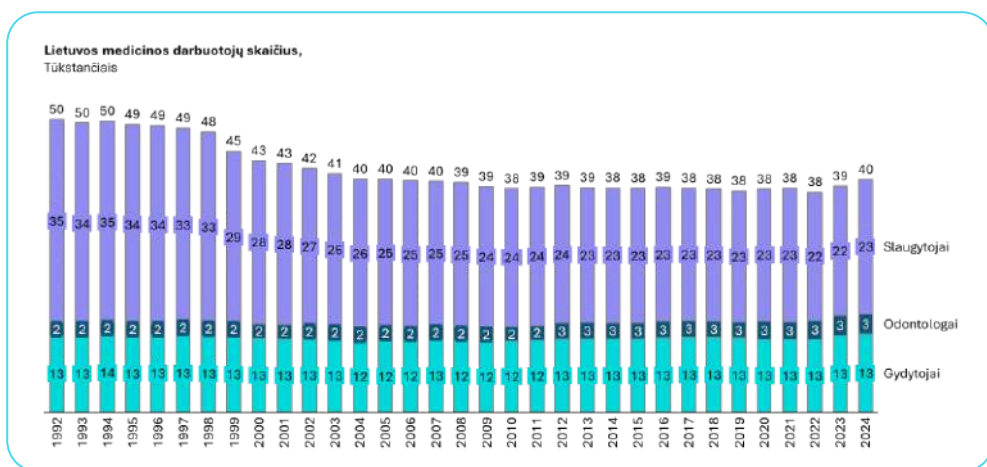
Viešojo ir privataus sektorių sąveika didina bendrą kuriamąją vertę pacientams, medikams ir finansuotojams (VLK, TLK), o rezultatais grįsti valdymo mechanizmai užtikrina, kad konkurencija tarnautų ne formaliai nuosavybės formai, bet realiam sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, kokybei ir tvarumui užtikrinti bei gerinti.

^[1] <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.94F6B680E8B8/asr>

1.2. Sveikatos priežiūros sistemos ištekliai

1.2.1. Žmogiškieji ištekliai

SP žmogiškųjų išteklių sudėtyje^[1] gydytojų dalis išliko stabili, o slaugytojų – reikšmingai sumažėjo. 2024 m. duomenimis, Lietuvos SPS dirbo 40 tūkst. SP specialistų, iš jų: praktikuojančių gydytojų – 13 tūkst., praktikuojančių odontologų – 3 tūkst., praktikuojančių slaugytojų – 23 tūkst. Dera atkreipti dėmesį, kad gydytojų skaičius iš esmės nepakito nuo 1992 m. (13 tūkst.), tačiau slaugytojų skaičius per tą patį laikotarpį žymiai sumažėjo: nuo 35 tūkst. (1992) iki 23 tūkst. (2024) (1 pav.):



1 pav. Lietuvos medicinos darbuotojų skaičius 1992 – 2024 m. (Šaltinis: Higienos institutas, 2024)

1.2.2. Finansiniai ištekliai

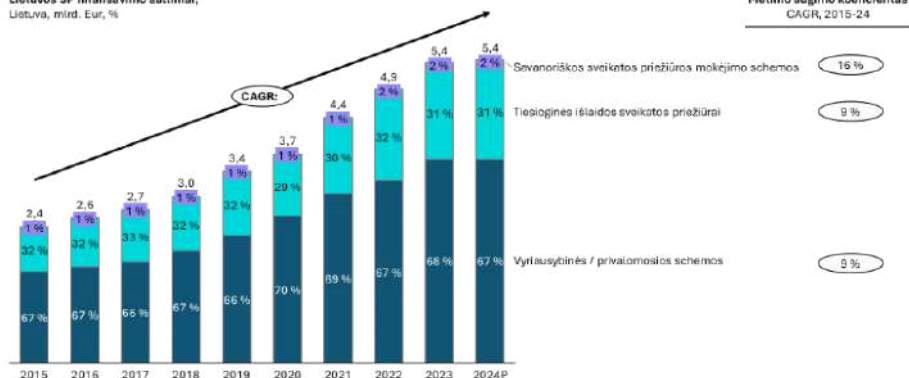
Šalies bendrosios išlaidos SP 2024 m. siekė apie 5,4 mlrd. Eur ir didžioji jų dalis finansuojama valstybinio sveikatos draudimo bei valstybės biudžeto lėšomis. Išlaidų struktūra^[2] rodo, kad apie 67 % finansavimo tenka valstybės / privalomosioms schemoms, apie 31 % – tiesioginiams gyventojų mokėjimams ir tik apie 2 % – papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui (2 pav.):

^[1] Higienos instituto statistinis leidinys „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2024“.

^[2] EBPO (2025), <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=698a8d02-d6db-4fbd-b01b-d646781ee1f4> (prieiga 2025 m. liepos mėn.).

Lietuvos SP finansavimo šaltiniai,
Lietuva, mld. Eur, %

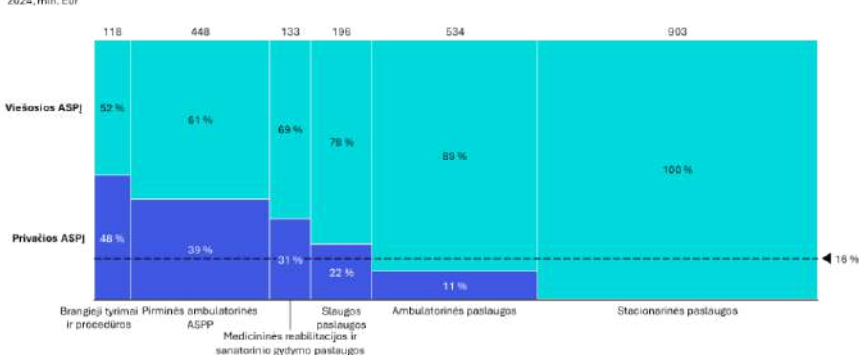
Metinio augimo koeficientas
CAGR, 2015-24



2 pav. Lietuvos SP finansavimo šaltiniai (EBPO, 2025).

VLK sutarčių su ASPĮ analizė^[1] rodo, kad tik apie 16 % TLK skirstomų PSDF biudžeto lėšų tenka privačiose ASPĮ pacientams suteiktoms valstybės kompensuojamoms ASPP apmokėti, pagrindinė dalis – apie 84 % šių lėšų tenka valstybės ir savivaldybių ASPĮ suteiktoms valstybės kompensuojamoms ASPP apmokėti (3 pav.):

TLK ir ASPĮ sutartinės sumos dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo pagal ASPĮ nuosavybės formą
2024, mln. Eur

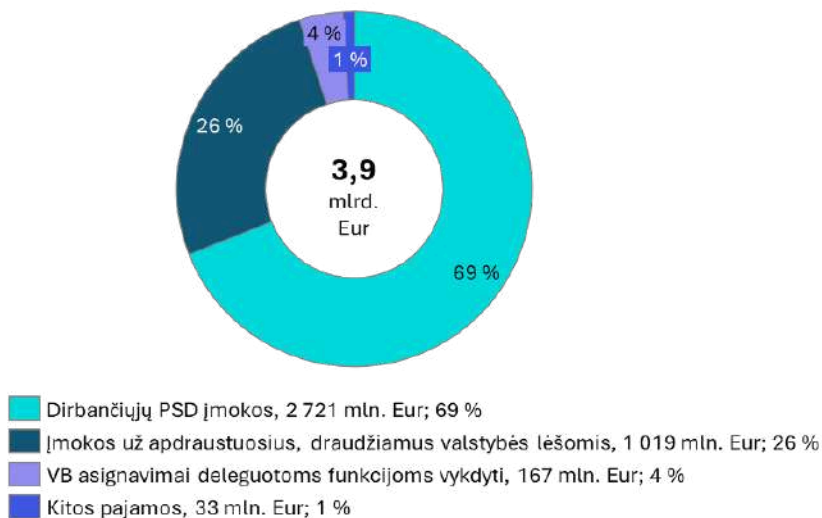


3 pav. TLK [U1] ir ASPĮ sutartinės sumos dėl ASPP apmokėjimo pagal ASPĮ nuosavybės formą (VLK duomenys, 2025).

Prognozuojama, kad 2025 m. PSDF biudžetas sudarys 3,9 mlrd. Eur. Didžiausią dalį (69 %) planuojama gauti iš dirbančių asmenų PSD įmokų – 2,7 mlrd. Eur. Įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis sudarys 1,0 mlrd. Eur (26 %), o kitos pajamos – apie 0,2 mlrd. Eur (5 %) (4 pav.):

[1] VLK pranešimas „2024 m. TLK ir ASPĮ sutarčių dėl ASPP teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymas“.

2025 m. PSDF biudžeto pajamų struktūra, proc.



4 pav. 2025 m. PSDF biudžeto pajamų struktūra, proc. (VLK duomenys, 2025).

1.2.3. Infrastruktūra

Higienos instituto duomenimis^[1], 2024 m. iš viso Lietuvoje veikė 175 viešosios ASPĮ (SAM ir savivaldybių pavaldumo) ir 2 517 privačios ASPĮ (pateikusios metines ataskaitas). Be jų, taip pat veikė 55 visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos ir 6 kitų ministerijų pavaldumo įstaigos.

Stacionarinės ASPP beveik visos buvo teikiamos viešajame SP sektoriuje: 2024 m. apie 97 % iš 21 819 ligoninių lovų buvo viešosiose ligoninėse, 80 % iš 71 ligoninės – viešosios. Privačios stacionarinės ASPP sudarė tik nežymią visų stacionariųjų ASPP rinkos dalį. Privatus SP sektorius užėmė reikšmingą dalį ambulatorinių ASPP rinkoje (odontologijoje, šeimos medicinoje, brangiųjų tyrimų, ambulatorinės ir dienos chirurgijos, slaugos ir kt.).

2024 m. Lietuvoje veikė 291 brangiųjų tyrimų įrangos vienetų (99 KT, 58 MRT, 60 mamografų, 31 angiografai, ir kt.). Privatus SPS lyderiavo diegiant brangiuosius tyrimus ir procedūras, partnerystės pagrindais investavo į brangiųjų tyrimų įrangos įsigijimą ir instaliavimą viešosiose ASPĮ, esant šių ribotoms finansinėms galimybėms, taip reikšmingai prisidedamas prie inovatyvių, brangiai kainuojančių technologijų / paslaugų prieinamumo Lietuvos gyventojams (VASPVT duomenimis, daugiau nei pusė (55 %) MRT aparatų yra įrengta privačių ASPĮ).

^[1] Higienos instituto statistinis leidinys Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2024.

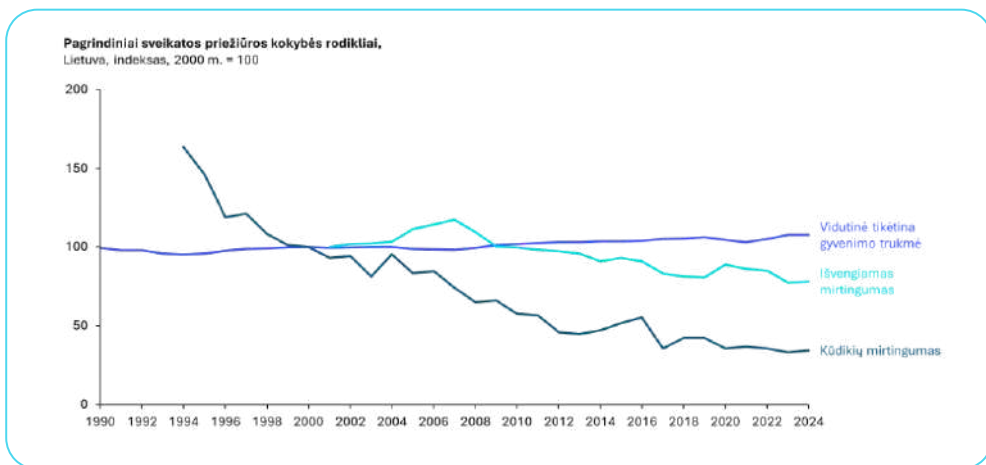
2. Sveikatos priežiūros rezultatai ir iššūkiai

Santrauka: Sveikatos priežiūros rezultatai ir iššūkiai

- **Progresas.** 2000–2024 m. pastebima sveikatos rodiklių gerėjimo tendencija: vidutinė gyvenimo trukmė išaugo 8 %, išvengiama mirtinumas sumažėjo 22 %, kūdikių mirtinumas sumažėjo 66 %. Tai lėmė geresnė ligų prevencija, stiprėjanti pirminė grandis, ankstyvesnė ligų diagnostika, gydymo pažanga, prisidėjo ir ES investicijos.
- **Išryškėjusios SP problemos – SPS giluminių sisteminių priežasčių nulemti simptomai.** Didžiausią SP įtampą kelia prastas ASPP prieinamumas ir ilgos eilės paslaugoms, medikų trūkumas ir didelės gyventojų savos išlaidos SP. Apklausa rodo, kad ASPP laukimas gyventojams – svarbiausia ASPP prieinamumo kliūtis; planinių operacijų eilės po 2019 m. pailgėjo.
- **Giluminės priežastys:**
 - **Prastas SPS ir ASPJ našumas** (produktyvumas, efektyvumas, kokybė ir kt.) dėl viešojo sektoriaus ASPJ vadybos, darbo organizavimo trūkumų ir perteklinės biurokratijos bei netinkamos medicinos darbuotojų santykio struktūros (slaugytojų ir gydytojų santykis Lietuvoje 1:1,6 vs ES 1:2,4), dėl to gydytojai apkraunami papildomomis, nesusijusiomis su tiesioginiu klinikiu darbu, veiklomis; nepakankamas procesų skaitmeninimas, perteklinis paslaugų teikimas stacionaro sąlygomis ir kt.
 - **Ydinga ASPP teikimo ir finansavimo sistema** (realių kaštų nepadengianti, orientuota į kiekybę, o ne į kokybę, rezultatus ir vertės pacientams kūrimą).
 - **Nepakankamas viešasis SP finansavimas ir žema papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo skvarba** – viešojo SP finansavimo žymus trūkumas (Lietuvoje viešosios išlaidos SP sudaro 5,3 % nuo BVP vs ES – 7,3 %; išlaidos vieno gyventojui SP: Lietuvoje 1 266 Eur vs ES – 2 819 Eur), kurį padengia santykinai didelės gyventojų savos (tiesioginės) išlaidos sveikatos priežiūrai (Lietuvoje 31 % vs ES – 15% ar vs EBPO – 18 % nuo bendrų išlaidų sveikatai (kurių neamortizuoja silpnai išvystytas papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas); kurių didžioji dalis (>60 %) tenka vaistams ir odontologijos paslaugoms).
- **Gydytojų trūkumas – ne vienintelė priežastis.** Gydytojų skaičius 1 000 gyv. Lietuvoje aukštesnis nei ES šalių vidurkis (Lietuvoje 4,6 vs ES – 4,1), tačiau gydytojų darbo našumą riboja prasta vadyba ir darbo organizavimas, nepalankus gydytojų / slaugytojų santykis komandose, e-sistemų funkcionalumo ir veiklos trūkumai, įsišakniję gydymo įstaigose vertės pacientams nekuriantys biurokratiniai procesai bei gydytojams užkrautos perteklinės, su ASPP teikimu tiesiogiai nesusijusios, funkcijos.
- **Stokojama aiškių iniciatyvų sprendžiant SP žmonių išteklių iššūkius**, turint omeny, kad 2032 m. prognozuojamas per 11 tūkst. medicinos darbuotojų trūkumas (daugiau kaip 8 tūkst. – slaugytojų ir akušerių), kas dar labiau ilgins eiles paslaugoms ir mažins ASPP prieinamumą.

2.1. Demografinė situacija ir rezultatai

Nuo įstojimo į ES Lietuva reikšmingai pagerino pagrindinius gyventojų sveikatos rodiklius. 2000–2024 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė prailgėjo nuo 72 m. iki 78 m. (+ 8 %) ^[1], išvengiamo mirtingumo rodiklis sumažėjo nuo 589 iki 460 mirčių 100 tūkst. gyventojų (– 22 %) ^[2], o kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 8,5 iki 2,9 mirčių 1 tūkst. gyvų gimusiųjų (– 66 %) ^[3], (5 pav.). Šiuos pokyčius lėmė visuomenės sveikatos ir prevencijos programų plėtra, stipresnė šeimos medicina bei pirminė priežiūra ^[4], ankstyvoji diagnostika ir farmakoterapijos pažanga ^[5], taip pat platesnė socioekonominė raida ^[6]. ES finansuojamos iniciatyvos – infrastruktūra, skaitmeninimas, kompetencijų kėlimas – ir nacionalinės reformos (profilaktinių patikrų plėtra, lėtinių ligų valdymas) sukūrė tvirtą pagrindą tolesniam rezultatų gerėjimui ^[7].



5 pav. Pagrindiniai sveikatos priežiūros rodikliai (Eurostat, 2025).

^[1] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec_custom_18248329/default/line?lang=en

^[2] https://sveikstat.lt/chart-overview.aspx?top_uid=92&top_loc=mun&sel_rep_panel=1&lang=lit&hide_filters=, žr. 2025 m. rugsėjį.

^[3] <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=9ef213ad-ae15-444a-b77c-1e4805db3ae8#/>

^[4] EBPO / European Observatory „Lithuania: Country Health Profile 2023“.

^[5] „EU Country Cancer Profile: Lithuania 2025“.

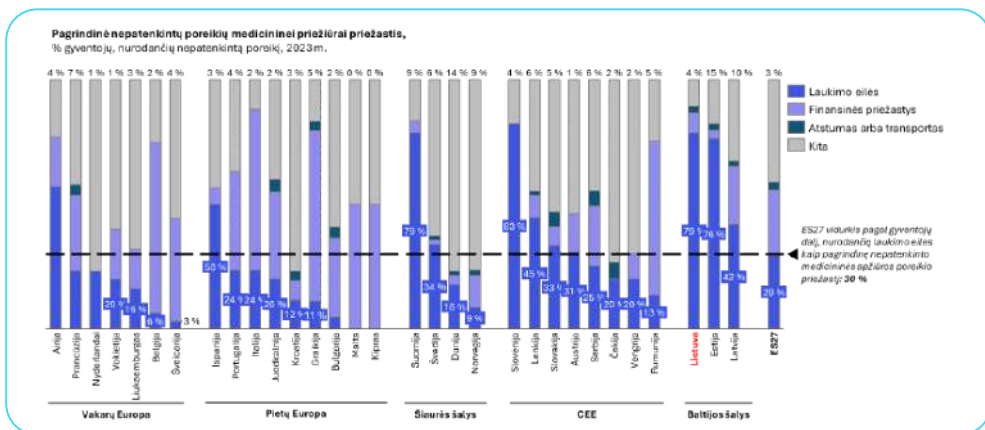
^[6] „Health at a Glance: Europe 2022“.

^[7] Lietuvos RRF planas ~257 mln. Eur sveikatai (infrastruktūros modernizavimui, skaitmeninimui, skubiajai pagalbai), o 2021–2027 m. Sanglaudos politika numato dar ~475 mln. Eur (≈ 80 % bendrai finansuoja ES) sveikatos infrastruktūrai, paslaugų prieinamumui ir kokybei gerinti.

2.2. Sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniai iššūkiai

2.2.1. Prastas medicinos paslaugų prieinamumas ir medikų trūkumas

Išaugusios laukimo eilės išlieka esminė gyventojų prieigos prie ASPP kliūtis. Valstybės kontrolės užsakytos apklausos duomenimis^[1], net 73 % gyventojų ilgą laukimą ASPP įvardija kaip svarbiausią SPS problemą (2018 m. – 55 %). Eurostat 2023 m. apklausa^[2] rodo panašią tendenciją: Lietuvoje eilių ASPP barjeras yra vienas aktualiausių ES (79 %), o tuo metu finansinės (primokėjimas už ASPP) ir geografinės kliūtys (atstumas, transportas) sudaro atitinkamai tik 8 % ir 3 %, (6 pav.):



6 pav. Pagrindinės nepatenkintų poreikių medicininei priežiūrai priežastys (Eurostat, 2023).

Pagrindinė priežastis, kodėl pacientai negauna laiku reikalingų ASPP, – ilgos eilės gydytojų konsultacijoms, tyrimams ir procedūroms. Ilgas laukimas blogina sveikatos būklę ir gydymo rezultatus, didina vėliau pradėto gydymo sąnaudas, sukelia diskomfortą bei mažina gyventojų pasitikėjimą SPS.

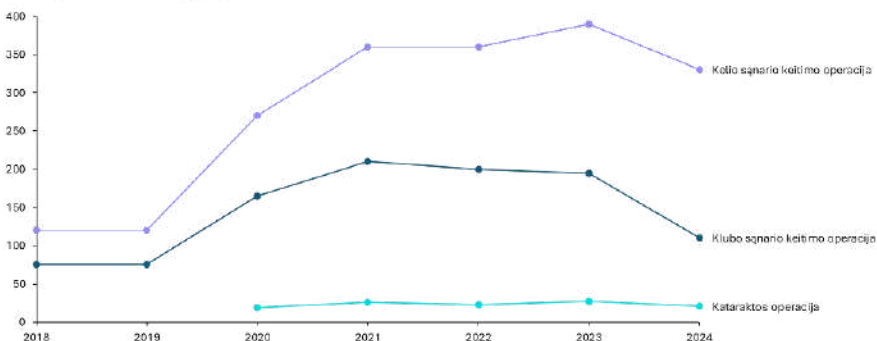
Problemos mastą patvirtina ir planinių operacijų laukimo rodikliai: nuo 2019 m. klubo bei kelio sąnario endoprotezavimo operacijos laukimo trukmės reikšmingai pailgėjo ir tik 2024 m. pastebima jų trumpėjimo tendencija^[3], (7 pav.):

^[1] Valstybės kontrolė „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių mažinimas“.

^[2] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics&oldid=460774

^[3] EBPO (2025), <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=83d64297-42b8-486a-b152-477d0e8b0846> (žr. 2025 m. liepą).

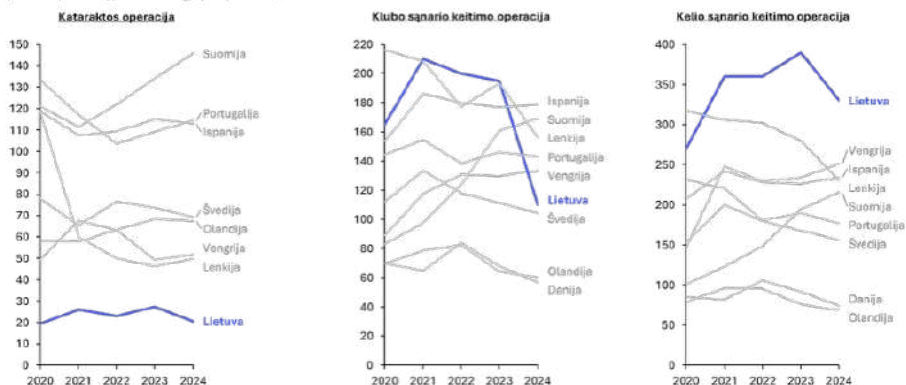
Vidutinis laukimo laikas planinėms operacijoms
Dienos nuo specialisto įvertinimo iki gydymo pradžios



7 pav. Vidutinis laukimo laikas planinėms operacijoms (EBPO, 2025).

