



Jan Steen, „The Doctor's Visit“, 1661–1662.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO IR KOKYBĖS GERINIMO SPRENDIMAI

„Sveikata – brangiausias turtas“, – byloja lietuvių liaudies išmintis. Ji yra kiekvieno žmogaus asmeninės laimės ir išsipildymo pamatas. Efektyvi ir veiksminga sveikatos apsaugos sistema ne tik užtikrina asmens gerovę ir klestėjimą, bet ir sudaro tvirtus pamatus šalies ekonomikai. Gera visuomenės sveikata didina produktyvumą, leidžia žmonėms ilgiau išlikti darbo rinkoje, o ilga sveiko gyvenimo trukmė mažina valstybės įsipareigojimus nedarbingumo ir negalios išmokoms mokėti.

Lietuvos sveikatos sistemos rodikliai, palyginus su kitomis Europos Sąjungos (ES) šalimis, yra gerokai prastesni. Lietuvių gyvenimo trukmė – penkta trumpiausia ES, o pagydomo mirtingumo rodiklis – ketvirtas blogiausias ES¹. XX-osios Vyriausybės programos tikslo „ilginti vidutinę kokybiško ir sveiko gyvenimo trukmę“ ketinama siekti susifokusuojant į eilių mažinimą ir prieinamumo didinimą. Gerinti gydymo paslaugų prieinamumą yra svarbu, tačiau kartu būtina gerinti šių paslaugų kokybę ir veiksmingumą. Siekiant maksimizuoti viešąjį interesą, dera siekti, kad žmonės gautų kuo kokybiškesnes gydymo paslaugas laiku, efektyviai paskirstant mokesčių mokėtojų sąlygotus privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) išteklius.

Vyriausybės siūlomų sveikatos sistemos pokyčių spektre – priemonių už papildomas sveikatos priežiūros paslaugas apribojimas ir privačių gydymo įstaigų „išstiklinimas“, teikiant prioritetą valstybės ir savivaldybių biudžetinėms gydymo įstaigoms. Svarstant galimas sveikatos sistemos tobulinimo alternatyvas svarbu įvertinti, kaip numatomi sprendimai paveiks pacientų galimybę likti aktyviais sveikatos sistemos dalyviais, savo pasirinkimais prisidedančiais prie sistemos efektyvumo užtikrinimo. Taip pat svarbu įvertinti, kaip siūlomi pakeitimai paveiks sąžiningos konkurencijos sąlygojamas gydymo įstaigų paskatas gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą.

SVARBU NE TIK DIDINTI GYDYMO PASLAUGŲ PRIEINAMUMĄ, BET IR GERINTI JŲ KOKYBĘ

Palyginus su kitomis ES ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) šalimis, žemą gydymo paslaugų kokybę Lietuvoje rodo:

- Lietuva turi vieną blogiausių pagydomų ligų mirtingumo rodiklių Europoje²;
- Mirtingumas nuo miokardo infarkto per 30 d. nuo hospitalizacijos Lietuvoje siekia 10,3 proc., kai EBPO vidurkis – 6,8 proc.;
- Mirtingumas nuo insulto per 30 d. nuo hospitalizacijos Lietuvoje siekia 15,4 proc., kai EBPO vidurkis – 7,8 proc.;

¹ Išgydomas mirtingumas – mirtingumas išvengtinas laiku pritaikius veiksmingas sveikatos priežiūros intervencijas ir gydymą.

² OECD, *Health at a Glance 2023: Lithuania. Country Note* (Paris: OECD Publishing, 2023), prieiga 2025-11-03, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/lithuania_9e38640c/2eca4714-en.pdf

- Europos Komisijos duomenimis³, tikėtina Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmė yra viena žemiausių Europos Sąjungoje – 5 metais trumpesnė nei ES vidurkis;
- Europos Komisijos duomenimis, dėl eilių 40 proc. pacientų negali gauti kardiologijos specialisto konsultacijos ir 29 proc. neurologijos specialisto konsultacijos per 30 d. laikotarpį;
- Tik 48 proc. Lietuvos gyventojų nurodė, jog yra geros sveikatos – tai blogiausias rodiklis visoje ES.

Europos Komisijos nuomone, gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybė rodo bendrą kokybės standartų trūkumą⁴.

Europos šalyse taikomi įvairialypės gydymo paslaugų kokybės gerinimo priemonės. EBPO vertinimu, bent trečdalis organizacijos šalių narių taiko „apmokėjimo už rezultatą“ elementus⁵. Šveicarijoje gydymo paslaugų kokybės gerinimo priemonės privaloma įtraukti ir į draudimo įmonių ir gydymo įstaigų sutartis⁶. Į šias sutartis įtraukiami:

- Gydymo įstaigų suteikiamų paslaugų kokybės vertinimo rodikliai;
- Gydymo paslaugų kokybės gerinimo priemonės;
- Gydymo paslaugų kokybės rodiklių viešinimas.

