

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS**  
**SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS**  
**EKONOMIKOS KATEDRA**

**Inga DARBUTAITĖ**

**SVEIKATOS DRAUDIMO RAIDOS LIETUVOJE SOCIALINĖ**  
**EKONOMINĖ ANALIZĖ**

**Magistro darbas**

Šiauliai, 2009

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS**  
**SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS**  
**EKONOMIKOS KATEDRA**

**Inga DARBUTAITĖ**

**SVEIKATOS DRAUDIMO RAIDOS LIETUVOJE SOCIALINĖ**  
**EKONOMINĖ ANALIZĖ**

**Magistro darbas**  
**Socialiniai mokslai, ekonomika (04 S)**

**Magistro darbo autorius** **Inga Darbutaitė**

---

(vardas, pavardė, parašas)

**Vadovas** **doc. dr. Auksė Felomėja Norkuvienė**

---

(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

**Recenzentas**

---

(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

## **SANTRAUKA**

Inga Darbutaitė

Sveikatos draudimo raidos Lietuvoje socialinė ekonominė analizė.

Magistro darbas.

Magistro baigiamajame darbe analizuojama sveikatos draudimo raida Lietuvoje, jos metu iškilusios problemos ir privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų dinamika, jų pokyčius lėmę ekonominiai, socialiniai veiksniai. Rezultatai parodė, kad privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų surinkimą vienodai veikia bedarbių ir užimtų gyventojų skaičius, vidutinis darbo užmokestis ir gyventojų pajamų mokestis. Priklausomybė tarp šių veiksnių yra labai glaudi. Nustatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto stabilumą neigiamai veikia visuomenės senėjimas, t.y. žemas gimstamumas ir vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimas. Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidų apimties ir struktūros analizė parodė, kad jose didžiąją dalį sudaro lėšos skirtos tobulinti sveikatos draudimo sistemą. Analizuojant duomenis nustatyta, kad susidariusias finansavimo problemas gali išspręsti plėtojamas papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas.

## **SUMMARY**

Inga Darbutaitė

Social-Economic Analysis of Health Insurance Development in Lithuania

Master work

This master work analyses health insurance development in Lithuania, its problems, the dynamics of the income and expense of the budget of the mandatory health insurance fund, and the economic and social factors which cause its changes. The results have revealed that the income of the budget of the mandatory health insurance fund equally depend on the number of the unemployed and the employed, the average salary and the personal income tax. There is a tight interdependence between these factors. It has been established that the stability of the mandatory health insurance fund is negatively influenced by the aging of the society, that is, low birth rate and longer average life expectancy. The analysis of the expenses and the structure of the mandatory health insurance fund shows that the greatest share of the expenses are dedicated to the enhancement of the health insurance system. The analysis of the data shows that the present financing problems might be solved by developing a complementary (voluntary) health insurance.

## TURINYS

ĮVADAS .....	7
1. SVEIKATOS DRAUDIMO TEORINIAI ASPEKTAI .....	9
1.1. Sveikatos draudimo atsiradimo prielaidos.....	9
1.1.1. Europos šalių sveikatos draudimo istorinės ištakos .....	9
1.1.2. Sveikatos draudimo modeliai .....	11
1.1.3. JAV taikomos sistemos ypatumai.....	15
1.2. Teorinių sveikatos draudimo modelių taikymo Europoje ypatumai .....	16
1.3. Lietuvos sveikatos draudimo formavimasis .....	19
1.3.1. Lietuvos sveikatos draudimo atsiradimo prielaidos .....	19
1.3.2. Sveikatos draudimo koncepcija .....	21
1.4. Sveikatos draudimo sistemos organizavimas Lietuvoje.....	24
1.5. Privalomojo sveikatos draudimo finansavimo sistema .....	27
1.6. Sveikatos draudimo pajamų ir išlaidų analizės metodologija ir metodai .....	32
2.SVEIKATOS DRAUDIMO LIETUVOJE FINANSAVIMO ANALIZĖ .....	37
2.1. Pajamų ir išlaidų analizė.....	37
2.1.1. Privalomojo sveikatos draudimo pajamų analizė .....	37
2.1.2.Privalomojo sveikatos draudimo išlaidų analizė .....	42
2.2. Pajamų ir išlaidų kitimą lėmusių veiksnių analizė .....	50
2.2.1. Ekonominių veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo pajamoms.....	50
2.2.2. Socialiniai veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo pajamoms.....	51
2.2.3. Politinių veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo pajamoms ir išlaidoms .....	53
2.2.4. Technologinių veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo išlaidoms.....	54
3. LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO TOBULINIMO GALIMYBĖS.....	56
3.1. Sveikatos draudimo kitimo tendencijos.....	56
3.2. Lietuvos papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo įvertinimas.....	60
3.3. Sveikatos draudimo tobulinimo galimybės .....	62
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI .....	66
LITERATŪRA .....	69
PRIEDAI .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## LENTELĖS

1 Lentelė. Pagrindiniai privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų struktūros šaltiniai (%).....	48
2 Lentelė. Mokamų mokesčių pokytis.....	55
3 Lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų sudėtis.....	55

## PAVEIKSLAI

1. Paveikslas Bismarko socialinio – medicininio draudimo sistemos modelis.....	10
2. Paveikslas Beveridžo nacionalinės sistemos modelis.....	11
3. Paveikslas Mišri sveikatos draudimo sistema.....	12
4. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo veikimo mechanizmas.....	26
5. Paveikslas 2007 m. TLK sudarytos sutartys.....	29
6. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto pajamos (2003 m.pajamos su banko paskola).....	35
7. Paveikslas PSDF biudžeto pajamų ir GPM ryšys.....	36
8. Paveikslas PSDF biudžeto pajamų ryšys su užimtų gyventojų skaičiumi.....	37
9. Paveikslas PSDF biudžeto pajamų ir nedarbo lygio ryšys.....	37
10. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų kitimas.....	38
11. Paveikslas Įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis ir valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius mln.Lt.....	39
12. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos.....	41
13. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų straipsnių kitimas.....	41
14. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vidutinė išlaidų sudėtis (2003-2007 m.).....	44
15. Paveikslas 2007 m. iš PSDF skirtų lėšų suma sveikatos programoms vykdyti (mln.Lt.).....	46
16. Paveikslas Gyventojų užimtumo apžvalga.....	49
17. Paveikslas Gyventojų skaičiaus kaita (mln.Lt.).....	50
18. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų prognozė 2009-2011 metams (tiesinio trendo metodas).....	56
19. Paveikslas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų prognozė 2009-2011 metams (logaritminio trendo metodas).....	57
20. Paveikslas Sveikatos draudimo objektas.....	60

## ĮVADAS

Šiuolaikinei visuomenei svarbu ne tik jos sveikata, bet ir tos vertybės išsaugojimo kaina bei sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas. Žmogaus sveikata susijusi su ekonominėmis, socialinėmis, politinėmis gyvenimo sąlygomis, o šalies ekonominis klestėjimas priklauso nuo šalies gyventojų sveikatos. Lietuvos pasirinktas daugelyje pasaulio šalių dominuojantis sveikatos draudimo modelis grindžiamas solidarumo principu: kai dirbantys dalį savo uždirbtų lėšų skiria tiems, kurie dėl ligos, patyrus traumas ar kitų priežasčių praranda darbingumą ir negali užsidirbti.

Įgyvendinant sveikatos draudimo politiką sveikatos draudimo sistemos dalyviai verčiami prisimti naujus rinkos iššūkius ir operatyviai reaguoti į staigius ekonominius ir socialinius pokyčius. Lėšų stygiaus problema sutvarkoma tik labai efektyvia finansų bei socialine politika. S.Angele (1996) teigia, kad sveikatos draudimo sistemos raida negali išspręsti šios problemos, bet gali pagreitinti procesą, jei sistema plėtojasi teisinga linkme.

**Darbo problema.** Siekiant padidinti sveikatos draudimo paslaugų prieinamumą kuo didesniai gyventojų ratui būtina išanalizuoti ją lemiančius veiksnius ir gerinimo perspektyvas.

**Temos aktualumas.** Šiandien intensyvėjantis sveikatos draudimo vystymasis skatina didinti teikiamų sveikatos paslaugų prieinamumą, efektyvumą ir kokybę. Iš sveikatos draudimo sistemos, kuri Lietuvoje didžiąja dalimi yra valstybinė (privalomasis sveikatos draudimas), gyventojai nori būti aprūpinti būtinomis sveikatos medicinos paslaugomis bei priemonėmis. Siekiant, kad sveikatos draudimo sistema veiktų efektyviai ir kokybiškai, būtina numatyti ne tik pagrindinio, bet ir papildomo finansavimo galimybes.

**Darbo objektas.** Lietuvos sveikatos draudimo raida.

**Darbo tikslas.** Atlikti Lietuvos sveikatos draudimo ekonominių socialinių veiksnių analizę, nustatyti sveikatos draudimo raidos problemas ir pateikti pasiūlymus jai tobulinti.

**Darbo uždaviniai.**

- Apžvelgti teorinius sveikatos draudimo formavimosi ypatumus ir taikomus modelius.
- Išnagrinėti Lietuvos sveikatos draudimo finansavimo sistemą.
- Išanalizuoti sveikatos draudimo pajamų ir išlaidų dinamiką ir jų kitimą lėmusius veiksnius.
- Numatyti sveikatos draudimo perspektyvas.
- Aptarti Lietuvos sveikatos draudimo sistemos tobulinimo galimybes.

**Hipotezė.** Lietuvos išsivystymo lygis negali užtikrinti optimalaus gyventojų aprūpinimo sveikatos paslaugomis, todėl būtinas pačių gyventojų papildomas finansinis indėlis į kokybišką sveikatos paslaugų užtikrinimą.

**Darbo metodai.** Atliekant sveikatos draudimo sistemos analizę naudoti šie darbo metodai: mokslinės literatūros analizė ir apibendrinimas, statistinių duomenų rinkimas, duomenų sisteminimas bei apdorojimas kompiuteriniu būdu (MS Word, Excel programa, loginė analizė statistine SPSS programa), lentelių sudarymas bei grafinis vaizdavimas, dinaminė ir struktūrinė analizė, prognoziniai skaičiavimai, rezultatų apibendrinimas.

Darbe naudota - Lietuvos Respublikos įstatymai, Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos pranešimai, ataskaitos, Statistikos departamento, Eurostat informacija, Respublikos Vyriausybės, Lietuvos laisvosios rinkos instituto informacija.

**Darbo atsiribojimai.** Nenagrinėjami tie privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto straipsniai, kurie neturi lemiamos įtakos pajamoms ir išlaidoms. Nagrinėjamas 2003 – 2007 metų laikotarpis, nes netikslinga analizuoti ankstesnių metų duomenis, o 2008 m. detaliau nenagrinėjami dėl galimo duomenų iškreipimo (rezultatai apie šiuos metus patvirtinti antrą ketvirtį).

**Darbo rezultatai.** Teorinėje darbo dalyje apžvelgta teoriniai sveikatos draudimo formavimosi aspektai. Nagrinėjama sveikatos draudimo modelių įvairovė ir jų ypatumai, Lietuvos sveikatos draudimo formavimasis. Išnagrinėta sveikatos draudimo finansavimo sistema ir apžvelgta privalomojo sveikatos draudimo finansavimo sistemos funkcionavimo tvarka. Nagrinėjama įstatyminė sveikatos draudimo bazė, Lietuvoje ir kitose šalyse naudojamų modelių įvairovė ir jų išskirtinumas, privalomojo sveikatos draudimo finansavimo sistemos funkcionavimo tvarka.

Antroje darbo dalyje atlikta PSDF pajamų ir išlaidų struktūros ir dinamikos analizė, PSDF biudžeto lėšų panaudojimas, įsigyjant pacientams vis daugiau ir kokybiškesnių gydymo paslaugų, užtikrinant pagrindinių privalomojo sveikatos draudimo principų – „pinigai paskui ligonį“ bei „apmokėjimas pagal atliktą darbą“ – įgyvendinimą. Išnagrinėti PSDF biudžetą lemiantys veiksniai. Atlikta PSDF pajamų ir priklausomybės nuo GPM, užimtų gyventojų ir bedarbių skaičiaus analizė. Trečioje darbo dalyje atlikus lėšų PSDF biudžeto dinamikos analizę nustatytos bendros tendencijos tobulinant sveikatos draudimo sistemą. Atlikta prognozė siekiant nustatyti 2009 – 2011 m. PSDF biudžeto kitimą remiantis 2008 m. duomenimis.

Baigiamajame darbe susisteminta įvairių autorių mokslinė literatūra ir atlikta jos analizė ir apibendrinimas. Formaliai atlikta prognozė palyginta su PSDF biudžeto analize ir nustatyta, kad numatomos surinkti pajamos viršys prognozuotus, tačiau tik laipsniškas perėjimas prie papildomojo sveikatos draudimo sistemos gali išspręsti susidariusias finansavimo problemas.

Darbą sudaro 70 puslapių, 3 lentelės, 20 paveikslų, 67 literatūros šaltiniai.



## **1. SVEIKATOS DRAUDIMO TEORINIAI ASPEKTAI**

### **1.1. Sveikatos draudimo atsiradimo prielaidos**

Nors pasaulyje yra įvairių sveikatos draudimo sistemų, išsiskiria europietiškas ir Jungtinių Amerikos Valstijų požiūris. Pirmąjį apibūdina didelis valstybės kišimasis ir privalomas visuotinis sveikatos draudimas. Antrasis nepripažįsta privalomos sistemos - pats žmogus draudžiasi, ir yra labai nedaug išimčių, kada ligonis ar nukentėjęs gydomas, nes yra tokios būklės, kad negali parodyti draudimo pažymėjimo. Tarp šių dviejų skirtingų sistemų yra daug tarpinių modelių ir yra įvairių bei skirtingų vertinimų, kuri sistema geresnė.

#### **1.1.1. Europos šalių sveikatos draudimo istorinės ištakos**

Europos šalių sveikatos draudimą išnagrinėjo soc. m. dr. Liubovė Murauskienė (1996), kuri teigė, kad Europos valstybėse sveikatos draudimo istorija prasidėjo XIX amžiuje, nes jau ir tada žmonės turėjo sveikatos sutrikimų, ir tie patys žmonės, t.y. pacientai ir medikai, bandė juos gydyti. Pacientai kreipdavosi į mediką, ir kiekvienu atveju atsikaitymas už suteiktą paslaugą buvo jų susitarimo reikalas. Mūsų laikais sveikatos priežiūros sistema labiau išsivysčiusi, pažengusi ir jos dalyvių ratas išsiplėtė. Dabar tai ne tik pacientas ir medikas, bet ir draudimo kompanijos bei socialinio draudimo fondai, profesinės organizacijos ir valstybė. Šiuolaikinę sveikatos priežiūros organizavimo ir finansavimo modelių įvairovę sieja vienas bruožas – nė vienoje šalyje nedominuoja privati sistema, egzistavusi prieš du šimtus metų.

Kaip ir kodėl žmonės nusprendė kurti kolektyvinį, nacionalinį ir privalomą priemonių planą, kad susitvarkytų su jiems įtaką darančiais sistemos negalavimais ir nepalankiomis aplinkybėmis, kurioms tiesiog reikėjo ieškoti individualių gydymo priemonių? Mokslinis paaiškinimas gali remtis dviem pagrindinėmis sąvokomis. Pirma – “išoriniai efektai”, kurie naudojami gerovės valstybės ekonomikoje. Pats terminas reiškia, kad vieno asmens negalia ir nepalankių aplinkybių padariniai netiesiogiai daro įtaką kitiems. Antra sąvoka, istorinė sociologija, parodo, kad žmonių tarpusavio priklausomybės grandinės laikui bėgant vis plečiasi ir stiprėja. „Aiškinamuosius istorinius pagrindus formavo valstybinė sistema, kapitalizmo raida ir urbanizacijos procesai bei kartu vykusį sekuliarizaciją. Bendroje konkurencinėje kovoje valstybė kūrė biurokratinę mašiną, siejančią mokesčių mokėtojus, kareivius, studentus, pacientus, ieškovus, rinkėjus – visus, kuriuos galima pavadinti vienu žodžiu“ – piliečiai. Pradedantys verslininkai organizavo gamybą ir kūrė rinkas, siedami žmones (tiek kaip darbininkus, tiek kaip vartotojus) į gamybos ir mainų sistemas. Tai parodo, kaip augo tarpusavio priklausomybė, ir naujos, toli siekiančios asmeninių negalių bei

nepalankių aplinkybių išorinės įtakos. Dėl jų kilę konfliktai veikė įvairių grupių lojalumą ir naują supratimą, kaip besikeičiantys grupių interesai veikia vienas kitą.

Turtingųjų ir vargšų, arba stipriųjų ir bejėgių, tarpusavio priklausomybė buvo pagrindinė problema kolektyvizavimo procese.

Vargšai visais laikais buvo žmonės, kurie turėjo mažiau, negu reikia išgyvenimui. Tačiau visada ir visur vargšų sąlygos priklausė nuo turtingųjų, kitaip tariant, neturtingieji priklausė nuo turtingesniųjų, kad išgyventų, o turtingesnieji nuo vargšų, kad išlaikytų savo pirmenybę.

Feodalizmo laikais vargšai simbolizavo tiek visuomenei gresiantį pavojų, tiek naujas galimybes: pavojus, kad jie gali žiauriai pasikėsinti į asmenį ar turtingųjų turtą, bet tuo pačiu ir galimybes išnaudoti ubagus (pvz., darbininkus ir kareivius) didžiųjų kovoje dėl elito laurų. Vėlesniais valstybės formavimo ir kapitalizmo raidos laikais nors vargšai ir sudarė potencialių darbininkų, kareivių, vartotojų ir politikos rėmėjų rezervą, į juos buvo žiūrima kaip į grėsmę valstybės tvarkai, darbo rinkai ir taip pat visuomenės sveikatai. Pavyzdžiu galėtų būti XIX a. kilęs masinės choleros protrūkis, kuris buvo įvardintas kaip miesto varguolių gyvenimo sąlygų padarinys. Pasiturintys piliečiai galėjo persikelti į sveikesnius kvartalus, bet, norint užkirsti kelią epidemijos plitimui už skurdžių kvartalų ribų ir neleisti jai visiškai paralyžiuoti miesto gyvenimo, neišvengiamai reikėjo kurti kolektyvinę sanitarijos tarnybą. Būtent masinės epidemijos pateikė labai ryškų vargšų ir turtingųjų tarpusavio priklausomybės pavyzdį ir pademonstravo individualių negalių išorinius efektus.

Atidžiau pažvelgus į istoriją galima pastebėti, kad sukilimai, gaujų siautėjimai, nusikalstamumas ir epidemijos prieš du šimtus metų buvo keturios didžiausios miestų blogybės. Kovai su sukilimais, gaujų siautėjimais, nusikalstamumu ir epidemijomis miesto bendruomenė kvietėsi policiją. XVIII amžiaus vokiečių terminui *Polizey* tinkamiausias vertimas būtų “administracija”, o žodžio reikšmę XIX amžiaus pradžioje geriausiai atitiktų, ką šiais laikais vadiname “inspektavimas ir prievarta”. „Maždaug tuo pačiu metu įvairiose šalyse buvo įkurta “medicinos policija”, kuri turėjo tikrinti sanitarijos sąlygas ir imtis visuomenės higienos priemonių.“ Taip atsirado policijos (tiek miesto, tiek medicinos) sąvoka ir sistemos sąvoka (kai miestuose buvo pradėtos teikti tokios paslaugos, pakeitusios miesto gyvenimą, kaip gatvių apšvietimas, geriamo vandens tiekimas, šiukšlių išvežimas, visuomeninio transporto sistema, valstybinės mokyklos, o dar vėliau – elektra, telefonai ir visai neseniai kabelinė televizija.

XIX amžiuje tokie fondai, kaip savišalpos, socialinio draudimo ir pan. buvo įkurti siekiant apsidrausti nuo įvairių rizikų, su kuriomis teko susidurti darbininkams. XIX amžiuje pramonėje dirbantiesiems labai daug reikė draudimo išmokos susirgus. Faktiškai panašiomis sąlygomis gyveno gana daug žmonių ir jų skaičius vis augo. Darbininkų šeimose vienintelis pajamų šaltinis pragyvenimui buvo atlyginimas. Prarasti pajamas ligos laikotarpiu buvo tikra to meto tragedija.

Todėl, siekiant išsaugoti pajamas susirgus šeimos maitintojui, buvo sukurta įvairių kolektyvinių struktūrų, peraugusių į vieną ar kitą socialinio draudimo rūšį.

Esminiai pokyčiai socialinio draudimo srityje įvyko XIX amžiuje. Sparčiai tobulėjant medicinos technologijoms ir plečiantis medicinos paslaugų teikimui (ši procesą iš dalies skatino socialinių draudimo fondų finansų įtaka), išlaidos sveikatos priežiūrai, siekiant neprarasti pajamų susirgus, tapo pagrindine draudimo rūšimi, kurią padengia ši socialinio draudimo.

Tam didelę įtaką padarė Bismarko reforma Vokietijoje, t.y. valstybinė socialinio draudimo sistemos pradžia, kuri įvedė pirmą nacionalinę socialinę sveikatos draudimo sistemą, grindžiamą visuomeniniais pagrindais. Pačioje pradžioje draudimas padengė tik darbininkų išlaidas, tačiau vėliau draudžiamos buvo ir kitos dirbančios visuomenės grupės, bet ne visi gyventojai. Panašūs pokyčiai galėjo būti stebimi ir kitose šalyse.

### 1.1.2. Sveikatos draudimo modeliai

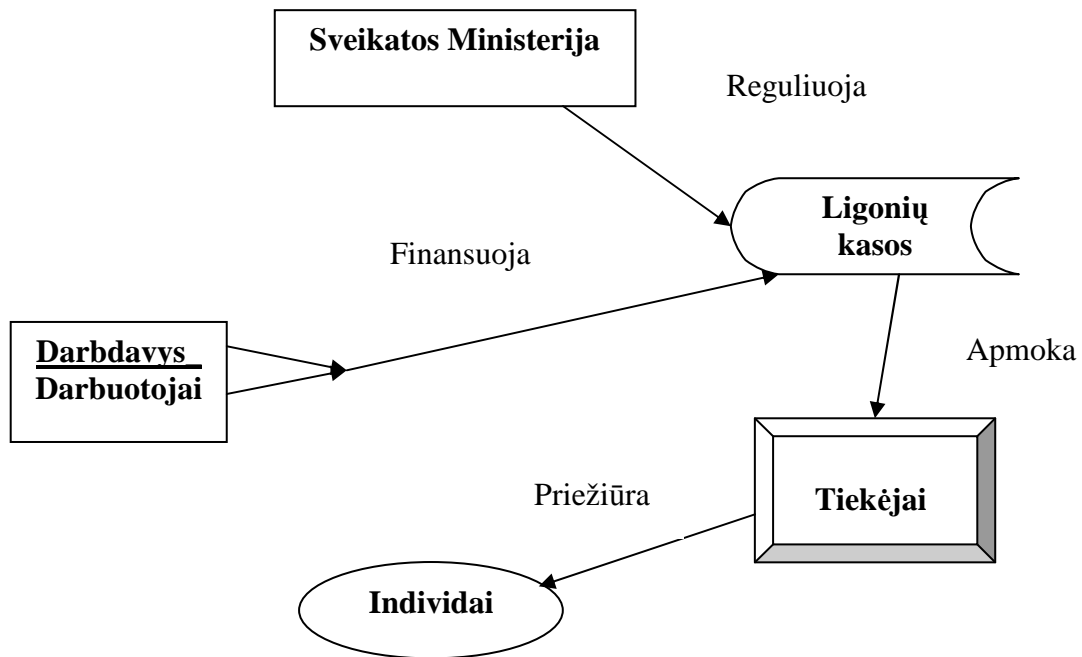
Pasaulyje egzistuoja didelė sveikatos draudimo modelių įvairovė. Jos skiriasi sveikatos sistemos finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

#### **Pagrindiniai Bismarko socialinio-medicininio draudimo sistemos bruožai:**

- finansuojama iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų ar mokesčių;
- įmokos už sveikatos draudimą yra atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų;
- sveikatos draudimas yra privalomas;
- lėšos kaupiamos „fonduose“, t.y. nevyriausybinuose, bet įstatymais įteisintuose, finansinio valdymo organuose. Šie fondai sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl medicinos pagalbos paslaugų teikimo.

Bismarko modelio sistemos tarpukario laikotarpiu veikė Centrinėje ir Rytų Europoje, o po II pasaulinio karo jos buvo vystomos toliau. Šalys, kuriose šis modelis taikomas dabar: Austrija, Belgija, Vokietija, Olandija, Prancūzija.

Bismarko modelis pagrįstas draudimo principais (žr. 1 pav.). Tai socialinės apsaugos sistema, kai valstybės tikslas yra rūpintis visų gyventojų gerove, ypač palaikant labiausiai remtinus gyventojus ir pasitelkiant tam tikras institucijas bei bendruomenės išteklius. . Nuo Beveridžo modelio skiriasi tuo, kad išmokų dydis paprastai yra susijęs su mokėtų įmokų dydžiu. Sveikatos apsaugos sistema finansuojama iš privalomųjų darbdavių ir darbuotojų įmokų. Privalumas tas, kad lėšos kaupiamos nevyriausybinuose fonduose įmokos už sveikatos draudimą atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų. Socialinės išmokos priklauso nuo darbuotojo buvusio darbo užmokesčio ir darbo stažo, t. y. nuo jo dalyvavimo darbo rinkoje, nuo jo tiesioginio pririšimo prie kapitalistinės rinkos.



1 pav. Bismarko socialinio-medicininio draudimo sistemos modelis  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Lygindami socialinio draudimo modelį su kitais dviem pagrindiniais sveikatos priežiūros finansavimo modeliais (privatų finansavimą ir visuomeninę sveikatos priežiūros sistemą), turėtume pabrėžti, kad jų “filosofija” visiškai skiriasi: turi skirtingas vertybių sistemas, remiasi skirtingais valdymo modeliais ir vaidina skirtingą vaidmenį sveikatos ekonomikos sektoriuje.

Be Bismarko socialinio-medicininio draudimo sistemos modelio išskiriami dar du:

- Beveridžo nacionalinės sistemos modelis;
- centralizuotas
- o modelis.

Vakarų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos sąlyginai skirstomos į dvi grupes: Beveridžo ir Bismarko modelių.

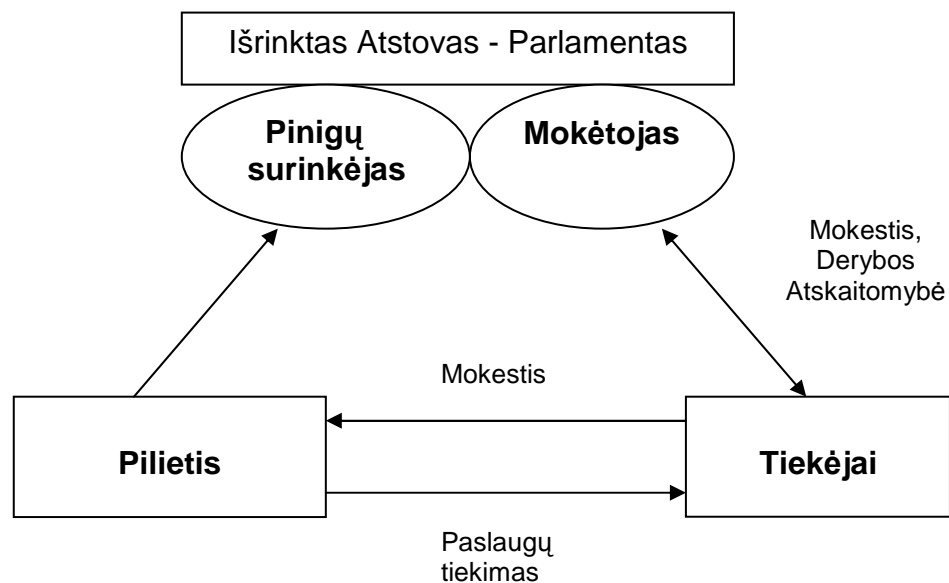
Beveridžo nacionalinės sistemos modelis susiformavo pagal 1942 m. Beveridžo paskelbtą ataskaitą, kurioje medicininis aptarnavimas finansuojamas iš bendrų mokesčių ir kontroliuojamas parlamento. Visos Šiaurės Europos šalys įdiegė ir išsaugojo šį modelį po II pasaulinio karo. Pietų Europos šalys prisijungė prie šios grupės XX a. IX dešimtmetyje, o Kanada – VIII dešimtmetyje. Dabar šis modelis dominuoja išsivysčiusiose šalyse.

