

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
EKONOMIKOS KATEDRA**

Vaida KALINAUSKAITĖ
Ekonomikos studijų programos studentė

**LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
SISTEMOS VERTINIMAS IR TOBULINIMO
KRYPTYS**

Magistro darbas

Šiauliai, 2014

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
EKONOMIKOS KATEDRA**

Vaida KALINAUSKAITĖ

**LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
SISTEMOS VERTINIMAS IR TOBULINIMO
KRYPTYS**

Magistro darbas
Ekonomika (L100)

**Darbo vadovė:
prof.dr. Daiva BERŽINSKIENĖ**

Teigiu, kad magistro baigiamasis darbas, kurį teikiu Ekonomikos studijų programos magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti yra originalus autorinis darbas.

(Studentės parašas)

SANTRAUKA

Vaida Kalinauskaitė

Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys

Magistro darbas

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjama Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema ir siūlomi jos tobulinimo būdai. Daugiau nei penkiolika metų veikiančiai privalomojo sveikatos draudimo sistemai sudaryta vertinimo metodika pagrįsta lietuvių ir užsienio mokslininkų atliktais tyrimais bei statistiniais ir ekonometriniais metodais. Tyrimo loginės struktūros dalyse suformuluotų tikslų pagrindu atlikta teorinė šalies privalomojo sveikatos draudimo sistemos analizė, išnagrinėtos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir išlaidos, nustatyti veiksniai, daugiausiai turėję įtakos faktiniam jų pasikeitimui. Taip pat įvertinta sveikatos priežiūros išlaidų našta verslui ir valstybei bei nustatyta, kaip gyventojai vertina gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę. Trečioje darbo dalyje atlikta perspektyvinė privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų analizė bei sukurtas teorinis pajamų didinimo modelis, siūloma geroji užsienio šalių praktika skatinant savanoriško draudimo plėtrą.

SUMMARY

Vaida Kalinauskaitė

Assessment of the Lithuanian Compulsory Health Insurance System and Aspects for Improvement

Master's Thesis

The final Master's Thesis deals with the Lithuanian compulsory health insurance system and methods for improvement thereof are suggested herein. The assessment methods prepared for the compulsory health insurance system being operated for over fifteen years are based on studies done by Lithuanian and foreign scientists as well as statistical and econometric methods. Theoretical analysis of the country's compulsory health insurance system has been made, revenue and spending of compulsory health insurance fund budget have been analysed, factors having mostly influenced changes thereof have been identified on the basis of objectives formulated in the logical-structure parts of the research. The burden of health care expenses on business and the state has been assessed as well and it was determined how the residents assessed the quality of the services provided by health care establishments. Perspective analysis of revenue and spending of compulsory health insurance fund budget has been made and a theoretical model for increasing revenue has been created, the good practice of foreign countries encouraging development of voluntary insurance has been suggested in the third part of the Thesis.

TURINYS

ĮVADAS	12
1. LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA IR JAI SKIRTOS VERTINIMO METODIKOS SUDARYMAS	19
1.1. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos raidos analizė	19
1.2. Sveikatos draudimo rūšių analizė	23
1.3. Sveikatos draudimo sistemos modelių vertinimas.....	26
1.3.1. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos modelio analizė.....	29
1.4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto struktūra ir sveikatos išlaidų naštos verslui ir valstybei vertinimas	32
1.5. PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančių veiksnių analizė.....	35
1.6. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimo metodikos sudarymas ir pagrindimas	37
2. LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS ANALIZĖ	43
2.1. PSDF biudžeto pajamų dinaminė ir struktūrinė analizė	43
2.2. PSDF biudžeto išlaidų dinaminė ir struktūrinė analizė	46
2.3. Faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų analizė	49
2.4. Faktinės PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančių veiksnių analizė	51
2.4.1. PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčius lemiančių veiksnių tyrimas.....	52
2.4.2. PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčius lemiančių veiksnių tyrimas.....	55
2.5. Sveikatos priežiūros išlaidų naštos verslui ir valstybei analizė.....	57
2.6. Gydomo įstaigų paslaugų kokybės ir privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas	63
3. LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS PERSPEKTYVŲ IR TOBULINIMO GALIMYBIŲ VERTINIMAS	68
3.1. Faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozavimas	68
3.2. PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinio modelio sudarymas.....	76
3.3. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos tobulinimo būdai perimant gerąją užsienio šalių praktiką	80
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	85
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	88
PRIEDAI	94
<i>1 priedas.</i> Tyrimo loginė struktūra.....	95

2 priedas.	Lietuvos PSDF veikimo mechanizmas.....	96
3 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Pradiniai analizės duomenys	96
4 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Logaritmuoti pradiniai analizės duomenys.....	97
5 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Duomenų normalų vertinimas	97
6 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Koeficientų lentelė	97
7 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Porinė koreliacijos matrica.....	98
8 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Dispersinė analizė.....	98
9 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Modelio kokybė	98
10 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Pradiniai analizės duomenys	99
11 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Logaritmuoti pradiniai analizės duomenys.....	99
12 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Duomenų normalumas	99
13 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Koeficientų lentelė	100
14 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Porinė koreliacijų matrica	100
15 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Dispersinė analizė.....	100
16 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Modelio kokybė	101
17 priedas.	Koreliacijų matrica	101
18 priedas.	Kaizerio – Mejerio – Olkino (KMO) ir Barlett‘o sferiškumo kriterijai	102
19 priedas.	Lentelės „Anti – image“ duomenys.....	102
20 priedas.	Faktorių išskyrimo rezultatai	102
21 priedas.	Faktorių tikrinių reikšmių grafikas	103
22 priedas.	Faktorių svorių matrica.....	103

23 priedas.	Pasuktų faktorių svorių matrica.....	103
24 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų prognozavimas Trend funkcijos pagalba	104
25 priedas.	PSDF biudžeto faktinių pajamų prognozavimas Growth funkcijos pagalba.....	104
26 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų prognozavimas Trend funkcijos pagalba	105
27 priedas.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų prognozavimas Growth funkcijos pagalba.....	105
28 priedas.	Faktinių PSDF biudžeto pajamų dinaminė analizė 1997 – 2012 m. laikotarpiu	106
29 priedas.	Struktūriškai didžiausi faktinių PSDF biudžeto pajamų straipsniai (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m. laikotarpiu.....	106
30 priedas.	Struktūriškai didžiausi faktinių PSDF biudžeto pajamų straipsniai (proc.), 1997 – 2012 m. laikotarpiu.....	107
31 priedas.	Faktinių PSDF biudžeto išlaidų dinaminė analizė, 1997 – 2012 m. laikotarpiu	107
32 priedas.	Struktūriškai didžiausi faktinių PSDF biudžeto pajamų straipsniai 1997 – 2012 m. laikotarpiu.....	108
33 priedas.	Sveikatos priežiūros išlaidos ir jų dalis nuo BVP 1997 – 2012 m. laikotarpiu .	109
34 priedas.	Sveikatos priežiūros išlaidų našta verslui ir valstybei (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m. laikotarpiu	110

LENTELĖS

1.1 lentelė.	Lietuvos sveikatos draudimo sistemos reforma ir jai būdingi bruožai	21
1.2 lentelė.	Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas	31
1.3 lentelė.	PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų struktūra	33
2.1 lentelė.	Didžiausi PSDF biudžeto faktinių išlaidų straipsniai (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.	48
2.2 lentelė.	PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių daugialypės regresijos modelio determinacijos koeficientas	52
2.3 lentelė.	Goldfield – Quandt (GQ) testo rezultatai.....	54
2.4 lentelė.	PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių daugialypės regresijos modelio determinacijos koeficientas	55
2.5 lentelė.	Goldfield – Quandt (GQ) testo rezultatai.....	56
2.6 lentelė.	Gyventojų sveikatos priežiūros kokybės vertinimas gydymo įstaigose	64
3.1 lentelė.	Prognozavimo prielaidos	69

PAVEIKSLAI

1.1 pav. Pagrindiniai kriterijai skirstant sveikatos draudimo rūšis.....	24
1.2 pav. Beveridžo arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis.....	27
1.3 pav. Bismarko arba socialinio draudimo sveikatos priežiūros modelis.....	28
1.4 pav. Privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis.....	29
1.5 pav. Tarpininkų neturintis sveikatos priežiūros finansavimo modelis	29
1.6 pav. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos modelis	30
1.7 pav. PSDF biudžeto įmokų kategorijos	34
1.8 pav. PSDF biudžeto pajamos ir išlaidas lemiantys veiksniai	36
2.1 pav. Planuojamos ir faktinės PSDF biudžeto pajamos (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.	43
2.2 pav. Didžiausi PSDF biudžeto faktinių pajamų straipsniai (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m. ...	45
2.3 pav. Planuojamos ir faktinės PSDF biudžeto išlaidos (mlrd.Lt), 1997 – 2012 m.	47
2.4 pav. Faktinės PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.....	49
2.5 pav. Durbin – Watson testo apibrėžtumo sritys.....	53
2.5 pav. Sveikatos priežiūros našta valstybei ir verslui (mlrd.Lt), 1997 – 2013 m.....	58
2.6 pav. Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP (proc.) ir BVP (mln. Lt), 1997 – 2012 m.....	60
2.7 pav. Valdžios sektoriaus ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos (mln. Lt), 1997 – 2012 m.....	61
2.8 pav. Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.), 2013 m.	62
3.1 pav. Galutinė, pesimistinė ir optimistinė faktinių PSDF biudžeto pajamų prognozė.....	71
3.2 pav. Galutinė, pesimistinė ir optimistinė faktinių PSDF biudžeto išlaidų prognozė.....	72
3.3 pav. Prognozuojamos galutinės PSDF biudžeto faktinės pajamos ir išlaidos (mlrd. Lt), 2013 – 2018 m.	73
3.4 pav. Prognozuojamos pesimistinės PSDF biudžeto faktinės pajamos ir išlaidos (mlrd.Lt), 2013 – 2018 m.	74
3.5 pav. Prognozuojamos optimistinės PSDF biudžeto faktinės pajamos ir išlaidos (mlrd. Lt), 2013 – 2018 m.	75

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Šios sąvokos magistro darbe pateikiamos remiantis šaltiniais: Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55 – 1287; Vasiliauskas, A. (2003). *Verslo draudimas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla; Bagdanavičius, J., Stankevičius, P., Lukoševičius, L. (1999). *Ekonomikos terminai ir sąvokos*. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla; Internetinis tarptautinių žodžių žodynas; Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas (2010). Demografinis gyventojų senėjimas pagal JTO rekomendacijas. Vilnius: Higienos instituto sveikatos informacijos centras.

A

Apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu – draudžiamieji privalomuoju sveikatos draudimu, kurie Sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka moka arba už kuriuos yra mokamos šio įstatymo nustatyto dydžio įmokos.

Atlyginimas (uždarbis) – apmokėjimas už atliktą darbą, paslaugas, patarnavimus ir kt. Atlyginama įvairiai: natūra, pinigais, suteikiant lengvatas. Atlyginimas už darbą pinigais – alga, darbo užmokestis. Atlyginimo diferencijavimas – vienodą darbą dirbančių darbuotojų atlyginimų skirtumas; kompensacija už ypatingai nepalankias darbo sąlygas, nepatogų darbo laiką ir t.t.

B

Bedarbiai – nedirbantys, bet norintys dirbti ir ieškantys darbo darbingo amžiaus piliečiai, užsiregistravę arba ne darbo biržoje. Tai bedarbiai plačiaja prasme.

Bendrasis vidaus produktas – visų paslaugų ir prekių, pagamintų šalyje per tam tikrą laiką naudojant gamybos veiksnius neatsižvelgiant į tai, kurios šalies piliečiams tie veiksniai priklauso, pinigine išraiška.

D

Draudėjai – juridiniai asmenys ir jų filialai bei atstovybės, taip pat fiziniai asmenys, kurie įstatymų nustatyta tvarka privalo mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Draudimo veikla – finansinė ūkinė veikla, kuria siekiama apsaugoti fizinių ir juridinių asmenų turtinius interesus, įvykus draudimo įstatymo ar draudimo sutartyje nustatytiems įvykiams (draudiminiams įvykiams), panaudojant rezervus ir draudimo techninius atidėjimus, sudaromus iš draudėjų mokamų įmokų (draudimo įmokų) bei pajamų, gautų jas investavus draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

Draudimo įmonė (draudikas) – įmonė, vykdanči draudimo, taip pat su draudimu susijusią veiklą ir įsipareigojanti draudėjui draudimo sutartyje ar draudimo įstatymo numatyty draudiminių įvykių atvejais mokėti draudimo išmokas.

Draudiminis įvykis – draudimo sutartyje ar draudimo įstatymo nustatytas atsitikimas, kuriam įvykus draudėjas, apdraustasis, naudos gavėjas ar tretysis asmuo įgyje teisę gauti draudimo išmoką.

F

Finansavimas – įvairių lėšų teikimas (kreditai, vertybinių popierių išleidimas ir pan.).

G

Gyventojų senėjimas – apibūdinamas gyventojų senėjimo rodikliu, dar vadinamu *senėjimo indeksu*. Jungtinė Tautų Organizacija (JTO) rekomenduoja gyventojų senėjimo indeksu laikyti 65 metų ir vyresnių žmonių skaičiaus dalį tarp visų gyventojų (proc.).

K

Krizė – verslo ciklo fazė, kuriai būdinga: santykinai ilgai trunkantis didelis nedarbas, gamybos apimtys mažėjimas, dėl to didelės dalies gamybinių pajėgumų nepanaudojimas.

M

Modelis – tikrovės dalies apibūdinimas, norint numatyti galimas pokyčių pasekmes. Ekonomikoje dažniausiai taikomi matematiniai tikrovės aprašymo modeliai, naudojant loginio ryšio, ekstrapoliacijos ir kitus konstravimo būdus.

Mokesčio lengvata – mokesčio mokėtoju įstatymo nustatytos išskirtinės apmokestinimo sąlygos, dėl kurių reikia mokėti mažesnę mokesčių arba mokesčio mokėjimo terminas atidedamas ir mokesčių galima sumokėti per keletą kartų.

Mokesčių našta – visų šalies mokesčių mokėtojų sumokėtų mokesčių (rinkliavų, įmokų, atskaitymų ir pan.) suma.

N

Nedarbas – tai rinkos ekonomikos šalims būdingas socialinis reiškinys, kurio esmė ta, kad dalis šalies gyventojų, galinčių ir norinčių dirbti samdomą darbą, neturi darbo.

P

Privalomojo sveikatos draudimo įmokos – draudžiamųjų ir (arba) jų draudėjų mokamos sveikatos draudimo įstatymo nustatyto dydžio įmokos.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžetas – sveikatos draudimo įstatyme nustatytų pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams.

Privalomasis sveikatos draudimas (PSD) – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, sveikatos draudimo įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos priemones kompensavimą.

Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas – papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio. Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas vykdomas sveikatos draudimo įstatymo, draudimo įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

S

Sistema – tai planingas, taisyklingas išdėstymas, sutvarkymas, organizacija.

T

Teritorinės ligonių kasos (TLK) – tai juridinis asmuo, veikiantis pagal sveikatos draudimo įstatymą, biudžetinių įstaigų įstatymą, išlaikomas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, turintis antspaudą su Lietuvos herbu ir sąskaitas bankuose. Biudžetinių įstaigų įstatymas teritorinėms ligonių kasoms taikomas tiek, kiek jų veiklos nereglamentuoja sveikatos draudimo įstatymas.

U

Užimti gyventojai – visi dirbantys ir laikinai nedirbantys arba turintys formalų ryšį su darbovieta asmenys, įskaitant ir tarnaujančius ginkluotosiose pajėgose.

V

Valstybinė ligonių kasa (VLK) - tai juridinis asmuo, veikiantis pagal sveikatos draudimo įstatymą, biudžetinių įstaigų įstatymą, išlaikomas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, turintis antspaudą su Lietuvos herbu ir sąskaitas Lietuvos Respublikos bankuose.

IVADAS

Kiekvieno žmogaus gyvenime reikšmingą vietą užima ne tik jo turtas, padėtis visuomenėje, turimas darbas, bet pirmiausia – sveikata. Todėl šiandien gyventojų sveikata pagrįstai yra laikoma didžiausia socialine ir ekonomine visuomenės vertybe. Tik sveiki gyventojai gali prisidėti prie šalies ekonominės gerovės ir jos klestėjimo.

Lietuvoje gyventojų sveikatos apsauga daugiausiai finansuojama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, kurį reglamentuoja 1996 m. priimtas Lietuvos Respublikos (LR) sveikatos draudimo įstatymas. Įstatyme privalomasis sveikatos draudimas apibūdinamas kaip valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, kuri įstatymų nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuoja privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą. Šalyje taip pat veikia papildomas sveikatos draudimas, tačiau juo draudžiasi labai maža gyventojų dalis.

Tyrimo problema. Racionalus ir veiksmingas sveikatos sektoriaus finansavimas bei sistemos valdymo tobulinimas turėtų būti svarbiausias kiekvienos šalies uždavinys. Tačiau daugelio valstybių pagrindinė privalomojo sveikatos draudimo sistemos problema yra lėšų, skirtų gyventojų sveikatos priežiūrai užtikrinti, trūkumas. Taip pat ne mažesnę susirūpinimą kelia nekontroliuojamai augančios ir faktinės privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamas viršijančios išlaidos dėl kurių fondo biudžetas tampa deficitinis. Jam padengti ne visada pakanka rezervinių lėšų, todėl neretai tenka skolintis. Minėtų ekonominių ir socialinės sveikatos apsaugos sistemos problemų atsiradimui įtakos turi Lietuvoje, kaip ir visame Pasulyje, vykstantys demografiniai pokyčiai, dėl kurių mažėja gimstamumas, o ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei, daugėja vyresnio amžiaus gyventojų. Vykstant minėtiems demografiniams pokyčiams ir gyventojų tarpe daugėjant vyresnio amžiaus žmonių, sveikatos priežiūros sistemai keliamas rimtas iššūkis, kadangi seniems gyventojams dėl įvairiausių susirgimų dažniau prireikia sveikatos priežiūros paslaugų. Todėl šių susirgimų spartus plitimas vyresnių gyventojų tarpe daugelio mokslininkų yra traktuojamas kaip XXI a. pandemija, reikalaujančia didelių materialinių sveikatos priežiūros išteklių.

Nors Lietuvoje privalomojo sveikatos draudimo sistema egzistuoja daugiau negu penkiolika metų, bet iki šiol jos vertinimui nėra parengtos tyrimo metodikos. Todėl natūraliai kyla klausimas, **kaip būtų galima įvertinti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos veiklą ir kokiomis priemonėmis būtų galima padidinti į fondą surenkamų pajamų kiekį?** Siekiant atsakyti į šį probleminį klausimą, labai svarbu pabrėžti, kad analizuojama problema nėra pakankamai išspręsta teoriniu požiūriu. Moksliniuose darbuose

pasigendama matematiniais skaičiavimais pagrįstų jos sprendimo būdų, menkas dėmesys skiriamas neigiamai socialinių – ekonominių veiksnių įtakai, sistemos tobulinimui trūksta pagrįstų siūlymų.

Tyrimo aktualumas. Gyventojų sveikatą pripažįstant kaip didžiausią socialinę – ekonominę visuomenės vertybę, klausimai, susiję su sveikatos priežiūra bei sveikatos draudimo sistema vis dažniau nagrinėjami tiek lietuvių, tiek užsienio mokslininkų. Analizuojant mokslinius šaltinius nustatyta, kad autoriai savo darbuose didesnę dėmesį skiria praktinių problemų sprendimui. Šalies gyventojų informuotumą apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą savo darbuose analizavo Miškinis ir kt. (2011). Tyrimo metu buvo nustatyta, kad Lietuvos gyventojų informuotumas apie sveikatos draudimą yra nepakankamas, kadangi daugelis jų nesuvokia privalomojo sveikatos draudimo paskirties ir funkcijų bei pastarąsias tapatina su socialiniu draudimu. Čepulytė ir Palubinskienė (2008) bei Janušonis (2011), nagrinėdami sveikatos draudimo sistemos teorinius aspektus, sveikatos priežiūros reformas bei finansavimo ypatumus ir tarpusavyje lygindami šalių sveikatos draudimo sistemas, siekė pasiūlyti tinkamiausią finansavimo modelį Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. Tuo tarpu Švagždienė ir kt. (2011) Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą lygindami su Vokietijos sveikatos draudimo sistema, išsiaiškino, kad Lietuva, imdama pavyzdį iš Vokietijos, sveikatos draudimo veiklą galėtų gerinti racionaliau skirstydama finansinius išteklius, mažindama pacientų eiles bei daugiau siekdama socialinės gerovės. Racionalų finansinių išteklių paskirstymą savo darbuose akcentavo ir Kirkauskienė bei Karazijienė (2009). Autorės, analizuodamos sveikatos išlaidų našta verslui ir valstybei, nustatė, kad daugiau nei pusę visų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų sudaro dirbančiųjų ir darbdavių įmokos. Daroma prielaida, kad valstybė skiria nepakankamą dėmesį šalies gyventojų sveikatai. Pastebima, kad užsienio autoriai, vertindami įvairių šalių privalomojo sveikatos draudimo sistemas, iš esmės nagrinėja tapačius klausimus. Graham (2012) ir S. P. Pascall (2008), analizuodami JAV sveikatos draudimo sistemą, akcentuoja neracionalų valstybės finansinių išteklių paskirstymą. Tuo tarpu Greb, Gildemeister ir Wasem (2004) savo darbuose JAV siūlo imti pavyzdį iš Vokietijoje taikomos sveikatos priežiūros sistemos. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos reformos būtinybę daugeliui Pasaulio šalių pabrėžė ir Kutzin (2012).

Įsigilinus į lietuvių ir užsienio autorių atliktus tyrimus privalomojo sveikatos draudimo sistemos srityje apibendrintai galima teigti, kad darbo tema aktuali tiek Lietuvos, tiek užsienio šalių gyventojams. *Tačiau mokslininkų darbuose pasigendama išsamios privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų pokyčius lėmusių veiksnių analizės.* Šiai analizei daugiau dėmesio skyrė tik S. Sidabraitė (2005), R. Kirkauskienė ir Ž. Karazijienė

(2009), N. Dalytė (2005), G. Šurkienė ir kt. (2012), M. Gedvilaitė – Kordušienė (2013). Kadangi neįmanoma tiksliai numatyti, kiek realiai į fondą bus surinkta pajamų bei kiek lėšų prireiks sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti, labai svarbu žinoti, kokie veiksniai labiausiai lemia faktinių fondo pajamų ir išlaidų pokyčius. Atsižvelgiant į šiuos veiksnius, jų pasikeitimus, būtų galima ne tik tiksliau planuoti ir prognozuoti fondo pajamas ir išlaidas, bet ir ieškoti būdų, kaip būtų galima optimizuoti pajamų surinkimą tam, kad sveikatos priežiūrai būtų skirta daugiau lėšų. Taip pat skaičiavimais nėra įvertinama, kaip pasikeistų sveikatos draudimo sistema optimizavus fondo pajamų surinkimą, koks būtų viso to ekonominis efektas ir kaip jis pasireikštų šalies gyventojams. Kadangi gyventojų nuomonės tyrimai geriausiai gali parodyti tai, ko sistemai trūksta, galima teigti, kad šalyje šiems tyrimams menkai skiriama dėmesio. Todėl darbo tema reikalauja ją nagrinėti įtraukiant visus minėtus aspektus, kurie yra ypač svarbūs siekiant objektyviai įvertinti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir sukurti jos vertinimui skirtą tyrimo metodiką.

Tyrimo objektas. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema.

Tyrimo tikslas – įvertinus Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą, pasiūlyti pajamų didinimo teorinį modelį.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą teoriniu aspektu ir parengti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimo metodiką.
2. Atlikti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų dinaminę bei struktūrinę analizę.
3. Nustatyti, kokie veiksniai daro didžiausią poveikį privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų pokyčiams.
4. Ištirti, kaip gyventojai vertina privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę.
5. Atlikti privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų optimistinę, pesimistinę ir realią (galutinę) prognozę.
6. Sukurti privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų didinimo teorinį modelį.

Tyrimo metu išsikelta **mokslinė hipotezė**: privalomajam sveikatos draudimo fondui ne visada pakanka lėšų sveikatos priežiūros išlaidoms finansuoti, todėl būtina gerinti privalomojo sveikatos draudimo sistemos veiklą ir ieškoti alternatyvių finansavimo šaltinių.

Tyrimo bazė: metodologija, metodika, strategija. Siekiant objektyviai išnagrinėti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir sudaryti jos vertinimui skirtą metodiką, konceptualiojoje magistro baigiamajame darbe visų pirma nuspręsta išanalizuoti

sveikatos draudimo sistemos raidą bei įvertinti praktikoje taikomus sveikatos draudimo sistemos modelius. Nustatyta, kad Lietuvos sveikatos draudimo sistemai būdingi *Bismarko* (Socialinio draudimo sistemos) ir *Beveridžo* (Nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos) modelių bruožai: sveikatos draudimo įmokos mokesčių pavidalu derinamos su biudžetiniu finansavimu (valstybės biudžeto asignavimais), investiciniai sprendimai ir sprendimai dėl paslaugų kainų priimami valstybinių institucijų, paslaugų teikėjai konkuruoja dėl ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų. Atsižvelgiant į minėtų sveikatos draudimo sistemos modelių veikimo mechanizmus bei būdingus bruožus Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai, buvo sudarytas šalies privalomojo sveikatos draudimo sistemos modelis. Modelio pagalba nustatyta, kad sveikatos draudimo įmokos į fondo biudžetą patenka iš Valstybinės mokesčių inspekcijos (VMI), Valstybinio socialinio draudimo fondo (VSDF) bei valstybės biudžeto. Norint įvertinti, kokią sveikatos priežiūros išlaidų naštą patiria verslas ir valstybė, remtasi Kirkauskienės ir Karazijienės (2009) siūloma tyrimo metodika atskirai išskiriant ir tarpusavyje palyginant įmokų, kurios mokesčių ir asignavimų pavidalu patenka iš verslo bei valstybės, sumas. Darbe didelis dėmesys skiriamas privalomojo sveikatos draudimo sistemos pajamas ir išlaidas lemiančių veiksnių teorinei analizei atlikti. Nors šia tema atliktų tyrimų nėra daug, tačiau siekta išskirti svarbiausius veiksnius, galinčius lemti ne tik į fondą surinktą pajamų ir patirtą išlaidų kiekį, bet ir darančius įtaką visos sveikatos draudimo sistemos veiklai.

Apibūdinus konceptualiąją tyrimo esmę, sudaryta Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimo metodika susidedanti iš septynių tyrimo etapų. Siekiant praktiniam ir teoriniam tyrimui sukaupti visą reikalingą informaciją, kaip ir buvo minėta anksčiau, pirmiausia nuspręsta teoriniu aspektu išnagrinėti Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Sekančiame etape siekta atlikti privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų dinamikos ir struktūros analizę maksimaliai galimu tirti 1997 – 2012 m. laikotarpiu. Siekta išsiaiškinti, kiek planinės pajamos ir išlaidos skiriasi nuo faktinių, kurie pajamų ir išlaidų straipsniai struktūriškai sudaro didžiausią faktinių pajamų bei išlaidų dalį. Svarbiausias šio tyrimo etapo uždavinio tikslas yra nustatyti, subalansuotas, deficitinis ar perteklinis yra faktinis sveikatos draudimo fondo biudžetas. Tam įvertinti atitinkamais metais tarpusavyje buvo lyginamos faktinės privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir išlaidos. Kadangi konceptualiojoje tyrimo dalyje nustatyta, kad Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas ir išlaidas lemia daugelis socialinių, ekonominių, demografinių, politinių bei technologinių veiksnių, trečiajame tyrimo etape nuspręsta matematiškai patikrinti teorines autorių prielaidas apie šių veiksnių poveikį privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų pokyčiams. Pagal gautus tyrimo

rezultatus, vėlesniame tyrimo loginės struktūros etape bus atliekamos optimistinės, pesimistinės ir galutinės (realios) faktinių fondo pajamų bei išlaidų prognozės. Ketvirtajame tyrimo etape siekta išsiaiškinti, kokią sveikatos priežiūros išlaidų naštą patiria verslas ir valstybė. Taip pat apskaičiuojama, kokia dalis nuo šalyje sukurto BVP skiriama gyventojų sveikatos apsaugos finansavimui ir gauti rezultatai palyginami su ES šalimis. Kadangi gerai funkcionuojančia sveikatos priežiūros sistema yra suinteresuoti visi šalies gyventojai, svarbu atsižvelgti į jų poreikius ir pastebėjimus. Todėl penktajame tyrimo etape nustatyta kokioms sveikatos priežiūros įstaigų teikiamoms paslaugoms gyventojai skiria daugiausiai dėmesio ir kaip jie vertina šalies privalomojo sveikatos draudimo sistemos veiklą.

Praktinėje baigiamojo darbo dalyje atliktų tyrimų rezultatais grindžiama konstruktyvioji magistro baigiamojo darbo dalis. Atsižvelgiant į geriausiai privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų pokyčius apibūdinančius veiksnius, šeštajame tyrimo loginės struktūros etape sudaroma optimistinė, pesimistinė ir galutinė (reali) fondo pajamų ir išlaidų prognozė 2013 – 2018 m. Tuo siekiama išsiaiškinti didžiausią, mažiausią ir realiausią faktinių pajamų ir išlaidų didėjimą (mažėjimą) nagrinėjamais metais atsižvelgiant į didžiausią poveikį jų kaitai turinčius veiksnius kitoms sąlygoms nekintant. Kadangi privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos yra pagrindinis sveikatos išlaidų finansavimo šaltinis, paskutiniajame tyrimo etape siekiama sudaryti jų didinimo teorinį modelį. Taip pat nurodomi kiti galimi sistemos tobulinimo būdai perimant gerąją užsienio šalių praktiką.

Nagrinėjant Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą teoriniu aspektu, taikytas lyginamosios mokslinės literatūros šaltinių ir straipsnių analizės metodas, informacijos sisteminimas ir interpretavimas, indukcijos bei dedukcijos metodai. Siekiant ištirti sveikatos fondo biudžeto pajamų ir išlaidų tendencijas, nustatyti, kokia sveikatos priežiūros išlaidų našta tenka verslui ir valstybei, naudoti vidutiniai dydžiai ir taikytas dinaminių eilučių analitinis metodas. Rezultatai pateikiami grafiškai. Identifikuojant veiksnius, galėjusius lemti faktinių biudžeto pajamų ir išlaidų pokyčius, SPSS programos pagalba taikant daugialypės regresinės analizės metodą atlikta veiksnių įtakos analizė. Tuo tarpu norint nustatyti, kaip Lietuvos gyventojai vertina gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę, naudotas faktorinės analizės metodas. Perspektyvinė fondo biudžeto pajamų ir išlaidų analizė atlikta Trend ir Growth funkcijų pagalba. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis sudarytas taikant modeliavimo metodą.

Tyrimo rezultatai. Nagrinėjant Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą nustatyta, kad šalies sistemai būdingi Bismarko ir Beveridžo sveikatos draudimo sistemos modelių ypatybės. Nors teoriškai šalyje veikia mišrus sveikatos draudimo modelis, susidedantis iš privalomojo ir savanoriško sveikatos draudimo, tačiau praktiškai veikia tik

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys. privalomasis sveikatos draudimas. Papildomu sveikatos draudimu, priešingai nei kitose Europos ir Pasaulio šalyse, draudžiasi palyginti labai nedidelė gyventojų dalis.

Daugiau nei penkiolika metų gyvuojančiai Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemai analizuoti nėra sukurtos vertinimo metodikos. Darbe ji sudaryta remiantis lietuvių ir užsienio mokslininkų, nagrinėjusių temai svarbius klausimus, naudotais tyrimo metodais bei savarankiškai pasirinktais tradiciniais taikomosios statistikos ir ekonometrinės analizės metodais. Tyrimo metu išsikelta mokslinė hipotezė pasitvirtino. Nustatyta, kad Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo faktinės pajamos nagrinėjamu laikotarpiu augo lėtesniu tempu nei faktiškai patirtos sveikatos draudimo išlaidos. Todėl būta metų, kai faktinis biudžetas tapdavo deficitiniu ir tekdavo naudoti rezervo lėšas arba skolintis. Tai reiškia, kad fondui ne visada pakanka lėšų sveikatos priežiūros išlaidoms padengti. Dėl šios priežasties būtina ieškoti alternatyvių fondo finansavimo šaltinių ir imtis priemonių, padedančių užtikrinti geresnį privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimą. Tačiau teigiamai nuteikia tai, kad ekonomikos sunkmetį šalies sistema išgyveno sėkmingai ne tik turėdama perteklinį biudžetą, bet ir rezervinių lėšų nenumatytoms išlaidoms padengti. Taip pat tyrimo metu nustatyta, kad struktūriškai didžiausią privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto faktinių pajamų dalį analizuojamu laikotarpiu sudarė Valstybinio socialinio draudimo valdybos ir Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai. Tuo tarpu struktūriškai didžiausią faktinių fondo išlaidų dalį nagrinėjamais metais sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, taip pat išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms finansuoti, išlaidos medicininei rehabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei kitoms išlaidoms kompensuoti, ir išlaidos sveikatos priežiūros programoms finansuoti.

Šalies privalomojo sveikatos draudimo sistemą veikia daugelis ekonominių, socialinių, politinių ir demografinių, technologinių veiksnių. Vertinant jų įtaką privalomojo sveikatos draudimo fondo faktinių pajamų ir išlaidų pokyčiams, nustatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto faktinių pajamų pokyčius daugiausiai lemia vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis privalomu sveikatos draudimu apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai. Tuo tarpu faktinių išlaidų pokyčiams daugiausiai įtakos turi 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus bei ligoninėse gydytų asmenų, tenkančių tūkstančiui šalies gyventojų, pokyčiai. Visiems šiems veiksniams didėjant, atitinkamai didėja ir faktinės fondo pajamos ir išlaidos.

Analizuojant sveikatos priežiūros išlaidų našta verslui ir valstybei, ištirta, kad dirbantys šalies gyventojai ir jų darbdaviai į fondą sumoka kur kas didesnę dalį sveikatos priežiūros

įmokų nei valstybė jų skiria iš savo biudžeto. Nors jokia šalis nėra pajėgi visiškai finansuoti sveikatos draudimo sistemą, tačiau bent jau bendrojo vidaus produkto (BVP) augimo laikotarpiu sveikatos priežiūros sistemai vertėtų skirti daugiau lėšų nei būdavo skiriama iki šiol. Didžioji gyventojų dalis daugiausiai dėmesio skiria gydytojų specialistų ir greitosios medicinos paslaugų bei ligoninėse ir reabilitacinėse įstaigose teikiamų paslaugų kokybei. Todėl šioms paslaugoms vertėtų skirti didesnę sveikatos priežiūros išlaidų dalį.

Atlikta perspektyvinė Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų analizė parodė, kad realiausiu atveju ateityje fondo biudžeto pajamos nors ir labai nežymiai, bet turėtų būti didesnės nei išlaidos. Tačiau pesimistinio scenarijaus skaičiavimais ateityje fondo išlaidos gali viršyti pajamas. Todėl sukurtas teorinis fondo biudžeto pajamų didinimo modelis orientuotas į didesnę pajamų surinkimą atsižvelgiant į veiksnius, daugiausiai turinčius įtakos pajamų pokyčiams. Nustatyta, kad kitoms sąlygoms nekintant, net ir sumažėjus prognozuojamam valstybės lėšomis privalomu sveikatos draudimu apdraustų gyventojų skaičiui, valstybei padidinus vidutinį mėnesinį bruto darbo užmokestį, į fondą surenkamas pajamų kiekis akivaizdžiai išaugtų. Kitas siūlomas pajamų didinimo būdas susijęs su valstybės biudžeto papildomų asignavimų didinimu. Sumažėjus valstybės lėšomis privalomu sveikatos draudimu apdraustų gyventojų skaičiui, valstybė dažniausiai mažina ir įmokas už privalomu sveikatos draudimu draudžiamus asmenis. Tačiau užuot sumažinusi įmokas, šia suma šalis galėtų padidinti papildomus asignavimus. Tokiu būdu į fondo biudžetą patektų didesnis pajamų kiekis. Taip pat valstybei siūloma perimti gerąją užsienio šalių praktiką ir skatinti papildomąjį sveikatos draudimą.

1. LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA IR JAI SKIRTOS VERTINIMO METODIKOS SUDARYMAS

1.1. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos raidos analizė

Sveikatos draudimas – tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, kuri garantuoja sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui (sveikatos sutrikimui), sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, medicinos pagalbos priemones ir vaistus kompensavimą. Privalomojo sveikatos draudimo sistema įtraukia visumą veiksnių, kurių yra imamasi siekiant užtikrinti gyventojams sveikatą.

Kaip teigia A. Zubrickienė (2006), sveikatos draudimo sistemos raida Lietuvoje glaudžiai siejasi su valstybės istorijos raida. Priklausomai nuo jos, autorė išskiria keturis sveikatos draudimo sistemos raidos etapus:

- sveikatos draudimo sistema iki nepriklausomos Lietuvos valstybės sukūrimo;
- nepriklausomos Lietuvos laikotarpis;
- Sovietų Sąjungos laikotarpis;
- laikotarpis po Lietuvos valstybės atkūrimo;

Iki nepriklausomos Lietuvos valstybės sukūrimo, pramonėje dirbantiems darbuotojams labai aktualios buvo sveikatos draudimo išmokos susirgus. Siekiant apsisaugoti nuo pajamų praradimo sutrikus darbuotojo sveikatai, pradėtos kurti kolektyvinės struktūros (socialinio draudimo fondai, savišalpos fondai), iš kurių ilgainiui išsirutuliojo įvairios socialinio draudimo rūšys. Sparčiai vystantis medicinos technologijoms bei plečiantis medicinos paslaugų teikimui, išlaidos sveikatos apsaugai tapo esmine draudimo rūšimi, kurią finansuoja socialinio draudimo atšaka – sveikatos draudimas. XIX a. pab. – XX a. pr. stambesnėse pramonės įmonėse buvo įkurtos ligonių kasos, tuo metu vadintos „krankkasėmis“. Pastarosios palengvino įmonių savininkams tinkamai pasirūpinti susirgusiais darbuotojais iš jų įmant nustatyto dydžio įnašus. Tačiau pagalba ligos atveju buvo labai menka, draudimas apėmė tik nedideles gyventojų grupes, priklausė tik nuo darbdavių valios, todėl šaliai didelės reikšmės neturėjo ir ryškių teigiamų postūmių sveikatos apsaugos sirtyje nesukėlė.

Nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu (1918 – 1940 m.) labiausiai buvo išplėtotas vadinamasis ligos draudimas, kuris tuomet buvo traktuojamas kaip viena iš socialinio draudimo rūšių. Ligos draudimo įstatymas buvo priimtas 1926 m., o 1928 m. šio įstatymo pagrindu buvo pradėtos steigti ligonių kasos. Minėtas įstatymas numatė, kad ligos draudimu privalomai draudžiami visi gyventojai ir jų šeimos nariai, tarnaujantys valstybei,

savivaldybėms arba privatiems asmenims, bet faktiškai šiuo įstatymu nebuvo draudžiami ūkininkai bei kiti įstatyme nurodyti asmenys. Ligonių kasų nariai ir jų šeimos gaudavo nemokamą pirmąją pagalbą, nustatytomis normomis – ir sveikatos priežiūros paslaugas. Ligonių kasų lėšos apėmė narių ir darbdavių mokesčius, valstybės išdo įnašus, pašalpas ir aukas, kasų turto pajamas, baudas bei kitas pajamas. A. Zubrickienės (2006) teigimu, 1938 m. ligonių kasose buvo virš 141 tūkst. apdraustųjų, tačiau lyginant su bendru tuometinės Lietuvos gyventojų skaičiumi (apie 2,88 mln.) apdraustųjų skaičius tesudarė tik 3 – 4 proc. šalies gyventojų. Todėl galima teigti, kad ligos draudimas tiek gyventojų, tiek valstybės lūkesčių nepateisino.