Gydymo įstaigoms nepaisant nuostatų dėl paslaugų kokybės, joms, pagal įstatymą galima taikyti sankcijas – įspėjimus, baudas bei sutarties nutraukimą. Gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės rodikliai viešinami internetiniame [tinklapyje](#). Jame prieinami įvairūs rodikliai, pavyzdžiui, neplanuotų rehospitalizacijų, pooperacinių infekcijų, griuvimų ir pragulų atvejų skaičius.

Pažymėtina, jog 2025 m. Lietuvoje pradėjo veikti „[Asmens sveikatos priežiūros įstaigų rodiklių švieslentė](#)“. Visgi, į rodiklių stebėseną įtrauktos ne visos gydymo įstaigos, su kuriomis

³ OECD / European Observatory on Health Systems and Policies, *Lietuva: 2023 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga*, State of Health in the EU (Paryžius: OECD Publishing / Briuselis: European Observatory on Health Systems and Policies, 2023), prieiga 2025-11-03, https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_lt_lithuanian.pdf

⁴ OECD / European Observatory on Health Systems and Policies, *Lietuva: 2023 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga*.

⁵ OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health* (Paris: OECD Publishing, 2017), <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

⁶ H+ Les Hôpitaux de Suisse, „La révision de la LAMal ‘Renforcement de la qualité et de l’économicité’ entre en vigueur le 1er avril 2021,“ *H+ Les Hôpitaux de Suisse (eFlash 03/2021)*, 2021 m. kovo mėn., prieiga 2025-10-13, <https://www.hplus.ch/fr/publikationen/eflash/ausgaben/03/2021/la-revision-de-la-lamal-renforcement-de-la-qualite-et-de-leconomicite-entre-en-vigueur-le-1er-avril-2021>

Valstybinės ligonių kasos yra sudariusios sutartis. Be to, trūksta mechanizmų, kurie, naudojant šiuos rodiklius, skatintų gydymo įstaigas imtis veiksmų, gerinančių paslaugų kokybę, kadangi sutartys dėl gydymo paslaugų finansavimo iki šiol buvo sudaromos neatsižvelgiant į kokybės kriterijus. Būtent čia ir tikslinga ieškoti sprendimų, kurių įgyvendinimas išspręstų esamas problemas ir nesukurtų didesnio masto naujų.

Tuo tarpu Danijoje centrinės valdžios finansavimas regioninėms administracijoms yra tiesiogiai susietas su rezultatais⁷. Dalis (1–2 proc.) regionų biudžetų sveikatai priklauso nuo to, ar jie pasiekia šiuos rodiklius:

- Hospitalizacijų skaičiaus mažinimas;
- Sumažinta stacionarinio gydymo apimtis lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams (skatinama nestacionarinio gydymo plėtra);
- Sumažintas rehospitalizacijų skaičius praėjus 30 d. nuo pirmos hospitalizacijos;
- Padidėjusi nuotolinių gydymo paslaugų teikimo dalis.

Estijoje taikomos ir pirminio lygio paslaugų kokybės gerinimo priemonės. Šioje šalyje šeimos gydytojų apmokėjimas tiesiogiai susietas su paslaugų kokybės rodikliais⁸, pavyzdžiui, tikslinių grupių imunizacijos ir dalyvavimo prevencinėse programose lygiu. Paslaugų kokybės ir rodiklių stebėjimo metodika suderinta bendradarbiaujant Estijos sveikatos draudimo fondui ir Šeimos gydytojų asociacijai.

SKIRSTANT PSDF LĖŠAS PRIORITETAS TURĖTŲ BŪTI EFEKTYVUMAS, O NE ĮSTAIGOS JURIDINIS STATUSAS

Vyriausybė siūlo nustatyti, jog sutartys dėl gydymo paslaugų apmokėjimo prioriteto tvarka pirmiausia būtų sudaromos su valstybės ir savivaldybių biudžetinėmis gydymo įstaigomis, su privačiomis gydymo įstaigomis sudarant sutartis, tik jei lieka „biudžetinių įstaigų nepatenkintas poreikis“⁹. Toks lėšų skirstymo principas iš esmės perkeltų pacientų srautą ir

⁷ Sundhedsdatastyrelsen, „Nærhedsfinansiering“, prieiga 2025-11-03, <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/finansiering/naerhedsfinansiering>

⁸ Tervisekassa, „Perearsti kvaliteedisüsteem“, atnaujinta 2025 m. spalio 9 d., prieiga 2025-11-13, <https://tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/perearsti-kvaliteedisusteem>

⁹ Lietuvos Respublikos Seimas, *Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas*, e-Seimas, 2025, prieiga 2025-11-13, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/a6256802ab2e11f09acade6e6b5e7456>

PSDF lėšas iš privataus sektoriaus į viešąjį. Tai sumažintų paskatas biudžetinėms įstaigoms gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, nes praktiškai garantuotų visą pacientų srautą ir panaikintų konkurencinį spaudimą iš privataus sektoriaus.

