

VILNIAUS UNIVERSITETAS
KAUNO HUMANITARINIS FAKULTETAS

FINANSU IR APSKAITOS KATEDRA

Apskaitos, finansu ir bankininkystės programa

Kodas 62104S105

LAURA ZELIONYTE

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA
IR JOS FINANSAVIMO PROBLEMOS

Kaunas 2006

VILNIAUS UNIVERSITETAS
KAUNO HUMANITARINIS FAKULTETAS

FINANSŲ IR APSKAITOS KATEDRA

LAURA ŽELIONYTĖ

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA
IR JOS FINANSAVIMO PROBLEMOS

Leidžiama ginti _____

Magistrantas _____
(parašas)

Darbo vadovas _____
(parašas)

(darbo vadovo mokslo laipsnis, mokslo
pedagoginis vardas, vardas ir pavardė)

Darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

Kaunas 2006

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	4
LENTELIŲ SĄRAŠAS	5
ĮVADAS.....	6
1. SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA, JOS RŪŠYS BEI FORMAVIMO PRINCIPAI	8
2. SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS MODELIAI UŽSIENIO ŠALYSE.....	15
3. LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS ANALIZĖ	23
3.1. Sveikatos draudimo aspektai iki nepriklausomybės atkūrimo.....	23
3.2. Dabartinės Lietuvos sveikatos draudimo sistema ir jos finansavimo įvertinimas	29
3.2.1. Atkurtos Nepriklausomos Lietuvos sveikatos draudimo sistema.....	29
3.2.2. Lietuvos sveikatos draudimo teisinės bazės įvertinimas	33
3.2.2. Sveikatos draudimo sistemos finansavimas	40
3.2.2.1. Pajamų analizė	40
3.2.2.2. Išlaidų analizė	50
4. LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS FINANSAVIMO.....	58
PROBLEMOS IR PERSPEKTYVOS	58
IŠVADOS.....	74
LITERATŪRA.....	76
SANTRAUKA.....	79
PRIEDAI.....	80

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos draudimo principai finansiniu aspektu.....	9
2 pav. Sveikatos draudimo klasifikavimas.....	10
3 pav. PSD sistemų klasifikavimas.....	12
4 pav. Bismarko arba Socialinio draudimo sveikatos priežiūros modelis	15
5 pav. Beveridžio arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis	16
6 pav. Privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis	17
7 pav. Centralizuotas Simaškos sveikatos priežiūros modelis	18
8 pav. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema.....	21
9 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos pirmojo raidos etapo privalumai ir trūkumai.....	24
10 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos antrojo raidos etapo privalumai ir trūkumai.....	27
11 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos trečiojo raidos etapo privalumai ir trūkumai.....	28
12 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos reformos tikslai ir rezultatai Lietuvos valstybės..... atkūrimo laikotarpiu.....	32
13 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos trečiojo raidos etapo privalumai ir trūkumai.....	33
14 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos, proc.....	41
15 pav. PSDF biudžeto pajamų struktūra, proc.....	43
16 pav. Draudėjų PSD įmokų, vidutinio darbo užmokesčio ir dirbančių gyventojų skaičiaus	43
kitimas.....	43
17 pav. Draudėjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos.....	44
18 pav. Valstybės sveikatos draudimo įmokos vienam apdraustajam valstybės lėšomis ir valstybės..... lėšomis apdraustų gyventojų skaičiaus palyginimas.....	48
19 pav. PSDF biudžeto išlaidų struktūra, proc.....	52
20 pav. Planinių ir faktinių išlaidų palyginimas medikamentams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti	54
21 pav. Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti priklausomybė nuo hospitalizuotų ligonių skaičiaus bei lovos užimtumo.....	56
22 pav. PSDF biudžeto deficitas (perteklius).....	58
23 pav. PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos	59
24 pav. BVP santykio su sveikatos apsaugai skirtomis lėšomis dinamika	67

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė Privalomojo sveikatos draudimo koncepcijos.....	36
2 lentelė PSD mėnesinių įmokų dydis Lietuvoje pagal skirtingas apdraustųjų grupes 2004 metais.	42
3 lentelė Atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio ir nedarbo lygis	45
4 lentelė Gyventojų pajamų mokesčio ir atskaitymų į PSDF biudžetą nuo gyventojų pajamų..... mokesčio pokytis.....	45
5 lentelė Į PSDF biudžetą planuojamų ir realiai surinktų sveikatos draudimo įmokų nuo gyventojų... pajamų mokesčio palyginimas, tūkst. Lt	46
6 lentelė Lietuvos valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų, mokamų į PSDF biudžetą, struktūra....	47
7 lentelė Apskaičiuotos ir patvirtintos valstybės biudžeto įmokos už vieną valstybės lėšomis..... draudžiamą asmenį palyginimas.....	48
8 lentelė Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir jų struktūra	53
9 lentelė Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto pajamos ir jų prognozė, tūkst. Lt.....	60
10 lentelė Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto skola PSDF biudžetui, tūkst. Lt.....	62
11 lentelė Nacionalinio biudžeto skola PSDF biudžetui, tūkst. Lt.....	63
12 lentelė Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto išlaidos ir jų prognozė, tūkst.....	64

ĮVADAS

Temos aktualumas. Brangiausia žmonių socialinė vertybė – sveikata, todėl vis daugiau dedama pastangų sveikatos ir gyvenimo kokybei užtikrinti. Ligonių kasa, privalomas sveikatos draudimas, bei kiti šiuo metu dažnai vartojami ir taikomi terminai buvo gerai žinomi jau seniai. Besivystant pramonei privati sistema negalėjo užtikrinti gyventojų poreikių sveikatos priežiūros srityje, todėl žmonių sveikata pradėjo rūpintis valstybė. Šiuo metu sveikatos draudimo sistema rūpinasi draudimo kompanijos bei profesinės organizacijos, socialinio draudimo fondai ir valstybė, todėl sveikatos priežiūra jau nėra tik pačių piliečių asmeninis reikalas.

Atkūrus nepriklausomybę buvo pradėta ieškoti būdų kaip pagerinti bei patobulinti sveikatos priežiūros sistemą bei sveikatos paslaugų kokybę. Priimtą Nacionalinę sveikatos apsaugos koncepciją 1991m. galima laikyti sveikatos reformos pradžia. Įstatymas reglamentuojantis sveikatos draudimą buvo priimtas 1996 metais gegužės 21 dieną (įsigaliojo 1997 metais liepos 1 dieną). Lietuvoje privalomasis sveikatos draudimas finansuojamas iš Valstybinio privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kurio tikslas apdraustiems Lietuvos Respublikos piliečiams garantuoti socialinį saugumą, tai yra užtikrinti reikalingas lėšas ir paslaugas gydymo išlaidoms padengti.

Dauguma šalies gyventojų bei darbuotojai, dirbantys sveikatos priežiūros sferoje, yra nepatenkinti esamu Lietuvos sveikatos draudimo finansavimu bei jo sistema. Daug problemų sukelia nesubalansuotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas. Nors ir įdiegta privalomojo sveikatos draudimo sistema Lietuvoje funkcionuoja jau ne pirmi metai, tačiau sveikatos draudimo sistemos reforma tebevyksta iki šiol.

Naujam tūkstantmety vykstančios politinės ir ekonominės reformos, socialiniai pokyčiai, atsirandančios vis modernesnės technologijos, įpareigoja gilintis į sveikatos reformą jos principus, tuo pačiu aiškinti būdus, kurie padėtų žmogui ligos atveju.

Darbo objektas : Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo sistema ir jos finansavimo problemos.

Darbo tikslas: įvertinti sveikatos draudimo sistemos problemas Lietuvoje bei pateikti jo finansavimo ir plėtros perspektyvas. Darbas reikšmingas pertvarkant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo sistemą bei reformuojant sveikatos priežiūros ir paslaugų sistemų finansavimą..

Darbo uždaviniai:

- 1) išnagrinėti sveikatos draudimo teorinius aspektus;
- 2) aptarti sveikatos draudimo raidą Lietuvoje;
- 3) įvertinti sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų surinkimą, sukauptų lėšų

paskirstymą;

- 4) nustatyti Lietuvos sveikatos draudimo sistemos perspektyvas;
- 5) pateikti pasiūlymus sveikatos draudimo sistemos tobulinimui.

Darbe naudojami **tyrimo metodai**:

- literatūros analizė;
- loginė analizė;
- duomenų susistemavimo metodas;
- vertikalią bei horizontalią analizę;
- grafinis metodas bei prognoziniai skaičiavimai.

Rašant baigiamąjį darbą, buvo naudotasi įvairiais literatūros šaltiniais: Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos ir užsienio autorių moksliniais darbais, valstybinės ligonių kasos ir sveikatos apsaugos ministerijos informacija bei statistikos metraščiais.

1. SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA, JOS RŪŠYS BEI FORMAVIMO PRINCIPAI

Žmonėms yra svarbu ne tik jų sveikata kaip bendražmoniška vertybė, bet ir tos vertybės išsaugojimo kaina bei sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas. Sveikatos priežiūros sistema suprantama kaip dviejų sistemų - visuomenės sveikatos priežiūros sistemos ir asmens sveikatos priežiūros sistemos - sąveika. Visuomenės sveikatos esmė, kurią sudaro sveikatos gerinimo veikla, apima daugelį sričių. Asmens sveikatos priežiūros tikslas - laiku diagnozuoti ir likviduoti asmens sveikatos sutrikimus bei tuo pačiu užkirsti jiems kelią, padėti asmeniui išsaugoti sveikatą, nesusirgti, o susirgus - pasveikti ir sustiprėti.

Daug dėmesio skiriama sveikatos priežiūros sistemos modeliui sudarymui bei jo finansavimui. Nuo taikomos sveikatos priežiūros sistemos priklauso ir gyventojų galimybė gauti sveikatos draudimo paslaugas ir tokiu būdu yra apsprendžiamas individo socialinis statusas. Sveikatos priežiūros sistema, kuri yra taikoma, turi užtikrinti sąžiningą mokesčių, skirtų visuomenės sveikatai užtikrinti, paskirstymą bei apsaugoti visuomenę nuo finansinių netekčių. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros sistema turi įgyvendinti tokius tikslus:

- užtikrinti gerą gyventojų sveikatos lygį;
- operatyviai reaguoti į šalies ekonominius pokyčius;
- tinkamai paskirstyti finansines lėšas.

Sveikatos draudimas - viena iš sveikatos priežiūros sistemos dalių, kuri apima sveikatos priežiūros sistemos finansavimą. Apibendrinus tam tikrus literatūros šaltinius [4,9,10,14] buvo pastebėta, kad nėra konkretaus sveikatos draudimo apibūdinimo. Todėl sveikatos draudimą siūlau apibrėžti, kaip socialinių ekonominių priemonių visumą, kuri užtikrina sveikatos apsaugą asmenims, kurie moka sveikatos draudimo įmokas bei žmonėms, kurie yra draudžiami valstybės lėšomis.

Sveikatos draudimo sistema - valstybės nustatyta ekonominių bei asmens sveikatos priežiūros priemonių visuma, garantuojanti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą sveikatos draudimu besidraudžiantiems asmenims.

Pastebėta, jog kai kurie literatūros šaltiniai sveikatos draudimą vadina medicininis draudimu, kuris, mano manymu, neatspindi sveikatos draudimo esmės. Medicininis draudimas neapima sveikatos draudimo įmokų surinkimo administravimo bei surinktų lėšų paskirstymo sveikatos priežiūros įstaigoms, jis apima tik gydymo išlaidų kompensavimą.

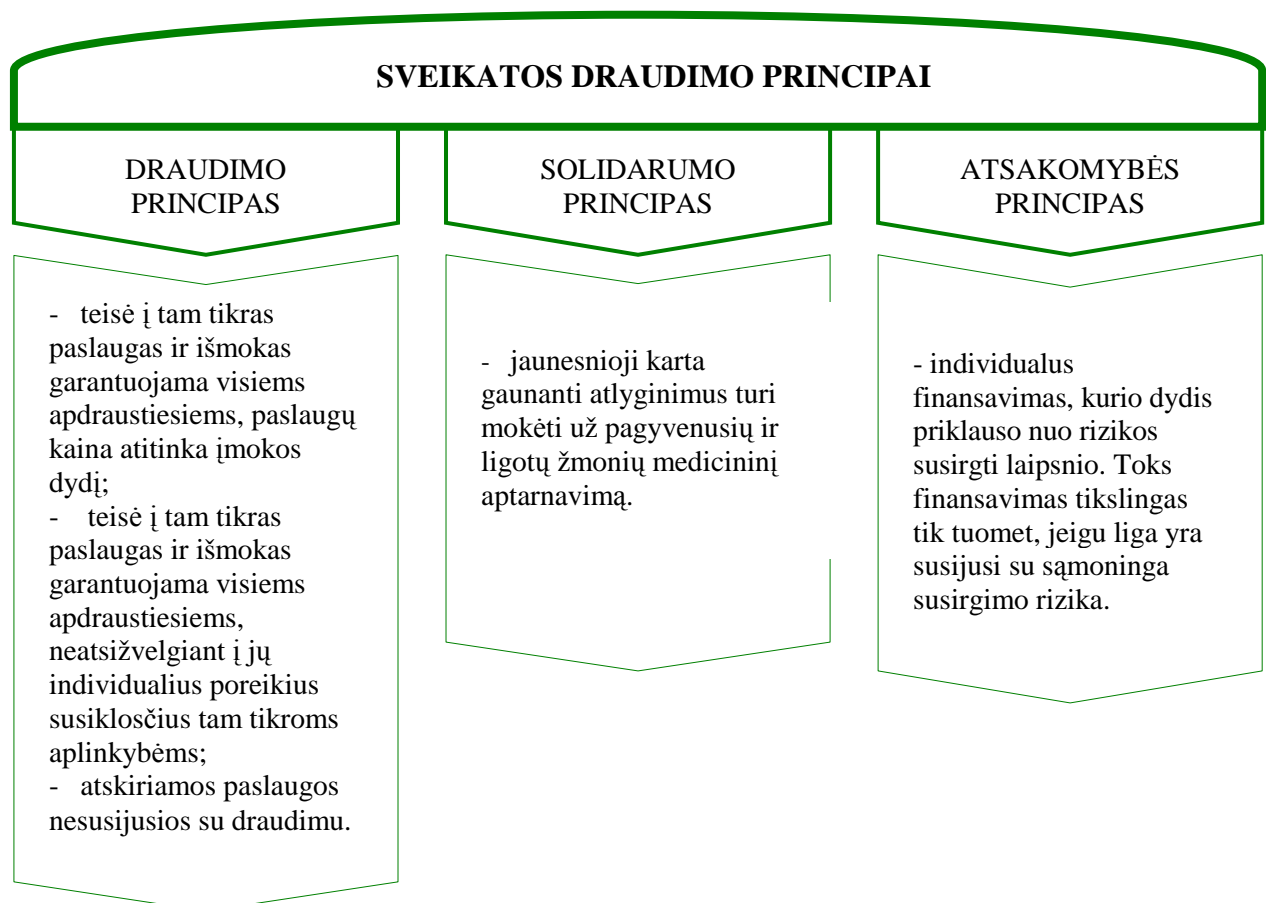
Sveikatos draudimo sistema, kaip ir socialinis draudimas, atlieka tokią pačią funkciją - užtikrina gyventojų socialinę gerovę. Todėl tikslinga sveikatos draudimą apibrėžti kaip socialinį

sveikatos draudimą, nes sveikatos draudimo sistema yra finansuojama iš socialinio draudimo įmoku, ir patenkina asmens socialinius poreikius.

Sveikatos draudimo finansavimo mechanizmų sąrašą sudaro: mokesčiai, iš atlyginimo išskaitomi privalomi įnašai, arba su rizikos laipsniu susiję įnašai, kuriuos moka įmonės, jeigu darbas jose yra susijęs su rizika, arba moka patys rizikuojantys asmenys, privatus draudimas. Literatūros šaltiniuose [25,26] išskiriami tokie pagrindiniai būdai sveikatos priežiūrai finansuoti:

- Socialinio draudimo įmokos - tai fiksuoto arba kintamo dydžio įnašai į sveikatos arba socialinio draudimo fondus.
- Privataus draudimo įmokos.
- Mokesčiai - tai valstybės kontroliuojamas perskirstymas, finansavimo būdas, kuris pagrįstas solidarumo principu.

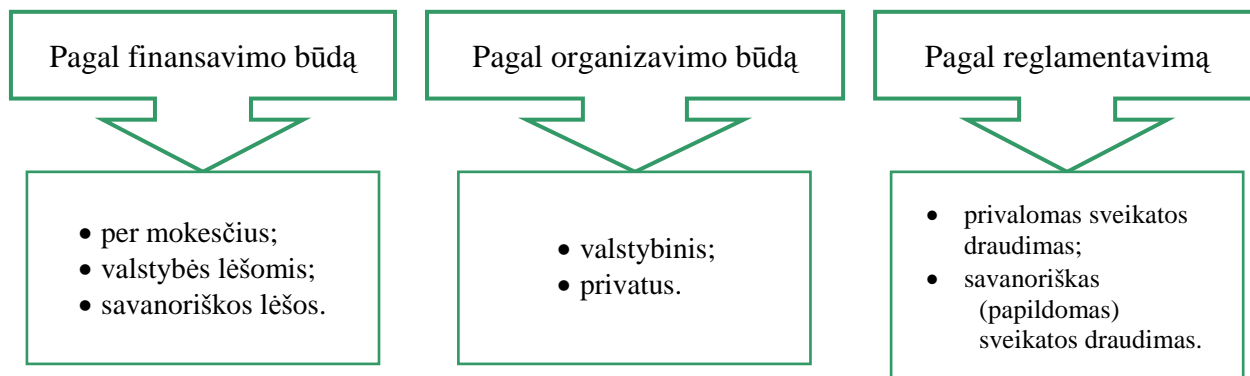
Finansuojant sveikatos draudimą laikomasi draudimo, solidarumo ir atsakomybės principų (1 pav.)



Šaltinis: sukurta autoriaus.

1 pav. Sveikatos draudimo principai finansiniu aspektu

Atsižvelgiant į sveikatos draudimo principus, finansavimo būdus bei kitus dalykus, sveikatos draudimą galima klasifikuoti įvairiai. Sveikatos draudimą siūlau klasifikuoti sekančiai.



Šaltinis: sukurta autoriaus.

2 pav. Sveikatos draudimo klasifikavimas

Finansavimas per mokesčius, kai iš atlyginimo yra išskaitomos privalomosios įmokos; valstybės lėšomis, kada už tam tikrus asmenis moka valstybė; savanoriškos įmokos, tai tokios įmokos, kurių dydis nustatomas pagal privačius sveikatos draudimo modelius.

Valstybinis organizavimo būdas, kai pati vyriausybė yra tiesiogiai atsakinga už sveikatos apsaugą. Gydytojai, farmacininkai, kiti medicinos darbuotojai yra pavaldūs valstybinei socialinės apsaugos tarnybai; privatus organizavimo būdas, kai gydytojai, farmacininkai, kiti medicinos darbuotojai bei yra privatūs verslininkai, kurių profesiniai sugebėjimai turi būti pripažinti atitinkamų profesinių organizacijų. Medikamentai ir kitos medicinos priemonės yra gaminami privačiose įmonėse, o ligoninės bei medicinos įrenginiai yra privati nuosavybė;

Pagal reglamentavimą, privalomasis sveikatos draudimas - valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą; savanoriškasis (papildomas) sveikatos draudimas – papildomojo sveikatos draudimo sutartyje nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šią sutartį po draudiminio įvykio.

Sveikatos draudimo klasifikavimas svarbus tuo, kad teikiant pasiūlymus šalies sveikatos draudimo sistemos tobulinimui, reikia atsižvelgti į visų išvardintų sveikatos draudimo rūšių privalumus ir trūkumus, kurie atsispindi teoriniuose sveikatos draudimo modeliuose. Atsižvelgiant į šiuo metu susiformavusią sveikatos draudimo sistemą ir jos organizavimo būdą yra išskiriamos dvi sveikatos draudimo rūšys: privalomas ir papildomas draudimas.

Privalomas (pagrindinis sveikatos draudimas) - valstybės nustatyta ekonominių bei asmens sveikatos priežiūros priemonių sistema, garantuojanti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei

išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą sveikatos draudimu besidraudžiantiems asmenims. Pagrindinė privalomo sveikatos draudimo funkcija - garantuoti išmokas susirgusiems arba patyrusiems traumą šalies gyventojams.

Pagrindinis privalomo sveikatos draudimo tikslas – prieinamumas visiems tiems, kuriems ji reikalinga. Tai reiškia, kad iš profesinio socialinio draudimo yra padengiamos išlaidos reikalingos sveikatos priežiūrai ir didžioji dauguma gyventojų gali naudotis medicininiu aptarnavimu. Priklausomai nuo konkrečios sveikatos apsaugos sistemos privalomas sveikatos draudimas garantuoja minimalią sveikatos priežiūrą visiems šalies gyventojams (nacionalinis privalomas sveikatos draudimas) arba tik apdraustiesiems, priklausantiems sveikatos draudimo sistemai (socialinis privalomas sveikatos draudimas) [14].

Privalomo sveikatos draudimo sistema turėtų apimti tokias medicinines paslaugas: laboratorinius tyrimus, vaistų kompensavimą, stacionarinį bei ambulatorinį gydymą bei protezavimo paslaugas. Kitose šalyse prie tokių paslaugų dar yra priskiriamas ir kurortinis gydymas. Kadangi privalomojo sveikatos draudimo sistema nepajėgi užtikrinti visų šių išvardintų paslaugų kompensavimą, todėl turi būti sudarytas sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių sąrašas, kuris patvirtinamas įstatymu. Tokiu atveju sveikatos draudimo sistema užtikrintų išlaidų kompensavimą bei sąrašė išvardintų medicininių paslaugų prieinamumą.

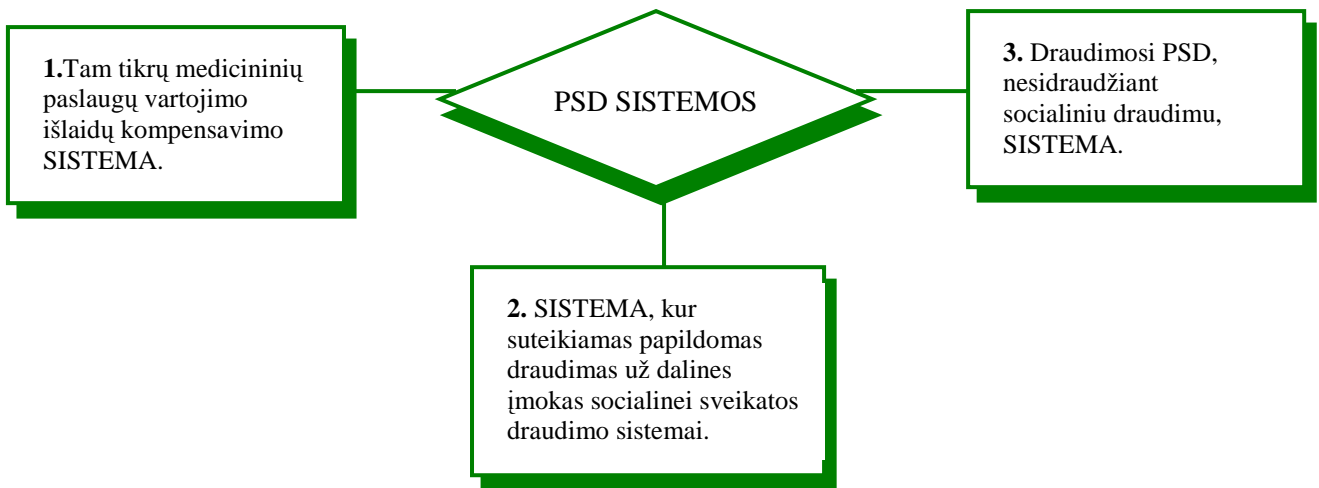
Medicinos paslaugos gali būti trijų rūšių:

1. asmeniui suteikiama visiška laisvė pasirinkti gydytoją ar instituciją, kuri teiks jam paslaugas ar medicinos prekes;
2. pasirinkimo laisvė tam tikru aspektu apribojama;
3. pasirinkimo laisvės nėra.

Daugelyje Vakarų Europos valstybių egzistuojanti socialinė sveikatos draudimo sistema nesuteikia visapusiškos apsaugos, tai yra draudimo kompanijos nekompensuoja visų medicininių paslaugų išlaidų. Todėl tokioms išlaidoms padengti yra skirtas ir tuo pačiu labai populiarus papildomas sveikatos draudimas.

Papildomojo draudimo funkcija – papildyti esamus socialinės apsaugos standartus papildomu savanorišku draudimu, kuris įsigyjamas pagal individualius poreikius. Tokį individualų sprendimą lemia ne tik asmens teisė planuoti savo ateitį be didelių išpareigojimų visuomenei, bet ir socialinės apsaugos sistemos spragos, dėl kurių nesugebama visiškai patenkinti visų jos narių poreikių. Todėl papildomojo sveikatos draudimo sistema yra tikroji apsaugos nuo nedarbingumo ir ligos rizikos dalis, esanti už socialinės ligonių kasų ir nacionalinės sveikatos tarnybos teikiamos apsaugos sistemos ribų.

Papildomojo sveikatos draudimo sistema (PSD) gali įgauti įvairių formų. PSD sistemas galima suklasifikuoti į tokius tris tipus:



Šaltinis: sukurta autoriaus pagal Papildomas sveikatos draudimas (2000). – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras. [27]

3 pav. PSD sistemų klasifikavimas.

PSD sistemos turi bendrų bruožų, nes papildomas sveikatos draudimas, skirtingai nei privalomas sveikatos draudimas, yra pasirenkamas, o neprivalomas.

Pirmąją PSD sistemą galima apibūdinti kaip draudimą garantuojantį galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių gavimo išlaidų nedengia socialinis sveikatos draudimas. Šią sistemą galima suskirstyti į dvi posistemas:

- posistemė, kuri sako, jog sveikatos priežiūros prekių ar paslaugų išlaidų nedengia socialinis sveikatos draudimas. Siekdami padengti šių pagrindinių paslaugų vartojimo kaštus asmenys gali draustis PSD. Pavyzdžiu gali būti išlaidos stomatologijai, kurios nekompensuojamos socialiniu sveikatos draudimu.

- posistemė aiškina apie vadinamosios prabangos sveikatos priežiūros prekes, ko nėra įtraukta į socialinį sveikatos draudimą. Šios prabangos prekės gali reikšti atskirą palatą ligoninėje, galimybę konsultuotis su profesoriumi ar skyriaus gydytoju universitetinėje ligoninėje, o ne būti apžiūrėtu vienu iš dirbančių gydytojų, galimybę konsultuotis su gydytoju, o nelaukti savo eilės per konsultacijų valandą.

Antroji PSD sistema išsiskiria pagal kompensavimo apimtį. Taip pat galima išskirti dvi posistemas:

- turinti apribojimų socialinėje sveikatos draudimo sistemoje, kurie susiję su gautų paslaugų kiekybe, taigi PSD sistema kompensuoja papildomai gautų paslaugų sąnaudas. Pavyzdžiui, socialinės sveikatos draudimo sistemoje apsilankymų skaičiaus ribojimas pas fizinės terapijos specialistą ar psichiatrą.

- viena iš tų, kurios riboja sveikatos priežiūros išlaidas socialinės draudimo sistemos srityje ir apsaugo nuo papildomų išlaidų. Apibendrinus galima teigti, kad tai forma, suteikianti

galimybę pirkti PSD, kuris padengtų dalinius mokėjimus, kai socialinė draudimo sistema tokius mokėjimus numato.

Trečiasis sistemos tipas išskiriamas pagal sveikatos priežiūros tiekėjų rūšis. PSD gali būti ypač naudingas, kai norima aplenkti visuomeninę sveikatos sistemą. Tai analogiški Didžiosios Britanijos sveikatos draudimo sistemos bruožai, kai asmuo nusiperka papildomąjį draudimą, kuris suteikia galimybę naudotis privačios sveikatos priežiūros paslaugomis, kartu mokant privalomasias (mokestines) įmokas socialiniam sveikatos draudimui.

PSD sistemos turi ir skirtumų, jos skiriasi savo uždaviniais. Reikėtų išskirti keturis PSD uždavinius:

- PSD gali būti panaudojamas kaip veiksnys sveikatos sektoriaus pajamoms didinti;
- Sąnaudų mažinimas;
- Pasirinkimo laisvės didinimas;
- Konkurencijos didinimas.

PSD, kaip ir privalomojo sveikatos draudimo sistema, turi užtikrinti dvi visuomenės vertybes: teisingumą ir efektyvumą.

Socialinio sveikatos draudimo sistema nedengianti pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų, kai tuo tarpu šias paslaugas dengia PSD, pagal teisingumo kriterijus vertinama neigiamai. Atkreipiant dėmesį į šeimas turinčias žemesnį socialinį ir ekonominį statusą, galima teigti, jog tokios šeimos daug daugiau naudojami sveikatos priežiūros pajėgumais. Taigi ir nustatyto dydžio PSD įmokos šioms grupėms sudarys didesnę jų pajamų dalį nei didesnes pajamas turinčioms šeimoms. Žemą ekonominį statusą turintiems asmenims būtų dar sunkiau, jeigu PSD įmokos būtų diferencijuojamos pagal tam tikrą rizikos laipsnį. Tuomet jie liktų neapdrausti, ir tai sumažintų jų šansą naudotis sveikatos priežiūros sistema. Kadangi PSD nustatyto dydžio įmokos sudaro didelę ne dideles pajamas turinčių šeimų išlaidų dalį, tai mažina sveikatos priežiūros draudimo sistemos pajamų solidarumą. Išvadoje, jeigu PSD įmokos yra lygiagretinamos su rizika, tai įdiegus PSD sistemą sveikatos draudimo rizikos solidarumas taipogi nukentės.

PSD sistema, kuri dengia pagrindines sveikatos priežiūros sąnaudas, gali teigiamai paveikti sveikatos priežiūros sistemos gamybos efektyvumą. Ypač gali padidinti sistemos efektyvumą sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantys vartotojai, kurie gali pajusti sumažėjusiu būtiniausių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kaštus dėl padidėjusios konkurencijos tarp draudimo kompanijų padidinus spaudimą sveikatos priežiūros tiekėjams.

PSD dengia papildomą naudojamąsi medicinos paslaugomis, kurių išlaidos viršija socialinės sveikatos draudimo sistemos kompensuojamą sumą, turi teigiamo poveikio prieinamumui, arba rizikos solidarumui, ir neutralų poveikį pajamų solidarumui. Kadangi PSD didina asmens galimybes naudotis sveikatos paslaugomis, jis didina galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros sistema. Kai

PSD aprėpia įvairias medicinos paslaugas, tarp vartotojų turinčių ne didelę riziką visada lieka tam tikra rizikos solidarumo forma, pasinaudoti specifine sveikatos priežiūros paslauga, ir vartotojų, kurių ši rizika maža. Sistema neturi poveikio pajamų solidarumui, jeigu PSD įmokos nepriklauso nuo pajamų.

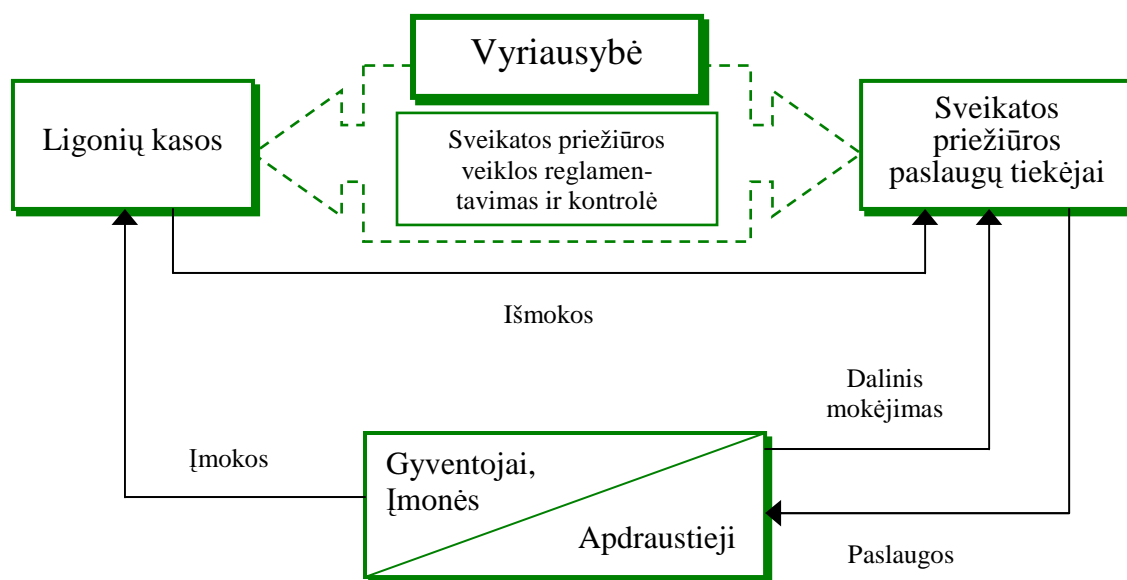
PSD didina pasirinkimo laisvę, vartotojai turi daugiau šansų rinktis, pirkti draudimą nuo (pagrindinių) sveikatos priežiūros išlaidų, ir gali laisvai apsispręsti, kiek apsidrausti nuo šių išlaidų.

2. SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS MODELIAI UŽSIENIO ŠALYSE

Į šių laikų sveikatos draudimo sistemą yra įtraukta ne tik medikai, pacientai, bet ir dar daug kitų šios sistemos veikėjų: socialinio draudimo fondai, draudimo kompanijos, profesinės organizacijos ir valstybė, kurie yra nematomi sistemos dalyviai. Kiekvienoje šalyje egzistuojanti sveikatos draudimo sistema turi garantuoti sveikatos priežiūros paslaugas asmenims besidraudžiantiems sveikatos draudimu. Tačiau buvo pastebėta, jog skirtingose šalyse yra taikomas skirtingas sveikatos priežiūros institucijų finansavimo organizavimas.

Valstybių, priklausančių Europos Sąjungai, sveikatos draudimo sistemas galima apibūdinti pagal jų organizavimo principus. Vakarų Europos šalių sveikatos draudimo sistemos pagal modelio taikymą yra skirstomos į:

- Bismarko arba Socialinio draudimo sveikatos priežiūros modelis;
- Beveridžo arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis.



Šaltinis: sukurta autoriaus pagal Murauskienė L. Sveikatos draudimo istorija//Sveikatos draudimas Lietuvoje – Vilnius. Sveikatos ekonomikos centras, 1992 [26]

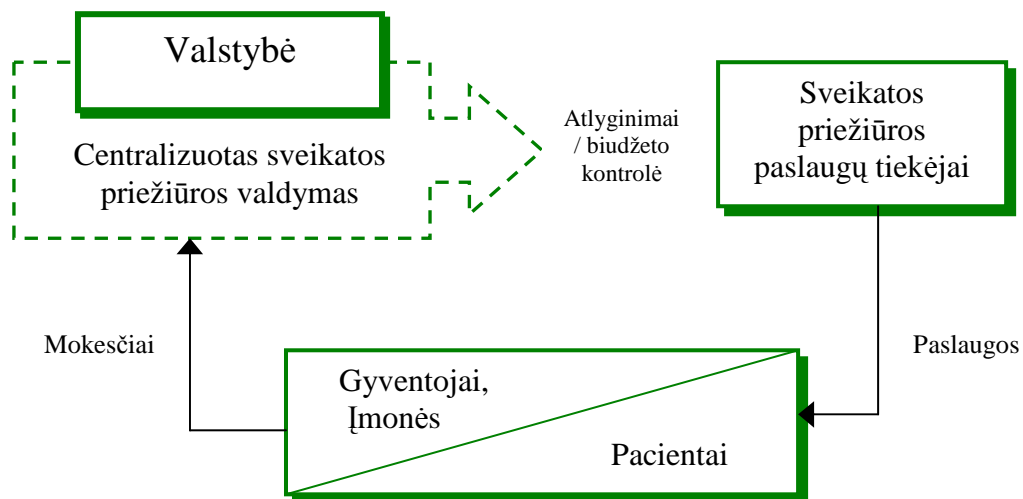
4 pav. Bismarko arba Socialinio draudimo sveikatos priežiūros modelis

Vokietijoje, remiantis Bismarko modeliu, 1883 metais buvo priimti socialiniai įstatymai. Pagal šį modelį Centrinėje ir Rytų Europoje tarpukario laikotarpiu sukurtos sistemos veikė ir sėkmingai buvo plėtojamos po Antrojo pasaulinio karo. Pagal Bismarko modelį sveikatos priežiūra finansuojama iš privalomų įmokų, kurios yra mokamos įmonių ir darbuotojų į nustatytus fondus. Tokius fondus valdo pačių apdraustųjų atstovai, o fondų kūrimas priklauso nuo profesinio principo pasirinkimo. Tie žmonės, kuriems tokie fondai neprieinami, naudojami privačių draudimo

kompanijų paslaugomis arba apmokestinamomis sistemomis. Stacionarių gydymo įstaigų teikiamos paslaugos finansuojamos iš bendro biudžeto, o privačia veikla užsiimantys gydytojai finansuojami honorarų principu.

„Bismarko“ socialinio – medicininio draudimo sistemos modelio pagrindiniai bruožai:

1. Finansavimas iš socialinio draudimo mokesčių arba privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų;
2. Lėšų kaupimas fonduose, t.y. įstatymu įteisintose finansinio valdymo struktūrose;
3. Kontraktų sudarymas tarp paslaugų pirkėjų ir ligoninių ar šeimos gydytojų dėl sveikatos priežiūros paslaugų;
4. Medicininio aptarnavimo apmokėjimas honorarų principu arba iš fiksuoto biudžeto.



Šaltinis: sukurta autoriaus pagal Manjoni d Intignano B. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje. – Vilnius:Europos regiono biuras, 1992 [25]

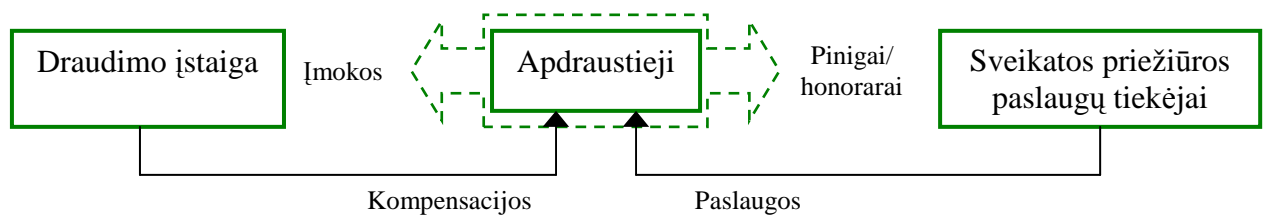
5 pav. Beveridžio arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis

Pagal 1942 m. Beveridžo paskelbtą ataskaitą susiformavo Beveridžo arba Nacionalinė sveikatos apsaugos tarnyba, kurioje buvo susistemintos 1930 m. Švedijoje įgyvendintos sveikatos apsaugos sistemos. Jose medicininio aptarnavimo finansavimas kontroliuojamas Parlamento, o paslaugos finansuojamos iš bendrų mokesčių. Medicininės paslaugos prieinamos kiekvienam šalyje gyvenančiam asmeniui. Už vadovavimą sveikatos apsaugos tarnyboms atsakingi valstybės tarnautojai, kurie kartais patys teikia praktinę medicinos pagalbą. Tokiose sistemose kaip ši gydytojų atlyginimas priklauso nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus, o stacionarai gauna bendrą biudžetą.

Išskirsiu tokius "Beveridžo" sveikatos priežiūros finansavimo modelio (5 pav.) pagrindinius

bruožus:

1. Finansavimas iš bendrų mokesčių;
2. Įnašų iš privataus sektoriaus nustatymas;
3. Laisvas prieinamumas visiems piliečiams;
4. Prioritetiškumas kitų socialinio poreikių atžvilgiu;
5. Paslaugų pirkėjų ir tiekėjų pavaldumas valstybinėms institucijoms;
6. Gydytojų darbo užmokesčio priklausomybė nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus;
7. Kai kurios priemokos iš pacientų asmeninio biudžeto.



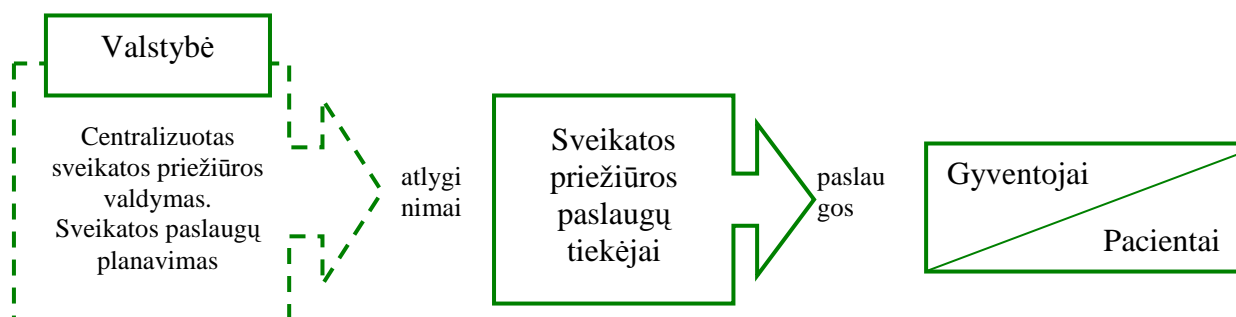
Šaltinis: sukurta autoriaus pagal Manjoni d Intignano B. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje. – Vilnius:Europos regiono biuras, 1992 [25]

6 pav. Privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis

Europoje (pagal JAV taikomą modelį) privataus draudimo sistemos, kurios apima visas apdraustųjų išlaidas sveikatos apsaugai yra išimtis. Privatus sveikatos draudimas finansuojamas iš fiksuotų įmokų pagal draudžiamą asmens draudimosi metu amžiaus grupes ir lytį. Pagal privačius sveikatos draudimo modelius nustatomas įmokų dydis. Įmokos apskaičiuojamos pagal prognozuojamų išlaidų vidutinę vertę, kai tų išlaidų kompensavimą pretenduoja draudžiamasis.

Sutartyse, pasirašytose pagal privataus sveikatos draudimą, numatyta asmens sveikatos priežiūros paslaugas atlyginti po to, kai įvyko sveikatos draudimo draudiminis įvykis. Tačiau sveikatos apsaugą finansuojant pagal privataus draudimo sveikatos modelį, daugelis gyventojų kuriems būdinga padidinta rizika, nepatenka į privalomojo sveikatos draudimo sistemą, todėl privačios draudimo kompanijos nesugeba kontroliuoti sparčiai augančių išlaidų. Atsižvelgiant į JAV patirtį būtų galima teigti, jog Rytų Europos šalyse nebūtų tinkama idėja įdiegti savanoriško privataus draudimo sistemą. Nors kai kurie asmenys teigia, kad tokios sistemos įdiegimas pagerintų sveikatos apsaugą ir padarytų visiems labiau prieinamą medicinos pagalbą. Manau, kad tai būtų galima paaiškinti arba problemos nesuvokimu, arba nesąžiningumu. Europiniai modeliai yra pigesni, teisingesni ir visais atžvilgiais labiau patrauklūs, be to, nė vienas mokslinis tyrimas nepaneigė šio teiginio.

Rytų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos yra pagrįstos 1920 m. Semaškos idėjomis ir yra labai panašios į "Beveridžo" modelio sistemą.



Šaltinis: sukurta autoriaus pagal Manjoni d Intignano B. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje. – Vilnius:Europos regiono biuras, 1992 [25]

7 pav. Centralizuotas Semaškos sveikatos priežiūros modelis

Centralizuotos Semaškos sveikatos priežiūros sistemos bruožai (7 pav.)

1. Finansavimas iš valstybės biudžeto;
2. Kontroliuoja vyriausybė, pagal centrinę planavimo sistemą;
3. Medicininės paslaugos teikiamos visiems nemokamai;
4. Visiems sveikatos apsaugos darbuotojams mokami atlyginimai;
5. Privataus sektoriaus nėra;
6. Sveikatos apsauga neįeina į gamybinį sektorių, todėl nėra prioritetiška.

Šį modelį taikė visos Ekonominės Savitarpio Pagalbos Tarybos šalys narės taip pat SSSR sudėtyje buvusios šalys.

Iš išnagrinėtų sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modelių Europos Sąjungoje (ES), Centrinės bei rytų Europos šalyse labiausiai yra paplitę Bismarko bei Beveridžo sveikatos priežiūros modeliai. Nors šie modeliai taiko skirtingas priemones sveikatos sistemos tikslams įgyvendinti, tačiau atlieka tas pačias sveikatos draudimo sistemos funkcijas.

"Bismarko" modelio sveikatos apsaugos sistemų finansavimo šaltinis – privalomieji įmonių ar dirbančiųjų įnašai. Įmonės tampa savotiškais mokesčių rinkėjais, nes ir jos moka šiuos įnašus. Remiantis firmų ekonominiais rodikliais mokami mokesčiai ir nukreipiami darbuotojų bei jų išlaikytinių poreikiams tenkinti.

Asmenis, kurie vadovauja draudimo fondams, labai veikia tokia žmonėms suteikta galimybė kaip tų fondų pasirinkimo laisvė. Fondų valdytojai tampa pusiau monopolistais, nes darbuotojas turi tapti konkretaus draudimo fondo nariu. Taigi fondo valdytojas neturi tikslo siekti, kad būtų efektyviau naudojamos lėšos ar sumažintos valdymo išlaidos. Kita vertus, laisve pasirinkti

draudimo fondą inicijuojama konkurencija, bet tuo pačiu ir kartu atrenkami asmenys, kurie, draudimo kompanijos nuomone, priklauso didelės rizikos grupėms.

Tiek ekonomine, tiek ir sociologine prasme finansavimas iš sveikatos draudimo įnašų sukelia kai kuriuos pavojus. Bendras fondų finansinis balansas, draudimo ligos atveju, remiasi darbuotojų skaičiumi, kurie priklausančių šiam fondui. Tačiau kiekvieno atskiro fondo balansas priklauso nuo indėlininkų ir jų išlaikytinių santykio. Kiekviename draudimo fonde, gyventojų užimtumo struktūros pakitimai šalies ekonomikos mastu, gali neigiamai veikti demografinį santykį. Po Antrojo Pasaulinio karo ekonominio vystymosi pobūdis buvo nepalankus asmenų užsiimančių individualia darbine veikla ir žemės ūkio darbuotojų, draudimo fondams ir palankus gaunančių atlyginimą darbuotojų draudimo kompanijoms.

Rytų Europos šalyse pereinamuoju laikotarpiu ypač aštri problema buvo bedarbiai, nedirbančios moterys ir pensininkai, kuriems reikėjo surasti ypatingus medicininio draudimo mechanizmus. Darbuotojai, kurie negauna pastovaus atlyginimo, dažniau negu gaunantys, vengia mokėti įnašus. Antra vertus, šios grupės žmonių yra menkiau apsaugotos.

Rytų Europos šalyse, kur populiarūs "Bismarko" modelio idėjos, reikėtų išskirti du aspektus. Pirma, neturint papildomų specialių profesinių žinių resursų, tokių fondų valdymas gali pasirodyti pakankamai brangus. Antra, kai kurie žmonės ligos atveju gali likti be jokio draudimo pakeitus viską apimančią socialinio draudimo sistemą pagal profesinį principą sudarytais draudimo fondais. Toms Vakarų Europos gyventojų grupėms, kurioms anksčiau draudimas buvo neprieinamas tokie fondai atrodė naudingi ir dosnūs, nes jie, ligos atveju, užtikrindavo vis didesnes garantijas. Kurti draudimo fondus organizuotus profesiniu pagrindu, esant visiškai priešingoms socialinėms ir ekonominėms sąlygoms, gali tapti nenaudinga nei finansiniu, nei socialiniu atžvilgiais, nes gyventojai, apdrausti ligos atveju, gali prarasti šias garantijas ir gali sumažėjanti darbo vietų skaičius. Ilgalaikis nedarbas sukelia aiškiai išreikštą socialinę įtampą. Gali žlugti socialinis konsensusas, nes be minėtos problemos dar gali atsirasti rizika būti pašalintam iš socialinio aprūpinimo sistemos. Būtent dėl šios priežasties sveikatos apsaugos fondų kūrimo strategija būtų geresnis variantas, negu profesiniu principu organizuotų draudimo fondų, egzistuojančių kai kuriose Vakarų Europos šalyse, kūrimas.

Nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos įvairių kategorijų ir sričių medicinos darbuotojams turi padalinti ribotą biudžetą. Taigi biudžetas turi būti paskirstytas aiškiai. Taikant tokią sveikatos apsaugos sistemą galima kontroliuoti išlaidas. Tačiau gydytojai, nėra suinteresuoti skirti daugiau dėmesio savo pacientų poreikiams ir pageidavimams, nes jie gauna pajamas, nesusijusias su jų realiu darbu. Jie skiria mažiau laiko vienam pacientui ir trumpina savo darbo dieną. Tokia sistema verčia mažinti hospitalizacijos trukmę, trukdo ligoninėms didinti našumą, bei taikyti pigiausias gydymo metodikas. Dėl šių priežasčių dažnai mažinamos investicijos ar

išlaikymo kaina, kartais net prastėja gydymo ligoninėse sąlygos ir kokybė. Gydymo įstaiga turi teisę gauti finansavimą nepriklausomai nuo darbo apimtys ir kokybės, todėl tokios sutartinės išmokos gali tapti dogmatizmo ir konservatyvizmo šaltiniu.

Sveikatos apsaugos sistemoje buvo nustatyti prioritetų pasirinkimo kriterijai ribotų fondų paskirstymo būtinybei sąlygoti.

Besivystant Rytų Europos šalių ekonomikai, visiems rūpėjo kuo greičiau nustatyti ar norima pirmuosius darbo našumo padidėjimo rezultatus panaudoti atlyginimų padidinimui, ar socialinio aprūpinimo sistemų gerinimui. Nereformuojant sveikatos apsaugos sistemos, bet papildomai nukreipus finansiniu resursus, gydytojų ir medicinos seserų atlyginimai padidės, tačiau tai negarantuos, kad pagerės medicininio aptarnavimo kokybė ir apimtis. Čia galima pateikti ir SSSR pavyzdį, kaip 1985 m. medicinos kokybės lygis nepakilo padidinus 30 procentų darbo užmokestį medicinos darbuotojams.

Vakarų ir Rytų Europos šalys, kurdamos sveikatos draudimo sistemą, numato du tikslus: sukurti konkurencinę aplinką teisėtiems draudėjams ir padaryti draudimą neprivalomą. Buvo manoma, kad konkurencija tarp draudėjų skatins teikti aukštesnės kokybės paslaugas ir padės sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas. Tačiau liko neaišku, ar visuomenė gali patikėti sveikatos priežiūros finansavimą konkurencingiems draudėjams ir tuo pačiu užtikrinti socialinį solidarumą.

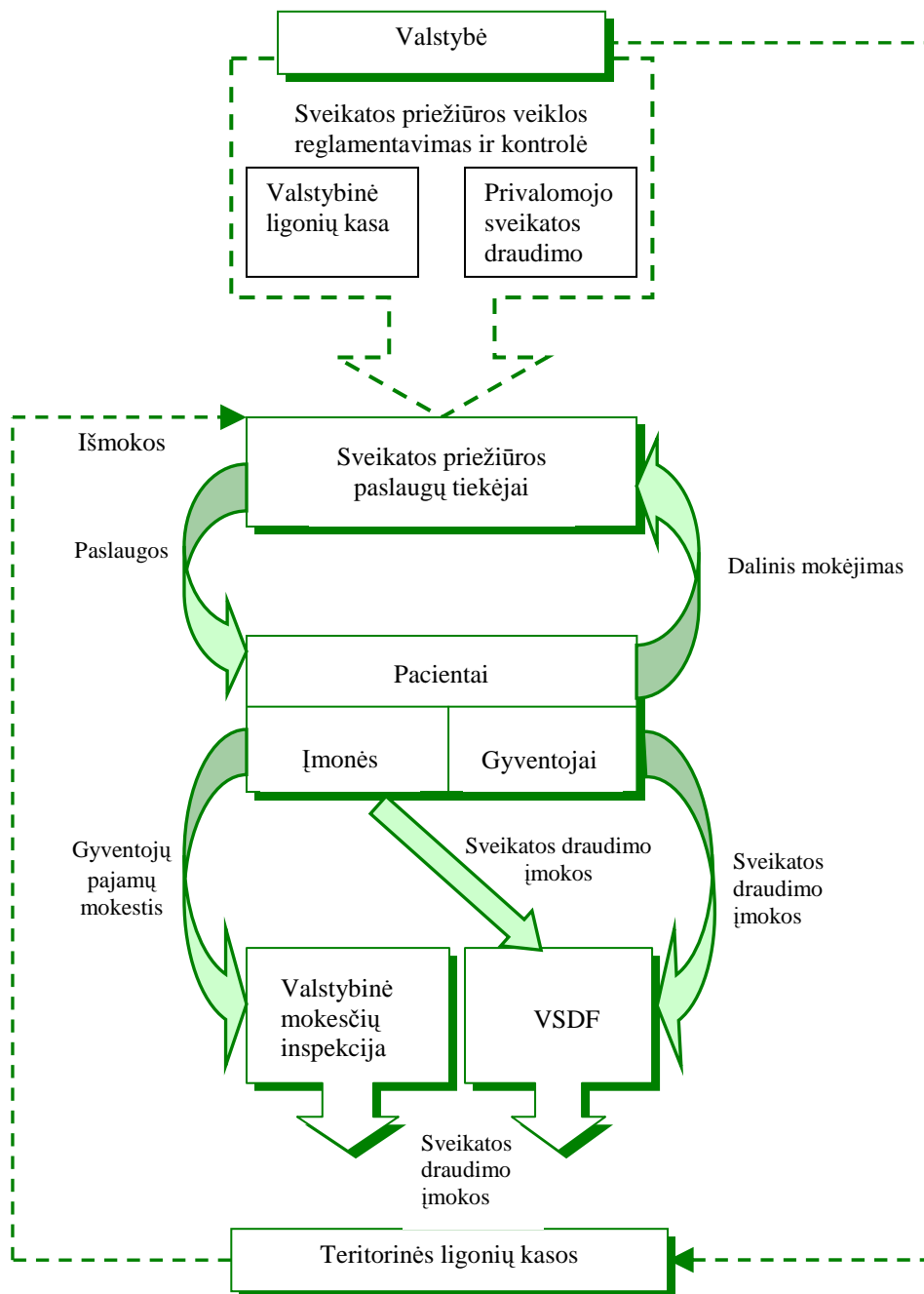
Išnagrinėjus sveikatos priežiūros modelius ir jų pritaikymą įvairiose šalyse galiu teigti, kad valstybė visada vaidina tam tikrą vaidmenį sveikatos priežiūros valdyme. Išskirsiu valstybės funkcijas, kurios yra bendros Beveridžo ir Bismarko sveikatos priežiūros modeliams:

- Sveikatos priežiūros sistemos išteklių paskirstymas atskiriems sveikatos priežiūros sistemos sektoriams, sveikatos politikos formavimas, pasitelkiant įstatymus, bei jos planavimas;
- Teisės aktų kūrimas, tvirtinimas, sugriežtinimas ir įvertinimas reglamentuojančių sveikatos priežiūros sistemą;
- Visuomenės sveikatos priežiūra, apimanti nacionalinės, regioninės, vietinės valdžios lygius;
- Specialių departamentų steigimas ir valdymas, aktyvus dalyvavimas sveikatos priežiūros ir pagalbos darbuose visuomenės mastu. Dažniausiai šias funkcijas organizuoja vyriausybės skiriamos komisijos;
- Kapitalo investicijų planavimas ir koordinavimas į sveikatos priežiūros sektorių;
- Paslaugų teikimo kontroliavimas bei reguliavimas sveikatos priežiūrai;

Greta bendrųjų valstybės funkcijų galima išskirti ir specifines, kurias valstybė atlieka priklausomai nuo valstybės požiūrio į sveikatos priežiūros sistemos valdymą ir koordinavimą bei pasirinkto sveikatos priežiūros finansavimo modelio. Taigi išvardintos valstybės funkcijos, kai kuriose šalyse rodo, kad valstybė nėra tik stebėtoja tarp pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos

dalyvių.

Vakarų Europoje, dėl draudimo fondų finansavimo, praktiškai nėra problemų. Daugelis šių šalių jau yra nusprendę ir apsisostę prie tam tikros sistemos, ir jos pakeitimas būtų ne tik politiškai, bet ir finansiniu požiūriu pavojingas. Tačiau yra tokių šalių, kurioms dar reikia pasirinkti, tai yra Rytų Europos šalys. Joms Bismarko modelio finansavimo sistemos pasirinkimas gali atrodyti labai patrauklus. Apmokestinimo panaikinimas joms gali atrodyti kaip išsigelbėjimas, bet toks apsisprendimas nebus pats teisingiausias. Pastebima bendra tendencija taikyti mišrius finansavimo modelius apjungiančius sutartinius mokėjimu, susijusius su atitinkamais skatinimo mechanizmais.



Šaltinis: sukurta autoriaus.

8 pav. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema

Apibendrinant galima teigti, kad kaip ir daugelyje Europos valstybių Lietuvoje buvo suformuota valstybės sveikatos draudimo sistema, kurios bruožai atitiko teorinių sveikatos draudimo modelių bruožus - Bismarko ir Beveridžo. Lietuvos sveikatos draudimo sistema pagrįsta tiek sveikatos draudimo įmokomis, tiek ir bendraisiais mokesčiais. Dabartinis šalies sveikatos priežiūros finansavimo modelis turi tiek Beveridžo modelio (Nacionalinės sveikatos tarybos), tiek Bismarko modelio (Socialinės sveikatos draudimo) elementų.

Išskirsiu tokius pagrindinius abiejų modelių bruožus, būdingus Lietuvos sveikatos draudimo sistemai:

Bismarko modelio bruožai:

- finansavimas iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų;
- tarpusavyje konkuruoja paslaugų tiekėjai dėl ekonomiškai efektyvesnių sveikatos priežiūros formų;
- su sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjais, sugebančiais užtikrinti reikiamą paslaugų kokybę pasirašomi kontraktai
- remiantis bazinėmis kainomis biudžetas subalansuojamas įkainiais už įrašytą į sąrašą asmenį, papildomais pacientų mokėjimais.

Beveridžo modelio bruožai:

- finansavimas iš mokesčių;
- sveikatos priežiūros prieinamumas visiems piliečiams;
- valstybės tarnybos (Sveikatos apsaugos ministerija, savivaldybė, paslaugų pirkėjai) nusprendžia kiek ir kokių paslaugų reikia teikti;
- Investiciniai sprendimai bei sprendimai dėl kainų yra priimami valstybinių institucijų.

Remiantis pateiktais Lietuvos sveikatos draudimo sistemai būdingais bruožais, pateikta Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo schema (8 pav.).

3. LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS ANALIZĖ

3.1. Sveikatos draudimo aspektai iki nepriklausomybės atkūrimo

Sveikatos priežiūra nėra tik pačių gyventojų asmeninis reikalas. Šiuolaikinė Lietuvos sveikatos draudimo sistema rūpinasi draudimo kompanijos bei socialinio draudimo fondai, profesinės organizacijos ir valstybė.

Norint įvertinti šalyje vyraujančią sveikatos draudimo sistemą reikia nuosekliai išnagrinėti jos raidą. Nes istorija gali padėti išvelgti tikrąsias sveikatos draudimo sistemos perspektyvas, jos susiformavimo pagrindus bei reikšmę.

Atsižvelgdama į ekonominės ir politinės santvarkos pokyčius išskyrčiau šiuos Lietuvos Sveikatos draudimo sistemos vystymosi raidos etapus:

1. Iki Nepriklausomos Lietuvos sukūrimo (iki 1918 m).
2. Nepriklausomos Lietuvos laikotarpis (1918 m - 1939 m).
3. Sovietų Sąjungos laikotarpis (1940 m - 1990 m).

Apžvelgiant kiekvieną laikotarpį atskirai, pateiksiu nuosekliai to meto sveikatos draudimo vystymosi tendencijas, išskiriant to etapo svarbą tolesnei raidai, privalumus ir trūkumus administravimo, finansavimo ir paslaugų gavimo požiūriu.

1. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo sistema iki Nepriklausomos Lietuvos sukūrimo. Sveikatos draudimo sistema pradėjo vystytis XIX šimtmetyje. Išaugus pramonei, besivystančiose pasaulio šalyse, prireikė organizacijų, kurios šelptų susirgusius, nelaimės ištiktus, darbo netekusius žmones. Šiam tikslui darbininkai steigė tam tikras savišalpos kasas. Vokietijoje 1883 metais buvo įsteigtos pirmosios privalomojo draudimo ligonių kasos.

Pagal tokį pavyzdį ligonių kasos ir jų vykdomas sveikatos draudimas pradėtas organizuoti ir Lietuvoje. Vilniuje 1896 metais buvo įsteigtos pirmosios tokios ligonių kasos. Tada Lietuvos miestuose sparčiai vystėsi pramonė ir amatai ir kai kuriose stambesnėse pramonės įmonėse buvo įkurtos ligonių kasos, kurias tvarkė tų įmonių administracija ir teikdavo pagalbą sergantiesiems. Šių įmonių vadovai vaidino didelį vaidmenį, nes tik nuo jų priklausė įmokų dydžiai ir apimtys, medicinos pagalbos teikimas. Į to meto ligonių kasas įmokas, kurios sudarė iki 2,5 proc. darbo užmokesčio dydžio, mokėjo vien darbininkai. Medicinos pagalbos teikimas nebuvo labai gerai organizuotas. Taupumo sumetimais kai kurios įmonės samdydavo felčerį, o ne gydytoją.

Į tokią draudimo sistemą turėjo įsikišti valstybė, nes privačios ligonių kasos negalėjo užtikrinti darbininkų poreikių. Buvo jau rengiamasi 1912 metais Lietuvos teritorijoje, tuo metu įėjusioje į Rusijos sudėtį, įvesti privalomąjį draudimą pramonės darbininkams, tačiau tam sutrukdė Pirmasis pasaulinis karas.

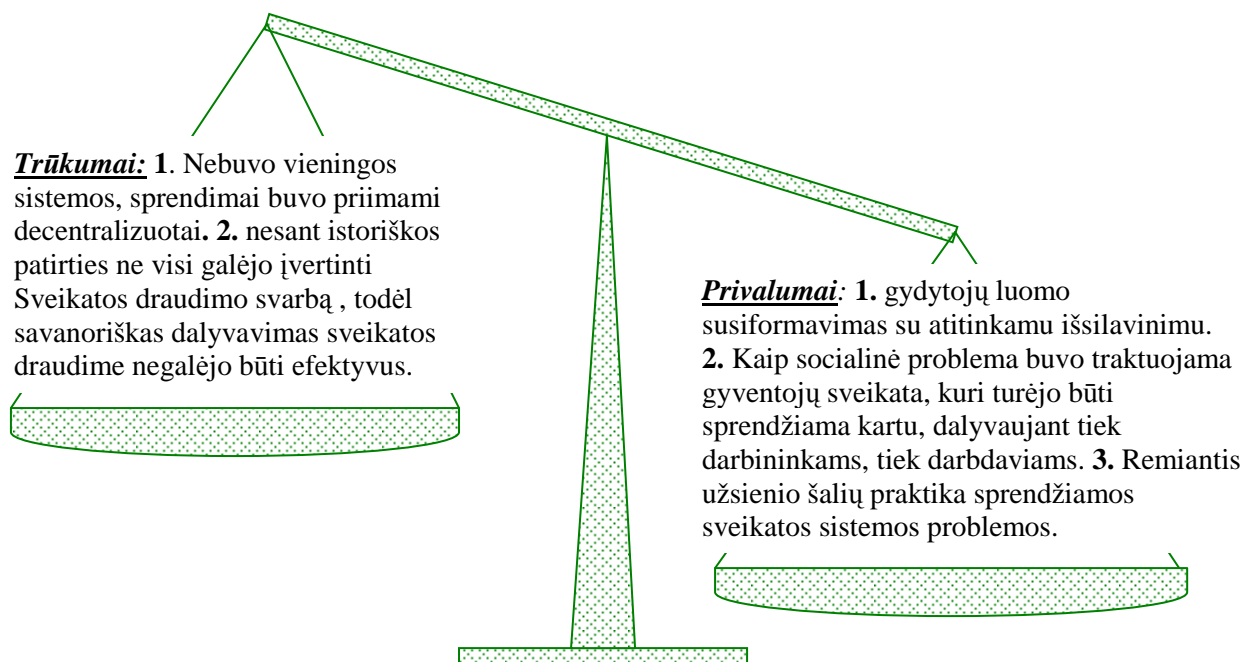
Deja, pirmosios ligonių kasos bei jų veikla buvo ne efektyvios, nes valstybės nesikišimas į pramonės įmonių kuriamą privataus sveikatos draudimo sistemą reiškė sveikatos draudimo nereglamentavimą. Užmokesčių už sveikatos paslaugas nulemdavo tik įmonių vadovai ir sprendimai dėl sveikatos problemos būdavo priimami decentralizuotai.

Per eilę metų dėti pagrindai sveikatos draudimui buvo didelis indėlis pirmajam sveikatos draudimo etapui. Buvo pradėta rūpintis gyventojais organizacijų mastu, atsižvelgtą į sveikatos draudimo svarbą bei sergančiojo poveikį jį supančiai aplinkai. Kaip socialinė problema traktuojama gyventojų sveikata, kuri turi būti sprendžiama kolektyviniu būdu, apjungiant tiek darbininkus, tiek ir darbdavius bei valstybę.

Pirmąjį sveikatos draudimo raidos etapą išskirčiau pagal tokius bruožus:

- Finansavimas iš įnašų į privačias ligonių kasas;
- Nuo darbuotojų darbo užmokesčio mokamos įmokos;
- Sveikatos priežiūra prieinama tik ligonių kasų nariams;
- Nuo įmonių savininkų sprendimų priklauso ligonių kasų valdymas (decentralizuotas);
- Sveikatos draudimo sistemos nereglamentavimas.

Išskirsiu pagrindinius sveikatos draudimo raidos etapo privalumus ir trūkumus (9 pav.)



Šaltinis: sukurta autoriaus

9 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos pirmojo raidos etapo privalumai ir trūkumai

2. *Nepriklausomos Lietuvos laikotarpis 1918 - 1939 m.* Šio laikotarpio pradžioje Lietuvos sveikatos apsaugos sistema buvo sunkioje padėtyje. Spartus pramonės augimas skatino naujų darbininkų atsiradimą miestuose. To priežastimi buvo ir padidėjęs sergančiųjų ratas. Sunku buvo

neturintiems žmonėms, nes gydytojų patarnavimai tuo metu buvo labai brangūs, todėl jie medicinos pagalba beveik negalėjo pasinaudoti. Tiems, kurie dirbo fabrikuose, buvo teikiama nemokama ambulatorinė pagalba. Valstybė turėjo imtis kažkokių priemonių, bet dėl nelengvų to laikotarpio sąlygų sveikatos apsaugai negalėjo skirti pakankamai lėšų. Todėl, žiūrint kaip į pavyzdį Vokietijoje formuojamą sveikatos priežiūros politiką, Lietuvoje buvo būtina vėl atkurti ligonių kasas ir per jas organizuoti sveikatos draudimą. Darbo ir socialinės apsaugos ministerija, jau 1919 metais, paruošė Ligos draudimo įstatymo projektą. Tačiau galutinis ir gerokai pakeistas šio įstatymo variantas buvo priimtas 1926 metų pavasarį.