**Beveridžo nacionalinės sistemos modelio pagrindiniai bruožai:**

- valstybė yra atsakinga už sveikatos priežiūros finansavimą per bendruosius mokesčius;
- vyriausybinių organų kontrolė;
- finansavimas iš valstybės biudžeto;

- nustatyti įnašai iš privataus sektoriaus;
- prieinamumas visiems piliečiams;
- pavaldumas valstybiniam organams, prioritetiškumas;
- gydytojų atlyginimo už darbą priklausymas nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus;
- kai kurios priemokos iš asmeninio paciento biudžeto.

Šalys, kuriose taikomas Beveridžo modelis: Airija, Danija, Graikija, Ispanija, Italija, Norvegija, Portugalija, Jungtinė Karalystė, Suomija, Švedija.



2 pav. Beveridžo nacionalinės sistemos modelis  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Beveridžo modelis, pagrįstas mokestiniais santykiais. Finansuojama iš valstybės biudžeto ir privataus sektoriaus, o kai kurios priemokos už paslaugas imamos iš paciento asmeninio biudžeto. Už sveikatos priežiūros finansavimo organizavimą atsakingos valstybinės institucijos. Beveridžo modelis garantuoja bazinį socialinės gerovės ir sveikatos apsaugos lygį. Sukurtas savotiškas "apsaugos" tinklas, pašalpų (išmokų) dydis priklauso nuo poreikių ir iš esmės nėra susijęs su mokėtomis įmokomis.

Dar ir dabar diskutuojama, kuris finansavimo būdas - Bismarko ar Beveridžo – yra geresnis. Kiekvienas iš jų turi savų pliusų ir minusų.

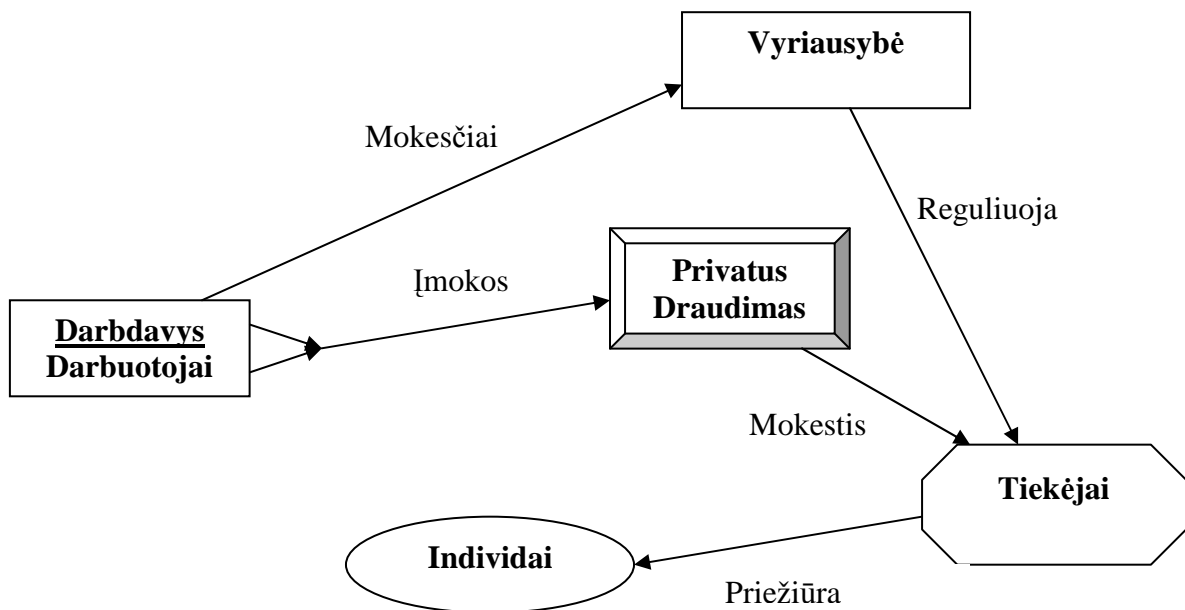
Rytų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos pagrįstos Semaškos XX a. III dešimtmečio idėjomis ir iš dalies panašios į Beveridžo modelio sistemas. Šis modelis taikomas visose buvusiose

SSRS valstybėse, kai kurios Rytų Europos šalys. Šiuo metu šis modelis pasaulyje nėra praktikuojamas.

**Centralizuoto Semaškos sveikatos draudimo modelio bruožai:**

- finansuojama iš valstybės biudžeto, nėra privataus sektoriaus;
- kontroliuojama valstybės, remiantis centrine planavimo sistema;
- teikiama visiems nemokamai;
- visi sveikatos apsaugos darbuotojai gauna atlyginimus;
- nėra prioritetiška, nes sveikatos apsauga neįeina į gamybinį sektorių.

Semaškos modeliui būdinga sveikatos sektoriaus priežiūros centralizacija, ligoninių dominavimas sveikatos priežiūros organizavime ir valdyme, sureikšmintas specializuotos medicininės pagalbos vaidmuo visuomenės sveikatai gerinti, fragmentuotos sveikatos priežiūros paslaugos, funkcijų dubliavimas, neefektyvus sveikatos priežiūros išteklių naudojimas (specializuoti dispanseriai, stacionarinių lovų užimtumas dėl socialinių indikacijų, sanatorinių – kurortinių sveikatos priežiūros įstaigų plėtra), centralizuotos sanitarinės – epidemiologinės tarnybos atlikdavo tik susirgimų registravimo, formalių ataskaitų sudarymo funkciją ir t. t.



3 pav. Mišri sveikatos draudimo sistema  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Daugumoje Europos šalių naudojamas dviejų rūšių draudimas: privalomasis (valstybės lėšomis) ir privatus (tiesiogiai gyventojų lėšomis).

**Mišrios sveikatos draudimo sistemos bruožai:**

- finansuojamos iš mokesčių, draudimo mokesčių, vartotojo mokesčių ir t.t.;
- kontroliuojamos vyriausybės ir privačių draudimo kompanijų;
- valstybinis biudžetas ir darbdavių/darbuotojų mokesčiai;
- labai aktyvus privatus sektorius;
- dalinis padengimas, kai kurie be draudimo;
- gydytojams apmokėti naudojami įvairūs metodai;
- aukštas bendrasis apmokėjimas.

Valstybių, kurios pasižymi draudimo rūšių įvairove, draudikų bei sveikatos paslaugų teikėjų organizaciniu nepriklausomumu, sveikatos sistemos yra vertinamos kaip efektyvesnės lyginant su tomis valstybėmis, kuriose sveikatos sistemos finansavimas ir paslaugų teikimas yra visiškai ar iš dalies vienoje organizacinėje struktūroje.

### **1.1.3. JAV taikomos sistemos ypatumai**

Sąvoka „Sveikatos draudimas“ paprastai naudojama apibūdinti draudimo rūšį, kuri apmoka medicinos išlaidas. Kartais tai apima ir nedarbingumo ar ilgos slaugos globos paslaugas.

Prieš išsivystant medicininių išlaidų draudimui pacientai už visas medicinines paslaugas mokėdavo iš savo kišenės, tai žinoma kaip mokėjimo privatiems gydytojams modelis. Nuo XX amžiaus vidurio tradicinis negalios draudimas išsivystė į modernias sveikatos draudimo programas. Šiandien privatus sveikatos draudimas apima visas sveikatos paslaugas pradedant kasdieniniais bei profilaktiniais patikrinimais ir baigiant kritinių situacijų atvejais. Nemokamos paslaugos teikiamos pirmiausia pensinio amžiaus žmonėms, vaikams ir šeimoms, kurios atitinka tam tikrus socialinius kriterijus.

Sveikatos sistemos paslaugos gali būti įgyvendinamos ne tik vyriausybės remiamų socialinių programų, bet ir privačių kompanijų. Draudimą galima įsigyti grupinio draudimo pagrindu (pvz. įmonei sumokant už savo darbuotojus) arba gali įsigyti sumokėdamas už save kiekvienas asmeniškai. Nesvarbu ar sumokama individualiai papildoma įmoka ar mokant mokesčius, tai apsaugo apdraustuosius nuo didelių netikėtų sveikatos priežiūros išlaidų.

Didžioji dauguma dirbančių amerikiečių gauna savo draudimo polisus iš savo darbovietės (pasak Jungtinių Valstijų surašymo biuro apie 84 procentų, amerikiečių turi sveikatos draudimą, apie 60 proc. įsigyja jį darbdavių dėka, ir tik apie 9 proc. už jį susimoka patys). Šis su darbo santykiais siejamas sveikatos draudimas atveria duris į vieną iš daugelio draudimo sutarčių rūšių, siūlančių draudžiantiesiems ir darbdaviui įmokas su nuolaidomis, kurios netaikomos norinčiam apsidrausti individualiai. Priklausomai nuo individualios sutarties, bet koks darbdavio pakeitimas ar netikėtas nedarbas iš anksto pažeis asmens sveikatos priežiūros schemą ir toks įvykis gali tiesiogiai

atsiliepti apdraustojo šeimos nariams, kurie mokamų įmokų dėka – taip pat gali būti draudžiami pagal šią darbo santykiais grindžiamą schemą. Akivaizdu, kad visos grupinio draudimo rūšys yra rizikingos, nors kartais ne tiek, kiek individualios sutartys – pagyvenusio amžiaus ar chroniškai sergantiems darbuotojams būtų sunku rasti tinkamą draudimo rūšį pagal savo išgales.

## 1.2. Teorinių sveikatos draudimo modelių taikymo Europoje ypatumai

XX a. Antroje pusėje prasidėjo savanoriškojo sveikatos draudimo integravimas į sveikatos draudimo sistemą. Didžiojoje Britanijoje prieš maždaug 50 metų buvo įkurta Nacionalinė sveikatos sistema (NHS).

Daugumoje ES valstybių sveikatos priežiūra yra finansuojama dviem lygiais:

- 1) privalomojo sveikatos draudimo ir/arba valstybės lėšomis,
- 2) privataus sveikatos draudimo ir/arba tiesioginiais gyventojų mokėjimais.

Danijoje sveikatos draudimo sistemoje yra dvi kategorijos:

- 1) galima pasirinkti bendrosios praktikos gydytoją, o prieš vykstant pas specialistus reikia gauti šio gydytojo siuntimą. Apsidraudusiojo šios kategorijos socialiniu draudimu visas gydymo išlaidas padengia draudimas;
- 2) socialiniu draudimu, gali pasirinkti ir bendrosios praktikos gydytoją, ir specialistus. Tačiau šis draudimas padengia tik dalį teikiamų gydymo paslaugų.

Kiekvienas iš šių sektorių suteikia teisę į gydymą ligoninėje ir slaugą būnant gimdymo namuose. Dauguma gydymo paslaugų apsidraudusiems yra nemokamos.

Privalomasis sveikatos draudimas Europoje naudojamas žymiai plačiau. Nors Didžiosios Britanijos šalys turi atskiras sveikatos priežiūros sistemas, bet visas jas vienija vieninga Nacionalinė sveikatos draudimo sistema, kuri finansuojama iš bendrų mokesčių ir atskirai už sveikatos draudimą mokėti nereikia. Būdami ES piliečiai lietuviai gali šia sistema naudotis lygiomis teisėmis su britais.

Bendrosios praktikos gydytojai, stomatologai, okulistai ar farmacininkai, sudaro kontraktus su Nacionaline Sveikatos Tarnyba (NHS). Tik tuomet Valstybinis sveikatos draudimas apmoka paciento, gydymosi ligoninėje, apsilankymų pas šeimos gydytojus ir kitus specialistus, išlaidas. Vyriausybė pabrėžia partnerystės tarp visuomeninio ir privataus sveikatos apsaugos sektoriaus reikšmę. Pacientai laisvai gali siekti privataus medicininio gydymo.

Bendrosios praktikos gydytojai tėra laikomi ligonio „globėjais“, tai yra nustato pirminę ligos diagnozę ir atitinkamo gydymo kursą ir jei reikia nukreipia pacientą labiau specializuotam gydymui pas NHS specialistą. Tai reiškia, kad pacientas turi eiti į ligoninę ar kliniką atlikti reikalingų procedūrų. Paprasčiausiam kraujo tyrimui atlikti bendrosios praktikos gydytojas arba seselė gali paimti mėginį ir pristatys į ligoninės laboratoriją, o tyrimo rezultatai sugrįžta atgal pas



gydytoją. Bendrosios praktikos gydytojas paskiria vaistų ir seka paciento sveikimo procesą, o kartais prieš išrašant specialios priežiūros reikalaujantį ligonį iš ligoninės, kartu su joje dirbančiais specialistais sudaro tolesnį gydymo planą. Apie 80 proc. gydytojų dirba partnerystės ar grupiniu principu, dažnai kaip pirminės sveikatos apsaugos grupės nariai.

Vokietijoje per pastaruosius 100 metų susikūręs privalomo sveikatos draudimo modelis atlaikė visus laiko išbandymus ir, nepaisant visų trūkumų, buvo patikimas, sugebantis prisitaikyti ir finansuoti savo keliamus uždavinius. Tai akivaizdu, nes visuminio nacionalinio produkto privalomo sveikatos draudimo išlaidų dalis (6 proc.) per pastaruosius 20 metų liko beveik stabili. Įmokų tarifo didinimas paaiškinamas nuolatiniu visuminio produkto atlyginimo pajamų procento mažėjimu, taip pat valstybės skatinamomis papildomomis privalomo sveikatos draudimo išlaidomis, daugiausia kitų socialinės saugos sistemų labui, nes priešingu atveju pati valstybė, skirtingai nuo privalomo sveikatos draudimo, būtų įpareigota tam skirti dotacijas, pvz., bedarbių ir pensiniam draudimui. Vokietijoje kiekvienas žmogus turi teisę gauti būtiną gydymą, tarp jų nepasiturintys ir lėtinėmis ligomis sergantys piliečiai. Todėl nenuostabu, kad tarptautiniuose debatuose dėl sveikatos priežiūros Vokietijos privalomo sveikatos draudimo modelis nuolat vertinamas kaip vienas iš geriausių valdymo modelių.

Sveikatos priežiūros finansavimo struktūra ES šalyse panaši: apie 60–80 proc. sveikatos priežiūros išlaidų dengia visuomeninės lėšos, tiesioginiai gyventojų mokėjimai sudaro 20–40 proc. visų išlaidų, tuo tarpu privataus sveikatos draudimo lėšų apimtys svyruoja nuo 0,1 iki 20 proc. visų išlaidų. Europos šalyse į sveikatos draudimo biudžetą daugiausia lėšų patenka iš mokesčiais surinktų pinigų. Pavyzdžiui Danijoje daugiau kaip 70 proc. įmokų surenkama iš mokesčių. Apie 20 procentų šių įmokų surenkama iš socialinės apsaugos įmokų ir apie 5 proc. iš kitų įvairių rūšių mokesčių. Vokietijoje sveikatos draudimas yra privalomas, o socialinio draudimo įmokas moka ir darbdaviai, ir darbuotojai santykiu 50:50. Įmokų suma priklauso nuo atlyginimo dydžio, o apmokestinamųjų pajamų dydis – nuo draudimo rūšies. Pasak G. Černiausko (2008): „Lietuva šiuo požiūriu yra panaši į savo kaimynus, nes čia vyrauja visuomeninis finansavimas, dengiantis apie 70 proc. visų išlaidų sveikatos priežiūrai, tačiau skiriamės nuo vakarų Europos valstybių tuo, kad beveik neturime komercinio papildomo sveikatos draudimo.“

Paprastai socialinio draudimo įmokų dydžiai būna tokie:

Sveikatos draudimas – nuo 11,5 proc.

Senatvės draudimas- 19,5 proc.

Nedarbo draudimas- 6,5 proc.

Privatus sveikatos draudimas (PSD) atskirose šalyse atlieka skirtingą vaidmenį sveikatos apsaugos sistemose.

ES šalyse PSD klasifikuojamas pagal jo santykį su valstybės finansuojama sveikatos priežiūra. Išskiriamos trys pagrindinės PSD rūšys:

- **pakaitinis sveikatos draudimas**, kuris gali pakeisti valstybinį. Šio draudimo esmė yra ta, kad asmenys, gaunantys nustatyto dydžio pajamas arba savarankiškai dirbantys asmenys yra atleidžiami nuo dalyvavimo visose arba tam tikrose valstybinėse sveikatos draudimo programose. Ši draudimo rūšis paplitusi Nyderlanduose (24,7 proc. gyventojų), Belgijoje (7,1 proc. gyventojų), Vokietijoje (9 proc. gyventojų);
- **papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas**, dengiantis tas paslaugas, kurių nefinansuoja valstybė arba finansuoja iš dalies (pvz., priemokos už vaistus ar kitas sveikatos priežiūros paslaugas). Populiarus daugumoje ES šalių;
- **papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas (arba pridėtinis sveikatos draudimas)** dengia medicininės išlaidas asmenims, pageidaujantiems gauti reikiamas paslaugas greičiau arba besirenkantiems pagerintas „viešbutines“ paslaugas (pvz., asmeninė palata ligoninėje) . Dėl šio draudimo pacientas įgyja didesnę pasirinkimo galimybę (ypač renkantis paslaugas privačiose gydymo įstaigose). Populiarus Suomijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje.

Didžiosios Britanijos gyventojai gali rinktis privatų draudimą ir 2003 metais apie 15 procentų gyventojų turėjo įsigiję papildomą sveikatos draudimą, nes patekti pas gydytoją privačiai kur kas paprasčiau nei į valstybinę gydymo įstaigą.

Danijoje valstybė apmoka 80 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų, likusios privačios išlaidos vaistams, dantų gydymui, fizioterapijai (15proc.) ir kt. - tai privačių draudimo bendrovių paslaugos.

Palyginus dvi pagrindines sveikatos draudimo sistemas JAV ir europietišką matyti akivaizdūs skirtumai, o ypač tai akivaizdu apžvelgus įmokų už sveikatos draudimą mokesčius ir pasirinkimo galimybes.

JAV iš biudžeto nefinansuoja sveikatos apsaugos sistemos (išskyrus Medicare programą pensininkams kai kuriems socialiai remtiniams asmenims), viskas, netgi ligoninės, yra privačiose rankose. Sistemos liberalizavimas išsprendė tokias problemas kaip ilgos eilės sveikatos priežiūros įstaigose ir personalo atlyginimų dydis. Sistemoje sumažėjo biurokratų, o kartu ir išlaidų sistemos administravimui – atrodo visi turėtų būti patenkinti. Seniai žinoma tiesa - privataus kapitalo esmė yra nešti pelną, todėl Jungtinėse Valstijose gyventojų sveikata tapo pelninga verslo šaka, teikiančia nemažas palūkanas sveikatos draudimo bendrovių akcininkams. Viskas paprasta kaip du kart du – ar žmogus nusipelno gydymo, už kurį jis ar jo darbdavys moka draudimo įmokas, sprendžia ne kvalifikuotas medicinos specialistas, o draudimo agentas, kuris yra suinteresuotas savo įmonės pelnu, o ne paciento sveikata.

Valstybės finansuojama sveikatos apsauga yra garantuojama visose Europos Sąjungos valstybėse, kitos šalys, tokios kaip Indija, Meksika ar Pietų Afrikos Respublika vykdo reformas, kurios leis transformuoti sveikatos apsaugos sistemą į valstybės finansuojamą.

Kad nei vienas britas, italas ar prancūzas nekeistų savo sveikatos apsaugos sistemos į kurią nors kitą – tai liudija ir statistika – tame pačiame PSO sveikatos apsaugos sistemų reitinge daugumą pirmojo dešimtuko šalių sudaro Europos valstybės su valstybės finansuojamomis sveikatos apsaugos sistemomis. Kiti šios organizacijos duomenys rodo, kad šalių, kurios yra pasirinkusios valstybės finansuojamą sveikatos apsaugos sistemą, gyventojų sveikatos rodikliai yra aukštesni, nei JAV gyventojų.

Be jokios abejonės valstybės finansuojama sveikatos apsauga turi ir daug minusų, ypač besivystančiose šalyse – tokiose, kaip Lietuva. Juokingi specialistų atlyginimai, ilgas konsultacijos su gydytoju laukimo laikas, nepakankama paslaugų kokybė – tai yra problemos, kurios Lietuvoje tik gilės, jei nebus imtasi protingos sveikatos apsaugos reformos.

### **1.3. Lietuvos sveikatos draudimo formavimasis**

Lietuvos sveikatos draudimo sistema yra gana jauna, nes Lietuvoje savo istoriją skaičiuoja nuo 1926 m. kovo 23 d., kai Respublikos prezidentas A.Stulginskis paskelbė Vyriausiosios socialinio draudimo valdybos įstatymą. Ši data ir šiandien Lietuvoje minima kaip socialinio draudimo darbuotojų profesinė diena. Valdyba buvo įsteigta prie Vidaus reikalų ministerijos. Minėtame Vyriausiosios socialinio draudimo valdybos įstatyme nurodoma, kad Valdyba steigiama „socialinio draudimo reikalams tvarkyti“. Ji aiškino ligonių kasų įstatymą, steigė ligonių kasas, tvirtino jų sąmatas, taip pat rūpinosi socialine globa, steigė ir prižiūrėjo našlaičių ir senelių prieglaudas.

#### **1.3.1. Lietuvos sveikatos draudimo atsiradimo prielaidos**

Tarpukario laikotarpiu Lietuvoje labiausiai buvo išplėtotas ligos draudimas ir tik prieš II-jį pasaulinį karą buvo įvestas nelaimingų atsitikimų darbe draudimas. Lietuvoje ligonių kasos pradėtos steigti 1928 m. pabaigoje. Buvo įsteigta 16 ligonių kasų: dešimt iš jų teritorinės, kitos – atskirų įstaigų ir įmonių kasos. Ligoninių kasų įstatymas numatė, kad ligos draudimu draudžiami visi tarnaujantys valstybei, savivaldybėms ar privatiems asmenims bei jų šeimos nariai. Tačiau išimtinai ligos draudimu nebuvo draudžiami žemės ūkio darbininkai, valstybės tarnautojai ir darbuotojai, kurie uždirba daugiau kaip 400 Lt per mėnesį. Todėl šiuo laikotarpiu Lietuvoje socialiniu draudimu galėjo naudotis tik nedidelė gyventojų dalis, nes dauguma gyventojų dirbo žemės ūkyje. Draudimas suteikė nemokamą gydymą, ligos, laidojimo, motinystės ir žindymo pašalpas. Ligos pašalpa sudarė

nuo 50 iki 100 proc. algos, atsižvelgiant į ligonio šeimos padėtį. Pašalpos dydį nustatydavo ligonių kasa.

Ligos draudimas buvo finansuojamas įmokomis, kurios negalėjo būti didesnės negu 3 proc. algos ir 40 proc. šios sumos turėjo sumokėti darbdavys, likusią dalį apdraustasis, nuo 1934 m. 6 proc. algos: 3 proc. + 3 proc.

Valstybės išdas mokėjo 5 proc. draudėjų ir narių įmokų sumos. Ligoninių kasų išlaidos buvo apribotos. Jos negalėjo viršyti 8-10 proc. metinių konkretios kasos pajamų. 1936 metais buvo priimtas Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų įstatymas, pagal kurį buvo privalomai draudžiami fabriku, miško įmonių, statybų, kelių, uostų, telegrafo bei gatvių tvarkymo darbininkai ir tarnautojai. Po dviejų metų buvo priimtas Nukentėjusiųjų nuo nelaimingų atsitikimų dirbančiųjų žemės ūkiuose aprūpinimo įstatymas. Pagal įstatymą nukentėjusiam buvo teikiama medicininė pagalba, laikinojo nedarbingumo ir laidojimo pašalpos, taip pat invalidumo ir maitintojo netekimo pensijos. Nedarbingumo pašalpa sudarė du trečdalius algos ir buvo pradėdama mokėti nuo ketvirtosios nedarbingumo dienos. Invalidumo pensija buvo lygi 75 proc. algos, o netekus mažiau negu 100 proc. nedarbingumo, jos dydis buvo mažinamas priklausomai nuo nedarbingumo laipsnio. Okupavus šalį buvo pritaikytas sovietinis socialinio draudimo modelis. Šis modelis vadinamas Semaškos modeliu, kuriam būdinga sveikatos sektoriaus priežiūros centralizacija, ligoninių dominavimas sveikatos priežiūros organizavime ir valdyme, sureikšmintas specializuotos medicininės pagalbos vaidmuo visuomenės sveikatai gerinti, fragmentuotos sveikatos priežiūros paslaugos, funkcijų dubliavimas, neefektyvus sveikatos priežiūros išteklių naudojimas (specializuoti dispanseriai, stacionarinių lovų užimtumas dėl socialinių indikacijų, sanatorinių – kurortinių sveikatos priežiūros įstaigų plėtra), centralizuotos sanitarinės – epidemiologinės tarnybos atlikdavo tik susirgimų registravimo, formalių ataskaitų sudarymo funkciją ir t. t. Lietuvai tapus tarybų sąjungos dalimi valstybinis socialinis draudimas buvo pradėtas taikyti visiems darbininkams ir tarnautojams, nepriklausomai nuo darbo trukmės ir apmokėjimo formų. Socialinis draudimas buvo vykdomas tik valstybės lėšomis, įmokas mokėjo įmonės ir organizacijos (patys darbuotojai jokių socialinio draudimo įnašų iš savo atlyginimo nemokėdavo). Socialinio draudimo išmokos nepriklausė nuo įmokų mokėjimo fakto. Lietuva savo atskiro valstybinio socialinio draudimo biudžeto neturėjo. Visi įnašai patekdavo į bendrą socialinio draudimo biudžetą, kuris buvo dalis TSRS valstybinio biudžeto. Lietuvos įmonės, įstaigos ir organizacijos profesinėms sąjungoms mokėjo įnašus.

Kadangi socialinio draudimo biudžetas nebuvo atskirtas nuo visasąjunginio valstybės biudžeto, buvo deklaruojama, jog visos išmokos mokamos valstybės lėšomis.

### 1.3.2. Sveikatos draudimo koncepcija

1988 m. pradėtos viešos diskusijos apie Semaškos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo transformavimą. Sudaryta darbo grupė parengė siūlymus, kuriuose:

- išskiriamas poreikis atskirti Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus administravimą nuo Sovietų Sąjungos sveikatos priežiūros administravimo;
- siūloma pereiti nuo finansavimo iš mokesčių prie finansavimo iš surenkamų sveikatos draudimo įmokų ir siekiama įgyvendinti principą, kad pinigai turi sekti paskui pacientą; ir buvo rekomenduota palaipsniui atsisakyti finansavimo pagal sąmatos straipsnius.