Sąžiningos konkurencijos svarba įtvirtinta ir Konstitucinio Teismo doktrinoje:

„Pasirinkęs sveikatos priežiūros finansavimo modelį, grindžiamą *inter alia* privalomuoju sveikatos draudimu, įstatymų leidėjas, reguliuodamas šio draudimo lėšų paskirstymą sveikatos priežiūros įstaigoms, privalo atsižvelgti į Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies sisteminę sąsają su Konstitucijos IV skirsni „Tautos ūkis ir darbas“ pradedančiu 46 straipsniu, kuriame yra įtvirtinti konstituciniai tautos ūkio pagrindai. Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva (Konstitucijos 46 straipsnio 1 dalis). Konstitucinis Teismas yra konstatavęs, kad valstybės priedermė remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkinės pastangas ir iniciatyvą yra viena pagrindinių šalies ūkio reguliavimo taisyklių (Konstitucinio Teismo 1998 m. spalio 27 d., 2005 m. gegužės 13 d. nutarimai). Valstybė, reguliuodama ūkinę veiklą taip, kad ji tarnautų bendrai tautos gerovei, privalo **derinti asmens ir visuomenės interesus, nepaneigti sąžiningos konkurencijos, kitų Konstitucijoje įtvirtintų Lietuvos ūkio principų** (Konstitucinio Teismo 2003 m. kovo 17 d. nutarimas).“

Vyriausybės pateikto projekto dėl sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sudarymo aiškinamajame rašte teigiama, jog privačios klinikos, siekdamos pelno, atsirenka lengvesnius pacientus ir atsisako teikti sudėtingesnes paslaugas sunkesniems pacientams. Tačiau galiojantis teisinis reguliavimas šių argumentų nepagrindžia:

- Valstybinės ligonių kasos sudaro sutartis tik su licenzijuotomis gydymo įstaigomis, atitinkančiomis licencijos išdavimui taikomus reikalavimus bei konkrečiai paslaugai nustatytas teikimo sąlygas¹⁰. Vadinasi, pagal galiojantį teisinį reguliavimą, ligonių kasos sudaro sutartis tik su tomis gydymo įstaigomis (viešosiomis ar privačiomis), kurios gali užtikrinti kompetenciją ir reikiamą infrastruktūrą teikti konkrečią paslaugą, įskaitant sudėtingesnius atvejus.
- Remiantis Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 12 straipsnio 9 punktu, atsisakyti teikti sveikatos priežiūros paslaugą pacientui, tik jei paciento veiksmai kelia grėsmę sveikatos priežiūros specialisto ar kitų pacientų

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2009 m. gruodžio 18 d., Teisės aktų registras (e-TAR), prieiga 2025-11-13, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.9A4CD3D4C858/UJolHNrUnM>

sveikatai ar gyvybei, jei pacientas nederamu ir nepagarbiu elgesiu žemina asmens sveikatos priežiūros specialisto garbę ir orumą.

Vadinasi, galiojantis teisinis reguliavimas jau dabar nesudaro galimybių privačioms įstaigoms atsisakyti teikti paslaugas sunkiau sergantiems pacientams. Jei praktikoje pasitaiko tokių atvejų, tai rodo ne ydingą teisinį reguliavimą, o poreikį užtikrinti jo nuostatų laikymąsi.

3 straipsnis. Teisėkūros principai [...]

1) **tikslingumo**, reiškiančiu, kad teisės akto projektas turi būti rengiamas ir teisės aktas priimamas tik tuo atveju, kai siekiamų tikslų negalima pasiekti kitomis priemonėmis;

Projekto aiškinamajame rašte nurodyta problema, jog galiojantis teisinis reguliavimas neleidžia Ligonių kasoms efektyviai paskirstyti paslaugų apimčių, nes įstatymas įpareigoja siūlyti šią paslaugą teikti toms gydymo įstaigoms, su kuriomis Ligonių kasos jau buvo sudariusios sutartį. Visgi, siūlomas sprendimas įstatymu įtvirtinti privačių įstaigų diskriminaciją nėra proporcingas. Daugiau lankstumo į sistemą galima įnešti alternatyviomis priemonėmis.

3 straipsnis. Teisėkūros principai [...]

2) **proporcingumo**, reiškiančiu, kad pasirinktos teisinio reguliavimo priemonės turi sudaryti kuo mažesnę administracinę ir kitokią naštą, nevaržyti teisinių santykių subjektų daugiau, negu to reikia teisinio reguliavimo tikslams pasiekti.

Pavyzdžiui, Estijos sveikatos draudimo fondas pagal įstatymą neprivalo sudaryti sutarčių su visais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ir turi laisvę atsirinkti tuos paslaugų tiekėjus, kurie geriausiai gali suteikti konkrečią paslaugą. Sutartys sudaromos atsižvelgiant ne tik į standartinius kriterijus, pavyzdžiui, apskaičiuotą paslaugų poreikį, bet ir į gydymo įstaigų paslaugų teikimo kokybę, minimalias reikalaujamas paslaugos teikimo apimtis, paslaugos teikimui reikalingą infrastruktūrą ir pan.¹¹ Taip užtikrinama, jog sutartys dėl paslaugos teikimo sudaromos maksimizuojant viešąjį interesą – kompensuojant paslaugas tose įstaigose (viešosiose ir privačiose), kurios gali ją suteikti geriausiai.