1944 m. Sovietų Sąjungai antrą kartą okupavus Lietuvą, šalyje buvo pritaikytas sovietinis socialinio draudimo modelis, kuriame sveikatos draudimas buvo laikomas sudėtine socialinio draudimo dalimi. 1944 – 1990 m. laikotarpiu sveikatos priežiūros sistema buvo vientisa valstybinė integruota sistema, kurią sudarė valstybės finansuojamos ir valstybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos. Sveikatos apsaugos sistema tuomet buvo finansuojama iš bendro socialinio draudimo biudžeto, kuris buvo dalis TSRS valstybinio biudžeto. Finansavimas rėmėsi planinėmis gamybos užduotimis planuojant išteklių (apsilankymų poliklinikose ir lovų skaičių, gydytojų parengimo) apimtis.

Valstybinis socialinis draudimas buvo taikomas visiems dirbantiems žmonėms, tačiau pastariesiems įnašų mokėti nereikėjo. Visi gyventojai galėjo naudotis plačiu medicininio aprūpinimu, apimančiu ne tik tiesioginę medicininę pagalbą, bet ir įvairią visuomeninę veiklą, skirtą sveikatos apsaugai ir jos stiprinimui. Iki pat okupacijos pabaigos socialinio draudimo funkcijas įgyvendino profesinės sąjungos, kurioms įnašus mokėjo įmonės, įstaigos bei organizacijos. Įnašai buvo diferencijuoti ir jų dydis priklausė nuo to, kokiai profesinei sąjungai organizacija priklausė.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, šalis perėmė Sovietų Sąjungos laikotarpio biudžetinio finansavimo sistemą, kurios trūkumai buvo akivaizdūs ir gausūs. Keičiantis ekonomikos sistemai ir pablogėjus gyvenimo sąlygoms, prastėjanti gyventojų sveikata sąlygojo didesnį lėšų poreikį sveikatos apsaugai. Todėl reikėjo iš esmės reformuoti visą sistemą. Sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas Vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti (Janušonis, 2011). Pagal sveikatos draudimo sistemos reformos eigos bruožus, ketvirtąjį Lietuvos sveikatos draudimo sistemos kūrimosi etapą A. Zubrickienė (2006) suskirsto į keturias stadijas, pavaizduotas 1.1 lentelėje.

Lietuvos sveikatos draudimo sistemos reforma ir jai būdingi bruožai

Sveikatos draudimo sistemos reformos stadijos	Būdingi bruožai
1990 - 1992 metų stadija	Socialinio draudimo įstatymo priėmimas; Sveikatos sektoriaus decentralizavimas ir valdymo funkcijų perdavimas savivaldybėms; Valstybinės ligonių kasos (toliau - VLK) įsteigimas; Biudžetinis sveikatos sistemos finansavimas; Finansavimas iš trijų biudžetų: valstybės, vietos savivaldybių ir Sodros; Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų užtikrinimas; Lietuvos įstojimas į Pasaulinę sveikatos organizaciją (PSO);
1993 - 1995 metų stadija	VLK funkcijų išplėtimas; Perėjimas nuo integruoto paslaugų teikimo modelio prie sutartinio; Sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas pagal suteiktų paslaugų apimtį; Stomatologijos ir farmacijos srities privatizavimas; Viešųjų ne pelno siekiančių sveikatos priežiūros įstaigų steigimas; Sveikatos priežiūros paslaugų išskyrimas į tris lygius; Prioritetų pirminiam sveikatos priežiūros finansavimui suteikimas;
1996 - 1997 metų stadija	Sveikatos draudimo įstatymo priėmimas; Sveikatos draudimo kaip sudėtinės socialinio draudimo dalies traktavimo išlikimas; Savarankiško sveikatos draudimo fondo (toliau - PSDF) biudžeto suformavimas atskiriant jį nuo valstybės biudžeto; Biudžetinio finansavimo derinimas su įmokomis grįstu finansavimu; Teritorinių ligonių kasų (toliau - TLK) įsteigimas; Savivaldybių vaidmens nykimas finansuojant sveikatos priežiūrą; Privataus sveikatos priežiūros sektoriaus plėtra; Prioritetinis pirminės sveikatos priežiūros finansavimas;
Privalomojo sveikatos draudimo sistemos įdiegimas ir funkcionavimas	Esminis sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo šaltinis yra savarankiškas privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas; Finansavimas vykdomas remiantis sutartimis tarp TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų, kai finansuojama ne atsižvelgiant įstaigos buvimo faktą, o į jos veiklos rezultatus; Privatus sveikatos draudimas papildo valstybinį;

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis A. Zubrickienės (2006) išskirtais sveikatos draudimo sistemos reformos etapais

Prieš du dešimtmečius, netrukus po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, pasirinktas sveikatos priežiūros finansavimas iš esmės pakeitė Lietuvos sveikatos sistemą, kuri iš integruoto modelio perėjo į sutarčių arba draudiminės medicinos modelį (Miškinis ir kiti, 2011). 1990 m. Lietuvai atkūrus Nepriklausomybę, pasirinktas sudėtingas sveikatos priežiūros sistemos reformavimo kelias, žengti svarbūs žingsniai decentralizuojant ir demokratizuojant sistemos valdymą, parengta į sveikatos apsaugą nukreipta įstatyminė bazė. 1996 m. priimtas sveikatos draudimo įstatymas be privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) išskyrė ir papildomąjį (savanorišką) sveikatos draudimą.

Sveikatos priežiūros sistemos reforma tuomet buvo orientuota į spartų sveikatos draudimo įvedimą. Buvo numatyta, kad draudiminis finansavimas turėtų papildyti ir iš dalies pakeisti biudžetinį finansavimą, o finansavimo šaltiniais turėtų tapti biudžetas, PSD bei daliniai pacientų mokėjimai. Draudėjams mokant įmokas, Sodra jas perveda į PSDF biudžetą, iš kurio sutarčių pagrindu apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos senatorinio gydymo bei medikamentų įsigijimo išlaidos. Iš draudėjų sumokėtų mokesčių valstybės biudžetui, dalis sveikatos apsaugai skirtų lėšų pirminiam, antriniam ir tretiniam sveikatos priežiūros lygiams buvo paskirstoma per Sveikatos apsaugos ministeriją, apskritis ir savivaldybes, o likusi dalis pervedama tiesiai į PSDF biudžetą. Už sveikatos priežiūros paslaugas, kurios sveikatos draudimo nėra finansuojamos, susimokėdavo patys gyventojai. Nuo 1997 m. įsigaliojusi PSD sistema iki šių dienų yra finansuojama iš įmokų, mokesčių bei dalinių pacientų mokėjimų.

Sveikatos draudimo sistemos etapams nepriklausomoje Lietuvoje ir laikotarpiu po valstybės atkūrimo bendra tai, kad abiem etapais buvo kurta, diegta ir tobulinta įstatyminė sistemos bazė, kurioje buvo numatytas sveikatos draudimo finansavimas iš įmokų ir mokesčių. Šiuose sveikatos draudimo sistemos raidos etapuose buvo orientuojamasi į Bismarko sveikatos draudimo modelį, kuris plačiau nagrinėjamas 1.3 darbo poskyryje. Minėtas modelis yra skirtas dirbančiųjų socialinio saugumo užtikrinimui. Dėl šios priežasties įmokų analizės objektu iš esmės tampa darbo užmokestis.

Išskirti sveikatos draudimo sistemos raidos etapai turi ir skirtumų. Nepriklausomoje Lietuvoje neegzistavo vientisa sveikatos draudimo sistema, draudžiami sveikatos draudimu buvo tik dirbantieji, išmokas gaudavo tik tie, kurie mokėjo įmokas, o gaunamos sveikatos paslaugos priklausė nuo įmokų dydžio. Pastaruoju laikotarpiu valstybė visą sveikatos draudimo koordinavimą buvo perdavusi privačiam sektoriui ir pati minimaliai prisidėjo prie sistemos valdymo. Tuo tarpu 1990 – 1997 m. Lietuvoje buvo sukurta vientisa sveikatos draudimo sistema, kuriai buvo būdingas stiprus valstybinis reguliavimas, valstybinis sveikatos draudimo dominavimas bei valstybės teikiama socialinė sveikatos priežiūros apsauga visiems šalies gyventojams. Minėtu laikotarpiu įsibėgėjo sveikatos draudimo reforma, kuri tęsiasi iki pat šių dienų. Tinkamai priimti laikmečio iššūkius, kuo efektyviau panaudoti technologines naujoves ir finansinius išteklius, sveikos gyvensenos privalumus žmogaus sveikatos labui – sveikatos apsaugos organizatorių tikslas (Sveikatos apsaugos ministerija, 2010). Sveikatos apsaugos reforma yra ilgas, sudėtingas, nuolat vykstantis procesas ne tik Lietuvoje, bet ir kitose demokratinėse valstybėse.

Apibendrinant sveikatos draudimo sistemos raidą Lietuvoje, galima teigti, kad remiantis valstybės istorija ją galima suskirstyti į keturis etapus: 1) iki 1918 metų, kuomet pastebimas

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

sveikatos draudimo sistemos užuomazgų formavimasis; 2) nepriklausomos Lietuvos laikotarpis – įstatyminės bazės formavimasis bei sistemos funkcionavimo pradžia; 3) Sovietų Sąjungos laikotarpis – sveikatos draudimo sistemos centralizacija ir priskyrimas nemokamai valstybės teikiamam socialiniam draudimui; 4) po 1991 m. – sveikatos draudimo sistemos decentralizacija ir reformos pradžia. Jai įpusėjus, 1996 m. buvo priimtas sveikatos draudimo įstatymas, kuriame atskirtos įmokų administravimą ir paskirstymą administruojančios įstaigos, nurodytas sveikatos apsaugos finansavimas iš įmokų, mokesčių ir dalinių pacientų mokėjimų, įteisintos privalomojo ir papildomojo sveikatos draudimo rūšys. Sveikatos draudimo reforma yra ilgas ir sudėtingas kelias, tebesitęsiantis iki pat šių dienų.

1.2. Sveikatos draudimo rūšių analizė

1996 m. priimtas sveikatos draudimo įstatymas numatė, kad priklausomai nuo šalyje susiformavusios sveikatos draudimo sistemos organizavimo būdo, išskiriamos dvi sveikatos draudimo rūšys – privalomasis ir savanoriškasis (papildomasis) sveikatos draudimas.

Pasak A. Vasiliausko (2003), **privalomasis sveikatos draudimas (PSD)** – tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, įstatymų nustatytais pagrindais bei sąlygomis užtikrinanti privalomu sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą. Privalomąjį sveikatos draudimą kontroliuoja valstybinės institucijos (Cannon, 2009). Esminė šio sveikatos draudimo funkcija – visiems šalies gyventojams garantuoti išmokas susirgus arba patyrus traumą. Ši draudimo rūšis paplitusi daugelyje Pasaulio valstybių ir dar kitaip yra vadinama baziniu sveikatos draudimu.

Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas – tai papildomo sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios yra atlyginamos pagal šias sutartis po papildomo sveikatos draudimo draudiminio įvykio. Savanoriškojo sveikatos draudimo įmokos dydis glaudžiai susijęs su draudžiamos ligos rūšimi bei draudžiamai rizikai būdingais požymiais. Savanoriško (papildomo) draudimo funkcija – papildyti bendrai priimtus socialinės apsaugos standartus papildomuoju savanorišku draudimu, kuris įsigyjamas pagal individualius poreikius ir teikiamas pirmenybes (Švagždienė ir kt., 2011). Savanoriškas sveikatos draudimas draudėjui suteikia plačias galimybes pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, sveikatos priežiūros paslaugas bei greičiau jas gauti. Kaip teigia T. Elzbergas (2008), apsidraudę papildomuoju sveikatos draudimu asmenys gali lankytis pas privačius bendrosios praktikos gydytojus ir specialistus, gali gydytis privačiose ligoninėse ar privačiose vietose viešosiose ligoninėse, gauti draudimo išmokas ne tik paslaugomis, bet ir išmokas grynaisiais. Todėl šalyse, kuriose egzistuoja ilgos gydymo laukiančių pacientų eilės

viešosiose gydymo įstaigose, papildomasis sveikatos draudimas sudaro sąlygas išvengti eilių, kadangi šiuo draudimu apsidraudęs žmogus galėtų rinktis privačius gydytojus ir gydymo įstaigas bei greičiau pasveikti. Tai įrodo Australijoje atlikto tyrimo rezultatai. Australijos mokslininkai T. Chai Cheng ir F. Vahid (2010) mėgino sudaryti ekonometrinį modelį, rodantį kaip apsidraudimas privalomuoju ir papildomu sveikatos draudimu nulemia gyventojų gydymosi ligoninėse trukmę. Empirinių tyrimų metu buvo nustatyta, kad egzistuoja atvirkštinis ryšys tarp papildomu sveikatos draudimu apsidraudusių gyventojų bei jų gulėjimo ligoninėje laiko. Apsidraudusieji privaciai greičiau pasveikdavo ir trumpiau gulėdavo ligoninėje dėl suteiktų kokybiškesnių gydymosi paslaugų nei tie, kurie būdavo apsidraudę tik baziniu (privalomuoju) sveikatos draudimu. Kokybiškų gydymosi paslaugų poreikį pabrėžė ir Th. Varghese, M.P. Koshy (2011). Mokslininkai, nagrinėdami privačių sveikatos draudimo bendrovių teikiamas paslaugas Indijoje, nustatė, kad dažniausia priežastis, lemianti gyventojus draustis papildomai, yra siekis gauti geresnės kokybės gydymosi paslaugas. Tuo tarpu S. Sunite, E. Kasalis (2012) teigimu, Latvijos gyventojams taip pat trūksta kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, todėl, jų manymu, būtina reformuoti sveikatos draudimo sistemą tobulinant privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir skatinant papildomą sveikatos draudimą. Autoriai teigia, kad tai skatintų bendrą gyventojų atsakomybę už savo sveikatą bei gerintų žemus sveikatos kokybės rodiklius.

Sveikatos draudimo rūšys yra skirstomos atsižvelgiant į sveikatos draudimo principus. Taip pat svarbus veiksnys išlieka ir finansavimo būdas bei kiti požymiai, kurie vaizduojami 1.1 pav. Svarbu paminėti, kad būtina skirti **savaroniškąjį (papildomą)** sveikatos draudimą nuo **savarankiškojo** sveikatos draudimo. Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje nurodyta, kad asmenys, už kuriuos nėra mokamos PSD įmokos, už save jas turi mokėti savarankiškai. Tik tokiu atveju tokiems gyventojams yra garantuojamos sveikatos priežiūros paslaugos, už kurių suteikimą apmokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo PSDF biudžeto. Savarankiško draudimo įmokos sudaro 9 proc. minimalios mėnesinės algos dydžio.



1.1 pav. **Pagrindiniai kriterijai skirstant sveikatos draudimo rūšis**

Šaltinis: Švagždienė, B. ir kiti (2011). Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė, 125 p.

Draudimo rinkoje esant didelei konkurencijai, draudimo kompanijos kuria vis naujus draudimo produktus (Lukoševčius, 2005). Pastebima, kad pastaraisiais metais Vakarų šalyse, lyginant su kitomis paslaugomis, sparčiau yra plėtojamas draudimo paslaugų verslas. Daugelyje Europos valstybių yra įdiegtos ir tokios sveikatos draudimo rūšys kaip ligos draudimas, sveikatos draudimas nuo kritinių ligų, garantinis sveikatos apsaugos draudimas, draudimas nuo nelaimingų atsitikimų, ilgalaikis sveikatos draudimas. B. Švagždienė ir kt. (2011) teigia, kad sveikatos draudimo sistema yra finansuojama iš socialinio draudimo įmokų, ji patenkina asmens socialinius poreikius, todėl yra tikslinga sveikatos draudimą apibrėžti kaip socialinį sveikatos draudimą. Todėl galima teigti, kad bendra privalomojo ir papildomojo sveikatos draudimo funkcija yra užtikrinti socialinę gyventojų gerovę, kurią taip pat atlieka socialinis draudimas.

Daugumoje išsivysčiusių Pasaulio šalių veikia mišrus sveikatos draudimas, apimantis tiek privalomą, tiek papildomą sveikatos draudimą (Heiss et al., 2008). Todėl papildomas sveikatos draudimas tampa vis populiarenis. Kaip teigia P. Turquet (2012) bei A. Drabbik ir kt. (2011), tokios šalys kaip Prancūzija, Vokietija ir Olandija daugelį metų ieškojo įvairių finansavimo šaltinių tam, kad užtikrintų efektyvią sveikatos draudimo sistemų veiklą bei tinkamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą visiems gyventojams. Sveikatos draudimo sistemos reformos Vokietijoje buvo orientuotos į konkurencijos didinimą tarp privačių sveikatos draudimo bendrovių (Hofmann, Browne, 2012). Dėl šios priežasties, vokiečiai turi platų sveikatos draudimo bendrovių pasirinkimo spektrą. J. Merkevičius ir N. Bernotienė (2010), lygindami Lietuvos ir Vokietijos sveikatos priežiūros sistemas, nustatė, kad šių šalių sveikatos draudimo sistemoms būdinga daug panašumų, tačiau kartu – ir skirtumų. Nors abiejose šalyse veikia privalomas ir papildomas sveikatos draudimas, tačiau Vokietijoje pasirinkus privatų sveikatos draudimą, leidžiama nesidrausti privalomuoju sveikatos draudimu. Tuo tarpu Lietuvoje privalomas sveikatos draudimas yra būtinas net pasirinkus papildomą sveikatos draudimą.

Olandijoje, kurios sveikatos draudimo sistema visuotinai laikoma pavyzdžiu daugeliui Europos ir Pasaulio šalių, savanoriškas sveikatos draudimas gyventojų tarpe yra labai populiarus. Papildomo sveikatos draudimo plėtra Prancūzijoje kaip ir Šveicarijos (2005) Australijos (2005), Čekijos (2011) šalyse yra vienas svarbiausių uždavinių. Tai liudija minėtų šalių sveikatos draudimo sistemų tyrimo ataskaitų duomenys. Privačios draudimo paslaugos sparčiai plinta ir Indonezijos Respublikoje (2005). Kadangi ši šalis nėra pajėgi skirti pakankamai lėšų PSD, net 75 proc. šios šalies gyventojų draudžiasi privačiai. Likusiuosius neturtinguosius privalo drausti pačios draudimo bendrovės. Manoma, kad artimiausiu metu Indonezija pradės jausti tarptautinį spaudimą atverti savo sveikatos priežiūros paslaugas

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys. tarptautinei konkurencijai. Todėl, kaip teigia A.S. Preker ir kt. (2010), savanoriškasis sveikatos draudimas šiuo metu vaidina svarbų vaidmenį sveikatos sektoriuje mobilizuojant papildomas sveikatos priežiūros lėšas ir taip apsaugant nuo didelių išlaidų įvairių susirgimų atveju.

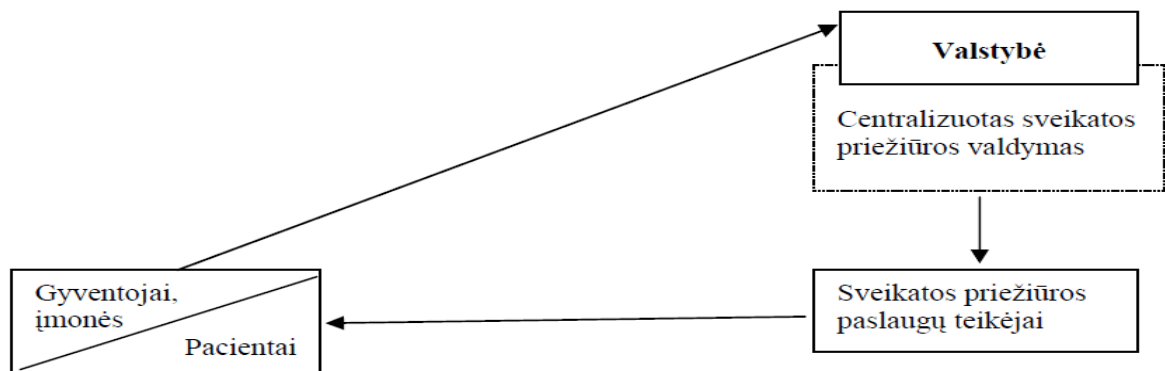
Išnagrinėjus sveikatos draudimo rūšis nustatyta, kad pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos jos yra išskiriamos, yra sveikatos draudimo finansavimas, organizavimas bei reglamentavimas. Lietuvoje funkcionuoja privalomasis ir papildomasis sveikatos draudimas, kurių bendra socialinė sveikatos draudimo funkcija yra garantuoti socialinę gyventojų gerovę įvykus draudiminiam įvykiui. Skirtingai nei Lietuvoje, kitose šalyse labai paplitęs papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas.

1.3. Sveikatos draudimo sistemos modelių vertinimas

Praktikoje egzistuoja labai didelė sveikatos draudimo sistemų įvairovė. Pastebima, kad Europoje labiau dominuoja mokesčiais finansuojamos ir valstybinės sveikatos draudimo sistemos, kai tuo tarpu JAV sveikatos draudimas dažniausiai yra finansuojamas privačių asmenų ir būna vykdomas per privačias institucijas. Tačiau pastarųjų metų įvykiai JAV rodo, kad JAV pradės veikti reformuota sveikatos priežiūros sistema, dar vadinama „Obamacare“ vardu. BNS šaltinio duomenimis (2013), milijonai neapsidraudusių mažas pajamas gaunančių amerikiečių galės įsigyti subsidijuojamą sveikatos draudimą. Tačiau, kaip teigia M. McClellan (2011) ir R. D. Shremer bei J.P. Knapp (2011), sveikatos priežiūros sistemos reformos JAV kelia didelį sumaištį, nes gyventojams stinga skaidrumo.

Valstybių sveikatos draudimo sistemos yra skirstomos į tris modelius – **Beveridžo, Bismarko, Semaškos**. Be anksčiau minėtų sveikatos draudimo sistemos modelių, G. Čepulytė ir S. Palubinskienė (2008) taip pat išskiria ir privataus sveikatos draudimo modelį bei tiesioginį sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modelį.

Beveridžo modelį, dar kitaip vadinamą Nacionalinės sveikatos priežiūros modeliu, sukūrė Didžiosios Britanijos ekonomistas Viljamas Henris Beveridžas. Tai tokia socialinės apsaugos sistema, kai pašalpų (išmokų) dydis priklauso nuo poreikių ir iš esmės nėra susijęs su mokėtomis įmokomis. Ekonomisto pasiūlyto modelio tikslas – valstybės siekis pagerinti šalies gyventojų sveikatą bei jų gerovę ir garantuoti kokybišką sveikatos priežiūrą visiems gyventojams, kuriems to reikia. Šį modelį savo praktikoje taiko Šiaurės Europos šalys, taip pat Ispanija, Portugalija, Italija ir Kanada. Beveridžo arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis pavaizduotas 1.2 pav.

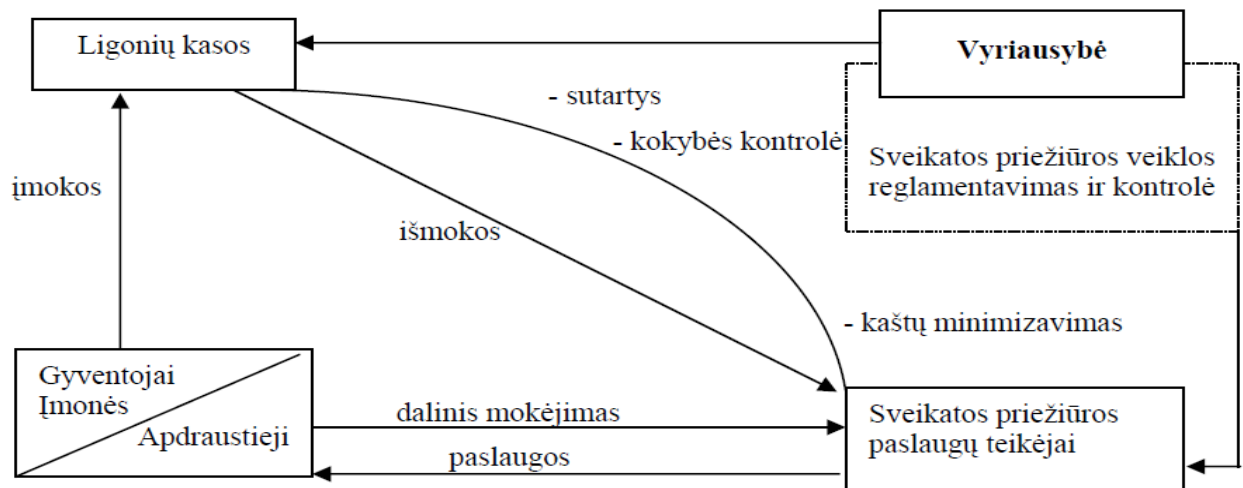


1.2 pav. **Beveridžo arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis**

Šaltinis: Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos finansavimo teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, 132 p.

Skiriami šie pagrindiniai Beveridžo modelio bruožai: sveikatos priežiūros finansavimas iš mokesčių; įnašų iš privataus sektoriaus nustatymas; asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas iš valstybės biudžeto; prieinamumas visiems piliečiams; vyriausybinių institucijų kontrolė; pavaldumas valstybiniam organams; gydytojų apmokėjimo už darbą priklausomybė nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus; kai kurių priemonių taikymas iš pacientų asmeninio biudžeto. P. Musgrove (2000), nagrinėdamas Beveridžo sveikatos draudimo sistemos modelį, pastebi, kad modelis neišsprendžia konflikto tarp pacientų ir lygybės principu grįstos sveikatos draudimo įmokų mokėjimo sistemos. Autoriaus nuomone, ne kiekvienas gyventojas gali būti finansiškai pajėgus papildomai skirti turimų pajamų dalį tam, kad gautų net nebūtinai aukštos kokybės paslaugas. Be to sveikatos išlaidas finansuojant iš valstybės biudžeto, neabejotinai iškiltų sunkumų. Daugelyje šalių valstybės biudžeto išlaidos viršija pajamas, todėl į biudžetą įtraukus papildomus išlaidų sveikatos apsaugai straipsnius, jį sureguliuoti būtų dar sunkiau. Tam pritaria ir G. Čepulytė bei S. Palubinskienė (2008) teigdamos, kad šio modelio didžiausias trūkumas yra sveikatos paslaugų finansavimas iš valstybės biudžeto, kuris apsunkina ne tik biudžeto, bet ir sveikatos draudimu besirūpinančių institucijų darbą.

Bismarko arba Socialinio draudimo sistemos modelis buvo sukurtas pagal Vokietijos valstybės vadovo Oto Bismarko pasiūlymą valstybei rūpintis visų gyventojų gerove, ypatingai palaikant labiausiai remtinus ir šiam tikslui pasitelkti tam tikras institucijas bei bendruomenės išteklius. „Bismarko modelis: solidarumas, konkurencija tarp ligonių kasų, draudimo įmokų proporcingas išskaidymas darbuotojams ir darbdaviams, vyriausybės dalyvavimas ne tiesiogiai, o per įstatymus“ – taip šį modelį apibūdina Harvardo universiteto profesorius S. Jeffrey (2001). Bismarko sveikatos draudimo modelis pavaizduotas 1.3 pav. Šį modelį savo praktikoje taiko Austrija, Vokietija, Belgija, Prancūzija ir Olandija.



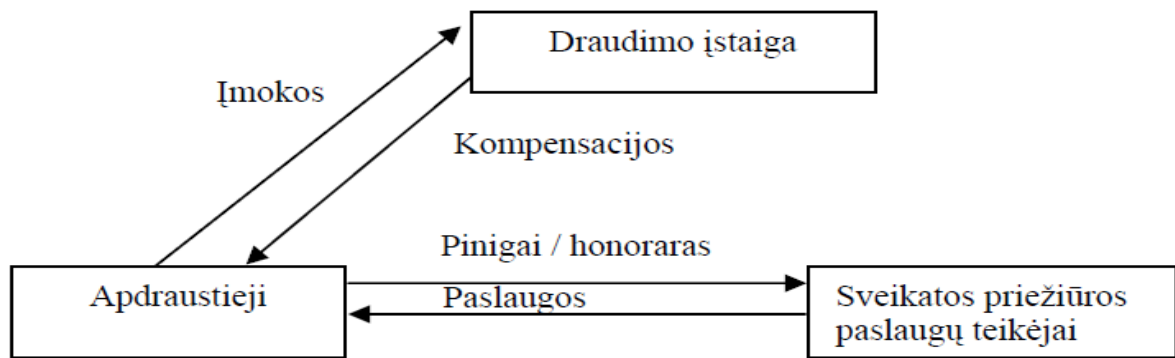
1.3 pav. **Bismarko arba socialinio draudimo sveikatos priežiūros modelis**

Šaltinis: Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos finansavimo teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, 133 p.

Bismarko sveikatos priežiūros modelis pagrįstas finansavimu iš darbdavių ir darbuotojų privalomų įmokų arba iš socialinio draudimo mokesčių. Šios lėšos yra kaupiamos fonduose – nevyriausybiniuose, bet įstatymais įteisintose finansų valdymo institucijose. Pastarieji fondai sudaro kontraktus su ligoninėmis, šeimos gydytojais dėl medicininės pagalbos ir moka jiems iš fondo lėšų už apdraustiesiems suteiktas paslaugas. Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008) kaip ir A. Guogis (2002), teigia, kad pagal socialinio draudimo modelį, socialinės išmokos priklauso nuo darbuotojo buvusio darbo užmokesčio ir darbo stažo, t.y. nuo jo dalyvavimo darbo rinkoje, nuo jo tiesioginio prisirišimo prie kapitalistinės rinkos. Iš vienos pusės toks sveikatos draudimo modelis skatina gyventojus būti aktyviems darbo rinkoje, bet tokia situacija, kad dirbtų absoliučiai visi gyventojai yra sunkiai įsivaizduojama. Daugelyje valstybių bedarbius sveikatos draudimu apdraudžia valstybė, tačiau priimtinesnė tokia situacija, kai nedirbančių žmonių yra mažiau. Nes valstybė tą lėšų dalį, kuri būtų skirta bedarbių žmonių sveikatos draudimui, galėtų skirti sveikatos programų finansavimui, įvairiems projektams, papildomiems asignavimams ir pan.

Pastebima, kad Rytų Europos šalyse sveikatos apsaugos sistema labai panaši į Beveridžo sveikatos draudimo finansavimo modelį, tačiau labiau grįsta **Semaškos modelio** idėjomis. Tai centralizuota sistema, kuri ne tik finansuojama iš valstybės biudžeto, bet ir griežtai kontroliuojama valstybės remiantis centrine planavimo sistema ir yra teikiama visiems nemokamai. Pagal šį modelį visi sveikatos apsaugos darbuotojai gauna atlyginimus ir į jį nėra įtraukiamas privatus sektorius (draudimo įstaigos). Semaškos modelį taiko visos buvusios SSRS šalys, taip pat Ekonominės savitarpio pagalbos tarybos narės.

Žemiau pateiktame paveiksle vaizduojamas privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis.

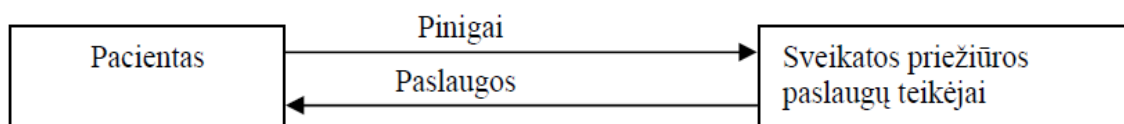


1.4 pav. **Privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis**

Šaltinis: Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos finansavimo teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, 134 p.

Privatus sveikatos draudimas yra finansuojamas iš fiksuotų įmokų pagal draudžiamą asmens amžiaus grupes bei lytį. Dažniausiai įmokos yra apskaičiuojamos pagal pranašiuojamų išlaidų, į kurių kompensavimą pretenduoja draudžiamasis, vidutinę vertę. Privataus sveikatos draudimo sutartyse numatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atlyginamos pagal šias sutartis įvykus draudiminiam įvykiui. Kaip buvo minėta anksčiau, ši sveikatos draudimo rūšis Europoje ir kitose Pasaulio šalyse tampa vis populiareesnė.

1.5 pav. pavaizduotas tarpininkų neturintis sveikatos priežiūros finansavimo modelis.



1.5 pav. **Tarpininkų neturintis sveikatos priežiūros finansavimo modelis**

Šaltinis: Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos finansavimo teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, 134 p.

Tarpininkų neturintis sveikatos priežiūros finansavimas yra pagrįstas tiesioginiais pinigų mokėjimais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui už atliktas paslaugas. Realiai šio modelio funkcionavimas pasireiškia gyventojams lankantis privačiose gydymo įstaigose ir tiesiogiai mokant už suteiktas privačias gydymo paslaugas neapsidraudus papildomu sveikatos draudimu.

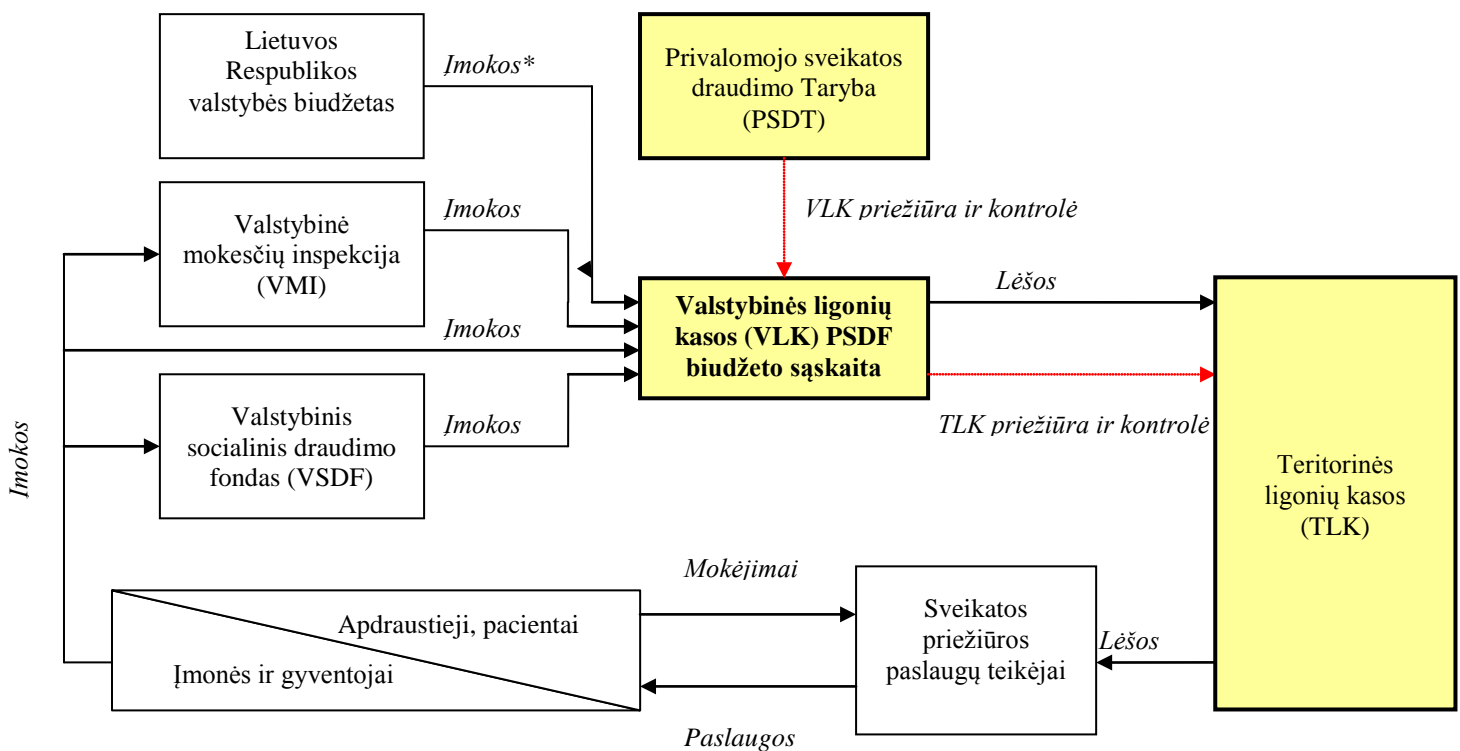
1.3.1. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos modelio analizė

Įstatyminė sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje iki 1997 m. daugiausiai buvo finansuojama iš mokestinių pajamų, kurių didžioji dalis buvo skiriama iš savivaldybių

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

biudžetų ir valstybės biudžeto. Reformuojant Lietuvos sveikatos draudimo sistemą, buvo aptarti įvairūs sveikatos draudimo metodai, tačiau vyraujanti idėja buvo privalomojo valstybinio socialinio draudimo sistema, kurią administruoja Valstybinė ligonių kasa (VLK) bei teritorinės ligonių kasos (TLK) (Levišauskaitė, Ruškys, 2003). Nors šalyje teoriškai veikia ir papildomas sveikatos draudimas, tačiau praktiškai juo apsidraudusiųjų nėra daug. Kaip dienraščio „Veidas“ žurnalistei D. Norkienei (2011) teigė Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas, Medicinos diagnostikos ir gydymo centro direktorius Laimutis Paškevičius, Lietuvoje savanorišku draudimu apsidraudę vos 0,2 proc. gyventojų, ir tai dauguma ne patys, bet apdrausti darbdavių. Todėl galima teigti, kad Lietuvoje papildomu savanorišku sveikatos draudimu apsidraudusių gyventojų praktiškai nėra ir šalies sveikatos draudimo sistema pagrįsta privalomuoju sveikatos draudimu.

Lietuvos PSD sistema vaizduojama 1.6 pav.



Įmokos* - tai valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai.

1.6 pav. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos modelis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis sveikatos draudimo įstatymu, sveikatos draudimo sistemos teoriniais modeliais bei Valstybinės ligonių kasos skelbiama informacija

Lietuvoje sveikatos draudimo sistema egzistuoja daugiau nei penkiolika metų ir ji buvo sukurta remiantis tokia valstybės sveikatos draudimo sistema, kuri turėjo panašumų tiek į Bismarko, tiek ir į Beveridžo sveikatos draudimo sistemos modelį. Sveikatos draudimas šalyje finansuojamas ne iš valstybės biudžeto, bet iš atskiro nebiudžetinio fondo. Sveikatos

draudimu draudžiami beveik visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai. Šias esmines nuostatas reglamentuoja 1996 m. priimtas ir 1997 m. įsigaliojęs LR sveikatos draudimo įstatymas.

Lietuvoje skiriamos trys pagrindinės institucijos, vykdančios privalomąjį sveikatos draudimą: **Privalomojo sveikatos draudimo taryba prie LR Vyriausybės, Valstybinė ligonių kasa (VLK) bei Teritorinės ligonių kasos (TLK)**. VLK bei TLK rūpinasi PSD sistemos administravimu. VLK kontroliuojama Privalomojo sveikatos draudimo tarybos, kurios pirmininkas yra sveikatos apsaugos ministras. Tarybos nariais tampa profsąjungų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, ligonių kasų ir savivaldybių atstovai. VLK yra atsakinga už visos sveikatos draudimo veiklą. Ši institucija rengia PSDF biudžeto projektą ir jo vykdymo metinę apyskaitą, vykdo PSDF biudžetą, prižiūri TLK bei atlieka kitas svarbias funkcijas. Tuo tarpu TLK sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis bei vaistinėmis, minėtose sutartyse nustatytu laiku ir tvarka apmoka joms už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus vaistus bei medicinines priemones.

