



VILNIAUS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS FAKULTETAS
EKONOMINĖS POLITIKOS KATEDRA

Aurelija GYLYTĖ
Ekonominės politikos programa

MAGISTRO DARBAS

LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS FINANSAVIMO IR IŠTEKLIŲ
PANAUDOJIMO VERTINIMAS

EVALUATION OF LITHUANIAN HEALTH CARE SYSTEM FINANCING AND USAGE
OF RESOURCES

Leidžiama ginti _____

(parašas)

Katedros vedėjas prof. Dr. A. Miškinis

Magistrantas _____

(parašas)

Darbo vadovas _____

(parašas)

Lekt. Giedrė Dzemydaitė

Darbo įteikimo data: _____

Registracijos Nr. _____

Vilnius, 2017

TURINYS

ĮVADAS.....	3
1. SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMO SAMPRATA TEORINIU ASPEKTU	5
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų samprata ir rinkos ypatybės	5
1.2. Sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modeliai	8
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSINIŲ IŠTEKLIŲ KAUPIMAS, PASKIRSTYMAS IR EFEKTYVUMO TYRIMAI	12
2.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) reikšmė ir lėšų administravimas.....	13
2.2. Finansinių išteklių paskirstymas teritorinėms ligoninių kasoms	16
2.3. PSDF lėšų paskirstymas paslaugų teikėjams.....	18
2.3.1. Ambulatorinė sveikatos priežiūra.....	19
2.3.2. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	20
2.4. Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo vertinimo tyrimai.....	23
3. EFEKTYVUMO VERTINIMO TYRIMO METODOLOGIJA	26
4. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS, ŽMOGIŠKIEJI IR MATERIALINIAI IŠTEKLIAI	30
4.1. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas Europos kontekste	31
4.2. Finansavimas pagal sveikatos priežiūros funkcijas.....	33
4.3. Finansavimas pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus.....	34
4.1. Žmogiškieji ištekliai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje	35
4.2. Aprūpinimas brangia medicinos įranga.....	38
5. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ FINANSAVIMAS IR LIGONINIŲ VEIKLOS RODIKLIAI.....	41
5.1. Stacionarinių paslaugų bazė ir ligoninių veiklos vertinimo rodikliai.....	41
5.2. Stacionarinių paslaugų tendencijos ir finansavimas.....	45
6. KIEKYBINIS EFEKTYVUMO VERTINIMAS DUOMENŲ APGAUBTIES ANALIZĖS METODU.....	48
IŠVADOS	53
LITERATŪROS ŠALTINIAI.....	56
SUMMARY	62

ĮVADAS

Temos aktualumas. Sveikata nuo seno įvardijama kaip didžiausias žmogaus turtas, ją galima apibūdinti ir kaip didžiausią ekonominę vertybę, kuri leidžia žmogui produktyviai dirbti bei dalyvauti ekonominiame, socialiniame ir politiniame šalies gyvenime. Taigi valstybė yra suinteresuota siekti kokybiškų medicinos paslaugų teikimo ir racionalaus finansinių, žmogiškųjų bei technologinių išteklių naudojimo.

Sveikatos priežiūros sistema tiek Lietuvoje, tiek ir Europoje susiduria su ribotais ištekliais. Neretai politinėje arenoje šie ištekliai įvardijami kaip nepakankami, tačiau tik nuodugnesnė analizė gali nubrėžti aiškesnę ribą tarp nepakankamų finansinių išteklių ir nepakankamai efektyvaus jų panaudojimo. Tuo tarpu vis didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos bei senstanti visuomenė jau tapo iššūkiu Europos sveikatos apsaugos sistemoms. Vykdomos reformos sunkiai grąžina gyventojų pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema. Įsisenėjusios korupcijos tradicijų palikimas, jautrus eilių klausimas, specialistų emigracija – tik keletas iš pagrindinių sistemos problemų. Vis didesnė visuomenės dalis tampa politiškai raštingi ir aktyvūs, domisi, kur naudojami jų sumokami mokesčiai bei privalomojo sveikatos draudimo įmokos, ir negavę juos tenkinančių, kokybiškų ar savalaikių paslaugų, iššaukia nepasitenkinimą sveikatos apsaugos sistema. Savo ruožtu asmens sveikatos priežiūros įstaigos gauna ribotą finansavimą iš valstybinių ligonių kasų, o pastarosios disponuoja taip pat ribotais finansiniais ištekliais, taigi iškyla kertinė ekonomikos mokslo problema – ribotų išteklių paskirstymas neribotiems poreikiams.

Mokslinė problema. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas vertinamas įvairiose ataskaitose bei politinėse diskusijose, tačiau stinga mokslinių darbų ir nuodugnesnės finansavimo analizės. Sveikatos priežiūros srities efektyvumui įvertinti užsienio mokslininkai pasitelkia įvairius modelius, gana plačiai taikomas duomenų apgaubties metodas (ang. data envelopment anaysis), mokslininkai J. Benneyan, M.E. Ceyhan ir A. Sunnetci šio metodo pagalba vertino net 180 valstybių, L. Asandului, M. Roman ir P. Fatulescu atliko 30 Europos valstybių sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo vertinimą 2010-iesiems. Tuo tarpu Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas moksliniuose darbuose, autorės žiniomis, vertintas tik 2010-aisiais N. Jasaitytės, nustatant apie 40%-50% išteklių perteklių ir neefektyvumą. Taigi, neefektyvumo problema šioje srityje Lietuvai yra aktuali ir mažai išnagrinėta.

Darbo objektas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas ir išteklių panaudojimo efektyvumas Lietuvoje.

Darbo tikslas. Išanalizuoti sveikatos apsaugos sistemos finansavimo ypatybes ir įvertinti išteklių panaudojimo efektyvumą.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti sveikatos priežiūros rinkos ypatybes ir sveikatos priežiūros, kaip paslaugos, išskirtinumą;
2. Išanalizuoti ir susisteminti sveikatos priežiūros finansavimo modelių bruožus, identifikuoti Lietuvai būdingą modelį;
3. Išnagrinėti Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelį, prioritетines kryptis ir išlaidų dinamiką;
4. Atlikti palyginamąją Lietuvos sveikatos priežiūros žmogiškųjų ir materialinių išteklių analizę su Europos Sąjungos valstybėmis;
5. Duomenų apgaubties analizės metodu įvertinti Lietuvos apskričių sveikatos priežiūrai skirtų išteklių panaudojimo efektyvumą;
6. Įvertinti sąlyginį Lietuvos sveikatos priežiūros efektyvumą, lyginant su ES valstybėmis.

Tyrimo metodai. Darbe naudojami mokslinės ir metodinės literatūros bei įstatyminės bazės analizė bei sintezė, duomenų susistemavimo ir palyginamosios analizės metodai, vertikalioji bei horizontalioji analizės, grafinio modeliavimo metodai ir pritaikyta duomenų apgaubties analizė.

Darbo struktūra. Pirmojoje darbo dalyje apžvelgiami ir analizuojami teoriniai darbo objekto aspektai: aptariama sveikatos priežiūros sistemos sąvoka ir prasmė, finansavimo modeliai, nagrinėjami Lietuvos sveikatos apsaugos finansavimo bruožai, pradedant įmokų surinkimu į privalomąjį sveikatos draudimo fondą (toliau – PSDF), baigiant PSDF biudžeto lėšų skirstymu asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms. Teorinėje dalyje išryškunami atitinkamų modelių ir finansavimo mechanizmų teigiami ir neigiami bruožai, aptariami probleminiai klausimai. Antrojoje darbo dalyje nagrinėjami sveikatos priežiūros sistemą ir jos finansavimą apibūdinantys rodikliai, analizuojama išteklių bazė ir dinamika, lyginant su Europos Sąjungoje būdingomis tendencijomis. Atkreipiamas dėmesys į labiausiai sąnaudoms imlias stacionarines paslaugas ir jų finansavimo bei efektyvumo rodiklius. Trečiojoje dalyje taikomas duomenų apgaubties analizės metodas Lietuvos apskričių sąlyginiam efektyvumo įvertinimui bei visos Lietuvos sveikatos priežiūros išteklių panaudojimo efektyvumo vertinimas Europos Sąjungos kontekste.

1. SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMO SAMPRATA TEORINIŲ ASPEKTU

Sveikata visuomenėje ir mokslinėje literatūroje suprantama nevienareikšmiai. Mokslinėje literatūroje sveikata taip pat nagrinėjama skirtingais aspektais – medicininis požiūris akcentuojamas žmogaus ar visuomenės sveikumas, tiriamos ligos ir gydymo metodai, tuo tarpu ekonomistai linkę vertinti sveikatą kaip prekę. Tai yra svarbu apibrėžti sveikatos kaip prekės sampratą, sveikatos apsaugos būtinybę ir prielaidas jai finansuoti. Ypatinga sveikatos kaip prekės samprata reikalauja nuoseklios literatūros apžvalgos, prekės ir jos rinkos charakteristikų identifikavimo.

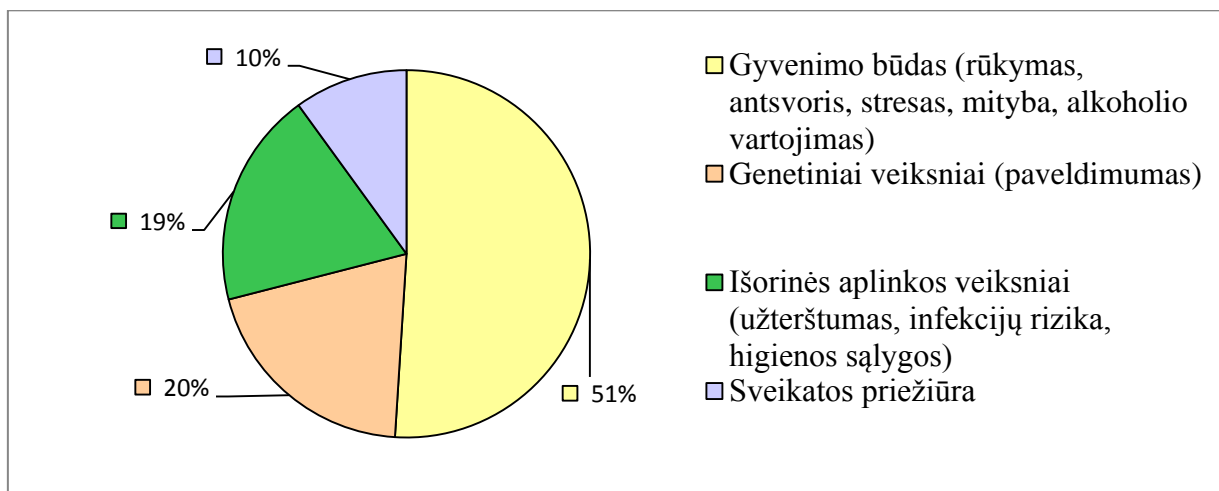
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų samprata ir rinkos ypatybės

Sveikata visuomenėje dažnai suprantama kaip ligos nebuvimas, tokiu atveju, jei žmogus neserga jokia liga ar neturi negalios, yra laikomas sveiku. Svarbu pažymėti, jog susiformavusi sveikatos samprata sąlygoja nepakankamą visuomenės sąmoningumą ir supratimą apie psichikos ligas, dažnai jos nėra vertinamos pakankamai rimtai, vyrauja susiformavę mitai, grįsti istorinėmis ankstesnės valstybės santvarkos patirtimis. Lietuvos gyventojų psichinė sveikata nėra gera, o jos rodikliai, tokie kaip savižudybių, alkoholio vartojimo, prievartos ir agresijos tarp individų paplitimas, išlieka aukšti. Tuo tarpu Pasaulio sveikatos organizacija jau 1948 m. įvedė kur kas platesnę sveikatos sampratą, kuriame sveikata apibrėžiama kaip – „fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas“ (PSO konstitucija, 2009).

Sveikatos priežiūra, pagal jos vartotojus, išskiriama į dvi dalis – asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Asmens sveikatos priežiūra Lietuvos įstatyminėje bazėje apibūdinama kaip „valstybės akredituotų fizinių ir juridinių asmenų veikla, turinti tikslą laiku diagnozuoti ir užkirsti kelią asmens sveikatos sutrikimams, padėti jam atgauti ir sustiprinti sveikatą“ (LR sveikatos apsaugos įstatymas, 1994). Tai yra, asmens sveikatos priežiūra apima prevencinę medicinos pagalbą, atstatomąją medicinos pagalbą, medicininę reabilitaciją, slaugą ir paliatyviąją slaugą. Tuo tarpu visuomenės sveikatos priežiūra apibrėžiama kaip „visuomenės ar atskirų jos grupių sveikatos sauga ir jos stiprinimas“.

Ekonomistai sveikatą kaip prekę vertina dvejopai. „Laissez-faire“ šalininkai teigia, jog sveikatos priežiūra kaip prekė nesiskiria nuo kitų asmeninio vartojimo prekių ar paslaugų. Šis panašumas aiškinamas tuo, jog sveikatos priežiūra, kaip ir kitos prekės ar paslaugos, yra susijusi su vartojimu, jos pasiūla yra ribota, o paklausos kiekis atvirkščiai proporcingai kainai. Teigiama, jog ryšys tarp medicinos paslaugų ir gyvenimo trukmės yra silpnas. Pasaulinės sveikatos organizacijos

atlikta studija apie gyventojų sveikatą lemiančius veiksnius patvirtina šį požiūrį, kadangi buvo nustatyta, jog 50 proc. lemia gyvenimo būdas ir tik 10 proc. medicinos pagalba.



1 pav. Asmens sveikatą lemiantys veiksniai

(Sudaryta autorės, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos studija, 2008)

Vis dėlto, egzistuoja ir priešinga nuomonė, kurią suformulavo ekonomistas Kenneth J.Arrow, laikomas sveikatos apsaugos ekonomikos pradininku. Ekonomistas Arrow išskyrė sveikatos priežiūrą iš kitų prekių, nes paklausa ir pasiūla nenustato rinkos kainos, taigi rinkoje beveik nėra motyvo pelnui, o vartotojai negali pasirinkti tarp sveikatos priežiūros ir kitų paslaugų. Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų rezultatas sveikatai nėra aiškus, didžiąją dalį rinkos užima ne pelno siekiančios organizacijos, be to egzistuoja trečioji šalis – valstybinis ar privatus sveikatos draudimas – kuri moka už sveikatos priežiūrą.

Sveikatos priežiūra yra paslaugų industrija, o sveikata kaip produktas atitinka visas esmines paslaugos charakteristikas: neapčiuopiamumas, heterogeniškumas, laikinumas, gamybos ir vartojimo vienovė, vartotojo dalyvavimas gamybos procese, kontaktavimas su klientu. (Pride, Ferrel, 2014). Sveikatos priežiūros neapčiuopiamumas yra susijęs su informacijos asimetrija. Neapčiuopiamumas pasireiškia tuo, jog iš anksto pacientas nežino, kokią tiksliai paslaugą gaus, turi pasitikėti gydytojo turimomis žiniomis ir kompetencija, tuo tarpu gydytojas, disponuodamas daugiau informacijos nei pacientas, sprenžia dėl paslaugos turinio ir kiekio.

Ekonomistai J.E.Wennberg, B.A.Barnes, M.Zubkoff jau 1982 m. nagrinėjo paslaugos teikėjų sukeltos paklausos (ang. *Supplier-induced demand*) problemą. Ekonominės elgsenos tyrimai paprastai remiasi paklausos, pasiūlos ir vartotojų suverenumo principu. Sveikatos apsaugos ekonomistai pastebėjo, jog pastarasis rinkos veikimo aiškinimas, jog rinkoje lemiami yra vartotojų sprendimai ir šie sprendimai yra racionalūs, sveikatos apsaugos rinkoje neveikia. Racionalaus

virtotojo sprendimai grįsti keturiomis prielaidomis: pirma, virtotojas žino, ko jis nori; antra, virtotojas žino įvairių prekių ir paslaugų veiksmingumą; trečia, virtotojas žino prekių ir paslaugų kainas, už kurias gali įsigyti tas prekes ar paslaugas; ketvirta, kiekvienas virtotojas naudoja turimą informaciją maksimizuoti naudingumą ir gauti didžiausią galimą pasitenkinimą. Tuo tarpu pacientas, kreipdamasis į gydymo įstaigą ar gydytoją, neturėdamas tinkamos kvalifikacijos, negali nuspręsti, ko jis nori, juolab, ko jam reikia. Virtotojai susiduria su paslaugos vertės nustatymo problema: negali identifikuoti paslaugos, geriausiai atitinkančios jo poreikius už mažiausią rinkoje esančią kainą. Sprendimo priėmimą dėl sveikatos, priešingai nei kitų paslaugų, lemia ir gydytojas, kurio bendravimas su pacientu grįstas atstovavimo santykiais. Taigi, J.E.Wennberg, B.A.Barnes ir M.Zubkoff manymu, racionalios ekonominės elgsenos prielaidos sveikatos apsaugos rinkoje negalioja dėl informacijos stokos, su kuria susiduria virtotojai.

Ekonomistai Jeffrey R.J.Richardson ir Stuart J.Peacock, nagrinėję teikėjų sukeltos paklausos reiškinį Australijoje, papildė teoriją, jog atstovavimo santykiai tarp gydytojo ir paciento remiasi ne tik informacijos asimetrija, tačiau ir gebėjimu bei pasiruošimu priimti sprendimą neapibrėžtumo sąlygomis (Richardson, Stuart, Peacock, 2006). Atkreipiamas dėmesys, jog su informacijos stoka susiduria ne tik pacientas, tačiau ir gydytojas. Net ir turėdamas medicininį išsilavinimą, žinias apie efektyviausius diagnostikos ir gydymo metodus, gydytojas veikia neapibrėžtumo sąlygomis. Iškeliama mintis apie priešingos krypties informacijos asimetriją – pacientas turi daugiau informacijos apie ankstesnius susirgimus, gyvenimo būdą, artimųjų ligas, ir tyčiniu ar netyčiniu būdu nuslėpęs informaciją nuo gydytojo anamnezės surinkimo metu, gali įtakoti paslaugų kokybę.

Paciento ir gydytojo įtaka paslaugos gamybos ir vartojimo procesui lemia paslaugos heterogeniškumą. Sveikata yra individualizuotas produktas, pacientams reikalingas specifinis gydymas, todėl paslaugos skirtingiems pacientams nesutampa. Heterogeniškumas lemia ir kokybės valdymo problemas: sudėtinga standartizuoti paslaugas ir užtikrinti vienodai aukštą paslaugų kokybę. Nepaisant heterogeniškumo, neapibrėžtumą diagnostikos ir gydymo procese siekiama sumažinti sisteminant mokslinius tyrimus. Šiuolaikinė medicina remiasi įrodymais pagrįsta medicina, dar vadinama „Cochrane bendrija“, kurios pavadinimas kilo nuo epidemiologo A.Cochrane, kuris 1979 m. iškėlė idėją surasti ir pateikti patikimiausius iš žinomų šiuo metu mokliškai patvirtintus gydymo faktus, struktūrizuotus pagal specializacijas ir subspecializacijas. Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, remiantis pasaulyje pripažinta praktika, ruošia ir tvirtina diagnostikos ir gydymo metodikas, kurios suteikia apibrėžtumo sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems gydytojams.

Dar vienas žingsnis gydymo standartizavimo proceso link – mokslininkų Robert B.Fetter ir John D.Thompson sukurtas giminingų diagnozių grupių (DRG, ang. Diagnosis-related groups) metodas. Pirminis DRG metodo tikslas buvo sukurti klasifikavimo sistemą, leisiančią identifikuoti paciento gaunamas paslaugas. Šis modelis klasifikuoja stacionarinis atvejus, atvejus, kurie yra panašūs klinikiniu bei ekonominiu aspektais sugrupuoja į grupes. Toje pačiose grupėje esantys atvejai privalo būti vienarūšiai klinikiniu požiūriu. Ekonominiu aspektu gydymo atvejai yra išteklių suvartojimu (Busse, Geissler, Quentin, Wiley, 2011). Iš to seka hipotezė, jog vienarūšiams klinikiniams atvejams gydyti reikalingas panašus kiekis išteklių. Nuo 2012 m. DRG metodas pradėtas taikyti ir Lietuvoje, todėl jo ypatybės bus aptartos tolimesnėje analizė, nagrinėjant ligoninių finansavimą.

Sveikatos paslaugų gamybos ir vartojimo vienovę lemia tiesioginis vartotojo dalyvavimas gamybos procese. Sveikatos priežiūros paslaugos, kaip ir kitos paslaugos, turi laikinumo ypatybę, tačiau sveikatos priežiūros paslaugos išsiskiria itin stiprių sąryšių su laiku – ligos progresavimas lemia, jog paslaugų turinys ir kiekis gali stipriai kisti, priklausomai nuo paslaugos gavimo laiko. Galima dalinė paslaugų substitucija tarp ambulatorinio ir stacionarinio gydymo. Substitucija sąlygojo tokių paslaugų grupių, kaip dienos chirurgija ir ambulatorinė chirurgija, atsiradimą. Vakarų Europoje šios formos paslaugos teikiamos keletą dešimtmečių, Lietuvoje reikalavimai teikti dienos chirurgijos paslaugas patvirtinti 2003 m. Neabejotini dienos chirurgijos privalumai – mažesni finansiniai kaštai, komfortas pacientui, sveikstant sau įprastoje aplinkoje, mažesnė hospitalinių infekcijų rizika – lemia šių paslaugų plėtrą.

1.2. Sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modeliai

A.Vasiliauskas, J. Čepinskis, D. Raškinis, R.Stankevičius draudimą vertina dviem požiūriais: socialiniu ir ekonominiu. Socialiniu požiūriu draudimas yra priemonė mažinti turtinę nelygybę. Ekonominiu požiūriu draudimas laikomas būtina sąlyga, kad šalies ekonomika tvariai augtų. Išskiriami tyrs pagrindiniai sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modeliai: Beveridžo, Bismarko ir Semaškos.

Beveridžo modelis – tai socialinės apsaugos sistema, kai išmokų dydis nėra priklausomas nuo sumokėtų įmokų (Guogis, 2000). Šio modelio pradininku laikomas Didžiosios Britanijos ekonomistas Viljamas Henris Beveridžas (org. *William Henry Beveridge*), kuris susistemino XIX a. 4-ąjį dešimtmetį Švedijoje įgyvendintą sveikatos priežiūros finansavimo sistemą. Švedijos sistemai buvo būdinga stipri parlamento kontrolė ir medicininių paslaugų finansavimas iš surenkamų

mokesčių. Beveridžo modelio tikslas – kiekvienam valstybės piliečiui prieinama sveikatos priežiūra.

1942 m. Beveridžo publikuotame protokole „Socialinis draudimas ir susijusios paslaugos“ (org. *Social Insurance and Allied Services*) išdėstoma pirminė nacionalinio draudimo idėja, kuri kiek skiriasi nuo šiandieninėje Europoje praktinio Beveridžo modelio taikymo. Pirma, autorius pabrėžė, jog valstybė, garantuodama sveikatos apsaugą, neturėtų slopinti asmeninės iniciatyvos savarankiškai pasirūpinti savo paties ar artimųjų saugumu. Asmeninė iniciatyva gali būti vertinama kaip pasirinkimo laisvė, kuomet asmuo gali siekti didesnių garantijų, nei valstybė gali suteikti, pasitelkdamas individualias papildomas priemones. Adaptuojant modelį praktiškai, pernelyg susitelkta į finansavimą mokesčių pagrindu, kas lėmė silpną privataus draudimo rinką. Antra, numatyta, jog esant reikalui, kai esamų fiksuoto dydžio įmokų nepakanka savalaikiai ir kokybiškai sveikatos apsaugai užtikrinti, šios fiksuotos įmokos gali būti padidintos. Antravertus, dalis Beveridžo modelį taikančių valstybių susiduria su neišvengiamu lėšų trūkumu.

Nepaisant Beveridžo modelio adaptavimo praktikoje, esminiai modelio principai išliko. Apibendrinus lietuvių ir užsienio mokslininkų darbus, galima išskirti šias modelio ypatybes:

- Stiprus valstybinis reguliavimas;
- Finansavimas iš valstybės biudžeto mokesčių surinkimo ir paskirstymo pagrindu;
- Draudimo mokesčių nustatymas ir surinkimas valstybės rankose;
- Visiems gyventojams teikiamos vienodos sveikatos priežiūros paslaugos;
- Nedidelės privataus draudimo sektoriaus dalies egzistavimas;
- Nedidelė konkurencija tarp paslaugų teikėjų.

Modelis neišsprendžia konflikto tarp sąlyginai mažai sveikatos apsaugos paslaugomis besinaudojančių pacientų ir lygybės principu paremtos sveikatos draudimo įmokų mokėjimo sistemos. Lygiateisiškumo principas Beveridžo modelyje kelia daug diskusijų tarp ekonomistų, kurie susiskirstę į priešingas stovyklas. Danų ekonomistai N.Ploug, J.Kvist teigia, jog būtent lygiateisiškumas ir yra draudimo sistemos pagrindas, tuo tarpu ekonomistas P.Musgrove pateikia priešingą nuomonę, teigdamas, jog susirgimo rizika ir sunkumo laipsnis turėtų įtakoti sveikatos draudimo įmokų dydį, o lygiateisiškumas nebėra aktualus šiuolaikinėje ekonomikoje. Paralelių, patvirtinančių lygiateisiškumo principo neveiksmumą, galima rasti tiek sveikatos apsaugos, tiek kituose sektoriuose. Finansų sektoriuje veikiantys bankai, kaip ir draudimo bendrovės, vertina, valdo ir siekia optimizuoti riziką. Prieš išduodant ilgalaikį kreditą, bankas nuodugniai įvertina paskolos gavėjo finansinę būklę, galimybes grąžinti kreditą, kreditingumo istoriją, ir tik po to išduoda paskolą, kurios kaina, didžiąja dalimi priklauso būtent nuo surinktos informacijos apie

klientą. Įvairialypėje draudimo rinkoje taip pat veikia kliento rizikos vertinimo mechanizmas. Viešai prieinama informacija skelbia, jog vairuotojo amžius, stažas bei turėti autoįvykiai tiesiogiai veikia būsimo civilinės atsakomybės draudimo kainą, privatus gyvybės draudimas suteikiamas tik įvertinus kliento sveikatos būklę ir jo rizikas. Tuo tarpu valstybinis sveikatos draudimas ekonominiu požiūriu veikia neracionaliai ir nevertina rizikos.

Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą iš valstybės biudžeto S.Sidabraitė (2006) išskiria kaip didžiausią šio modelio trūkumą, argumentuodama tuo, jog toks finansavimo mechanizmas „apsunkina ne tik pačio biudžeto, bet ir sveikatos draudimu besirūpinančių institucijų darbą.“ Kaip ydos sprendimo būdas, pateikiama atskiro fondo sveikatos draudimo sistemos finansavimui alternatyva. Antravertus, ekonomistai išskiria pagrindinius teigiamus modelio bruožų: visuotinis sveikatos priežiūros prieinamumas, ypatingai svarbus valstybės remiamiems ar mažiausias pajamas gaunantiems asmenims, bei jau išnagrinėtas lygiateisiškumas. Beveridžo modelis plačiai paplitęs Europoje, nacionalinį sistemos finansavimo mechanizmą naudoja šios sistemos pradininkė Didžioji Britanija, taip pat Airija, Danija, Graikija, Ispanija, Italija, Norvegija, Portugalija, Suomija bei Švedija (Buškevičiūtė, 2008).

Bismarko modelis – tai socialinės apsaugos sistema, kai išmokų dydis yra susijęs su sumokėtų įmokų dydžiu (Guogis, 2006). Bismarko modelio, dar vadinamo socialinio draudimo modeliu, gimtinė yra XIX a. Vokietija, o jos idėjų autoriumi ir idėjų pradininku tarpo svarbus to meto politinis veikėjas, Vokietijos vadovas Otas fon Bismarkas. Bismarko modelio tikslas – rūpintis visų šalies piliečių gerove, ypatingą dėmesį skiriant socialiai remtiniems asmenims. Nepaisant artimo Beveridžo modeliui tikslo, šiam pasiekti pasitelkiamos visiškai kitos priemonės. Esminis modelių skirtumas – išmokos tiesiogiai priklauso nuo sumokėtų įmokų dydžio. Svarbu paminėti, jog modelis apima tik dirbančiuosius, kurie privalo tiesiogiai ar per darbdavį mokėti įmokas į nevyriausybinis fondus, ir iš surinktų lėšų finansuojama sveikatos priežiūra. Vokietijos ekonomistai Gerlinger, Schmucker (2009) pažymi sveikatos valdymo sutelkimą savarankiškose įstaigose ir fonduose, nepriklausomuose nuo valstybės biudžeto, o sveikatos draudimo įmokų dydis susietas su pajamomis, tačiau atskiras nuo mokesčių. Apibendrintai galima išskirti pagrindinius modelio bruožus:

- Darbdavių ir darbuotojų įnašai yra privalomi;
- Finansavimas iš dirbančiųjų (darbdavių) surinktų įnašų;
- Įmokos už sveikatos draudimą atskirtos nuo socialinio draudimo mokesčių;
- Lėšos kaupiamos nevyriausybinuose fonduose;

- Fondai sudaro kontraktus su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl medicinos paslaugų teikimo ir moka jiems už apdraustiems pacientams suteiktas paslaugas sutartiniais pagrindais.

Šio modelio sistemos tarpukariu veikė Centrinėje ir Rytų Europoje, po antrojo pasaulinio karo buvo vystomos toliau. Šiuo metu sveikatos priežiūros finansavimas remiantis Bismarko modeliu taikomas Austrijoje, Belgijoje, Nyderlanduose, Prancūzijoje ir Vokietijoje, kurioje ir susiformavo modelio ištakos. Ekonomistų nuomone, Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo metodas buvo formuotas pagal Bismarko modelį. Lietuvoje savarankiško nevyriausybinio fondo, į kurį renkamos lėšos sveikatos priežiūrai finansuoti, vaidmenį atlieka Privalomasis sveikatos draudimo fondas (PSDF). Teritorinės ligonių kasos kasmet sudaro sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir sutartiniais pagrindais moka už apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu gydymą. Skirtingai nuo tipinio Bismarko modelio, Lietuvoje sveikatos priežiūra vis dėlto dalinai finansuojama ir iš mokesčių per valstybės biudžetą, kadangi dalis gyventojų – vaikai, dieninio skyriaus studentai, kariai, pensininkai, neįgalieji ir kitos Lietuvos respublikos sveikatos draudimo įstatyme išvardintos asmenų grupės - yra draudžiami valstybės lėšomis.

L.Gustaitienė (2003) pažymi ir privataus sveikatos draudimo bei tiesioginio sveikatos priežiūros finansavimo rūšis. Privatus sveikatos draudimas finansuojamas iš fiksuotų įmokų, kurių dydis nustatomas, įvertinus draudžiamą asmens amžių, lytį, sveikatos būklę ir rizikas. Tiesioginio sveikatos priežiūros finansavimo schema primityvi: pacientas tiesiogiai sumoka sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui. Pastaruoju atveju kainos gali būti fiksuotos arba pasiektas sutarimas derybų proceso metu.

Semaškos modelis. Iki nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje, kaip ir visoje Rytų Europoje, vyravo Semaškos modelis. Šio modelis atitiko tuo metu vyravusią politinę, ekonominę ir socialinę santvarką ir idėjas, kadangi nepriklausomai nuo socialinės ar ekonominės asmens padėties, kiekvienas šalies pilietis turėjo teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą ir buvo apsaugotas ligos atveju. Ekonomistai išskiria šiam modeliui būdingus bruožus (Stravinskas, 2000):

- Sveikatos priežiūra finansuojama tik iš valstybės biudžeto;
- Kontrolės funkciją atlieka valstybė;
- Remiamasi centrine planavimo sistema;
- Medicinos paslaugos yra nemokamos ir teikiamos visiems šalies piliečiams;
- Nėra privataus sektoriaus;
- Ribota pažanga, prioritetai ir papildomi išteklių skiriami kitoms valstybės ūkio šakoms, išskirtinai gamybai.

Modelio tikslas deklaruoja kilnius siekius ir lygybę, tačiau Semaškos modelis iš tiesų gana ribotas ir sunkiai pritaikomas šiuolaikinėje Europoje. Pirma, nėra konkurencijos tarp paslaugų tiekėjų, gydytojai ir kitas medicinos personalas gauna darbo užmokestį iš valstybės, nepriklausomai nuo suteiktų paslaugų apimčių ir kokybės. Įprastomis rinkos sąlygomis konkurencija sudarytų prielaidas aukštesnei paslaugų kokybei, nes paslaugų teikėjai konkuruotų dėl pirkėjų, o pirkėjai turėtų galimybę keisti paslaugos teikėjus, ieškodami jų poreikius atitinkančių paslaugų. Semaškos modelio atveju, priešingai nei Beveridžo, visiškai nepaliekama vietos privačiam sektoriui ir bent minimaliai konkurencijai. Ekonomistų nuomone, Semaškos modelis buvo glaudžiai susijęs su bendra to meto santvarka Rytų Europos šalyse, kadangi visaapimančiai ir visa kontroliuojančiai sistemai valstybinės asmens sveikatos priežiūros įstaigas kontroliuoti buvo paprasčiau, be to, sveikatos sistema laikyta viena iš nepeliningų paslaugų sektoriaus dalių, kuri, priešingai nei gamybinis sektorius, negeneruoja pelno ir neatneša valstybei ekonominės naudos.

Antras svarbus modelio trūkumas – tai praktikoje ne visiškai veikęs nemokamų medicinos paslaugų principas. Gyventojai ne tik mokėjo didžiąją dalį ambulatoriškai vartojamų vaistų, tačiau ir už kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas. Taigi lyginant realią situaciją Semaškos modelio taikymo laikais, santykinai pranašesnės ir dosnesnės buvo pažangių Europos valstybių sveikatos priežiūros sistemos (Zubrickienė, 2006). Negana to, būtent iki nepriklausomybės, vyraujant Semaškos modeliui, visuotinai išplito šešėlinė ekonomika sveikatos apsaugos sektoriuje. Privataus sektoriaus nebuvimas ir ribotos galimybės pasirinkti paslaugos teikėją salygojo neformalių mokėjimų medicinos darbuotojams paplitimą, mainais siekiant aukštesnės paslaugų kokybės. Šešėliniai mokėjimai įsišaknijo visuomenėje ir yra opi ne tik sveikatos apsaugos sistemos, tačiau ir visos šalies problema. Lietuvos laisvosios rinkos instituto Lietuvos ekonomikos tyrimo ataskaitoje prognozuoja, jog šešėlinė ekonomika 2015 metais nuosaikiai mažės, ekspertų vertinimais ketvirtadalis šalies bendrojo vidaus produkto liks šešėlyje (LLRI tyrimas, 2015).

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSINIŲ IŠTEKLIŲ KAUPIMAS, PASKIRSTYMAS IR EFEKTYVUMO TYRIMAI

Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros finansavimo modelis yra daugialypis ir turi skirtingų – Bismarko, Beveridžo ir Semaškos – modelio bruožų. Lietuvoje, kaip ir Bismarko modelio atveju, sveikatos priežiūra finansuojama iš sveikatos draudimo įmokų, būdinga paslaugų teikėjų konkurencija. Ryšį su Beveridžo modeliu lemia sąlyginai aukšta sprendimų priėmimo centralizacija. Supaprastinta modelio schema pažymi, jog darbuotojai ir darbdaviai moka

privalomojo sveikatos draudimo įmokas į privalomojo sveikatos draudimo fondą, valstybė moka įmokas už valstybės draudžiamuosius asmenis. Ligonių kasos atlieka pacientų atstovo ir sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjo vaidmenį. Pagrindinė ligonių kasų funkcija – sudaryti sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis finansuoti apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu gydymą tose įstaigose. Sveikatos ministerija kuria ir atnaujina įstatyminę bazę, reglamentuojančią sveikatos apsaugą ir medicinos paslaugų teikimą.

2.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) reikšmė ir lėšų administravimas

1991 m. įdiegus Lietuvoje socialinės apsaugos sistemą, sveikatos priežiūros sistemos finansavimas Lietuvoje pasikeitė nuo pilnai mokesčiais finansuojamos į dalinai finansuojamos. Lietuvos nacionalines sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo nutarime akcentuojama, jog pagrindinis sveikatos apsaugos ekonomikos teiginys – „medicinos pagalba yra mokama [...]“. Apmokėjimas faktiškai yra mišrus: per nacionalinį ar vietinį biudžetą, per draudimo instancijas arba apmokant tiesiogiai.¹ Socialinės apsaugos draudimo fondas tapo atsakingas už įmokų, kaip darbo užmokesčio mokesčių už sveikatos apsaugą, surinkimą ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų, reabilitacijos ir kompensuojamųjų vaistų finansavimą. 1996 m. įsteigtas Privalomasis sveikatos draudimo fondas perėmė šias funkcijas ir tapo pagrindiniu sveikatos apsaugos finansavimo šaltiniu, kurio lėšomis dengiama apie du trečdalius sveikatos priežiūros sistemos išlaidų.

Didelė dalis PSDF pajamų gaunama iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus gyventojus ir kaip asignavimai už specialias valstybės remiamas prevencines programas. Iš valstybės biudžeto skiriami asignavimai PSDF biudžetui deleguotų funkcijų finansavimui: gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugų, ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo, neatlygintinos kraujo donorystės ir kompensacijų kraujo donorams, Nacionalinės imunoprofilaktikos programos įgyvendinimo priemonių, būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo neapdraustiesiems ir kt.² Valstybės biudžeto asignavimai neretai vertinami kaip nepakankami dėl dviejų priežasčių. Pirma, už valstybės draudžiamuosius asmenis įmokos iš valstybės biudžeto yra 3,2 karto mažesnės nei dirbančiųjų asmenų PSD įmokos.³ Antra, ligonių kasų duomenimis, valstybės biudžeto pavestoms funkcijoms vykdyti 2016 m. reikalingas

¹ Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, IX dalis, 1 punktas

² LR sveikatos draudimo įstatymas, 15 str. 1 dalis

^{3,31} Dėl Lietuvos Respublikos 2016 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto; įstatymo projekto aiškinamasis raštas su priedais, I dalies 03 01 punktas.

125 tūkst. eurų finansavimas, tačiau 2016 m. įstatymo projekte numatyta tik 15 tūkst. eurų.⁴ Nepaisant Konstitucinio Teismo 2013 m. nutarimo, kuriame pateiktas išaiškinimas, kad gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo išlaidas turi dengti valstybės biudžetas,⁵ akivaizdu, jog valstybės biudžeto asignavimai neužtikrina šių paslaugų finansavimo ir Valstybinė ligonių kasa išlaidas priversta dengti iš kitų PSDF biudžeto pajamų, kas gali sąlygoti nepakankamus išteklius kitoms sritims.

Tiesioginiai arba privatūs pacientų mokėjimai (ang. – *out-of-pocket payments*) – dar viena sveikatos priežiūros sistemos finansavimo ašis. Šie mokėjimai didžiąja dalimi yra tiesioginiai pacientų mokėjimai, nes papildomas savanoriškasis sveikatos draudimas Lietuvoje užima menką dalį ir jo įmokos sudaro mažiau nei 1 proc. visų išlaidų sveikatos apsaugai.

Mėginimai išplėsti asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, neapmokamą iš PSDF lėšų, taip pat įteisinti priemokas už gydytojų konsultacijas ir lovdienius ligoninėje buvo nesėkmingi dėl politinės opozicijos ir argumentų, jog sumažinta perteklinė paklausa gali neigiamai paveikti pažeidžiamas socialines grupes, ypač Lietuvoje esant pajamų nelygybei ir didelei daliai žmonių, gyvenančių skurde. Išimtis – oficialiai įteisintos priemokos už brangiau kainuojančius vaistus ir medicinos pagalbos priemones bei paslaugas, kai pacientas turi sumokėti kompensuojamos dalies ir esančios kainos skirtumą.

Privalomojo sveikatos draudimo įmokas iki 2015 m. gruodžio 31 d. remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu⁶ pavesta administruoti dviems įstaigoms – valstybinei mokesčių inspekcijai (trump. – VMI) ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybai prie Sveikatos apsaugos ir darbo ministerijos (trump. – SODRA). Minėto įstatymo tvarka VMI administruo:

1. Savarankiškai besidraudžiančiųjų PSD įmokas;
2. Gyventojų, besiverčiančių individualia veikla pagal verslo liudijimą įmokas;
3. Ūkininkų ar kitų žemės ūkio veiklą vykdančių gyventojų įmokas, kai ūkininko žemės ūkio valda yra mažesnė kaip 2 ekonominio dydžio vienetai (EDV);
4. Ūkininkų ar kitų žemės ūkio veiklą vykdančių gyventojų įmokas, kai disponuojama žemės ūkio valda yra didesnė kaip 2 ekonominio dydžio vienetai (EDV), tačiau ūkininkas nėra PVM mokėtojas.

Privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydis yra diferencijuojamas priklausomai nuo asmens priklausymo atitinkamai įmokos mokėtojų grupei. VMI administruojamų asmenų grupėms

⁴ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimo „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“ II dalies 2 nuosprendžio punktą

⁶ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1994 m.

nustatytas fiksuotas procentinis įmokos dydis, kuris skaičiuojamas nuo minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną.

Savarankiškai besidraudžiantys asmenys kas mėnesį privalo mokėti fiksuotą 9 procentų nuo minimalios mėnesinės algos dydžio PSD įmokas. Minimalioji mėnesinė alga nuo 2016 m. liepos 1 d. Lietuvoje siekia 380 Eur, taigi savarankiškai besidraudžiančio asmens mėnesinė PSD įmoka turėtų būti 34,20 eurų, per metus – 410,40 eurus, tai yra, kiek daugiau nei vieno mėnesio minimalųjį atlyginimą turėtų skirti sveikatos draudimui. Asmenims, besiverčiantiems individualia veikla pagal verslo liudijimą, nustatytas PSD įmokos dydis nuo minimaliosios mėnesinės algos – taip pat 9 procentai. Svarbu pažymėti, jog ataskaitinių metų metinė PSD įmokų suma negali būti mažesnė nei 9 procentai 12 minimaliųjų mėnesinių algų.

Žemės ūkio veiklą vykdančių gyventojų prievolė mokėti PSD įmokas finansine išraiška skiriasi priklausomai nuo žemės ūkio valdos dydžio: ūkininkai, turintys 2 ar mažiau ekonominio dydžio vienetų valdas, moka 3 proc., ūkininkai, kurių valdos didesnės nei 2 EDV ir kurie nėra PVM mokėtojai, moka 9 proc. dydžio PSD įmokas. Skaičiavimo metodika, laikotarpis ir metinės PSD sumos sąlyga galioja ūkininkams analogiškai kaip ir savarankiškai besidraudžiantiesiems.

Nuo 2016 m. sausio 1 d. SODRA perima PSD įmokų administravimą iš VMI. SODRA toliau tęs šių asmenų grupių įmokų administravimą:

1. Individualių įmonių už jų savininkus;
2. Tikrųjų ūkinių bendrijų ir komanditinių ūkinių bendrijų už tikruosius bendrijų narius;
3. Mažosios bendrijos už mažųjų bendrijų narius;
4. Veiklos laikinai nevykdančių likviduojamų ar bankrutuojančių individualių įmonių savininkų, tikrųjų ūkinių bendrijų ir komanditinių ūkinių bendrijų tikrųjų narių ir mažųjų bendrijų narių;
5. Asmenų, kurie verčiasi individualia veikla; šeimynos dalyvių;
6. Asmenų, kurie verčiasi individualia žemės ūkio veikla ir kurie atitinka šias sąlygas: pirma, žemės ūkio valdos dydis yra didesnis nei 2 EDV; antra, jie yra priedėtinės vertės mokesčio mokėtojai.

Visoms aukščiau paminėtoms asmenų grupėms numatyta 9 procentų nuo minimaliosios mėnesinės algos dydžio PSD įmoka ir nuo 2016 m. liepos 1 d. ši suma siekia 34,20 eurų. Dirbantieji pagal darbo sutartis moka 9 proc. dydžio PSD įmoką ne nuo minimalaus, o nuo jam nustatyto bruto darbo užmokesčio. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas numato valstybėmis lėšomis draudžiamų asmenų grupes, už kurias PSD įmokas biudžeto lėšomis moka valstybė. Tokių asmenų grupių įstatyme išskiriama 20, apibendrinant tai yra asmenys:

- Gaunantys bet kokios rūšies pensiją ar šalpos kompensaciją, valstybės remiami asmenys;
- Bedarbiai, užsiregistravę darbo biržose, nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, sukaupę būtinajį valstybinio socialinio pensijų draudimo stažą;
- Asmenys iki 18 metų, moterys dalį nėštumo laikotarpio ir po gimdymo, vienas iš tėvų, auginantis vaiką iki 8 metų;
- Asmenys, pripažinti neįgaliaisiais ir asmenys, slaugantys neįgalųjį namuose;
- Aukštųjų mokyklų dieninių skyrių studentai, dvasininkų rengimo mokyklų studentai ir dvasininkai;
- Buvę politiniai kaliniai, rezistencijos dalyviai.

Remiantis Draudžiamųjų registro duomenimis, didesnė dalis Lietuvos gyventojų – 56,7 proc. žmonių yra draudžiami valstybės lėšomis. 42,6 proc. žmonių yra PSD įmokų mokėtojai, tačiau 280 tūkst. asmenų iš viso nėra drausti privalomuoju sveikatos draudimu nei savo, nei valstybės lėšomis. Pagal amžiaus grupes šie asmenys pasiskirstę taip:

Amžius	Iki 20 metų	20-30	30-40	40-50	50-60	Daugiau nei 60 metų	Iš viso
Asmenų skaičius	7.376	93.599	73.448	57.675	40.530	7.631	280.259

1 lent. Neapdraustieji PSD pagal amžiaus grupes

(Sudaryta autorės, remiantis VLK duomenimis, 2014)

Didžiausią neapdraustųjų PSD dalį sudaro jauni žmonės nuo 20 iki 30 metų. Pažymėtina, jog šios amžiaus grupės rečiau kreipiasi į gydymo įstaigas, taigi tiesiogiai rečiau susiduria su savo draustumo statusu ir galimai juo nesidomi. Neapdraustųjų sveikatos draudimu skaičių galima sieti ir su šalyje aktualia emigracijos problema, kuomet išvykę gyventi į užsienį, asmenys ne visuomet deklaruoja naują gyvenamąją vietą ir vis dar priklauso draudžiamųjų asmenų grupei.

2.2. Finansinių išteklių paskirstymas teritorinėms ligonių kasoms

Valstybinė ligonių kasa turi penkis padalinius didžiuosiuose šalies miestuose, kurie vadinami teritorinėmis ligonių kasomis atitinkamai pagal miesto pavadinimą. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis įstaigomis ir atsiskaito su jomis už šių paslaugų teikimą. Teritorinėms ligonių kasoms finansinius resursus paskirsto Valstybinė ligonių kasa pagal 2004 m. Sveikatos

apsaugos ministro įsakymu patvirtintas lėšų paskirstymo formules.⁷ Pavyzdžiui, lėšos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2 + m_3 \times k_3 + m_4 \times k_4 + m_5 \times k_5 + m_6 \times k_6 + m_7 \times k_7 + m_8 \times k_8)$$

B_{TLK} žymi teritorinei ligonių kasai skiriamas lėšas pirminio lygio paslaugoms apmokėti, m žymi gyventojų skaičių tam tikroje amžiaus grupėje, k žymi ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinę kainą vienam atitinkamo amžiaus grupės asmeniui. Indeksu „8“ pažymėti kintamieji atitinkamai nurodo TLK veiklos zonos kaimo gyventojų skaičių ir kiekvieno aptarnaujamo kaimo gyventojų ambulatoriškai teikiamų paslaugų metinę bazinę kainą. Lėšos greitajai medicinos pagalbai, slaugai ir palaikomojo gydymo paslaugoms taip pat nustatomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = B_{PSDF} \times (m_1 + m_2 \times K) / (n_1 + n_2 \times K)$$

Atitinkamai nuo paslaugų rūšies, kintamieji formulėse aiškinami skirtingai. Lėšos greitosios medicinos pagalbos (trump. – GMP) paslaugoms apmokėti apskaičiuojamos, kai m_1 žymi statistinį TLK veiklos zonos miesto gyventojų skaičių, m_2 – TLK veiklos zonos kaimo gyventojų skaičių. n_1 ir n_2 atitinkamai žymi statistinį visos šalies miesto ir kaimo gyventojų skaičių. Kaimo vietovės yra nutolusios nuo greitosios pagalbos centrų, žiemos sezono metu gali būti sunkiai pasiekiamos, o pati kelionė reikalauja daugiau išteklių – ilgesnio medicinos personalo darbo laiko ir degalų transporto priemonei. Papildomi kaštai yra įvertinami formulėje įtraukus kaimo gyventojų išlaidų koeficientą K , lygų 1,25.

Įvertinta, jog slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų poreikis ženkliai skiriasi priklausomai nuo amžiaus grupės ir didžiausia šių paslaugų naudotojų grupė yra vyresni kaip 65 metų asmenys. Atsižvelgiant į tai, finansiniai išteklių TLK skirstomi pagal jų veiklos zonoje gyvenančių asmenų iki 65 metų (m_1) ir vyresnių kaip 65 metų (m_2) skaičių. n_1 ir n_2 taip pat žymi statistinį šalies gyventojų skaičių atitinkamai pagal minėtas amžiaus grupes. Vyresnių kaip 65 metų gyventojų išlaidų koeficientas K lygus 22 ir pažymi, jog už vyresnio amžiaus asmenį TLK mokama 22 kartus daugiau.

Didžioji dalis finansinių išteklių skiriama specializuotoms ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms apmokėti. Išteklių paskirstymo formulė iš esmės atitinka anksčiau aptartas, tik šiuo atveju amžiaus grupės yra išskaidomos detaliau – kas 5 ar 10 metų, atsižvelgiama į gyventojų lytį ir atskirai lyčiai apskaičiuojamos vidutinės praėjusio laikotarpio suteiktų paslaugų vertės balais. Galutinė suma gaunama sudėjus atskirus daugiklius pagal amžiaus grupę ir lytį.

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-812 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašas“.

Apibendrinant, Valstybinė ligonių kasa finansinius išteklius teritorinėms ligonių kasoms paskirsto pagal Sveikatos apsaugos ministro patvirtintas formules sveikatos priežiūros sričiai. Pagrindiniai faktoriai, lemiantys gaunamas lėšas yra TLK veiklos zonos gyventojų skaičius, amžius, lytis ir gyvenamoji vietovė (miestas, kaimas).

2.3. PSDF lėšų paskirstymas paslaugų teikėjams

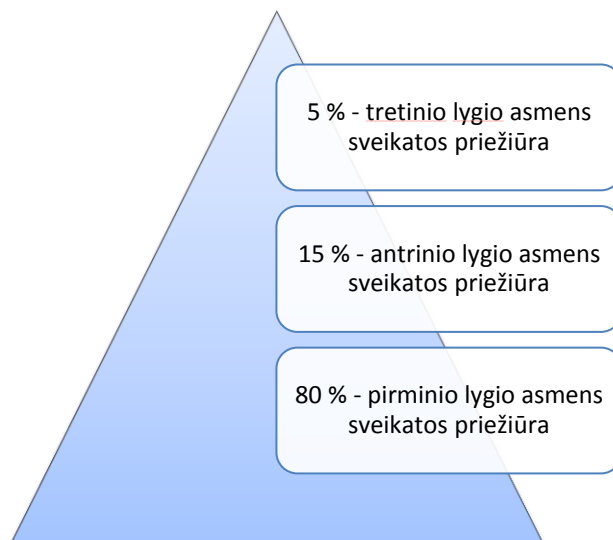
Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros institucijos yra finansuojamos iš valstybės biudžeto. Šios institucijos tai – 10 regioninių visuomenės sveikatos centrų, specializuotos visuomenės sveikatos priežiūros institucijos, Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba, Valstybinė darbo inspekcija bei Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Visuomenės sveikatos centrų finansavimas yra išskirtinai tik iš valstybės biudžeto, tuo tarpu specializuotos visuomenės sveikatos priežiūros institucijos gali gauti papildomų pajamų už pirmosios pagalbos, higienos mokymų organizavimą ir vedimą, visuomenės sveikatos saugos įvertinimo ekspertizės ir kitą licencijuotą veiklą. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai finansuojami dvejopai – iš valstybės biudžeto asignavimų ir vietos savivaldybių biudžeto. Visuomenės sveikatos priežiūros veikla yra svarbi saugiai sveikatai aplinkai užtikrinti, kontroliuoti, ne mažiau svarbi užduotis – informuoti ir šviesti visuomenę sveikatai aktualiais klausimais, propaguoti sveiką gyvenseną, higieną. Pastebima tendencija, jog visuomenės sveikatos priežiūrai valstybė skiria vis didesnę dėmesį bei finansus: Sveikatos apsaugos ministerija skiria vidutiniškai apie 1,2 mln. eurų asignavimus kasmet, tuo tarpu savivaldybių biudžetų skiriama dalis nuosaikiai auga (Ščeponavičius, Ašoklienė, Kavaliūnas, 2010).

