

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS FINANSAVIMO TERITORINIO PASKIRSTYMO VERTINIMAS

Jolanta Žemgulienė

Doktorantė

Vilniaus universiteto Prekybos ekonomikos katedra

Saulėtekio al. 9, 2040 Vilnius

Tel. (370 2) 76 89 86

Straipsnyje aptariamas vienas iš sveikatos priežiūros finansavimo teritorinio paskirstymo racionalumo kriterijų – gyventojų ambulatorinis sergamumas. Juo remiantis analizuojami rajoniniai sergamumo ir finansavimo skirtumai, teritorinių sergamumo ir finansavimo duomenų tiesinės priklausomybės koreliacinis ryšys. Gauta, jos vieno kriterijaus finansavimo racionalumui įvertinti nepakanka. Nors sergamumo ir finansavimo tiesinės priklausomybės ryšio nėra, statistiškai patikimų sergamumo ir finansavimo teritorinių skirtumų nenustatyta. Gauti statistiškai patikimi vietinio pavaldumo įstaigų finansavimo, tenkančio vienam miestui ir kaimo gyventojui, skirtumai.

Įvadas

Sveikatos priežiūros sistemoje rinkos santykių veikimas yra ribotas. Paslaugų kaina susiformuoja ne pasiūlos-paklausos sąveikos pagrindu. Paslaugų pasiūla yra susijusi su esama sveikatos priežiūros institucijų infrastruktūra. Kaina už sveikatos priežiūros paslaugas nustatoma centralizuotai, remiantis praėjusių laikotarpių tipinių institucijų faktinėmis išlaidomis. Paslaugų paklausa atitinka esamą visų gyventojų grupių visų rūšių sveikatos priežiūros poreikį [2]. Taigi sistemos racionalumo arba finansavimo paskirstymo efektyvumo kriterijumi galima laikyti finansavimo paskirstymo atitikimą gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams. Gyventojų po-

reikius tam tikru mastu reprezentuoja sergamumo rodiklis. Sergamumo pasiskirstymas įvairiuose šalies rajonuose priklauso ne tik nuo gyventojų medicinos pagalbos poreikių. Poliklinikose ir kitose gydymo įstaigose registruojamam sergamumui įtakos turi ir kiti veiksniai, tokie kaip paslaugų prieinamumas (ten, kur daugiau gydymo įstaigų ar gydytojų, gyventojai turi galimybę dažniau lankytis gydymo įstaigose, daugiau užregistruojama ir susirgimų). Taigi sergamumas susijęs tiek su objektyviu sveikatos priežiūros poreikiu, priklausančiu nuo rajono ar kito teritorinio vieneto gyventojų amžiaus struktūros, aplinkos veiksnių įtakos jų sveikatai, gyvenimo įpročių ir t. t., tiek ir su apsilankymų poliklinikose dažnumu.

Lietuvoje remiantis Sveikatos draudimo įstatymu, sveikatos priežiūros valdymo funkcijos buvo atskirtos. Viena iš šių funkcijų – finansavimas – perduota naujai įkurtoms institucijoms – teritorinėms ligonių kasoms. Planavimo, administravimo, organizavimo funkcijas, remiantis Sveikatos sistemos įstatymu, vykdo apskričių ir savivaldybių administracijos. Skirtingas sveikatos priežiūros sistemos valdymo funkcijas vykdančioms institucijoms, racionalaus finansinių išteklių išdėstymo remiantis paslaugų poreikio kriterijumi klausimai tampa svarbūs formuojant sveikatos priežiūros plėtros strategiją.

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymo pagal šalies rajonus racionalumą, remiantis gyventojų sergamumo kriterijumi.

Tyrimo apimtis ir metodika

Siekdami nustatyti sveikatos priežiūros paskirstymo racionalumą, pirmiausiai analizavome gyventojų sergamumo, užregistruoto ambulatorinio gydymo įstaigose, kaip paslaugų poreikio kriterijaus, pagrįstumą. Akiivaizdu, kad šį rodiklį iš dalies lemia ne tik medicinos priežiūros poreikis, bet ir kiti veiksniai, labiau susiję su paslaugų prieinamumu, kuriuos apibūdina apsilankymų ambulatorinio gydymo įstaigose skaičius, tenkantis vienam gyventojui, gydytojų 1000 gyventojų skaičius atitinkamame rajone. Objektvūs sveikatos priežiūros poreikio veiksniai yra gyventojų amžius, aplinkos užterštumas, gyventojų sveikos gyvensenos įpročiai ir t. t. Sergamumo rodiklis priklauso ir nuo šių objektyvių veiksnių poreikio. Šiame