Įmokos į PSDF biudžetą patenka iš Valstybės biudžeto, Valstybinio socialinio draudimo fondo (toliau – VSDF) bei Valstybinės mokesčių inspekcijos (toliau – VMI). Pastarąsias moka fiziniai (gyventojai) ir juridiniai (verslo įmonės) asmenys (žr. 1.6 pav.). Lietuvos PSDF veikimo mechanizmas pavaizduotas 2 priede. 1.2 lentelėje pateiktas ankstesniame skyriuje aptartų sveikatos draudimo modelių palyginimas su Lietuvoje taikomu sveikatos draudimo sistemos modeliu.

1.2 lentelė

Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas

Kriterijus	Sveikatos draudimo sistemos modeliai			
	Lietuvoje taikomas modelis	Beveridžo modelis	Bismarko modelis	Semaškos modelis
Valstybinis reguliavimas	Vidutinio stiprumo	Stiprus	Vidutinio stiprumo	Absoliutus
Privatus sektorius	Yra	Yra	Yra	Nėra
Finansavimas	Sveikatos draudimo įmokos derinamos su biudžetiniu finansavimu	Finansavimas iš valtybės biudžeto	Sveikatos draudimo įmokos	Finansavimas iš valtybės biudžeto
Draudimo įmokas nustato	Valstybė	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė
Draudimo įmokas surenka	Sodra, VMI, ligonių kasos	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė
Teikiamos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos
Konkurencija tarp paslaugų teikėjų	Yra	Yra	Yra	Yra

Šaltinis: Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos finansavimo teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, 135 p.

Pagrindiniai Beveridžo sveikatos draudimo modelio bruožai, būdingi Lietuvos sveikatos draudimo sistemai, yra šie: finansavimas vyksta iš mokesčių, draudimo įmokas nustato valstybė, teikiamos vienodos paslaugos visiems gyventojams, investiciniai sprendimai ir sprendimai dėl paslaugų kainų priimami valstybinių institucijų, paslaugų teikėjai konkuruoja

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

dėl ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų. Be minėtų Beveridžo modelio bruožų, į Bismarko sveikatos draudimos sistemos modelį Lietuvos valstybės sveikatos draudimo finansavimas panašus dar ir tuo, kad šiandien įmokas surenka VSD valdyba ir VMI. Verta paminėti, kad 1990 – 1991 m. laikotarpiu, kai Lietuvos sveikatos draudimo sistema buvo pagrįsta Bismarko modeliu, šias įmokas rinkdavo ir Teritorinės ligonių kasos. Tačiau šiai dienai šios institucijos jokių mokesčių ir įmokų neberenka.

Griežtai atsakyti į klausimą, koks sveikatos draudimo sistemos modelis turėtų būti patraukliausias Lietuvai yra neįmanoma, kadangi kiekvienas sveikatos apsaugos finansavimo modelis turi savų privalumų ir trūkumų. Galima manyti, kad tinkamiausias Lietuvai turėtų būti Bismarko sveikatos draudimo modelis. Šis modelis lyginant su Beveridžo modeliu atrodo patikimesnis vien dėl to, kad sveikatos paslaugos finansuojamos iš surinktų įmokų, ne tik iš valstybės biudžeto. Valstybei paprasčiausiai neužtektų lėšų visai sveikatos draudimo sistemai finansuoti. Be to, Bismarko modelis suteikia galimybę rinktis gydytoją ir nors ir brangesnes, bet kartu – kokybiškesnes paslaugas. Kadangi vieno modelio trūkumus atsveria kito modelio privalumai bei atvirkščiai, protingiausias žingsnis Lietuvai būtų taikyti Beveridžo ir Bismarko modelių ypatybes. Taip pat stengtis siekti sudaryti tinkamesnes sąlygas realiam papildomo sveikatos draudimo funkcionavimui.

Apibendrinant sveikatos draudimos sistemos modelius, galima teigti, kad valstybė, rinkdamasi jai tinkamiausią sveikatos draudimo finansavimo modelį, turėtų teisingai įvertinti finansinius išteklius, kuriais ji disponuoja. Labiausiai paplitę ir taikomi yra Semaškos, Beveridžo bei Bismarko sveikatos draudimo sistemos finansavimo modeliai. Pastarieji du modeliai plačiausiai taikomi Europos Sąjungoje (ES), Centrinės bei Rytų Europos šalyse. Lietuvoje taikomam privalomajam sveikatos draudimo sistemos modeliui būdingi Beveridžo ir Bismarko sveikatos draudimo sistemos modelių bruožai.

1.4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto struktūra ir sveikatos išlaidų naštos verslui ir valstybei vertinimas

Lietuvos Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindas – savarankiškas valstybinio PSDF biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus. Tai pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams. Fondo biudžeto projektą, metinių biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinius rengia VLK. Tuo tarpu PSDF biudžeto projektą ir ateinančių dviejų metų prognozuojamus rodiklius Vyriausybei kartu su Privalomojo sveikatos draudimo tarybos išvada pateikia Sveikatos apsaugos ministerija. Kadangi nuo surinktų į fondą pajamų kiekio priklauso, kiek realiai bus galima skirti lėšų sveikatos priežiūros išlaidoms finansuoti, svarbu stebėti, kaip ir dėl kokių priežasčių struktūriškai keičiasi fondo biudžeto pajamos. Didžiausią

fondo įmokų dalį mokesčių pavidalu sudaro pajamos, gautos iš verslo subjektų (darbuotojų ir darbdavių) (žr. 1.3 lentelę). Šiuo metu nuo darbuotojų uždirbto atlyginimo nuskaičiuojamos 6 proc. dydžio PSD įmokos. Tuo tarpu darbdaviai sumoka 3 proc. dydžio įmokas. Nedirbantys, valstybės lėšomis nedraudžiami asmenys kas mėnesį į PSDF biudžetą privalo patys susimokėti 90 Lt privalomojo sveikatos draudimo mokestį. Taip pat ne maža dalis pajamų asignavimų pavidalu patenka iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, šiai asmenų grupei priskiriami: vyresnio amžiaus gyventojai, gaunantys pensiją; besilaukiančios moterys; vienas iš tėvų, auginantis vaiką iki 8 metų; visi asmenys iki 18 metų; darbingo amžiaus gyventojai, užsiregistravę Darbo biržoje; bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninio skyriaus mokiniai ir studentai; neįgalūs asmenys; kiti valstybės remiami asmenys. Svarbus aspektas ir tai, kiek ir kokiems PSDF biudžeto išlaidų straipsniams yra skiriama lėšų, nes būtent nuo teisingo ir tinkamo fondo lėšų paskirstymo priklausys apsidraudusiems ir valstybės lėšomis apdraustiems gyventojams suteiktas sveikatos priežiūros paslaugų kiekis bei kokybė.

1.3 lentelė

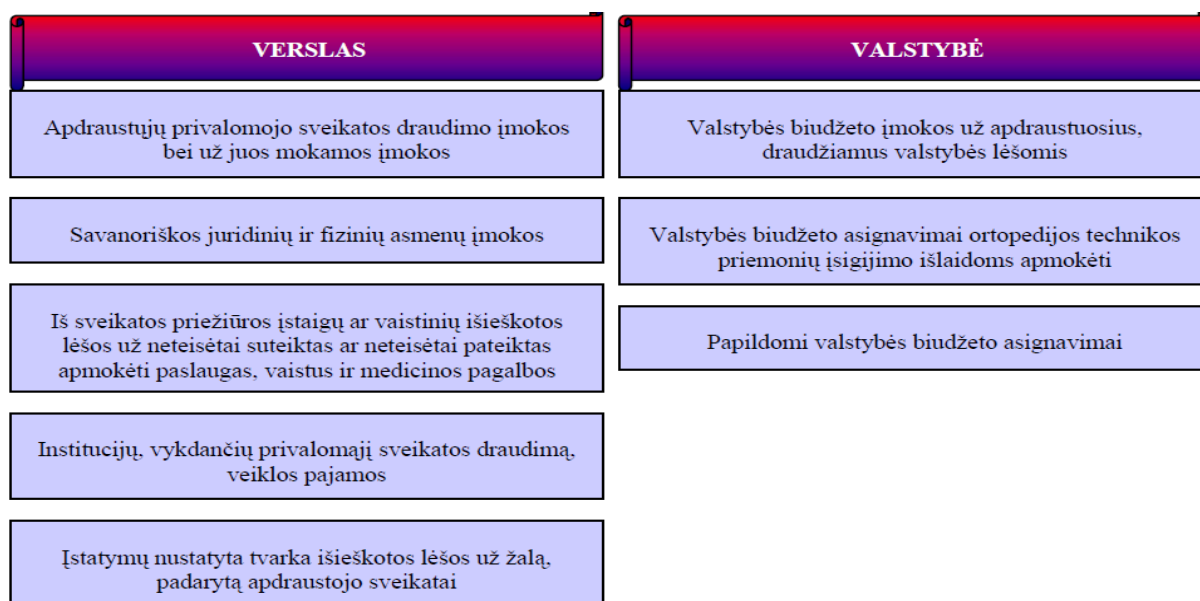
PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų struktūra

PSDF biudžeto pajamos	PSDF biudžeto išlaidos
Apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos	Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, sveikatos priežiūros įstaigoms, su kuriomis teritorinės ligonių kasos yra sudariusios sutartis, apmokėtos išlaidos
Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	Išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti kompensavimas apdraustiesiems
Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	Medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimas apdraustiesiems
Papildomi valstybės biudžeto asignavimai	Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių kompensavimo išlaidos
Juridinių ir fizinių asmenų savanoriškos įmokos	Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos
Valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti	Išlaidos privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti
Iš sveikatos priežiūros įstaigų ar vaistinių išieškotos arba jų grąžintos lėšos už neteisėtai suteiktas ar neteisėtai pateiktas apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtai išrašytus, išduotus ar pateiktus apmokėti vaistus ir medicinos pagalbos priemones bei įstatymų nustatyta tvarka iš fizinių ir juridinių asmenų išieškotos lėšos už žalą, padarytą apdraustojo sveikatai.	Privalomojo sveikatos draudimo lėšos, skirtos valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis LR sveikatos draudimo įstatymu.

Lietuvoje sveikatos apsauga finansuojama iš PSDF. Vienavertus, pinigai į fondą patenka iš darbuotojų, nuo jų darbo užmokesčio atskaičiavus sveikatos draudimo įmokas ir verslo įmonių, mokančių tam tikrą procentinę dalį įmokų nuo darbuotojų uždirbto darbo

užmokesčio, kitavertus – ir iš valstybės biudžeto. Žemiau pateiktame paveiksle vaizduojamos PSDF biudžeto įmokos kategorijos, kurios parodo, kokias įmokas moka verslas, ir kokias įmokas – valstybė.



1.7 pav. PSDF biudžeto įmokų kategorijos

Šaltinis: Kirkauskienė, R., Karazijienė, Ž. (2009). Išlaidų sveikatos apsaugai naštos verslui ir valstybei įvertinimas, 5 p.

Kaip matyti aukščiau pateiktame paveiksle, pagal PSDF biudžeto įmokų kategorijas, galima teigti, kad didžioji dalis įmokų į fondą atkeliauja iš mokesčių, kuriuos moka verslas. Tuo tarpu valstybė sveikatos apsaugai skiria palyginti nedidelę savo disponuojamų lėšų dalį.

Analizuojant sveikatos priežiūros išlaidas, taip pat racionalus žingsnis vertinti jų dydį nuo sukuriama šalyje BVP bei palyginti su kitomis Europos Sąjungos (toliau – ES) ir Pasaulio šalimis. Pagal tai būtų galima spręsti, kiek daug ir kaip Lietuvai vertėtų tobulinti sveikatos priežiūros sistemą, kad ši priartėtų bent prie ES vidurkio. Taip pat vertingą informaciją atskleidžia valdžios ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidų analizė, rodanti ne tik kiek valdžia prisideda prie šalies sveikatos apsaugos užtikrinimo, bet ir leidžianti daryti išvadą apie pačių gyventojų rūpinimąsi savo sveikata jai skiriant papildomai lėšų.

PSDF biudžeto struktūrą reglamentuoja 1996 m. priimtas ir 1997 m. įsigaliojęs LR sveikatos draudimo įstatymas. Fondo biudžetą sudaro pajamos ir išlaidos, kurias planuoja ir rengia VLK. Analizuojant išlaidų sveikatos apsaugos našta verslui ir valstybei pirmiausia būtina atskirti, kurios PSDF biudžeto pajamos yra gautos iš valstybės, ir kurios – iš verslo. Taip pat svarbu įvertinti sveikatos priežiūros išlaidų dalį nuo BVP ir jį palyginti su kitomis ES šalimis. Naudingą informaciją atskleidžia ir valdžios bei privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidų analizė.

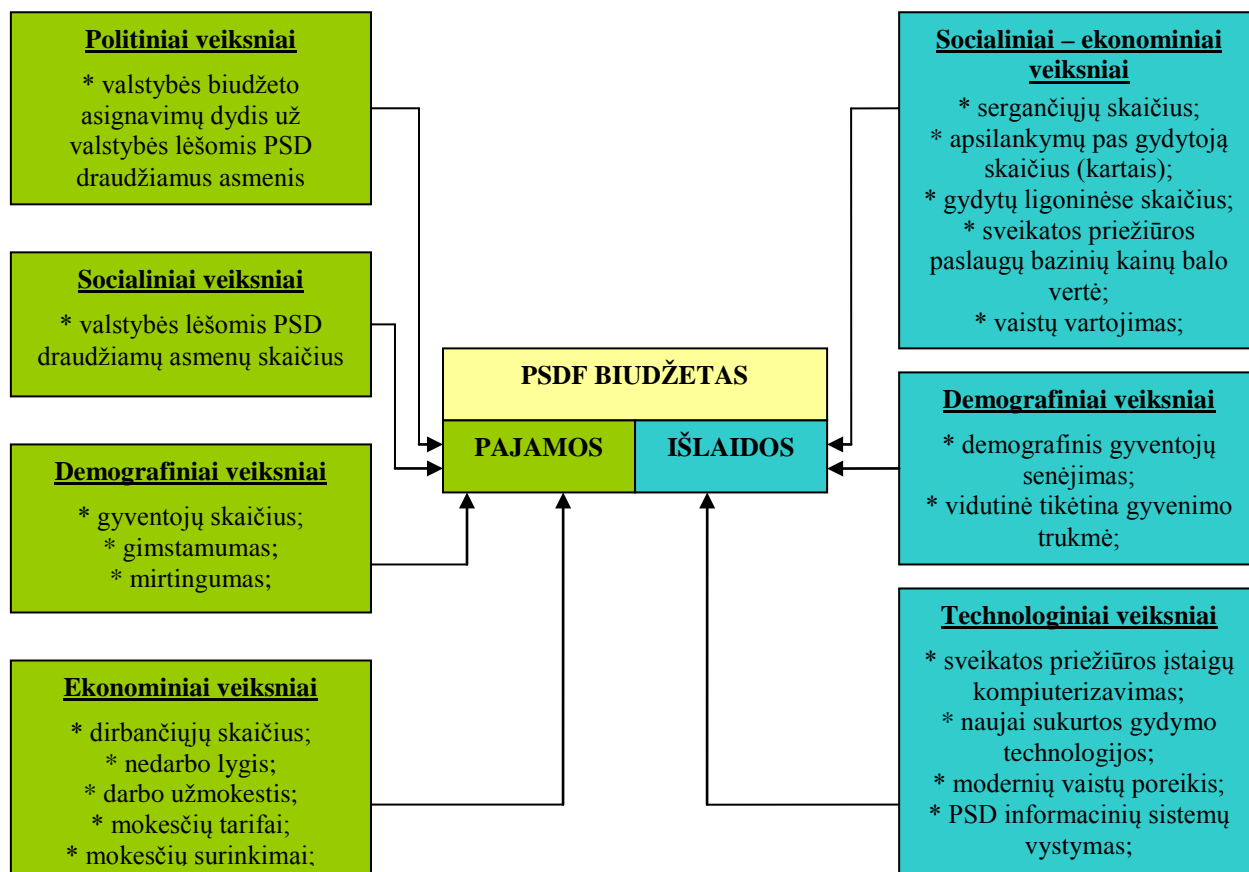
1.5. PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančių veiksnių analizė

Kiekvieno žmogaus sveikata yra susijusi su ekonominėmis, socialinėmis bei politinėmis gyvenimo sąlygomis, tačiau žvelgiant iš valstybės pozicijos, būtent nuo šalies gyventojų sveikatos priklauso jos ekonominis klestėjimas. Tiek gyventojai, tiek ir pati valstybė yra suinteresuoti išlaikyti pusiausvyrą tarp visų anksčiau minėtų veiksnių, nes tik sveiki gyventojai gali pilnavertiškai prisidėti prie šalies ekonominės gerovės, produktyviai dirbti ir siekti geresnių rezultatų. Todėl, kaip pabrėžiama Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiuose veiklos planuose (2008), tyrinėjant sveikatos priežiūros sistemą, būtina atsižvelgti, kad sveikatos sektoriaus raidai įtakos turi ekonominiai, socialiniai, politiniai, demografiniai ir technologiniai veiksniai.

1.8 pav. pavaizduoti PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiantys veiksniai. S. Sidabraitės (2005) teigimu, PSDF biudžeto pajamų kitimui turi poveikį ekonominiai, socialiniai ir demografiniai veiksniai, kurie dažniausiai veikia ne kiekvienas atskirai, o bendroje visumoje. Strateginiuose veiklos planuose šiuos veiksnius taip pat išskiria ir Sveikatos apsaugos ministerija pridurdama, kad toks politinis veiksnys, kaip asignavimų dydis už valstybės lėšomis PSD draudžiamus asmenis taip pat turi įtakos į PSDF biudžetą surenkamų pajamų kiekiui.

Kaip teigia R. Kirkauskienė ir Ž. Karazijienė (2009) lemiamą įtaką PSDF biudžeto pajamoms turi ekonominiai veiksniai: dirbančiųjų asmenų skaičius, gyventojų pajamos, iš kurių atskaitomi gyventojų pajamų ir socialinio draudimo mokesčiai, mokesčių surinkimas, mokesčių tarifai. Paminėtoms autorėms pritaria ir N. Dalytė (2005) bei S. Sidabraitė (2005) teigdamos, kad tokie rodikliai kaip nedarbo lygis, vidutinis darbo užmokestis, gyventojų pajamų dydis apsprendžia PSDF biudžeto pajamų pokyčius lemiančius ekonominius, socialinius ir demografinius veiksnius. Be to įtakos turi ir bendra ekonominė situacija šalyje, gyventojų skaičius, gimstamumas bei mirtingumas.

Kadangi PSDF biudžeto pajamos yra pagrindinis sveikatos išlaidų finansavimo šaltinis, jų surinktas dydis nulemia ir fondo sveikatos draudimui skirtas išlaidas. PSDF biudžeto išlaidos yra planuojamos atsižvelgiant į galimai surinktų pajamų kiekį, todėl galima teigti, kad veiksniai, lemiantys PSDF biudžeto pajamų pokyčius, netiesiogiai turi įtakos ir sveikatos apsaugai skirtų išlaidų dydžiui.



1.8 pav. PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiantys veiksniai

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos strateginių veiklos planų informacija (2008) ir S. Sidabraitės (2005), N. Dalytės (2005) bei R. Kirkauskienės ir Ž. Karazijienės (2009), Šurkienės ir kt. (2012) išskirtų veiksnių analize.

Sveikatos apsaugos strateginiuose planuose nurodyta, kad be socialinių – ekonominių bei demografinių veiksnių, didžiausią poveikį PSDF biudžeto išlaidoms turi technologiniai veiksniai. N. Dalytės (2005) teigimu, PSDF biudžeto išlaidų didėjimui didžiausią poveikį turi naujų, brangių technologijų diegimas. Be to, tam įtakos turi ir brangių tyrimų ir procedūrų paslaugų kainų augimas bei pačių gyventojų poreikis gydytis moderniomis medicinos priemonėmis bei vaistais. Lietuvos gyventojų poreikis gydytis moderniais vaistais nuolat auga, nes tai lemia iš Vakarų Europos, JAV ateinančios naujos technologijos, kurioms Lietuvos rinka yra atvira. Žinoma, tam įtakos turi ir informacijos, skirtos tiek gydytojams, tiek pacientams, didėjantys srautai. Autorė taip pat teigia, kad sveikatos išlaidų didėjimą didele dalimi lemia tokie demografiniai ir socialiniai – ekonominiai veiksniai kaip visuomenės senėjimas, ilgėjanti vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė bei sergančiųjų asmenų skaičius. Kaip teigia M. Gedvilaitė – Kordušienė (2013), amžiaus struktūros kaitos analizė atskleidė, kad Lietuvoje demografinis senėjimas vyksta trigubai: „iš apačios“ (mažėja jauniausių žmonių dalis), „iš viršaus“ (didėja vyresnio amžiaus gyventojų dalis) ir kartu dėl migracijos mažėja jaunų darbingo amžiaus žmonių dalis.

Gyventojų senėjimas aktuali visuomenės problema ne tik Lietuvoje, bet ir kitose Pasaulio šalyse. Neigiamą gyventojų senėjimo įtaką sveikatos priežiūros sistemoms Azijoje ir Čekijoje atitinkamai pabrėžė ir A. Sidorenko, J. R. G. Butler (2007) bei L. O. Dittrich ir kt. (2011). Autoriai teigia, kad ateityje senstant visuomenei, sveikatos priežiūros išlaidos didės sparčiais tempais.

Gyventojų senėjimas apibūdinamas gyventojų senėjimo rodikliu, dar vadinamu *senėjimo indeksu*. Jungtinė Tautų Organizacija (JTO) rekomenduoja gyventojų senėjimo indeksu laikyti 65 metų ir vyresnių žmonių skaičiaus dalį tarp visų gyventojų (proc.). G. Šurkienė ir kt. (2012) pabrėžia, kad žmonėms, vyresniems nei 65 metai, kas penkerius metus prasideda po vieną lėtinę neinfekcinę ligą. Mokslininkai šį ligų paplitimą vadina XXI a. pandemija, kuri reikalauja didelių sveikatos priežiūros išteklių. Sergančiųjų asmenų skaičiaus didėjimo įtaką augančioms sveikatos priežiūros išlaidoms taip pat pabrėžė ir Sveikatos apsaugos ministerija prie to pridėdama, kad didėjantis vaistų vartojimas ir kylančios sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainų balų vertės taip pat didina PSDF biudžeto išlaidas. Tuo tarpu Sveikatos Informacijos centro instituto nuomone, ne ką mažiau svarbesni tokie socialiniai – ekonominiai veiksniai, lemiantys PSDF biudžeto išlaidas, kaip apsilankymų pas gydytoją skaičius, ligotų asmenų skaičius bei ligininėse gydytų asmenų skaičius.

Apibendrinant PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančius veiksnius galima teigti, kad į fondą surenkamų pajamų kiekiui įtakos turi socialiniai, ekonominiai, demografiniai ir politiniai veiksniai. Atitinkamai panašūs yra ir faktinės fondo išlaidas lemiantys veiksniai, tik pastarieji skiriasi savo prigimtimi.

1.6. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimo metodikos sudarymas ir pagrindimas

Lietuvoje sveikatos draudimo sistema egzistuoja daugiau kaip penkiolika metų, tačiau iki šiol nėra visuotinai priimtos metodikos, pagal kurią būtų galima atlikti išsamią šios sistemos analizę bei išsiaiškinti jos trūkumus. Todėl sudarant tyrimo metodiką, atsižvelgiama tiek į lietuvių, tiek į užsienio autorių atliktus tyrimus analizuojamai temai svarbiais aspektais. Taip pat siekiama savarankiškai ir logiškai atsirinkti tyrimo metodus, tinkančius analizei atlikti. Todėl vertinant Lietuvos sveikatos draudimo sistemą, darbe naudojamosi tradiciniais taikomosios statistikos metodais, kuriuos savo darbuose nagrinėja V. Bartosevičienė (2010), J. Bagdanavičius (2007), R. Valkauskas (2007) bei O. Gražytė – Molienė (2004). Taip pat remiamasi K. Pukėno (2011) bei V. Bogulausko (2007), S. A. Martišiaus (2002) bei A. Pabedinskaitės (2005) kokybinių ir kiekybinių duomenų ir ekonometrinės analizės teorine medžiaga.

Analizuojant Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą, darbe sudaryta bendra tyrimo loginė struktūra, vaizduojama pirmame priede. Tyrimas susideda iš septynių etapų kiekviename jų išsikeliant tikslą, pasirenkant metodą pagal kurį bus jis įgyvendinamas ir apibūdinant gautus rezultatus. Analizei atlikti pasirinktas maksimaliai pagal turimus statistinius duomenis galimas tirti 1997 – 2012 m. laikotarpis. Pirmiausia nuspręsta (žr.1 priedas), kad vertinant sveikatos priežiūros sistemą, vertėtų ją nuodugniai išanalizuoti teoriniu atžvilgiu, išsiaiškinti, kaip ši sistema Lietuvoje vystėsi, pagal kokį sveikatos draudimo sistemos modelį veikia dabartinė privalomojo sveikatos draudimo sistema. Taip pat svarbu išsiaiškinti, kiek prie sveikatos sektoriaus finansavimo prisideda dirbantys šalies gyventojai, jų darbdaviai ir įmokomis bei asignavimais iš valstybės biudžeto – valstybė. Kadangi Lietuva priklauso ES, racionalu apžvelgti sveikatos sektoriaus padėtį sąjungai priklausančiose šalyse. Taip pat tikslinga išnagrinėti privačias, valdžios ir bendras sveikatos priežiūros išlaidas. Labai svarbu atsižvelgti ir į pačių lietuvių nuomonę apie Tėvynėje veikiančią privalomo sveikatos draudimo sistemą, kokie yra jų poreikiai. Ne mažiau verta ir tikslinga išsiaiškinti, kokie veiksniai lemia į fondą surinktų pajamų ir patirtų išlaidų pokyčius. Žinant kokie veiksniai geriausiai apibūdina minėtus pokyčius, pagal juos galima atlikti perspektyvinę fondo biudžeto pajamų ir išlaidų analizę. Atsižvelgiant į tai, kad PSDF biudžeto pajamos yra svarbiausias sveikatos priežiūros išlaidų finansavimo šaltinis, geram sistemos funkcionavimui užtikrinti būtinas pakankamas jų kiekis. Todėl taikant modeliavimo metodą ir atsižvelgiant į anksčiau minėtų tyrimo etapų rezultatus nuspręsta sukurti PSDF biudžeto pajamų didinimo modelį. Taip pat nuspręsta perimti gerąją užsienio šalių praktiką bei pasiūlyti kitas sistemos tobulinimo kryptis.

Nagrinėjant privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto planines ir faktines pajamas ir išlaidas, vertinant sveikatos išlaidų našumą verslui ir valstybei, tikslinga įvertinti šių straipsnių dydį bei nustatyti kitimo greitį ir pagrindines vystymosi tendencijas. Šiam tikslui įgyvendinti taikyti dinamikos eilučių metodai: absoliutūs pokyčiai bei kitimo tempai.

Absoliutiniai pokyčiai vertinti taikant šią formulę:

$$\Delta y = y_n - y_{n-1} \quad (1)$$

y_n – vėlesnio laikotarpio dinamikos eilutės lygis;

y_{n-1} – prieš tai buvusio laikotarpio dinamikos eilutės lygis;

Rodiklių pokyčių tempams apskaičiuoti taikyta formulė:

$$T_{dg} = \frac{y_n}{y_{n-1}} \times 100 \text{ proc.} \quad (2)$$

Padidėjimo – sumažėjimo tempas arba procentinis pokytis apskaičiuotas taikant formulę:

$$T_{pb} = \frac{y_n - y_1}{y_1} \times 100 \text{ proc.} \quad (3)$$

y_1 – pradinio laikotarpio dinamikos eilutės lygis

Be anksčiau minėtų rodiklių, skaičiuojami vidutiniai dinamikos eilutės analitiniai rodikliai. Vienas jų – **vidutinis absoliutinis pokytis**, kuris parodo, kiek vidutiniškai per vieną laikotarpį padidėja arba sumažėja nagrinėjama reikšmė vertinant absoliutinę išraišką:

$$\overline{\Delta y} = \frac{y_n - y_1}{n - 1} \quad (4)$$

Tuo tarpu **vidutinis kitimo tempas** – tai rodiklis, kuris atspindi reikšmės pasikeitimą procentais arba koeficientine išraiška, kai atskaita prilyginama 100 proc. Rodikliui apskaičiuoti taikoma žemiau pateikta formulė:

$$\overline{T_d} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}} \times 100 \text{ proc.} \quad (5)$$

Tiriant ryšius tarp nagrinėjamų reiškinių, vieni požymiai yra faktoriniai, kiti rezultatiniai. Požymiai, sąlygojantys kitų požymių reikšmes, yra vadinami **faktoriniais** (x), o priklausantys nuo pirmųjų – **rezultatiniais** (y). Vienu atveju tas pats požymis yra rezultatinis, o kitais – gali būti faktorinis. Siekiant išsiaiškinti, ar tarp darbe nagrinėjamų reiškinių egzistuoja ryšys, skaičiuojamas koreliacijos koeficientas. Koreliacija, kaip sako patsai žodis, reiškia savitarpio santykiavimą, priklausomybę (Martiškis, 2002). Koreliacijos koeficientas laikomas vienu populiariausiu rodikliu dviejų dydžių koreliacinių ryšių stiprumo priklausomybei nustatyti. Rodiklis apskaičiuojamas taikant žemiau nurodytą formulę:

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x}) * (y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 * \sum (y - \bar{y})^2}} \quad (6)$$

Kuo koreliacijos koeficiento reikšmė artimesnė vienetui, tuo nagrinėjama priklausomybė tarp kintamųjų yra stipresnė. Kai apskaičiuota koreliacijos koeficiento reikšmė teigiama, laikoma, kad tarp analizuojamų kintamųjų egzistuoja tiesioginė priklausomybė, kai neigiama – atvirkštinė.

Vertinant Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimą, nagrinėjant privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto struktūrą, jį sudarančių pajamų ir

išlaidų straipsnių kitimo dinamiką, planinius ir faktinius duomenis, vien pokyčio įvertinti nepakanka. Tiriant PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų tendencijas, atlikta šiuos pokyčius lėmusių veiksnių daugialypė regresinė analizė. Analizėje naudoti pradiniai duomenys buvo logaritmuoti ir vertinami per pokyčius tuo tikslu, kad būtų išvengta autokoreliacijos problemos. Kadangi tyrime naudoti statistiniai duomenys nėra atsitiktiniai, norint išsaugoti ilgesnę duomenų eilutę, išskirtys nėra identifikuojamos. Tyrimo rezultatams apdoroti naudota SPSS programa, kurios metu buvo atliekami šie etapiniai skaičiavimai:

1. Pirminio regresijos modelio sudarymas ir jo reikšmingumo tikrinimas atsižvelgiant į determinacijos koeficiento reikšmę.
2. Duomenų normalumo vertinimas atliekant Shapiro-Wilk testą, kuris parodo, ar daugialypės regresijos modelis yra tiesės pavidalo.
3. Regresijos modelio prielaidų tikrinimas naudojant autokoreliacijos, heteroskedastiškumo bei multikolinearumo metodus.
4. Galutinio daugialypio regresijos modelio sudarymas bei jo kokybės vertinimas.

Kaip teigia V. Bogulauskas (2007, p. 154), sudarant daugiamatės regresijos modelį, atskiri nepriklausomi kintamieji įvertina skirtingas ekonominio proceso savybes, ir jų mato vienetai bei absoliutinių reikšmių diapozonai gali gerokai skirtis, todėl praktiškai kai kada pasirenkamas standartizuotas regresijos modelis, kuris užrašomas šiuo pavidalu:

$$\hat{y} = b_1^* x_1^* + b_2^* x_2^* + \dots + b_k^* x_k^* \quad (7)$$

Čia x_1^*, x_2^*, x_k^* - standartizuotos nepriklausomų kintamųjų reikšmės; b_1^*, b_2^*, b_k^* - regresijos modelio standartizuoti įverčiai; y^* - standartizuota priklausomo kintamojo reikšmė.

Siekiant nustatyti, kaip gyventojai vertina įvairių gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę, darbe naudojamosi faktorinės analizės tyrimo metodu. Tyrimui atlikti naudojamosi 2012 m. „Baltijos tyrimų“ instituto atlikto tyrimo „Lietuvos gyventojų nuomonė apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą“ rezultatais. Faktorinės analizės tikslas – atsižvelgiant į tarpusavio koreliaciją, suskirstyti stebimus kintamuosius į grupes, kurias vienija koks nors tiesiogiai nestebimas faktorius (Pūkėnas, 2011). Faktorinė analizė yra taikoma dideliame kintamųjų skaičiui sumažinti, juos pakeičiant tiesiogiai nestebimais (latentiniais) faktoriais. Tai kokybinis tyrimo metodas, kurį taikant informacija koncentruojama ir tampa labiau aprėpiama. Dažniausiai faktoriai yra kokybiniai matai ir negali būti betarpiškai išmatuoti, tačiau gali būti įsivaizduojami kaip tam tikras požymių kategorijas vienijantys matai.

Prognozavimas yra neatsiejama valdymo sprendimų dalis ir gali padėti numatyti daugelį

būsimų aspektų verslo operacijoms (Pabedinskaitė, 2005). Ilgalaikė bet kokios organizacijos ar sistemos sėkmė glaudžiai susijusi su vadovų gebėjimu taikliai numatyti perspektyvą bei taikyti tinkamą strategiją tikslams įgyvendinti. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozė atliekama MS excel programoje dviejų funkcijų – Trend ir Growth pagalba. Su Trend funkcijos pagalba prognozuojama pagal tiesinę regresijos lygtį, kai tuo tarpu Growth funkcija prognozė vykdo taikydama eksponentinę regresijos lygtį. Prognozės šiomis funkcijomis gali būti atliekamos pamečiui arba didesniais laiko intervalais (5 arba 10 metų). Tam, kad būtų galima atlikti perspektyvinę analizę, prognozės atlikimui būtina žinoti, koks prognozuojamas rodiklis buvo mažiausiai už tris praėjusius metus. Norint gauti realistiškesnę prognozė, prognozuojama pagal kelis su prognozuojamu rodikliu susijusius kintamuosius. Atliekant tyrimą pagal šias funkcijas, laikoma, kad y – **tai kintamieji, kurie yra prognozuojami, o x – kintamieji, pagal kuriuos atliekama prognozė.** Prognozavimui pasirinkti kintamieji grindžiami daugialypės regresinės analizės rezultatais.

Siekiant sukurti PSDF biudžeto pajamas didinantį teorinį modelį, naudojamas modeliavimo metodas. Modelis yra abstraktus realios tikrovės atspindys (Snieska ir kt., 2005). Tai loginis ir matematinis analizuojamos sistemos esybių, jos atributų atvaizdavimas grafiškai. Dar kitaip modelį galima apibūdinti kaip svarbiausią realios sistemos savybių išraišką, kuri tam tikru būdu parodo sistemos visumą ir padeda ją tirti.

Siekiant įgyvendinti išsikeltus magistro darbo uždavinius, tyrimui naudotasi 1997 – 2012 m. Valstybinės ligonių kasos, Lietuvos Statistikos departamento ir Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiuose planuose pateikta informacija, LR privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymų projektų aiškinamaisiais raštais bei Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis.

Nors Lietuvoje sveikatos draudimo sistema po valstybės nepriklausomybės atkūrimo funkcionuoja daugiau kaip penkiolika metų, tačiau iki šiol nėra parengtos ir patvirtintos metodikos, kuri padėtų įvertinti privalomojo sveikatos draudimo sistemos veiklą. Siekiant parengti šiai sistemai vertinti skirtą metodiką, darbe susidaryta tyrimo loginė struktūra pagal kurią kartu įgyvendinti kiti išsikelti darbo uždaviniai. Tyrimui naudojami tradiciniai statistikos metodai, taikomas dinamikos eilučių metodas, atliekama daugialypė regresinė, faktorinė analizė, prognozavimas ir naudojamas modeliavimo metodas. Analizuojant privalomojo sveikatos draudimo sistemos tobulinimo galimybes, siūloma perimti gerąją užsienio šalių praktiką.

Atlikus sveikatos draudimo sistemos raidos analizę ir įvertinus sveikatos draudimo sistemos modelius, nustatyta, kad sveikatos priežiūros sistemos vystymosi etapai tiesiogiai susiję su valstybės istorija. Skiriami keturi pagrindiniai sveikatos draudimo raidos etapai,

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

kurie sudarė sąlygas sveikatos draudimo sistemos modelių atsiradimui. Visame pasaulyje populiariausi yra Semaškos, Beveridžo bei Bismarko sveikatos draudimo sistemos modeliai. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelis turi Bismarko ir Beveridžo modelių bruožų. Šalyje teoriškai veikia mišrus sveikatos draudimo sistemos modelis, apimantis privalomąjį ir papildomą sveikatos draudimą. Tačiau pastaruoju draudžiasi labai maža gyventojų dalis ir jis kol kas Lietuvoje yra labai nepopuliarus.

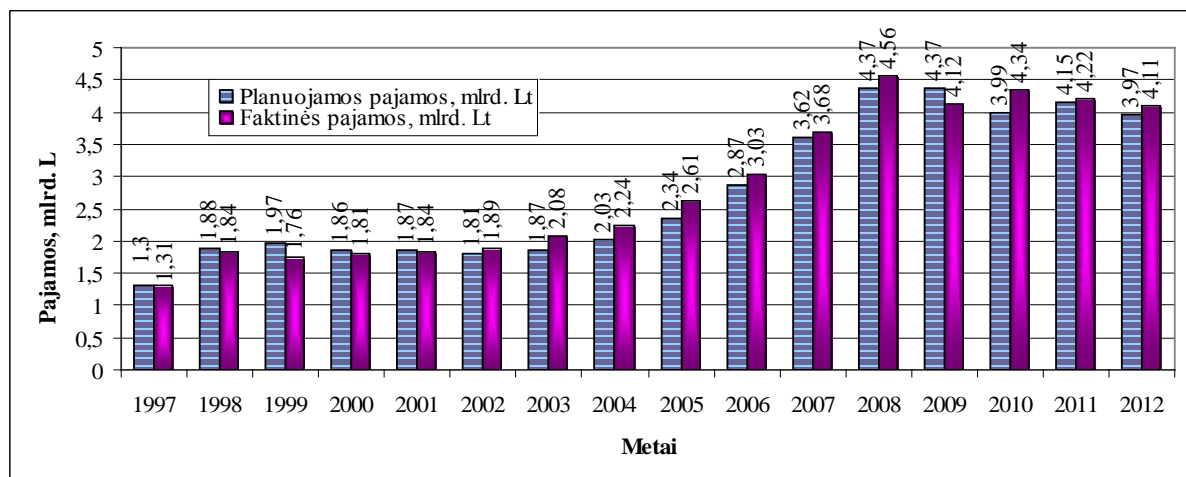
Nustatyta, kad PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų pokyčiams, kaip ir visos sistemos veiklai, įtakos turi socialiniai, ekonominiai, demografiniai, politiniai ir technologiniai veiksniai, kurių neigiamam poveikiui sumažinti vertėtų skirti didesnę dėmesį. Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros išlaidų našumą verslui ir valstybei, būtina žinoti fondo biudžeto įmokų kategorijas, kurios rodo, kokios įmokos patenka iš verslo, ir kokios – iš valstybės biudžeto. Taip pat verta atkreipti dėmesį į valdžios sektoriaus ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidų tendencijas bei kokia dalį nuo šalyje sukuriama BVP Lietuva skiria sveikatos sektoriui finansuoti. Visi paminėti veiksniai įtraukti į susidarytą Lietuvos PSD sistemos vertinimo metodiką. Siekiant pateikti sistemos tobulinimo kryptis, atsižvelgiant į gautus prognozavimo rezultatus, siūlomas PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis ir gerosios užsienių šalių praktikos perėmimas.

2. LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS ANALIZĖ

Šiame darbo skyriuje pagal teorinėje darbo dalyje susidarytą tyrimo loginę struktūrą siekiama išanalizuoti Lietuvos PSD. Pirmiausia nagrinėjamos planinės ir faktinės fondo biudžeto pajamos ir išlaidos, tiriama, koks (deficitinis, perteklinis ar subalansuotas) yra faktinis PSDF biudžetas. Taip pat siekiama išsiaiškinti, kokie veiksniai turi daugiausia įtakos PSDF biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų pokyčiams. Analizuojama sveikatos priežiūros išlaidų našta verslui ir valstybei. Atliekama faktorinė analizė siekiant išsiaiškinti, kaip gyventojai vertina gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę ir koks yra jų požiūris į dabartinę privalomojo sveikatos draudimo sistemą.

2.1. PSDF biudžeto pajamų dinaminė ir struktūrinė analizė

PSDF biudžeto pajamos yra laikomos pagrindiniu šaltiniu sveikatos apsaugai reikalingų lėšų finansavimui. 2.1 pav. vaizduojamos planinės ir faktinės PSDF biudžeto pajamos 1997 – 2012 m. laikotarpiu. Remiantis VLK parengtomis finansinėmis ataskaitomis bei skaičiavimais ir siekiant įvertinti, kiek realiai PSDF biudžeto pajamų atitinkamais metais buvo surinkta, nagrinėjant PSDF biudžeto faktines pajamas į jas nėra įtraukiamas lėšų likutis laikotarpio pradžioje, atkeltas iš praėjusių metų. Siekiant išlaikyti vienodą skaičiavimo metodiką, planuojamas lėšų likutis taip pat nėra įtraukiamas ir į planines PSDF biudžeto pajamas.



2.1 pav. Planuojamos ir faktinės PSDF biudžeto pajamos (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Kaip matyti iš 2.1 pav., 1997 m. patvirtinus PSD įstatymą ir pradėjus vykdyti sveikatos draudimo sistemos reformą, faktinės PSDF biudžeto pajamos planines pajamas viršijo 0,1 mlrd. Lt ir buvo lygios 3,1 mlrd. Lt. 1998 – 2001 m. laikotarpiu situacija pasikeitė ir planinės

fondo biudžeto pajamos viršijo faktines, t.y. į biudžetą buvo surinkta mažiau pajamų nei buvo tikėtasi, tačiau 1998 m. faktines pajamas lyginant su 1997 m. faktinėmis pajamomis, realiai į fondą pajamų buvo surinkta 0,53 mlrd. Lt arba 40,46 proc. daugiau. Kartu tai – didžiausias augimo tempas per visą nagrinėjamą laikotarpį, susijęs su pagerėjusiu pajamų surinkimu ir išaugusiais valstybės biudžeto asignavimais.

Nuo 2002 m. iki 2008 m. gerėjant ekonominei situacijai šalyje, į PSDF biudžetą realiai pajamų buvo surenkama daugiau nei planuojama. Per minėtą laikotarpį faktinės PSDF biudžeto pajamos išaugo 2,67 mlrd. Lt arba 1,41 karto. 2009 m. šalyje prasidėjus ekonominei krizei, planuojamos PSDF biudžeto pajamos nežymiai, bet viršijo faktines 0,25 mlrd. Lt. Tačiau bankrutuojant įmonėms, mažėjant dirbančiųjų skaičiui bei jų disponuojamoms pajamoms, kartu mažėjo ir PSD pajamos. Todėl 2009 m. palyginus su 2008 m., į fondą faktiškai buvo surinkta 0,44 mlrd. Lt arba 9,65 proc. pajamų mažiau. Tačiau jau 2010 – 2012 m. laikotarpiu pajamų į fondą buvo surinkta daugiau nei planuota, nors faktiškai surinktos pajamos pasižymėjo mažėjimo tendencija. Per šį laikotarpį realios PSDF biudžeto pajamos sumažėjo 0,23 mlrd. Lt arba neigiamai pakito 5,30 proc.

PSDF biudžeto pajamas nagrinėjant struktūriškai, nustatyta, kad didžiausią šių pajamų dalį 1997 – 2008 m. laikotarpiu sudarė:

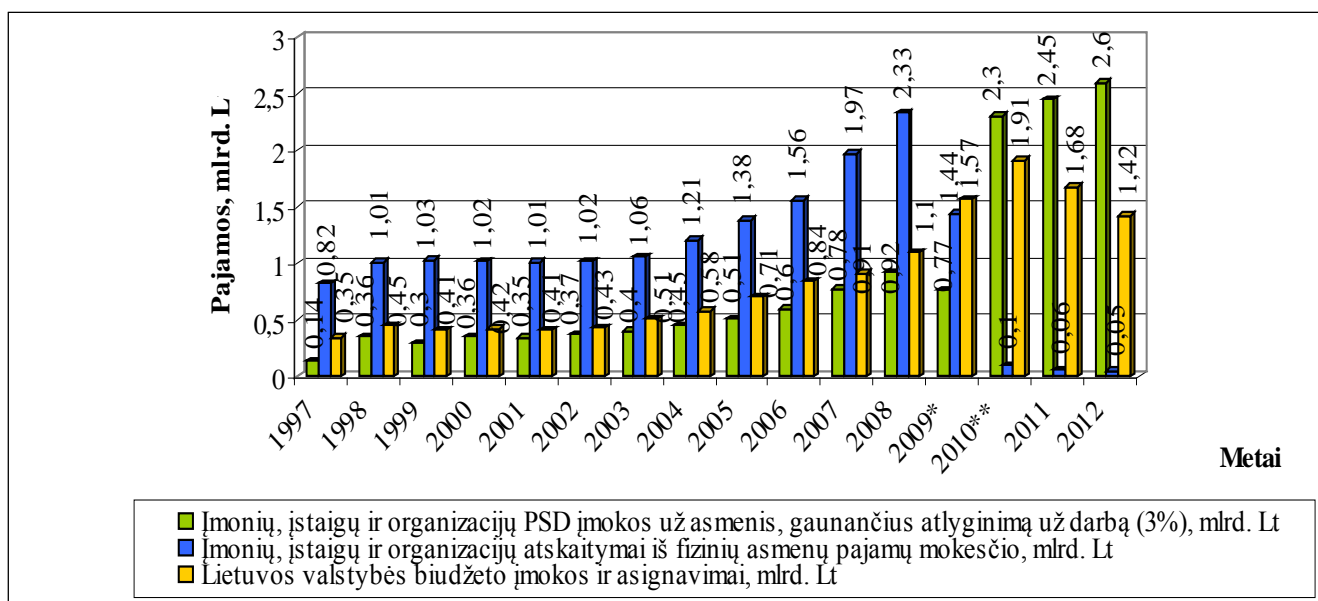
- Įmonių, įstaigų ir organizacijų PSD įmokos už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3 proc.);
- Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymai iš fizinių asmenų pajamų mokesčio;
- Lietuvos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai;

2009*m. įvedus Privalomojo sveikatos draudimo įstatymo pakeitimus ir sumažėjus gyventojų pajamų mokesčiui, nuspręsta iš jo nebenuskaičiuoti sveikatos draudimo įmokų. Todėl šiais metais struktūriškai didžiausią faktinių PSDF biudžeto pajamų dalį sudarė:

- Draudėjų už dirbančiuosius nuo darbo užmokesčio mokamos PSD įmokos;
- Dirbančiųjų asmenų iš darbo užmokesčio mokamos PSD įmokos;
- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai.

Nuo 2010**m. į PSDF biudžeto pajamas įtraukiamos VSD valdybos ir VMI administruojamos PSD įmokos.

Didžiausi PSDF biudžeto faktinių pajamų straipsniai vaizduojami 2.2 pav.



2.2 pav. Didžiausi PSDF biudžeto faktinių pajamų straipsniai (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Nuo 1997 m. iki 2008 m. įmonių, įstaigų ir organizacijų PSD įmokos už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą, išaugo 0,78 mlrd. Lt arba daugiau nei 5 kartus, o šio straipsnio dalis visose PSDF biudžeto pajamose didėjo nuo 10,69 proc. 1997 m. iki 20,18 proc. 2008 m. 2009 m. pasikeitus PSD įstatymui ir prieš tai minėtas PSDF biudžeto pajamas pervadinus į draudėjų už dirbančiuosius nuo darbo užmokesčio mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas, šių įmokų lyginant su 2008 m. buvo 0,15 mlrd. Lt arba 16,30 proc. surinkta mažiau. Nežymiai mažėjo ir šių įmokų dalis visose pajamose (nuo 20,18 proc. iki 18,69 proc. arba neigiamai pakito 1,49 proc. punktu). Tam neabejotinai įtakos galėjo turėti įsibėgėjusi ekonominė krizė.

VSD valdyba administruoja dirbančiųjų, valstybės tarnautojų, statutinių tarnautojų, ūkinių bendrijų narių, individualių įmonių savininkų, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančių asmenų ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas (Valstybinė ligonių kasa, 2011). 2010 m. VSD valdybai pradėjus administruoti PSD įmokas, pastarosios didėjo nuo 2,3 mlrd. Lt 2010 m. iki 2,6 mlrd. Lt 2012 m., o jų dalis visose PSDF biudžeto pajamose minėtu laikotarpiu vidutiniškai siekė 58,10 proc.

1997 – 2008 m. įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymai iš fizinių asmenų pajamų mokesčio išaugo 1,51 mlrd. Lt arba 1,84 karto, o šių atskaitymų dalis visose PSDF biudžeto pajamose nežymiai mažėjo nuo 62,60 proc. 1997 m. iki 51,10 proc. 2009 m. priėmus PSD įstatymo pataisas ir prieš tai nagrinėtą straipsnį pervadinus į dirbančiųjų asmenų iš darbo

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

užmokesčio mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas, minėtos įmokos siekė 1,44 mlrd. Lt, o jų dalis visose pajamose atitinkamais metais sudarė 34,95 proc.

VMI administruoja asmenų, vykdančių individualią veiklą pagal verslo liudijimus, savarankiškai įmokas mokančių asmenų, fizinių asmenų, kurių žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis praėjusiais metais buvo ne didesnis kaip keturi ekonominio dydžio vienetai, ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų mokamas PSD įmokas (Valstybinė ligonių kasa, 2011). Nuo 2010 m. VMI pradėjus administruoti PSD įmokas, minėtais metais jos tesiekė 0,1 mlrd. Lt., o iki 2012 m. neigiamai pakito 50 proc. ir buvo lygios 0,05 mlrd. Lt.

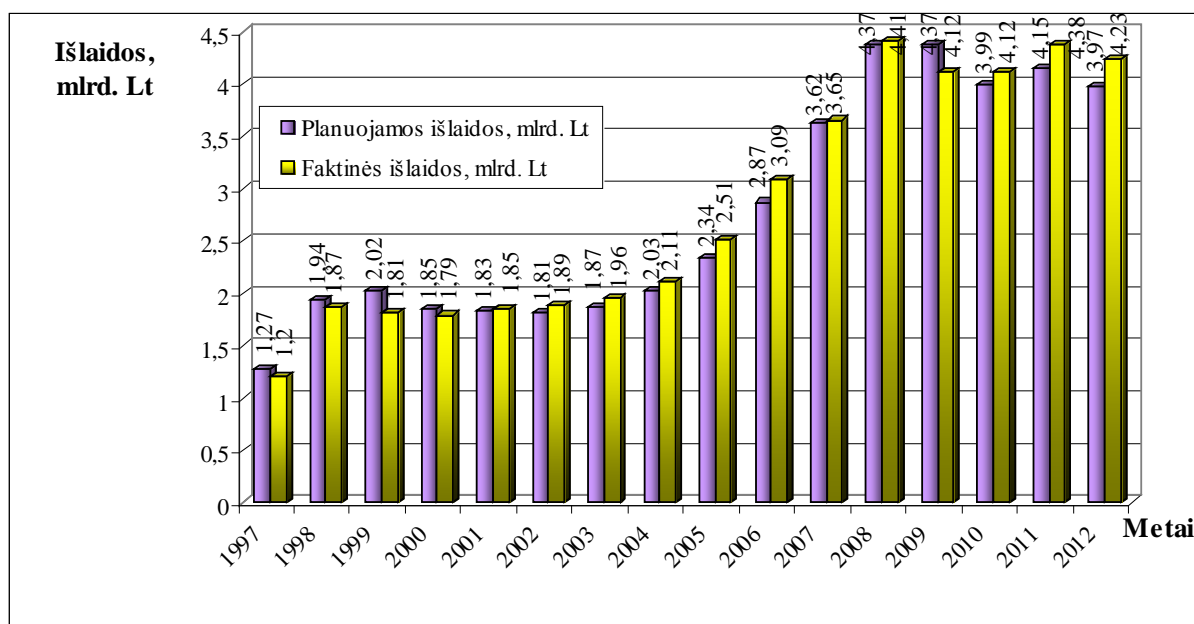
Per analizuojamą 1997 – 2012 m. laikotarpį Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis bei kiti papildomi asignavimai didėjo nuo 0,35 mlrd. Lt 1997 m. iki 1,42 mlrd. 2012 m. arba teigiamai pakito daugiau nei 3 kartus. Tačiau 2011 – 2012 m. mažėjant valstybės lėšomis PSD apdraustų skaičiui, atitinkamai stebimas valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų mažėjimas.

Išnagrinėjus PSDF biudžeto pajamų dinamiką ir struktūrą, nustatyta, kad per nagrinėjamą laikotarpį faktinės PSDF biudžeto pajamos dažniausiai viršydavo planuojamas pajamas. Struktūriškai didžiausią faktinių pajamų dalį visu nagrinėjamu laikotarpiu sudarė darbuotojų ir darbdavių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai.

2.2. PSDF biudžeto išlaidų dinaminė ir struktūrinė analizė

Šalies sveikatos draudimo įstatymas reglamentuoja vienodą iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygį visiems apdraustiems gyventojams. Šis įstatymas nustato PSD draudiminiuosius įvykius, kurie yra laikomi pagrindu asmenims teikti sveikatos priežiūros paslaugas.

2.3 pav. vaizduojamos planinės ir faktinės PSDF biudžeto išlaidos 1997 – 2012 m. laikotarpiu. Nuo 2011 m. vertinant PSDF biudžeto išlaidas, VLK lėšų likutį laikotarpio pabaigoje išskiria atskirai nuo visų išlaidų straipsnių. Todėl siekiant išlaikyti vienodą skaičiavimo metodiką visu nagrinėjamu laikotarpiu, tiek faktinės, tiek planinės PSDF biudžeto išlaidos tyrime vertinamos be anksčiau minėto straipsnio.



2.3 pav. Planuojamos ir faktinės PSDF biudžeto išlaidos (mlrd.Lt), 1997 – 2012 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Analizuojamu laikotarpiu faktinės PSDF biudžeto išlaidos išaugo net 3,03 mlrd. Lt arba 2,5 karto. Pastebima, kad 1997 – 2000 m. laikotarpiu faktinės PSDF biudžeto išlaidos buvo mažesnės nei planuota, tačiau 2000 m. palyginus su 1997 m. faktinės biudžeto išlaidos išaugo 0,59 mlrd. Lt arba 49,17 proc. ir buvo lygios 1,79 mlrd. Lt. Tuo tarpu 2001 – 2012 m. faktinės PSDF biudžeto išlaidos (išskyrus 2009 m.) visais metais viršijo planuojamas išlaidas. Labiausiai faktinės išlaidos didėjo per 1998 m. Lyginant su 1997 m., šios išlaidos išaugo 0,67 mlrd. Lt arba 55,83 proc. Tai galėjo lemti didesnis į fondą surinktas pajamų kiekis, kadangi PSDF biudžeto pajamos yra pagrindinis sveikatos apsaugos išlaidų finansavimo šaltinis. Didžiausia mažėjimo tendencija faktinės PSDF biudžeto išlaidos pasižymėjo 2009 m. Lyginant su 2008 m. sveikatos apsaugai skirtos išlaidos sumažėjo 0,29 mlrd. Lt arba 6,58 proc. Tai susiję su įsibėgėjusia ekonomine krize dėl kurios imtasi būtiniausių priemonių sveikatos priežiūros išlaidoms mažinti.

PSDF biudžeto išlaidas nagrinėjant detaliau, yra skiriami šie, struktūriškai didžiausi faktinių išlaidų straipsniai:

- Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (nr. 1);
- Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti (nr. 2);
- Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti (nr. 3);
- Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir kitų Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatytų centralizuotai įsigyjamų vaistų ir medicinos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti (nr. 4);
- Išlaidos sveikatos programoms finansuoti (nr. 5);

Žemiau pateiktoje lentelėje atitinkamai vaizduojami struktūriškai didžiausi PSDF biudžeto faktinių išlaidų straipsniai (mlrd. Lt) 1997 – 2012 m. laikotarpiu.

2.1 lentelė

Didžiausi PSDF biudžeto faktinių išlaidų straipsniai (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.

Straipsnio numeris	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	1,05	1,4	1,36	1,33	1,36	1,32	1,34	1,47	1,67	2,11	2,52	3,02	2,84	2,97	3,14	3,07
2	0,09	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,44	0,39	0,49	0,55	0,62	0,69	0,7	0,64	0,65	0,64
3	0,03	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,1	0,11	0,13	0,14	0,13	0,13	0,15	0,14
4	0,02	0,04	0,03	0,04	0,07	0,04	0,04	0,05	0,07	0,08	0,12	0,14	0,15	0,18	0,24	0,17
5	-	-	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,06	0,09	0,15	0,17	0,24	0,21	0,16	0,17	0,19

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Per visą analizuojamą laikotarpį didžiausią visų PSDF biudžeto išlaidų dalį sudarantis išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti straipsnis (nr. 1) didėjo nuo 1,05 mlrd. Lt 1997 m. iki 3,07 mlrd. Lt 2012 m. arba išaugo beveik du kartus, o jo dalis visose fondo išlaidose per nagrinėjamą laikotarpį nežymiai mažėjo nuo 87,5 proc. 1997 m. iki 72,58 proc. 2012 m. 1997 – 2012 m. laikotarpiu išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti (nr. 2) straipsnis padidėjo 0,55 mlrd. Lt arba 6,11 karto. Taip pat per visą analizuojamą laikotarpį didėjo ir šio straipsnio dalis visose fondo išlaidose nuo 7,5 proc. iki 15,13 proc. Labiausiai ši PSDF biudžeto išlaidų rūšis didėjo per 1998 m. Palyginus su 1997 m., šios išlaidos padidėjo daugiau nei 2 kartus. Ryškiausias mažėjimas fiksuojamas 2004 m. Palyginus su 2003 m., išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti neigiamai pakito 11,36 proc., o jų dalis visose fondo išlaidose sumažėjo nuo 20,95 proc. iki 16,32 proc. Šie pokyčiai siejami su atitinkamais metais valdžios priimtais sprendimais skirstant PSDF biudžeto lėšas ir jų daugiau skiriant kitoms sritims.

Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti (nr. 3) per analizuojamą laikotarpį padidėjo 0,11 mlrd. Lt arba 3,67 kartus. Vidutiniškai per visą analizuojamą laikotarpį šio straipsnio dalis visose fondo išlaidose siekė 3,81 proc. Tuo tarpu išlaidos galūnėms, sąnariams ir organų protezavimui (nr. 4) 1997 – 2012 m. išaugo 0,15 mlrd. Lt arba 7,5 karto. Minėtas išlaidų straipsnis per analizuojamus metus visose fondo išlaidose vidutiniškai sudarė 2,96 proc. Tai rodo, kad valdžia, skirstydama lėšas, daugiau dėmesio skiria toms sveikatos priežiūros išlaidoms, kurios padeda gyventojams atgauti jėgas ir dėl fizinės negalios kiek įmanoma gyventi pilnavertį gyvenimą.

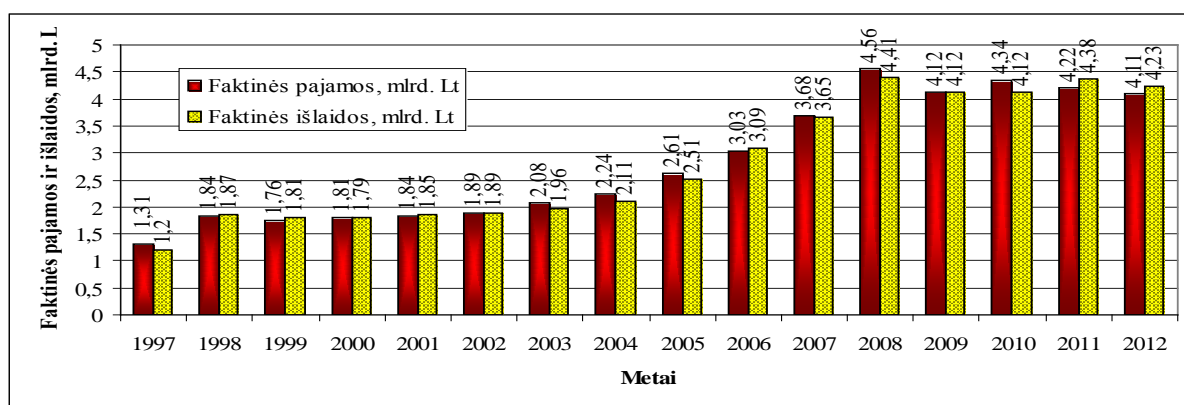
Nuo 1999 m. PSDF biudžeto išlaidose atsiradęs naujas „Išlaidų sveikatos programų finansavimui“ (nr. 5) straipsnis per nagrinėjamą laikotarpį padidėjo 0,18 mlrd. Lt. Didžiausias

šio straipsnio augimas stebimas 2004 m. Lyginant su 2003 m., sveikatos programų finansavimui skirtos išlaidos padidėjo du kartus. Tuo tarpu ryškiausias mažėjimas fiksuojamas 2001 m. Per šiuos metus sveikatos programų finansavimui skirtos lėšos neigiamai pakito 0,01 mlrd. Lr arba 50 proc. Per visą nagrinėjamą laikotarpį išlaidos sveikatos programoms finansuoti visose fondo išlaidose vidutiniškai sudarė 3,07 proc. Nors šis straipsnis struktūriškai sudaro palyginti labai nedidelę dalį visų PSDF biudžeto išlaidų, tačiau jo augimas vertinamas teigiamai, nes rodo valstybės dėmesio sutelkimą į gyventojų sveikatos gerinimą siekiant išvengti įvairių susirgimų ir pan.

Apibendrinant PSDF biudžeto faktinių išlaidų struktūrą ir dinamiką, galima teigti, kad per nagrinėjamą laikotarpį faktinės fondo išlaidos dažniausiai būdavo didesnės nei planuojamos. Analizuojamu laikotarpiu struktūriškai didžiausių faktinių fondo išlaidų dalį sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, taip pat išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms finansuoti, išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei kitoms išlaidoms kompensuoti, ir išlaidos sveikatos priežiūros programoms finansuoti.

2.3. Faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų analizė

2.1. ir 2.2. darbo poskyriuose atlikta PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų dinaminė ir struktūrinė analizė parodė, kad didžiąją analizuojamo laikotarpio dalį į biudžetą faktiškai pajamų buvo surinkta daugiau negu planuota. Atitinkamai faktinės fondo išlaidos dažniausiai viršydavo planuojamas PSD išlaidas. Todėl svarbu išsiaiškinti, kaip tai lėmė faktinį PSDF biudžetą, koks – subalansuotas, perteklinis ar deficitinis – jis buvo.



2.4. pav. Faktinės PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Kaip matyti 2.4 pav., visu analizuojamu laikotarpiu realiai patirtos PSDF biudžeto išlaidos ir realiai į biudžetą surinktos pajamos buvo panašaus dydžio, tačiau faktinės išlaidos

didėjo spartesniu tempu nei faktiškai surinktos pajamos. Nuo 1997 m. iki 2012 m. PSDF biudžeto faktinės pajamos išaugo 2,14 karto, kai analogišku laikotarpiu faktinės išlaidos didėjo 2,53 karto. Pastebėta, kad atitinkamu laikotarpiu būta metų, kai faktinės PSDF biudžeto išlaidos viršijo faktines PSDF biudžeto pajamas. Daroma prielaida, kad siekiant įgyvendinti sveikatos apsaugos ir priežiūros tikslus, ne visada užtenka pajamų, kurios patenka į biudžetą. Tai paaiškina priežastį, kodėl 2002 m. ir 2003 m. PSDF buvo priverstas imti paskolas iš bankų arba nenumatytoms išlaidoms naudoti fondo rezervo lėšas. Analizuojant PSDF biudžeto pajamas nustatyta, kad 2008 m. fiksuotas perteklinis bei 2009 m. subalansuotas biudžetas. Kaip teigia VLK direktorius A. Sasnauskis (2012), Lietuvos sveikatos apsaugos sistema gali būti pavyzdžiu daugeliui Europos valstybių, ypač dėl sėkmingo krizės šiame sektoriuje suvaldymo ekonominiu sunkmečiu. Nors ekonominė krizė šalyje pagreitį įgavo antroje 2008 m. pusėje, PSDF biudžetas pastaraisiais metais akivaizdžiai didelių sunkumų nepatyrė, o 2008 – iesiems baigiantis biudžeto rezervo sąskaitoje buvo likę lėšų, kurios buvo ypač reikalingos 2009 – ūjų pradžioje. Valstybinės ligonių kasos (VLK) direktoriaus A. Sasnauskio (2008) teigimu, objektyviai vertinant, PSDF biudžetas palyginti su valstybės, „Sodros“ biudžetais, geriausiai atlaikė pirmąsias krizės bangas. Tam teigiamos įtakos turėjo taupus ir racionalus sveikatos priežiūros institucijų lėšų panaudojimas, net 61 proc. mažesnės nei planuota VLK veiklos išlaidos. 2009 m., krizės laikotarpiu siekiant subalansuoti PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas, o gyventojams užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, buvo nuspręsta išlaidas asmens priežiūros paslaugoms sumažinti nustatant, jog bazinių kainų vieno balo vertė lygi 0,89 Lt, t.y., 0,11 Lt mažesnė nei 2008 m. Tai buvo taikoma visų rūšių asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Keičiantis sveikatos priežiūros paslaugų bazinei kainų balo vertei, sveikatos priežiūros įstaigos buvo priverstos racionaliau ir efektyviau panaudoti PSDF biudžeto lėšas. Nors 2009 m. mažėjo sveikatos apsaugos finansavimas, tačiau ligonių kasos išvengė skolų bei išsaugojo finansinį sveikatos sistemos tvarumą. 2010 m. PSDF biudžetas taip pat buvo perteklinis, kas rodo, jog sveikatos draudimo sistema sėkmingai įveikė sunkiausią ekonominį krizės laikotarpį. Pastebėta, kad kai kurios šalys perima Lietuvos sveikatos draudimo sistemos patirtį ekonomikos sunkmečiu. Tai patvirtina 2012 m. VLK metinėje apžvalgoje minimas Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) organizuotas aukšto lygio sveikatos pareigūnų Norvegijoje susitikimas, kurio metu buvo išsakytos teigiamos nuomonės bei pastebėjimai apie Lietuvos sveikatos sistemą.

Nuo 2011 m., kaip ir 2012 m., fiksuojamas deficitinis PSDF biudžetas, t.y. faktinės fondo išlaidos viršija realiai į fondą surinktą pajamų kiekį. Faktinių PSDF biudžeto išlaidų didėjimui 2011 m. įtakos, kaip nurodoma VLK apžvalgoje, turėjo tai, kad šiais metais buvo

panaudotos rezervo lėšos, skirtos nenumatytoms išlaidoms padengti. Kaip nurodyta 2011 m. VLK apžvalgoje, PSDF biudžeto rezervo lėšos buvo skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų, sveikatos programų bazinių kainų balo vertei atkurti (padidinti) ir prarastoms lėšoms dėl sumažintos balo vertės kompensuoti, centralizuotai perkamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti. Tuo buvo siekiama geriau tenkinti pacientų poreikius. Iš viso 2011 m. panaudotos rezervo lėšos siekė 0,28 mlrd. Lt. Taip pat svarbu paminėti, kad lyginant su 2010 m., 2011 m. didėjimo tendencija pasižymėjo visi PSDF biudžeto išlaidų straipsniai. Tuo tarpu kai kurie PSDF biudžeto pajamų straipsniai per šiuos metus kito mažėjimo linkme. VMI administruojamos PSD įmokos sumažėjo 44,63 proc., o LR valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai neigiamai pakito 12,02 proc. Tam įtakos turėjo mažėjantis valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičius, taip pat didėjantis gyventojų sergamumas bei senėjimas. Todėl visoms faktinėms PSDF biudžeto išlaidoms didėjant, o daliai PSDF biudžeto faktinėms pajamoms mažėjant, faktinės PSDF biudžeto išlaidos 2011 m. ėmė viršyti faktines PSDF biudžeto pajamas. Iš esmės dėl panašių priežasčių faktinės PSDF biudžeto išlaidos buvo didesnės nei faktinės pajamos ir 2012 m. Pastaraisiais metais VLK taip pat turėjo naudoti PSDF biudžeto rezervo lėšas tam, kad būtų patenkintas didesnis (nei buvo planuota) lėšų poreikis asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, taip pat didesnis medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimas, išaugęs centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimas bei padidėjęs sveikatos programų finansavimo poreikis. Atitinkamai šioms PSDF biudžeto išlaidų rūšims VLK iš viso papildomai į sveikatos apsaugos sistemą infiltravo 0,30 mlrd. Lt rezervo lėšų. Todėl galima teigti, kad jei ir toliau PSDF biudžeto faktinės išlaidos didės spartesniu tempu nei faktinės pajamos, ateityje taip pat galima tikėti deficitinio PSDF biudžeto.

Atlikus faktinių PSDF biudžetų pajamų ir išlaidų analizę, nustatyta, kad nors visu nagrinėjamu laikotarpiu faktinės PSDF biudžeto pajamos dažniausiai būdavo didesnės nei faktinės išlaidos, tačiau jos augo lėtesniu tempu nei patirtos išlaidos. Todėl jau 2011 m. ir 2012 m. faktinės fondo išlaidos pradėjo viršyti faktines pajamas ir faktinis PSDF biudžetas tapo deficitinis. Sekančiame darbo skyrelyje atsižvelgiant į teorinius aspektus, bus siekiama išsiaiškinti, kurie veiksniai turi daugiausiai įtakos PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų pokyčiams.

2.4. Faktinės PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančių veiksnių analizė

Siekiant pagrįsti autorių teorines prielaidas apie PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančius veiksnius ir norint nustatyti, kokie veiksniai geriausiai apibūdina faktinių PSDF

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys. biudžeto pajamų bei išlaidų pokyčius, buvo sudaromi įvairūs daugialypės regresijos modeliai. Analizėje naudoti pradiniai duomenys buvo logaritmuoti ir vertinami per pokyčius tuo tikslu, kad būtų išvengta autokoreliacijos problemos. Tyrime naudotasi 1997 – 2012 m. Valstybinės ligonių kasos, Lietuvos Statistikos departamento ir Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiuose planuose pateikta informacija bei LR privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymų projektų aiškinamaisiais raštais. Taip pat remtasi Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistiniais duomenimis, liudijančiais šalies gyventojų sveikatos būklę.

2.4.1. PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčius lemiančių veiksnių tyrimas

Norint nustatyti, kokie veiksniai turėjo lemiamos įtakos PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčiui, siekta sudaryti kuo daugiau regresijos modelių, kurie logiškai atspindėtų realiai į fondą surinktų pajamų pokyčius analizuojamu laikotarpiu. Tačiau skaičiavimų metu buvo nustatyta, kad tokių statistinių rodiklių kaip vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis (x_1) ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus (x_2) kitimas geriausiai apibūdina faktinių PSDF biudžeto pajamų pokyčius lemiančius socialinius ir ekonominius veiksnius.

Pradiniai analizės duomenys pateikti 3 ir 4 priede. Žemiau esančioje lentelėje vaizduojamas sudaryto daugialypės regresijos modelio statistinis reikšmingumas.

2.2 lentelė

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčių lemiančių veiksnių daugialypės regresijos modelio determinacijos koeficientas

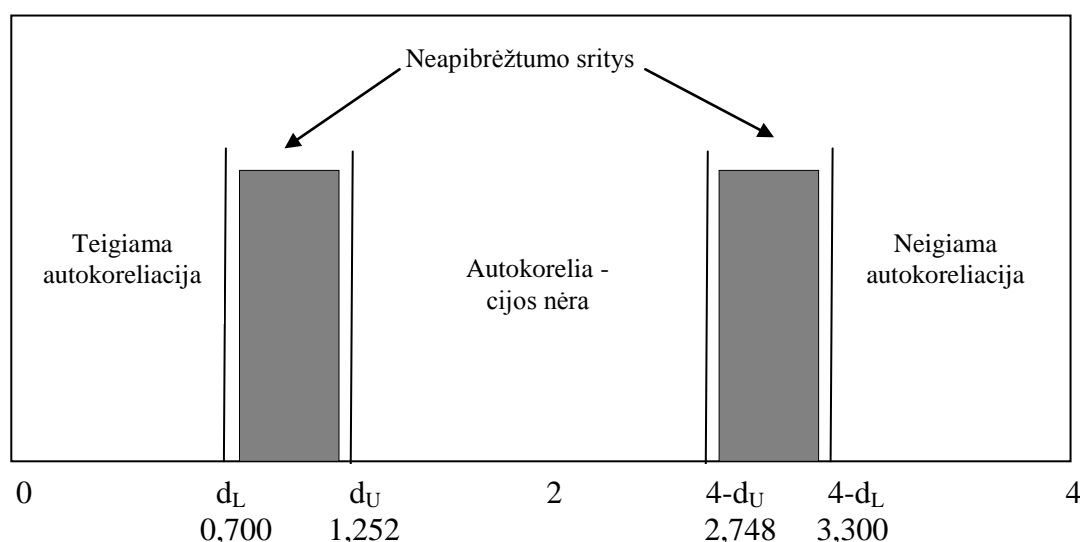
Modelis	R	R^2	Aplygintas determinacijos koef.	Skaičiavimo paklaida	Durbin-Watson testo Statistika
1	,916 ^a	,839	,812	,05060	2,109

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis gautais SPSS programos skaičiavimais

Tikrinant sudaryto modelio reikšmingumą, apskaičiuojamas determinacijos koeficientas, kuris parodo kaip tiksliai įvertintos Y reikšmės atitinka faktiškai stebimas reikšmes. Jei determinacijos koeficientas (R^2) $\geq 0,25$, tai laikoma, kad sudarytas analizės modelis yra tinkamas analizei atlikti. Kadangi sudaryto daugialypės regresijos modelio $R^2 = 0,839$, galima teigti, kad sudarytas modelis yra tinkamas ir paaiškina 83,9 proc. priklausomojo kintamojo kitimo, t.y., jo kitimą tokia dalimi lemia nepriklausomų kintamųjų kitimas, o 16,1 proc. parodo kitus neįvertintus veiksnius.

Kadangi analizėje nėra naudojami atsitiktiniai duomenys, išskirčių identifikavimas nėra būtinas. Siekiant įvertinti ar visi x ir y susiję tiesiškai, o modelio likutinės paklaidos pasiskirsčiusios pagal normalųjį skirstinį, buvo taikomas Shapiro – Wilk testas. Pastarasis testas leidžia patikrinti, ar daugialypės regresijos modelis yra tiesės pavidalo. Kadangi gautoji Shapiro – Wilk testo reikšmė $Sig (0,716) > 0,05$ (žr. 5 priedą), tai skirstinys yra normalusis ir koreliacijos koeficientą reikėtų analizuoti vertinant *Pearson* koreliacijos koeficientą.

Regresijos modelio prielaidų tikrinimui naudojami trys metodai: autokoreliacija, heteroskedastiškumas ir multikolinearumas. Buvo tikrinama ar modeliui nėra būdinga autokoreliacija. Su 99 proc. reikšmingumo lygmeniu iš Durbin – Watson lentelės surastos atitinkamos d_L ir d_U reikšmės (kai nepriklausomų kintamųjų skaičius $k = 2$, o duomenų eilutės ilgis $n = 15$, $d_L = 0,700$, o $d_U = 1,252$). Toliau apskaičiuojama Durbin – Watson statistika duomenims, kuri lygi 2,109. Žemiau vaizduojamos Durbin – Watson testo apibrėžtumo sritys.



2.5 pav. Durbin – Watson testo apibrėžtumo sritys

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis gautais SPSS programos skaičiavimais

Nustačius Durbin – Watson apibrėžtumo sritis (žr. 2.5 pav.) galima teigti, kad modeliui nebūdinga autokoreliacija, nes apskaičiuotoji D reikšmė patenka į autokoreliacijos nebuvimo intervalą $[1,252; 2,748]$.

Tikrinant heteroskedastiškumą, buvo atliktas Gold – Quandt (GQ) testas. Surūšiuojus pradinius duomenis mažėjimo tvarka pagal kiekvieną nepriklausomą kintamąjį, pašalinamas nelyginis vidurinių narių skaičius, nes $n=15$. Suskaičiuojamos dviejų regresijų paklaidų kvadratų sumos RSS ir toliau tikrinama homoskedastiškumo prielaida apskaičiuojant testo statistiką F . Gauti rezultatai pateikiami lentelėje:

Goldfield – Quandt (GQ) testo rezultatai

Kintamieji	X ₁	X ₂
¹ RSS	0,014	0,014
² RSS	0,010	0,006
F	1,400	2,333
F _{kr.}	10,967	

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis gautais SPSS programos skaičiavimais

Kadangi apskaičiuotosios visų nepriklausomų kintamųjų F reikšmės yra mažesnės už kritinę F, todėl negalima atmesti nulinės hipotezės H_0 ir daroma išvada, kad duomenims būdingas homoskedastiškumas. Tai reiškia, kad su kiekviena fiksuota x reikšme arba su kiekviena fiksuota prognozės reikšme y, liekanų sklaida yra vienoda. Laikoma, kad kuo liekanų reikšmės yra vienodžiau išsibarsčiusios apie x arba y ašį, tuo regresijos funkcija geriau aprašo nagrinėjamus duomenis.

Paskutiniame regresijos modelio prielaidų tikrinimo etape atliekamas multikoliniarumo problemos identifikavimas. Siekta nustatyti ar nepriklausomiems kintamiesiems nėra būdinga stipri tarpusavio koreliacija. Multikoliniarumo diagnostika skaičiuojant dispersijos mažėjimo daugiklį VIF leidžia teigti, kad nepriklausomiems kintamiesiems multikoliniarumas nebūdingas, kadangi $VIF < 4$ (žr. 6 priedą). Gautasis modelis yra logiškas, nes daliniai koreliacijos koeficientai (Partial) yra didesni už koreliacijos koeficientus (Part). Multikoliniarumas taip pat nustatomas sudarant porinių koreliacijų matricą. Nustatyta, kad „Pearson Correlation“ koeficientai yra mažesni už $|0,8|$ (žr. 7 priedą), o tai reiškia, kad daugialypės regresijos modelio nepriklausomi kintamieji nepasižymi multikoliniarumu.

