

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

AGNĖ DMITRIJEVAITĖ

DANIJOS, NYDERLANDŲ IR LIETUVOS SVEIKATOS
POLITIKOS POKYČIAI

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

doc. dr. Danguolė Jankauskienė

VILNIUS

2016

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

DANIJOS, NYDERLANDŲ IR LIETUVOS SVEIKATOS
POLITIKOS POKYČIAI

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa (621L22004)

Vadovas

_____ doc. dr. Danguolė Jankauskienė

2016 -

Recenzentas

2016

Atliko:

_____ stud. A. Dmitrijevaitė

2016 -

VILNIUS

2016

TURINYS

LENTELĖS	5
PAVEIKSLAI.....	6
SANTRUMPOS	7
ĮVADAS	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	13
1.1. Sveikatos priežiūros sistemos samprata.....	13
1.2. Sveikatos sistemos vystymasis Europoje.....	15
1.3. Sveikatos politikos pokyčiai	18
1.3.1. Sveikatos politikos pokyčiai Danijoje.....	20
1.3.1.1. Sveikatos sistemos reguliavimas	21
1.3.1.2. Sveikatos sistemos tikslai ir problemos.....	22
1.3.1.3. Išteklių paskirstymo efektyvumas	25
1.3.1.4. Pastarosios sveikatos sistemos reformos	28
1.3.2. Sveikatos politikos pokyčiai Nyderlanduose	30
1.3.2.1. Sveikatos sistemos reguliavimas	31
1.3.2.2. Sveikatos sistemos tikslai ir problemos.....	32
1.3.2.3. Išteklių sveikatos sistemai paskirstymo efektyvumas	33
1.3.2.4. Pastarosios sveikatos sistemos reformos	36
1.3.3. Sveikatos politikos pokyčiai Lietuvoje	38
1.3.3.1. Sveikatos sistemos reguliavimas	39
1.3.3.2. Sveikatos sistemos tikslai ir problemos.....	40
1.3.3.3. Išteklių paskirstymo efektyvumas	42
1.3.3.4. Pastarosios sveikatos sistemos reformos	45
1.4. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra	47
1.4.1. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra Danijoje	49
1.4.2. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra Nyderlanduose.....	50
1.4.3. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra Lietuvoje.....	50
2. TYRIMO METODOLOGIJA	52
2.1. Europos sveikatos vartotojų indeksas	52
2.2. Tyrimo metodologija	55
3. REZULTATAI	58
3.1. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių.....	58
3.2. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo	62

3.3. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos	65
3.4. Rodiklių priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus	69
3.5. Tyrimo trūkumai ir galimybės ateities tyrimams.....	74
4. PASIŪLYMAI LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMAI TOBULINTI.....	75
IŠVADOS.....	78
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS.....	80
ANOTACIJA.....	86
ANNOTATION.....	87
SANTRAUKA	88
SUMMARY	89

LENTELĖS

1 lentelė. Gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Danijoje 2005 – 2012 metais.....	25
2 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam Danijos gyventojui 2005 – 2013 metais (Eur).....	28
3 lentelė. Gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Nyderlanduose 2005 – 2013 metais.....	34
4 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam Nyderlandų gyventojui 2005 – 2014 metais (Eur)...	35
5 lentelė. Gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Lietuvoje 2005 – 2013 metais.....	43
6 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam Lietuvoje gyventojui 2005 – 2013 metais (Eur).....	44

PAVEIKSLAI

1 pav. Europos sveikatos vartotojų indekso tendencijos 2006 – 2014 m.....	54
2 pav. Tyrimo vertinimo modelis.....	56
3 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m. tarp visų tyrime dalyvaujančių šalių.....	58
4 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos.....	59
5 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2006–2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių.....	60
6 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2006–2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos.....	61
7 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių.....	62
8 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos.....	63
9 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių.....	64
10 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos.....	65
11 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių.....	66
12 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos.....	67
13 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių.....	68
14 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos.....	69
15 pav. Gydomo rezultatų 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus.....	70
16 pav. Pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus.....	71
17 pav. Paslaugų prieinamumo 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus.....	72
18 pav. Farmacinės veiklos 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus.....	73

SANTRUMPOS

ES – Europos Sąjunga

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

BVP – Bendrasis vidaus produktas

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

EHC indeksas – Europos sveikatos vartotojų indeksas

HCP – Health Consumer Powerhouse

IVADAS

Temos aktualumas ir naujumas. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) 1948 metais savo konstitucijoje sveikatą apibrėžė kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą¹. Ne tik sveikata, bet ir gerovė yra keliami visuomenės kaip tikslai, kurie šiuo metu yra priskiriami prie pagrindinių žmogaus teisių. Šie tikslai yra svarbūs komponentai siekiant tolygaus ekonominio ir socialinio vystymosi ir yra kiekvienos dienos gyvenimo išteklius. Taip pat, šie tikslai vis dažniau yra pripažįstami kaip labai reikšmingi ir svarbūs žmogaus saugumui ir vystymuisi². Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, patvirtintame 1994 m. liepos 19 d., nurodoma, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą³. Sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei, o sveiki gyventojai yra ir ekonomikos produktyvumo bei gerovės prielaida⁴. Sveikata priklauso ne tik nuo žmogaus asmeninių savybių ar veiklos sveikatos atžvilgiu, bet ir bendrai nuo sveikatos politikos. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatą daugiausiai lemia sveikatos sričiai nepriklausantys veiksniai⁵, tokie kaip gyvenamoji vieta, mus supanti aplinka, genetika, mūsų pajamos ir išsilavinimas, mūsų santykis su draugais ir šeima⁶, siekiant, kad sveikatos politika būtų veiksminga, į ją turi būti įtrauktos visos svarbios politikos sritys, ypač: socialinė ir regioninė politika, mokesčiai, aplinka, švietimas ir moksliniai tyrimai. Europos Sąjungos (toliau – ES) sutartyje reikalaujama, kad visose ES politikos srityse būtų taikomas sveikatos klausimų visose politikos kryptyse principas. Siekiant didžiausio veiksmingumo šis principas turi būti taikomas nacionalinėje, regioninėje ir vietos politikoje⁷. Nemažai akcentų yra dedama ekonominiam aspektui, tačiau sveikatai išleisti pinigai nėra vien išlaidos – tai yra ir investicija⁸. Sveikata nebėra laikoma tik paprasta vartojimo preke, kurią reikia finansuoti,

¹ Frank P. Grad, „The preamble of the Constitution of the World Health Organization,“ *Bulletin of the World Health Organization* 80, 12 (2002): 981, [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf)

² Zsusanna Jakob, Agis D. Tsouros, „Sveikata 2020“– siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje,“ *Visuomenės sveikata* 4, 63 (2013): 5.

³ „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas,“ *Valstybės žinios* 63, 1232 (1994).

⁴ Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje,“ iš *Sveikatos politika ir valdymas* (Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011, 1(3)), 17.

⁵ Europos Komisija, „Politika,“ žiūrėta 2015 10 10, http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_lt.htm

⁶ World Health Organization, „The determinants of health,“ žiūrėta 2015 11 10, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

⁷ Europos Komisija, *op. cit.*

⁸ Danguolė Jankauskienė, *op. cit.*

priešingai, ji traktuojama kaip turtas, kurį reikia tolygiai gerinti ir puoselėti, be to, sveikata yra teigiama sąvoka, pabrėžianti socialinius ir asmeninius išteklius bei fizinį pajėgumą⁹. Išlaidos sveikatai gali būti vertinamos kaip ekonominė našta, bet realios visuomenės išlaidos yra tiesioginės ir netiesioginės su sveikatos problemomis susijusios išlaidos bei investicijų į atitinkamas sveikatos sistemas trūkumas¹⁰.

Sveikatos sistemų raida ir kitimas yra natūralus procesas, kuris vyksta nepriklausomai nuo šalies išsivystymo lygio, tai yra tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse, tačiau dėl besikeičiančios politinės, socialinės ir ekonominės situacijos, ypač jautriai yra reaguojama į sveikatos sistemos pokyčius. Dažnai su nostalgija žvelgiama į praeitį ir su nerimu vertinami bet kokie radikalesni pokyčiai¹¹. Tačiau, siekiant tobulinti šalies sveikatos sistemą, tiek pačios sveikatos sistemos, tiek ir sveikatos politikos pokyčiai yra neišvengiami.

Gerai funkcionuojanti sveikatos sistema turi didžiausią poveikį sveikatai ir tokiu būdu reikšmingai prisideda prie ekonominio šalies augimo ir bendrai prie visuomenės gerbūvio. Sveikatos sistema ir/ar politika siekia suteikti kuo didesnę naudą žmogaus sveikatai ir teisingai padidinti būtinus išteklius¹². Siekiant efektyviai užtikrinti sveikatą, veiksminga sveikatos politika yra būtina, kurią formuoja aplinkos, genetiniai, socialiniai–ekonominiai, fiziniai ir kiti veiksniai. Didžiausias sveikatos politikos tikslas ir iššūkis – gerinti visos populiacijos sveikatą, tuo pačiu gerinant ir pačią sveikatos sistemą, tokiu būdu ji veiktų kaip viena vientisa sistema. Sveikatos politikos formavimui didelę įtaką daro pats žmogus, jo pasirinkimas ir apsisprendimai¹³. Pati sveikatos politika kaip reiškinys yra apibrėžiama kaip sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija bei praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine ir ekonomine vertybe. Tuo tarpu aktyvi sveikatos politika apibrėžiama kaip suderinti valstybės, apskričių ir savivaldybių veiksmai, kurie skatina žmonių norą rūpintis savo sveikata ir dalyvauti priimant sveikatos politikos sprendimus¹⁴.

Būtinybę atsižvelgti į pacientų poreikius pastaruoju metu akcentuoja dauguma: politikai, sveikatos sektoriaus administratoriai, žiniasklaida. Teigiama, kad reikia gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę, išplėsti paslaugų sąrašą. Tai labai svarbūs sveikatos funkcionavimo rodikliai, tačiau kyla klausimas, ar jie patys svarbiausi gyventojams. Galima daryti prielaidą, kad šie rodikliai nebūtinai yra patys svarbiausi gyventojams, nes bet kuris šalies gyventojas siekia nesusirgti ir būti

⁹ Zsusanna Jakab, Agis D. Tsouros, *supra* note 2, p. 5.

¹⁰ Danguolė Jankauskienė, *supra* note 4, p. 17.

¹¹ Ramunė Kalėdienė, „Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei“, *Medicina (Kaunas)* 40, 9 (2004): 891.

¹² Matthias Wismar et al., *Health Targets in Europe; Learning from experience* (World Health Organization, 2008), vii.

¹³ Rasa Savičiūtė et al., „Relation of social and economic factors to health policy“, *ACTA MEDICA LITUANICA* 19, 1 (2012): 31.

¹⁴ Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *Sveikatos politika ir valdymas* (Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007), 11, 22.

sveikas. Tuo tarpu paslaugų kokybė ir prieinamumas labai svarbūs yra pacientams, nes pagrindinis pacientų tikslas – pasveikti. Todėl paklausos aspektu sveikatos sistemą reikėtų vertinti kaip visumą, apimančią tiek gyventojų interesą būti sveiku, tiek pacientų poreikį susirgus gauti tinkamą gydymą^{15,16}. Sveikatos sistemos misija, pagal Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis, yra motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus – suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius¹⁷.

Dabartinės sveikatos sistemos problemos, su kuriomis susiduria Lietuvos sveikatos sistema: nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, nepakankama gyventojų atsakomybė už savo sveikatą, nepakankami sveikatos sistemos reglamentavimo principai ir metodai¹⁸. Nepanaikinus šių problemų ar bent jau nesumažinus jų skaičiaus, gyventojai ir toliau susidurs su nepakankamai efektyvia sveikatos sistema, kuri turi tiesioginį poveikį žmonių sveikatai. Sveikata ne tik yra vertybė pati savaime, bet ir būtina ekonomikos klestėjimo sąlyga. Veiksmingai panaudojant sveikatos srities lėšas galima skatinti ekonomikos augimą. Europos Komisija pataria, kaip Europai reikia protingai investuoti į sveikatos sritį:

- protingiau – bet nebūtinai daugiau – skirti lėšų tvarioms sveikatos sistemoms,
- investuoti į žmonių sveikatą, ypač vykdant sveikatos ugdymo programas,
- investuoti į sveikatos draudimą, kad sumažėtų skirtumų sveikatos srityje ir būtų sprendžiama socialinės atskirties problema¹⁹.

Tiek visuomeninės, tiek ir privačios sveikatinimo poreikių finansavimo galimybės yra ribotos. Sveikatinimo išlaidų apimtis šalyje priklauso nuo ekonominės šalies situacijos ir pasikeitimų mokesčių sistemoje; naujų gydymo ir diagnostikos technologijų bei metodų; dirbančiųjų skaičiaus, iš kurių mokesčių finansuojama sveikatos sistema; taip pat ir nuo to, kokį procentą nuo bendrojo vidaus produkto (toliau – BVP) valstybė gali skirti sveikatai, nors tai labiau politinis, o ne ekonominis apsisprendimas, nes daugelyje pasaulio šalių išlaidos sveikatai auga greičiau nei BVP²⁰. „Tačiau įrodyta, kad galima išskirti ekonomiškai efektyvios politikos kryptis, tiesiogiai padedančias gerinti gyventojų sveikatą ir gerovę pasitelkiant metodus, apimančius vyriausybės vadovavimą ir

¹⁵Evelina Matkevičiūtė ir Jonas Žaptorius, „Privalomojo sveikatos draudimo finansinių srautų formavimo ypatumai,“ *Verslas XXI amžiuje*, 108 (2014): 88.

¹⁶Romualdas Buivydas, „Lietuvos sveikatos sistema,“ iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, Vilius Jonas Grabauskas, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Irvinas Kairys, Ramunė Kalėdienė, Janina Kumpienė, Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė, (Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010), 143.

¹⁷„Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 plėtros metmenų patvirtinimo,“ *Valstybės žinios* 73, 3498 (2011).

¹⁸*Ibid.*

¹⁹Europos Komisija „Investicijos į sveikatą,“ žiūrėta 2015 10 25, http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_lt.htm

²⁰Romualdas Buivydas, *op. cit.*, p. 144.

palankią aplinką bei skatinančius situacijos valdymo jausmą ir visuomenės įgalinimą. Šios kryptys apima sveikatos priežiūros srities valdymą, kuris turi būti pagrįstas „supratimu apie socialinius sveikatą lemiančius veiksnius, teisumu ir tvarumu, siekiantis pasaulinių ir visuomenės tikslų pasitelkiant naujus formalaus ir neformalaus valdymo būdus ir naujus strateginius ryšius, grindžiamas aktyviu visuomenės dalyvavimu“²¹.

Tyrimo objektas. Sveikatos politika.

Problema. Atskirais sveikatos sistemų vystymo etapais dominuoja tam tikri sveikatos politikos pokyčiai.

Tyrimo hipotetinis teiginys. Pastarojo meto vyraujantys sveikatos politikos pokyčiai yra susiję su finansiniais ribojimais ir struktūrinėmis permainomis.

Darbo tikslas. Išanalizuoti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčius ekonominės krizės metu ir po jos.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti pastarųjų metų sveikatos sistemos vystymosi tendencijas Europoje;
2. Išanalizuoti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčius sveikatos sistemos vystymo prasme;
3. Įvertinti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumą respondentų požiūriu;
4. Pateikti pasiūlymus Lietuvos sveikatos sistemai tobulinti.

Darbo metodai. Siekiant atskleisti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų ypatumus, sveikatos apsaugos sistemos sąsajas su ekonomine šalies padėtimi, buvo atliekama mokslinės literatūros, teisės aktų ir kitų dokumentų analizė. Literatūros paieška buvo atliekama naudojant paieškos žodžius: *health policy, health care systems, economic crisis*. Empiriniam tyrimui atlikti buvo panaudoti Europos sveikatos vartotojų (toliau – EHC) indekso tyrimo antriniai duomenys pagal autorės sukurtą originalią vertinimo metodologiją. Siekta nustatyti, kaip gydymo rezultatams įtakos turi pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas ir farmacinė veikla. Taip pat buvo atliekama analizė kaip gydymo rezultatai, pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas ir farmacinė veikla priklauso nuo vertės už investuotus pinigus. Tyrimo

²¹Zsusanna Jakob, Agis D. Tsouros, *supra* note 2, p. 5.

metu taikytas lyginamosios analizės metodas. Kokybės vertinimo rezultatams palyginti buvo naudojama scatter diagrama. Scatter diagrama daryta naudojantis statistikos duomenų paketu SPSS 23 versija.

Darbo struktūra. Teorinėje darbo dalyje yra išsiaiškinama sveikatos priežiūros sistemos samprata, sveikatos sistemos vystymasis Europoje, sveikatos politikos pokyčiai Danijoje, Nyderlanduose ir Lietuvoje. Taip pat, šioje dalyje gilinamasi į tai, kaip pasaulinė ekonominė krizė paveikė sveikatos sistemas ne tik bendrai Europoje, bet ir atskirai Danijoje, Nyderlanduose ir Lietuvoje. Antrojoje darbo dalyje yra pateikiama tyrimo metodologija, kurioje aprašoma, kokiais duomenimis remiantis buvo atliekama antrinė duomenų analizė, kokiais kriterijais vadovaujantis atliekamas tyrimas, pateikiamas tyrimo vertinimo modelis. Trečiojoje darbo dalyje pateikiami tyrimo rezultatai, pateikiamos diagramos, atspindinčios tyrimo rezultatus, vertinamas Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumas respondentų požiūriu. Šioje dalyje analizuojamos sąsajos tarp gydyto rezultatų ir pacientų informuotumo ir jų teisių, paslaugų prieinamumo ir farmacinės veiklos. Taip pat, šioje darbo dalyje analizuojama, kaip gydymo rezultatai, pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas ir farmacinė veikla priklauso nuo vertės už investuotus pinigus. Ketvirtojoje darbo dalyje yra pateikiami siūlymai, kaip būtų galima tobulinti Lietuvos sveikatos sistemą.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Sveikatos priežiūros sistemos samprata

Žmones aprūpinti aukštos kokybės sveikatos priežiūra – tai iššūkis, su kuriuo susiduria visos sveikatos priežiūros sistemos²². ES sveikatos sistemos yra svarbiausia Europos aukšto lygio socialinės apsaugos dalis, kuri prisideda prie socialinio ryšio, socialinio teisingumo ir stabilaus vystymosi²³. Patirtis ir žinios yra labai svarbūs dalykai, kurie gali užtikrinti saugią ir aukštos kokybės sveikatos priežiūrą, o kartu efektyviai naudojant išteklius, svarbu sukurti pažangią, atvirą ir tvirtą sveikatos priežiūrą²⁴.

Pagal medicinos žodyną, sveikatos priežiūros sistema yra apibrėžiama kaip įstaigų, paslaugų ir visų sveikatos priežiūros teikėjų tinklas tam tikroje geografinėje vietoje. Slaugos paslaugos yra būtinos visuose sveikatos priežiūros lygiuose ir modeliuose, taip slaugos darbuotojai sudaro didžiausią sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų dalį. Dar kitaip sveikatos priežiūros sistema yra apibrėžiama kaip organizuotas sveikatos priežiūros paslaugų planas. Šis terminas dažniausiai naudojamas kalbant apie sistemą ar programą, kuri sveikatos priežiūrą padaro prieinama gyventojams, kuri yra apmokama valstybės, privačių įmonių ar abiejų. Plačiąja prasme sveikatos priežiūros sistema apima šiuos elementus: (1) asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmenims ir šeimoms, teikiamas ligoninėse, klinikose, sveikatos priežiūros centruose ir kitose gydymo įstaigose ar pacientų namuose; (2) visuomenės sveikatos paslaugos, kuriomis siekiama palaikyti sveiką aplinką, tokią kaip vandens ir maisto kontrolė, vaistų tvarkymas ir gyventojų apsauga; (3) mokymas ir veikla susijusi su moksliniais tyrimais, apimančiais prevenciją, ligų nustatymą ir gydymą; ir (4) sveikatos draudimas, kurio lėšomis yra padengiamos išlaidos sveikatos sistemos paslaugoms²⁵. Tačiau sveikatos sistema nėra tik paslaugos tam tikroje įstaigoje, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai. Pasak V. Birmonto, sveikatos sistema yra suprantama kaip visuma reikalavimų teisiniam reguliavimui, kurie yra orientuoti į valstybės rūpestį asmens sveikata. Bendrai asmens teisė į sveikatos priežiūrą yra vertinama ne tik kaip konkreti asmens teisė, bet kartu ir kaip valstybės

²²Willy Palm et al., *Building European Reference Networks in Health Care: Exploring concepts and national practices in European Union* (United Kingdom: World Health Organization, 2013), vii.

²³European commission „Health Systems Research,“ žiūrėta 2015 10 20, http://ec.europa.eu/research/health/public-health/health-systems/index_en.html

²⁴Willy Palm et al., *op. cit.*

²⁵Medical Dictionary, „Health care system,“ žiūrėta 2015 06 23, <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+care+system>

pareiga, kuri gali būti traktuojama kaip programinio pobūdžio, kuri kyla iš konstitucinio socialinės valstybės principo²⁶.

Gera sveikatos sistema užtikrina kokybiškas paslaugas visiems žmonėms, visuomet ir visur kur jos yra reikalingos. Bet kokios formos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti reikalingas tvirtas finansavimo mechanizmas, gerai apmokyti ir adekvačiai apmokama darbo jėga, patikima informacija, kuria būtų galima pagrįsti priimamus sprendimus ir politiką, gerai prižiūrima įranga ir aukštos kokybės vaistų ir medicinos pagalbos priemonių logistika²⁷. Apskritai, kad Nacionalinė sveikatos sistema gerai funkcionuotų, joje dalyvaujantys asmenys turėtų vadovautis kertiniais principais, o bendrai sveikatos politika turi būti kuriama vadovaujantis PSO pasiūlytais sveikatos politikos formavimo principais. Šie kertiniai principai įvardijami kaip teisingumas, prieinamumas, priimtumas, tinkamumas, solidarumas, lygybė, visapusiškumas, laisvas pasirinkimas, tęstinumas ir saugumas, kurių svarbą formaliai patvirtinimo ir įsipareigojo jais vadovautis PSO priklausančių šalių sveikatos ministrai²⁸. Skirtingos ES institucijos dirbdamos plačiai pripažįsta pagrindines vertybes, tokias kaip visuotinumai, galimybė naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, teisingumas ir solidarumas. Kartu jos sudaro vertybių rinkinį, kuris yra plačiai pasklidęs Europoje. Visuotinumai reiškia, kad niekas negali uždrausti naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis; solidarumas yra glaudžiai susijęs su finansų išdėstymu sveikatos priežiūros sistemoje ir būtinybe užtikrinti prieinamumą visiems asmenims²⁹, kitaip tariant, ši vertybė pasireiškia tuo, kad sveikatos draudimo įmokos surenkamos solidariai teisingai, tai yra dirbantis moka už nedirbantį, sveikas už ligonį, jaunas už seną, tokiu būdu surinktomis įmokomis naudojasi visi gyventojai darant prielaidą, kad visi rizikuoja susirgti³⁰; teisingumas yra susijęs su vienodomis galimybėmis į prieinamumą pagal poreikį, nepriklausomai nuo tautybės, lyties, amžiaus, socialinės padėties ar galimybės mokėti³¹, kitaip tariant, teisingumas, pasak D. Jankauskienės ir R. Pečiūros, yra pagrindinis sveikatos politikos principas, tai lygių galimybių siekti maksimalaus sveikatos potencialo sudarymas kiekvienam asmeniui, kuomet yra paskirstomi sveikatos priežiūros ištekliai ir panaikinamos kliūtys ir skirtumai³². Taigi, gera sveikatos sistema yra ne tik finansinis jos pagrindas, bet ir kertinių principų, kurie formuoja sveikatos politiką, laikymasis.

²⁶Vytautas Birmontas, „Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip Konstitucinė teisė,“ *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 30.

²⁷World Health Organization, „Health Systems,“ žiūrėta 2015 06 23, http://www.who.int/topics/health_systems/en/

²⁸Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 18.

²⁹European public health alliance, *Reforming Health Systems in Times of Austerity: Position Paper* (Belgium: European Public Health Alliance, 2013), 5.

³⁰Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 19.

³¹European public health alliance, *op. cit.*

³²Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 18.