Unikali sveikatos priežiūros finansavimo ypatybė – įkainių nustatymas balais. Beveik kasmet tvirtinamas naujas balo santykis su oficialia šalies valiuta. Tokiu būdu keičiamos kainos, kuriomis ligonių kasa atsiskaito su ligoninėmis, išvengiant sudėtingo administracinio proceso keisti didelį skaičių ministro įsakymų, nutarimų ir kitų teisinių dokumentų, kurie reglamentuoja įkainius. Antra vertus, toks kainų nepastovumas gali neigiamai atsiliiepti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (ASPI). Balo vertė pirmą kartą buvo sumažinta 2009 metais, kuomet šalyje, kaip ir visame pasaulyje, prasidėjo ekonominė krizė. Tuomet nuo 2009 m. gegužės mėn. didžiosios dalies paslaugų balo vertė tebuvo 0,89 lito, 2011-taisiais pakilo iki 0,92, tačiau 2014-tieji buvo užbaigti dar tebetaikant 0,93 balo vertę.⁸ Esminis proveržis sveikatos priežiūros finansavime balų vertės kontekste, buvo 2015 metai, kuomet visos bazinės kainos buvo perskaičiuotos pagal oficialų euro ir lito kursą, balo vertės nustatytos eurais ir pagaliau siekė 0,99, o nuo 2016 m. balo vertė prilyginta 1,0, kas reiškia grįžimą į prieškrizinį lygį ir adekvatų paslaugų finansavimą.

⁸ Valstybinės ligonių kasa pranešimas (2014). *Ligoninių apmokėjimo problemos ir jų galimi sprendimai*. Vilnius

2.3.1. Ambulatorinė sveikatos priežiūra

Sveikatos priežiūra yra išskiriama į tris lygius – pirminę, antrinę ir tretinę sveikatos priežiūrą. Pirminė asmens sveikatos priežiūra – tai bendrosios praktikos gydytojų, terapeutų, pediatrų, pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų, greitosios medicinos pagalbos, taip pat slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų teikimas. Įvairiais skaičiavimais vertinama, jog pirminio lygio sveikatos priežiūra, esant tinkamam teisiniam reguliavimui bei pakankamam finansavimui, galėtų išspręsti apie 80 proc. sveikatos problemų, taigi užtikrintų teikiamų paslaugų prieinamumą, kokybę bei padėtų išvengti perteklinių aukštesnių lygių sveikatos priežiūros paslaugų, kurios reikalauja ženkliai didesnių kaštų. Apibendrinant, pirminio lygio asmens sveikatos priežiūra ekonominiu požiūriu turėtų būti prioritetinga sritis siekiant racionalaus lėšų panaudojimo.



2 pav. Sveikatos problemų sprendimas pagal asmens sveikatos priežiūros lygius.

(Šaltinis: Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, 2007)

Papildomai mokama už gerus darbo rezultatus bei skatinamasias paslaugas, tokias kaip: kraujo krešumo sistemos būklės įvertinimą, hemoglobino nustatymą, ankstyvąją piktybinių navikų diagnostiką, fiziologinio nėštumo priežiūrą, vaikų imunoprofilaktiką ir kitas. Dar galima būtų išskirti kraujo tyrimų, atliekamų prieš planinę operaciją, paslaugas, kurios leidžia racionaliau paskirstyti turimus išteklius, tai yra, gydymas ir priežiūra stacionare kainuoja nepalyginamai brangiau nei ambulatoriškai teikiamos paslaugos, todėl kraujo tyrimų atlikimas ambulatoriškai padeda sutrumpinti gulėjimo stacionare trukmę, aukštos kvalifikacijos specialisto žinias ir darbo laiką skirti jau paruoštam pacientui, galų gale išvengti situacijų, kai pacientas dėl kraujo tyrimų nukrypimo nuo normos ribų negali būti operuojamas. Tokiu būdu valstybė formuoja sveikatos

apsaugos politiką ir valdymą, indukuodama racionalų paslaugų teikimą, atsižvelgiant į paslaugų sudėtingumo lygius.

Antro ir trečio lygio ambulatorinės paslaugos finansuojamos pagal atvejų skaičių ir paslaugų skaičių, kai atliekami diagnostiniai tyrimai. Ambulatorines paslaugas dar galima būtų išskirti į dvi didžiausias grupes: gydytojų specialistų konsultacijas ir brangiuosius tyrimus ar procedūras. Gydytojų specialistų konsultacijos skiriamos į dvi rūšis – paprastą konsultaciją, ir išplėstinę konsultaciją, kai atliekamos procedūros, intervencijos, tyrimai.

Kita ambulatorinių paslaugų rūšis – brangieji tyrimai ir procedūros, už kuriuos apmokama atskirai. Kaip buvo minėta anksčiau, sąlyginai nebrangių tyrimų, tokių kaip echoskopijos, elektrokardiogramos, punkcijos, biopsijos ir kt., kaštai įskaičiuoti į konsultacijos kainą. Tuo tarpu SAM patvirtintas brangiųjų tyrimų ir procedūrų bei jų įkainių sąrašas, už juos apmokama atsikrai, 2016 metais – ne didesne nei 1,0 balo verte. Brangiesiems tyrimams priskiriami tokie tyrimai, kaip kompiuterinė tomografija, kompiuterinės tomografijos angiografija, magnetinio rezonanso tomografija ir angiografija, pozitronų emisijos tomografijos tyrimas, hepatito C viruso nustatymo ir genetiniai tyrimai. Brangiosios procedūros, tai – gydomoji gravitacinė kraujo chirurgija, hiperbarinė oksigenacija ir hemodializės.

Dėl ribotų PSDF finansinių išteklių ir aukštų šių tyrimų kainų, jų finansavimas gali būti ir mažesnis nei 1,0 balo vertė. Nepaisant to, jog kapitalo investicijos į brangią medicinos įrangą dažniausiai dengiamos valstybės biudžeto ar struktūrinių Europos Sąjungos fondų lėšomis, taigi jų nusidėvėjimas daugiau buhalterinės nei faktinės ASPĮ sąnaudos, faktiniai kaštai patiriami panaudojant brangias papildomas priemones: kontrastines medžiagas angiografijoms, tirpalus hemodializėms, radionuklidus pozitronų emisijos tomografijos tyrimams ir kt. Šių tyrimų įkainių klausimas sudėtingas: vienavertus, finansuojama turimo PSDF biudžeto ribose, antravertus, didėjanti tyrimų paklausa ir nepakankamas finansavimas mažina paslaugų prieinamumą visuomenei, formuoja eiles, sudaro kliūtis savalaikiam ligos diagnozavimui, gydymui ir kuo greitesniam asmens grįžimui į darbo rinką.

2.3.2. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos

Nuo 2012 m. sausio 1 d. Lietuvoje pradėtas taikyti giminingų diagnozių (toliau – DRG; ang. diagnosis related groups) metodas aktyviojo gydymo paslaugoms klasifikuoti ir finansuoti šias paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas (toliau – ASPĮ). DRG metodo ištakos siekia 1983 metus, Robert Barclay Fetter and John D. Thompson, Jeilio universitete sukūrė DRG sistemą, kuri nuo 1986 metų pradėjo plisti ir Europoje. Pirminis DRG sistemos tikslas buvo sukurti

klasifikavimo sistemą, leisiančią identifikuoti paciento gaunamas paslaugas. Dalis valstybių (Švedija, Suomija) naudoja DRG tik kaip klasifikavimo sistemą gydymo atvejams identifikuoti, tuo tarpu Vidurio Europos regiono valstybės (Prancūzija, Vokietija) DRG naudoja ir ligoninių finansavimo įrankį.

Skirtingose Europos valstybės DRG buvo įdiegtas dėl panašių tikslų, kuriuos galima išskirti į dvi pagrindines grupes, apimančias panašius siekius ir lūkesčius. Pirmasis – DRG turėtų padidinti teikiamų paslaugų skaidrumą, kuris būtų pasiektas klasifikuojant pacientus, vertinant ligoninės darbo našumą. Antrasis – DRG pagrįstas finansavimas turėtų skatinti efektyvų ligoninių išteklių panaudojimą, kompensuojant jų išlaidas priklausomai nuo gydymo atvejų skaičiaus ir rūšių. Galiausiai, padidėjęs skaidrumas ir efektyvus išteklių panaudojimas buvo siejamas su lūkesčiais pagerinti, ar bent jau užtikrinti aukštą teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Giminingų diagnozių grupių metodo esmė – stacionarių atvejų klasifikavimo metodas, kuris sugrupuoja stacionarius atvejus į grupes, kuriose jie yra panašūs medicininio ir ekonominiu aspektais. Medicininio aspektu, gydymo atvejai yra vienuose klinikinio požiūriu. Ekonominiu aspektu gydymo atvejai yra panašūs išteklių suvartojimo požiūriu. Taigi implikuojama hipotezė, jog panašioms klinikinėms atvejams reikalingas panašus kiekis išteklių.

DRG sistema padeda sukcentruoti ir sugrupuoti ypatingai didelį kiekį unikalių atvejų į baigtinį skaičių grupių, kurios apjungia tam tikras bendras charakteristikas tarp atvejų. DRG sistema grupuodama unikalius pacientus pagal panašų išteklių sunaudojimą ir kliniskines charakteristikas standartizuoja duomenis ir suteikia galimybę atlikti gilesnę analizę. Ligoninės struktūrinių padalinių rodikliai tampa palyginami. Toks įrankis suteikia galimybę įvertinti ligoninės veiklos efektyvumą kiekybiniais rodikliais, tokiais kaip vidutinė gulėjimo trukmė, sąnaudos, pacientų skaičius tarp tos pačios giminingų diagnozių grupės, atlikti palyginamąją analizę tarp ligoninės departamentų, kitų ligoninių šalies ar tarptautiniu mastu.

Didėjančių sveikatos apsaugos sąnaudų Europoje kontekste, DRG sistema grįstas ligoninių finansavimas buvo tinkama priemonė vykdyti ekonominiais principais pagrįstą politiką – sukurti paskatas efektyviai panaudoti turimus išteklius. Lietuvos lūkesčiai diegiant DRG sistemą buvo šie (Kacevičius, 2009):

- Teisesnis paslaugų kompensavimas, proporcingas paciento sudėtingumui;
- Skaidresnis paslaugų kompensavimas, grįstas atvejo priskyrimo DRG grupei algoritmu;
- Šiuolaikinė, reguliariai atnaujinama apmokėjimo sistema;
- Veiksmingesnis ribotų žmoniškųjų išteklių, IT panaudojimas;
- Geresnis palyginamumas su kitomis šalimis;

- Išsamesnė statistika apie paslaugų turinį.

Baltijos šalyse, daugumoje ES valstybių bei JAV buvo pagrindinė ligoninių finansavimo schema apmokant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams už suteiktas paslaugas (ang.- *fee-for-service*, trump. FFS). Remiantis FFS metodu, ligoninės yra finansuojamos remiantis pagal iš anksto sutartas paslaugų rūšis ir kainas. Šios sistemos pranašumai: užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, jei ribinės pajamos dengia bent ribinius kaštus (Jegers, Kasteloot, De Graeve, Gilles, 2002). FFS suma tiksliai atspindi tikrąsias vieno paciento gydymo sąnaudas; palankiai vertinama ASPĮ – nes padengia bent jau patirtas sąnaudas; suteikia paskatas dirbti produktyviai ir pasiūlyti platų paslaugų spektrą vienam pacientui; užtikrina, kad ligoninėms, gydančios sudėtingus pacientus, didesnės sąnaudos būtų atitinkamai kompensuojamos.

Trūkumai, dėl kurių paslaugos gali būti teikiamos neefektyviai: paskatos teikti nebūtinai paslaugas ar net skatinti perteklinę pasiūlą teikiant pacientui nereikalingas paslaugas (ang. *supplier induced demand*) dėl informacijos asimetrijos; nesant biudžeto limitų atsainus požiūris į išlaidų kontrolę; reikalingas detalus ir aktualus paslaugų bei kainų sąrašas, kuriuo remiantis būtų apmokama už paslaugas.

Naudojant finansavimo per biudžetą metodą, iš anksto derybų tarp paslaugų teikėjo ir pirkėjo metu sutariama lėšų suma už atitinkamas iš anksto numatytas paslaugų apimtis, kurios vertinamos atvejų arba lovadienių skaičiumi). Biudžeto dydis dažniausiai nustatomas remiantis retrospektyviais duomenimis, įvertinant infliaciją. Skiriamos dvi biudžeto rūšys: visos sveikatos sistemos biudžetas ir šio biudžeto smulkesnių dalių (eilučių, punktų) biudžetai, pavyzdžiui, ambulatorinių paslaugų, stacionarinių paslaugų. Sąnaudų kontrolės efektyvumas priklauso ir nuo biudžeto tipo - griežtas biudžetas įpareigoja paslaugų teikėjus prisiimti atsakomybę nepriklausomai, ar gaunamas pelnas ar patiriami nuostoliai, tuo tarpu lankstus biudžetas nustato fiksuotą lėšų sumą išlaidoms, tačiau viršijus šį dydį paslaugų teikėjui nuobaudos netaikomos. Griežto tipo biudžetas efektyvesnis kaštų kontrolės požiūriu, tačiau gali apriboti paslaugų prieinamumą ir kokybę, neatsižvelgti į paciento poreikius, taigi lemti prastesnį gydymo rezultatą. Pagrindinis šio metodo trūkumas – nekuriamos paskatos užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę ir, priešingai nei FFS atveju, net mažinti teikiamų paslaugų apimtis.

Tiek FFS, tiek biudžeto metodas neužtikrina aukštos kokybės asmens sveikatos priežiūros dėl metodams atitinkamai būdingų dirbtinės paklausos sukūrimo ar nepakankamos paslaugų pasiūlos. Teoriškai, DRG grįstas apmokėjimas, priešingai nei biudžeto atveju, skatina didinti gydymo atvejų skaičių ir, priešingai nei FFS atveju, sumažinti paslaugų skaičių vienam atvejui. Efektyvumas išlaidų kontrolės atžvilgiu pasireiškia sumažėjusiu paslaugų skaičiumi vienam

pacientui, jei prieš tai vyravo FFS finansavimo metodas. Tuo tarpu jei šalyje vyravo biudžeto metodas, išlaidų kontrolės efektas gali nepasireikšti, nes prieš tai buvęs efektyvus paslaugų kiekis vienam pacientui išlieka nepakitęs, tik išauga gydymo atvejų skaičius.

Jei DRG tinkamai neapibrėžia skirtumų tarp pacientų grupių ar suteiktų paslaugų, sudėtingi gydymo atvejai nepakankamai apmokami, tuo tarpu už paprastesnius atvejus įkainis teoriškai gali būti ir per aukštas, lyginant su faktinėmis sąnaudomis. Per silpnas pacientų diferencijavimas gali lemti ligoninių paskatas vengti sudėtingų pacientų, siekiant nepatirti finansinių nuostolių. Administraciniu požiūriu DRG sistema yra sudėtinga, reikalaujanti detalizuoto ir standartizuoto diagnozių ir procedūrų kodavimo, taip pat informacijos apie vidutines DRG kodo sąnaudas. Kaip ir minėta anksčiau, visos finansavimo sistemos turi pranašumų ir trūkumų. Siekiant sušvelninti DRG trūkumus, yra ieškoma sprendimų patobulinti sistemą – ligoninės dalinai yra finansuojamos pagal suteiktas paslaugas (FFS bruožas), dalis finansavimo patenka per biudžetą – brangūs medikamentai ir medicinos pagalbos priemonės, itin sudėtingi atvejai su ilga gulėjimo trukme.

2.4. Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo vertinimo tyrimai

Sveikatos priežiūros sistema, galinti užtikrinti lygiateisišką ir efektyvų paslaugų teikimą, yra būtina sąlyga siekiant nuolatinio ir nuoseklaus visuomenės sveikatos lygio augimo. Efektyvumas pastaraisiais metais tapo neatsiejamas nuo finansavimo ir išlaidų sąvokų. Remiantis ekonomistų Heller ir Hauner studija, būtent išlaidų optimizavimas yra pagrindinė sprendimų kryptis, galinti padėti išsivysčiusioms valstybėms visuomenėms susitvarkyti su senstančios visuomenės keliamais iššūkiais sveikatos priežiūros srityje. Ekonomistas Portafke atliko tyrimą, kurio rezultatai parodė, jog šalies BVP 1-am gyventojui padidėjimas 1% lemia išlaidų sveikatos priežiūrai padidėjimą 0,4%.

Profesorės, sveikatos priežiūros finansavimo specialistės Pasaulio sveikatos organizacijoje S.Thomson atlikti tyrimai atskleidė sveikatos priežiūros išlaidų santykį su gyventojų amžiumi. Nustatyta, jog gydymo išlaidos gyventojui eksponentiškai didėja nuo 60-ties metų amžiaus. Vis dėlto, atkreiptas dėmesys, jog išlaidos labiau priklauso ne nuo paties amžiaus, tačiau nuo to, kiek laiko liko iki gyvenimo pabaigos. Remiantis tyrimo rezultatais, 5% pacientų, vyresnių nei 65 metų amžiaus, kurie gyveno paskutiniuosius savo gyvenimo metus, sudarė 50% ligoninių išlaidų. Taigi, visuomenės senėjimas, mažėjanti darbingo amžiaus dalis gyventojų struktūroje ir bei auganti paklausa sveikatos priežiūros paslaugoms yra rimta ir aktuali šiandienos Europos problema.

Sveikatos priežiūros išlaidų ryšį su gyvenimo trukme tyrėjai apibrėžia nevienareikšmiai. Vienavertus, prailginta gyvenimo trukmė lemia didesnes išlaidas sveikatos priežiūrai. Antravertus,

tai priklauso nuo žmogaus būklės, tai yra, jei prailgėjusi gyvenimo trukmė nepagerina asmens sveikatos būklės ir žmogaus toliau serga, tuomet tie papildomi gyvenimo metai išties lemia didesnes sąnaudas. Jei prailginta gyvenimo trukmė pagerina asmens sveikatos būklę ir jis pasveiksta, papildomi gyvenimo metai gydymo išlaidų atžvilgiu reikšmingo pokyčio nesukuria.

Efektyvumas paprastai gali būti apibrėžiamas kaip produkcijos ir gamybos veiksnių santykis. Didesnis kiekis produkcijos vienam gamybos veiksnių vienetui sąlygoja didesnę efektyvumą. Vienas iš sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimo metodų – duomenų apgaubties analizės metodas (ang. DEA – data envelopment analysis). DEA – tai neparimetrinis modelis, kuris tiesinio programavimo būdu, nustato efektyviausius sprendimų priėmimo vienetus (SPV, ang. DMU – Decision Making Units), kuriais gali būti įmonės skyriai, savivaldybės, valstybės ir kt. Šio modelio esmė – asmens sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų teikimo proceso metu naudoja išteklius (gamybos veiksniai) ir sukuria produktus, šiuo atveju – sveikatos lygį. Gamybos veiksniai DEA modelyje dažniausiai išskiriami į tris grupes: darbo jėga, kapitalas ir kiti materialiniai (finansiniai) ištekliai. Realybėje dažniausiai yra naudojami įvairūs skirtingi gamybos veiksniai ir gaunami keli rezultatai, todėl atsiranda palyginimo tarp veiklos vienetų, įmonių ar valstybių problema. DEA modelis pranašus tuo, jog leidžia palyginti skirtingus veiklos vienetus ir įvertinti jų efektyvumą, lyginant su kitais.

Lam Weng Siew, Liew Kah Fai ir Lam Weng Hoe taikydami DEA modelį vertino sveikatos priežiūros įmonių efektyvumą Malaizijoje. Mokslininkai vertino 12 sveikatos priežiūros įstaigų ir jų duomenis 2011 – 2015 metais. Įvesties kintamaisiais mokslininkai pasirinko bendro turto ir bendrųjų išpareigojimų rodiklius, o išvesties kintamuoju – grynąsias pajamas. Įmonių efektyvumas vertintas tik per finansinę perspektyvą, tuo tarpu sveikatos priežiūros srities rodikliai, tokie kaip vidutinė gulėjimo trukmė, vidutinė gyvenimo trukmė ir kt. nebuvo vertinti. Tyrimas atskleidė, jog 2 iš 12 įmonių buvo efektyvios, tuo tarpu kitos pasižymėjo labai žemu, net iki 6,2 % efektyvumu.

James Benneyan, Mehmet Erkan Ceyhan ir Aysun Sunnetci pritaikė DEA modelį nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų analizei ir jų sąlyginiam efektyvumui įvertinti. Atlikta plačios apimties analizė, kurioje nagrinėtos 180 viso pasaulio šalių, suskirstytų į keturias kategorijas pagal ekonominio išsivystymo lygį (BVP vienam gyventojui rodiklį). Platus ir kintamųjų spektras: įvesties kintamaisiais pasirinkti ligoninės lovų skaičiaus, sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, medicinos personalo skaičiaus, imunizacijos ir gyventojų amžiaus medianos rodikliai. Išvesties kintamaisiais pasirinkti vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės, suaugusiųjų mirtingumo, naujagimių mirtingumo, sergamumo, nepageidaujamų įvykių ir sveikatos santykių

teisumo (ang. health equity) rodikliai. Mokslininkai atliko keletą DEA modelių variacijų bei naudojo skirtingą skaičių SPV: vienoje analizėje nagrinėtos 180 šalių be saugumo ir teisumo rodiklių (dėl duomenų trūkumo), kitoje – 39 valstybės su pilnu rodiklių sąrašu. Nors gauti rezultatai skyrėsi, mokslininkai priėjo prie išvados, jog DEA modelis yra vertingas papildinys kitoms palyginamosioms nacionalinių sveikatos sistemų analizėms, ypatingai naudingas formuojant politiką, lyginamajai analizei (ang. benchmarking) atlikti. 2008 m. mokslininkai praplėtė tyrimą ir analizavo DEA modelio taikymo galimybes lyginamajai analizei (ang. benchmarking).

Laura Asandului, Monica Roman ir Puiu Fatulescu mokslininkų komanda atlikto DEA modelio analizę 30-čiai Europos valstybinių sveikatos priežiūros sistemų. Analizei naudoti 2010 metų duomenys pasirenkant 6 kintamuosius: ligoninės lovų skaičiaus, gydytojų skaičiaus ir sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, rodiklius įvesties kintamiesiems ir gyvenimo trukmės, naujagimių mirtingumo bei sveikatos atžvilgiu standartizuotos tikėtinos gyvenimo trukmės (ang. HALE) rodiklius išvesties kintamiesiems. Atlikta analizė identifikavo šešias efektyvias valstybes – Bulgariją, Kiprą, Malta, Rumuniją, Jungtinę Karalystę ir Švediją, tuo tarpu Austrijos techninio efektyvumo koeficientas siekė mažiau nei 0,5, Vokietijos, Prancūzijos – žemiau vidurkio. Apibendrinant, analizės rezultatai nekoreliavo su ekonominio išsivystymo lygiu šalyse, taigi tyrimo autoriai priėjo išvados, jog analizė galėtų būti papildyta papildomais kitamaisiais.

Lietuvoje, DEA analizė buvo naudota kitų sričių efektyvumui įvertinti. Jaržemskienė atlikto oro uostų infrastruktūros panaudojimo efektyvumo analizę, naudojant DEA metodą, Rimkuvienė, Laurinavičienė ir Laurinavičius tyrė ES šalių žemės ūkio efektyvumą taip pat pasitelkdami DEA metodą. DEA metodas Lietuvos autorių moksliniuose darbuose buvo pritaikytas tik kartą N.Jasaitytės 2010-aisiais, kuomet nustatytas 40%-50% išteklių perteklius, taigi ir neefektyvumas. Autorės žiniomis, vėliau šis modelis taikytas nebuvo.

Apibendrinant, duomenų apgaubties analizės metodas plačiai naudojamas vertinant sveikatos priežiūros sistemą: tiriamas skirtingų valstybių sistemų efektyvumai, analizuojamas atskirų ligoninių ar ligoninių padalinių efektyvumas. Vis dėlto, Lietuvoje atliekamų sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo vertinimo tyrimų stinga, mažai taikomas duomenų analizės apvalkalo metodas. Remiantis užsienio mokslininkų tyrimais ir jų rezultatais, DEA modelis yra vertingas metodas papildyti sveikatos priežiūros sistemos analizę ir įvertinti sąlyginį efektyvumą. Tolimesniu tyrimu siekiama pritaikyti šį modelį ir įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos sąlyginį efektyvumą tiek Europos kontekste, tiek šalies regionuose.