Nepaisant pagerėjimo 2024 m., šių operacijų laukimo eilės vis dar viršija daugelio EBPO šalių vidurkius, tuo metu ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų procedūrų ir operacijų (pvz. kataraktos operacijos) laukimo eilės Lietuvoje yra mažesnės nei daugelyje kitų EBPO šalių (8 pav.):

Vidutinis laukimo laikas planinėms operacijoms
tarpas nuo specialistų įvertinimo iki gydymo pradžios, dienomis



8 pav. Vidutinis laukimo laikas planinėms operacijoms (EBPO, 2025).

Nors neretai teigiama, kad eilės lemia gydytojų trūkumas, 2021 m. gydytojų skaičius 1 000 gyventojų Lietuvoje buvo 4,6 – apie 11 % virš ES vidurkio (4,1)^[1], (9 pav.):

^[1] EBPO (2025), Physicians, <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=bbe213b9-8459-4c58-8d5c-c439bf39858f> (žr. 2025 m. liepą).

Praktikuojantys gydytojai 1000 gyventojų.

Lietuva ir EBPO šalys, 2023 m. arba paskutiniai turimi duomenys

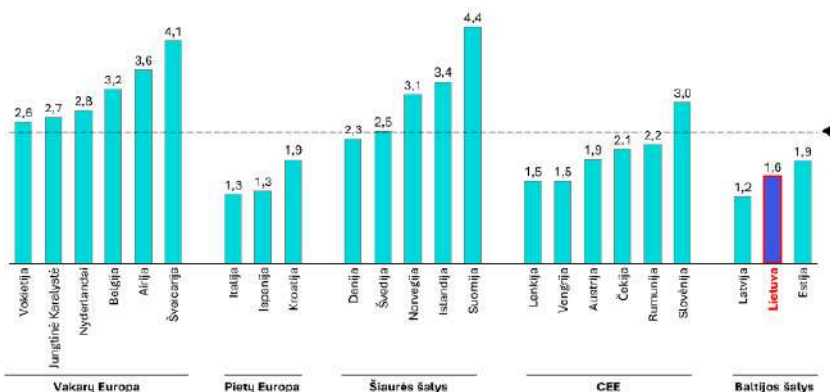


9 pav. Praktikuojantys gydytojai 1000 gyventojų: Lietuva ir EBPO šalys (EBPO, 2025).

LT ir kitų EBPO šalių SP ŽI statistinė lyginamoji analizė rodo, kad esminė problema Lietuvoje yra ne gydytojų trūkumas, bet jų darbo našumas ir kokybė, kuriuos įtakoja SP sektoriaus ASPP teikimo ir medicinos darbuotojų profesinės veiklos teisinio reglamentavimo bei ASPI vadybos ir medikų darbo organizavimo trūkumai. Vienas esminių kritinių veiksnių – santykinai mažas slaugytojų ir gydytojų santykis (LT vidurkis 1,6:1, kai ES vidurkis 2,4:1)^[1], (10 pav.), dėl to užkraunama papildoma administracinė našta gydytojams, ribojanti klinicinei veiklai skiriamą laiką ir prisidedanti prie laukimo eilių ASPP didėjimo.

Slaugytojų ir gydytojų santykis.

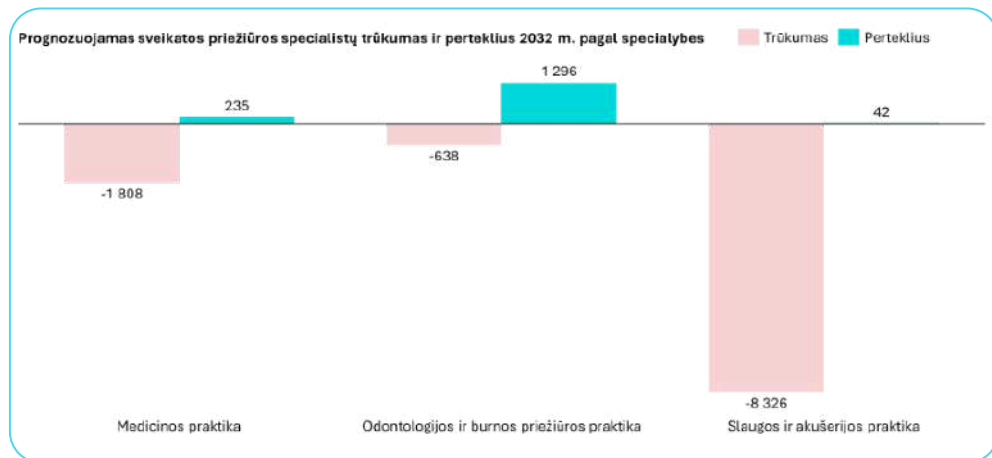
Lietuva ir EBPO šalys, 2023 m. arba paskutiniai turimi duomenys



10 pav. Slaugytojų ir gydytojų santykis: LT ir EBPO šalys (EBPO, 2025).

^[1] EBPO (2025), Nurses, <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=3663957c-6d38-4a6d-a652-fc13f1d7c055> (žr. 2025 m. liepą).

Jei nebus išgrynintos medicinos darbuotojų funkcijos ir veiklos, atitinkančios jų įgytas profesines kompetencijas, ir neperduotos su gydytojų, slaugytojų tiesiogine veikla nesusijusios funkcijos kitiems darbuotojams, neįgyvendintos medikų našumą ir produktyvumą didinančios priemonės, Lietuva, prognozuojama, susidurs su reikšmingo medicinos darbuotojų trūkumo problema: STRATA (2023)^[1] vertinimu, iki 2032 m. gali trūkti apie 11 tūkst. SP specialistų, iš kurių – daugiau kaip 8 tūkst. slaugytojų ir akušerių (11 pav.):



11 pav. Prognozuojamas SP specialistų trūkumas ir perteklius 2032 m. pagal specialybes (STRATA, 2023).

2.2.2. Didelės gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatai

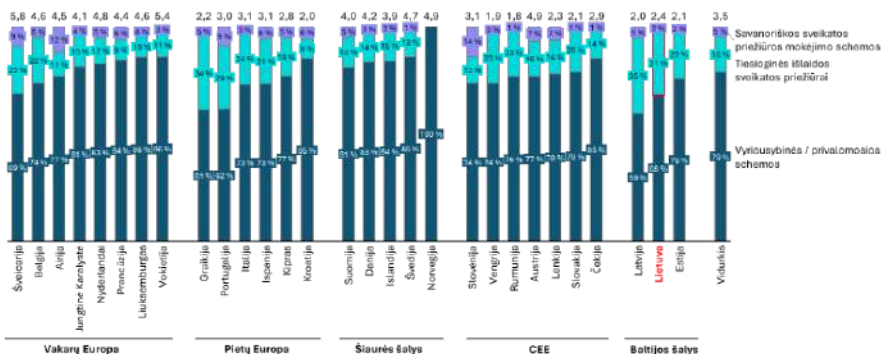
Lietuvoje namų ūkiai patiria palyginti didelę tiesioginių mokėjimų naštą – apie 31 % visų sveikatos priežiūros išlaidų (EBPO vidurkis – 18 %)^[2], (12 pav.):

^[1] STRATA tyrimas „Sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimo modelio adaptavimas asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarkos kontekste“.

^[2] EBPO (2025), Health expenditure and financing, <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=d662cfdb-136c-48a8-9b5b-4776c0eb3d98> (žr. 2025 m. liepą).

Sveikatos priežiūros išlaidos pagal finansavimo tipus,

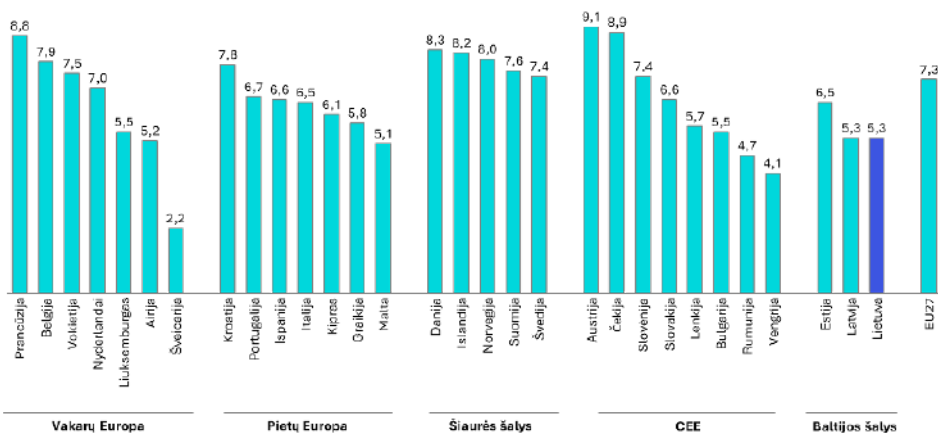
Lietuvą palyginti su kitomis EBPO šalimis, tūkst. Eur vienam gyventojui ir %, koreguota pagal perkamąją galią (PPP), 2023 m.



12 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos pagal finansavimo tipus (EBPO, 2025).

Santykinai didelių Lietuvos gyventojų tiesioginių išlaidų sveikatai pagrindinė priežastis – **nepakankamas viešasis SP finansavimas ir neišvystytas papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas**. 2023 m. valstybė gyventojų sveikatos priežiūrai skyrė 5,3 % BVP, t. y. gerokai mažiau nei ES vidurkis (7,3 %) [1], (13 pav.):

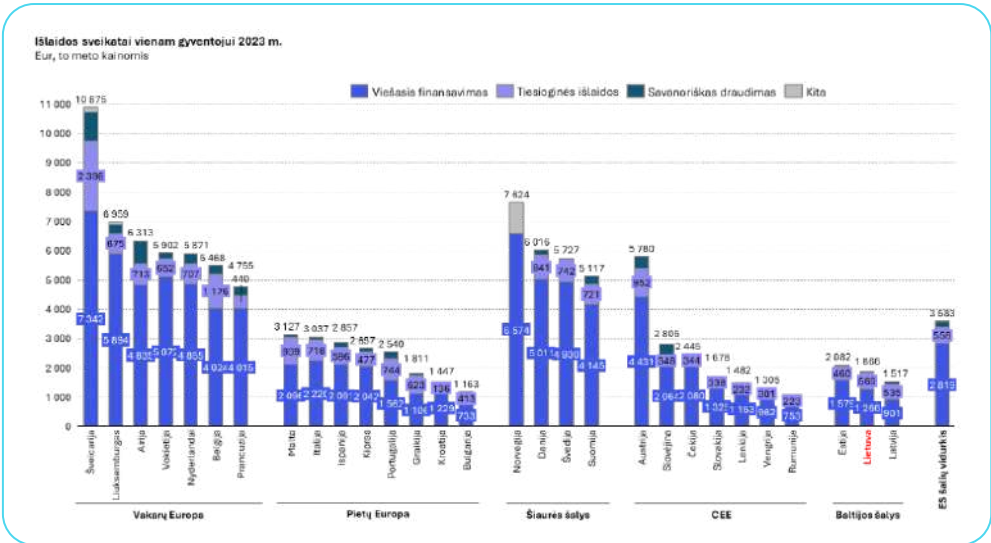
Valstybės skiriamų bendrųjų išlaidų sveikatai dalis nuo šalies BVP 2023 m., %



13 pav. Valstybės skiriamų bendrųjų išlaidų sveikatai dalis nuo šalies BVP (Eurostat, 2025).

[1] Eurostat duomenų bazė (rodiklis gov_10a_exp), žr. 2025 m. rugsėjį.

2023 m. duomenys taip pat atskleidžia žymų Lietuvos atotrūkį nuo ES šalių vidurkio pagal vienam gyventojui tenkančias SP išlaidas: viešosios išlaidos vieno gyventojų sveikatai Lietuvoje sudarė 1 266 Eur, o ES vidurkis buvo 2 819 Eur. Tuo metu gyventojų tiesioginės išlaidos buvo panašios: 569 Eur Lietuvoje ir 558 Eur ES^[1], (14 pav.):



14 pav. Išlaidos sveikatai vienam gyventojui ir jų struktūra 2023 (EBPO, 2025).

^[1] EBPO (2025), Health expenditure and financing, <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=ec328eb0-faa9-433b-ba6d-e9548ce4b0c3> (žr. 2025 m. liepą).

3. Siūlomi pakeitimai

Santrauka: Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomos intervencijos, jų vertinimas

- **Siūlomos intervencijos.** SAM pateikė 5 teisės aktų pakeitimus, kuriais siūloma: panaikinti priemokas, t. y. panaikinti galimybę rinktis brangesnes paslaugas, medžiagas, procedūras ir patiems apmokėti faktinių ir bazinių kainų skirtumą; panaikinti teisę gauti PSDF lėšomis apmokamas tolesnes paslaugas, jei siuntimas išduotas mokamos konsultacijos metu; suteikti prioritetą viešosioms ASPĮ, sudarant sutartis su VLK, ribojant privačių ASPĮ veiklą bei išbraukti privačias stacionarines ASPP teikiančias ASPĮ iš stacionariųjų ASPP teikėjų LNSS tinklo, nutraukiant sutartis dėl stacionariųjų ASPP kompensavimo iš PSDF biudžeto lėšų (privačių ASPĮ „išstiklinimas“ iš LNSS).
- **Intervencijų kritinis vertinimas.** Siūlomos priemonės nesprenžia giluminių priežasčių, dėl kurių kyla įvardintos problemos (eilės ASPP, medikų trūkumas, didelės gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatai ir kt.) – jos neįtakoja SPS ir ASPĮ veiklos našumo (produktyvumo, efektyvumo, kokybės ir kt.), neįtakoja paslaugų teikėjų (medicinos darbuotojų) skaičiaus bei neužtikrina adekvataus papildomo viešojo SPS finansavimo. Siūlomomis intervencijomis taikomasi ne į priežasčių šalinimą, bet simptomų (pasireiškusių problemomis) malšinimą, klaidingai prioritetizuojant intervencijas į proporcingai mažai reikšmingas suvaldant simptomus SPS dalis – uždraudimą gyventojų tiesioginių mokėjimų ambulatorinių ASPP segmente, sudarančių vos 20 % visų gyventojų savų išlaidų sveikatai, o ne taikant į žymiai reikšmingesnius gyventojų tiesioginiams mokėjimams vaistų ir odontologijos paslaugų segmentus, kuriuose gyventojų tiesioginiai mokėjimai sudaro net 62 % visų gyventojų savomis lėšomis dengiamų sveikatos išlaidų. Todėl planuojamos intervencijos bendras gyventojų tiesioginių mokėjimų apimtis reikšmingai nesumažins, kaip kad tikimasi.
- **Intervencijų poveikis prieigai prie ASPP.** VLK ir gyventojų apklausų duomenys^[1] rodo greitesnę prieigą privačiame segmente (per 14 d. į privačias ASPĮ patenka 56 % vs į viešąsias – 40 % gyventojų; per mažiau nei 1 mėn. į privačias ASPĮ patenka 75 %, į viešąsias – 38 % gyventojų). „Išstiklinus“ privačius teikėjus iš LNSS, pacientų, laukiančių ir ketinančių pasinaudoti valstybės kompensuojamomis ASPP, srautai persikels į viešąsias ASPĮ ir jas tiesiogine prasme „užkimš“ (formuosius papildomi „butelio kakleliai“ viešajame SP sektoriuje), kurie neišvengiamai padidins medikams darbo krūvius, pareikalaus papildomų viešųjų finansų papildomoms patalpoms statyti, įrengti bei aprūpinti medicinos įranga, kurie galėtų būti skirti ASPP įkainiams koreguoti arba didesnėms ASPP apimtims kompensuoti. Todėl deklaruojamas rezultatas – eilių ASPP sumažėjimas – neturi pagrindo, nes nėra priežastinio ryšio tarp medikų „perkėlimo“ iš privataus į viešąjį sektorių ir žymaus bendro ASPP skaičiaus padidėjimo. Priešingai, analizė rodo, kad galima tikėtis tik eilių valstybės kompensuojamoms ASPP išaugimo viešajame SP sektoriuje, dėl to šios paslaugos taps dar sunkiau prieinamos gyventojams.

^[1] Bendrovės „Baltijos tyrimai“ apklausa: [Tyrimas: eilės pas gydytojus specialistus privačiose klinikose mažesnės nei valstybinėse](#)

- **Dviguba praktika = papildomas pajėgumas.** Dauguma gydytojų dirba viešajame sektoriuje, o dvigubą praktiką (viešosiose ir privačiose ASPĮ) turintys gydytojai dirba paprastai didesniu darbo krūviu viešosiose ASPĮ. Todėl privaćiam SP sektoriui planuojamos sankcijos (viešojo finansavimo apribojimas ar panaikinimas) niekaip nepadidins bendro resursų (medicinos darbuotojų, finansų ir kt.) kiekio ir tai neturės jokio poveikio eilių ASPP mažinimui.
- **Apibendrinimas.** Siūlomos intervencijos labiau keičia LNSS priklausančių ASPĮ struktūrą pagal nuosavybės formą („išstinklinant“ privačias ASPĮ), negu sprendžia gilumines sisteminės priežastis. Tikėtinas rezultatas – papildomo pacientų srauto (nepajėgiant tinkamai suvaldyti esamo) generuojamo papildomo krūvio viešajam sektoriui išaugimas, valstybės kompensuojamų ASPP laukimo eilių padidėjimas bei minimalus gyventojų tiesioginių išlaidų sveikatai sumažėjimas, kartu išaugant šešėliui ir nelegaliems atsiskaitymams.
- **Kryptis, kurią pagrindžia įrodymai.** Moksliniai tyrimai rodo, kad eiles ASPP trumpina ne teikėjo nuosavybės forma, bet geresnė SPS ir ASPĮ valdysena (sprendimų priėmimo, resursų ir procesų valdymo ir kt.), gerai organizuoti bei suskaitmeninti vadybiniai, techniniai ir klinikiniai procesai, orientavimasis į kokybę ir rezultatus. Ši kryptis dera su dokumente išdėstyta pacientui generuojama vertės kūrimu pacientams grįsta ASPP teikimo organizavimo bei finansavimo logika.

3.1. Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomos intervencijos

SAM teikia teisės aktų pakeitimų projektus^[1], kuriais suprojektuotos reikšmingą poveikį turinčios intervencijos į SPS, planuojant:

- Panaikinti pacientams teisę gauti kitas (mokamas) paslaugas, kurios nepriskiriamos SP ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti.
- Panaikinti pacientams teisę savo iniciatyva pasirinkti brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras ir patiems apmokėti jų faktinių ir bazinių kainų skirtumą SAM nustatyta tvarka (tai vadinama „priemokų“ uždraudimu). Tai reiškia, kad pacientai, norintys pasirinkti brangesnę paslaugą, medžiagą ar procedūrą, nei ji yra kompensuojama iš PSDF lėšų, turės sumokėti visą kainą; neliktų galimybės mokėti kainos skirtumo tarp paciento pasirinktos brangesnės paslaugos, medžiagos ar procedūros ir VLK taikomos bazinės kainos skirtumo.
- Panaikinti pacientams teisę pasirinkti papildomas paslaugas ar procedūras patiems sumokant jų kainą.
- Suteikti prioritetą viešojo sektoriaus ASPĮ sudarant sutartis su VLK dėl valstybės kompensuojamų ASPP teikimo pacientams (privatių įstaigų „išstiklinimas“ iš LNSS žymiai sumažinant sutarčių apimtis ar jų nesudarant / jas nutraukiant).
- Panaikinti pacientams teisę gauti tolesnes (tęstines) ASPP, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis, kai siuntimą pacientui išrašo LNSS priklausančios ASPĮ gydytojas specialistas mokamos konsultacijos metu, nustatęs, kad pacientas kreipėsi medicinos pagalbos pagrįstai. Tai reiškia, kad siuntimus tolesnėms (tęstinėms) ASPP, apmokamoms PSDF biudžeto lėšomis, galės išrašyti tik LNSS priklausančios ASPĮ gydytojas, suteikęs PSDF lėšomis apmokamą pradinę (pirmą) ASPP.

^[1] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas Nr. XVP-518
Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas Nr. XVP-519
Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2025m. gegužės 21d. nutarimo projektas Nr. 25-8944 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 26 straipsnio pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatų įstatymo Nr. I-1367 11 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025m. liepos 15d. įsakymo projektas Nr. 25-11513 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“

3.2. Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomų intervencijų poveikis

Mūsų vertinimu, siūlomi teisės aktų pakeitimai (intervencijos) nešalina priežasčių, dėl kurių kyla įvardintos SPS problemos. SAM siūlomos intervencijos orientuotos į pacientų teisių ribojimą, viešojo sektoriaus stiprinimą privataus sektoriaus sąskaita (valstybės kompensuojamų ASPP prieinamumo privačiame sektoriuje mažinimą „išstinkinant“ iš LNSS specializuotą ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą teikiančias privačias ASPĮ) ir kt., iš esmės yra orientuoti į ASPP organizavimo ir finansavimo sistemų pokyčius, siekiant permodeliuoti viešojo / privataus sektorių paslaugų teikėjų esamą balansą, o ne į pagrindinių deklaruojamų SPS problemų (augančių eilių ASPP, didėjančio medikų trūkumo, išaugusio tiesioginių mokėjimų už ASPP apimčių ir kt.) sprendimą.

Gyventojų tiesioginių mokėjimų už ASPP uždraudimas teoriškai gal ir galėtų būti vertintinas kaip mažinantis tiesioginę finansinę naštą gyventojams susirgus. Tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad Lietuvoje didžioji namų ūkių tiesioginių išlaidų dalis tenka ne ASPP, bet vaistams ir odontologijai, nepatenkančiai į VLK sutarčių su ASPĮ apimtis. Todėl, net ir įgyvendinus suplanuotas intervencijas, bendros tiesioginių išlaidų naštos sumažėjimas gyventojams būtų santykinai ribotas. Analogiškai, VLK sutarčių sudarymo su viešojo sektoriaus ASPĮ prioritizavimas, paremtas ne ASPĮ našumo, kokybės ar kt., bet jokio ryšio su problema neturinčiu nuosavybės formos kriterijumi. Todėl šios iniciatyvos iš esmės skirtos LNSS paslaugų teikėjų (privačių, viešųjų) esamam santykiui keisti, tačiau jos, jei ir būtų įgyvendintos, savaime nesukurtų daugiau medicinos personalo, neužtikrintų spartesnio ASPĮ našumo augimo.