Atlikus skaičiavimus, galutiniame etape sudarytas daugialypės regresijos modelis:

$$\Delta Y = -0,023 + 1,536 x_1 + 0,544 x_2$$

Sudaryto regresijos modelio pagalba atlikta analizė parodė, kad PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčius tiesiogiai veikia didėjantis vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis (x_1) bei augantis valstybės lėšomis apdraustų PSD asmenų skaičius (x_2). Koeficientai prie nepriklausomų kintamųjų interpretuojami kaip elastingumo koeficientas. Todėl galima teigti, kad vidutiniams mėnesiniam bruto darbo užmokesčiui (x_1) ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiui (x_2) padidėjus po 1 proc., PSDF biudžeto faktinės pajamos padidės daugiau nei 2 proc. Nustatyta, kad sudarytas regresijos modelis yra tinkamas naudoti detalesnei analizei, nes kritinė Fišerio skirstinio reikšmė ($F_{kr.}$) lygi 5,953 ir yra mažesnė už

apskaičiuotą Fišerio skirstinio reikšmę (F_a), kuri lygi 31,218 (žr. 8 priedą). Apskaičiuota vidutinė absoliutinė procentinė paklaida MAPE lygi 11,23 proc. (žr. 9 priedą), todėl galima teigti, kad modelis yra kokybiškas ir realiai atspindi analizuojamų veiksnių poveikį kintančioms faktinėms PSDF biudžeto pajamoms.

2.4.2. PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčius lemiančių veiksnių tyrimas

Sekančiame etape buvo siekta išsiaiškinti, kokie veiksniai geriausiai apibūdina PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčius lemiančius veiksniai. Siekiant pagrįsti autorių teorines prielaidas apie PSDF biudžeto išlaidas lemiančius veiksniai, taikyta daugialypė regresinė analizė. Atlikus daugelį modeliavimo atvejų, nustatyta, kad tokie statistiniai rodikliai kaip gyventojų senėjimas ir ligoninėse gydytų asmenų skaičius geriausiai apibūdina PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčius lemiančius socialinius – ekonominius bei demografinius veiksniai. Todėl tyrimo metu norima nustatyti, kaip faktines PSDF biudžeto išlaidas (Y) lemia žemiau išvardyti veiksniai:

- Gyventojų senėjimas (x_1), Jungtinių Tautų Organizacijos (JTO) rekomendacijomis vertinamas kaip 65 metų ir vyresnių gyventojų skaičiumi.
- Ligoninėse gydytų asmenų skaičiumi, tenkančiu tūkst. gyventojų (x_2).

Pradiniai analizės duomenys pateikti 10 ir 11 prieduose. 2.4 lentelėje pateikti duomenys apie sudaryto daugialypės regresijos modelio statistinį reikšmingumą.

2.4 lentelė

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčių lemiančių veiksnių daugialypės regresijos modelio determinacijos koeficientas

Modelis	R	R ²	Aplygintas determinacijos koef.	Skaičiavimo paklaida	Durbin-Watson testo Statistika
1	,738 ^a	,545	,469	,09623	1,533

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis gautais SPSS skaičiavimais

Vertinant analizės rezultatus nustatyta, kad sudaryto regresijos modelio $R^2 = 0,545$ ir jis yra didesnis nei 0,25, todėl galima teigti, kad šį modelį analizuoti yra tikslinga. Sudarytas regresijos modelis paaiškina 54,5 proc. priklausomojo kintamojo kitimo, t.y., jo kitimą tokia dalimi lemia nepriklausomų kintamųjų kitimas, o likę 45,5 proc. – neįvertinti veiksniai. Laikoma, kad optimalaus determinacijos koef. atveju, šis rodiklis turėtų svyruoti nuo 0,5 – 0,6 iki 0,8. Todėl galima teigti, kad modelis yra logiškas.

Kadangi modeliui sudaryti naudojami duomenys nėra atsitiktiniai ir duomenų eilutės sutrumpinimas neduotų teigiamo rezultato, į išskirtis nėra atsižvelgiama. Gautoji Shapiro –

Wilk testo reikšmė $Sig(0,029) < 0,05$, todėl analizėje naudojamas skirstinys yra nenormalusis ir analizuoti bei vertinti reikėtų Spearman koreliacijos koeficientą (žr. 12 priedą).

Siekiant nustatyti ar modeliui nėra būdinga autokoreliacija, tikrinta ar parametro sekos koreliuoja tarpusavyje. Su 99 proc. reikšmingumo lygmeniu iš Durbin – Watson lentelės surastos atitinkamos d_L ir d_U reikšmės (kai nepriklausomų kintamųjų skaičius $k = 2$, o duomenų eilutės ilgis $n = 15$, $d_L = 0,700$, o $d_U = 1,252$). Toliau apskaičiuojama Durbin – Watson testo statistika duomenims ir ji yra lygi 1,533. Kadangi testo statistikos apibrėžtumo sritis yra identiškos PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčius lemiančių veiksnių modeliui, nustatčius Durbin – Watson testo apibrėžtumo sritis galima teigti, kad modeliui nėra būdinga autokoreliacija, nes apskaičiuota D reikšmė patenka į autokoreliacijos nebuvimo intervalą $[1,252; 2,748]$.

Tikrinant modelio heteroskedastiškumą, atliktas Goldfield – Quand (GQ) testas, kurio tarpiniai rezultatai vaizduojami 2.5 lentelėje.

2.5 lentelė

Goldfield – Quandt (GQ) testo rezultatai

Kintamieji	X_1	X_2
1RSS	0,021	0,026
2RSS	0,026	0,019
F	0,808	1,368
$F_{kr.}$	10,967	

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis gautais SPSS programos skaičiavimais

Atlikus šį testą nustatyta, kad duomenims yra būdingas homoskedastiškumas, nes apskaičiuotos Fišerio skirtinio reikšmės (F_a) yra mažesnės už kritinę ($F_{kr.}$). Tai reiškia, kad su kiekviena fiksuota nepriklausomo kintamojo reikšme arba su kiekviena fiksuota priklausomo kintamojo prognozės reikšme, liekanų sklaida yra vienoda.

Paskutiniajame sudaryto daugialypės regresijos modelio prielaidų tikrinimo etape buvo siekta nustatyti, ar nepriklausomiems kintamiesiems nėra būdinga stipri tarpusavio koreliacija. Pagal VIF statistiką galima teigti, kad abiem nepriklausomiems kintamiesiems multikoliniarumas nebūdingas, nes $VIF < 4$. Modelio logiškumą pagrindžia ir dalinių koreliacijų koeficientų bei koreliacijos koeficientų rezultatai, pagal kuriuos daliniai koreliacijos koeficientai (Partial) yra didesni nei koreliacijos koeficientai (Part) (žr. 13 priedą). Porinės koreliacijų matricos „Spearman Correlation“ koeficientai yra mažesni už $|0,8|$, o tai reiškia, kad daugialypio regresijos modelio nepriklausomi kintamieji nepasižymi multikoliniarumu (žr. 14 priedą).

Atlikus skaičiavimus, sudarytas daugialypės regresijos modelis:

$$\Delta Y = 0,002 + 4,422 x_1 + 2,741 x_2$$

Iš sudaryto regresijos modelio galima teigti, kad PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčius tiesiogiai veikia didėjantis 65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius (x_1) bei augantis ligoninėje gydytų asmenų skaičius, tenkantis tūkst. gyventojų (x_2). Pastariesiems veiksniams padidėjus po 1 proc., PSDF biudžeto išlaidos padidėtų daugiau nei 7 proc. Nustatyta, kad sudarytą modelį naudoti tikslinga, nes $F_{kr.} (5,953) < F_a (7,174)$ (žr. 15 priedą). Tačiau modelio kokybė išlieka nedidelė, nes gautoji MAPE reikšmė gerokai viršija 10 proc. ribą (žr. 16 priedą). Tai galima paaiškinti tuo, kad nors modelį yra naudoti tikslinga, tačiau dėl duomenų trūkumo ir palyginti ne ilgo analizėje tiriamo laikotarpio, neįmanoma atsižvelgti į visus veiksnius, lemiančius PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokyčius.

Apibendrinant galima teigti, kad išsami PSDF biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų pokyčius lemiančių veiksnių analizė parodė, kad PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčius veikiančius veiksnius geriausiai apibūdina vidutininio mėnesinio bruto darbo užmokesčio bei valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai. Tuo tarpu faktinių išlaidų pokyčius geriausiai paaiškina gyventojų senėjimas, vertinamas kaip 65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius bei gyventojų sergamumą atspindintis ligoninėse gulėjusių asmenų skaičius, tenkantis tūkstančiui gyventojų. Buvo nustatyta, kad atsižvelgiant į maksimaliai galimą nagrinėti laikotarpį, galimą veiksnių skaičiaus įtraukimą į modelius bei pateiktus duomenis apie statistinius rodiklius, visi anksčiau išvardyti veiksniai tinkamiausiai patvirtina autorių teorines prielaidas apie veiksnius, lemiančius faktines sveikatos draudimo pajamas ir išlaidas. Daugialypės regresinės analizės metu identifikuotų veiksnių pagrindu galima numatyti ateityje į fondą realiai surinktų pajamų bei patirtų išlaidų kiekius, sudaryti optimistines, pesimistines ir galutines prognozes.

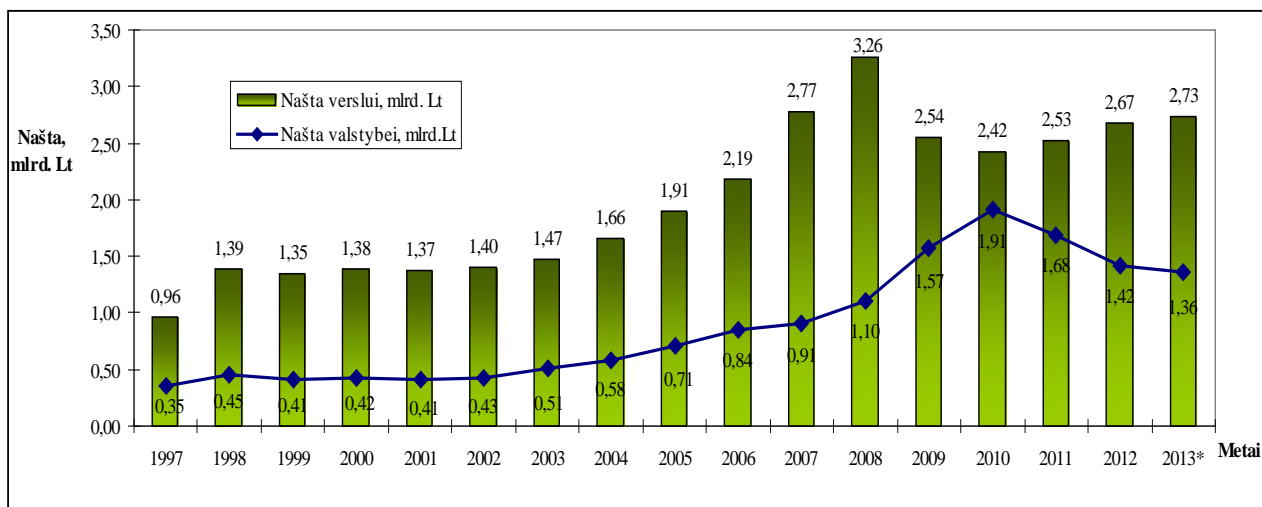
2.5. Sveikatos priežiūros išlaidų naštos verslui ir valstybei analizė

Siekiant įvertinti išlaidų sveikatos apsaugai našta, būtina išsiaiškinti, kokias išlaidas patiria verslas (dirbantys gyventojai bei jų darbdaviai) ir valstybė (skiriama asignavimų suma) nagrinėjamu laikotarpiu. Nagrinėdamos išlaidų sveikatos apsaugai našta verslui ir valstybei, R. Kirkauskienė ir Ž. Karazijienė (2009, p. 5) pastebi, kad pirmiausia būtina atskirti, kurios PSDF biudžeto pajamos yra gautos iš valstybės, ir kurios – iš verslo. Kaip jau buvo minėta teorinėje darbo dalyje, prie sveikatos išlaidų verslui priskiriamos šios įmokos:

- Apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos;

- Savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos;
- Iš sveikatos priežiūros įstaigų ar vaistinių išieškotos lėšos už neteisėtai suteiktas ar neteisėtai pateiktas apmokėti paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbą;
- Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- Įstatymų išieškotos lėšos už žalą, padarytą apdraustojo sveikatai.

Tuo tarpu valstybės patiriamoms išlaidoms autorės priskyrė valstybės biudžeto įmokas bei asignavimus. Atsižvelgiant į pastarąją įmokų klasifikaciją bei nagrinėjamo laikotarpio duomenis, kuriuos pateikia VLK, žemiau pateiktame grafike pavaizduota apskaičiuota verslo ir valstybės našta, susijusi su patiriamomis sveikatos išlaidomis.



* 2013 m. planuojami, kadangi VLK dar neparengė 2013 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos

2.5 pav. Sveikatos priežiūros našta valstybei ir verslui (mlrd.Lt), 1997 – 2013 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis.

Per 1997 – 2012 m. laikotarpį, PSDF biudžeto pajamos iš verslo sektoriaus padidėjo 1,71 mlrd. Lt arba 1,79 kartus, kai tuo tarpu pajamos iš valstybės išaugo 1,07 mlrd. Lt arba 3,05 karto. Nors valstybei tenkanti našta augo spartesniu tempu, tačiau 1997 – 2012 m. laikotarpiu valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai vidutiniškai tesudarė 0,84 mlrd., o išlaidos, kurias patyrė verslas per tą patį laikotarpį vidutiniškai siekė 1,95 mlrd. Lt., t.y. vidutiniškai buvo daugiau nei du kartus didesnės.

Labiausiai PSDF biudžetos pajamos, surinktos iš verslo subjektų, didėjo per 1998 m. Lyginant su 1997 m., pastarosios išaugo 0,43 mlrd. Lt arba 44,80 proc. Tam įtakos galėjo turėti sėkmingai įsitvirtinusi PSD sistema ir mokesčių surinkimai. Didžiausios sveikatos draudimo išlaidos, tenkančios verslui, fiksuojamos 2008 m. – prieš pat ekonomikos sunkmetį. Po to sekė staigus kritimas žemyn: 2009 m., išibėgėjęs ekonominei krizei, neigiamai paveikusių daugelį verslo įmonių, sveikatos draudimo įmokos 1997 – 2012 m. laikotarpiu mažėjo labiausiai. Lyginant su 2008 m., jos sumažėjo 0,72 mlrd. Lt arba 22,09 proc. Per šį

laikotarpį dirbančių (užimtų) gyventojų skaičius mažėjo nuo 1,43 mln. iki 1,32 mln., o nedarbo lygis didėjo nuo 5,8 proc. iki 13,7 proc. Sparčiai didėjant bedarbių skaičiui, didėjo ir valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius.

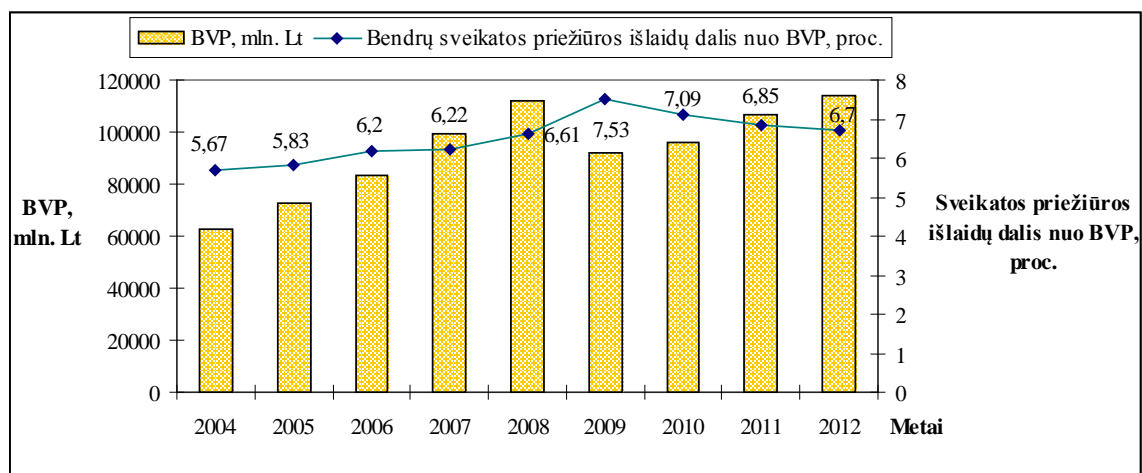
Tuo tarpu didžiausia valstybės skirtų lėšų sveikatos apsaugai suma didėjo per 2009 m. Per 2009 m. valstybei tenkanti sveikatos priežiūros išlaidų našta išaugo 0,47 mlrd. Lt arba 42,73 proc. Tai nulėmė 2009 m. įsibėgėjusi pasaulinė ekonominė krizė, dėl kurios bedarbių skaičius išaugo 122,3 tūkst. To pasakoje, valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius išaugo 0,08 mln. Todėl didėjo ir valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus bedarbius asmenis, įsiregistravusius darbo biržoje. 2010 m. nedarbo lygiui nagrinėjamu laikotarpiu pasiekus aukščiausią 17,8 proc. ribą, o dirbančiųjų skaičiui sumažėjus 0,07 mln., didėjo valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Vienam apdraustajam tenkanti lėšų dalis didėjo nuo 605,3 Lt iki 744,7 Lt. Dėl šių priežasčių, valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai 2010 m. buvo didžiausi ir lygūs 1,91 mlrd. Lt.

Valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai per 1997 – 2012 m. laikotarpį labiausiai sumažėjo per 2012 m. Lyginant su 2011 m., šie asignavimai neigiamai pakito 0,26 mlrd. Lt arba 15,48 proc. 2012 m. nedarbo lygiui sumažėjus 2 proc. punktais (nuo 15,4 proc. 2011 m. iki 13,4 proc. 2012 m.), kartu mažėjo ir apdraustų valstybės lėšomis skaičius nuo 2,07 mln. 2011 m. iki 1,89 mln. 2012 m. Todėl valstybė mažino išlaidas vienam apdraustajam nuo 733,2 Lt 2011 m. iki 725,4 Lt 2012 m. Dėl šios priežasties 0,17 mlrd. Lt mažėjo ir įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Bendram išlaidų sveikatos priežiūros naštos valstybei mažėjimui taip pat įtakos galėjo turėti papildomų asignavimų sumažėjimas net 80,51 proc. Papildomi valstybės biudžeto asignavimai skirti kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propoguoti, ortopedijos technikos priemonių įsigijimui, Imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti, ŽIV ir AIDS bei lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programos priemonėms finansuoti, Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programos priemonėms finansuoti.

Apibendrintai galima teigti, kad visu analizuojamu laikotarpiu valstybės našta sveikatos apsaugai yra mažesnė lyginant su našta, kurią patiria verslas. Planuojama, kad sveikatos priežiūros išlaidos, kurias mokesčių pavidalu moka fiziniai ir juridiniai asmenys (verslo subjektai), 2013 m. ir toliau didės 0,06 mlrd. Lt arba 2,25 proc., o sveikatos draudimo išlaidų našta valstybei priešingai, mažės 0,06 mlrd. Lt arba 4,23 proc. Kaip teigia D. Bayarsaikhan, S. Kwon, A. Ron (2005), šalys, norinčios ekonomiškai klestėti, privalo užtikrinti gyventojams tinkamą sveikatos priežiūrą ir pakankamai iš savo valstybės biudžeto skirti tam lėšų. Tam pritariama ir Egipto sveikatos draudimo sistemos apžvalgoje (2010), kurioje minima, kad šalies vyriausybė nusprendė apdrausti neturtingus šalies gyventojus ir kartu labiau remti

sveikatos draudimo sektorių. Numatyta sveikatos priežiūros išlaidas šioje šalyje ateityje didinti nuo 13 mlrd. dol. Iki 30 mlrd. dol. Tuo tarpu J. Kutzin (2010), nagrinėdamas sveikatos draudimo sistemos reformos būtinybę daugelyje Pasaulio šalių, pabrėžė, kad valdžia privalo labiau prisidėti prie sveikatos draudimo sistemos finansavimo tam, kad gyventojams būtų užtikrinta tinkama sveikatos priežiūra. Pavyzdžiui, Vokietijos vyriausybė ne tik draudžia bedarbius asmenis, bet nukreipia ir papildomas injekcijas į privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Anot J. Kutzin (2010) ir A. Acharya ir kt. (2010), tose šalyse, kuriose gyventojai uždirba mažas ir vidutines pajamas, sveikatos draudimo sistema turėtų būti finansuojama turimais ribotais finansavimo šaltiniais bei papildomomis valdžios įmokomis. Dalies valstybės biudžeto mokestinių pajamų skyrimas į privalomąjį sveikatos draudimo biudžetą jau kuris laikas praktikuojamas Kirgizijos ir Moldovos Respublikoje, taip pat Azijos ir Afrikos šalyse. Tačiau P. Neilson (2007), nagrinėdamas Naujosios Zelandijos sveikatos draudimo sistemą, teigia, kad norit sistemai padėti dirbti efektyviau, vien didesnio finansavimo iš valstybės biudžeto neužtenka ir būtina ieškoti kitų finansavimo šaltinių. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos biudžetas daugelį metų ir taip yra deficitinis, dalies mokestinių pajamų skyrimas sveikatos priežiūros išlaidoms finansuoti tik padidintų atotrūkį tarp šalies biudžeto pajamų ir išlaidų. Šiuo atveju Lietuvai tinkamesnis variantas būtų daugiau dėmesio skirti efektyvesniam jau turimų lėšų perskirstymui.

Žemiau esančiame paveiksle vaizduojama bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP 2004 – 2012 m. laikotarpiu.



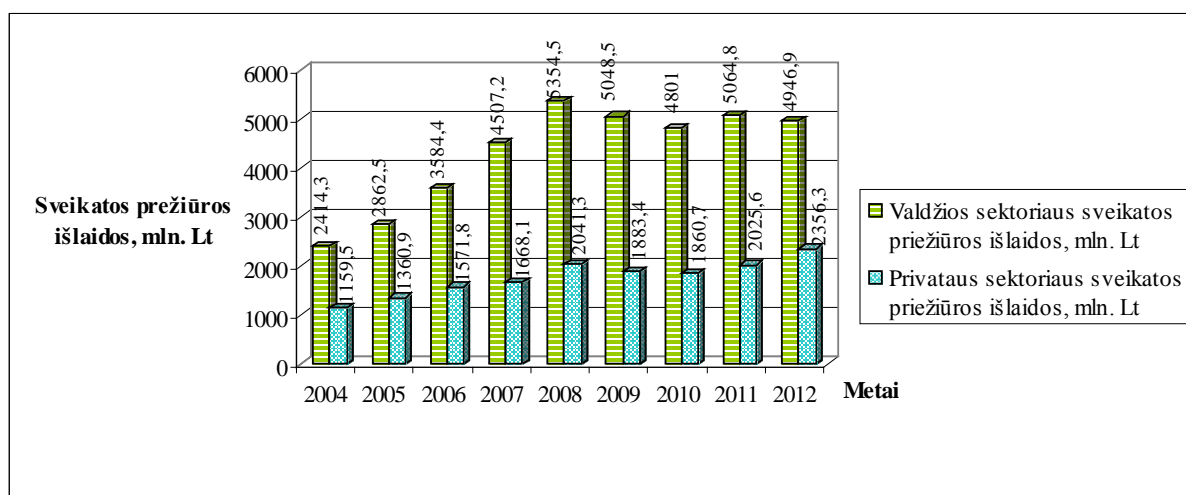
2.6 pav. **Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP (proc.) ir BVP (mln. Lt), 1997 – 2012 m.**

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro ir Statistikos departamento statistiniais duomenimis.

Bendrašias sveikatos priežiūros išlaidas sudaro valdžios sektoriaus ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos. Bendras sveikatos priežiūros išlaidas ir BVP sieja

tiesioginis ir labai stiprus ryšys ($r \approx 0,96$). Vadinasi, didėjant sukuriama šalies BVP, kartu turėtų didėti ir sveikatos priežiūros išlaidos bei jų dalis nuo BVP. Šis faktas pasitvirtina stebint 2004 – 2008 m. laikotarpį. Nuo 2004 m. iki 2008 m. BVP išaugo 48922,7 mln. Lt arba 77,66 proc., o bendrų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP padidėjo 0,94 proc. punktais. Tačiau 2009 m. stebimas priešingas procesas: prasidėjus ekonominei krizei, sukuriamas BVP smuko 17,77 proc., o bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP didėjo 0,92 proc. punktais ir 2009 m. buvo didžiausia bei lygi 7,53 proc. Kaip nurodoma Sveikatos informacijos centro apžvalgose, ekonominės krizės metu išlaidos sveikatos apsaugai buvo mažinamos mažiau negu kitiems sektoriams, todėl jų dalis nuo BVP didėjo. Tačiau jau nuo 2010 m. Lietuvos BVP kasmet didėjant ir 2012 m. pasiekus prieškrizinį laikotarpį ir šiek tiek jį viršijus, bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos didėjo lėtesniu tempu (11,77 proc.) nei BVP (18,87 proc.), todėl jų dalis kasmet kito mažėjimo linkme.

2.7 pav. vaizduojamas valdžios sektoriaus ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos 2004 – 2012 m. laikotarpiu.



2.7 pav. **Valdžios sektoriaus ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos (mln. Lt), 1997 – 2012 m.**

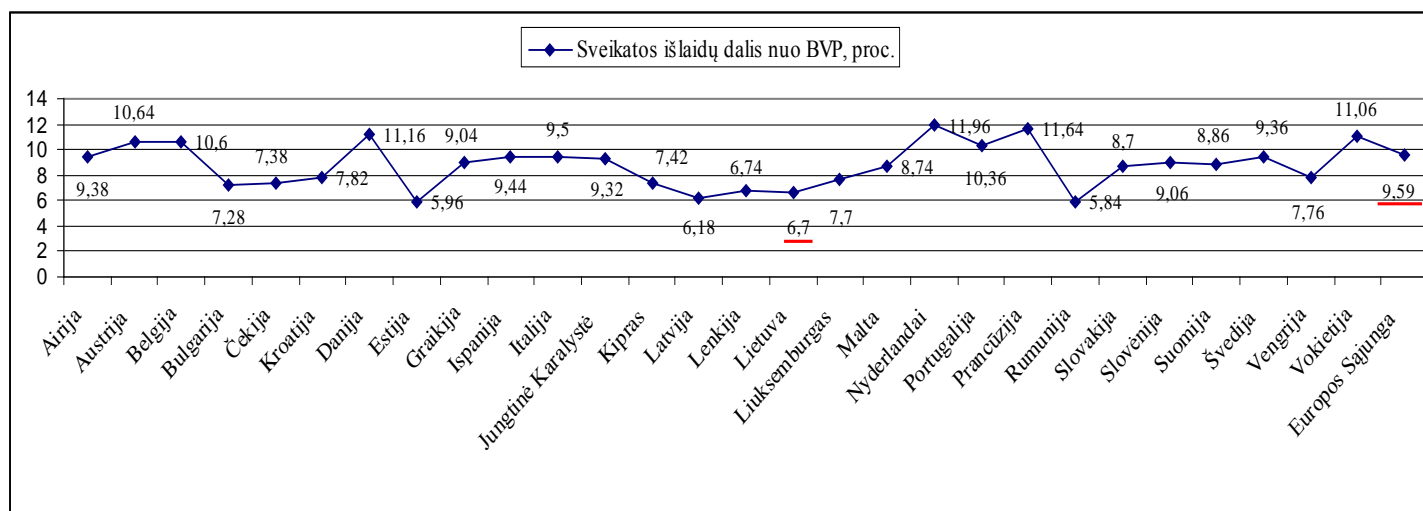
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro ir Statistikos departamento statistiniais duomenimis.

Valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai susideda iš valstybės ir savivaldybių biudžetų, privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSD) išlaidų. Per nagrinėjamą laikotarpį šių išlaidų suma išaugo 2532,6 mln. Lt arba 104,9 proc. Didėjimo tendencija valstybės sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos pasižymėjo iki pat 2008 m., tačiau prasidėjus ekonominei krizei, jos sumažėjo 306 mln. Lt arba 5,71 proc., tačiau BVP mažėjant 12,06 proc. punktais spartesniu tempu, valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai nuo BVP didėjo nuo 4,78 proc. 2008 m. iki 5,49 proc. 2009 m. Per 2011 m. valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos

priežiūrai išaugo 5,50 proc., bet per 2012 m. nežymiai sumažėjo 2,33 proc. Taip pat nežymiai mažėjo ir šių išlaidų dalis nuo BVP.

Privataus sektoriaus išlaidas sveikatos priežiūrai sudaro privačios tiesioginės namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai ir privatus draudimas. Nuo 2004 m. iki 2012 m. privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos išaugo 1196,8 mln. Lt arba 103,22 proc., o jų dalis nuo BVP didėjo nuo 1,84 proc. iki 2,07 proc. A. Rapolevičiūtės (2006) teigimu, Sveikatos apsaugos ministerijos planavimo ir programų skyriaus vedėja Janina Kumpienė pateikė statistinius duomenis, liudijančius, kad privatus sektorius sveikatos apsaugos sistemoje kasmet užima vis svaresnes pozicijas, nes auga tokių įstaigų ir prisiregistravusių jose gyventojų skaičius. Privataus sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai didėjimo tendencija pasižymėjo iki 2008 m. 2009 m. prasidėjus ekonomikos sunkmečiui, gyventojai sveikatos priežiūrai išleido 157,9 mln. Lt arba 7,74 proc. mažiau nei prieš jam prasidedant. Privataus sektoriaus sveikatos draudimo išlaidos didėti pradėjo nuo 2011 m. Priešingai valdžios sektoriaus išlaidoms, pastarosios augimo tendenciją išlaikė ir 2012 m. Per šiuos metus privataus sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP išaugo 0,18 proc. punktų ir buvo lygi 2,07 proc.

Kadangi Lietuva priklauso Europos Sąjungai (ES), svarbu paanalizuoti ir kitų šalių skiriamą sveikatos priežiūros išlaidų dalį nuo BVP bei palyginti jas su sveikatos išlaidų finansavimu Lietuvoje. Žemiau esančiame paveiksle atsispindi ES valstybių sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP 2013 m.



2.8 pav. Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.), 2013 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro ir Statistikos departamento statistiniais duomenimis.

Kaip matyti 2.8 pav., Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos nuo BVP yra vienos mažiausių ES, tačiau lyginant su kitomis Baltijos valstybėmis, Lietuvoje sveikatos priežiūros finansavimui skiriama didesnė lėšų dalis nei Estijoje (5,96 proc. nuo BVP) ir Latvijoje (6,18 proc. nuo BVP), o tai yra vertinama teigiamai. Tačiau tobulėti yra kur, kadangi Lietuvoje skiriama sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP nesiekia ES vidurkio ir yra 2,89 proc. punktais mažesnė. Daugiausiai išlaidų sveikatos priežiūrai nuo sukuriama BVP skiria tokios ES šalys kaip Danija, Nyderlandai, Prancūzija bei Vokietija.

Atlikta sveikatos priežiūros finansavimo analizė parodė, kad iš valstybės biudžeto šalis skiria palyginti nedidelę dalį lėšų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti. Didžioji dalis šių lėšų mokesčių pavidalu patenka iš verslo subjektų. Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų ir BVP dinamikos analizė atskleidė, kad didėjant BVP, bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos auga lėtesniu tempu, todėl mažėja ir jų dalis nuo BVP. Mažėjimo tendencija 2012 m. pasižymėjo ir valdžios sektoriaus išlaidos, skirtos sveikatos priežiūrai, kai tuo tarpu privačios sektoriaus išlaidos kito didėjimo linkme. Nors absoliučia išraiška jos yra kur kas mažesnės už valdžios sektoriaus lėšas, bet augimo tendencija leidžia manyti, kad namų ūkiai jaučia didesnį poreikį sveikatos priežiūrai, todėl daugiau pinigų išleidžia privačioms gydymo paslaugoms. Kad Lietuva bent jau priartėtų prie ES sveikatos priežiūros išlaidų dalies nuo BVP vidurkio, šalis BVP augimo laikotarpiu galėtų stengtis skirti didesnę dalį lėšų sveikatos priežiūros išlaidų finansavimui ir taip labiau prisidėti prie sveikatos priežiūros užtikrinimo šalies gyventojams.

2.6. Gydomo įstaigų paslaugų kokybės ir privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas

Siekiant nustatyti, kokių gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybei daugiausia dėmesio skiria gyventojai, atliekama faktorinė analizė. Faktorinė analizė yra taikoma dideliame kintamųjų skaičiui sumažinti, juos pakeičiant tiesiogiai nestebimais (latentiniais) faktoriais. Šios analizės tikslas – atsižvelgiant į tarpusavio koreliaciją, suskirstyti stebimus kintamuosius į grupes, kurias vienija koks nors tiesiogiai nestebimas faktorius. Šiuo atveju faktorinė analizė bus taikoma siekiant nustatyti, kaip Lietuvos gyventojai vertina sveikatos priežiūros kokybę įvairiose gydymo įstaigose.

Analizės atlikimui naudotasi 2012 m. „Baltijos tyrimų“ instituto atlikto tyrimo „Lietuvos gyventojų nuomonė apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą“ rezultatais. Iš viso buvo apklausti 1006 respondentai nuo 18 metų ir vyresni. Žemiau pateiktoje lentelėje vaizduojami pradiniai analizės duomenys.

Gyventojų sveikatos priežiūros kokybės vertinimas gydymo įstaigose

Gydymo įstaiga	Įvertinimas
1. Gydytojų specialistų pagalba (x1)	nuo 1 iki 4
2. Šeimos klinikų ar poliklinikų teikiamos gydymo paslaugos (x2)	nuo 1 iki 4
3. Greitosios medicinos pagalba (x3)	nuo 1 iki 4
4. Reabilitacijos įstaigų ar senatorių teikiamos gydymo paslaugos (x4)	nuo 1 iki 4
5. Ligoninių teikiamos gydymo paslaugos (x5)	nuo 1 iki 4
6. Slaugos ligoninių teikiamos gydymo paslaugos (x6)	nuo 1 iki 4

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis „Baltijos tyrimų“ instituto atlikto tyrimo duomenimis

Kiekviena gydymo įstaiga įvertinama skalėje nuo 1 iki 4, kai 1 = „gerai“, 2 = „nei gerai, nei blogai“, 3 = „blogai“, 4 = „nežino/neatsakė“. Atlikus skaičiavimus SPSS programa gaunama koreliacijų matrica, kurios rezultatai pateikti 17 priedų lentelėje (žr. 17 priedą). Analizės metu nustatyta, kad kintamieji X1, X3, X4 ir X5 reikšmingai koreliuoja tarpusavyje, tačiau silpnai koreliuoja su kintamaisiais X2 ir X6. Taip pat kintamieji X2 ir X6 reikšmingai koreliuoja tarpusavyje, bet silpnai koreliuoja su X1, X3, X4 ir X5. Taigi, visus šiuos kintamuosius galima skirti į dvi grupes. Kadangi koreliacinės matricos determinantas lygus 0,062, todėl kintamiesiems multikolinearumas yra nebūdingas ($>0,00001$).

Kaizerio – Mejerio – Olkino (KMO) ir Barlett'o sferiškumo kriterijai skirti patikrinti, ar duomenys yra tinkami faktorinės analizės atlikimui ir ar kintamuosius sieja reikšmingas statistinis ryšys (žr. 18 priedą). Barlett'o sferiškumo kriterijumi tikrinama nulinė hipotezė, kad kintamųjų koreliacijų matrica yra vienietinė, t.y., kad kintamieji yra nesusiję vienas su kitu. Kadangi $p = 0,000 (<0,05)$, nulinė hipotezė atmetama. Remiantis gauta reikšme galima teigti, kad kintamieji tarpusavyje statistiškai reikšmingai koreliuoja. Tuo tarpu Kaizerio – Mejerio – Olkino (KMO) kriterijaus reikšmė lygi 0,820 ir yra didesnė nei 0,5. Todėl galima teigti, kad analizuojamiems duomenims galima taikyti faktorinę analizę. 82 proc. dispersijos kintamuosiuose gali paaiškinti du išskirti faktoriai. Duomenų tinkamumą faktorinei analizei atlikti taip pat įrodo „Anti – image Matrices“ lentelės „Anti – image Corelations“ dalyje esantys duomenys (žr. 19 priedą). Šios lentelės dalies įstrižainėje esančios koreliacijos yra kintamojo stebėjimų kintamumo matai (MSA – Measure of Sampling Adequacy) ir turi būti ne mažesnės negu 0,05. Nagrinėjamu atveju visų kintamųjų stebėjimai yra tinkami faktorinei analizei.

20 priede pateikti faktorių išskyrimo rezultatai rodo, kad pirmasis faktorius lemia apie 56 proc. visų kintamųjų dispersijos. Pirmuoju ir antruoju faktoriais galima paaiškinti apie 75 proc. visų kintamųjų (X1, X2, X3, X4, X5, X6). Kiti faktoriai paaiškina tik nedidelę dispersijos dalį. Remiantis Kaiserio kriterijumi rekomenduojama išskirti tik tuos faktorius, kurių tikrinės reikšmės yra didesnės už vieną. Kaip matyti iš prieduose pateiktos lentelės,

pirmųjų dviejų faktorių tikrinės reikšmės yra didesnės už vieną (3,389 ir 1,094). Faktorių sukimas nors ir nežymiai, tačiau optimizavo šių faktorių struktūrą. Pirmasis faktorius nežymiai sumažėjo (56,361), o antrojo nežymiai padidėjo (18,362). Bendra šiais faktoriais paaiškinama dispersijos dalis liko nepakitusi ir sudaro apie 75 proc.

Faktorių tikrinių reikšmių grafike „Scree Plot“ (žr. 21 priedą) pavaizduotos lygčių sistemos tikrinės reikšmės, leidžiančios nuspręsti, koks faktorių skaičius geriausiai aprašo duomenis. Vienas iš faktorių skaičiaus pasirinkimo tolesnei analizei variantų – toliau tirti visus faktorius, kurių tikrinės vertės didesnės už vieną, o kitas būdas – grafiškai nustatyti, kurioje vietoje tikrinės reikšmės daro paskutinį didelį šuolį žemyn ir toliau pradeda mažėti labai ne daug – šis lūžio taškas ir nurodo galimą faktorių skaičių. Šiuo atveju matyti, kad galima išskirti du faktorius. Taip pat svarbu nustatyti koreliacijas tarp kintamųjų ir faktorių. Tai atspindinti lentelė dažniausiai traktuojama kaip tarpinis rezultatas, nes neretai tas pats kintamasis labai gerai susijęs (turi didelį svorį) keliuose ar net visuose faktoriuose, dėl šios priežasties juos sunkiau interpretuoti. Koreliacijas tarp kintamųjų ir faktorių parodanti lentelė pavaizduota 22 priede. Faktorių ir kintamasis laikomi stirpiausiai susiję, jeigu faktoriaus svoris $\geq 0,6$. Faktorių svorių matricoje matyti, kad faktorius F_1 yra reikšmingai susijęs su X_1 , X_3 , X_4 , X_5 , o faktorius F_2 tik su X_2 . Tam tikru būdu transformavus pradinį faktorius, galima gauti geriau interpretuojamus rezultatus. Lentelė „Pasuktų faktorių svorių matrica“ (žr. 23 priedą) yra pagrindinis analizės rezultatas, jeigu visos kitos sąlygos yra išpildytos. Joje matyti, kad po faktorių sukimo, faktorius F_1 tebėra taip pat stirpiausiai susijęs su kintamaisiais X_1 , X_3 , X_4 , X_5 , o faktorius F_2 – su X_2 . Taigi, šiuo atveju faktorių sukimas praktiškai neturėjo jokio poveikio faktorių ir kintamųjų ryšiui.