Žlugus Sovietų Sąjungai 1990 metais buvo atkurta Lietuvos nepriklausomybė. Tada buvo pradėta kurti ir sveikatos draudimo sistema. Ją kuriant politikai pagrindinį dėmesį sutelkė į struktūrinius ir institucinius pokyčius, pirminės sveikatos priežiūros reformą bei naują požiūrį į visuomenės sveikatą. Pirmaeilis sveikatos priežiūros uždaviniu tapo bazinių medicinos paslaugų (imunizacija, vaikų sveikatos priežiūra, gyventojų aprūpinimas gyvybiškai būtiniais medikamentais) garantavimas. Siekiant įgyvendinti šiuos tikslus ir įvertinus teorines ir praktines kompleksiško sveikatos draudimo diegimo problemas Lietuvos Respublikos vyriausybė nutarė 1990-1991 metais prioritetiniu savo uždaviniu laikyti bendrųjų socialinio draudimo pagrindų parengimą ir įstatymo priėmimą. Ir jau 1991 metais gegužės mėn. buvo patvirtintas Valstybinio Socialinio draudimo įstatymas. Jame Valstybinis socialinis draudimas apibrėžiamas kaip valstybės nustatytų socialinių ekonominių priemonių sistema, teikianti apdraustiesiems Respublikos gyventojams, taip pat įstatymo numatytais atvejais apdraustųjų šeimų nariams gyvenimui reikalingų lėšų ir paslaugų, jei jie negali dėl įstatymo numatytų priežasčių apsirūpinti iš darbo ir kitokių pajamų arba dėl įstatymo numatytų svarbių priežasčių turi papildomų išlaidų. Šiame įstatyme buvo apibrėžtos socialinio draudimo išmokų rūšys, kokie asmenys draudžiami socialiniu draudimu, kokiais atvejais skiriama valstybinio socialinio draudimo pašalpa ir kada kompensuojamos gydymo ir profilaktikos išlaidos. Nustatyta, kad valstybinio socialinio draudimo pajamas sudaro juridinių bei fizinių asmenų privalomos valstybinio socialinio draudimo įmokos (dalis jų mokama iš asmens pajamų ir dalį sumoka darbdavys), valstybinio socialinio draudimo valdybos pajamos ir asignavimai iš valstybės biudžeto (jie skiriami tik išskirtiniais atvejais (29 str. Asignavimai iš Valstybės biudžeto skiriami, kai dėl Aukščiausiosios Tarybos priimtų įstatymų arba kitokių nenumatytų priežasčių padidėja socialinio draudimo išlaidos arba sumažėja pajamos, o įmokų socialiniam draudimui tarifai nekeičiami)). Buvo įsteigta valstybinio socialinio draudimo valdyba (SODRA) ir vietos padaliniai kiekvienoje savivaldybėje, kurie buvo atsakingi už valstybinio socialinio draudimo įmokų surinkimą ir pensijų išmokėjimą. Šis socialinio draudimo įstatymas davė pradžią privalomojo socialinio draudimo plėtrai nacionaliniu lygmeniu.

1991 metų spalį Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją, kurios esmė – aktyvi ir į pirminę sveikatos priežiūrą ir prevenciją orientuota politika ir strategija. Koncepcijoje nurodyta, kad medicininė pagalba yra mokama, o faktinis apmokėjimas yra per nacionalinį ar vietinį biudžetą, per draudimo instancijas arba apmokant tiesiogiai. Biudžetinis finansavimas keičiamas biudžetiniu-draudiminiu ir papildomas lėšomis už teikiamas specialias paslaugas ar labdaros įplaukomis. Koncepcijoje nurodyta, kad sveikatos draudimas yra dviejų rūšių, t.y. privalomasis ir savanoriškasis. Greta šių draudimo rūšių sudaromi medikų ir medicinos įstaigų draudimo fondai, kurių tikslas-kompensacijų išmokėjimas pacientams medicininės klaidos atveju. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija įteisino sveikatos priežiūros įstaigų reformos kryptį - prioritetinį pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtojimą. Šių įstaigų steigimas tampriai susietas ir su savivaldos reforma bei administracine - teritorine reforma šalyje. Būtent, pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklas turi būti vystomas kiekvienoje savivaldybėje, kad gyventojams būtų patogų kreiptis į netoli esančius pirminės grandies bendrosios praktikos gydytojų kabinetus bei ambulatorijas.

Koncepcijoje apibrėžtas Valstybės siekis įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą, sukuriant sistemą, apimančią tiek finansavimą iš bendrai surenkamų mokesčių, tiek iš sveikatos draudimo įmokų. Todėl turi keistis ir sveikatos priežiūros įstaigų ekonominės veiklos sąlygos. Šio tikslo įgyvendinimui 1992 m. buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa (VLK). Buvo suformuluoti tokie pagrindiniai VLK veiklos principai:

- VLK finansuoja respublikinio pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigas, naudodama valstybės biudžeto asignavimus;
- įstaigos finansuojamos pagal sutartis su VLK, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų mastus;
- stacionariųjų paslaugų, sugrupuotų pagal IX tarptautinę ligų klasifikaciją, kainas nustato SAM. Už ambulatorines paslaugas mokama pagal SAM nustatytą vieno gyventojų sveikatos priežiūros metinę bazinę kainą. Į kainas, diferencijuotas pagal įstaigų tipus (universitetinės, didžiosios regionų ir kitos ligoninės), siekiama įskaičiuoti visas einamąsias išlaidas;
- finansuojant įstaigas avansiniai mokėjimai derinami su atsiskaitymais už suteiktas paslaugas. Bendras visų įstaigų metinio finansavimo dydis turi sutapti su biudžetiniais asignavimais.

Pagal šiuos principus nuo 1992 metų liepos 1d. respublikinės sveikatos priežiūros įstaigos buvo pradėtos finansuoti valstybės biudžeto lėšomis per VLK.

Bet nepriklausomos Lietuvos sveikatos reforma tuo nesibaigė. 1994 metų liepos 19 d. buvo priimtas Sveikatos sistemos įstatymas, kuris sudarė teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžė valstybinių valdymo subjektų vaidmenį. Šiame įstatyme reglamentuota Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema, jos struktūra, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos

atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribos, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindai, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindai, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teisės ir pareigos.

1996 gegužės mėn. patvirtintas Sveikatos draudimo įstatymas (SDĮ), 1997 sausio 1d. skelbiantis sveikatos priežiūros finansavimo reformos pradžia. Jame nurodyta:

- visi Lietuvos Respublikos gyventojai turi būti apdrausti;
- sveikatos draudimo lėšos kaupiamos sveikatos draudimo įmokų ir valstybės biudžeto įmokų pagrindu;
- kiekvienoje apskrityje turi būti įkurti regioniniai VLK padaliniai – teritorinės ligonių kasos (TLK) su stebėtojų tarybomis (iš viso 10 TLK);
- už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas turi būti mokama pagal TLK ir tokią pagalbą teikiančios įstaigos pasirašytas sutartis ir vadovaujantis visos šalies lygiu nustatytais įkainiais.

1996 m. buvo priimtas Sveikatos draudimo įstatymas, reglamentavęs, kad sveikatos apsaugos įstaigos turi būti finansuojamos per VLK, apskrityse įkuriant 10 teritorinių ligonių kasų (TLK). VLK tapo pavaldi Vyriausybei (iki tol – Sveikatos apsaugos ministerijai).

Priimant šį įstatymą vadovautasi koncepcija, kad sveikatos draudimas turi būti įgyvendinamas nedidinat gyventojams mokesčių, todėl į PSDF biudžetą dalis lėšų gaunamos iš “Sodrai” mokamų įmokų, dalis - sumokėto fizinių asmenų pajamų mokesčio ir trečia nemaža dalis - valstybės biudžeto įmokos bei asignavimai.

Pagal šį įstatymą nuo 1997 metų sausio 1 dienos pradėta įgyvendinti įstatyminė sveikatos draudimo schema. Atsakomybė už sveikatos priežiūros įstaigų paprastąsias išlaidas, kuri iki tol gulė ant Sveikatos apsaugos ministerijos ir vietos savivaldybių, perėjo naujai institucinei struktūrai, kaip ir Sodros funkcijos, susijusios su sveikatos draudimu (išskyrus nedarbingumo išmokas). Nuo 1997 metų rudens pradėta buvusias biudžetines asmens sveikatos priežiūros įstaigas perorganizuoti į viešąsias, nepelno siekiančias įmones, tokiu būdu palaipsniui pereinant nuo biudžetinio įstaigų finansavimo prie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sutarčių pagrindu.

Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo kai kurių straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu bei siekiant gerinti PSDF biudžeto lėšų racionalų naudojimą, tobulinti administravimą, nuo 2003 m. sausio 1 d. vietoj buvusių dešimties pradėjo veikti penkios TLK, aptarnaujančios visas 10 Lietuvos apskričių. Ir nuo 2003 m. sausio 1-osios VLK tapo vėl pavaldi Sveikatos apsaugos ministerijai.

#### **1. 4. Sveikatos draudimo sistemos organizavimas Lietuvoje**

Sveikata – vienas svarbiausių žmogaus laimės komponentų, viena didžiausių vertybių. Nuo jos priklauso gyvenimo kokybė, t.y. asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė. Kiekvienas turi teisę būti sveikas ir mokėti sveikatą išlaikyti kuo ilgiau.

Baimė ją prarasti sukelia būtinybę vystyti sveikatos draudimą, kuris garantuoja apsaugą nuo gyvenimo nestabilumą. Netikrumo jausmas dėl ateities pakeičiamas į saugumo bei pasitikėjimo jausmą.

Suvokimas, kad pajamų praradimas gali pakeisti dabartinius ir būsimus poreikius, skatina dar labiau pasirūpinti jų saugumu, t.y. pasirūpinti draudimu.

Draudimas apibrėžiamas kaip kompensacija už suteiktas paslaugas, o šiuo atveju - tai garantuotų išmokas susirgus arba patyrus traumą.

Garantija žmonėms taip pat reiškia saugumą plačiąja prasme: tiek finansinį (apsaugoma nuo didelių išlaidų), tiek fizinį (užtikrinamas geros kokybės paslaugų prieinamumas), tiek psichologinį (žmogus jaučiasi ramus, nes žino, kad, atsitikus bėdai, juo bus pasirūpinta).

R.Šimašiaus (2007) nuomone sveikatos draudimas - tik finansinis instrumentas, kurio pagalba gyventojas gali sumažinti ateities rizikas, apmokėti gydymosi išlaidas.

Daugelis autorių, apibūdindami sveikatos draudimą, sutinka, kad jis garantuoja draudžiamiesiems asmenims susirgus arba patyrus traumas patirtų gydymo išlaidų kompensavimą.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos draudimas - tai išlaidų už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimo sistema, kuri gali būti valstybinė (socialinio draudimo sistemos dalis) ir/ar savanoriška (draudimo sutarčių su privačiais draudikais būdu).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme numatytos dvi draudimo rūšys:

Privalomasis – garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą.

Papildomasis (savanoriškasis) – draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio.

Sveikatos draudimo įstatymas įteisina papildomąjį sveikatos draudimą, o draudimo įstatymas aprašo, kaip veikia privataus draudimo rinka, įskaitant ir mokesčių paskatas.

Papildomas sveikatos draudimas gali būti:

Papildantysis (complementary insurance), kurio lėšomis apmokamos tos paslaugos, kurių nedengia privalomasis (valstybinis) sveikatos draudimas arba dengia tik iš dalies;

Pridėtinis (supplementary insurance), kurio lėšomis užtikrinamas paslaugų prieinamumo pagerinimas: galimybė greičiau gauti paslaugas, rinktis paslaugos teikėją ir kt.



Visą sveikatos apsaugos sistemą apibrėžia sveikatos draudimo įstatymas. Šiame įstatyme remiamasi visuotinio (privalomumo) principas, kuris reiškia, kad privalomojo sveikatos draudimo įmokas turi mokėti visi Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 1 dalyje išvardyti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami asmenys (išskyrus draudžiamuosius valstybės lėšomis, už kuriuos šios įmokos mokamos iš valstybės biudžeto).

Pasak Tomo Kontauto (2008), tam, kad efektyviai funkcionuotų viena ar kita draudimo rūšis, turi egzistuoti santykinai didelis apdraustųjų ratas, nes nesergančių apdraustųjų lėšos (draudimo įmokos) naudojamos susirgusių apdraustųjų išlaidoms kompensuoti.

Norint, kad draudžiamiesiems asmenims laiku būtų kompensuojamos išlaidos už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas E. Leontjevovs (2000) nuomone būtinas finansinis sveikų ir sergančių solidarumas, be kurio šalies rinkoje neišsiversi.

Europos sveikatos draudimas nuo Bismarko laikų laikosi solidarumo principu – senas moka už jauną, sveikas už ligonį. Solidarumo principas reiškia, kad visos surinktos įmokos prisideda prie privalomojo sveikatos draudimo lėšų kaupimo, taip sudarydamos prielaidas TLK atsiskaityti su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis už apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones. Tuo pačiu asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo, o šios sumos dydis priklauso nuo pajamų sumos nuo kurios skaičiuojamas privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Šis principas galioja ir privačiam sveikatos draudimui. Jei apdraustųjų nėra daug, draudimo įmokos yra didelės. Lietuvoje privačių bendrovių siūlomas savanoriškas sveikatos draudimas nėra patrauklus gyventojams, nes nepakankamai aiškiai įvardintas mokamų paslaugų krepšelis bei palyginti aukšti įmokų tarifai.

Sukurta sveikatos draudimo sistema turi dvi pagrindines ypatybes, kurios ir garantuoja, kad lietuviškasis sveikatos draudimo modelis nesugrius. Pirmoji ypatybė yra autonomija - tai, kad sveikatos draudimo lėšos yra atskirtos nuo kitų valstybės disponuojamų lėšų. Kita ypatybė, kuri skiria sveikatos draudimo pinigus nuo valstybės pinigų ir daro juos patikimesnius. Valstybės biudžeto asignavimai skirti kalendoriniams metams ir jų neišleidus iki gruodžio 31-osios, pinigai dingsta. Jie grįžta į valstybės iždą ir nieko su lėšomis nebegalima padaryti. Sveikatos draudime yra viena galimybė – Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervas. Jis gelbsti labai kritinėse sveikatos sistemai situacijose.

Lietuvoje taikomą privalomojo sveikatos draudimo modelį vykdo privalomojo sveikatos draudimo taryba, VLK ir jai pavaldžios TLK. 2003 m. Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymu vietoj buvusių dešimties pradėjo veikti penkios TLK, aptarnaujančios visas 10 Lietuvos apskričių.

Sveikatos draudime numatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo taryba yra kolegiali

patariamoji institucija. Ji teikia Sveikatos apsaugos ministerijai išvadas susijusias su VLK sudarytu biudžeto projektu ir vykdymo metine apyskaita, siūlymus dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, sveikatos draudimą reglamentuojančių teisės aktų, sutarčių tarp TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų ar vaistinių sudarymo tvarkos ir kt. Privalomojo sveikatos draudimo taryba nagrinėja VLK finansinę ir ekonominę veiklą ir kitus klausimus.

VLK atsako už visos sveikatos draudimo sistemos veiklą, vykdo PSDF biudžetą, ji rengia metodikas, paskirsto pinigus ir kontroliuoja TLK.

Valstybinė ligonių kasa – pagrindinė sveikatos draudimą vykdančioji institucija. Jos misija - Vykdyti valstybės politiką privalomojo sveikatos draudimo srityje subalansuojant poreikius ir galimybes, gerinant draudžiamiesiems teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą, skatinant paslaugų teikėjus efektyviau naudoti sveikatos priežiūros resursus.

VLK rengia PSDF biudžeto projektą ir jo įvykdymo ataskaitą, naudoja jai perduotas PSDF biudžeto lėšas ir apmoka TLK pateiktas sąskaitas. Kontroliuoja TLK veiklą ir atlieka jų auditą. Ji turi teisę nustatyti VLK ir teritorinių ligonių kasų sandarą. VLK teisės išvardintos Sveikatos draudimo įstatymo 31 straipsnyje.

Ji kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kokybę, atlieka prieinamumo bei kitimo tendencijų analizę. VLK kontrolė susijusi su lėšų paskirstymo iš PSDF biudžeto tikslingumu ir teisėtumu, todėl atlieka finansinę PSDF biudžeto lėšų naudojimo analizę. Tuo pačiu kontroliuoja, kad suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitiktų nustatytus reikalavimus, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei su tuo susijusią sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą. Viena iš svarbesnių ligonių kasų veiklos kryptių - Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo bei ES šalyse Lietuvos gyventojams suteiktų gydymo paslaugų kompensavimas.

VLK tikrina, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių sąskaitos, buhalteriniai bei kiti dokumentai. VLK turi ir kitų teisių, t.y. nustatyti VLK ir TLK sandarą, sudaryti sutartis, ir kt.

TLK pagrindinės funkcijos - sutarčių su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis sudarymas ir jose numatytų sąlygų laikymasis, t.y. nustatytu laiku bei tvarka apmokėjimas už suteiktas paslaugas, išduotus vaistus, kompensavimas draudžiamiesiems galūnių, sąnarių ir organų protezų įsigijimo bei sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidas bei kontroliuoja paslaugų teikėjų darbą, t.y. ar atitinka keliamus reikalavimus ar teisėtai išrašomi ir išduodami vaistai ir kt. Nustačius teisės aktų neatitikimo faktą TLK turi teisę reikalauti, kad sveikatos priežiūros įstaigų administracija patikrintų asmens sveikatos priežiūros specialisto kvalifikaciją. TLK gali imtis ir griežtesnių priemonių ir siūlyti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos panaikinti sveikatos priežiūros įstaigas, jos struktūrinio padalinio ar

asmens sveikatos priežiūros specialisto licenciją asmens sveikatos priežiūros veiklai.

Galima teigti, kad griežčiausia TLK vykdoma funkcija – vadovaujantis įstatymais reikalauti iš sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių atlyginti PSDF biudžetui padarytą žalą. Išieškoma po 1,5 mln. Lt per metus, o 2006 m. net 3,5 mln. Lt. Šios lėšos įtraukiamos į TLK biudžetą kaip papildomos lėšos ir panaudojamos kitų įstaigų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ar vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms apmokėti. Tai galėtų būti ir savivaldybių sveikatos programų finansavimas. Augant sergančiųjų skaičiui didėja vykdomų programų skaičius, o tuo pačiu skiriama daugiau lėšų jų įgyvendinimui. TLK vykdo nuostatų ir teisės aktų nustatytas kitas funkcijas.

Papildomojo sveikatos draudimo institucijos yra juridiniai asmenys gavę leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai. Tai sudaro palankias sąlygas plėtotis privačiai medicinai ir kurtis privačioms medicinos draudimo įstaigoms.

Papildomas sveikatos draudimas yra būtina stabilios sveikatos apsaugos sistemos komponentė. Papildomas sveikatos draudimas yra praktiškai visose išsivysčiusiose valstybėse. Be privataus draudimo neįmanoma užtikrinti strateginių sveikatos politikos tikslų:

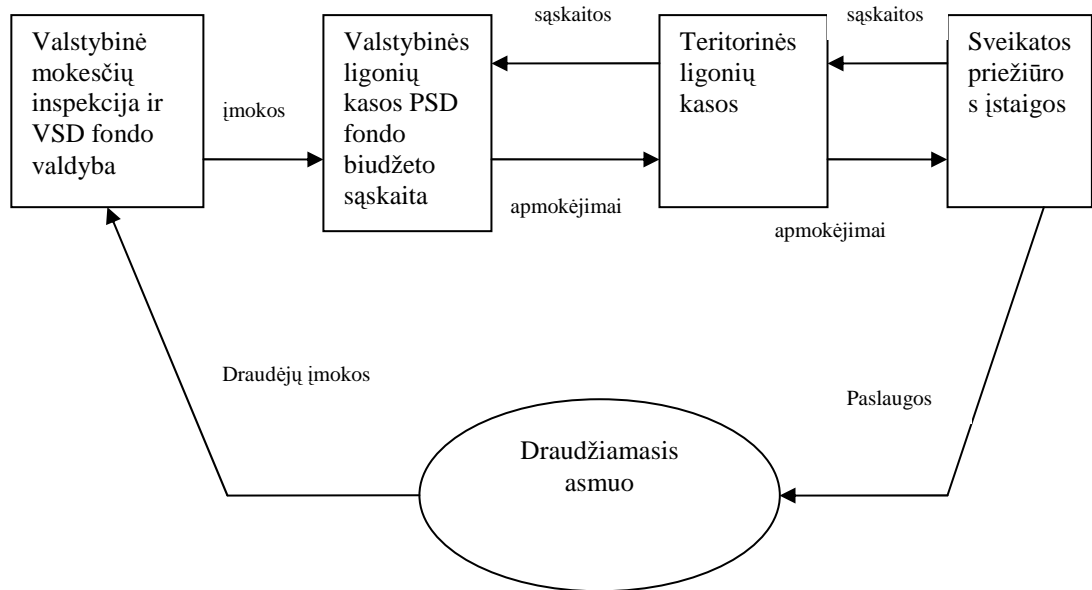
- 1) pakankamo sveikatos sistemos finansavimo,
- 2) pakankamos sveikatos paslaugų kokybės kontrolės,
- 3) paciento atsakomybės už savo sveikatą,
- 4) priemonių už sveikatos paslaugas legalumo.

### **1.5. Privalomojo sveikatos draudimo finansavimo sistema**

Sveikatos draudimo įstatymas numato išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams ir kt. priemonėms kompensavimo iš PSDF biudžeto pagrindus, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančias institucijas.

Lėšos, kurios suteikia asmeniui galimybę pasinaudoti sveikatos draudimo įstatyme numatytais kompensuojamomis paslaugomis, turi apeiti ratą nuo draudžiamą asmens mokesčių sumokėjimo iki paslaugų suteikimo.

Lietuvoje sveikatos draudimo sistema beveik išimtinai orientuota į viešąjį ir valstybinį sektorių. Pagal Sveikatos draudimo įstatymą privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą.



4 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo veikimo mechanizmas  
Šaltinis: O. G. Rakauskienė „Valstybės ekonominė politika“

Lietuvos gyventojų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos:

- Įmonės, įstaigos bei organizacijos ir fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, dirbančius pagal darbo sutartis, einančius renkamąsias pareigas, dirbančius narystės pagrindu, valstybės tarnautojus, taip pat už valstybės politikus, teismų teisėjus ir kandidatus į teisėjus, valstybės institucijų bei įstaigų pareigūnus ir kt., jeigu jiems už darbą mokamas darbo užmokestis. moka 3 proc. darbo užmokesčio
- Įmonės, įstaigos ir organizacijos iš asmenims, gaunantiems už darbą darbo užmokestį, apskaičiuotos fizinių asmenų pajamų mokesčio sumos moka ne mažesnes kaip 30 proc. privalomojo sveikatos draudimo įmokas.
- Ūkinės bendrijos už ūkinės bendrijos narius bei individualios įmonės už individualios įmonės savininkus kas mėnesį moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurios sudaro 2 proc. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraėjo ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio. Šių įmokų galima nemokėti, jeigu ūkinės bendrijos nariai ar individualios įmonės savininkai yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu ir įregistravę likviduojamos ūkinės bendrijos ar individualios įmonės statusą Įmonių registre, o visi įmonės ar ūkinės bendrijos darbuotojai yra atleisti iš darbo.
- Fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, įskaitant asmenis, gaunančius pajamų už honorarus ir (ar) pagal autorines sutartis, moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, sudarančias 30 proc. apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos, bet per mėnesį ne mažiau

kaip 1/12 metinės valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis einamaisiais mokestiniais metais (2008 m. vieno mėnesio įmoka negali būti mažesnė nei 35,68 Lt.).

- Lietuvos Respublikos ūkininko ūkio įstatymo nustatyta tvarka įregistruoti ūkininkai bei žemės naudotojai (turintys 3 ha ir daugiau žemės naudmenų) už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius ūkio narius moka po 3,5 proc. minimalios mėnesinės algos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas (2008 m. vieno mėnesio įmoka negali būti mažesnė nei 28,00 Lt.).

- Asmeninio ūkio naudotojai (turintys iki 3 ha žemės naudmenų) už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius šeimos narius moka po 1,5 proc. minimalios mėnesinės algos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas. (2008 m. vieno mėnesio įmoka negali būti mažesnė nei 12,00 Lt.).

- Asmenys, kurie nepriklauso išvardintų mokėtojų grupėms ir nėra draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis, kas mėnesį savarankiškai moka už save 10 proc. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto už praeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Nuo 2009 m. pasikeitus Sveikatos draudimo įstatymui, mokaančiųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokas sąrašas išvardintas 11-oje 17 straipsnio punktų (buvo 7). Padidintas, o kai kam ir papildomai įvestas privalomojo sveikatos draudimo įmokos (iki 9 %).

Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu užtikrinama tik būtinoji medicinos pagalba. Už kitas paslaugas tokie asmenys privalo mokėti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytais kainomis. Vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, valstybė rūpinasi vaikų iki 18 metų, studentų, socialinę paramą ir pinigines socialinio draudimo išmokas gaunančių bei tam tikromis ligomis sergančių ir kai kurioms kitoms grupėms priklausančių asmenų sveikatos draudimu. Už šiuos asmenis iš valstybės biudžeto į sveikatos draudimo fondą yra pervedamos LR Seimo kasmet vienam gyventojui nustatomo dydžio įmokos.

Visas lėšas esančias PSDF biudžeto sąskaitoje naudoja VLK, kuri apmoka gydymo įstaigoms už pagal sutartis su TLK pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistinėms – už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus. VLK rengia biudžeto metinį projektą ir įvykdymo metinę apyskaitą ir Sveikatos draudimo įstatymas jai suteikia teisę kontroliuoti, šiomis lėšomis finansuojamų paslaugų, kiekį ir kokybę bei su tuo susijusių sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą.

VLK lėšas sveikatos priežiūros įstaigoms skirsto per TLK. Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo kai kurių straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu nuo 2003 m. sausio 1 d. vietoj buvusių dešimties pradėjo veikti penkios TLK (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių), aptarnaujančios visas 10 Lietuvos apskričių.

Visos gydymo įstaigos, kurios gauna lėšų iš TLK, turi būti su jomis sudariusios sutartis. Tai yra paskutinė grandis, kuri suteikia asmeniui galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis. Racionalus PSDF biudžeto lėšų panaudojimas įsigyjant daugiau ir kokybiškesnių gydymo paslaugų užtikrina principas „pinigai paskui ligonį“ ir „apmokėjimas pagal atliktą darbą“.

Pacientai gali pasirinkti šeimos gydytoją pirminėje grandyje, gydymo įstaigą bei gydytoją – tai numatyta norminiuose teisės aktuose ir TLK sutartyse su savo ir kitų ligonių kasų aptarnaujamų zonų gydymo įstaigomis, rinktis pigesnius ar brangesnius vaistus ir medicinos pagalbos priemones ir kt. Konkurencija tarp gydymo įstaigų skatina teikti kokybiškesnes paslaugas vietoje. Pacientų poreikius atitinkantis lėšų paskirstymas TLK, naujoji asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka, spartėjantis ligoninių restruktūrizavimo procesas užtikrina kokybišką stacionariųjų paslaugų sektoriaus veiklą.

Nuolat tobulinama asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka ir nuo 2007 metų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti taikomas Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1113 patvirtintas naujas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašas.

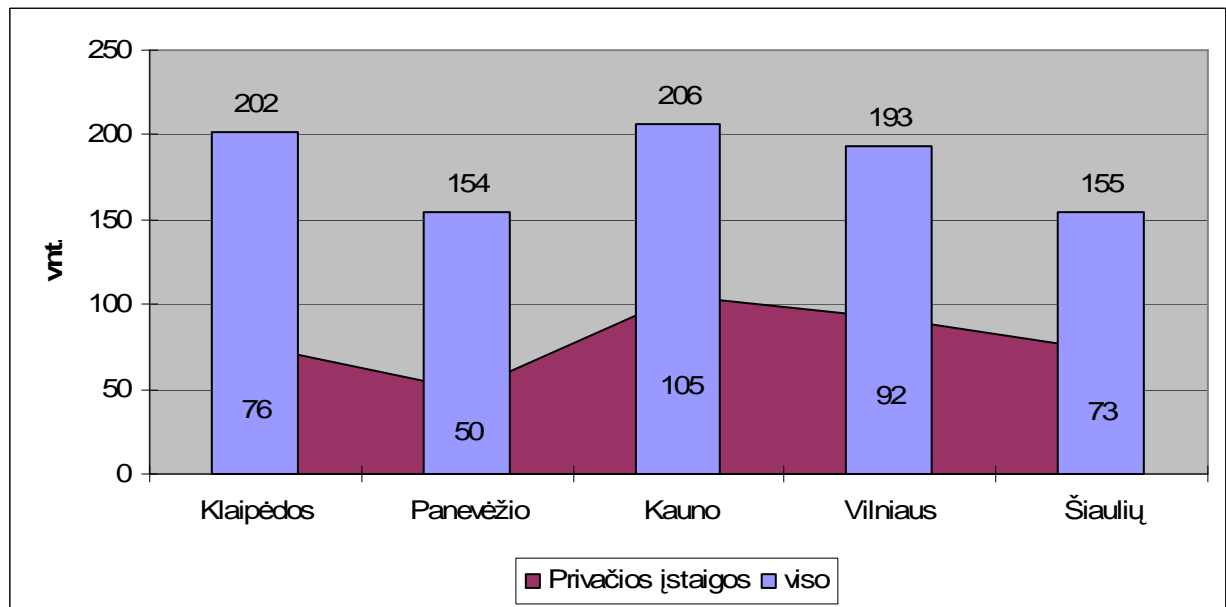
Jis skirtas specializuotoms ambulatorinėms, priėmimo – skubios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikio gydymo (paslaugos teikimo trukmė iki 72 val.), stacionarinėms bei nepriskirtinoms stacionarinėms paslaugoms. Aprašo taikymas leidžia ASPĮ pačiai pasirinkti geriausiai tinkančią pacientui ir įstaigai paslaugos teikimo formą, skatinti ekonomiškai efektyvių paslaugų teikimo formas, atsisakyti paslaugų teikimo ribojimo (vadinamą „kvotų“), atsisakyti stacionariųjų paslaugų suskirstymo į grupes, stacionarines paslaugas apmokėti vadovaujantis patvirtintais teikimo bendraisiais ir specialiaisiais reikalavimais, dienos chirurgijos ir priėmimo-skubios pagalbos paslaugas apmokėti vienodomis kainomis nepriklausomai nuo jų teikimo vietos bei numatyti įstaigos lėšų rezervą lankstesniam prioritetinių paslaugų apmokėjimui.