Todėl šie pakeitimai, tikėtina, neišspręs išvardytų problemų, priešingai – sukels nepageidaujamas pasekmes: padidins eiles valstybės kompensuojamoms ASPP viešosiose ASPĮ, išaugins medikų emigracijos ir nelegalių mokėjimų apimtis ir pan.,- galinčias dar labiau pabloginti situaciją SPS.

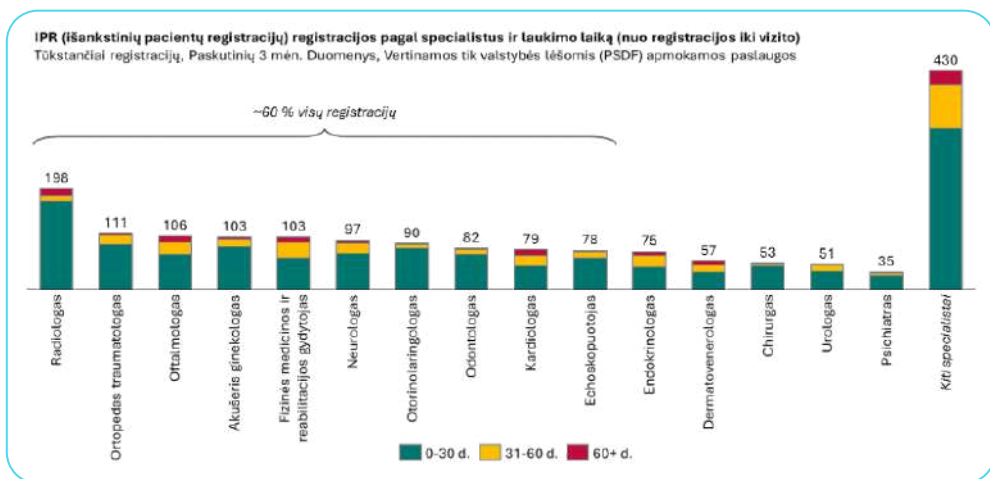
3.2.1. Didelės gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatai

Privačių ASPĮ vaidmens ribojimas savaime nei padidins bendrą medikų skaičių, nei pagerins ASPĮ našumą (efektyvumą, produktyvumą, kokybę ir kt.). Dalies pacientų srautų nukreipimas iš privačių į viešąsias ASPĮ ne tik kad nesumažins bendro pacientų skaičiaus, bet dar labiau išaugins krūvius viešosiose ASPĮ dirbantiems medikams, pareikalaus papildomų viešųjų finansų patalpoms įrengti ir remontuoti bei investicijų į medicinos technologijas. Remiantis turimais duomenimis, nematome priežastinio ryšio, leidžiančio pagrįsti, kad siūlomi pakeitimai galėtų išspręsti minėtų iniciatyvų autorių keliamas SP problemas.

Planuojamas specializuotas ASPP teikiančių privačių ASPJ „išstiklinimas“ turės neigiamą poveikį eilių ASPP suvaldymui.

Bendrovės „Baltijos tyrimai“ atlikta reprezentatyvi gyventojų apklausa^[1] atskleidė, kad šalies gyventojai pas gydytojus specialistus privačiose ASPJ patenka greičiau nei valstybinėse ASPJ. Trys ketvirtadaliai (75 %) privačiose gydymo įstaigose per pastaruosius 12 mėnesių apsilankiusių gyventojų nurodė, kad vizito pas gydytoją specialistą jiems teko laukti trumpiau nei mėnesį. Tuo metu daugiau nei pusei (54 %) viešosiose gydymo įstaigose apsilankiusių gyventojų teko laukti ilgose eilėse, o greičiau nei per mėnesį pas gydytojus specialistus pateko tik 38 % tyrimo dalyvių.

Panaši tendencija pastebima ir VLK eilių švieslentėje^[2]. Pateikiame tiek bendrų laukimo eilių, tiek eilių pas paklausiausių specialybių gydytojus (10 specialybių sudaro 60 % registracijų) analizę^[3], (15 pav.):



15 pav. Išankstinės pacientų registracijos pas gydytojus specialistus laukimo laikai (Išankstinės Pacientų Registracijos sistema).

VLK eilių stebėsenos duomenų^[4] analizė parodė žymų skirtumą: viešosiose ASPJ per 14 dienų pas specialistą patenka tik apie 40 % pacientų, o privačiose – 56 % (16 pav.). Tai leidžia manyti, kad privatūs ASPP teikėjai efektyviau organizuoja pacientų registraciją ir valdo pacientų srautus, taip prisidedami prie didesnio visos SP sistemos laidumo ir eilių ASPP mažinimo.

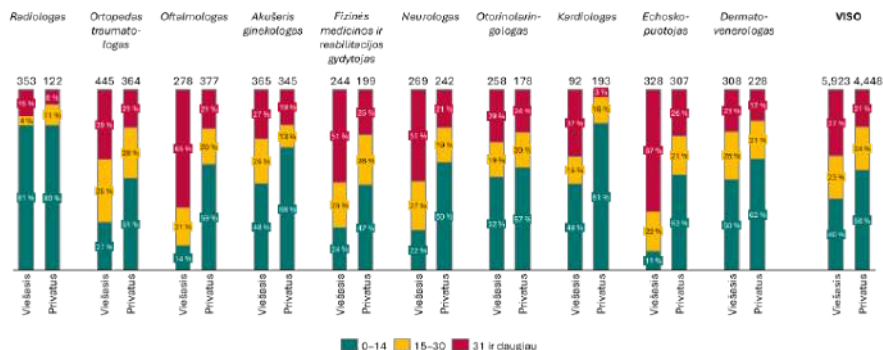
^[1] Bendrovės „Baltijos tyrimai“ apklausa: [Tyrimas: eilės pas gydytojus specialistus privačiose klinikose mažesnės nei valstybinėse](#)

^[2] VLK – švieslentė. Pacientų eilės. Sveikatos paslaugų laukimo laikas: Specializuota sveikatos priežiūra; <https://osp.stat.gov.lt/pacientu-eiles>; 2025 m. liepos mėn.

^[3] Ten pat.

^[4] VLK eilių stebėsenos sistemos duomenys; 2025 m. birželio mėn.

Specializuotų paslaugų laukimo eilės pagal specialistus ir įstaigų tipą, gydytojų skaičius ir laukimo eilės kalendorinėmis dienomis, 2025 m. Birželis



16 pav. Specializuotų ASPP laukimo eilės pagal gydytojų specialybes ir ASPĮ tipą (VLK eilių ASPP stebėsenos sistema, 2025)

Valstybės kontrolės atlikto vertinimo^[1] išvados atliepia Studijos nuostatą, teigiančią, kad nėra nei duomenų, nei priežastinių ryšių ar gerųjų pavyzdžių, pagrindžiančių SAM teikiamų iniciatyvų teigiamą poveikį eilių ASPP problemos sprendimui (pavyzdžiui, atskaitoje teigiama, kad „Ministerijos vertinimu, neteisingai arba nepagrįstai išrašomi siuntimai turi neigiamą įtaką laukimo eilių susidarymui, bet sisteminė analizė dėl tokių siuntimų poveikio laukimo eilėms neatlikta. Neatlikus nepagrįstai ir netinkamai išrašomų siuntimų analizės, nežinoma reali šios problemos įtaka paslaugų laukimo eilių susidarymui, neidentifikuojamas tikrasis paslaugų poreikis ir susidarančios perteklinio darbo apimtys sveikatos priežiūros specialistams“ bei pažymima, kad „tarptautinių ar nacionalinių rekomendacijų sveikatos priežiūros specialistų darbo krūviui ir jį lemiantiems veiksniams vertinti nėra, trūksta metodinių ir praktinių gairių“). Nesant atskaitos taškų, leidžiančių vertinti ASPĮ našumą (efektyvumą, produktyvumą, kokybę ir kt.) bei jį palyginti su tokio paties profilio kitomis Lietuvos ar užsienio šalių ASPĮ, bus sudėtinga objektyviai įvertinti įgyvendintų pokyčių poveikį eilių ASPP mažinimui.

Pacientų eilės ASPP nėra nei nauja, nei išskirtinai Lietuvos problema. Su šia problema susiduria dauguma šalių, todėl yra gausu mokslinių tyrimų (Browne-Farrell, 2025; Amador, 2023; Alejo, 2021, Naiker, 2017, Haleema Mohamed Hasan Mahmood Al Hammadi, 2019, ir kt.) kurie analizuoja eilių susidarymo priežastis, taip pat pateikia rekomendacijas, kokios priemonės jos galėtų būti mažinamos. Pvz., Naiker et al (2018) pateikia mokslinių tyrimų, analizuojančių eilių susidarymo problemas viešosiose ambulatorinio gydymo įstaigose, sisteminės analizės rezultatus ir išvadą, kad ASPĮ, siekdamas sutrumpinti laukimo eiles, turi veikti trimis pagrindinėmis kryptimis:

1. Išteklių suderinimas (angl. *Resource alignment*),
2. Veiklos efektyvumas (angl. *Operational efficiency*),
3. Procesų tobulinimas (angl. *Process improvement*).

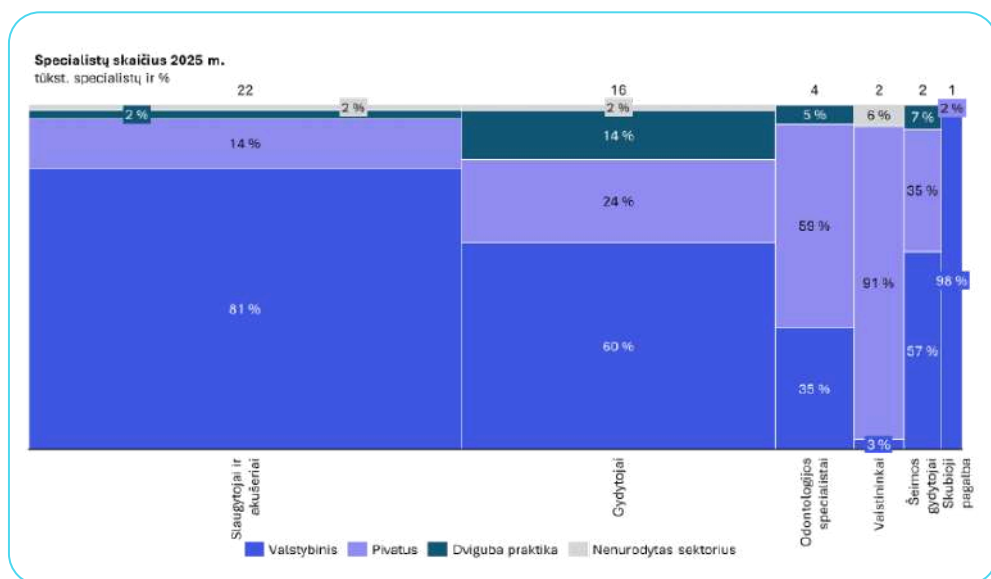
^[1] Valstybės kontrolė (2025), vertinimo ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių mažinimas“, publikuota 2025 m. rugpjūčio 12 d. Nr. VRE-6. Nuoroda: [Produktas | Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė](#)

Tačiau SAM siūlomose intervencijose šiems mokslo įrodymais grįžtiems sprendimams nėra skiriama dėmesio.

Resursai persikirstant – nedidėja

Priešingai nei teigiama SAM siūlomų intervencijų pagrindime, privatus sektorius ne „išsiurbia“, o papildo SP žmogiškuosius išteklius per dvigubos praktikos (angl. *dual practice*) modelį. VASPVT duomenimis^[1], įvertinus sveikatos priežiūros specialistų praktikas pagal ASPJ nuosavybės formą:

- Gydytojų specialistų segmente: 60 % gydytojų (neįskaitant šeimos gydytojų) dirba tik valstybinėse ASPJ, 24 % – tik privačiose ASPJ, 14 % dirba ir valstybinėse, ir privačiose ASPJ.
- Slaugytojų ir akušerių segmente: net 81 % slaugytojų ir akušerių dirba tik valstybinėse ASPJ, 14 % – tik privačiose ASPJ, 2 % dirba ir valstybinėse, ir privačiose ASPJ (17 pav.):

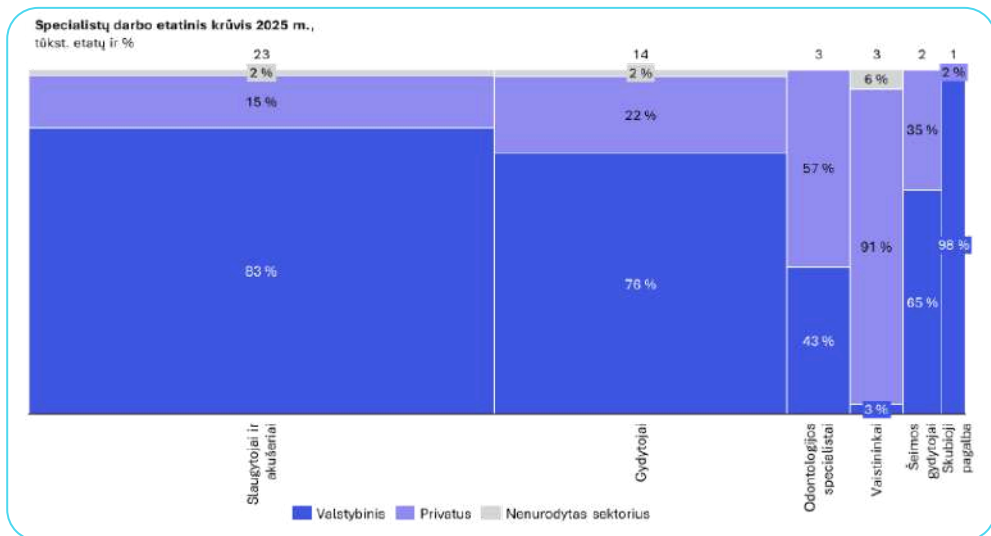


17 pav. SPS praktikų pobūdis ir proporcijos viešajame ir privačiame SP sektoriuose (VASPVT, 2025).

Pagal SPS etatinį darbo krūvį^[2]: valstybinėse ASPJ dirba 76 % visų gydytojų ir 83 % visų slaugytojų bei akušerių, privačiose ASPJ – atitinkamai 22 % gydytojų ir 15 % slaugytojų bei akušerių (18 pav.):

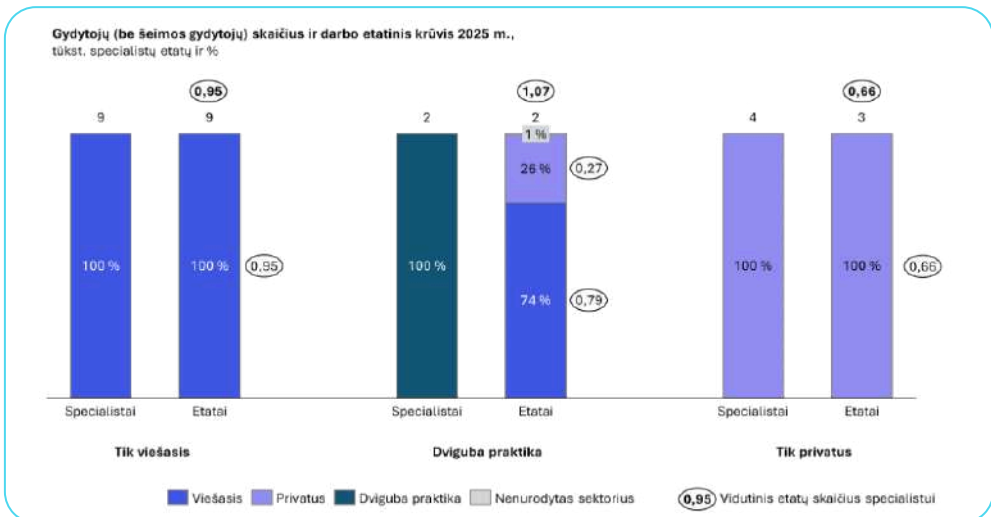
^[1] Parengta Studijos rengėjų pagal VASPVT pateiktus duomenis.

^[2] Parengta Studijos rengėjų pagal VASPVT pateiktus duomenis.



18 pav. Sveikatos priežiūros specialistų etatinis darbo krūvis 2025 m. (VASPVT duomenys, 2025).

Atlikta analizė rodo^[1], kad dvigubą praktiką turintys gydytojai dažniausiai dirba didesniu darbo krūviu – vid. 1,07 etato, palyginti su tik valstybinio sektoriaus ASPĮ dirbančiais gydytojais (vid. 0,95 etato). Be to, dvigubą praktiką vykdančios gydytojos darbo laiko atžvilgiu aiškiai pirmenybę teikia darbui valstybinėse ASPĮ (vid. 0,79 etato), o ne privačiose ASPĮ (vid. 0,27 etato) (19 pav.):



19 pav. Gydytojų specialistų (neįtraukus šeimos medicinos gydytojų) pasiskirstymas valstybinėse ir privačiose ASPĮ pagal bendrą skaičių ir etatinį darbo krūvį 2025 m. (VASPVT, 2025).

^[1] Parengta Studijos rengėjų pagal VASPVT pateiktus duomenis.

Tarptautinė praktika rodo, kad darbo keliose įstaigose, derinant darbą valstybinėse ir privačiose ASPĮ (angl. *dual practice*), yra visuotinai paplitęs ES šalyse modelis (20 pav.), palengvinantis žinių ir patirties sklaidą tarp įstaigų ir sektorių, didinantis visos SP sistemos našumą. Lucifora (2023)^[1] atlikto tyrimo, kuriame analizavo ir palygino vadovų efektyvumą viešosiose ir privačiose gydymo įstaigose 7 išsivysčiusiose pasaulio šalyse: penkiose Europos valstybėse, JAV ir Kanadoje (iš viso įvertintos 1 183 ASPĮ) rezultatai parodė, kad visose septyniose šalyse viešosios įstaigos buvo mažiau efektyvios nei privačios, ypač taikant darbuotojams motyvacijos sistemas: „Tyrimas rodo, kad viešojo sektoriaus ligoninių vadovų, lyginant su privačių ligoninių vadovais, visose nagrinėtose šalyse darbas vertintinas prasčiau. Didesnės ligoninės geriau valdomos, skirtumo tarp mokomųjų (universitetinių) ir kitų tipų ligoninių nepastebėta. Valstybinės (viešosios) ligoninės atrodo mažiau efektyvios vertinant diegiamas paskatų sistemas, skirtas skatinti ir apdovanoti labai motyvuotus darbuotojus arba pašalinti prastai dirbančiuosius. Apskritai, viešoji nuosavybė siejama su maždaug 10 % mažesniu vadybos balu, kas maždaug atitinka pusę standartinio nuokrypio“ (Lucifora, 2023, p. 1).

Mokslinių tyrimų duomenimis, privačiose ASPĮ taikoma pažangesnė vadyba, jos labiau suinteresuotos veiklos efektyvumu ir kokybe, todėl medikų dvigubas įdarbinimas yra vienas iš svarbių veiksnių, skatinančių pažangios vadybos ir efektyvumo kultūros sklaidą viešajame sektoriuje. Kaip rodo Lucifora (2023) tyrimas, darbas privačiose įstaigose sudaro palankesnes sąlygas atsiskleisti labiau motyvuotiems specialistams ir sulaukti jų pastangas atitinkančio įvertinimo. Tad suprantama, kodėl Europos šalyse yra paplitusi dvigubo įdarbinimo praktika^[2] (20 pav.):

Šalis	Dvigubos praktikos statusas	Dvigubos praktikos režimo aprašymas
Norvegija	Paplitusi	Nėra reguliavimo.
Ispanija	Paplitusi	
Portugalija	Paplitusi	Dviguba praktika valdoma per apmokėjimo sistemą (išimtinės sutartys): gydytojai dirbantys išimtinai viešajame sektoriuje gauna didesnius atlyginimus.
Italija	Paplitusi	
Jungtinė Karalystė	Paplitusi	Finansiniai apribojimai: privačios praktikos pajamos ribojamos iki 10 % nuo atlyginimo pagal NHS sistemą.
Prancūzija	Paplitusi	Finansiniai apribojimai: privačios praktikos pajamos ribojamos iki 30 % nuo bendrų pajamų.
Graikija	Paplitusi	Graikija istoriškai buvo uždraudusi dvigubą praktiką, tačiau šie apribojimai buvo švelninami reaguojant į neigiamą gydytojų reakciją.

20 pav. Dvigubos praktikos taikymas keliose ES šalyse (Kiwanuka et al. 2011, WHO 2024).