3. EFEKTYVUMO VERTINIMO TYRIMO METODOLOGIJA

Duomenų apgaubties analizė tai tiesinio programavimo modelis, vertinantis sąlyginį sprendimo priėmimo vienetų (toliau - SPV) efektyvumą, kai jų palyginimas dėl daugialypių sąnaudų (ang.inputs) ir produktų (ang.outputs) yra sudėtingas. Sprendimų priėmimo vienetui prieinami išteklių klasifikuojami kaip įvesties kintamieji arba sąnaudos, o sukuriama produktai ar gaunamas rezultatas – kaip išvesties kintamieji arba produkcija. Yra įprasta efektyvumą vertinti kaip vienam sąnaudų vienetui tenkanti pagamintos produkcijos kiekį ir išreiškiamą formule:

$$\text{efektyvumas} = \frac{\text{produktas}}{\text{sąnaudos}}$$

Šis efektyvumo vertinimas nepilnavertis ir gali būti netinkamas, kai sukuriama skirtingi tarpusavyje sudėtingai palyginami produktai ir kuriems sukurti naudojama daugiau nei vienas išteklis.

Sąlyginio efektyvumo vertinimą, kai egzistuoja keletas nepalyginamų išteklių ir produktų, pasiūlė mokslininkai Farrel ir Fieldhouse. Jų modelis grindžiamas sukonstravimu hipotetinio efektyvaus organizacinio vieneto, su kuriuo būtų galima lyginti faktinius organizacinius vienetus ir identifikuoti jų neefektyvumą hipotetinio vieneto atžvilgiu. Sąlyginis efektyvumas išreiškiamas formule:

$$\text{efektyvumas} = \frac{\text{svertinė produkcijos suma}}{\text{svertinė sąnaudų suma}}$$

Matematiškai j-ojo organizacinio vieneto, sukuriančio n produktų, panaudodamas m išteklių, efektyvumo formulė išreiškiamas:

$$j - \text{ojo organizacinio vieneto efektyvumas} = \frac{u_1 y_{1j} + u_2 y_{2j} + \dots + u_n y_{nj}}{v_1 x_{1j} + v_2 x_{2j} + \dots + v_n x_{nj}}$$

Kur:

u_1 – svartinis 1-o produkto koeficientas

y_{1j} – j-ojo organizacinio vieneto 1-o produkto kiekis

v_1 – svartinis 1-o išteklio koeficientas

x_{1j} – j-ojo organizacinio vieneto 1-o išteklio kiekis

Pradinė šio modelio prielaida yra ta, jog efektyvumui įvertinti reikalingi bendri svartiniai koeficientai, kurie būtų vienodi ir taikomi visiems organizaciniams vienetams. Iš šios prielaidos kyla tokių vieningų ir bendrų svartinių koeficientų nustatymo problema. Vienas SPV gali labiau

vertinti produkciją nr. 1, tuo tarpu kitas SPV gali teikti pirmenybę produkcijos nr. 2 kūrimui arba vertinti visą sukuriamą produkciją vienodai. Taigi, skirtingos strateginės SPVų kryptys ir darbo organizavimo skirtumai lemia skirtingų ir individualių svertinių koeficientų poreikį. Apibendrinant, efektyvumo vertinimo prielaida, jog efektyvumui įvertinti reikalingi bendri ir vienodi svertiniai koeficientai, negali būti patenkinta.

Mokslininkai Charnes, Cooper ir Rhodes įvardijo vienodų svertinius koeficientus visiems SPV problematiką. Jie pastebėjo, jog skirtingi SPV gali skirtingai vertinti ir suteikti prioritetą skirtingiems ištekliams ir produktams, taikyti individualius svertinius koeficientus, taigi mokslininkai pasiūlė, jog kiekvienas SPV galėtų ne tik pasirinkti svertinius koeficientus, bet ir pasirinkti tokius, kurie apskaičiuotų maksimalų galimą vieneto efektyvumą, lyginant su kitais vienetais. Charnes, Cooper ir Rhodes įžvalgomis papildytas duomenų apvalkalo analizės metodas pagal autorių pavardžių pirmąsias raides dar vadinamas tiesiog CCR modeliu. CCR modelis sprendžia efektyvumo maksimizavimo problemą ir yra išreiškiamas formulėmis:

$$Max h_0 = \frac{\sum_r u_r y_{rj_0}}{\sum_i v_i x_{ij_0}}$$

Jeigu:

$$\frac{\sum_r u_r y_{rj}}{\sum_i v_i x_{ij}} \leq 1$$

$$u_r, v_i \geq \varepsilon$$

Uždavinio kintamieji yra svertiniai koeficientai ir uždavinio rezultatas yra sprendimų priėmimo vienetui palankiausias svertinių koeficientų rinkinys ir efektyvumo įvertis. Jei, išsprendus maksimizavimo uždavinį, j-ojo sprendimų priėmimo vieneto efektyvumas yra lygus 1, reiškia tas vienetas yra efektyvus kitų SPV atžvilgiu. Jei j-ojo vieneto efektyvumas yra mažiau nei 1, reiškia, jog, nepaisant to, jog parinkti svertiniai koeficientai maksimizuoja vieneto efektyvumą, jis yra neefektyvus kitų vienetų atžvilgiu.

Lankstus svertinių koeficientų parinkimas modelyje gali būti laikomas tiek privalumu, tiek trūkumu. Tai trūkumas, nes dėl parankių koeficientų, SPV gali atrodyti klaidingai efektyvūs ir tą efektyvumą gali nulemti palankus koeficientų parinkimas, tačiau ne vidinis SPV efektyvumas. Tačiau, šis požymis gali būti laikomas privalumu, nes sumažina klaidingai neefektyvių SPV įvertinimo tikimybę, tai yra, jei pasirinktas SPV neefektyvus net pritaikius jo efektyvumą maksimizuojančius koeficientus, vadinasi, galima užtikrintai teigti, jog vienokio ar kitokio pobūdžio neefektyvumas egzistuoja.

DEA modelis yra trupmeninio tiesinio programavimo uždavinys, todėl siekiant pritaikyti tiesinio programavimo metodus, reikia jį pakeisti į tiesinio programavimo uždavinį. Formuluoiant tikslo funkciją, kai ieškoma trupmenos, tam tikro santykio ar koeficiento, maksimizuojama reliatyvus skaitiklio ir vardiklio santykis, bet ne atskiros jų reikšmės. Tai galima pasiekti ir vardiklį prilyginus konstantai bei maksimizuojant tik skaitiklį. Tokiu būdu suformuojamas tiesinio programavimo DEA modelio uždavinys:

$$\text{Max } h_0 = \sum_r u_r y_{rj_0}$$

Kai:

$$\sum_i v_i x_{ij_0} = \text{const.}$$

$$\sum_r u_r y_{rj} - \sum_i v_i x_{ij} \leq 0, \quad j = 1, 2, \dots, n$$

$$u_r, v_i \geq \varepsilon$$

DEA optimizavimo uždavinio sprendimas yra sprendimų priėmimo vieneto reliatyvus efektyvumas ir svertiniai koeficientai tam efektyvumui pasiekti.

DEA optimizavimo uždavinio sprendimas ne tik įvertina efektyvumą. Jei SPV, nustatyta, yra neefektyvus, vadinasi bent vienas kitas SPV jo atžvilgiu yra efektyvus. DEA modelio sprendinys identifikuoja tuos efektyvius sprendimų priėmimo vienetus, kurie vadinami lygių grupe (ang. peer group). Iš modelio sprendimo galima konstruoti tikslinius SPV rodiklius, kuriuos pasiekus jis galėtų padidinti savo efektyvumą.

Siekiami tikslai gali apsiriboti atitinkamu išteklių sumažinimu, t.y. jei SPV efektyvumas 62 %, reikėtų sumažinti išteklius 62 %. Vis dėlto, gali būti atveju, kai tiek ištekliai, tiek produkcija yra nekontroliuojama ir tokių tikslų nustatymas gali būti beprasmis. Šią problemą nagrinėjo mokslininkai Banker ir Morey, kurie nustatė, jog dalis išteklių ar produkcijos gali būti egzogeniškai fiksuoti, o Thanassoulis ir Dyson praplėtė tikslų nustatymo metodų aibę, pasiūlydami daugiau būdų neefektyviam SPV nustatyti siektinus rodiklius nei kad sumažinti išteklius atitinkamai efektyvumo dydžiu.

Apibendrinant, DEA modelio sprendimas suteikia informaciją apie santykinę SPV efektyvumą, lygių grupių (ang. peer groups) pogrupį neefektyviems SPV ir siekiamų tikslų rinkinį kiekvienam neefektyviam SPV.

DEA modelis turi ir ribotumą. Dyson, Thanassoulis ir Boussofiane atkreipia dėmesį, jog parenkant apgalvotus ir SPV palankius svertinius koeficientus, gaunamas rezultatas, kai sąlyginai daug SPV yra efektyvūs. Tokiu būdu SPV, kuris turi aukščiausią vieno produkto, tarkime, y_1 , santykį su vienu iš išteklių, tarkime x_1 , bus efektyvus arba bent artimas 1,0 efektyvumo reikšmei, nes didžiausi svertiniai koeficientai bus priskirti būtent x_1 ir y_1 dydžiams. Tokių produkcijos ir išteklių santykių, kurie nulemtų SPV efektyvumą, skaičius priklauso nuo pasirinkto kintamųjų skaičiaus. Mokslininkai nustatė, jog dėl šios DEA modelio ypatybės, pasirinkus m skaičių produkcijos kintamųjų ir n skaičių išteklių kintamųjų, tikėtina, jog efektyvių SPV gali būti $(m \times n)$ skaičius. Tai yra, pasirinkus 3 įvesties ir 3 išvesties kintamuosius, 9 SPV gali būti efektyvūs vien dėl modelio ypatybių. Taigi, DEA modelio taikymui svarbu pasirinkti pakankamą skaičių sprendimo priėmimo vienetų.

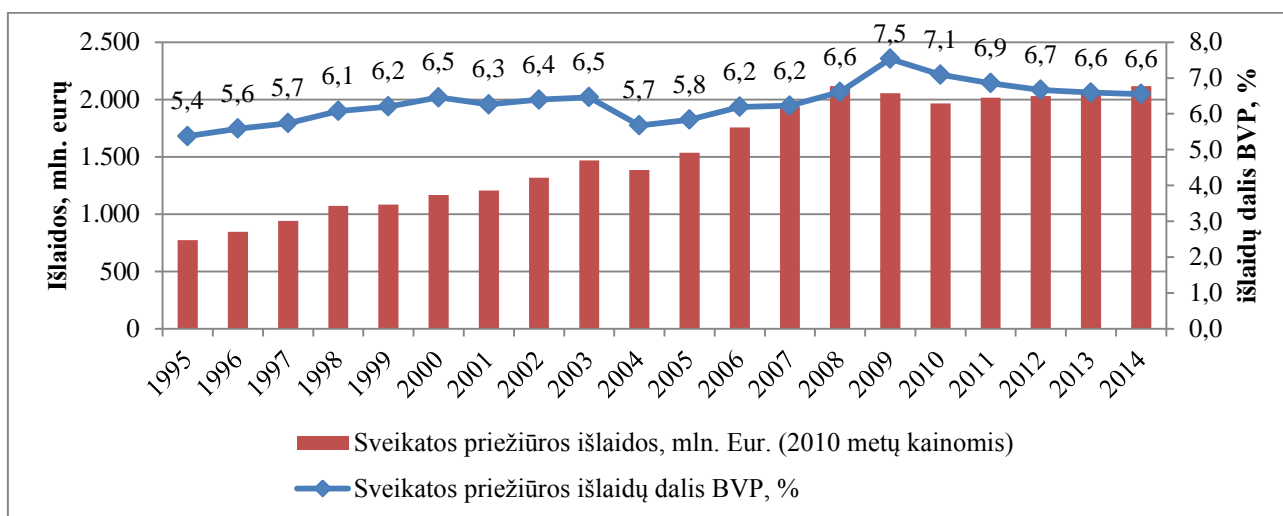
Mokslininkai kaip vieną iš problemos sprendimo būdų siūlo ribų svertiniam koeficientams taikymą, tai yra, apriboti koeficientus, nustatant jiems mažiausią ir didžiausią galimas reikšmes. Atkreiptinas dėmesys, jog žemutinė riba turi būti pakankamai žema, o viršutinė riba pakankamai aukšta, antraip kyla rizika visiems SPV taikyti vienodus ar labai panašius svertinius koeficientus, taip nepaisant DEA modelio ypatumo ir idėjos.

Privačiame sektoriuje, pelno siekiančiose organizacijos neretai svarbiausiu rodikliu laikomas pelningumas. Dyson, Thanassoulis ir Boussofiane argumentuoja, jog pelningumui didelę įtaką gali turėti išoriniai aplinkos veiksniai, todėl ne mažiau svarbu įvertinti ir įmonės efektyvumą. Pagal šiuos du veiksnius, autoriai pateikia pelningumo/efektyvumo matricą, kurioje pagal įmonės užimamą vietą atitinkamame kvadrante, galima išsamiau įvertinti įmonės pelningumą: ar įmonė valdoma efektyviai, tačiau yra nepalankūs išoriniai veiksniai ir ji atsiduria „šuns“ kvadrante, ar priešingai – įmonei sekasi dėl palankių rinkos sąlygų, tačiau ji valdoma neefektyviai („miegančiojo“ kvadrantas) ir atitinkamai.

Apibendrinant, pelno siekiančiose organizacijose tiek pelningumo, tiek efektyvumo rodikliai yra svarbūs, tuo tarpu ne pelno siekiančiose organizacijose, viešųjų paslaugų sektoriuose efektyvumo rodiklis lieka vienu iš pagrindinių veiksnių, galinčių įvertinti organizacijos ar kito sprendimų priėmimo vieneto būklę.

4. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS, ŽMOGIŠKIEJI IR MATERIALINIAI IŠTEKLIAI

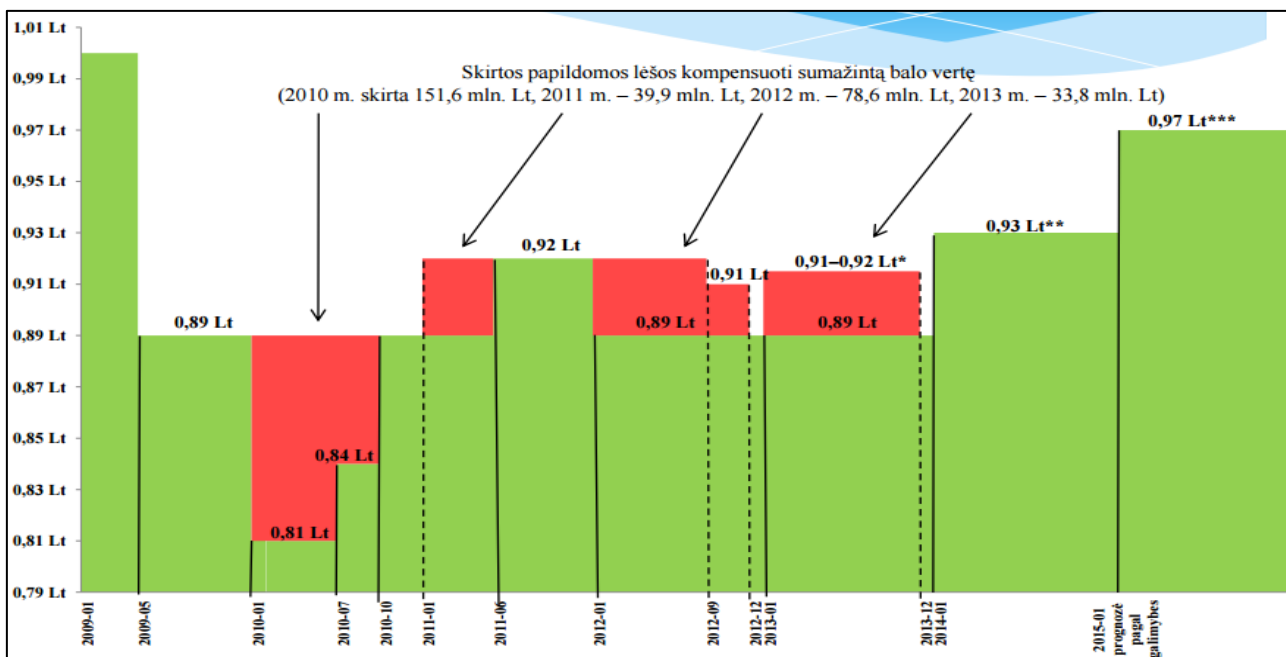
Vienas pagrindinių sveikatos apsaugos ekonomikos rodiklių, nusakantis finansavimo lygį yra sveikatos priežiūros išlaidų procentinė dalis nuo bendrojo vidaus produkto. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) statistinių duomenų ir rodiklių bazėje pateikiamais duomenimis, žemiau esančioje lentelėje pateikiama šio rodiklio dinamika Lietuvoje nuo 1995 metų.



3 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų dinamika Lietuvoje 1995-2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Nagrinėjamoju laikotarpiu Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas valiutine išraiška didėjo (išimtis – 2004 m., kai vyko Rusijos finansų krizės, stipriai paveikusi iš Lietuvos ekonomiką) iki 2008 m. Krizės laikotarpiu išlaidos sveikatos priežiūrai sumažėjo, tačiau mažesne dalimi nei BVP, kas lėmė rekordines aukštumas pasiekusį išlaidų nuo BVP rodiklį – 7,5 procento. Nors sveikatos priežiūros išlaidos 2010 m. sudariusios 1,965 mln.eurų, lyginant su 2008 m. sumažėjo tik apie 8 proc., tačiau sveikatos apsauga ekonominio sunkmečio laikotarpiu patyrė nemažai išbandymų – siekiant išlaikyti tą patį paslaugų prieinamumo lygį ir taikyti balo vertę, lygią 1 Lt, sveikatos priežiūros sektorius, Sveikatos apsaugos ministerijos vertinimu, negavo virš 1 mlrd. Lt.



4 pav. Mažiausia patvirtinta bazinių kainų balo vertė 2009-2015 m.

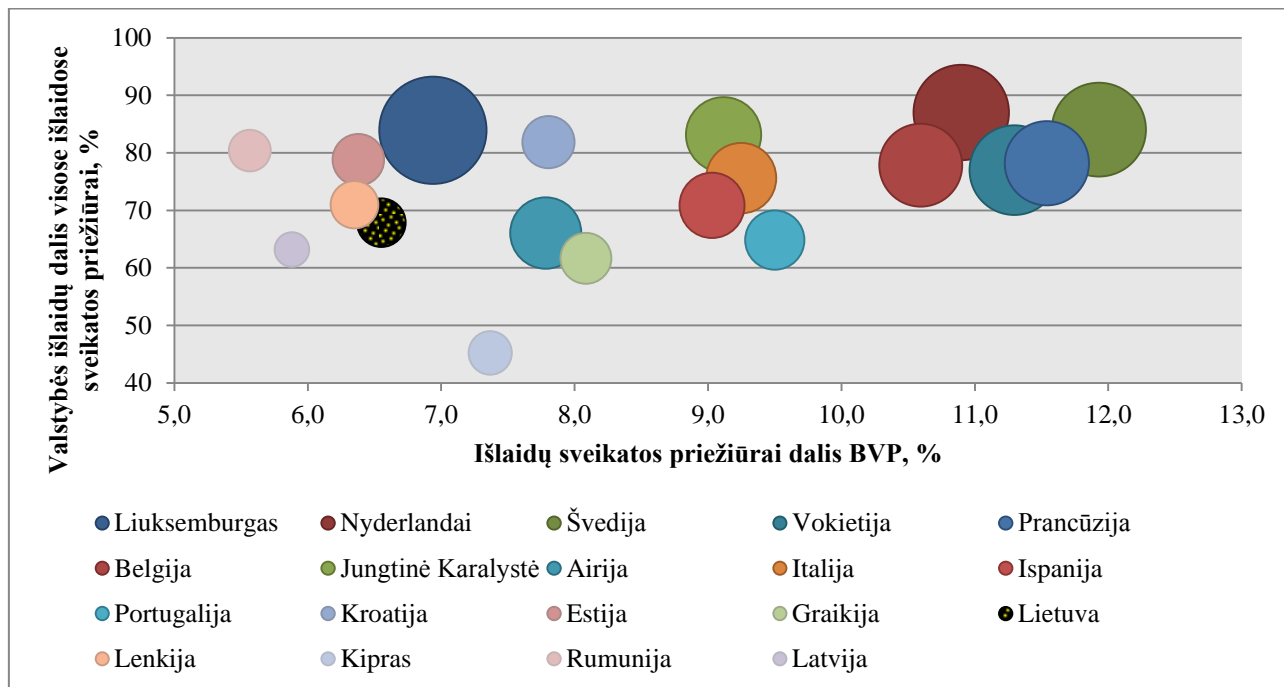
(Šaltinis: LR Sveikatos apsaugos ministerija)

Net ir apribojus stacionariųjų paslaugų finansavimą, Lietuvos sveikatos apsaugos sistema Europoje buvo pripažinta kaip sėkmingas pavyzdys kitoms valstybėms. Lietuva sugebėjo suvaldyti krizę sveikatos apsaugos sektoriuje, užtikrinti iki tol pasiektą paslaugų kokybės lygį, nemažinant paslaugų prieinamumo pacientams. Krizės laikotarpiu buvo sumažintos kompensuojamųjų vaistų kainos ir pacientų priemokos, išlaikytas prevencinių programų finansavimas. Vis dėlto, viena svarbiausių sėkmingo krizės suvaldymo priežasčių, tikėtina, šalyje veikiantis Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) pajamų surinkimo mechanizmas. Ekonominio sunkmečio metu, išaugus nedarbui šalyje, mažėjo PSDF pajamos, gaunamos iš dirbančių asmenų PSD įmokų ir išaugo valstybės draudžiamų asmenų dalis. Anticiklinis pajamų surinkimo mechanizmas pasižymi tuo, jog valstybė biudžeto įmoka už vieną valstybės draudžiamą asmenį siejama su užpraeitų metų šalies vidutiniu atlyginimu, todėl krizės laikotarpiu valstybės įmoka už vieną draudžiamą asmenį vis dar augo, taip iš dalies kompensuodama pajamų sumažėjimą.

4.1. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas Europos kontekste

Nepaisant augančio sveikatos priežiūros sistemos finansavimo, Lietuva, lyginant su stipriausiomis Europos Sąjungos ekonomikomis, vis dar atsilieka. Siekiant įvertinti Lietuvą ES kontekste, žemiau pateiktoje lentelėje analizuojami trys pagrindiniai sveikatos apsaugos sistemą ir jos finansavimą nusakantys rodikliai: sveikatos priežiūros išlaidų procentinė dalis nuo BVP, vaizduojama vertikaliajame ašyje; valstybės išlaidų procentinė dalis visose išlaidose sveikatos

priežiūrai, vaizduojama horizontalioje ašyje; valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai, tenkančios vienam gyventojui perkamosios galios paritetu (ang. Purchasing Power Parity, toliau – PPP), atvaizduojama apskritimų dydžiu.



5 pav. ES valstybių sveikatos priežiūros finansavimas.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

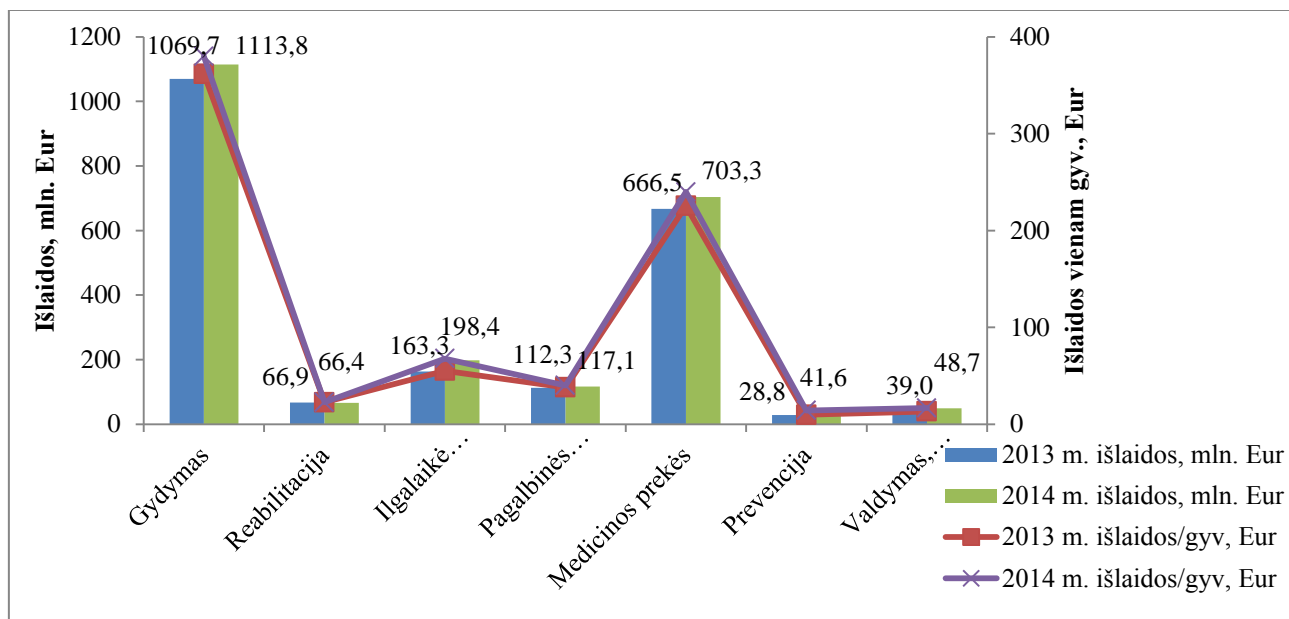
Diagramoje matyti, jog Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos, kaip procentinė dalis nuo BVP, yra vienos mažiausių Europos Sąjungoje. Atlikta analizė suponuoja išvadą, jog didžiausią dalį finansų sveikatos priežiūrai skiria Šiaurės ir Vidurio Europos valstybės: Belgija, Nyderlandai, Danija, Vokietija, Austrija, Prancūzija, o socialinės gerovės valstybės etalonas Švedija 2014 m. sveikatos priežiūrai išleido daugiausiai – 11,9 proc. sukurto BVP. Valstybės išlaidų dalis bendrose sveikatos priežiūros išlaidose Lietuvoje sudaro apie 68 proc. ir atitinka labiau Pietų Europos valstybių lygį, tačiau panašus valstybės indėlis ir kaimyninėse valstybėse: Lenkijoje 71 proc., Latvijoje 63 proc. Apskritimų dydis, taigi ir valstybės išlaidų sumos vienam gyventojui ES, stipriai varijuoja. Lietuva pagal šį rodiklį yra šešta nuo galo, lenkianti tik kaimynines Latviją, Lenkiją bei Bulgariją, Rumuniją ir Kiprą.