Vadovaujantis šiuo aprašu TLK ir ASPĮ sutartyje numato lėšas stacionariųjų ir visų kitų (išskyrus nepriskirtinas stacionarinėms) paslaugų apmokėjimui bei lėšų rezervą. Prioriteto tvarka sutartys sudaromos dėl nestacionariųjų ir trumpalaikio gydymo paslaugų apmokėjimo.

Siekiant įvertinti TLK veiklos efektyvumą, 2007 metais toliau diegiamas rizikos įvertinimo metodas kuris būtų taikomas kontroliuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir kompensuojamųjų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išrašymą ir išdavimą. Šio metodo diegimas leis vertinti ne tik TLK savo veiklos efektyvumą, bet ir pačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms teikiamų paslaugų kokybę.

Kaip pastaraisiais metais tampa įprasta, TLK sudaro tiesiogines gydymo paslaugų apmokėjimo sutartis ne tik su savo, bet ir su kitų ligonių kasų aptarnaujamų zonų gydymo įstaigomis, kurias dažniausiai renkasi pacientai (dauguma šių įstaigų – ligoninės). Kai už kito regiono gydymo įstaigos

paslaugas moka ligonių kasa, kurios aptarnaujamoje teritorijoje pacientas nuolat gyvena, ne tik realizuojama paciento teisė pasirinkti, bet taip pat didėja gydymo įstaigų konkurencija.



5 pav. 2007 m. TLK sudarytos sutartys  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis TLK duomenimis

Kiekvienais metais pasirašoma vis didesnis skaičius sutarčių, nes gaunama daugiau privačių gydymo įstaigų, teikiančių antrinio lygio ambulatorines ir dienos chirurgijos paslaugas, prašymų. Dėl 2007 metams sudaromų sutarčių pradėta tartis ir derėtis, tomis pačiomis sąlygomis kaip su ankstesniais paslaugų teikėjais, dar prieš pusmetį. VTK duomenimis 2006 m. sudarytos 378 sutartys, o 2007 m. 7,4 % daugiau. Jų pasiskirstymas, kaip matyti iš 5 paveikslo, tarp TLK svyruoja nuo 154 iki 206 sutarčių, o privačių įstaigų skaičius vidutiniškai sudaro 43,2 % visų sutarčių.

Gydymo įstaigoms sudarytos sutartys su TLK garantuoja apmokėjimą pagal atliktą darbą, o didinamos bazinės kainos leidžia didinti darbo užmokestį, padengti organizacines ir ūkines išlaidas. Suteikiamos galimybės teikti skatinamąsias paslaugas bei vykdyti prevencines profilaktines programas ir kt.

Lietuvoje veikiančią privalomojo sveikatos draudimo sistemą palankiai vertina Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO). Neatsitiktinai mūsų privalomojo sveikatos draudimo kūrimo bei plėtros patirtimi rekomenduojama domėtis Vidurio ir Rytų Europos šalims. Buvusios sovietinės respublikos (pvz.: Moldova ir kt.) domisi Lietuvos patirtimi ir diegia labai panašius privalomojo sveikatos draudimo modelius.

Analizė rodo, kad sėkmę racionaliai panaudojant PSDF biudžeto lėšas, išigyjant pacientams vis daugiau ir kokybiškesnių gydymo paslaugų užtikrina pagrindinių privalomojo sveikatos draudimo principų – „pinigai paskui ligonį“ bei „apmokėjimas pagal atliktą darbą“.

Pagal sveikatos draudimo įstatymą Lietuvoje yra ne tik privalomas, bet papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas. Tačiau Lietuvoje jis nėra populiarus, juo naudojasi tik nedidelė, išimtinai aukštas pajamas turinčių gyventojų dalis.

Lietuvoje 2005 m. 78 proc. ūkio sudaro privatus sektorius ir tik 22 proc. valstybinis. Sveikatos sektoriuje šis santykis yra visiškai nepalankus privatininkams, ir matyt neatsitiktinai.

Privačioms medicinos įstaigoms dar nėra palanki ir visuomenė. Gaji nuomonė, kad privatininkams rūpi vien tik pelnas. Tačiau palengva pradedama suprasti, kad valstybė ne šiaip sau įteisino galimybes privatininkams dirbti, o todėl, kad jų veikla naudinga pačiam viešajam sektoriui. Valstybė sutaupo investicijų. Šias lėšas galima panaudoti kitur, o žmonės gauna kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą. Apskaičiuota, kad 2007 m. vidutinis gulėjimo laikas viešojoje įstaigoje buvo 9,9 dienos lyginant su 2005 m. sumažėjo 0,8 dienos.

Svarbiausia savanoriškojo draudimo trūkumas yra nenustatytos tikslios papildomos priemokos ir iki šiol aiškiai neapibrėžtas draudimo objektas. Nuo 2008 metų pradžios žadėtas įgyvendinti visiems gyventojams prieinamas savanoriškas sveikatos draudimas, apie kurį kalbama jau dešimtmetį, vėl atidedamas mažiausiai metams ar pusantrų. Tačiau, kaip ir kitose išsivysčiusiose valstybėse, būtų visiškai natūralu greta privalomos turėti ir papildomą privataus sveikatos draudimo sistemą.

Lietuvoje privačių bendrovių siūlomas savanoriškas sveikatos draudimas nėra patrauklus gyventojams, nes nepakankamai aiškiai įvardintas mokamų paslaugų krepšelis bei palyginti aukšti įmokų tarifai. Visuomet būtina išaiškinti, kad šiuolaikinės medicinos paslaugas būtina palaikyti ir mokėti deramas įmokas į fondą, kuris tai finansuoja. Be to reikia suprasti, kad gydymo paslaugos nėra pigios ir kiekvienam jų prireiks.

Darbe išnagrinėta kaip nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu buvo naudojamos surinktos lėšos ir kaip jas būtų galima panaudoti dar efektyviau, nes valstybės galimybės finansuoti sveikatos priežiūros paslaugas yra ribotos. Tačiau numatoma, kad sveikatos apsaugos sistema ir toliau bus gerinama. Savanoriškas sveikatos draudimas kompensuotų paslaugas, kurios neapmokamos arba nevisiškai apmokamos iš privalomojo draudimo. Tikimasi, jog savanoriškas sveikatos draudimas išgyventų neoficialius mokėjimus ir padarytų sistemą skaidresnę.

## **1.6. Sveikatos draudimo pajamų ir išlaidų analizės metodologija ir metodai**

Tiriant PSDF ilgesnio laikotarpio biudžeto rodiklius, svarbu įvertinti šių reiškinų dydį bei išaiškinti jų kitimo greitį, intensyvumą ir pagrindines vystymosi kryptis. Tuomet tarpusavyje lyginami dinamikos eilučių duomenys, o gauti santykiniai dydžiai parodo reiškinų kitimą



nagrinėjama laikotarpiu. Jie gaunami tarpusavyje palyginus dviejų laikotarpių arba laiko momentų duomenis.

Lyginamosios dinamikos eilutės lygis vadinamas baziniu arba tiesiog baze, o lygis, kuris lyginamas su baziniu – lyginamuoju. Lyginant dinamikos eilutės lygius, apskaičiuojami absoliutūs, santykiniai ir vidurkiniai dinamikos eilučių rodikliai. Šie rodikliai yra grandininiai (kai kinta lyginimo bazė) arba baziniai (kai yra pastovi lyginimo bazė).

Grandininis absoliutus pokytis  $\Delta y$  - tai skirtumas tarp dviejų dinamikos eilutės lygių, kuris apskaičiuojamas pagal tokią formulę:

$$\Delta y = y_n - y_{n-1},$$

čia  $y_n$  - vėlesnio laikotarpio dinamikos eilutės lygis;  $y_{n-1}$  - pirmesnio laikotarpio dinamikos eilutės lygis.

Bazinis absoliutus pokytis  $\Delta y$  - tai skirtumas tarp dviejų dinamikos eilutės lygių, kuris apskaičiuojamas pagal tokią formulę:

$$\Delta y = y_n - y_1,$$

čia  $y_n$  - n-tojo laikotarpio dinamikos eilutės lygis;  $y_1$  - pradinio laikotarpio dinamikos eilutės lygis. Šie rodikliai rodo, keliais vienetais pasikeičia reiškinio lygis per tam tikrą laikotarpį.

Analizuojant PSDF biudžeto finansavimo sistemą, tikslinga lyginti pajamų ir išlaidų padidėjimą (sumažėjimą) tam tikru laiko tarpu tiek absoliučia apimtimi, tiek ir nustatyti jų kitimą procentais.

Grandininis kitimo tempas ( $K$ ) - tai dviejų dinamikos eilučių lygių santykis, kuris išreiškiamas tokia formule:

$$K = \frac{y_n}{y_{n-1}} \times 100 \text{ proc.}$$

Grandininis kitimo tempas parodo, kiek vėlesnio laikotarpio rodiklis sudaro nuo ankstesnio laikotarpio lygio.

Bazinis didėjimo tempas  $K_b$  - tai duoto lygio lyginimas su pradiniu lygiu :

$$K_b = \frac{y_n}{y_1} \times 100 \text{ proc.}$$

Bazinis kitimo tempas parodo, kiek vėlesnis laikotarpio lygis sudaro nuo pradinio laikotarpio lygio. Absoliutaus pokyčio ir kitimo tempo rezultatai leis atlikti PSDF biudžeto finansavimo analizę ir įvertinti visos privalomo sveikatos draudimo sistemos prognozavimo ir tobulinimo būtinybės naudą.

Padidėjimo tempas  $K_p$  apskaičiuojamas pagal formulę:

$$K_p = K_d - 1 \text{ arba } K_p = (K_d - 1) \times 100 \text{ proc.},$$

šis rodiklis rodo kiek kartų padidėja reiškinio lygis per nagrinėjamą laikotarpį arba keliais procentais pasikeičia reiškinio lygis. Jis gali būti ir teigiamas ir neigiamas.

Apskaičiuotos svarbiausios sklaidos charakteristikos imties plotis, imties dispersija ir vidutinis kvadratinis nuokrypis. Jos parodo kiek duomenys skiriasi.

Imties plotis (empirinis dydis) randamas atėmus mažiausią imties reikšmę iš didžiausios:

$$R = y_{\max} - y_{\min} .$$

Imties dispersija ir vidutinis kvadratinis nuokrypis apibūdina stebėto požymio reikšmių išsisklaidymą apie vidurkį. Kuo daugiau reikšmių yra toli nuo vidurkio, tuo didesnė dispersija. Imties dispersija apskaičiuojama pagal formulę:

$$s^2 = \frac{1}{n} \sum_{n=1}^k (y_i - \bar{y})^2 ,$$

o vidutinis kvadratinis nuokrypis randamas remiantis šia formule:

$$s = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{n=1}^k (y_i - \bar{y})^2} .$$

Analizuojant Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavimą, nustatant PSDF biudžeto struktūrą, kitimo dinamiką, planinių ir faktinių duomenų santykinus rodiklius bei jų pokytį, ryšiams tarp nagrinėjamų reiškinių nustatyti, darbe naudota koreliacinė analizė, kurios pagrindiniai etapai yra šie:

- esminių ryšių nustatymas;
- analitinės priklausomybės išraiška;
- regresijos koeficientų apskaičiavimas;
- ryšio stiprumo nustatymas;
- gautų parametų patikimumo įvertinimas.

Esminių ryšių nustatymas, tarp nagrinėjamų veiksnių – vienas svarbiausių koreliacinės analizės etapų. Ryšiams nustatyti atliekama išsami nagrinėjamų reiškinių analizė. Ryšių formos ir jų stiprumas nustatomi labiausiai paplitusiu grafiniu metodu. Kai dauguma koreliacinio lauko taškų išsidėsto koordinačių sistemoje iš kairės pusės apačios į dešinės pusės viršų siaura linija, ryšiai tiesiškai didėjantys. Daugumai koreliacinio lauko taškų išsidėsčius koordinačių sistemoje iš kairės pusės viršaus į jų dešinės pusės apačią siaura linija, turime tiesiškai mažėjančius ryšius. Kai dauguma koreliacinio lauko taškų išsidėsto visoje koordinačių sistemoje, tai ryšių arba nėra, arba jie labai silpni. Nustačius ryšio formą koreliacinė priklausomybė išreiškiama analitiškai, parenkant reiškinio esmę atitinkantį matematinės funkcijos tipą. Darbe naudota regresijos lygtis:

$$\bar{y}_x = a_0 + a_1 x$$

čia  $\bar{y}_x$  – rezultatinis požymis;  $x$  – veiksnys;  $a_0$  ir  $a_1$  – nežinomi parametrai, kurių suradimas – tolesnis koreliacinės analizės etapas.

Nežinomus regresijos lygties parametrus galima nustatyti plačiausiai paplitusiu mažiausiųjų kvadratų metodu, kadangi pagal šį metodą išlyginti duomenys yra artimiausi faktiniams (empiriniams) duomenims, t.y.:

$$\sum (y - \bar{y}_x) \rightarrow \min$$

Matematiškai įrodyta, kad ši sąlyga įvykdoma tada, kai nežinomi parametrai randami sprendžiant normalinių lygčių sistemą, atitinkančią mažiausiųjų kvadratų metodo reikalavimus.

Taigi, esant tiesinei priklausomybei, nežinomi parametrai  $a_0$  ir  $a_1$  randami išsprendus tokią normalinę lygčių sistemą:

$$\begin{cases} \sum y = na_0 + a_1 \sum x, \\ \sum yx = a_0 \sum x + a_1 \sum x^2, \end{cases}$$

čia  $n$  – laikotarpių (koreliuojamu atveju) skaičius.

Parametrai  $a_0$  ir  $a_1$  randami pagal formules:

$$a_0 = \frac{\sum y}{n}, \quad a_1 = \frac{\sum yx}{\sum x^2}.$$

Parametras  $a_0$  tiesės lygtyje rodo rezultatinio požymio dalį, priklausančią nuo kitų į tyrimus neįtrauktų veiksnių, o parametras  $a_1$  nagrinėjamo veiksnio  $x$  efektyvumą, t.y. rezultatinio rodiklio, pakitus veiksmui vienu vienetu, pokytį. Į gautą lygtį įrašius faktines reikšmes, apskaičiuojamos rezultatinio požymio reikšmės, t.y. tos, kurios teoriškai turėjo būti, esant atitinkamam veiksnio lygiui. Nagrinėjant koreliacinius ryšius, svarbu nustatyti ne tik jų formą bei analitinę išraišką, bet ir koreliacinio ryšio stiprumą. Dviejų nagrinėjamų požymių ( $y$  ir  $x$ ) ryšio laipsnis (stiprumas), kai priklausomybe tarp jų yra tiesinė, nustatomas apskaičiuojant koreliacijos koeficientą  $R_{yx}$ . Tai tikimybinis rodiklis, rodantis rezultatinio požymio variacijos dalį, sąlygojamą veiksnio (faktorinio požymio) pokyčiu. Koreliacijos koeficientą galima apskaičiuoti pagal formules:

$$R_{yx} = a_1 \frac{\partial_x}{\partial_y}, \text{ arba}$$

$$R_{yx} = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{n \partial_x \partial_y}, \text{ arba}$$

$$R_{yx} = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}},$$

čia  $R_{yx}$  - tiesinės koreliacijos koeficientas;  $a_1$  - tiesinės lygties koeficientas;  $\partial_x$  - veiksnio vidutinis kvadratinis nuokrypis;  $\partial_y$  - rezultatinio požymio vidutinis kvadratinis nuokrypis.

Koreliacijos koeficientas kinta nuo „minus“ 1 iki „plus“ 1. Jo ženklas sutampa su tiesės lygties koeficiento  $a_0$  ženklu ir rodo ryšio kryptį. Jeigu koreliacijos koeficientas teigiamas tai ryšiai tarp nagrinėjamų reiškinių yra tiesiškai didėjantys, o jeigu neigiamas – tiesiškai mažėjantys. Kuo, koreliacijos koeficientas artimesnis 1, tuo ryšiai glaudesni, ir kuo labiau koreliacijos koeficientas artėja prie 0, tuo ryšiai silpnesni. Koreliacijos koeficientas vertinamas taip: iki 0,3 – ryšiai silpni, 0,3 - 0,6 – vidutinio stiprumo, 0,6 ir daugiau – ryšiai stiprus. Pakėlus koreliacijos koeficientą kvadratu, gaunamas determinacijos koeficientas (D):

$$D = R_{yx}^2,$$

Determinacijos koeficientas yra tikimybinis rodiklis, rodantis konkretaus veiksnio procentinę dalį tiriamojo rodiklio variacijoje, t.y. kuri vieno požymio bendro kitimo dalis gali būti paaiškinta kito požymio reikšmių kitimu.

Prieš darant sprendimus ir apibendrinančias išvadas patikrinama, ar apskaičiuoti rodikliai patikimi ir realūs. Koreliacijos koeficiento patikimumas nustatomas pagal Stjudento kriterijų  $t$ , kuris esant dvinarei koreliacijai apskaičiuojamas pagal formulę:

$$x_R = \frac{a_1 \partial_x \sqrt{n-2}}{\partial_y \sqrt{1-R_{yx}^2}},$$

čia  $a_1$  - tiesines lygties koeficientas;  $\partial_x$  - veiksnio vidutinis kvadratinis nuokrypis;  $n$  - koreliuojamu variantu skaičius;  $\partial_y$  - rezultatinio požymio vidutinis kvadratinis nuokrypis;  $R_{yx}$  - koreliacijos koeficientas.

Apskaičiuota Stjudento kriterijaus  $t_R$  reikšmė palyginama su kritine reikšme  $t_{kr}$  - taikoma esant 5% reikšmingumui. Jeigu  $t_R > t_{kr}$ , tai koreliacija yra reikšminga.

Įvertinant determinacijos koeficiento D patikimumą, naudojamas Fišerio kriterijus, apskaičiuojamas pagal formulę:

$$F_f = \frac{D}{1-D} \times \frac{n-m}{m-1},$$

čia  $D$  – determinacijos koeficientas;  $(m - 1)$  - pirmasis laisvės laipsnis;  $(n - m)$  – antrasis laisvės laipsnis;  $m$  - regresijos lygties parametru skaičius.

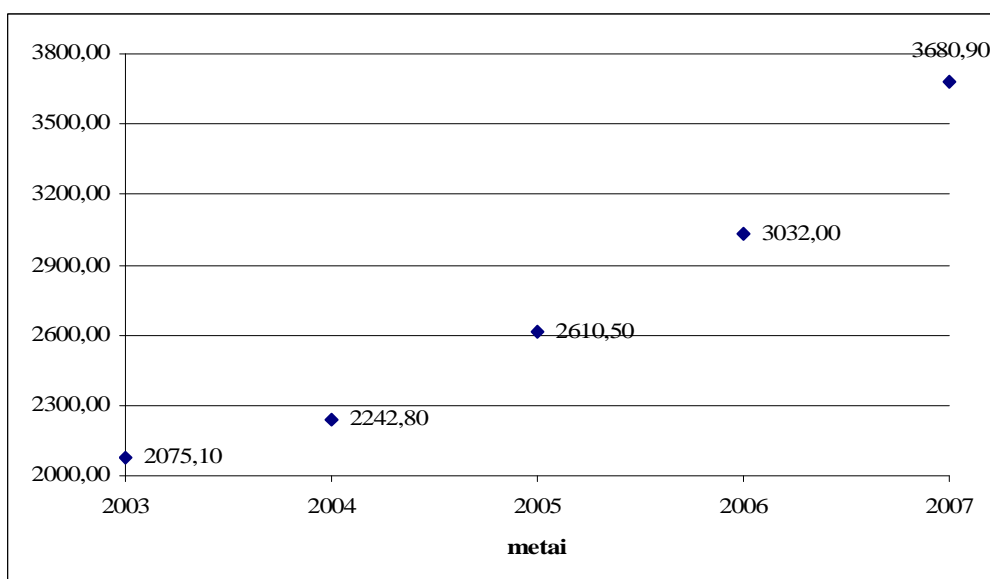
Determinacijos koeficientas yra patikimas, kai apskaičiuota  $F_f$  reikšmė yra didesnė už reikšmę, duotą Fišerio lentelėje, t.y. už teorinę reikšmę. Kad veiksmių tarpusavio priklausomybė būtų vaizdi, naudotini grafiniai vaizdavimo metodai.

## 2.SVEIKATOS DRAUDIMO LIETUVOJE FINANSAVIMO ANALIZĖ

### 2.1. Pajamų ir išlaidų analizė

#### 2.1.1. Privalomojo sveikatos draudimo pajamų analizė

PSDF biudžeto pajamos – pagrindinis šaltinis sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidoms finansuoti. Sveikatos draudimo biudžetas yra planuojamas derinant reikalingą lėšų kiekį sveikatos paslaugoms apmokėti su planuojamu mokėtojų skaičiumi, bendravalstybiniais mokesčiais, sveikatos draudimo mokesčių dydžiu.



6 pav. Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto pajamos (2003 m. pajamos su banko paskola)  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Lietuvos Respublikos 2003 – 2007 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ataskaitomis (mln. Lt)

Atlikus analizę nustatyta, kad pajamos nagrinėjamu laikotarpiu padidėjo 1,8 karto arba 1605,8 mln. Lt. Kiekvienais metais pajamų surinkimas augo vidutiniškai 16 %. Mažiausias augimas pastebimas 2004 m. Šiuos metus lyginant su 2003 m. pajamos išaugo tik 8,1 %, o 2007 m. pastebimas didžiausias padidėjimas, t.y. surinkta 21,4 % arba 648,9 mln. Lt. daugiau nei 2006 m. Tai lėmė mažėjantis nedarbas ir didėjantis vidutinis darbo užmokestis.

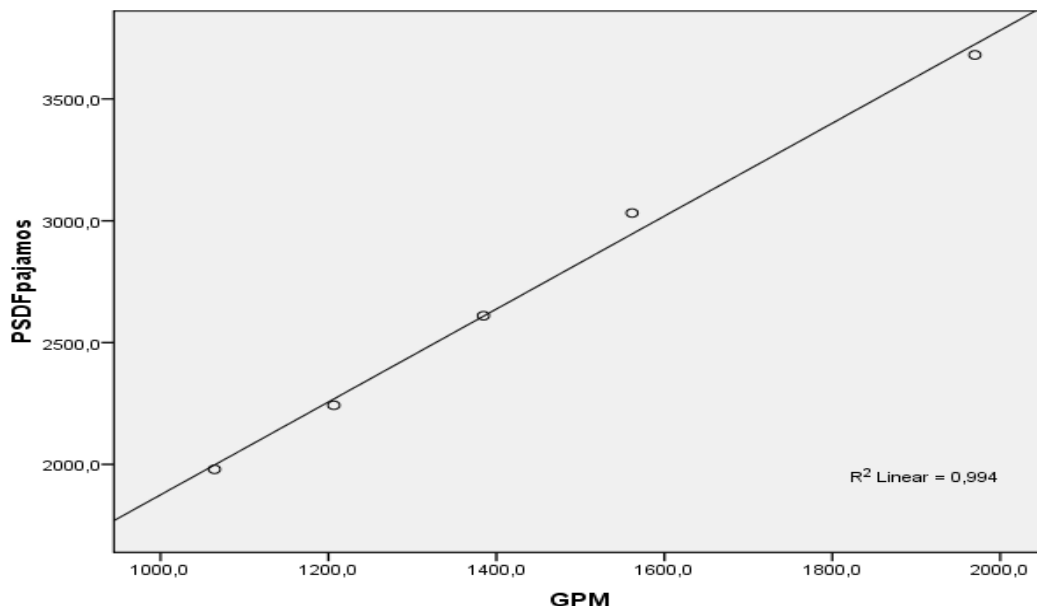
Nagrinėjamu laikotarpiu vidutiniškai į PSDF pajamų surenkama 2728,26 mln. Lt. per metus. Apskaičiavus vidutinį kvadratinį nuokrypį, gauname, kad pajamų sklaida apie vidurkį yra 578,9 mln. Lt.

Detaliau nagrinėjant PSDF biudžeto pajamų struktūrą išsiskiria trys pagrindiniai pajamų šaltiniai:

- 1) gyventojų pajamų mokestis,
- 2) Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai,
- 3) draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

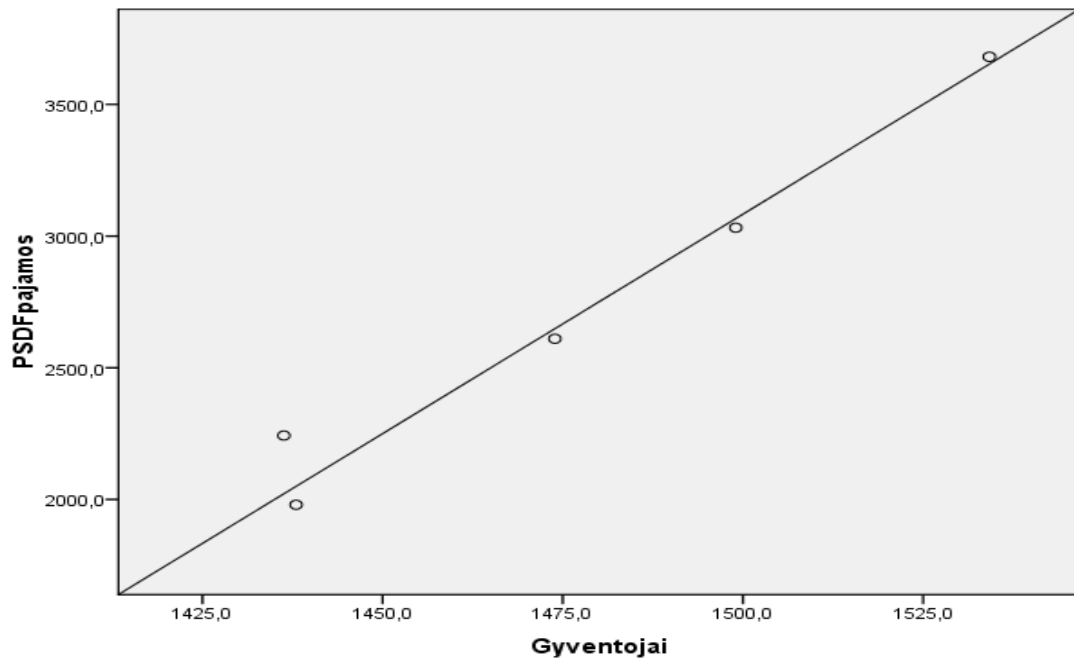
Didžiausią visų pajamų dalį (apie 50 %) sudaro įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, kaip apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio. Šios įmokos sudarė nuo 51,3 % iki 53,8 %. Nagrinėjamu laikotarpiu sveikatos draudimo pajamos iš kasmet surenkamo gyventojų pajamų mokesčio tendencingai didėjo vidutiniškai 226,4 mln. Lt arba 16,8 % per metus tik 2007 m. prieaugio tempai buvo didesni, lyginant su 2006 m. pajamos padidėjo 26 % arba 408,2 mln. Lt.

Iš 7 paveikslą matyti, kad priklausomybė tarp PSDF biudžeto pajamų ir Gyventojų pajamų mokesčio yra tiesioginė, o ryšiai labai glaudūs, nes apskaičiuotas koreliacijos koeficientas artimas vienetui ( $R = 0,997$ ).