Atlikus faktorių analizę galima teigti, kad pirmasis faktorius rodo jog didžioji dalis tyrime dalyvavusių respondentų didesnę dėmesį skiria gydytojų specialistų pagalbos ir greitosios medicinos pagalbos kokybei bei reabilitacijos įstaigose ir ligoninėse teikiamų paslaugų kokybei. Tuo tarpu antrasis faktorius išskiria šeimos klinikose arba poliklinikose teikiamų paslaugų kokybės svarbą. Kad gyventojai skiria didelį dėmesį jiems teikiamų gydymo paslaugų kokybei įrodo Viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų agentūros „Sprinter tyrimai“ 2014 m. atliktas tyrimas atskleidęs, kad beveik pusės tyrime dalyvavusių Lietuvos gyventojų dabartinė sveikatos priežiūros kokybė netenkina. Kaip teigia I. Urbonaitė – Vainienė (2014), didžioji dalis (48,1 proc.) tyrime dalyvavusių 18 – 45 m., didžiausiomis pajamomis disponuojančių, gyventojų mano, kad į PSDF pinigų sumoka daugiau nei jų išnaudoja už gydymo paslaugas, kurių prireikia susirgus. Tačiau Sveikatos apsaugos ministras P. Andriukaitis (2014) teigia, kad tokia yra sveikatos draudimo filosofija. Jis tvirtina, kad ši gyventojų nuomonė atspindi ne tik Lietuvos, bet ir visos Europos praktiką, galiojančią daugiau nei 150 metų, kad „sergantis žmogus visada turi mažiau pajamų, todėl kol gydosi,

naudojasi pinigais tų, kurie suneša būdami sveiki“. Todėl nenuostabu, kad sistemos veikimu nepatenkinti palyginti jaunesnio amžiaus gyventojai, nes jie serga mažiau, todėl sumoka daugiau, bet realiai gydymo paslaugomis naudojami kur kas rečiau nei pagyvenusio amžiaus žmonės.

Apibendrinus faktinės analizės rezultatus galima teigti, kad siekiant užtikrinti efektyvesnę PSD sistemos veikimą, vertėtų gerinti gydytojų specialistų ir greitosios medicinos paslaugų bei ligoninėse ir reabilitacinėse įstaigose teikiamų paslaugų kokybę, padaryti jas labiau prieinamas kiekvienam gyventojui. Taip pat tam, kad kiekvienas susirgęs žmogus galėtų sužinoti, kiek lėšų už kokias gydymosi paslaugas jam yra skiriama iš PSDF, būtų racionalus žingsnis sergantiems išduoti tai įrodančias sąskaitas ne tik gulint ligoninėje (kas pradėta daryta nuo šio rudens), bet lankantis ir kitose gydymo įstaigose.

Atlikus PSDF biudžeto pajamų dinaminę ir struktūrinę analizę, nustatyta, kad visu nagrinėjamu laikotarpiu faktinės PSDF biudžeto pajamos dažniausiai būdavo didesnės nei planuojamosios, t.y., realiai į fondą būdavo surenkama daugiau pajamų nei planuojama. Analizuojamu laikotarpiu struktūriškai didžiausią faktinių PSDF biudžeto pajamų dalį sudarė VSDF ir VMI administruojamos įmokos bei valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai. Faktinės PSDF biudžeto išlaidos taip pat per analizuojamą laikotarpį buvo linkusios viršyti planuojamąsias išlaidas. Struktūriškai didžiausią faktinių fondo išlaidų dalį sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, taip pat išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms finansuoti, išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei kitoms išlaidoms kompensuoti, ir išlaidos sveikatos priežiūros programoms finansuoti.

Nors analizuojamu laikotarpiu PSDF biudžetas daugiau buvo perteklinis nei deficitinis, bet faktinės fondo išlaidos augo spartesniu tempu nei faktiškai į fondą surenkamos pajamos. Tačiau sunkiausią ekonomikos nuosmukio laikotarpį PSDF biudžetas atlaikė sėkmingai. Nustatyta, kad PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčiams daugiausia įtakos turi vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai. Tuo tarpu faktinių PSDF biudžeto išlaidų pokyčius geriausiai apibūdina 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų bei ligoninėse gydytų asmenų, tenkančių tūkst. gyventojų, pokyčiai.

Sveikatos priežiūros išlaidų naštos verslui ir valstybei analizė parodė, kad į PSDF biudžetą daugiausia įmokų surenkama iš dirbančių gyventojų ir už juos privalomas sveikatos draudimo įmokas mokančių darbdavių. Tuo tarpu sveikatos apsaugai skirtos įmokos iš valstybės biudžeto kur kas mažesnės. Lyginant Lietuvą su kitomis ES šalimis, šalies sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP yra mažesnis ir nesiekiantis ES vidurkio. Tačiau nors privačios sveikatos priežiūros išlaidos mažesnės nei valdžios sektoriaus sveikatos priežiūros

išlaidos, tačiau pastaraisiais metais gyventojai linkę daugiau lėšų skirti privačių sveikatos priežiūros paslaugų įsigijimui. Faktoriinės analizės metu nustatyta, kad didžioji gyventojų dalis daugiausiai dėmesio skiria gydytojų specialistų ir greitosios medicinos paslaugų bei ligoninėse ir reabilitacinėse įstaigose teikiamų paslaugų kokybei. Todėl būtina siekti šias paslaugas padaryti labiau prieinamas kiekvienam gyventojui.

3. LIETUVOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS PERSPEKTYVŲ IR TOBULINIMO GALIMYBIŲ VERTINIMAS

Kaip parodė atlikta PSDF biudžeto faktinių pajamų ir faktinių išlaidų analizė, Lietuvos PSD sistema išliko gyvybinga net sunkiausiu, ekonominės krizės laikotarpiu. Tačiau ne visada surinktų PSDF biudžeto pajamų užtekdavo tam, kad būtų įgyvendinti užsibrėžti sveikatos priežiūros tikslai. Faktinės PSDF biudžeto pajamos nagrinėjamu laikotarpiu augo lėčiau nei faktiškai patirtos išlaidos, o tai skatina tobulinti dabartinę sveikatos apsaugos sistemą.

Šiame darbo skyriuje, naudojantis Trend ir Growth funkcijų pagalba, atliekama PSDF biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų perspektyvos analizė, sudaromos optimistinės, pesimistinės ir realios (galutinės) PSDF biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų prognozės ateičiai. Kadangi PSDF biudžeto pajamos yra pagrindinis PSDF biudžeto išlaidų finansavimo šaltinis, racionalus žingsnis yra siekis jas didinti tam, kad kiekvienais metais PSDF biudžete būtų papildomai laisvų lėšų, kurias būtų galima ne tik panaudoti nenumatytiems išlaidų atvejams, bet ir daugiau jų skirti kitiems tikslams. Todėl šiame darbo skyriuje taikant modeliavimo metodą ir naudojantis antrame darbo skyriuje atliktais veiksmų įtakos analizės rezultatais bus siūlomi būdai, kaip būtų galima paskatinti sistemą funkcionuoti veiksmingiau.

3.1. Faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozavimas

PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozavimas atspindi biudžeto sudarymo perspektyvas bei gelbsti ligonių kasų vadovams priimant įvairius strateginius ir taktinius sprendimus. Kaip teigiama VLK sveikatos draudimo biudžeto vystymosi tendencijų apžvalgoje (2014), biudžeto prognozavimas svarbus dar ir tuo, kad sveikatos sektoriuje rengiant ilgalaikes dešimties ir daugiau metų sveikatinimo programas, būtina numatyti ilgalaikius sveikatos sistemos finansavimo scenarijus.

Prognozei pasirinktas šešerių metų laikotarpis grindžiamas UAB „Sveikatos ekonomikos centro“ ekspertų, kurie atlieka įvairius PSDF biudžeto planavimo, detalizavimo, teisinių bei metodinių dokumentų tyrimus, nuomone, kad PSDF biudžeto perspektyvas geriausiai atspindi ilgo laikotarpio (5 – 10 metų) prognozavimas. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozavimas Trend ir Growth funkcijomis atliekamas pagal laiką bei veiksmus, kurie kaip buvo nustatyta 2.4 poskyryje, geriausiai apibūdina realiai į fondo biudžetą surenkamų pajamų bei faktiškai patiriamų išlaidų kiekį lemiančius socialinius –

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

ekonominius veiksnius. Motyvuojant tuo, kad faktinės PSDF biudžeto pajamos labai priklauso nuo gaunamo atlyginimo bei bendros situacijos darbo rinkoje, kurią netiesiogiai atspindi valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičius, PSDF biudžeto pajamos prognozuojamos pagal vidutinį mėnesinį bruto darbo užmokestį (x_1) bei PSD apdraustųjų skaičių (x_2). Tuo tarpu faktinės PSDF biudžeto išlaidos prognozuojamos pagal 65 m. ir vyresnių gyventojų skaičių (x_1) bei ligoninėse gydytų žmonių skaičių, tenkantį tūkstančiui šalies gyventojų (x_2).

Prielaidos, kurių laikytasi atliekant prognozavimą Trend ir Growth funkcijų pagalba, vaizduojamos žemiau esančioje lentelėje.

3.1 lentelė

Prognozavimo prielaidos

Veiksmų poveikis 2013 - 2018 m.	Prognozės scenarijai		
	Reali (galutinė prognozė)	Pesimistinė prognozė	Optimistinė prognozė
PSD apdraustų gyventojų skaičius, mln.	vidut. kasmet mažės po 0,96 proc.	Vidut. kasmet mažės po 0,64 proc.	vidutiniškai kasmet mažės po 1,40 proc.
65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius	vidut. kasmet didės po 1,17 proc.	Vidut. kasmet didės po 1,08 proc.	vidut. kasmet didės po 1,25 proc.
Ligoninėse gydytų žmonių skaičius, tenkantis tūkst. gyventojų	vidut. kasmet didės po 0,81 proc.	Vidut. kasmet didės po 0,56 proc.	vidut. kasmet didės po 1,05 proc.
Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis (Lt)	vidut. kasmet didės po 5,92 proc.	Vidut. kasmet didės po 4,09 proc.	vidut. kasmet didės po 7,51 proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Trend ir Growth funkcijomis atliktų skaičiavimų rezultatais

Veiksmų, lemiančių faktines PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas, prognozės apskaičiuotos remiantis praėjusio 1997 – 2012 m. laikotarpio duomenimis, Statistikos departamento informacija, Lietuvos PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymų projektų aiškinamaisiais raštais, Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos metinėmis ataskaitomis bei jų prognozėmis, Higienos instituto sveikatos informacijos centro pateiktais gyventojų sveikatos rodikliais. Veiksmų perspektyvos numatymui naudotasi Trend ir Growth funkcijų pagalba. Atsižvelgiant į praėjusių metų veiksmų tendencijas (prognozuojant pagal laiką), atliktos socialinių – ekonominių veiksmų prognozės ateičiai.

Labai svarbu paaiškinti šių prognozių esmę. **Reali (galutinė) prognozė** parodo realiausią (faktinį) veiksmų pasikeitimo rezultatą bei galimai surinktų pajamų bei patirtų išlaidų kiekį prognozuojamu laikotarpiu. Tuo tarpu **pesimistinė prognozė** atspindi galimą mažiausią veiksmų pasikeitimą bei į fondą surinktas mažiausias pajamas bei išlaidas. Todėl **pesimistinis faktinių PSDF biudžeto pajamų scenarijus** yra suvokiamas kaip mažiausias

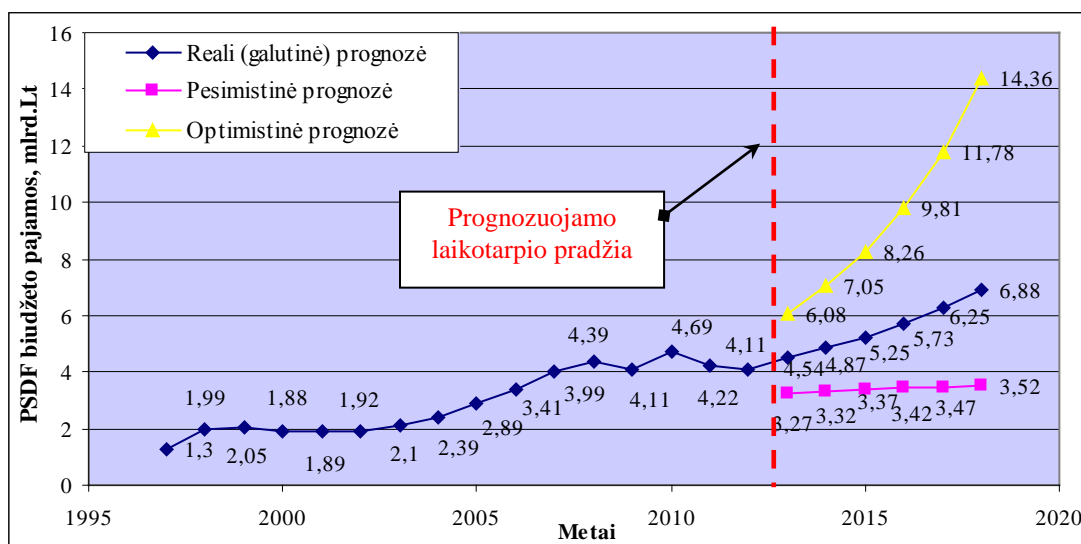
tikėtinių faktinių PSDF biudžeto pajamų kiekis prognozuojamu laikotarpiu. Vertinamas neigiamai, nes kuo mažesnės PSDF biudžeto pajamos, tuo didesnė rizika, kad tam, jog būtų įgyvendinti sveikatos priežiūros tikslai, neužteks turimų lėšų ir teks skolintis iš bankų ar kitų finansinių institucijų. Tuo tarpu **pesimistinis faktinių PSDF biudžeto išlaidų scenarijus** atspindi galimai mažiausias sveikatos draudimo biudžeto išlaidas prognozuojamais metais. Vertinamas teigiamai, nes mažesnės PSDF biudžeto išlaidos atspindi gebėjimą turimų fondo pajamų kiekiu užtikrinti sveikatos priežiūros išlaidų finansavimą neviršijant biudžeto finansinių galimybių. **Optimistinė prognozė** parodo galimai didžiausią veiksnių pasikeitimą bei didžiausias PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas analizuojamu laikotarpiu. **Optimistinis faktinių PSDF biudžeto pajamų scenarijus** suvokiamas kaip didžiausias tikėtinių pajamų kiekis prognozuojamu laikotarpiu. Vertinamas teigiamai, kadangi kuo didesnis PSDF biudžeto pajamų kiekis, tuo didesnės galimybės daugiau lėšų skirti sveikatos priežiūros išlaidų finansavimui ir gyventojų sveikatos priežiūros užtikrinimui. **Optimistinis faktinių PSDF biudžeto išlaidų scenarijus** rodo galimas didžiausias fondo išlaidas prognozuojamu laikotarpiu. Vertinamas neigiamai, nes esant didelėms sveikatos priežiūros išlaidoms, susidaro deficitinis fondo biudžetas ir nenumatytoms išlaidoms gali tekti sunaudoti didelę dalį fondo rezervo lėšų. O tai reikštų ne tik mažesnę rezervo lėšų likutį kitiems metams, bet ir mažesnę apsidraudimą netikėtoms išlaidoms ateityje.

Realios (galutinės) prognozės atveju, PSD apdraustų gyventojų skaičius vidutiniškai kasmet nežymiai mažės po 0,96 proc. 65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius vidutiniškai kasmet išaugs po 1,17 proc., o ligoninėse gydytų asmenų skaičius, tenkantis tūkstančiui šalies gyventojų, vidutiniškai kasmet nežymiai didės po 0,81 proc. Tuo tarpu vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis vidutiniškai kasmet didės po 5,92 proc. Tikimasi, kad valstybės ekonomikos augimo tempai bus tolygūs, todėl turėtų didėti vartojimas ir gamybos efektyvumas. O tai savo ruožtu turėtų didinti surenkamų PSDF biudžeto pajamų kiekį.

Pesimistinės prognozės atveju, valstybės lėšomis apdraustų sveikatos draudimu gyventojų skaičius vidutiniškai kasmet mažės po 0,64 proc, o šalies gyventojų tarpe 65 m. ir vyresnio amžiaus žmonių skaičius vidutiniškai kasmet didės po 1,08 proc. 2018 m. Gyventojų sergamumą atspindintis ligoninėse gydytų žmonių skaičius, tenkantis tūkstančiui gyventojų, vidutiniškai kasmet išaugs po 0,56 proc. Tačiau vidutiniškai kasmet 4,09 proc. didėsiantis darbo užmokestis sudarys sąlygas faktiniam PSDF biudžeto pajamų augimui. Be to tam, kad būtų taupomos PSDF biudžeto lėšos ir mažinamos išlaidos, bus laikomasi to pačio plano prieškriziniu ir kriziniu laikotarpiu, kurį taikė Valstybinė ligonių kasa, todėl tikimasi, kad biudžetą pavyks subalansuoti arba biudžeto faktinės išlaidos faktines pajamas viršys nežymiai.

Optimistinės prognozės atveju, nors apdraustųjų šalyje skaičius 2013 – 2018 m. vidutiniškai kasmet neigiamai pakis po 1,40 proc., tačiau vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis vidutiniškai kasmet padidės po 7,51 proc. 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičius per prognozuojamą laikotarpį vidutiškai kasmet didės po 1,25 proc., o ligoninėse gydytų gyventojų skaičius, tenkantis tūkstančiui gyventojų, vidutiniškai kasmet išaugs po 1,05 proc. Nors sveikatos draudimo išlaidos didės, tačiau jos augs lėtesniu tempu nei surinktų pajamų kiekis. Šalies ekonominė situacija gerės, augs BVP ir eksportas. Todėl tikimasi, kad faktinės fondo pajamos viršys išlaidas.

Žinant PSDF biudžeto išlaidas ir pajamas lemiančių veiksnių prognozes 2013 – 2018 m., pagal jas tam pačiam laikotarpiui galima atlikti prognozę PSDF biudžeto pajamoms ir išlaidoms. Optimistinė, pesimistinė ir reali (galutinė) faktinių PSDF biudžeto pajamų prognozė pavaizduota žemiau esančiame paveiksle.



3.1 pav. Galutinė, pesimistinė ir optimistinė faktinių PSDF biudžeto pajamų prognozė

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Trend ir Growth funkcijomis atliktų skaičiavimų rezultatais

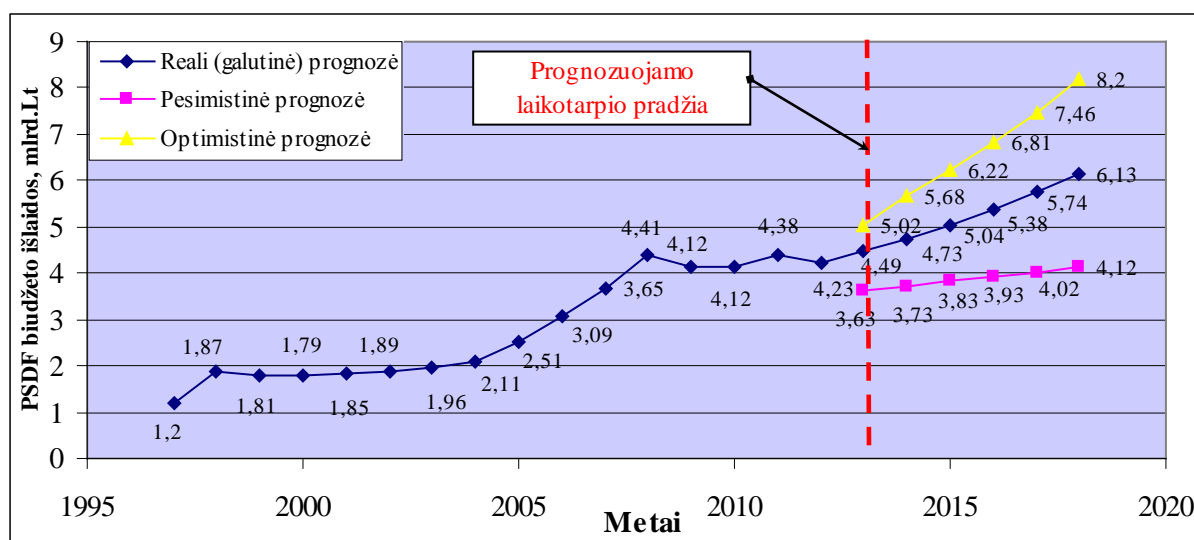
Reali (galutinė) prognozė 2013 – 2018 m. atliekama skaičiuojant vidurkį iš 6 prognozės skaičiavimų atitinkamais metais. Kaip matyti iš aukščiau esančio paveikslo, 2013 m. prognozuojamos realios (galutinės) PSDF biudžeto pajamos yra 0,43 mlrd. Lt arba 10,46 proc. didesnės nei faktiškai buvusios 2012 m. bei pasižymi didėjimo tendencija visais prognozuojamais metais. Kadangi skaičiuojant šią prognozę atsižvelgiama į prognozės rezultatus tiek Trend, tiek Growth funkcijų pagalba, ji yra tiksliausia ir geriausiai atspidinti PSDF biudžeto pajamų perspektyvas pasirinktam prognozuojamam laikotarpiui.

Optimistinei prognozei pagal paskutinius prognozuojamus metus paimamas vienas iš geriausių prognozės variantų. Optimistinei pajamų prognozei pasirinktas prognozavimas

Growth funkcijos pagalba pagal vidutinį mėnesinį bruto darbo užmokestį (žr. 25 priedą). Kaip matyti 3.1 pav., pagal šią prognozę būsimos faktinės PSDF biudžeto pajamos didėja labai sparčiu tempu ir 2018 m. yra kone daugiau nei tris kartus didesnės nei 2012 m.

Pesimistinei prognozei prognozės variantas pagal paskutinius prognozuojamus metus paaimamas su mažiausiu PSDF biudžeto pajamų augimu. Šiuo atveju pasirinktas prognozavimas Trend funkcijos pagalba pagal valstybės lėšomis apdraustų gyventojų skaičių (žr. 24 priedą). Kadangi prognozės parodė, kad ateityje valstybės lėšomis apdraustų žmonių skaičius išliks mažėjantis, todėl tikima, kad pesimistinės prognozės atveju gali mažėti ir faktinės PSDF biudžeto pajamos (dėl mažėjančių valstybės asignavimų į PSDF biudžetą už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis). Jau prognozuojamus 2013 m. palyginus su 2012 m., pesimistinės PSDF biudžeto pajamos sumažėja 0,84 mlrd. Lt arba 20,44 proc.

3.2 pav. pateikta galutinė (reali), pesimistinė ir optimistinė PSDF biudžeto faktinių išlaidų prognozė 2013 – 2018 m. laikotarpiui.



3.2 pav. Galutinė, pesimistinė ir optimistinė faktinių PSDF biudžeto išlaidų prognozė

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Trend ir Growth funkcijomis atliktų skaičiavimų rezultatais

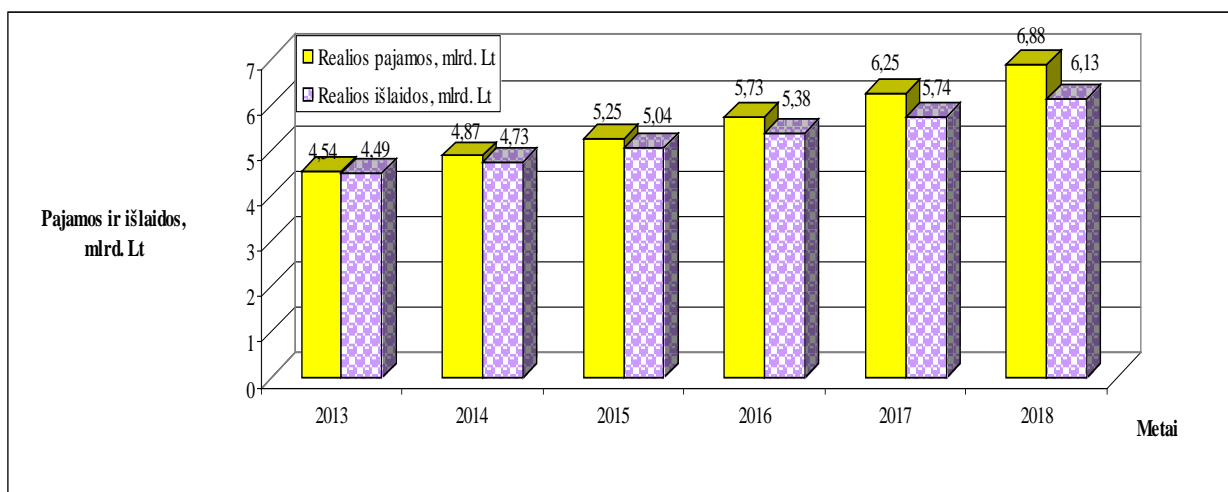
Galutinė (reali) faktinių PSDF biudžeto išlaidų prognozė, kaip ir galutinė pajamų prognozė, buvo atlikta skaičiuojant išlaidų vidurkį pagal 6 prognozės variantus. Ši prognozė yra laikoma realiausia ir prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų atveju. Galutinė prognozė taip pat rodo PSDF biudžeto išlaidų didėjimą visu prognozuojamu 2013 – 2018 m. laikotarpiu.

Pesimistinė faktinių PSDF biudžeto išlaidų prognozė buvo atlikta pagal Trend funkciją fondo išlaidas prognozuojant pagal ligoninėse gydytų asmenų skaičių, tenkantį tūkstančiui gyventojui per metus (žr. 26 priedą). Šios prognozės skaičiavimai parodė, jog pagal sergamumą atspindintį rodiklį, PSDF biudžeto išlaidos 2017 – 2018 m. padidėjo mažiausiai.

Tačiau pesimistinė PSDF biudžeto išlaidų prognozė labiau vertinama teigiamai, nei neigiamai, nes mažesnės sveikatos draudimo išlaidos gali reikšti efektyvesnę PSDF biudžeto pajamų panaudojimą bei mažesnę rezervo lėšų naudojimą. Todėl reikia nepamiršti, kad prognozės negalima priimti tiesiogiai. Kaip ir buvo minėta anksčiau, visi scenarijai rodo pajamų arba išlaidų tikėtiną didėjimą arba mažėjimą, bet šis didėjimas išlaidų atveju vertinamas nevienareikšmiškai kaip pajamų atveju.

Optimaliausiu atveju, faktinės PSDF biudžeto išlaidos kaip ir pajamos, pasižymės sparčiausia augimo tendencija prognozuojamais metais. Optimistinė PSDF biudžeto išlaidų prognozė buvo atlikta pagal Growth funkciją išlaidas planuojant pagal 65 m ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičių (žr. 27 priedą). Kadangi buvo nustatyta, kad ateityje gyventojų senėjimas tik didės, kas vertinama neigiamai, logiška, kad jam didėjant didės ir sveikatos priežiūros išlaidos. Šiuo atveju optimistinė išlaidų prognozė taip pat vertinama neigiamai. Kadangi ji perspėja, kad jei fondo biudžeto išlaidos augs nesuvaldomu tempu, tai gali reikšti pajamų trūkumą joms padengti ir poreikį naudoti rezervo lėšas arba skolintis.

Kadangi PSDF biudžetas yra sudarytas tiek iš pajamų, tiek ir išlaidų, labai svarbu tarpusavyje palyginti prognozuojamus pajamų ir išlaidų scenarijus tam, kad būtų galima žinoti kokio – perteklinio, deficitinio, ar subalansuoto – biudžeto galima tikėtis ateityje. Galutinė faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozė vaizduojama 3.3 pav.



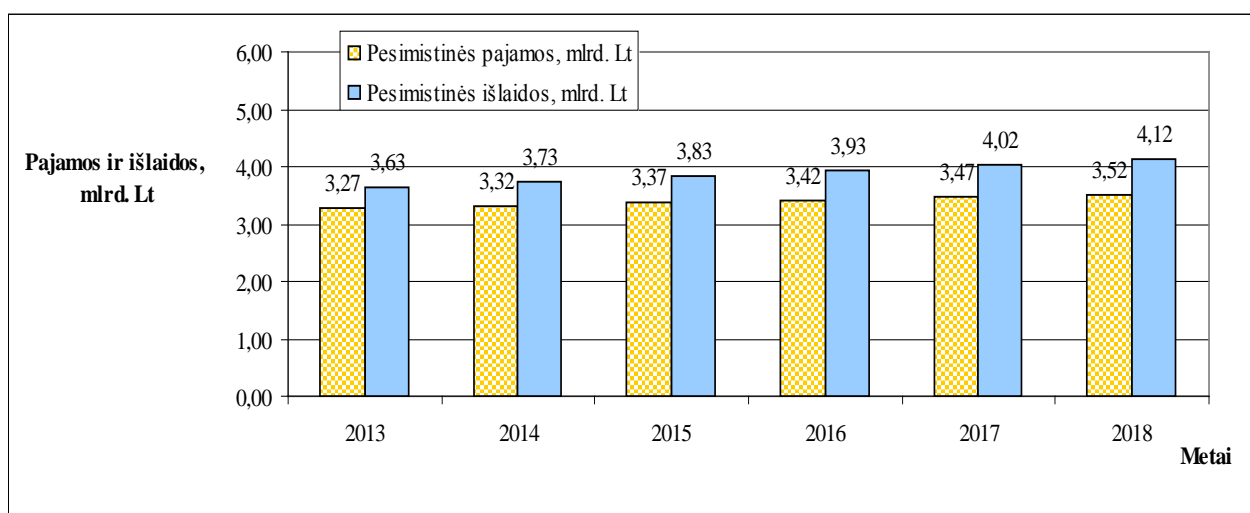
3.3 pav. Prognozuojamos galutinės PSDF biudžeto faktinės pajamos ir išlaidos (mlrd. Lt), 2013 – 2018 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Trend ir Growth funkcijomis atliktų skaičiavimų rezultatais

Atliekant realią (galutinę) faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozę, atsižvelgiama į praėjusio laikotarpio PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų bei anksčiau minėtų veiksnių, turinčių įtakos jų kaitai, duomenis. Nustatyta, kad ateityje kitiems veiksniams nekintant į fondo biudžetą surenkamos pajamos turėtų viršyti faktiškai patirtas sveikatos

draudimo išlaidas. Manoma, kad PSDF biudžeto pajamos nuo 2013 m. iki 2018 m. išaugs 2,34 mlrd. Lt arba 51,54 proc., kai tuo tarpu išlaidos padidės 1,64 mlrd. Lt arba 36,53 proc. Prognozė rodo, jog PSDF biudžeto pajamos vidutiniškai kasmet didės po 0,47 mlrd. Lt arba po 8,67 proc., kai PSDF biudžeto išlaidos vidutiniškai kasmet didės 0,33 mlrd. Lt arba po 6,42 proc. Tam akivaizdu didžiausios įtakos gali turėti prognozuojamas vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio didėjimas, žymia dalimi padidinantis Valstybinio socialinio draudimo (VSD) valdybos ir Valstybinės mokesčių inspekcijos (VMI) surenkamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Žemiau esančiame paveiksle atsispindi pesimistinė faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozė 2013 – 2018 m.



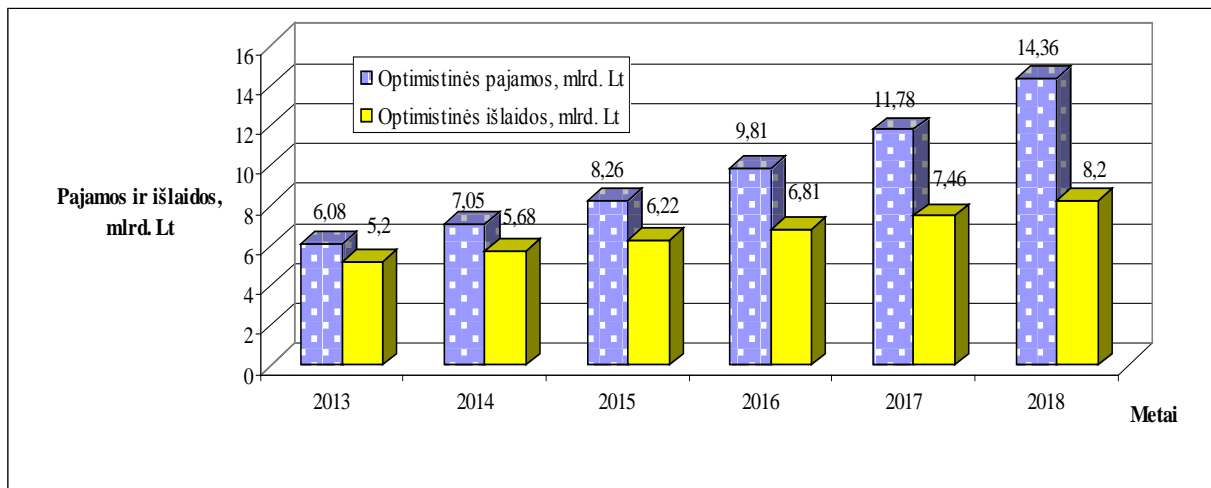
3.4 pav. **Prognozuojamos pesimistinės PSDF biudžeto faktinės pajamos ir išlaidos (mlrd.Lt), 2013 – 2018 m.**

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Trend ir Growth funkcijomis atliktų skaičiavimų rezultatais

Nustatyta, kad visu prognozuojamu laikotarpiu, galimai būsiančios faktinės PSDF biudžeto pesimistinės išlaidos, nors ir nežymiai, tačiau viršys pesimistines faktines PSDF biudžeto pajamas, o tai yra vertinama neigiamai. Kaip rodo prognozė, tam įtakos veikiausiai turės didėjantis serančiųjų ir gulinčių ligoninėse skaičius, kai tuo tarpu apdraustųjų PSD skaičius turėtų kisti neigiama linkme. Dėl šios priežasties, mažėjimo tendencija veikiausiai pasižymėtų ir valstybės biudžeto asignavimai už PSD draudžiamus asmenis, kurie sudaro vieną didžiausių PSDF biudžeto pajamų dalį. Nuo 2013 m. iki 2018 m. prognozuojamos faktinės PSDF biudžeto pesimistinės pajamos turėtų išaugti 0,25 mlrd. Lt arba 7,65 proc. Tuo tarpu faktinės PSDF biudžeto pesimistinės išlaidos taip pat visu prognozuojamu laikotarpiu pasižymės augimo tendencija, tačiau kur kas spartesne. 2018 m. palyginus su 2013 m., PSDF biudžeto pesimistinės išlaidos veikiausiai išaugs 0,49 mlrd. Lt arba 13,50 proc. Vidutiniškai

kasmet PSDF biudžeto pesimistinės pajamos ir išlaidos turėtų atitinkamai didėti po 1,48 proc. ir 2,61 proc.

Tuo tarpu optimistinei išlaidų prognozei pasirinkta prognozė pagal 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičių. Didžiausias galimas fondo biudžeto pajamų kiekis prognozuojamas pagal tikėtina didėsiančią vidutinę mėnesinę bruto darbo užmokestį. Gauti rezultatai vaizduojami 3.5 pav.



3.5 pav. **Prognozuojamos optimistinės PSDF biudžeto faktinės pajamos ir išlaidos (mlrd. Lt), 2013 – 2018 m.**

2013 – 2018 m. prognozuojamos PSDF biudžeto optimistinės faktinės pajamos vidutiniškai yra 2,96 mlrd. Lt didesnės nei optimistinės išlaidos. Per visą prognozuojamą laikotarpį faktinės PSDF biudžeto pajamos veikiausiai išaugs 8,28 mlrd. Lt arba 1,36 karto, o vidutiniškai kasmet turėtų padidėti po 1,66 mlrd. Lt. Optimistinės PSDF biudžeto faktinės išlaidos, nors kasmet ir turėtų būti didėjančios, tačiau jų augimas turėtų būti kur kas nuosaikesnis. Nuo 2013 m. iki 2018 m. PSDF biudžeto optimistinės faktinės išlaidos daugiausiai turėtų išaugti 3,00 mlrd. Lt arba 57,69 proc. arba vidutiniškai kasmet padidėti po 0,6 mlrd. Lt. Optimistinių PSDF biudžeto faktinių išlaidų lėtesnis augimas vertinamas teigiamai, kadangi jeigu būtų atvirkščiai, tai reikštų deficitinį fondo biudžetą ir rezervo lėšų naudojimą nenumatytoms išlaidoms padengti.

Apibendrinant faktinių PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų prognozes, galima teigti, kad realiausiai ir geriausiai būsima sveikatos draudimo biudžetą 2013 – 2018 m. laikotarpiui apibūdina realusis (galutinis) pajamų ir išlaidų prognozavimo scenarijus. Pagal jį nustatyta, kad ateityje faktinės PSDF biudžeto pajamos turėtų didėti spartesniu tempu nei išlaidos ir nors nežymiai, tačiau būti didesnės. O tai savo ruožtu nuteikia teigiamai, nes teikia vilčių, kad žvelgiant į išnagrinėtus retrospektyvinius duomenis, spartesnis faktinių išlaidų nei faktinių pajamų didėjimas ateityje bus suvaldytas. Tačiau pesimistinės prognozės rezultatų nevertėtų

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

nuvertinti, nes ji rodo, kad net esant galimai mažiausiam į tyrimą įtrauktų veiksmų poveikiui, PSDF biudžeto išlaidos gali viršyti faktiškai į fondą surinktą pajamų kiekį ir lemti PSDF biudžeto deficitą. D. Andrijauskienės teigimu (2006), prognozuojama, kad gyventojų senėjimas toliau sparčiai didės ir 2020 m. Lietuvoje bus apie 17,5 proc. vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų, o 2050 m. – 26,7 proc. Todėl siekiant pagerinti susidariusią demografinę situaciją, neabejotinai bus būtinos papildomos investicijos į sveikatos sektorį.

3.2. PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinio modelio sudarymas

Kadangi PSDF biudžeto pajamos yra pagrindinis sveikatos priežiūros išlaidų finansavimo šaltinis, labai svarbu, kad kasmet realiai į fondą surinktų pajamų kiekis patenkintų sveikatos apsaugai būtinų išlaidų kiekį. Dėl šios priežasties, labai svarbu skirti didesnę dėmesį minėtų pajamų surinkimui, nes būtent nuo jų priklauso kiek lėšų VLK galės skirti gyventojų sveikatos priežiūros paslaugoms.



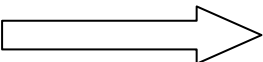



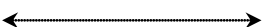





1.5 darbo poskyryje atlikta PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas lemiančių veiksmų analizė parodė, kad sveikatos sektoriaus raidai įtakos turi socialiniai, ekonominiai, politiniai, technologiniai, demografiniai veiksniai dėl kurių įtakos atinkamai daugiau arba mažiau į fondą būna surinkta pajamų. Kaip parodė 2.3 poskyryje atlikta PSDF biudžeto faktines pajamas lemiančių veiksmų analizė, tinkamiausiai pastaruosius veiksmus ir jų poveikį faktinių pajamų pokyčiui apibūdina vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis bei valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičius. Šiems veiksniams didėjant, didėja ir į fondą realiai surinktų pajamų kiekis.