darbe atsižvelgėme į vieną iš jų – gyventojų amžiaus struktūrą. Sergamumo duomenų ir apsilankymų poliklinikoje skaičiaus vienam gyventojui, taip pat gydytojų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų, priklausomybę nustatyta apskaičiuojant Pearsono koeficientą. Šis koeficientas parodo sergamumo ir paslaugų prieinamumo rodiklių stiprumo tiesinę priklausomybę. Pearsono koeficientas, apskaičiuotas sergamumo ir pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus, tenkančio vienam darbingo amžiaus žmogui, santykiniam rodikliui, parodo sergamumo ir gyventojų amžiaus struktūros stiprumo tiesinę priklausomybę. Pearsono koeficientui esant 0,8 ir daugiau tarėme, jog tiesinė rodiklių priklausomybė labai stipri, 0,6–0,8 stipri, 0,4–0,6 vidutinė, 0,2–0,39 – silpna, mažiau negu 0,2 – labai silpna.

Naujai poliklinikose užregistruotų susirgimų rodiklis galėtų iš dalies indikuoti sveikatos priežiūros paslaugų poreikį arba paklausą. Šiam rodikliui, kaip sveikatos priežiūros paslaugų poreikio kriterijui, pagrįsti taikėme analogišką kaip ir gyventojų sergamumui metodiką, apskaičiuodami tiek paslaugų prieinamumą parodančių rodiklių, tiek objektyvaus sveikatos paslaugų poreikio veiksnio – gyventojų amžiaus struktūros santykinio rodiklio tiesinės priklausomybės stiprumą.

Nustatydami finansavimo paskirstymo racionalumą, apskaičiavome sergamumo ir naujai užregistruotų susirgimų teritorinio pasiskirstymo ir vietinio pavaldumo sveikatos įstaigų viso finansavimo bei biudžetinio finansavimo teritorinio pasiskirstymo duomenų tiesinės priklausomybės stiprumo koeficientą (Pearsono koeficientą). Esant stipriai ir labai

stipriai tiesinei priklausomybei (tiesinio duomenų grupių ryšio stiprumo vertinimą pagal Pearsono koeficiento reikšmes pateikėme prieš tai) laikėme, jog galima pagrįstai daryti prielaidą, kad finansavimas pasiskirstęs racionaliai, silpnai ir labai silpnai – finansavimas pasiskirstęs neracionaliai.

Analizuodami finansavimo paskirstymą penkioms didžiosioms šalies apskritims – Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio – nagrinėjome sergamumo, vietinio pavaldumo sveikatos įstaigų viso finansavimo ir šioms įstaigoms tenkančio biudžetinio finansavimo duomenis, apskritis lyginome poromis. T testu nustatėme tikimybę, kad sergamumo ir finansavimo rodiklių vidurkiai lyginamosiose apskrityse yra vienodi (tarėme, kad tikimybė dvipusė, dispersija didelė, $\alpha = 0,05$). Finansavimas pasiskirstytas racionaliai, kai skirtingo sergamumo vidurkių tikimybė atitiko skirtingo finansavimo vidurkių tikimybė arba vienodo sergamumo vidurkį atitiko vienodas finansavimo vidurkis.

Atlikdami tyrimą naudojome Lietuvos sveikatos informacijos centro 1997 metų duomenimis pagal šalies rajonus apie ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose užregistruotą sergamumą, įskaitant suaugusių ir vaikų, vietinio pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų visas ir biudžetines išlaidas, duomenis apie apsilankymų poliklinikoje skaičių, tenkantį vienam gyventojui, gydytojų skaičių vietinio pavaldumo gydymo įstaigose, tenkantį 1000 gyventojų, taip pat demografinės statistikos duomenys apie ikidarbingerio amžiaus, darbingo amžiaus ir pensinio amžiaus gyventojų pasiskirstymą pagal šalies rajonus.