¹¹ Rygikogas, *Health Insurance Act*, konsoliduotas tekstas (galiojanti redakcija nuo 2025-04-01; priimtas 2002-06-19), Riigi Teataja, prieiga 2025-11-03, <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/529122016002/consolide/current>

Suomijoje daliai paslaugų naudojama vaučerių sistema, leidžianti pacientams patiems rinktis, kurioje įstaigoje jie nori gauti konkrečią paslaugą. Vaučeriai dažniausiai skiriami ilgalaikės priežiūros, odontologijos paslaugoms ir tam tikroms procedūroms (pavyzdžiui, kataraktos operacijoms). Ši sistema leidžia pacientams patiems pasirinkti paslaugos teikėją ir skatina gydymo įstaigas konkuruoti paslaugos kokybe, siekiant pritraukti pacientus¹². Suomijoje taip pat leidžiama regioniniu lygmeniu gydymo paslaugų teikimą organizuoti viešųjų pirkimų pagrindu, kai skirtingi tiekėjai konkuruoja dėl teisės teikti gydymo paslaugas regione¹³. Šiais būdais užtikrinama, jog paslaugos būtų teikiamos tose gydymo įstaigose, kurios gali suteikti veiksmingą paslaugą efektyviausiai panaudodamos išteklius.

Užsienio šalių patirtis nurodo, jog mokesčių mokėtojų sąlygotos PSDF lėšos turi būti paskirstytos taip, kad žmonės gautų kuo veiksmingesnes ir prieinamesnes paslaugas minimizuojant paslaugos teikimo kaštus. Paciento – aktyvaus sistemos dalyvio, besirenkančio, kur nori gauti atitinkamą paslaugą – vaidmuo gali prisidėti prie sveikatos efektyvumo kontrolės.

PRIEMOKŲ UŽ GYDYMO PASLAUGAS REGULIAVIMAS TURI UŽTIKRINTI PACIENTŲ TEISĘ PASIRINKTI GERESNĘ PASLAUGĄ

PSDF biudžetas yra ribotas, dėl to jo lėšomis finansuojamos sveikatos paslaugos turi būti aiškiai apibrėžtos ir efektyviai paskirstytos tam, kad užtikrintų maksimalią viešąją naudą mokesčių mokėtojams.

3 straipsnis. Teisėkūros principai [...]

6) **aiškumo**, reiškiančiu, kad teisės aktuose nustatytas teisinis reguliavimas turi būti logiškas, nuoseklus, glaustas, suprantamas, tikslus, aiškus ir nedviprasmiškas.

Priemokos leidžia norintiems ir galintiems primokėti pacientams gauti PSDF finansines galimybes viršijančias sveikatos paslaugas, nesumažinant bazinių paslaugų prieinamumo

¹² Suomi.fi, „Using the Service Voucher When Choosing a Place of Treatment“, prieiga 2025-11-03, <https://www.suomi.fi/citizen/health-and-medical-care/falling-ill/guide/choosing-a-place-of-treatment/using-the-service-voucher-when-choosing-a-place-of-treatment>

¹³ Keski-Suomen hyvinvointialue, „Keuruun terveysaseman ja Multian avosairanhoidon vastaanottopalvelut tuottaa jatkossa Mehiläinen Terveyspalvelut Oy“, *Uutinen*, 2025 m. vasario 20 d., prieiga 2025-11-13, <https://www.hyvaks.fi/uutiset/keuruun-terveysaseman-ja-multian-avosairanhoidon-vastaanottopalvelut-tuottaa-jatkossa>

visiems kitiems gyventojams. Taip išlaikoma pacientų teisė spręsti dėl papildomų, neprivalomų paslaugų.

Vyriausybės Seimui pateiktas įstatymo projektas, kuriuo buvo siūloma uždrausti visas priemokas už PSDF lėšomis apmokamas gydymo paslaugas, Sveikatos reikalų komitete buvo subalansuotas:

1. Ketinama leisti pacientams jų pageidavimu primokėti už nemedicines aptarnavimo (komforto) paslaugas, jei:
 - Pacientui sudaromos sąlygos paslaugas gauti nemokamai, PSDF apmokamo paketo sudėtimi;
 - Pacientas raštu išreiškia pageidavimą gauti papildomas mokamas komforto paslaugas;
 - Komforto paslaugos įtrauktos į Sveikatos ministro patvirtintą sąrašą.
2. Ketinama leisti imti priemokas už brangiau kainuojančias medicinos priemones, jei:
 - Paciento pageidaujama priemonė yra brangesnė negu priemonė, kurios išlaidas kompensuoja valstybė;
 - Pacientas raštu išreiškia pageidavimą gauti brangesnę medicinos priemonę;
 - Medicinos priemonė įtraukta į Vyriausybės patvirtintą sąrašą.
3. Visgi, toks teisinis reguliavimas, nors ir leistų primokėti už brangesnes priemones bei komfortą, panaikintų pacientų galimybę jų pageidavimu primokėti už brangesnes paslaugas, pavyzdžiui:
 - Brangesnius ar papildomus tyrimus ir procedūras;
 - Už aukštesnės kvalifikacijos gydytojo konsultaciją.