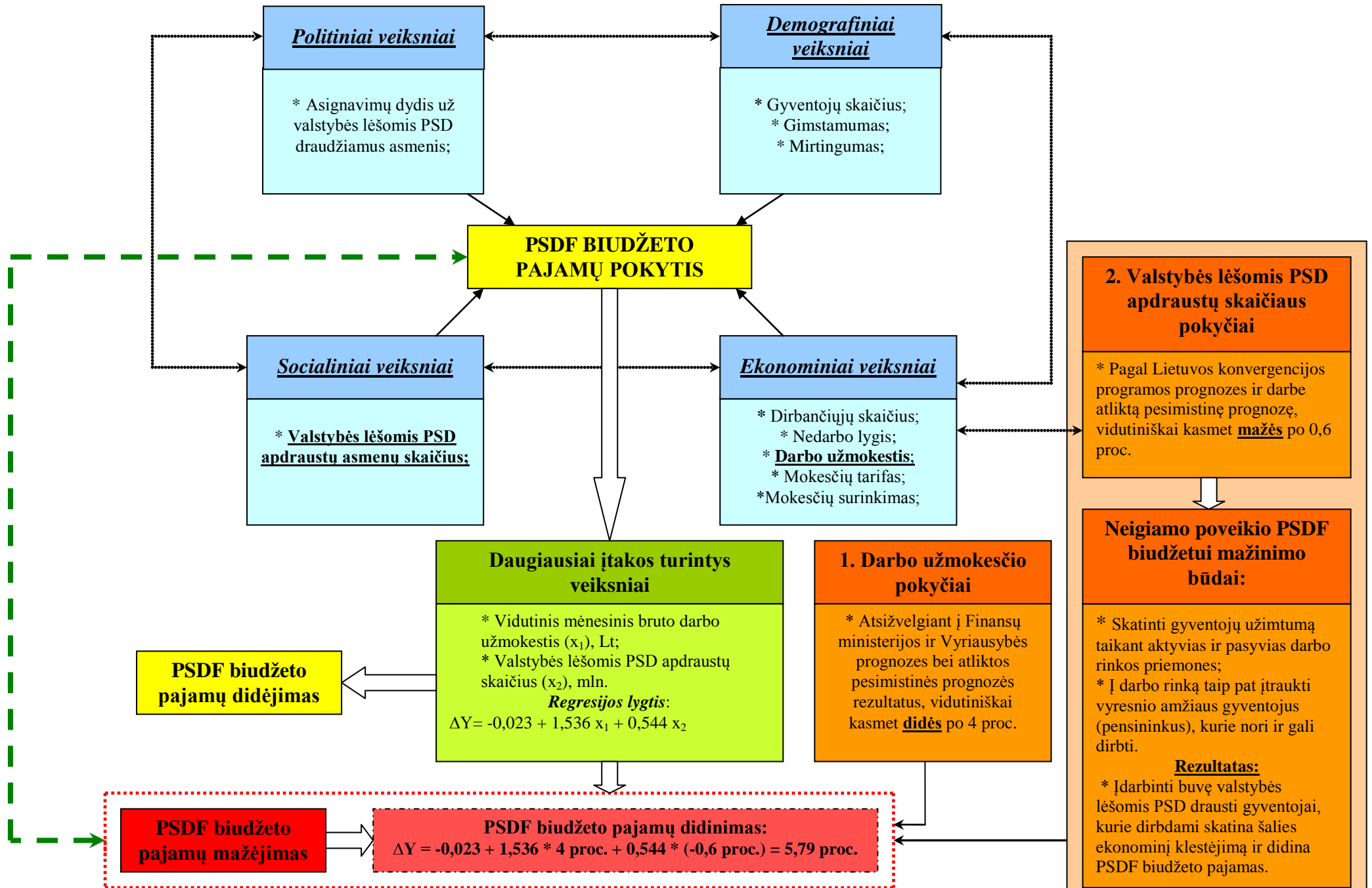
Todėl šiame darbo poskyryje atsižvelgiant į PSDF biudžeto pajamas lemiančių veiksmų teorinius aspektus bei šių teorinių prielaidų patikrinimo rezultatus, sukurtas PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis. **Modelio tikslas** – pasiūlyti būdus, kuriais būtų galima padidinti į PSDF biudžetą realiai surinktų pajamų kiekį atsižvelgiant į veiksmus, daugiausiai turinčius įtakos jų pokyčiams.

Kaip teigia M. Jokūbaitis (2014), remiantis Finansų ministerijos skelbiama informacija bei Vyriausybės specialistų duomenimis, darbo užmokestis ateityje turėtų didėti 5,8 – 6,9 proc. DNB banko apskaičiuotomis prognozėmis, kitais metais atlyginimai turėtų padidėti 5 proc. Tuo tarpu pramonininkai tikisi 4,5 proc. darbo užmokesčio augimo. Prognozės pagal Trend ir Growth funkcijas taip pat parodė vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio didėjimą visu prognozuojamu laikotarpiu tiek optimistiniu, tiek pesimistiniu, tiek ir realiu atveju. Todėl daroma prielaida, kad kitiems veiksniams nekintant, vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis valstybės sprendimu ateityje vidutiniškai kasmet turėtų išaugti bent 4 proc., kaip tai rodo pesimistinė vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio prognozė (žr. 3.1

lentelė). Pagal PSDF biudžeto patvirtinimo rodiklių 2013 m. ir 2014 m. projektus, buvo numatyta, kad valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičius ateityje turėtų mažėti. Mažėjimo tendencija prognozuojamu 2013 – 2018 m. laikotarpiu nustatyta ir atliekant prognozavimą Trend ir Growth funkcijomis. Pagal pesimistinį, mažiausiai galimą sumažėjimą, vidutiniškai kasmet valstybės lėšomis PSD apdraustųjų skaičius turėtų mažėti po 0,64 proc. PSDF biudžetui šis mažėjimas reiškia, kad mažėjant valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiui, mažės ir fondui skiriami asignavimai iš valstybės biudžeto. Tačiau kaip nurodyta 2013 m. Lietuvos konvergencijos programoje, dirbančiųjų skaičius vidutiniškai kasmet turėtų išaugti po 0,70 proc. Todėl daroma prielaida, kad valstybės lėšomis PSD apdraustųjų gyventojų skaičiaus mažėjimą lems šių gyventojų įsidarbinimas. O tai reiškia, kad į PSDF biudžetą sumažėjusių asignavimų kiekį išlygins naujos PSD įmokos iš įsidarbinusių gyventojų. Nors dirbančiųjų gyventojų skaičius nėra įtrauktas į daugialypę regresinę analizę, tačiau vertinant tik vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų galimą pasikeitimą, pastarojo veiksnio mažėjimas nesustabdytų PSDF biudžeto pajamų augimo (žr. 3.6 pav.).

Modelio sutartiniai ženklai:

-  - simbolizuoja proceso pradžią ir pabaigą;
-  - simbolizuoja proceso žingsnį;
-  - simbolizuoja proceso kryptį;
-  - simbolizuoja proceso pratęsimo žingsnį, kai nepasiekiamas norimas rezultatas;
-  - simbolizuoja proceso informacijos veiksmus;
-  - simbolizuoja proceso veiksmų priklausomybę;
-  - simbolizuoja proceso informacijos tarpusavio priklausomybę;
-  - simbolizuoja proceso neigiamo rezultato šalinimo priemones;
-  - simbolizuoja proceso gerinimo priemonių veiksmus;
-  - simbolizuoja proceso grįžtamąjį ryšį;
-  - simbolizuoja bloką, kuriame gerinama nepalanki situacija.
-  - simbolizuoja proceso gerinimo priemonių veiksmų visumą;



3.6 pav. PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis

PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinio modelio atskaitos tašku laikomas geltonas kvadratėlis pavadinimu „PSDF biudžeto pajamų pokytis“. Kaip buvo išsiaiškinta teorinėje magistro baigiamojo darbo dalyje, realiai į fondą surinktą pajamų kiekį lemia socialiniai, ekonominiai, politiniai ir demografiniai veiksniai. Visi šie veiksniai tarpusavyje yra glaudžiai susiję ir daro poveikį vienas kitam. Pavyzdžiui, didėjant nedarbo lygiui, didėja valstybės lėšomis PSD draudžiamų asmenų skaičius.

Sveikatos draudimo fondo biudžetas modelyje nagrinėjamas pagal antroje magistro baigiamojo darbo praktinėje dalyje atliktų PSDF biudžeto pajamas lemiančių veiksnių rezultatus. Nustatyta, kad pajamų pokyčius lemiančius socialinius, ekonominius, politinius ir demografinius veiksnius geriausiai apibūdina tokie socialiniai ir ekonominiai veiksniai kaip vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio bei valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai. Visi šie statistiniai rodikliai, kartu su sudaryta daugialypės regresijos lygtimi, vaizduojami žaliame kvadratėlyje. Laikoma, kad tuo atveju, jei šiems veiksniams didėjant, PSDF biudžeto pajamos didėja, todėl gautas modelio rezultatas teigiamas ir norimas rezultatas pasiekiamas – procesas baigiasi (geltonos spalvos kvadratėlis „PSDF biudžeto pajamų didėjimas“). Tačiau tuo atveju, jei PSDF biudžeto pajamos mažėja (raudonas kvadratėlis „PSDF biudžeto pajamų mažėjimas“), procesas nesibaigia ir patenkama į jo šalinimo priemones vaizduojamą rožinės spalvos kvadratėlį, pavadinimu „PSDF biudžeto pajamų didinimas“. Kadangi PSDF biudžeto pajamų pokyčius tiesiogiai lemia vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai, šiuo atveju laikomasi prielaidos, kad jų didėjimas vertinamas teigiamai, nes jis didina į fondą realiai surinktą pajamų kiekį. Tačiau pagal atliktas prognozes, nustatyta, kad didėjimo tendencija ateityje turėtų pasižymėti tik vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis (orandžinis kvadratėlis), kai tuo tarpu valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičius tikriausiai mažės. O tai PSDF biudžeto pajamoms turėtų neigiamą poveikį, nes mažėtų valstybės biudžeto asignavimai už PSD draudžiamus asmenis. Tačiau kitavertus, šis mažėjimas labai susijęs su situacija darbo rinkoje ir rodo, kad veikiausiai turėtų išaugti dirbančių gyventojų skaičius, nuo kurių darbo užmokesčio skaičiuojamos PSD įmokos. Tai pašalintų neigiamą sumažėjusių valstybės biudžeto asignavimų poveikį PSDF biudžeto pajamoms. Siekiant dar labiau sumažinti šį poveikį, vertėtų dar labiau skatinti visų gyventojų užimtumą, tame tarpe ir vyresnio amžiaus gyventojų, kurie pajėgūs dirbti. Net jei ir nebūtų imamasi šių veiksmų, dėl spartesnio darbo užmokesčio didėjimo, PSDF biudžeto pajamos sumažėjus valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiui vis tiek padidėtų 5,79 proc.

Įgyvendinus PSDF biudžeto pajamų didinimo būdus, atsiranda grįžtamasis ryšys, modelyje vaizduojamas žalia punktyrine linija. Ji rodo, kad vėl grįžtama į pradinę situaciją,

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

nes padidinus vidutinį mėnesinį bruto darbo užmokestį ir panaikinus neigiamą prognozuojamo PSD apdraustų gyventojų skaičiaus mažėjimo įtaką pajamoms, vėl pasikeičia jas lemiantys veiksniai. Tuomet iš naujo įvertinamas šių veiksnių poveikis PSDF biudžeto pajamų pokyčiui ir jeigu šis didėja, procesas baigiasi, jei ne – jį reikia vėl kartoti ir ieškoti kitų galimų būdų situacijai gerinti.

Apibendrintai galima teigti, kad siekiant į PSDF biudžetą surinkti didesnes pajamas, būtina atitinkamai daugiau dėmesio skirti neigiamų socialinių, ekonominių, politinių ir demografinių veiksnių poveikio šalinimui. Atliktas PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinis modeliavimas parodė, kad keičiant net ir du socialinius – ekonominius veiksnius, į fondą surinktas pajamų kiekis padidėja.

3.3. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos tobulinimo būdai perimant gerąją užsienio šalių praktiką

Siekiant padėti užtikrinti efektyvesnę Lietuvos PSD sistemos veiklą, būtina imtis ilgalaikių strateginių sveikatos sektoriaus reformos bei plėtros tikslų ir stengtis užtikrinti tikruosius visuomenės ir paciento poreikius. Todėl kiti būdai, galintys prisidėti prie šių veiksmų įgyvendinimo, galėtų būti šie:

- ❖ Skatinti papildomą (savanorišką) draudimą.
- ❖ Didinti valstybės biudžeto papildomus asignavimus.

Kaip buvo minėta ankstesniuose darbo skyriuose, nors Lietuvoje įteisintas privalomas ir papildomas sveikatos draudimas, tačiau pastarasis realiai praktiškai neegzistuoja, nes tik 0,2 proc. gyventojų tėra apsidraudę šiuo draudimu. Tuo tarpu kitose Europos ir Pasaulio šalyse, papildomas (savanoriškas) draudimas sėkmingai veikia. Pavyzdžiui, Vokietijoje ir Prancūzijoje, Olandijoje, privačiu sveikatos draudimu apsidraudusiųjų yra net 92 proc. Tam, kad papildomas sveikatos draudimas gyventojų tarpe paplistų ir Lietuvoje, būtina tiksliai apibrėžti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra apmokamos iš PSDF biudžeto arba sudaryti valstybės nekompensuojamų paslaugų krepšelį. Tai gyventojams padėtų suvokti savanoriškojo draudimo objektą. Be to, kaip žurnalistei D. Norkienei (2011) teigia Medicinos ir diagnostikos centro direktorius L. Paškevičius, labai svarbu, kad valstybės mokesstinė politika didintų motyvaciją draustis papildomai. Pagal 2010 m. atliktos savanoriško sveikatos draudimo analizės ataskaitos rezultatus buvo nustatyta, kad jau dabar besidraudžiantiems privačiu sveikatos draudimu yra taikomos gyventojų pajamų mokesčio, pelno mokesčio ir sveikatos draudimo įmokų lengvatos. Ataskaitoje prognozuojama, kad ateityje valstybė šias lengvatas bus priversta dar labiau didinti tam, kad besidraudžiančiųjų papildomai daugėtų. L.

Paškevičius taip pat teigia, kad Lietuvai labiausiai tiktų mišri papildomo sveikatos draudimo sistema, susidedanti iš pridėtinio (suteikiančio galimybę greičiau gauti paslaugą, plačiau rinktis paslaugos teikėją, draudimo apsaugos mastą ir dydį) bei papildančiojo (kompensuojančio išlaidas už sveikatos priežiūros paslaugas ar medikamentus, kurie nėra apmokami iš PSDF biudžeto). Todėl papildomas sveikatos draudimas galėtų tapti nauju sveikatos priežiūros išlaidų finansavimo šaltiniu.

Olandijos šalies sveikatos draudimo sistema, pagrįsta Bismarko sveikatos priežiūros modeliu, jau ne vienerius metus laikoma geriausia visoje Europoje (Shafer et al., 2010). „Health Consumer Powerhouse“ tyrimų instituto duomenimis tai lemia didelis tarpusavyje konkuruojančių sveikatos draudimo teikėjų skaičius, kurie yra atskirti nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Taip pat labai svarbu, kad šios šalies sveikatos draudimo sistema pagrįsta gyventojų dalyvavimu sveikatos priežiūros politikoje ir sprendimuose. Tačiau svarbiausia priežastis, kaip teigiama „Health Consumer Powerhouse“ ataskaitoje, kuri leidžia sveikatos draudimo sistemai veikti efektyviai, yra ta, kad Nyderlandų politikai ir biurokratai yra labiau nei bet kurioje kitoje Europos valstybėje nustumti nuo sveikatos priežiūros sprendimų. *Kaip Nyderlandų diplomatė Marianne A. J. Vaes „Vakarų Lietuvos medicinos“ žurnalistei Zitai Voitiulevičiūtė teigė (2012), šalies sėkmingos sveikatos sistemos raktas yra be privalomojo sveikatos draudimo, įvestas papildomas sveikatos draudimas, kuris didina skaidrumą pacientams.* Prieš 2005 m. šalies sveikatos draudimo sistema kūrė ilgas laukiančiųjų pacientų eiles, kurios šiandien būdingos ir Lietuvai. Todėl buvo nuspręsta keisti sveikatos priežiūros sistemą. Greta bazinio (privalomojo) sveikatos draudimo šalis pristatė bendroves, siūlančias papildomus sveikatos draudimus visiems valstybės gyventojams. Papildomo sveikatos draudimo paketai gali būti skirtingi ir patys draudėjai gali pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus savo siūlomiams paketams tam, kad tas sveikatos priežiūros įstaigas pasiūlytų besidraudžiantiems asmenims įsigyjant draudimo paketus. Kaip teigia Nyderlandų diplomatė (2012), kiekvienas olandas turi turėti bazinį (privalomą) draudimą, o tada pasirinkti kurį nors draudimo paketą. Šalis gyventojams siūlo kelis sąrašus, iš kurių pacientas gali pasirinkti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos jam reikalingos bei pasirinkti ligonines, kuriose šios paslaugos yra teikiamos. Tik tuomet, kai gyventojams yra sudaromos sąlygos rinktis, atsiranda skaidrumas. Šis punktas yra kone svarbiausias ligoninėms, kurios stengiasi save pateikti patraukliai, kadangi niekas nenori vykti gauti nekokybiškas gydymo paslaugas. Kai ši informacija yra žinoma žmonėms, tai skatina efektyviau dirbti ir pačią sveikatos apsaugos sistemą. Ir tai jokių būdu nereiškia, kad neturtingi gyventojai, kurie negali įpirkti brangesnio papildomo draudimo, susirgę gauna tik minimalias sveikatos priežiūros paslaugas. Nyderlandiečiai turi bazinį draudimą, pagal kurį

visiems gyventojams suteikiamas būtinas gydymas. Tuo tarpu visi papildomo draudimo paketai suskirstyti nuo paprastų iki prabangių. Ir jeigu žmogui, turinčiam paprastą papildomo sveikatos draudimo paketą, prireikia paslaugų iš brangesnio paketo, pastarąjį jis gali įsigyti nebrangiai.

Papildomo sveikatos draudimo teigiamas bruožas dar ir tas, kad didindamas paslaugų skaidrumą, jis neleidžia vystytis šešėlinei ekonomikai papildomai mokant gydytojams „į kišenę“. Už suteiktas paslaugas gydytojams sumoka draudimo bendrovės, kuriose asmuo papildomai apdraudė savo sveikatą. Taip pat nuėjus į vaistinę, nereikia mokėti pinigų už išrašytus receptus. Olandai savo sveikatą turi įvertinti pagal rizikas. Nyderlandų diplomatė pateikia pavyzdį, jei asmuo rizikuoja 500 eurų, draudėjas iš jo išskaičiuos arba padengs tik atitinkamą dalį, nes visa suma dar gali būti ir neišnaudota. Dėl šios priežasties, tarp pacientų ir gydytojų nėra neteisėtų pinigų mainų.

Kaip teigia L. Jurgaitienė (2006), ES Nepriklausomų ekspertų organizacijos „Health Consumer Powerhouse“ sveikatos apsaugos sistemos efektyvumo vertinimo tyrimo metu buvo nustatyta, kad Lietuvoje bloga padėtis sveikatos paslaugų prieinamumo srityje, mažos galimybės pacientams gauti naujausių vaistų, didelis mirštingumo lygis nuo sunkių ligų, mažas gimstamumas. Situacija šiai dienai yra panaši. Todėl papildomo sveikatos draudimo skatinimą vertėtų rimtai apsvarstyti ir Lietuvai. Lietuvos visuomenė sensta, o tai reiškia didėjančią poreikį sveikatos priežiūros išlaidų finansavimui. Be to, dėl senėjimo, emigracijos ir mažėjančio gimstamumo, ateityje gali būti mažai dirbančių asmenų, kurie mokės PSD įmokas. Todėl ateityje bus būtina ieškoti naujų sveikatos išlaidų finansavimo būdų norint dabartiniams gyventojams užsitikrinti sveikatos požiūriu saugią senatvę.

Kitas būdas, kuris galėtų priversti efektyviau veikti dabartinę privalomo sveikatos draudimo sistemą – įmokų ir asignavimų didinimas iš valstybės biudžeto. Analitinėje darbo dalyje atliktos sveikatos priežiūros išlaidų naštos verslui ir valstybei analizė parodė, kad iš valstybės biudžeto patenkančios įmokos ir asignavimai į PSDF biudžetą yra nepalyginamai mažesnės nei įmokos, mokesčių pavidalu surenkamos iš gyventojų ir verslo. Nors, savaime suprantama, kad jokia valstybė nebūtų pajėgi vien tik šalies finansais užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūrą gyventojams, tačiau tai jos neatleidžia nuo atsakomybės ieškoti papildomų lėšų sveikatos priežiūrai finansuoti. Pavyzdžiui, mažėjant valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiui, iš valstybės biudžeto įprasta mažinti ir skiriamus asignavimus už valstybės lėšomis PSD draustus asmenis. Tačiau į bendrą valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų sumą įeina ir papildomi asignavimai, skirti kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propoguoti, ortopedijos technikos priemonių įsigijimui, imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti, ŽIV ir AIDS bei lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos

ir kontrolės programos priemonėms finansuoti, Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programos priemonėms finansuoti. *Todėl ta asignavimų suma, kuri sumažėjo dėl neigiamai pakitusio valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus, galėtų būti skirta papildomiems asignavimams, kurie tikrai yra svarbūs ir reikalingi visiems šalies gyventojams.* Akivaizdu, kad Lietuvai vertėtų perimti gerąją užsienio šalių praktiką dar ir dėl to, kad būtina mažinti politikų įtaką priimant sprendimus dėl PSDF biudžeto lėšų perskirstymo ir daugiau dėmesio skirti visuomenės ir paciento poreikių užtikrinimui.

Apibendrintai galima teigti, kad norint paskatinti sveikatos draudimo sistemą Lietuvoje veikti veiksmingiau, vertėtų perimti gerąją užsienio šalių praktiką ir didesnę dėmesį koncentruoti į skaidrų, efektyvų ir racionalų PSDF biudžeto lėšų perskirstymą mažinant įtaką politikų priimamsiems sprendimams ir labiau atsižvelgiant į pačių gyventojų poreikius. Taip pat būtina ieškoti naujų išteklių sveikatos priežiūros išlaidoms finansuoti. Vienas jų galėtų būti papildomo sveikatos draudimo skatinimas. Valstybei priimant strateginius sveikatos sektoriaus pertvarkos tikslus vertėtų neužmiršti, kad jai išlaikyti sveiką žmogų yra daug kartų pigiau nei jį gydyti.

Pagal PSDF biudžeto faktines pajamas ir išlaidas lemiančius veiksnius atlikta PSDF biudžeto faktinių pajamų ir faktinių išlaidų perspektyvos analizė parodė, kad kitoms sąlygoms nekintant ateityje, realiausiu atveju PSDF biudžeto faktinės pajamos, nors ir labai nežymiai, bet turėtų viršyti prognozuojamas faktines išlaidas. Tačiau pesimistinis prognozės scenarijus parodė PSDF faktinį biudžetą galimai būsiantį deficitinį. Todėl tam, kad ateityje į fondą būtų surinktas didesnis pajamų kiekis, darbe siūlomas PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis. Kadangi PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį tiesiogiai nulemia vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai, pajamų atžvilgiu geriau kai šie veiksniai didėja. Nustatyta, kad PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį tinkamiausiai apibūdinantis vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis ateityje turėtų didėti, o valstybės lėšomis PSD apdraustų skaičius turėtų labai nežymiai sumažėti. Todėl apskaičiuota, kad įvertinus šių veiksnių pokyčius, PSDF biudžeto pajamos padidėtų net nežymiai sumažėjus valstybės lėšomis PSD apdraustųjų skaičiui. Modelyje neigiamą pastarojo veiksnio mažėjimo įtaką siūloma sumažinti skatinant visų gyventojų užimtumą ir į darbo rinką įtraukiant vyresnio amžiaus gyventojus, kurie nori ir gali dirbti.

Vertinant gerąją užsienio šalių praktiką, Lietuvai siūloma imti pavyzdį iš Nyderlandų sveikatos draudimo sistemos, kurioje svarbias pozicijas užima papildomas sveikatos draudimas. Kadangi Lietuvos gyventojai senėja, gimstamumas mažėja, emigracijos srautai vis dar išlieka, ateityje gali nebebūti tų, kurie mokės įmokas į PSDF biudžetą. Todėl taikant

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

Įvairias mokesčių lengvatas valstybė turėtų stengtis padėti gyventojams papildomai draustis savo sveikatą. Taip pat pagal analitinėje darbo dalyje atliktos sveikatos priežiūros išlaidų naštos valstybei rezultatus, šaliai siūloma nemažinti valstybės biudžeto įmokų ir asigonavimų sumažėjus valstybės lėšomis apdraustų gyventojų skaičiui ir šių lėšų suma verčiau padidinti papildomus asignavimus, kurie yra svarbūs ir reikalingi daugeliui šalies gyventojų.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vystymosi etapai tiesiogiai siejasi su valstybės istorija. Skiriami keturi pagrindiniai sveikatos draudimo raidos etapai, kurie sudarė sąlygas sveikatos draudimo sistemos modelių atsiradimui. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modeliui būdingi Bismarko ir Beveridžo sveikatos draudimo sistemos modelių bruožai. Nors šalyje teoriškai veikia mišrus sveikatos draudimo sistemos modelis, sudarytas iš privalomojo ir papildomo sveikatos draudimo, bet realiai funkcionuoja tik privalomasis sveikatos draudimas. Savanorišku sveikatos draudimu draudžiasi palyginti labai maža gyventojų dalis.

Daugiau nei penkiolika metų egzistuojančiai Lietuvos PSD sistemai vertinti sudaryta tyrimo metodika pagrįsta ne tik mokslininkų, analizavusių temai aktualius klausimus, naudotais tyrimo metodais, bet ir paremta tradiciniais taikomosios statistikos bei ekonometrinės analizės metodais. Todėl be minėtos mokslinės literatūros ir straipsnių analizės, į tyrimo loginę struktūrą įtraukta fondo biudžeto pajamų ir išlaidų dinaminė ir struktūrinė analizė bei jų pokyčius lėmusių veiksnių daugialypė regresinė analizė. Vienavertus privalomojo sveikatos draudimo įmokos į fondą patenka iš verslo subjektų, kitavertus – iš valstybės. Todėl taip pat nuspręsta įvertinti sveikatos priežiūros išlaidų našta verslui ir valstybei. Daugelis autorių savo darbuose akcentuoja gyventojų dalyvavimo svarbą priimamuose sveikatos politikos sprendimuose. Dėl šios priežasties, taikant faktorinės analizės metodą, tiriamas gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros įstiaugų teikiamų paslaugų kokybę bei vertinama jų nuomonė apie šalyje veikiančią privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Siekiant išsiaiškinti analizuojamos sveikatos draudimo sistemos perspektyvas, atliekama optimistinė, pesimistinė ir reali PSDF biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų prognozė ateičiai. Kadangi daugelio šalių pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos problema yra nepakankamas finansavimas, siūlomas fondo biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis ir gerosios užsienio šalių praktikos perėmimas.

Nagrinėjamu laikotarpiu faktinės PSDF biudžeto pajamos dažniausiai būdavo didesnės nei planuojamosios ir realiai į fondą būdavo surenkama daugiau pajamų nei planuojama. Didžiausią šių pajamų dalį sudarė VSD valdybos ir VMI administruojamos įmokos bei valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai. Per analizuojamą laikotarpį faktinės PSDF biudžeto išlaidos taip pat buvo linkusios viršyti planuojamąsias. Struktūriškai didžiausią faktinių sveikatos draudimo išlaidų dalį sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, taip pat išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms finansuoti, išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti, galūnių,

sąnarių ir organų protezavimo bei kitoms išlaidoms kompensuoti, ir išlaidos sveikatos priežiūros programoms finansuoti.

Analizuojamu laikotarpiu PSDF biudžetas dažniausiai būdavo perteklinis nei deficitinis, tačiau faktinės fondo pajamos augo lėtesniu tempu nei patirtos išlaidos. Dėl šios priežasties būta metų, kai fondas buvo priverstas skolintis iš bankų. Tai patvirtina tyrimo metu išsikeltos mokslinės hipotezės realumą ir būtinybę ieškoti alternatyvių fondo finansavimo šaltinių. Tačiau teigiamai nuteikia tai, kad ekonominę krizę PSDF biudžetas atlaikė sėkmingai.

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčiams daugiausia įtakos turi tokie socialiniai – ekonominiai veiksniai, kaip vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai. Tuo tarpu faktinių PSDF biudžeto išlaidų pokyčius lemiančius veiksnius geriausiai apibūdina 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų bei ligoninėse gydytų asmenų, tenkančių tūkst. gyventojų, pokyčiai.

Didžioji dalis sveikatos draudimo įmokų į PSDF biudžetą patenka iš dirbančių gyventojų ir už juos privalomas sveikatos draudimo įmokas mokančių darbdavių. Tuo tarpu valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai kur kas mažesnio dydžio. Lietuvą palyginus su kitomis ES šalimis, šalies bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP yra mažesnė ir nesiekianti ES vidurkio. Todėl BVP augimo laikotarpiu šalis turėtų skirti didesnę dalį lėšų sveikatos priežiūros sistemai paremti. Taip pat nustatyta, kad pastaraisiais metais gyventojai linkę daugiau lėšų skirti privačių sveikatos priežiūros paslaugų įsigijimui. Lietuviai didelį dėmesį skiria gydytojų specialistų ir greitosios medicinos paslaugų bei ligoninėse ir reabilitacinėse įstaigose teikiamų paslaugų kokybei. Todėl svarbu siekti šias paslaugas padaryti labiau prieinamas kiekvienam pacientui.

Perspektyvinės PSDF biudžeto faktinių pajamų ir išlaidų analizės metu nustatyta, kad pagal veiksnius, turinčius daugiausiai įtakos faktinių pajamų ir išlaidų pasikeitimui, o kitoms sąlygoms atėityje nekintant, realiausiu atveju PSDF biudžeto faktinės pajamos turėtų viršyti prognozuojamas faktines išlaidas. Tačiau pesimistinis prognozės scenarijus parodė PSDF biudžetą galimai būsiantį deficitinį. Todėl siekiant atėityje užtikrinti pakankamą pajamų kiekį, darbe sudarytas PSDF biudžeto pajamų didinimo teorinis modelis. Kadangi PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį tiesiogiai nulemia vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio ir valstybės lėšomis PSD apdraustų gyventojų skaičiaus pokyčiai, pajamų atžvilgiu geriau kai šie veiksniai didėja. Pagal pesimistinę prognozę, PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį tinkamiausiai apibūdinantis vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis atėityje turėtų didėti, o valstybės lėšomis PSD apdraustų skaičius turėtų labai nežymiai sumažėti. Todėl apskaičiuota, kad įvertinus šių veiksnių pokyčius, PSDF biudžeto pajamos padidėtų net nežymiai sumažėjus valstybės lėšomis PSD apdraustųjų skaičiui. Neigiamą pastarojo veiksnio

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

mažėjimo įtaką pajamoms siūloma sumažinti skatinant gyventojų užimtumą ir į darbo rinką įtraukiant vyresnio amžiaus gyventojus, kurie nori ir gali dirbti. Tuo tarpu vertinant gerąją užsienio šalių praktiką, Lietuvai siūloma imti pavyzdį iš Nyderlandų sveikatos draudimo sistemos, ir taikant mokesčių lengvatas skatinti papildomą savanorišką draudimą. Taip pat šaliai siūloma nemažinti valstybės biudžeto įmokų ir asigavimų sumažėjus valstybės lėšomis apdraustų gyventojų skaičiui ir šia lėšų suma vėčiau padidinti papildomus asigavimus, kurie yra svarbūs ir reikalingi daugeliui šalies gyventojų.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Acharya, A., Vellakkal, S., Kalita, S., Taylor, F., Satija, A., Burke, M., Masset, E., Tharyan, P., Ebrahim, Sh. (2010). *Do Social Health Insurance Schemes in Developing Country Settings Improve Health Outcomes and Reduce the Impoverishing Effect of Healthcare Payments for the Poorest People?* London: Department of Public Health Policy.
2. Ališauskienė, R. (2013). *Lietuvos gyventojų nuomonė apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą (2012 m. tyrimo pristatymas)*. Vilnius: Baltijos tyrimai.
3. Andrijauskienė, D. (2006). Sveikatos priežiūra atsieina vis daugiau. *Gydymo menas: specialus leidinys gydytojams ir farmacininkams*, 10 (133), 14 – 16.
4. Bagdanavičius, J. (2007). *Statistiniai metodai socialiniuose – ekonominiuose tyrimuose*. Vilnius.
5. Bayarsaikhan, D., Kwon, S., Ron, A. (2005). Development of social health insurance in Mongolia: Successes, challenges and lessons. *International Security Review*, 4(58), 27 – 45.
6. Bartosevičienė, V. (2010). *Ekonominės statistikos pagrindai*. Kaunas.
7. Bogulauskas, V. (2007). *Ekonometrika: mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija.
8. Buivydas, R., Černiauskas, G., Schneider, M., Zeleckienė, D. (2010). *Papildomo savanoriškojo sveikatos draudimo analizė*. Vilnius: UAB „Sveikatos ekonomikos centras“.
9. BNS šaltinio informacija (2013). JAV pradės veikti reformuota sveikatos apsauga [interaktyvus] [žiūrėta 2013-10-25]. Prieiga per internetą: <<http://www.delfi.lt/news/daily/world/jav-prades-veikti-reformuota-sveikatos-apsaugos-sistema.d?id=62921208>>.
10. Cannon, M. F. (2009). All the President's Mandates Compulsory Health Insurance is a Government Takeover. *Cato Institute: Briefing Papers*, 114, 1 – 16.
11. Chang, Ch. Ch., Vahid, F. (2010). Demand for Hospital Care and Private Health Insurance in a Mixed Public – Private System: Empirical Evidence Using a Simultaneous Equation Modeling Approach. *HEDG Working Paper*, 10 (25), 1 – 26.
12. Czech Republic Industry Forecast: Healthcare (2011). *Business Eastern Europe*, 6 – 9.
13. Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 1 (17), 131 – 137.
14. Dalytė, N. (2005). Lietuvos sveikatos draudimo fondo biudžeto analizė. Lietuvos žemės ūkio universitetas.

15. Darbo jėga, užimtumas, nedarbas 1998 – 2012 m. [interaktyvus] [žiūrėta 2013-01-28].
Prieiga per internetą: <
<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=M3030905&PLanguage=0>>.
16. Dėl Lietuvos konvergencijos 2013 metų programos [interaktyvus] [žiūrėta 2014-03-28].
Prieiga per internetą: <
http://www.finmin.lt/finmin.lt/failai/vykdoma_politika/Konvergencijos_programa_2013-LT.pdf>.
17. Dittrich, L. O., Stara, D. (2011). After the Financial Crisis: Is the Czech Health Care System in Transition? Springer: International Atlantic Economic Society, 492 – 494.
18. Drabbik, A., Lungen, M., Stock, S. (2011). Risk adjustment in the German health insurance system – does the risk compensation system leave any incentives for risk selection? *Journal of Health Policy, Insurance and Management*, 1(8), 63-75.
Insurance Institute in Poland: MWM Publishing Agency.
19. Egypt (2010). Government Takes a Health Insurance Costs. *Country Report*, 12 – 16.
20. Elzbergas, T. (2008). Europos Sąjungos įtaka privataus sveikatos draudimo teisiniam reguliavimui. *Jurisprudencija: mokslo darbai*, 12 (114), 92 – 100.
21. Gedvilaitė – Kordušienė, M. (2013). Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai: suaugusių vaikų pareigos pagyvenusiems tėvams Lietuvoje. *Lietuvos statistikos darbai*, 1(52), 22 – 33.
22. Gyventojų skaičius metų pradžioje 1997 – 2012 m. [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-28].
Prieiga per internetą: <
<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/saveselections.asp>>.
23. Graham, J., R. (2012). Obamacare for Canadians: The Short, Unhappy Life of a Failed US Health Reform. *Fraser Forum*, 30 – 33.
24. Gražytė – Molienė, O. (2004). *Statistika: mokomoji knyga*. Vilnius: Vilniaus verslo kolegija.
25. Greb, S., Gildemeister, S., Wasem, J. (2004). The Social Transformation of American Medicine: A Comparative View from Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 4 – 5 (29), 679 – 700.
26. Guogis, A. (2002). Dėl Lietuvos socialinės politikos modelio. *Politologija*, 4 (28), 1-20.
27. Heiss, F., McFadden, D., Winter, J. (2008). *The Workings of a Private Health Insurance Market: Enrollment Decisions, Plan Choice, and Adverse Selection in Medicare Part D*. California: University of California.

28. Hofmann, A., Browne, M. (2012). One – Sided Commitment in Dynamic Insurance Contracts: Evidence from Private Health Insurance in Germany. [interaktyvus] [žiūrėta 2012 – 11 – 18]. Prieiga per internetą: < <http://www.fox.temple.edu/cms/wp-content/uploads/2012/06/Mark-Browne1.pdf>>.
29. Internetinis tarptautinių žodžių žodynas [interaktyvus] [žiūrėta 2014-04-02]. Prieiga per internetą: <<http://www.zodziai.lt/>>.
30. Janušonis, V. (2011). Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. *Sveikatos mokslai: visuomenės sveikata*, 04 (21), 5 – 11.
31. Jeffrey, S. (2001). *Macroeconomics and Health: investing in Health for Economic Development*. USA: Cambridge.
32. Jokūbaitis, M. (2014). Algos kils, bet ne visiems [interaktyvus] [žiūrėta 2014-04-20]. Prieiga per internetą: <<http://www.lrytas.lt/verslas/rinkos-pulsas/algos-kils-bet-ne-visiems.htm>>.
33. Juozaitienė, L., Tijūnaitienė, R. (2008). *Studijų darbų rengimo metodinės rekomendacijos*. Šiauliai: VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla.
34. Jurgaitienė, L. (2006). Reikšmingi metai Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai. *Gydymo menas: specialus leidinys gydytojams ir farmacininkams*, 07 – 08 (130 – 131), 75.
35. Kirkauskienė, R., Karazijienė, Ž. (2009). Išlaidų sveikatos apsaugai naštos verslui ir valstybei įvertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, 1-10.
36. Kutzin, J. (2012). Anything Goes on the Path to Universal Health Coverage? No. *Perspectives: Bull World Health Organ*, 867 – 868.
37. Kutzin, J., Cashin, Ch., Jakab, M. (2010). *Implementing Health Financing Reform*. United Kingdom: European Observatory of Health Systems and Policies.
38. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos įstaigų veikla. Apsilankymų pas gydytoją skaičius 1997 – 2012 m. [interaktyvus] [žiūrėta 2014-03-25]. Prieiga per internetą: < http://sic.hi.lt/html/leid_tur.htm>.
39. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55 – 1287.
40. LR 1997 – 2014 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto aiškinamieji raštai (ministro įsakymai) [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-28]. Prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=2444>.
41. Ligonų kasos: 2004 – 2012 metų apžvalgos. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Vilnius.