1.2. Sveikatos sistemos vystymasis Europoje

Gyventojų pasitikėjimas šalies sveikatos priežiūros sistema ir jų lūkesčių tenkinimas yra labai svarbus sveikatos sistemos pažangos veiksnys, o geresnė sveikata – tai šalies socialinės ir ekonominės pažangos garantas³³. Bendrai, žmogaus sveikata priklauso nuo sąlygų, kuriomis jis gimsta, auga, gyvena, dirba, taip pat nuo amžiaus ir sveikatos apsaugos sistemos, tai yra veiksnių, kurie lemia žmogaus sveikatą. Šias aplinkybes dažnai formuoja pinigų, galios ir išteklių paskirstymas pasauliniu, nacionaliniu ir vietos lygiu, kuriems įtaką daro politiniai sprendimai³⁴. Šiandien žmogui sveikata yra prioritetas, kuris svarbus dėl tokių priežasčių kaip globalizacijos reiškinių poveikis ir greitas užkrečiamųjų ligų plitimas. Kadangi daugiausiai pats žmogus yra atsakingas už savo sveikatą, jis nori ir tiki galintis padaryti įtaką savo sveikatai ir ją lemiantiems veiksniams ne tik fizinėje aplinkoje, bet ir savo socialinėje, ekonominėje ir politinėje aplinkoje. Sveikatą lemiantys veiksniai ir jų įvairovė reiškia, kad sveikata nėra vien tik sveikatos sektoriaus atsakomybė, nors sveikatos sektorius ir sveikatos priežiūros sistema atlieka labai svarbų vaidmenį. Dėl to, bendradarbiavimo modeliai, paremti bendrais prioritetais su kitais sektoriais, yra būtini, nes tik tarpsektorinis bendradarbiavimas gali padėti pasiekti norimus rezultatus ir gali duoti didesnę naudą visuomenei, kuri apima ir ekonominę gerovę³⁵. Atlikti tyrimai rodo, kad ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse, sveikata yra laikoma didžiausia žmogaus vertybe, tačiau kai kalbama apie išteklių paskirstymą šalyse pagal sektorius, sveikatos sektoriui niekada nėra skiriama tiek lėšų, kiek reikėtų sveikatos sistemai pertvarkyti ir plėtoti³⁶. Daugumai ES šalių vyriausybių sveikata po socialinės apsaugos yra toji sritis, kurioje patiriama daugiausia išlaidų, tai yra apie 19,9 proc. valstybės biudžeto, ir tai yra vienos iš pagrindinių valstybės išlaidų, kurios patiriamos dėl demografinio senėjimo, padidėjusių lėtinių ligų ir vis didėjančių sveikatos netolygumų³⁷. Visuomet kyla problema siekiant adekvačiai skirti lėšų bendrai sveikatai ir sveikatos apsaugai, atitinkamai lėšų paskirstymas yra labai aktualus ligų prevencijai ir gydymui, ambulatoriniam ir stacionariniam gydymui, privačiam ir valstybiniam sektoriui³⁸.

Priimant sprendimus dėl sveikatos politikos įgyvendinimo praktikoje, dėl jos santykio su rinkos ekonomika labai svarbu išmanyti sveikatos politikos principus. Sveikatos politikos principai lemia, kad rinkos ekonomikos dėsniai sveikatos apsaugoje yra šiek tiek kitokie nei bendrai

³³Janina Kumpienė ir Ona Sužiedelytė, „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas,“ iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, Vilius Jonas Grabauskas, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Irvinas Kairys, Ramunė Kalėdienė, Janina Kumpienė, Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė, (Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010), 208.

³⁴World Health Organization, *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century* (World Health organization, 2013), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

³⁵Zsuzanna Jakab, Agis D. Tsouros, *supra* note 2, p. 5.

³⁶Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 18.

³⁷European public health alliance, *supra* note 29, p. 6.

³⁸Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 18.

ekonomikoje. Visi sveikatos politikos principai nusako žmogaus pareigas ir ribas, kurių privalo laikytis kiekvienas asmuo. Taip pat šie principai nusako ir žmogui suteiktas teises³⁹. Nors ir didelę įtaką sveikatos politikai daro ją formuojantys principai, kurie tiesiogiai lemia sveikatos priežiūrą ir jos kokybę, tačiau didžiausia įtaka sveikatos priežiūroje padaroma per reglamentavimą, nors dažnai manoma, kad per lėšų perskirstymą tarp sektorių. Vienas labai svarbus, bet ne vienintelis mechanizmas, kuriuo ES pasiekė savo ekonominės integracijos tikslus, yra veiksmų reguliavimas, priimant ir įgyvendinant ES teisės aktus⁴⁰.

Tie, kurie yra politiškai atsakingi už sveikatos priežiūrą nacionaliniu lygiu, susiduria su dvigubais ES lygio įpareigojimais. Jų laisvė organizuoti sveikatos priežiūros sistemas yra suvaržyta dėl vis svarbesnių ir didėjančios ES teisės aktų įtakos, tačiau ES yra ribojamos specifinės teisinės kompetencijos, kurios dar mažiau gali būti naudojamos sveikatos priežiūros srityje. Tačiau įvairių sričių veikėjai ir institucijos nusprendžia ir įgyvendina atitinkamus teisės aktus. Nors šiomis aplinkybėmis sunku parengti tinkamai subalansuotą atsaką ES lygiu, tuo pačiu nieko nedarymas irgi nėra tinkamas pasirinkimas, būtent dėl netikėtų veiksmų ES teisėje, ypač vidaus rinkos ir konkurencijos teisėje, sveikatos priežiūros srityje, Europos solidarumu pagrįstų sveikatos priežiūros modelių kontekste. Kitaip tariant, tai apima informacijos keitimosi skatinimą ir diskusijas, siekiant priimti pasiūlymus dėl tradicinių hierarchinių teisės aktų (angl. *pre-law*), bet taip pat ir procesus, apimančius nehierarchinės politikos koordinavimą ir galimybę mokytis sistemos viduje, renkant informaciją, naudojant žinių sklaidą, nustatant standartus, pasitelkiant lyginamąją analizę ir stebėseną, kurių kiekvienas apima normatyvinį aspektą. Valdžia taip pat yra susijusi su valdymo mechanizmų įvedimu per teisės aktus⁴¹.

Sveikatos sistemą, kaip ir bet kurią kitą sritį, veikia du pagrindiniai veiksniai – tai paklausa ir pasiūla. Vis dėl to, kai kalba eina apie sveikatos sistemą ar reformas, susijusias su sveikatos sistema, dažniausiai mintyse iškyla pasiūlos aspektas – sveikatinimo paslaugų sistema ir jos problemos. Vadinasi, paslaugų teikėjų požiūris yra dažniausias sveikatos sistemos vertinimo kriterijus, nes, žinoma, būtent paslaugų teikėjai sveikatos sistemos valdyme daro didžiausią įtaką⁴². Tuo tarpu kai kurios šalys, susidūrusios su finansiniais sunkumais, bandydamos sumažinti valstybės išlaidas, mažino paslaugų teikėjų, tai yra sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokestį, jų tobulinimuisi ir išlaikymui skirtus fondus. Tačiau tokia lėšų taupymo politika gali paskatinti sveikatos priežiūros specialistų emigraciją ar perėjimą į kitas šalies vietas, taip atsirastų žmogiškųjų

³⁹Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 18.

⁴⁰Tamara Hervey and Bart Vanhercke, „Health care and the EU: the law and policy patchwork,“ iš *Health Systems Governance in Europe: the Role of European Union Law and Policy*, Elias Mossialos, Govin Permanand, Rita Baeten, Tamara K.Hervey (Cambridge: Cambridge University, 2010), 92.

⁴¹*Ibid.*, p. 105-107.

⁴²Romualdas Buivydas, *supra* note 16, p. 143.

išteklių trūkumas⁴³, tokiu būdu sveikatos priežiūros sistemos valdymui didžiausią įtaką darytų nebe paslaugų teikėjai, o valdžios žmonės, kurie reguliuoja atlygius. Tokie sprendimai galėtų pakenkti sveikatos priežiūros kokybei ir veiksmingumui, tačiau nepadėtų pasiekti finansinio stabilumo. Dėl to, dalis problemos, susijusios su išlaidų mažinimu, turėtų apimti sveikatos sektoriaus darbo jėgos prognozavimas ir planavimas, numatant profesionalus (naujas profesijas/pakraipas), kurie galėtų patenkinti naujus medicininius poreikius. Sveikatos sistemos struktūrinės reformos, mažinant žmogiškojo kapitalo potencialą, neturėtų pakenkti pacientų saugumui ir sveikatos priežiūros kokybei. Struktūrinės reformos turėtų koncentruotis į įgūdžių tobulinimą ir mokymo sistemas, kuriomis naudojantis būtų siekiama užtikrinti įvairius įgūdžius turintį subalansuotą personalą, taip pat siekti patenkinti naujus medicininius poreikius ir pasiruošti potencialiam darbuotojų poreikiui sveikatos sistemoje, atsirandančiam dėl senėjančios visuomenės⁴⁴.

Be veiksnių susijusių su finansais ir žmogiškaisiais ištekliais, sveikatos priežiūros sistemai įtakos turi veiksniai, kurie vienas su kitu yra glaudžiai susiję. Šie veiksniai apima visuomenės senėjimą, migraciją, psichikos sveikatos problemas, veiksmingumą, vyraujančias neužkrečiamąsias ligas, problemas, kylančias dėl užkrečiamųjų ligų, dažnai netinkamai plėtojamą visuomenės sveikatos paslaugas⁴⁵, netolygumus sveikatos priežiūroje⁴⁶ ir visa tai daro neigiamą poveikį sveikatos sistemai. Tuo tarpu teigiamą poveikį, nors ir didindamos išlaidas, suteikia technologinės ir medicinos inovacijos, kurios sukuria naujas galimybes pagerinti sveikatą ir sveikatos priežiūrą. Naudojantis technologiniais gebėjimais, galima suprasti, užkirsti kelią, diagnozuoti ir gydyti ligas. Be to, šiuo metu jau ne tik medikamentais remta terapija dominuoja sveikatos priežiūroje, diagnostikos, medicininės ir chirurginės intervencijos taip pat yra plačiai paplitusios, o e-sveikata ir telemedicina yra kiti pavyzdžiai, kurie keičia sveikatos priežiūrą technologiniu aspektu⁴⁷. Tačiau nei vienas veiksnys atskirai poveikio padaryti negali, turi būti veikiami kompleksiskai, pasitelkiant politiką ir visuomenę. Įrodyta, kad galima išskirti ekonomiškai efektyvias politikos kryptis, kurios tiesiogiai padeda gerinti gyventojų sveikatą ir gerovę, tačiau tai daroma remiantis metodais, kurie apima vyriausybės vadovavimą, palankią aplinką ir įgalinant visuomenę⁴⁸. Taigi, sveikatos priežiūros sistema susideda ne tik iš sveikatos, bet ir iš įvairių visuomenės gyvenimo sričių, sveikatos priežiūros sistemą veikia politiniai, ekonominiai, socialiniai, kultūriniai ir technologiniai veiksniai. Augant visuomenės poreikiams sveikatos priežiūros sistema privalo nuolat keistis ir tobulėti, derintis prie įvairių grupių interesų, o tai tinkamiausiai padaryti galima bendradarbiaujant, siekiant bendro susitarimo tarp gydytojų, gyventojų, politikų ir kitų suinteresuotų grupių.

⁴³European public health alliance, *supra* note 29, p. 7.

⁴⁴European public health alliance, *supra* note 29, p. 7.

⁴⁵Zsusanna Jakab, Agis D. Tsouros, *supra* note 2, p. 5.

⁴⁶World Health Organization, *supra* note 34.

⁴⁷World Health Organization, *supra* note 34.

⁴⁸Zsusanna Jakab, Agis D. Tsouros, *supra* note 2, p. 5.

1.3. Sveikatos politikos pokyčiai

Dažnai kyla klausimas kodėl yra vykdomos sveikatos sistemos reformos. Liublianos chartija nurodo, kad sveikatos sistemos reformos vyksta dėl to, kad sistema neatitinka gyventojų poreikių, dėl to, kad per didelių kaštų sistema ekonomiškai yra neefektyvi. Taip pat, Liublianos chartijoje nurodoma, kad sistema yra neefektyvi dėl neteisingo valdymo ir sistema nesprenžia esminių sveikatos problemų⁴⁹. V. Janušonis teigia, kad daugelyje šalių sveikatos priežiūros reformos yra vykdomos labiau dėl politinių ir ekonominių motyvų, nei dėl sistemos funkcionavimo, veiklos sutrikimų, neigiamų žmonių sveikatos ar demografinių pokyčių, o reformos dažnai yra susietos su šalių politinės valdžios pasikeitimu⁵⁰. Bet kokia sveikatos sistemos reforma privalo kovoti su giliai įsitvirtinusiiais ekonomiais ir politiniais interesais, taip pat su socialiniais ir kultūriniais procesais. Pasiiekti tinkamą sveikatos pusiausvyrą yra sudėtinga užduotis, nes sveikatos apsaugos ministrai negali savarankiškai priimti sprendimų, o ypač tai sunku padaryti kuomet šalyje yra atsiradę ekonominiai sunkumai⁵¹. Sveikatos priežiūros reforma yra apibrėžiama kaip darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, kuris nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti. „Sveikatos priežiūros reforma privalo turėti tiesiogines sąsajas su sveikatos priežiūros lygiateisiškumu, efektyvumu, kokybe ir finansavimu; turi būti apibrėžti reformos politika, tikslai ir prioritetai, ją vykdančios institucijos; ji siejasi su valdoma sveikatos priežiūra”⁵². Taigi, reformos sveikatos priežiūros srityje atsiranda ne be priežasties, o jų įgyvendinimas privalo būti ne tik struktūruotas, bet ir nukreiptas geresnės, efektyvesnės ir pacientams tinkamesnės visapusiškai sveikatos priežiūros sistemos link.

Per praėjusį dešimtmetį, Europos sveikatos sistemos susidūrė su didėjančiais bendraisiais iššūkiais: didėjančiomis išlaidomis sveikatos priežiūrai, gyventojų senėjimu, susijusiu su lėtinėmis ligomis ir keletu ligų vienu metu, visa tai vedė prie didėjančios sveikatos priežiūros paklausos, sveikatos priežiūros netolygumų ir specialistų trūkumo, atsirado nevienodos galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Be to, sveikatos politikos pokyčiai vyko ir dėl to, kad pastarųjų metų ekonominė krizė riboja turimus finansinius išteklius ir taip apsunkina Europos šalių kelią siekiant tvarios sveikatos priežiūros sistemos. Tai kelia pavojų valstybių galimybėms teikti visiems prieinamas geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos sistemos turi būti elastingos ir

⁴⁹ „1996 m. birželio 18 d. Liublianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje,“ žiūrėta 2015 12 10, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf

⁵⁰ Vinsas Janušonis, „Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai,“ *Sveikatos mokslai* 21, 4 (2011): 5.

⁵¹ World Health Organization, *supra* note 34.

⁵² Vinsas Janušonis, *op. cit.*

turi gebėti efektyviai prisitaikyti prie kintančios aplinkos, turi sugebėti kovoti su iššūkiais ir atsiradusiais ribotais ištekliais⁵³ taip, kad nenukentėtų piliečiai.

Šalies gyventojų sveikatinimo poreikiai, tuo pačiu ir išlaidos šiems poreikiams tenkinti nuolat keičiasi ir auga. Poreikių augimą lemia besikeičianti visuomenė, tai yra jos demografinė struktūra. Visuomenė senėja dėl vis gerėjančių gyvenimo sąlygų, taip vis didesnę visuomenės dalį sudarydami vyresnio amžiaus žmonės. Šių žmonių poreikiai sveikatai dažniausiai yra didesni, sveikatos problemos sudėtingesnės ir labiau komplikautos, taip pat dažnai ir daugybinės. Kitas svarbus tokio poreikio augimo veiksnys yra atsirandančios naujos „brangios“ ligos, tokios kaip AIDS, „kiaulių“, „paukščių“ gripas, bei su gyventojų viršsvoriu susiję susirgimai. Taip pat paslaugų poreikį skatina ir patys paslaugų teikėjai, kuomet atsiranda naujos technologijos, paslaugos, vaistai ar pan. Žinoma ir šalies sveikatinimo politika taip pat turi nemažą įtaką, tai politiniai susitarimai taikyti solidarumo, teismo ar sveikatinimo kaštų pasidalinimo principus, įsipareigojimas apsaugoti gyventojus nuo finansinės rizikos susirgus, apmokėjimo už suteiktas paslaugas taisyklės, prioritetinių sričių nustatymas sveikatinimo srityje ar kita⁵⁴. Žmonių poreikių augimas, didėjanti paslaugų paklausa ir nebeatitinkanti poreikių sveikatos sistema skatina šalį vykdyti reformas. Dėl to, atsiradus poreikiui vykdyti sveikatos sistemos reformas, pasak D. Jankauskienės, keliami šie tikslai⁵⁵:

1. Aktyvi visuomenės sveikatos politika:

- Gyventojų atsakomybės už sveikatą ugdymas,
- Gyventojų dalyvavimas priimančiais sprendimais.

2. Sveikatos paslaugų kokybė ir efektyvumas, restruktūrizuojant paslaugų teikimą:

- Pirminė sveikatos priežiūra;
- Stacionarų pertvarka;
- Finansavimas;
- Farmacija;
- Valdymas (decentralizuojant).

Apskritai sveikatos politika prasideda nuo šalies iškeltų sveikatos sistemos tikslų, keliamų problemų ir siekių jas panaikinti. Tikslams pasiekti svarbu tai, kaip yra reguliuojama sveikatos sistema ir kaip yra paskirstomi ištekliai sveikatos priežiūros sistemoje, kuriems esant netinkamiems ar atsiradus trukdžių iš išorės, atsiranda būtinybė reformoms ir pokyčiams.

Siekiant įgyvendinti šio darbo tikslą, šalys, kurios lyginamos su Lietuva, tai yra Nyderlandai ir Danija, pasirinktos vadovaujantis trimis kriterijais temos magistriniam baigiamajam darbui pasirinkimo metu, tai yra 2013 metais. Pirmasis kriterijus tai 2013 m. EHC indekso tyrimo metu

⁵³ *COMMUNICATION FROM THE COMMISSION: On effective, accessible and resilient health systems* (European Commission, 2014): 2.

⁵⁴ Romualdas Buivydas, *supra* note 16, p. 143-144.

⁵⁵ Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos politikos ir strategijos gairės ES ir Lietuvoje bei Sveikatos reforma,“ Pranešimas, 2009.

surinktas taškų skaičius. Antrasis kriterijus – sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modelis. Šalys buvo renkamos taip, kad jos priklausytų skirtingiems finansavimo modeliams, tai yra Bismarko ir Beveridžo. Trečiasis kriterijus renkantis šalis buvo išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo BVP. Kadangi Nyderlandai 2013 m. surinko daugiausiai taškų EHC indekso tyrime, Nyderlandai buvo pasirinkti kaip viena iš šalių, su kuria buvo lyginama Lietuvos sveikatos priežiūros sistema. Antroji šalis buvo pasirinkta Danija, nes ji priklauso kitam sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modeliui, o išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo BVP buvo artimiausias Nyderlandams.

1.3.1. Sveikatos politikos pokyčiai Danijoje

Danijos sveikatos apsaugos sistema gali būti apibūdinama kaip gana decentralizuota, nes atsakomybė už pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą tenka regionams ir savivaldybėms. Danijos sveikatos priežiūros sistema tapo decentralizuota 1970 metais ir 1980 metais. Tačiau naujausios reformos recentralizavo sistemą kaip, kad valstybė dabar turi didesnę reguliavimo ir valdymo vaidmenį nei anksčiau. Valstybei priklauso visos reguliavimo ir priežiūros funkcijos, taip pat kaip ir mokesčių (angl. *fiscal*) funkcijos⁵⁶.

Pastaraisiais metais, labiau koordinuota sveikatos sistemos plėtra pritraukė daug dėmesio. Reguliavimas vyksta per nacionalines ir regionines gaires, sveikatos priežiūros specialistų licencijavimo sistemas ir nacionalines kokybės kontrolės sistemas. Siekiant sustiprinti pacientų teises, nuo 1990 m. buvo pristatyti teisės aktai ir įstatymų leidimo iniciatyva, kurie įtraukė nacionalinius teisės aktus, reglamentuojančius paciento pasirinkimą, taip pat buvo nustatytos nepriklausomos vyriausybės institucijos, kurios tapo atsakingomis už skundų nagrinėjimus⁵⁷.

Danijoje yra penkios sritys, kurios yra atsakingos už ligonines ir savarankiškai dirbančius sveikatos priežiūros profesionalus. Sveikatos apsaugos sistema yra organizuota pagal tris administracinius lygmenimis: valstybės, regiono ir vietos. Planavimas ir reguliavimas vyksta tiek valstybės, tiek ir vietos lygiu. Valstybiniu lygiu, Sveikatos apsaugos ministerija turi valdymo vaidmenį, kurį atlieka regionų ir savivaldybių sveikatos priežiūros organizavime ir valdyme, taip pat priežiūroje ir daliniame savivaldybių ir regionų finansavime. Sveikatos priežiūros srityje, Sveikatos apsaugos ministerija yra atsakinga už administracines funkcijas, kurios yra susijusios su ligoninių struktūra, bendruomenės psichiatrijos ir savarankiškai dirbančių sveikatos priežiūros specialistų sutartimis su regionų organizacijomis, taip pat atsakinga už leidimus medikamentams rinkoje ir viso farmacijos sektoriaus priežiūrą. Regionams priklauso ligoninės, dėl to regionai jas valdo. Taip pat regionai iš dalies ar visiškai finansuoja privačius specialistus, tokius kaip bendrosios

⁵⁶Maria Olejaz et al., *Health Systems in Transition: Denmark, Health system review* (United Kingdom: World Health Organization, 2012), 19.

⁵⁷*Ibid.*

praktikos gydytojus, gydytojus specialistus, fizioterapeutus. Vietos lygmeniu, savivaldybės yra atsakingos už ligų prevenciją, sveikatos stiprinimą ir reabilitaciją už ligoninės ribų, taip pat kitų sričių sveikatos priežiūrą, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros paslaugas mokyklose, priežiūrą namuose ir slaugos namus⁵⁸.

Danijoje galimybę gauti nemokamas plataus spektro sveikatos priežiūros paslaugas iš esmės turi visi gyventojai. Sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų apimtis yra aprašyta bendrais bruožais tik Sveikatos įstatyme, taip savotiškai yra daromas spaudimas regionams imtis naujų intervencijų, negaunant finansinės kompensacijos iš šalies vyriausybės. Pagal Sveikatos įstatymą, savivaldybės yra atsakingos už prevencines paslaugas, kurios skirtos plačiajai visuomenei, už reabilitaciją ir slaugą namuose, o regionai yra atsakingi už kiekvieno paciento medicininę priežiūrą ir prevencines paslaugas pacientams⁵⁹.

1.3.1.1. Sveikatos sistemos reguliavimas

Danijos vyriausybė nustato sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimo sistemą ir yra atsakinga už bendrąjį planavimą ir priežiūrą. Danijoje yra penki administraciniai regionai, kuriuose veikia demokratiškai išrinktos tarybos. Šios tarybos daugiausiai yra atsakingos už specializuotų paslaugų planavimą, be to, turi užduotis, susijusias su specializuota socialine globa ir veiklos koordinavimu⁶⁰. Danijos sveikatos apsaugos ministerija atsakinga už administracinę veiklą, susijusią su sveikatos priežiūros sistemos organizavimu ir finansavimu, psichiatriją, sveikatos draudimą ir farmacijos sektorių⁶¹.

Vienas pagrindinių valstybės vaidmenų sveikatos priežiūros sektoriuje yra kontroliuoti išlaidas ir numatyti keletą bendro pobūdžio gairių. Danija neturi jokio nacionalinio plano, kuriuo remiantis būtų vykdoma sveikatos priežiūros sektoriaus plėtra. Danijos centrinė vyriausybė apibrėžia konkrečius tikslus sveikatos priežiūros sektoriui. Kelis dešimtmečius centrinė vyriausybė bandė reguliuoti labai specializuotus skyrius ir jų funkcijų sukūrimą, pavyzdžiui, tokių kaip širdies persodinimo skyrių, o pastaraisiais metais vyriausybė nustatė laukimo eilėse laiką, sukūrė patikros programas, pagerino vėžio gydymą pacientams ir pan. Paskutiniuosios reformos dėka, centrinėms institucijoms buvo sudaryta galimybė reglamentuoti šią veiklą, kad ji būtų kuo efektyvesnė⁶².

⁵⁸ *Ibid.*, p. 1-20.

⁵⁹ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 62-63

⁶⁰ Karsten Vrangbaek, „The Danish Health Care System, 2014,“ iš *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*, Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn Chloe Anderson (United States: The Commonwealth Fund, 2015), 33.

⁶¹ Ministry of Health, „The Ministry: About the Ministry, Organisation Chart,“ žiūrėta 2015 10 28, <http://www.sum.dk/English/The%20Ministry.aspx>

⁶² Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 38.