Apibendrinant galima teigti, jog nepaisant Europoje įvertinto ir sėkmingo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo užtikrinimo ekonominės krizės sąlygomis, Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas Europos Sąjungos kontekste yra vienas žemiausių. Tiek pagal sveikatos priežiūros išlaidų dalį nuo sukuriama BVP, tiek valiutinės išraiškos rodikliais vienam gyventojui, stipriai atsiliekame nuo Vidurio bei Šiaurės Europos valstybių.

Siekiant geriau suprasti sveikatos priežiūros išlaidų struktūrą, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis atlikta išlaidų struktūros pagal funkcijas ir paslaugų teikėjus analizė.

4.2. Finansavimas pagal sveikatos priežiūros funkcijas

Sveikatos priežiūros funkcijos išskiriamos į septynias pagrindines grupes: gydymą, reabilitaciją, ilgalaikę sveikatos priežiūrą, pagalbines paslaugas, medicinos prekes, prevenciją bei valstymą, sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo administravimą.



6 pav. Išlaidos pagal sveikatos priežiūros funkcijas 2013-2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis)

Didžioji finansinių išteklių dalis Lietuvoje skiriama gydymo bei medicinos prekių funkcinėms grupėms. Gydymas detaliau skaidomas į įprastas grupes ir pagal išlaidų struktūrą pasiskirsto taip:

Funkcija	2013 m. išlaidos, mln. Eur	2014 m. išlaidos, mln. Eur	pokytis, Eur	pokytis, %	2013 m. išlaidos/gyv. Eur	2014 m. išlaidos/gyv. Eur	proc. dalis 2014 m. išlaidose
Stacionarinis gydymas	545,1	562,6	17,5	3,2%	184,31	191,85	51%
Ambulatorinis gydymas	485,0	485,5	0,5	0,1%	163,98	165,56	44%
Dienos stacionarinis gydymas	36,2	63,0	26,8	74,1%	12,24	21,5	6%
Gydymas namuose	3,3	2,7	-0,7	-20,2%	1,13	0,91	0%
Iš viso gydymas:	1069,7	1113,8	44,1	4,1%	361,7	379,8	100%

2 lent. Gydymo išlaidos pagal gydymo grupes.

(Sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis)

Remiantis pateiktos lentelės duomenimis ir dinamika, galima formuoti kelias išvadas. Pirma, didžiausią sveikatos priežiūros išlaidų dalį Lietuvoje sudaro stacionarinis gydymas – 51 proc., bei ambulatorinis gydymas – 44 proc. Antra, pastebimas ženklus dienos stacionarinio gydymo išlaidų augimas – 74,1 proc. Pastarąjį rodiklį dalinai lemia nedidelė bazė, sukianti ženklaus pokyčio efektą, tačiau daugiausia lemia dienos stacionaro paslaugų augimas. Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, siekiama mažinti išlaidas stacionarinėms paslaugoms, trumpinant gulėjimo trukmes ir dalį paslaugų perkeliant į dienos stacionarą. Sąlyginai nesudėtingos operacijos ir procedūros atliekamos tą pačią dieną pacientui atvykus ir, esant nekomplikuotai gydymo eigai, pacientas tą pačią dieną išvyksta iš ligoninės. Tokiu būdu trumpinama gulėjimo stacionare trukmė, daugiau paslaugų gali būti suteikta dienos metu, pacientas gali sveikti įprastoje namų aplinkoje, išvengiama hospitalinių infekcijų rizikos bei būtinybės užtikrinti dalies medicinos personalo darbą visą parą, išlaikant paslaugų apimtį pasiekiamas paslaugų teikimo efektyvumas.

Medicinos prekės	2013 m. išlaidos, mln. Eur	2014 m. išlaidos, mln. Eur	pokytis, Eur	pokytis, %	2013 m. išlaidos/gyv, Eur	2014 m. išlaidos/gyv, Eur	proc. dalis 2014 m.
Vaistai ir kitos neilgalaikio vartojimo medicinos prekės	604,7	630,6	25,9	4,3%	204,46	215,06	90%
Terapiniai prietaisai ir kitos medicinos prekės	61,8	72,7	10,9	17,7%	20,88	24,78	10%
Iš viso medicinos prekės:	666,5	703,3	36,8	5,5%	225,3	239,8	100%

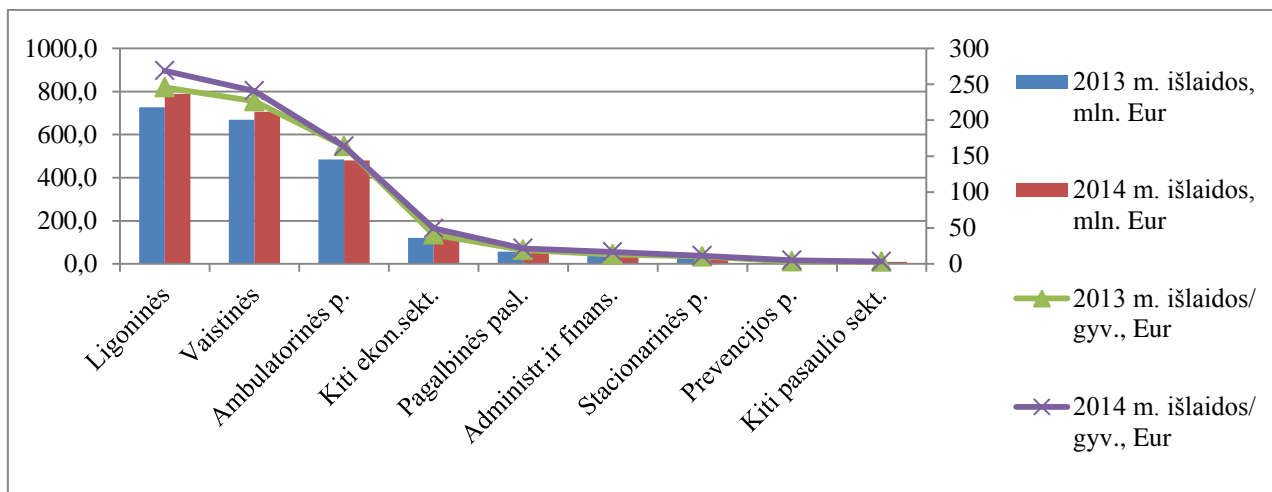
3 lent. Išlaidos medicinos prekėms 2013-2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis)

Antros pagal išlaidų dydį grupės – medicinos prekių – sunaudojimas 2014 m. išaugo net 36,7 mln. eurų arba 5,5 procento. Vidutiniškai vienam žmogui tenkančios medikamentų išlaidos siektų apie 20 eurų per mėnesį arba 240 eurų per metus. Atkreiptinas dėmesys, jog atliekant detalesnę medikamentų sunaudojimo analizę, būtų tikslinga nagrinėti duomenis pagal amžiaus grupes. Dėl didelio medikamentų ir medicinos priemonių spektro, sudėtinga vertinti kainų pokyčius, o dėl duomenų trūkumo neįmanoma įvertinti medikamentų suvartojimo pokyčius, taigi tik bendras išlaidų pokytis gali parodyti medicinos prekių išlaidų dinamiką.

4.3. Finansavimas pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus

Pagal paslaugų teikėjus, sveikatos priežiūros išlaidų didžiausia dalis tenka ligoninėms - 34,4% visų sveikatos priežiūros išlaidų, 30,8% mažmeninės prekybos įmonėms ir kitiems paslaugų prekių teikėjams (didžiąja dalimi tai vaistinės).



7 pav. Išlaidos pagal paslaugų teikėjus 2013-2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis.

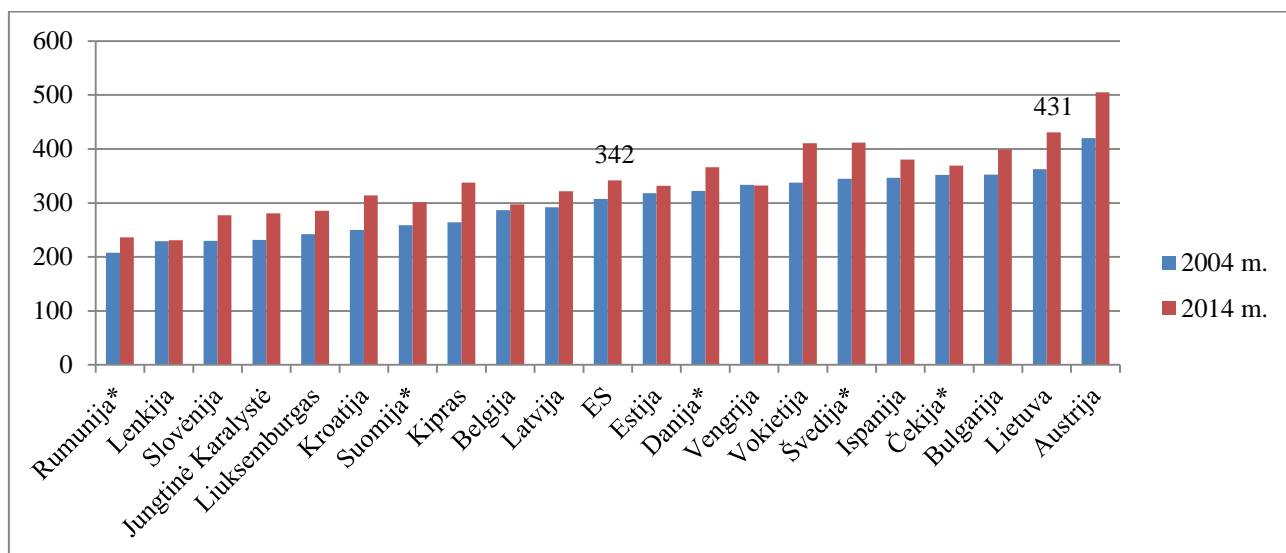
Diagramoje pavaizduotos sveikatos priežiūros finansavimo programų išlaidos, kaip ir analizėje pagal sveikatos priežiūros funkcijas, išryškėja trys pagrindinės išteklių naudojimo kryptys – gydymo paslaugoms, kurias teikia ligoninės ir ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (gydytojų kabinetai, odontologų kabinetai, šeimos planavimo ir kiti centrai), bei išlaidos medicinos prekėms, kurių tiekėjai dažniausiai vaistinės, taip pat mažmeninės prekybos įmonės ir ilgalaikio vartojimo medicinos prekių ir medicinos pagalbos priemonių teikėjai, kiti pardavėjai ir platintojai.

Apibendrinant galima teigti, jog Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, paskutinį dešimtmetį didelis mokslininkų, sveikatos apsaugos ekonomistų bei politikų dėmesys telkiamas į išteklių panaudojimo sveikatos priežiūros paslaugoms teikti efektyvinimą ir ieškoma būdų, kaip galima būtų sumažinti gydymo kaštus. Tolimesnėje analizėje plačiau nagrinėjamas būtent ligonių ir stacionariųjų paslaugų finansavimas Lietuvoje, siekiant įvertinti šalies progresą bei santykį su Europos Sąjungoje vykstančiais pokyčiais.

4.1. Žmogiškieji ištekliai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje

Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas neatsiejamas nuo išteklių: žmogiškųjų bei materialinių. Lietuvai gyvenant nenutrūkstamos emigracijos, tame tarpe ir medikų, sąlygomis, tikslinga įvertinti žmogiškųjų išteklių, reikalingų sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, visų pirma, medicinos personalo – gydytojų, slaugytojų, akušerių – perteklių ar stygį Lietuvoje, lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis.

Sveikatos priežiūros sistemoje dirba įvairiausių sričių specialistai – neapsieinama be ekonomistų, informacinių technologijų specialistų, teisininkų. Vis dėlto, svarbiausi sistemos žmogiškieji ištekliai, be kurių nebūtų medicinos paslaugų, tai medikai – gydytojai, slaugytojos, akušerės.



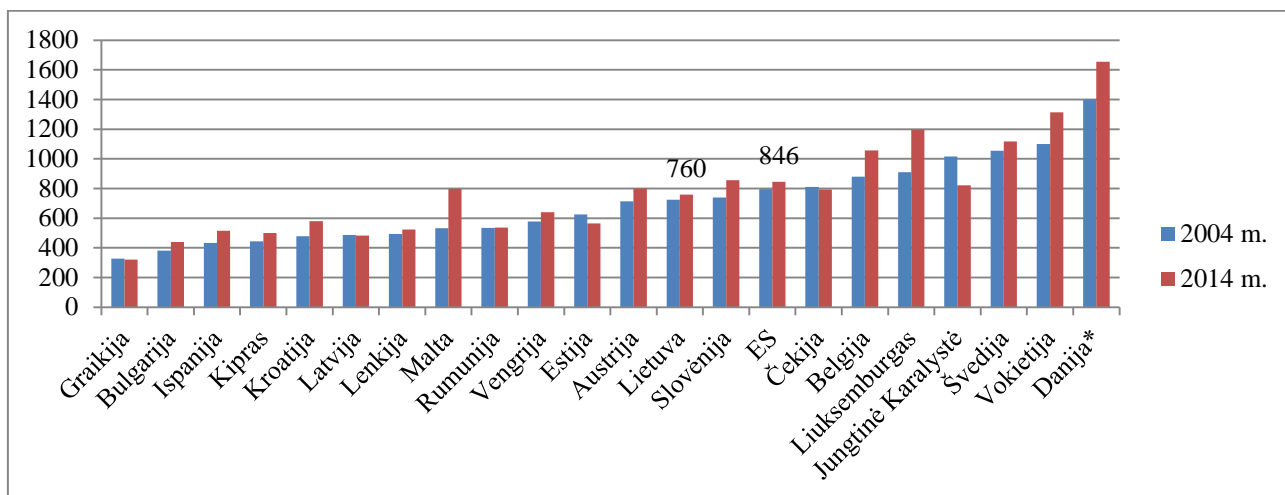
8 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičius 100 tūkst. šalies gyventojų 2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis) *Pastaba: žvaigždutėmis pažymėtų valstybių naujausi duomenys 2013 m.*

Nepaisant emigracijos problemos šalyje, Lietuva pagal praktikuojančių gydytojų skaičių 100 tūkst. gyventojų 2014 m. užėmė antrąją vietą ES po Austrijos ir Lietuvoje pagal standartizuotą gydytojų skaičių lenkėme ES vidurkį 89 gydytojais arba 26 proc. Per pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje standartizuotas gydytojų skaičiaus rodiklis išaugo net 18,8 proc., panaši tendencija stebėta ir ES, kurioje šis rodiklis išaugo 11,1 proc. Galima daryti išvadą, jog Europai būdingas gydytojų skaičiaus, standartizuoto pagal gyventojų skaičių, didėjimas. Lietuva užtikrina pakankamą praktikuojančių gydytojų skaičių šalyje. Atskiro tyrimo reikalaujantis klausimas – netolygus išteklių pasiskirstymas regionuose, kuris gali lemti tam tikrų sričių gydytojų stygių periferijoje ir didesnę koncentraciją didžiuosiuose miestuose.

Ne mažiau svarbaus viduriniojo medicinos personalo aprūpinimo ES šalyse skirtumai ženkliai didesni, nei gydytojų. Graikijoje mažiausias slaugos personalo skaičius, siekiantis vos 320, Bulgarijoje – 440 slaugytojų 100 tūkst. gyventojų, kai tuo tarpu aukštesnio pragyvenimo lygio valstybės gali pasigirti tokiu pat skaičiumi gydytojų. Daugiausia slaugytojų tenka Danijos, Vokietijos, Liuksemburgo, Belgijos bei Švedijos valstybių gyventojams, ženklus slaugytojų skaičiaus augimas pastarąjį dešimtmetį pastebimas Maltoje. Lietuva pagal šį rodiklį nesiekia ES

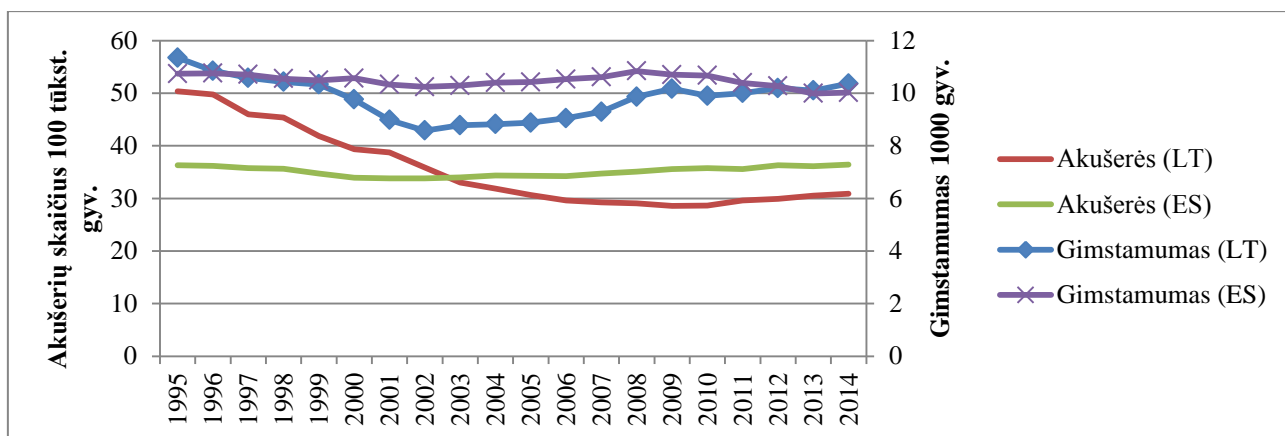
vidurkio ir 100 tūkst. Lietuvos gyventojų tenka 760 slaugytojų (vos 1,7 karto daugiau nei gydytojų). Atitinkamai Danijoje slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykis 5,1; Liuksemburge – 4,9; Vokietijoje – 3,9. Latvijoje, kaip ir Lietuvoje slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykis 1,7; Bulgarijoje ir Ispanijoje dar mažesnis: atitinkamai 1,2 ir 1,5.



9 pav. Praktikuojančių slaugytojų skaičius 100 tūkst. šalies gyventojų 2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis) *Pastaba: žvaigždutėmis pažymėtų valstybių naujausi duomenys 2013 m.*

Vakarų bei Šiaurės Europoje gydytojų ir slaugytojų pasiskirstymo rodikliai brėžia efektyvesnio darbo pasisikirstymo gaires. Išsivysčiusioms valstybėms būdinga didesnę atsakomybę bei tiesioginio bendravimo su pacientu dalį paskirti slaugytojoms. Tuo tarpu Rytų Europos šalims būdingas didesnis sąlyginai didesnis gydytojų skaičius, kas yra mažiau efektyvu, kadangi gydytojo darbo užmokesčio kaštai yra didesni, tad geroji kitų šalių praktika galėtų būti vienas iš kaštų mažinimo, išlaikant aukštą paslaugų kokybę, sprendimų.



10 pav. Akušerių skaičius 100 tūkst.gyv. ir gimstamumo dinamika Lietuvoje.

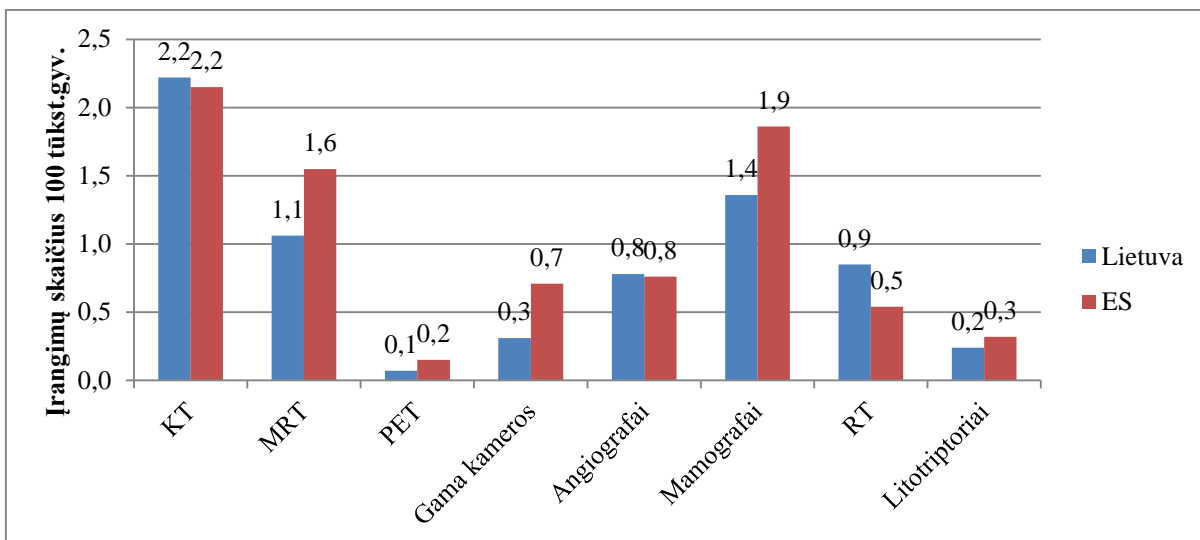
(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis.

Statistinėse duomenų bazėse medicinos personalas dažniausiai grupuojamas į tris sritis: gydytojus, slaugytojus ir akušerius. Nors akušerės dažnai įtraukiamos ir prie slaugytojų statistinių duomenų, tačiau ši profesija yra specifinė ir susijusi tik su nėščiąjų ir naujagimių priežiūra. Siekiant įvertinti akušerių poreikį šalyje, tikslinga ne tik lyginti šiuos rodiklius ES kontekste, tačiau įtraukti naują rodiklį – gimstamumą.

2014 m. vidutiniškai 31 praktikuojanti akušerė 100 tūkst. Lietuvos gyventojų. Pagal šį rodiklį šiek tiek atsilikame nuo ES vidurkio, kuris yra 36,4 akušerės 100 tūkst. gyventojų. Matyti, jog gimstamumo rodiklis Lietuvoje, kurio didžiausia reikšmė 11,35 naujagimio fiksuota 1995 m., o mažiausia – 8,38 naujagimio 2008 m., kito labiau nei Europos Sąjungos gimstamumo rodiklis, kuris svyravo 10-11 naujagimių tūkstančiui gyventojų ribose. Atitinkamai akušerių skaičiaus ES vidurkis nagrinėjamoju laikotarpiu išliko ganėtinai pastovus, kai Lietuvoje akušerių skaičius tendencingai mažėjo. Iki 2002 metų tai galima paaiškinti ir mažėjančiu gimstamumu, tačiau pastarųjų metų sumažėjusį akušerių skaičių galėjo lemti specialistų emigracija bei sumažėjęs akušerių poreikis dėl vykstančios sveikatos apsaugos reformos, kuri nustatė aiškius gimdymų per metus rodiklius, reikalingus kokybiškoms paslaugoms teikti bei lėmė dalies akušerijos skyrių periferijoje uždarymą.

4.2. Aprūpinimas brangia medicinos įranga

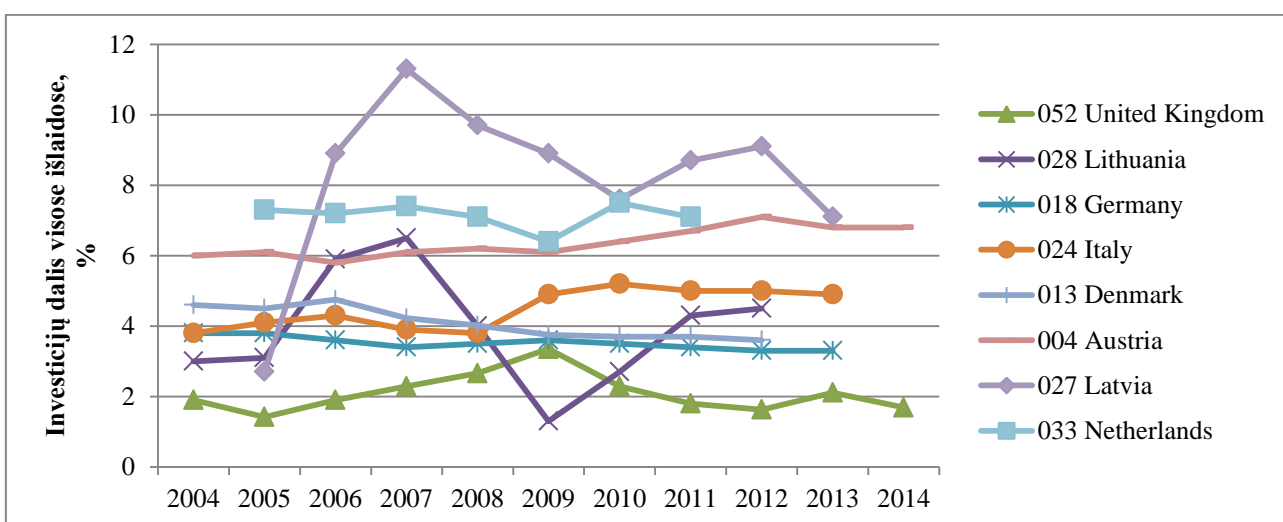
Medicinos įranga yra brangi dėl sudėtingo ir ilgo licencijavimo proceso, kurio metu siekiama užtikrinti maksimalią įrangos kokybę ir diagnostikos tikslumą. Technologinė pažanga ir naujausi atradimai moksle reikalauja milžiniškų investicijų į medicinos įrangą, siekiant užtikrinti gyventojams savilaikę, naujausią įrodymais pagrįstos medicinos pagalbą. Tokią įrangą galima išskirti į keletą pagrindinių, brangių aparatų grupes: kompiuteriniai tomografai (KT), magnetinio rezonanso tomografai (MRT), pozitronų emisijos tomografai (PET), gama kameros, angiografai, mamografai, radiacinės terapijos įranga (RT), litotriptoriai.