Siekiant užtikrinti paciento galimybę likti aktyviu sveikatos sistemos dalyviu ir rinktis geriausiai jo interesus atitinkančią gydymo paslaugą, svarbu užtikrinti galimybę prisimokėti ir už brangesnes paslaugas. Medicinos paslaugų kainodara ir pacientų informavimas galėtų tapti skaidresnis, jei pacientams būtų pateikta informacija, kokios bazinės paslaugos yra finansuojamos ligonių kasų lėšomis, ir už kokius pagerinimus yra mokama priemoka. Visgi, garantuojant gydymo paslaugų kainodaros skaidrumą ir stiprinant informacijos pacientui teikimą būtina išvengti perteklinės biurokratijos ir neproporcingų dokumentacijos reikalavimų.

Priemokos už brangesnes gydymo paslaugas taikomos ir kitose Europos šalyse:

- Pavyzdžiui, Vokietijoje¹⁴ paciento pageidaujamos papildomos, į valstybės garantuojamų paslaugų krepšelį neįtrauktos paslaugos teikiamos su paciento priemoka, prieš tai raštu informavus pacientą. Pacientams leidžiama primokėti ne tik už papildomas komforto paslaugas (pavyzdžiui, vienvietes palatas), bet ir už geresnės kokybės paslaugas (pavyzdžiui, vyriausiojo gydytojo konsultaciją).
- Prancūzijoje leidžiama imti priemokas už komforto paslaugas – privačią palatą, televizorių, interneto ryšį ir pan.¹⁵ Taip pat daliai gydytojų, atitinkančių kvalifikacijos reikalavimus¹⁶, leidžiama už konsultacijas nustatyti didesnius įkainius, skirtumą apmokant paciento priemoka¹⁷.

3 straipsnis. Teisėkūros principai [...]

3) **pagarbos asmens teisėms ir laisvėms**, reiškiančiu, kad teisės aktų nuostatos turi užtikrinti ir negali paneigti Konstitucijoje, Europos Sąjungos teisės aktuose, Lietuvos Respublikos tarptautinėse sutartyse, Lietuvos Respublikos įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatytą asmens teisių ir laisvių, teisėtų interesų.

Galimybė pagal išgales prisidėti prie savo sveikatos priežiūros įtvirtinta ir Konstitucinio Teismo doktrinoje:

„Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad pilietinėje visuomenėje solidarumo principas nepaneigia asmeninės atsakomybės už savo likimą; pripažinti abipusę asmens ir visuomenės atsakomybę yra svarbu užtikrinant socialinę darną, laiduojant asmens laisvę ir galimybę apsisaugoti nuo sunkumų, kurių žmogus vienas nepajėgtų įveikti. Asmens sveikatos priežiūros finansavimo teisiniu reguliavimu turėtų būti sudarytos paskatos kiekvienam asmeniui rūpintis savo sveikata, prisiimti pareigą **pagal išgales prisidėti prie jos priežiūros**

¹⁴ BMG, Billing of inpatient hospital services, 2025.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/abrechnung-krankenhausleistungen.html#:~:text=%C3%A4rztlichen%20Behandlung%20enthalten%20ist%2C%20sind,medizinsisch%20notwendigen%20Leistungen%20abgedeckt%20sind>

¹⁵ DGCCRF, „Facturation des professionnels et établissements de santé : qu'est-ce qui peut vous être facturé ?“ Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et énergétique, 2025 m. kovo 19 d., prieiga 2025-11-13, <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/les-fiches-pratiques/facturation-des-professionnels-et-etablissements-de-sante-quest-ce-qui>

¹⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). *Secteur 2: accès direct*. Fiche pratique. 2025. Prieiga 2025-11-03

¹⁷ Assurance Maladie (ameli.fr), „Tarification des secteurs conventionnels,“ atnaujinta 2025 m. vasario 26 d., prieiga 2025-11-13, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/convention-secteurs-adhesion/secteurs-conventionnels>

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

Galimybės primokėti už paciento pageidavimu teikiamas geresnės kokybės paslaugas leistų užtikrinti pacientų teisę rinktis geresnį gydymą ir pagal išgales prisidėti prie jo finansavimo.