Bendrasis sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimas, planavimas ir priežiūra vyksta nacionaliniu lygmeniu per Sveikatos apsaugos ministeriją ir Danijos sveikatos ir vaistų tarnybą. Tai apima įvairius išlaidų kontrolės mechanizmus, kuriuose dalyvauja nacionalinio ir regioninio lygio valdžios. Danijos sveikatos ir vaistų tarnyba yra atsakinga už bendrąją sveikatos priežiūros personalo priežiūrą ir imasi svarbių užduočių kuriant kokybės valdymą pagal nacionalines kliniškes gaires ir nacionalinės kokybės programos standartus. Ši veikla paprastai vyksta glaudžiai bendradarbiaujant su medicinos organizacijų atstovais. Danijos sveikatos ir vaistų tarnyba taip pat atlieka svarbų vaidmenį planuojant specialistų paslaugų teikimo vietą, patvirtinant ligoninių planus ir koordinuojant paslaugas pagal privalomas sutartis, kurios apima priėmimą ir išleidimą iš ligoninės, reabilitaciją, prevenciją, psichiatrinę priežiūrą ir informacinių technologijų sistemas, tarp regionų ir savivaldybių. Kiti svarbūs sveikatos priežiūros sistemos Danijoje organai yra regionai ir savivaldybės. Regionai yra atsakingi už ligoninių paslaugų apibrėžimą ir jų veikimą, taip už bendrosios praktikos gydytojų ir gydytojų specialistų priežiūrą ir apmokėjimą. Sveikatos priežiūroje svarbų vaidmenį atlieka ir savivaldybės. Jos atsakingos už prevenciją, sveikatos stiprinimą ir ilgalaikę priežiūrą⁶³.

Danijos Finansų ministerija kartu su savivaldybėmis veda derybas dėl mokesčių dydžių, tokiu būdu yra nustatoma veiklos finansinė sistema. Ta pati ministerija taip pat dalyvauja derybose ir su profesinių sąjungų ir organizacijų atstovais dėl atlyginimų, darbo sąlygų, mokesčių ir praktikuojančių gydytojų skaičiaus⁶⁴. Tokiu būdu Finansų ministerija ne viena, bet bendradarbiaudama su organizacijų ir sąjungų atstovais nustato reikalingus įkainius ir atsakomybę už jų dydžius atitenka ne tik ministerijai, nes procese dalyvauja kelios suinteresuotos pusės.

Privačiame sektoriuje dirba savarankiškai dirbantys specialistai, bet už jų suteiktas paslaugas apmoka regionai, tačiau tik tai tiems gydytojams, kurie turi sutartis su regionais, nors be susitarimo dirbančių gydytojų skaičius yra labai nedidelis. Taip pat, Danijoje yra keletas privačių pelno siekiančių klinikų ir mažų ligoninių, kurioms už suteiktas paslaugas taip pat sumoka regionai, vadovaudamiesi sudarytomis sutartimis ir laukimo laiku⁶⁵.

1.3.1.2. Sveikatos sistemos tikslai ir problemos

Pagrindinis Danijos sveikatos priežiūros tikslas yra užtikrinti paslaugų prieinamumą visiems piliečiams, skatinti gyventojų sveikatą, užkirsti kelią ligoms ir gydyti ligas, vengti pacientų kankinimosi ir funkcinų asmenų apribojimų. Pagrindiniai principai, numatyti teisės aktuose yra lengvas ir visiems vienodas paslaugų prieinamumas, aukšta paslaugų kokybė, integruotos

⁶³Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 37.

⁶⁴Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 37.

⁶⁵Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 38, p. 118.

paslaugos, skaidrumas, prieiga prie informacijos ir trumpas laukimas eilėse⁶⁶. Taip pat, sveikatos priežiūros tikslams priskiriami ir šie: aukštos kokybės slauga ir gydymo tęstinumas⁶⁷.

Sveikatos sistemą reglamentuojantys įstatymai Danijoje suteikia teisę gyventojams turėti lengvai ir vienodai prieinamą sveikatos priežiūrą⁶⁸. Bendrosios praktikos gydytojai veikia kaip koordinatoriai tuo atžvilgiu, kad jie tik esant reikalui nukreipia pacientus išsamesniam sveikatos ištyrimui, nes bendrosios praktikos gydytojas yra kaip pacientų gidas, kuris vienintelis turi prieigą prie antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Tokia sistema Danijoje yra pagrindinis elementas sveikatos priežiūros kokybės koordinavime⁶⁹. Tačiau pacientai, kreipęsi į bet kokią šalies ligoninę, turi teisę pasirinkti gydymą, taip pat turi galimybę pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, pacientas turi teisę gauti informaciją ir turėti laisvo apsisprendimo galimybę⁷⁰. Laisvo pasirinkimo teisę pacientai turi nuo 1993 metų, o tai yra kaip sveikatos teisės aktų pakeitimų rezultatas, tačiau minėta teise pacientai naudojosi vangiai, nes ilgą laiką didžioji dalis pacientų manė, kad geriausia gydymo nauda bus pasiekta gydantis gydymo įstaigose, esančiose netoli namų. Gydymo įstaigų pasirinkimo procesą paspartino atsiradusi politika dėl laukimo eilėse garantijų, kurios pacientui užtikrina teisę gauti gydymą per vieną mėnesį po kreipimosi, o regionai apmoka išlaidas privačioms ligoninėms ar klinikoms, jeigu valstybinės gydymo įstaigos negali suteikti reikiamų paslaugų per nustatytą terminą, tai yra per vieną mėnesį. Lengvo prieinamumo klausimas taip pat yra susijęs ir su paslaugų naudotojų mokesčiais, geografiniu prieinamumu ir komunikacija. Siekiant įvesti naujus mokesčius, diskutuota su visuomene, tačiau tai kol kas nėra oficialiai siejama su prieinamumu pas bendrosios praktikos gydytojus ir specialistų priežiūra plačiajai visuomenei. Nors ir yra nustatytas laukimo eilėse laikas, tačiau užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą visose Danijos dalyse yra sudėtinga ir tai vis labiau yra vertinama kaip problema. Ji yra susijusi su tuo, kad atsirado bendrosios praktikos gydytojų trūkumas tam tikrose šalies dalyse, tai lėmė žemi įkainiai ir mažas darbo užmokestis⁷¹.

Sveikatos priežiūros tęstinumas ir decentralizuota Danijos sveikatos priežiūros sistemos struktūra Danijoje yra kelianti susirūpinimą⁷². Anita Alban teigia, kad „Decentralizaciją galima apibūdinti kaip „valdžios išskaidymą visuomenės planavimo, valdymo bei sprendimų priėmimo srityse ir perdavimą į subnacionalinius lygius arba, bendriau kalbant, valdžios perėmimą iš

⁶⁶ Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 33.

⁶⁷ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 156.

⁶⁸ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 155.

⁶⁹ Martin Strandberg-Larsen and Allan Krasnik, „Does a public single payer system deliver integrated care? A national survey study among professional stakeholders in Denmark,“ *International Journal of Integrated Care*, 8 (2008): 3.

⁷⁰ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 118-119.

⁷¹ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 156-157.

⁷² Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. xxi

aukščiausiojo valdymo lygmens ir jos perdavimą žemesniesiems”⁷³. Siekiant pagerinti gydymo tęstinumą, buvo įgyvendintos įvairios iniciatyvos, tačiau rūpinimosi integracijos trūkumas vis dar yra didelė problema, ypač kas susiję su lėtinių ligų priežiūra. Formalios sveikatos sutartys tarp pagrindinių veikėjų sveikatos priežiūroje yra vertinamos kaip pagrindinė priemonė, kuri Nacionalinės sveikatos tarybos buvo patvirtinta 2007 metais. Pagal šias sutartis bendrosios praktikos gydytojams mokamos priemokos, jie vykdo konkrečių pacientų, tokių kaip sergančių lėtinėmis ligomis, priežiūrą, taip bendrosios praktikos gydytojai buvo įtraukti į mokesčių struktūrą. Taip pat buvo siekta sukurti bendrą sistemą, kurioje gydytojai galėtų matyti visą reikalingą informaciją apie pacientą, kas galėtų užtikrinti sklandesnį gydymo tęstinumą⁷⁴.

Dar viena problema yra ta, jog egzistuoja sveikatos nelygumai tarp švietimo, profesinių ir etninių grupių. Tai gali tam tikru mastu atspindėti kai kurių paslaugų panaudojimų skirtumus, nes yra aiškūs socialiniai, ekonominiai ir geografiniai skirtumai naudojant prevencines paslaugas, pavyzdžiui, ne visi mažas pajamas turintys asmenys ir gyvenantys atokiau, gali gauti prevencines paslaugas. Taip pat yra skirtumų kai kurių gydomųjų paslaugų teikimo srityje, o šie skirtumai atsiranda dėl mokėjimų ir praktikuojančių specialistų geografinio pasiskirstymo⁷⁵. Šalyje vyravę netolygumai vyriausybę privertė suformuluoti veiksmų planą, kuriame buvo numatytos priemonės netolygumams mažinti: mokesčių didinimas tabako gaminiams, priemonės, skatinančios mesti rūkyti, draudimas parduoti stiprius alkoholinius gėrimus jauniems žmonėms, „sauso įstatymo“ įvedimas visose švietimo įstaigose, tolimesnis savivaldybių skatinimas vykdyti ligų prevencinę veiklą (didinant ligoninių finansavimą per savivaldybes ar kuriant paskatinimus savivaldybėms už gyventojų sveikatos palaikymą), psichiatrinės priežiūros gerinimas⁷⁶. Pastaraisiais metais buvo matyti, kad labai daug dėmesio buvo skiriama gyvybei pavojingoms ligoms, tokioms kaip vėžys ir širdies susirgimai. Psichikos ligų, kaulų ir raumenų ligų gydymui suteikiama mažai prioritetų, nepaisant to, kad nacionalinė sveikatos politika nurodo priešingai. 2007 m. struktūrinės reformos tikslai paskatino savivaldybes daugiau skirti dėmesio prevencijai, sveikatos stiprinimui ir reabilitacijai ne ligoninėse⁷⁷, tokiu būdu galėjo būti mažinami sveikatos netolygumai šalyje, nes paslaugas galėjo gauti ir toliau nuo ligoninių įsikūrę asmenys.

Danijoje atliekamų pacientų pasitenkinimo tyrimų rezultatai rodo, kad pacientų pasitenkinimas gydytojais ir ligoninių paslaugomis yra labai aukštas, nors kokybės priežiūra Danijoje yra nuolatinė problema. Daugybė priemonių buvo imtasi: buvo vykdoma kokybės stebėsenos pagal Danijos sveikatos priežiūros kokybės programą, buvo įvesta nacionalinė

⁷³Anita Alban, „Decentralizacija kaip politinis pasirinkimas.“ Pranešimas konferencijoje Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje?, Vilnius, 1995 spalio 10 d.

⁷⁴ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 157.

⁷⁵ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. xxi.

⁷⁶ Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 39.

⁷⁷ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. xxi.

akreditacijos sistema ligoninėse ir pradėta Danijos Nacionalinių Rodiklių programa (angl. *the Danish National Indicator Project*). Visa tai yra kaip Danijos sveikatos priežiūros kokybės programos dalis, kuomet kasmet yra vertinama sveikatos priežiūros kokybė pacientų atžvilgiu, tuo remiantis galima sukurti geresnį vertinimo pagrindą ir palengvinti šios sistemos kokybės gerinimą⁷⁸. Ne tik programos, bet ir bendrosios praktikos gydytojų, nepriklausomų specialistų, ligoninių ir savivaldybės atstovų veiksmingas ir stabilus bendradarbiavimas yra labai svarbus sveikatos priežiūros kokybės gerinimui⁷⁹. Taigi, diegiant programas ir skatinant visų suinteresuotųjų sveikatos priežiūroje tarpusavio bendradarbiavimą, siekiama kuo geresnio paslaugų, gydytojų ir apskritais sveikatos sistemos vertinimo.

1.3.1.3. Išteklių paskirstymo efektyvumas

Danijos gyventojų požiūriu, dabartinis išteklių paskirstymas sveikatos priežiūrai Danijoje atitinka gyventojų poreikius. Sumažintos laukimo eilės, kartu su laukimo laiko garantija, ir galimybė laisvai pasirinkti ligoninę, užtikrina prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų per gana trumpą laiką. Garantuotas laukimo laikas užtikrina, kad reikalingas gydymas bus suteiktas valstybinėse gydymo įstaigose arba privačiose sveikatos priežiūros įstaigose Danijoje. Anksčiau, jeigu laukimo laikas buvo ilgesnis nei vienas mėnuo, tai pacientai gydymą galėjo rinktis ir užsienyje, tačiau tai pasikeitė 2012 m., kuomet pasikeitė vyriausybė ir pakeitė teisės aktus dėl laukimo eilių. Nors buvo apribotos galimybės pacientams dėl gydymo kreiptis į užsienį, tačiau pacientų pasitenkinimo tyrimai vis vien rodo labai didelį pasitenkinimą tiek gydytojų, tiek ir ligoninių paslaugomis⁸⁰.

Eurostato duomenimis, žmogiškųjų išteklių, tai yra bendrai gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Danijoje augo, nepriklausomai nuo šalies ekonominės padėties, tai yra nuo to, ar buvo finansinė krizė ar ne (1 lentelė)⁸¹.

1 lentelė. Gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Danijoje 2005 – 2012 metais

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gydytojai	12.394	12.862	13.003	13.486	13.843	14.375	14.675	14.931
Slaugytojai ir akušeriai	37.320	37.804	37.829	38.279	39.829	40.042	39.939	40.291
Iš viso	49.714	50.666	50.832	51.765	53.672	54.417	54.614	55.222

⁷⁸ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 157.

⁷⁹ Martin Strandberg-Larsen, *supra* note 69, p. 3.

⁸⁰ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 169-170.

⁸¹ Eurostat, „Health personnel employed in hospital,“ žiūrėta 2015 12 12, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, pagal Eurostato statistiką: „Health personnel employed in hospital“. Žiūrėta 2015 12 12. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.

Danijoje gyvena apie 5,4 mln. gyventojų, kurie turi laisvą priėjimą prie bendrosios praktikos gydytojų, oftalmologų, ausų, nosies ir gerklės gydytojų ir skubios pagalbos⁸². Šiuos gyventojus aptarnauja maždaug 3.600 bendrosios praktikos gydytojų⁸³, kur kiekvienam iš gydytojų tenka beveik po 1.600 pacientų. Danai vidutiniškai turi po 6,9 kontakto su bendrosios praktikos gydytoju per metus. Toks kontaktas gali būti vizitas, pokalbis telefonu, konsultacija elektroniniu paštu ar gydytojo vizitas į namus⁸⁴.

Pagrindinis sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimo šaltinis Danijoje yra mokesčiai, tai yra sveikatos priežiūros sistemos finansavimas vyksta per mokesčius valstybiniame (progresiniai mokesčiai) ir savivaldybių (proporciniai mokesčiai) lygiuose^{85,86}. Iš šalyje surenkamų mokesčių yra finansuojama privalomojo sveikatos draudimo sistema, kuri Danijoje yra universali. Pagal Sveikatos įstatymą, patvirtintą 2007 m., Danijoje gyvenantys žmonės, tai yra tie žmonės, kurie yra registruoti nacionaliniame registre, turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas. Piliečiai neturi teisės atsisakyti būti sveikatos priežiūros sistemos nariu⁸⁷. Be šių mokesčių, Danijos sveikatos priežiūroje egzistuoja ir mokesčiai „iš kišenės“ (angl. *out-of-pocket*), kurie yra gana stabilaus lygio, jie sudaro apie 14 proc., tai yra, patys pacientai moka už paslaugas⁸⁸, nors yra šaltinių kuriuose nurodoma, kad pačių pacientų mokama dalis už paslaugas sudaro maždaug 17 proc. visų išlaidų sveikatai. Yra dvi paslaugos, už kurias pacientai moka daugiausiai, tai yra receptiniai vaistai ir suaugusiųjų dantų priežiūra. Savivaldybių sveikatos priežiūros paslaugos, pavyzdžiui slauga namuose, pagalba namuose, sveikatos priežiūros paslaugos mokyklose, rehabilitacija ir vaikų odontologinės paslaugos yra nemokamos⁸⁹. Valstybė skiria (subsidijuoja) lėšas regionams ir savivaldybėms, taip vyriausybė neveikia kaip pirkėjas ar tiesioginis paslaugų teikėjų finansavimo šaltinis⁹⁰. Danijoje savivaldybės yra finansuojamos iš pajamų mokesčių, kurie yra nustatyti ir renkami centralizuotai, ir iš valstybės subsidijų, o regionai yra finansuojami iš valstybės, iš pajamų mokesčio, pridėtinės vertės mokesčio, mokesčių už tam tikras prekes, ir savivaldybių⁹¹. Savivaldybės surenkami mokesčiai sudaro 20 proc. visų regiono pajamų. Siekiant teisingo lėšų paskirstymo tarp savivaldybių, buvo įgyvendinama atsvaros sistema, tai tokia sistema, kuri nustato veikslus, pagal kuriuos yra

⁸²Kjeld Moller Pedersen, John Sahl Andersen, and Jens Sondergaard, „General Practice and Primary Health Care in Denmark,“ *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 (2012): 34.

⁸³Jorgen Nexoe, „Developing Danish general practice,“ *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31 (2013): 129.

⁸⁴Kjeld Moller Pedersen, John Sahl Andersen, and Jens Sondergaard, *supra* note 82, p. 35.

⁸⁵Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 155.

⁸⁶Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 159.

⁸⁷Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 62.

⁸⁸Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 155.

⁸⁹Kjeld Moller Pedersen, John Sahl Andersen, and Jens Sondergaard, *supra* note 82, p. 34.

⁹⁰Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 37.

⁹¹Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 53.

paskirstomos lėšos. Lėšų perskirstymas yra vykdomas pagal nustatytą formulę, kurią sudaro šie veiksniai: pasiskirstymas pagal amžių, vaikų skaičius šeimose, kuriose yra tik vienas iš tėvų, nuomojamų butų skaičius, nedarbingumo lygis, asmenų skaičius su žemu išsilavinimo lygiu, imigrantų iš ne ES šalių skaičius, nepasiturinčių asmenų skaičius ir vienišų vyresnio amžiaus žmonių dalis⁹². Finansavimo struktūra Danijoje atspindi pastangas kontroliuoti išlaidas per pasaulinį biudžetą ir viršutines privačių teikėjų apyvartos ribas. Ji taip pat atspindi pastangas stiprinti sveikatos skatinimą, klinikinį našumą ir reagavimą į pacientų teisę laisvai pasirinkti ligoninę, tai siejant kartu su veikla pagrįstu ligoninių finansavimu ir kompensavimu iš savivaldybių į regionus įvedimą, taip suteikiant savivaldybėms finansinę paskatą išlaikyti savo piliečius sveikus⁹³.

Danijoje sveikatos priežiūra gali būti finansuojama ne tik per valstybinius finansavimo šaltinius, tačiau ir per pačių žmonių sukauptas lėšas, tai yra per savanorišką sveikatos draudimą⁹⁴, kurį piliečiai gali rinktis šalia privalomojo sveikatos draudimo⁹⁵. Savanoriškas sveikatos draudimas danams yra priimtinas. Nuo 2002, papildomas savanoriškas sveikatos draudimas subsidijuotas valstybės, suvaidino nedidelį, bet sparčiai augantį vaidmenį finansuojant planines operacijas ir fizioterapiją. Taip pat, savanoriškas sveikatos draudimas buvo intensyvių diskusijų tarp politikų objektas, nes svarstoma, ar savanoriškas sveikatos draudimas prisideda prie efektyvesnio sveikatos priežiūros sektoriaus ir ar jis lemia nelygybę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume⁹⁶. Vis daugėja gyventojų, kurie pasirenka savanorišką sveikatos draudimą, kurį siūlo pelno siekiančios įmonės, tokiu būdu žmonės siekia gauti kompensacijas už patirtas medicines išlaidas, kurias, pavyzdžiui, patiria privačiose sveikatos priežiūros įstaigose⁹⁷. Savanorišku sveikatos draudimu yra motyvuojami asmenys, nes tikimasi, kad būtent šio draudimo pagalba bus sumažinami mokėjimai už paslaugas, taip pat esant reikalui užtikrinti prieigą prie mažų privačių ligoninių⁹⁸. Didėjantis šių įmonių skaičius pateikia ir daugybę nepastovios reguliuojamos apimties savanoriško sveikatos draudimo formų, kurios nėra itin aiškios vidutiniam rinkos vartotojui. Kompanijos, užsiimančios savanorišku sveikatos draudimu, už sveikatos draudimo įmokas turi sumokėti mokesčius, tokiu būdu, netiesiogiai yra skiriamos lėšos valstybei⁹⁹.

Danijoje yra nustatyta sveikatos priežiūros išlaidoms kontroliuoti skirta sistema, kuria remiantis regionams ir savivaldybėms yra skiriamas biudžetas, o jeigu jis yra viršijamas yra taikomos sankcijos¹⁰⁰. Regionų ir savivaldybių lygmeniu sudarytos sutartys tarp ligoninių ir regionų

⁹² Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 37-38.

⁹³ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 53.

⁹⁴ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 55-53.

⁹⁵ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 61.

⁹⁶ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. xviii.

⁹⁷ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 38.

⁹⁸ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. xxi.

⁹⁹ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 38.

¹⁰⁰ Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 40.

naudojamos siekiant kontroliuoti išlaidas¹⁰¹. Tokie susitarimai yra pagrindinė priemonė valdymo struktūroje siekiant kontroliuoti išlaidas ir priimti naujus teisės aktus¹⁰². Pasaulio banko duomenimis, bendros išlaidos patirtos sveikatos priežiūros sektoriuje Danijoje iki finansinės krizės, pavyzdžiui 2007 m. buvo 10 proc. nuo BVP, 2008 m. – krizės pradžios metais buvo 10,2 proc. nuo BVP, o po finansinės krizės jos išliko labai panašios. Šios išlaidos 2010–2012 m. sudarė atitinkamai 11,1 ir 11 procentų¹⁰³. Tačiau atsiribojus nuo BVP, statistiniai duomenys rodo, kad išlaidos sveikatos priežiūrai Danijoje nuolat auga. Iki ekonominės krizės patirtos išlaidos vienam Danijos gyventojui buvo apie 1,5 karto mažesnės nei išlaidos, patiriamos po ekonominės krizės¹⁰⁴ (2 lentelė).

2 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam Danijos gyventojui 2005 – 2013 metais (Eur)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Išlaidos vienam gyventojui	2.794	3.075	3.253	3.512	3.833	3.939	3.997	4.070	4.107

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, pagal Organization for Economic duomenis: „Health Statistics“. Žiūrėta 2015 11 10. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>.

Pasaulinio biudžeto naudojimas ir stiprus biudžeto suvaržymas yra plintanti sistemos ypatybė. Pastaraisiais metais, tai buvo derinama su vidiniais kontraktais ir didinant užmokesčių pagal veiklą naudojimą, taip siekiant paskatinti didesnę veiklą ir aukštesnį produktyvumą. Danijos vyriausybė vienoje ataskaitoje pabrėžė, kad palaipsniui gerėja produktyvumas šiame sektoriuje, tai yra nuo 2009 m. iki 2010 m. jis padidėjo 5,6 procento. Ligoninių našumas yra lyginamas su vidutiniu nacionaliniu, regioniniu ir apskričių našumu¹⁰⁵.

1.3.1.4. Pastarosios sveikatos sistemos reformos

Reforma, vykusi 2007 m. šalyje sukūrė didesnius regionus ir didesnes savivaldybes, pakeitė užduočių ir pareigų paskirstymą. Pagrindinė reformos idėja buvo palengvinti centralizuotą paslaugų teikimą ligoninėse, užtikrinti geresnės kokybės stacionarinio gydymo paslaugas visoje šalyje, suteikti svarbesnį vaidmenį savivaldybėms reabilitacijos ir prevencinėje veikloje. Dar vienas reformos tikslas buvo užtikrinti vienodus standartus sveikatos priežiūrai visoje šalyje, didinant

¹⁰¹ Sarah Thomson et. al., *International Profiles of Health Care Systems, 2012* (New York: The Commonwealth Fund, 2012), 30.

¹⁰² Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 40.

¹⁰³ Pasaulio Bankas, „Health expenditure, total (% of GDP)“, žiūrėta 2015 10 25, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries/DK-NL-LT?display=graph>

¹⁰⁴ Organization for Economic, „Health Statistics“, žiūrėta 2015 11 10, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>

¹⁰⁵ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 155-156.

valstybės institucijų galią planavimo ir kokybės vadyboje¹⁰⁶. Pastaroji reforma Danijoje apėmė teisės aktus dėl laisvo ligoninių pasirinkimo, teisės aktus dėl laukimo laiko eilėse garantijų, taip pat reformas ir iniciatyvas, susijusias su administracinės struktūros ir ligoninių sektoriaus organizavimu¹⁰⁷.