1928 metų pabaigoje šio įstatymo pagrindu buvo pradėtos steigti Ligonių kasos, kurios buvo atsakingos už sveikatos draudimo įmokų surinkimą bei sveikatos paslaugų finansavimą. Ligonių kasas tvarkė darbuotojai ir jų darbdavių rinktieji atstovai. Darbdavių skaičius turėjo būti du kartus mažesnis negu darbuotojų atstovų.

Priimtas ligonių kasų įstatymas, kuris veikė iki 1934 metų, skelbė, kad tik tie asmenys, kurie pasamdyti dirba arba tarnauja valstybei, savivaldybėms ar privatiems asmenims privalomai draudžiami ligos atveju. Tai reiškė, kad samdomi darbuotojai ir darbdaviai, nežiūrint į jų norus, privalėdavo apsidrausti ir mokėti atitinkamus mokesčius. Įstatymo vykdymą pirmiausia privalėjo užtikrinti darbdavys. Jam buvo paskirta apie kiekvieną įmonės darbininką ir tarnautoją, apie į darbą priimtąjį ir atleistąjį pranešti ligonių kasai.

Tokių asmenų, kaip pasamdytų laikinai dirbti (iki mėnesio) gaunančių didesnę kaip 400 Lt per mėnesį atlyginimą tarnautojų, apdraustų pagal Valstybės tarnautojų pensijų ir pašalpų įstatymą, privalomas draudimas nelietė.

Šalia privalomojo buvo įvestas ir neprivalomas draudimas, kuris buvo skirtas žemės ūkio darbininkams, nes privalomas draudimas apėmė ne visus šalies gyventojus. Neprivalomas draudimas reiškė, kad tam tikros grupės ar profesijos darbininkai, kurių darbo pobūdis neatitinka draudimo įstatymo reikalavimų, atleidžiami nuo draudimo. Tačiau jų pageidavimo patiems apsidrausti, draudimo organizacijos negalėjo nepatenkinti.

Ligonių kasų pagrindines pajamas sudarė: pašalpos, aukos, netikėtos pajamos narių ir darbdavių mokesčiai, ligonių kasų turto pajamos. Darbininkų įnašai negalėjo būti didesni kaip 3 jų darbo užmokesčių procentai, tai sudarė 60 proc. apdraustojo atlyginimo, o 40 proc. privalėjo mokėti samdytojas. Paskelbtame naujajame ligonių kasų įstatyme 1934 metais buvo nurodyta, kad ligonių kasų lėšas sudaro: pašalpos, aukos, baudos, kuriomis baudžia kasos valdyba, narių ir samdytojų mokesčiai, valstybės išdo įnašai, kasos turto pajamos. Pasikeitė darbininkų ir samdytojų mokamų mokesčių santykis, nuo 1934 metų darbdavys turėjo mokėti tokią sumą kaip ir darbininkas, tai yra 3 proc. darbininko darbo užmokesčio. Nuo draudėjų ir narių įmokų sumos 5 proc. mokėjo valstybės išdas. Ligonių kasų nariai pagal uždarbio dydį buvo suskirstyti į 6 klases,

kuo aukštesnė klasė, tuo geresnis medicininis aptarnavimas. Privalomasis draudimas nelietė tų asmenų, kurie trumpiau kaip vieną mėnesį dirbo samdomu darbininku, žemės ūkio darbininku, etatinių valstybės bei savivaldybės tarnautojų (jiems galioja kiti draudimo įstatymai) bei asmenų, kurių pagrindinis mėnesinis atlyginimas didesnis nei 1000 litų. Laisvai apsidrausti taip pat galėjo ne visi. Įstatyme buvo nurodyta, kad laisvai apsidrausti negali asmenys, kurie senesni nei 50 metų, yra invalidai bei serga chroniška ar neišgydoma liga. Laisvai apsidrausti buvo galima ne žemesnėje, kaip trečioje uždarbio, klasėje, tai yra mokant mėnesį į ligonių kasą ne mažiau kaip po 10,8 lito įmokų [9, p.17-18].

Už teikiamą medicinos pagalbą mokėjo ligonių kasos, t.y. ambulatorinę, ligoninės, gimdymo, dantų gydymo, kurortinę, sanitarinę, profilaktinę pagalbą; buvo aprūpinama vaistais, tvarsliaiva ir kitokiais gydymo reikmenimis. Ligoniai galėjo pasirinkti bet kurią ligonių kasos sąrašo gydytoją, gydymo įstaigą ar vaistinę.

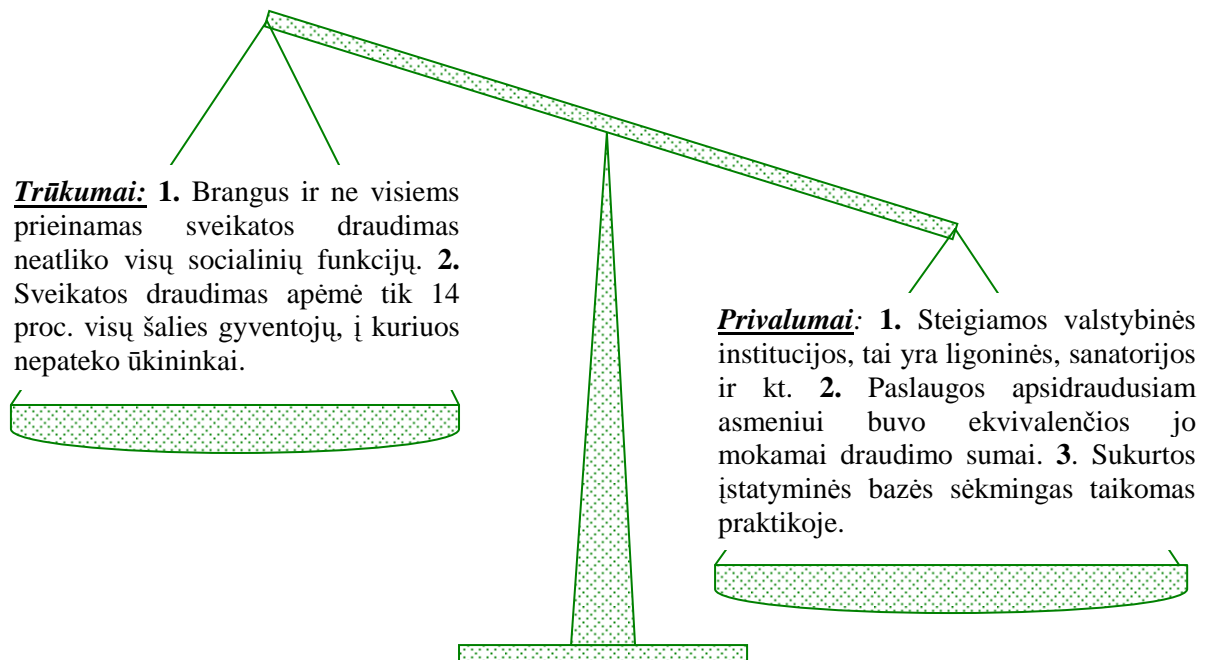
Pamažu susiformuoja įstatyminė sveikatos draudimo bazė, tai labai svarbus veiksmas antrajame sveikatos draudimo raidos etape. Sukuriamas valstybinis sveikatos draudimas, kuris gali geriau garantuoti normalų sistemos funkcionavimą, esant jaunai valstybei ir nestabiliai padėčiai, nei kuriantis privatiems sveikatos draudimo fondams. Nežiūrint į tai, ligonių kasos vis tiek nesugebėjo užtikrinti sėkmingo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo. Tai atsitiko dėl dviejų priežasčių. Pirma, ligonių kasos, netrukus, pasaulinės ekonominės krizės išdavoje, susidūrė su daugybe problemų vos tik pradėjusios savo darbą stabilios krašto ūkinės situacijos laikais. Mažėjo ir kasų pajamos, atlyginimai, nors apdraustųjų skaičius augo. Buvo ir draudėjų išsiskolinimų. Vengiantys mokesčius mokėti darbdaviai keldavo daug rūpesčių ligonių kasoms. Jie vengdami papildomų išlaidų, dažnai paprasčiausiai neregistruodavo savo samdinių ligonių kasose arba registruodavo pavėluotai. Žinias apie samdinių uždarbius, nuo kurių skaičiuojamos įmokos, dažnai ligonių kasai darbdaviai pateikdavo klaidingas. Atsitikdavo ir taip, kad darbdavys kasos nariui susirgus, jį atleisdavo iš darbo ir išregistruodavo iš ligonių kasos, o pasveikus nebepriimdavo atgal į darbą. Antra, pagal ligonių kasų statistiką, 1938 m. visose ligonių kasose buvo 108 tūkst. narių. Bendras šalies gyventojų skaičius tuo metu siekė 2,88 mln. Tad ligonių kasos apjungė tik nedidelę dalį Lietuvos žmonių. Pagrindinė priežastis - atleisti nuo privalomojo sveikatos draudimo žemės ūkio darbininkai, kurie sudarė 86 proc. šalies gyventojų.

Būdingi bruožai antrajam sveikatos draudimo raidos etapui:

- funkcionuoja savanoriškas (neprivalomas) draudimas;
- sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos visiems ligonių kasų nariams;
- lėšų kaupimas ligonių kasose, kurių veikla reglamentuota Sveikatos draudimo įstatymu;
- finansavimas iš valstybės lėšų bei ligonių kasų pajamų, privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų;

- ligonių kasas tvarko darbuotojų ir darbdavių atstovai;
- valstybės vaidmuo sveikatos sistemoje minimalus.

Išskirsiu pagrindinius antrojo sveikatos draudimo raidos etapo privalumus ir trūkumus (10pav.).



Šaltinis: sukurta autoriaus

10 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos antrojo raidos etapo privalumai ir trūkumai

3. *Sovietų Sąjungos laikotarpis (1940-1990 m.).* Lietuvai tapus Sovietų Sąjungos dalimi kruopščiai kurtos sveikatos ir socialinio draudimo sistemos buvo sugriautos. Sovietinė valdžia 1940 metų gruodžio 15 dieną, Lietuvoje ligonių kasas panaikino. Buvo pritaikytas sovietinis socialinio draudimo modelis.

Valdžios atsakomybėn perėjo visas socialinio draudimo sistemos finansavimas ir administravimas. Bendrame socialinio draudimo biudžete, kuris buvo dalis TSRS valstybinio biudžeto, buvo kaupiami visi socialinio draudimo įnašai. Tačiau kokia dalis skiriama sveikatos apsaugai išskirta nebuvo. Nepriklausomai nuo darbo trukmės ir apmokėjimo formų, valstybinis socialinis draudimas buvo taikomas visiems darbininkams ir tarnautojams.

Darbuotojai socialinio draudimo įnašų iš savo atlyginimo nemokėdavo, nes socialinis draudimas buvo vykdomas tik valstybės lėšomis, įmokas mokėjo įmonės ir organizacijos.. Šiuos įnašus Lietuvos įmonės, įstaigos ir organizacijos mokėjo profesinėms sąjungoms. Priklausomai nuo to, kokiai profesinei sąjungai įmonė ar organizacija priklausė, buvo taikomi skirtingi įmokų tarifai, pavyzdžiui, kultūros darbuotojų profsąjungai buvo taikomas 7 proc. įmokų tarifas, geležinkelių - 10 proc., maisto pramonės darbuotojams - 14 proc. nuo darbo užmokesčio. [14]

Visos sveikatos draudimo išlaidos buvo dengiamos valstybinėmis lėšomis iš valstybinio

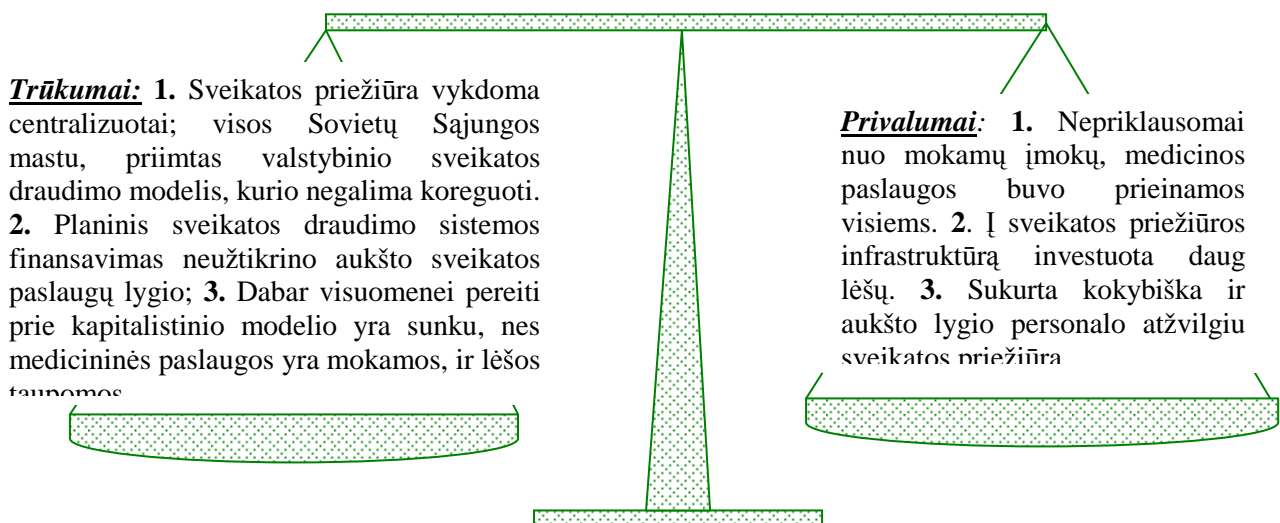
biudžeto. Socialinio draudimo išmokos nuo įmokų mokėjimo fakto nepriklausė. Darbdaviai, vietinių profsajungų leidimu, iš šių lėšų mokėdavo pensijas dirbantiems pensininkams, laikino nedarbingumo ir kitas pašalpas.

Šis etapas išskirtinis tuo, iki šiol egzistavusią sveikatos draudimo sistemą visiškai pertvarkė Sovietų sąjunga. Valstybė, panaikinus iki 1940 metų egzistavusias ligonių kasas, perėmė centralizuotą sveikatos priežiūros sistemos valdymą ir finansavimą. Antra vertus, toks sveikatos draudimo sistemos valdymas leido valstybei užtikrinti sveikatos paslaugų prieinamumą visiems šalies gyventojams. Daug lėšų valstybė investavo į sveikatos priežiūros infrastruktūrą bei užtikrino aukšto lygio sveikatos priežiūrą. Sveikatos sistemos finansavimas rėmėsi planinėmis gamybos užduotimis. Paslaugų apimtis dažniausiai būdavo nustatoma, planuojant išteklių apimtį (lovų, apsilankymų poliklinikose skaičius, gydytojų parengimo) pakeitimus. Neatsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, planavimo institucijos siekė, kad kiekvienais metais prekių ir paslaugų būtų pateikiama kuo daugiau. Šitoks sveikatos draudimo finansavimas skatino sveikatos priežiūros institucijas išlaidauti, o ne taupyti. Didesnis lovų skaičius ligoninėse, arba sergančiųjų apsilankymas poliklinikose garantavo, kad įmonė ar įstaiga turės daugiau išteklių, didės šių organizacijų vadovų atlyginimas bei socialinis prestižas. Nukentėdavo sveikatos paslaugų kokybė, nes institucijos buvo suinteresuotos teikiamų sveikatos paslaugų kiekybe, o ne kokybe.

Apibendrinant trečią sveikatos draudimo raidos etapą, išskirsiu tokius pagrindinius jo bruožus:

- nemokamos ir visiems prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos;
- centralizuotas sveikatos draudimo valdymas, remiantis planine sistema;
- finansavimas iš valstybės biudžeto;
- socialinės įmokos renkamos per profsajungas.

Išskirsiu pagrindinius trečiojo sveikatos draudimo raidos etapo privalumus ir trūkumus (11 pav.)



Šaltinis: sukurta autoriaus

11 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos trečiojo raidos etapo privalumai ir trūkumai

3.2. Dabartinės Lietuvos sveikatos draudimo sistema ir jos finansavimo įvertinimas

3.2.1. Atkurtos Nepriklausomos Lietuvos sveikatos draudimo sistema

Atkurtoje Nepriklausomoje Lietuvos Respublikoje vyravo tipiškas buvusios Sovietų Sąjungos sveikatos priežiūros teikimo modelis, kuriam buvo būdinga didelė centralizacija, menkos pacientų galimybės rinktis sveikatos priežiūros paslaugas ir ribotos jų teisės. Dėl tokių priežasčių sveikatos priežiūros funkcionavimas negalėjo būti efektyvus. Atsirado sveikatos priežiūros sistemos reformoms būtinybė Lietuvoje, nes tik jos galėjo išspręsti daugelį specifinių problemų ir svarbių uždavinių, tokių kaip: pacientų lygybės užtikrinimas, sveikatos priežiūros efektyvumo didinimas, sveikatos būklės, vartotojo pasirinkimo ir sveikatos priežiūros kokybės gerinimas.

Svarbiausios senosios sveikatos priežiūros sistemos reformavimo priežastys buvo šios:

1. Lėšų poreikio sveikatos priežiūrai didėjimas;
2. Per mažas dėmesys visuomenės švietimui ir pirminei sveikatos priežiūrai;
3. Nepatenkinamas medicinos paslaugų prieinamumas;
4. Nepakankamai motyvų, skatinančių medikus teikti tik kokybiškas ar bent jau patenkinamos kokybės paslaugas;
5. Pastovus vaistų trūkumas;
6. Palyginus su Europos šalių bendrais rodikliais, dvigubai didesnis gydytojų skaičius tenkantis vienam gyventojui;
7. Žemi medicinos specialistų atlyginimai;
8. Draudimas užsiimti privačia praktika. [28]

Pirmaeiliu sveikatos priežiūros uždaviniu, 1990 metais atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, tapo sveikatos apsaugos paslaugų kokybės gerinimas ir bazinių medicinos paslaugų garantavimas. 1991 metais įvykęs VI gydytojų suvažiavimas priėmė, Nacionalinę sveikatos apsaugos koncepciją, kuri vėliau buvo patvirtinta Parlamento. Joje buvo suformuluota sveikatos apsaugos politika, išdėstyti prioritetai - pirminės sveikatos priežiūros plėtra, šeimos gydytojo institucijos diegimas, numatoma sveikatos priežiūros įstaigų struktūra pagal pirminį, antrinį ir tretinį paslaugų teikimo lygį. Dauguma Lietuvos politinių partijų tuomet pasisakė už valstybinę draudos mediciną, nes valstybinė arba tokia medicina sudaro visų Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros pagrindą. Tai ir reikėtų laikyti sveikatos reformos pradžia.

1991 metų gegužės 21 dieną buvo patvirtintas Valstybinio socialinio draudimo įstatymas. LR Vyriausybės nutarimu, 1992m. sausio 10 dieną, buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa (VLK), kuriai buvo skirtas metodinio vadovavimo sistemai bei finansuotojo sutartyse nenumatytais atvejais vaidmuo. Svarstant 1992 metų reformos eigą Sveikatos apsaugos ministerija nusprendė, kad visos sveikatos sektoriaus finansavimo delegavimas savivaldybėms turi daugiau neigiamų nei teigiamų

pusių, ir 1993-1996 metais respublikinės įstaigos buvo finansuojamos tik per VLK. Jos pagrindinė veiklos funkcija - sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas pagal atlikto darbo kiekį ir kokybę. Tokia apmokėjimo forma buvo vienas iš draudiminės medicinos principų, nes iki tol medicinos įstaigos buvo finansuojamos pagal poreikius ir galimybes, tai yra iš esmės teorinių lovadienių skaičių, neatsižvelgiant į tai, kaip realiai ta lova panaudojama. Tai ir buvo priežastis, kodėl nebuvo suinteresuotumo mažinti lovų ar ambulatorijų skaičių, nes dėl to sumažėtų finansavimas. Žmonės vykdavo gydytis į respublikines ligonines, o pinigines lėšas likdavo savivaldybėse. Be to, respublikinės ligoninės dažnai atkartodavo savivaldybių ligoninių funkcijas, pavyzdžiui, pirminis ligonių ištyrimas ir kt., tai sudarydavo papildomas išlaidas ligoniams gydyti. Dažnai, pacientai vykdavo gydytis į kitus rajonus, o ne ten kur jie gyvena. Šiais atvejais gydymo išlaidos padidėdavo tiems rajonams, kuriose gydydavosi kitų rajonų ligoniai [5].

1993-1994 metais sparčiai vyko nekontroliuojamas farmacijos sektoriaus privatizavimas. Atsirado privačiai dirbančių gydytojų bei stomatologų. Iki 1995 m. buvo privatizuotos dalis sanatorijų, kelios stomatologijos poliklinikos, tačiau ligoninių privatizavimo procesas nepalietė. Ne vieną kartą keitėsi valdžios požiūris į galimybę privačioje praktikoje naudoti valstybės ar savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigų patalpomis bei įrangą. Privatus sektorius susiformavo kaip atskiras, rinkos mechanizmų reguliuojamas sektorius. 1995 m. pabaigoje privatus sveikatos priežiūros paslaugų sektorius buvo ne didelis, jame vyravo stomatologijos paslaugos, kosmetinė chirurgija, ginekologija, psichoterapija. [5]

Sveikatos priežiūros sistema nagrinėjamu laikotarpiu Lietuvoje buvo daugiausia finansuojama iš mokesčių. Didžioji dalis finansinių lėšų buvo sutelkta vietos biudžetuose, o kitą – respublikiniame (valstybės) biudžete. Valstybinio socialinio draudimo fondas buvo dar vienas sveikatos priežiūros sistemos finansavimo šaltinis į kurį, pagal vyriausybės nustatytą įmokos tarifą, privalomas socialinio draudimo įmokas privalėjo mokėti darbdaviai ir darbuotojai.

Vietos biudžetų lėšos buvo sukaupiamos iš toje teritorijoje surinktų mokesčių, o kai kurie mokesčiai į vietos biudžetą patekdavo tiesiogiai. Likusieji buvo perskirstomi Vyriausybės pagal įvairius kriterijus. Vienas iš tokių kriterijų buvo gyventojų skaičius ir tankis, kitas svarbus kriterijus buvo istorinis išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, dydis. Buvo įvertintas faktinis vietos savivaldybių socialinės infrastruktūros tinklas. Savivaldybės nusprendė, kiek tiksliai jų metinio biudžeto bus išleista sveikatos priežiūros paslaugoms.

Ankstesnės išlaidos darydavo įtaką jų sprendimams. Dėl tokio finansavimo mechanizmo geografinis finansinių išteklių paskirstymas buvo labai ne vienodas. Buvo numatyta, kad įgyvendinus sveikatos apsaugos reformą, sveikatos priežiūra bus finansuojama iš trijų šaltinių:

- savanoriško sveikatos draudimo fondų;
- privalomojo sveikatos draudimo fondų (PSDF);

- valstybės ir savivaldybių biudžetų.

Šis Lietuvos sveikatos draudimo etapas – tai perėjimas iš biudžetinės sveikatos finansavimo sistemos į draudimo principu pagrįstą draudimo sistemą. Pagrindinis dėmesys, Lietuvai pereinant į rinkos ekonomiką siekiant ją pritaikyti prie visuomenės poreikių, buvo skiriamas sveikatos sistemos reformai. Reformomis buvo siekiama kelių pagrindinių tikslų:

- Pirmasis - vystyti aktyvią sveikatos priežiūros politiką. Tai reiškia, kad daugiau dėmesio turi būti kreipiama į prevenciją, šviečiant visuomenę, propaguojant sveiko gyvenimo būdą, skatinant sveikatingumą, užuot remiamasi strategijomis, vertusiomis medicinos tarnybas kovoti su ligų pasekmėmis.

- Antrasis - restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugas. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų orientuotos į pirminės sveikatos priežiūros plėtrą. Stacionaro paslaugas pakeitus ambulatorinėmis bei socialine priežiūra, sumažėtų ligoninių sektoriaus vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje.

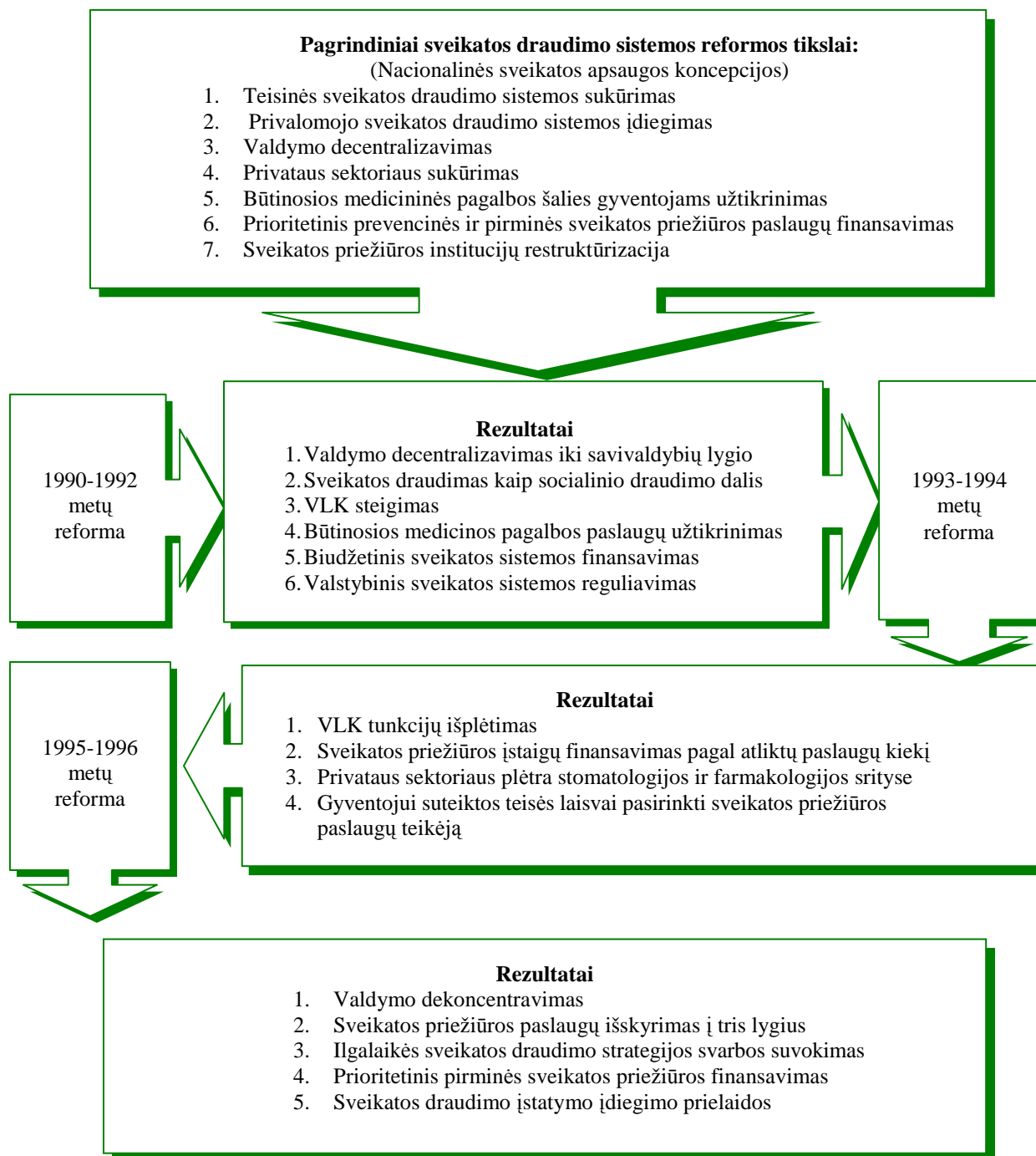
- Trečiasis reformų tikslas yra didinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų darbo produktyvumą. Skatinti paslaugų teikėjus orientotis į pacientų poreikius, sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, diegiant naują sveikatos priežiūros sistemą pagal draudimo schemą.

Galiausiai tikimasi įdiegti demokratiškesnį sprendimų priėmimo modelį, didinant savivaldybių ir apskričių, pacientų, medicinos specialistų bei apskritai visuomenės vaidmenį. Šių pagrindinių trijų tikslų, vykdydamos sveikatos priežiūros sistemos reformas, siekia visos Europos šalys.

Sveikatos draudimo sistemos reformavimas po nepriklausomybės atkūrimo 1990 m. perėjo tris stadijas (12 pav.). Daugiausia buvo pokyčių pasiekta sveikatos draudimo sistemoje pirmosios sveikatos draudimo sistemos reformos stadijos metu (1990-1992 m.). Buvo sukurtos pagrindinės prielaidos sveikatos draudimui funkcionuoti bei įgyvendinti pirmieji Nacionalinės sveikatos apsaugos tikslai: Socialinio draudimo įstatymo priėmimas, VLK įsteigimas, būtinųjų medicininių paslaugų užtikrinimas bei sveikatos sektoriaus valdymo funkcijų perdavimas savivaldybėms. Dėl neigiamų asociacijų su sovietinės sistemos centralizuoto planavimo metodais, atsisakydama sveikatos apsaugos sistemos finansavimo planavimo Lietuvos Respublikos Vyriausybė šiuo laikotarpiu siekė iš pagrindų pakeisti sveikatos draudimo sistemą.

Reformų vertinimo kriterijai pradėjo keistis 1992-1994 metais, kai reformų veiksmingumas pradėtas vertinti remiantis ne griovimo sparta, bet taikant reikšmingesnius kriterijus. Dėl Lietuvos Respublikos rinkos nesugebėjimo prisitaikyti prie staigių pokyčių sveikatos apsaugos srityje Vyriausybė suprato, kad sveikatos sistemos reforma turi būti vykdoma palaipsniui, o ne iš karto. Siekiant priartinti sveikatos draudimo sistemą prie gyventojų poreikių patenkinimo bei prie rinkos sistemos 1993-1994 metais buvo skatinamas privataus sektoriaus vystymasis. Sveikatos sistemos

finansavimas buvo susietas su atliktų paslaugų apimtimi, o gyventojams buvo leista pasirinkti sveikatos paslaugų tiekėją.



Šaltinis: sukurta autoriaus

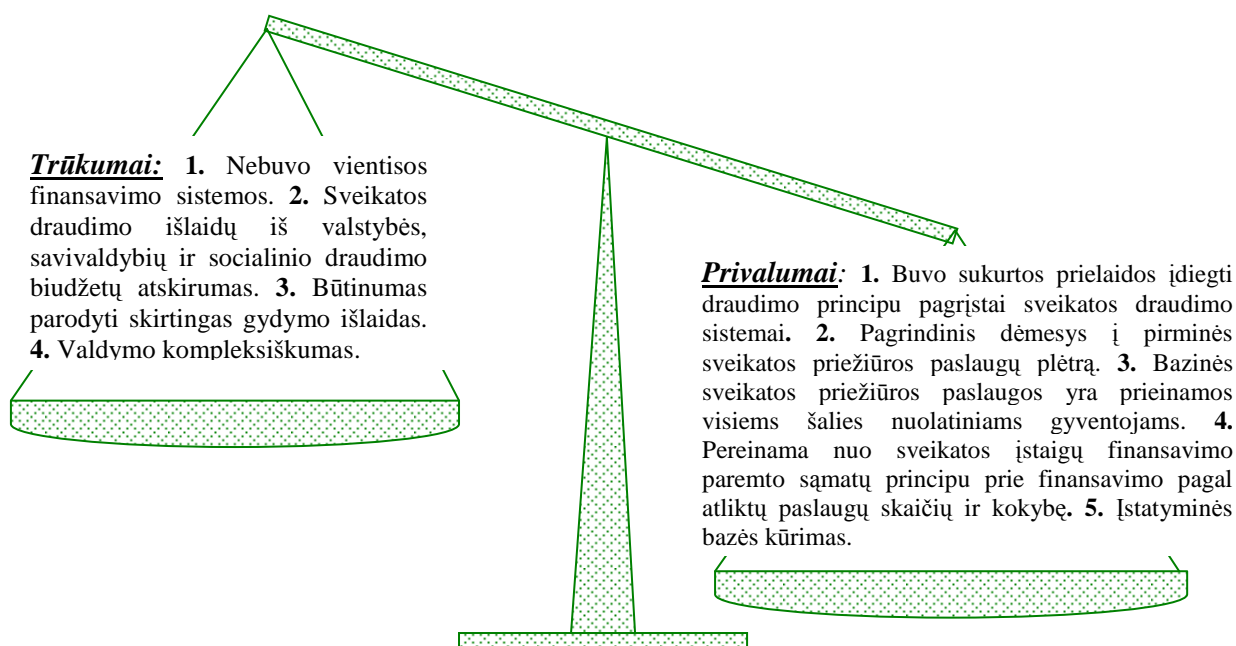
12 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos reformos tikslai ir rezultatai Lietuvos valstybės atkūrimo laikotarpiu

Šiam sveikatos draudimo sistemos raidos etapui būdingi bruožai:

- finansavimas per socialinio draudimo sistemą bei bendruosius mokesčius iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų;
- visiems šalies gyventojams laisvai prieinamos sveikatos paslaugos;
- dominuojantis vaidmuo valstybės.