PRIE EILIŲ MAŽINIMO PRISIDĖTI GALI IR PERTEKLINIO MEDICINOS PASLAUGŲ NAUDOJIMO MAŽINIMO PRIEMONĖS

Gydytojų skaičius Lietuvoje yra didesnis už ES vidurkį – Lietuvoje 1 000 gyventojų tenka 4,5 gydytojų, o ES vidurkis – 4,1. Vadinasi, ilgų eilių vien pasiūlos trūkumu paaiškinti negalima – eiles formuoja ir perteklinė gydymo paslaugų paklausa. Kadangi apsilankymai pas gydytojus specialistus gyventojams pacientams nieko nekainuoja, jie gali būti suinteresuoti gauti kuo daugiau siuntimų ir paslaugų, net jei jie nėra pagrįsti medicininėmis indikacijomis.

Valstybės kontrolės duomenimis, 2022–2024 m. išrašytų siuntimų skaičius augo nuo 8 iki 10 mln. Vertinimo¹⁸ metu nustatyta, kad:

- Netinkamai išrašyti siuntimai, kai nenurodoma siuntimo priežastis, sudaro net 60 proc. visų siuntimų;
- Nenurodoma paslauga arba specialistas, pas kurį siunčiama sudaro 20 proc. visų siuntimų;
- 30 proc. Valstybės Kontrolės apklaustų gydymo įstaigų susiduria su netinkamai ar nepagrįstai išrašomų siuntimų problema, dažniausiai kai jie išrašomi nenurodžius arba neaprašius diagnozės arba nenurodžius siuntimo priežasties ar reikiamos paslaugos (44 proc.).

¹⁸ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių mažinimas* (Vilnius, 2025 m. rugpjūčio 12 d.), prieiga 2025-10-15, <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/24353/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-laukimo-eiliu-mazinimas>

Siekiant kontroliuoti perteklinį ne pirminio lygio gydymo paslaugų naudojimą, apdraustieji Šveicarijoje turi¹⁹:

- Apmokėti pirmuosius 300 frankų²⁰ suteiktų gydymo paslaugų vertės per metus;
- Gautų gydymo paslaugų vertei viršijus šią sumą, sveikatos draudimas dengia 90 proc. paslaugų vertės, o apdraustajam reikia apmokėti 10 proc. paslaugų vertės, bet ne daugiau nei 700 frankų per metus;
- Priemoką už stacionarinį gydymą ligoninėje – 15 frankų už dieną.

Panašūs gydymo paslaugų paklausos valdymo mechanizmai taikomi Prancūzijoje, kur pacientai turi²¹:

- Susimokėti 19,61 euro dydžio priemoką už greitosios pagalbos paslaugas;
- Susimokėti 2 eurų dydžio mokestį už visas medicininės konsultacijas ir procedūras;
- Susimokėti priemoką už stacionarinį gydymą ligoninėje – 20 eurų už dieną.

Perteklinės paslaugų paklausos valdymo mechanizmas plačiai taikomas ir kitose Europos šalyse, pavyzdžiui, Nyderlanduose gyventojai turi apmokėti pirmuosius 385 eurų²² suteiktų gydymo paslaugų vertės per metus.

Derėtų įvertinti, kaip tokios priemonės Lietuvoje prisidėtų prie eilių mažinimo ir leistų padidinti sveikatos sistemos finansinius išteklius išvengiant mokesčių didinimo. Svarbu atsižvelgti, kad:

- Mokesčių našta darbo užmokesčiui Lietuvoje 2024 m. siekė 39,3 proc. – t.y. yra 4,4 proc. punkto didesnė nei EBPO vidurkis. Vadinasi, didinti PSDF įmokų tarifą, siekiantį 6,98 proc., erdvės nėra;
- Iš valstybės biudžeto mokamoms įmokoms už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2026 m. suplanuota skirti 1,1 mlrd. eurų, arba 97,1 mln. eurų daugiau nei 2025 metais. Projektuojama, jog valstybės biudžeto išlaidos viršys pajamas net 6,2 mlrd. eurų, skirtumą dengiant skola. Vadinasi, erdvė reikšmingai didinti įmokas už valstybės

¹⁹ Office fédéral de la santé publique (OFSP), „Participation aux coûts pour assurés domiciliés en Suisse,“ prieiga 2025-11-13, <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-participation-aux-couts-pour-assures-domicilies-en-suisse>

²⁰ Šis reikalavimas netaikomas vaikams ir jauniems žmonėms. Mokestis netaikomas ir su nėštumu susijusioms gydymo paslaugoms bei prevencinėms programoms.

²¹ Assurance Maladie (ameli.fr), „Ce qui reste à votre charge,“ prieiga 2025-11-13, <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge>

²² Šis reikalavimas netaikomas nepilnamečiams, taip pat bendrosios praktikos gydytojų ir su nėštumu susijusioms medicinos paslaugoms.

lėšomis draudžiamus asmenis yra ribota, dėl to būtina ieškoti alternatyvių finansavimo šaltinių.