^[1] Lucifora C (2023), Management practices in hospitals: A public-private comparison. PLoS ONE 18(2): e0282313. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282313>.
^[2] Kiwanuka et al. (2011), [https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/Dual%20Practice%202011%20Kiwanuka.p](https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/Dual%20Practice%202011%20Kiwanuka.pdf)
df, WHO (2024) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096615>

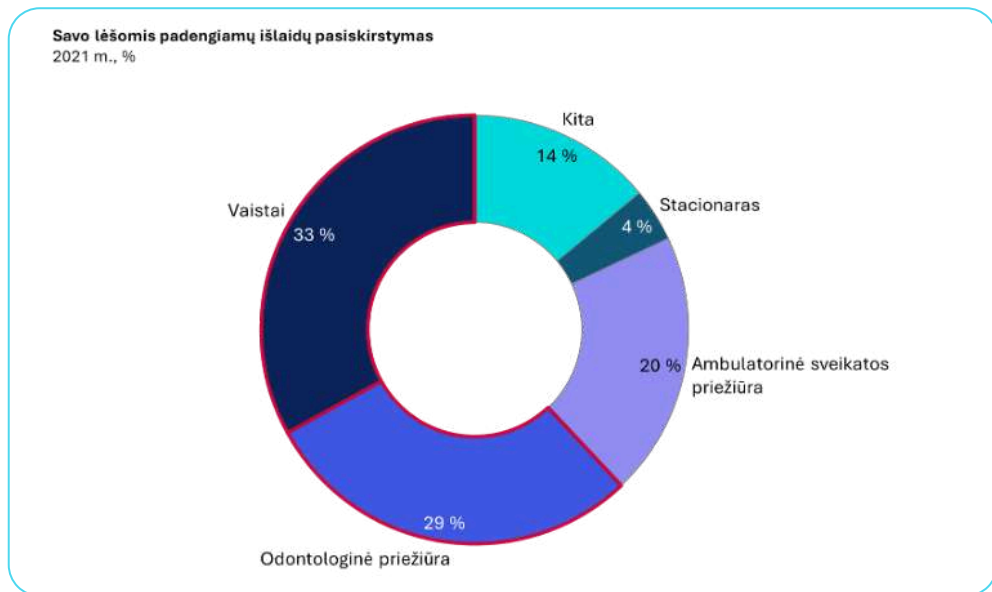
Apibendrinant galima teigti, kad, įvertinus tai, jog minėtų intervencijų, nukreiptų į „totalinio viešojo sektoriaus „nukraujavimo“ (gydytojų specialistų migracijos iš viešojo į privatų sektorių) stabdymą, pagrindimas yra klaidinantis (faktai rodo, kad tik privačiose ASPJ dirba tik 24 % gydytojų (22 % pagal etatinį darbo krūvį) ir tik 14 % slaugytojų ir akušerių (15 % pagal etatinį darbo krūvį)), pagrįstai galima tikėtis, jog suplanuotų intervencijų poveikis „perkeltant“ medicinos darbuotojus iš privačių į valstybines ASPJ bus minimalus, be to, kaip rodo medicinos darbuotojų apklausos duomenys (Lietuvos medikų sąjūdis, 2025), dalis medikų emigruos iš šalies pasirinkę darbą kitose ES šalyse, dalis pensinio amžiaus sulaukusių šiuo metu tebedirbančių medicinos darbuotojų, nepritariančių tokioms pertvarkoms, pasitrauks iš darbo rinkos. Tai, kad medikų emigracijos į kitas valstybes veiksnys turėtų būti vertinamas labai rimtai, rodo rinkos ir visuomenės nuomonės tyrimų kompanijos „Spinter tyrimai“ 2021 m. vykdytos medikų apklausos duomenys^[1]: trečdalis (31 %) medicinos sektoriaus darbuotojų ketina išvykti į užsienį (82 % jų planų išvykti į užsienį siejami su didesniu atlyginimu, 56 % – profesiniu augimu, 52 % – geresnėmis darbo sąlygomis ir mikroklimatu kolektyve). Dviguba praktika, kaip rodo kitų ES šalių patirtys, yra plačiai paplitusi ir sudaro galimybes medikams dalintis geromis klinikinėmis praktikomis tarp privataus ir viešojo SP sektorių.

Darytina išvada, kad SAM suplanuotos intervencijos nepasieks deklaruojamų tikslų, nes, jas įgyvendinus, medicinos darbuotojų vidinė migracija iš privataus į viešąjį sektorių būtų labai ribota, be to, ji nesukurtų bendro SP žmoniškųjų išteklių prieaugio, t. y. dėl siūlomų pokyčių nei gydytojų, nei slaugytojų bendras skaičius nepadidėtų, atvirkščiai, dėl galimos medikų emigracijos į kitas šalis bei dalies pensinio amžiaus sulaukusių medikų prognozuojamo pasitraukimo iš darbo rinkos, gali net sumažėti, taigi būtų dar labiau padidinta įtampa ir taip ribotų SP žmonių išteklių darbo rinkoje.

^[1] Rinkos ir visuomenės nuomonės tyrimų kompanijos „Spinter tyrimai“ atliktas medicinos sektoriaus darbuotojų nuomonės tyrimas (<https://spinter.lt/tyrimas-trecdalis-medicinos-sektoriaus-darbuotoju-noretu-isykti-i-uzsieni/>).

3.2.2. Tiesioginių mokėjimų už medicinos paslaugas draudimas visų tiesioginių išlaidų sveikatai kontekste

EK 2023 m. duomenimis^[1], nors Lietuvoje savo lėšomis padengiamų išlaidų dalis yra du kartus didesnė už ES šalių vidurkį, didžiausią šių išlaidų dalį sudaro išlaidos vaistams (33 %) ir odontologijai (29 %), o ne medicinos paslaugoms, kurioms tenka tik 20 % (ambulatorinėms) ir 4 % (stacionarinėms) nuo visų gyventojų savo lėšomis padengiamų sveikatos išlaidų (21 pav.), o tai atitinka ES šalių vidurkį (22 pav.):

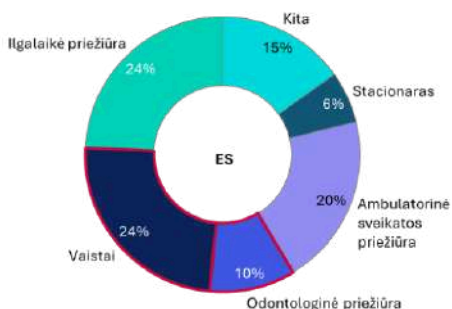
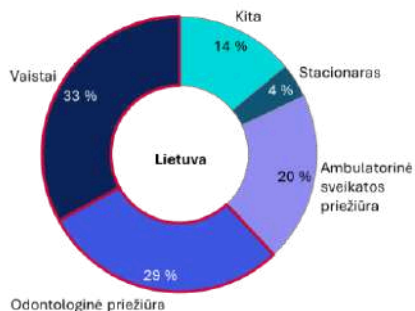


21 pav. Lietuvos gyventojų savo lėšomis padengiamų sveikatos išlaidų pasiskirstymas (Europos Komisija, 2023).

EK pateikti duomenys rodo, kad gyventojų savo lėšomis padengiamų sveikatos išlaidų uždraudimas ambulatorinių ASPP segmente menkai paveiktų bendrą gyventojų tiesioginių išlaidų sveikatai struktūrą, nes gyventojų tiesioginiai mokėjimai ambulatorinių paslaugų segmente tesudaro vos 20 % visų tiesioginių išlaidų (21 pav.). Pažymėtina, kad SAM teikiama teisės aktų pakeitimo projektai orientuoti į gyventojų savo lėšomis padengiamų sveikatos išlaidų uždraudimą ambulatorinių ASPP segmente, kuri atitinka ES šalių vidurkį (LT – 20 %, ES – 20 %) (22 pav.):

^[1] EK 2023 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Lietuva: 2023 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels).

Savo lėšomis padengiamų išlaidų pasiskirstymas
2021 m., %

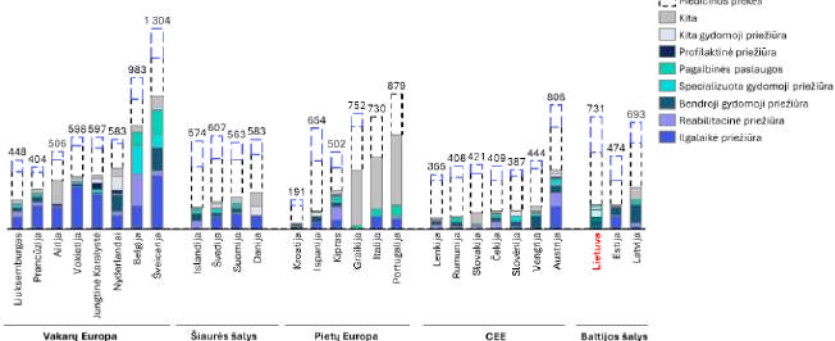


22 pav. Gyventojų savo lėšomis padengiamų sveikatos išlaidų pasiskirstymo palyginimas: Lietuva vs ES šalių vidurkis (EK, 2023).

Neįsiskaičius gyventojų tiesioginių išlaidų vaistams ir odontologijos paslaugoms, 2023 m. gyventojų savo lėšomis padengiamų išlaidų dalis Lietuvoje sudarė 153 Eur vienam gyventojui (pagal perkamosios galios paritetą (PPP)), t. y. buvo mažesnė nei ES šalių vidurkis – 238 Eur vienam gyventojui^[1], (23 pav.):

Namų ūkių tiesioginės išlaidos pagal sveikatos funkciją.

Lietuva palyginti su kitomis EBPO šalimis, Eur vienam gyventojui, koreguota pagal perkamąją galią (PPP), 2023 m.



23 pav. Namų ūkių tiesioginės išlaidos pagal sveikatos priežiūros funkciją (EBPO, 2025).

Be to, moksliniai tyrimai rodo, kad gyventojų tiesioginiai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas, kai egzistuoja išankstiniai apmokėjimo mechanizmai (pvz. esant išvystytam papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui), gali turėti ir teigiamą poveikį didinant sveikatos sistemų efektyvumą bei mažinant perteklinį (nebūtiną) ASPP vartojimą (Wranik, 2012).

^[1] EBPO (2025), Health expenditure and financing, <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=dc020cca-0bc2-4839-9b38-a28d9a164c71> (žr. 2025 m. liepą).

4. Intervencijų poveikio vertinimas

Santrauka: intervencijų poveikio vertinimas

- **Trilemos problema – situacija „pralaimi visi“.** SAM siūlomos intervencijos (gyventojų savo lėšomis padengiamų sveikatos išlaidų ambulatoriniame SP sektoriuje uždraudimas, viešojo SP sektoriaus stiprinimas privataus sektoriaus sąskaita (prioritetizuojant VLK sutarčių sudarymą su viešosiomis ASPĮ) vadovaujantis ASPĮ nuosavybės, o ne jų teikiamų ASPP kokybės bei veiklos efektyvumo kriterijais) nesprendžia iš esmės pasireiškusias problemas – simptomus (ilgos eilės ASPP, medikų trūkumas, reikšminga gyventojų tiesioginių mokėjimų dalis ir kt.) sukeliančių giluminių (sisteminių) priežasčių (SPS ir ASPĮ našumo stokos, nepakankamo SP viešojo finansavimo, ydingo ASPP teikimo planavimo, organizavimo ir apmokėjimo bei medikų darbo organizavimo ir kt.). Todėl tikėtina situacija „pralaimi visi“, kai blogės ASPP prieinamumas gyventojams, pacientų patirtis ir pasitenkinimas, prastės medicinos darbuotojų motyvacija bei išaugs emigracija, didės papildomų viešųjų išlaidų poreikis bei šešėlis SPS.
- **Eilės ir ASPP prieinamumas (pacientams)**
 - Privachos ASPĮ per 14 d. aptarnauja 56 % pacientų (vs 40 % viešosios); jų „išstiklinimas“ iš LNSS perkeltų dalį pacientų srautų į viešąsias ASPĮ, kurių šios nepajėgtų suvaldyti, užtikrinant visiems pacientams savalaikę ir kokybišką SP.
 - Pagal gydytojų etatų pasiskirstymą, įgyvendinus intervenciją kyla rizika prarasti ~7 % gydytojų etatinio darbo krūvio, o tai metų eigoje galimai pailgintų eiles ASPP ≈ +25 dienomis; o neįgyvendinus SPS ir ASPĮ našumo didinimo priemonių (jų nėra numatyta), eilės ASPP ilgės, pacientų pasirinkimas mažės, išaugs šešėlis ir neformalių atsiskaitymų mastas, negalint legaliai sumokėti už brangesnes, individualius paciento poreikius geriau atliepiančias ASPP; geresnės kokybės priemonės, medžiagos; paciento pageidaujamas geresnės priežiūros ar komforto paslaugas.
- **Darbo rinka ir kokybė (medikams)**
 - 2014–2021 m. gydytojų atlygis privačiame sektoriuje buvo vidutiniškai 17 % didesnis^[1] (žr. 31 pav.) nei viešajame. Įgyvendinant planą „iškelti“ gydytojus iš privačių į viešąsias ASPĮ, atsiras būtinybė kompensuoti gydytojams pajamų skirtumą, dėl to reikės visiems viešajame sektoriuje dirbantiems gydytojams proporcingai kelti darbo užmokestį (papildomų viešųjų finansų SPS poreikis), kils nelegalių mokėjimų išplitimo, medikų demotyvacijos dėl išaugusių virškrūvių, jų vidinės (išėjimo iš darbo rinkos) ir išorinės (išvykimo į kitas šalis) emigracijos rizikos.
 - Medikų apklausos indikacijos (Lietuvos medikų sąjūdis, 2025): net 87 % gydytojų tikisi didėsiančios emigracijos; numatomas perdegimo ir šešėlio augimas.
 - Pacientų apklausų indikacijos: pacientų apklausos rodo geresnę veiklos organizavimą, ASPP ir aptarnavimo kokybę privačiame SP sektoriuje, todėl valstybės kompensuojamų ASPP teikimo privačiose ASPĮ apimčių mažinimai ar naikinimai, gyventojų nuomone, žymiai pablogins ASPP kokybę, sveikatos priežiūrą bei pacientų patirtį.

^[1] VLK: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/naujienos/mediku-atlyginimai-per-9-metus-isaugo-tris-kartus> ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos narių duomenys

- **Viešieji SP finansai (finansuotojams)**

- Preliminarus SAM planuojamų intervencijų poveikis – daugiau nei 117 mln. Eur papildomo viešojo finansavimo poreikis per metus: ~80 mln. medicinos įrangai (ypač brangiųjų tyrimų), ~17 mln. ne PSDF šaltinių pakeitimui, ~7 mln. nekilnojajamajam turtui (patalpoms) (CAPEX/OPEX), ~13 mln. darbo užmokesčio paritetui.
- Mažėjant privačios SP veiklos apimtims, trauksis mokesčių bazė, o „ant popieriaus“ prognozuojami sutaupymai bus faktiškai žymiai mažesni dėl sumažėjusių mokesčių bei atsiradusių papildomų kaštų.
- **Intervencijų pagrindimo spragos.** SAM planuojamos intervencijos stokoja mokslinio vadybinio pagrindimo, įvardijami SPS iššūkiai ir siūlomi sprendimai neorientuoti į giluminių sisteminių problemų (angl. root causes) identifikavimą ir sprendimą, yra grindžiami linijiniu mąstymu, neįvertinant SPS kompleksiskumo ir į jį neatsižvelgiant, todėl nėra pagrindo teigti, kad bus pasiekti planuojamų intervencijų iniciatorių deklaruojami rezultatai. Valstybės kontrolės^[1] ir STT^[2] atliktuose tyrimuose fiksuojama siuntimų, darbo krūvių, sąnaudų / įkainių pagrįstumo duomenų bei vieningos registracijos ir vienodų praktikų stoka, ir dėl to bus sudėtinga duomenimis pagrįsti planuojamų intervencijų indėlio svorį įvardintų problemų sprendimuose.
- **Apibendrinimas.** Neįgyvendinus esminių SPS ir ASPĮ našumą (produktyvumą, efektyvumą, kokybę ir kt.) didinančių priemonių (pvz. procesų ir pacientų srautų skaitmeninimo, ambulatorinėmis sąlygomis teikiamų ASPP apimčių didinimo, gydytojų ir slaugytojų funkcijų, veiklų bei santykio optimizavimo ir kt.) ir neskiriant pakankamo viešojo finansavimo SP (nesulyginus ar bent nesumažinus esamo ženklaus skirtumo tarp valstybės biudžeto įmokų už valstybės lėšomis draudžiamų asmenų SP ir pagal darbo sutartis dirbančių asmenų PSD įmokų), darytina prielaida, kad siūlomos intervencijos tik išaugins eilių, šešėlio ir fiskalinių kaštų rizikas. Tikėtinas rezultatas – didesnis neįgyvendinamas nei prognozuojamas poveikis pacientams, medikams bei SP finansuotojams (viešiesiems finansams).

^[1] Valstybės kontrolė (2025). Vertinimo ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių mažinimas“, publikuota 2025 m. rugpjūčio 12 d. Nr. VRE-6. Nuoroda: [Produktas | Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė](#).

^[2] SST tyrimas (2020). [Pacientų eilių formavimo ir valdymo srityse trūksta skaidrumo ir sisteminio požiūrio | STT](#)

4.1. Suinteresuotosios grupės ir jų trilema

Siūlomos intervencijos sukuria politikams trilemos problemą – esant ribotiems ištekliams bei neįgyvendinus sisteminių SPS reformų (didinančių SPS ir ASPĮ našumą, keičiančių ASPP teikimo organizavimo ir finansavimo modelius bei praktikas ir kt.), vienu metu neįmanoma pagerinti visų trijų komponentų būklės (24 pav.).



22 pav. Gyventojų savo išsamiems padengiamų sveikatos išlaidų pasiskirstymo palyginimas: Lietuva vs ES šalių vidurkis (EK, 2023).

- **Pacientai.** Mažėjanti privačių paslaugų pasiūla ribotų valstybės kompensuojamų ASPP prieinamumą ir mažintų pacientams pasirinkimo galimybes. Privatus sektorius dėl didesnio efektyvumo ir technologinės pažangos amortizuoja „pikinius“ pacientų srautus sumažindamas eiles ASPP, didina SPS našumą, geriau atliepia individualius pacientų poreikius. Silpnėjant konkurencijai SPS, našumas mažės, eilės ASPP ilgės, pacientų patirtis prastės, nepasitenkinimo SPS lygis didės.
- **Medikai.** Privačios praktikos finansavimo ribojimas mažinant valstybės kompensuojamų ASPP gyventojams teikimo apimtį blogintų medikų atlygio ir darbo sąlygų perspektyvas, mažintų motyvaciją. Medikų apklausos rezultatai (N≈3 800, „Facebook“ socialinis tinklas, 2025 m. gegužės mėn.) rodo, kad net 87 % medikų mano, jog SAM planuojamos intervencijos pablogins medikams darbo sąlygas, išaugins darbo krūvius bei medikų emigraciją. Atsižvelgiant į tai, kad privačiame sektoriuje dirbančių gydytojų atlyginimai yra apie 17 % didesni nei viešajame, planuojamas gydytojų „perkėlimas“ iš privataus į viešąjį sektorių reikštų reikšmingas atlygio korekcijas, pareikalausiančias papildomų viešųjų finansų, norint išlaikyti esamą gydytojų atlygio lygį.

- **Finansuotojai (viešieji SP finansai).** Žymus VLK sutarčių su privačiomis ASPĮ apribojimas ar nutraukimas turėtų ir „paslėptų“ kaštų. Preliminarus vertinimas rodo daugiau kaip 117 mln. Eur papildomų metinių išlaidų, iš kurių ~80 mln. sudaro medicininės įrangos įsigijimai, ~17 mln. – ne PSDF šaltinių (ES, savivaldybės) pakeitimas, ~7 mln. – papildomos patalpų / NT išlaidos, ~13 mln. – atlyginimų kėlimas viešajame SP sektoriuje dirbantiems medikams iki privačiame SP sektoriuje dirbančiųjų atlyginimo lygmens. Traukiantis privačiai medicinai, kristų ir mokesčių pajamos, didėtų šešėlio (nelegalių atsiskaitymų) rizika.

Apibendrinimas: SAM siūlomos intervencijos gali pagerinti tam tikrus rodiklius tik „ant popieriaus“, tačiau realiame gyvenime nesumažins eilių ASPP, neišspręs darbo jėgos trūkumo / našumo gerinimo klausimų. Priešingai, tikėtina, kad planuojami sprendimai tik blogins ASPP prieinamumą ir pacientų patirtis, pablogins darbo sąlygas medikams ir sukels jų emigracijos bangą, pareikalaus papildomų viešųjų finansų. Taip bus sukurta situacija, kai pralaimi visi: mažės pridėtinė vertė pacientams, didės medikų demotyvacija ir kils fiskalinis spaudimą SPS.

4.2. Poveikis pacientams

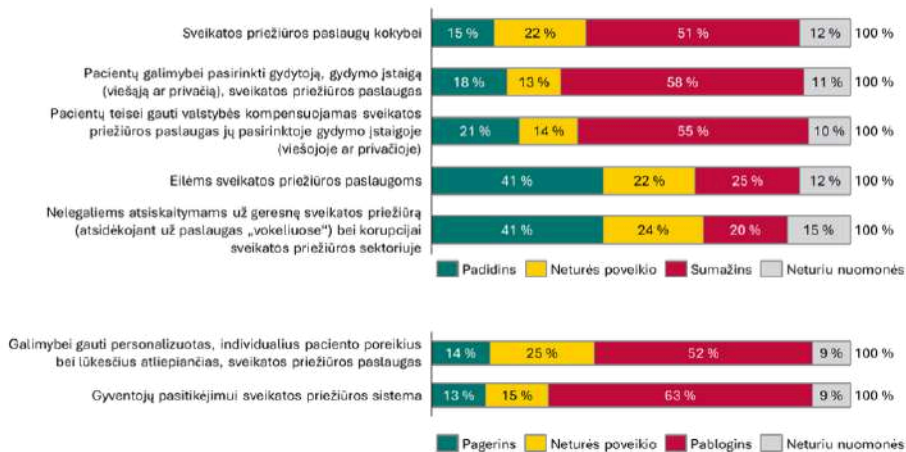
4.2.1. Neigiamas poveikis sveikatos priežiūrai

Lietuvos gyventojų apklausa^[1] rodo neigiamą planuojamos intervencijos vertinimą (25 pav.):

- 15 % tyrimo dalyvių mano, kad SAM planuojami įgyvendinti pokyčiai padidins SPP kokybę; pusė (51 %) teigia, jog ją sumažins, o 22 % – neturės poveikio.
- 18 % apklaustųjų teigia, jog pokyčiai padidins pacientų galimybę pasirinkti gydytoją, gydymo įstaigą (viešąją ar privačią), SPP; 58 % nurodo, kad sumažins, o 13 % – neturės poveikio.
- Penktadalis (21 %) gyventojų mano, kad pokyčiai padidins pacientų teisę gauti valstybės kompensuojamas SPP jų pasirinktoje gydymo įstaigoje (viešojoje ar privačioje); 55 % teigia, jog sumažins, o 14 % – neturės poveikio.
- 41 % respondentų nurodo, jog pokyčiai padidins eiles SPP; 25 % mano, kad sumažins, o 22 % – neturės poveikio.
- 41 % tyrimo dalyvių teigia, kad pokyčiai padidins nelegalius atsiskaitymus už geresnę SP (atsidėkojant už paslaugas „vokeliuose“) bei korupciją SPS; 20 % mano, jog sumažins, o 24 % – neturės poveikio.
- 14 % apklaustųjų mano, jog pokyčiai pagerins galimybę gauti personalizuotas, individualius paciento poreikius bei lūkesčius atliepiančias, sveikatos priežiūros paslaugas; 52 % teigia, kad pablogins, o 25 % – neturės poveikio.
- 13 % gyventojų nurodo, kad pokyčiai pagerins gyventojų pasitikėjimą SPS; 63 % mano, jog pablogins, o 15 % – neturės įtakos.

^[1] Lietuvos gyventojų apklausa (N = 1 025, 2025 m. birželis), organizuota „Spinter Research“.