Pagrindinė administracinio ir politinio pobūdžio reforma Danijoje buvo vykdoma 2007 metais, ja buvo siekiama centralizuoti ir modernizuoti ligoninių sektorių, didinant savivaldybių vaidmenį teikiant sveikatos priežiūros paslaugas netoli namų ir gerinant piliečių gyvenamąją aplinką¹⁰⁸. Pirmoji užduotis vykdant ligoninių sektoriaus centralizaciją buvo regionuose perkurti ligoninių struktūrą vadovaujantis Nacionalinės sveikatos tarybos gairėmis. Šiose gairėse numatyta ligoninių skaičiaus sumažinimas, nuo 40 ligoninių 2006 metais sumažinti iki 20–25 ligoninių 2015 metais. Laisvo pasirinkimo atžvilgiu, pacientai, galėjo rinktis gydymą visose privačiose gydymo įstaigose, tačiau šis pasirinkimas buvo ribojamas sutarčių, tai yra, pacientai gydymą galėjo rinktis tik tose gydymo įstaigose, kurios buvo sudariusios sutartis su savo regionais. Be to, pacientai turėjo galimybę rinktis gydymą ir užsienyje, tačiau daugiausiai tik Švedijos ir Vokietijos gydymo įstaigose. Siekiant palengvinti pacientų pasirinkimo galimybes savo šalyje, 2007 m. spalio 1 d. laukimo eilėse laikas buvo sutrumpintas nuo 2 mėn. iki 1 mėnesio¹⁰⁹. Daugelis vėlesnių politinių iniciatyvų susijusios su šia reforma. Kitas pagrindinis šios reformos tikslas buvo pagerinti skirtingų viešojo sektoriaus lygių ir politikos sektoriaus koordinavimą. Vienas artimiausias rezultatas buvo ta, kad 14 apskričių buvo sujungtos į penkis regionus ir nuo 275 iki 98 sumažintas savivaldybių skaičius¹¹⁰. Kitas svarbus reformos elementas buvo sveikatos priežiūros sutarčių įvedimas, kurios buvo naudojamos kaip sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros koordinavimo priemonė. Šios sutartys sudaromos kas keturis metus, šie ciklai sutampa su savivaldybių ir atitinkamų regionų rinkimų pradžia. Sveikatos priežiūros sutartys apibrėžia pacientų kelias sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas¹¹¹. Dar vienas reformos rezultatas buvo tas, kad regioninių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas buvo pakeistas iš regioninio apmokėjimo su keletu valstybės subsidijų į valstybės dotacijų ir savivaldybių bendrą apmokėjimo derinį. 80 proc. regioninės sveikatos priežiūros paslaugų yra finansuojama valstybės per subsidijas, o likusioji dalis – per savivaldybes. Tokiu finansavimo pakeitimu buvo siekiama sukurti didesnę tiesioginę valstybės

¹⁰⁶ Martin Strandberg-Larsen et. al., *Health Systems in Transition: Denmark, Health system review* (United Kingdom: World Health Organization, 2007), xvi, 25-29.

¹⁰⁷ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 141.

¹⁰⁸ Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 41.

¹⁰⁹ Maria Olejaz et al., *supra* note 56, p. 141-146.

¹¹⁰ Karsten Vrangbaek, *supra* note 60, p. 41.

¹¹¹ Andreas Rudkjøbing et, al., „Health care agreements as a tool for coordinating health and social services,“ *International Journal of Integrated Care*, 14 (2014): 2.

kontrolę ir taip skatinti savivaldybes dėti daugiau pastangų prevencijos, sveikatos stiprinimo ir reabilitacijos srityse¹¹².

1.3.2. Sveikatos politikos pokyčiai Nyderlanduose

Sveikatos sistema Nyderlanduose yra paremta Bismarko socialinio draudimo tradicijomis. Tik 1941 metais, kai Nyderlandai buvo okupuoti Vokietijos, buvo įdiegta tokia socialinės sveikatos draudimo sistema, kuri apėmė du trečdalius mažesnes pajamas turinčius gyventojus. Paslaugų teikimui sąlyginai įtakos turėjo nekomerciniai tiekėjai ir draudikai, taip pat savarankiškai dirbantys specialistai, o vyriausybės vaidmuo buvo apribotas¹¹³.

Europos užimtumo tarnyba nurodo, kad Nyderlandų sveikatos apsaugos sistema pripažinta geriausia Europoje. Nepaisant to, susidūrimas su vietos medicina daugeliui užsieniečių gali palikti keistą įspūdį dėl specifinių sveikatos sistemos bruožų¹¹⁴. Vienas iš tipišκών Nyderlandų socialinio draudimo bruožų yra bendrosios praktikos gydytojų vaidmuo, tai yra, olandai, siekdami išvengti nereikalingo brangesnių antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų, yra skatinama nuosekli ir koordinuota bendrosios praktikos gydytojų veikla (angl. *gatekeeping*), kurie tik esant būtinybei ir nepakankamai kompetencijai, pacientus siunčia pas antrinio lygio gydytojus¹¹⁵, be to, bendrosios praktikos gydytojai stengiasi kaip įmanoma rečiau skirti gydymą medikamentais ir netgi ragina nevartoti be recepto parduodamų vaistų¹¹⁶. Dar vienas tipiškas Nyderlandų sveikatos sistemos bruožas yra nepriklausomi akušeriai pirminiame lygyje, kurie yra atsakingi už nesudėtingus ir nekomplikuotus gimdymus. 1967 metais socialinio draudimo asignavimai perkelti į ilgalaikį stacionarinį gydymą, psichinę sveikatą ir nedarbingumo paslaugas. Pagrindinės politikos tendencijos nuo 1970-ųjų buvo išlaidų sulaikymas, fragmentuoto paslaugų teikimo išvengimas ir keletas bevaisių bandymų panaikinti dvigubą socialinio ir privataus sveikatos draudimo sistemą¹¹⁷.

Apskritai, ši sistema liko nepakitusi iki 2006 m. sveikatos priežiūros reformos, kuri gali būti vertinama kaip tolimesnė Bismarko sistemos naujovė. Reforma įvedė vieną privalomojo draudimo sistemą, kuria remiantis keli privatūs sveikatos draudikai gali varžytis dėl apdraustųjų asmenų. Ši reforma radikaliai pakeitė sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių vaidmenis, ypač sveikatos draudikų ir pacientų vaidmenis. Sveikatos priežiūra ir valdymas didžiąja dalimi vyriausybės buvo

¹¹² Martin Strandberg-Larsen et. al., *supra* note 106, p. 130-140.

¹¹³ Willemijn Schafer et. al., *Health System in Transition: The Netherlands, Health system review* (United Kingdom: World Health Organization, 2010), 13.

¹¹⁴ Lietuvos darbo birža, „Kitų šalių gyvenimo ir darbo sąlygos, Nyderlandai,“ žiūrėta 2015 12 14, http://www.ldb.lt/eures/index.aspx?page=/lt/gyvenimo_darbo_salygos/kitu_saliu_gyvenimo_ir_darbo_salygos/nyderlandai/

¹¹⁵ Willemijn Schafer et. al., *op. cit.*, p. 134.

¹¹⁶ Lietuvos darbo birža, *op. cit.*

¹¹⁷ Willemijn Schafer et. al., *op. cit.*, p. 13.

paskirtas nepriklausomiems organams, tuo tarpu socialinės paramos organizavimas tapo savivaldybių atsakomybe¹¹⁸.

1.3.2.1. Sveikatos sistemos reguliavimas

Nyderlandų sveikatos priežiūra yra skirstoma į šias pagrindines dalis: profilaktinė medicina, pirminė sveikatos priežiūra, antrinė sveikatos priežiūra, slauga. Visuomenės sveikatos sistema susideda iš trijų krypčių: profesinės sveikatos priežiūros paslaugos, savivaldybių sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos per sveikatos tarnybas ir vaikų ir jaunimo priežiūros institucijas; tyrimų ir prevencijos: Nacionalinis visuomenės sveikatos ir aplinkos institutas¹¹⁹.

Nyderlandų vyriausybė yra atsakinga už bendrų sveikatos priežiūros prioritetų nustatymą ir jeigu reikia šių prioritetų įgyvendinimui, gali patvirtinti teisės aktus. Vyriausybė visą procesą saugo per atstumą, tik kontroliuodama prieinamumą, kokybę ir kainas¹²⁰. Kitaip tariant, Nyderlandų vyriausybė turi užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų kokybiškos, prieinamos ir įperkamos. Tik keletas priemonių buvo palikta vyriausybei, kurių pagalba ji gali tiesiogiai kištis į sveikatos sistemą. Esminė ir svarbiausia vyriausybės kompetencija – nustatyti sveikatos priežiūros išlaidų biudžetą. Kita svarbi centrinės vyriausybės kompetencija yra priimti sprendimus dėl pagrindinio sveikatos draudimo paketo, dėl išlaidų pasidalijimo, sveikatos priežiūros paslaugų įkainių, jeigu dėl jų neįmanoma derėtis, ir išplėsti laisvai pakeičiamų paslaugų dalį. Vyriausybės įsipareigojimus atlikti padeda priežiūros ir patariamieji organai, tokie kaip Nyderlandų sveikatos priežiūros tarnyba, Sveikatos priežiūros inspekcija ir Nacionalinis sveikatos priežiūros institutas (Sveikatos draudimo valdyba)¹²¹. Pavyzdžiui, nacionaliniu lygiu sveikatos taryba vyriausybei pataria įrodymais pagrįstos medicinos, sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos ir aplinkos apsaugos klausimais. Naujai įsteigtas Nacionalinis sveikatos priežiūros institutas, anksčiau žinomas kaip sveikatos priežiūros draudimo valdyba, sistemina informaciją apie įvairių institutų veiklą ir informuoja apie vykstančius pasikeitimus¹²². Tuo tarpu Nyderlandų sveikatos priežiūros tarnyba užima svarbią vietą sveikatos sistemoje. Ji prižiūri kaip sveikatos priežiūros sistemos dalyviai laikosi Sveikatos draudimo įstatymo ir Sveikatos priežiūros reguliavimo įstatymo¹²³. Kitaip tariant, Nyderlandų sveikatos priežiūros tarnybos pagrindinė atsakomybė yra užtikrinti, kad sveikatos

¹¹⁸ Willemijn Schafer et. al., *op. cit.*, p. 13.

¹¹⁹ Žilvinas Padaiga et. al., *Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurios gali būti priskirtos savarankiškajai savivaldybės funkcijai, nomenklatūros ir minimalių normatyvų projekto parengimas: Projekto ataskaita* (Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2011), 4.

¹²⁰ Joost Wammes, Patrick Jeurissen, Gert Westert, „The Dutch Health Care System, 2014,“ iš *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*, Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn Chloe Anderson (United States: The Commonwealth Fund, 2015), 93.

¹²¹ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 98.

¹²² Joost Wammes, *op. cit.*, p. 98.

¹²³ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 100.

draudimo rinka, sveikatos priežiūros paslaugų pirkimo rinka ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rinka funkcionuoti tinkamai¹²⁴. Sveikatos priežiūros tarnyba kišasi tik tuomet, kai iškyla rizika sąžiningai konkurencijai sveikatos priežiūros rinkoje, kurią gali sukelti sveikatos draudikas, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas ar vartotojas, jie kartu arba atskirai. Be to, ši tarnyba stebi sveikatos priežiūros rinką ir skatina jos skaidrų veikimą tiek kainos, tiek ir kokybės atžvilgiu¹²⁵.

Dar vienas sveikatos priežiūros sistemos dalyvis yra privatūs sveikatos draudikai. Jie yra atsakingi už visų sveikatos priežiūros paslaugų pirkimą ir apmokėjimą, kurios yra padengiamos pagrindinio sveikatos draudimo. Daugelis sveikatos draudikų veikia nacionaliniu lygiu, bet yra ir tokių kurie pirmiausia aptarnauja savo klientus tam tikrame regione. Tai yra užsilikę nuo anksčiau, kuomet dar egzistavo regioninės ligonių kasos. Draudikai yra arba akcinės bendrovės arba savarankiškai veikiantys draudikai (angl. *mutuals*). Akcinės bendrovės yra privačios ir pelno siekiančios organizacijos, turinčios akcininkų susirinkimą, aukščiausias sprendimų priėmimo struktūras ir kasdienį valdymą perduoda valdybai. Savarankiškai veikiantys draudikai yra ne pelno siekiantys kooperatyvai, kur apdraustieji yra nariai, o narių valdyba kontroliuoja vadybą. Sveikatos draudikai veikia pagal privatinę teisę ir todėl yra taikomos tos pačios taisyklės kaip ir visoms olandų komercinėms įmonėms, jie privalo laikytis įstatymais nustatytų draudimo įmonių priežiūros taisyklių, taip pat kaip ir Nyderlandų konkurencijos tarnybos nuostatų. Jei draudikai nori teikti pagrindinį sveikatos draudimą pagal Sveikatos draudimo įstatymą, jie turi kreiptis dėl leidimo teikti civilinės atsakomybės draudimą su Nyderlandų centriniu banku¹²⁶.

1.3.2.2. Sveikatos sistemos tikslai ir problemos

Nyderlandų sveikatos apsaugos, gerovės ir sporto ministerijos moto – Nyderlandai – sveika šalis. Šios ministerijos siekis yra visus žmones išlaikyti kiek įmanoma ilgiau sveikais ir pagydyti kiek įmanoma greičiau. Ministerija taip pat remia žmones turinčius fizinius ir psichinius sutrikimus ir siekia socialinio aktyvumo¹²⁷.

Per pastaruosius dešimtmečius Nyderlandų Sveikatos apsaugos ministerija, Gerovės ir sporto misija nuolat siekia tinkamai įgyvendinti sveikatos priežiūros sistemos tikslus, tai apima: prieinamumą, kokybę ir išlaidas. Laikui bėgant su rinkos elementų įvedimu į sveikatos priežiūros sistemą, šie tikslai išliko nepakitę¹²⁸. Šiuos tikslus maksimaliai ir laiku pasiekti trukdo atsiradę iššūkiai. Pagrindiniai Nyderlandų sveikatos priežiūros sistemos iššūkiai yra populiacijos

¹²⁴Joost Wammes, *op. cit.*, p. 98.

¹²⁵Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 100-101.

¹²⁶Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 100.

¹²⁷Government of the Netherlands, „Ministry of Health, Welfare and Sport,“ žiūrėta 2015 10 22, <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport/>

¹²⁸Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 185.

senėjimas¹²⁹, dėl kurio didėja patiriamos išlaidos¹³⁰, didėjantis sergamumas lėtinėmis ligomis¹³¹, išlaidų sveikatos priežiūrai didėjimas ir sveikatos netolygumai¹³². Be to, maždaug penktadalis Nyderlandų yra imigrantai, kas taip pat yra iššūkis sveikatos priežiūrai. Nesvarbu ar Nyderlanduose gyvenantis asmuo yra kilęs iš šios šalies, ar jis imigrantas, labai svarbi kiekvieno asmeninis indėlis į savo sveikatą ir svarbus prevencinių paslaugų naudojimas¹³³. Vyriausybė pabrėžia asmeninę atsakomybę ir individo galią, kas taikoma ir sveikatos sektoriuje. Taigi, pagrindinė atsakomybė už asmeninę, o kartu ir visuomenės sveikatą ir jos gerinimą tenka ne vyriausybei, o pačiam žmogui. Privatus sektorius, visuomeninės organizacijos, švietimo sektorius ir sveikatos priežiūros teikėjai šiame procese turi labai svarbų vaidmenį; kur valdžios dalyvavimas yra būtinas, tai visų pirma valdžios institucijų, o ne atskirų asmenų¹³⁴. Nyderlandų sveikatos priežiūros sistema, siekdama patenkinti gyventojų poreikį sveikatos priežiūros srityje, į veiklą įtraukia ne tik gydytojus specialistus, bet ir atskirus asmenis, kurie savo veiksmis siekia geresnės sveikatos būklės, pavyzdžiui, yra skatinama sveika mityba, aktyvus gyvenimo būdas ar skatinama mesti rūkyti¹³⁵, taip šalindami rizikos veiksnius savo aplinkoje. Tačiau yra tokių rizikos veiksnių, kuriems atskiri visuomenės nariai įtakos padaryti negali arba gali daryti tik tam tikru lygiu. Šie veiksniai apima genetinius veiksnius, infekcines ligas, stichines nelaimes ar krizes, produktų saugumą. Šių veiksnių efektyvi kontrolės atsakomybė priklauso vyriausybei, o gyventojai gali tik pasitikėti institucijų atsakomybės įgyvendinimo kokybe, taip gyventojams turi būti suteikta galimybė gauti vyriausybės palaikymą¹³⁶. Be visa to, yra problemų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikime. Paslaugų prieinamumas nėra geras visoje šalyje, kai kuriose šalies vietose nuolat yra susidariusios eilės gauti tam tikro sektoriaus specialistų paslaugas, taip pat dažnai sunku darbo valandomis gauti bendrosios praktikos gydytojo konsultaciją telefonu – nustatyta, kad trečdalis skubių skambučių, skirtų bendrosios praktikos gydytojams, nėra atsakomi per 30 sekundžių¹³⁷.

1.3.2.3. Išteklių sveikatos sistemai paskirstymo efektyvumas

¹²⁹Chrisvan Weel, Henk Schers, Arno Timmermans, „Health care in the Netherlands“, *JABFM*, 25 (2012): 14.

¹³⁰Erik Schut, Stephane Sorbe, Jens Hoj, „Health care reform and long-term care in the Netherlands“, *ECO/WKP*, 2 (2013): 13.

¹³¹Chrisvan Weel, *op. cit.*

¹³²Michael J van den Berg et. al., „The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands“, *Health Research Policy and Systems* 12, 1 (2014): 5.

¹³³Chrisvan Weel, *supra* note 129, p. 14.

¹³⁴Ministry of Health, Welfare and Sport, *National policy document on health: Health close to people* (The Hague: Ministry of Public Health, Welfare, 2012): 18-19.

¹³⁵Chrisvan Weel, *supra* note 129, p. 14.

¹³⁶Ministry of Health, Welfare and Sport, *op. cit.*, p. 24.

¹³⁷Claire Daley and James Gubb, „Healthcare Systems: The Netherlands“, <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/netherlands.pdf>

Bent iš Europos perspektyvos, duomenys apie Nyderlandus rodo, kad skiriami finansiniai ir žmogiškieji ištekliai sveikatos priežiūrai yra pakankami, kad būtų patenkinti gyventojų poreikiai¹³⁸. Eurostato duomenimis, bendrai gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Nyderlanduose augo, nepriklausomai nuo to, ar buvo finansinė krizė ar ne (3 lentelė)¹³⁹.

3 lentelė. Gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Nyderlanduose 2005 – 2013 metais

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gydytojai	16.702	18.526	19.958	20.642	21.541	22.054	22.088	23.580	23.516
Slaugytojai ir akušeriai	68.317	73.337	76.357	77.982	80.269	80.587	81.766	81.152	80.179
Iš viso	85.019	91.863	96.315	98.624	101.810	102.641	103.854	104.732	103.695

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Eurostato duomenimis: „Health personnel employed in hospital“. Žiūrėta 2015 12 12, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.

Šiuo metu Nyderlanduose gyvena apie 16 milijonų žmonių, kuriuos aptarnauja 8.000-10.000 bendrosios praktikos gydytojų, kurie yra patekimo į sveikatos priežiūrą taškas. Gyventojai pas gydytojus specialistus gali patekti ir gauti stacionarinį gydymą (išskyrus skubią pagalbą) tik jei tai daryti nurodo bendrosios praktikos gydytojas. Tokiu būdu daugiau nei 95 proc. atvejų yra išsprendžiami pirminėje sveikatos priežiūros grandyje¹⁴⁰. Pirminėje sveikatos priežiūros srityje 2013 m. buvo registruota daugiau nei 40.000 gydytojų, įskaitant 12.195 pirminės sveikatos priežiūros gydytojų ir daugiau nei 20.000 gydytojų specialistų. Be bendrosios praktikos gydytojų, pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikia odontologai, akušeriai ir fizioterapeutai. Visi piliečiai Nyderlanduose pagal jų pačių pasirinkimą yra registruoti pas bendrosios praktikos gydytojus, dažniausiai pagal jų gyvenamąją vietą. Pacientai vidutiniškai penkis kartus per metus kreipiasi į savo bendrosios praktikos gydytoją, o vienam gydytojui priskirta maždaug 1.900 pacientų¹⁴¹.

Nors už sveikatos priežiūros kokybę pirmiausiai yra atsakingi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, tačiau sveikatos apsaugos ministras turi sistemine atsakomybę. Sveikatos apsaugos ministras, visų pirma, yra atsakingas už gerai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą, apimančią aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, paslaugų prieinamumą visiems gyventojams ir veiksmingą išteklių naudojimą¹⁴². Taigi, gydytojai yra atsakingi už sveikatos paslaugų kokybę, o ministerijos bendrai yra atsakingos už darnų sistemos veikimą ir pasiektus rezultatus.

¹³⁸ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. xxvi.

¹³⁹ Eurostat, *supra* note 81.

¹⁴⁰ Chrisvan Weel, *supra* note 129, p. 12.

¹⁴¹ Joost Wammes, *supra* note 120, p. 95.

¹⁴² Michael J van den Berg et. al., *supra* note 132, p. 4.

Išteklių paskirstymo veiksmingumą rodo tai, kad dabartiniai asignavimai sveikatos priežiūrai yra tinkami ir patenkina žmonių poreikius. Nyderlanduose bendros išlaidos sveikatos sektoriuje buvo tokios pat ar šiek tiek mažesnės nei ES 15 šalių vidurkis, tai yra 2007 m. šios išlaidos šalyje sudarė 8,9 proc. nuo BVP, o bendrai vertinant išlaidas vienam gyventojui, Nyderlanduose 2006 m. šios išlaidos viršijo 15 ES šalių vidurkį¹⁴³. Nepriklausomai nuo to, ar pasaulinė ekonominė krizė egzistavo šalyje ar ne, išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui 2005-2014 metais augo (4 lentelė)¹⁴⁴.

4 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam Nyderlandų gyventojui 2005 – 2014 metais (Eur)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Išlaidos vienam gyventojui	4 115	4 304	4 558	4 859	5 092	5 274	5 372	5 543	5 551	5 630

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, pagal Statistics Netherlands, Den Haag/Heerlen statistinius duomenis: „Health, lifestyle, health care use and supply, causes of death; key figures“. Žiūrėta 2015 10 23. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=81628ENG>

Nors ir išlaidos sveikatos priežiūroje vienam gyventojui augo nuolat, tačiau pastaroji ekonomikos krizė turėjo didelę įtaką bendrajam vidaus produktui¹⁴⁵. Sveikatos priežiūros sektorius buvo vienas iš paskutiniųjų sektorių šalyje, kuris buvo paveiktas biudžeto mažinimo¹⁴⁶. Sveikatos, gerovės ir sporto ministerijos tikslas iki 2011 metų buvo sumažinti sveikatos apsaugai skiriamą biudžetą 2,4 bilijono eurų. Tai yra maždaug 0,4 proc. Nyderlandų BVP. Didžioji šio sumažinimo dalis turėjo būti pasiekta didinant ligoninių sektoriaus efektyvumą¹⁴⁷, taip mažinant jų patiriamas išlaidas, kas sumažintų ir lėšų poreikį. Statistiniai duomenys rodo, kad išlaidos, patiriamos sveikatos priežiūros sektoriuje didėjo, pavyzdžiui, iki krizės, 2006 m. bendrosios išlaidos sveiktos priežiūrai siekė 34,6 bilijono eurų (10,7 proc. BVP), ekonominės krizės pradžioje, 2008 m. – 40,3 bilijono eurų (11 proc. BVP), 2010 m. – 44,8 bilijono eurų (12,1 proc. BVP), 2012 m. – 48,1 bilijono eurų (12,7 proc. BVP)^{148,149}.

Išlaidos sveikatos priežiūrai susideda iš išlaidų sveikatos priežiūros specialistams ir išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms. Nyderlandų sveikatos draudimo sistema yra suskirstyta į tris grupes, kurios yra apmokamos skirtingai: 1) iš privalomojo sveikatos draudimo yra apmokama

¹⁴³ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 56.

¹⁴⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek, „Health, lifestyle, health care use and supply, causes of death; key figures“, žiūrėta 2015 10 23, <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=81628ENG>

¹⁴⁵ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 56.

¹⁴⁶ Ronald Batenburg, Madelon Kroneman, Anna Sagan, „The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands“, iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al. (United Kingdom: World Health Organization, 2015), 247.

¹⁴⁷ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 188-189.

¹⁴⁸ Centraal Bureau voor de Statistiek, *supra* note 144.

¹⁴⁹ Pasaulio Bankas, *supra* note 103.

ilgalaikę priežiūra. Ši priežiūra skiriama neįgaliesiems, turintiems įgimtų fizinių ar psichinių sutrikimų, tai yra reglamentuojama išskirtinių medicininių išlaidų teisės akte. Šiuo įstatymu reglamentuojama veikla yra daugiausiai finansuojama per surinktus mokesčius. Šios išlaidos 2008 m. sudarė 41 proc. bendrų išlaidų sveikatos priežiūrai.²⁾Iš privalomojo sveikatos draudimo yra apmokamos visiems gyventojams suteiktas gydymas, kurio efektyvumas yra pagrįstas moksliskai. Šis apmokėjimas yra reglamentuojamas Sveikatos draudimo įstatymu. Pagrindines sveikatos draudimo paslaugas sudaro 59 proc. Nyderlanduose finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų. 3)Iš savanoriško sveikatos draudimo yra apmokamos visos kitos paslaugos, kurios negali būti apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo. Be šių paslaugų yra ir prevencinė ir socialinė parama (įskaitant tam tikras priežiūros namuose paslaugas), kuri nėra privalomojo ar savanoriško draudimų dalis, bet daugiausia yra finansuojama iš bendrųjų mokesčių¹⁵⁰.