11 pav. Brangios medicinos įrangos ištekliai Lietuvoje ir ES 2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis.)

Iš aukščiau pateiktos diagramos galima daryti išvadą, jog Lietuva nepasižymi pertekline brangia diagnostine medicinos įranga, turimi ištekliai atitinka ES standartus, o kai kur jų nesiekia – statistiniam lietuviui tenka trečdaliui mažiau nei statistiniam europiečiui MRT ir mamografų įrangos, taigi yra blogesnis šių diagnostinių tyrimų prieinamumas. Lietuviams tenka perpus mažiau gama kamerų bei PET tomografų, tačiau pastaroji įranga yra brangiausia iki šiol įsigyta Lietuvoje naujovė ir atsirado tik 2012 m. LSMU Kauno klinikose bei 2014 m. VUL Santariškių klinikose.



12 pav. Kapitalo investicijų medicinos įrangai dalis visose sveikatos priežiūros išlaidose.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Dėl duomenų trūkumo diagramoje nepavaizduotas ES vidurkio rodiklis, tačiau matyti, jog kapitalo investicijų dalis Europoje ženkliai skiriasi net tokiose išsivysčiusiose ir stipriose

ekonomikose kaip Jungtinėje Karalystėje, kur nagrinėjamoju laikotarpiu vidutiniškai kapitalo investicijos sudarė apie 2% (su išimtimi 2008-2009 m. kai šis rodiklis pasiekė 3%), tuo tarpu Austrijoje, Nyderlanduose šis rodiklis nagrinėjamoju laikotarpiu svyravo apie 6-8%. Iš grafiko matyti, jog tik Lietuvoje ir Latvijoje šis rodiklis ženkliai smuko 2008-2010 metais, tuo tarpu ekonominis sunkmetis kitose ES šalyse prioritėtų dalį lėšų skirti medicinos įrangai nepakeitė.

Remiantis nagrinėjamų valstybių duomenimis, sudėtinga formuoti vieningą išvadą apie vidutinį kapitalo investicijų medicinos įrangai dalį bendrose išlaidose sveikatos priežiūrai. Apibendrinant galima teigti, jog Lietuva įrangos aprūpinimo bei investicijomis yra artima ES vidurkiui. Vis dėlto, viešojoje erdvėje neretai eskaluojama ilgų eilių ne tik gydytojų konsultacijoms, tačiau ir tyrimams atlikti, problema. Nuodugni turimos įrangos panaudojimo, paslaugų apimčių dinamikos ir eilių analizė atskleistų ne tik deklaratyvų Lietuvos aprūpinimą brangia medicinos įranga, tačiau atskleistų realaus šių paslaugų prieinamumo gyventojams situaciją.

Atkreiptinas dėmesys, jog brangios medicinos įrangos investicijoms lėšos dažniausiai yra skiriamos Sveikatos apsaugos ministerijos iš LR valstybės biudžeto arba dalyvaujant ES remiamuose projektuose. Vis dėlto lėšos, reikalingos palaikyti turimoms investicijoms ir einamosios išlaidos tenka ligoninėms. Už atliktus ambulatorinius brangiuosius tyrimus ligoninėms moka ligonių kasos, tačiau svarbu paminėti, jog už tyrimus yra apmokama tyrimų kainą koreguojant balu, kuris negali būti didesnis nei 1,0 vertės, tačiau gali būti mažesnis. Pavyzdžiui, brangiųjų PET tyrimų, kurių kaina nuo 2016 m. liepos 1 d. yra 999,76 eurų, brangus radiofarmacinis preparatas sudaro apie 80-90 tyrimo kainos, taigi, atlikdamos daug tyrimų ir gaudamos apmokėjimą mažesniu nei 1,0 balu, ligoninės patiria nuostolius, tačiau atlikdamos ribotą skaičių tyrimų stabdo šių tyrimų prieinamumą pacientams, ilgina eiles, iškyla svarbus investicijos atsipirkimo klausimas. Taigi, šis pavyzdys gerai iliustruoja vieną iš pagrindinių eilių susidarymo priežasčių – nepakankamą finansavimą. Investicijas į brangią medicinos įrangą galima palyginti su artimu kiekvienam šiuolaikiniam gyventojui investicija į automobilį – nepakanka sutaupyti lėšų brangiam ir naujam automobiliui įsigyti, ne mažiau svarbu įvertinti, ar žmogus bus pajėgus apmokėti brangias draudimo, degalų bei kitų eksploatacinių detalių sąnaudas, kad atlikta investicija atsipirktų ir būtų efektyviai išnaudojama.

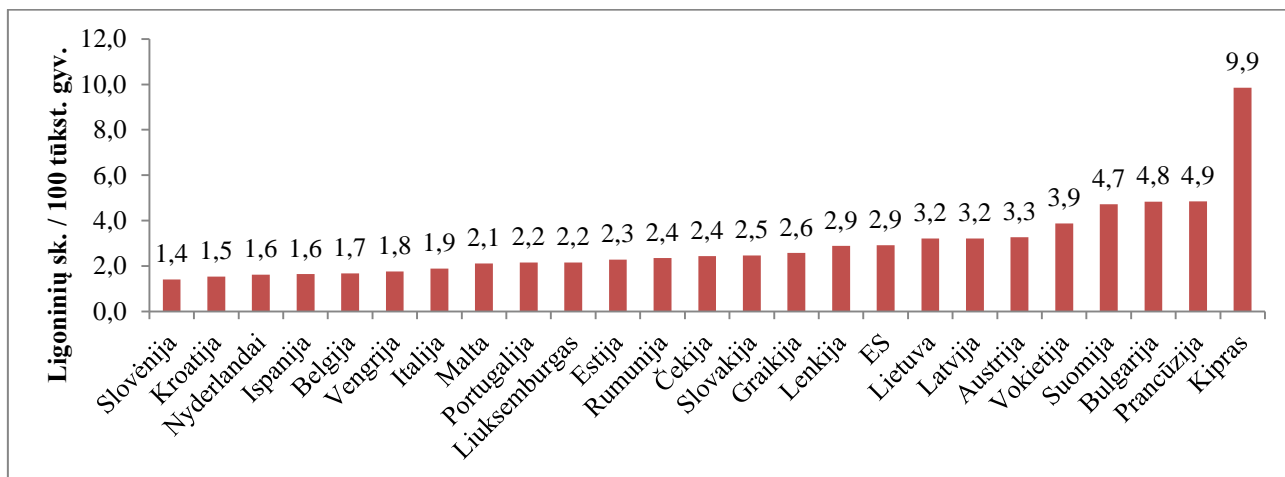
Atsakingos investicijos ir finansų valdymas sveikatos priežiūros srityje pagerintų medicinos įrangos panaudojimo efektyvumą, paslaugų pacientams prieinamumą bei užtikrintų kokybišką diagnostiką. Pabrėžtina investicijų analizės svarba, siekiant įvertinti Lietuvos sveikatos apsaugos finansinius pajėgumus.

5. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ FINANSAVIMAS IR LIGONINIŲ VEIKLOS RODIKLIAI

Stacionarinės paslaugos ir jas teikiantys paslaugų teikėjai – ligoninės – yra kertinės sritys, reikalaujančios didžiausių finansinių, žmogiškųjų ir medicinos įrangos išteklių. Stacionariųjų paslaugų kokybę dažniausiai vertinama mediciniais rodikliais – išgyvenamumo, pakartotinių hospitalizacijų, infekcijų, komplikacijų ir kitais. Vienas iš pagrindinių ligoninių efektyvumo vertinimo rodiklių – lovų užimtumas, hospitalizacijų apimtys ir ne mažiau svarbus, itin tinkantis palyginimui yra vidutinės gulėjimo trukmės rodiklis.

5.1. Stacionariųjų paslaugų bazė ir ligoninių veiklos vertinimo rodikliai

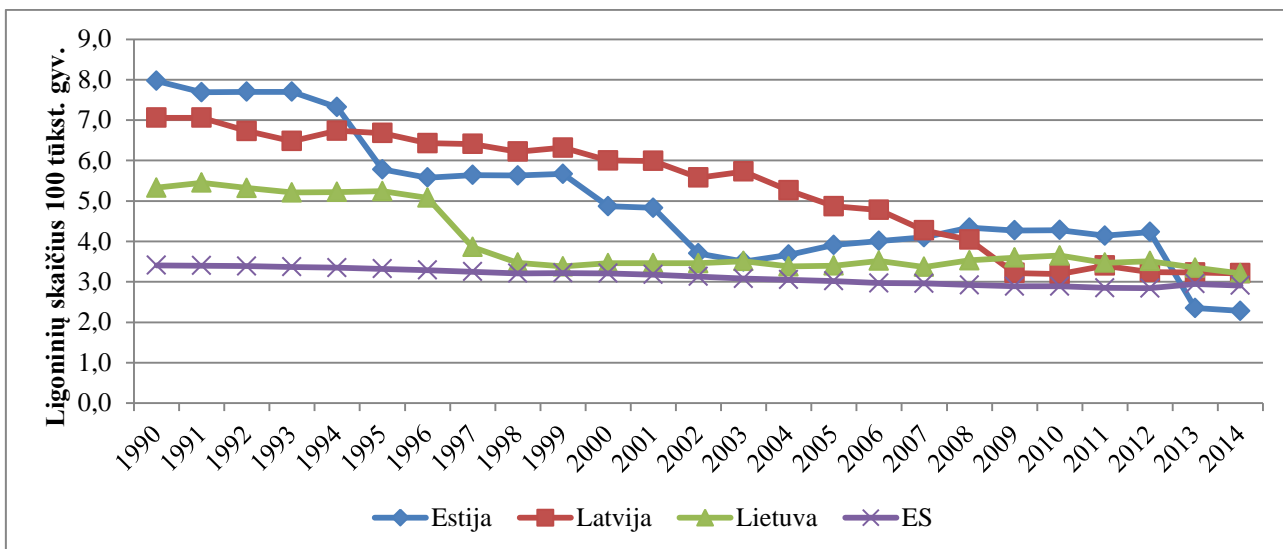
Ligoninių reformos Europoje vyksta centralizacijos kryptimi, siekiant efektyvinti išteklių panaudojimą ir apjungiant ligonines. Sveikatos apsaugos ministerijos ar atitinkamos institucijos kitose šalyse turi galios reguliuoti tik valstybinių ligoninių skaičių šalyje, taigi šalys, kuriose plačiai išvystytas privačių ligoninių ir medicinos turizmo verslas, gali pasižymėti ir priešingomis tendencijomis – mažomis privačiomis ligoninėmis.



13 pav. Ligoninių skaičius 100 tūkst. gyventojų.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

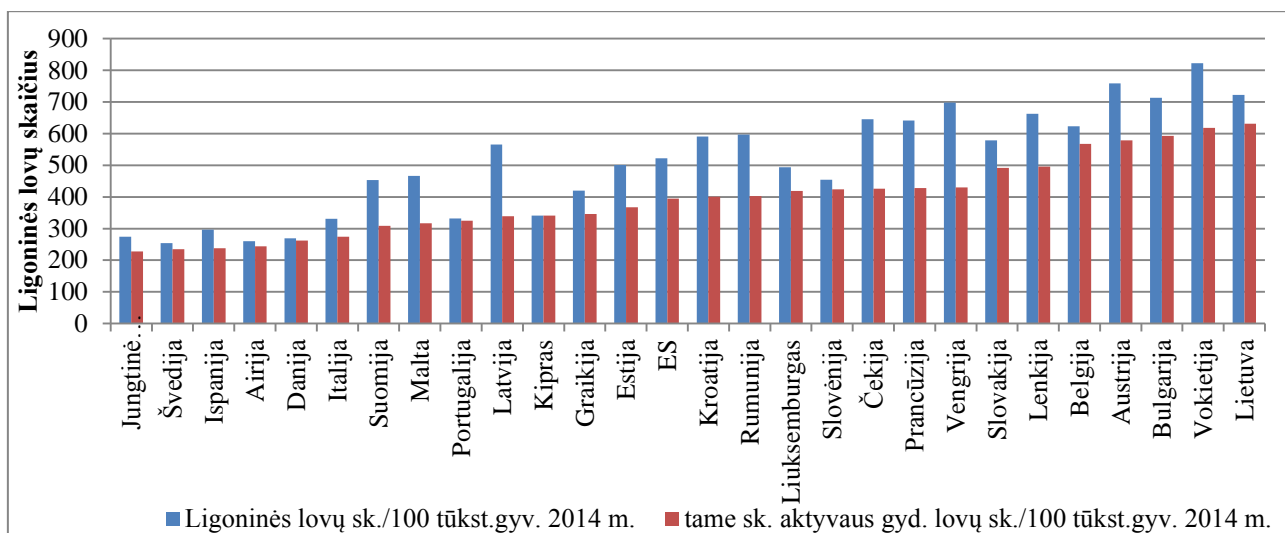
Lietuvoje 1 ligoninė aptarnauja vidutiniškai apie 30 tūkst. šalies gyventojų ir yra artima ES vidurkiui. Daugumoje Europos Sąjungos valstybių 1 ligoninė aptarnauja apie 30-50 tūkst. gyventojų ir tik Kipras ženkliai išsiskiria iš ES konteksto, kur 1 ligoninei vidutiniškai tenka vos 10 tūkst. gyventojų. Vis dėlto, vienareikšmiai vertinti šio rodiklio atskirai nuo lovų skaičiaus rodiklio negalima, kadangi anksčiau minėtajame Kipre ligoninės vidutiniškai yra mažesnės nei ES vidurkis.



14 pav. Standartizuoto ligoninių skaičiaus Baltijos šalyse ir ES dinamika 1990-2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

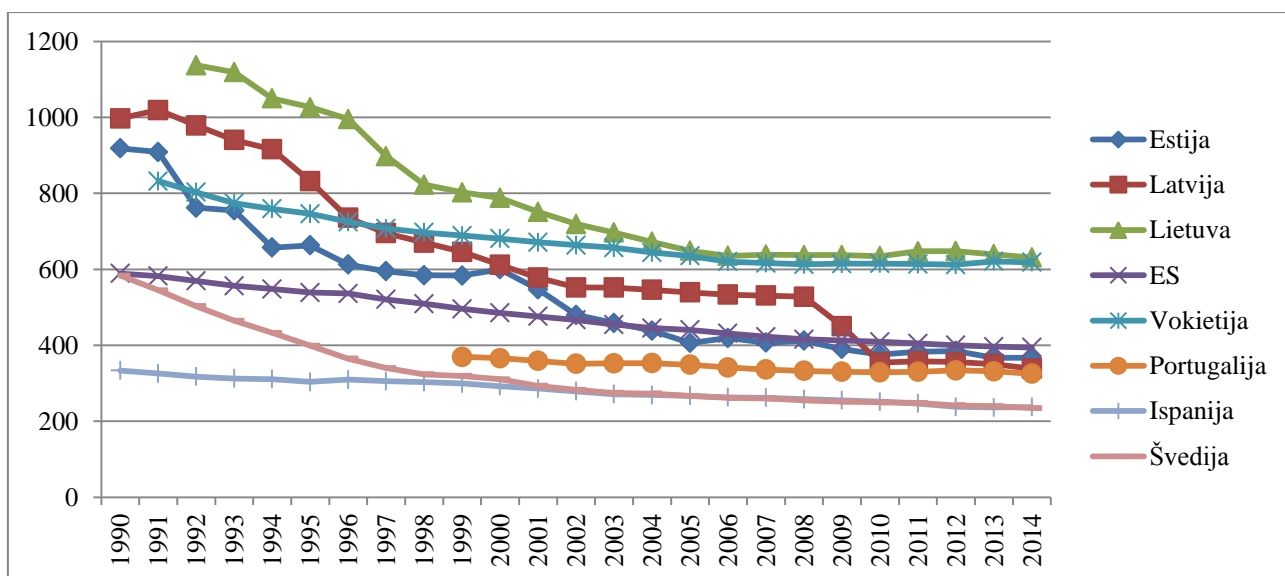
Ligoninių skaičius nepriklausomybės pradžioje visose trijose Baltijos šalyse ženkliai viršijo ES vidurkį. Įgyvendinant sveikatos apsaugos sistemos reformas, apjungiant mažesnes ligonines į daugiaprofilines, dideles ligonines buvo sumažintas bendras ligoninių skaičius šalyse. Ekonominiu požiūriu, tai leidžia efektyviau panaudoti išteklius bei resursus, sumažinti valdymo aparatą ir administracines išlaidas, pasiekti masto ekonomiją. Stambesni gydymo centrai sudaro sąlygas atlikti sudėtingesnes kompleksines operacijas, kuriose dalyvauja įvairių profilių chirurgai, užtikrinti visapusišką ir greitą medicinos pagalbą ligoninėje gydomiems pacientams.



15 pav. Bendro ligoninės lovų skaičius ir aktyvaus gydymo lovų sk. 100 tūkst. gyv. 2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

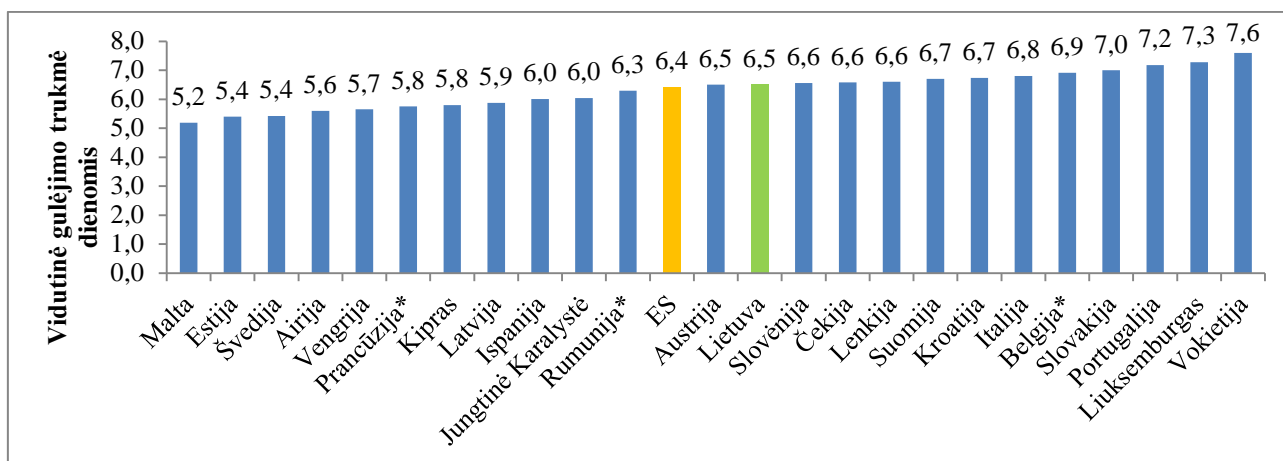
Vertinant ligoninės lovų skaičiaus, tenkantį 100 tūkst. gyventojų, rodiklį, iš pateiktų duomenų būtų sudėtinga formuoti vienareikšmę išvadą, kadangi tokios stiprios ekonomikos kaip Vokietija, Austrija bei Belgija turi vienus aukščiausių rodiklių, tuo tarpu socialinės gerovės šalys Švedija, Danija, taip pat Suomija, Pietų Europos šalys – Ispanija, Italija, Portugalija turi kur kas mažiau stacionaro lovų. Lietuva 2014 m. pagal aktyvaus gydymo (stacionaro be reabilitacijos, ilgalaikio gydymo ir slaugos) lovų skaičių net pirmavo Europoje. Remiantis naujausiais moksliniais tyrimais, siekiama kuo labiau sumažinti išlaidas bei stacionarinio gydymo apimtį, perkelti dalį paslaugų į dienos chirurgijos, dienos stacionaro bei ambulatorinę grandį. Žemiau pateikta diagramos empiriniai duomenys neprieštarauja šiem teiginiais ir nuo pat 1990-tųjų ES šalims būdingas lovų skaičiaus mažinimas, ypač Baltijoms šalims, kur aktyvaus gydymo lovų skaičiaus rodiklis nagrinėjamoju laikotarpiu sumažėjo apie 30-40 proc.



16 pav. Aktyvaus gydymo lovų skaičiaus dinamika ES.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis.

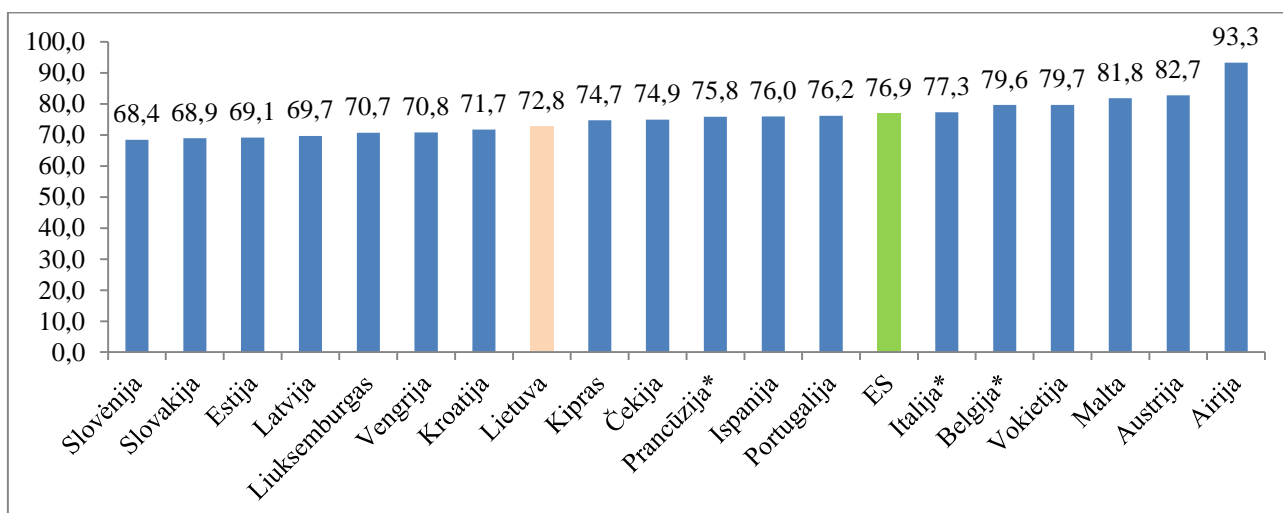
Atlikus dinaminę lovų skaičiaus 1990 - 2014 m. Europos Sąjungos analizę, galima formuluoti šias išvadas: pirma, ligoninės lovų skaičius 100 tūkst. gyventojų Europoje visą nagrinėjamą laikotarpį nuosaikiai mažėjo. Antra, daugeliu mokslinių tyrimų yra įrodyta, kad gydymas ligoninės stacionare yra labai brangus ir tai yra viena iš pagrindinių sričių, kurių reformuojant galima ženkliai sumažinti išlaidų sveikatos apsaugai poreikį. Baltijos šalys, tame tarpe ir Lietuva, sugebėjo prisitaikyti prie ES krypties sveikatos apsaugos politikoje.



17 pav. Vidutinė gulėjimo trukmė aktyvaus gydymo lovose ES 2014 m.

(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Vidutinės gulėjimo trukmės rodiklis neatsiejamas nuo ligoninių efektyvumo vertinimo. Teoriškai, kuo mažesnė šio rodiklio reikšmė, tuo didesnio kaštų efektyvumo galima tikėtis. Antravertus, analizuojant gulėjimo trukmės rodiklį daroma prielaida, jog pacientų ir ligų struktūra šalyse yra panaši. Tačiau svarbu paminėti, jog ši prielaida gali būti esminė ir ydinga nagrinėjant ligoninių gulėjimo trukmes šalies viduje – tokiu atveju palyginamosios galėtų būti tik to paties lygmens – universitetinės, respublikos, regiono ar rajono lygmens ligoninės. Nepaisant didelių hospitalizavimo apimčių, lyginant su kitomis ES valstybėmis, Lietuvoje vidutinė gulėjimo trukmė yra labai artima ES vidurkiui. Įdomu tai, jog Vokietijoje gulėjimo trukmė 2014 m. buvo pati ilgiausia. Šiuo atveju negalima atmesti prielaidos, jog pacientų ir ligų sudėtingumo atvejai visgi gali skirtis, ypač Vokietijoje, garsėjančioje vienas geriausių pasiekimų medicinoje, todėl pritraukiančioje sudėtingus pacientus iš viso pasaulio.



18 pav. Vidutinis lovos užimtumas proc., 2014 m.

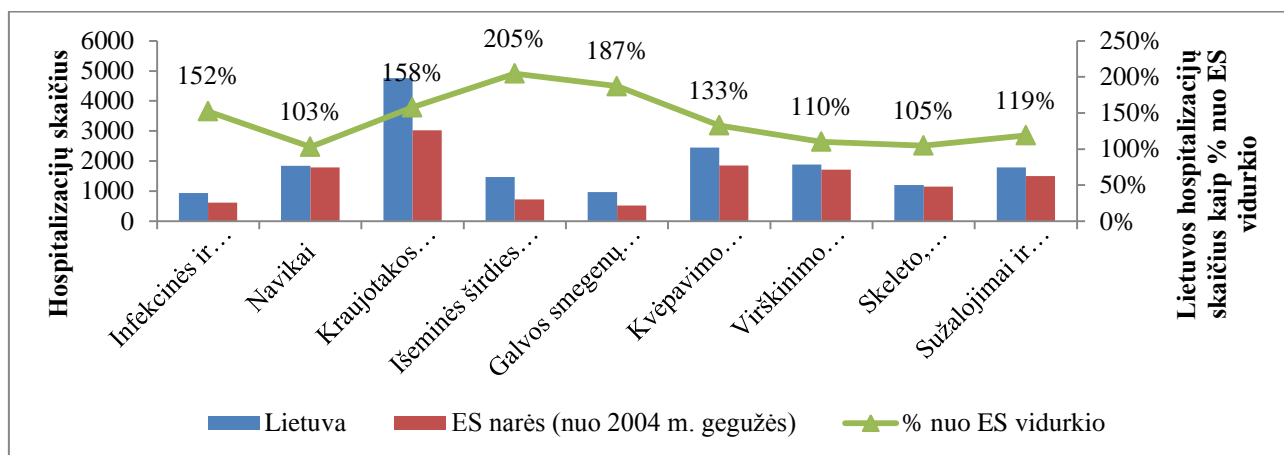
(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Vidutiniškai 1-a aktyvaus gydymo ligoninės lova Europos Sąjungoje dirba 76,9 proc. efektyvumu, taigi turi dar apie 23 proc. rezervą. Geriausiai turimas lovas išnaudoja Airija, taip pat Austrija, Malta bei Vokietija. Lietuvos ligoninių lovų užimtumas aukštas – 72,8 proc., tačiau ES vidurkio nesiekia.