Nežiūrint į tai, kad keitėsi vyriausybės, ministrai ir žemesnieji valdininkai dauguma sveikatos draudimo reformos tikslų buvo įgyvendinti: suformuota sveikatos draudimo politika, gyventojams užtikrinta būtinoji medicinos pagalba ir pan. Atsižvelgiant į pokyčių poveikį sveikatos sistemos finansavimui sveikatos draudimo sistemos reforma vyko palaipsniui. Nepriklausomos Lietuvos atkūrimo laikotarpiu vykusias sveikatos sistemos reformas teigiamai vertina dauguma tiek Lietuvos, tiek ir užsienio ekonomistai, nors kai kurios Nacionalinės sveikatos koncepcijos nebuvo įgyvendintos.

Išskirsiu pagrindinius šio sveikatos draudimo raidos etapo privalumus ir trūkumus (13 pav.).



Šaltinis: sukurta autoriaus

13 pav. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos trečiojo raidos etapo privalumai ir trūkumai

3.2.2 Lietuvos sveikatos draudimo teisinės bazės įvertinimas

Iki Nepriklausomos Lietuvos sukūrimo (iki 1918m.) sveikatos draudimo nieks nereglamentavo, nes valstybė nesikišo į pramonės įmonių kuriamą privataus sveikatos draudimo

sistemą. Todėl ir pirmųjų ligonių kasų veikla buvo ne efektyvi. Sprendimai dėl sveikatos problemos būdavo priimami decentralizuotai ir užmokestį už sveikatos paslaugas lėmė tik įmonių vadovai.

Nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu (1918-1939 m.), tai yra 1919m. buvo paruoštas Darbo ir socialinės apsaugos ministerijos Ligos draudimo įstatymo projektas. Galutinis šio įstatymo variantas buvo priimtas 1926 metų pavasarį. Remiantis šiuo įstatymu 1928 metų pabaigoje buvo pradėtos steigti Ligoninių kasos. Jos buvo atsakingos už įmokų surinkimą bei paslaugų finansavimą. Darbuotojai ir jų darbdavių rinktieji atstovai tvarkė ligonių kasas. Darbuotojų atstovų skaičius turėjo būti didesnis negu darbdavių.

Priimtas Ligoninių kasų įstatymas su ne didelėmis pataisomis veikė iki 1934 metų. Jis skelbė, kad ligos atveju privalomai draudžiami tie asmenys, kurie pasamdyti dirba arba tarnauja valstybei, savivaldybėms ar privatiems asmenims. Taigi tokie darbuotojai ir darbdaviai, privalėdavo apsidrausti ir mokėti mokesčius nepriklausomai nuo jų noro. Įstatymo vykdymą privalėjo užtikrinti darbdavys, nes jis turėdavo pranešti apie kiekvieną į darbą priimtą ir atleistą darbininką ir tarnautoją. Apdraustų pagal Valstybės tarnautojų pensijų ir pašalpų įstatymą privalomas draudimas nelietė pasamdytų laikinai dirbti (iki mėnesio) ir gaunančių didesnę kaip 400 Lt per mėnesį atlyginimą tarnautojų.

Paskelbtas naujas ligonių kasų įstatymas – 1934 metais. Jame buvo nurodyta, kad ligonių kasų lėšas sudaro: pašalpos, aukos, baudos, kuriomis baudžia kasos valdyba, narių ir samdytojų mokesčiai, valstybės išdo įnašai, kasos turto pajamos. Pasikeitė darbininkų ir samdytojų mokamų mokesčių santykis, nuo 1934 metų darbdavys turėjo mokėti tokią sumą kaip ir darbininkas, tai yra 3 proc. darbininko darbo užmokesčio. Nuo draudėjų ir narių įmokų sumos 5 proc. mokėjo valstybės išdas. Ligoninių kasų nariai pagal uždarbio dydį buvo suskirstyti į 6 klases, kuo aukštesnė klasė, tuo geresnis medicininis aptarnavimas. Privalomasis draudimas nelietė tų asmenų, kurie trumpiau kaip vieną mėnesį dirbo samdomu darbininku, žemės ūkio darbininkų, etatinių valstybės bei savivaldybės tarnautojų (jiems galioja kiti draudimo įstatymai) bei asmenų, kurių pagrindinis mėnesinis atlyginimas didesnis nei 1000 litų. Laisvai apsidrausti taip pat galėjo ne visi. Įstatyme buvo nurodyta, kad laisvai apsidrausti negali asmenys, kurie senesni nei 50 metų, yra invalidai bei serga chroniška ar neišgydoma liga. Laisvai apsidrausti buvo galima ne žemesnėje, kaip trečioje uždarbio, klasėje, tai yra mokant mėnesį į ligonių kasą ne mažiau kaip po 10,8 lito įmokų [9, p.17-18].

Taigi, galima teigti, kad Nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu susiformuoja pagrindai įstatyminei sveikatos bazei. Sukuriamas valstybinis sveikatos draudimas, kuris gali geriau garantuoti normalų sistemos funkcionavimą, esant jaunai valstybei ir nestabiliai padėčiai, nei kuriantis privatiems sveikatos draudimo fondams.

Po daugelio metų permainų jau 1990 metais spalio mėn. Lietuvos Respublikos

Aukščiausioji Taryba priėmė Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą, kuris apibrėžė socialinio aprūpinimo pagrindus. Valstybinio socialinio draudimo įstatyme, įteisinusiame sveikatos draudimo sistemos atkūrimo Lietuvoje pradžią, buvo vėliau išplėtos šio įstatymo bazinės nuostatos. Šis įstatymas buvo patvirtintas 1991 metų gegužės 21 dieną. Jo trečiasis skyrius reglamentuoja išmokas, susijusias su išlaidų medikamentams bei sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimu.

Savivaldybėms buvo patikėta pirminė ir antrinė sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros finansavimo srityje, pirmųjų nepriklausomybės metų teisės aktuose savivaldybėms numatoma santykinai daug teisių. Biudžetinės sandaros įstatymas 1990 metais suteikė savivaldybėms teisę tvirtinti savivaldybės sveikatos biudžeto bei pavaldžių sveikatos įstaigų biudžetų apimtis. Medicinos technikos ir vaistų tiekimo sistemos buvo iš karto decentralizuotos.

Kad sveikatos sistema galėtų veikti reikėjo įstatymo, kuris dar nebuvo sukurtas. Buvo pateikti du sveikatos draudimo įstatymo projekto variantai tuometiniam Seimui. Vieną jų rengė prie Sveikatos apsaugos ministerijos sudarytos specialistų ir ekspertų grupės, vadinamos Sveikatos apsaugos reformų biuru (SARBo), kitą – savarankiški specialistai susibūrę prie Socialdemokratų partijos atstovų Seime.

Pirmoje lentelėje atsispindi šių sveikatos draudimo įstatymų projektų palyginimas.

Abiejuose projektuose buvo numatyta, kad sveikatos draudimas gali būti privalomasis (privalomuoju draudimu draudžiami visi Lietuvos Respublikos gyventojai) ir savanoriškasis (savanorišku sveikatos draudimu galėtų draustis asmenys, kurie nori papildomai gydytis arba gauti papildomų paslaugų. Pateiktų įstatymų autoriai vieningai sutarė, kad būtina medicinos pagalba būtų suteikiama nemokamai ir padengiama iš valstybės biudžeto skiriamų lėšų.

Socialdemokratų projektas pirmenybę teikė valstybiniam modeliui, pagal kurį privalomąjį sveikatos draudimą vykdytų tik Valstybinė ligonių kasa ir jos filialai - teritorinės ligonių kasos (TLK). Visos šios sistemos steigėjas - Sveikatos apsaugos ministerija. Šio modelio valdymo struktūros yra teritorinės ligonių kasos valdyba bei taryba, kurios narius rengtų atitinkamų savivaldybių tarybos ir kuriose ne valstybinių institucijų dalyvavimas būtų nedominuojantis.

SARBo Sveikatos draudimo įstatymo projektas numatė, kad be Valstybinių ligonių kasų sistemos privalomąjį sveikatos draudimą vykdys ir visuomeninės ligonių kasos bei sveikatos draudimo organizacijos. Svarbu, kad organizacijos turėtų valstybės licenzijas draudimo veiklai, nes tai įpareigotų jas paklusti valstybės sveikatos politikai, garantuotų numatytų paslaugų kokybę ir efektyvumą. Teikdamos paslaugas pigiau ir geriau viena už kitą firmos turėtų teisę konkuruoti. Taip būtų įgyvendintas ir socialinio teisingumo principas: sveikieji padengtų dalį išlaidų už sergančius, turtingieji - už beturčius. Sužlugus vienai draudimo bendrovei, apdraustieji rastų prieglobstį kitoje. Taip pat buvo numatyta, kad šiame projekte skubią medicinos pagalbą finansuos valstybė. Šiuo

atveju sistemai valdyti būtų sukurta Respublikinė sveikatos draudimo taryba, susidedanti iš draudikų, medicinos darbuotojų, profesinių sąjungų ir darbdavių atstovų bei veikianti pagal Vyriausybės patvirtintus nuostatus.

1 lentelė

Privalomojo sveikatos draudimo koncepcijos

ASPEKTAS	SOCIALDEMOKRATŲ SVEIKATOS DRAUDIMO PROJEKTAS	SARB SVEIKATOS DRAUDIMO PROJEKTAS
Aprėptis	Draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai	Draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai
Sveikatos draudimo įmokų mokėjimas	Moka darbdaviai ir darbuotojai bei kai kuriais atvejais valstybė	Moka darbdaviai ir darbuotojai bei kai kuriais atvejais valstybė
Draudimo organizavimas	Sveikatos draudimą organizuoja visuomeninės institucijos (reformų pradžioje VLK su filialais)	Sveikatos draudimą organizuoja VLK, konkuruojanti su privačiomis pelno siekiančiomis draudimo kompanijomis
Gyventojų teisė rinktis draudiką	Nėra arba labai ribota	Kiekvienas gyventojas gali rinktis draudimo kompaniją
Įmokų tarifo nustatymas	Nustato įstatymas	Nustato įstatymas
Teikiamos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Draudimo kompanijos konkuruoja siūlydamos skirtingus paslaugų planus
Įstaigų pasirinkimas	Apdraustieji turi teisę rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus	Apdraustieji turi teisę rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus
Regioninis išteklių paskirstymas	Lėšas pagal gyventojų poreikius tarp TLK perskirsto VLK	Kiekviena draudimo kompanija visiškai disponuoja surinktomis įmokomis
Individualių įnašų kaupimas	Negalimas	Nusprendus draudimo kompanijai galimas ir net pageidautinas, siekiant šiuos įnašus investuoti
Paslaugų kainodara	Bazines kainas nustato valstybė	Bazines kainas nustato valstybė
Papildomas sveikatos draudimas	Privataus savanoriškojo draudimo objektas	Privataus savanoriškojo draudimo objektas

Šaltinis: sukurta autoriaus pagal Murauskienė L. Sveikatos draudimo istorija//Sveikatos draudimas Lietuvoje – Vilnius. Sveikatos ekonomikos centras, 1992 [26]

Abu projektai numatė, kad pagrindinis, šiuo požiūriu, yra dirbančiojo ir darbdavio santykis. Darbdavys savo dirbančiuosius privalomuoju sveikatos draudimu apdraustų, atskaičiuodamas nuo bendro darbo fondo (pagal socialdemokratų - 3 proc., pagal SARBo - 2 proc.), o dirbantysis savo

sveikatą privalomuoju sveikatos draudimu -mokėdamas nuo apskaičiuotų ir pervestų į draudimo kasą darbdavys. Individualių įmonių savininkai, ūkininkai, dirbantys pagal kitas darbo sutartis (pagal socialdemokratų projektą- 5 proc. nuo apmokestinamųjų pajamų, pagal SARBo - 4 proc.) savo sveikatą draustų patys. Bedarbius - birža, kitus asmenis išlaikytų valstybė.

Buvo numatyta abiejuose projektuose įkurti privalomojo sveikatos draudimo rezervo fondą. Tas fondas yra skirtas ypač brangioms sveikatos priežiūros paslaugoms, sveikatos priežiūros kaštams masinių susirgimų, stichinių nelaimių, katastrofų metu finansuoti ir jis būtų įtrauktas į kompensuojamųjų sąrašą. Pagal socialdemokratų projektą rezervo fondas būtų formuojamas prie Valstybinės ligonių kasos, pagal antrąjį - fondą steigėja Vyriausybė, o jam vadovautų Respublikinė sveikatos draudimo taryba.

Socialdemokratų projektas numatė, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų įkainius suderins Valstybinė ligonių kasa, Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė kainų bei konkurencijos tarnyba. Pagal SARBo projektą minimalius įkainius bei tarifus sutartimi suderintų Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė kainų ir konkurencijos tarnyba bei Respublikinė sveikatos draudimo taryba. Taigi SARBo projektas numato, kad sveikatos priežiūros tiekėjai (gydytojai) derės dėl įkainių ir tarifų dydžių, taip pat ir viso suinteresuotos šalys

Remiantis pateiktais sveikatos draudimo įstatymo projektais, 1996 m gegužės 21 dieną buvo priimtas Sveikatos draudimo įstatymas. Privačias finansų institucijas 1993-1995 metais sukrėtusios krizės, ypač "Sekundės" banko žlugimas, dėl kurių žlugimo nukentėjo nemažai gyventojų nemažai turėjo įtakos galutiniam apsisprendimui Kadangi Lietuvos privataus draudimo sektorius buvo labai jautrus šalies finansinėms krizėms, todėl priimant Privalomojo sveikatos draudimo įstatymą buvo atsižvelgiama į Socialdemokratų pasiūlyto įstatymo projekto nuostatas.

Lietuva priimdama Socialdemokratų sveikatos draudimo įstatymo projektą, monopolizavo sveikatos draudimo sistemą, jos administravimą patikėdama valstybei. SARB sveikatos draudimo projektas buvo orientuotas į papildomo sveikatos draudimo veiklos plėtrą. Pagrindiniai šio projekto privalumai: 1) konkurencija, kurią sukelia šalia valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų veikiančios privačios sveikatos priežiūros institucijos. Nes šalia jų galėtų veikti tik licenciją gavusi įstaiga ir tiek valstybinio sektoriaus, tiek privataus sektoriaus sveikatos priežiūros institucijos turėtų lygias galimybes.

2) Sveikatos draudimo sistemai finansavimo išlaidų mažinimas. Konkurencija tarp privačių ir valstybinių įmonių skatintų taupyti joms skiriamas lėšas.

3) Pagerėtų teikiamų paslaugų kokybė, nes privatus draudimas perimtų dalį pacientų, nebūtų eilių.

4) Racionalesnis sveikatos paslaugų bazinės kainos nustatymas. Minimalius įkainius ir tarifus, kaip ir numatė SARB projektas, sutartimi derina Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė

kainų ir konkurencijos tarnyba bei Respublikinė sveikatos draudimo tarnyba, kurioje būtų draudikų, medicinos darbuotojų, apdraustųjų ir darbdavių atstovų. Taigi, atsižvelgiant į realias rinkos sąlygas ir įvertinus jų pokytį būtų nustatomi įkainiai ir tarifai

Tačiau privačios draudimo kompanijos, dėl didesnio pelno siekimo gali vykdyti neskaidrią sveikatos priežiūros politiką. Dauguma privačių draudimo kompanijų apdraudžia joms naudingą kontingentą, bet rečiau sergančius žmones, todėl senesni, ligoti žmonės, pensininkai "lieka" valstybei.

Sveikatos draudimo sistemos raida rodo, jog sveikatos sistemai mūsų valstybėje nėra teikiamas prioritetas. Nors prielaidos sveikatos draudimo įstatymo sukūrimui Lietuvoje jau buvo sukurtos 1990 metais, tačiau pirmasis sveikatos priežiūrą bendrąja prasme reguliuojantis įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, buvo priimtas tik 1994 metų liepos mėnesį, o LR sveikatos draudimo įstatymas - 1996 metų liepos mėn.

LR Sveikatos draudimo įstatymas priimtas 1996 metų pavasarį rodo, kad buvo žengtas didelis žingsnis reformuojant visą sveikatos priežiūros sektorių. Tų pačių metų vasarą ir rudenį buvo parengti poįstatyminių aktų projektai bei metų pabaigoje visose apskrityse įkurtos teritorinės ligonių kasos. Vyriausybės nutarimu įkurta Valstybinė ligonių kasa buvo pertvarkyta į įstaigą, veikiančią Sveikatos draudimo įstatymo pagrindu.

Privalomasis sveikatos draudimas, kaip ir įstatymas reikalavo, turėjo įsigaliooti nuo 1997 metų sausio 1 dienos. Tačiau ligonių kasos neturėjo tinkamų patalpų, Sveikatos apsaugos reformų biuras (SARB), ligoninių vyr. gydytojai, medicinos personalas bei kiti įvairių lygių valdininkai nevienodai suprato įstatymo įgyvendinimą. Juridinė bazė neblogoi buvo parengta, tačiau dėl nebuvimo pagrindinių poįstatyminių aktų tarp jos ir praktinių dalykų buvo labai didelis atotrūkis. Visa tai lėmė, kad sveikatos draudimo įstatymas įsigaliojo nuo 1997 m. liepos 1 d. Sausio 1 dieną įvyko PSDF biudžeto atskyrimas nuo nacionalinio biudžeto. Tačiau dar pusmetį savivaldybės iš dalies finansavo asmens sveikatos priežiūros teikėjų išlaidas, o Sodra kompensavo medikamentų ir sanatorinių kelialapių įsigijimo išlaidas.

Nauja sveikatos priežiūros reforma apėmė ne tik pokyčius sveikatos draudimo sistemos finansavime, bet ir nacionalinio sveikatos sistemos valdymo pertvarkymą. Lyginant šio laikotarpio sveikatos priežiūros sistemos būklę su egzistavusia Sovietų sąjungoje ir 1990-1996 metais, išskirsiu šiuos pagrindinius pokyčius sveikatos priežiūros sistemoje, įgyvendinant LR Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas:

1. Sukurta ligonių kasų sistema 1997 metais (Valstybinė ligonių kasa ir 10 teritorinių ligonių kasų), kuri perėmė išlaidų medikamentams bei sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimą iš VSDF bei ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paprastųjų išlaidų finansavimą.

Ligonių kasų funkcija - įgyvendinti Seimo, Vyriausybės bei Sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos draudimo politiką bei užtikrinti, kad gyventojams būtų teikiamos medicinos paslaugos. Tai reiškia, kad ligonių kasos atsako už privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymą sveikatos paslaugų įstaigoms. Pagrindinis Sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo šaltinis – Privalomojo sveikatos draudimo fondas. Prasidėjo naujas reformos etapas - bandymas taikyti šalies mastu ne tiesioginio ekonominio reguliavimo metodus. Jų esmę sudaro sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų sudarymas bei paslaugų apmokėjimo sistemos pokyčiai, kai finansuojama atsižvelgiant ne į įstaigos buvimo faktą, o į jos veiklos rezultatus.

Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo problemas egzistavusias 1990-1996 metais padėjo išspręsti vieningos sveikatos draudimo sistemos finansavimą administruojančios institucijos įkūrimas. Kadangi sveikatos draudimo išlaidos buvo finansuojamos iš trijų atskirų finansavimo šaltinių, todėl tuo laikotarpiu nebuvo vientisos finansavimo sistemos. Ligonių kasų įsteigimas bei privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymas leido geriau planuoti bei koordinuoti sveikatos draudimo sistemos išlaidas. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto kiekį ir kokybę kontroliuoja ligonių kasos, bei atlieka finansinę lėšų naudojimo analizę. Todėl galima tiksliau nustatyti lėšų sveikatos draudimui poreikį, bei vykdomos sveikatos politikos efektyvumą. Antra vertus ligonių kasų institucija yra vertinama labai prieštaringai. Ligonių kasos atlieka tik biudžeto lėšų perskirstymą, kaip teigia LLRI, todėl šiam darbui visai nereikalinga atskira institucija. Ligonių kasų panaikinimas sumažintų sveikatos priežiūros administravimo išlaidas, o šios institucijos funkcijas būtų galima perleisti savivaldybėms.

2. Reikšmingi pokyčiai vyko ir reformuojant sveikatos priežiūros sistemos finansavimą. Sveikatos priežiūros paslaugos iki 1997 metų buvo finansuojamos iš bendrųjų mokesčių, o vaistų ir sanatorinės išlaidos kompensuojamos iš VSDF surenkamų draudimo įmokų. Reformuojant sveikatos draudimo sistemą buvo pritaikyta mišraus finansavimo principais paremta sveikatos draudimo sistema. Pagrindines PSDF biudžeto pajamas sudarė gyventojų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei valstybės pervedamos lėšos už socialiai remtinus asmenis.

3. Sveikatos priežiūros įstaigų pertvarkymas. Įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, sveikatos priežiūros įstaigos iš biudžetinių buvo pertvarkytos į viešąsias. Kadangi sveikatos priežiūros įstaigos finansuojamos sudarytų sutarčių su TLK pagrindu, gydymo įstaigos yra pačios atsakingos už savo veiklos rezultatus. Tai skatina šias įstaigas taupyti bei efektyviau panaudoti iš ligonių kasų gaunamas lėšas.

Valstybė įvedus privalomąjį sveikatos draudimo sistemos finansavimą, pamažu prarado sveikatos priežiūros įstaigų tiesioginio finansavimo bei administravimo funkcijas. Valstybės ir savivaldybių biudžetai šiuo metu tiesiogiai finansuoja visuomenės sveikatos įstaigas, dalį investicijų bei labai ribotai per nacionalines ir savivaldybių sveikatos programas remia asmens sveikatos

priežiūros įstaigas. Tačiau tai nesumenkino valstybės galios valdant sveikatos priežiūros sistemą.

Sveikatos priežiūros sistemoje valstybės vaidmuo išliko toks pat stiprus kaip ir Sovietų sąjungos laikotarpiu. Pasikeitė sveikatos priežiūros finansavimas įvedus sveikatos draudimo sistemą, tačiau pagrindinė kontrolė lėšų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti išliko valstybės rankose. Sveikatos apsaugos ministerija be bendros sveikatos priežiūros politikos bei įstatymų rengimo, turi reikšmingą vaidmenį investicijų srityje, bei daro įtaką kitoms valdymo institucijoms. Valstybė sudaro kompensuojamųjų vaistų bei sveikatos priežiūros paslaugų sąrašus, kontroliuoja sveikatos paslaugų bazinių kainų nustatymą, organizuoja centralizuotą sveikatos priežiūros paslaugų pirkimą. Valstybė kontroliuoja licencijų sveikatos priežiūros įstaigoms išdavimą bei privačių medicinos įstaigų paslaugų kompensavimo tvarką, nors ir Sveikatos draudimo įstatymas numato, kad šalia privalomojo sveikatos draudimo gali veikti ir papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas.

Galima išskirti šiuos sveikatos draudimo reformos privalumus:

1) sveikatos priežiūros įstaigų veiklą bei įvertinti tikrą sveikatos apsaugos sistemos lėšų poreikį leido geriau koordinuoti vienos sveikatos draudimo išlaidų administravimo institucijos (ligonių kasos) įkūrimas;

2) nereikalingoms patalpoms bei lovoms išlaikyti ir brangiai, dažnai tik prestižo tikslais perkamai aparatūrai pasirinktas finansavimo principas neleidžia švaistyti lėšų;

3) sukurta konkurencinga aplinka, kuri labiau atitinka vartotojų poreikius;

4) sveikatos priežiūros paslaugų įstaigų restruktūrizacija padėjo užtikrinti efektyvesnį išteklių panaudojimą, geresnę paslaugų - kokybę ir jų prieinamumą.

Pagrindiniai reformos trūkumai yra šie:

1) Sveikatos draudimo sistemoje išlikusi valstybės kontrolė.

2) Pertvarkymu buvo siekta pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei gydytojų ir pacientų tarpusavio santykius. Deja, gyventojai išliko silpniausiu sveikatos priežiūros sistemos dalyviu. Norintys patekti pas specialistus ligoniai turi laukti kelis mėnesius.

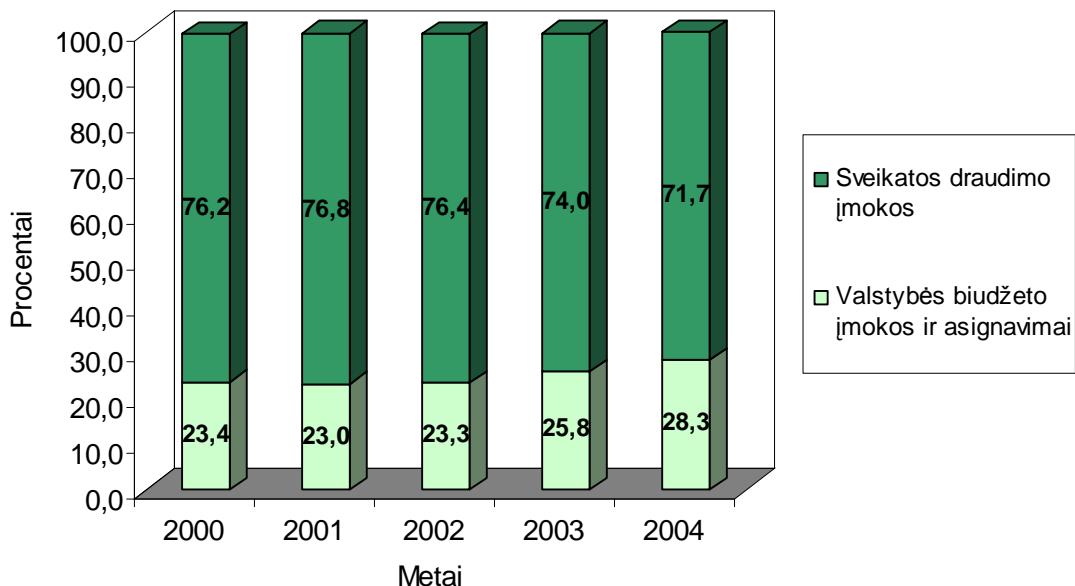
3.2.2 Sveikatos draudimo sistemos finansavimas

3.2.2.1 Pajamų analizė

Lietuvos Respublikos privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavimą reglamentuoja LR sveikatos draudimo įstatymas. Šis įstatymas apibrėžia sveikatos draudimo rūšis, PSD draudžiamus asmenis, PSDF biudžeto formavimo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kompensavimo iš PSD fondo biudžeto pagrindus, PSD draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros

įstaigų teises bei pareigas, PSD vykdančias institucijas.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo sistemos administravimas kaip jau minėjau buvo paliktas valstybės žinioje. Tačiau, atsižvelgiant į valstybę devintajame dešimtmetyje sukėrusią finansinę krizę, buvo nuspręsta pasirinkti socialinę sveikatos draudimo sistemą, pagrįstą tiek sveikatos draudimo įmokomis, tiek bendraisiais mokesčiais.



14 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos, proc.

PSDF biudžete kaupiamos ir atskiriamos lėšos sveikatos priežiūrai. Pagrindinę privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų dalį, apie 76 proc., sudaro sveikatos draudimo įmokos (14 pav.). Kaip rodo PSDF biudžeto struktūros pokyčiai privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavime nuo 2003 iki 2004 metų išaugo valstybės vaidmuo. Valstybės pervedamų lėšų dalis į PSDF biudžetą jau antri metai iš eilės padidėjo 2,5 procentiniais punktais, tuo tarpu sveikatos draudimo įmokų dalis sumažėjo 2,3 procentiniais punktais. Šių įmokų administravimo tvarka bei sveikatos draudimo įmokų tarifai yra diferencijuoti pagal gyventojų grupes (1 Priedas).

Iš 1 priede išvardintų įmokų punktų matyti, kad įvairių draudžiamųjų gyventojų grupių įmokų tarifai yra skirtingi. Taigi skiriasi ir įmokų dydis, kuris patenka į PSDF biudžetą.

Kaip matyti iš pateiktų duomenų 2 lentelėje, kad valstybė moka didžiausias sveikatos draudimo įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, taip pat dirbantieji gyventojai bei asmenys, nepriklausantys apdraustiesiems. Tuo tarpu ūkininkų bei fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla mėnesinė sveikatos draudimo įmoka nesiekia 20 Lt už vieną gyventoją. Šiuos skirtumus galima aiškinti tiek fiskalinėmis priežastimis, tiek valstybine socialine politika

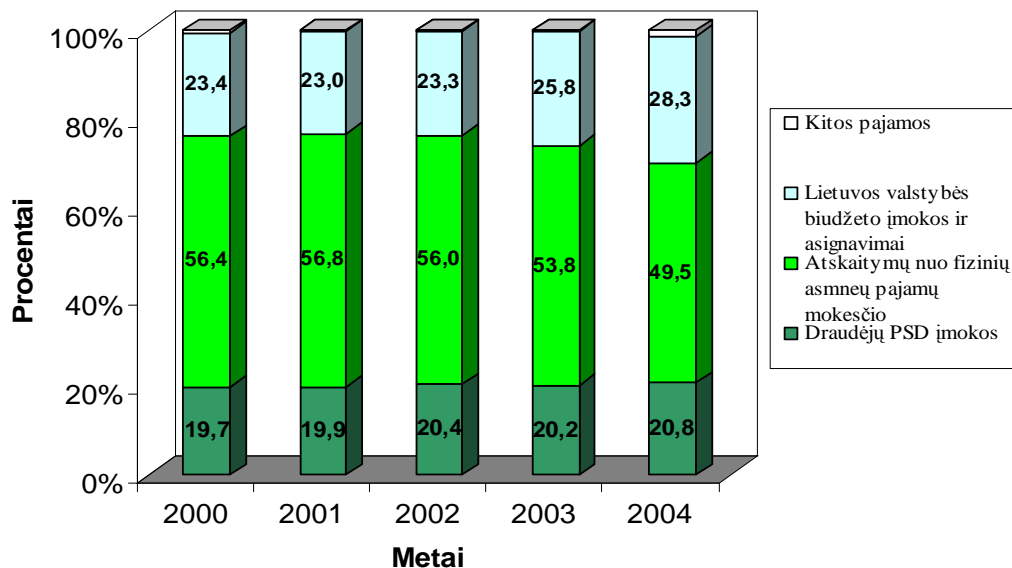
(pavyzdžiui, siekis sumažinti ūkininkų mokesčių našta). Mano nuomone, neteisinga yra, kad įmokų tarifai skirtingi, nes suteikiamos paslaugos visiems yra vis tiek vienodos, neatsižvelgiant į sumokėtų įmokų dydį. Valstybė turėtų nustatyti bazinę įmoką, o skirtumą tarp bazinės įmokos ir teikiamos lengvatos (ūkininkai, bei gyventojai, besiverčiantys individualia veikla, moka mažesnes įmokas) per atskiras socialines programas turėtų finansuoti valstybė.

2 lentelė

PSD mėnesinių įmokų dydis Lietuvoje pagal skirtingas apdraustųjų grupes 2004 metais

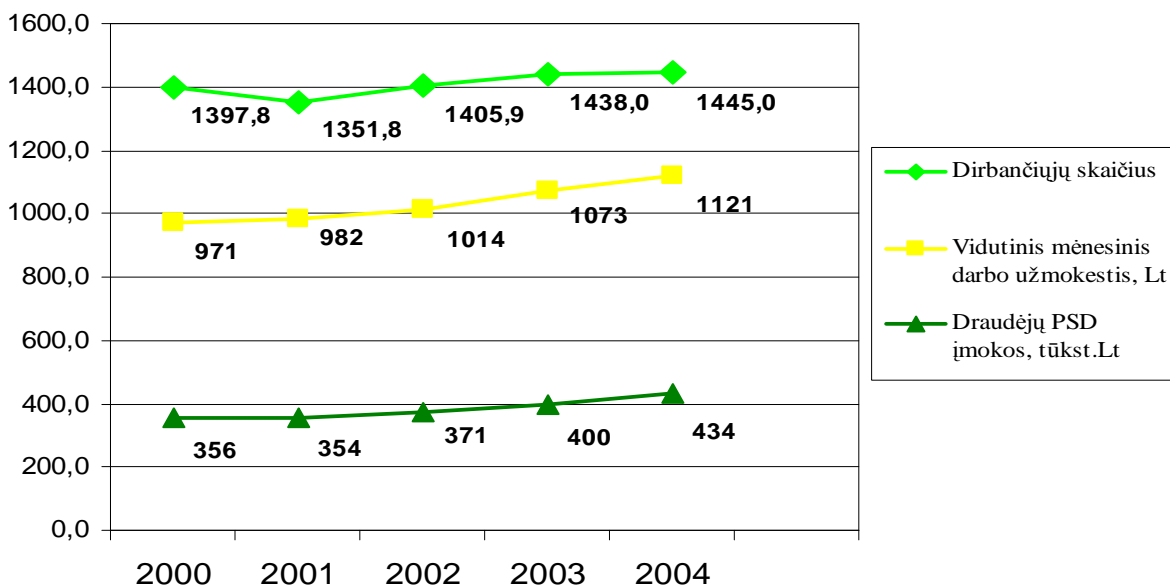
PSD įmokų dydžiai skirtingoms draudžiamųjų grupėms	Suma, Lt
1. Įmonių, įstaigų, organizacijų 3 proc. darbo užmokesčio dydžio įmokos už asmenis dirbančius pagal darbo sutartis ar narystės pagrindais (pagal vidutinį darbo užmokestį (1261 Lt):	37,83
2. Įmonių, įstaigų ir organizacijų 30 proc. gyventojų pajamų mokesčio sumos dydžio įmokos už asmenis gaunančius pajamas, susijusias su darbo santykiais pagal darbo sutartis ar narystės pagrindais (pagal vidutinį darbo užmokestį (1261 Lt):	96,13
Iš viso:	133,96
3. Ūkinės bendrijos už ūkinės bendrijos narius bei individualios (personalinės) įmonės savininkus kas mėnesį moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurios sudaro 2 procentus Statistikos departamento prie Lietuvos respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio (1261 Lt)	25,22
4. Fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, kaip apibrėžta gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, įskaitant asmenis, gaunančius pajamų už honorarus ir (ar) pagal autorines sutartis, moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, sudarančias 30 procentų apskaičiuotos gyventojų pajamų sumos, bet per mėnesį ne mažiau 1/12 metinės valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis einamaisiais mokesčiais metais.	18,45
5. Ūkininkų bei žemės naudotojų (3 ha ir daugiau žemės ūkio naudmenų) mokantys privalomojo sveikatos draudimo įmokas kas mėnesį 3,5 procentus minimalios mėnesinės algos	17,50
6. Asmeninio ūkio naudotojų (iki 3 ha žemės ūkio naudmenų) 1,5 proc. minimalios mėnesinės algos dydžio įmokos	7,50
7. Asmenų nepriklausančių apdraustiesiems 10 proc. Statistikos departamento prie LRV paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokos.	122,20
8. Valstybės sveikatos draudimo įmokos už apdrauosius valstybės lėšomis	221,40

Išanalizavus PSDF biudžeto pajamų struktūrą, matyti, kad didžiausią PSDF biudžeto pajamų dalį sudaro atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio – apie 54,5 proc. visų PSDF biudžeto pajamų, tuo tarpu valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai - apie 25 proc. PSDF biudžeto pajamų ir VSDF administruojamos sveikatos draudimo įmokos-20 proc. PSDF biudžeto pajamų. Kitos PSDF biudžeto pajamos sudaro tik iki 2 proc. visų privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų (15 pav.).