Mokesčiai ir įmokos renkamos iš visų šalies gyventojų ir dirbančiųjų šalyje. Pagrindinis sveikatos draudimas yra privalomas visiems Nyderlandų gyventojams. Dirbantieji Nyderlanduose ir mokantys pajamų mokestį Mokesčių tarnybai, bet gyvenantys užsienyje, pat yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu. Tačiau dėl dviejų asmenų grupių, kuriems prievolė dalyvauti privalomojo sveikatos draudimo sistemoje netaikoma, buvo padaryta išimtis. Pirmajai grupei priklauso asmenys, kurie atsisako draustis dėl tokių priežasčių, kaip religiniai įsitikinimai ar jų gyvenimo filosofija. Jie neturi išsiimti pagrindinio sveikatos draudimo, bet turi mokėti bendrą pajamų mokestį, lygų nuo pajamų priklausančiam darbdavio įnašui. Šie įnašai yra saugomi asmeninėse sąskaitose (tai nėra kaupimas), kurias valdo Sveikatos priežiūros draudimo valdyba. Sveikatos priežiūros išlaidos šiems asmenims yra kompensuojamos iš jų asmeninės sąskaitos. Jei sveikatos priežiūros išlaidos viršija sąskaitoje sukauptą sumą, asmuo turi sumokėti papildomai pats. Antrajai asmenų grupei priklauso žmonės iš ginkluotųjų pajėgų. Gynybos ministerija finansuoja ir organizuoja sveikatos priežiūrą kariniam personalui. Tuo tarpu vaikai iki 18 m. yra draudžiami nemokamai, tačiau jie turi būti įtraukti į vieną iš tėvų draudimo polisą. Dauguma draudikų taip pat siūlo nemokamą papildomą savanorišką sveikatos draudimą vaikams kartu su tėvų papildomu savanorišku sveikatos draudimu. Jei vaikas yra prižiūrimas globėjo, jis yra atsakingas už tai, kad būtų išimtas nemokamas draudimas vaiko vardu¹⁵¹.

1.3.2.4. Pastarosios sveikatos sistemos reformos

Nuolat augančios sveikatos priežiūros išlaidos Nyderlanduose skatina diskusijas dėl sveikatos priežiūros sistemos tvarumo ir radikalių reformų poreikio. Dėl demografinių pokyčių ir medicinos

¹⁵⁰ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 153-154.

¹⁵¹ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 56-64.

technologijų inovacijų buvo laukiama dar labiau padidėjusios paklausos ir išlaidų sveikatai. Buvo manyta, kad tai sukeltų vis didėjančius sunkumus siekiant užtikrinti konstitucinę visų piliečių teisę gauti geros kokybės reikalingą medicininę priežiūrą¹⁵². Dėl to 2006 m. vyko reforma, kurios tikslas buvo pasiekti didesnę efektyvumą kombinacijoje su prieinamomis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis¹⁵³, sumažinti išlaidas, padidinti solidarumą, mažinti valdžios sektoriaus dalyvavimą sveikatos priežiūros sistemoje ir stiprinti pasirinkimo laisvę¹⁵⁴. Ši sveikatos priežiūros reforma buvo vykdoma ne per vyriausybės vykdomą sistemą, bet per draudimo rinką, kuri siekė būti orientuota į pacientą ir konkurencinga. Esminis reformos bruožas buvo tas, kad buvo pereita nuo centrinio reguliavimo prie valdomos konkurencijos, kurioje sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir pacientai veikia kaip rinkos dalyviai. Šioje sistemoje vyriausybės vienas iš vaidmenų buvo prižiūrėti sistemą, o kišamasi buvo tik tuomet, jeigu konkurencija neveikia¹⁵⁵. Konkurencija tarp sveikatos draudikų buvo sustiprinta 2006 m. pakeitus Sveikatos draudimo įstatymą, kuomet privatus sveikatos draudimas tapo privalomas visiems. Tai pakeitė dvigubą sistemą, kurioje valstybinis draudimas buvo privalomas maždaug dviem trečdaliams gyventojų, o likusioji dalis rinkosi savanorišką sveikatos draudimą. Pagal naująją sistemą, visi piliečiai turėjo mokėti vienodo dydžio įmokas (paprastai nustatytą draudiko) pasirinktam draudikui¹⁵⁶. Taigi, vyriausybė pakeitė savo vaidmenį ir vietoje tiesioginio sistemos valdytojo tapo šios sistemos prižiūrėtojas iš toli. Visa atsakomybė buvo perkelta draudikams, paslaugų teikėjams ir pacientams¹⁵⁷, nes pagrindinė šios sveikatos sistemos reformos idėja buvo skatinti sveikatos draudikus veikti kaip atsargius ir taupius sveikatos paslaugų pirkėjus savo klientų vardu, o siekiant šio tikslo, Sveikatos draudimo įstatymas sveikatos draudikams leidžia sudaryti sutartis su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais¹⁵⁸, tuo tarpu vyriausybės vaidmuo buvo tik kontroliuoti sveikatos priežiūros kokybę, prieinamumą ir kainą¹⁵⁹.

2006 metais Nyderlanduose buvo įgyvendinta pagrindinė sveikatos priežiūros reforma. Reforma gali būti vertinama kaip ilgalaikis politinis noras suvienyti seną ligonių kasos schemą ir savanorišką privataus sveikatos draudimo sistemą (32). Ši reforma Nyderlandų sveikatos priežiūros sistemai atnešė visiškai naujus reguliavimo mechanizmus ir pačios sistemos naują struktūrą (26). Iki 2010 m. atlikti tyrimai parodė, kad tik labai nedaug sveikatos sistemos reformos rezultatų buvo pasiekta. Siekiant sustiprinti draudikų vaidmenį sistemoje ir pagerinti pacientų pasirinkimo laisvę, reforma buvo siekiama garantuoti sistemos tvarumą, kokybę ir efektyvumą. Iki 2010 m. nebuvo

¹⁵² Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 187.

¹⁵³ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 167.

¹⁵⁴ Ronald Batenburg, Madelon Kroneman, Anna Sagan, *supra* note 146, p. 247-250.

¹⁵⁵ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 187.

¹⁵⁶ Erik Schut, *supra* note 130, p. 13.

¹⁵⁷ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 197.

¹⁵⁸ Erik Schut, *supra* note 130, p. 13.

¹⁵⁹ Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 198.

padaryta esminių pokyčių nei kokybės, nei prieinamumo atžvilgiu¹⁶⁰. Pagrindinis reformos rezultatas buvo ženkliai kainų konkurencija tarp sveikatos draudikų, ypač ankstyvose stadijose, nes jie varžėsi dėl rinkos dalies. To rezultatas buvo per pirmuosius trejus reformos metus draudikų patirti didžiuliai nuostoliai, jiems teikiant pagrindinį sveikatos draudimą, tačiau 2007–2008 m. nuostoliai buvo atlyginti dėl didėjančio pelno per papildomą sveikatos draudimą, nes čia rinka mažiau konkurencinga, nes siūlomi draudimo paketai yra labiau diferencijuoti¹⁶¹. Tam, kad Nyderlanduose būtų išvengtas nepageidaujamas rinkos poveikis naujai sistemai, buvo kuriamos kontrolierių (angl. *watchdog*) agentūros, kurios tuo rūpinosi. Be to, atsiradusi konkurencija tarp ambulatorinių paslaugų teikėjų, ženkliai pakeitė sistemą, o namų priežiūros paslaugas atidavus savivaldybių atsakomybei, atsirado daugiau ir įvairesnių priežiūros priemonių¹⁶². Tokia, nauja sveikatos priežiūros sistema grindžiama patvarumo, solidarumo, pasirinkimo, kokybės ir veiksmingumo principais¹⁶³.

1.3.3. Sveikatos politikos pokyčiai Lietuvoje

Šiandienos sveikatinimo sistema Lietuvoje – tai socialinės-ekonominės šalies plėtros bei vykusių sveikatos sektoriaus pokyčių ir reformų pasiektas rezultatas. Sveikatos sistema funkcionuoja ne pati sau, o nuolat besikeičiančiose visos šalies aplinkoje, kur egzistuoja skirtingi ir dažnai visiškai priešingi interesai¹⁶⁴. Po nepriklausomybės atkūrimo 1990 metais, Lietuvoje dėmesys buvo skiriamas sveikatos teisės aktų kūrimui ir diegimui. Per 1990-uosius metus buvo priimti pagrindiniai įstatymai, tokie kaip Sveikatos sistemos įstatymas (1994 m.), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996 m.) ir Sveikatos draudimo įstatymas (1996 m.). Sveikatos sistemos įstatymas, patvirtintas 1994 metais, reglamentuoja nacionalinės sveikatos sistemos struktūrą ir pagrindinius principus. Tuo pačiu metu daugybė sveikatos sistemą reglamentuojančių įstatymų buvo parengta ir pristatyta šaliai. Toks intensyvus teisės aktų kūrimo procesas paskatino kartais tarpusavyje nesuderinamų nuostatų atsiradimą. Dėl to, teisės aktų suvienodinimas ir suderinimas turėjo būti atliktas per 2000-uosius metus¹⁶⁵.

Sveikatos sektoriuje strateginis planavimas ir programų finansavimas daugiausiai vyksta sudarant trijų metų strateginius planus ir metinius planus. Kiekvienais metais pateikiamos ataskaitos apie šių planų įgyvendinimą. Planai yra tiesiogiai susiję su biudžeto paskirstymu atitinkamomis

¹⁶⁰ Michael J van den Berg et. al., *supra* note 132, p. 5.

¹⁶¹ Erik Schut, *supra* note 130, p. 13.

¹⁶² Willemijn Schafer et. al., *supra* note 113, p. 97.

¹⁶³ Claire Daley and James Gubb, *supra* note 137.

¹⁶⁴ Romualdas Buivydas, *supra* note 16, p. 143.

¹⁶⁵ Liubovė Murauskienė et. al., *Health System in Transition: Lithuania, Health system review* (United Kingdom: World Health Organization, 2013), 17-18.

institucijomis¹⁶⁶. Vėlyvaisiais 1990-aisiais Lietuvos sveikatos sistema tapo finansuojama per nacionalinę sveikatos draudimo sistemą, kuri remiasi privalomuoju draudimu, kur apmokama per Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK). Lietuva turi mišrią finansavimo sistemą, finansuojamą per privalomąjį sveikatos draudimą ir valstybės biudžetą¹⁶⁷. Sveikatos draudimo įmokos tradiciškai buvo svarbus pajamų šaltinis, tačiau jų dalis sumažėjo tada, kai 2008 – 2010 metais sumažėjo įdarbinimas ir padidėjo bedarbiystė. Reaguodama į tai, valstybė padidino savo įnašą ekonomiškai neaktyvių ir pažeidžiamų grupių atžvilgiu (vaikams, pagyvenusiems žmonėms, neįgaliesiems, bedarbiams ir t.t.)¹⁶⁸.

1.3.3.1. Sveikatos sistemos reguliavimas

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema susideda iš valdžios institucijų (Vyriausybės, ministerijų ir savivaldybių, taip pat kitų specialistų valdymo ir kontrolės įstaigų), sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, sveikatos priežiūros sistemos išteklių ir paslaugų. Sveikatos apsaugos ministerija buvo pagrindinė institucija sveikatos sistemos reguliavime, kuri nustato standartus ir reikalavimus, reguliavo licencijavimą ir tvirtino kapitalo investicijas. 1990-aisiais daugelis sveikatos administravimo funkcijų buvo perskirstytos ir iš Sveikatos apsaugos ministerijos jos buvo perduotos regionų valdžios institucijoms, taip buvo įvykdyta šių funkcijų decentralizacija. Taip savivaldybės tapo atsakingomis organizuojant pirminės ir socialinės priežiūros paslaugų teikimą, taip pat jos tapo atsakingos už visuomenės sveikatos veiklą vietos lygmenyje. Sveikatos apsaugos sektoriuje, ypač stacionarinio gydymo srityje, buvo apribotas privatizavimas. Privatus sektorius vaidina didžiulį ir svarbų vaidmenį odontologinėje priežiūroje, plastinėje chirurgijoje, psichoterapijoje, kai kuriose ambulatorinėse paslaugose ir pirminėje sveikatos priežiūroje. Sveikatos sistemą reguliuojančių institucijų skaičius Lietuvoje sumažėjo tarp 2008 m. ir 2012 m., tai buvo kaip Vyriausybės politikos rezultatas mažinti biurokratų skaičių ir su tuo susijusias išlaidas¹⁶⁹.

Sveikatos apsaugos ministerija buvo pagrindinė institucija, kuri reguliavo sveikatos sistemą, nustatydamą standartus ir reikalavimus, licencijavimą ir tvirtinanti kapitalo investicijas. Šiuo metu Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba yra vienintelė institucija, kuri reguliuoja farmacinę veiklą (po to kai Farmacijos departamentas tapo pavaldus Sveikatos apsaugos ministerijai). VLK prižiūri finansinius srautus ir yra atsakinga už vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių pirkimus. Valstybinis medicinos auditas yra atsakingas už kokybės užtikrinimą, o už licencijavimą

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 17.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 18.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 121.

¹⁶⁹ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 17-18.

yra atsakinga Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Lietuvos bioetikos komitetas kontroliuoja ir prižiūri pacientų teises ir profesinę veiklą. Teritorinės ligonių kasos perka sveikatos priežiūros paslaugas ir apmoka išlaidas medicinai toms gydymo įstaigoms, kurios turi sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Sveikatos apsaugos ministerija, vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymu, nustato paslaugas, už kurias VLK apmoka gydymo įstaigoms, taip pat nustato apmokėjimo mechanizmus, nustato sveikatos priežiūros paslaugų kainas ir vaistų kompensavimo tvarką, nustato taisykles, kuriomis vadovaujantis sudaromos sutartys su paslaugų teikėjais, priima sprendimus, susijusius su biudžetu ir finansavimu. VLK yra atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai ir Finansų ministerijai. VLK vykdydama pirkimus vadovaujasi SAM nustatytais prioritetais. VLK taip pat atsakinga už sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą apdraustiesiems, kurie svečiuojasi ar laikinai gyvena ES šalyse ar Europos ekonominei erdvei priklausančiose šalyse¹⁷⁰.

Lietuvoje dauguma sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų nėra biudžetinės įstaigos, tačiau jos yra viešosios ne pelno siekiančios įstaigos. Šis įstaigų teisinis statusas buvo įvestas patvirtinus Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą 1996 metais. Šiuo metu Sveikatos apsaugos ministerija ir savivaldybės yra sveikatos priežiūros įstaigų savininkai. Tokie savininkai turi teisę reorganizuoti ar panaikinti jiems priklausančias įtaigas, skelbti konkursus administracijos vadovo pareigoms užimti (darbuotojas renkamas 5 metams, tai buvo Seimo nustatyta 2011 m.), priimti sprendimus, susijusius su turto valdymu, nustatyti atlyginimus ir išlaidų medicinai nuo visų išlaidų dalį ir nustatyti privalomų paslaugų apimtį¹⁷¹. Dauguma Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų yra ne pelno siekiančios įmonės, dėl to nuosavybės teisės ir administracinės funkcijos priklauso Sveikatos apsaugos ministerijai arba savivaldybių jurisdikcija¹⁷².

1.3.3.2. Sveikatos sistemos tikslai ir problemos

Lietuvos sveikatos sistemoje yra nustatyti keli pagrindiniai tikslais, tai yra pagerinti gyventojų sveikatą, pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pagerinti paslaugų kokybę¹⁷³. Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvoje misija yra „Gyventojų sveikatos išsaugojimas, gražinimas ir stiprinimas. Kokybiška, saugi ir visiems vienodai prieinama sveikatos priežiūra bei ligų prevencija.“ Sveikatos apsaugos ministerija turi šešis veiklos prioritetus: Lietuvos gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas, mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių mažinimas, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, siekiant išvengti darbingo amžiaus žmonių

¹⁷⁰ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 33-36.

¹⁷¹ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 34-35.

¹⁷² Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 18.

¹⁷³ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 121.

sergamumo ir mirtingumo, stiprinti motinos ir vaiko sveikatą, tobulinti sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą ir finansavimą, didinti skaidrumą, mažinti ir šalinti korupcijos prielaidas sveikatos priežiūros srityje¹⁷⁴. Dėmesys yra perkeliamas nuo gydymo į prevenciją ir sveiką gyvenseną, o priminė sveikatos priežiūra turi atlikti pagrindinį vaidmenį didinant paslaugų efektyvumą. Be to, tikimasi, kad ekonominė pažanga ir integracija į ES, padidins finansavimą ir suteiks galimybes modernizuoti technologijas ir padės padidinti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokestį¹⁷⁵.

Politiniuose ir teisiniuose dokumentuose, aprašančiuose Lietuvos sveikatos sistemos tikslus, daugiausiai dėmesio yra skiriama gyventojų sveikatos gerinimui. Pagal Sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metų metmenis, „siekiama sukurti tokią sveikatos sistemą, kuri skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją, sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis, didintų sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai, vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos ir mokslo įrodymais pagrįstos medicinos ir vadybos principais, siektų užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, skatintų racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą“¹⁷⁶. Šie metmenys parengti vadovaujantis tuo metu buvusios sveikatos sistemos funkcionavimo problemomis ir jų priežastimis, į sveikatos priežiūros specialistų, gyventojų, akademinės visuomenės ir politikų kritiką ir pasiūlymus įvairiais sveikatos priežiūros aspektais ir į visuomenės grupių sutarimą dėl būtinybės tobulinti sveikatos priežiūros sistemą¹⁷⁷. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos strateginis tikslas yra „pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai“¹⁷⁸. Sveikatos sistemos įstatyme išdėstomi tikslai visam sveikatos priežiūros sektoriui. Čia daugiausiai yra dėmesio skiriama gyventojų sveikatai: mirties, ligų ir neįgalumo prevencijai, ilgesnei sveiko gyvenimo trukmei, gyvenimo kokybės gerinimui, ekonominio ir socialinio našumo padidinimui. Šiame įstatyme taip pat yra užbrėžtas tikslas sumažinti sveikatos netolygumus tarp socialinių ir profesinių grupių¹⁷⁹. Tuo tarpu 2008 – 2012 m. vyriausybė pabrėžė du prioritetus dėl tarpsektorinio bendradarbiavimo: pirmasis – integruotas sveikatos ir socialinių sektorių požiūris dėl slaugos ir ilgalaikės priežiūros, antrasis – koordinuotos švietimo ir sveikatos sektorių pastangos dėl medicinos profesinio mokymo ir įdarbinimo¹⁸⁰.

¹⁷⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, „Sveikatos apsaugos ministerijos misija,“ žiūrėta 2016 01 20, <http://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija>

¹⁷⁵ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 121.

¹⁷⁶ Rimas Rudaitis, „Seimas patvirtino sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenis,“ žiūrėta 2015 10 26, http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4445&p_k=1&p_d=112256

¹⁷⁷ Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 24.

¹⁷⁸ „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo,“ TAR, 9403 (2014).

¹⁷⁹ „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas,“ *supra* note 3.

¹⁸⁰ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 123.

Gyventojų apklausos rodo, kad pasitenkinimo sveikatos sistema rodikliai svyruoja nuo palyginti žemų (Eurobarometro duomenimis) iki santykinai didelių (nacionalinių apklausų duomenys)¹⁸¹. Eurobarometro 2010 m. ataskaitoje nurodyta, kad tik 40 proc. lietuvių 2009 m. sveikatos priežiūros sistemos kokybę įvertino kaip gerą, o 58 proc. respondentų teigė, kad bendra sveikatos priežiūros kokybė Lietuvoje yra pakankamai arba labai bloga¹⁸². Gyventojų apklausų metu taip pat paaiškėjo, kad didėjantis laukimo eilėse laikas yra įvardijamas kaip organizacinė kliūtis. Yra mažai duomenų apie lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis pagal socialines ir ekonomines grupes. Be to, nors šeimos gydytojai ir yra laikomi kaip pereinamoji linija iki gydytojų specialistų, tai yra šeimos gydytojai pirmiausia turėtų išnaudoti visas gydymo ir tyrimų galimybes pirmame lygyje, tačiau yra aišku, kad pacientai už tam tikrą mokestį ir be šeimos gydytojo gali patekti pas gydytojus specialistus, o tai, savo ruožtu, gali turėti įtakos gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, tai yra, gali būti pažeidžiamos lygios galimybės¹⁸³. Lietuvos sveikatos programoje nurodoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje yra dvi pagrindinės problemos, tai sveikatos priežiūrai skirtų išteklių stygius ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo orientacija į ligoninių ir specializuotą grandį¹⁸⁴. Dar vieną problemą sveikatos priežiūros sistemoje įvardija D. Jankauskienė. Ji teigia, kad „dabartinė sveikatos priežiūros politiką formuojančių institucijų struktūra yra per daug dekoncentralizuota. Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios sveikatos politiką koordinuojančios institucijos neturi galių ir kompetencijos savo pasiūlymus ir sprendimus pakelti į tarpžinybinį lygį“, o tai dabartinei sveikatos priežiūros sistemai yra labai didelis iššūkis, dėl to labai svarbu, kad minėtų institucijų pasiūlymai ir veiksmai būtų kuo aukštesnio lygio¹⁸⁵.

1.3.3.3. Išteklių paskirstymo efektyvumas

Sveikatos išteklių paskirstymas iš esmės remiasi populiacijos dydžiu, pasiskirstymu pagal amžių, lytį ir pirminės sveikatos priežiūros pasiskirstymu mieste ar kaime, bei paslaugų panaudojimu antrinėje sveikatos priežiūroje. Dažnai sveikatos išteklių paskirstymo prioritetai parenkami vadovaujantis politika, o ne įrodymais pagrįstais sprendimais¹⁸⁶.

¹⁸¹ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 121.

¹⁸² Vitalis Nakrošis, Ramūnas Vilpišauskas ir Detlef Jahn, *Sustainable Governance Indicators. 2014 Lithuania Report* (Bertelsmann Stiftung, 2014), 14.

¹⁸³ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 121-122.

¹⁸⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, *Lietuvos sveikatos programa*, 39.

¹⁸⁵ Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai“, iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, Vilius Jonas Grabauskas, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Irvinas Kairys, Ramunė Kalėdienė, Janina Kumpienė, Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė, (Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010), 140.

¹⁸⁶ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 122.

„Žmonių ištekliai yra lemiamas sveikatos priežiūros organizacijos veiklos sėkmės veiksnys, o jų planavimas yra sudedamoji organizacijos strateginio planavimo bei verslumo dalis“¹⁸⁷. Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje gydytojų skaičius nuo 2005 m. iki 2013 m. mažėjo, lygiai taip pat kaip ir bendras gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius¹⁸⁸ (5 lentelė).

5 lentelė. Gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičius Lietuvoje 2005 – 2013 metais

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gydytojai	13.650	13.510	13.729	13.403	13.228	13.203	13.327	13.552	13.570
Slaugytojai ir akušeriai	25.364	25.169	24.804	24.908	24.290	23.843	23.833	23.693	23.330
Iš viso	39.014	38.679	38.533	38.311	37.518	37.046	37.160	37.245	36.900

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis: Rita Gaidelytė ir Dalia Tendziagolskytė, *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2014* (Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2015), 70.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, šiuo metu Lietuvoje gyvena apie 3 mln. žmonių, kuriuos aptarnauja apie 14.000 šeimos gydytojų¹⁸⁹. Tokiu būdu, vienam šeimos gydytojui tenka tarp 950 ir 1.550 registruotų pacientų. Pirminę sveikatos priežiūrą pacientams Lietuvoje gali suteikti šeimos gydytojai arba pirminės sveikatos priežiūros komanda, kurią sudaro vidaus ligų specialistas, pediatras, akušeris-ginekologas ir chirurgas. Vienas pacientas Lietuvoje vidutiniškai per metus turi 4,7 vizito pas pirminės sveikatos priežiūros gydytoją. Lietuvoje pacientai paprastai į sveikatos apsaugos sistemą patenka per savo šeimos gydytoją, tai yra, pacientai pas gydytojus specialistus patenka gavus šeimos gydytojo siuntimą, arba pas gydytojus specialistus gali patekti ir tiesiogiai, jeigu reikalinga pagalba skubiai. Pacientai, kuriems pagalba nėra būtina skubiai, tačiau nori pas gydytojus specialistus be šeimos gydytojo nukreipimo, tuomet toks apsilankymas pas gydytoją specialistą yra mokamas. Jeigu pacientui yra reikalinga planinė operacija, pacientas gali pasirinkti paslaugų teikėją¹⁹⁰.