Tyrimo rezultatai

Tyrimo duomenimis, ambulatorinio sergamumo ir apsilankymo poliklinikose duomenų koreliacija vidutinė – Pearsono koeficientas lygus 0,52, sergamumo ir vietinio pavaldumo gydymo įstaigose dirbančių gydytojų skaičiaus koreliacija beveik stipri (Pearsono koeficientas 0,58). Apskaičiavę Pearsono sąryšio tarp dviejų duomenų grupių tiesinės priklausomybės stiprumo koeficientą pagal sergamumą ir pensinio amžiaus gyventojų santykinį rodiklį, apibūdinantį pensinio amžiaus gyventojų skaičių, tenkantį vienam darbingo amžiaus gyventojui, gavome vidutinio stiprumo tiesinę priklausomybę (Pearsono koeficientas lygus $-0,44$).

Nustatėme, kad naujai užregistruotų susirgimų ir apsilankymų poliklinikose, tenkančių vienam gyventojui, taip pat naujai užregistruotų susirgimų ir gydytojų skaičiaus vietinio pavaldumo įstaigose koreliacija yra vidutinė (Pearsono koeficientas atitinkamai 0,49 ir 0,54). Naujai užregistruotų susirgimų ir santykinio rodiklio, nustatančio pensinio amžiaus gyventojų skaičių, tenkantį vienam darbingo amžiaus gyventojui, koreliacinis ryšys vidutinio stiprumo (Pearsono koeficientas $-0,48$).

Įvairių analizuojamų rodiklių tiesinė priklausomybė pateikiama 1 lentelėje.

Apskaičiavę sergamumo ir naujai užregistruotų susirgimų teritorinio pasiskirstymo ir vietinio pavaldumo sveikatos įstaigų viso finansavimo ir biudžetinio finansavimo teritorinio pasiskirstymo duomenų tiesinės priklausomybės stiprumo koeficientą (Pearsono koeficientą), gavome, kad šių rodiklių koreliacija yra labai silpna (žr. 2 lentelę).

1 lentelė. Sergamumo, paslaugų prieinamumo ir gyventojų amžiaus rodiklių tiesinės priklausomybės koeficientai

	Apsilankymų poliklinikoje rodiklis	Gydytojų skaičiaus rodiklis	Pensinio amžiaus gyventojų santykinis rodiklis
Ambulatorinis sergamumas	0,52	0,58	-0,44
Naujai užregistruotų susirgimų rodiklis	0,49	0,54	-0,48

2 lentelė. Sergamumo ir vietos pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų viso ir biudžetinio finansavimo tiesinės priklausomybės koeficientai

	Vietos pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų visos išlaidos	Vietos pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų biudžetinės išlaidos
Ambulatorinis sergamumas	0,12	0,11
Naujai užregistruoti susirgimai	0,09	0,07

Tiek sergamumo, tiek finansavimo skirtumai rajonuose nėra statistiškai patikimi. Išanalizavus miestų ir rajonų sergamumo ir biudžetinio finansavimo duomenis, gauta, kad sergamumo skirtumai nėra statistiškai patikimi, o biudžetinio finansavimo, tenkančio vienam gyventojui, skirtumai tarp miestų ir rajonų statistiškai patikimi ($p < 0,05$).

Sergamumo palyginimas pagal didžiąsias šalies apskritis parodė, jog didesnė tikimybė, kad sergamumo vidurkiai yra vienodi, gauta Vilniaus–Klaipėdos, Vilniaus–Panevėžio, Klaipėdos–Panevėžio apskrityse. Tikimybių apskaičiavimas pateikiamas 3 lentelėje.

3 lentelė. Gyventojų ambulatorinio sergamumo palyginimas pagal kai kurias šalies apskritis, panaudojant statistinį T testą

	Vilniaus apskritis	Kauno apskritis	Klaipėdos apskritis	Šiaulių apskritis	Panevėžio apskritis
Vilniaus apskritis	1				
Kauno apskritis	0,22	1			
Klaipėdos apskritis	0,74	0,04	1		
Šiaulių apskritis	0,31	0,02	0,37	1	
Panevėžio apskritis	0,66	0,04	0,88	0,44	1

Finansavimo palyginimas pagal didžiausias Šiaulių, Klaipėdos–Šiaulių, Klaipėdos–Panevėžio, Šiaulių–Panevėžio. Tikimybių apskaičiavimas pateikiamas 4 lentelėje.