Kaip manote, kokį realų poveikį turės anksčiau išvardyti SAM planuojami įgyvendinti pokyčiai:



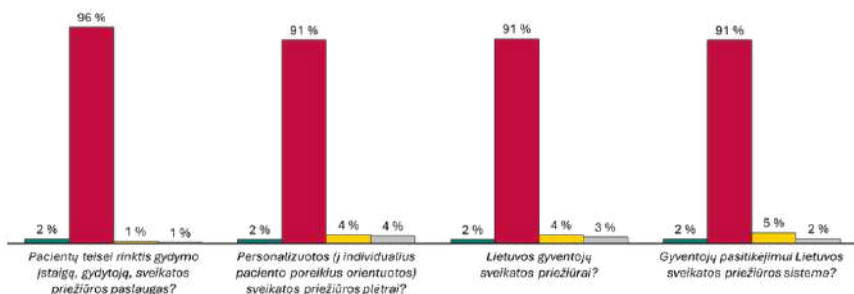
25 pav. Lietuvos gyventojų apklausa apie planuojamų pokyčių vertinimą duomenys (Spinter Research, 2025)

Kitos svarbios socialinės grupės – medikų – Lietuvos medikų sąjungos atliktos apklaustos^[1] rezultatai labai artimi pacientų apklaustos rezultatams: daugiau nei 90 % respondentų (medikų) mano, kad planuojami pakeitimai tik pablogins pacientų teisę rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą, neigiamai paveiks personalizuotos (į paciento poreikius orientuotos) ASPP plėtrą, gyventojų SP bei pablogins gyventojų pasitikėjimą SPS (26 pav.):

Sveikatos priežiūros specialistų apklausa
2025 m. gegužė

Pagerins Pablogins Neturės poveikio Neturiu nuomonės

Kaip manote, kokį realų poveikį turės anksčiau išvardyti planuojami pokyčiai, jei jie bus įgyvendinti?



26 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausa apie planuojamų pokyčių poveikį (Lietuvos medikų sąjūdis, 2025)

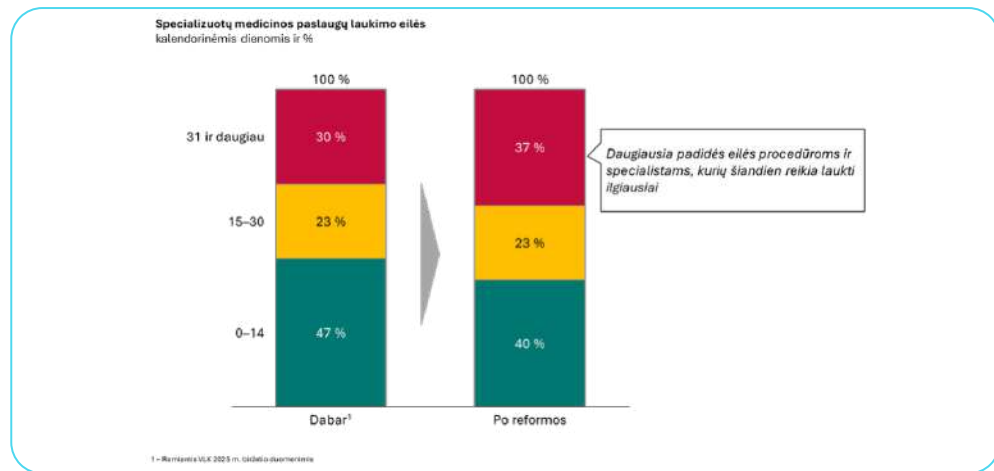
^[1] Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausa (N = 3 800, 2025 m. gegužė) „Facebook“ socialiniame tinkle (Lietuvos medikų sąjūdis, 2025).

4.2.2. Eilių sveikatos priežiūros paslaugoms didėjimas

Esminė prieigos prie SP kliūtis – eilės ASPP: Valstybės kontrolės atliktas vertinimas rodo, kad net 73 % gyventojų ilgą ASPP laukimą įvardija kaip svarbiausią SPS problemą^[1]. Šiuo metu privatūs teikėjai padeda absorbuoti ASPP (ypač ambulatoriniame sektoriuje) paklausos pikus dėl didesnio veiklos našumo, efektyvesnio planavimo ir medicinos įrangos panaudojimo, taip pat dažnai atneša į SPS naujausias (modernias, inovatyvias) diagnostikos ir gydymo technologijas, pažangius vadybos metodus. Sumažinus privačių ASPĮ veiklos apimtis teikiant valstybės kompensuojamas ASPP, jomis besinaudojančių pacientų srautai nukryptų į viešojo sektoriaus ASPĮ, kurių laidumas dar labiau pablogėtų (šiuo metu viešosiose ASPĮ kai kurioms gydytojų specialistų konsultacijoms laukimo eilės yra nuo kelių savaitių iki kelių mėnesių), ASPP laukimo laikas taptų dar ilgesnis, dėl to didesnės dalies pacientų gydymas būtų uždelstas ir jie patirtų visas su tuo susijusias neigiamas pasekmes (ilgesnis gilimo ir nedarbingumo laikotarpis, didesnė komplikacijų rizika ir kt.), o valstybė dėl to patirtų papildomų išlaidų SP ir socialinės rūpybos srityse.

Siekiant įvertinti darbo jėgos pokyčius ir jų poveikį eilėms ASPP, atliktas dviejų scenarijų modeliavimas^[2]:

A scenarijus. Jeigu visi privačiai praktikuojantys medikai būtų perkelti į viešąsias ASPĮ, o jų produktyvumas taptų dabartinio viešųjų ASPĮ lygio, svertinis vidurkis pagal gydytojų skaičių (16 pav.) rodo, kad eilės ASPP pailgėtų – ypač pas tuos specialistus ir dėl tų paslaugų, kur laukimo laikas jau dabar yra ilgiausias (27 pav.):



27 pav. Specializuotų medicinos paslaugų laukimo eilės (VLK duomenys, 2025).

^[1] Valstybės kontrolė. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių mažinimas.

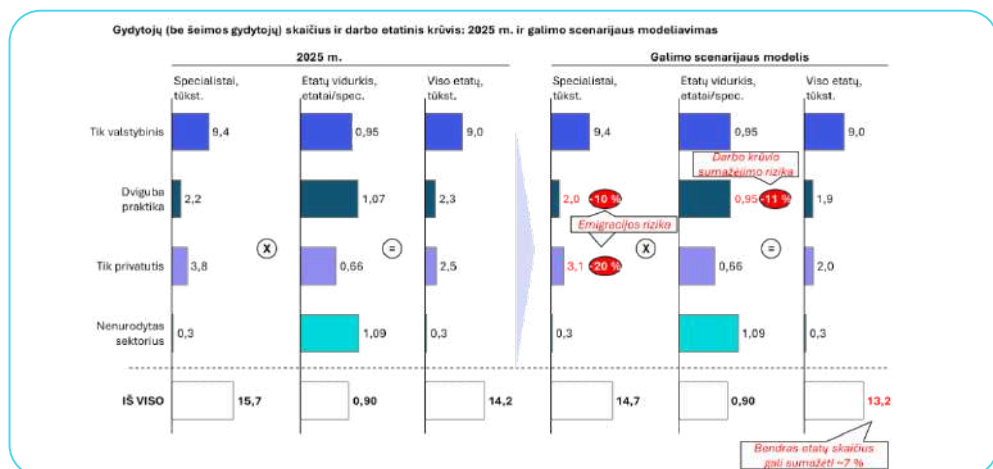
^[2] Studijos rengėjų atliktas modeliavimas pagal VASPTV pateiktus duomenis (2025) ir tyrimo komandos daromas prielaidas.

Tai atliepia eilių teoriją: kai sistema veikia arti maksimalaus užimtumo, net ir nedidelis efektyvaus pajėgumo sumažėjimas (daugiau administracinių užduočių, prastesnis gydytojų / slaugytojų santykis, trumpesnis darbo laikas vakarais ar savaitgaliais ir kt.) neproporcingai pailgina ASPP laukimą. Jei dalis gydytojų dėl mažesnio atlygio ir prastesnių darbo sąlygų sumažintų krūvį ar pasitrauktų iš Lietuvos SPS (išėjimo iš darbo rinkos, emigracijos), eilės išaugtų dar labiau. Esant aukštam užimtumui, 5–10 % pajėgumo netektis gali sukelti ne linijinį, o spartesnį laukimo eilių augimą.

B scenarijus. Skirtingos gydytojų grupės reaguoja nevienodai:

- tik valstybiniame sektoriuje dirbantys – be pokyčių;
- dvigubą praktiką vykdantys – dalis emigruoja ar keičia profesiją (– 10%), likusieji sumažina krūvį iki vieno sektoriaus lygio (nuo 1,07 iki 0,95 etato; – 11%);
- tik privačiame sektoriuje dirbantys – pagrindinė rizika emigracija (– 20%).

Prognozuojama, kad bendras gydytojų etatų skaičius sumažėtų apie 7%. Tai reikštų vidutiniškai apie 25 dienomis ilgesnes laukimo eiles per metus ($365 \times 0,93 = 340$; skirtumas ≈ 25 d.) (28 pav.):



28 pav. Gydytojų specialistų skaičius ir etatinio darbo krūvio modeliavimas (Studijos rengėjai, 2025)

4.2.3. Sveikatos priežiūros kokybės pablogėjimas

Atlikta viešai prieinamame portale Pincetas.lt pateiktų pacientų atsiliepimų analizė^[1] rodo, kad pacientų rekomendacijas labiausiai lemia ASPĮ registratūros darbas, gydytojų profesionalumas ir komunikacija, klinikos aplinkos komfortas bei laukimo trukmė – visais išvardintais aspektais privatus ASPP teikėjai įvertinti aukštesniais balais nei viešieji (29 pav.):

^[1] Pincetas.lt portalo atvirų duomenų rinkimas (angl. scraping) ir analizė (2025 m. rugpjūčio mėn.).

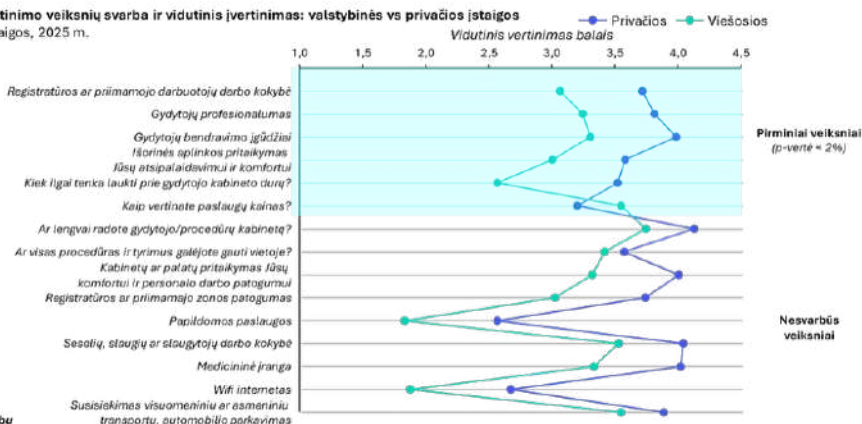
Klinikų vertinimo veiksnų svarba ir vidutinis įvertinimas: valstybinės vs privačios įstaigos

N = 379 įstaigos, 2025 m.

Svarbiau



Mažiau svarbu

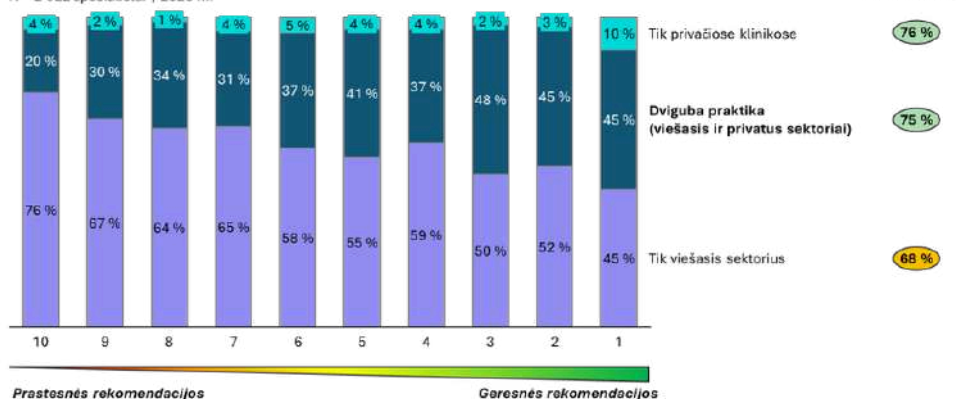


29 pav. ASPJ vertinimo veiksnų svarba, valstybinių ir privačių ASPJ veiklos kokybės palyginimas pacientų vertinimu.

Papildoma pacientų atsiliepimų apie gydytojus analizė rodo, jog dvigubą praktiką turintys gydytojai specialistai dažniau patenka į aukščiausią pacientų vertinimų decilį (45 % dvigubos praktikos vs 20 % blogiausiam decilyje) (30 pav.), tad „išstingtinus“ iš LNSS privačius teikėjus ir traukiantis privačiai praktikai, tikėtina, bendras pacientų pasitenkinimo lygis mažėtų.

Praktikos tipų pasiskirstymas pagal įvertinimo decilį

N = 2 022 specialistai, 2025 m.

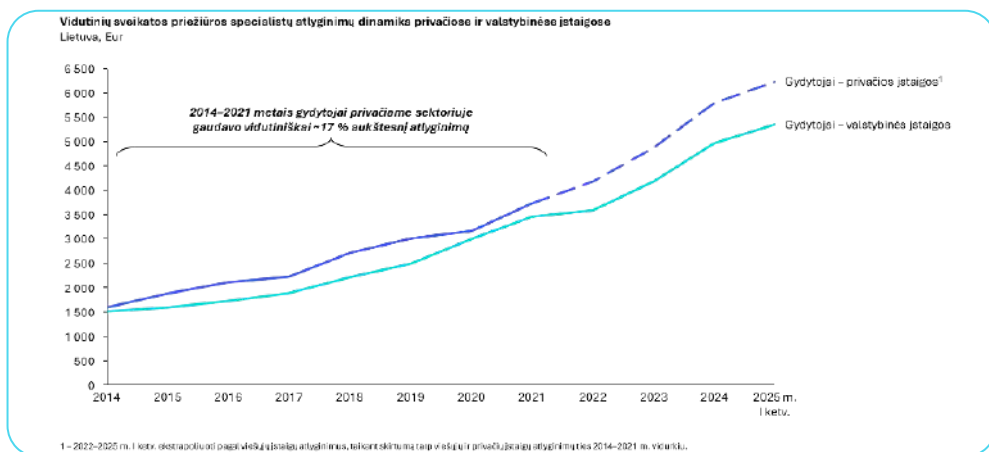


30 pav. Gydytojų praktikos tipų (privati, viešoji, dviguba) vertinimas (Pincetas.lt, 2025).

4.3. Poveikis medikams

4.3.1. Atlyginimų sumažėjimas

Privatus SPS sudaro sąlygas aukštos kvalifikacijos gydytojams gauti didesnę atlygį už kokybiškai atliktą darbą. Pacientų tiesioginių mokėjimų už ASPP panaikinimas ir sutarčių sudarymo su valstybinėmis ASPĮ prioritizavimas nukreiptų dalį medikų iš privataus į viešąjį sektorių, neigiamai paveiktų jų atlygio motyvą: 2014–2021 m. privačiame SP sektoriuje dirbantys gydytojai specialistai uždirbo vidutiniškai 17 % daugiau nei dirbantys viešajame SP sektoriuje^[1] (31 pav.):



31 pav. Gydytojų specialistų vidutinio atlyginimo dydžio dinamika privačiose ir valstybinėse ASPĮ (VLK, 2025).

4.3.2. Darbo sąlygų pablogėjimas ir šešėlio išplitimas

Medikų apklausos duomenimis^[2], 84 % jų prognozuoja šešėlinės ekonomikos augimą, 91% – darbo sąlygų blogėjimą ir krūvio didėjimą (32 pav.).

STT užsakymu nuo 2001 m. rinkos tyrimų įmonės „Kokybės ekspertai“ kasmet atliekamos visuomenės apklausos, pagal kurias sudaromas Lietuvos korupcijos žemėlapis^[3], rodo, kad Lietuvos gyventojų ir valstybės tarnautojų vertinimu Lietuvos viešojo sektoriaus ASPĮ yra labiausiai korumpuotos, lyginant su kitomis institucijomis ar įmonėmis.

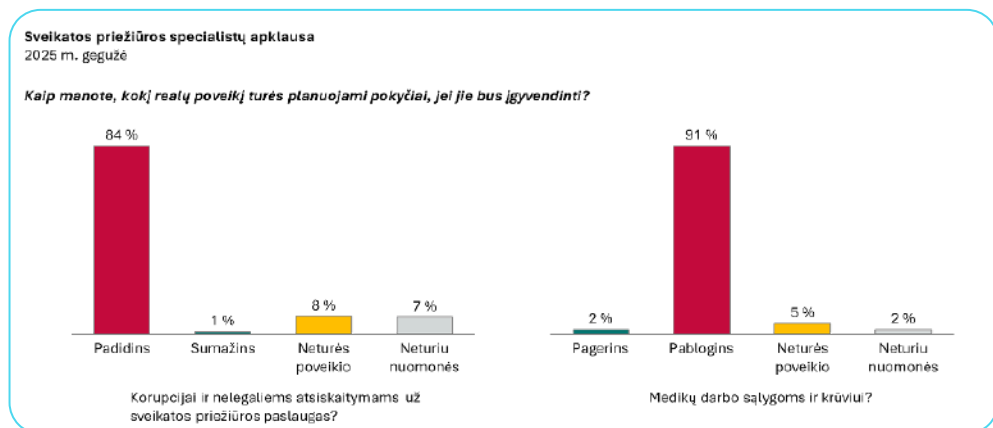
^[1] VLK: <https://ligoniukasa.lv.lt/lt/naujienos/mediku-atlyginimai-per-9-metus-isaugo-tris-kartus> ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos narių duomenys.

^[2] Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausa (N = 3 800, 2025 m. gegužės mėn.), vykdyta Lietuvos medikų sąjūdžio „Facebook“ socialiniame tinkle.

^[3] Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnybos inicijuota visuomenės nuomonės apklausa – „Lietuvos korupcijos žemėlapis 2023/2024“ (prieiga: [Lietuvos korupcijos žemėlapis I STT](#)) (STT, 2025).

SAM planuojamos intervencijos, panaikinančios gyventojams galimybes oficialiai sumokėti kainų skirtumą už brangesnes ASPP, medžiagas ar procedūras arba sumokėti kitų ar papildomų ASP ar komforto paslaugų visą kainą, tik dar labiau padidins korupcijos ir šešėlio apraiškas šiose įstaigose, nes pacientai, negalėdami sumokėti oficialiai, „atsidėkos“ neoficialiai už geresnę, individualius jų poreikius labiau atliepiančią, sveikatos priežiūrą.

Pažymėtina, kad didelis darbo krūvis yra viena iš pagrindinių medikų nuovargio ir perdegimo priežasčių. Planuojamų intervencijų prognozuojama pasekmė – viešajame sektoriuje dirbančių medikų darbo krūvio išaugimas (išaugus papildomiems pacientų srautams iš privataus sektoriaus ASPĮ, šioms sumažinus finansavimą valstybės kompensuojamoms ASPP teikti), dėl kurio didės medikų nepasitenkinimas SPS.



32 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausa dėl SAM siūlomų intervencijų poveikio (poveikis korupcijai, nelegaliems atsiskaitymams už ASPP, medikų darbo sąlygoms ir krūviui (Lietuvos medikų sąjūdis, 2025).

4.3.3. Emigracijos didėjimas

Radikės ir Žuromskio (2023)^[1] vykdyta užsienyje dirbančių Lietuvos gydytojų apklausa parodė, kad pagrindinės emigracijos priežastys yra nepakankamas atlygis, korupcija ir toksiška darbo aplinka. Lietuvos medikų sąjūdžio atliktos Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausos^[2] (N ≈ 3 800; 2025 m. gegužės mėn.) duomenimis, net 87 % gydytojų mano, jog siūlomos intervencijos padidintų Lietuvos medikų emigraciją (33 pav.):

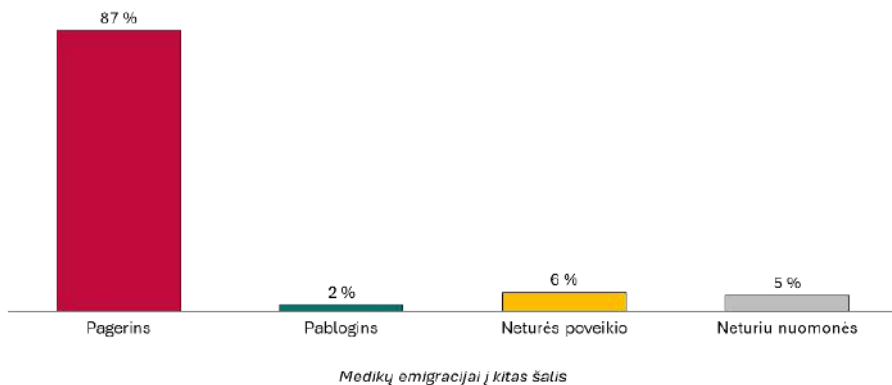
^[1] Radike, M., & Zuromskis, T. (2023). Lithuanian physicians practicing abroad: Reasons to leave and conditions to return to Lithuania. A survey. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 128, 75–83.

^[2] Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausa (N = 3 800, 2025 m. gegužės mėn.), vykdyta Lietuvos medikų sąjūdžio „Facebook“ socialiniame tinkle.

Sveikatos priežiūros specialistų apklausa

2025 m. gegužė

Kaip manote, kokį realų poveikį turės anksčiau įvardinti planuojami pokyčiai, jei jie bus įgyvendinti?



33 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų apklausa dėl SAM siūlomų intervencijų poveikio (poveikis emigracijai) (Lietuvos medikų sąjūdis, 2025).