Apibendrinant Lietuvos padėti Europos Sąjungoje lovų panaudojimo efektyvumo klausimu – šalies ligoninės dar turi rezervų siekti geresnių rodiklių ir rodyti aukštesnius už ES vidurkį rezultatus. Atlikus analizę paaiškėjo, jog Lietuva turi sąlyginai daug aktyvaus gydymo lovų, pagal vidutinę gulėjimo trukmę atitinka ES standartus, tačiau nepakankamai efektyviai panaudoja turimas lovas. Kadangi šie rodikliai glaudžiai susiję, nesunku formuoti rekomendacinę išvadą, jog lovų skaičiaus mažinimas Lietuvoje turėtų teigiamai paveikti lovų užimtumo rodiklį.

5.2. Stacionariųjų paslaugų tendencijos ir finansavimas

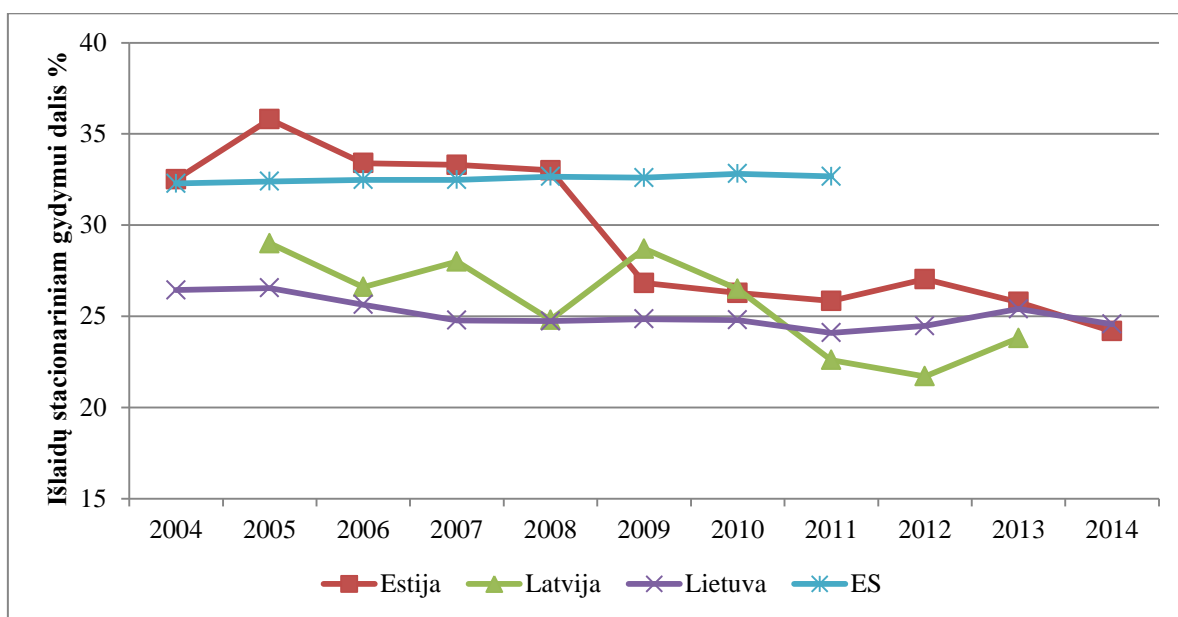
Vertinant hospitalizacijų skaičių, tenkantį 100 tūkst. gyventojų Lietuvoje ir Europos Sąjungos vidurkį, matyti, jog visose susirgimų grupėse Lietuvoje hospitalizacijų skaičius yra didesnis ir svyruoja nuo viršijimo vos 3 proc. (navikai) iki dukart dažnesnio hospitalizavimo nei ES (kraujotakos sistemos ligos).



19 pav. Hospitalizacijų skaičius 100 tūkst. gyv. pagal atskiras susirgimų grupes Lietuvoje, palyginus su ES vidurkiu (2010 m.). (Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Dažniausia susirgimų sritis, dėl kurios pacientai hospitalizuojami tiek Lietuvoje, tiek ES yra kraujotakos sistemos ligos, tačiau Lietuvoje dėl kraujotakos sistemos ligų pacientai hospitalizuojami 1,6 karto, o dėl išeminių širdies ligų bei galvos smegenų kraujagyslių ligų apie 2 kartus dažniau nei ES. Prieš formuojant išvadą, jog Lietuvoje galimai nepakankamai išnaudojami ambulatorinės grandies resursai ir pacientams skiriamas brangus stacionarinis gydymas, būtina įvertinti susirgimų skirtumus Lietuvoje ir ES. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro

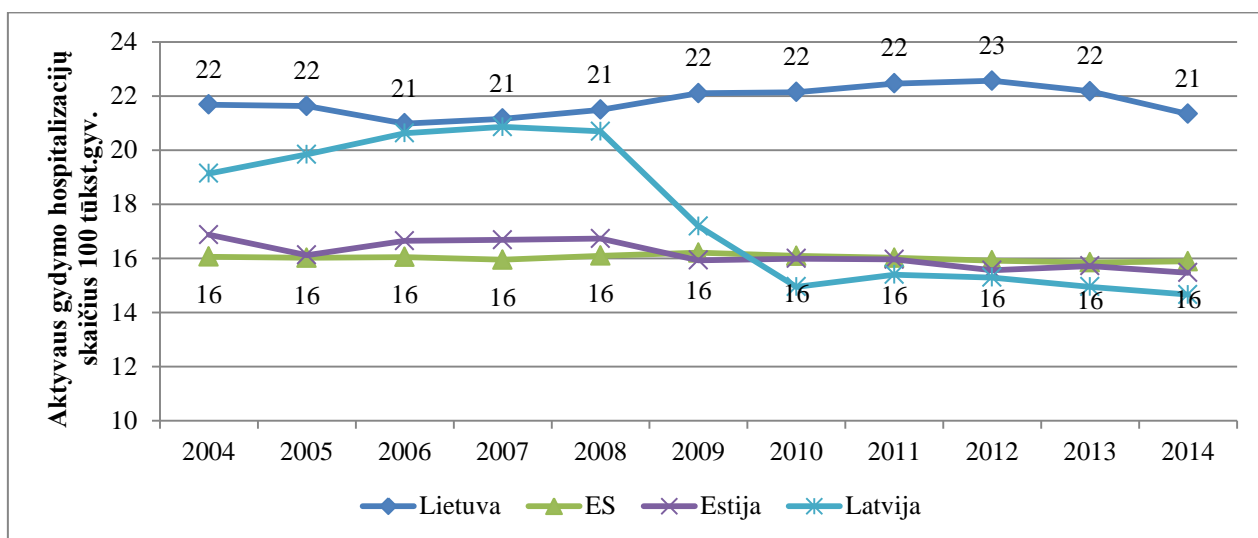
2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815 patvirtinto „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ prieduose „Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo krypties aprašas“ bei „Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo srities aprašas“ nurodoma, jog „Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos išlieka pagrindine mirties priežastimi, kaip ir kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse.“ Aprašuose pateikiami Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenis, pagal kuriuos 2012 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė (56,6 proc.) visų mirusiųjų. Aprašuose detalizuojama, jog daugiausia žmonių, tame skaičiuje 47,8 proc. vyrų ir 65,6 proc. moterų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių nuo išeminės širdies ligos vyrų ir moterų mirė atitinkamai 65,9 proc. ir 63,8 proc. Remiantis minėtuoju aprašu, trumpai paaiškinama išeminės širdies ligos esmė, kuri apibūdinama kaip „būklė, kai sutrinkdoma vainikinių arterijų kraujotaka ir dėl to pažeidžiama širdis ir jos funkcijos.“



20 pav. Išlaidų stacionariniam gydymui dalis visose išlaidose.
(Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Lietuva pastarąjį dešimtmetį stacionariniam gydymui išleido panašią dalį visų lėšų – apie ketvirtadalį. Latvijoje ši dalis buvo nepastovi ir linkusi svyruoti, Estija tendencingai mažino stacionarui skiriamą dalį. Europos Sąjungos vidurkis turėtų atspindėti panašias į Estiją tendencijas, todėl tikėtina, jog apie 32-33 proc. siekiantis išlaidų dalies rodiklis yra netikslus dėl duomenų trūkumo, kadangi PSO duomenų bazėje kitų Europos Sąjungos šalių duomenys nenuoseklūs ir neatnaujinti.

Lyginant su kitomis Europos šalimis: pagal bendrą šalies standartizuoto mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklį 100 tūkst.gyv. Lietuva lenkia tik Rumuniją ir Bulgariją. Sveikatos netolygumų mažinimo plane nurodoma, jog Lietuvoje gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos ir insulto – vieni didžiausių Europoje. Šalyse, kuriose šie rodikliai taip pat buvo prasti – Lenkijoje, Čekijoje, pastebima mirtingumo nuo kraujotakos ligų mažėjimo tendencija. Teigiamus pokyčius šiose šalyse lėmė rizikos susirgti minėtomis ligomis veiksniai, tokių kaip rūkymas, aukštas cholesterolis, sumažinimas šalies mastu. Šių veiksnių šalinimas pažymimas kaip vienas pagrindinių širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos ir gydymo strategijos komponentų.



21 pav. Aktyviojo gydymo hospitalizacijų skaičius 100 tūkst.gyv. Baltijos šalyse ir ES dinamika (Sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis)

Aktyvaus gydymo (be reabilitacijos, ilgalaikio gydymo ir slaugos) hospitalizacijų skaičius Europoje nuo pat 2004 m. ženkliai nesikeitė, Estijos rodiklis buvo artimas ES vidurkiui. Latvija XXI-ojo amžiaus pradžioje susidūrė su gana aukštu hospitalizacijų skaičiumi, tačiau 2009 m. sugebėjo išplėtoti dienos stacionaro ir chirurgijos paslaugas bei apriboti aktyvaus gydymo hospitalizacijų skaičių stacionare. Lietuvai, deja, šio rodiklio sumažinti nepavyko, ir iš pateikto grafiko matyti, jog tik 2014 m. šis rodiklis ėmė mažėti ir, tikėtina, išlaikant strateginę kryptį prioterizuoti dienos paslaugas, mažės ir toliau.

6. KIEKYBINIS EFEKTYVUMO VERTINIMAS DUOMENŲ APGAUBTIES ANALIZĖS METODU

Analizei atlikti buvo naudojami Higienos instituto Lietuvos informacinio centro Lietuvos sveikatos rodiklių informacinės sistemos duomenys apie vidutinę gyvenimo trukmę, naujagimių mirtingumą, išvengiamą hospitalizaciją, materialinių ir žmogiškųjų išteklių rodiklius. Duomenys apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansavimą iš teritorinių ligonių kasų tinklapių, o gyventojų skaičiaus apskrityse rodiklis iš Lietuvos statistikos departamento duomenų bazės. Visi rodikliai buvo naudojami pagal administracinę Lietuvos Respublikos suskirstymą apskritimis, kurių yra 10. Remiantis kitų šalių tyrėjų pavyzdžiu, analizei buvo pasirinkti trys išvesties kintamieji (ang.output variables): vidutinė gyvenimo trukmė (nuo gimimo), išvengiamų hospitalizacijų rodiklis bei trys įvesties kintamieji (ang.input variables): gydytojų skaičius, ligoninės lovų skaičius bei valstybinis finansavimas iš PSDF.

Kintamojo žymėjimas	Kintamojo pavadinimas
x_1	Ligoninės lovų skaičius 10 tūkst. gyv.
x_2	Gydytojų skaičius 10 tūkst. gyv.
x_3	PSDF finansavimas 1-am gyv.
y_1	Vidutinė gyvenimo trukmė metais
y_2	Naujagimių mirtingumas 1000-iui naujagimių
y_3	Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1-am tūkst. gyv.

4 lent. Modelio kintamųjų žymėjimų lentelė

Ligoninės lovų skaičiaus rodiklis parodo ligoninės lovų skaičių, tenkantį 1000-iui gyventojų. Apskrityse rodiklis ženkliai skiriasi ir svyruoja nuo minimalios reikšmės 54,6 lovų Marijampolės apskrityje iki 112,4 lovų Klaipėdos apskrityje. Vidutiniškai, visose apskrityse šis rodiklis siekia 78,6 lovas, standartinis nuokrypis – 20,4 lovų, o variacijos koeficientas yra 26%, taigi imtis yra homogeniška.

Gydytojų skaičiaus rodiklis apima visus gydytojus, turinčius universitetinį medicinos išsilavinimą bei įstatymo nustatyta tvarka galinčius teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus odontologus, kurie yra traktuojami kaip atskira medicinos darbuotojų grupė. Gydytojų skaičius 10-iai tūkst. gyventojų apskrityse varijuoja dar stipriau – daugiausia gydytojų, atsižvelgiant į gyventojų skaičių, sutelkta Kauno (70 gyd./10 tūkst. gyv.), mažiausiai – Tauragės apskrityje (19 gyd./10 tūkst.gyv.). Vidutinis gydytojų skaičius apskrityse yra 35 gydytojai, standartinis rodiklio nuokrypis – 17, variacijos koeficientas aukštas – 48,6%.

Trečiasis įvesties kintamasis yra Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansavimo lėšos, tenkančios 1-am gyventojui. Duomenys iš 5-ių teritorinių ligonių kasų apie 2015 m. skirtą finansavimą asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pagal TLK veiklos zonas buvo susisteminti iki apskričių bei pagal gyventojų apskrityse skaičių išvestas santykinis palyginamas rodiklis. PSDF finansavimo lėšų pasiskirstymas apskrityse netolygus: didžiausią finansavimą 2015 m. gavo Vilniaus apskrities gyventojai – 420,4 Eur/gyv., mažiausias finansavimas atiteko Tauragės apskrčiai – 206,5 Eur/gyv. Vidutinis apskrities finansavimas – 298 eurai vienam gyventojui. Standartinis rodiklio nuokrypis – 81,1 euro, variacijos koeficientas – 27,2%.

Remiantis Higienos instituto apibrėžimu, vidutinė gyvenimo trukmė – tai tikimybinis rodiklis, kuris parodo, kiek vidutiniškai gyvens nagrinėjamais metais, t.y. šiame tyrime – 2015 m., gimęs žmogus, su prielaida, jog visą būsimą šios kartos gyvenimą mirtingumo lygis visose gyventojų amžiaus grupėse nekis. Šis rodiklis buvo pasirinktas remiantis užsienio tyrėjų studijomis, kuriose vidutinė gyvenimo trukmė naudojama kaip išėjimo kintamasis (Tudorel, 2009). Nėgana to, tyrimai apie gyvenimo trukmę lemiančius veiksnius parodė, jog šis rodiklis apima ir daugiau veiksnių, tokių kaip išsilavinimas, lytis, sveikatos būklė, pajamos, įtaką (Jaba, 2012). Nors didžiausia statistinė tikimybė ilgiausiai gyventi Klaipėdos apskrities gyventojams – iki 75,3 metų, o trumpiausia Utenos krašte – 73,1 metai, variacijos koeficientas vos 1%, imtis homogeniška.

Naujagimių mirtingumo rodiklis parodo, kiek iš tūkstančio gimusių kūdikių miršta iki vienerių metų. Daugiausia naujagimių mirčių 2015 m. iš 1000-io gyvų naujagimių buvo Tauragės apskrityje – 7, mažiausiai Utenos apskrityje – 1. Vidutiniškai apskrityse šis rodiklis siekė 4,3 mirtis 1000-iai naujagimių ir pasižymi aukštu variacijos koeficientu – 40,4%.

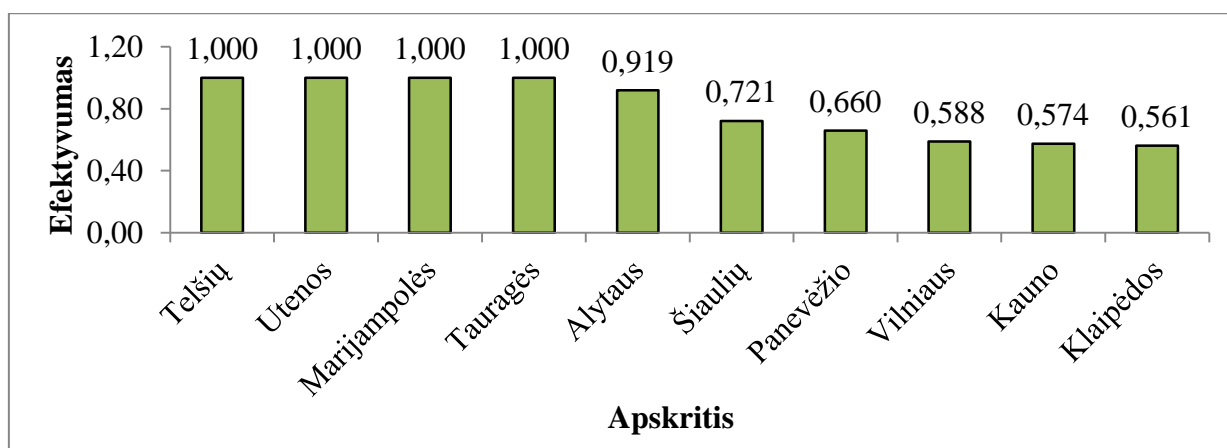
Išvengiamų hospitalizacijų rodiklis parodo perteklinį išteklių naudojimą, todėl yra svarbus efektyvumo vertinime. Higienos institutas šį rodiklį aiškina, jog yra ligos, kurių hospitalizacijų galima išvengti, taikant prevencines priemones ar ankstyvą ambulatorinį gydymą, ir kurios vadinamos ambulatorinei priežiūrai jautriomis būklėmis (APJB). Būtent hospitalizacijos dėl APJB yra vadinamos išvengiamomis hospitalizacijomis. Mažiausiai jų buvo Vilniaus apskrityje – 28 hospitalizacijos 1-am tūkst.gyv., blogiausiu rodikliu pasižymėjo Utenos apskritis – beveik 50 hospitalizacijų. Lietuvos apskričių vidurkis – 36 išvengiamos hospitalizacijos arba apie 105 tūkst. hospitalizacijų per metus visoje šalyje. Rodiklio standartinis nuokrypis 6,1, variacijos koeficientas 17%, taigi imtis homogeniška.

	x ₁	x ₂	x ₃	y ₁	y ₂	y ₃
Didžiausia reikšmė	112,4	69,8	420,4	75,3	49,7	6,9
Mažiausia reikšmė	54,6	19,4	206,5	73,1	28,0	0,9
Vidurkis	78,6	35,4	298,0	74,3	36,1	4,3
Standartinis nuokrypis	20,4	17,2	81,1	0,8	6,1	1,7
Variacijos koeficientas	26,0%	48,6%	27,2%	1,0%	17,0%	40,4%

5 lent. Modelio kintamųjų aprašomojo statistika

Atlikus duomenų analizės apvalkalo metodo analizę, buvo nustatyta, jog keturios apskritys yra efektyvios kitų atžvilgiu: Telšių, Utenos, Marijampolės ir Tauragės.

Iš modelio apskaičiuotų rezultatų matyti, jog apskritys, sunaudojančios daugiausiai išteklių pasižymi žemiausiu efektyvumu – Vilniaus, Kauno, Klaipėdos apskritys. Pažymėtina tai, jog šiose apskrityse įsikūrę didžiausios šalyje daugiaprofilinės ligoninės, kurios pritraukia sudėtingiausius pacientus iš visos šalies. Vienas iš veiksnių, galėjusių lemti tyrimo rezultatus – gyventojų migracija šalies viduje sveikatos priežiūros tikslais. Nedideli atstumai šalies viduje ir apribojimų pasirinkti gydytoją nebuvimas sąlygoja galimą duomenų netikslumą, pavyzdžiui, Vilniaus apskrities asmens sveikatos priežiūros naudoja savo išteklius ir kitų apskričių pacientams, taip galimai sąlygodamos ilgesnę tų gyventojų gyvenimo trukmę ar mažesnę kūdikių mirtingumą. Svarbu, jog Vilniaus bei Kauno apskrityse yra ženkliai mažesni išvengiamų hospitalizacijų rodikliai, kas vis dėlto rodo perteklinių kaštų išvengimą ir pakankamai efektyvų pacientų srautų ligoninėse organizavimą.



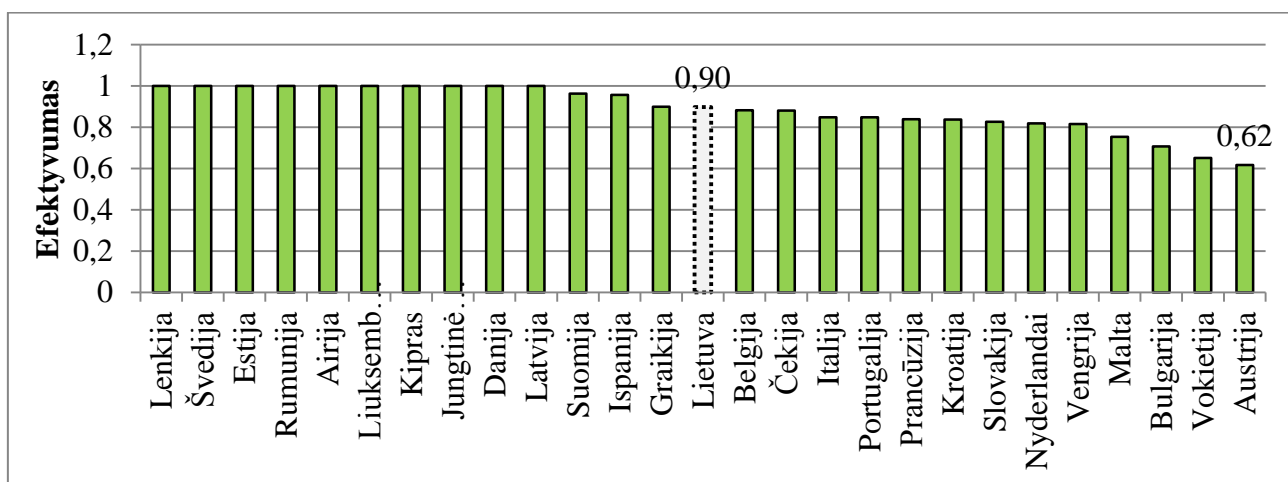
21 pav. Apskričių efektyvumo eilė.

Antras svarbus aspektas modelio rezultatams paaiškinti gali būti ir šalies mažumas sveikatos rodiklių prasme – šalis yra nedidelė savo plotu, pakankamai kultūriškai vientisa, todėl gyvenimo trukmė ar naujagimių mirtingumo rodikliai ženkliai nesiskiria, kai išteklių naudojimo

skirtumai - ženklūs. Gali veikti ir kiti gyvenimo trukmę lemiantys veiksniai, kurie, tikėtina, šalyje yra gana homogeniški.

Siekiant tikslesnio sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo ir finansavimo apskirtyse įvertinimo, tikslinga būtų atskirti imtį į dvi grupes: pirmąją – didžiausias ligonines turinčias apskritis (tris - Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, arba penkias su Šiaulių ir Panevėžio apskritimis); ir antrąją – likusios Lietuvos apskritis. Tokiu būdu imtys būtų labiau homogeniškos, būtų išspręsta efektyvumo, sąlygoto mažų išteklių, problema bei modelio apskaičiuota efektyvumo eilė galėtų implikuoti labiau pritaikomus ekonominės politikos sprendimus.

Atlikus atitinkamą DEA modelio analizę 27-ioms Europos Sąjungos valstybėms (išskyrus Slovėniją dėl duomenų trūkumo), buvo įvertintas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas ES kontekste. Duomenys gauti iš Pasaulio sveikatos organizacijos statistinių rodiklių duomenų bazės, naudoti naujausi prieinami – 2014 metų duomenys. Modelio kintamieji buvo pakoreguoti, atsižvelgiant į prieinamus duomenis ir finansiniams ištekliams įvertinti buvo naudojamas sveikatos priežiūros išlaidų nuo BVP rodiklis, išreikštas procentine išraiška, o vietoje išvengiamų hospitalizacijų rodiklio – būsimą gyvenimo trukmę, įvertinus neįgalumą (ang. DALE – disability-adjusted life expectancy). Žemiau pateikiami DEA metodu gauti efektyvumo koeficientai, pavaizduoti grafiškai.



22 pav. 27 ES valstybių sveikatos priežiūros efektyvumo rodikliai.

Kaip matyti iš pateikto grafiko, net 10 ES valstybių buvo nustatytos kaip efektyvios, lyginant su kitomis modelyje vertintomis valstybėmis. Tai ir aukšto pragyvenimo lygio valstybės, tokios kaip Švedija, Liuksemburgas, Jungtinė Karalystė, Danija, tačiau taip pat kaip efektyvi nustatyta ir Rumunija, tačiau tai, tikėtina, lėmė maži ištekliai. Kitos efektyvios valstybės: Lenkija, Estija, Airija, Kipras, Latvija. Lietuva šiuoje eilėje užima 14 vietą iš 27 ir apskaičiuotasis efektyvumo rodiklis yra aukštas – 0,90.

Apibendrinant gauto tyrimo rezultatus sudėtinga formuoti aiškias problemines sritis bei pasiūlymus, kadangi susidurta su modelio apribojimais, gauti rezultatai nevienareiškmiai. Siekiant suformuoti praktinius sveikatos ekonomikos politikos pasiūlymus ir išvengti modelio apribojimų, tikslinga:

1. Tyrimą papildyti efektyvumo vertinimu atskiriant miesto ir kaimo regionus, atskiriant didžiuosius miestus.

2. Vietoje homogeniškų gyvenimo trukmės bei kūdikių mirtingumo rodiklių pasitelkti netolygiau regionuose pasiskirsčiusius sveikatos priežiūros paslaugų rezultatų rodiklius.