šalies apskritis parodė, jog didesnė tikimybė, kad sergamumo vidurkiai yra vienodi, gauta šiose apskrityse: Vilniaus–Kauno, Vilniaus–

4 lentelė. Vietinio pavaldumo gydymo įstaigų finansavimo palyginimas pagal kai kurias šalies apskritis, panaudojant statistinį T testą

	Vilniaus apskritis	Kauno apskritis	Klaipėdos apskritis	Šiaulių apskritis	Panevėžio apskritis
Vilniaus apskritis	1				
Kauno apskritis	0,52	1			
Klaipėdos apskritis	0,15	0,10	1		
Šiaulių apskritis	0,57	0,34	0,74	1	
Panevėžio apskritis	0,22	0,12	0,86	0,68	1

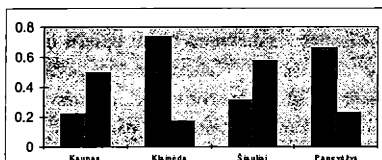
5 lentelėje pateikiamas reikšmingumo lygmenų apskaičiavimas, parodantis, jog vietos pavaldumo įstaigų biudžetinio finansavimo išlaidų vidurkiai buvo vienodi šiose apskrityse: Vilnius–Kaunas, Vilnius–Šiauliai, Klaipėda–Šiauliai, Klaipėda–Panevėžys, Šiauliai–Panevėžys.

5 lentelė. Vietinio pavaldumo gydymo įstaigų biudžetinio finansavimo palyginimas pagal kai kurias šalies apskritis, panaudojant statistinį T testą

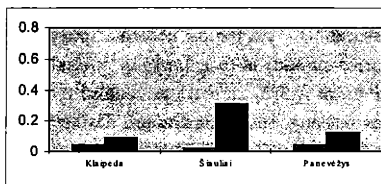
	Vilniaus apskritis	Kauno apskritis	Klaipėdos apskritis	Šiaulių apskritis	Panevėžio apskritis
Vilniaus apskritis	1				
Kauno apskritis	0,50	1			
Klaipėdos apskritis	0,17	0,09	1		
Šiaulių apskritis	0,57	0,31	0,77	1	
Panevėžio apskritis	0,23	0,12	0,89	0,72	1

Lyginant sergamumą ir biudžetinį finansavimą pagal apskritis, matyti, kad nedidelė tikimybė, jog Vilniaus–Kauno, Vilniaus–Šiaulių apskričių sergamumo ir biudžetinio finansavimo vidurkiai vienodi. Didesnė tikimybė, kad Vilniaus–Klaipėdos ir Vilniaus–Panevėžio apskričių sergamumo vidurkiai vienodi, o biudžetinio finansavimo vienodų vidurkių tikimybė gerokai mažesnė (žr. 1 pav.). Kauno–Klaipėdos, Kauno–Šiaulių, Kauno–Panevėžio

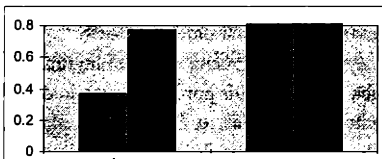
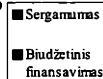
apskričių skirtingi tiek sergamumo, tiek finansavimo vidurkiai (žr. 2 pav.). Klaipėdos–Šiaulių, Šiaulių–Panevėžio apskrityse vienodo sergamumo vidurkio tikimybė mažesnė, o vienodo finansavimo vidurkio tikimybė didesnė (žr. 3 pav.). Lyginant Klaipėdos–Panevėžio apskritis, gautas reikšmingumo lygmuo parodė sergamumo ir finansavimo vidurkius esant vienodus (žr. 4 pav.).