4.4. Poveikis finansuotojams (viešiesiems finansams)

4.4.1. Papildomų investicijų poreikis

Privačios ASPJ operuoja reikšminga dalimi brangios medicinos įrangos: 55 % MRT, 20 % MMG, 16 % KT ir kt. Įgyvendinant planuojamas intervencijas, perkeltant valstybės kompensuojamas specializuotas ASPP iš privataus į viešąjį sektorių ir atitinkamai nukreipiant pacientų srautus, iškiltų neišvengiama papildomų investicijų į viešųjų ASPJ infrastruktūros ir pajėgumų stiprinimą poreikis, o tai pareikalautų apie 80 mln. Eur investicijų^[1], (34 pav.):

Papildomų investicijų į viešųjų ASPJ infrastruktūrą poreikis, mln. Eur						
	Vidutinė įsigijimo kaina, mln. Eur, 2024 m.	Priemonių skaičius, vienetais, 2024 m.		Tyrimų skaičius, tūkst., 2024 m.		Reikalingos investicijos pakeisti privatų sektorių mln. Eur
		Valstybinis sektorius	Privatus sektorius	Valstybinis sektorius	Privatus sektorius	
MRT	1,1	24	29	96	217	60
DUG	0,07	1 018	119			8
KT	0,7	70	13	501	81	8
DRP	0,16	403	23			4
MMG	0,16	40	10	342	26	0,5
IŠ VISO						80

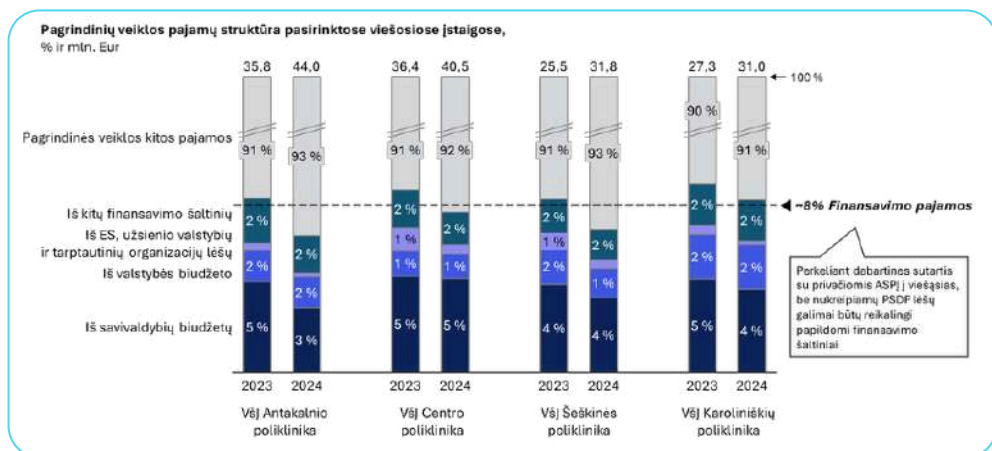
34 pav. Papildomų investicijų į viešojo sektoriaus ASPJ poreikis, įgyvendinus SAM planuojamas intervencijas (VASPVT, Studijos rengėjų modeliavimas, 2025).

4.4.2. Papildomo, ne iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, finansavimo poreikis

Apie 8 % viešųjų ASPJ pajamų sudaro ne PSDF šaltiniai (ES fondai, savivaldybių lėšos, steigėjų dotacijos ir kt.)^[2], (35 pav.). Perkeltant valstybės kompensuojamas specializuotas ASPP apimtis iš privataus į viešojo sektoriaus ASPJ, ši dalis proporcingai didėtų ir turėtų būti užtikrinta papildomu finansavimu, kuris, konservatyviu vertinimu, sudarytų apie 17 mln. Eur per metus.

^[1] VASPVT ataskaita „Brangios SP technologijos 2024 m.“ ir Studijos rengėjų modeliavimas. Santrumpos: MRT – magnetinio rezonanso tomografas, DUG – diagnostinė ultragarso priemonė, KT – kompiuterinis tomografas, DRP – diagnostinė rentgeno priemonė, MMG – mamografas.

^[2] Įstaigų metinės ataskaitos: VšĮ Antakalnio poliklinika. (https://www.antakpol.lt/uploads/finansines_ataskaitos/2025/V%C5%A1%C4%AE%20Antakalnio%20poliklinikos%20finansin%C4%97%20ataskaita%20u%C5%BE%202024%20metus.pdf), VšĮ Centro poliklinika. (<https://pylimas.lt/doclib/6w5uoru8cx8t621c92ajaw56w3y8affk>), VšĮ Šeškinės poliklinika. (https://www.poliklinika.lt/uploads/pdf%20dokumentai/Administacin%C4%97%20informacija/0608_Q01.pdf), VšĮ Karoliniškių poliklinika (https://www.karpol.lt/uploads/Finansines_ataskaitos/2024_FA_Metinis_rinkiny_s_audito_isvados_web.pdf).



35 pav. Pagrindinių veiklos pajamų struktūra pasirinktose viešosiose ASP (ASP) metinės finansinės ataskaitos, 2023-2024).

4.4.3. Nekilnojamojo turto subsidijos

Viešosios ASP į naudojami valstybės /savivaldybių turtu, kurio rinkos nuoma, amortizacija ir kapitalo kaštai dažnai nepilnai atvaizduojami savikainoje (VLK įkainiuose)^[7], (36 pav.). Perkeltant valstybės kompensuojamas specializuotas ASPP apimtis iš privataus į viešojo sektoriaus ASP, didinant viešosiose ASP ASPP apimtis, iškiltų papildomų patalpų, rekonstrukcijų, įrangos ir OPEX poreikis, kas, konservatyviu vertinimu, sudarytų apie 7 mln. Eur per metus.

[7] Įstaigų metinės ataskaitos: VšĮ Antakalnio poliklinika

(https://www.antakpol.lt/uploads/finansines_ataskaitos/2025/V%C5%A1%C4%AF%20Antakalnio%20poliklinikos%20finansin%C4%97%20ataskaita%20u%C5%BE%202024%20metus.pdf), VšĮ Centro poliklinika

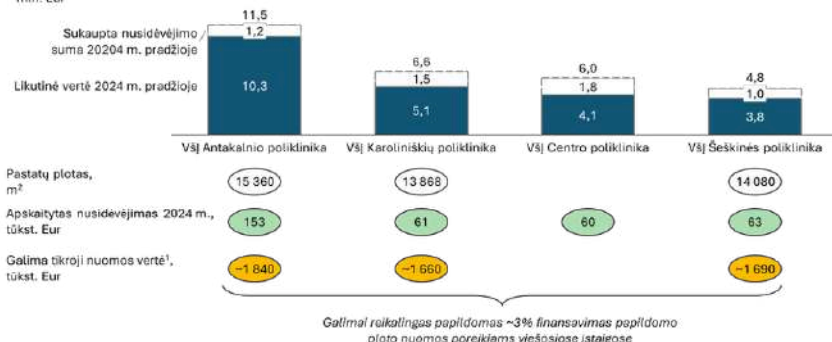
(<https://pylimas.lt/doclib/6w5uoru8cx8t621c92ajaw56w3y8affk>), VšĮ Šeškinės poliklinika

(https://www.poliklinika.lt/uploads/pdf%20dokumentai/Administacin%C4%97%20informacija/O608_001.pdf), VšĮ Karoliniškių poliklinika

(https://www.karpol.lt/uploads/Finansines_ataskaitos/2024_FA_Metinis_rinkiny_audito_isvados_web.pdf), Oberhaus rinkos analizė (<https://www.oberhaus.lt/wp-content/uploads/Ober-Haus-Market-Report-Lithuania-2025.pdf>).

Pastatų, infrastruktūros statinių, ir kitų statinių balansas pasirinktose viešosiose įstaigose,

mln. Eur



¹ - Remiantis Oberhaus tyrimo pranešimu B klasės biuro nuomos kainos žemės ūkio rizių - 10 EUR/m²/ mėn.

36 pav. Pastatų, infrastruktūros statinių ir kitų statinių balansas pasirinktose viešosiose ASPĮ (ASPĮ metinės finansinės ataskaitos, 2023–2024, Oberhaus 2024)

4.4.4. Darbo užmokesčio paritetas

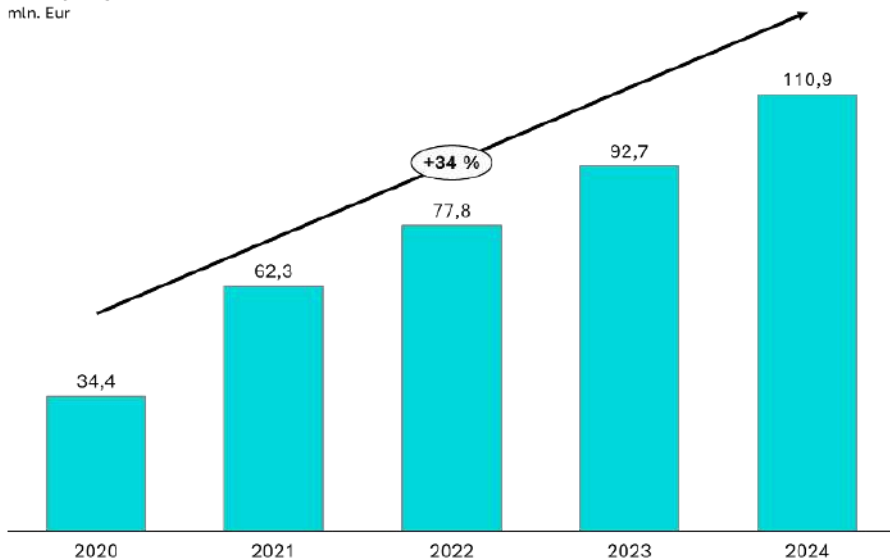
Siekiant išlaikyti medicinos specialistus Lietuvoje, viešojo sektoriaus ASPĮ dirbančių medikų atlyginimus reikėtų priartinti prie privataus sektoriaus ASPĮ dirbančių medikų lygio (t. y. didinti apie 17 %), o tai sudarytų apie 13 mln. Eur papildomų išlaidų (31 pav.).

4.4.5. Biudžeto pajamų praradimas

2020–2024 m. privačių ASPĮ sumokėtų mokesčių suma į biudžetą išaugo daugiau nei tris kartus – nuo 34,4 mln. iki 110,9 mln. Eur^[1] ir reikšmingai padidino bendrą mokesčių bazę. Todėl, mažėjant privataus sektoriaus veiklos mastui, valstybės biudžeto pajamos dėl mokesčių praradimo neišvengiamai sumažėtų (37 pav.):

^[1] VMI Juridinių asmenų sumokėtų mokesčių duomenų bazė (<https://data.gov.lt/datasets/673/>).

Privatų ASPĮ sumokėti mokesčiai*
mln. Eur



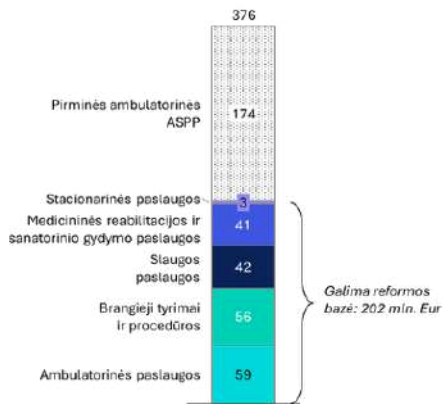
*Ištrauktos tik 2024 m. TLK ambulatorinėms asmenims sveikatos priežiūros paslaugoms finansuojamos privačios įstaigos

37 pav. Privatų iš PSDF biudžeto kompensuojamas ambulatorines ASPP teikiančių ASPĮ sumokėtų mokesčių į valstybės biudžetą dinamika 2020–2024 m. (VMI duomenų bazė, 2024).

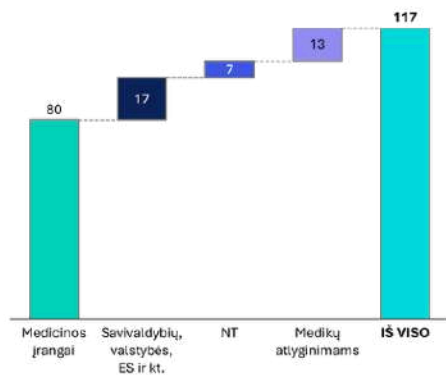
Apibendrinant, konservatyviu vertinimu, SAM siūlomų intervencijų poveikio rezultatas: grynas poveikis gali viršyti 117 mln. Eur papildomų metinių valstybės išlaidų^[1] (38 pav.) ir sumažinti fiskalinį manevro laisvumą bei paneigti „sutaupymo“ iliuziją.

^[1] VLK informacija „2024 m. TLK ir ASPĮ sutarčių dėl ASPP teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymas“ bei Studijos rengėjų modeliavimas (2025).

2024 m. TLK ir privačių ASPJ sutartinės sumos dėl ASPP apmokėjimo,
mln. Eur



Prognozuojamas papildomas viešųjų finansų poreikis
valstybinėms gydymo įstaigoms,
mln. Eur



38 pav. Prognozuojamas papildomas viešųjų finansų poreikis viešojo sektoriaus ASPJ, įgyvendinus SAM suplanuotas intervencijas (VLK duomenys, Studijos rengėjų modeliavimas, 2025).

4.3.6. Korupcijos ir šešėlio išplitimo rizika

Visiškas gyventojų tiesioginių mokėjimų už brangesnę ar geresnę SP uždraudimas padidintų neformalių atsiskaitymų už greitesnes, geresnes ASP bei komforto paslaugas, inovatyvesnius gydymo būdus, geresnės kokybės medžiagas, medicinos priemones. Lietuvoje neformalus mokėjimai viešajame sektoriuje („vokeliai“, „padėkos“) socialiai normalizuoti (Global Anticorruption Blog, 2019). STT vertinimu^[1] (atlikus keturias korupcijos rizikos analizes dėl asmenų registravimo į ASPP laukimo eiles ir šių eilių valdymo proceso), taip pat įvertinus 16 ASP į visoje Lietuvoje darbo praktiką formuojant ir valdant pacientų eiles, STT vertinimu „*nėra sukurta tinkamai veikianti vieninga, į pacientą orientuota registravimo sistema sveikatos priežiūros paslaugoms gauti. Taip pat nėra suformuotos vienodos darbo praktikos visose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemai (LNSS) priklausančiose ASP į, kas leistų išvengti interpretacijų, sukuriančių prielaidas korupcijos rizikos veiksnių atsiradimui*“, todėl „*siekiant didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir šalinti identifikuotus korupcijos rizikos veiksnius, konstatuota ir kitų sisteminių pokyčių inicijavimo būtinybė: spręsti sveikatos priežiūros specialistų trūkumo problemą, sukurti realia pacientų patirtimi pagrįstą ASP į ir atskirų sveikatos priežiūros specialistų vertinimo bei reitingavimo mechanizmą*“.

Moksliniai tyrimai^{[2], [3]} rodo, jog ten, kur formalūs mechanizmai nesuderina paskatų arba adekvačiai nekompensuoja ASPP teikėjų sąnaudų, plinta neformalus ar kvaziformalus mokėjimai; taip pat pažymi, kad šalyse valdymo trūkumų nulemti sprendimai, griauinantys formalią kainodarą nepakeičiant paskatų, gali paskatinti tiek korupciją, tiek neapskaitomą veiklą.

Todėl gyventojų galimybės rinktis ir savo lėšomis primokėti už savo SP panaikinimas Lietuvoje, nepadidinus viešojo finansavimo SP, nepakeitus viešųjų ASP į valdysenos modelio bei nesukūrus skaidraus ASPP kompensavimo bei paskatų paslaugų teikėjams už rezultatų kokybę ir kuriamą vertę mechanizmo, gali tik dar labiau padidinti ir taip SPS esamas dideles įtampas: dalis medikų bus priversti atlyginimo trūkumą padengti neformaliai gaunamais pacientų mokėjimais (atsilyginant „vokeliuose“), taip de facto institucionalizuojant korupciją ir mažinant skaidrumą SPS. Kai neformalus mokėjimai tampa tikėtina atlygio dalimi, sveikatos priežiūros specialistai vis labiau jais remiasi papildydami nestabilų ar nepakankamą oficialiai mokamą atlyginimą. Nusikalstamos veikos požymių turinti nelegalių atsiskaitymų už ASPP praktika tampa daugumai medikų (ypač jaunesnio amžiaus) nepriimtina, todėl gali paskatinti aukštos kvalifikacijos SP specialistų emigraciją į kitas šalis, kurios praktiškai visos susiduria su medikų trūkumo problema.

^[1] SST tyrimas (2020) [Pacientų eilių formavimo ir valdymo srityse trūksta skaidrumo ir sisteminio požiūrio | STT](#)

^[2] Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. Health Policy; Lewis, M. (2010). Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries. IPC Working Paper / World Bank.

^[3] Dreher, A., Schneider, F. (2010). Corruption and the shadow economy: an empirical analysis. Public Choice; Schneider, F., Enste, D. (2000). Shadow Economies: Size, Causes, and Consequences. Journal of Economic Literature.

Moksliniai tyrimai^[1] apie korupciją sveikatos apsaugoje ir darbo jėgos mobilumą leidžia manyti, kad korupcija ir šešėlinė ekonomika prisideda prie medikų nutekėjimo iš Rytų Europos. Daliai medikų emigravus, likusiems didėja darbo krūvis, mažėja motyvacija, ilgėja laukimo eilės ir blogėja paslaugų kokybė – ypač tiems pacientams, kurie negali naudotis neformaliais SP „paspartinimo“ ar „pagerinimo“ kanalais.

Apibendrinant dera pasakyti, kad SAM siūlomos intervencijos, susijusios su gyventojų tiesioginių mokėjimų už ASPP draudimu bei privačių ASPĮ „ištinklinimu“ iš LNSS kelia korupcijos ir nelegalių mokėjimų apimčių didėjimo riziką SPS, be to, skatina medikų, nesitaikstančių su šešėliniu atlygiu, emigraciją į kitas šalis. Tokie sprendimai gali paleisti „domino“ efektą – paskatinti gydytojų emigraciją ir pabloginti valstybės kompensuojamų specializuotų ASPP prieinamumą gyventojams, labiausiai neigiamai paveikiant pažeidžiamiausias pacientų grupes.

^[1] „Informal Payments by Patients in Central and Eastern Europe“ (2021) – AV Horodnic et al.; „Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector“ – Europos Komisija / Ecorys (2017).

5. Rekomendacijos

Santrauka:

- **Strateginis tikslas ir principas.** Intervenciją orientuoti į pacientų vertę (VBHC^[1]) – rezultatai / sąnaudos viso gydymo ciklo mastu, nuosavybės-neutraliai. Vietoje simptomų (eilės, „gydytojų trūkumas“, tiesioginės išlaidos) šalinti tikrąsias problemas priežastis: produktyvumą (srautai, darbo organizavimas, komandos sudėtis) pažangios vadybos pagalba ir viešąjį finansavimą (adekvatus PSDF).
- **Rekomendacijų struktūra.** Trys sritys – Pacientai, Finansuotojai, Teikėjai – ir du horizontai: trumpalaikės priemonės ir ilgalaikės kryptys.
- **Pacientai: Mažinti eiles paslaugoms ir tiesioginių mokėjimų apimtis**
 - Trumpalaikės priemonės – Priemokų už medicinos paslaugas ir priemones aiškus reguliavimas ir jų kompensacijos socialiai pažeidžiamų visuomenės grupių atstovams.
 - Ilgalaikė kryptis – viešojo finansavimo didinimas (valstybės lėšomis draudžiamų asmenų įmokų prilyginimas dirbančių pagal darbo sutartis asmenų PSD įmokoms) bei papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo (amortizuojančio priemokas) plėtra.
- **Finansuotojai (VLK): Mokėti teisingai ir už generuojamą rezultatą ir kuriamą pacientams vertę**
 - Trumpalaikės priemonės – Ekonomiškai pagrįstų ASPP įkainių nustatymas.
 - Ilgalaikė kryptis – Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir finansavimo modelio keitimas (strateginio pirkimo ir apmokėjimo už rezultatus (vertę) principų įvedimas).
- **Teikėjai: Efektyvinti valdymą ir veiklą**
 - Trumpalaikės priemonės – Valstybinėse ASPĮ gerosios valdysenos principų diegimas.
 - Ilgalaikė kryptis – Veiklos efektyvumo / produktyvumo didinimo iniciatyvos ir programos, ASPĮ apmokėjimo iš PSDF biudžeto susiejimas su jų teikiamų paslaugų kokybe, veiklos efektyvumu ir rezultatais.

^[1] “Value based health care” koncepcija ir sistema (M Porter. [Value-Based Health Care – Institute For Strategy And Competitiveness – Harvard Business School](#)).

5.1. Vertės kūrimu grįsta sveikatos priežiūra

Siekiant išspręsti identifikuojamąsias SP problemas, būtina nustatyti aiškius ir tikslus intervencijų tikslus. Tam reikia visų SPS dalyvių (suinteresuotųjų šalių) bendro sutarimo dėl tikslų ir konsensuso dėl priemonių jiems pasiekti. Vadinasi, svarbu suderinti skirtingus, neretai prieštaraujančius vienas kitam SPS dalyvių tikslus bei poreikius. Didesnės vertės pacientams kūrimas turėtų tapti generaline SPS funkcionavimo ir visų SPS dalyvių veiklą vienijančia misija ir veiklos tikslu, kur vertė apibrėžiama kaip maksimalios naudos pacientams sukūrimas (Porter, 2010). Esant ribotiems ištekliams, tai reiškia, kad turėtų būti siekiama geriausių rezultatų (sukurtos vertės pacientams) mažiausiomis sąnaudomis. Tokia principine nuostata besivadovaujanti SPS vadinama vertės kūrimu grįsta sveikatos priežiūra (angl. *value based health care*, VBHC) (Porter, 2010). Šis tikslas yra svarbus visiems pacientams ir galėtų suvienyti visų sveikatos sistemos dalyvių (suinteresuotųjų šalių) interesus ir tikslus. Jei vertė pacientams padidėja, gyventojai (pacientai), mokėtojai už ASPP (tarp jų – valstybinio ir privataus sveikatos draudimo įstaigos), ASPP teikėjai gauna naudą, o SPS ekonominis tvarumas padidėja.

Vertė sveikatos apsaugos sistemoje turėtų būti apibrėžiama iš paciento pozicijos (Porter, 2010). Gerai veikiančioje sveikatos apsaugos sistemoje vertės kūrimas pacientams turėtų nulemti visų kitų sistemos dalyvių interesus. Kadangi ši vertė priklauso nuo SP rezultatų, o ne nuo įdėtų pastangų (atlikto darbo), ji turi būti matuojama pagal pasiektus rezultatus, o ne pagal suteiktų paslaugų apimtį (Porter, 2010; Stowell, Akerman, 2015). Vertės sąvokoje yra ir integruotas efektyvumo aspektas, nes vertė apibrėžiama per rezultatus – juos lyginant su sąnaudomis. SP sąnaudų mažinimas, neatsižvelgiant į pasiektus rezultatus, yra pavojingas ir neproduktyvus, nes veda prie klaidingo „sutaupymo“ ir gali nulemti neefektyvias paslaugas. Pasiekti rezultatai kaip vertės išraiška yra daugialypiai ir specifiniai kiekvienam pacientui, jo sveikatos būklei. Suteiktų SPS paslaugų kaina turėtų atspindėti ne išlaidų atskiroms ASPP aritmetinę sumą, bet visuminės paciento būklės / ligos gydymo ciklo išlaidas (pvz. cukrinio diabeto gydymas turi apimti tokių būklių kaip hipertenzija, inkstų ligos, tinklainės ligos ir kraujagyslių ligos gydymą, o vertė turėtų būti matuojama pagal visas veiklas, kurios įeina į tą gydymą).