Ekonominė krizė ir reikalingumas sumažinti viešąjį deficitą, paveikė valstybės išlaidas, apimant ir sveikatos priežiūrą. Biudžeto sumažinimas labiausiai atsiliepė ant sumažintų sveikatos

¹⁸⁷ Rimantas Mačiulaitis, „Sveikatos priežiūros įstaigų verslumo analizė per žmonių išteklių valdymą“, *Sveikatos mokslai* 22, 4 (2012): 70.

¹⁸⁸ Rita Gaidelytė ir Dalia Tendziagolskytė, *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2014* (Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2015), 70.

¹⁸⁹ Rita Gaidelytė ir Dalia Tendziagolskytė, *supra* note 188, 70.

¹⁹⁰ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 89-91.

priežiūros paslaugų kainų ir farmacijos išlaidų¹⁹¹. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos Lietuvoje buvo ne pastoviai, bet didėjančios, pavyzdžiui, 2007 m. šios išlaidos sudarė 1788,66 mln. eurų, kas sudarė 6,16 proc. nuo BVP, ekonominės krizės pradžios metais jos pakilo ir buvo 2142,06 mln. eurų, kas sudarė 6,55 proc. nuo BVP, vėliau jos mažėjo ir 2010 m. sudarė 1963,88 mln. eurų, kas sudarė 7,01 proc. nuo BVP, o po 2010 m. išlaidos sveikatos priežiūroje augo. Tokios pat tendencijos atsispindi ir išlaidose vienam gyventojui Lietuvoje, tai yra iki 2008 m. jos augo, iki 2010 m. mažėjo, o po 2010 m. vėl pradėjo augti¹⁹² (6 lentelė).

6 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam Lietuvoje gyventojui 2005 – 2013 metais (Eur)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Išlaidos vienam gyventojui	368,20	456,70	553,50	669,80	634,80	634,10	700,90	735,10	768,60

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Higienos instituto duomenimis: „Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004–2014 m.“. Žiūrėta 2015 11 20. http://sic.hi.lt/php/spf3.php?dat_file=spf3.txt.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistema yra daugiausia finansuojama viešai. Konstitucijos 53 straipsnis nurodo, kad „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“¹⁹³. Valstybinė sveikatos priežiūros sistema skirta tarnauti visiems gyventojams, o Sveikatos draudimo įstatymu reikalaujama, kad visi nuolatiniai gyventojai ir teisėtai dirbantys nenuolatiniai gyventojai privalo dalyvauti privalomojo sveikatos draudimo sistemoje, o galimybės atsisakyti šios prievolės neturi. Tokiu būdu, įstatymo nustatyta tvarka apdraustiesiems yra garantuojama nemokamas gydymas pagal gyvenamąją vietą, o jeigu žmonės nemoka privalomojo sveikatos draudimo įmokų, jiems priklauso tik skubi medicininė pagalba, kurią gauna nemokamai. Užsieniečiai ir ne nuolatiniai gyventojai turi teisę į skubią medicininę pagalbą nemokamai laikantis galiojančių tarptautinių susitarimų. 2000 m. sausio mėn., Sveikatos apsaugos ministras išleido potvarkį, kuriuo apibrėžiamos sveikatos būklės, kurioms esant priklauso nemokama skubi pagalba¹⁹⁴.

Privalomasis sveikatos draudimas numato standartinį išmokų paketą visiems asmenims. Lietuvoje vaistai yra kompensuojami tam tikroms gyventojų grupėms, tokioms kaip vaikai, pensininkai, neįgalieji ir pan., taip pat pacientams, sergantiems tam tikromis ligomis. Visi kiti

¹⁹¹ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 43.

¹⁹² Higienos institutas, „Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004-2014 m.“ žiūrėta 2015 11 20, http://sic.hi.lt/php/spf3.php?dat_file=spf3.txt

¹⁹³ „Lietuvos Respublikos Konstitucija“, *Valstybės žinios* 33, 1014 (1992).

¹⁹⁴ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 53-54.

apdraustieji suaugusieji privalo už vaistus mokėti visą kainą patys. Valstybės lėšomis yra draudžiamos pažeidžiamų asmenų grupės, tokiu būdu siekiama užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir jiems¹⁹⁵. Maždaug 60 proc. visų gyventojų yra draudžiami valstybės lėšomis¹⁹⁶, tai yra pensininkai ar socialinę paramą gaunantys asmenys, vaikai iki 18 m., studentai, moterys motinystės atostogų metu, vieniši tėvai, registruoti bedarbiai, neįgalieji ir jų globėjai ir žmonės, kenčiantys nuo tam tikrų užkrečiamųjų ligų¹⁹⁷.

1.3.3.4. Pastarosios sveikatos sistemos reformos

Lietuvos sveikatos apsaugos reforma buvo suplanuota remiantis PSO Liubianos chartija. Reformos pagrindiniai tikslai buvo siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių. Žmonės, dėl kurių vykdoma reforma, turi priimti pertvarkymus ir apskritai turi būti suinteresuoti, kad tie pertvarkymai vyktų. Sveikatos sektoriaus reforma Lietuvoje nukreipta į paslaugų kokybę ir tinkamą finansavimą, o reformos esmė – pirminės sveikatos priežiūros plėtra¹⁹⁸. Šiai reformai įgyvendinti buvo keliami du pagrindiniai tikslai: vykdyti aktyvią sveikatos politiką ir pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą restruktūrizuojant joje teikiamas paslaugas ir sveikatos priežiūros įstaigas¹⁹⁹.

Sveikatos priežiūros sistemos reforma Lietuvoje vyko keletu etapų. Per pirmąjį sveikatos priežiūros sistemos reformos etapą, vykusį 1993–2003 m., buvo pakeistas sveikatos priežiūros įstaigų statusas ir teisė į nuosavybę, buvo patvirtintas sveikatos priežiūros sistemą reglamentuojantis teisės aktas ir buvo įgyvendinta privalomojo sveikatos draudimo schema, kuri tapo sveikatos apsaugos sistemos finansavimo pagrindu. Antrasis sveikatos priežiūros sistemos reformos etapas, vykęs 2004–2006 m., orientuotas į finansininkus aspektus. Šio etapo metu buvo sukurtas sveikatos apsaugos sistemos finansinis pagrindas ir įvestas savanoriškas sveikatos draudimas. Situacija sveikatos priežiūros sistemoje pradėjo keistis trečiojo etapo metu, tai yra nuo 2007 metų. Tuo metu didėjo nedarbo lygis ir mažėjo privalomojo sveikatos draudimo pajamos, kas veikė sveikatos priežiūros sistemą ir tolimesnį reformos įgyvendinimą²⁰⁰.

¹⁹⁵ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. xvii.

¹⁹⁶ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 43-44.

¹⁹⁷ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 53.

¹⁹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, *supra* note 184, p. 39-40.

¹⁹⁹ Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 244.

²⁰⁰ Peter G. Madsen et. al., *Evaluation of the sector health and childcare under the EEA/Norway Grants* (COWI, 2011): 3.

Politinė aplinka vaidina svarbų vaidmenį sveikatos sektoriaus plėtroje. 15-oji Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa (2008–2012 m.) teigė, kad sveikatos priežiūros reforma siekiama įgyvendinti modernią visuomenės sveikatą, į pacientus orientuotą požiūrį, siekiama geresnio finansavimo ir administravimo, dėmesys kreipiamas paslaugų kokybei ir prieinamumui, taip pat siekiama panaikinti korupciją ir biurokratiją. Pagrindinis dėmesys buvo skiriamas finansavimo aspektams: solidarumui (pavyzdžiui, didinant valstybės įnašą dėl valstybės draudžiamų asmenų ir griežtinant kriterijus dėl sveikatos draudimo sumų tinkamumo), skaidrumui (įvedant mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas, kuriant įmokų ir išlaidų individualiame lygyje informacinę sistemą), efektyvumui (lėšas paskirstant pagal prioritetines sritis) ir išteklių sutelkimui (sudaryti sąlygas dalyvauti savanoriškam sveikatos draudimui ir privačiam kapitalui)²⁰¹.

2003–2012 metais ligoninių tinklas buvo pertvarkytas, tai buvo kaip sveikatos priežiūros paslaugų reformos dalis. Ši reforma prasidėjo su ambulatorinių paslaugų ir pirminės sveikatos priežiūros plėtra, buvo įdiegtos dienos priežiūros ir dienos chirurgijos paslaugos, buvo plečiamos ilgalaikio gydymo ir slaugos paslaugos. Per šį laikotarpį buvo 42 susijungimai, o 11 chirurgijos ir 23 akušerijos skyrių buvo uždaryti. Be to, buvo pradėta greitosios medicinos pagalbos tarnybos reforma²⁰².

Lietuvoje vykusios sveikatos priežiūros reformos metu buvo įvykdytos šios pagrindinės reformos:

- Buvo steigiama teisinė ir reglamentavimo sistema: patvirtinti teisės aktai: Sveikatos sistemos įstatymas (1994 m.), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996 m.), Sveikatos draudimo įstatymas (1996 m.) ir Visuomenės sveikatos įstatymas (2002 m.);

- 1997 m. įvestas socialinis sveikatos draudimas. Įvesta privalomojo sveikatos draudimo sistema, kuri administruojama vieno atstovo, tai yra VLK;

- 2000–2010 m. pirminės sveikatos priežiūros plėtra, 2002 m. bendrosios praktikos gydytojai tapo tarpininkai tarp paciento ir gydytojų specialistų;

- 2003–2012 m. vyko paslaugų teikimo reforma, buvo vykdoma paslaugų teikėjų tinklo pertvarka ir sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas:

1. 2003–2005 m. praplėsta ambulatorinė, ilgalaikė ir slaugos priežiūra;
2. 2006–2008 m. plėtoti dienos priežiūra ir dienos chirurgija;
3. 2009–2012 m. optimizuotas teikėjų tinklas ir vykdytas paslaugų restruktūrizavimas;

- 2006–2007 m. apibrėžta visuomenės sveikatos priežiūra vietos lygmeniu (savivaldybėse);
- 2009 m. priimtas planas dėl vaistų prieinamumo gerinimo ir kainų mažinimo;
- 2009 m. pakeistos sveikatos draudimo įmokos;

²⁰¹ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 123.

²⁰² Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 111.

- 2011–2020 m. nustatyti ateities prioritetai;
- 2012 m. įvesta giminingų diagnozių grupių (DRG) mokėjimo sistema²⁰³.

Be visa to, 2013 m. buvo nustatyta, kad ateities reformos iki 2020 m. numato plėtrą šiose srityse: sveikatos stiprinime ir ligų prevencijoje; sveikatos priežiūros paslaugų per konkurenciją plėtra; skaidrumo didinime ir racionaliaame išteklių naudojime; ir įrodymais pagrįstos priežiūros ir prieigos prie saugių ir kokybiškų paslaugų užtikrinime²⁰⁴.

1.4. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra

Sveikatos priežiūros politika ir reformos atsiranda dėl to, kad politiką formuojantys asmenys kitų šalių patirtį sprendžiant problemas mėgina pritaikyti savo šalies problemoms spręsti. Sveikatos politikos paskirtis – užtikrinti, kad politika būtų ne tik nukopijuota nuo kitų šalių, tačiau naudojama ir pritaikyta atsižvelgiant į specifines problemas ir tikslus²⁰⁵.

2009 m. Europa išgyveno vieną iš didžiausių ekonominių krizių istorijoje. Krizė prasidėjo Graikijoje, kuomet naujoji vyriausybė žmonėms parodė, kad ankstesni šali valdę asmenys klaidingai pateikdavo duomenis apie biudžetą. Iš Graikijos krizė plito į kitas Europos šalis, ypač Portugaliją, Airiją, Italiją ir Ispaniją. Vėliau, daugumoje Europos šalių didėjo nedarbo lygis, didėjo nelygė pagal turtą ir atsirado politinis nestabilumas. Dažnai kalbama, kad ekonominės krizės priežastis yra korumpuota vyriausybė, netinkamas valstybės finansavimas ir neefektyvi darbo rinka, tačiau didžiausias nuosmukis įvyko dėl Jungtinių Amerikos Valstijų bankų krizės, kurią sukėlė daugiau nei tris dešimtmečius trukusi neoliberali politika, reguliavimo panaikinimas ir didėjantys ekonominiai skirtumai²⁰⁶.

Nors krizę daugiausiai lėmė turtingi investuotojai, didieji bankai, vyriausybės institucijos ir elitas, palaikantis finansinio reglamentavimo panaikinimo politiką²⁰⁷, krizės poveikį labiausiai pajautė mažas pajamas gaunantys darbuotojai, mažų įmonių darbdaviai ir varguomenė²⁰⁸. Daugybė žmonių neturėjo darbo, pavyzdžiui 2013 m. daugiau nei 26,3 mln. žmonių Europoje buvo bedarbiai, nuo pasaulinės finansinės krizės pradžios, tai yra 2008 metų, apie 10,2 milijono žmonių Europoje neteko darbo²⁰⁹, iš kurių daugiausiai buvo jauni žmonės²¹⁰, nors vyresnio amžiaus žmonės turėjo

²⁰³ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 113.

²⁰⁴ Liubovė Murauskienė et. al., *supra* note 165, p. 112-113.

²⁰⁵ Editorial, „Health reform monitor – The impact of the financial crisis,“ *Health Policy*, 106 (2012): 1.

²⁰⁶ Roberto De Vogli, „The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection,“ *International Journal for Equity in Health* 13, 58 (2014): 1-2.

²⁰⁷ Benjamin I. Page, Larry M. Bartels, and Jason Seawright, „Democracy and the Policy Preferences of Wealthy Americans,“ *Perspectives on Politics* 11, 1 (2013): 66-68.

²⁰⁸ Roberto De Vogli, *op. cit.*, p. 4.

²⁰⁹ „ILO World of Work Report 2013: EU Snapshot,“ žiūrėta 2015 10 20, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_209607.pdf

didesnę riziką netekti darbo dėl savo amžiaus ir turėjo mažiau galimybių persikvalifikuoti ir gauti darbą kitoje vietoje²¹¹, be to daugybė mažų įmonių patyrė bankrotą²¹². Tuo pačiu metu augo viešosios skolos ir didėjo Europos Komisijos, Europos centrinio banko ir Tarptautinio valiutos fondo spaudimas, kai vyriausybės buvo spaudžiamos imti paskolas mainais už taupymo politiką, kuri dar labiau apribojo ypač vargstančių žmonių prieigą prie pagrindinių žmogui reikalingų paslaugų. Visi šie sunkumai, tai yra finansinis nuosmukis ir griežta taupymo politika, lėmė didėjančių savižudybių skaičių, nors beveik dešimtmetį iki krizės šis rodiklis Europoje nuolat mažėjo, tačiau nuo 2008 m. jis sparčiai išaugo ir 2010 m. jis pasiekė prieškrizinį laikotarpį²¹³. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje nuo 2008 m. iki 2010 m. 846 vyrų savižudybėmis ir 155 moterų savižudybėmis buvo daugiau, nei buvo tikėtasi remiantis istorinėmis tendencijomis²¹⁴, o Italijoje, 2008 m. – 2010 m. dėl krizės buvo įvykdyta 290 savižudybių ir bandymų nusižudyti²¹⁵.

Nedaug tyrimų atlikta siekiant išsiaiškinti ekonominės krizės poveikį sveikatai ir sveikatos netolygumui. Ekonominio vystymosi ir bendradarbiavimo organizacijos ataskaitoje nurodoma, kad per pirmuosius trejus krizės metus pajamų nelygybė išaugo daugiau, nei ji išaugo per paskutiniuosius 12 metų iki krizės, o nelygybės padidėjimas ypač akivaizdus buvo Airijoje, Ispanijoje, Graikijoje ir Italijoje, tose šalyse, kur buvo vykdomas biudžeto mažinimas. Įdomu tai, kad nors finansinė krizė yra siejama su augančia bedarbyste, socialiniu nestabilumu ir didėjančiu savižudybių skaičiumi, tyrimai taip pat rodo, kad finansinė krizė gali būti ir sveikatos gerėjimo priežastis. Nors 2008 m. ekonominis nuosmukis lėmė padidėjusį savižudybių skaičių, tačiau buvo sumažintas mirtingumas dėl visų priežasčių. Tokiu būdu krizė sukūrė skirtingą poveikį sveikatai skirtingose socialinėse ir ekonominėse asmenų grupėse, tai yra, jeigu tai buvo mirtina tam tikroje asmenų grupėje, tai nebūtinai buvo žalinga kitai gyventojų grupei. Šios palankios tendencijos lieka ne iki galo aiškios ir keliančios susimąstymą, tačiau yra plačiai pripažįstama, kad ekonomikos nuosmukio metu žuvusiųjų keliuose skaičius mažėjo. Kitas potencialiai palankus poveikis sveikatai yra laisvalaikio padidėjimas, kas savo ruožtu gali padidinti sveikatą ir gerą savijautą lemiančią veiklą tarp žmonių, kurie yra palyginti neaktyvūs²¹⁶.

Tuo tarpu PSO ekonominės krizės pasekmes apibrėžia plačiau. Ji teigia, kad ankstesni ekonominiai nuosmukiai lėmė reikšmingas nepalankias pasekmes sveikatai visuomenėje, tokias kaip padidėjęs nedarbas, pablogėjusi socialinė apsauga, santaupų ir pensijų fondų iššvaistymas,

²¹⁰ Antonio Escolar-Pujolar, Amaia Bacigalupe, Miguel San Sebastian, „European economic crisis and health inequities: research challenges in an uncertain scenario,“ *International Journal for Equity in Health* 13, 59 (2014): 1.

²¹¹ World Health Organization, „Ageing and life-course: Global financial crisis and the health of older people,“ žiūrėta 2015 10 16, http://www.who.int/ageing/economic_issues/en/

²¹² Roberto De Vogli, *op. cit.*, p. 4.

²¹³ Roberto De Vogli, *op. cit.*, p. 4.

²¹⁴ Ben Barr et al., „Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis,“ *BMJ*, 345 (2012): 2.

²¹⁵ Roberto De Vogli, *supra* note 206, p. 4.

²¹⁶ Roberto De Vogli, *supra* note 206, p. 4-5.

sumažėjusios išlaidos sveikatai ir socialinei apsaugai, o visos šios priežastys daro įtaką blogai sveikatai²¹⁷. Tyrimų duomenys rodo, kad ekonominė krizė turi ryšį su psichinės sveikatos problemomis²¹⁸, taip pat neigiamos pasekmės sveikatai apima didėjantį depresiškumą, nerimą, alkoholio, tabako ir narkotinių medžiagų vartojimą ir bendrą aplaidumą sveikatos atžvilgiu, tai yra, žmonės ėmė mažiau rūpintis savo sveikata, o dėl nepakankamo lėšų kiekio, žmonės prioritetus teikė maistui ir švietimui jauniems žmonėms, o ne sveikatai²¹⁹.

1.4.1. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra Danijoje

Danijoje BVP vienam gyventojui sumažėjo 2009 metais, tačiau vėl pradėjo augti po metų, tai yra 2010 metais. Nors BVP ir augo, tačiau ekonomika iki pat 2011 metų buvo vangė. Iki krizės Danijos vyriausybė turėjo biudžeto perteklių, tačiau 2009–2011 m. perteklius virto deficitu. Siekiant sumažinti išlaidas sveikatos priežiūrai, įsibėgėjo nuo 2008 m. vykstanti centralizacija, tai yra ligoninių ir skyrių uždarymas. Vyriausybės išlaidos Danijoje buvo didžiausios Europoje (nuo BVP), tačiau krizės metu jos sumažėjo ir tapo vienos mažiausių Europoje. Sveikatos išlaidos sudaro didelę dalį valstybės išlaidų, o vyriausybė yra pagrindinis finansavimo šaltinis. Šio finansavimo augimas nuo 2009 m. iki 2010 m. sulėtėjo, atitinkamai nuo 8,6 proc. vienam gyventojui iki 2,0 proc. vienam gyventojui. Dėl ekonominės krizės atsiradus sunkumams, atsirado keletas pasikeitimų sveikatos sistemos finansavime. 2009 m. Danijoje buvo viršytas biudžetas, dėl to, vyriausybė 2011–2013 metams įsipareigojo papildomai skirti 5 mlrd. kronų sveikatos sektoriui, tokiu būdu buvo sudarytos galimybės augti bendrosioms sveikatos išlaidoms regioninėje sveikatos priežiūroje, kurios nuo 67 proc. 2007 metais padidėjo iki 75 proc. 2011 m., nors bendrosios išlaidos sveikatai 2010–2011 m. mažėjo. Atsižvelgiant į tai, kad didelę biudžeto išlaidų dalį sudarė išlaidos vaistams ir šios sąnaudos augo, 2009 m. Danijos regionai įsteigė Brangių vaistų vartojimo ligoninėse tarybą, taip siekiant racialesnio vaistų vartojimo, o 2012 m. buvo įsteigta taryba, kuri kontroliavo naujų vaistų vartojimą, ypač vaistų vėžiui gydyti. Be visa to, sustiprėjo konkurencija tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, 2010 m. maždaug 20 proc. sumažėjo kompensacijos už medicininės intervencijas privačiose ligoninėse, o 2011 m. nauja vyriausybė pakeitė užmokesčio skaičiavimą privatiems paslaugų teikėjams dėl laukimo eilėse laiko garantijos sistemos ir jį iš fiksuoto pakeitė į regioninių derybų nustatytą mokesťį. Tai sumažino tarifus ir lėmė mažesnes privačių ligoninių pajamas. Be to,

²¹⁷ World Health Organization, *supra* note 211.

²¹⁸ Antonio Escolar-Pujolar, Amaia Bacigalupe, Miguel San Sebastian, *supra* note 210, p. 1.

²¹⁹ World Health Organization, *supra* note 211.

2013 m. maksimalus laukimo laikas eilėje dėl gydymo ligoninėje padidėjo nuo 1 mėn. iki 2 mėn., tačiau tai nėra taikoma pacientams, sergantiems sunkiomis ligomis, tačiau tai taikoma ir psichikos sveikatos priežiūros sektoriuje, nors iki to laiko, šis nebuvo taikomas²²⁰.

1.4.2. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra Nyderlanduose

Nyderlanduose BVP 2009 m. sumažėjo iki 4,5 proc., o 2010 m. pradėjo neženkiai augti. Taip pat 2009 m. padidėjo biudžeto deficitas, dėl vyriausybės išlaidų. Nedarbas Nyderlanduose nuo 2008 m. išliko žemas, bet tarp jaunesnio amžiaus asmenų pradėjo didėti 2010 m., o tai buvo mažas darbo rinkos mobilumo rezultatas. Sveikatos išlaidos kaip vyriausybės išlaidų dalis Nyderlanduose buvo didesnės nei Europos šalių vidurkis, o vienam gyventojui sveikatos priežiūros išlaidos krizės metu nesumažėjo. Nyderlanduose sveikatos priežiūrai skirtas biudžetas nuo 2008 m. iki 2011 m. padidėjo 13 procentų. Sveikatos apsaugos ministerija kartu su draudikais ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais 2013 m. priėmė susitarimą, kuriuo buvo siekiama apriboti metines ligoninių ir pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas iki 1,5 proc. 2014 m. ir 1 proc. 2015–2017 metais. Be to, 2013 m. sveikatos draudimo įmokos buvo padidintos nuo 5 proc. iki 5,56 proc. darbuotojams ir nuo 7,1 proc. iki 7,5 proc. darbdaviams. Nuo 2010 m. per reguliuojamo pelno sistemos įvedimą privati rinka buvo ir toliau skatinama investuoti į sveikatos priežiūrą. Sveikatos apsaugos ministerija kartu su ligoninių valdybomis 2011 m. nusprendė, kad ligoninės turėtų būti labiau specializuotos ir tam tikri specialistai aptarnautų didesnes teritorijas, taip siekiant pagerinti paslaugų kokybę ir sumažinti išlaidas didinant numatytų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį²²¹.

1.4.3. Ekonominė krizė ir sveikatos priežiūra Lietuvoje

Lietuvoje BVP 2009 m. vienam gyventojui sumažėjo 13,4 proc., tačiau po metų jis atsigavo ir pradėjo augti. Nedarbas Lietuvoje išaugo ir tapo didesnis nei vidutinis nedarbas Europoje ir toks išliko net ir po ekonomikos atsigavimo. Nepaisant to, kad vyriausybės išlaidos lyginant su 2009 m. BVP padidėjo, išlaidos sveikatai liko pastovios ir buvo panašios kaip ir Europos šalių vidurkis. Valstybės biudžetas, skirtas sveikatos priežiūrai, įskaitant sveikatos draudimo įnašus, 2008–2011 m. padidėjo, o 2009 m. sveikatos priežiūros sektorius buvo vienintelis sektorius šalyje, kuriam buvo skiriamos padidintos lėšos. Lyginant su 2008 m. pajamos, gaunamos iš sveikatos draudimo įmokų,

²²⁰Andreas Rudkjøbing ir Karsten Vrangbak, „Denmark: Economic trends,“ iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al. (United Kingdom: World Health Organization, 2015), 366-370.

²²¹Ronald Batenburg ir Paul Poortvliet, „The Netherlands: Economic trends,“ iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al. (United Kingdom: World Health Organization, 2015), 448-452.