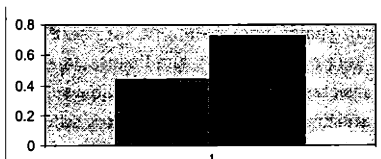
1 pav. Sergamumo ir biudžetinio finansavimo vienodų vidurkių tikimybės palyginimas Vilniaus apskritį lyginant su kitomis



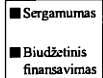
2 pav. Sergamumo ir biudžetinio finansavimo vienodų vidurkių tikimybės palyginimas Kauno apskritį lyginant su kitomis



3 pav. Sergamumo ir biudžetinio finansavimo vienodų vidurkių tikimybės palyginimas Klaipėdos apskritį lyginant su kitomis



4 pav. Sergamumo ir biudžetinio finansavimo vienodų vidurkių tikimybės palyginimas Šiaulių–Panevėžio apskrityse



Rezultatų aptarimas

Tyrimo rezultatai leidžia daryti išvadą, kad sergamumas ir naujai užregistruotų susirgimų rodiklis priklauso tiek nuo objektyvių, tiek ir nuo subjektyvių sveikatos priežiūros paslaugų poreikio veiksnių. Gauti tiesinės pri-

klausomybės stiprumo koeficientai parodė, kad vienoda yra sergamumo – gydytojų vietinio pavaldumo įstaigose skaičiaus ir sergamumo – pensinio amžiaus žmonių santykinio rodiklio tiesinė priklausomybė. Taigi sergamumas – tai vienas iš galimų sveikatos prie-

žiūros paslaugų paklausos rodiklių. Be to, sergamumo duomenys gali būti gydymo įstaigų finansavimo paskirstymo racionalumo vertinimo kriterijumi. Tam tikslui galima panaudoti ir kitus sveikatos paslaugų poreikį indikuojančius rodiklius. Tokie rodikliai galėtų būti gyventojų mirtingumo duomenys, numatomo būsimo gyvenimo metų rodikliai, gyventojų amžiaus struktūros duomenys. Atsižvelgtina į tai, kad sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų poreikis ir realizuota paklausa nesutampa – yra tokios medicinos pagalbos, kurios suteikti nėra galimybių, poreikis, be to, esant įvairių kliūčių pasinaudoti medicinos paslaugomis, dalis žmonių nesikreipia į gydymo įstaigas [6, 7]. Siekiant tiksliau įvertinti finansavimo paskirstymo racionalumą, reikėtų kompleksiška analizuoti visus galimus (ar prieinamus) realaus sveikatos paslaugų poreikio kriterijus.

Gauti sergamumo, naujai užregistruotų susirgimų ir vietos pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo tiesinės koreliacijos koeficientai parodė, kad finansavimas nėra susietas su sergamumu. Tai galima suprasti, atidžiau susipažinus su sveikatos sistemos finansavimo mechanizmu. Iki 1997 m. liepos mėn., kol įsigaliojo Sveikatos draudimo įstatymas, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos buvo finansuojamos taikant įvairius atsiskaitymo būdus. Nemažai įstaigų savo biudžetą formavo iš pajamų, gautų už suteiktas gyventojams medicinos paslaugas pagal gydytų ligonių skaičių, suteiktos pagalbos sudėtingumą. Šias įstaigas finansavo Valstybinė ligonių kasa. Kitos medicinos įstaigos buvo finansuojamos, skiriant joms numatytą biudžeto lėšų kiekį, t. y. pagal planuojamas išlaidas. Įsigaliojus draudimo sveikatos siste-

mos finansavimui, visos sveikatos priežiūros įstaigos imtos finansuoti taikant bendrą kriterijų – už atliktas paslaugas, pagal jų kiekį ir sudėtingumą. Tai sudarys prielaidas pereiti nuo įstaigų infrastruktūros išlaikymo grindžiamo finansavimo prie efektyvesnio finansinių sveikatos priežiūros išteklių panaudojimo.

Sergamumas kaip sveikatos priežiūros institucijų finansavimo kriterijus niekur nėra taikomas [3, 4]. Jis taikomas indikuojant, ar racionaliai veikia sistemos finansavimo – išteklių paskirstymo mechanizmas. Šalies medicinos įstaigų finansavimo būdai aptarti ir šiame straipsnyje, analizuojant sergamumą. Esant tokiai gydymo tvarkai, kai gydymo įstaigoms mokama už suteiktas paslaugas, jose priimama daugiau pacientų, kruopščiau registruojami susirgimai, atliekama daugiau (kartais ir nebūtinų) laboratorinių ir kitų tyrimų, pacientai dažniau siunčiami specialistų konsultacijoms [1]. Todėl sergamumo ir gydytojų skaičiaus rodiklių koreliacijos koeficientas gautas gana didelis.