Tam, kad didėjantis sveikatos sistemos finansavimas sąlygotų geresnes gydymo paslaugas pacientams, būtina užtikrinti šių lėšų panaudojimo efektyvumą. Priešingai nei Lietuvoje, dalyje šalių sveikatos draudimą teikia keli, tarpusavyje konkuruojantis tiekėjai. Pavyzdžiui, Nyderlanduose ir Šveicarijoje konkurencija egzistuoja ir tarp draudėjų, teikiančių „bazinį“ sveikatos draudimą, kurį privaloma įsigyti kiekvienam gyventojui. Draudimo kompanijos konkuruoja poliso kaina ir priemokų už paslaugas suma.

Priešingai nei sistemose, kuriose sveikatos draudimas monopolizuotas pas vieną tiekėją, draudimo tiekėjų konkurencija skatina juos proaktyviai užtikrinti lėšų panaudojimo efektyvumą ir aktyviai tikrinti, jog gydymo paslaugų teikėjų suteiktos paslaugos nekurtų perteklinės paklausos bei atitiktų teisės aktų nustatytą privalomojo sveikatos draudimo aprėptį ir jų teikimo principus. Efektyvaus lėšų panaudojimo kontrolė leidžia draudimo tiekėjams pasiūlyti identišką įstatymu nustatytą sveikatos draudimą už mažesnę kainą, taip pritraukiant klientus.

Atkreiptinas dėmesys, kad gydymo paslaugų teikėjai Šveicarijoje įstatymu įpareigoti teikti paslaugas remdamiesi veiksmingumo, tikslingumo ir ekonomiškumo principais. Mediciniškai nepagrįstos ir neekonomiškos paslaugos paslaugų teikėjams gali būti neapmokamos²³. Suteiktų gydymo paslaugų atitikimą veiksmingumo, tikslingumo ir ekonomiškumo principams vertina nepriklausomi gydytojai, paskirti draudimo įmonių, suderinus su kantono gydytojų asociacija.

Šie draudimo rinkos mechanizmai, ribojantys perteklinę gydymo paslaugų paklausą, veiksmingai prisideda prie eilių mažinimo. Panašių mechanizmų įgyvendinimą derėtų apsvarstyti ir Lietuvoje. Sumažinus nebūtinų gydymo paslaugų skaičių, pacientai, kuriems, pavyzdžiui, iš tikrųjų būtina gydytojo specialisto konsultacija, ją gauti galėtų greičiau.

GYDYMO PASLAUGŲ PRIEINAMUMĄ GERINTI PADĖTŲ PRIVATAUS SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTRA

Papildomo privataus sveikatos draudimo paskirtis – padengti privalomojo sveikatos draudimo spragas, užtikrinti didesnę gydymo paslaugos tiekėjų pasirinkimą ir gauti greitesnę prieigą prie

²³ Fedlex, *Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)*, SR 832.10, Fedlex, prieiga 2025-11-13, https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de

gydymo²⁴. EBPO duomenimis, Lietuva yra šalis, kurioje papildomo sveikatos draudimo aprėptis yra antra mažiausia tarp organizacijos šalių – 5 proc.²⁵

Papildomas sveikatos draudimas plačiai taikomas EBPO šalyse. Pavyzdžiui, Šveicarijoje²⁶ jis skirtas paslaugoms, viršijančioms valstybės garantuojamą „bazinį“ paslaugų paketą. Papildomą sveikatos draudimą Šveicarijoje turi beveik trečdalis gyventojų. Jis leidžia laisvai rinktis gydymo įstaigą ir paslaugą teikiantį specialistą, taip pat apmoka komforto paslaugas (vienvietes palatas ir pan.).

Skirtingos draudimo kompanijos konkuruoja kaina ir paslaugų apimtimi, o pacientų teisių apsauga ir lėšų panaudojimo efektyvumas garantuojamas draudimo įmonių ir gydymo paslaugų teikėjų kontraktais, kuriuos prižiūri nepriklausoma priežiūros institucija²⁷. Dalis draudimo įmonių siūlo polisus, kurie dengia ir oftalmologijos prietaisus (akinius, kontaktinius lęšius) bei odontologijos paslaugas. Draudimo įmokų dydį leidžiama atskaityti iš apmokestinamųjų gyventojo pajamų.

Papildomas sveikatos draudimas plačiai taikomas ir kitose EBPO šalyse. Pavyzdžiui, Nyderlanduose jis taip pat skirtas kompensuoti paslaugas, kurios nepatenka į privalomojo sveikatos draudimo apimtį²⁸. Skačiuojama, jog papildomą sveikatos draudimą šalyje turi net 85 proc. gyventojų. Tuo tarpu Prancūzijoje papildomą sveikatos draudimą turi dar daugiau gyventojų – net 96 proc. populiacijos, kadangi valstybinis sveikatos draudimas dengia 70 proc. gydymo paslaugų kainos. Papildomas sveikatos draudimas pagrįste skirtas valstybės nekompensuojamai kainos daliai padengti, tačiau galima įsigyti tokius draudimo polisus, kurie dengia odontologijos ir oftalmologijos paslaugas.