Siekiant sukurti kuo daugiau vertės pacientams ir sprendžiant SPS problemas, daugelis šalių pradeda įgyvendinti vertės pacientams kūrimu grįstus ASPP teikimo ir finansavimo modelius (Nilsson, Bååthe, Andersson et al., 2017; Teisberg, Wallace, O'Hara, 2020; Griffiths, Odelade, Gostkiewicz, Cordero, 2023; Caramés, Arcos, Pfang, Cristóbal and Álvaro de la Parra, 2024; García-Lorenzo, Gorostiza, Alayo, Castelo Zas, Cobos Baena, Gallego Camiña, ... & Fullaondo, 2024). Perėjimas prie vertės kūrimu grįstos sveikatos priežiūros (VBHC) ligoninėse yra naudingas ne tik pacientams – pritaikius VBHC, efektyviau naudojami (taupomi) viešieji finansai (Caramés, Arcos, Pfang, Cristóbal & Álvaro de la Parra, 2024). Be to, moksliniai tyrimai rodo ir VBHC koncepcijos diegimo teigiamą poveikį medicinos darbuotojams (van Engen, Bonfrer, Mieris et al., 2025) bei ASPĮ, kurios pasiekia geresnių finansinių rezultatų (Zanotto, Bruna Stella; Etges, Ana Paula Beck da Silva; Marcolino, Miriam Allein Zago; Polanczyk, Carisi Anne, 2021; Leusder, Porte, Ahaus et al., 2022; Griffiths, Odelade, Gostkiewicz, Cordero, 2023).

Studijos rengėjai rekomenduoja sveikatos politikos formuotojams ir įgyvendintojams pertvarkyti SPS sistemą (ASPP teikimo ir finansavimo, viešojo ir privataus sektorių ASPĮ bendradarbiavimo modelius ir kt.), diegiant Lietuvoje vertės pacientams kūrimu grindžiamos SP komponentus.

5.2. Alternatyvūs siūlymai

Atsižvelgiant į tai, siekiant efektyviau spręsti SAM siūlomose intervencijose įvardintas pagrindines SPS problemas bei vengiant anksčiau išdėstytų rizikų, siūlome alternatyvią strategiją, kurios pagrindą sudaro: SPS ir ASPĮ veiklos prioritetų perorientavimas iš kiekybės (ASPP kiekio) į kokybę (SP rezultatų) ir vertės pacientams kūrimą (pertvarkant SPS išteklius ir struktūras, ASPP teikimo ir finansavimo modelius, stiprinant viešojo ir privataus SPS bendradarbiavimo ir bendraveikos sinergiją) bei ASPĮ veiklos našumo (produktyvumo, efektyvumo, kokybės) didinimas.

Teikiame rekomendacijų rinkinį, sukonstruotą, remiantis trimis SPS trilemos perspektyvomis – pacientų, finansuotojų ir teikėjų; identifikuojant pagrindines poveikio priemones trumpuoju ir vidutiniu laikotarpiu.

5.2.1. Pacientų perspektyva

Tikslas: mažinti eiles ASPP ir gyventojų tiesioginių mokėjimų už SP apimtis.

Trumpuoju laikotarpiu – aiškus priemonų už medicinos paslaugas ir priemones reguliavimas, jų kompensavimo socialiai pažeidžiamiausioms visuomenės grupėms įvedimas.

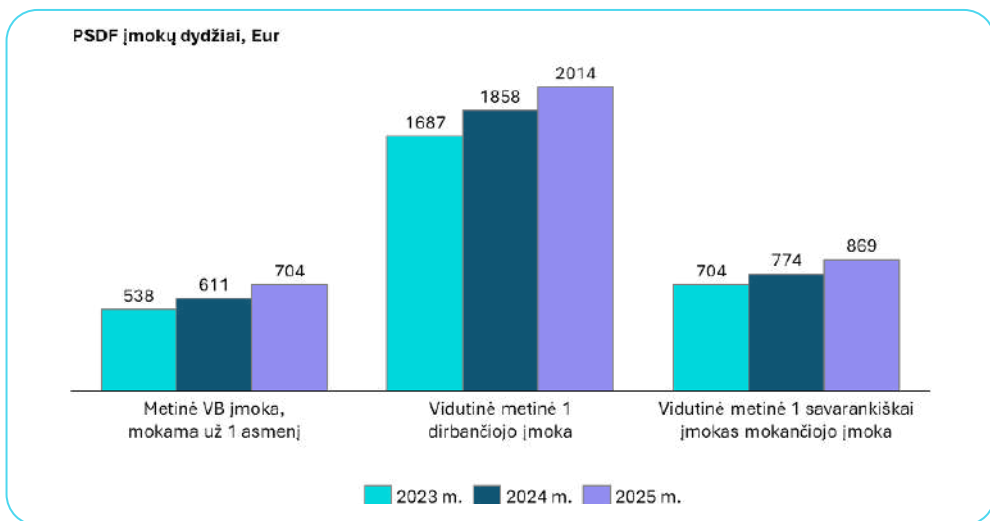
Siūlome ne uždrausti gyventojų tiesioginius mokėjimus už valstybės iš dalies kompensuojamas (brangesnes) ASPP, geresnės kokybės medicinos priemones ar medžiagas bei geresnės priežiūros ir komforto paslaugas (Lietuva būtų vienintelė tokio pobūdžio sankcijas įgyvendinusi valstybė), bet aiškiai reglamentuoti ASPP, medicinos priemones bei medžiagas, kurias visiškai apmoka valstybė (pacientams nereikia mokėti), kurias iš dalies apmoka valstybė (pacientams reikia sumokėti kainų skirtumą) ir kurių valstybė neapmoka (pacientams reikia sumokėti visą jų kainą) bei nustatyti skaidrias ir aiškias tvarkas, kad tiek paslaugų teikėjams, tiek jų gavėjams bei finansuotojams (VLK, papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo kompanijoms) būtų aišku ir nekiltų dviprasmiškų situacijų, „pilkybių zonų“; taip pat užtikrinti griežtesnę pažeidimų šioje srityje kontrolę bei prevenciją, išnaudojant esamų e-sistemų (ESPBI, kt.) galimybes.

Tarptautinės praktikos pavyzdžiai:

- Vokietija: bendra „lubų“ taisyklė: paciento metinės priemonos neviršija 2 % namų ūkio bruto pajamų; pažeidžiamiesiems asmenims – 1 %; asmenims iki 18 m. prievolė netaikoma.
- Suomija: medicininiams procedūroms taikomos metinės „lubos“ (pvz. ~762 Eur), ribos reguliariai indeksuojamos.

Vidutiniu laikotarpiu – viešojo finansavimo didinimas, prilyginant valstybės lėšomis draudžiamų asmenų įmokas dirbančiųjų pagal darbo sutartis mokamoms įmokoms, ir papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo plėtra (amortizuojant priemokas).

Pagal VLK pateiktą informaciją apie 2025 m. PSDF biudžetą^[1], matomas žymus skirtumas tarp PSDF įmokų, kurias sumoka dirbantieji pagal darbo sutartis (2 014 Eur žmogui), ir valstybės įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis (704 Eur žmogui), (39 pav.):

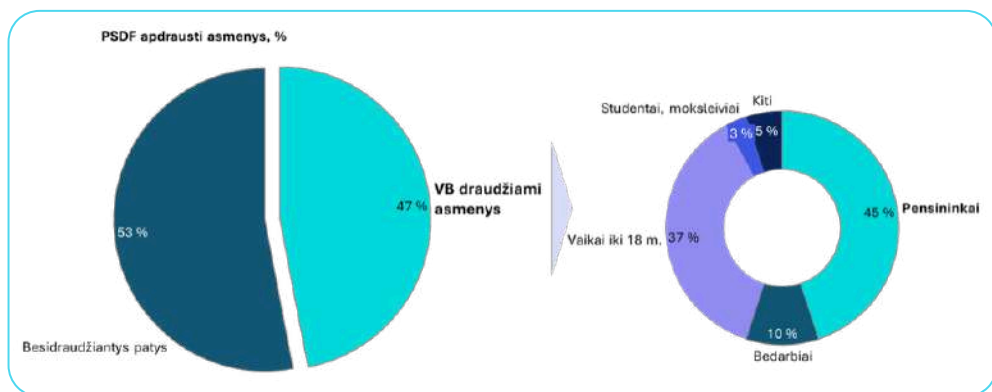


39 pav. Dirbančiųjų pagal darbo sutartis, savarankiškai dirbančiųjų PSD įmokų bei valstybės įmokų už valstybės lėšomis draudžiamų asmenų SP dydžių palyginimas 2023–2025, Eur (VLK, 2025).

Lietuvoje PSD draudžiama apie 3 mln. asmenų, iš jų: 94 proc. yra nuolat Lietuvoje gyvenantys Lietuvos piliečiai, 6 proc. – užsieniečių. Daugiau negu pusė visų draudžiamųjų moka PSD įmokas, kiek mažiau nei pusę draudžiamųjų (47 %) draudžia valstybė. Didžiąją dalį valstybės lėšomis draudžiamų asmenų sudaro nedirbantys ir nevykdantys kitos ekonominės veiklos pensininkai, vaikai iki 18 metų, bedarbiai ir studentai^[2], (40 pav.):

^[1] VLK „Apie PSDF biudžetą trumpai 2025“.

^[2] Ten pat.



40 pav. PSD draudžiamų asmenų grupių struktūra pagal PSD įmokų mokėjimą (VLK, 2025).

Atsižvelgiant į tai, galima daryti prielaidą, kad jei valstybės mokamos įmokos už jos valstybės biudžeto lėšomis draudžiamus asmenis būtų prilygintos dirbančiųjų pagal darbo sutartis mokamoms įmokoms, PSDF per metus gautų papildomai apie 1,8 mlrd. Eur (3 mln. apdraustųjų $\times$ 47 % $\times$ 1 310 Eur įmokos skirtumas). Ši suma praktiškai padengtų visas tiesiogines Lietuvos gyventojų išlaidas sveikatai, kurios sudaro apie 1,7 mlrd. Eur (2 pav.).

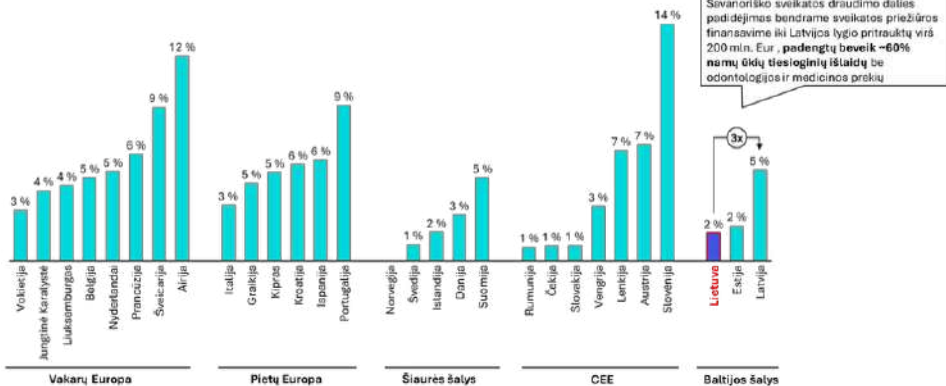
Jei per 3 metus valstybės įmokos už jos lėšomis draudžiamus asmenis būtų palaipsniui sulygintos su dirbančiųjų pagal darbo sutartis mokamomis SPD įmokomis (kas neabejotinai būtų teisinga), reikėtų papildomą ~0,6 mlrd. Eur kasmetinį PSDF biudžeto prieaugį. Tokia suma leistų visiškai padengti dabartines tiesiogines gyventojų išlaidas už asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Surinkus į PSDF biudžetą daugiau lėšų, rastųsi galimybė padidinti ir nustatyti ekonomiškai pagrįstus ASPP bazinius įkainius bei per 3 metų laikotarpį būtų padengtos gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatai (remiantis tokia ekonomine logika, nereikėtų jokių drastiškų intervencinių sprendimų).

Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo plėtra

Lyginant su daugeliu ES šalių, Lietuva turi mažą papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo skvarbą, todėl, užuot uždraudus pacientų tiesioginius mokėjimus už sveikatos priežiūrą, žymiai racionaliau būtų plėsti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo apimtį, kaip papildomą finansavimo ir prieigos prie SP instrumentą, amortizuojantį bei mažinantį gyventojų tiesioginių mokėjimų ASPP teikimo vietoje, apimtį. Palaipsniui priartėjus prie kitų valstybių papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo apimčių (plg. Latviją), būtų galima pritraukti apie 200 mln. Eur privačių įmokų į SP sistemą^[1], (41 pav.):

^[1] EBPO (2025), Health expenditure and financing, <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=314d61f8-1c2e-451d-826b-6720c44eaf50> (žr. 2025 m. liepą).

Savanoriško draudimo schemų dalis sveikatos priežiūros finansavime, Lietuva palyginti su kitomis EBPO šalimis, %, 2023 m.



41 pav. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo dalis bendrame SP finansavime pagal ES šalių klasterius (EBPO duomenys, Studijos rengėjų analizė, 2025).

Tarptautinės praktikos pavyzdžiai:

- Prancūzija: plačiai paplitęs darbdavių remiamas papildomas sveikatos draudimas; valstybė reglamentuoja minimalius krepšelio standartus.
- Airija: taikomos mokesčių lengvatos papildomo sveikatos draudimo įmokoms ir įdiegta aiški valstybinio ir privataus sveikatos draudimo produktų palyginimo sistema.
- Australija: valstybė subsidijuoja įmokas ir taiko fiskalinius signalus (pvz. papildomą mokestį aukštesnių pajamų grupėms, neturinčioms privataus sveikatos draudimo), tokiu būdu skatindama savanoriško draudimo plėtrą.

5.2.2. Finansuotojų perspektyva

Tikslas: siekti, kad apmokėjimas už ASPP būtų ekonomiškai pagrįstas ir teisingas (grįstas rezultatais ir kuriama pacientams verte).

Artimuoju laikotarpiu – iš PSDF biudžeto apmokamų ekonomiškai pagrįstų ASPP įkainių nustatymas

Tikslinga atlikti sisteminių iš PSDF biudžeto apmokamų ASPP įkainių perskaičiavimą, kad jie padengtų realius ASPP teikimo kaštus. Tose ASPP, kurių bazinės kainos atsiliko nuo infliacijos ir kaštų, susiformavo didesnių gyventojų tiesioginių mokėjimų praktika, todėl ekonomiškai pagrįstų ASPP įkainių nustatymas sumažintų gyventojų tiesioginių mokėjimų apimtį, mažintų neformalių atsiskaitymų už ASPP paskatas bei stabilizuotų ASPP teikėjų ekonomiką.

Tarptautinės praktikos pavyzdžiai:

- Vokietija (G-DRG), JK (National Cost Collection/Tariff): periodinės kaštų peržiūros, kainodara siejama su veiklos standartais ir ASPP prieinamumo tikslais.
- Skandinavijos šalys: reguliari įkainių adaptacija pagal faktines sąnaudas ir paslaugų apimtį.

Vidutiniu laikotarpiu – SPP finansavimo modelio keitimas, įvedant ASPP strateginio pirkimo ir apmokėjimo už rezultatus bei pacientams kuriamą vertę komponentus

Rekomenduojama didinti kintamąją (rezultatais pagrįstą) ASPP įkainių apmokėjimo dalį, susiejant ASPĮ teikiamų ASPP apmokėjimą su ASPĮ našumo (produktyvumo, efektyvumo, kokybės) svarbiausiais rodikliais, užtikrinant nuosavybės neutralumo principo taikymą visiems ASPP teikėjams.

Tarptautinės praktikos pavyzdžiai:

- Jungtinė Karalystė (NHS – QOF): GP apmokėjimas – kapitacija + P4P, aiškūs klinikiniai ir visuomenės sveikatos rodikliai, balai su pinigine verte, išmokos praktikos lygiu.
- Prancūzija (ROSP), Vokietija (selektyvinės sutartys / DMP), Naujoji Zelandija: plačiai taikomi pay-for-performance modeliai pirminėje grandyje.
- Katalonijos autonominis regionas investavo 60 mln. Eur į verte grįstus viešuosius pirkimus sveikatos priežiūros sektoriuje^[1]. Verte grįsti pirkimai remiasi tyrimų duomenimis, indukuojančiais žymų SP rezultatų skirtumą bei sutaupymą (sistemiškai mažėja komplikacijų skaičius (mažėja papildomo gydymo poreikis), mažėja pacientų praleistų dienų skaičius ASPĮ, pakartotinių operacijų poreikis, todėl taupomos SP skirtos lėšos, gerėja medicinos darbuotojų veiklos našumas, mažėja gydytojams darbo krūvis, pacientai greičiau pasveiksta ir atgauna darbingumą, greičiau grįžta į darbo rinką ir tampa mokesčių mokėtojais, o ne sumokėtų mokesčių vartotojais).

5.2.3. Teikėjų perspektyva

Tikslas: užtikrinti pažangų ASPĮ valdymą bei didinti jų veiklos našumą.

Trumpuoju laikotarpiu – Gerosios valdysenos principų ir praktikų diegimas viešojo sektoriaus ASPĮ

Tikslinga viešosiose ASPĮ įdiegti nepriklausomas valdybas, aiškų SLA / KPI rinkinį ir vadovybės atranką konkurso būdu; reguliariai viešinti ir didinti vadovybės atskaitomybę bei atsakomybę už veiklos rezultatus.

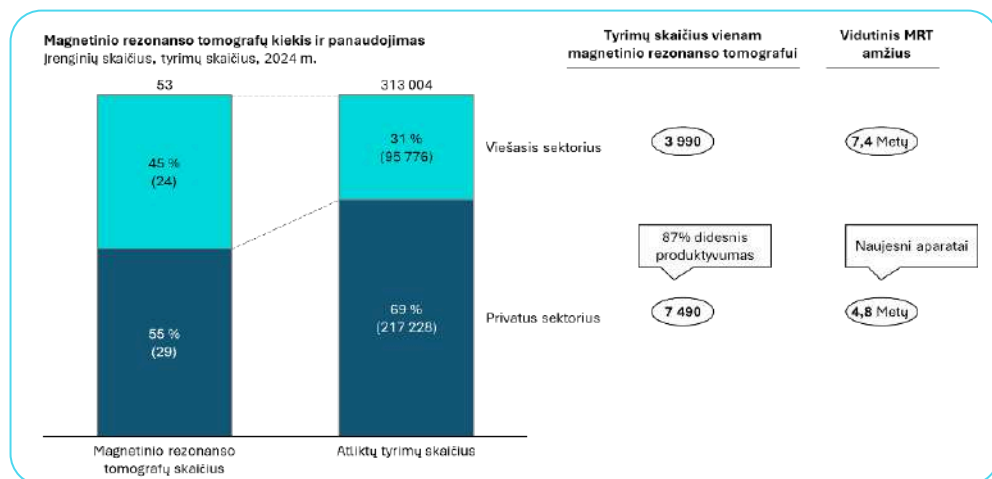
Tarptautinės praktikos pavyzdžiai:

- JK (*NHS Foundation Trusts*): nepriklausomos valdybos ir viešas atskaitingumas.
- Portugalija (*EPE Igoninės*): įmonių valdymo principų integracija viešose įstaigose.

Vidutiniu laikotarpiu – ASPĮ veiklos našumo gerinimas diegiant efektyvumo / produktyvumo didinimo iniciatyvas ir programas, susiejant ASPĮ apmokėjimą su jų teikiamų paslaugų kokybe, veiklos efektyvumu ir rezultatais

^[1] Šaltinis: Boston Consulting Group (2020) [How Procurement Unlocks Value-Based Health Care | BCG](#).

Siūloma sistemingai didinti pralaidumą ir trumpinti gydymo trukmę, proporcingai nedidinant etatų skaičiaus, bet diegiant standartizuotus klininius kelius ir kasdienės operacinės vadybos sprendinius, e-sprendimais grįstas analizės bei sprendimų priėmimą palengvinančias sistemas. Šalies regionui ar ASPP teikimui pritrūkus viešųjų pajėgumų ar vadybinių kompetencijų – taikyti PPP su aiškiais KPI ir P4P kriterijais, ypač srityse kur privatūs ASPP tiekėjai pasiekia didesnį darbo našumą (pvz. MRT vienetų pralaidumas privačiame sektoriuje užfiksuotas iki 87 % aukštesnis nei viešame sektoriuje^[1]), (42 pav.):



41 pav. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo dalis bendrame SP finansavime pagal ES šalių klasterius (EBPO duomenys, Studijos rengėjų analizė, 2025).

Pagal mokslinius ir taikomuosius tyrimus, egzistuoja didžiuliai skirtumai tarp ASPĮ gydymo rezultatų ir sąnaudų srityje. Moksliniai tyrimai ^[2]rodo, kad žymūs sąnaudų skirtumai egzistuoja tarp Šiaurės šalių ligonių, t. y. ligonių tose pačiose šalyse, ir tarp šalių, kurių negali paaiškinti tik instituciniai, struktūriniai ir techniniai veiksniai. Pirmaujančios pasaulio ligoninės taiko pažangios vadybos metodus ir įrankius, stipriai orientuotus į našumo didinimą, teikiamų ASPP kokybės gerinimą bei vertės pacientui didinimą.

^[1] VASPVT ataskaita „Brangiosios SP technologijos (2024).

^[2] Medin, E., Häkkinen, U., Linna, M., Anthun, K. S., Kittelsen, S. A. C., Rehnberg, C. (2013). International hospital productivity comparison: Experiences from the Nordic countries, Health Policy, Vol. 112, Iss. 1–2, 80–87.

Tarptautinės praktikos pavyzdžiai:

- Švedija (St Göran ligoninė): viešai finansuojama, privačiai valdoma nuo 1999 m.; privalomas plataus spektro KPI viešinimas; trumpesnės eilės ir aukštesnis pacientų pasitenkinimas.
- Skandinavijos ir JK ligoninių tinklai: plačiai taikomi operacinės vadybos ir *benchmarking* sprendimai.
- Plačiai žinomos valstybinės Karolio (Karolinska) instituto ligoninė Švedijoje^[1] ir Orhuso universitetinė ligoninė Danijoje^[2] jau daugiau nei 20 metų sėkmingai taiko *Lean* vadybos principus, o tai leido žymiai padidinti ligoninių veiklos efektyvumą, sumažinti veiklos sąnaudas bei pagerinti pacientų patirtis.
- JAV Lowno institutas^[3] įvertino JAV 3000 ASPĮ, jas sureitingavo pagal sąnaudų efektyvumą (angl. *cost efficiency*) ir nustatė, jog egzistuoja didžiuliai sąnaudų skirtumai tarp labai panašių tokio paties profilio ASPĮ, kurios pasiekė tokius pačius gydymo rezultatus. Sąnaudų skirtumai pacientui, kuris įstaigoje praleido 30 dienų iki mirties, skyrėsi net 3 kartus: nuo 9 000 dolerių iki 27 000 dolerių. Šis vertinimas nustatė, kad jeigu jeigu visos 3 000 gydymo įstaigų pasiektų tokius gydymų rezultatų ir sąnaudų rezultatus kaip 700 geriausių (25 %), tai valstybės sveikatos draudimui (*Medicare*) sutaupytų 8 milijardus dolerių per metus.