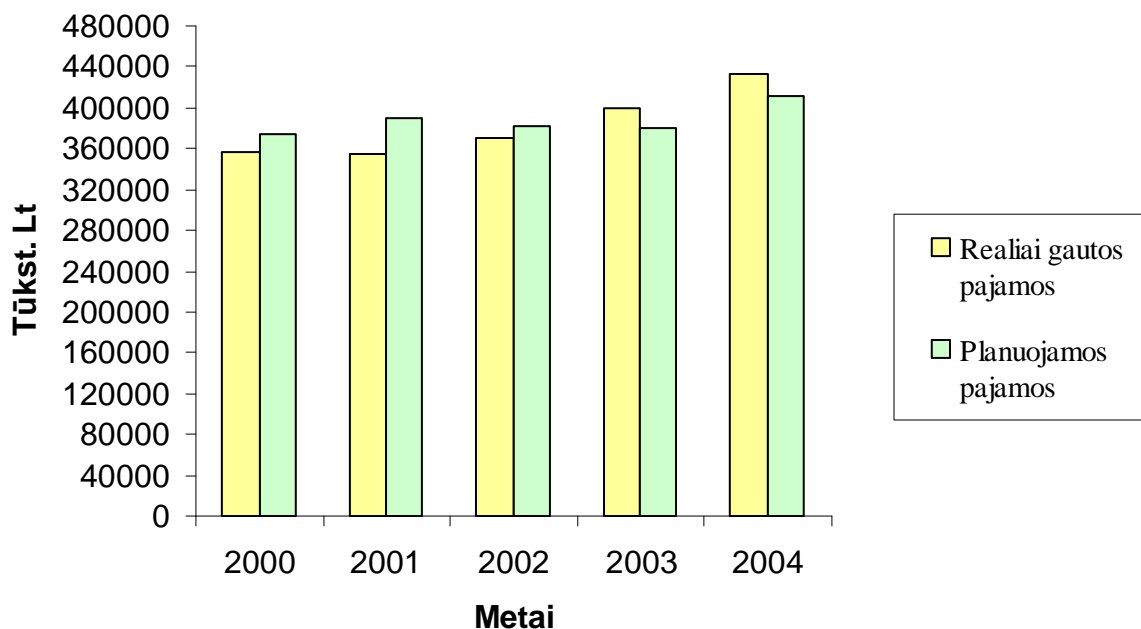
15 pav. PSDF biudžeto pajamų struktūra, proc.

PSDF biudžeto pajamos iš draudėjų mokamų sveikatos draudimo įmokų analizuojamu laikotarpiu kito gana netolygiai (16 pav.). Dėl šalyje nestabilios ekonominės padėties didėjo nedarbo lygis bei mažėjo gyventojų uždirbamų pajamų dydis, todėl iki 2001 metų PSDF biudžeto pajamos iš draudėjų mokamų sveikatos draudimo įmokų kasmet mažėjo apie 1291 tūkst. Lt. 2001 metais sumažėjus 5 proc. dirbančių gyventojų skaičiui, PSDF biudžeto pajamos iš draudėjų privalomojo sveikatos draudimo įmokų sumažėjo 1,5 proc. Vidutinis mėnesinis darbo užmokestis, nuo kurio skaičiuojamos sveikatos draudimo įmokos, nevienoda kitimo tendencija nulėmė tai, kad pajamos mažėjo lėčiau negu dirbančiųjų skaičius. Žemas darbo užmokestis jau 2000 m. padidėjo 11 Lt, nors 2001 m. dirbančiųjų gyventojų skaičius mažėjo.



16 pav. Draudėjų PSD įmokų, vidutinio darbo užmokesčio ir dirbančių gyventojų skaičiaus kitimas

Nuo 2002 metų gerėjanti šalies ekonominė situacija, 6,4 proc. padidėjęs dirbančiųjų gyventojų skaičius ir 9 proc. padidėjęs mėnesinis darbo užmokestis lėmė PSDF biudžeto pajamų iš draudėjų mokamų sveikatos draudimo įmokų augimą ir šios pajamos 2003-2004 m. laikotarpiu išaugo apie 11 proc.



17 pav. Draudėjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos

17 paveiksle palyginta planuojamos PSDF biudžeto pajamos iš draudėjų mokamų sveikatos draudimo įmokų su realiai į biudžetą surinktomis tokiais pajamomis. Atsižvelgiant į tai, kad analizuojamu laikotarpiu 2000-2004 metais PSDF biudžetas nesurinko 49 mln. Lt pajamų iš sveikatos draudimo įmokų, todėl galima daryti išvadą, kad yra problemų, susijusių su sveikatos draudimo įmokų surinkimo administravimu.

Nagrinėjamu laikotarpiu – 2000-2004 metais įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio vidutiniškai sudarė 54 proc. visų PSDF biudžeto pajamų. Todėl šios rūšies pajamų dinamika labai įtakoja PSDF biudžeto pajamų pokytį.

Iš 3 lentelės duomenų matyti, kad šalies ūkinė padėtis, išaugęs nedarbo lygis bei kintantis gyventojų vidutinis mėnesinis atlyginimas nulėmė iki 2001 metų PSDF biudžeto pajamas iš atskaitymų nuo gyventojų pajamų mokesčio ir jos turėjo tendenciją mažėti. 2000-2001 metais išaugus dar 1 procentiniu punktu nedarbo lygiui, sumažėjo ir PSDF biudžeto pajamos 1 proc. Tokį pajamų pokytį nulėmė gyventojų vidutinis darbo užmokestis. 2002-2004 m. sveikatos draudimo įmokų nuo gyventojų pajamų mokesčio apimtis padidėjo net 10 proc., kadangi mažėjo nedarbo lygis, bei didėjo gyventojų vidutinis mėnesinis darbo užmokestis, gerėjo šalies ekonominė situacija.

Atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio ir nedarbo lygis

Metai	Atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio, mln. Lt	Nedarbo lygis, proc.
2000	1019	16,4
2001	1013	17,4
2002	1020	13,8
2003	1064	12,4
2004	1115	11,4

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Nuo VMI surinkto gyventojų pajamų mokesčio apimties priklauso PSDF biudžeto pajamų lygis iš atskaitymų nuo gyventojų pajamų mokesčio. Šis mokestis patenka į šalies nacionalinį biudžetą, kuris privalo laiku pervesti apskaičiuotus atskaitymus nuo gyventojų pajamų mokesčio į PSDF biudžetą.

Gyventojų pajamų mokesčio ir atskaitymų į PSDF biudžetą nuo gyventojų pajamų mokesčio pokytis

Pajamos	2000		2001		2002		2003		2004	
	mln. Lt	pokytis (proc.)	mln. Lt	Pokytis (proc.)	mln. Lt	Pokytis (proc.)	mln. Lt	Pokytis (proc.)	mln. Lt	Pokytis (proc.)
Į nacionalinį biudžetą surinktas gyventojų pajamų mokestis	2504	-2,7	2511	0,3	2547	1,4	2666	4,70	3054	14,0
Atskaitymai į PSDF biudžetą nuo gyventojų pajamų mokesčio	1019	-1,4	1014	0,5	1020	0,6	1064	4,30	1115	4,8

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Igyvendintos mokesčių reformos 2003 metų pradžioje padarė didelę įtaką gyventojų pajamų mokesčio apimčiai. Įsigaliojęs Gyventojų pajamų mokesčio įstatymas pakeitė Fizinių asmenų pajamų mokesčio laikinąjį įstatymą. Naujasis įstatymas numatė pagrindinio neapmokestinamojo pajamų dydžio padidėjimą nuo 250 Lt iki 290 Lt. Vadinasi surinkto gyventojų pajamų mokesčio apimtis turėjo sumažėti, nes gyventojai moka mažiau pajamų mokesčio. Tačiau 4 lentelės duomenys rodo, kad gyventojų pajamų mokestis 2004 metais išaugo net 14 proc. palyginus su 2003 m. Bet 2004 m. PSDF pajamų struktūra rodo kad atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio sudaro tik

49,5 proc., tai yra sumažėjo 4,3 procentiniais punktais. Taikomi nauji mokesčio tarifai pajamų mokesčiui apskaičiuoti nuo gyventojų pajamų iš nepagrindinės darbovietės bei padidintas nuo 430 iki 450 Lt minimalus mėnesinis atlyginimas turėjo įtakos gyventojų pajamų mokesčio kitimui. Šios priemonės lėmė, nuo 2002-2004 m. atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio šoktelėjo 4,2 procentiniais dydžiais.

Nagrinėjant PSDF biudžeto pajamų nuo gyventojų pajamų mokesčio surinkimą (5 lentelė), matyti, kad PSDF biudžetas iki 2001 m. negavo 160 mln. Lt planuotų pajamų. Atsitiko kita situacija 2002 metais, kada PSDF biudžetas ne tik nesurinko planuojamų pajamų, bet ir jas viršijo. 2002-2003 metais PSDF biudžetas gavo 274 mln. Lt daugiau negu planavo, taip pat atsitiko ir 2004 metais. Mano nuomone, PSDF biudžeto pajamų augimą lėmė šiuo laikotarpiu buvo sugriežtinta sveikatos draudimo įmokų nuo gyventojų pajamų mokesčio administravimo tvarka.

Sveikatos draudimo finansavime analizuojamu laikotarpiu didėjo valstybės vaidmuo. PSDF biudžeto pajamos 2000-2002 m. iš valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų sudarė 25 proc. visų PSDF biudžeto pajamų. Šis santykis didėjo, nes 2003 metais valstybės įmokų ir asignavimų dalis PSD biudžeto pajamų struktūroje padidėjo iki 28,5 proc., tai yra išaugo 2,7 procentiniais punktais. (15 pav.).

5 lentelė

Į PSDF biudžetą planuojamų ir realiai surinktų sveikatos draudimo įmokų nuo gyventojų pajamų mokesčio palyginimas, tūkst. Lt

Metai	Planuojamos pajamos	Realiai gautos pajamos	Skirtumas
2000	1045893	1019170	-26723
2001	1069050	1013779	-55271
2002	1003000	1020366	17366
2003	963000	1064342	101342
2004	1000936	1287854	286918

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Valstybinės ligonių kasos finansinė informacija. <http://www.vlk.lt> [35]

Iš 6 lentelės matyti, kad didžiausią valstybės lėšų, mokamų į PSDF biudžetą dalį sudaro sveikatos draudimo įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Valstybės įmokos 2000-2002 metais už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis sudarė 98,6 proc. visų valstybės įmokų. 2003 metais valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų struktūra šiek tiek pasikeitė: sumažėjo įmokų gaunamų iš valstybės biudžeto už apdraustuosius valstybės lėšomis dalis PSDF biudžeto pajamų –

86,3 proc. ir padidėjo biudžeto asignavimų dydis, kuris 2003 m. sudarė 13,0 proc. visų valstybės biudžeto į PSDF biudžetą pervedamų lėšų, tačiau jau 2004 m. jis vėl smuko iki 12,1 proc. Padidėjusi valstybės biudžeto asignavimų suma, kuri 2004 metais išaugo 72 mln. Lt. nulėmė tokį pajamų struktūros pokytį. Valstybės įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis išlieka didžiausia dalimi visų PSDF biudžeto pajamose iš valstybės biudžeto, kas ir nulėmia valstybės lėšų, pervedamų į PSDF biudžetą pokytį.

6 lentelė

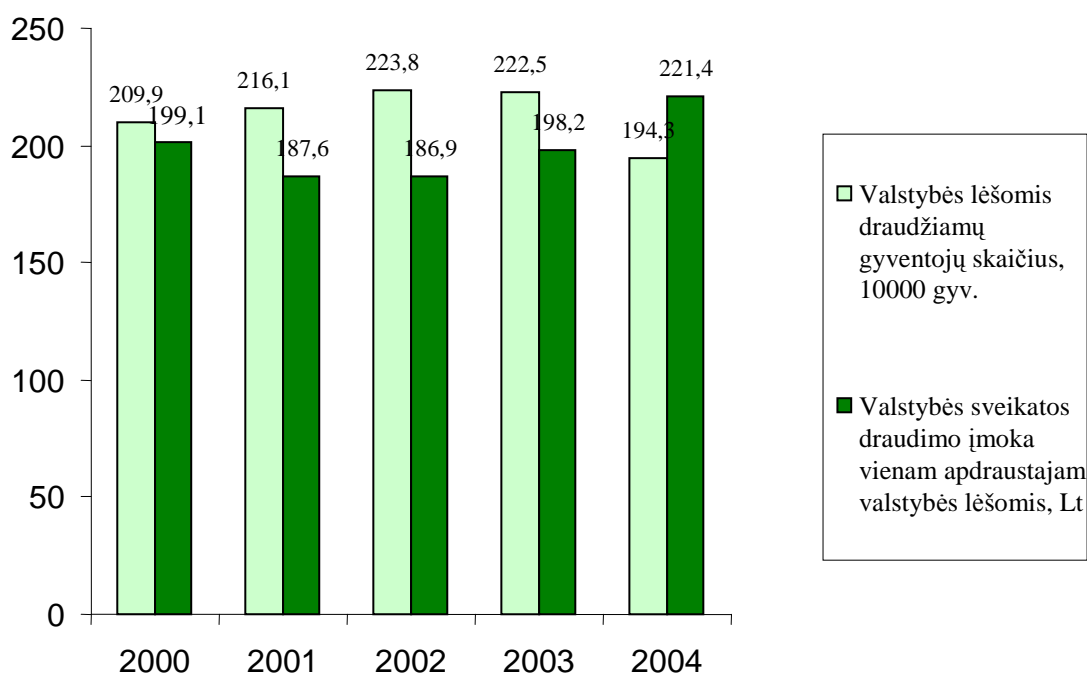
Lietuvos valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų, mokamų į PSDF biudžetą, struktūra

	2000		2001		2002		2003		2004	
	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.
Įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis	417760	98,8	405586	98,9	418207	98,3	440961	86,3	486081	87,2
Kiti biudžeto asignavimai	940	0,2	829	0,2	3280	0,8	66194	13,0	67342	12,1
Kompensacija donorams	4303	1,0	3846	0,9	3965	0,9	3954	0,8	3995	0,7

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Valstybės biudžeto įmokų už draudžiamus valstybės lėšomis gyventojus dydį ir bendrą apimtį metams nustato Seimas. 2001 m. į PSDF biudžetą valstybes biudžetas pervedė 2,9 proc. mažiau įmokų negu 2000 metais, o 2002 m. valstybės įmokų apimtis padidėjo 12 mln. Lt arba 2,9 proc. Valstybės nustatyta sveikatos draudimo įmoka už valstybės lėšomis apdraustą asmenį bei valstybes lėšomis draudžiamų asmenų skaičius nulėmė valstybes biudžeto įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis kitimą.

2000-2003 metais valstybes lėšomis draudžiamų asmenų skaičiaus didėjimas prasilenkė su nuolat mažinama valstybes biudžeto įmoka už šių asmenų PSD (18 pav.). Padidėjus valstybes lėšomis draudžiamų gyventojų skaičiui 2,5 proc., iki 2001 m. valstybės įmokos į PSDF biudžetą už kiekvieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį sumažėjo nuo 201,7 Lt iki 187,2 Lt., tai yra 22,8 proc. Seimas 2002 metais liepos 3 dieną papildė Sveikatos draudimo įstatymą nuostata, kad nuo 2003 metų sausio 1 dienos į PSDF biudžetą pervedama vienam apdraustajam įmoka negali būti mažesne kaip 35 proc. vidutinių mėnesinių draudžiamųjų pajamų (310 litų). Todėl 2003 m. ši įmoka buvo padidinta iki 198,2 Lt, o 2004 m. valstybes įmoka už valstybes lėšomis draudžiamus gyventojus sudarė 221,4 Lt. Taigi, valstybės lėšomis draudžiamų gyventojų skaičiaus augimas bei didėjimas įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis nulėmė, kad valstybės mokamos įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2002-2004 išaugo net 19 proc.



18 pav. Valstybės sveikatos draudimo įmokos vienam apdraustajam valstybės lėšomis ir valstybės lėšomis apdraustų gyventojų skaičiaus palyginimas

Nors vyriausybė nustato įmokų už kiekvieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį dydį, tačiau išanalizavus PSDF biudžeto pajamų iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus gyventojus, nustatyta, kad reali valstybės sveikatos PSD įmoka yra mažesnė.

7 lentelė

Apskaičiuotos ir patvirtintos valstybės biudžeto įmokos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį palyginimas

Metai	Įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, mln. Lt	Patvirtinta valstybės biudžeto įmoka už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį, Lt	Apskaičiuota valstybės biudžeto įmoka už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį, Lt
2000	417,8	201,7	199,1
2001	405,6	187,2	187,6
2002	418,2	187,2	186,9
2003	440,9	198,2	198,2
2004	486,1	221,4	221,4

Remiantis 7 lentelės duomenimis matyti, kad apskaičiuota valstybės įmoka už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis tik 2003 ir 2004 metais sutapo su valstybės nustatytais. Kitais tiriamais metais šis dydis buvo mažesnis, vadinasi nacionalinis biudžetas neperveda visų lėšų į PSDF biudžetą.

Gyventojai, už kuriuos nėra mokamos sveikatos draudimo įmokos, kaip ir numato sveikatos draudimo įstatymas, gali su teritorine ligonių kasa sutartį ir savarankiškai mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Jiems garantuojamos sveikatos priežiūros paslaugos, už kurių teikimą apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Tačiau tokios įmokos sudaro tik 0,1 proc. PSDF biudžete esančių visų pajamų.

Savanorišką sveikatos draudimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos draudimo įstatymas. Jame numatyta, kad yra galimas sveikatos draudimas - turtinių interesų, susijusių su fizinio asmens sveikata, draudimas, kai dėl draudiminių įvykių, susijusių su asmens sveikata, mokama draudimo išmoka, lygi draudimo sumai ar jos daliai arba dėl draudiminio įvykio patirtiems nuostoliams. Sveikatos draudimas apima draudimą nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimą ligos atvejui. Su šia sveikatos draudimo rūšimi susidūrė tie piliečiai, kurie išvykstant į užsienį ar panašiai, draudėsi sveikatą. Šia draudimo veikla užsiima draudimo bendrovės. Gydytojų paslaugos apsidraudus tik savanorišku sveikatos draudimu apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gydytojų paslaugos negarantuojamos.

Lietuvoje yra draudimo bendrovių, kurios teikia sveikatos draudimo paslaugas, tačiau draudimo bendrovėms tai nepelninga - per mažai norinčių draustis. Lietuvoje gyventojai linkę svarbiau apdrausti savo butą ar automobilį, bet ne sveikatą, kurios vertę gyventojai pajunta tik susirgę. Draudimas priverstų visuomenę pasižiūrėti, kuo ji pati galėtų sau padėti.

Atsižvelgiant į analizės metu gautus duomenis, išskirsiu šias priežastis lėmusias PSDF biudžeto pajamų kitimą:

1. Ekonominiai veiksniai:

a) mokesčių surinkimas, pagrįstas taikoma mokesčių sistema. Surinktų bendrųjų mokesčių pagrindu apie 20proc. sveikatos draudimo sistemos išlaidų finansuoja valstybė. Kuo didesnė surenkamų mokesčių pajamų suma, tuo daugiau lėšų sveikatos apsaugai gali skirti valstybė.

b) dirbančiųjų asmenų skaičius ir gyventojų uždirbamas vidutinis mėnesinis darbo užmokestis netiesiogiai įtakoja PSDF biudžeto pajamas PSDF pajamų didžiausią dalį sudaro įmokos nuo gyventojų pajamų mokesčio bei sveikatos draudimo įmokos, kurias į PSDF biudžetą perveda VSDF, todėl šių įmokų apimtis labai priklauso nuo minėtų veiksnių.

2. Socialiniai veiksniai:

a) mažėjant nedarbui didėja pajamų lygis. Bedarbių skaičius sumažėjo nuo 223,5 tūkst. 2001 m iki 198,4 tūkst. 2003 m. Dėl vykdomų struktūrinių reformų, privatizavimo kito užimtųjų

skaičius ir sąlyginis samdomų darbuotojų skaičius. Finansų ministerijos atliktoje Lietuvos ūkio plėtros prognozėje 2002-2005 m numatoma, kad dėl gerėjančios ekonominės padėties mažės nedarbo lygis, situacija darbo rinkoje palaipsniui gerės.

b) neigiamą įtaką PSDF biudžetui daro didėjantis valstybės lėšomis draudžiamųjų skaičius. Jeigu 2000 m jis sudarė 209,9 valstybės lėšomis draudžiamųjų gyventojų 10000, tai 2003 m šalyje buvo 222,5 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų 10000 gyv. ir sudarė 65,4 procentus visų šalis nuolatinių gyventojų.

2. Demografiniai rodikliai:

a) dėl migracijos ir neigiamo natūralaus gyventojų prieaugio mažėja bendras šalies gyventojų skaičius. Mažėjantis šalies gyventojų skaičius lemia uždirbamų pajamų sumažėjimą kas nulemia ir sveikatos sistemos pajamų mažėjimą. Daugiausia gyventojų emigruoja į užsienį, siekdami tokiu būdu padidinti savo pajamas. 2000 metais dėl emigracijos gyventojų skaičius šalyje - 20306 tūkst., 2001-2002 metais padėtis stabilizavosi, nors išvykstančiųjų į užsienį skaičius viršijo atvykstančių į Lietuvą.

b) mažėja gimstamumas ir vaikų skaičius. 2000-2002 metais vidutiniškai gimusiųjų skaičius sumažėdavo apie 1600. Gimusiųjų skaičius 2001 metais sumažėjo tik 1532 lyginant su 2000 metais. Padėtis stabilizavosi 2003 metais, nes gimusiųjų skaičius palyginus su 2002 metų duomenimis išaugo 584. Tačiau džiaugtis padidėjusiu gimstamumu nederėtų, todėl, kad vaikų iki vienerių metų amžiaus skaičius 2000-2003 metais sumažėjo 30,6 proc.

c) daugėja senų žmonių, gyventojų senėjimo procesas vysta mažo gimstamumo sąlygomis, todėl jo intensyvėjimo reikia tikėtis ir ateityje.

3.2.2.2. Išlaidų analizė

Sveikatos draudimo įstatymas numato vienodą visiems apdraustiesiems iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygį, neatsižvelgiant į gyventojų mokamų sveikatos draudimo įmokų dydį. Iš esmės tai neatspindi gaunamų paslaugų padengimo pagal "draudiminį principą", nes iš proporcingai didesnių įmokų, kurias moka vieni mokėtojai, apmokamos proporcingai mažesnes įmokas mokantiems suteiktos paslaugos.

Sveikatos apsaugos ministerija suderinusi su PSD taryba ir VLK nustato asmens sveikatos priežiūros paslaugias, apmokamų iš PSD fondo biudžeto, bazines kainas. Iš PSF biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos iš PSDF biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė, kurį tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija PSD tarybos teikimu. Sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas gali būti detalizuojamas TLK. Iš PSDF biudžeto apmokamos paslaugos yra tik tiems asmenims, kurie

mokėjo PSD įmokas. Kitos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra išvardintos iš PSD fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše ir nepriskirtos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms, teikiamoms sveikatos priežiūros įstaigoje nuolatiniams šalies gyventojams, apmoka patys pacientai.

Svarbu skirstant PSDF lėšas suvokti, kad nėra jokio mokslinio objektyvaus būdo, kaip šias lėšas paskirstyti teisingai, nes neįmanoma išmatuoti ir vieningoje skalėje įvertinti skirtingų žmonių skirtingų ligų kainos. Todėl visais atvejais lėšos skirstomos remiantis ideologiniais arba politiniais kriterijais.

Šiuometinėje Lietuvoje veikia Vakarų Europos šalyse paplitęs modelis, kuris remiasi privalomuoju valstybiniu sveikatos draudimu. Jo pagrindinės ydos yra nulemtos jos prigimties -tai, kad jis valstybinis ir tai, kad jis privalomas. Vadinasi finansavime nėra konkurencijos, taigi - ir prielaidų efektyvumui; nėra nei paslaugų gavėjo, nei tiekėjo motyvacijos lėšas naudoti taupiai. Kadangi lėšų trūkumas PSDF biudžete greitai pasijaučia, paslaugų tiekėjas yra priverčiamas riboti jas administracinėmis priemonėmis: standartizuotais įkainiais, vaistų kvotomis ir pan. Pacientas taupo tada, kai už paslaugas jis turi primokėti ir priemoka nėra tik simbolinė.

Yra keli riboto sveikatos biudžeto skirstymo variantai:

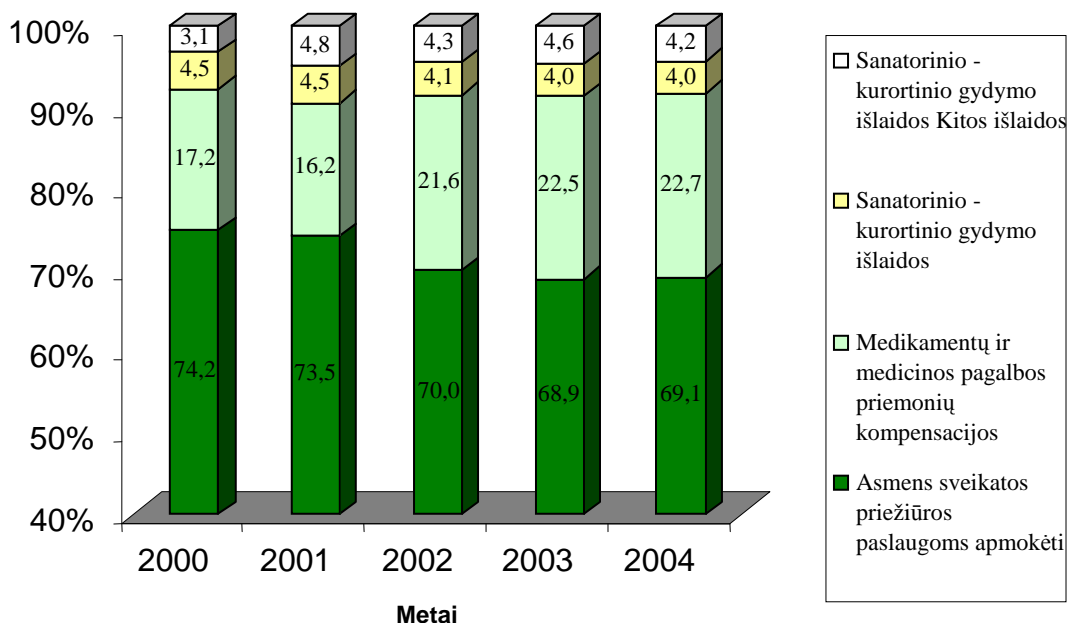
1. kompensuoti gydymo išlaidas visiems, bet nepilnai;
2. kompensuoti gydymo išlaidas pilnai, bet ne visoms ligoms;
3. kompensuoti gydymo išlaidas pilnai, bet tik neturintiems pajamų;
4. kompensuoti gydymo išlaidas pilnai, bet tik kai kurioms socialinėms grupėms.[29]

Lietuvos sveikatos finansavimo sistemai būdingi trys iš šių bruožų: egzistuoja ligų sąrašas, kuriems gydyti vaistai yra kompensuojami, nors gydytojo paslaugos kompensuojamos visiems susirgimams. Kai kurioms socialinėms grupėms kompensuojamos visos gydymo išlaidos (pavyzdžiui, vaikams ir invalidams). Už kompensuojamus vaistus bei sveikatos paslaugas reikia primokėti.[29]

Iš 19 pav. matyti, kad didžiausia dalis išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms yra skirta asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (apie 71 proc.) bei vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (apie 19 proc.) apmokėti. Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniams gydymui kompensuoti 2000-2004 m. sudarė vidutiniškai 4,3 proc., o kitos išlaidos sveikatos paslaugoms - apie 4 proc. (19 pav.). Galima teigti, kad išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti dalis PSDF išlaidų struktūroje kasmet mažėja, išskyrus paskutiniuosius metus -2004m. jos nežymiai padidėja Iki 2001 m. analizuojamų išlaidų dalis nuo visų PSDF biudžeto išlaidų sumažėjo 1,8 procentiniais punktais, nes mažėjo ir išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurios 2000-2003 m. sumažėjo 5,3 proc. Vykdoma sveikatos priežiūros institucijų restruktūrizacija, kuria buvo siekiama skirti daugiau lėšų ambulatoriniam gydymui bei pirminei sveikatos priežiūrai ir mažinti

išlaidas stacionarinėms paslaugoms lėmė išlaidų mažėjimą. Tačiau nuo 2002 m. išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms vėl ėmė augti ir 2002-2004 m. šios išlaidos padidėjo 1,5 proc., nors šių išlaidų dalis nuo visų PSDF biudžeto išlaidų sumažėjo 1,1 procentiniais punktais.

Procentai



8 lentelėje „Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir jų struktūra“ matyti, kad didesnė išlaidų dalis (apie 60 proc.) skiriama stacionarinėms paslaugoms apmokėti bei pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (apie 20 proc.) (9 lentelė). 2002 metais įsigaliojo nauja stacionariųjų gydymo įstaigų finansavimo tvarka. Anksčiau gydymo įstaigos gaudavo biudžetą metams, kas nulėmė išlaidų stacionariams gydymo įstaigoms augimą. Iki 2001 metų išlaidos stacionariams asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti kasmet augo, kol 2001 metais jos sudarė 823mln. Lt. Nuo 2002 metų visi gydomi susirgimai pagal sunkumą buvo suskirstyti į keturias grupes. Sunkiausių susirgimų gydymą valstybė apmoka 100 proc, kitų susirgimų gydymas apmokamas 50 ar 15-17 proc. Toks finansavimas leido efektyviau paskirstyti fondo lėšas, tuo pačiu mažinant stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti reikalaujamų išlaidų kiekį. Pritaikius naują sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo tvarką, 2002 metais išlaidos stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti lyginant su 2001 metais sumažėjo 32 mln.. Lt arba 3,9 proc., o nuo 2003m iki 2004m – 14mln. Lt.

Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir jų struktūra

Išlaidos	2000		2001		2002		2003		2004	
	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.
Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	275897	20,8	273215	20,8	274572,4	20,7	278671,5	20,8	285915,1	21,3
Greitosios medicinos pagalbos paslaugoms apmokėti	72431	5,5	70674	5,4	71149	5,4	72107,2	5,4	70340,3	5,2
Slaugai ir palaikomajam gydymui apmokėti	35234	2,7	37046	2,8	38248,9	2,9	40015,7	3,0	41129,7	3,1
Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	134649	10,1	135200	10,3	149910,1	11,3	163666,5	12,2	172407	12,8
Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	810103	61,0	823717	61,5	1 791099,5	59,7	787764,1	58,7	773755,2	57,6

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Iš PSDF biudžeto 100 proc. yra kompensuojamos išlaidos pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, kadangi pirminės sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai gauti turi visi Lietuvos Respublikos piliečiai. Šių išlaidų dydis priklauso nuo suteiktų paslaugų kiekio, todėl išlaidos pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti kito nevienodai. Iki 2001 metų šios išlaidos augo, 2002 metais - sumažėjo iki 27mln. Lt, o 2003 ir 2004 metais vėl padidėjo.