²⁴ Sagan, Anna, and Sarah Thomson. *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*. Health Policy Series, no. 43. Copenhagen: World Health Organization, 2016.

²⁵ OECD, „Population coverage for healthcare,” *Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Full report* (Paris: OECD Publishing, 2023 m. lapkričio 7 d.), prieiga 2025-11-13, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/population-coverage-for-healthcare_e999bea9.html

²⁶ Swiss Life, „Supplementary Insurance: What Are the Benefits?“, 2024 m. rugsėjo 10 d., prieiga 2025-11-13, <https://www.swisslife.ch/en/individuals/health-mobility/ratgeber/supplementary-insurance.html>

²⁷ Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), „Assureurs-maladie complémentaire : progrès et défis des décomptes des prestations,” *Communiqué de presse*, 2025 m. sausio 16 d., prieiga 2025-11-13, <https://www.finma.ch/fr/news/2025/01/20250116-mm-leistungsberechnung-krankenzusatzversicherer/>

²⁸ Rijksoverheid, „Wat is een aanvullende zorgverzekering?“, prieiga 2025-11-13, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-een-aanvullende-zorgverzekering>

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Vyriausybės siūlomi sprendimai mažins pacientų galimybę likti aktyviais sveikatos sistemos dalyviais, savo pasirinkimais prisidedančiais prie sistemos efektyvumo užtikrinimo. Taip pat, siūlomi pakeitimai neigiamai paveiks sąžiningos konkurencijos sąlygojamas gydymo įstaigų paskatas gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą. Dėl to, įgyvendinus Vyriausybės siūlomus sprendimus, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė gali ne pagerėti, o pablogėti.

Siekiant tobulinti sveikatos sistemą ir maksimizuoti viešąjį interesą, dera siekti, kad sergantys pacientai gydymo paslaugas gautų laiku ir kokybiškas, o riboti PSDF ištekliai būtų paskirstomi efektyviai. Tam, būtina stiprinti ekonomines paskatas gydymo įstaigoms užtikrinti paslaugų veiksmingumą vykdant aktyvią kokybės rodiklių stebėseną. Be to, siekiant subalansuoti gydymo paslaugų pasiūlą su paklausa ir suvaldyti eiles, būtina vykdyti veiksmingą PSDF fondo lėšų naudojimo kontrolę ir įvesti kitose Europos šalyse taikomas išlaidų pasidalijimo priemones tarp draudimo ir paciento.

Siekiant subalansuoti priemonų reguliavimą:

1. Sudaryti galimybę pacientui prisimokėti ir už geresnės kokybės ar papildomas paslaugas;
2. Medicinos paslaugų kainodara ir pacientų informavimas galėtų tapti skaidresnis, jei pacientams būtų pateikta informacija, kokios bazinės paslaugos yra finansuojamos ligonių kasų lėšomis, ir už kokius pagerinimus yra mokama priemoka;
3. Plėsti privataus draudimo aprėptį, ypač odontologijos ir vaistų srityse, kurios sudaro didžiausią mokėjimų „iš kišenės“ dalį²⁹.

Siekiant gerinti gydymo paslaugų kokybę:

4. Sutartis dėl gydymo paslaugų kompensavimo sudaryti su įstaigomis, atsižvelgiant į jų paslaugų teikimo kokybės rodiklius, geriausius rodiklius pasiekiančioms įstaigoms apmokant platesnę paslaugų apimtį, prasčiausiai paslaugas teikiančioms įstaigoms mažinant paslaugų kvotas;
5. Įgyvendinti „apmokėjimo už rezultatą“ priemonės, tam tikrą proc. metinės suteiktų paslaugų vertės apmokant tik tuo atveju, jei gydymo įstaiga įgyvendina kokybės rodiklius, nustatytus sutartyje su Ligonijų kasomis;

²⁹ OECD / European Observatory on Health Systems and Policies, *Lietuva: 2023 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga*.

6. Aktyviai viešinti gydymo paslaugų kokybės švieslentės duomenis, užtikrinti stebimų rodiklių aktualumą atsižvelgiant į užsienio šalių gerąsias praktikas;

Siekiant gerinti gydymo paslaugų prieinamumą:

7. Svarstyti palaipsniui įvesti Europoje taikomas „išlaidų pasidalijimo“ priemones, pirmiausia įvedant ~20 proc. konsultacijos kainos sudarančią priemoką už specialistų, pas kuriuos eilės ilgiausios (pvz. kardiologų, neurologų) konsultacijas³⁰;
8. Apmokant už konsultacijas atsižvelgti į rodiklius, susijusius su išrašomų siuntimų pagrįstumu ir kiekiu.

³⁰ Remiantis Ligonų kasų skelbiamu kainynu, kardiologo konsultacijos kaina pacientui tokiu atveju siektų apie 9 eurus.

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. *Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir jų balo vertė*. Atnaujinta 2025-08-27. Prieiga 2025-11-13. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/kompensuojamuju-paslaugu-kainos/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/>