ES šalių efektyvumo eilė prieštaringa – vienavertus efektyvios yra ženkliai ekonomine gerove besiskiriančios valstybės Liuksemburgas, Danija ir Rumunija. Nėgana to, neefektyviausiomis pripažintos Austrija, Vokietija ir Bulgarija – taip pat itin skirtingo pragyvenimo lygio valstybės. Taigi, rezultatai artimi ir Lietuvos apskričių modeliui, kai ištekliais turtingos apskritys buvo nustatytos kaip neefektyvios, šiuo atveju – Vokietija, Austrija, Nyderlandai taip pat rikiuojasi lentelės apačioje.

IŠVADOS

1. Darbe išaiškinta sveikatos priežiūros samprata, atkreiptas dėmesys į sveikatos, ne tik kaip individo, tačiau ir visos valstybės turtą, reikalingą tvariam šalies ekonominiam vystymuisi ir augimui. Nustatyta, jog sveikatos priežiūra, kaip produktas, vertinama dvejopai – laisvosios rinkos šalininkai palaiko nereguliuojamos rinkos ir konkurencijos idėją, aiškindami, jog sveikatos priežiūra nesiskiria nuo kitų asmeninio vartojimo prekių ar paslaugų. Sveikatos apsaugos ekonomikos pradininko J.Arrow ir kitų ekonomistų nuomone – sveikatos priežiūra išsiskiria iš kitų prekių ir paslaugų. Išanalizavus Lietuvos ir užsienio mokslininkų studijas apie sveikatos priežiūros paslaugų rinką, nustatyta, jog ji skiriasi nuo įprastų prekių ar paslaugų rinkos. Apibendrinant, sveikatos priežiūros paslaugų rinka pasižymi neapčiuopiamumu, heterogeniškumu, laikinumumu, gamybos ir vartojimo vienviete, vartotojo dalyvavimu gamybos procese ir informacijos asimetrija. Rinkos ydos sąlygoja valstybinio reguliavimo poreikį ir išskiria sveikatos priežiūros paslaugų rinką iš kitų.

2. Sveikatos apsaugos sistemos finansavimas skirstomas į tris modelius, pagal šių modelių idėjų autorius – Beveridžo, Bismarko ir Semaškos. Beveridžo modelis grindžiamas lygiateisiškumo principu, išmokų dydis nepriklauso nuo sumokėtų įmokų, pagrindinis ir vienintelis finansavimo šaltinis – mokesčiai. Bismarko modeliui būdingas sveikatos priežiūros finansavimas iš dirbančiųjų ar darbdavių surinktų įnašų, šios lėšos kaupiamos atskirame ir nevyriausybiname fonde. Semaškos modelis remiasi centrine planavimo sistema, sveikatos priežiūra finansuojama tik iš valstybės biudžeto. Negalima išskirti vieno pranašesnio modelio prieš kitus. Lietuvoje sveikatos priežiūros sistemos modelis buvo formuojamas remiantis Bismarko modeliu, tačiau turi ir Beveridžo modelio ypatumų. Lietuvos sveikatos priežiūrai būdinga: sąlyginai stipri valstybinė kontrolė, privataus sektoriaus egzistavimas, privalomojo sveikatos draudimo įmokų derinimas su biudžetiniu finansavimu, atskiras, nevyriausybiniis privalomojo sveikatos draudimo fonas, pakankamai stipri konkurencija tarp paslaugų teikėjų.

3. Darbe išnagrinėta PSDF, kaip pagrindinio sveikatos priežiūros išlaidų finansavimo šaltinio, reikšmė. Išanalizuota privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo sistema, šių įmokų dydžiai. Nustatyta, jog didelė dalis sveikatos priežiūros išlaidų finansuojama iš valstybės biudžeto, kadangi draudžiamieji valstybės lėšomis sudaro 56,7 proc. visų draudžiamųjų. Identifikuota besidraudžiančiųjų savo lėšomis ir draudžiamųjų valstybės lėšomis įmoku disproporcija, kai besidraudžiantieji savo lėšomis sumoka vidutiniškai per metus 3,2 karto daugiau nei valstybė skiria asignavimų už vieną draudžiamąjį asmenį. Nors deklaruojami siekiai mažinti šią nelygybę, nepakankami valstybės asignavimai sveikatos priežiūrai išlieka aktuali problema.

4. Išsamiai aptariamas surinktų PSD įmokų paskirstymas teritorinėms ligonių kasoms bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų finansavimas už suteiktas paslaugas, ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos. Aptarta balo, kaip sveikatos paslaugų kainų vertės nustatymo, samprata, problematika ir dinamika – nuo 2009 m. ekonominio sunkmečio laikotarpiu, balo vertė buvo sumažėjusi net iki 0,89 balo ir tik nuo 2016 m. atkuriamą pradinę balo vertę, kuomet vienas balas lygus vienam eurui. Identifikuota nefiksuoto balo brangiesiems tyrimams ir procedūroms problema, kuri sukuria nepakankamą finansavimą ir galimai daro įtaką eilių susidarymui. Išnagrinėtas stacionariųjų paslaugų finansavimo mechanizmas – nuo 2012 m. įdiegtas giminingų diagnozių grupių metodas (DRG). Nustatytas DRG modelio pranašumas prieš kitus stacionariųjų paslaugų finansavimo mechanizmus: teisesnis paslaugų kompensavimas, atsižvelgiant į paciento sudėtingumą ir paslaugų apimtį, skaidresnis paslaugų kompensavimas, racionalesnis išteklių panaudojimas, šiuolaikiška, reguliariai atnaujinama apmokėjimo sistema, išsamesnė statistika apie paslaugų turinį ir galimybės atlikti lyginamąją analizę Europos šalių kontekste.

5. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas yra vienas žemiausių Europos Sąjungoje. Tiek pagal sveikatos priežiūros išlaidų dalį nuo sukuriama BVP, tiek valiutinės išraiškos rodikliais vienam gyventojui, stipriai atsiliekame nuo Vidurio bei Šiaurės Europos valstybių. Šalyje pasiektas aukštas medicinos paslaugų kokybės lygis, tačiau išlaidomis sveikatos priežiūros apsaugai lenkiame tik Rumuniją ir Bulgariją, taigi egzistuoja neatitikimas tarp paslaugų kokybės ir finansavimo. Atlikta išlaidų sveikatos priežiūrai analizė: pagal sveikatos priežiūros funkcijas didžiausia dalis finansavimo tenka stacionarioms paslaugoms, pagal paslaugų teikėjus – ligoninėms ir vaistinėms. Probleminių sričių identifikavimas, jų analizė, efektyvumo vertinimas ir sprendimų priėmimas duotų didžiausių rezultatų, siekiant suvaldyti nuolat didėjančius sveikatos priežiūros kaštus.

6. Lietuva gali pasigirti ne tik aukšta medicinos darbuotojų kvalifikacija bei pasiekimais mokslo srityje, tačiau ir aukštu medicinos darbuotojų skaičiumi, tenkančiu vienam šalies gyventojui, rodikliu. Pagal gydytojų skaičių, tenkantį 100 tūkst. šalies gyventojų esame antri ES, pagal slaugytojų ir akušerių – netoli ES vidurkio. Lietuvoje 100 tūkst. gyventojų tenka 431 gydytojų ir 760 slaugytojų, tuo tarpu ES atitinkamai 342 ir 846. Slaugytojų ir gydytojų santykis Lietuvoje – 1,76, Europoje – 2,5. Aukštas medicinos darbuotojų skaičiaus rodiklis savaime dar nereiškia neefektyvaus žmogiškųjų išteklių panaudojimo, tačiau siekiant lygiuotis į pažangiausias ES valstybes, Lietuvoje būtų tikslinga inicijuoti galimybių studiją, siekiant iširti slaugytojų ir gydytojų darbo skirtumus tarp Lietuvos ir ES. Išanalizavimus Lietuvos apsirūpinimą brangia medicinos įranga ir investicijų į įrangą dinamiką, galima teigti, jog Lietuva įrangos aprūpinimu bei investicijomis yra artima ES vidurkiui.

7. Ligoninių skaičius nepriklausomybės pradžioje visose trijose Baltijos šalyse ženkliai viršijo ES vidurkį, tačiau įgyvendinus sveikatos apsaugos sistemos reformas šis rodiklis buvo sumažintas. Ekonominiu požiūriu tai leido efektyviau panaudoti išteklius bei resursus, sumažinti valdymo aparatą ir administracines išlaidas, pasiekti masto ekonomiją. Medicininio požiūriu, stambesni gydymo centrai sudaro sąlygas atlikti sudėtingesnes kompleksines operacijas bei užtikrinti visapusišką medicinos pagalbą. Tačiau pagal aktyvaus gydymo lovų skaičių, tenkantį vienam gyventojui Lietuva pirmauja Europoje. Lietuva turi sąlyginai daug aktyvaus gydymo lovų, pagal vidutinę gulėjimo trukmę atitinka ES standartus, tačiau nepakankamai efektyviai panaudoja turimas lovas. Lovų skaičiaus mažinimas turėtų teigiamai paveikti lovų užimtumo rodiklį.

8. Lietuvos hospitalizavimo rodikliai ženkliai viršija ES vidurkį, pagal širdies ir kraujagyslių ligas – net iki 2 kartų. Tuo tarpu pagal stacionariųjų paslaugų dalį bendrose išlaidose nuo ES vidurkio atsilieka. Pastebėtina, jog Lietuvoje labai trūksta detalios iki paciento duomenų apskaitos, leidžiančios atlikti nuodugnią stacionariųjų paslaugų išlaidų analizę. Atlikus mokslinių tyrimų analizę ir sintezę, pastebėtina, jog pažangios Europos valstybės sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo analizei bei sprendimų priėmimui pasitelkia informacines technologijas, kaupia detalias duomenų bazines. Tikslinga būtų įvertinti analogiškų programų diegimą ir Lietuvoje, siekiant įgyvendinti apskaitą iki paciento, kuri suteiktų galimybes kur kas tiksliau įvertinti tikruosius gydymo kaštus, identifikuoti problemines sritis ir formuoti vadybinius bei politinius sprendimus siekiant efektyvesnio sveikatos priežiūros išteklių valdymo.

9. Duomenų apgauties analizės metodu įvertintas sąlyginis Lietuvos regionų sveikatos priežiūros išteklių panaudojimo efektyvumo vertinimas. Nustatyta, jog keturios apskritys yra efektyvios kitų atžvilgiu: Telšių, Utenos, Marijampolės ir Tauragės. Didžiausią išteklių bazę turinčios apskritys pasižymi žemiausiu efektyvumu – tai Vilniaus, Kauno, Klaipėdos apskritys. Atlikta ES šalių efektyvumo vertinimo analizė atskleidė panašius rezultatus – tarp neefektyviausių valstybių pateko ir turtingos bei išsivysčiusios ES šalys, skiriančios sveikatos priežiūrai ženkliai dalį turimų finansinių bei materialinių išteklių. Neefektyviausiomis nustatytos Austrija, Vokietija, Bulgarija. Visiškas efektyvumas nustatytas 10-yje šalių, Lietuva efektyvumo eilėje užima 14 vietą. Prieštaringus efektyvumo vertinimo rezultatus galėjo lemti modelio ypatybės ir ribotumai, kurie nėra palankūs daug išteklių skiriančioms regionams. Tolimesnė analizė galėtų papildyti tyrimą, jei vietoje pakankamai homogeniškų gyvenimo trukmės bei kūdikių mirtingumo rodiklių būtų pasitelkti netolygiau regionuose pasiskirstę sveikatos priežiūros paslaugų rezultatų rodikliai. Siekiant analizės tikslumo, vertinga gali būti išskaidyti regionus į kelias grupes pagal pragyvenimo lygį šalyje bei pasitelkti kitus efektyvumo vertinimo metodus.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. Balan, C., Jaba, E. (2012). Life expectancy and its determinant factors at regional level in Europe. *Economy & Business*, Volume 6, Part 1. ISSN 1313-2555, Published at <http://www.scientific-publications.net>
2. Buivydas R., Černiauskas G. (1996) PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
3. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/profile/Alexander_Geissler2/publication/232975416_Diagnosis-Related_Groups_in_Europe_-_Moving_towards_transparency_efficiency_and_quality_in_hospitals/links/09e41509b75998881e000000.pdf [žiūrėta 2015-09-16]
4. Buškevičiūtė E. (2008). *Viešieji finansai: vadovėlis*. Kaunas: Technologija.
5. C.Castoro, L.Bertinato, U.Baccaglini, Ch.A.Drace, M.McKee, “Day Surgery: Making it Happen”. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. Prieiga per internetą: <http://www.doctorsandmanagers.net/adjuntos/18.1-E90295.pdf> [žiūrėta 2016-09-18]
6. Cochrane AL. 1931-1971: a critical review, with particular reference to the medical profession. In: *Medicines for the year 2000*. London: Office of Health Economics, 1979, 1-11.
7. Commission on Social Determinants of Health Final Report, 2008. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf [žiūrėta 2015-12-02]
8. D.D.Reidpath, P.Allotey (2003). „Infant mortality rate as an indicator of population Health“. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:344-346 doi:10.1136/jech.57.5.344
9. D.Rimkuvienė, N.Laurinavičienė, J.Laurinavičius, „ES šalių žemės ūkio efektyvumo įvertinimas“. LŽŪU mokslo darbai, 2010.
10. Dėl Lietuvos Respublikos 2016 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto; Įstatymo projekto aiškinamasis raštas su priedais. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/rs/lasupplement/.../format/ISO_PDF/ [žiūrėta 2015-11-25]

11. Dyson R.G., Thanassoulis E., Boussofiane A., DEA tutorial. Prieiga per internetą: <http://deazone.com/en/resources/tutorial/graphical-representation> [žiūrėta 2016-05-05]
12. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos sveikatos statistiko duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [žiūrėta 2016-07-02]
13. Fuchs V.R., (1986). From Bismarck to Woodcock: The „International“ Pursuit of National Health Insurance. Cambridge, M.A.: Harward University Press. 13 skyrius, p. 71
14. Gerlinger T., Schmucker R. (2009). A Long Farewell to the Bismarck System. Incremental Change in the German Health Insurance System.
15. Guogis A. (2000). Socialinės politikos modeliai. Vilnius.
16. Gustaitienė, L. (2003). Sveikatos priežiūros politika ir organizacija: medžiaga paskaitomas sveikatos psichologijos specializacijos magistrantams. Kaunas: VDU leidykla
17. Heller, P., Hauner, D., 2006. Fiscal policy in the face of long-term expenditure uncertainties. International Tax and Public Finance 13, 325–350.
18. Higienos institutas (2014) „Išvengiamų hospitalizacijų mastas Lietuvoje 2012 metais: bendra apžvalga“. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.4\(67\)/VS%202014%204\(67\)%20ORIG%20Isvengiamos%20hospitalizacijos.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.4(67)/VS%202014%204(67)%20ORIG%20Isvengiamos%20hospitalizacijos.pdf)
19. Higienos institutas (2014) „Visuomenės sveikatos netolygumai“. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/BAS/VSN8_isvengiamos_hospitalizacijos.pdf
20. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2010) „Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas“. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf
21. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro leidinys „Health in the Baltic Countries“. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/lt/health-in-the-baltic-countries.html> [žiūrėta 2016-08-05]
22. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro leidinys „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2015 m.“. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html> [žiūrėta 2016-05-28]
23. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro leidinys „Lietuvos sveikatos statistika 2014 m.“. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/lt/lietuvos-sveikatos-statistika-health-statistics-of-lithuania.html> [žiūrėta 2016-05-24]

24. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistiniai duomenys. Prieiga per internetą: <http://stat.hi.lt/> [žiūrėta 2016-06-02]
25. I.Jaržemskienė, „Estimation of airport infrastructure exploitation efficiency by upgraded data envelopment analysis“. VGTU, daktaro disertacija, 2012.
26. J. Benneyan, M.E. Ceyhan, A. Sunnetci, „Data Envelopment Analysis models for identifying and benchmarking the best healthcare processes“. Six Sigma and Competitive Advantage, 2008.
27. J. Benneyan, M.E. Ceyhan, A. Sunnetci, „Data Envelopment Analysis of National Healthcare Systems and their Relative Efficiencies“. 37-oji tarptautinė Kompiuterių ir pramonės inžinerijos konferencija, 2007.
28. Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., and Gilles, W., (2002) A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. Health Policy.
29. K.S.Joseph, Shiliang Liu, Jocelyn Rouleau, Sarka Lisonkova, Jennifer A. Hutcheon, Reg Sauve, Alexander C. Allen, Michael S. Kramer, (2012). „Influence of definition based versus pragmatic birth registration on international comparisons of perinatal and infant mortality: population based retrospective study“. BMJ 2012;344:e746
30. Kacevičius G. (2009). Giminingų diagnozių grupių (DRG) diegimas Lietuvoje: konferencijos pranešimas. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/mru_lt_dokumentai/fakultetai/strateginio_valdymo_ir_politikos_fakultetas/informacija/3_Kacevicius_DRG%20pranesimas%202009-12-01.pdf [žiūrėta 2015-10-02]
31. Kvist J., Ploug N. (1996) Social Security ir Europe: Development or Dismantlement? The Hague [u.a.] : Kluwer Law International.
32. L. Asandului, M. Roman, P. Fatulescu, „The efficiency of healthcare systems in Europe: a Data Envelopment Analysis Approach“. Procedia Economics and Finance, 2014.
33. L.Asandului, M.Roman, P.Fatulescu (2014) „The Efficiency of Healthcare Systems in Europe: A Data Envelopment Analysis Approach“ doi:10.1016/S2212-5671(14)00301-3
34. L.W.Siew, L.K.Fai, L.W.Hoe, „Evaluation on the Efficiency of Healthcare Companies in Malaysia with Data Envelopment Analysis Model“. SCIREA Journal of Mathematics, 2016.
35. Lietuvos laisvosios rinkos instituto „Lietuvos ekonomikos tyrimas“ 2014/2015(1). Prieiga per internetą: http://files.lrinka.lt/LET34/LET2014-15-1_LT.pdf [žiūrėta 2015-11-21]
36. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“

37. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimo „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“. Prieiga per internetą: <http://www.lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta36/content> [žiūrėta 2015-12-02]
38. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos įstatymas, Nr. I-552. Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231
39. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-812 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašas“. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.36F0009EEAF6> [žiūrėta 2015-12-02]
40. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-668 „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
41. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815 patvirtintas „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas“. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73> [žiūrėta 2016-08-25]
42. Lietuvos respublikos sveikatos draudimo įstatymas Nr. I-1343. Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287
43. Lietuvos statistikos departamento duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/>
44. Lietuvos statistikos departamento Oficialiosios statistikos portal duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/temines-lenteles21> [žiūrėta 2016-08-21]
45. Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/html/srs.htm>
46. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos internetinis tinklapis, socialinė statistika. Prieiga per internetą: <http://www.socmin.lt/lt/socialine-statistika.html> [žiūrėta 2015-10-11]
47. LR Sveikatos apsaugos ministerijos pranešimas „Sveikatos sistemos finansavimo perspektyvos“. Prieiga per internetą: http://www.lsadps.lt/failai/359_trisalei_tarybai_2014-10-16_pdf.pdf [žiūrėta 2016-06-21]
48. Musgrove P. (2000) Health insurance: the influence of the Beveridge Report. International Journal of Public Health, p. 845-846
49. N.Jasaitytė, „Financing of health care system in Lithuania and its efficiency“. Master’s thesis, Vilnius, 2010.

50. Nacionalinės sveikatos tarybos 2013-09-24 d. nutartimas Nr.N-3 „Dėl psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų bei savižydbių prevencijos“. Prieiga per internetą: www3.lrs.lt/docs2/JFMGPSXQ.DOC [žiūrėta 2015-12-02]
51. Payne G., Laporte A., Deber R., Coyte P.(2007) Counting Backward to Health Care's Future: Using Time-to-Death Modeling to Identify Changes in End-of-Life Morbidity and the Impact of Aging on Health Care Expenditures. *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, No. 2, 2007 (pp. 213–257)
52. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://data.euro.who.int/hfad/>
53. Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucija, 47 leidimas, 2009 m. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf> [žiūrėta 2015-12-02]
54. Pasaulio sveikatos organizacijos statistinė duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> [žiūrėta 2016-07-01]
55. Portafke, N. (2010). The growth of public health expenditures in OECD countries: Do government ideology and electoral motives matter? *J.Health Econ.* (2010), doi:10.1016/j.jhealeco.2010.07.008.
56. Pride W.M., Ferrell O.C.(2014). *Marketing*. p.437-442
57. Richardson J.R.J, Stuart J.Peacock S.J. (2006). Supplier-Induced Demand. Reconsidering the Theories and New Australian Evidence. Prieiga per internetą: <http://link.springer.com/article/10.2165/00148365-200605020-00003> [žiūrėta 2015-11-15]
58. Sidabraitė S. (2006). Sveikatos draudimo sistema ir jos tobulinimas. Magistrantūros studijų baigiamasis darbas.
59. Stravinskas T. (2000). Ekonominio asmens sveikatos priežiūros modelio plėtotė Lietuvoje: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Technologija.
60. Ščeponavičius, A.; Ašoklienė, L.; Kavaliūnas A. (2010) Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas.
61. Thomson S, Mossialos E. (2009). Private health insurance in the European Union. Brussels: European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
62. Tudorel, A., Mitrut, C., Constantin, D., Oancea, L. (2009). "The Impact of Decentralization on Public Health System's Results. The Case of Romania," *Theoretical and Applied Economics*, Asociatia Generala a Economistilor din Romania - AGER, vol. 10(10(539)), pages 17-22, October.

63. Vainienė R. (2008). Ekonomikos terminų žodynas. Vilnius.
64. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Pranešimas spaudai „Lietuvos sveikatos apsaugos sistema laikoma sektinu pavyzdžiu Europoje“. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/VLK-Lietuvos-sveikatos-apsaugos-sistema-laikoma-sektinu-pavyzd%C5%BEiu-Europoje.aspx> [žiūrėta 2016-06-18]
65. Valstybinės ligonių kasos pranešimas (2014). Ligoninių apmokėjimo problemos ir jų galimi sprendimai. Vilnius. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/naujienos/SiteAssets/Puslapiai/Forms/EditForm/VLK%20prane%C5%A1imas%20d%C4%97l%20DRG_2014-10-14.pdf [žiūrėta 2015-09-26]
66. Valstybinės ligonių kasos: Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, teikiamų ambulatorinėmis sąlygomis bei taikant ilgalaikį ir (ar) reabilitacinį gydymą bazinės kainos. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Documents/0525%20Brangieji%20tyrimai%20ir%20proced%C5%ABros%2c%20teikiami%20ambulatorin%C4%97mis%20s%C4%85lygomis%20bei%20taikant%20ilgalaik%C4%AF%20ir%20%28ar%29%20reabilitacin%C4%AF%20gydym%C4%85.pdf> [žiūrėta 2015-12-20]
67. Wennberg J.E., Barnes B.A., Zubkoff M. (1982). Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/profile/John_Wennberg/publication/16098052_Professional_uncertainty_and_the_problem_of_supplier-induced_demand/links/00b7d52a4aaa12b3dd000000.pdf [žiūrėta 2015-12-02]
68. Zubrickienė A. (2006). Sveikatos draudimo sistema ir jos tobulinimas: magistrantūros studijų baigiamasis darbas. Lietuvos žemės ūkio universitetas.

EVALUATION OF LITHUANIAN HEALTH CARE SYSTEM FINANCING AND USAGE OF RESOURCES

Aurelija GYLYTĖ

Paper for the Master's degree

Economic Policy Master's Program

Vilnius University, Faculty of Economics, Economic Policy Department

Supervisor – lekt. G. Dzemydaitė

Vilnius, 2017

SUMMARY

63 pages, 5 tables, 22 pictures, 68 references.

This thesis focuses on the financing of health care system and the usage of its resources in Lithuania. The scientific problem of this topic is that the financing of Lithuanian health care system is often reviewed concisely in various reports but is lacking an analysis and an overview in greater depth. The efficiency of health care resources is widely analysed in academic studies of foreign authors but there are very few studies about Lithuanian health care system. Therefore, the aim of the Thesis is to analyse the financing and the efficiency of Lithuanian health care system.

The theoretical analysis encompasses the healthcare market analysis noting that health care characterize as intangible, heterogeneous and temporary service where the patient is participating in the service delivery process and the asymmetry of information occurs. Lithuanian health care system has characteristics of both Bismark and Beveridge models and has strong state control, competition among service providers, there is a separate independent fund of health care premiums in Lithuania.

The analysis of financial data disclosed the inadequacy between health care premiums paid by workers and those paid by the government for the socially supported groups (as children, students, soldiers, etc.). Workers pays on average 3,2 times more than the government pays for the state insured person. Health care expenditures in Lithuania is one of the lowest in the European Union both as a percentage of the GDP index both in the amount of health care expenditure per person in PPP. However, despite low financing, Lithuania possess one of the greatest amounts of human resources in EU, considering the population. Therefore, the usage of all these resources is a key aspect in the efficiency of health care system.

In order to evaluate the efficiency of Lithuanian health care system data development analysis has been carried out. The results of the analysis showed that 10 out of 27 EU countries such as Poland, Estonia, Latvia, United Kingdom, Ireland, Denmark, Sweden, Romania, and Luxembourg are efficient, while Lithuania is in the 14th place with efficiency score 0,90. The least efficient in health care countries are Austria with only 0,62 efficiency score, as well as Germany, Bulgaria and Malta. The DEA analysis among the regions of Lithuania was conducted as well. The results again showed that the decision making units that possess the greatest amounts of resources are the least efficient. Therefore, Vilnius, Kaunas and Klaipėda districts are the least efficient while Telšiai, Utena, Marijampolė and Tauragė districts are fully efficient.

The results of the analysis are meaningful but controversial as well. The Thesis could be enriched with the further analysis by choosing different variables, dividing regions into a few groups according to the living standards or by applying various models of efficiency evaluation.