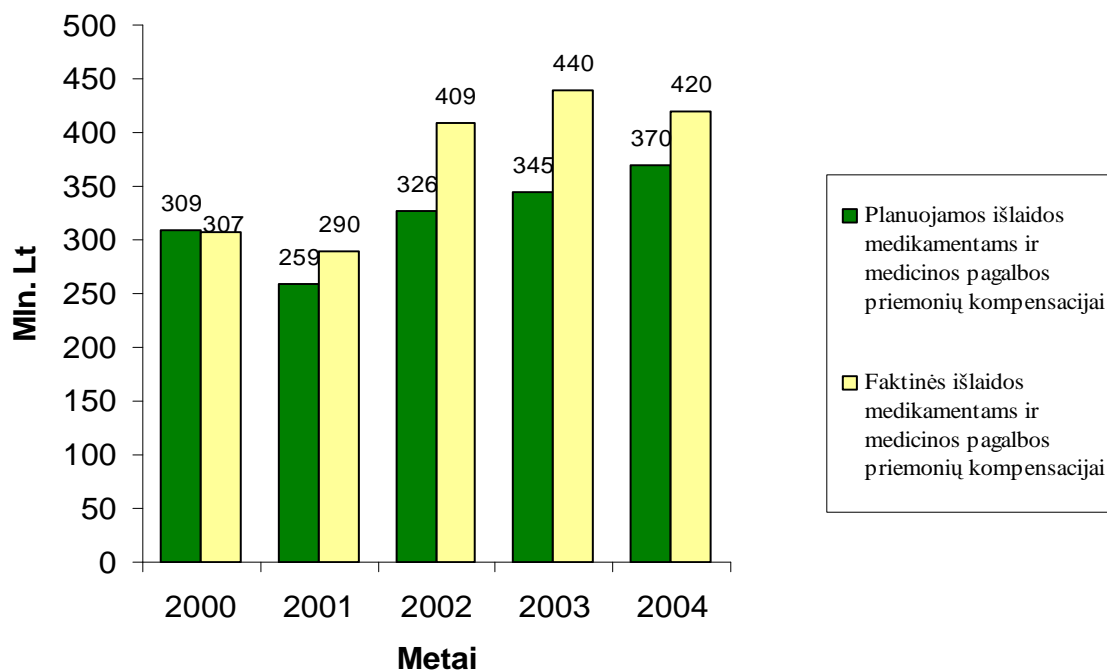
Naujų brangių technologijų diegimas, kurį lemia Lietuvos rinkos integravimasis į pasaulio rinkas, labai greita medicinos technologijų raida bei didėjantis Lietuvos gydytojų profesinių organizacijų aktyvumas lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms poreikio didėjimui daro didžiausią įtaką.

Išlaidos skiriamos medikamentams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti sudaro nemažą PSDF biudžeto išlaidų dalį: 2000-2001 m jos sudarė apie 16-17 proc., o 2002 -2004 metais - 21-22 proc. visų išlaidų. (19 pav.)

Sveikatos apsaugos ministerija Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu nustato būtinųjų kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą. Išlaidos, skirtos ambulatoriniam gydymui būtiniams vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti, kompensuojamos pagal bazines kainas, kurias apskaičiuoja Sveikatos apsaugos ministerija Vyriausybės nustatyta tvarka, o VLK lieka tik sumokėti už kompensuojamus vaistus.

Pastebimas iki 2002 metų išlaidų medikamentams ir medicinos priemonėms augimas: 2003 m. šios išlaidos išaugo net 52 proc. ir viršijo planuojamas išlaidas (20 pav.). Sveikatos draudimo analitikai, aiškindamiesi išlaidų vaistams ir medicinos priemonėms augimo priežastis, nurodo šias: 1) 2000 m. pradžioje vidutiniškai 10 proc. padidėjusios vaistų kainos, brangių vaistų, daugiausiai

skirtų onkologiniams ir psichikos ligoniams gydyti, įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą 2) 5 proc. PVM vaistams ir medicinos technikai įteisinimas, 3) vis didesnis vaistų skaičiaus įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą.



20 pav. Planinių ir faktinių išlaidų palyginimas medikamentams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti

Vyriausybė 2002 metais siekiant sustabdyti grėsmingą išlaidų kompensuojamiesiems vaistams didėjimą vaistams kompensuoti skyrė 326 mln. Lt, tai yra 17 mln. Lt daugiau negu 2001 metais. Tačiau šių lėšų nepakako, kad būtų padengtos skolos vaistų didmenininkams ir vaistininkams susikaupusioms per kelerius metus. Buvo imtasi tam tikrų priemonių:

- 1) vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu nuo 2002 metų balandžio 1 dienos, gydymo įstaigoms buvo nustatomi lėšų limitai kompensuojamiems vaistams, už kuriuos jo galėjo išrašyti kompensuojamųjų vaistų;
- 2) pakeistas kai kurių vaistų kompensavimo lygis;
- 3) įdiegti kompensuojamųjų vaistų pasai;
- 4) numatoma parengti 10-ies ligų sąrašą, kurių gydymo išlaidos pačios didžiausios, diagnostikos bei gydymo metodikas.

Pateikti 20 paveiksle duomenys rodo, kad kai kurios gydymo įstaigos ignoruoja susitarimus su teritorinėmis ligonių kasomis dėl leistinų lėšų skaičiaus kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti. Kompensuojamųjų vaistų pasų įvedimas nesustabdė išlaidų augimo. 2002-2003 m. išlaidos medikamentams ir medicinos priemonėms kompensuoti

išaugo apie 50 proc. Be to, iš 16 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad faktinės išlaidos medikamentams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti smarkiai viršijo planuojamas išlaidas, tai yra apie 27,5 proc., tačiau 2004 metais situacija pasikeitė – planas viršijo faktą 50mln. Lt.

Susidarė skola sveikatos priežiūros įstaigų vaistų gamintojams bei asmens sveikatos priežiūros įstaigoms dėl to, kad PSDF biudžetas daugelį metų negaudavo tiek lėšų, kiek būdavo kasmet planuojama, todėl įsiskolinta tiek už kompensuojamuosius vaistus, tiek už gydymo įstaigų suteiktas gydymo paslaugas. 2000 metais skolos vaistininkams sudarė 101 mln. Lt, o 2001 metais ši skola padidėjo – 83 mln. Lt. Todėl, siekdama išspręsti šią problemą, vyriausybė priėmė nutarimą "Dėl kreditorinio įsiskolinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir vaistinėms grąžinimo tvarkos patvirtinimo", kuriuo buvo numatyta skirti daugiau lėšų iš PSDF biudžeto sveikatos priežiūros įstaigoms, kad jos galėtų atsiskaityti su vaistininkais bei sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjais. 2003 metais skolos vaistininkams sumažėjo 17,2 proc

Valstybė nepajėgia užkirsti kelią lėšų vaistų ir medicinos priemonių apmokėjimo poreikio augimui. LLR1 ekspertai siūlo įvesti mišrų - valstybės paciento- finansavimą visoms sveikatos paslaugoms ir vaistams, naikinti kompensuojamųjų vaistų sąrašą ir kainų reguliavimą, paliekant tik fiksuotą sveikatos paslaugų ir vaistų kompensavimą pagal biudžeto galimybes. Mano nuomone, tuomet nukentėtų socialiai remtini asmenys, kurie neturi pakankamai lėšų šioms išlaidoms kompensuoti.

Išlaidų kompensuojamiesiems vaistams didėjimas yra tendencingas visose šalyse. Lietuvoje gyventojų poreikis gydytis šiuolaikiniais vaistais nuolat auga ir iš esmės nenusileidžia Vakarų Europos šalių gyventojų poreikiams.

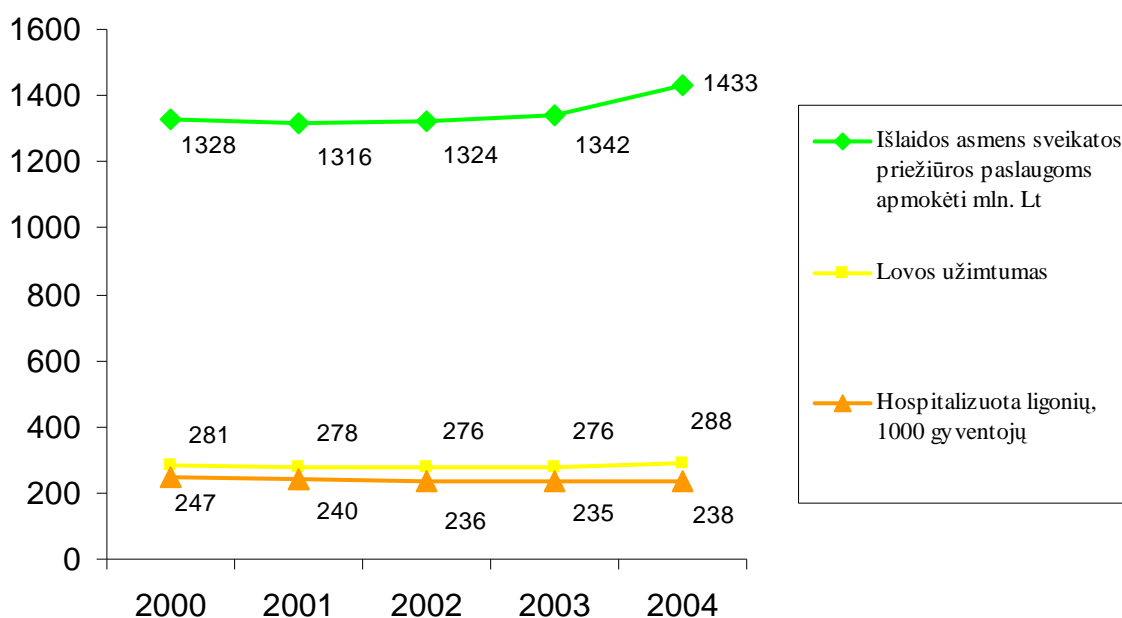
Palyginti su kitomis išlaidomis, gana didelę PSDF biudžeto išlaidų dalį sudaro sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidos. 2000 metais šios išlaidos sudarė 4,5 proc. visų biudžeto išlaidų, tačiau ši dalis kasmet vis mažėjo, o 2004 metais šių išlaidų dalis PSDF biudžeto išlaidų struktūroje sudarė tik 4,0 proc.

Tuo tarpu Estijoje sanatoriniam kurortiniam gydymui buvo skiriama tik 1 proc. draudimo fondo lėšų, o Latvijoje sanatorijos apskritai nelaikomos sveikatos draudimo objektu. Neaiškumų kelia dabartinė siuntimų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui tvarka bei pats gydymas. Vykstant sveikatos apsaugos reformai, keitėsi ne tik sanatorinio - kurortinio gydymo bei apmokėjimo už tą gydymą aplinkybės, bet keitėsi ir pats gydymo principas, tai yra nuo sanatorinio poilsio buvo pereita į medicininę reabilitaciją. Po intensyvaus stacionarinio gydymo ligonis siunčiamas ne mažiau intensyviai reabilitacinio kurso gydymo kursui. Reabilitacijai skiriamų sveikatos draudimo lėšų paskirtis - atkurti žmogaus darbingumą o ne sudaryti sąlygas kurortiniam poilsiavimui. Žinoma, kad poilsis taip pat pasitarnauja žmogaus sveikatai, tačiau taip negali būti,

kad už jį būtų mokama iš PSDF biudžeto lėšų, nes jos skirtos gydymui. Mūsų šalies kurortų gamtinės sąlygos ir natūralūs gydomieji veiksniai drauge su medicininėmis procedūromis yra lėtinėmis ligomis sergančių žmonių sveikatos palaikymo būdas. Tačiau poilsis, jo organizavimas nėra medicinos sritis.

Dėl šių priežasčių išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui žymiai sumažėjo. 2000-2003 m. šios išlaidos sumažėjo 18,3 proc., bet padidėjo 2004 metais – 4,5 proc.

Nors įvedus privalomą sveikatos draudimą sumažėjo lovų ligoninėse skaičius bei jų užimtumas, hospitalizuotų gyventojų skaičius, be to, pertvarkius sveikatos priežiūros įstaigas iš biudžetinių į viešąsias buvo skatinama taupyti šių įstaigų veiklos išlaidas, bendrųjų išlaidų poreikis sveikatos priežiūrai tik išaugo (21 pav.).



Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

21 pav. Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti priklausomybė nuo hospitalizuotų ligonių skaičiaus bei lovos užimtumo

Lietuvoje egzistuojanti sveikatos draudimo sistema G. Valento nuomone, tik vadinama sveikatos draudimu. Iš tikrųjų tai nėra draudimas, nes ši sistema visiškai nesusijusi nei su rizikomis, nei su žmonių pasirinkimo galimybėmis. [34,- p.9]

Žiūrint teoriškai, sveikatos apsaugos finansavimas Lietuvoje vyksta per draudimą. Sveikatos draudimo įmokos faktiškai atitinka mokesčio požymius atsižvelgiant į tai, kad

draudimas yra valstybinis, privalomas ir monopolinis. Taigi bendraja prasme apie jas galime kalbėti kaip apie biudžeto subsidijas. Šis finansavimo dvilypumas - lyg ir draudimas, lyg ir subsidija įneša nemažai painiavos bei neskaidrumo, to dėl yra sunkiau valdyti sveikatos draudimo įmonių finansus ir priimti strateginius sprendimus.

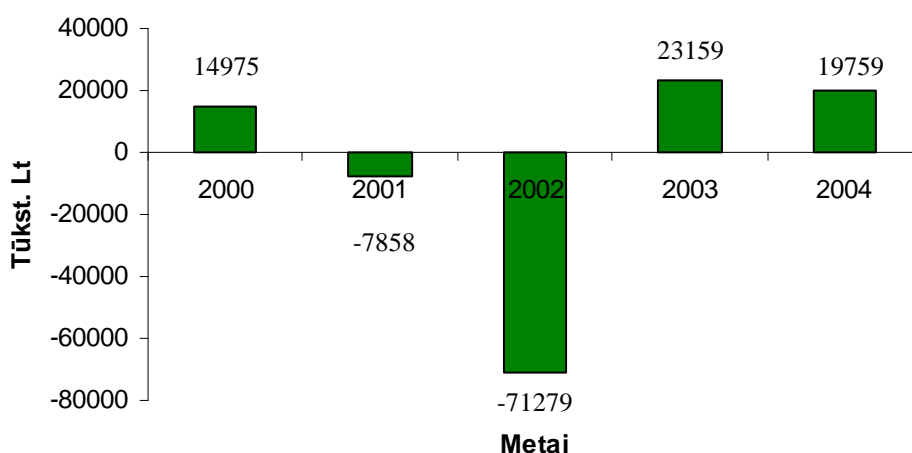
4. LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS FINANSAVIMO

PROBLEMOS IR PERSPEKTYVOS

4.1. Privalomas sveikatos draudimas

Valstybinė ligonių kasa skirsto lėšų poreikį gydymo įstaigoms už paslaugas, kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms. Tvirtinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą ir konkrečias jo išlaidų eilutes kiekvienais metais nustatomas tam tikrai sveikatos priežiūros sričiai skiriamas pinigų kiekis.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų lygis geriausiai atspindi šalies sveikatos sistemos finansavimo būklę. Atsižvelgdama į ankstesnių metų PSDF biudžeto įvykdymo rezultatus Vyriausybė kasmet tvirtina planuojamą PSDF biudžetą. Iš 22 pav. pateikto PSDF biudžeto deficito (pertekliaus) lygio galima spręsti, kad iki 2002 metų, išskyrus 2000 metus, Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas buvo nepajėgus pilnai patenkinti nuolat augančių poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms, kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.

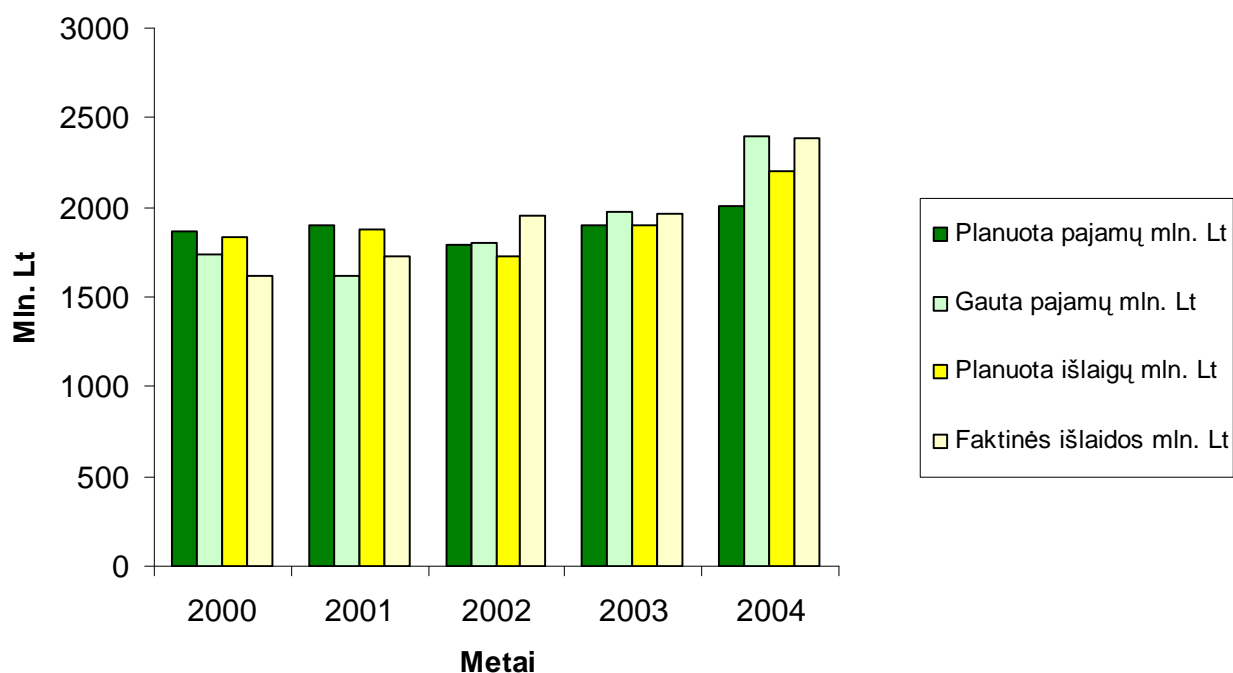


22 pav. PSDF biudžeto deficitai (pertekliai)

Atlikus veiksnų įtakojančių biudžetą analizę nustatyta, kad deficito priežastis – nesurinktos planuojamos pajamos bei augančios faktinės sveikatos draudimo sistemos išlaidos, kurios viršijo planuojamąsias. 22 paveikslo duomenys rodo, kad iki 2001 metų PSDF biudžeto deficito susidarymą nulėmė nesurinktos pajamos. Lietuvos ekonomikai 2000 metais atsigaunant po Rusijos krizės padarinių PSDF biudžetas pagaliau buvo perteklinis. Tačiau tais metais biudžeto perteklių nulėmė ne pajamų surinkimas, bet išlaidų sveikatos apsaugai taupymas. Iš viso 2000-2001 metais

PSDF biudžetas negavo daugiau kaip 396 mln. Lt planuotų pajamų.

PSDF biudžetui pavyko 2002 metais pirmą kartą nuo privalomojo sveikatos draudimo sistemos įdiegimo surinkti tiek pajamų kiek buvo planuota. Tačiau vis dėlto PSDF biudžetas buvo deficitinis, nes 2002 metais išaugo išlaidos sveikatos draudimui, kurios 82 mln. Lt viršijo planuojamąsias. Lietuvos Respublikos Vyriausybei nepavyko sustabdyti ir tolimesnio lėšų sveikatos apsaugai augimo, nes 2002-2004 metais PSDF biudžeto išlaidos buvo 263 mln, Lt didesnės nei planuota. Vis dėlto, 2005 m. metais buvo suformuotas perteklinis PSDF biudžetas ir tai nulėmė planuotųjų pajamų surinkimas bei nacionalinio biudžeto skolų gražinimas.



Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]
Valstybinės ligonių kasos finansinė informacija. <http://www.vlk.lt/vlk/kt?page> [35]

23 pav. PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos

Išnagrinėjus sveikatos draudimo biudžeto pajamas įtakojančius veiksniai nustatyta, kad PSDF pajamų susidarymui įtakos turi šie veiksniai:

1. Ekonominiai veiksniai.

Gyventojų pajamų mokesčiai, Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai bei draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos – tai trys privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų struktūroje pagrindiniai pajamų šaltiniai. Taigi, lemiamą įtaką PSDF biudžeto pajamoms turi šie ekonominiai veiksniai: dirbančiųjų asmenų skaičius, gyventojų pajamos, iš kurių atskaitomi gyventojų pajamų ir socialinio draudimo mokesčiai, mokesčių

surinkimo politika.

2. Socialiniai veiksniai. Šiuo metu gerėjant šalies ekonominei situacijai, mažėja nedarbas bei didėja gyventojų užimtumas, kas ir veikia teigiamai PSDF pajamų dinamiką.

3. Demografiniai veiksniai: gyventojų skaičius, emigracija į užsienio šalis, gyventojų senėjimas, tai yra senyvo amžiaus (60 metų ir vyresnių) žmonių skaičiaus ir jų dalies bendrame gyventojų skaičiuje didėjimas. Visuomenės gyventojų senėjimą lemia gimstamumo mažėjimas ir vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimas, tačiau lemiamą įtaką turi žemas gimstamumas, todėl gyventojų senėjimo intensyvėjimo reikia tikėtis ir ateityje.

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

Atsižvelgiant į minėtų veiksnių poveikį bei 3 Priede atliktus prognozinis skaičiavimus, 9 lentelėje pateiksiu PSDF biudžeto pajamų apimtį ir prognozes.

9 lentelė

Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto pajamos ir jų prognozė, tūkst. Lt

Straipsnis	2002 m. faktas	2003 m. faktas	2004 m. faktas	2005 m. planas	2005 m. prognozė	2006 m. prognozė	2007 m. prognozė
<i>Iš viso pajamų:</i>	<i>1822195</i>	<i>1980122</i>	<i>2140310</i>	<i>2333738</i>	<i>2253353</i>	<i>2369945</i>	<i>2489777</i>
Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	418207	440961	486081	570081	50824C	51790C	554300
Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai	425452	511109	583134	705504	508240	517900	554300
Įmonių, įstaigų ir organizacijų privalomojo sveikatos draudimo įmokos už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3 proc.)	370874	399664	433954	467766	457508	498322	543845
Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio	1020366	1064342	1114845	1156330	1169260	1234060	1306460
Asmenų, kurie moka už save 10 procentų VDU dydžio, privalomojo sveikatos draudimo įmokos	358	314	314	400	316	415	421
Kompensacija kraujo donorams	3965	3954	3995	4382	4023	4154	4359
Kiti biudžeto asignavimai	3280	66194	68342	106712	77587	93016	108445

Sukuriamas bendrasis vidaus produktus, kuris geriausiai atspindi šalies ekonominę situaciją. Gerėjant šiam rodikliui, šalyje mažėja nedarbo lygis bei didėja gyventojų uždirbamos pajamos. Tai teigiamai veikia sveikatos draudimo pajamas. Augant BVP lygiui 2002-2004 metais, augo ir

surenkamos į PSDF biudžetą pajamos, kurios per analizuojamą laikotarpį išaugo nuo 1822 mln. Lt iki 2140 Lt, tai yra 17,4 proc. Šiuo metu numatoma, kad 2005 metais BVP padidėjus 6,5 proc. PSDF biudžeto pajamos padidės 5,3 proc. ir sudarys 2253 mln. Lt. 2006 metais prognozuojama, kad vidutiniškai BVP lygiui augant 6 proc., PSDF biudžeto pajamos išaugs 1198 mln. Lt.

Įvertinus 2004 metų planinio biudžeto vykdymo rezultatus ir ankstesnių metų PSDF biudžeto įvykdymo patirtį Seimas patvirtino 2005 metų PSDF biudžetą. Pajamos ir išlaidos 2005 metais PSDF biudžeto sieks 2 mlrd. 360 mln. litų, tai yra 15,2 proc. arba 311 mln. litų bus didesnės negu 2004 metais. Bet prognoziniai duomenys rodo, kad realiai į biudžetą bus surinkta tik 2253 mln. Lt., tai yra 81 mln. Lt arba 3,4 proc. mažiau negu planuojama.

Įmonių, įstaigų ir organizacijų bei fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, privalomojo sveikatos draudimo įmokos už samdomus asmenis (3 proc. darbo užmokesčio dydžio) 2005 metais sudarys beveik 468 mln. litų, tai yra 43 mln. litų arba 10 proc. daugiau nei patvirtinta 2004 metų PSDF biudžete. 2005 m. numatomas 5,4 proc. pajamų augimas dėl prognozuojamo 6,8 proc. vidutinio darbo užmokesčio augimo bei 0,5 proc. dirbančių žmonių skaičiaus didėjimo. 2006-2007 metais šios pajamos toliau augs ir 2007 m. sudarys 543 mln. LL

Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymų iš gyventojų pajamų mokesčio prognozuojama 2005 m. surinkti 1169 mln. litų, tai yra 0,9 proc. daugiau nei patvirtinta 2005 metų biudžete. Numatomas šių pajamų augimas apskaičiuotas, remiantis Finansų ministerijos gyventojų pajamų mokesčio surinkimo prognozėmis, įvertinant pajamų padidėjimą dėl naujos pajamų mokesčio nuo gyventojų pajamų iš nepagrindinės darbovietės apskaičiavimo tvarką bei atsižvelgiant į prognozuojamą lėšų praradimą dėl Gyventojų pajamų mokesčio įstatymo pakeitimo, susijusio su įmokomis į privačius pensijų fondus bei pajamų neapmokestinamojo dydžio padidinimo nuo 250 Lt iki 290 Lt. Dėl minėtų priežasčių 2006-2007 metais numatoma, kad šios pajamos išaugs 1306 mln. Lt.

2005 metais Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai augs iki 581 mln. Lt, tačiau nepasieks 2005 m. planuojamų pajamų lygio, vadinasi bus 17,6 proc. mažesnės nei numatyta 2005 m. PSDF biudžeto plane. Taip pat numatomas 2006-2007 m Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų augimas. Didžiausią dalį valstybės biudžeto mokamų įmokų sudaro valstybės įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Numatoma, kad 2005 m. valstybės įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis bus 61 mln. Lt mažesnės nei numatyta PSDF biudžeto plane. Tačiau augant valstybės lėšomis remiamų gyventojų skaičiui bei padidinus valstybės nustatytą sveikatos draudimo įmoką už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis nuo 221,40 Lt iki 264,00 Lt, prognozuojama, kad 2005 m. šios pajamos padidės 8,6 proc., o 2006-2007 metais - 7 proc.

Palyginus PSDF biudžeto prognozuojamas pajamas su planuotomis, galima teigti, jog 2005-

2007 metais bendras PSDF biudžeto pajamų lygis augs. Tačiau PSDF biudžetas susiduria su problemomis, susijusiomis su pajamų surinkimu bei skolų susigrąžinimu. Reikia atkreipti dėmesį ir į tai, kad VSDF, kuri atsako už sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir nacionalinis biudžetas, kuris privalo pervesti sveikatos draudimo įmokas už asmenis, draudžiamus valstybės lėšomis bei šių lėšų pervedimą į PSDF biudžetą vis dar išlieka skolingos PSDF biudžetui.

10 lentelė

Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto skola PSDF biudžetui, tūkst. Lt

Pavadinimas	2000	2001	2002	2003	2004
Realiai gautos PSDF pajamos iš draudėjų privalomojo sveikatos draudimo įmokų	356271	354425	370874	399664	433954
Numatytos sveikatos draudimo įmokos į PSDF biudžetais VSDF	353842	355575	371165	400427	441905
Valstybinio socialinio draudimo fondo skola (perteklius) PSDF biudžetui	2429	-1150	-291	-763	-7951

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Iš 10 lentelės duomenų matyti, kad 2001-2004 metais VSDF nepervedė į PSDF biudžetą 10 mln. Lt sveikatos draudimo įmokų, kurios buvo numatytos VSDF biudžete. Įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis į PSDF biudžetą yra pervedamos iš nacionalinio biudžeto. Kaip matyti iš 10 lentelės duomenų, valstybės išskolinimas PSDF biudžetui 2000-2004 metais sudarė apie 45 mln. Lt.

Kadangi privalomojo sveikatos draudimo fondas neadministruoja sveikatos draudimo surinkimo įmokų, todėl VLK neturi jokių teisių taikyti sankcijas VMI arba VSDF už laiku nepervedamas lėšas. Neturint tikslų duomenų apie sveikatos draudimo pajamas, paskirstant turimas finansines lėšas pagal sveikatos draudimo poreikius tiksliai numatyti būsimų piniginių lėšų įplaukas bei subalansuoti PSDF biudžeto VLK negali. LLRI siūlo sveikatos draudimo įmokų administravimą perleisti pačiam PSDF biudžetui, tuomet gyventojai sveikatos draudimo įmokas privalėtų mokėti tiesiogiai į PSDF biudžetą. Tačiau, mano nuomone, tai būtų netikslinga. VSDF ir VMI turi susiformavusias įmokų mokėtojų informacines bazines, kurių pertvarkymas pareikalautų daug išlaidų. Manau, kad VSDF ir VMI privalėtų sudaryti ir pateikti PSDF biudžetui surinktų ir pervedtų į PSDF biudžetą sveikatos draudimo įmokų finansines ataskaitas, kad VLK galėtų matyti surenkamų pajamų lygį bei numatyti prognozuojamų lėšų poreikį ateityje.

Nacionalinio biudžeto skola PSDF biudžetui, tūkst. Lt

Pavadinimas	2000	2001	2002	2003	2004
Įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis	417760	405586	418207	440961	486081
Numatytos įmokos į PSDF biudžetą už asmenis, draudžiamus valstybės lėšomis valstybės ir savivaldybių biudžetuose	422467	410261	425392	445880	509185
Nacionalinio biudžeto skola (perteklius) PSDF biudžetui	-4707	-4675	-7185	-4919	-23104

Šaltis: sukurta autoriaus pagal Lietuvos statistikos metraštis 2002/ 2004/ 2005/ Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. – Vilnius. [22, 23, 24]

Savarankiškai besidraudžiančių asmenų sveikatos draudimo įmokų mokėjimo vengimas daro įtaką sveikatos draudimo pajamų lygiui. Tačiau VLK negali taikyti sankcijų prieš skolininkus, nes PSDF biudžetas neadministruoja sveikatos draudimo įmokų surinkimo. Todėl šias funkcijas turi atlikti VMI, kuri privalo surinkti minėtas sveikatos draudimo įmokas. Lietuvos respublikos sveikatos draudimo įstatymo 18 str. 3 dalis nurodo, kad iš ūkininkų bei kitų asmeninio ūkio naudotojų sveikatos draudimo įmokas administruoja Valstybinė mokesčių inspekcija. Tačiau įstatymas nenumato, kad ši institucija gali taikyti baudas bei delspinigius už laiku nesumokėtas įmokas. LR sveikatos draudimo įstatymo 19 straipsnis numato, kad VMI į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą perveda 30 proc. papildomai išieškotų gyventojų pajam i mokesčio bei sankcijų, paskirtų už šio mokesčio nesumokėjimą. Tačiau šiame straipsnyje neužsimenama apie ūkininkų sveikatos draudimo įmokų surinkimą. Mano nuomone, sveikatos draudimo įstatymo 19 str. 1 dalis turi būti papildyta, nurodant, kad VMI privalo į PSDF biudžetą pervesti 100 proc. proc. papildomai išieškotų ūkininkų ir kitų ūkio narių sveikatos draudimo įmokas

Siekiant, kad PSDF biudžetas būtų subalansuotas, lėšos sveikatos draudimo išlaidoms yra planuojamos, atsižvelgiant į tai, kiek tikimasi gauti pajamų. Remdamasi 4 priede pateiktais skaičiavimais, 13 lentelėje pateiksiu numatomas PSDF biudžeto išlaidas 2005-2007 metais.

Viso 2005 metais PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti skiriama 1518 mln. Litų. Prognozuojama, kad, reorganizuojant sveikatos priežiūros įstaigas, šių paslaugų finansavimas bus 3,3 proc. mažesnės nei planuota. Tačiau prognozuojama, kad 2006-2007 metais lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti augs ir sudarys 1603 mln. Lt 2006 m. ir 1729 mln. Lt 2007 m.

Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto išlaidos ir jų prognozė, tūkst.

Straipsnis	2002 m. faktas	2003 m. faktas	2004 m. faktas	2005 m. planas	2005 m. prognozė	2006 m. prognozė	2007 m. prognozė
<i>Iš viso išlaidų</i>	<i>1893474</i>	<i>1956963</i>	<i>2120551</i>	<i>2380810</i>	<i>2301772</i>	<i>2528,113</i>	<i>2795600</i>
Protezavimas ir kitos medicinos priemonės	40309	42773	48652	75660	64647	83804	90630
Medikamentų ir medicinos pagalbos priemonių kompensacijos	409270	440057	470958	439958	480918	470281	457576
Sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidos	77160	78160	83117	93117	87679	94892	104120
Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	1324980	1342225	1433117	1518434	1500683	1603920	1728915
Išlaidos sveikatos programoms finansuoti	16314	23992	85958	109958	121111	148166	159669

Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti PSDF biudžete 2005 metais numatyta 440 mln. litų. Tačiau prognoziniai duomenys rodo, kad skiriamų lėšų nepakaks medikamentų išlaidoms kompensuoti. Prognozuojama, kad 2005 m. šios išlaidos 9.3 proc. bus didesnės nei numatyta 2005 m. PSDF biudžeto plane. Ilgalaikėje perspektyvoje 2006-2007 metais numatoma, kad išlaidos medikamentams bei medicinos pagalbos priemonių kompensavimui vidutiniškai kasmet sumažės apie 11 mln. Lt.

Padidėjus sergamumui ūminėmis smegenų kraujagyslių ligomis bei širdies, kraujagyslių ir sąnarių protezavimo operacijų skaičiui, sanatoriniam gydymui ir medicininei reabilitacijai 2005 metais planuojama skirti 93 mln. litų, tai yra 10 mln. litų daugiau nei 2004 metais. Atsižvelgiant į taikomus apribojimus sanatorinėms paslaugoms gauti, numatoma, kad realios išlaidos 2005 m. bus 5,8 proc. mažesnės negu numatyta biudžete, nors 2006-2007 metais numatomas šių išlaidų augimas. Iš viso sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidos 2006-2007 metais padidės 16 mln. Lt.

Išlaidos sąnariams ir organams protezuoti, protezams ir centralizuotai apmokamiems vaistams bei medicinos priemonėms įsigyti skiriama 76 mln. litų, tai yra 16 mln. litų daugiau nei 2004 metais. Šiuo metu, kaip parodė Valstybinės ligonių kasos analizė, dantų protezavimo eilėje laukia apie 75 tūkst. žmonių. Jeigu išliks esamas šios srities finansavimas, prognozuojama laukimo trukmė 8 metai. Apžvelgiant tokią situaciją, 2005 metais šioms paslaugoms apmokėti prie buvusių 3,5 mln. Lt papildomai bus skirta 5 mln. Lt. Sąnariams endoprotezuoti planuojama papildomai skirti 3,5 mln. litų (bus galima atlikti operacijas dar apie 700 žmonių).

PSDF biudžeto lėšų 2005 metais sveikatos programoms finansuoti iš viso skiriama 110 mln. Litų, tai yra net 44,8 proc., arba 34 mln. litų daugiau palyginti su 2004 metais. Prognoziniai apskaičiavimai rodo, kad sveikatos draudimo išlaidos sveikatos programoms finansuoti 2005-2007

metais stipriai išaugs. Realiosios išlaidos 2005 m. bus 11 mln. Lt didesnės nei numatyta 2005 m. PSDF biudžeto plane, 2006-2007 metais šios išlaidos padidės vidutiniškai 25 proc.

Šiuo metu finansuojamos 9 programos: Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo, Skubiosios medicinos pagalbos, Žmogaus organų ir audinių transplantavimo, Moksleivių sveikatos priežiūros ir kt. Šioms tęstinėms programoms 2004 metais buvo skirta 76 mln. litų, o 2005 metais papildomai planuojama skirti 34 mln. Lt, prioritetinėmis programomis skiriant Prevenčinės profilaktinės ankstyvosios gimdos kaklelio vėžio diagnostikos ir Vaikų dantų dengimo silantais programas.

Lietuva įstojus į Europos Sąjungą turi įgyvendinti Europos Tarybos reglamentų (EEC) Nr. 1408/71 "Dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, persikeliantiems Bendrijoje" ir Nr. 574/72 "Dėl Europos Tarybos reglamento Nr.1408/71 įgyvendinimo tvarkos" privalomąsias nuostatas. Apdraustas asmuo, pagal LR sveikatos draudimo įstatymą, būdamas bet kurioje ES šalyje narėje, prireikus turės teisę gauti neatidėliotiną būtinąją medicinos pagalbą. Lietuvoje apdraustiems asmenims ši pagalba bus suteikta valstybės, kurioje asmuo susirgo, nustatytais sveikatos priežiūros paslaugų kainomis, o išlaidas turės apmokėti mūsų šalies PSDF. Tačiau dabartinėse ES šalyse narėse vienos dienos stacionaro gydymo išlaidos yra nuo 6 kartų iki 20 kartų didesnės negu Lietuvoje. Šių, taip pat išlaidų gydytojų konsultacijoms skirtumas ir sudarys pagrindinę PSD biudžeto papildomų išlaidų dalį.

Apibendrinant, reikia pastebėti, kad valstybė sveikatos sektoriaus problemas stengiasi spręsti didindama tam tikrų sveikatos apsaugos sričių finansavimą. Tokiu būdu, valstybė skatina sveikatos priežiūros paslaugų kiekio didėjimą, bet neatsižvelgia į teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Didėjantį poreikį privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų sveikatos priežiūros paslaugų ir išlaidų joms kompensuoti lemia Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą, užtikrinantis prieinamas, saugias, kokybiškas ir efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas šalies gyventojams bei naujų efektyvių, bet brangių technologijų sveikatos priežiūroje diegimą. Naujų technologijų diegimą lemia šalies rinkos integravimasis į pasaulio rinkas, didėjanti Lietuvos gydytojų profesinių organizacijų aktyvumas, labai greita medicinos technologijų raida. Taip pat tam įtakos turi besiplečiantis internetinio tinklo perspektyvos ir diegiama telemedicinos praktika. 1999-2004 metais sparčiausiai augo išlaidos brangiems tyrimams ir procedūroms. Prognozuojant brangių technologijų taikymo plėtros poreikį visuomenės sveikatinimui, galima daryti prielaidą, kad ateityje šių technologijų poreikis teigiamai veiks PSDF biudžeto lėšas.

PSDF biudžeto išlaidas teigiamai veikia lovų skaičiaus mažėjimas stacionarinėje grandyje. Tačiau Lietuvoje nepaisant stacionarių lovų kiekio mažėjimo tendencijų ligoninių lovų kaičius

tebelieka didžiausias tarp ES šalių kandidačių. Statistiniai duomenys rodo, jog Lietuvoje į ligonines guldoma vidutiniškai kur kas daugiau žmonių negu kitur. Europos šalyse iš 100 gyventojų vidutiniškai hospitalizuojama 18,82, Latvijoje - 19,94, o Lietuvoje - net 23,4 gyventojų. Lietuvoje vidutinė paciento gulėjimo trukmė 10,3, kai tuo tarpu Europos šalyse 9,7 dienos.

Prioritetai 2005 metais teikiami šioms kryptims: medicininės slaugos ir ilgalaikio-palaikomojo gydymo paslaugų vystymuisi, pirminės sveikatos priežiūros ir ambulatorinių paslaugų plėtrai, stacionariųjų paslaugų optimizavimui ir alternatyvių veiklos formų plėtrai. Kad pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, planuojama modernizuoti ir plėtoti bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklą kaimiškose vietovėse. Prioritetas teikiamas regionams, kurie pasižymi blogesniais ekonominiais rodikliais bei kuriuose nepakanka bendrosios praktikos gydytojų. Ambulatorinės paslaugos plečiamos gerinant jų prieinamumą, trumpinant laiką, sugaištamą laukiant sveikatos priežiūros paslaugų, tobulinant paslaugų apmokėjimo sistemą, skatinančią ambulatorinių paslaugų kokybės gerinimą, apimties ir profilaktinės veiklos didinimą. Ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų modernizacijai ir racionaliai plėtrai skiriama finansinė parama sąlygotų ne tik sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerėjimą, bet ir naujų darbo vietų kūrimą, investicijų pritraukimą. Numatoma optimizuoti stacionarines paslaugas pertvarkant stacionarines įstaigas, didinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, plėtojant dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas, diegiant šiuolaikinius diagnostikos ir gydymo metodus, koreguojant hospitalizaciją, mažinant gulėjimo trukmę, spartinant ligonių ištyrimą, intensyvinant gydymo procesą. 2004 metais pradėta Europos Sąjungos paramos ir bendrojo finansavimo programa tęsiama toliau, pagal kurią numatyta renovuoti sveikatos priežiūros įstaigas, atnaujinti medicinos techniką, taikyti informacines technologijas ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

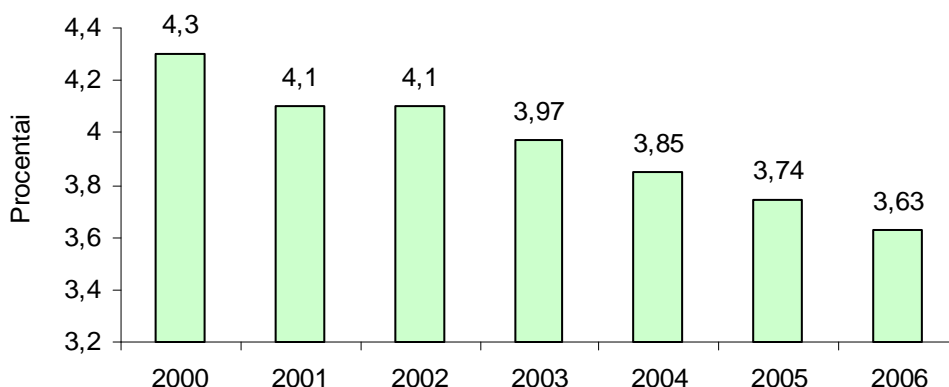
Sveikatos sistemos restruktūrizacija Lietuvoje numatoma vykdyti dviem etapais: I etapas - 2003-2005 metai, II — 2006-2008 metai. Restruktūrizavimas visomis kryptimis vykdoma keičiant teisinę bazę, pertvarkant turto valdymo sistemą, amortizacinius atskaitymus įskaitant į paslaugų įkainius, tobulinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos licencijavimo tvarką ir diegiant papildomą savanorišką draudimą.

Teisingai Siekiant paskirstyti (pagal paskirtį) sveikatos draudimo lėšas turėtų būti įdiegta medicinos paslaugų apskaitos sistema. Tačiau šios sistemos diegimas dar nėra baigtas. Įdiegus tokią sistemą, bus galima kompiuterizuoti sveikatos draudimo sistemos funkcionavimą. Šiandien labiausiai pasigendama tokios informacijos: kiek pacientas įmokėjo mokesčių į sveikatos draudimo fondą, kokios buvo jo išlaidos suteikiant jam sveikatos priežiūros paslaugas, kiek realiai kainavo konkrečios ligos gydymas. Naudojant šiuolaikines technologijas, siekiama sukurti vieningą sistemą leidžiančią kaupti informaciją vienoje centrinėje duomenų bazėje. Tokiu būdu gydytojais galės

naudotis kitų gydymo įstaigų duomenimis apie atliktus paciento tyrimus ir gydymą. Taip bus sudaromos prielaidos priimti optimalius sprendimus gydant ligonius, sumažins išlaidas, leis išvengti pakartotinių tyrimų bei taupys pačių pacientų laiką, taip pat efektyviai būtų naudojamas medicinos personalo laikas, medikai daugiau dėmesio ir laiko skirtų pacientams.

Iš gydymo įstaigų turi suplaukti informacija, kuri būtų saugoma centrinėje duomenų bazėje ir kurią valdytų institucija atsakinga už racionalų PSDF biudžeto panaudojimą ir kontrolę. Sukūrus bendrą duomenų bazę, atsiranda galimybė realizuoti pacientams skirtą paslaugų teikimo savikontrolės funkciją: pacientai internete reguliuojant rodomos informacijos detalumą galės pažiūrėti jiems suteiktas paslaugas - kiekvienas tik savo. Tuo pačiu tikslinga būtų sukurti ir naudoti sveikatos draudimo korteles su elektroniniu parašu, atitinkančia ES standartus. Ši kortelė turėtų atstoti socialinio draudimo ir sveikatos draudimo pažymėjimus. Joje turėtų būti duomenų ar asmuo apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, informacijos apie socialinį draudimą ir pan. Gydymo įstaigoje, naudojant pacientų ir gydytojų elektronines korteles, būtų įmanoma fiksuoti patį paslaugų suteikimo faktą duomenų bazėje. Kita vertus, būtų vykdoma dviguba paslaugos suteikimo ir pagrįstumo kontrolė - iš vienos pusės ligonių kasų, iš kitos pusės - pačių pacientų.

LR Sveikatos draudimo įstatyme teigiama, kad bazinis Nacionalinės sveikatos sistemos veiklos finansavimo dydis, įskaitant valstybės biudžeto, savivaldybių biudžetų bei PSDF fondo biudžeto lėšas, kiekvienais metais turi sudaryti ne mažiau kaip 5 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP). Tačiau pagal 20 pav. pateiktus duomenis galima pastabėti, kad nuo 1999 metų iki 2004 metų minėto įstatymo straipsnis, skiriant lėšas sveikatos apsaugai, nebuvo vykdomas.



24 pav. BVP santykio su sveikatos apsaugai skirtomis lėšomis dinamika

Šalyje gerėja ekonominė situacija (BVP augimas 2000-2003 metais sudarė 29,6 proc.), tačiau sveikatos apsaugai skiriamų lėšų palyginus su BVP, suma kasmet mažėja: 2000 m išlaidos sveikatos draudimui sudarė 4,3proc. BVP, 2001 m. - 4,1 proc., 2002 m. - 4,1 proc., 2003 m. - 3,97

proc., o 2004 m. - 3,85 proc. Nors 2005 m. numatoma, kad BVP išaugs dar 6,5 proc., o 2006 metais - 6,2 proc., tačiau apskaičiavimai rodo, kad sveikatos apsaugai skiriamų lėšų kiekis, palyginti su BVP, ir toliau mažės. 2005 metais jis sudarys 3,74 proc., o 2006 metais - 3,63 proc. Mano nuomone, šie duomenys rodo, kad LR vyriausybė per mažai dėmesio skiria sveikatos draudimo sistemos finansavimui.

LR Sveikatos draudimo įstatyme bei poįstatyminiuose aktuose turi būti numatyta, kokiais kriterijais remiamasi skirstant turimas lėšas, nes iki šiol nėra aiškios išteklių sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstymo metodikos. Siūlyčiau finansavimą susieti su gyventojui atliktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, o ne paslaugų apimtimi. Valstybė turi numatyti ir įtvirtinti vieningą išlaidų sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstymo sistemą. Tikimasi, kad Lietuvos narystė Europos Sąjungoje suteiks naujų galimybių gerėti žmonių gyvenimo kokybei, taip pat ir sveikatai. Tai naujos perspektyvos, galimybės pasiekti išsivysčiusių ES valstybių lygį, užtikrinti piliečių gerovę bei teisių apsaugą, reikiamą sveikatos priežiūrą.

4.2. Papildomas sveikatos draudimas

Reikia ieškoti būdų kaip spręsti problemas apie sveikatos priežiūros sistemos tobulinimą, kaip šiuolaikinę sveikatos apsaugos sistemą padaryti efektyvią, tai yra motyvuojančią gydytojus dirbti paciento labui ir racionaliai naudoti lėšas, o ne įsisavinti gaunamą finansavimą, nepriklausoma nuo teikiamų paslaugų kokybės. Siūloma vykdyti trimis pagrindinėmis kryptimis reformą:

- 1) privatizavimas ir kainų reguliavimo panaikinimas sveikatos paslaugų teikėjų;
- 2) mišraus finansavimo (valstybės ir paciento) įvedimas visoms sveikatos paslaugoms bei medikams;
- 3) valstybinio finansavimo "pririšimas" ne prie gydymo įstaigos, o prie žmogaus.

Pirmosios krypties įgyvendinimas sudarytų sąlygas gydymo įstaigų konkurencijai, dėl to augtų paslaugų kokybė ir išryškėtų sveikatos paslaugų kainos. Pagal antrąją priemonę, valstybės parama būtų paskirstyta efektyviai ir teisingai, išaiškėtų medicinos paslaugų geografija. Įdiegta trečioji priemonė atskleistų tikrąjį sveikatos paslaugų poreikį, padidintų paciento atsakomybę už savo sveikatą jo reiklumą gydymo paslaugoms, sudarytų prielaidas mažėti biudžetiniam finansavimui bei savanoriškam sveikatos draudimui atsirasti.

Šalia privalomojo sveikatos draudimo pagal Sveikatos draudimo įstatymą, yra leidžiamas ir papildomas (savanoriškasis) draudimas. Lietuvos papildomojo sveikatos draudimo modelių struktūra buvo vertinta atsižvelgiant į šiuos aspektus: papildomojo draudimo perspektyvas bei mokesčių mažinimo sistemą.

Privalomas papildomas ar savanoriškas draudimas. Papildomas sveikatos draudimas gali būti savanoriškas arba privalomas. Privalomas papildomasis sveikatos draudimas praktiškai gali reikšti du dalykus: pirma, kad privalu garantuoti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas; antra, kad turi būti garantuota tam tikra išmokų apimtis, tačiau žmonės gali laisvai pasirinkti kokių paslaugų teikimą jie nori užsitikrinti neviršydami tų išmokų.

Įgyvendinant pirmąjį modelį, būtina, kad Seimas teisės aktais tiksliai apibrėžtų, kurios sveikatos priežiūros paslaugos (neįtrauktos į PSD paslaugų krepšelį) turi būti privalomojo papildomojo sveikatos draudimo sutarčių objektu. Antras modelis suteikia apdraustajam daugiau laisvės, tačiau palyginti su sąlygomis, kai papildomas sveikatos draudimas yra visiškai savanoriškas, tos laisvės lieka mažiau. Įmanomas yra savanoriškojo ir privalomojo sveikatos draudimo derinys. Pavyzdžiui, kai visiems yra privalomas tam tikras papildomo draudimo lygis, tai paliekama laisvė pasirinkti ir daugiau draudimo paslaugų.

Privaloma valstybinė sistema gali teikti papildomo draudimo paslaugas, nauja pelno nesiekianti sistema (pusiau valstybinė, pusiau privati), privati draudimo rinka arba sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, siūlantys integruotas finansavimo ir paslaugų teikimo sistemas. Tuo atveju, jei papildomasis sveikatos draudimas yra savanoriškas, galiojančios Europos Sąjungos taisyklės neleidžia uždrausti privačioms sveikatos draudimo bendrovėms siūlyti savo papildomojo draudimo paslaugų. Taip pat reiktų pažymėti, kad Europos Sąjungos įstatymai leidžia tik labai ribotą privačios draudimo rinkos siūlomo savanoriško papildomo sveikatos draudimo reguliavimą.

Medicinos kaupiamosios sąskaitos arba papildomasis draudimas. Sveikatos priežiūros politikai diskutuoja, ar nebūtų geriau vietoj papildomojo sveikatos draudimo įvesti medicinos kaupiamąsias sąskaitas tuo pačiu ir mokesčių mažinimo programą. Svarbiausias dalykas tarp sveikatos pavienių asmenų įmokėtų lėšų sudaryti bendro naudojimo rizikos fondus. Šiuo atveju nėra perskirstomi sveikų ir sergančių asmenų ištekliai. Tačiau šios kaupiamosios sąskaitos suteikia galimybę paviniams asmenims sukauptų santaupų, kurias galės vėliau panaudoti tik sveikatos priežiūros paslaugoms pirkti. Taigi medicinos kaupiamosios sąskaitos neleidžia iššvaistyti visų pinigų kitiems dalykams ir padeda išvengti situacijos, kai susirgęs asmuo nebeturi pinigų savo sveikatos priežiūrai.

LRV strategijos labai svarbią dalį sudaro jos pasiūlymas sumažinti mokesčius, siejant tai su papildomojo sveikatos draudimo įmokomis. Jurgen Wasem [27, p. 37-40] šiuo klausimu išskiria šias nuomones:

- Mokesčiai gali būti sumažinti visiems (bent jau kiekvienam mokesčius mokančiam darbuotojui. Dėl mokesčių nemokančių arba nedirbančių asmenų turės būti priimtas atskiras sprendimas). Ši galimybė atrodo gana logiška, ypač jei papildomasis sveikatos draudimas yra privalomas. Tačiau net ir savanoriškojo papildomojo sveikatos draudimo atveju mokesčiai gali būti

sumažinti visiems. Pastaruoju atveju reikėtų kalbėti ne apie konkretų mokesčių sumažinimą siejamą su papildomuoju sveikatos draudimu, bet apie bendro pobūdžio mokesčių sumažinimą kuris padidintų gyventojų disponuojamų pajamų dalį.

- Mokesčiai gali būti sumažinti tik tiems, kurie perka papildomojo sveikatos draudimo paslaugas, ir tik tiek, už kiek jie perka papildomųjų paslaugų. Ši galimybė logiška, jei papildomasis draudimas yra savanoriškas. Tie, kurie nepirks papildomojo sveikatos draudimo paslaugų, privalės mokėti tokio pat dydžio mokesčius, kaip iki tol. Jei perkant papildomojo sveikatos draudimo paslaugas mokesčiai sumažės tik tiek, kiek jos kainuoja, tai papildomas sveikatos draudimas asmeniui bus "nemokamas", kadangi jis bus finansuojamas iš sumažintų mokesčių, o tai paskatins pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugas.

- Mokesčių sumažinimas gali būti ir dalinis, pavyzdžiui, mokesčiai gali būti sumažinti tiek, kad sudarytų 50 proc. draudimo išmokos, o likusius 50 proc. sumoka pats asmuo. Šiuo atveju papildomojo sveikatos draudimo paslaugos jau nebus, "nemokamos", nes už jas bus reikalaujama atiduoti tam tikrą pajamų dalį, kuriomis disponuoja apdraustasis. Šiuo atveju gali būti nustatomos ir mokesčių mažinimo ribos.

Šie aspektai susiję su mokesčių mažinimu didelę įtaką darys draudimo modelio padariniams, tai yra papildomųjų draudimo paslaugų paklausai ir pasiskirstymui.

LR Draudimo įstatymas ir LR Sveikatos draudimas padėjo teisinius pagrindus papildomojo sveikatos draudimo veiklai. LR Sveikatos draudimo įstatymas įteisina papildomąjį sveikatos draudimą. Draudimo įstatymas nustato, kaip veikia privatus draudimo rinka, įskaitant ir mokesčių paskatas, kurios leistų draudimo bendrovėms pritraukti iki 2000 milijonų Lt privačių draudimo įmokų. Tačiau esant tokiai didelei prarajai tarp draudimo paslaugų apyvartos potencialių ir tikrų skaičių, kad galime daryti išvadą, jog žvelgiant iš privatus draudimo rinkos papildomos paskatos nėra pirmo būtinumo klausimai. Privačių draudimo bendrovių pajėgumas leidžia joms didinti apdraustųjų privačiai skaičių. Tačiau norėdamos apibrėžti savo produktą šios kompanijos turi žinoti aiškius bent jau vidurinio laikotarpio paslaugų kurias teikia pagrindinė (valstybinė sistema), planus. Labai sunku įtikinti gyventojus mokėti privačias sveikatos draudimo įmokas, kai neapibrėžta, kokias paslaugas padengs privatus draudimas.

Rekomenduotinas papildomojo sveikatos draudimo prielaidu reformai formavimo planas.

1. Paremti besikuriančių nevyriausybinių organizacijų pacientų (piliečių) teises.
2. Patvirtinti nuostatas dėl sveikatos draudimo sferų kurių plėtrą tikslinga skatinti mažinant mokesčius.
3. Parengti ir įdiegti brangaus gydymo procedūrų įtraukimo į kainyną reglamentą ir nustatyti šių procedūrų kainas.
4. Parengti informavimo strategiją ir išvystyti informacinę sistemą.

5. Parengti paslaugų sąrašą, kurių nekompensuoja įstatymo nustatyta sveikatos draudimo sistema.
6. Išvystyti vidinę (sveikatos priežiūros teikėju) ir išorinę (privalomosios draudimo sistemos ir SAM) kokybės kontrolę.

Rekomenduojama pradėti įgyvendinti (kai bus išspręstos pačios skubiausios sveikatos draudimo kūrimo problemos) pasiūlytą asmens pajamų mokesčio mažinimo scenarijų derinant su papildomojo draudimo plėtra.

Ekspertų papildomam sveikatos draudimui Lietuvoje išvados:

1. Neturi būti būtinosios tos paslaugos, kurios įtrauktos į papildomojo sveikatos draudimo krepšelį.
2. Nėra politinės valios įvesti dalinius mokėjimus stacionariame sektoriuje asmenims, kuriuos draudžia valstybė bei dalinius mokėjimus ambulatoriniame sektoriuje (stomatologijos priežiūra yra išimtis).
3. Pirmoje plėtros pakopoje neturėtų būti teisinių galimybių Lietuvos gyventojams 100 proc. pasitraukti iš įstatymo reglamentuojamos (solidarumo principu grindžiamos) sveikatos draudimo sistemos.
4. Perspektyva artimiausiu laikotarpiu sumažinti pajamų mokestį 3-4 proc. pakankamai reali.

Ekspertų papildomam sveikatos draudimui Lietuvoje rekomendacijos yra šios:

1. Pagal 1 ir 2 aukščiau pateiktas išvadas, galima teigti, kad papildomasis sveikatos draudimas plėtojant sveikatos sektorių nėra svarbiausias. Toks teiginys turi dvi pasekmes:

- reforma neturi krypties sveikatos priežiūros žymaus valstybės finansavimo sveikatos priežiūrai mažinimo per įstatymo reglamentuojamą sveikatos draudimą linkme;
- reforma neturėtų krypti realaus valstybinių išlaidų ne sveikatai mažinimo linkme (šaltinis).

[27, p.72]

Racionalu derinti privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimą (siekiant nesudaryti PSD biudžeto deficito) su mokesčių mažinimu ir laikytis įsipareigojimo, kad asmuo mokės tik tam tikrą įmokos dalį iš savo disponuojamų pajamų (siekiant padidinti bendrą sveikatos priežiūros finansavimą). Už gulėjimą ligoninėje siūloma įvesti dalinius mokėjimus visiems asmenims, kurie nėra apdrausti valstybės taip pat už tam tikrą stomatologijos paslaugų dalį.

2. Jeigu būtų mažinami mokesčiai, atsižvelgiant į 1 išvadą, tuomet būtų naudinga užkirsti kelią per dideliu įplaukų iš įstatymo reglamentuojamo sveikatos draudimo fondo nutekėjimui. Toks nutekėjimas gali vykti, jei dideles pajamas turintys asmenys nuspręš kreiptis, dėl atleidimo nuo mokesčių. Yra racionalu apibrėžti absoliučią mokesčio mažinimo sumą. Orientuojantis į mokesčių mažinimą vidutiniškai 3 proc. nuo vidutinių pajamų lygio, šis sumažinimas sudarytų maždaug 30 Lt vienam dirbančiajam per mėnesį.

Yra tikslinga nustatyti, siekiant išsaugoti sveikatos priežiūros finansavimo apimtį, kad metinis mokesčių mažinimas neturi būti didesnis nei metinės papildomojo sveikatos draudimo įmokos.

3. Draudimas privalo būti savanoriškas:

- kartą per metus apdraustieji turi teisę pasirinkti draudiką ir pakeisti draudimo kompaniją;
- turi būti sukurtos galimybės tiesiogiai su sveikatos priežiūros institucija pasirašyti draudimo sutartį.
- galutinę papildomojo sveikatos draudimo išmokų paketo apimtį bei tikrąjį įmokų koeficientą turėtų nulemti rinkai;
- leidžiamas ir įmokų mokėjimas atsižvelgiant į riziką (27, p. 59-60).

Šiuo metu Lietuvoje egzistuojanti sveikatos draudimo sistema tik vadinama sveikatos draudimu. Tikrasis draudimas yra tas, kur pacientas pats moka įmokas savos sveikatos draudimui, o draudimo įmonės konkuruoja tarpusavyje subalansuodamos paslaugų kainą ir kokybę. Privalomąjį sveikatos draudimą kurio esmę sudaro priverstinis mokesčių surinkimas ir paskirstymas, draudimu pavadinti negalima.

Tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų PSD įdiegimas sukūrė tam tikras konkurencijos sąlygas. Šiuo metu privačios gydymo įstaigos gali gauti dalį pacientų sumokėtų pinigų sudarydamos sutartis su ligonių kasomis. Tačiau pagal LR sveikatos sistemos įstatymą įmonės sudariusios tokias sutartis, tampa nacionalinės sveikatos sistemos dalimi. Joms tampa privalomi Sveikatos ministerijos patvirtinti teikiamų paslaugų sąrašai, paslaugų teikimo tvarka, jos negali parduoti paslaugų brangiau, nei jas įkainojo Ligonių kasos, bei kiti apribojimai.

LLRI siūlo, siekiant sudaryti palankias sąlygas privačiam sveikatos draudimui, sudaryti vienodas sąlygas valstybiniams ir privatiems medicinos paslaugų teikėjams konkuruoti parduodant sveikatos paslaugas gyventojams. Mano nuomone, turi būti taikoma vienoda kompensuojamųjų kainų apmokėjimo tvarka, licencijavimo bei kreditavimo sąlygos taip pat Ligonių kasos turėtų taikyti vienodas bazines kainas. Tačiau valstybei dalyvaujant žmonių sveikatos apsaugos finansavime, lygių konkurencijos sąlygų užtikrinimo sunku tikėtis.

Siūlyčiau privatizuoti valstybinės medicinos įstaigas: ligonines, poliklinikas, ambulatorijas, klinikas ir kt., siekiant padidinti medicinos paslaugų efektyvumą tuo pačiu įtvirtinant rinkos santykius šioje srityje. Atsirastų prielaidos paskirstyti sveikatos paslaugas pagal žmonių poreikį, užtikrinti normalius pacientų ir medikų santykius, išgyvendinti kyšių praktiką ir sukurti motyvaciją gydytojams didinti savo darbo kokybę.

Tariamai nemokama sveikatos apsauga kuria nenatūraliai didelę paklausą, už medicinos paslaugas turi būti mokama ne tik iš valstybės lėšų, bet ir tiesiogiai pačių pacientų. Mano nuomone, reiktų nustatyti biudžeto pinigais dengiamą sveikatos paslaugų dalį, tai yra tą dalį, kurią dengia

savivaldybės iš gyventojų pajamų mokesčio. Žmonės padengs dalį sveikatos paslaugų iš savo pajamų, tai yra privataus draudimo, išaiškės tikrasis paslaugų poreikis bei kaina, atsiras prielaidos racionaliau naudoti biudžeto lėšas. Tuomet pacientų mokama dalis priklausytų nuo rinkoje nusistovėjusių sveikatos paslaugų ir medikamentų kainų bei valstybės kompensuojamų kainų dydžio, kurį nulems biudžeto galimybės. Žmonės ims drausti privačiai žinodami, kad biudžeto lėšomis bus dengiama tik dalis jų sveikatos išlaidų. Galimybės gauti finansinę valstybės pašalpą priklausys nuo kiekvienos savivaldybės (kaip ir kitų socialinių pašalpų atveju). Atsiras prielaidos mažinti valstybinį sveikatos apsaugos finansavimą susiformavus privačiai sveikatos draudimo rinkai ir gyventojų įpročiui drausti savo sveikatą.

Siūlyčiau, kad sveikatos draudimo biudžetas nepriklausomai nuo taikomų paslaugų įkainių kompensuotų gydymo įstaigoms sveikatos paslaugų bazinę kainą. Tada privačios sveikatos įstaigos, taikydamos skirtingas kainas už paslaugas ir gaudamos iš Ligonių kasų tokią pačią bazinės kainos kompensaciją, konkuruos rinkoje paciento primokamąja kainos dalimi bei kokybe.

Žmonėms, kuriems reikalingas gydymas kainuoja brangiau nei numato privalomojo sveikatos draudimo sistema, rūpinasi nevyriausybinės bei tarptautinės organizacijos bei privatūs asmenys. Šiems tikslams skiriamų lėšų kiekis priklauso nuo politinio apsisprendimo - kiek iš viso biudžeto lėšų skiriama sveikatos apsaugai, kokia dalis būtų skirta savivaldybėms sveikatos paslaugoms pirkti ir kokia palikta "brangiems" ligoniams finansuoti. Žmogui, besikreipiančiam dėl papildomo finansavimo skyrimo, būtina taikyti pajamų testavimą, o finansavimą suteikti tik tuo atveju, jei pajamos nėra pakankamos reikiamoms sveikatos paslaugoms įsigyti. Kadangi lėšų kiekis gali būti ribotas, neišvengiamai iškils detalesnių kriterijų klausimas. Finansinės paramos skyrimo kriterijais galėtų būti gydymo sėkmės tikimybė, ligos pavojingumas aplinkiniams, paciento amžius ir panašios aplinkybės.

Šiuo metu Lietuvoje, kaip ir Vakarų šalyse, išlaidos sveikatos apsaugai auga. Tai susiję su naujų, vis brangesnių technologijų taikymu, sėkmingu anksčiau neišgydomų ligų gydymu, ilgėjančia žmonių gyvenimo trukme. Yra būdų, kaip riboti paprasčiausią medicinos lėšų švaistymą - dalį išlaidų privalo padengti pats ligonis. Manau, kad šį būdą galima pritaikyti ir Lietuvoje. Gyventojai arba mokėtų procentinę išlaidų dalį, arba tam tikra sumą kiekvieną kartą susirgus. Sumažėtų nereikalingų vizitų ir procedūrų skaičius, vaistų procentinė išlaidų dalis, lankymasis sanatorijoje ir panašiai. Žmogus pradėtų skaičiuoti, ar jam iš tiesų būtinas vizitas pas gydytoją. Mano nuomone, pagrindinė klaida dabartinės sistemos ta, kad niekas nesuinteresuotas išlaidų mažinimu. Siūloma naikinti kompensuojamųjų vaistų sąrašą ir kainų reguliavimą palikti tik fiksuotą sveikatos paslaugų ir vaistų kompensavimą pagal biudžeto galimybes, įvesti mišrų -valstybės ir paciento - finansavimą visoms sveikatos paslaugoms ir vaistams.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus teorinius sveikatos draudimo modelius ir jų taikymą atskirose šalyse, nustatyta, kad daugelyje šalių neegzistuoja grynai teoriniai sveikatos draudimo modeliai, kiekvienos šalies sveikatos draudimo sistemos būdingi kelių modelių elementai. Rytų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos yra pagrįstos 1920m. Simaškos idėjomis ir yra labai panašios į Beveidžio modelio sistemą.
2. Lietuvos sveikatos draudimo sistemai yra būdingi Bismarko ir Beveridžo modelių bruožai: Pirmojo - finansavimas iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų, paslaugų teikėjai konkuruoja tarpusavyje, biudžetas subalansuojamas remiantis bazinėmis kainomis; Antrojo modelio - finansavimas iš mokesčių, sveikatos draudimo prieinamumas visiems piliečiams, valstybės tarnybos nusprendžia kiek ir kokių paslaugų reikia tiekti.
3. Sveikatos draudimo raida Lietuvoje suskirstyta į 4 etapus. Iki 1918 m. formavosi sveikatos sistemos užuomazgos. Remiantis Vakarų šalių patirtimi, nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu sukuriama Sveikatos apsaugos sistema. Sovietmečiu suformuojamas valstybinis sveikatos draudimas, kuris yra prieinamas visiems gyventojams, grindžiamas socialine lygybe. Po 1991 m. vykdomos reformos ir kuriama nauja įstatyminė bazė sveikatos draudimui. Sveikatos draudimo reforma perėjo tris stadijas, kuriomis buvo siekiama išspręsti pagrindines sveikatos draudimo sistemos problemas, remiantis ankstesnių reformų metu patirtomis nesėkmėmis ir klaidomis.
3. Sveikatos draudimo sistema Lietuvoje buvo reformuojama siekiant tokių tikslų: sveikatos priežiūros kokybės gerinimo, efektyvaus lėšų paskirstymo, tinkamų ir kvalifikuotų medicinos paslaugų užtikrinimo.
4. Priimtas 1996 m. LR Sveikatos draudimo įstatymas iš esmės pakeitė Lietuvos sveikatos draudimo sistemos finansavimą bei valdymą: 1) valdymo funkcijos perduotos vienai institucijai - Valstybinei ligonių kasai; 2) pritaikytas mišrus finansavimo būdas, tačiau dominuoja sveikatos draudimo įmokos; 3) pertvarkytos sveikatos priežiūros įstaigos iš biudžetinių į viešąsias, todėl pasikeitė sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas, apmokant sveikatos priežiūros išlaidas pagal suteiktų paslaugų apimtį.
5. PSDF atskirų biudžeto straipsnių dinamiką lemia ekonominiai, socialiniai; demografiniai ir politiniai veiksniai. Visi šie veiksniai veikia vienu metu, t.y. kompleksiskai, todėl kiekvieno iš jų pokytį galime traktuoti tik sąlyginai.
6. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas 2000-2004 metais buvo nesubalansuotas, tai yra iki 2002 metų PSDF biudžetas buvo deficitinis, ir tik nuo 2003 m. PSDF biudžeto pajamos viršijo išlaidas. Pagrindinė susidariusio PSDF biudžeto deficito priežastis - nesurinktos planuojamos pajamos ir išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms augimas.