Lyginant sergamumą ir biudžetinį finansavimą pagal apskritis poromis, gauta, kad sergamumas vienodas, o finansavimas skiriasi Vilniaus–Klaipėdos, Vilniaus–Panevėžio apskrityse; sergamumas skirtingas, o finansavimas vienodas Klaipėdos–Šiaulių, Šiaulių–Panevėžio apskrityse; Kauno apskritį lyginant su visomis kitomis, gauta, kad skiriasi tiek sergamumas, tiek finansavimas. Sergamumo ir finansavimo skirtumai pagal rajonus nėra statistiškai patikimi. T teste gautos vienodų lyginamųjų apskričių rodiklių vidurkių didelės tikimybės gali būti dėl didelio kintamųjų išsibarstymo. Todėl galima tik konstatuoti, kad yra sergamumo ir biudžetinio finansavimo skirtumų tikimybė.

Miestų ir rajonų sergamumo ir finansavimo duomenų palyginimas parodė, kad sergamumo skirtumai nėra statistiškai patikimi. Finansavimo, tenkančio vienam miesto ir rajono gyventojui, skirtumai yra statistiškai patikimi ($p < 0,05$).

Išvados

Tyrimo rezultatai parodė, jog imant sergamumo teritorinį pasiskirstymą finansavimo teritorinio pasiskirstymo racionalumo kriterijumi, vienareikšmiškai nustatyti, kad finansavimas pasiskirstęs neracionaliai, negalima. Nerasta statistiškai patikimų finansavimo ir sergamumo teritorinių skirtumų, nors sergamumo ir finansavimo teritorinio pasiskirstymo koreliacija yra maža.

Sveikatos priežiūros sistemos ištekliai labiau koncentruojami miestuose, nors sergamumas mieste ir kaime iš esmės nėra skirtingas. Esami teritoriniai pagal šalies rajonus sergamumo ir finansavimo skirtumai nėra statistiškai patikimi, o palyginus miesto ir kai-

mo sergamumo ir finansavimo duomenis, gauta, kad sergamumas statistiškai patikimai nesisiskiria; finansavimo skirtumai yra statistiškai patikimi.

Miesto ir kaimo gyventojų sergamumo išsamesnė analizė gali būti taikoma siekiant atskleisti sveikatos priežiūros finansavimo pasiskirstymo pagal socialines-ekonomines gyventojų grupes aspektą.

Tolesni tyrimai

Išsamesni gyventojų sergamumo tyrimai leistų nustatyti veiksnius, lemiančius įvairaus lygio sveikatos priežiūros poreikį.

Lėšų paskirstymo pagal gyventojų poreikius įvairaus lygio medicinos priežiūrai ar atitinkamiems susirgimams gydyti lyginamoji analizė leistų numatyti veiksnius, lemiančius racialesnį lėšų paskirstymą. Tai galėtų būti panaudojama, tobulinant sveikatos priežiūros institucijų draudimo finansavimo įkainių metodiką.

LITERATŪRA

1. Barnum H., Kutzin J. Incentives and Provider Payment Methods // *International Journal of Health Planning and Management*. 1995. Vol. 10. P. 23–45.
2. Dardoni V., Wagstaff A. Uncertainty and Demand for Medical Care // *Journal of Health Economics*. 1990. N 6. P. 283–290.
3. *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*. World Health Organization, 1996.
4. *Financing and Delivery Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries* // *OECD Social Policy Studies*. 1987. N 4.

5. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1996–1997 m. Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 1998.
6. Smedby A. R., Anderson B. *Medical Care Use in Sweden and the United States. A Comparative analysis of Systems and Behaviour*. Center of Health Administration Studies, 1970.
7. Whitehead M., Evandrou M., Hagland B. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ*, 1997, October. P. 1006–1009.

EVALUATION OF THE TERRITORIAL DISTRIBUTION OF HEALTH CARE FINANCING

Summary

The article investigates morbidity as one possible criteria of the rationality of the health care financing territorial distribution. Regional morbidity and financing differences have been analysed according to that criteria, correlation coefficient of the linear relationship between territorial data on morbidity and financing have been defined. The results showed that one criteria is not sufficient proof to de-

termine the rationality of territorial distribution of financing. Although there is no linear correlation between morbidity and financing, the differences of territorial morbidity and financing are not statistically significant. There were found statistically significant urban and rural differences between the financing per 1 inhabitant of the institutions within the regional jurisdiction.

Įteikta 1998 metų spalio mėn.