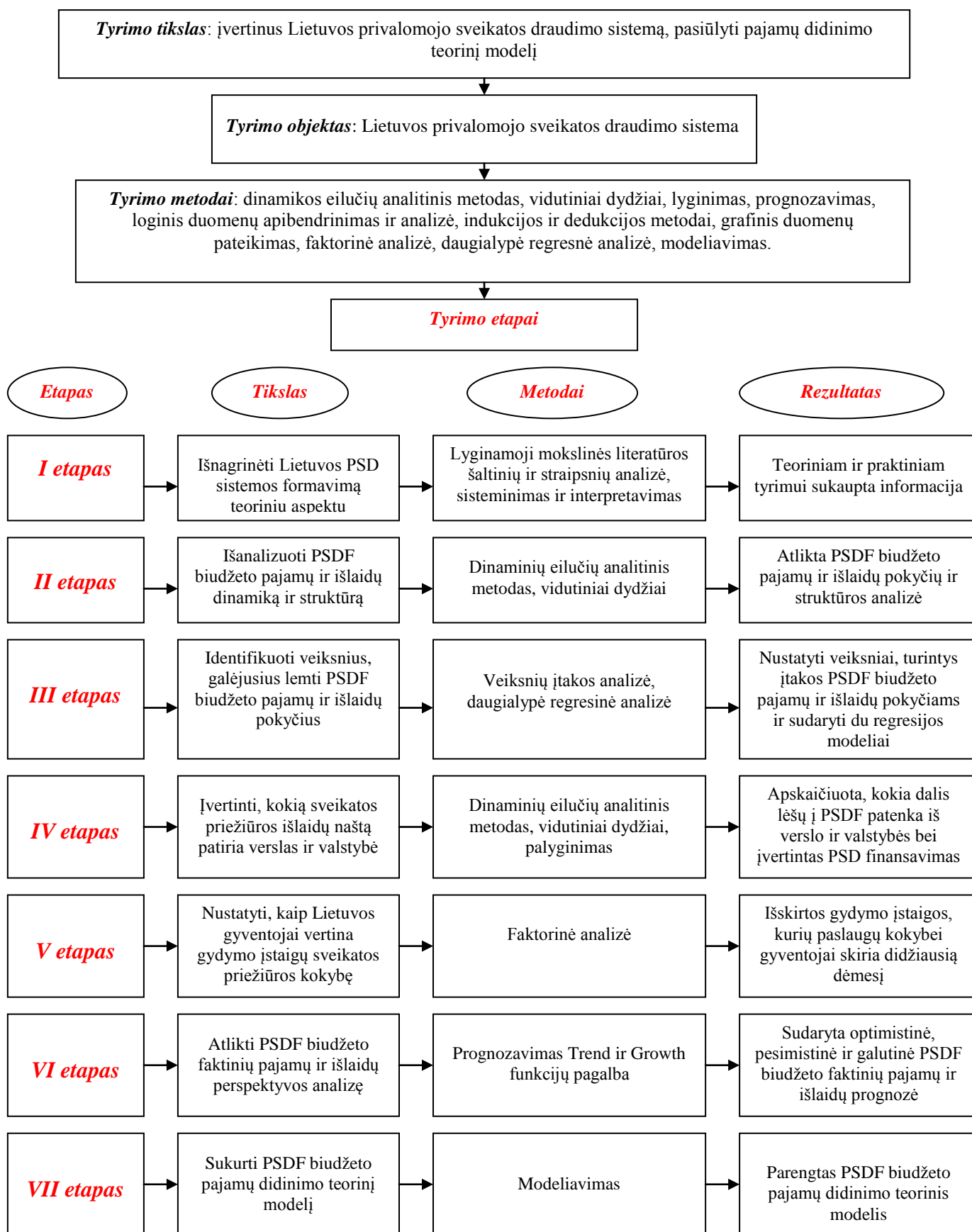
42. Lileikienė, A., Šaparnis, G., Tamošiūnas, T. (2004). *Magistro darbo rengimo metodika*. Šiauliai: VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla.
43. Lukoševičius, K. (2005). *Draudimas kaip personalo motyvavimo priemonė*. Panevėžys: KTU Panevėžio institutas.
44. Martišius, S. A. (2002). *Koreliacinės – regresinės analizės pradmenys*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
45. McClellan, M. (2011). A Broken System. *Smart Business Los Angeles: Risk Management and Insurance Services*, 24 – 25.
46. Merkevcius, J., Bernotienė, N. (2010). Social Security Systems of Lithuania and Germany: Diversity of Approaches. *European Integration Studies*, 4, 109 – 116.
47. Miškinis, K., Riklikienė, O., Kalėdienė, R., Jarašiūnaitė, G. (2011). Lietuvos gyventojų informuotumas ir pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema. *Sveikatos mokslai*, 4 (21), 48 – 61.
48. Musgrove, P. (2000). Health insurance: the influence of Beveridge report. *World Health Organization*. Nr. 78 (6).
49. Neilson, P. (2007). Our health system's running a temperature. *Management*, 70 – 71.
50. Norkienė, D. (2011). Sveikatos reformai stinga modernios vadybos ir pacientų balso [interaktyvus] [žiūrėta 2013-05-08]. Prieiga per internetą: <http://www.medcentras.lt/lt/straipsniai/sveikatos-reformai-stinga-modernios-vadybos-ir-pacientu-balso,veikatos-reformai-stinga-modernios-vadybos-ir-pacientu-balso.,nid.351,category_id.2,>.
51. Pabedinskaitė, A. (2005). *Kiekybiniai sprendimų metodai: koreliacinė regresinė analizė ir prognozavimas*. Vilnius: Technika.
52. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas (2010). Demografinis gyventojų senėjimas pagal JTO rekomendacijas. Vilnius: Higienos instituto sveikatos informacijos centras.
53. Pagrindiniai sveikatos statistikos rodikliai. Hospitalizuotas ligonių skaičius [interaktyvus] [žiūrėta 2014-03-25]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/>>.
54. Paschall, S. P. (2008). John R. Common's Contributions to Health Care Reform in the 21st Century. *Journal of Economic Issues*, 2 (62), 461 – 469.
55. Preker, A. S., Zweifel, P., Schellkens, Onno, P. (2010). *Global Marketplace for Private Health Insurance*. Washington: The World Bank.
56. Private Health Insurance in Australia (2005). *Word: Healthcare and Pharmaceuticals Forecast*, 31 – 38.

57. Private Health Insurance in Indonesia (2005). *Word: Healthcare and Pharmaceuticals Forecast*, 159 – 165.
58. Private Health Insurance in Switzerland (2005). *Word: Healthcare and Pharmaceuticals Forecast*, 319 – 326.
59. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vystymosi tendencijos (2014) [interaktyvus] [žiūrėta 2014-04-18]. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/ES%20parama/Puslapiai/Privalomojo-sveikatos-draudimo-fondo-biud%20C5%BEeto-vystymosi-tendencijos-.aspx>>.
60. PSDF biudžeto vykdymo 1997 – 2012 m. finansinės ataskaitos [interaktyvus] [žiūrėta 2013-10-28]. Prieiga per internetą: < <http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdomo-ataskaitu-rinkiniai>>.
61. Pukėnas, K. (2011). *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa*. Kaunas: LKKA.
62. Rapolevičiūtė, A. (2006). Privačios medicinos problemos Lietuvoje. *Gydymo menas: specialus leidinys gydytojams ir farmacininkams*, 04 (127), 9 – 10.
63. Schremmer, R. D., Knapp, J. P. (2011). Harry Truman and Health Care Reform: The Debate Started Here. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 398 – 402.
64. Sidabraitė, S. (2005). Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų pokytį lemiantys veiksniai. Lietuvos žemės ūkio universitetas.
65. Shafer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M., Westert, G., Deville, W. (2010). *The Netherlands Health System Review*. European Observatory of Health Systems and Policies.
66. Sidorenko, A. A., Butler, J. R. G. (2007). *Financing Health Insurance in Asia Pacific Countries*. Journal compilation: Crawford School of Economics and Government, The Australian National University and Blackwell Publishing Asia Pty Ltd.
67. Snieška, V., Baumilienė, V., Bernatonytė, D., Čiburienė, J., Dumčiuvienė, D., Juozapavičienė, A., Keršienė, R., Kavaliauskienė, V., Markauskienė, A., Mrazauskienė, B., Startienė, G., Pukelienė, V., Urbonas, J. (2005). *Makroekonomika: vadovėlis ekonominių specialybių studentams*. Kaunas: Technologija.
68. Sunite, S., Kasalis, E. (2012). Latvian Population Health Quality Approximation to the EU Level – One of the Challenges for Persistent EU Economic Development. *European Integration Studies*, 6, 177 – 185.
69. Sveikatos apsaugos ministerija (2010). Sveikatos apsaugos ministerijos istorija [interaktyvus] [žiūrėta 2013 – 05 – 20]. Prieiga per internetą: <<http://www.sam.lt/go.php/Istorija>>.

70. Sveikatos priežiūros išlaidos pagal EBPO metodiką 2004 – 2012 m. Statistiniai duomenys. Lietuvos sveikatos statistika. [interaktyvus] [žiūrėta 2014-02-05]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/>>.
71. Šurkienė, G. Ir kt. (2012). Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema. *Gerontologija*, 13 (4), 235 – 239.
72. Švagždienė, B., Bardauskienė, K., Perkumienė, D., Čepienė, K. (2011). Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1 (21), 124 – 134.
73. Tamošiūnas, T. (2003). *Socialinių tyrimų kvalifikacinis darbas: įvado struktūra*. Šiauliai: VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla.
74. Turquet, P. (2012). Health Insurance System Financing Reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution? *International Social Security Review*, 1 (65), 29 – 52.
75. Urbonaitė – Vainienė, I. (2014). Sistema, išgyvenanti dėl to, kad gyventojai moka pinigus ir nesinaudoja paslaugomis [interaktyvus] [žiūrėta 2014-03-12]. Prieiga per internetą:<<http://www.delfi.lt/news/daily/health/sistema-isgyvenanti-del-to-kad-gyventojai-moka-pinigus-ir-nesinaudoja-paslaugomis.d?id=63645246#ixzz2yHoDJlId>>.
76. Varghese, Th., Koshy, M. P. (2011). A Comparative Study of Consumer and Marketer Perceptions in the Health Insurance Market. *Journal of Marketing and Management*, 2 (2), 136 – 150.
77. Valkauskas, R. (2007). *Statistika*. Vilnius.
78. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 m. strateginis veiksmų planas (2008). Sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius.
79. Vasiliauskas, A. (2003). *Verslo draudimas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
80. Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis 1997 – 2012 m. [interaktyvus] [žiūrėta 2013-10-08]. Prieiga per internetą: <<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/saveselections.asp>>.
81. Vyresnių kaip 65 m. gyventojų skaičius 2001 – 2012 m. [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-28]. Prieiga per internetą: <<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/saveselections.asp>>.
82. Zubrickaitė, A. (2006). *Sveikatos draudimo raidos tyrimas Lietuvoje*. Lietuvos žemės ūkio universitetas.

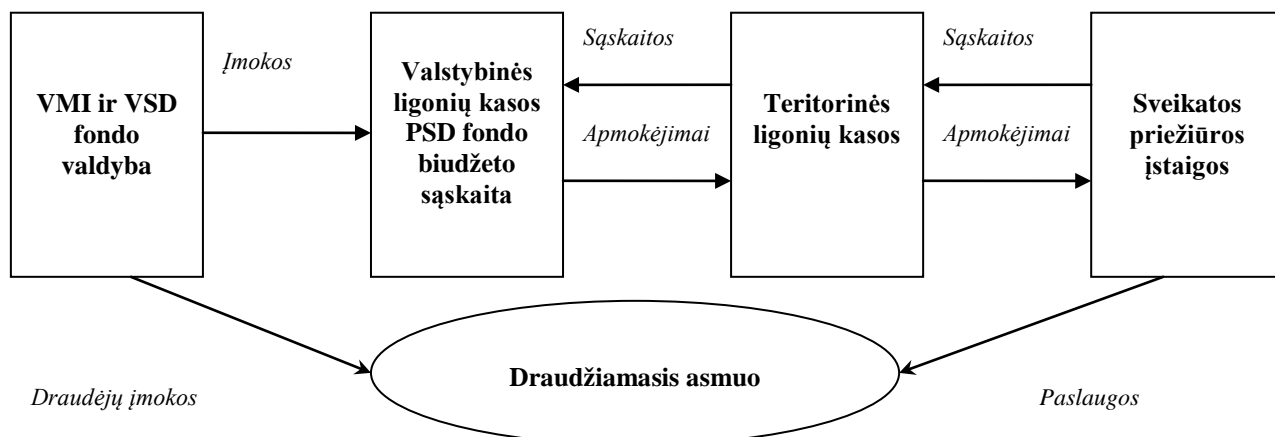
PRIEDAI

Tyrimo loginė struktūra



Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Lietuvos PSDF veikimo mechanizmas



Šaltinis: Levišauskaitė, K., Rūškys, G. (2003). Valstybės finansai, p. 127.

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokyčių lemiančių veiksnių analizė. Pradiniai analizės duomenys

Metai	Pajamos, mlrd. Lt	Bruto DU, Lt	Apdraustieji, mln.
1997	1,31	778	2,09
1998	1,84	930	2,09
1999	1,76	987	1,75
2000	1,81	971	2,16
2001	1,84	982	2,24
2002	1,89	1014	2,24
2003	2,08	1073	2,22
2004	2,24	1149	2,16
2005	2,61	1276	2,01
2006	3,03	1496	1,91
2007	3,68	1802	1,84
2008	4,56	2152	1,80
2009	4,12	2056	1,88
2010	4,34	1988	2,03
2011	4,22	2046	2,07
2012	4,11	2124	1,89

Šaltinis: sudaryta straipsnio autorės remiantis VLK pateiktomis PSDF biudžeto vykdymo finansinėmis ataskaitomis, Statistikos departamento duomenimis bei PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto aiškinamaisiais raštais.

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Logaritmuoti pradiniai analizės duomenys

Metai	Pajamos_Y	Pokytis	Bruto DU_x1	Pokytis	Apdraustieji_x2	Pokytis
1997	0,27		6,66		0,74	
1998	0,61	0,34	6,84	0,18	0,74	0,00
1999	0,57	-0,04	6,89	0,06	0,56	-0,18
2000	0,59	0,03	6,88	-0,02	0,77	0,21
2001	0,61	0,02	6,89	0,01	0,81	0,04
2002	0,64	0,03	6,92	0,03	0,81	0,00
2003	0,73	0,10	6,98	0,06	0,80	-0,01
2004	0,81	0,07	7,05	0,07	0,77	-0,03
2005	0,96	0,15	7,15	0,10	0,70	-0,07
2006	1,11	0,15	7,31	0,16	0,65	-0,05
2007	1,30	0,19	7,50	0,19	0,61	-0,04
2008	1,52	0,21	7,67	0,18	0,59	-0,02
2009	1,42	-0,10	7,63	-0,05	0,63	0,04
2010	1,47	0,05	7,59	-0,03	0,71	0,08
2011	1,44	-0,03	7,62	0,03	0,73	0,02
2012	1,41	-0,03	7,66	0,04	0,64	-0,09

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Duomenų normalų vertinimas

	Kolmogorov-Smirnov testas			Shapiro-Wilk testas		
	Statistika	Df	Sig.	Statistika	Df	Sig.
Pajamos_Y	,127	15	,200*	,961	15	,716

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Koeficientų lentelė

Modelis	Nestandardizuoti koef.		Standartizuoti koef.	99,0% patikimumo lygmuo		Koreliacijos			Kolinarumo statistika	
	B	Std. paklaida	Beta	Apatinės ribos	Viršutinės ribos	Nulinės reikšmės	Daliniai	Dalies	Nuokrypiai	VIF
1 (Konstanta)	-,023	,018		-,078	,032					
BrutoDU_x1	1,536	,195	1,027	,940	2,131	,844	,915	,913	,790	1,266
Apdrausti_x2	,544	,177	,401	,003	1,085	-,070	,664	,356	,790	1,266

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

7 priedas

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Porinė koreliacijos matrica

		BrutoDU_x1	Apdrausti_x2
BrutoDU_x1	Pearson koreliacijos koef.	1	-,458
	Sig. (2-tailed)		,086
	N	15	15
Apdrausti_x2	Pearson koreliacijos koef.	-,458	1
	Sig. (2-tailed)	,086	
	N	15	15

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

8 priedas

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Dispersinė analizė

Modelis	Kvadratų suma	Df	Vidut. kvadr. Reikšmės	F	Sig.
1 Regresija	,160	2	,080	31,218	,000 ^a
Likutis	,031	12	,003		
Iš viso	,191	14			

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

9 priedas

PSDF biudžeto faktinių pajamų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Modelio kokybė

Nr.	Std. liekanos	Pajamos_Y	Prognozuojamos reikšmės	Liekanos	Liekanos/y
1	1,751	,34	,2512	,08859	0,26075247
2	-,321	-,04	-,0282	,01624	-0,3652696
3	-,761	,03	,0665	,03848	1,37377628
4	,045	,02	,0141	,00230	0,13991273
5	,021	,03	,0258	,00105	0,03930504
6	,704	,10	,0602	,03562	0,37182177
7	,151	,07	,0665	,00762	0,10281761
8	1,074	,15	,0985	,05434	0,35542994
9	-,872	,15	,1933	,04413	0,29576423
10	-,963	,19	,2431	,04871	0,25060599
11	-,462	,21	,2378	,02337	0,10902014
12	-,641	-,10	-,0691	,03241	-0,3194512
13	1,681	,05	-,0330	,08506	1,63508851
14	-1,178	-,03	,0316	,05962	-2,1262717
15	-,229	-,03	-,0148	,01161	-0,4394787
				SUMA	1,68382345
				MAPE	11,2254897

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Pradiniai analizės duomenys

Metai	Išlaidos, mrd. Lt	Senėjimas (65 ir vyr.)	lig/1000 gyv.
1997	1,20	459264	226,00
1998	1,87	470224	252,10
1999	1,81	477414	255,90
2000	1,79	481158	246,90
2001	1,85	484670	246,60
2002	1,89	500399	241,00
2003	1,96	512193	238,00
2004	2,11	524142	237,60
2005	2,51	531122	242,20
2006	3,09	535939	244,60
2007	3,65	541075	241,10
2008	4,41	545937	248,40
2009	4,12	547749	254,20
2010	4,12	544896	260,10
2011	4,38	545307	264,70
2012	4,23	543333	272,30

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Logaritmuoti pradiniai analizės duomenys

Metai	Išlaidos_Y	Pokytis	Senėjimas x1	Pokytis	Ligoninėse x2	Pokytis
1997	0,18		13,04		5,42	
1998	0,63	0,44	13,06	0,02	5,53	0,11
1999	0,59	-0,03	13,08	0,02	5,54	0,01
2000	0,58	-0,01	13,08	0,01	5,51	-0,04
2001	0,62	0,03	13,09	0,01	5,51	0,00
2002	0,64	0,02	13,12	0,03	5,48	-0,02
2003	0,67	0,04	13,15	0,02	5,47	-0,01
2004	0,75	0,07	13,17	0,02	5,47	0,00
2005	0,92	0,17	13,18	0,01	5,49	0,02
2006	1,13	0,21	13,19	0,01	5,50	0,01
2007	1,29	0,17	13,20	0,01	5,49	-0,01
2008	1,48	0,19	13,21	0,01	5,52	0,03
2009	1,42	-0,07	13,21	0,00	5,54	0,02
2010	1,42	0,00	13,21	-0,01	5,56	0,02
2011	1,48	0,06	13,21	0,00	5,58	0,02
2012	1,44	-0,03	13,21	0,00	5,61	0,03

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Duomenų normalumas

	Kolmogorov-Smirnov testas			Shapiro-Wilk testas		
	Statistika	Df	Sig.	Statistika	Df	Sig.
Išlaidos_Y	,209	15	,077*	,865	15	,029

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Koeficientų lentelė

Modelis	Nestandardizuoti koef.		Standartizuoti koef.	99,0% patikimumo lygmuo		Koreliacijos			Kolinarumo statistika	
	B	Std. paklaida	Beta	Apatinės ribos	Viršutinės ribos	Nulinės reikšmės	Daliniai	DaLies	Nuokry-Pis	VIF
1 (Konstanta)	,002	,039		-,116	,120					
Senėjimas_x1	4,422	2,505	,346	-3,230	12,074	,270	,454	,344	,988	1,012
Ligoninėse_x2	2,741	,778	,691	,365	5,117	,653	,713	,687	,988	1,012

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Porinė korelacių matrica

			Senėjimas_x1	Ligoninėse_x2
Spearman korelacijos koef.	Senėjimas_x1	Korelacijos koef.	1,000	-,420
		Sig. (2-tailed)		,119
		N	15	15
	Ligoninėse_x2	Korelacijos koef.	-,420	1,000
		Sig. (2-tailed)	,119	
		N	15	15

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Dispersinė analizė

Modelis	Kvadratų suma	Df	Vidut. kvadr. Reikšmės	F	Sig.
1 Regresija	,133	2	,066	7,174	,009 ^a
Likutis	,111	12	,009		
Iš viso	,244	14			

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų pokytį lemiančių veiksnių analizė. Modelio kokybė

Nr.	Std. liekanos	Išlaidos_Y	Prognozuojamos reikšmės	Liekanos	Liekanos/y
1	,498	,44	,3921	,04793	0,108922
2	-1,538	-,03	,1180	,14796	-4,93211
3	,554	-,01	-,0633	,05331	-5,33133
4	-,170	,03	,0463	,01633	0,544373
5	-,623	,02	,0800	,05995	2,997536
6	-,240	,04	,0631	,02314	0,578524
7	-,214	,07	,0906	,02055	0,293601
8	,715	,17	,1012	,06885	0,40498
9	1,416	,21	,0737	,13626	0,648846
10	1,570	,17	,0189	,15108	0,888706
11	,638	,19	,1286	,06144	0,323344
12	-1,319	-,07	,0569	,12693	-1,81332
13	-,132	,00	,0127	,01271	0
14	,032	,06	,0569	,00307	0,051124
15	-1,188	-,03	,0843	,11434	-3,81146
				SUMA	-9,04826
				MAPE	60,3217

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Koreliacijų matrica

		x1	x2	X3	x4	x5	x6
Koreliacija	X1	1,000	,046	,446	,576	,574	-,452
	X2	,046	1,000	-,080	,114	-,093	,183
	X3	,446	-,080	1,000	,610	,709	-,635
	X4	,576	,114	,610	1,000	,613	-,598
	X5	,574	-,093	,709	,613	1,000	-,722
	X6	-,452	,183	-,635	-,598	-,722	1,000
Sig. (1-tailed)	X1		,073	,000	,000	,000	,000
	X2	,073		,006	,000	,002	,000
	X3	,000	,006		,000	,000	,000
	X4	,000	,000	,000		,000	,000
	X5	,000	,002	,000	,000		,000
	X6	,000	,000	,000	,000	,000	

a. Determinantas = ,062

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Kaizerio – Mejerio – Olkino (KMO) ir Barlett‘o sferiškumo kriterijai

Kaizerio – Mejerio – Olkino kriterijus		,820
Barlett‘o sferiškumo kriterijus	Apytikslė Chi kvadrato reikšmė	2787,109
	Df	15
	Sig.	,000

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Lentelės „Anti – image“ duomenys

		X1	X2	X3	x4	x5	x6
Anti-image kovariacija	X1	,587	-,030	,020	-,162	-,131	-,008
	X2	-,030	,883	,032	-,160	,014	-,139
	X3	,020	,032	,432	-,116	-,146	,067
	X4	-,162	-,160	-,116	,441	-,026	,112
	X5	-,131	,014	-,146	-,026	,329	,148
	X6	-,008	-,139	,067	,112	,148	,403
Anti-image koreliacija	X1	,845^a	-,041	,040	-,319	-,299	-,017
	X2	-,041	,337^a	,052	-,256	,026	-,233
	X3	,040	,052	,855^a	-,265	-,389	,160
	X4	-,319	-,256	-,265	,822^a	-,069	,266
	X5	-,299	,026	-,389	-,069	,809^a	,406
	X6	-,017	-,233	,160	,266	,406	,828^a

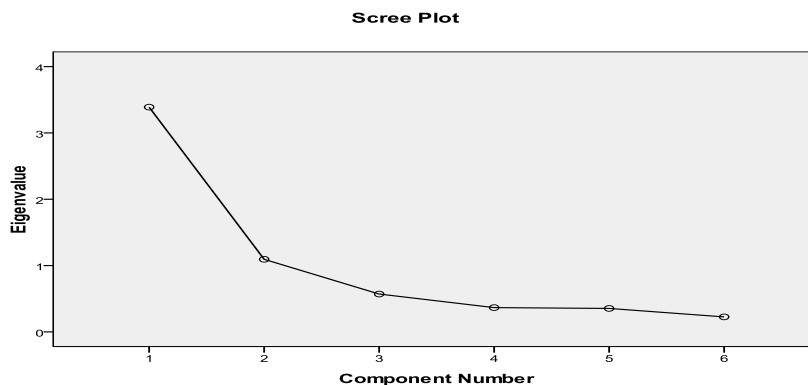
Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Faktorių išskyrimo rezultatai

Komponentas	Pradinės reikšmės			Išskirtų faktorių kvadrato sumų reikšmės			Pasuktų faktorių kvadrato sumų reikšmės		
	Iš viso	Dispersija	Kaupiamasis	Iš viso	Dispersija	Kaupiamasis	Iš viso	Dispersija	Kaupiamasis
		%	%		%	%		%	
1	3,389	56,481	56,481	3,389	56,481	56,481	3,382	56,361	56,361
2	1,094	18,241	74,722	1,094	18,241	74,722	1,102	18,362	74,722
3	,571	9,513	84,236						
4	,366	6,103	90,339						
5	,354	5,894	96,233						
6	,226	3,767	100,000						

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Faktorių tikrinių reikšmių grafikas



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Faktorių svorių matrica

	Komponentas	
	1	2
x1	,724	,226
x2	-,073	,961
x3	,833	-,072
x4	,821	,255
x5	,888	-,074
x6	-,838	,212

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

Pasuktų faktorių svorių matrica

	Komponentas	
	1	2
x1	,736	,184
x2	-,019	,963
x3	,828	-,118
x4	,834	,209
x5	,882	-,123
x6	-,825	,258

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis SPSS programa atliktais skaičiavimais.

PSDF biudžeto faktinių pajamų prognozavimas Trend funkcijos pagalba

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pokytis, proc.
Bruto DU prognozė, Lt	2288,99	2390,46	2491,92	2593,39	2694,86	2796,33	
Valstybės lėšomis PSD apdraustųjų skaičiaus prognozė, mln.	1,91	1,90	1,89	1,87	1,86	1,85	
Prognozuojamos pajamos pagal laiką, mlrd. Lt	4,76	4,98	5,21	5,43	5,66	5,88	3,89
Prognozuojamos pajamos pagal Bruto Du, mlrd. Lt	4,76	4,98	5,21	5,43	5,66	5,89	4,06
Prognozuojamos pajamos pagal valstybės lėšomis PSD apdraustų skaičių, mlrd. Lt	3,27	3,32	3,37	3,42	3,47	3,52	1,44 (pesimistinė prognozė)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis atliktais prognozavimo skaičiavimais Trend funkcijos pagalba.

PSDF biudžeto faktinių pajamų prognozavimas Growth funkcijos pagalba

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pokytis, proc.
Bruto DU prognozė, Lt	2485,16	2671,79	2872,42	3088,12	3320,03	3569,34	
Valstybės lėšomis PSD apdraustųjų skaičiaus prognozė, mln.	1,91	1,90	1,88	1,82	1,80	1,78	
Prognozuojamos pajamos pagal laiką, mlrd. Lt	5,30	5,76	6,26	6,80	7,38	8,02	8,67
Prognozuojamos pajamos pagal Bruto Du, mlrd. Lt	6,08	7,05	8,26	9,81	11,78	14,36	21,90 (optimistinė prognozė)
Prognozuojamos pajamos pagal valstybės lėšomis PSD apdraustų skaičių, mlrd. Lt	3,05	3,12	3,18	3,46	3,57	3,63	1,68

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis atliktais prognozavimo skaičiavimais Growth funkcijos pagalba.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų prognozavimas Trend funkcijos pagalba

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pokytis, proc.
65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius	568916,40	575224,05	581531,70	587839,35	594147,00	600454,65	
Ligoninėse gydytų asmenų skaičius, tenkantis tūkstančiui gyventojų	260,83	262,31	263,79	265,27	266,76	268,24	
Prognozuojamos išlaidos pagal laiką, mlrd. Lt	4,75	4,98	5,20	5,43	5,66	5,89	4,06
Prognozuojamos išlaidos pagal 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičių, mlrd. Lt	4,55	4,76	4,96	5,17	5,37	5,58	3,91
Prognozuojamos išlaidos pagal ligoninėse gydytų asmenų skaičių, tenkantį tūkstančiui gyventojų, mlrd. Lt	3,63	3,73	3,83	3,93	4,02	4,12	2,49 (pesimistinė prognozė)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis atliktais prognozavimo skaičiavimais Trend funkcijos pagalba.

PSDF biudžeto faktinių išlaidų prognozavimas Growth funkcijos pagalba

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pokytis, proc.
65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius	571619,81	578760,01	585989,39	593309,09	600720,21	608223,91	
Ligoninėse gydytų asmenų skaičius, tenkantis tūkstančiui gyventojų	260,78	260,43	263,35	267,42	270,94	274,82	
Prognozuojamos išlaidos pagal laiką, mlrd. Lt	5,31	5,78	6,29	6,84	7,45	8,10	8,72
Prognozuojamos išlaidos pagal 65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičių, mlrd. Lt	5,20	5,68	6,22	6,81	7,46	8,19	9,92 (optimistinė prognozė)
Prognozuojamos išlaidos pagal ligoninėse gydytų asmenų skaičių, tenkantį tūkstančiui gyventojų, mlrd. Lt	3,50	3,47	3,73	4,11	4,47	4,91	9,80

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis atliktais prognozavimo skaičiavimais Growth funkcijos pagalba.

Faktinių PSDF biudžeto pajamų dinaminė analizė 1997 – 2012 m. laikotarpiu

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Planuojamos pajamos, mlrd. Lt	1,3	1,88	1,97	1,86	1,87	1,81	1,87	2,03	2,34	2,87	3,62	4,37	4,37	3,99	4,15	3,97
Faktinės pajamos, mlrd. Lt	1,31	1,84	1,76	1,81	1,84	1,89	2,08	2,24	2,61	3,03	3,68	4,56	4,12	4,34	4,22	4,11
FAKTINIŲ PAJAMŲ POKYČIAI																
Pokytis per metus, mlrd. Lt		0,53	-0,1	0,05	0,03	0,05	0,19	0,16	0,37	0,42	0,65	0,88	-0,44	0,22	-0,12	-0,11
Pokytis per metus, proc.		40,46	-4,3	2,841	1,657	2,717	10,05	7,69231	16,52	16,092	21,4521	23,913	-9,6491	5,3398	-2,765	-2,607
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt	2,8															
Pokytis per visą laikotarpį, proc.	214															

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Struktūriškai didžiausi faktinių PSDF biudžeto pajamų straipsniai (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m. laikotarpiu

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010**	2011	2012
Įmonių, įstaigų ir organizacijų PSD įmokos už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3%), mlrd. Lt	0,14	0,36	0,3	0,36	0,35	0,37	0,4	0,45	0,51	0,6	0,78	0,92	0,77	2,3	2,45	2,6
Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymai iš fizinių asmenų pajamų mokesčio, mlrd. Lt	0,82	1,01	1,03	1,02	1,01	1,02	1,06	1,21	1,38	1,56	1,97	2,33	1,44	0,1	0,06	0,05
Lietuvos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, mlrd. Lt	0,35	0,45	0,41	0,42	0,41	0,43	0,51	0,58	0,71	0,84	0,91	1,1	1,57	1,91	1,68	1,42

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Struktūriškai didžiausi faktinių PSDF biudžeto pajamų straipsniai (proc.), 1997 – 2012 m. laikotarpiu

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010**	2011	2012
Įmonių, įstaigų ir organizacijų PSD įmokos už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3%), proc.	10,69	19,57	17,05	19,89	19,02	19,58	19,23	20,09	19,54	19,80	21,20	20,18	18,69	53,00	58,06	63,26
Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymai iš fizinių asmenų pajamų mokesčio, proc.	62,60	54,89	58,52	56,35	54,89	53,97	50,96	54,02	52,87	51,49	53,53	51,10	34,95	2,30	1,42	1,22
Lietuvos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, proc.	26,72	24,46	23,30	23,20	22,28	22,75	24,52	25,89	27,20	27,72	24,73	24,12	38,11	44,01	39,81	34,55

* žymi straipsnių pasikeitimus 2009 m. ir 2010 m. priėmus PSD įstatymo pataisas ir nusprendus iš gyventojų pajamų mokesčio nebeskaičiuoti PSD įmokų (2009*) bei VSD valdybai ir VMI pradėjus administruoti PSD įmokas (2010**)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Faktinių PSDF biudžeto išlaidų dinaminė analizė, 1997 – 2012 m. laikotarpiu

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Planuojamos išlaidos, mlrd. Lt	1,27	1,94	2,02	1,85	1,83	1,81	1,87	2,03	2,34	2,87	3,62	4,37	4,37	3,99	4,15	3,97
Faktinės išlaidos, mlrd. Lt	1,2	1,87	1,81	1,79	1,85	1,89	1,96	2,11	2,51	3,09	3,65	4,41	4,12	4,12	4,38	4,23
FAKTINIŲ IŠLAIDŲ POKYČIAI																
Pokytis per metus, mlrd. Lt		0,67	-0,06	-0,02	0,06	0,04	0,07	0,15	0,4	0,58	0,56	0,76	-0,29	0	0,26	-0,15
Pokytis per metus, proc.		55,833	-3,209	-1,1	3,352	2,162	3,704	7,6531	18,96	23,11	18,12	20,82	-6,58	0	6,31	-3,42
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt	3,03															
Pokytis per visą laikotarpį, proc.	252,5															

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis

Struktūriškai didžiausi faktinių PSDF biudžeto pajamų straipsniai 1997 – 2012 m. laikotarpiu

	NR.	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, mlrd. Lt	1	1,05	1,4	1,36	1,33	1,36	1,32	1,34	1,47	1,67	2,11	2,52	3,02	2,84	2,97	3,14	3,07
Pokytis per metus, mlrd. Lt			0,35	-0,04	-0,03	0,03	-0,04	0,02	0,13	0,2	0,44	0,41	0,5	-0,18	0,13	0,17	-0,07
Pokytis per metus, proc.			33,33	-2,86	-2,21	2,256	-2,941	1,515	9,701	13,61	26,35	19,43	19,8	-5,96	4,577	5,724	-2,23
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt		2,02															
Pokytis per visą laikotarpį, proc.		192,4															
Dalis visose faktinėse išlaidose, proc.		87,5	74,87	75,14	74,3	73,51	69,84	68,37	69,67	66,53	68,28	69,04	68,5	68,93	72,09	71,69	72,58
Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti, mlrd. Lt	2	0,09	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,44	0,39	0,49	0,55	0,62	0,69	0,7	0,64	0,65	0,64
Pokytis per metus, mlrd. Lt			0,21	0	0	0	0,1	0,04	-0,05	0,1	0,06	0,07	0,07	0,01	-0,06	0,01	-0,01
Pokytis per metus, proc.			233,3	0	0	0	33,333	10	-11,36	25,64	12,24	12,73	11,3	1,449	-8,57	1,563	-1,54
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt		0,55															
Pokytis per visą laikotarpį, proc.		611,1															
Dalis visose faktinėse išlaidose, proc.		7,5	16,04	16,57	16,76	16,22	21,16	22,45	18,48	19,52	17,8	16,99	15,7	16,99	15,53	14,84	15,13
Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti, mlrd. Lt	3	0,03	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,1	0,11	0,13	0,14	0,13	0,13	0,15	0,14
Pokytis per metus, mlrd. Lt			0,06	0	-0,01	0	0	0	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	-0,01	0	0,02	-0,01
Pokytis per metus, proc.			200	0	-11,1	0	0	0	12,5	11,11	10	18,18	7,69	-7,14	0	15,38	-6,67
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt		0,11															
Pokytis per visą laikotarpį, proc.		366,7															
Dalis visose faktinėse išlaidose, proc.		2,5	4,81	4,97	4,47	4,32	4,23	4,08	4,27	3,98	3,56	3,56	3,17	3,16	3,16	3,42	3,31
Išlaidos galūnėms, sąnariams, organams protezuoti ir kt., mlrd. Lt	4	0,02	0,04	0,03	0,04	0,07	0,04	0,04	0,05	0,07	0,08	0,12	0,14	0,15	0,18	0,24	0,17
Pokytis per metus, mlrd. Lt			0,02	-0,01	0,01	0,03	-0,03	0	0,01	0,02	0,01	0,04	0,02	0,01	0,03	0,06	-0,07
Pokytis per metus, proc.			100	-25	33,33	75	-42,86	0	25	40	14,29	50	16,7	7,143	20	33,33	-29,2
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt		0,15															
Pokytis per visą laikotarpį, proc.		750															
Dalis visose faktinėse išlaidose, proc.		1,67	2,14	1,66	2,23	3,78	2,12	2,04	2,37	2,79	2,59	3,29	3,17	3,64	4,37	5,48	4,02
Išlaidos sveikatos programoms	5	-	-	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,06	0,09	0,15	0,17	0,24	0,21	0,16	0,17	0,19

Vaida KALINAUSKAITĖ. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimas ir tobulinimo kryptys.

finansuoti, mlrd. Lt																	
Pokytis per metus, mlrd. Lt		-	-		0,01	-0,01	0,01	0	0,04	0,03	0,06	0,02	0,07	-0,03	-0,05	0,01	0,02
Pokytis per metus, proc.		-	-		100	-50	100	0	200	50	66,67	13,33	41,2	-12,5	-23,8	6,25	11,76
Pokytis per visą laikotarpį, mlrd. Lt		-	-	0,18													
Pokytis per visą laikotarpį, proc.		-	-	1800													
Dalis visose faktinėse išlaidose, proc.		-	-	0,55	1,12	0,54	1,06	1,02	2,84	3,59	4,85	4,66	5,44	5,1	3,88	3,88	4,49
Faktinės išlaidos, mlrd. Lt		1,2	1,87	1,81	1,79	1,85	1,89	1,96	2,11	2,51	3,09	3,65	4,41	4,12	4,12	4,38	4,23

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis.

33 priedas

Sveikatos priežiūros išlaidos ir jų dalis nuo BVP 1997 – 2012 m. laikotarpiu

Metai	Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. Lt	Valdžios sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos, mln. Lt	Privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos, mln. Lt	BVP, mln. Lt	Valdžios sektoriaus išlaidų dalis nuo BVP, proc.	Privataus sektoriaus išlaidų dalis nuo BVP, proc.	Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui, Lt	Bendrų sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo BVP, proc.
2004	3574,1	2414,3	1159,5	62997,4	3,83	1,84	1058,3	5,67
2005	4224,2	2862,5	1360,9	72401,9	3,95	1,88	1271,4	5,83
2006	5156,7	3584,4	1571,8	83227,1	4,31	1,89	1577	6,2
2007	6175,9	4507,2	1668,1	99229,3	4,54	1,68	1911,3	6,22
2008	7396,1	5354,5	2041,3	111920,1	4,78	1,82	2312,6	6,61
2009	6932,4	5048,5	1883,4	92032,4	5,49	2,05	2191,8	7,53
2010	6780,5	4801	1860,7	95676	5,02	1,94	2189,2	7,09
2011	7325,5	5064,8	2025,6	106893,4	4,74	1,89	2419,2	6,85
2012	7578,3	4946,9	2356,3	113734,7	4,35	2,07	2536,4	6,7

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis.

Sveikatos priežiūros išlaidų našta verslui ir valstybei (mlrd. Lt), 1997 – 2012 m. laikotarpiu

Metai	Našta verslui, mlrd. Lt	Našta valstybei, mlrd.Lt
1997	0,96	0,35
1998	1,39	0,45
1999	1,35	0,41
2000	1,38	0,42
2001	1,37	0,41
2002	1,40	0,43
2003	1,47	0,51
2004	1,66	0,58
2005	1,91	0,71
2006	2,19	0,84
2007	2,77	0,91
2008	3,26	1,10
2009	2,54	1,57
2010	2,42	1,91
2011	2,53	1,68
2012	2,67	1,42
2013*	2,73	1,36

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis VLK viešai skelbiamomis PSDF biudžeto ataskaitomis.