7. Analizės metu nustatyta, kad didžiausią dalį PSDF išlaidų struktūroje sudaro išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kompensuoti (apie 68 proc.) ir kompensacijos medikamentams bei medicinos pagalbos priemonėms (apie 20 proc.). Todėl šių išlaidų augimas nulėmė PSDF biudžeto išlaidų augimą 2000-2003 m. Pagrindinės priežastys, įtakojusios išlaidų augimą; 1) naujų technologijų diegimas; 2) brangesnių vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą.

8. Atlikus PSDF biudžeto pajamų prognozinis skaičiavimus nustatyta, kad 2005-2007 metais PSDF pajamų lygis išaugs nuo 2253 mln. Lt 2005 m. iki 2490 mln. Lt 2007 m., tai yra 10,5 proc. Tačiau palyginus 2005 m. prognozinis duomenis su PSDF biudžeto planu matyti, kad prognozuojamos realiosios pajamos bus 3,4 proc. mažesnės.

10. 2005-2007 m. prognozinis duomenų pagrindu nustatyta, kad PSDF išlaidos turės tendenciją augti. Analizuojamų laikotarpiu išlaidos sveikatos draudimui padidės 21,4 proc. Tačiau taikomos sveikatos draudimo sistemos reformos leis išlaidų augimą šiek tiek pristabdyti, kadangi 2005 m. numatoma, kad PSDF išlaidos bus 3,3, proc., mažesnės nei numatyta 2005 m. PSDF biudžeto plane. Pagrindiniai veiksniai lemiantys PSDF biudžeto išlaidų augimą – tai socialiniai-ekonominiai ir technologiniai veiksniai.

11. Dabartinę sveikatos draudimo apsaugos sistemą siekiant padaryti efektyvią, sveikatos draudimo reformą reikėtų vykdyti trimis skirtingomis kryptimis: 1) sveikatos paslaugų teikėjų privatizavimas ir kainų reguliavimo panaikinimas; 2) valstybinio finansavimo "pririšimas" prie žmogaus, o ne prie gydymo įstaigos; 3) mišraus - valstybės ir paciento - finansavimo įvedimas.

12. Pasiūlymai tobulinant Lietuvos sveikatos draudimo sistemą:

12.1. VLK įvesti VMI ir VSDF finansinę atskaitomybę, apie surinktų sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir surinktų lėšų pervedimą į PSDF biudžetą bei griežtinti šių institucijų savalaikį lėšų pervedimą.

12.2. Sugriežtinti sveikatos draudimo įmokų surinkimo tvarką. Skaičiuoti delspinigius arba taikyti nustatyto dydžio baudas nemokantiems įmokų.

12.3. Tobulinti informacinę duomenų bazę, įvedant draudimo korteles visiems sveikatos draudimu apdraustiesiems gyventojams, kad būtų galima sužinoti, ar asmuo moka PSD įmokas.

12.4. Papildomo sveikatos draudimo funkcijų plėtimas, dalį privalomojo sveikatos draudimo paslaugų finansavimą pavedant papildomam draudimui.

12.5. Per mokesčių sistemą skatinti gyventojus draustis papildomu sveikatos draudimu, taikant mokesčines lengvatas.

LITERATŪRA

1. Buivydas R. Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija.-V.: Sveikatos ekonomikos centras, 1998
2. Buškevičiūtė E. Mokesčių sistema.-Kaunas.: Technologija, 2003
3. Čepinskis J. Draudimas.-Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras, 1999.-458 p.
4. Černiauskas G. Lietuvos sveikatos draudimo sistema tarptautinėje sveikatos valdymo koordinacinių sistemoje//Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2002
5. Černiauskas G. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros socialinių – ekonominių pokyčių kontekste.-V, 2000.-110 p.
6. Černiauskas G. Sveikatos apsaugos reformos antrąjį nepriklausomybės dešimtmetį. - http://sec.sec.lt/pages/spr/Alf_zur/text/fr_aktualijos.html (2005 09 20)
7. Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimas//III nacionalinė sveikatos politikos konferencija: Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje.-Vilnius, 2001.-103-107 p.
8. Černiauskas G., Marauskienė L. Health care system in transition: Lithuania.-European observatory on health care system, 2000
9. Danner G.H. privalomojo sveikatos draudimo plėtros aspektai: paslaugų sąrašo raida ir apimtis//Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas.-Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998
10. Danny P. Įvadas į pagrindinius socialinės apsaugos principus.-Vilnius: Eugrima, 1998.
11. Dėl Lietuvos respublikos 2003 metų PSD fondo biudžeto patvirtinimo// Valstybės žinios.-2003
12. Dobravolskas A., Buivydas R. Study of the health protection systems in the 13 countries: Lithuania.-GVG, 2003
13. Donaldson C., Gerard K. Economics of health care financing: The visible hand. – London: The Macmillan press LTD, 1993
14. Džikevičius A. Socialinis draudimas Lietuvoje.-<http://finansai.tripod.com> (2005 09 23)
15. Guogis A. Socialinės politikos modeliai.-Vilnius: Eugrimas, 2000
16. Gustaitienė L. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija.-VDU: Kaunas, 2003
17. Health Status, Health services and expenditure: trend during the transition in CEE/A.S.Preker, E. Goldstein, G.Chellaraj, O.Adeyi.-Washington:DC:world bank, 1995
18. Kompensuojamieji vaistai.- <http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=kv> (2005 10 14)
19. Lietuvos Respublikos 2004 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.- <http://www3.lrs.lt/cgi-bin/prpes2?Cindition1=238529&Condition2> (2005 10 19)

20. Lietuvos Respublikos 2005 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas <http://www3.lrs.lt/cgi-bin/prpes2?Condition1=238529&Condition2=> (2005 10 19)
21. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas// Valstybės žinios.-1996.-Nr.55
22. Lietuvos statistikos metraštis 2002/ Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos vyriausybės. – Vilnius, 2003
23. Lietuvos statistikos metraštis 2003/Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. – Vilnius, 2004
24. Lietuvos statistikos metraštis 2004/ Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. – Vilnius, 2005
25. Manjoni d Intignano B. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje. – Vilnius: Pasaulinės sveikatos organizavimas: Europos regiono biuras, 1992
26. Murauskienė L. Sveikatos draudimo istorija//Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas. – Vilnius. Sveikatos ekonomikos centras, 1992
27. Papildomasis sveikatos draudimas (2000). – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
28. Stravinskas T. Ekonomikos asmens sveikatos priežiūros modelio plėtotė Lietuvoje: daktaro disertacija. – Kauno technologijos universitetas, 2000
29. Sveikatos apsaugos politika. <http://www.lrinka.lt/index.php/index.php/74> (2005 10 30)
30. Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas. – V.: Sveikatos ekonomikos centras, 1996
31. Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos – konferencija, skirta sveikatos draudimo Lietuvoje 10 – mečiui paminėti. Druskininkai, 2002
32. Sveikatos draudimo sistemos vystymas: programos aprašymas. - http://www.vlk.lt/vlk/kt/files/vlk_str_pl-ap.doc (2005 10 30)
33. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija. – Vilnius, 2004
34. Valentas A. Galimybę rinktis riboja kvotos ir kompensacijos// Lietuvos sveikata. – 2002 balandžio 4-10d. – P.9-10
35. Valstybinės ligonių kasos finansinė informacija. http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1 (2005 10 30)
36. Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos 2005 – 2007-ųjų strateginis veiklos planas. http://www.vlk.lt/vlk/kt/files/vlk_str_pl.doc (2005 10 30)
37. Valstybės kontrolės leidiniai, <http://www.vkontrolė.lt/dokumentai/leidiniai/nr10/nr10.shtml> (2005 12 15)
38. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Mokslinė monografija. – KMU: Kaunas, 2004

39. Finansų ministerijos Lietuvos ūkio plėtros 2002 – 2005 metų prognozė ir prognozuojamas bendrojo vidaus produkto (toliau BVP) didėjimas. <http://www.vlk.lt> (2005 11 23)
40. V. Jankauskaitė Lietuvos sveikatos draudimo biudžeto analizė -
<http://www.lrinka.lt/index.php/index.php/74>
41. Valstybės žinios Nr.160, Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksnių bei priemonių planų patvirtinimo, 5858-5860. V-718
Vilnius.
42. <http://www.sam.lt/>

ŽELIONYTĖ, Laura. (2006) Health Insurance System of the Republic of Lithuania and its financing problems. MBA, Graduation Paper. Kaunas: Vilnius University, Kaunas Faculty of Humanities, Department of Finance and Accounting, 90 p.

S U M M A R Y

Master's final work is written in Lithuanian and consist of 90 pages, 24 figures, 12 tables, 42 references, 4 annexes.

KEY WORDS: health insurance, compulsory health insurance, additional (voluntary) health insurance, health insurance payments, Territorial Patients Funds, National Patient's Fund, Compulsory Health Insurance Fund Budget.

Research object - Health insurance system in Lithuania and its financing problems.

Research subject – health insurance.

Research aim – to evaluate problems of health insurance system and to present its development in perspective.

Objectives: to analyze the theoretical aspects of health insurance; to evaluate the development of health insurance system in Lithuania; to fulfil the analysis of the accumulation of the income of Compulsory Health Insurance Fund Budget and distribution of the already accumulative finance; to define the factors determining the variations of income and expense; to provide the recommendations for the development of health insurance system in Lithuania.

Research methods: analysis and synthesis of literature, logical analysis and synthesis, vertical analysis, methods of graphic modelling and forecast calculations.

After analysing the legislation of the Republic of Lithuania, scientific research works by various authors on the subject of health insurance system in Lithuania, the analysis and evaluation of health insurance system as well as recommendations for the development of health insurance system were performed.

PRIEDAI

1 PRIEDAS Privalomojo sveikatos draudimo įmokos.....	81
2 PRIEDAS Apdraustųjų, draudžiamų valstybės lėšomis sąrašas.....	82
3 PRIEDAS Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto pajamų prognoziniai skaičiavimai.....	83
3 PRIEDAS (TĘSINYS) Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto pajamų prognoziniai skaičiavimai.....	84
4 PRIEDAS Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto išlaidų prognoziniai skaičiavimai.....	89
4 PRIEDAS (TĘSINYS) Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto išlaidų prognoziniai skaičiavimai.....	90

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKOS

1. asmenys, dirbantys pagal darbo sutartis ir teikiantys vadovavimo paslaugas vadovavimo sutarties pagrindu akcinėse ir uždarosiose akcinėse bendrovėse, taip pat dirbantys narystės pagrindu valstybės institucijose ir gaunantys atlyginimą už darbą, tai yra asmenys, už kuriuos darbdavys moka 3 procentų privalomojo sveikatos draudimo įmokas, be to, įmonės, apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos ne mažesnės kaip 30 procentų privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Ūkinės bendrijos už ūkinės bendrijos narius bei individualios (personalinės) įmonės savininkai kas mėnesį moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurios sudaro 2 procentus Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio.
2. Fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, kaip apibrėžta gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, įskaitant asmenis, gaunančius pajamų už honorarus ir (ar) pagal autorines sutartis, moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, sudarančias 30 procentų apskaičiuotos gyventojų pajamų sumos, bet per mėnesį ne mažiau 1/12 metinės valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis einamaisiais metais.
3. Ūkininkai ir kiti asmeninio ūkio naudotojai, mokantys privalomojo sveikatos draudimo įmokas kas mėnesį, 3,5 ir 1,5 procentus minimalios mėnesinės algos.
4. asmenys, kurie moka už save 10 procentų Statistikos departamento skelbiamo užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.
5. Pilnamečiai darbingi gyventojai, gyvenantys kaimo vietovėse ir neturintys savo žemės ar pajamų iš kito verslo, draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu iš specialių fondų ar kitų žemės ūkio programų finansavimo lėšų Žemės ūkio ministerijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarnybos nustatyta tvarka.

APDRAUSTAISIAIS, DRAUDŽIAMAIS VALSTYBĖS LĖŠOMIS LAIKOMI:

- Asmenys turintys teisę gauti, bet kurios rūšies pensiją;
- Darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norintys dirbti tam tikrą darbą, bei nedarbingi jų šeimų nariai;
- Nėščios, turinčios teisės aktų nustatytas motinystės atostogas;
- Motinos (tėvai, jeigu motinos nėra), iki jų vaikams sukaks 8 metai, taip pat motinos (tėvai, jeigu motinos nėra), auginančios du ir daugiau vaikų iki jų pilnametystės;
- Asmenys iki 18 metų;
- Bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai;
- Valstybės remiami asmenys, turintys teisę gauti socialinę pašalpą;
- I ir II grupės invalidai bei nedirbantys III grupės invalidai;
- Asmenys sergantys SAM nustatyto sąrašo ligomis;
- Asmenys, kurių sveikatai pakenkė nusikaltimai, jeigu šie asmenys teisės aktų nustatyta tvarka yra nukentėjusieji arba liudytojai baudžiamosiose bylose;
- Reabilituoti politiniai kaliniai, tremtiniai ir asmenys, nukentėję 1991 m. sausio 13 d., ar kituose įvykiuose gindami Lietuvos nepriklausomybę ir valstybingumą.
- Asmenys prisidėję prie Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimo;
- Buvusieji geto ir mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai;
- Kiti darbingi, bet dėl įstatymų nustatytų svarbių priežasčių nedirbantys asmenys.

Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto pajamų prognoziniai skaičiavimai

Duomenų prognoziniai skaičiavimai atlikti Excel analizės priemonių paketo (angl. Data Analysis) pagalba, regresinės analizės pagrindu.

Lentelėje SUMMARY OUTPUT pateikta determinacijos koeficientas r^2 (*R Square*), koreguotasis determinacijos koeficientas (*Adjust R Square*), vidurkio paklaida (*Standard Error*) bei stebėjimu skaičius.

Lentelėje ANOVA apskaičiuota kvadratų suma (*SS(Sum Of Square)*), kvadratų vidurkis (*Mean Square*), Fisher'io kriterijaus reikšmė (*F*), regresijos kvadratų suma (*Regression*), liekamųjų paklaidų kvadratų suma (*Residual*) ir visa kvadratų suma (*Total*).

Antroje lentelės ANOVA dalyje pateikta atidėjimo koordinačių ašyje koeficientas (*Intercept Coefficients*), kintamieji X_1 ir X_2 (*X Variable 1, 2*) bei prognozuojamos reikšmės (*P-value*).

Lentelėje RESIDUAL OUTPUT apskaičiuota visų turimų stebėjimų (*Observation*), šiuo atveju sveikatos draudimo įmokų teorinės (prognozuojamos) reikšmės (*Predicted Values*) ir standartinių liekanų reikšmės (*Standard Residuals*).

Iki prognozinių skaičiavimų reikalingi duomenys paimti iš 22, 23, 24 literatūros šaltinių.

1. Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymų iš gyventojų pajamų mokesčio prognozavimas

Metai	Atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio, tūkst. Lt (y)	Teorinis atskaitymas iš gyventojų pajamų mokesčio, tūkst. Lt (y_1)	Vidutinis mėnesinis darbo užmokestis, Lt (x_1)	Dirbančiųjų gyventojų skaičius (x_2)
1997	822500	841480	778	1489
1998	1012708	966079	930	1456
1999	1033549	1024477	987	1397
2000	1019170	1023814	971	1351
2001	1013779	1018611	982	1405
2002	1020366	1035017	1014	1438
2003	1064342	1078404	1073	1445
2004	1114845	1113373	1121	1452
2005		1169260	1197	1459
2006		1234060	1283	1466
2007		1306460	1379	1489

SUMMARY OUTPUT

<i>Regression Statistics</i>				
Multiple R		0,968629978		
R Square		0,938244034		
Adjusted R Square		0,913541647		
Standard Error		24804,23236		
Observations		8		

ANOVA				
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Regression	2	46736746500	23368373250	37,98191859
Residual	5	3076249716	615249943,1	
Total	7	49812996216		

	<i>Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>
Intercept	621111,0342	362322,0582	1,714251231	0,147148451
X Variable 1	765,2361789	95,1773979	8,040104014	0,000481481
X Variable 2	-251,7684494	228,0191495	-1,104154848	0,319807982

RESIDUAL OUTPUT

<i>Observation</i>	<i>Predicted Y</i>	<i>Residuals</i>	<i>Standard Residuals</i>
1	841480,8528	-18980,8528	-0,9054
2	966079,934	46628,06602	2,2243
3	1024477,204	9071,795836	0,4327
4	1023814,774	-4644,773976	-0,2216
5	1018611,699	-4832,698829	-0,2305
6	1035017,489	-14651,48933	-0,6989
7	1078404,045	-14062,04474	-0,6708
8	1113373,002	1471,997822	0,0702

2. Sveikatos draudimo įmokų į PSDF biudžetą už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3 proc.) prognoziniai skaičiavimai.

Metai	Sveikatos draudimo įmokos (3 proc.), tūkst. Lt (y)	Teorinės sveikatos draudimo įmokos (3 proc.) (y ₁)	Vidutinis mėnesinis darbo užmokestis, Lt (x ₁)	Dirbančiųjų gyventojų skaičius (x ₂)
1999	303495	358822	987	1456
2000	356271	348639	971	1397
2001	354425	351744	982	1351
2002	370874	369253	1014	1405
2003	399664	398484	1073	1438
2004	433954	421406	1121	1445
2005		457508	1197	1452
2006		498322	1283	1459
2007		543845	1379	1466

SUMMARY OUTPUT

<i>Regression Statistics</i>	
Multiple R	0,759847303
R Square	0,577367925
Adjusted R Square	0,366051887
Standard Error	32280,66886
Observations	6

ANOVA				
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Regression	2	5694233075	2847116537	2,732248489
Residual	4	4168166328	1042041582	
Total	6	9862399403		

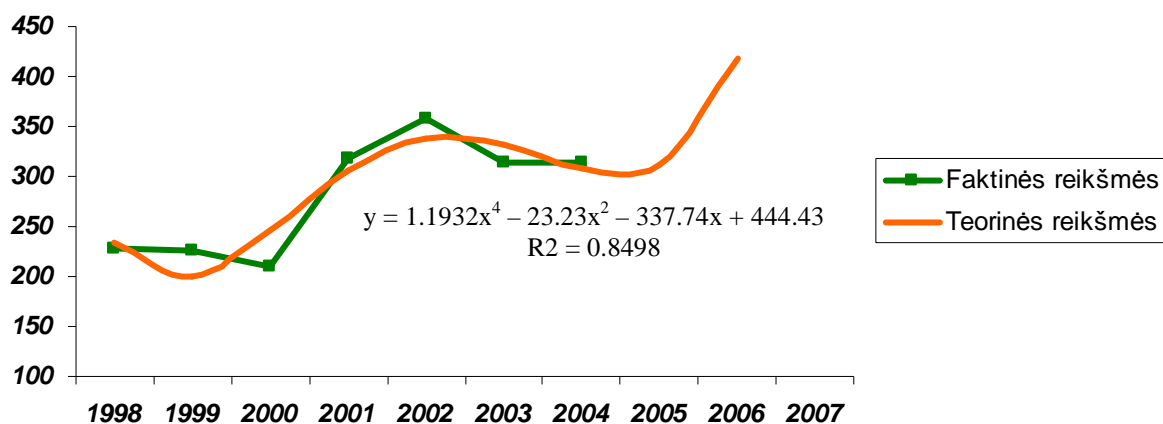
	<i>Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>
Intercept	-171659,1356	463016,4244	-0,370740921	0,729629406
X Variable 1	470,8989448	202,0390931	2,330731829	0,080187782
X Variable 2	45,11086918	292,7440098	0,154096643	0,884995718

RESIDUAL OUTPUT

<i>Observation</i>	<i>Predicted Y</i>	<i>Residuals</i>	<i>Standard Residuals</i>
1	358822,1039	-55327,10389	-2,09913825
2	348639,7128	7631,287243	0,28953489
3	351744,5012	2680,498832	0,101699479
4	369253,7654	1620,234575	0,061472518
5	398484,8621	1179,13793	0,044737088
6	421406,043	12547,95695	0,476075821

3. Asmenų, kurie moka už save 10 proc. VDU dydžio, privalomojo sveikatos draudimo įmokų prognozavimas

Metai	Asmenų, kurie savarankiškai už save moka, sveikatos draudimo įmokas, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y_t)
1998	228	236
1999	227	201
2000	210	249
2001	318	310
2002	358	336
2003	314	331
2004	314	310
2005		316
2006		415
2007		421



Asmenų, kurie savarankiškai už save moka, sveikatos draudimo įmokas, tūkst. Lt (y)

4. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokų už apdrauosius, draudžiamus valstybės lėšomis, prognozavimas

Metai	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y_t)	Valstybės įmoka vienam apdraustajam valstybės lėšomis, Lt (x_1)	Valstybės lėšomis apdraustų gyventojų skaičius (x_2)
1999	409156	434740	242,5	2109
2000	423003	400615	201,7	2098
2001	410261	425396	187,2	2161
2002	425452	467967	187,2	2238
2003	511000	468291	198,2	2224
2004	486081	467940	221,4	2195
2005		508240	264,2	2200
2006		517900	270,0	2210
2007		554300	290,0	2250

SUMMARY OUTPUT

<i>Regression Statistics</i>	
Multiple R	0,656622397
R Square	0,431152972
Adjusted R Square	0,05192162
Standard Error	42211,56057
Observations	6

ANOVA

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Regression	2	4051538426	2025769213	1,136912784
Residual	3	5345447537	1781815846	
Total	5	9396985963		

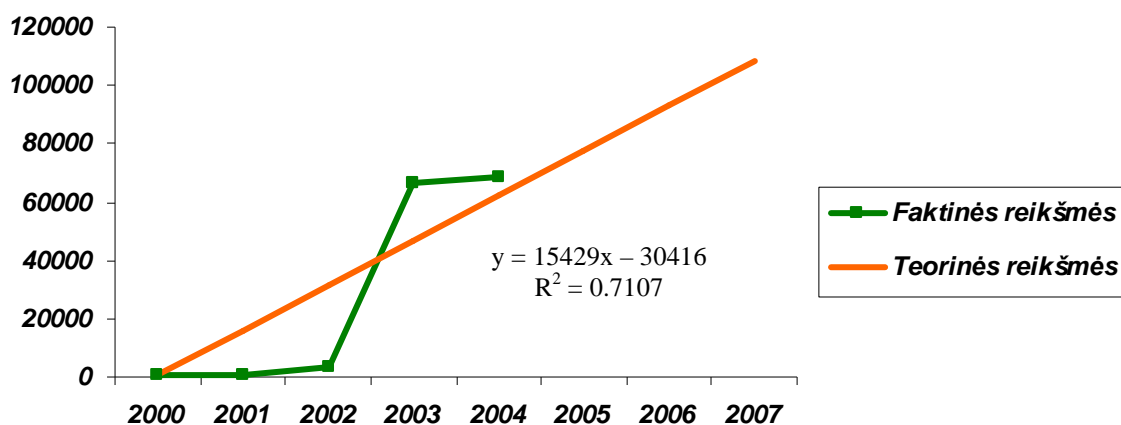
	<i>Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>
Intercept	907957,1624	919063,9307	-0,98791513	0,396029527
X Variable 1	697,2560187	995,0687604	0,700711394	0,533940696
X Variable 2	556,4782587	369,1410731	1,507494828	0,228792532

RESIDUAL OUTPUT

<i>Observation</i>	<i>Predicted Y</i>	<i>Residuals</i>	<i>Standard Residuals</i>
1	434740,0698	-25584,06978	-0,782460815
2	400615,946	22387,05402	0,684683581
3	425396,9205	-15135,92053	-0,462915588
4	467967,5073	-42515,50732	-1,300290328
5	468291,8105	42708,18949	1,306183301
6	467940,7459	18140,25414	0,554799848

5. Kitų biudžeto asignavimų prognozavimas

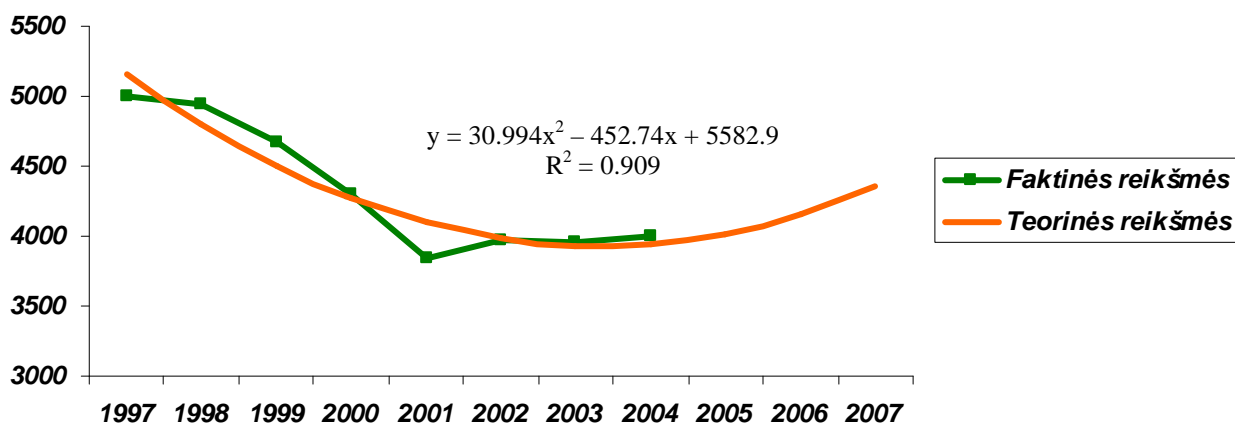
Metai	Kiti biudžeto asignavimai, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y_t)
1999	950	14987
2000	940	442
2001	829	15871
2002	3280	31300
2003	66194	46729
2004	68342	62158
2005		77587
2006		93016
2007		108445



Kitų biudžeto asignavimų prognozavimas, tūkst. Lt

6. Teorinės kraujo donorams prognozavimas

Metai	Kompensacija kraujo donorams, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y)
1997	5000	5163
1998	4950	4804
1999	4674	4503
2000	4303	4266
2001	3846	4095
2002	3965	3981
2003	3954	3938
2004	3995	3948
2005		4023
2006		4154
2007		4359

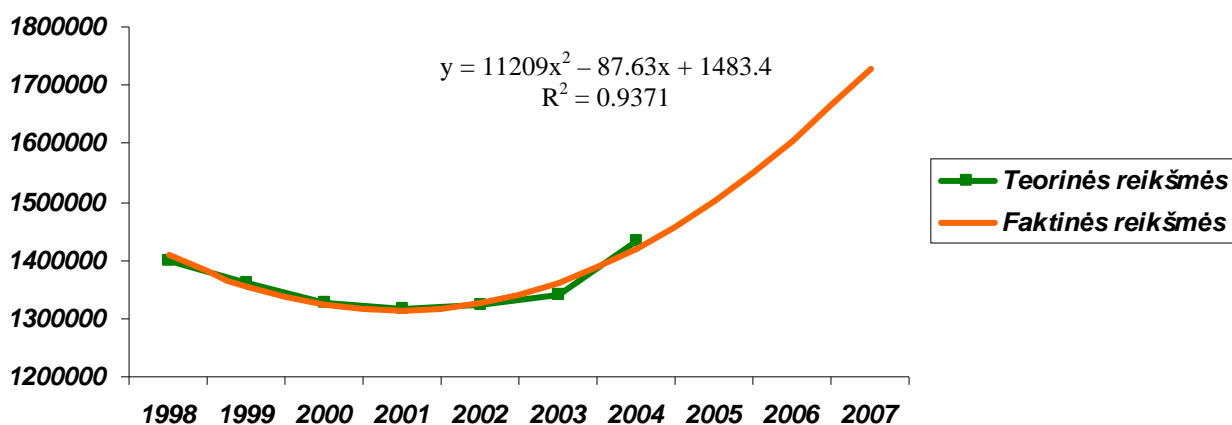


Kompensacijų kraujo donorams prognozavimas, tūkst. Lt

Lietuvos Respublikos PSDF biudžeto išlaidų prognoziniai skaičiavimai

1. Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti prognozavimas

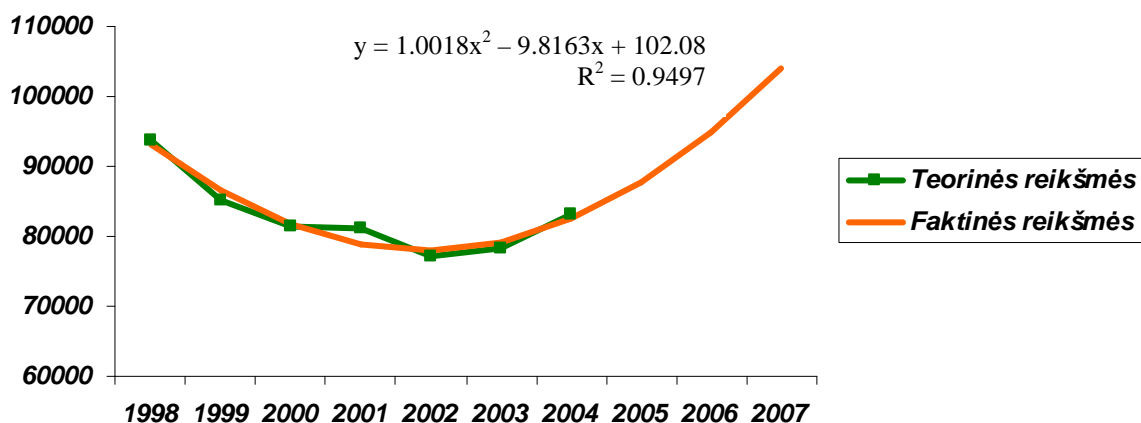
Metai	Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y _t)
1998	1400178	1407982
1999	1361472	1354011
2000	1328314	1322336
2001	1316280	1313246
2002	1324980	1326512
2003	1342225	1362187
2004	1433117	1420169
2005		1500683
2006		160392
2007		1728915



Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, tūkst. Lt

2. Sanatorinio – kurortinio gydymo išlaidų prognozavimas

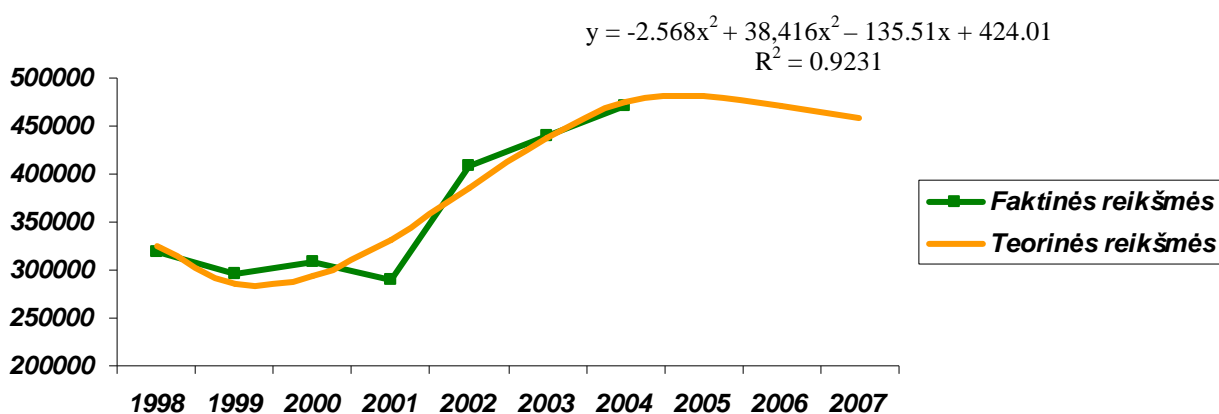
Metai	Sanatorinio - kurortinio gydymo išlaidos, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y _t)
1998	93770	93275
1999	85253	86469
2000	81457	81654
2001	81107	78851
2002	77160	78058
2003	78160	79261
2004	83117	82466
2005		87679
2006		94892
2007		104121



Sanatorinio – kurortinio gydymo išlaidų prognozavimas, tūkst. Lt

3. Medikamentams ir medicinos pagalbos priemonių kompensacijoms skirtų lėšų prognozavimas

Metai	Išlaidos medikamentams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti, tūkst. Lt (y)	Teorinės reikšmės (y _t)
1998	318224	324295
1999	296592	285921
2000	307408	293512
2001	290337	33169
2002	409270	38481
2003	440057	437788
2004	470958	474939
2005		480918
2006		470281
2007		457576



Medikamentams ir medicinos pagalbos priemonių kompensacijų prognozė tūkst. Lt