^[1] Tolf, S. (2017). Lean, Agile, and Lean and Agile Hospital Management – Responses to introducing choice and competition in public health care. Doctoral dissertation. Karolinska Institutet.

^[2] Dammand, J., Hørlyck, M., Jacobsen, T. L., Lueg, R., & Röck, R. L. (2014). Lean management in hospitals: evidence from Denmark. *Administrative Management Public*, (23), 19–35.

^[3] <https://www.advisory.com/daily-briefing/2021/11/10/lown-report>.

6. Išvados

Lietuvai atgavus nepriklausomybę, kuriama SPS nuo pat pradžių buvo kryptingai suprojektuota derinti viešojo ir privataus sektorių vaidmenis, remiantis dar 1991 m. patvirtinta Lietuvos nacionaline sveikatos koncepcija. Per pastaruosius du dešimtmečius pastebimas nuoseklus teigiamų rezultatų progresas: ilgėja gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė, mažėja išvengiamas ir kūdiški mirtingumas, plėtojamos ambulatorinės ASPP. Tačiau išlieka reikšmingi iššūkiai: ilgos eilės ASPP, medicinos darbuotojų trūkumas ir didelės gyventojų savos išlaidos SP.

Šie iššūkiai (problemos) kompleksinėje SPS nėra izoliuoti reiškiniai – tai simptomai, kuriuos sukelia Studijoje identifikuotos pagrindinės sisteminės (giluminės) priežastys: (a) žemas SPS ir ASPJ našumas (produktyvumas, efektyvumas, kokybė ir kt.) dėl pasenusių vadybos ir darbo organizavimo praktikų, nesusijusių su klinicine veikla funkcijų vykdymo priskyrimo medicinos darbuotojams, nepakankamo e-sistemų ir e-sprendimų diegimo SPS ir ASPJ; nepakankamo dėmesio pacientų srautų valdymo ir kitiems procesams ir kt.); (b) ydingos ASPP teikimo ir finansavimo sistemos (orientuotos į kiekybę, o ne į kokybę, rezultatus ir vertės pacientams kūrimą) ir (c) nepakankamo SPS finansavimo viešaisiais finansais ir silpnai išvystyto papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo. Dėl to SPS ir ASPJ patiria didelę įtampą: finansinę (siekiant patenkinti senstančios visuomenės augančius SP poreikius, esant nepakankamam finansavimui), žmonių išteklių (neoptimaliai panaudojant ir taip ribotus medicinos darbuotojų išteklius).

SAM siūlomos intervencijos visų iš esmės orientuotos į viešųjų finansų ir medicinos darbuotojų srautų perskirstymą iš privataus į viešąjį SP sektorių (prioriteto suteikimas viešosioms ASPJ sudarant sutartis su VLK; privačių ASPJ, teikiančių stacionarines ASPP; ištinklinimas iš LNSS; pacientų papildomų mokėjimų uždraudimas; viešojo sektoriaus ASPJ stiprinimas tikslu sugrąžinti į jas medikus iš privačių ASPJ, siuntimų valstybės kompensuojamoms ASPP apribojimai ir kt.), tačiau nesprensdžia aukščiau paminėtų SPS problemų (simptomų) giluminių (sisteminių) priežasčių.

Todėl SAM nustatyti intervencijų prioritetai nėra tinkami ir pagrįsti identifikuotiems iššūkiams spręsti – jų įgyvendinimas atneštų nereikšmingų pokyčių ir neatlieptų užsibrėžtų tikslų, nes pagrindinės poveikio priemonės nukreiptos į santykinai mažai reikšmingas iššūkių suvaldymui SPS dalis: (a) į gyventojų mokėjimus savomis lėšomis už ambulatorines ASPP, kurioms tenka tik apie penktadalis visų tiesioginių gyventojų išlaidų sveikatai (kas atitinka ES šalių vidurkį), užuot priimant sprendimus vaistų ir odontologijos paslaugų segmentuose, generuojančiuose 3 kartus didesnę tiesioginių gyventojų išlaidų sveikatai dalį; (b) į gyventojų tiesioginių mokėjimų už ASPP uždraudimą, siekiant išspręsti augančių eilių ASPP ir medicinos darbuotojų trūkumo problemas, užuot didinant SP viešąjį finansavimą ir didinant papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo skvarbą, didinant medicinos darbuotojų rengimo apimtį bei optimizuojant jų veiklą; (c) į privatų SP sektorių, kuris sudaro tik apie 15–22 % medikų etatinio darbo krūvio ir apie 16–17 % PSDF (VLK sutarčių) biudžeto lėšų, užuot sprendžiant 6 kartus didesnio viešojo SPS ir ASPJ našumo gerinimo (produktyvumo ir efektyvumo didinimo, kokybės gerinimo, valdysenos modernizavimo, procesų ir pacientų srautų skaitmeninimo ir kt.), turinčio didžiausią našumo didinimo ir įvardintų pagrindinių iššūkių sprendimo potencialą.

Todėl, net jeigu ir būtų įgyvendintos SAM planuojamos intervencijos, jų poveikis būtų gana ribotas, jos ne tik nepasiektų užsibrėžtų tikslų (eilių ASPP mažinimo, medikų skaičiaus didinimo, tiesioginių mokėjimų dalies visose sveikatos išlaidose mažinimo), bet, tikėtina, sukeltų priešingą ar papildomą neigiamą poveikį – dar labiau išaugintų eiles ASPP viešajame SP sektoriuje, sumažintų pacientams galimybę rinktis ASPP teikėją ir gauti personalizuotas sveikatos bei priežiūros paslaugas; pablogintų medikams darbo sąlygas ir sukeltų jų emigracijos bangą, didintų korupciją bei šešėlį SPS, dėl to pacientų ir medikų pasitenkinimas SP bei gyventojų pasitikėjimas SPS sistema tik mažėtų (apie tai aiškiai indikuoja Lietuvos gyventojų ir medikų apklausų rezultatai).

Empirinė analizė rodo, kad privatūs ASPP teikėjai šiandien reikšmingai prisideda didinant SPS pajėgumus ir gerinant ASPP prieinamumą: per 14 dienų pas gydytoją specialistą patenka apie 56 % pacientų privačiose ASPĮ (apie 40 % viešosiose ASPĮ); pacientų pasitenkinimo ASPP ir rekomendacijų rodikliai taip pat yra palankesni privačiose ASPĮ. Dirbtinai apribojus pacientų galimybę gauti privačiose ASPĮ valstybės kompensuojamas specializuotas ASPP, tikėtina, kad viešosiose ASPĮ joms eilės tik ilgės, gydymo ir slaugos kokybė bei pacientų patirtis – prastės. Darbo jėgos persikirstymo tarp privataus ir viešojo SP sektorių perspektyva kelia papildomų rizikų. Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, paplitusi dviguba praktika (medikai gali rinktis ir derinti darbą viešajame ir privačiame sektoriuose), kuri, sprendžiant iš pacientų vertinimų, siejama su geresniu ASPP prieinamumu ir aukštesne jų kokybe. Pastarųjų metų duomenimis, gydytojų atlyginimai privačiame sektoriuje yra apie 17 % didesni nei viešajame. Apribojus galimybes privatioms ASPĮ teikti pacientams iš PSDF biudžeto apmokamas ASPP ir taip dirbtinai sumažinant jų pajamų lygį, tikėtinas realus gydytojų emigracijos ir šešėlinės rinkos augimo pavojus, apie tai signalizuoja tiek medicinos darbuotojų, tiek pacientų apklausos. Tokie siūlomi sprendimai tik dar labiau išbalansuotų ir taip įtemptą SP žmonių išteklį rinką.

Fiskalinių požiūriu tikėtina, kad SAM siūlomos intervencijos didintų, o ne mažintų viešąsias išlaidas SP. Viešųjų ASPĮ pajamų struktūroje apie 8 % sudaro finansavimo ne iš PSDF biudžeto šaltiniai (ES fondai, savivaldybių lėšos, steigėjų dotacijos ir kt.), kurių apimtis, perkelti iš privataus į viešąjį sektorių suplanuotas ASPP apimtis, neišvengiamai reikėtų proporcingai padidinti. Be to, viešosios ASPĮ naudojami valstybės ir savivaldybių ilgalaikio turto (pastatais, dalimi medicinos įrangos ir kt.), kurio kapitalo ir eksploataciniai kaštai dažnai nėra pilnai įtraukiami į vieneto savikainą; taip pat plečiant paslaugų apimtį atsirastų naujų CAPEX ir OPEX poreikių. Kartu su neišvengiamu viešojo sektoriaus medikų darbo užmokesčio priartinimu prie privataus sektoriaus lygio preliminarai vertinamas papildomas viešųjų finansų poreikis gali viršyti 117 mln. Eur. Todėl, net ir pasiekus dalį „sutaupymo“, dėl SAM siūlomų intervencijų kylanti valstybei papildomų išlaidų našta ir mažėjanti mokesčių bazė gali sutaupymą viršyti, o grynasis biudžeto poveikis būti neigiamas.

Sveikatos politikos formuotojams ir įgyvendintojams implikacija aiški: norint pagerinti ASPP prieinamumą ir kokybę, subalansuoti medicinos darbuotojų darbo rinką ir užtikrinti SPS ir ASPĮ veiklos tvarumą, būtina orientuotis ne į nuosavybės proporcijų ASPP teikėjų rinkoje pertvarkymą, bet į SPS ir ASPĮ našumo ir vertės didinimo reformas, užtikrinant pertvarkytam SPS adekvatų finansavimą, atitinkantį augančius senstančios visuomenės poreikius sveikatai ir jos priežiūrai.

Studijos rengėjai, vadovaudamiesi atlikta analize, siūlo reformų iniciatoriams efektyvesnes ir veiksmingesnes prioritетines intervencijas:

- **Trumpuoju laikotarpiu** prioritetas – PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų ASPP įkainių perskaičiavimas faktinių sąnaudų lygiu (ypač tose srityse, kur dabartiniai įkainiai dengia tik apie 60–70 % vidutinių ASPP patiriamų kaštų), taip mažinant neformalių priemonių poreikį ir stabilizuojant ASPP teikėjų veiklą. SPS finansavimo ir ASPP prieinamumo pusiausvyrą užtikrintų aiškus diferencijavimas: (a) tik valstybės lėšomis apmokamų (gyventojams nemokant savomis lėšomis), (b) dalinai valstybės apmokamų (gyventojams dalį teikiamų ASPP kainos apmokant savomis lėšomis) ir (c) valstybės neapmokamų (gyventojams apmokant visą ASPP kainą savomis lėšomis) ASPP nomenklatūros, teikimo ir apmokėjimo sąlygų reglamentavimas (pvz.: gyventojų tiesioginių mokėjimų „lubų“ nustatymas, tikslinių tiesioginių mokėjimų už ASPP kompensacijų finansiškaį pažeidžiamiausioms gyventojų grupėms taikymas ir kt.), skaidresni, e-sprendimais grįsti, ASPP teikimo ir apmokėjimo kontrolės bei priežiūros mechanizmai, pamatuota papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo, amortizuojančio tiesioginių mokėjimų apimtis, plėtra. Tai leistų išlaikyti gyventojams galimybę rinktis brangiau kainuojančias, inovatyvias, personalizuotas ASPP ir geresnę priežiūrą, užtikrinti ASPP įkainių ekonominį pagrįstumą, sumažinti neteisėtų mokėjimų už ASPP apimtis bei didinti SPS skaidrumą.
- **Vidutiniu laikotarpiu** prioritetas – viešojo sektoriaus ASPP našumo didinimas (valdymo modernizavimas, diegiant gerosios valdysenos principus (depolitizuotų, nepriklausomų ir kompetentingų kolegialių ASPP valdymo organų sudarymas ir kt.), organizacinės kultūros ir mikroklimato gerinimas (mobingo užkardymas ir kt.), pacientų srautų valdymo ir kitų procesų optimizavimas ir skaitmeninimas, ASPP veiklos ir teikiamų ASPP kokybės gerinimas, veiklos skaidrinimas, ambulatorinių ASPP santykio visose ASPP didinimas ir kt.); VLK disponuojamais viešaisiais finansais apmokamų ASPP strateginis pirkimas ir apmokėjimas, diegiant kokybę, rezultatais ir kuriama pacientams verte grindžiamus paslaugų teikimo ir finansavimo modelius, išlaikant neutralumą ASPP nuosavybės atžvilgiu. Rekomenduotina stiprinti viešųjų ir privačių ASPP bendradarbiavimo ir bendraveikos sinergiją, gerinant ASPP prieinamumą ir tęstinumą, diegiant ne bausmėmis, bet paskatomis grindžiamus ASPP kooperacijos ir ASPP apmokėjimo modelius, juose daugiau dėmesio skirti rezultatų kriterijų pasiekimui. Tikslinga atsakyti medikams pavestų vykdyti ne klinikinio pobūdžio funkcijų, užtikrinti tinkamą gydytojų ir slaugytojų bei pagalbinio personalo balansą pagal paslaugų profilius. Tai leistų vidutiniu laikotarpiu žymiai padidinti SPS našumą bei SP rezultatų ypatumą, efektyviau naudojant ribotus finansinius ir žmonių išteklius.
- **Ilguoju laikotarpiu** prioritetas – sisteminiai SPS pokyčiai, subalansuojant SPP teikimo ir finansavimo modelius, pereinant nuo kiekybe (suteiktų ASPP skaičiaus) prie kokybe ir verte grįsto apmokėjimo; senstančios visuomenės augančius ir kintančius SP poreikius atliepančio SP žmonių išteklių planavimo ir adekvataus rengimo užtikrinimas; žymiai didesnio, viešaisiais finansais paremto, dėmesio skyrimas Lietuvos gyventojų sveikatos išlaikymui ir stiprinimui (gyventojų sveikatos raštingumo didinimui, sveikos gyvensenos nuostatų ir įgūdžių formavimui, sveikatos saugos stiprinimui, ligų prevencijai ir ankstyvajai diagnostikai (pasekmių išvengimui)), o ne tik ligų gydymui (pasekmių šalinimui), įtraukiant sveikatos prioritetus ir į kitų Lietuvos ūkio sektorių, jų institucijų politiką, darbotvarkę ir kasdieninę praktiką. Tai leistų ilguoju laikotarpiu suvaldyti eksponentiškai augančias SP išlaidas, subalansuoti ir optimizuoti SP išteklius (finansinius, žmonių), pasiekti aukštesnį visuomenės sveikatos ir gerovės lygį.

Apibendrinant dera pasakyti, kad SAM siūlomos intervencijos didina SPS trilemos riziką: pabloginti pacientams sąlygas ir patirtį, demotyvuoti medikus ir paskatinti juos emigruoti bei padidinti viešųjų finansų SP poreikį. Tai įvertinę, **Studijos rengėjai siūlo įvardintų SPS iššūkių suvaldymo alternatyvias strateginės intervencijos kryptis:**

I. SPS ir ASPĮ veiklos našumo (produktyvumo, efektyvumo, kokybės) didinimas, viešojo ir privataus SP sektorių bendraveikos sinergijos stiprinimas, gerinant ASPP prieinamumą ir SP tęstinumą;

II. Perėjimas nuo kiekybe prie kokybe ir verte grįsto ASPP teikimo ir apmokėjimo modelių diegimo;

III. Viešojo finansavimo SPS didinimas ir savanoriško (papildomo) sveikatos draudimo, amortizuojančio gyventojams tiesioginių mokėjimų našlą ASPP teikimo vietoje, plėtra, sukuriant papildomus finansinius instrumentus, remiančius sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos veiklas.

Studijos rengėjų siūlomų alternatyvių strateginių intervencijų įgyvendinimas leistų vienu metu padidinti pacientams ASPP prieinamumą (sumažinti eiles), pagerinti jų kokybę, rezultatus ir pacientų patirtis; stabilizuoti, motyvuoti ir išlaikyti darbo jėgą (medikus); užtikrinti SPS fiskalinį stabilumą, ASPĮ veiklos finansinį tvarumą ir skaidrumą, mažinti gyventojų savo lėšomis dengiamų sveikatos išlaidų apimtį. Šių siūlomų tikslinių intervencijų įgyvendinimas užtikrintų sklandų įvardintų SPS iššūkių sprendimą neišbalansuojant bei nesukuriant papildomų įtampų ir rizikų pacientams, medikams ir finansuotojams socialiai jautriame sveikatos priežiūros sektoriuje.

Šaltiniai

Agarwal, R., Green, R., Agarwal, N., Randhawa, K. (2016). Benchmarking management practices in Australian public healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 21 March; 30 (1): 31–56. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2013-0143>.

Al Hammadi, Haleema Mohamed Hasan Mahmood. (2019). Waiting time and patients' satisfaction. United Arab Emirates University, College of Business and Economics. Dissertations. 113. https://scholarworks.uaeu.ac.ae/all_dissertations/113.

Amador, E. N. (2023). Reducing Clinic Wait Times: A Quality Improvement Project (Doctoral dissertation, University of Arizona, Tucson, USA).

Browne-Farrell, Gillian Denise. (2025). Strategies to Reduce Waiting Times in a Hospital Emergency Department. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. 18150. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/18150>.

Caramés C., Arcos J., Pfang B., Cristóbal I & Álvaro de la Parra J. A. (2024). Value-based care as a solution to resolve the open debate on public healthcare outsourcing in Europe: What do the available data say? *Front. Public Health* 12:1484709. doi: 10.3389/fpubh.2024.1484709.

Curtis, V. A.; Thomas, A. Public-private partnerships for health: a review of the best practices in the health sector (English). Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/250041468139510541>.

Dammand, J., Hørlyck, M., Jacobsen, T. L., Lueg, R., & Röck, R. L. (2014). Lean management in hospitals: evidence from Denmark. *Administratie si Management Public*, 23, 19–35.

García-Lorenzo, B., Gorostiza, A., Alayo, I., Castelo Zas, S., Cobos Baena, P., Gallego Camiña, I., ... & Fullaondo, A. (2024). European value-based healthcare benchmarking: moving from theory to practice. *European Journal of Public Health*, 34(1), 44–51.

Griffiths, E. A., Odelade, O. E., Gostkiewicz, J., Cordero, L. (2023). Demonstrating proof of concept for value-based agreements in Europe: two real-world cases. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 39(1), e30. doi:10.1017/S0266462323000260.

Guerrini, A., Romano, G., Campedelli, B., Moggi, S., & Leardini, C. (2017). Public vs. Private in Hospital Efficiency: Exploring Determinants in a Competitive Environment. *International Journal of Public Administration*, 41(3), 181–189. <https://doi.org/10.1080/01900692.2016.1256892>.

Kosycarz, E. A., Nowakowska, B. A., & Mikołajczyk, M. M. (2019). Evaluating opportunities for successful public-private partnership in the healthcare sector in Poland. *Journal of Public Health*, 27(1), 1–9.

Leusder, M., Porte, P., Ahaus, K., et al. Cost measurement in value-based healthcare: a systematic review. *BMJ Open* 2022;12:e066568. doi: 10.1136/bmjopen-2022-066568.

Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“.

Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymas.

Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2025m. gegužės 21d. nutarimo projektas Nr. 25-8944 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 26 straipsnio pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 11 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025m. liepos 15 d. įsakymo projektas Nr. 25-11513 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9, 10 ir 26 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas Nr. XVP- 519

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 11 ir 49 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas Nr. XVP-518.

Linna, M., Häkkinen, U., Peltola, M. et al. (2010). Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science* 13, 346–357. Agarwal, R., Green, R., Agarwal, N., Randhawa, K. (2016). Benchmarking management practices in Australian public healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 21 March; 30 (1): 31–56. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2013-0143>.

Medin, E., Häkkinen, U., Linna, M., Anthun, K. S., Kittelsen, S. A. C., Rehnberg, C. (2013). International hospital productivity comparison: Experiences from the Nordic countries, *Health Policy*, Vol. 112, Iss. 1–2, 80–87.

Naiker, U. (2017). Waiting times: The outpatient referral process, variation, performance and structural influences. PhD thesis, Queensland University of Technology.

Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E. et al. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study. *BMC Health Serv Res.* 17, 169 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8>

Nikolic, I. A., & Maikisch, H. (2006). Public-private partnerships and collaboration in the health sector. An overview with case studies from recent European experience. *The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2015). Why strategy matters now. *New England Journal of Medicine*, 372(18), 1681–1684; 372(18):1681–4. doi: 10.1056/NEJMp1502419. PMID: 25923546.

Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe. (2023). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Radike, M., & Zuromskis, T. (2023). Lithuanian physicians practising abroad: Reasons to leave and conditions to return to Lithuania. A survey. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 128, 75–83.

Stowell, C.; Akerman C. (2015). Better Value in Health Care Requires Focusing on Outcomes. *Harvard Business Review*. September 17.

Teisberg, E. PhD; Wallace, S. JD, MBA; O'Hara, S. MPH. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine* 95(5), May, 682–685. | DOI: 10.1097/ACM.0000000000003122.

Tolf, S. (2017). Lean, Agile, and Lean and Agile Hospital Management – Responses to introducing choice and competition in public health care. Doctoral dissertation. Karolinska Institutet.

Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2013). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236–261. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380>.

Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N., Sadun, R. (2015). Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Aff. (Millwood)*. Aug., 34(8): 1304–11. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1282. PMID: 26240243.

van Engen, V., Bonfrer, I., Mieris, F. et al. (2025). Gains and pains: a qualitative study on the implications of value-based health care for professionals. *Hum. Resour. Health* 23, 3. <https://doi.org/10.1186/s12960-025-00972-x>.

Vecchi, V., & Casalini, F. (2019). Is A Social Empowerment of PPP for Infrastructure Delivery Possible? Lessons From Social Impact Bonds. *Annals of Public and Cooperative Economics*, Wiley Blackwell, vol. 90(2) , June, 353–369.

Vecchi, V., & Hellowell, M. (2018). Public-private partnerships in health: improving infrastructure and technology. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-69563-1>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/365603>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. (2025). A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. New Delhi: World Health Organization, Country Office for India; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Zanotto, B. S., Etges Beck da Silva, A. P. PhD, Marcolino Zago, M. A. PT; Polanczyk, C. A. PhD, MD. (2021). Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Management* 66(5), September–October, 340–365. | DOI: 10.1097/JHM-D-20-00283.



Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo studija

Rengėjai:

ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas,
Europinė strateginių konsultacijų įmonė „Claria Strategy Partners“

Užsakovas:

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija