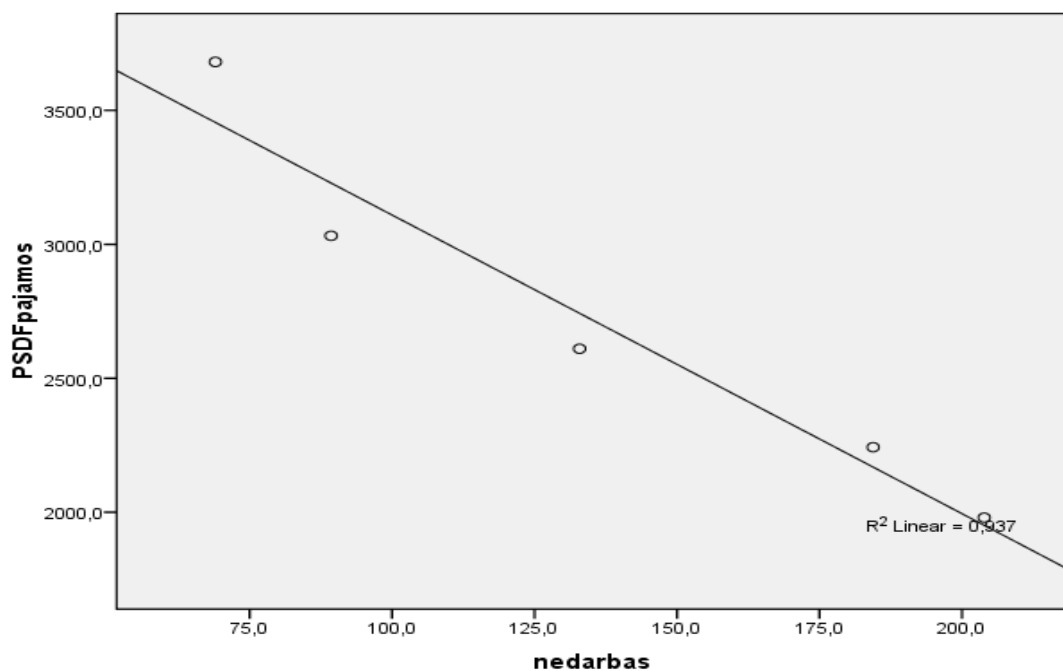
7 pav. PSDF biudžeto pajamų ir GPM ryšys  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Apskaičiavus koreliacijos koeficientus (žr. 14 priedas), nustatyta, kad PSDF biudžeto pajamas vienodai stipriai veikia tiek nedarbo lygis ir užimtų gyventojų skaičius (didėjant nedarbui – mažėja užimtų gyventojų skaičius ir atvirkščiai), tiek vidutinis darbo užmokestis ir gyventojų pajamų mokestis (didėjant darbo užmokesčiui daugiau sumoka gyventojų pajamų mokesčio).



8 pav. PSDF biudžeto pajamų ir užimtų gyventojų skaičiaus ryšys  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Nagrinėjamu laikotarpiu PSDF biudžeto priklausomybė nuo GPM, užimtų gyventojų ir bedarbių skaičiaus didžiausią įtaką daro ekonominiai veiksniai, t.y. vidutinio darbo užmokesčio augimas, kuris lemia užimtumą, o kartu ir mokamą gyventojų pajamų mokestį, nuo kurio 30 proc. skiriama PSDF. Priklausomybė tarp užimtųjų gyventojų skaičiaus ir PSDF pajamų yra tiesioginis ir labai stiprus ( $R = 0,986$ ).

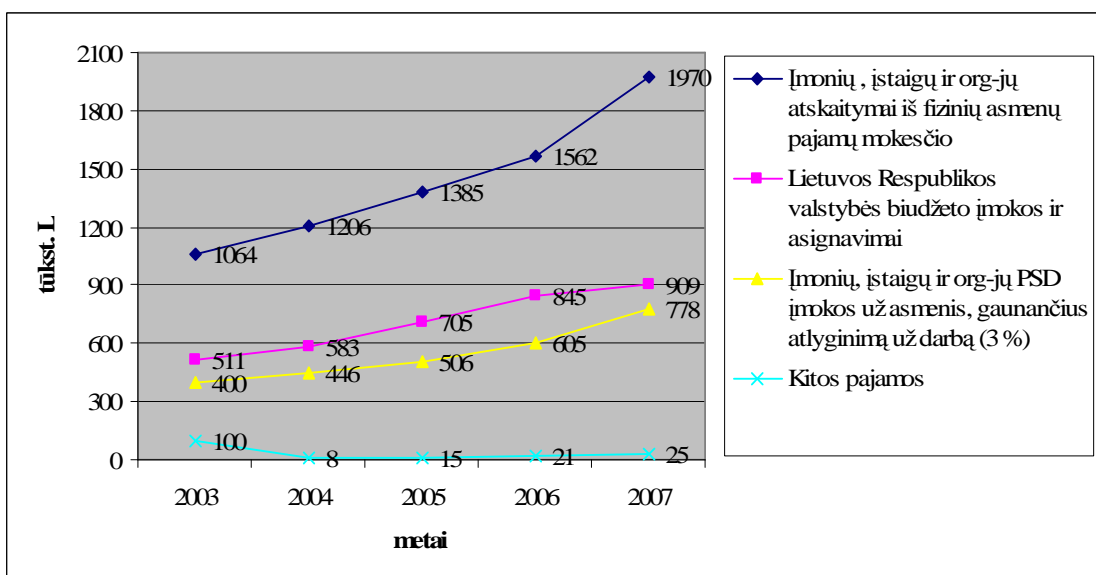


9 pav. PSDF biudžeto pajamų tiesinė priklausomybė nuo nedarbo lygio  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Tarp nedarbo ir PSDF pajamų taip pat yra labai glaudi priklausomybė ( $R = -0,968$ ), bet ši priklausomybė skirtingai nuo aukščiau išnagrinėtųjų yra tiesinė atvirkštinė. Nedarbo lygio mažėjimas nebūtinai reiškia, kad didėjo užimtų gyventojų skaičius, nes pvz. 2004 m. lyginant su 2003 m. nedarbo lygis sumažėjo 9,6 %, bet užimtųjų skaičius taip pat sumažėjo 0,1 %. Nedarbo lygio sumažėjimą tais metais įtakojo didelė migracija (migracijos saldo 2004 m. = - 9,6 arba lyginant su 2003 m. 52,5 % didesnė).

Kita iš didesnių pajamų sudėtinių dalių - įmonių, įstaigų ir organizacijų privalomojo sveikatos draudimo įmokos už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3 procentai). Tai sudaro apie 20 % visų pajamų.

Analizuojant draudėjų mokamas įmokas pastebėta, kad įmokos padidėjo 1,9 karto arba vidutiniškai per metus surenkama 546,8 mln. Lt. Analizuojant duomenis pastebėta, kad mokamų įmokų didėjimą 2003-2007 metais, lemia didėjantis darbo užmokestis ir užimtumo pokytis, nors 2004 metais lyginant su 2003 m. užimtumo lygis sumažėjo 2 mln. gyventojų, bet surinkta 46,4 mln. Lt daugiau, nes vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis padidėjo 7 %. Maksimalus įmokų augimas pastebimas 2007 m. lyginant su 2006 m. kai surinkta 172,6 mln. Lt., t.y. arba 1,3 karto daugiau. 2007 m. surinkimas siekė 777,5 mln. Lt ir sudarė 21 % bendroje pajamų struktūroje.



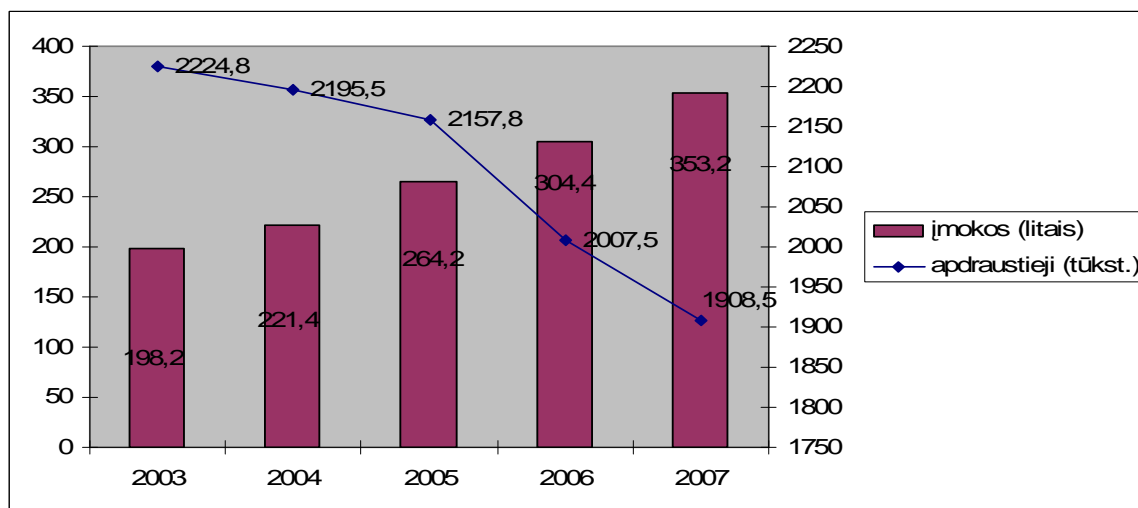
10 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų kitimas  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis VLK duomenimis

Nuo 2007 m. sausio 1 d. įsigaliojus Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 9 punktui surinkta apie 167 mln. Lt įmokų, kurias moka gaunantys pajamas nesusijusias su darbo santykiais.



Apie 25 % pajamų gaunama iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų. Tai – valstybės biudžeto įmokos už asmenis, draudžiamus valstybės lėšomis, kompensacijos kraujo donorams, valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti, kiti papildomi asignavimai. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai padidėjo 1,8 karto ir kiekvienais metais (nuo 2003 m. iki 2007 m.) skirta 2,1 % arba 99,5 mln. Lt daugiau nei ankstesniais.

Valstybės biudžeto įmokų už apdraustuosius valstybės lėšomis dydį ir bendrą apimtį metams nustato Seimas, o atskirų mėnesių – finansinių metų pradžioje Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Normaliai funkcionuojant valstybės finansų sistemai, planuota ir faktinė įmokų dalis privalo sutapti. Ypatingai teigiamą įtaką PSDF biudžetui turėjo lėšos skirtos vienam valstybės draudžiamajam asmeniui. Kaip matyti iš pateikto 11 paveikslą draudžiamųjų skaičiaus kitimas atvirkščiai proporcingas įmokoms už apdraustųjų, draudžiamų valstybės lėšomis, didėjimui.



11 pav. Įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis ir valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius mln. Lt.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis VLK ir Statistikos departamento duomenimis

Nors tokių asmenų skaičius mažėjo (2003 m. buvo 2,2 mln. gyventojų, o 2007 m. sumažėjo 14,2 proc.), tačiau valstybės biudžeto įmokų už valstybės lėšomis draudžiamų asmenų suma padidėjo 1,5 karto, t.y. vidutiniškai per metus skiriama 58,3 mln. Lt daugiau nei ankstesniais metais. Bendra skiriama suma valstybės biudžeto įmokoms už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis priklauso nuo valstybės biudžeto įmokos už draudžiamą asmenį. Per penkerius metus valstybės asignavimai skirti vienam asmeniui padidėjo nuo 198,2 Lt iki 353,2 Lt. 2007 m. lyginant su 2003 m. įmokos dydis kito 155 Lt per metus arba 12,92 Lt per mėnesį.

Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiui daugiausia įtakos turi demografiniai veiksniai. Bedarbių skaičiaus mažėjimas susijęs ne tik su užimtumo didėjimu, bet ir su emigracija. Taip pat

tam įtakos turi ir bendradarbiavimas su ES šalimis įgyvendinant prioritetinių sričių (sveikatos, regioninės plėtros, socialinės politikos ir kt.) gaires.

Visos kitos pajamos sudaro vidutiniškai 1,8 % visų pajamų, tai:

- ūkininkų ir kitų asmeninio ūkio naudotojų privalomojo sveikatos draudimo įmokos už save ir pilnamečius šeimos narius, dirbančius ūkyje,
- asmenų, kurie moka už save 10 % vidutinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas,
- savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos,
- institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos,
- išieškotos lėšos.

Ūkininkų ir kitų asmeninio ūkio naudotojų privalomojo sveikatos draudimo įmokos už save ir pilnamečius šeimos narius, dirbančius ūkyje sudaro tik nežymią dalį bendroje pajamų struktūroje apie 0,07 %. Šių pajamų surinkimo planas 2003 – 2005 metais nekito, nors surenkamos sumos svyravo nuo 138 tūkst. Lt 2004 m. iki 2377 tūkst. Lt 2005 metais.

Asmenų, kurie moka už save 10 procentų vidutinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokų surenkama suma sudaro tik nežymią dalį bendroje pajamų dalyje. Vidutiniškai šių įmokų padidėjo 4,4 karto. Skaičiuoti vidutinį pajamų padidėjimą netikslinga, nes šioms pajamoms būdingi dideli svyravimai, t.y. 2005 m. lyginant su 2004 m. pastebimas įmokų surinkimo mažėjimas (-275 mln. Lt), o 2006 m. lyginant su 2005 m. ženklus padidėjimas (613 mln. Lt).

Savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos padidėjo 2 kartus. Kasmet surenkama vidutiniškai 2,9 ml. Lt per metus arba 16 % daugiau nei prieš tai buvusiais. Išsiskiria 2006 m. lyginant su 2005 m. surinkta 21,3 % daugiau, o 2004 m. lyginant su 2003 m. 10,5%.

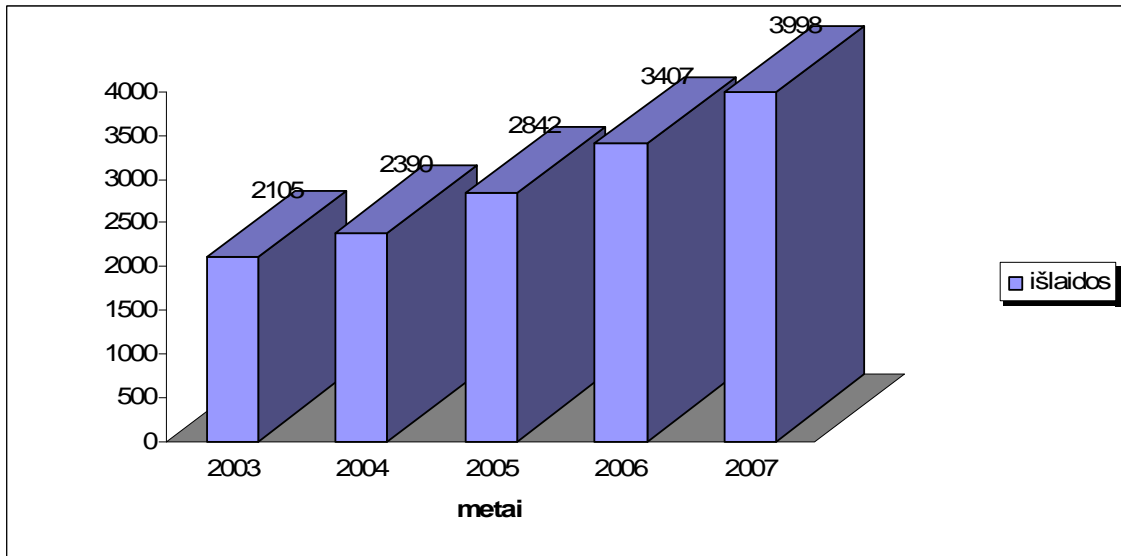
Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamų 2007 m. lyginant su 2003 m. surinkta 9,3 mln. Lt daugiau. Nuo 2003 m. kiekvienais metais surenkama vidutiniškai po 3 mln. Lt daugiau nei prieš tai buvusiais.

Išieškotos lėšos – tai iš priežiūros įstaigų ir vaistinių atlyginta PSDF biudžetui padaryta žala. Kasmet surenkama vidutiniškai 2,8 mln. Lt, o 2007 m. pajamos siekė 5,8 mln. Lt ir lyginant su 2003 m. padidėjo 4,7 mln. Lt.

### **2.1.2.Privalomojo sveikatos draudimo išlaidų analizė**

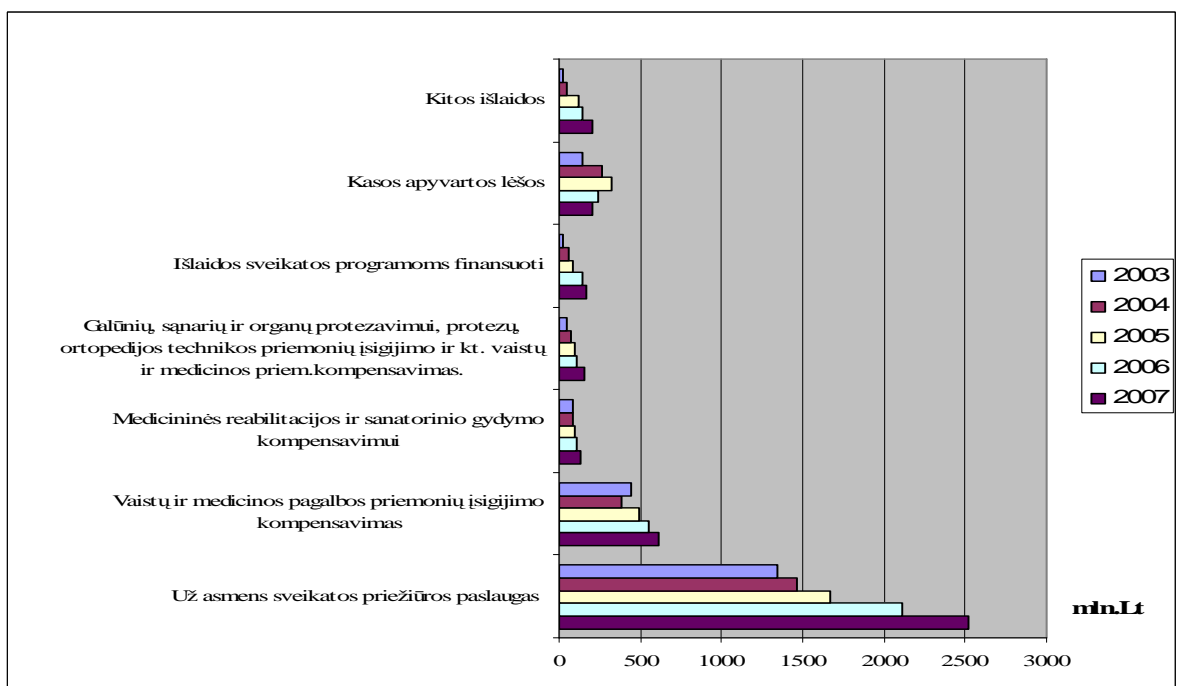
Sveikatos priežiūros paslaugos siekiant kuo didesnio išlaidų panaudojimo efektyvumo ir kokybės maksimizavimo neatsiejamos nuo išteklių paskirstymo. Lygindami PSDF biudžeto išlaidas

pastebimas skiriamų lėšų augimas, kuris kiekvienais metais didėjo nuo 285 iki 590 mln. Lt per metus.



12 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Lietuvos Respublikos 2003 – 2007 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ataskaitomis

Vidutiniškai išlaidos auga 17 % per metus. Išsiskiria 2005 m., kuriuos lyginant su 2004 m. prieaugis siekė 20 %. Norint kuo racionaliau panaudoti lėšas jas reikia planuoti atsižvelgiant į numatomas surinkti pajamas (žr. 13 pav.).



13 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų straipsnių kitimas  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis VLK duomenimis

Sveikatos sistemos ypatumai teigiamai veikiantys biudžeto išlaidas: šeimos gydytojo institucijos plėtra, lovų skaičiaus stacionarinėje grandyje mažėjimas. Siekiant geriau tenkinti specializuotos asmens sveikatos priežiūros poreikius, būtina optimizuoti PSDF biudžeto lėšų panaudojimą šių paslaugų apmokėjimui.

Todėl ir toliau numatoma:

- diegti ir plėsti efektyvias specializuotos pagalbos teikimo formas;
- tobulinti specializuotų stacionariųjų ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą (užtikrinti ambulatorinių specializuotų paslaugų plėtrą, mažinant stacionariųjų paslaugų apimtį bei tobulinant ambulatorinių paslaugų apmokėjimą, toliau diferencijuojant konsultacijų kainas);
- tikslinti šių paslaugų bazines kainas, įvertinant jų teikimo sąnaudų pokyčius.

PSDF biudžeto išlaidas sudaro:

- asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;
- vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti;
- medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kompensavimas;
- galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo, centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių kompensavimo išlaidos;
- kitos išlaidos.

Viena svarbiausių apmokamų sričių - asmens sveikatos priežiūros paslaugos (žr. 13 pav.). Jų plėtojimui skiriamų lėšų suma padidėjo 1,9 karto, t.y. 1179,1 mln. Lt. Didžiausias augimas buvo 2006 ir 2007 m., t.y. 2006 m. išlaidų padaryta 439,7 mln. Lt arba 26,4 % daugiau nei 2005 m. ir 2007 m. - 415,2 mln. Lt daugiau nei 2006 m.

VLK strateginiuose veiklos planuose numatyta, kad tobulinant sveikatos draudimo sistemą atsižvelgiama į atskirų regionų gyventojų grupių poreikius. Įvertinama ne tik stacionarinės, bet ir ambulatorinės paslaugos. Šeimos gydytojai papildomai skatinami teikti daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų ambulatoriškai, įvestas apmokėjimas už gerus darbo rezultatus. Tobulinant sveikatos draudimo sistemą skiriamos lėšos priklausys nuo TLK aptarnaujamų regionų gyventojų skaičiaus, amžiaus ir lyties.

2007 m. pirminės asmens sveikatos priežiūros ir skatinamosioms paslaugoms apmokėti skirta 492,8 mln. Lt, iš jų 27,6 mln. Lt – pirminės asmens sveikatos priežiūros skatinamosioms paslaugoms. 2007 metais tęsiant dar 2003 m. pradėtą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų skatinimą siekiant plėsti profilaktinių programų skaičių papildomai mokama už onkologinį budrumą patvirtinta nauja papildomo mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų suteiktas skatinamąsias paslaugas tvarka. Mokama

ne tik už ankstyvą piktybinių navikų diagnostiką, bet ir už bandinio protrombino aktyvumui nustatyti paėmimą ir įvertinimą, protrombino aktyvumo (INR) nustatymą, fiziologinio nėštumo priežiūrą, vaikų iki 1 metų sveikatos priežiūrą, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą, moksleivių paruošimą mokyklai, slaugos personalo procedūros namuose, glikolizinto hemoglobino nustatymo paslaugą. Nuo 2007 metų - už nėščiosios kraujo ištyrimą dėl sifilio ir ŽIV bei kraujo grupės ir Rh antikūnių nustatymą. 2006 m. vykdant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatas lėšos buvo nukreipiamos ambulatorinės grandies plėtojimui, dienos stacionaro bei dienos chirurgijos vystymui, naujų technologijų bei didėjančioms esamų brangių tyrimų ir procedūrų paslaugų apimtims apmokėti.

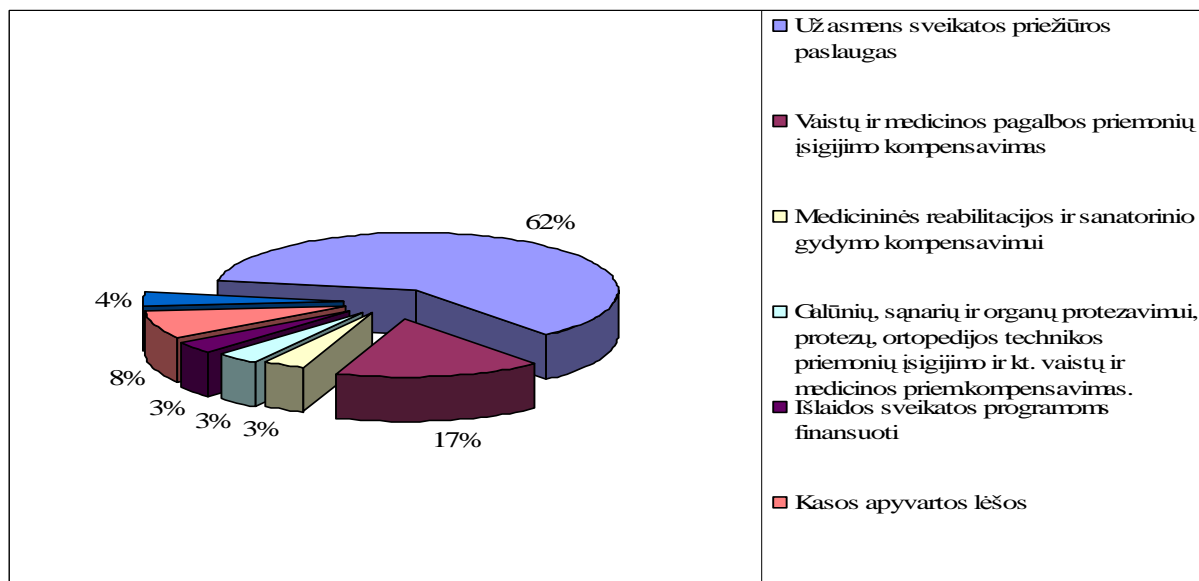
Sparčiai besivystančios sudėtingos medicinos technologijos pasireiškia nauju, brangu ir efektyviu gydymu, gerokai sumažinančiu netiesiogines išlaidas sveikatos priežiūrai. 2006 m. iš PSDF biudžeto sveikatos gydymo įstaigoms papildomai buvo apmokamos brangių technologijų procedūros, o 2007 m. diferencijuotos (pagal medicininės įrangos galingumą) magnetinio rezonanso procedūrų bazinės kainos, parengti ir patvirtinti intervencinės gydomosios bei diagnostinės radiologijos procedūrų teikimo reikalavimai ir bazinės kainos.

Išlaidų sveikatos apsaugai augimą didžiaja dalimi nulemia naujai sukurtų technologijų išlaidų kompensavimas. Šį procesą lemia Lietuvos rinkos integravimasis į pasaulio rinkas, labai greita medicinos technologijų raida, didėjantis Lietuvos gydytojų profesinių organizacijų aktyvumas, naujausios medicininės literatūros prieinamumo didėjimas dėl besiplečiančio interneto tinklo ir diegiamos telemedicinos praktikos.

Didėja teikiamų kompensuojamų paslaugų kiekis, todėl išlaidos tendencingai didėja nuo 6,6 % iki 13,5 % per metus. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų apmokėjimas priklauso nuo budėjimo valandų skaičiaus ir budėjimo valandos bazinės kainos, kurią padidinus nuo 46,8 iki 52,4 balo, skiriama 12 % daugiau lėšų paslaugoms apmokėti. Išlaidų didėjimą lemia slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti skiriamos lėšos. Nustačius naujas bazines kainas ir įdiegus papildomai apmokamas (skatinamąsias) paslaugas, išlaidos auga vidutiniškai 25 % per metus. Didinant paslaugų bazines kainas, gydymo įstaigoms sudaroma galimybė daugiau užsidirbti ir didinti medikų darbo užmokestį.

Atliktos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo studijos duomenimis pastaraisiais metais didžiausia PSDF lėšų dalis skiriama medicinos personalo darbo užmokesčiui didinti, o naujų paslaugų ir modernių technologijų diegimui bei visaverčiam gydymo įstaigų funkcionavimui lėšų nelieka. Atliktos studijos duomenimis, valstybinių gydymo įstaigų išlaidų dalis darbo užmokesčio fondui 2003–2006 m. laikotarpiu išaugo 4,3 proc., tuo tarpu išlaidos medicinos reikmėms ir paslaugoms per tą patį laikotarpį sumažėjo 3,2 proc., išlaidos komunalinėms paslaugoms – 1,7 proc. Šio fakto ignoravimas skaudžiai atsiliepia pacientams prastėjančia paslaugų kokybe, didėjančiais

oficialiais ir neoficialiais mokėjimais. Daugelyje gydymo įstaigų pacientai turi papildomai mokėti už vaistus, instrumentus, reagentus, nes esami valstybės nustatyti įkainiai nepadengia gydymo sąnaudų.



14 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vidutinė išlaidų sudėtis (2003-2007 m.)  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis VLK duomenimis

Siekiant, kad gerėtų gydymas kompensuojamaisiais vaistais, toliau tęsiama Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašo (A sąrašo) tobulinimas, išbraukiant mažo efektyvumo vaistus, papildant naujais efektyviais ir saugiais vaistais, kompensuojamųjų vaistų išrašymo ir išdavimo taisyklių, bei gydymo kompensuojamaisiais vaistais metodikos (rekomendacijos) tobulinimas. Atitinkamai daugiau dėmesio suteikta kompensuojamųjų vaistų skyrimo pagrįstumo gydymo įstaigose bei kompensuojamųjų vaistų išdavimo vaistinėse kontrolės tvarkai tobulinti.

Svarbu pastebėti, kad dėl netinkamo vaistų vartojimo didėja sveikatos sektoriaus išlaidos. Vaistų kompensavimo, kaip vienos iš socialinės gerovės elementų, tikslas yra užtikrinti pacientams kokybišką, saugų, efektyvų gydymą vaistais. Vaistų kompensavimas neturi būti suvokiamas, tik kaip pacientų aprūpinimas kuo didesniu kiekiu vaistų.

Daugiausiai PSDF biudžeto lėšų kompensuojamiesiems vaistams išleidžiama sergantiems onkologinėmis bei onkohematologinėmis ligomis, cukriniu diabetu, šizofrenija, astma, sunkiems ir vidutinio sunkumo afektiniams sutrikimams gydyti.

Didėjant pacientų skaičiui išrašoma 5 % daugiau kompensuojamųjų vaistų receptų ir 2007 m. šis skaičius pasiekė 11 mln. receptų, o vidutinė recepto kaina - 56,6 lito, t.y. 10 % didesnė nei 2006 m. Ir šis didėjimas kiekvienais metais išlieka panašus. Tai lemia Lietuvos gyventojų poreikis gydytis moderniais vaistais, kuris nuolatos auga ir iš esmės nenusileidžia Vakarų Europos šalių gyventojų poreikiams. Tai lemia iš Vakarų Europos bei JAV ateinančioms naujoms technologijoms

atvira Lietuvos vaistų rinka bei augantis informacijos, skirtos tiek gydytojams, tiek pacientams, srautas.

Diegiami racionalaus vaistų vartojimo principai, užtikrinant, kad efektyviausi ir saugiausi vaistai būtų skiriami pagal tinkamas indikacijas, užtikrinant mažiausius kaštus pacientui ir PSDF biudžetui, suteikiant pacientui išsamią informaciją apie vaistų vartojimą.

Sergančiųjų sunkiomis ligomis gydymas neatsiejamas nuo medicininės reabilitacijos. Tai svarbus gydymo etapas, leidžiantis greičiau išgydyti pacientus, grąžinti juos į darbą ir integruoti į visuomenę bei išvengti antrinio neįgalumo.

TLK lėšas medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui paskirsto pagal ASPĮ metodikas, kuriose atsižvelgiama į aptarnaujamų gyventojų skaičių, amžiaus struktūrą, sergamumą kai kuriomis ligomis, atliekamų operacijų kiekį.

Prioritetas ir toliau teikiamas vaikų medicininei reabilitacijai ir ambulatorinės reabilitacijos plėtrai, todėl 2007 m. išleista 18,1 proc. (2006 m. – 17,3 proc.) bendros medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skirtų lėšų sumos.

Išlaidos didėja vidutiniškai po 13,4 proc. arba 13,4 mln. Lt. per metus.

Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos ėmė teikti daugiau ambulatorinės reabilitacijos paslaugų. 2007 m., palyginti su 2006 m., šių paslaugų suteikta net 23,8 proc. daugiau.

Išlaidos galūnėms, sąnariams ir organams protezuoti, protezams įsigyti ir centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidoms kompensuoti 2007 metais sudarė 117,5 mln. Lt, t.y. 33,9 mln. Lt daugiau nei 2006 m. arba 45,3 mln. Lt. daugiau nei 2005 m.

Didėja kompensuojamo gydymo užsienyje išlaidos. Kiekvienais metais nagrinėjama daugiau prašymų kompensuoti gydymo išlaidas pacientams, kuriems diagnozuotos retos ligos bei būklės.

Modernių medicinos pagalbos priemonių, technologijų ar naujausių vaistų poreikis Lietuvoje jau prilygsta ES gyventojų poreikiams. Vadovaudamasi patvirtintu priemonių sąrašu 2007 m. VLK organizavo 28 atviruosius centralizuotai įsigyjamų vaistų bei medicinos priemonių pirkimo konkursus, buvo pasirašytos tiekimo sutartys, kurių vertė – daugiau kaip 103 mln. litų.

Perkamos brangios, bet efektyvios technologijos, kurios bus plėtojamoms ir ateityje, kadangi mažina invalidumą, gerina gyvenimo kokybę bei mažindamos komplikacijų ir recidyvų skaičių, mažina hospitalizaciją. Esant finansinių galimybių bus diegiamos naujausios ir efektyviausios technologijos.

Nuo 2004 m. papildomai 23,4 mln. Lt skiriama PSDF biudžeto ortopedijos technikos priemonių įsigijimui kompensuoti. Dalis šių lėšų, atsižvelgiant į tai, kad 2004 m. paskelbti Vaikų sveikatos metais, skiriamos vaikų ortopedijos technikos kompensavimui.

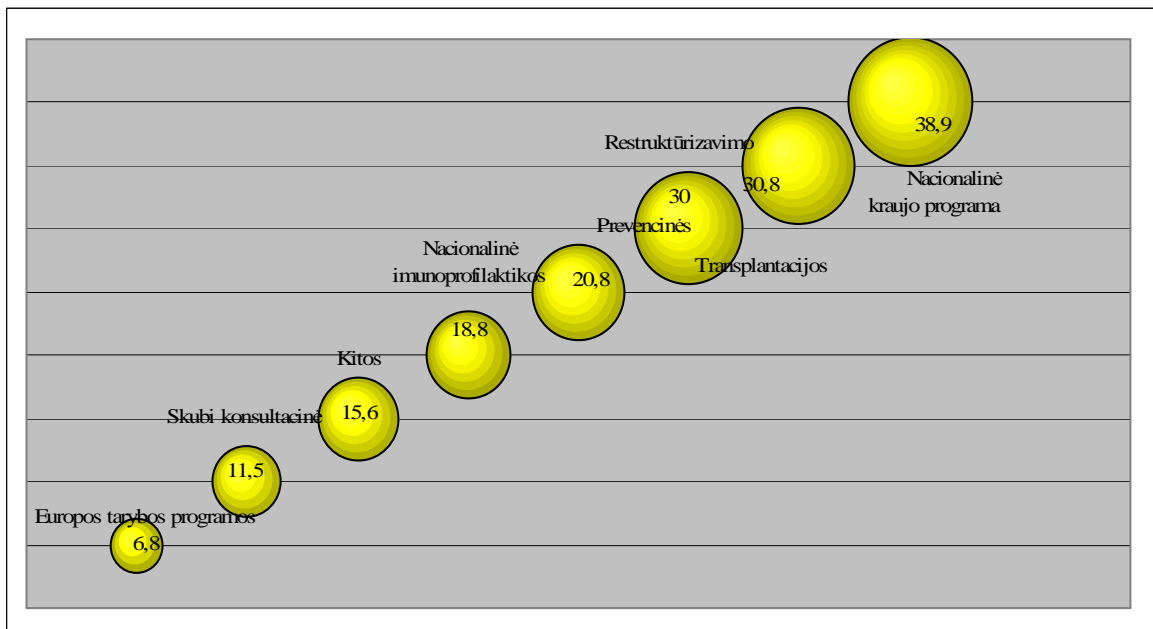
Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos turi tendenciją didėti 2006 m. išleista 27,7 mln. Lt, t.y. 19 % daugiau nei 2005 m., 2007 m. – 34,4 mln. Lt, t.y. 24,1 % daugiau nei 2006 m.

Didėjantis apdraustųjų poreikis įsigyti ortopedijos techninių priemonių, įgalina valstybės parama pasinaudoti vis daugiau asmenų.

Siekiant dar racionaliau naudoti ortopedijos techninių priemonių kompensavimui skirtas lėšas ir aprūpinti dar daugiau apdraustųjų šiomis priemonėmis, 2007 metais buvo patikslintas ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo periodiškumas, t.y. buvo prailgintas kai kurių ortopedijos techninių priemonių (pvz., galūnių protezinių sistemų, apatinių ir viršutinių galūnių įtvarinių sistemų) kompensavimo periodas, t.y. nustatyta, kaip dažnai apdraustieji gali pasinaudoti valstybės parama ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti. Tai atlikta nedidinant ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų, nes naujų technologijų medžiagos bei įranga prailgina ortopedijos techninių priemonių dėvėjimo laiką.

Ypač daug dėmesio ir lėšų skiriama sveikatos programoms finansuoti. 2007 m. lyginant su 2003 m. išleista 149,2 mln. Lt, t.y. 7,2 karto daugiau. Didėjant sergamumui gerinamas specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, plėtojamos prevencinės programos. Daugėja įgyvendinamų prevencinių programų, didėja pagal šias programas teikiamų paslaugų mastas.

Susirūpinimą kelia vaikų sveikatos rodikliai. Jau ne vienerius metus stebima vaikų sergamumo didėjimo tendencija. Kaip ir visame pasaulyje, Lietuvoje didėja sergamumas piktybiniais navikais, todėl vykdoma efektyvi šių ligų profilaktika ir ankstyva diagnostika.



15 pav. 2007 m. iš PSDF skirtų lėšų suma sveikatos programoms vykdyti (mln.Lt.)  
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis VLK, SAM duomenimis

Departamento duomenimis 2004 m. daugiausia žmonių mirė nuo kraujotakos sistemos ligų (54,5%), piktybinių navikų (19,2%) ir išorinių mirtingumo priežasčių (12,3%). Didelė socialinė



problema – daugėja sergančių psichikos ir priklausomybės ligomis, todėl vyksta intensyvus darbas detalizuojant naujas psichikos sveikatos paslaugas. Siekiant užtikrinti kokybišką psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, parengti Psichiatrijos Krizių intervencijos, Specializuoto valgymo sutrikimų gydymo, Gerontopsichiatrijos, Psichiatrijos aktyvaus gydymo bendruomenėje paslaugų teikimo reikalavimų projektai (Psichiatrijos Krizių intervencijos, Specializuoto valgymo sutrikimų gydymo, Gerontopsichiatrijos, Psichiatrijos).

Toliau finansuojama Priklausomybės ligų programa, skirta medicinos paslaugoms sergantiems priklausomybės ligomis gerinti bei prieinamumui gerinti. Jos tikslas – pagerinti specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, organizuojant ankstyvąją priklausomybės ligų diagnostiką, teikiant medicininę, psichologinę pagalbą, tobulinant sergančiųjų priklausomybės ligomis reabilitaciją ir integraciją į bendruomenę. Šiai programai 2005 – 2006 m. skirta 1,5 mln. Lt, o 2007 m. - 1,8 mln. Lt. Vykdamas vaikų dantų dengimo silantais programą, 2007 m. iš PSDF biudžeto lėšų skirta 3,0 mln. Lt, o 2008 metais – 2,0 mln. litų.

2005 m. iš PSDF biudžeto lėšų buvo skirta 8,0 mln. litų ligų prevencinėms programoms finansuoti, 2006 m. – 5,5 mln. Lt daugiau, o 2007 m. skirta dvigubai daugiau lėšų lyginant su 2005 m., t.y. 16,0 mln. Lt. Prevencinėms ligų profilaktikos bei priklausomybės ligų programoms papildomai išleidžiama vidutiniškai po 3 mln. Lt kiekvienais metais. 2007 m. Visuomenės ligų prevencija, ankstyvoji ligų diagnostika tampa Sveikatos apsaugos ministerijos ir VLK prioritetinėmis veiklos kryptimis. Įgyvendinant Nacionalinę kraujo programą siekiama plėtoti neatlygintą kraujo donorystę Lietuvoje. Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka dalis kraujo donorų kompensacijoms skirtų lėšų naudojama neatlygintinai donorystei propaguoti.

Nors išlaidoms bendra skiriama suma didinama, tačiau to nepakanka, todėl tenka naudotis kasos apyvartos lėšomis laikinam trūkumui padengti. Kasos apyvartos lėšos vidutiniškai sudaro 8 % visų išlaidų arba vidutiniškai 235,5 mln. Lt per metus ir tik nuo 2005 m. suma mažėja po 20 %.

Visos kitos išlaidos sudaro 4 % visų išlaidų. Privalomojo sveikatos draudimo vykdančių institucijų veiklos išlaidoms 2003 – 2007 m. vidutiniškai išleista 28,5 mln. Lt per metus. Apie pusę šios sumos skiriama darbo užmokesčiui ir pagrindiniam kapitalui įsigyti.

Darbo užmokesčio fondas 1,8 karto didėjo dėl papildomų lėšų poreikio naujai steigiamiems etatams valstybinėje ir TLK. Nuo 2005 m. reikėdavo 13,2 % papildomų lėšų darbo užmokesčiui išmokėti. TLK atstovai aprūpinami interneto ryšiu ir kompiuterine technika, o atsiradus naujoms technologijoms modifikuojama informacinė sistema SVEIDRA, investuojama į jos tobulinimą ir naujų posistemių diegimą.

Kitos išlaidos tai paskolos grąžinimas bankui ir už ją sumokėtos palūkanos.

## 2.2. Pajamų ir išlaidų kitimą lėmusių veiksnių analizė

PSDF biudžeto pajamų pokyčiai tiesiogiai priklauso nuo žmonių sveikatos. Ji susijusi su ekonominėmis, socialinėmis, politinėmis gyvenimo sąlygomis. Gyventojų sveikata įtakoja darbo našumą ir tuo pačiu ekonominę valstybės klestėjimą. PSDF biudžeto pajamas įtakoja ekonominiai, socialiniai ir politiniai gyvenimo veiksniai, kurie glaudžiai tarpusavyje susiję ir nei vieno iš jų negalima išskirti.

### 2.2.1. Ekonominių veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo pajamoms

Daugelio Europos Sąjungos (toliau – ES) bei kitų išsivysčiusios ekonomikos šalių vyriausybės susiduria su problema, kad išlaidos sveikatos apsaugai auga didesniais tempais nei šalyje fiksuojamas bendrojo vidaus produkto augimas. PSDF biudžeto pajamos – pagrindinis valstybės biudžeto šaltinis sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidoms finansuoti. PSDF biudžeto pajamų struktūrą sudaro trys pagrindiniai pajamų šaltiniai, kurių išlaidos pajamų struktūroje (proc.) sudaro:

1 lentelė.

#### Pagrindiniai privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų struktūros šaltiniai (%)

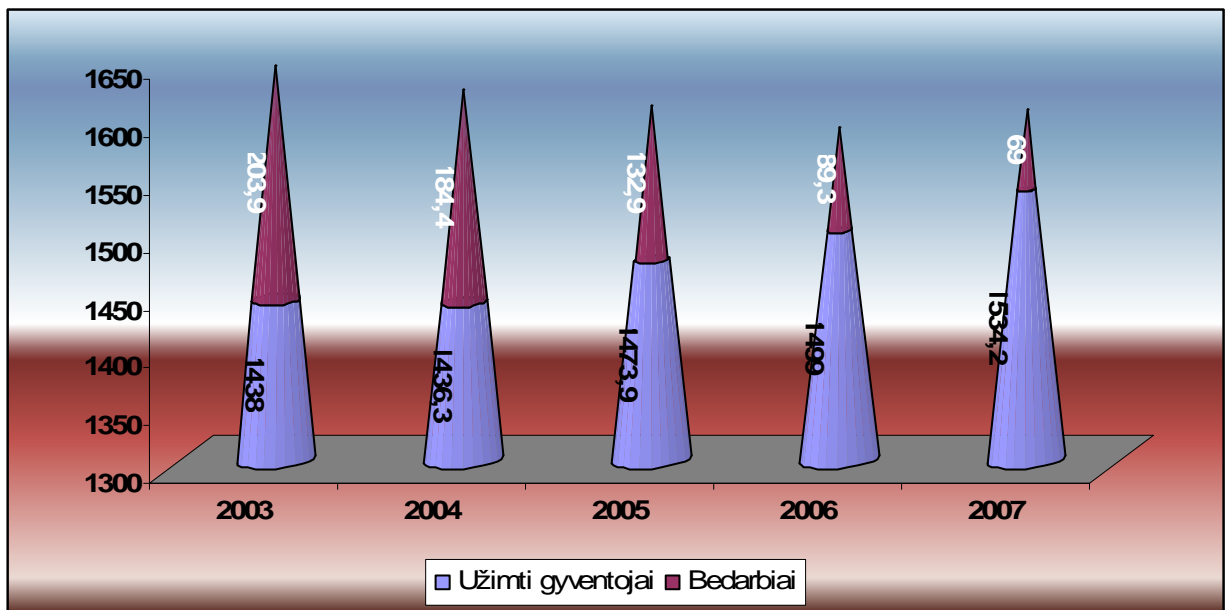
	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.
Gyventojų pajamų mokestis	51,3	53,8	53,0	51,5	53,5
Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai	24,6	26,0	27,0	27,9	24,7
Draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos 3 proc. darbo užmokesčio dydžio įmokos	19,3	19,9	19,4	20,0	21,1

Šią lėšų stygiaus problemą šalys sprendžia kasmet vis didesnę BVP dalį skirdamos sveikatos apsaugai. Lietuvoje sveikatos apsaugai skiriamas finansavimas buvo netolygus. Akivaizdu, kad lemiamą įtaką PSDF biudžeto pajamoms turi ekonominiai veiksniai, t.y. dirbančiųjų asmenų skaičius, gyventojų pajamų augimas dėl vidutinio darbo užmokesčio didėjimo, iš kurių atskaitomi gyventojų pajamų ir socialinio draudimo mokesčiai, jų surinkimas, mokesčių tarifai. Nagrinėjamu laikotarpiu net kelis kartus kito vienas iš pagrindinių PSDF biudžeto pajamų šaltinių, t.y. atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio dydį lemiančių veiksnių. Nepamokestinamųjų pajamų dydžio augimas nuo 290 Lt iki 320 Lt ir pajamų mokesčio tarifo mažėjimas nuo 33 % iki 27 % (nuo 2006 m. liepos 01 d). Nuo 2008 m. šis tarifas mažinamas iki 21 %, o draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos didinamos nuo 3 % iki 6 %.

Visi šie veiksniai (dirbančiųjų asmenų skaičius, gyventojų pajamų augimas ir kt.) veikia vienu metu, t.y. kompleksiskai, todėl kiekvieno iš jų pokytį negalime traktuoti tiesiogiai (vienareikšmiškai).

### 2.2.2. Socialiniai veiksniai kitimo įtaka sveikatos draudimo pajamoms

Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, užimtųjų gyventojų 2003 m. buvo 1438,0 tūkst., t.y. per metus jų skaičius padidėjo 32,1 tūkst., o bedarbių per metus sumažėjo nuo 224,4 tūkst. iki 203,9 tūkst. Visu nagrinėjamu laikotarpiu užimtų gyventojų skaičius vidutiniškai didėjo po 2 % arba 35 tūkst. per metus. Tik 2006 m. šis skirtumas buvo 25 tūkst. gyventojų.



16 pav. Gyventojų užimtumo apžvalga

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Statistikos departamento duomenimis

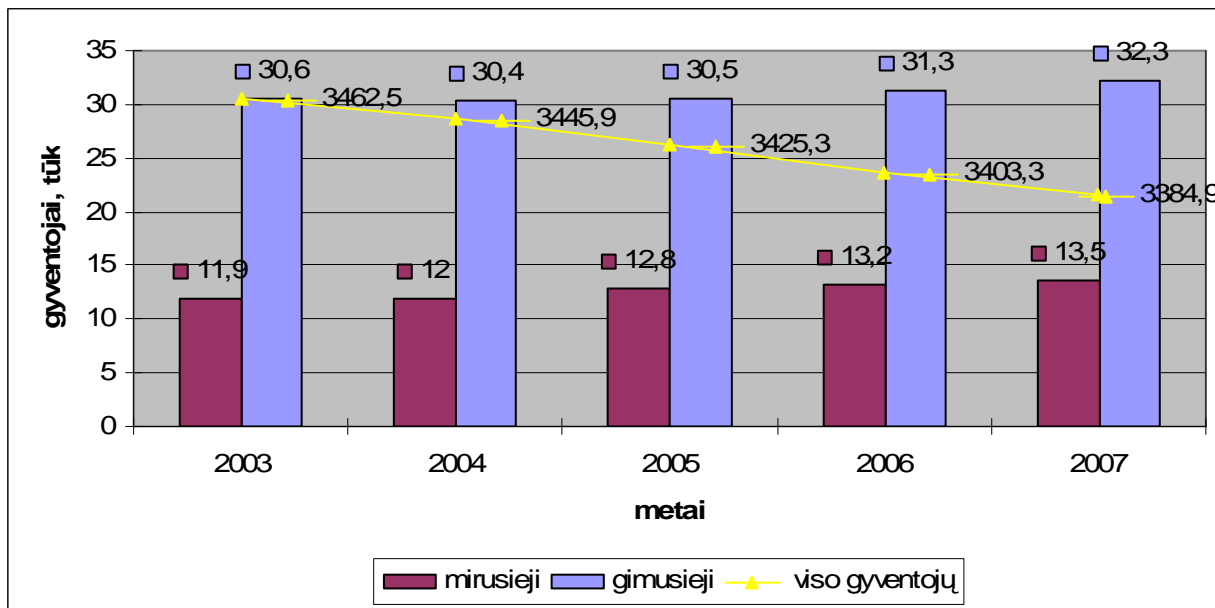
Užimtų gyventojų skaičius glaudžiai susijęs su darbo užmokesčio didėjimu. Vidutiniškai nagrinėjamu laikotarpiu mėnesinis darbo užmokestis padidėjo 14 % arba 182,5 Lt, o užimtų gyventojų 10,1 % arba 24 tūkst. per metus. 2006 m. vidutiniam mėnesiniam bruto darbo užmokesčiui padidėjus vidutiniškai 17 % arba 220 Lt., užimtųjų gyventojų skaičius per metus padidėjo 1,7 % ir buvo 1499,0 tūkst., o bedarbių per metus sumažėjo 43,6 tūkst. 2007 m. vidutiniam darbo užmokesčiui padidėjus 20 % bedarbių skaičius sumažėja 22,7 %, t.y. 20,3 tūkst.

Vienas iš socialinių veiksnių įtakojančių PSDF biudžetą – valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius. Analizuojamu laikotarpiu šis dydis mažėjo ir 2005 m. sausio 1 d. šalyje buvo 2007,2 tūkst. valstybės lėšomis draudžiami asmenys, t. y. lyginant su 2004 m. 7 % arba 150,6 tūkst. gyventojų mažiau. Tai sudarė 58,6 % visų šalies nuolatinių gyventojų. 2007 m. sausio 1 d. šalyje buvo apie 1837,9 tūkst. valstybės lėšomis draudžiamų asmenų ir lyginant su 2006 m. sumažėjo 70,5

tūkst. gyventojų (3,7 %) ir sudarė 54,3 % visų šalies nuolatinių gyventojų, o lyginant su 2004 m. – 319,8 tūkst.

Pastaraisiais metais nuolat blogėjo demografiniai rodikliai.

Lietuvos gyventojų skaičius 2003 – 2007 m vidutiniškai mažėjo 19,4 tūkst. per metus, t.y. 9,3 tūkst. moterų ir 10,1 tūkst. vyrų. 2007 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 3384,9 tūkst. žmonių ir lyginant su 2003 m. sumažėjo 2,2 %, o lyginant su 2005 m. – 1,2 %. Per 2006 m. metus sumažėjo apie 18,4 tūkst., 2006 m. – 20,0 tūkst., 2005 m. - 20,3 tūkst.



17 pav. Gyventojų skaičiaus kaita (mln.Lt.)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Statistikos departamento duomenimis

Tai lėmė ypač didelė neigiama gyventojų natūrali kaita. Pažymėtina, kad 2003 m. po ilgai trukusio mažėjimo (1991-2002 m.) gimstamumas išaugo. Tačiau santykis tarp gyvų gimusių ir mirusių mažėja. 2003 m. šis dydis buvo 2,6, o 2007 m.- 2,4. Šiuo laikotarpiu 1 000 gyventojų tenka 1,6 mirusysis, o gimusių - 1,7 (1 000 gyventojų).

Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimui įtakos turi ir neigiamas migracijos saldo. 2007 m. šis rodiklis buvo -4,9 tūkst., 2005 m. registruotas didžiausias emigravusių žmonių skaičius (apie 15,6 tūkst. Lt), todėl neigiamas migracijos saldo siekė 9,6 tūkst.

Vienas svarbesnių valstybės lėšomis draudžiamųjų asmenų skaičiaus didėjimo priežasčių - gyventojų senėjimas, t.y. senyvo amžiaus (60 metų ir vyresnių) žmonių skaičiaus ir jų dalies bendrame gyventojų skaičiuje didėjimas. 2006 m. pradžioje vaikų buvo 19,3 % mažiau nei pagyvenusių žmonių, o 1995 m. - 26 % daugiau. Sąsają tarp šio amžiaus gyventojų parodo senėjimo indeksas, t.y. pagyvenusių žmonių skaičius, tenkantis 100-ui 0-14 metų amžiaus vaikų. 2000 m. pradžioje senėjimo indeksas buvo 94, 2005 m. – 118, o 2006 m. – 124.

Visuomenės gyventojų senėjimui lemiamą įtaką turi žemas gimstamumas ir vidutinės būsimos gyvenimo trukmės ilgėjimas, todėl gyventojų senėjimo intensyvėjimo reikia tikėtis ir ateityje

1995-2006 metais vaikų (0-14 metų amžiaus) sumažėjo 29,8 %, 15-59 metų amžiaus gyventojų dalis pasikeitė gana nežymiai (sumažėjo 2,8 %) ir sudarė apie du trečdalius visų šalies gyventojų. Tuo tarpu pagyvenusių žmonių padaugėjo 9,6 %.

Demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialines ir ekonomines problemas, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą. VLK specialistų atlikti skaičiavimai parodė, kad 2003 – 2005 m. vidutinės sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam 50-64 m. amžiaus grupės gyventojui buvo 2 kartus, o 65 m. ir vyresnių gyventojų bei vaikų amžiaus grupės – 3 kartus didesnės nei 20-49 m. amžiaus grupės.

2004 m. pradžioje Lietuvoje buvo 698,3 tūkst. pagyvenusių žmonių, jie sudarė 20,3 % bendro gyventojų skaičiaus, 2006 m. pradžioje - 694,0 tūkst. pagyvenusių žmonių, jie sudarė 20,4 % bendro gyventojų skaičiaus.

### **2.2.3. Politinių veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo pajamoms ir išlaidoms**

Vienas iš svarbiausių politinių veiksnių įtakančių PSDF biudžeto pajamas yra valstybės biudžeto asignavimų dydis už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, kuris kiekvienais metais yra patvirtinamas Valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymu.

Valstybės biudžeto asignavimų dydis už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis kasmet mažėjo ir tik 2003 m. padidėjo iki 198,2 Lt, o 2007 m. įsigaliojus Sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio naujai redakcijai – 353,2 Lt. t.y. 48,8 Lt arba 16 %, daugiau negu 2006 metais.

Nuo 2007 m. sausio 1 d., vykdamas Sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio nuostatą, valstybės biudžeto įmokos dydis vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, 2007 metais yra 26 %, 2008 metais – 27 %, nuo 2009 metų – 29 % statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio.

Valstybės biudžeto įmokų suma 2007 m. už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis sudarė (1908,5 tūkst. žm.) 674,1 mln. Lt, t. y. 63 mln. Lt arba 10,3 % daugiau, nei buvo patvirtinta 2006 metų biudžete.

PSDF biudžeto išlaidas lemia vyriausybės programos socialinė orientacija, tarptautiniai įsipareigojimai, valdymo proceso ypatumai (decentralizacija) didina PSDF biudžeto išlaidas. Pagal Europos Tarybos reglamentų (EEB) Nr. 1408/71 ir Nr. 574/72 įgyvendinimo finansinės įtakos PSDF biudžetui vertinimą, numatytos lėšos draudžiamiesiems privalomuoju sveikatos draudimu

suteiktoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ES šalyse, esant laisvam asmenų judėjimui, sudaro apie 20 mln. Lt per metus.

#### **2.2.4. Technologinių veiksnių kitimo įtaka sveikatos draudimo išlaidoms**

Privalomojo sveikatos draudimo subjektų kompiuterizacija, informacinės sistemos „Sveidra“ plėtra, gerėjanti sąveika su Valstybės registrais ir kitų valstybės institucijų duomenų bazėmis: Lietuvos Respublikos (toliau LR) Sveikatos priežiūros įstaigų registru, LR Įmonių registru, LR registruotų vaistų registru, LR gyventojų registru, LR gydytojų registru, Medicinos gaminių registru ir kitomis duomenų bazėmis, - didina PSDF biudžeto išlaidas, tačiau sukuria prielaidas efektyviau ir operatyviau jas kontroliuoti.

Besiplečianti informacinės visuomenės plėtra sveikatos sistemoje trumpalaikėje perspektyvoje yra neigiamas veiksnys, ilgalaikėje – teigiamas. Vykdam Informacinės visuomenės plėtros programą, 2005-2007 m. skirtos lėšos informacijos ir telekomunikacijų technologijų įrangai įsigyti, privalomojo sveikatos draudimo informacinėms sistemoms, duomenų bazėms tvarkyti ir plėtoti, vystyti bei informacinei infrastruktūrai eksploatuoti.

Valstybinėje ir teritorinėse ligonių kasose kompiuterizuota asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų ir vaistinių išduotų kompensuojamųjų vaistų apskaita, privalomuoju sveikatos draudimu apdraustųjų įskaita. 2005 m. sukurta ir pradėta eksploatuoti privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos posistemė, įgalinanti realiu laiku interneto ryšio kanalais informuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigas apie asmenų draustumą.

VLK veiklos planuose siekiant panaudoti informacines technologijas sveikatos sistemos strateginiams uždaviniams spręsti ir visapusiškai analizuoti problemines sritis, numatoma sukurti ir įdiegti integruojančią esamus informacijos apdorojimo procesus informacinę sistemą, kuri apimtų Duomenų saugyklų (angl. *Data Warehousing*) bei Veiklos analizės (angl. *Business Intelligence*) koncepcijas ir būtų prieinama plačiam vartotojų ratui bei nereikalautų specialaus pasirengimo. „Sveidroje“ sukauptų duomenų analizės sistema bus integruota į Sveikatos apsaugos ministerijos kuriamą Nacionalinę elektroninę e-sveikatos informacinę sistemą.

Lietuvai tapus ES nare pradėtos teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugos ES šalių narių piliečiams šalyje bei Lietuvos Respublikos piliečiams ES šalyse ir apmokamas tų šalių sveikatos draudimo fondų. Bus sudarytos prielaidos elektroninės Europos sveikatos draudimo kortelės, kurios įdiegimas ES šalyse narėse numatomas 2009 metais, naudojimui.

Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005-02-28 nutarimu Nr. 221 patvirtintus strateginius Vyriausybės tikslus (prioritetus) (1.9 punktas), bus siekiama plėtoti informacinę ir žinių visuomenę.

Informacinių technologijų plėtra vaistų kompensavimo sistemoje užtikrins racionalaus vaistų vartojimo principų diegimą. Vaistų suvartojimo monitoringo sistemos įdiegimas leis gydymo kompensuojamaisiais vaistais tendencijas palyginti su kitomis šalimis. Bus galima analizuoti ir lyginti skirtingų Lietuvos regionų vaistų suvartojimo ypatumus, o esant neatitikimams koreguoti susidariusią situaciją. Įdiegus automatinę kompensuojamųjų vaistų klaidų nustatymo sistemą, gerės gydymo kompensuojamaisiais vaistais kokybė.

Apibendrinant galima teigti, kad informacinių technologijų plėtra sveikatos sistemoje suteiks galimybę taupyti laiką analizuojant asmens sveikatos priežiūros įstaigų suteiktų paslaugų ir vaistinių išduotų kompensuojamųjų vaistų apskaitą, o taip pat ir PSDF biudžeto lėšų panaudojimo efektyvumą.

### 3. LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO TOBULINIMO GALIMYBĖS

#### 3.1. Sveikatos draudimo kitimo tendencijos

Nuo 2009 m. įsigaliojus sveikatos draudimo įstatymo pataisai, pasipildė mokančiųjų sveikatos draudimą sąrašas (gaunantys pajamas pagal autorines sutartis, atlikėjų, sporto veikla ir kt.). Šios priemonės turi papildyti PSDF biudžetą ir jį subalansuoti, tikintis kad metų pabaigoje likutis nebus deficitinis.

Pasikeitė sveikatos draudimo mokėjimo tvarka asmenims nurodytiems sveikatos draudimo įstatymo 17 str. 1 dalyje t.y. nuo gyventojų pajamų mokesčio atskirtas sveikatos draudimo mokestis, kurį kaip bendrą sumą dirbantys gyventojai mokėdavo VMI.

Daugelį metų niekas nesikeitė - 30 % gyventojų pajamų mokesčio keliaudavo į PSDF.

Nuo 2009 m. šis santykis nepakito, t.y. nuo numatyto taikyti 21% GPM atskirta sveikatos draudimo įmoka 6% (21\*30%) ir ji įtvirtinta kaip atskiras mokestis. Kai kurioms pajamoms šis mokestis stipriai padidintas ir sveikatos draudimo mokestį moka kiekvienas, gaunantis bet kokių pajamų – ne tik darbo, bet ir dividendų, nuomos, gyvybės draudimo išmokas ir kitų „nuo kurių Gyventojų pajamų mokesčio įstatymo nustatyta tvarka turi būti išskaičiuotas ir (ar) sumokėtas gyventojų pajamų mokestis.“

Vien verslininkai, kurie vykdo veiklą įsigydami verslo liudijimą (17 str. 5 d.) kas mėnesį moka 9 proc. minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mokėjimo dieną. Šiuo metu įmoka - 72 Lt per mėnesį.

Verslo liudijimus 2007 metais įsigijo per 100 tūkst. smulkiųjų verslininkų, o 2008 m. - apie 97 tūkst. gyventojų. Galima teigti, kad tendencingai mažėjant įsigyjamų verslo liudijimų skaičiui, t.y. 3 % per metus, 2009 m. verslo liudijimus išsiims apie 94 tūkst. gyventojų, o esant dabartinei sunkiai ekonominei situacijai šis skaičius gali būti dar mažesnis, bet PSDF biudžetas papildomai turėtų pasipildyti apie 80 mln. Lt.

Individuali veikla daugeliui pastaraisiais metais tapo puikia alternatyva legaliai gauti pajamų dirbant ne pagal darbo sutartį. Užtenka išsiimti pažymą VMI, deklaruoti bei sumokėti pajamų mokestį ir nereikia vesti buhalterinės apskaitos. Mokesčių dalis susidėjo iš 15 % gyventojų pajamų mokesčio ir 15 % nuo minimalios algos – socialiniai mokesčiai, t.y. jie fiksuoti. Nuo 2009 m. suvienodinus mokamus mokesčius įvestas sveikatos draudimo mokestis 9%. Gyventojams vykdančiams individualią veiklą neįsigijus verslo liudijimo, nustatyta maksimali metinė PSD įmokų suma, t.y. negali būti didesnė kaip 48 LRV patvirtintų einamųjų draudžiamųjų pajamų dydžių suma. Šis 2009 metams patvirtintas dydis lygus 1488 Lt, t.y. maksimaliai apmokestinama suma nedidesnė



nei 71424 Lt. Įvedus papildomus mokesčius tikrasis pajamų mokestis % pastovus, nepriklausomai nuo pajamų dydžio, ir lygus 48,225 %, o iki 2009 m. augant uždirbamai sumai tikrasis pajamų mokestis % – mažėjo.

2 lentelė.

**Mokamų mokesčių pokytis**

	Iki 2009 m.	2009 m.	Iki 2009 m.	2009 m.
Pajamos	12000	12000	50000	50000
GPM	1800	1800	7500	7500
PSD		1080		4500
Sodra	3840	2907	3840	12112,5
Mokesčiai viso	5640	5787	11340	24112,5
Lieka	6360	6213	38660	25887,5
Tikrasis pajamų mokestis %	47	48,225	23	48,225
Mėnesinės pajamos į „rankas“	530	517,75	3221,67	2157,29

Daliai mokesčių mokėtojų (atlikėjai, asmenys besiverčiantys žemės ūkio veikla ir kt.) numatytas pereinamasis laikotarpis PSDF įmokos tarifų dydžiams taikyti, o kitiems tai nenumatyta ir norint į „rankas“ gauti 1800 Lt per mėnesį pagal senąją tvarką mokestinė našta - 8400 Lt per metus, o pagal naująją tvarką – 20000 Lt. Skirtumas milžiniškas, todėl gyventojui norint išlaikyti panašias pajamas teks prekes (paslaugas) pabranginti daugiau kaip 20 %. Ir tuo pačiu didėja į PSDF surenkama sveikatos draudimo mokesčių suma (žr. 2 lentelė).

3 lentelė.

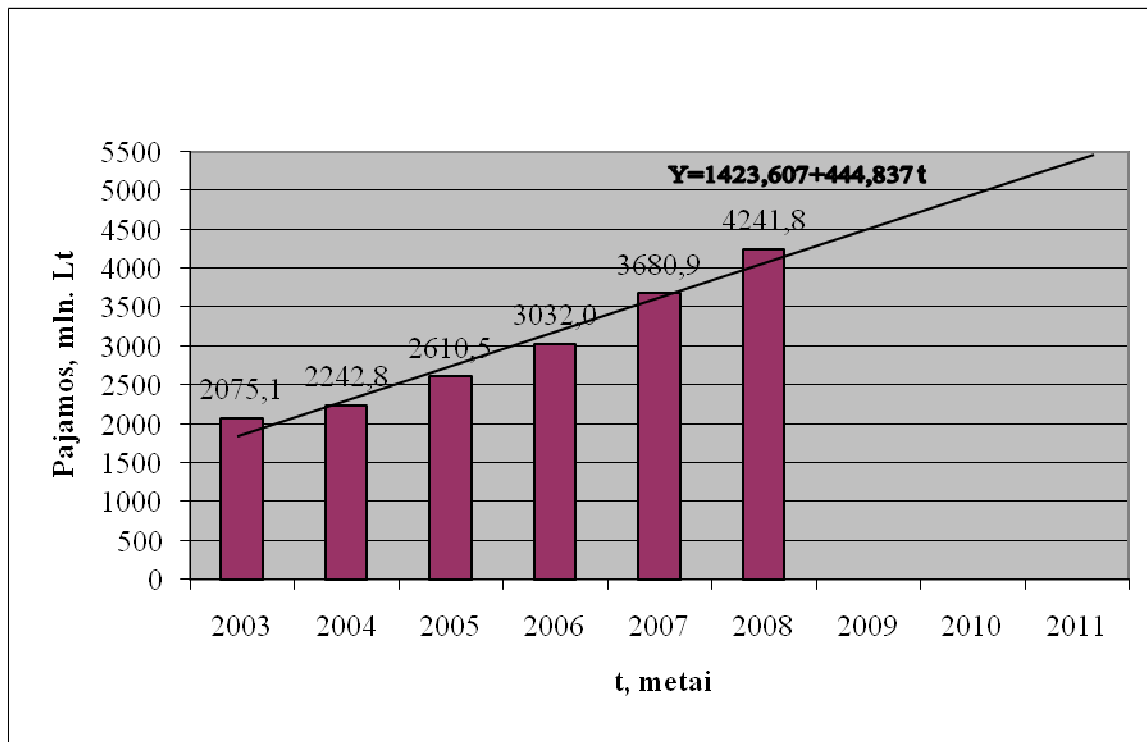
**Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų sudėtis**

	Iki 2009 m.	Nuo 2009 m.	
Draudėjai mokantys 3 % dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo apskaičiuojamo darbo užmokesčio	20,0 %	20,5 %	
Gyventojų pajamų mokestis	53,5%		Nuo 2009 m. atskirtas sveikatos draudimo mokestis
Asmenų, gaunančių gyventojų pajamų mokesčiu apmokestinamųjų pajamų, nesusijusių su darbo santykiais, mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos		6,5 %	Iki 2009 m. formuojamas iš atskaitymų nuo gyventojų pajamų mokesčio
Dirbančiųjų asmenų iš darbo užmokesčio mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos		37,5%	Iki 2009 m. formuojamas iš atskaitymų nuo gyventojų pajamų mokesčio
LR valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai	24,7%	34,1 %	
Kita	1,8 %	1,4 %	

Nuo 2009 m. pasikeičia bendra sveikatos draudimo mokesčio sudėtinių dalių proporcija (be likučio metų pradžiai). Nuo gyventojų pajamų mokesčio atskirta sveikatos draudimo mokesčio dalis mažiau įtakoja pajamų surinkimą nors ir išlieka vyraujančia PSDF pajamų dalimi (44 %).

Beveik 1,5 karto išauga LR valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų dalis, todėl PSDF biudžeto faktiniams duomenims didelę įtaką turės valstybės galimybės skirti lėšų sveikatos draudimo fondui papildyti. Nedidelę dalį sudarančios kitos įmokos dalis sumažėja 0,4 punkto, nes dalis šiai grupei priklausiusių pajamų mokėtojų priskirta kitoms nuo gyventojų pajamų mokesčio atkirtoms sveikatos draudimo grupėms.

Per visą tiriamą laikotarpį pajamos augo stabiliai, jas prognozuoti būtų galima naudojant tiesinio trendo metodą.



**18 pav.** Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų prognozė 2009-2011 metams (tiesinio trendo metodas)

Pagal turimus 2003-2008 m. duomenis, trendo funkcija yra:  $Y = 1423,607 - 444,837t$ . Ja remiantis pajamos 2009-2011 metams bus tokios:

$$Y_{2009} = 1423.607 + 444.837 * 7 = 4537.466 \text{ mln. Lt.};$$

$$Y_{2010} = 1423.607 + 444.837 * 8 = 4982.303 \text{ mln. Lt.};$$

$$Y_{2011} = 1423.607 + 444.837 * 9 = 5427.140 \text{ mln. Lt.}$$

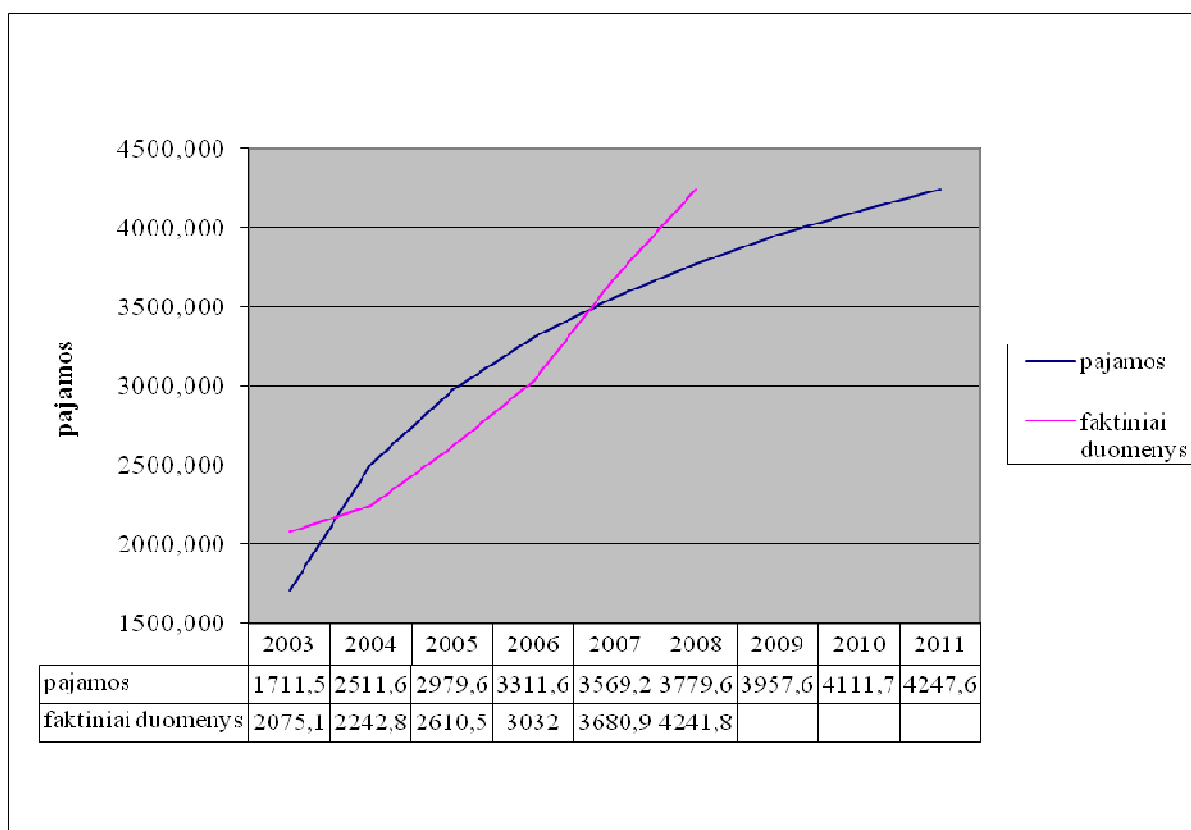
Stulpeline diagrama (žr. 18 pav.) pavaizduotos faktinės 2003-2008 m. pajamos, o tiesė - prognozuojamos 2003-2011 m. pajamos. Trendo linija rodo pajamų judėjimą laiku. 2009 m. patvirtintas PSDF biudžeto pajamų rodiklis - 4667,0 mln. Lt. Jis 6,8 % viršija 2008 m. planuotą surinkti PSDF dėl sveikatos draudimo įstatymo pataisos, papildant mokančiųjų sveikatos draudimą sąrašą. Formaliai atlikta prognozė turėtų būti viršyta 129,5 mln. Lt. arba 2,8 %. Remiantis 2008 m.

rezultatais, kai surinkta 2,8 % mažiau nei planuota, 2009 m. situacija, net ir padidinus mokačiąjų sveikatos draudimo mokesčių skaičių, išliks analogiška, nes jau 2009 m. I ketv. duomenimis nesurinkta planuota mokesčių suma.

2009 m. sveikatos draudimo sumai mažėjant 2,8 %, tikėtinas 135,3 mln. Lt. deficitas arba vietoj 4667 mln. Lt. planuotų pajamų būtų surinkta 4536,3 mln. Lt. Duomenys labiau atitiktų prognozuotus, t.y. neatitikimas būtų tik 1,2 mln. Lt. Vadovaujantis prielaida, kad rezultatų pokytis ateinančius dvejus metus nekis, tai prognozuoti duomenys viršys surinktus nuo 2,8 % iki 4,7 %.

Tačiau galima situacija, kad gerėjant ekonominei situacijai apskaičiuotas prognozuojamas rezultatas nežymiai skirsis nuo planuojamų gauti PSDF biudžeto duomenų.

Darbe pabandyta atlikti prognozę ir kitu metodu – logaritminio trendo būdu. Pagal turimus 2003-2008 m. duomenis, gaunama funkcija  $Y=1711,594+1157,224 \ln(x)$ .



**19 pav.** Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų prognozė 2009-2011 metams (logaritminio trendo metodu)

Tiesinio trendo metodu skaičiuojamiems duomenis būdingas tolygus didėjimas. Skaičiuojant logaritminio trendo metodu 2008 m. pajamos 462,2 mln. Lt. didesnės (tiesinio trendo metodu – 149,2 mln. Lt. mažesnės). Formaliai atlikta 2009 m. prognozė turėtų būti 578,7 mln. Lt mažesnė (tiesinio trendo metodu – 1,2 mln. Lt didesnė) numatomų gauti 2009 m. PSDF biudžeto pajamų. Antro metodo taikymo rezultatai rodo, kad jo panaudojimas netikslingas, nes PSDF biudžeto

prognozė, apskaičiuota tiesinio trendo metodu, 14,6 % tikslesnė nei logaritminio metodo taikymo rezultatai. Vadovaujantis prielaida, kad rezultatų pokytis ateinančius dvejus metus nekis, tai numatomos surinkti pajamos viršys prognozuotus duomenis nuo 17,8 % iki 21,8 %.

### **3.2. Lietuvos papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo įvertinimas**

Nėra pasaulyje valstybės, kuri galėtų pasigirti, jog sveikatos apsaugai skiria pakankamai lėšų, o riboti ištekliai kelia problemų visoms veiklos sritims. Todėl vienintelis būdas konstruktyviai spręsti šią problemą – tai ieškoti priemonių, kaip racionalizuoti gydymo išlaidas ir pritraukti privačių lėšų. Pastaruoju metu vis dažniau kalbama, kad vieninteliu finansavimo šaltiniui – Privalomojo sveikatos draudimo fondui – būtina alternatyva. Nors apie papildomą sveikatos draudimą, kuris finansuotų dalį pacientų gydymo išlaidų, kalbama bemaž kiekvienoje Vyriausybės programoje, tačiau dar ir šiandien šios draudimo rūšies realiai nėra. Šalies vadovas pažymėjo: „Dažnai girdžiu, kad visų sveikatos apsaugos sistemos problemų priežastis – nepakankamas finansavimas. Džiugina jau vien tas faktas, kad Lietuvoje pradėta diskutuoti dėl papildomo sveikatos draudimo būtinumo. Tačiau kartu su tomis viltimis kyla nemažai klausimų. Pirmiausia turime išsiaiškinti, koks papildomo sveikatos draudimo modelis mums tinkamiausias ir koks turėtų būti jo santykis su privalomuoju sveikatos draudimu“. Sveikatos draudimo įstatymas priimtas 1996 m. gegužės 21 d., o diskusijos „dėl papildomo sveikatos draudimo būtinumo“ ir tinkamiausio modelio pasirinkimas tęsiasi iki šių dienų.

Realiausias papildomas sveikatos finansavimo šaltinis būtų privatus sveikatos draudimas, kuris padengtų dalį pacientų gydymo išlaidų. Be to, pasak LLRI ekspertės Eglės Mackuvienės (2007), privatus sveikatos draudimas būtų ne tik papildomas finansavimo šaltinis, bet ir papildoma kontrolės priemonė lėšas sveikatos priežiūrai naudoti efektyviai, kadangi tiek pacientas, tiek draudimo bendrovė galėtų reikalauti sveikatos paslaugų kokybės ir kontroliuoti lėšų naudojimą.

Šiuo metu privatus sveikatos draudimas yra tik besiformuojanti paslauga rinkoje. Dėl būtinybės dalinti riziką ir mažo norinčiųjų draustis skaičiaus, draudimo bendrovės Lietuvoje teikia tik grupinio, o ne individualaus sveikatos draudimo paslaugą, t.y. darbdavys gali apdrausti savo darbuotojus šiuo draudimu. Taip darbdavys tampa tarpininku tarp potencialaus paciento ir sveikatos sistemos. Tam įtakos turėjo ir nuo 2007 metų liepos įsigaliojusi Valstybinio socialinio draudimo įstatymo pataisa, kuri leido darbdaviams, draudžiantiems darbuotojus papildomu sveikatos draudimu, nuo įmokų neskaičiuoti "Sodros" mokesčio. Įsigaliojus pataisai, apsidraudusios įmonės gali trečdaliu sumažinti sąnaudas. Pagal „Ergo Lietuva gyvybės draudimas“ surinktus 2007 m. pirmus 5 mėn. privataus sveikatos draudimo duomenis, ši rinka siekė beveik 4,6 mln. Lt. 2008 m. per pirmus 5 mėn. rinka siekė 13,9 mln. Lt, t.y. 3 kartus daugiau. Priimtos pataisos skatina augti

privataus sveikatos draudimo rinką Lietuvoje, tačiau tik taikant grupines draudimo sutartis su juridiniais asmenimis. Anksčiau šiuo draudimu draudėsi tik užsienio kapitalo stambios bendrovės, dabar draudimu darbuotojus motyvuoja net ir smulkios ar vidutinės įmonės. Sveikatos draudimo privatiems asmenims nesiūlė nei viena draudimo bendrovė.

Labai sunku įtikinti gyventojus mokėti privačias sveikatos draudimo įmokas, kai neapibrėžta, kokias paslaugas padengs privatus draudimas. Tarp kitų, privatų sveikatos draudimą ribojančių faktorių galima paminėti ir tokius, kaip šiuo metu privačiai apmokamų paslaugų (vaistai, stomatologinės paslaugos) nepatrauklumą draudimo bendrovėms, bei šių bendrovių esamų finansinių pajėgumų ir patirties sveikatos draudimo srityje trūkumą.

Draudimo bendrovių ekspertai sutaria, kad pagrindinė kliūtis individualaus savanoriško sveikatos draudimo plėtrai yra iki šiol aiškiai neapibrėžtas draudimo objektas.

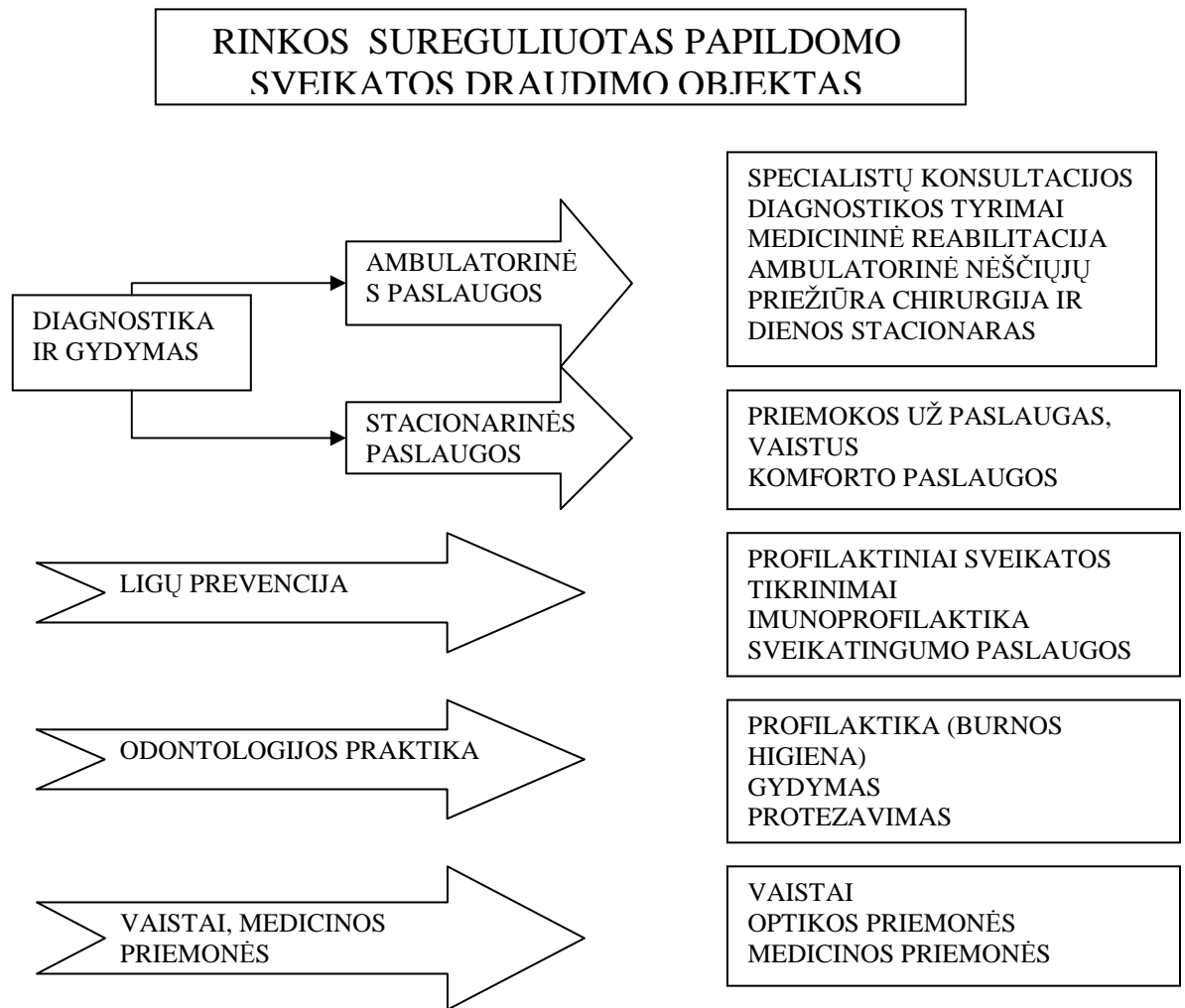
LLRI ekspertės Eglės Mackuvienės nuomone, kalbant apie draudimo objektą būtina:

- Aiškiai įvardinti bazines, valstybės lėšomis finansuojamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurias valstybė garantuoja privalomuoju sveikatos draudimu apsidraudusiems asmenims
- Įteisinti ir viešai paskelbti priemokas už paslaugas
- Parengti aiškią valstybės politiką dėl paramos atskiroms visuomenės grupėms

Šiuo metu Lietuvoje apsidraudusiems savanorišku sveikatos draudimu draudimo kompanija apmoka visą ar dalį sveikatos priežiūros kainos, kurios nedengia VLK.

Tačiau kompensuojamų paslaugų krepšelis (žr. 20 pav.) priklauso nuo įmokos dydžio. Pvz., pasirinkus mažiausią 500 litų įmoką gali būti apdraustos tokios paslaugos, kaip diagnostiniai tyrimai ir profilaktinis sveikatos patikrinimas. Be to, anot R. Staigio (2007), sveikata susijusi su darbo kokybe bei efektyvumu, todėl sveikatos draudimas daug racionalesnis ir mažiau kainuoja nei įprastos motyvavimo priemonės, pavyzdžiui, kelionė į užsienį ar automobilis.

Galima daryti išvadą, kad privatus sveikatos draudimas išspręstų daugelį, tačiau ne visas problemas. E. Mackuvienės (2007) teigimu, draudimas negali būti tikslas pats savaime, o tik priemonė apmokėti ir gauti sveikatos paslaugas. Todėl kiekvienu atveju reikia vertinti, kodėl, kiek ir kur privatus sveikatos draudimas būtų reikalingas, bei kas turi teisę spręsti, rinktis jį ar ne. Siūlomas sveikatos santaupų sąskaitų modelio (toks papildomojo sveikatos draudimo objektas, kurį būtų galima finansuoti asmeninėse sąskaitose sukauptomis lėšomis) idėja yra gera, tačiau tai neturėtų būti alternatyva privačiam sveikatos draudimui.



20 pav. Sveikatos draudimo objektas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis D. Brogienės „Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas“

Išanalizavus daugelio ekspertų nuomone, galima teigti, kad sistemoje, kurioje nėra realių sveikatos paslaugų kainų, kurioje vyrauja pusiau oficialūs šešėliniai mokėjimai, privačiam sveikatos draudimui tiesiog nėra vietos. Pagrindinis stimulas privataus savanoriškojo sveikatos draudimo plėtrai yra aiškus bazinių paslaugų, finansuojamų PSDF lėšomis, įvardinimas bei priemokų už atskiras paslaugas įteisinimas.

Lietuvoje didžiausias trukdis savanoriškojo sveikatos draudimo vystymuisi įvardijamas objekto neapibrėžtumas, tačiau šios problemos sprendimas priklauso nuo politikų, kurie vengia įteisinti priemokas už sveikatos priežiūros paslaugas.

### 3.3. Sveikatos draudimo tobulinimo galimybės

Nepriklausoma tyrimų ir informacijos organizacija „Health Consumer Powerhouse“ atliko Europos šalių sveikatos paslaugų indekso tyrimą, įvertino sveikatos apsaugos sistemų efektyvumą paslaugų vartotojo požiūriu ir Lietuvai skyrė 26 vietą iš 29. Baigiamuosiuose vertinimuose-

rekomendacijose analitikai neidentifikuoja vieno ar kito reformuotino sveikatos sektoriaus, o pateikia bendrą šalies įvertinimą: viešasis sveikatos sektorius funkcionuoja silpnai, o pagrindinė sistemos problema – paciento negalėjimas įtakoti su jo gydymu susijusių sprendimų.

Šalies gyventojų sveikatos būklė priklauso nuo šalies socialinio ir ekonominio išsivystymo lygio ir valstybės požiūrio į sveikatos problemų sprendimą. Siekiant padidinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir pagerinti darbuotojų darbo sąlygas išskiriamos tokios galimos tobulinimo galimybės:

1. Optimizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, didinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir paslaugų kokybę. Gydomųjų ir profilaktinių metodikų vertinimą ir jų rezultatų viešumą lemia efektyvus darbo organizavimas, aukšta personalo kvalifikacija (patirtis dalyvaujant sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizacijos programų svarstyme, bendradarbiavimas su užsienio ekspertais, kvalifikacijos kėlimas) ir teisinės normatyvinės bazės sukūrimas. Skatinama vykdoma sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija. Tęsti vykdomą ASPĮ restruktūrizaciją, kuri sudarys prielaidas Lietuvoje sukurti sveikatos sektorių, kuris būtų pajėgus konkuruoti su kitų ES šalių sveikatos sektoriais.

2. Siekiant patenkinti žmonių poreikį ir užtikrinti biudžeto subalansavimą, svarbu tinkamai parengta, įdiegta ir funkcionali apskaitos sistema. Suvienodinus taikomus apskaitos standartus valstybiniame ir privačiame sektoriuje, teikiamų paslaugų savikaina taptu konkurencinga. Lietuvoje valstybinės SPĮ apskaitoje neskaičiuoja ilgalaikio turto (pastatų, brangios medicininės įrangos) nusidėvėjimo, todėl nepatiria dalies išlaidų, nes šis turtas yra naudojamas pagal panaudos sutartis, o privačios SPĮ vertina ir apskaito ilgalaikį turtą, jo amortizaciją, todėl patiria papildomas dideles sąnaudas, jų teikiamų paslaugų savikaina stipriai išauga, o pacientai turi daugiau primokėti už gaunamas paslaugas. Valstybinėms gydymo įstaigoms perėmus ilgalaikį turtą savo nuosavybėn, padidėtų jų patiriamos sąnaudos, tačiau tuo pačiu pasikeistų iš PSDF biudžeto skiriamų sveikatos priežiūros paslaugų kompensacijų sumos į jų sudėtį įtraukiant ir nusidėvėjimo sąnaudas. Kompensacijos dalis už ilgalaikio turto nusidėvėjimą valstybinėse SPĮ būtų skiriama IT remontui ir naujos įrangos įsigijimui. Šiuo metu skiriama suma nepadengia būtinų išlaidų IT remontui ir naujos įrangos įsigijimui ir tenka ieškoti kitų šaltinių, t.y. naudoti programoms skirtas lėšas kai tuo tarpu jas būtų galima naudoti kitoms reikmėms.

3. Skatinti sveikatos sistemos efektyvumą siekiant daugiau ir geresnių paslaugų. VLK nuolat ieško ir diegia efektyvesnes lėšų panaudojimo formas, gerinančias sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o tolimesnėje perspektyvoje ir populiacijos sveikatos rodiklius. Skatinti rengti bendrus su ES organizacijomis ilgalaikius tęstinius projektus, finansuojamus iš ES lėšų. Bendradarbiavimas suteikia galimybę tobulinti ir efektyviau vykdyti sveikatinimo programas. Efektyvus lėšų panaudojimas skatina plėtoti prevencines programas, ankstyvąją ligos diagnostiką, o rezultatas –

sutaupytos lėšos, kurios skiriamos naujoms technologijoms bei kokybei gerinti. Sveikesnė visuomenė, t.y. daugiau darbingų žmonių – daugiau įmokų į PSDF biudžetą ir mažiau gydymo išlaidų kompensacijoms iš PSDF biudžeto.

4. Glaudus bendradarbiavimas su pacientų organizacijų atstovais padeda spręsti gyventojams aktualias sveikatinimo problemas. Pagal galimybes asignuojant šias organizacijas skatinti dalyvauti veikloje formuojančioje sveikos gyvensenos ir elgsenos pasirinkimo visuomenėje nuostatas ir įpročius stiprinant gyventojų sveikatą ir ligų prevenciją. Organizacijų, dalyvaujančių visuomenės prevencijos politikos įgyvendinime, tikslas būtų: operatyviai reaguoti į grėsmę visuomenės sveikatai bei sukurti sveikatos informacijos ir žinių visuomenę.

5. Tolygiai didinti į PSDF biudžetą patenkančių pajamų sumą. Tai įmanoma didinant minimalų darbo užmokestį ir valandinį tarifinį atlygį. Tačiau lemiamas veiksnys - užimtumo lygio šalyje didinimas, o šiuo metu tai neįmanoma, nes 2009 m. balandžio mėn. pradžioje nedarbo lygis 13,7 %, Lietuvos statistikos departamento ir „Eurostat“ duomenimis. Darbo biržos duomenimis, ieškantys darbo gyventojai sudaro 8,2 % visų, dirbti galinčių, asmenų, o iki metų pabaigos šis rodiklis sieks daugiau kaip 10 proc., o 2010 m. apie 15 proc. Šie skaičiai rodo, kad pagrindinis PSDF šaltinis – mokesčiai iš darbo užmokesčio, mažės, o norint išlaikyti PSDF biudžeto lygį turi būti daugiau skiriama iš valstybės biudžeto asignavimų.

6. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikti vadovaujantis rinkos sąlygomis, t.y. apibrėžti, kas gi perkama draudžiantis sveikatos draudimu ir nustatyti šios paslaugos kainos „grindis“ ir „lubas“, nes draudimas negali būti nei nemokamas, nei kainuoti be galo, o ir gaunama paslauga negali būti nei nulinė, nei beribė.

Paslaugų teikimą reguliuoja pacientas mokėdamas, paprastai neoficialiai, rečiau oficialiai, už gautas sveikatos paslaugas. Galintis mokėti papildomai, paslaugas gauna greičiau ir kokybiškesnes, o neišgalintis mokėti – ne taip greitai, ne tokias kokybiškas. Nustatyti, kiek gi maksimaliai turi mokėti žmogus, kad gautų bazinį sveikatos priežiūros paslaugų paketą. Skatinant sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių, sudaryti teises ir ekonomines sąlygas papildomojo sveikatos draudimo plėtrai.

7. Skatinti įmones savo darbuotojus drausti papildomu sveikatos draudimu. Pagrindinis motyvas įmonėms drausti savo darbuotojus – galimybė pasinaudoti mokesčių lengvatomis, t.y. įvesti pelno mokesčio įstatymo pakeitimą mažinant apmokestinamąjį pelną papildomojo sveikatos draudimo išlaidų suma. Naudą turėtų tiek darbdavys, tiek darbuotojas, tiek ir valstybė – visos trys šalys būtų patenkintos.

8. Plėtoti savanoriškąjį draudimą. Vis sunkiau surinkti Privalomojo draudimo išlaidoms padengti reikalingą sumą, todėl papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas gali būti vertinamas kaip papildomas sveikatos sistemos finansavimo šaltinis. Daugumai mokėjimų esant neoficialiems,



jų negali kompensuoti sveikatos draudimas (dėl šio neapibrėžtumo ir mokėjimų neoficialumo papildomas sveikatos draudimas ir neatsiranda, nes joks draudikas nedraus iš anksto nežinomos rizikos ir joks draudikas neapmokės neoficialių išlaidų).

## IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Apžvelgus literatūrą nustatyti pagrindiniai sveikatos draudimo modeliai: Bismarko, Beveridžo ir Semaškos. Jie skiriasi sveikatos sistemos finansavimu ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Bismarko modelis pagrįstas draudimo principais, Beveridžo – mokestiniais santykiais, o Semaškos modeliui būdinga sveikatos sektoriaus priežiūros centralizacija. Daugumoje Europos šalių veikia mišri sveikatos draudimo sistema, kurioje naudojamas dviejų rūšių draudimas: privalomasis ir privatus (papildomas). Tokia draudimo sistema efektyvesnė, nes skatinamas sveikatos paslaugų teikėjų nepriklausomumas. Apmokėjimas nėra susietas su vieno valdančio organo finansavimu.

JAV sveikatos sistema veikia privataus draudimo pagrindu. Čia piliečiai moka patys už save už juos moka darbdavys (grupinis mokėjimas). Valstybė finansuoja tik pensininkams ir kai kuriems socialiai remtiniems asmenims suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

Išnagrinėta Lietuvos sveikatos draudimo finansavimo sistema, kuri išimtinai orientuota į viešąjį ir valstybinį sektorių. Jos išskirtinumas yra tai, kad sveikatos draudimo lėšos atskirtos nuo valstybės disponuojamų lėšų ir turi PSDF rezervą, kuris naudojamas nenumatytais atvejais. Surinktų įmokų suma priklauso nuo sveikatos draudimo įstatyme apibrėžtų Lietuvos gyventojų mokamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų. Nuo 2009 m. šių įmokų ir mokėtojų skaičius išaugo, (šis sprendimas priimtas norint padengti padidėjusias PSDF išlaidas). Sukurtas sudėtingas, nelankstus ir daug valdymo išlaidų reikalaujantis sveikatos draudimo sistemos valdymo mechanizmas. Atskirtos įmokų surinkimą ir paskirstymą administruojančios įstaigos, o taip pat sveikatos draudimo įstatyme įteisintos privalomojo ir papildomojo sveikatos draudimo rūšys.

Išanalizavus sveikatos draudimo pajamų ir išlaidų dinamiką nustatyta, kad racionalus PSDF biudžeto išlaidų panaudojimas tiesiogiai priklauso nuo planuojamų surinkti pajamų dydžio. Analizuojant pajamas nustatyta, kad jos turi tendenciją didėti. 2007m. pastebimas didžiausias prieaugis (2007 m. lyginant su 2006 m. pajamos padidėjo 21,4 % arba 648,9 mln. Lt.), o 2008 m. lyginant su 2007 m. PSDF biudžetas padidėjo 15,2 %. Šis rodiklis panašus į ankstesnių metų duomenis, t.y. 2006 m. lyginant su 2005 m. ir 2005 m. su 2004 m. padidėjimas buvo apie 16 %. Analogiškai išlaidos didėja vidutiniškai po 17 %. Išsiskiria tik 2005 m., kuriuos lyginant su 2004 m. prieaugis siekė 20 %.

Atlikus pajamų dinamikos analizę, išsiskiriami trys pagrindiniai pajamų šaltiniai:

- 1) gyventojų pajamų mokestis (50 %),
- 2) Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai (26 %),
- 3) draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (20 %).

Didžiausia visų pajamų dalis (apie 50 %) - atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio. Atlikus priklausomybės PSDF biudžeto pajamų nuo GPM bei PSDF biudžeto pajamų nuo užimtųjų

gyventojų skaičiaus analizę nustatyta, kad ryšys tarp šių dydžių yra tiesioginis ir pakankamai glaudus ( $R = 0,997$ ;  $R = 0,986$ ). Priklausomybė PSDF biudžeto nuo nedarbo lygio skirtingai nuo aukščiau išnagrinėtųjų yra tiesinė atvirkštinė, bet taip pat labai glaudi ( $R = - 0,968$ ).

Analizuojant duomenis nustatyta, kad vienas svarbiausias pajamų šaltinis - Valstybės skiriama asignavimų suma valstybės lėšomis draudžiamiesiems asmenims lemia valstybės biudžeto įmokos už draudžiamą asmenį bei jų skaičius, kuris priklauso nuo pagrindinių demografinių veiksnių, t.y. gyventojų skaičiaus mažėjimo dėl neigiamo natūralaus gyventojų prieaugio ir migracijos.

Atlikus išlaidų dinamikos analizę, nustatyta, kad didžiausia išlaidų dalis (du trečdaliai) skiriama asmens sveikatos paslaugoms apmokėti, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti (apie 17 %).

Asmens sveikatos paslaugoms apmokėti skirta suma nagrinėjamu laikotarpiu padidėjo 1,9 karto, t.y. 1179,1 mln. Lt. Išlaidoms skirtos sumos didėjimas suteikia galimybę papildomai PSDF biudžeto išlaidas skirti tobulinant sveikatos draudimo sistemą atsižvelgiant į atskirų regionų gyventojų grupių poreikius, tęsti medicinos personalo darbo užmokesčio fondo didinimo reformą. Daugiau PSDF biudžeto lėšų skirta naujai sukurtoms technologijoms įsigyti, tobulinti kompensuojamų vaistų sąrašus (2007 m. lyginant su 2006 m. 12,9 % arba 70,6 mln. Lt daugiau).

PSDF biudžeto išlaidų augimą lemia vyriausybės vykdomos programos, tarptautiniai įsipareigojimai. Informacinių technologijų plėtra sveikatos sistemoje šiuo metu didina išlaidas, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje suteiks galimybę taupyti laiką, o taip pat efektyviau panaudoti PSDF biudžeto lėšas.

Siekiant nustatyti, kokio PSDF biudžeto galima tikėtis 2009 – 2011 m., atlikta analizė remiantis 2008 m. duomenimis ir palyginta su formaliai atlikta prognoze tiesinio ir logaritminio trendo metodu. Nustatyta, kad tiesinio trendo metodu paskaičiuoti duomenys tikslesni nei logaritminio trendo metodu gauti rezultatai. Vadovaujantis prielaida, kad rezultatų pokytis 2010 – 2011 metais nekis, tai numatomos surinkti pajamos viršys prognozuotus duomenis nuo 17,8 % iki 21,8 %.

2009 m. privalomojo sveikatos draudimo įstatymo pataisa papildė mokančiųjų sveikatos draudimą sąrašą (gaunantys pajamas pagal autorines sutartis, atlikėjai, sporto veikla ir kt.). Mokamų mokesčių tarifas padidėjo vieniems iškart, o kitiems įvestas pereinamasis laikotarpis. Ši reforma suteiks galimybę padengti vis didėjančias PSDF biudžeto išlaidas. Todėl ir toliau numatoma diegti ir plėsti efektyvias specializuotos pagalbos teikimo formas, tobulinti specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą ir tikslinti šių paslaugų bazines kainas, įvertinant jų teikimo sąnaudų pokyčius.

Siekiant suteikti daugiau prieinamų ir kokybiškesnių paslaugų svarbu efektyviau panaudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis rengiant

bendrus sveikatos projektus ( finansavimas iš ES lėšų) leidžia vykdyti daugiau prevencinių sveikatinimo programų, tobulinti vykdomus projektus.

Laipsniškas perėjimas prie papildomojo sveikatos draudimo sistemos gali išspręsti susidariusias finansavimo problemas. Rekomenduojama skatinti įmones drausti savo darbuotojus ir suteikti galimybę gyventojams rinktis papildomą draudimą, kuris nėra plėtojamas dėl neapibrėžto sveikatos draudimo objekto, t.y. nustatyto bazinio dydžio finansuojamo valstybės už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

## LITERATŪRA

1. Angele, S. (1996). Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje// Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
2. Ar pavyks pažaboti krizę? (2008). Gydytojų žinios. 23 (464).
3. Bagdanavičius, L., Šiaudytis, V., Vaitelienė, A. (2007). Statistikos metodai socialiniuose-ekonominiuose tyrimuose. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla.
4. Barcys, G. (2006). Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir papildomojo sveikatos draudimo plėtros galimybės“. Konferencija [Kaunas, 2006 m. lapkričio 3-4 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.lgs.lt/index.php?m=159&k=1>>.
5. Bernotaitė, J. (2008). Vytautas Mockus: ekonomisto žvilgsniu į sveikatos draudimą. Apskaitos, audito ir mokesčių aktualijos.
6. Brogienė, D. (2005 ). Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas. Socialinės partnerystės stiprinimo projektas „Socialinės partnerystės plėtojimas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje“. Prieiga per internetą: <[http://www.lgs.lt/upload/1180334414BROGIENE%20Papildomas%20\(savanoriskas\).ppt](http://www.lgs.lt/upload/1180334414BROGIENE%20Papildomas%20(savanoriskas).ppt)>
7. Buivydas, R., Černiauskas, G. (1996). Sveikatos draudimas Lietuvoje. Vilnius: Sveikatos Ekonomikos Centras.
8. Buškevičiūtė E. (2005). Mokesčių sistema. Kaunas: Technologija.
9. Buškevičiūtė E. (2006). Viešieji finansai. Kaunas: Technologija.
10. Cichon, C., Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck: Options for health care financing in central and eastern Europe. Geneva: World Health Form.
11. Colombo, F., Tapay, N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. Paris: OECD HEALTH.
12. Eurostat [internetė]. Prieiga per internetą: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>>.
13. Ferguson, R., Leistikow, D. (2000). Problems with Health Insurance. Association for investment Management and Research.
14. Guogis, A. (2006). Socialinės politikos modeliavimas Europos integracijos procese: Lietuvos atvejis. (Pranešimas skaitytas Socialdemokratinės minties instituto konferencijoje „Gerovės valstybė“ 2006 m. vasario 25 d. Vilniuje.).
15. Health Insurance RESEARCH STARTERS. (2008). ACADEMIC TOPIC OVERVIEWS. EBSCO Research Starters.

16. Hixon, J.S. (2002). Six Questions Everyone Should Ask About Health System Reform: An Application of Basic Economics. USA: Galen Institute.
17. Individualios veiklos pagal verslo liudijimą mokesčiai [žiūrėta 2009-03-15]. Prieiga per internetą: <<http://www.mackonkiemis.info/2009/03/13/individualios-veiklos-pagal-verslo-liudijima-mokesčiai>>.
18. Ypatingas dėmesys sveikatos sistemos funkcionavimui gerinti. (2008). Gydytojų žinios. Nr. 22 (463).
19. Janonienė, R. (2008). Ar bus Lietuvoje papildomas sveikatos draudimas? Gydytojų žinios. 1 (442).
20. Leontjeva, E. (2000). Rinkos vaistai. Verslo žinios, gegužės 5, p.10-11.
21. Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija. (1991). Vilnius: Sveikatos Ekonomikos Centras.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2005). 2006 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto aiškinamasis raštas Nr.10-18.XP-861.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2008). 2007 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto aiškinamasis raštas.. Nr. XP-3175.
24. Lietuvos Respublikos 2003 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, (2003), patvirtinta 2002 m. gruodžio 10 d. priedėlis įstatymo Nr. IX-1237. [žiūrėta 2008 spalio 10]. Prieiga per internetą: <[http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item\\_id=103](http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item_id=103)>.
25. Lietuvos Respublikos 2005 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita. [žiūrėta 2008 spalio 10 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat\\_id=1](http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1) >.
26. Lietuvos Respublikos 2006 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita. [žiūrėta 2008 spalio 11 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat\\_id=1](http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1) >.
27. Lietuvos Respublikos 2004 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita. [žiūrėta 2008 spalio 10 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat\\_id=1](http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1) >.
28. Lietuvos Respublikos 2003 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita. [žiūrėta 2008 spalio 10 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat\\_id=1](http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1) >.
29. Lietuvos Respublikos 2007 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įsakymas. [žiūrėta 2008 kovo 10 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=289439&p\\_query=&p\\_tr2](http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=289439&p_query=&p_tr2) >.

30. Lietuvos Respublikos 2008 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įsakymas. [žiūrėta 2009 kovo 10 d.]. Prieiga per internetą:  
<[http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=311393&p\\_query=&p\\_tr2=245](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=311393&p_query=&p_tr2=245)>.
31. Lietuvos sveikata skaičiais 2007. (2008). išankstiniai duomenys. Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras.
32. Lietuvos sveikata skaičiais 2006. (2007). Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras.
33. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. (2008). Valstybinio audito ataskaita dėl valstybinėje ligonių kasoje prie sveikatos apsaugos ministerijos atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų Nr. FA-P-10-12-6. Vilnius: [žiūrėta 2009 sausio 10]. Prieiga per internetą:  
[www.vkontrolė.lt](http://www.vkontrolė.lt).mlshvSCO Research Starters® • Copyright © 2008 EBSCO Publishing Inc.
34. Ligonių kasų sutartys su gydymo įstaigomis: finišo tiesioji. (2007). Valstybinės ligonių kasos prie SAM Ryšių su visuomene skyrius. [žiūrėta 2009 sausio 20]. Prieiga per internetą:  
<<http://www.siauliutlk.lt/index.php?48893475>>.
35. Mackuvienė, E. (2007). 25 sėkmingesni sveikatos politikos modeliai. "Lietuvos sveikata".
36. Mackuvienė, E. (2008). Pacientų priemokos – sveikatos sistemos reformos dalis. Komentaras, Delfi.lt
37. Masiulionytė, L. (2009). Su verslo liudijimu per metus teks sumokėti bent 4.407 Lt. Verslo žinios.15 psl.
38. Nedarbo aukštumas. (2009). Verslo žinios.
39. OECD [internete]. Health Data. Prieiga per internetą:  
<[http://www.oecd.org/pages/0,3417,en\\_36734052\\_36734103\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1_1,00.html)>.
40. Papildomojo sveikatos draudimo koncepcijos projektas. (2007). [žiūrėta 2008 rugsėjo 10]. Prieiga per internetą: <[www.lsavd.lt/Juodkrante2007/LRV.ppt](http://www.lsavd.lt/Juodkrante2007/LRV.ppt)> ->.
41. Papildomojo sveikatos draudimo taryboje. [žiūrėta 2008 kovo 05]. Prieiga per internetą:  
<[http://www.sam.lt/lt/main/news/pranesimai\\_spaudai?id=107](http://www.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_spaudai?id=107)>.
42. Per pusmetį sveikatos draudimo rinka augo 3 kartus. (2008). vtv.lt
43. Rakauskienė. O. G. (2006). Valstybės ekonominė politika. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidyklos centras.
44. Sasnauskas, A. (2006). Privalomojo sveikatos draudimo raidos Lietuvoje ypatumai. Nacionalinė sveikatos politikos konferencija.
45. Seimas patvirtino privalomojo sveikatos draudimo naujoves. (2008). Verslo žinios, gruodžio 22.
46. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės [internete]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/lt/>>.

47. Steponavičienė, G. (2000). Asmens sveikatos priežiūra rinkos sąlygomis. Panešimas konferencijoje.
48. Steponavičienė, G. (2006). Medicinos sesė. "Naujasis Židinys-Aidai"
49. Sullivan, P. (1992). Taking the pulse of health-care insurance. Journal of accountancy.
50. Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 metų sutrumpintas strateginis veiklos planas, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. sausio 23 d. nutarimas Nr. 114.
51. Sveikatos sistemos lūkesčiai rinkimų batalijų išvakarėse. (2008). Gydytojų žinios. 9 (450).
52. Šaltinis: „Sodra“. 2009-01-26. [žiūrėta 2009 kovo 20]. Prieiga per internetą: <http://www.aktualijos.lt/index.php?option=com>.
53. Šimašius, R. (2007). Sveikatos draudimas – ar tikrai išsprendžia visas sveikatos apsaugos problemas?; Tezės.
54. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 – 2009-ųjų metų strateginis veiklos planas. Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. vasario 26 d. įsakymu Nr. V-123.
55. Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos 2006 – 2008-ųjų metų strateginis veiklos planas . Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-146.
56. 2008 Lietuvos statistikos metraštis. (2008). Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilnius.
57. Vainienė, R. (2008). Nemokamos medicinos svaigulys. "Kauno diena".
58. Vainienė, R. (2009). Sveikatos reforma nuo mokesčių galo. Komentaras, Lietuvos radijas.
59. Valius, K. (2008). Kuo greičiau subalansuoti būsimas sveikatos apsaugos lėšas. Gydytojų žinios. 23 (464).
60. Valius, K. (2008). Bus tęsiami ne tik pradėti darbai, bet turėtų atsirasti ir naujų iniciatyvų. Gydytojų žinios. 15-16 (456-457).
61. Valius, K. (2007). Bus kuriama papildomojo sveikatos draudimo sistema. Gydytojų žinios. 18 (435).
62. Valstybinė ligonių kasa – pagal tarptautinius standarto reikalavimus. [žiūrėta 2009 vasario 06]. Prieiga per internetą: [http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=tit&kat\\_id=1](http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=tit&kat_id=1).
63. Vaitasiūtė, A. (2009). Viena ranka duoda, kita atima. Respublika. Nr.62(5710).4 psl.
64. LR Finansų ministerija.(2008).2008 metų Lietuvos biudžetas. Kryptys ir prioritetai. Vilnius: Sapnų sala.
65. VMI. (2008). Verslo liudijimai – ne vienintelis būdas legalizuoti veiklą. Apskaitos ir mokesčių aktualijos.



66. Vosyliienė, L. (2009). Neapmokestinamų pajamų riba – tik nuo 71.424 Lt. Verslo žinios, balandžio pirma, p.14.
67. WHO[internete].European health for all database Prieiga per internetą:  
<<http://www.who.int/about/en/>>.