2009 m. sumažėjo 20 proc. ir 2010 m. dar 23 proc., tai buvo kaip didėjančio nedarbo ir mažėjančio darbo užmokesčio rezultatas, tačiau pajamos, gaunamos iš sveikatos draudimo įmokų nuo 2011 m. pradėjo augti. Be to, sveikatos draudimo išlaidos 2008–2010 m. sumažėjo 5 proc., o atsigauti pradėjo taip pat 2011 metais. Ekonominės krizės metu sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo tarifai 2009 m. sumažėjo 11 proc., o 2010 m. dar 8 proc., kurie artėjant 2012 m. pabaigai didėjo, tačiau vis tiek buvo 9 proc. mažesni nei 2008 m., tai yra nei iki krizės. Be to, 2009 m. vyko sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reorganizavimas, jos buvo suskirstytos į savivaldybių, apskričių ir nacionalines. Ligoninės 2009–2012 m. buvo sujungiamos į stambesnius juridinius vienetus, taip 25 proc. buvo sumažintas ligoninių skaičius (nuo 81 iki 61). Toks įstaigų sujungimas buvo daromas siekiant sumažinti stacionariųjų paslaugų apimtį, o turimas lėšas perskirti ambulatorinei priežiūrai ir dienos stacionaro paslaugoms²²².

²²²Gintaras Kacevičius ir Skirmantė Sauliūnė, „Lithuania: Economic trends,“ iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al. (United Kingdom: World Health Organization, 2015), 430-433.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

Empiriniam tyrimui atlikti buvo panaudoti EHC indekso tyrimo antriniai duomenys pagal autorės sukurtą originalią vertinimo metodologiją. Šio magistro baigiamojo darbo tikslas yra įvertinti Nyderlandų, Danijos ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumą respondentų požiūriu. Žmonių nuomonė ir jų sveikatos priežiūros sistemos vertinimas yra svarbus sveikatos politikai ir pačios sveikatos sistemos tobulinimui, kadangi žmonės, kaip vartotojai įvertina sveikatos apsaugą ne politiniu aspektu, o iš vartotojo pusės.

2.1. Europos sveikatos vartotojų indeksas

EHC indekso tyrimo duomenys yra svarbūs vertinant sveikatos priežiūros sistemas, nes duomenys sisteminami remiantis nacionaliniu lygiu atliktais tyrimais ir statistiniais duomenimis. Sveikatos sistemos vertinamos vartotojų požiūriu remiantis autorių sukurtu vertinimo modeliu, kiekybiniais ir kokybiniais sociologiniais tyrimais ir sveikatos statistiniais duomenimis. Pasirinktas šis tarptautinis tyrimas, nes visos tyrime dalyvavusios šalys buvo vertinamos pagal vieną vertinimo modelį, buvo taikomi tokie patys kriterijai. Šį EHC indekso tyrimą kasmet atlieka Briuselyje įsikūrusi organizacija „Health Consumer Powerhouse“ (toliau – HCP). Šis tarptautinis tyrimas yra atliekamas nuo 2005 m. Švedijos Nacionalinės sveikatos tarybos iniciatyva. Šio tyrimo tikslas yra įvertinti ir palyginti Europos šalių nacionalines sveikatos sistemas vartotojo požiūriu. Tyrimo dalyvauja 36 Europos šalys, tai yra 28 ES šalys, taip pat Norvegija, Šveicarija, Makedonija, Albanija, Islandija, Serbija, Juodkalnija, Bosnija ir Hercegovina. EHC indeksu šalių sveikatos priežiūros sistemos vertinamos pagal 6 vartotojams svarbiausius Europos sveikatos priežiūros sistemos elementus: pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas, gydymo rezultatai, teikiamų medicinos paslaugų įvairovė, prevencija ir farmacinė veikla. Šie 6 elementai susideda iš 48 rodiklių (2014 m.), kurie atspindi ne indėlių į sveikatos priežiūros sistemą, o gaunamą rezultatą vartotojų požiūriu, tai yra ne sistemos infrastruktūrą, o kokią priežiūrą gauna pacientai tam tikroje šalyje. Kiekvienas iš šių rodiklių yra vertinami trijų balų sistemoje, rodiklio vertinimui „gerai“ suteikiami 3 balai, „vidutiniškai“ arba „netaikoma“ (angl. *not applicable*) – 2 balai ir „blogai“ arba kai apie rodiklį nėra duomenų (angl. *data not available*) – 1 balas. EHC indekso balų suma apskaičiuojama sudedant visų 6 elementų balų sumas. Elemento balų suma kiekvienai šaliai apskaičiuojama: elementui priklausančių rodiklių sumos procentas nuo maksimalios šio elemento balų sumos (pvz., Paslaugų prieinamumo maksimali balų suma apskaičiuojama: 6 rodikliai x 3 (maksimali rodiklio balų suma) = 18) dauginamas iš to elemento maksimalaus svertinio koeficiento

ir gautas rezultatas yra dalijamas iš 100. Tokiu būdu yra apskaičiuojamos visų elementų balų sumos, kurias sudėjus yra gaunamas šalies sveikatos sistemos įvertinimas, kur maksimali taškų suma yra 1000, o minimali – 333. Ekspertams vertinant kiekvieną rodiklį balais, maksimali galima naudingumo vartotojams taškų suma – 1000, atitinkamai elementų maksimalūs svertiniai vidurkiai pasiskirsto: pacientų informuotumas ir jų teisės maksimalus svertinis vidurkis (apima 12 rodiklių) – 150, paslaugų prieinamumas (apima 6 rodiklius) – 225, gydymo rezultatai (apima 8 rodiklius) – 250, teikiamų medicinos paslaugų įvairovė – 150 (apima 8 rodiklius), prevencija (apima 7 rodiklius) – 125, farmacinė veikla (apima 7 rodiklius) – 100. Elementų svertiniai koeficientai nustatomi pagal jų svarbumą (kuo elementas svarbesnis, tuo didesnis koeficientas yra skiriamas), kuris nustatomas diskutuojant su patyrusių ekspertų grupėmis ir vadovaujantis pacientų apklausų duomenimis²²³.

Eilę metų rinkti ir sisteminti duomenys parodė, kad toks duomenų rinkimas turi ir trūkumų, tai yra, renkant duomenis iš daugybės tyrimų ir apklausų eilę metų, pasitaiko klaidų, dėl kurių šalies vaizdas bendrame kontekste ne tik gerėja, bet gali ir pablogėti. Nors Lietuvoje sveikatos politikoje jokie pokyčiai nevyko, tačiau 2014 m. šis indeksas Lietuvoje smuko²²⁴. Šiuo metu yra išskiriamos trys priežastys, dėl kurių ECH indeksas Lietuvoje sumažėjo 2014 m. ir nukrito iki 2007 m. lygio. Pirmoji priežastis, tai „labai netikėtas Lietuvos pacientų organizacijų pateiktas prastas šalies sveikatos sistemos pasiekiamumo (gydymo eilių) įvertinimas. Lyginant su 2013 m. šis vertinimas diametraliai pasikeitė“²²⁵. Antrąją priežastimi yra įvardijama tai, kad buvo įtraukta grupė naujų rodiklių, kurie Lietuvoje yra blogi jau eilę metų. Šie rodikliai apima nemažėjantį mirčių nuo smegenų insulto, išeminės širdies ligos ir nelaimingų atsitikimų keliuose. „Trečia priežastis – prastai įvertintas pirminės profilaktikos priemonių efektyvumas, vertintas pagal galutinį rezultatą: didelis padidėjusio kraujospūdžio paplitimas, didelis rūkymo paplitimas, prastas suminis tabako kontrolės skalės rodiklis, didelis išgeriamo alkoholio kiekis, mažas fizinis aktyvumas.“²²⁶ Paskelbus 2014 m. ECH indekso ataskaitą matyti, kad Lietuvos EHC indeksas nuo 2006 m., kuomet Lietuva pradėjo dalyvauti šiame tyrime, iki 2013 m. augo, tačiau nuo 2013 m. iki 2014 m. minėtas indeksas, galimai dėl duomenų rinkimo klaidų, sumažėjo ženkliai (1 paveiksle indekso sumažėjimas Lietuvoje pavaizduotas raudonai)²²⁷, tačiau remiantis 2015 m. duomenimis matyti, kad Lietuva pakilo aukščiausiai nei buvo iki šiol²²⁸.

²²³ Arne Bjornbrg, *Euro Health Consumer Index 2014, Report* (Health Consumer Powerhouse, 2014), http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf

²²⁴ Arne Bjornbrg, *Euro Health Consumer Index 2015, Report* (Health Consumer Powerhouse, 2016), http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf

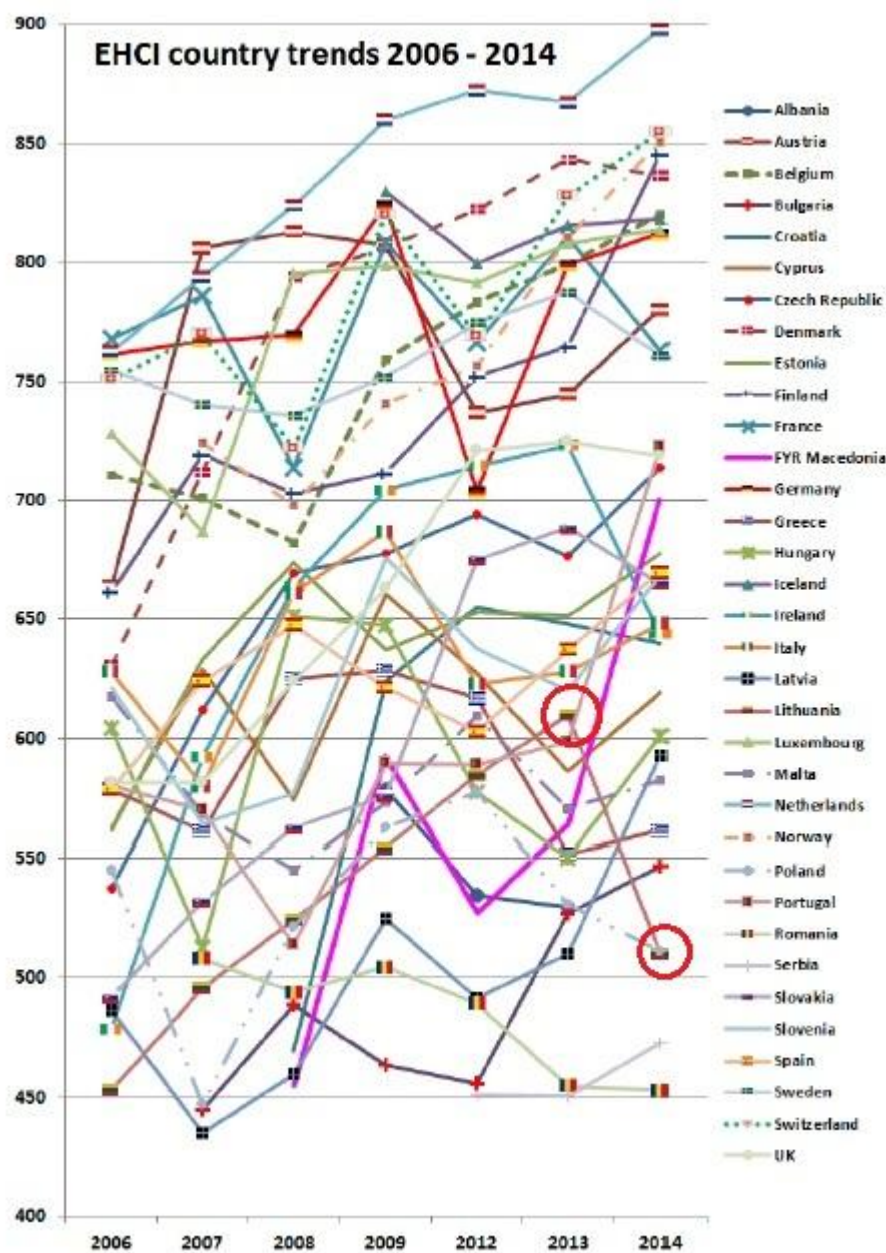
²²⁵ Romualdas Gurevičius, „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą,“ *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015): 7.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ Arne Bjornbrg, *op. cit.*

²²⁸ Arne Bjornbrg, *op. cit.*

1 pav. Europos sveikatos vartotojų indekso tendencijos 2006 – 2014 m.



Šaltinis: Arne Bjornbrg, *Euro Health Consumer Index 2014, Report* (Health Consumer Powerhouse, 2014), http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf.

Šio magistro baigiamojo darbo tyrimo metu, siekiant eliminuoti duomenų rinkimo klaidas ar jas sumažinti iki minimumo, lyginamąją analizę nuspręsta atlikti vadovaujantis ECH indekso duomenų vidurkiais nuo 2006 m., kuomet Lietuva pirmą kartą dalyvavo tyrime, tai yra, lyginti elementus, kurie išliko visus metus iki 2014 m., tai yra buvo lyginti šie elementai: pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas, gydymo rezultatai ir farmacinė veikla. Kiti naujai atsiradę ar pasikeitę elementai (teikiamų medicinos paslaugų įvairovė, prevencija ir e-

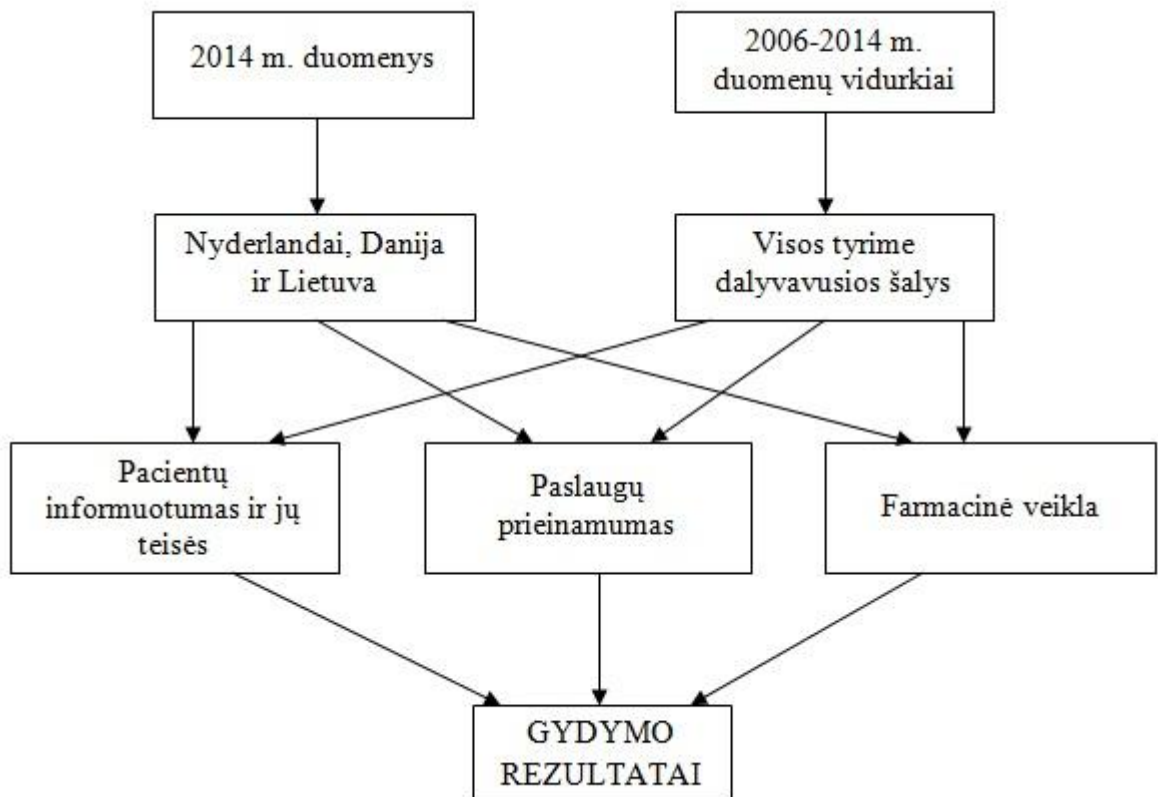
sveikata) į tyrimą nebuvo įtraukti. 2014 m. tyrime pacientų informuotumas ir jų teisės apima šiuos rodiklius: sveikatos priežiūros teisės aktai, paremti pacientų teisėmis; pacientų organizacijos, dalyvaujančios priimančioms sprendimams; draudimas pacientams, kuomet žalą padaro medicinos personalas; antros nuomonės teisė; prieiga prie savo medicininių dokumentų; geru pasitikėjimu remtas gydytojų registras; konsultacija internetu arba 24/7 konsultacijos telefonu sveikatos priežiūros klausimais; tarpvalstybinė sveikatos priežiūra, apmokama šalies, kurioje asmuo gyvena; paslaugų teikėjų katalogas, kuriame nurodomi reitingai (kokybės); gydytojų elektroninių dokumentų, susijusių su pacientų diagnostiniais tyrimais, naudojimas; galimybė pacientams registruotis internetu; E-receptai. Paslaugų prieinamumas apima šiuos rodiklius: pateikimas pas šeimos gydytoją tą pačią dieną; tiesioginis pateikimas pas gydytoją specialistą; planinės operacijos per mažiau nei 90 dienų; vėžio gydymo terapija per mažiau nei 21 dieną; kompiuterinė tomografija per mažiau nei 7 dienas; laikotarpis nuo patekimo pas gydytoją ir ligos gydymo. Gydymo rezultatai apima: mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimas; mirčių nuo insultų mažėjimas; naujagimių mirtys; išgyvenamumas sergant vėžiu; išvengiamas mirtingumas; meticilinui rezistentiško auksinio stafilokoko (MRSA) infekcija; abortų skaičius; depresija. Farmacinė veikla apima šiuos rodiklius: vaistų pardavimų dalis, kuriuos apmoka valstybė; ne farmacijos specialistui pritaikyta farmakopėja; naujų vaistų nuo vėžio įvedimo lygis; galimybė gauti naujus vaistus (laikas, per kurį kompensuojami); vaistai nuo artrito; metformino vartojimas; antibiotikų, tenkančių vienam gyventojui per dieną.

2.2. Tyrimo metodologija

Šio magistro baigiamojo darbo tyrimo metu buvo pasirinkta analizę atlikti dviem aspektais. Pirmasis pagal tai, kaip respondentų požiūriu gydymo rezultatams įtakos turi pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas ir farmacinė veikla. Šie elementai buvo lyginami pagal du kriterijus: pirmasis – šalių skaičių, tai yra viena šalių grupė buvo Danija, Nyderlandai ir Lietuva, o kita grupė – visos nuo 2006 m. tyrime dalyvaujančios šalys, tai yra 26 šalys; antrasis kriterijus – duomenys pagal metus, tai yra, duomenys buvo lyginami pagal 2014 m. duomenis ir 2006–2014 m. duomenų vidurkius. Toks duomenų lyginimas pasirinktas siekiant palyginti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumą respondentų požiūriu trijų šalių kontekste ir kaip šios šalys atrodo (kokią vietą užima) visų 26 šalių kontekste. Atvaizduojant rezultatus, šalys koduojamos numeriais: 1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – Danija, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – Lietuva, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – Nyderlandai, 19 – Lenkija,

20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė. Tyrimo vertinimo modelis pateiktas 2 paveiksle.

2 pav. Tyrimo vertinimo modelis



Antrasis aspektas, kuriuo vadovaujantis buvo atliekama analizė buvo kaip gydymo rezultatai, pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas ir farmacinė veikla priklauso nuo vertės už investuotus pinigus (angl. *Bang-For-the-Buck*). Siekiant tinkamai palyginti sveikatos priežiūros paslaugas skirtingose šalyse, reikalinga įvertinti finansines investicijas į sveikatos priežiūrą, kurios lyginamosiose šalyse yra akivaizdžiai skirtingos, o nuo jų priklauso ir sveikatos priežiūros rezultatai. Realias šalies investicijas sveikatos priežiūros sektoriuje atspindi rodiklis sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos vienam šalies gyventojui, tačiau jis negali būti naudojamas tiesioginiam šalies sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palyginimui, nes dažniausiai kuo didesnius išteklius turi valstybė, tuo daugiau kainuoja sveikatos priežiūros paslaugos. Atsižvelgiant į tai, šalių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę matuota naudojant vertės už investuotus pinigus kintamasis. Jį naudojant šalių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įvertinti objektyviau. Šis kintamasis buvo pagrįstas finansinių išteklių rodikliu, kuriuo buvo pasirinktas bendros išlaidos sveikatos priežiūroje vienam gyventojui doleriais. Duomenys imti iš PSO duomenų bazės, duomenys naudoti už 2014 metus.

Šio magistro baigiamojo darbo tyrimo metu vykdyta antrinė duomenų analizė – tai analizė, kurios metu buvo analizuojami kitų tyrėjų ir institucijų surinkti duomenys. Tyrimo metu taikytas

lyginamosios analizės metodas. Kokybės vertinimo rezultatams palyginti buvo naudojama scatter diagrama. Ši diagrama naudojama įrodyti arba paneigti priežasties ir pasekmės ryšius, kitaip tariant nustatyti dviejų kintamųjų priklausomybę nuo vienas kito. Nors ši diagrama rodo santykį tarp kintamųjų, tačiau ji nėra naudojama tam, kad būtų įrodyta, kad vienas kintamasis turi įtakos kito kintamojo atsiradimui. Scatter diagrama daryta naudojantis statistikos duomenų paketu SPSS 23 versija.

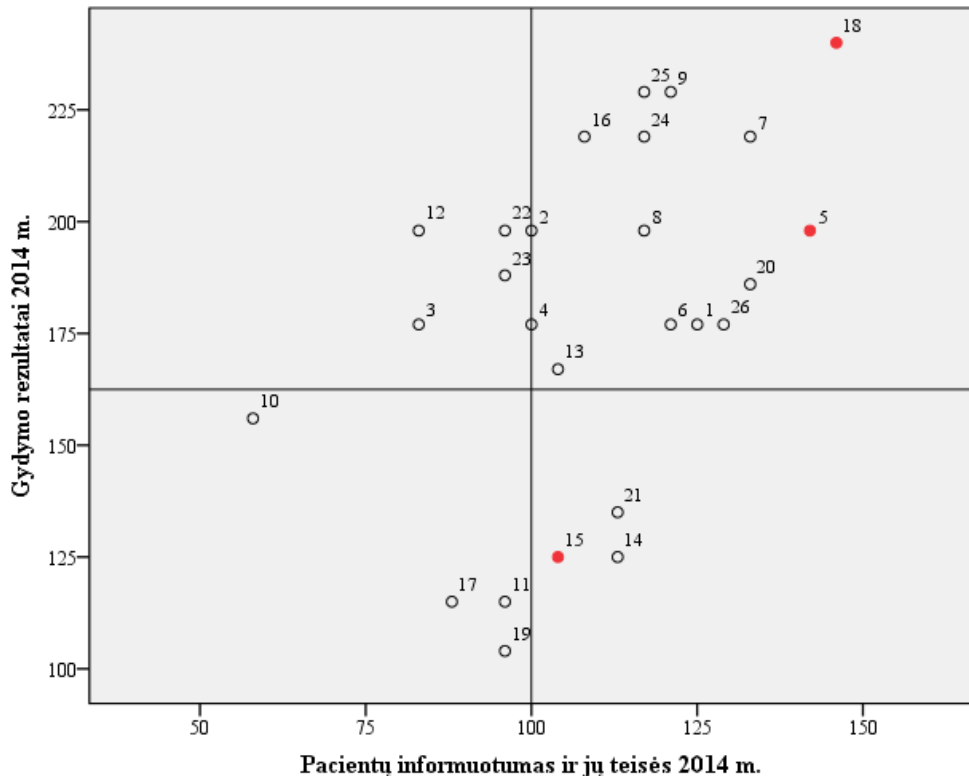
3. REZULTATAI

EHC indeksas yra įrankis, kuriuo yra nagrinėjami pagrindiniai sveikatos sistemos elementai, kuriuos vertina pacientų ir vartotojų požiūriu. Toks sveikatos sistemų vertinimas pagerino sveikatos sistemos supratimą Europoje ir padeda šalinti šių sistemų trūkumus. Vertinimai atliekami ne politikos požiūriu, o pacientų, kurie yra ir vartotojai, požiūriu. Šis indeksas yra sudaromas atsižvelgiant į pacientų apklausas, nepriklausomus tyrimus ir įvairius statistikos rodiklius. EHC indeksu siekiama nustatyti ir Europai parodyti realią situaciją sveikatos sistemose, taip pat siekiama nustatyti sektinį pavyzdį, tai yra parodyti efektyviausią sveikatos sistemą Europoje respondentų požiūriu.

3.1. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių

Analizuojant gydymo rezultatų priklausomybę nuo pacientų informuotumo ir jų teisių pastebėta, kad visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste 2014 m. kuo pacientų informuotumas ir jų teisės yra vertinamos aukščiau, tuo gydymo rezultatai šalyse yra vertinami geriau (3 pav.).

3 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m. tarp visų tyrime dalyvaujančių šalių

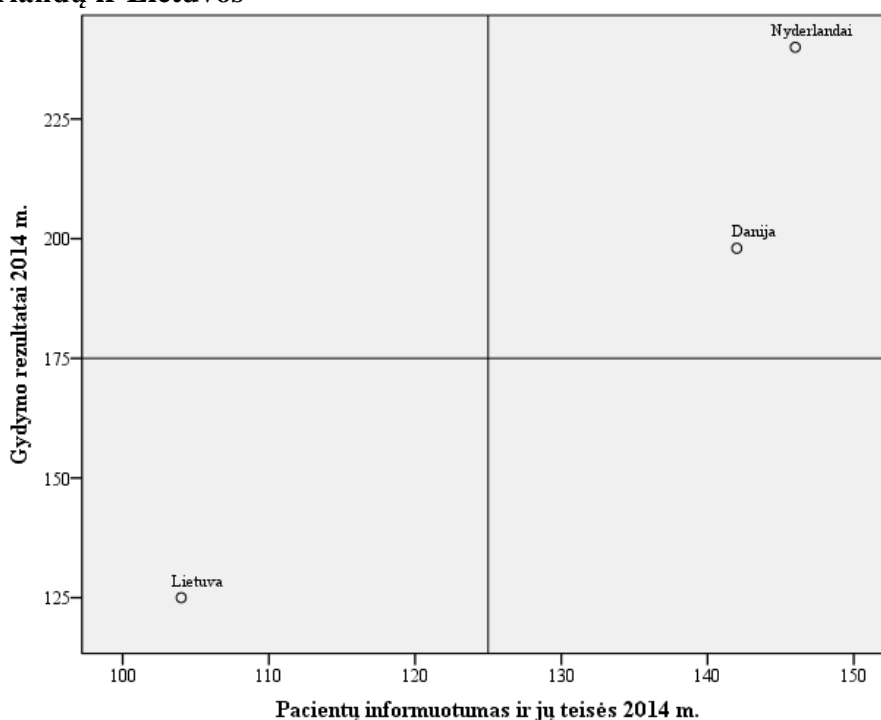


1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – **Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – **Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – **Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Vertinant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste, pažymėtina, kad gydymo rezultatai 2014 m. ir pacientų informuotumas ir jų teisės 2014 m. koreliavo vidutiniškai ($r = 0,444$; $p = 0,023$), nustatyta statistiškai reikšminga koreliacija.

Respondentų požiūriu, 2014 m. Nyderlanduose gydymo rezultatai pacientų informuotumo ir jų teisių požiūriu buvo aukščiausi apskritai tarp visų tyrime dalyvavusių šalių ir tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos. Tuo tarpu šie rezultatai Lietuvoje buvo žemiausi, tačiau dar žemesni rezultatai buvo Maltoje, Vengrijoje ir Lenkijoje. Nors Danijoje tyrime dalyvavę asmenys pacientų informuotumą ir savo teises įvertino panašiai kaip olandai, tačiau gydymo rezultatai prieš tai minėto rodiklio atžvilgiu buvo žemesnis, tačiau ženkliai geresnis nei Lietuvoje. Be to, vertinant Daniją, Nyderlandus ir Lietuvą tik šių šalių kontekste (4 pav.), 2014 m. rezultatai nesiskiria nuo rezultatų 26 šalių kontekste, tai yra, gydymo rezultatai pacientų informuotumo ir jų teisių kontekste Nyderlanduose buvo aukščiausi, o Lietuvoje – žemiausi.

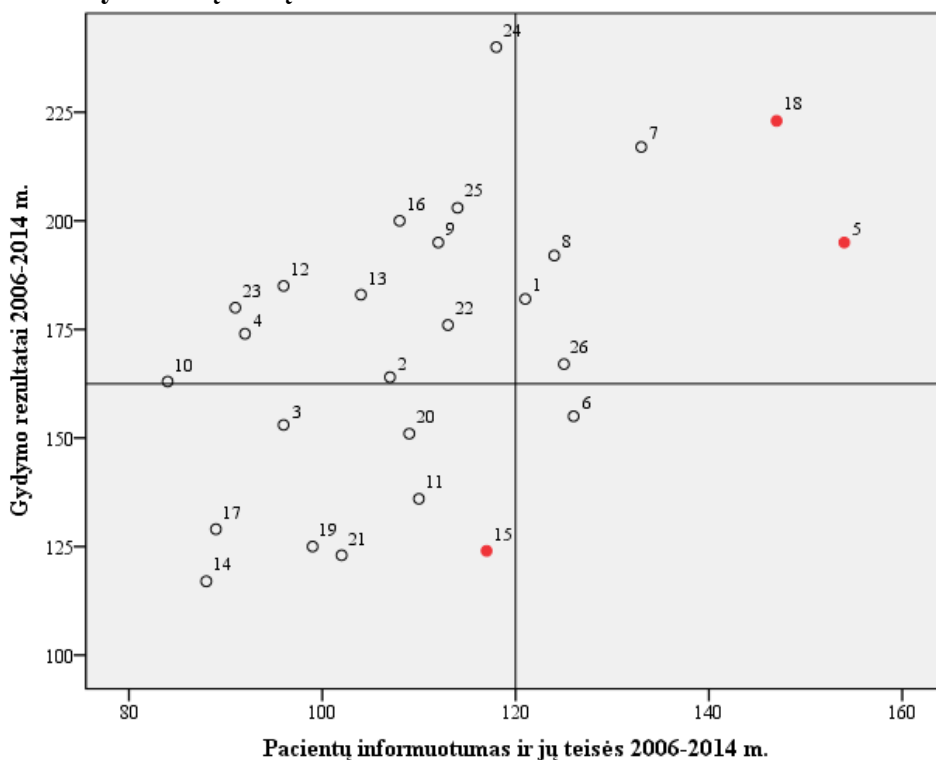
4 pav. Gydymo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos



Vertinant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos kontekste, pažymėtina, kad gydymo rezultatai 2014 m. ir pacientų informuotumas ir jų teisės 2014 m. koreliavo labai stipriai ($r = 0,960$; $p = 0,180$), nors koreliacija nėra statistiškai reikšminga.

Lyginant 2006-2014 m. duomenų vidurkius, pastebima, kad nepriklausomai nuo duomenų kiekio, tai yra nepriklausomai ar naudojami duomenis už vienus metus ar už devynis – gydymo rezultatai pacientų informuotumo ir jų teisių atžvilgiu Nyderlanduose buvo aukščiausi, Danijoje šiek tiek žemesni, o Lietuvoje – žemiausi (5 pav.).

5 pav. Gydymo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2006–2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių



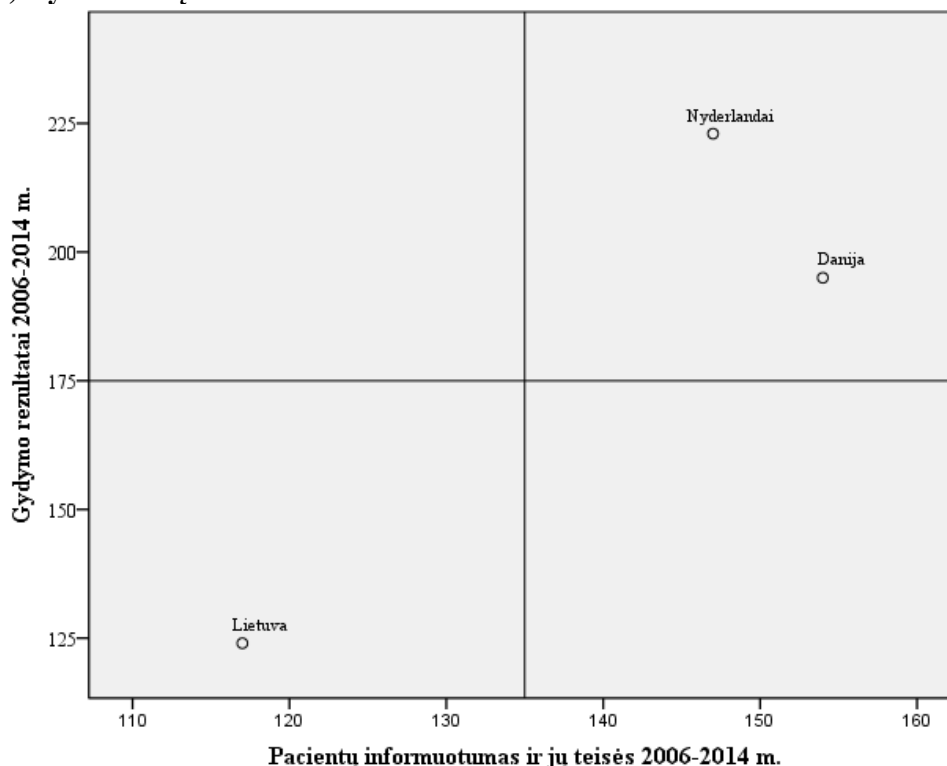
1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – **Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – **Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – **Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Vertinant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste, nustatyta, kad tarp gydymo rezultatų 2006–2014 m. ir pacientų prieinamumo ir jų teisių 2006–2014 m. yra statistiškai reikšmingas vidutinis statistinis ryšys ($r = 0,516$; $p = 0,007$).

Lyginant 2014 m. duomenis su 2006–2014 m. duomenimis, matyti, kad tarp visų tyrimuose dalyvavusių šalių gydymo rezultatai respondentų požiūriu 2006–2014 m. pacientų informuotumo ir jų teisių atžvilgiu aukščiausiai vertinami buvo ne Nyderlanduose, kaip 2014 m., o Švedijoje. Tuo tarpu Lietuvoje gydymo rezultatai buvo vertinami beveik žemiausiai. Pastebima, kad beveik pusė tyrimuose dalyvavusių šalių, nepriklausomai nuo to, kad pacientų informuotumą ir jų teises vertino pakankamai žemai, tačiau gydymo rezultatai šio rodiklio atžvilgiu buvo aukšti, kai Lietuvoje – pacientų informuotumas ir jų teisės vertinamos žemai, o ir gydymo rezultatai šio rodiklio atžvilgiu – žemi taip pat. Be to, matyti, kad nors Danijoje 2006–2014 m. pacientų informuotumas ir jų teisės buvo vertinamos aukščiau nei Nyderlanduose, tačiau šio rodiklio atžvilgiu, respondentų požiūriu

gydymo rezultatai Danijoje buvo įvertinti žemiau nei Nyderlanduose. Lyginant Daniją, Nyderlandus ir Lietuvą šių trijų šalių kontekste, rezultatai nesiskiria nuo rezultatų visų tyrimuose dalyvavusių šalių konteksto. Čia gydymo rezultatai 2006–2014 m. pacientų informuotumo ir jų teisių atžvilgiu Nyderlanduose vertinami aukščiausiai, Danijoje – antroje vietoje ir Lietuvoje – žemiausiai (6 pav.).

6 pav. Gydymo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių 2006–2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos



Analizuojant gydymo rezultatų 2006-2014 m. ir pacientų informuotumo ir jų teisių 2006–2014 m. tarpusavio koreliaciją Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos kontekste nustatyta, kad šie rodikliai koreliuoja labai stipriai ($r = 0,897$; $p = 0,291$), koreliacija nėra statistiškai reikšminga.

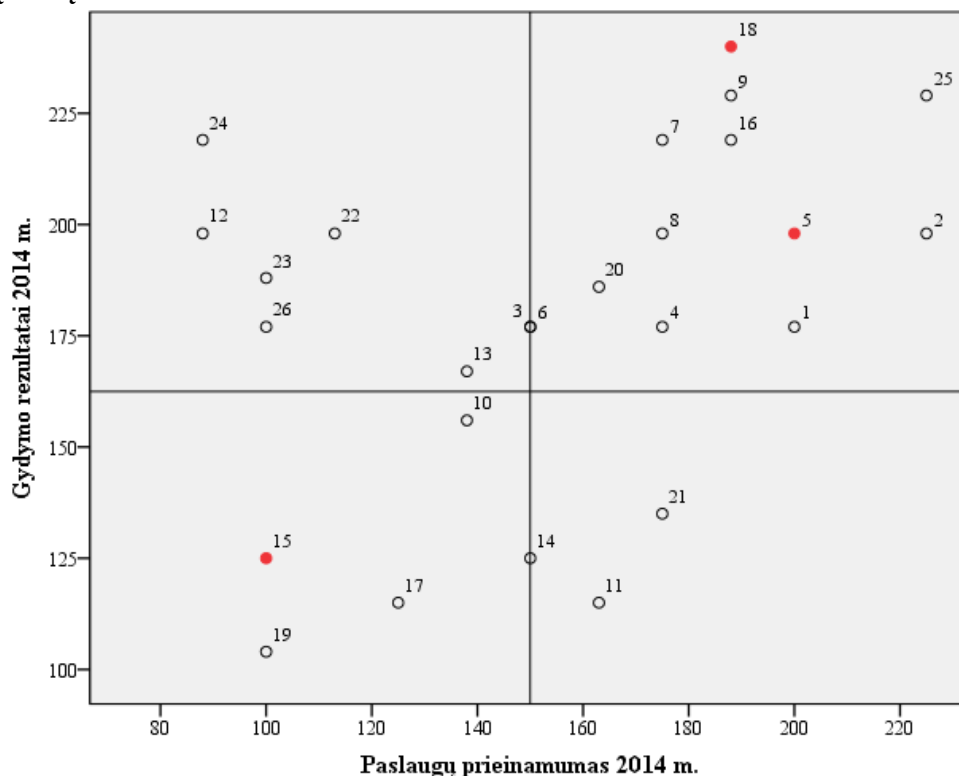
Apibendrinant galima pažymėti, kad gydymo rezultatai pacientų informuotumo ir jų teisių atžvilgiu Nyderlanduose respondentų požiūriu buvo vertinami aukščiausiai nepriklausomai nuo to, už kelis metus naudojami duomenys. Lyginant Daniją, Nyderlandus ir Lietuvą, olandų požiūriu gydymo rezultatai vertinami aukščiausiai tiek visų tyrimo dalyvavusių šalių kontekste, tiek lyginant tris šalis atskirai. Žemiausiai gydymo rezultatai pacientų informuotumo ir jų teisių požiūriu visais metais buvo vertinami Lietuvoje, antroje vietoje – Danijoje. Be to, stipresnė koreliacija tarp gydymo rezultatų ir pacientų informuotumo ir jų teisių nustatyta rodiklius lyginant trijų šalių kontekste, nei visų tyrimo dalyvavusių šalių kontekste.

3.2. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo

Šio duomenų analizės metu buvo siekiama įvertinti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumą respondentų požiūriu, kur vienas iš aspektų – gydymo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo.

Analizuojant respondentų požiūrį apie gydymo rezultatų priklausomybę nuo paslaugų prieinamumo 2014 m., nustatyta, kad Nyderlanduose šiuo aspektu gydymo rezultatai buvo vertinami aukščiausiai, Danijoje – vidutiniškai, o Lietuvoje – žemiausiai (7 pav.).

7 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių



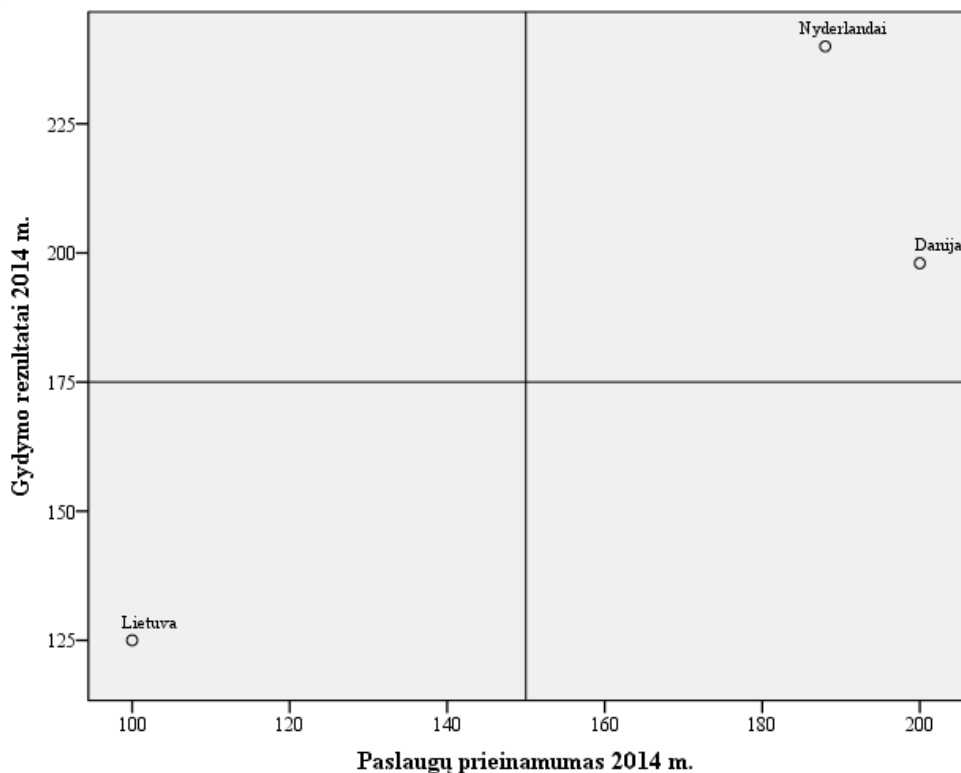
1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – **Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – **Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – **Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Vykdam duomenų analizę nustatyta, kad tarpusavio koreliacija tarp gydymo rezultatų 2014 m. ir paslaugų prieinamumo 2014 m. visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste nėra statistiškai reikšminga, šie rodikliai tarpusavyje koreliuoja silpnai ($r = 0,375$; $p = 0,059$).

Olandai, lyginant su visų tyrime dalyvavusių šalių respondentų nuomone, gydymo rezultatus atsižvelgiant į paslaugų prieinamumą vertino aukščiausiai, o Lietuva buvo viena iš žemiausiai

vertinančių šalių. Danijoje, nors paslaugų prieinamumas yra vertinamas geriau nei Nyderlanduose, tačiau gydymo rezultatai 2014 m. Danijoje įvertinti žemiau nei Nyderlanduose. Pastebėta, kad rezultatų pasiskirstymas nesikeičia ir duomenis vertinant tik tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos (8 pav.).

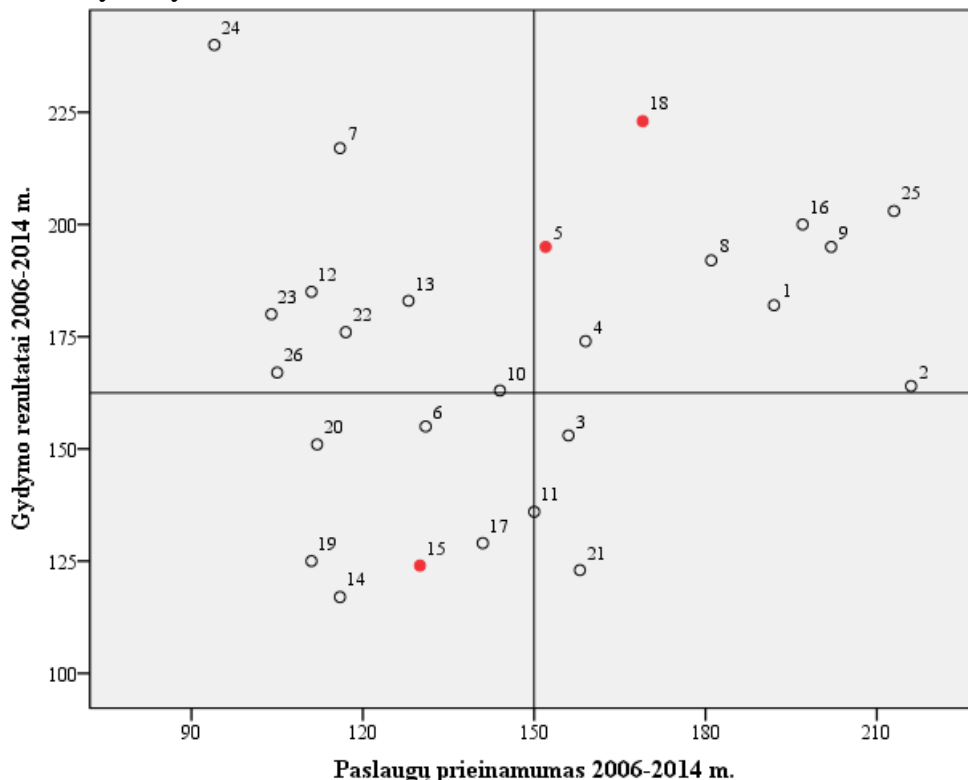
8 pav. Gydymo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos



Šiuo atveju 2014 m. Nyderlanduose gydymo rezultatai paslaugų prieinamumo atžvilgiu buvo vertinami aukščiausiai, o Lietuvoje – žemiausiai, tačiau vertinant šių rodiklių tarpusavio koreliaciją nustatyta, kad gydymo rezultatai 2014 m. ir paslaugų prieinamumas 2014 m. trijų šalių kontekste koreliavo stipriai, nors koreliaciją nėra statistiškai reikšminga ($r = 0,887$; $p = 0,305$).

Analizuojant duomenis apie gydymo rezultatų priklausomybę nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. pastebėta, kad visų tyrimuose dalyvavusių šalių kontekste, Nyderlandų gyventojai gydymo rezultatus, priklausančius nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. vertino žemiau nei 2014 m. ir pagal šį rodiklį nebuvo pirmoji šalis, kaip tai buvo 2014 metais. 2006–2014 m. aukščiausiai gydymo rezultatus priklausančius nuo paslaugų prieinamumo vertimo Švedijos gyventojai, nors jie paslaugų prieinamumą įvertino žemiausiai (9 pav.).

9 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių



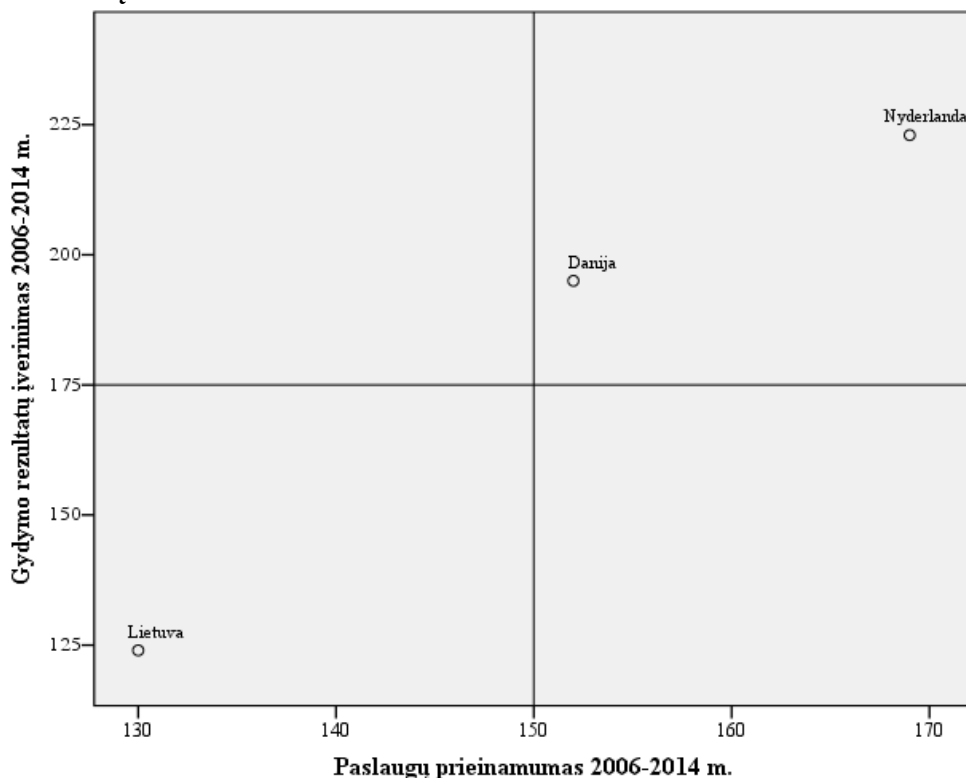
1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – **Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – **Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – **Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Analizuojant duomenis nustatyta, kad respondentų požiūriu gydymo rezultatai 2006–2014 m. priklausomai nuo paslaugų prieinamumo aukščiausiai buvo vertinami Nyderlanduose – jie aukščiausiai įvertino ir paslaugų prieinamumą ir gydymo rezultatus, o žemiausiai – Lietuva, tuo tarpu Danija tarp trijų lyginamųjų šalių buvo antroji.

Vertinant minėtų dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją visų tyrimuose dalyvavusių šalių kontekste nustatyta, kad koreliacija tarp gydymo rezultatų 2006–2014 m. ir paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. nėra statistiškai reikšminga, koreliacija yra silpnai teigiama ($r = 0,177$; $p = 0,386$).

Analizuojant gydymo rezultatų 2006–2014 m. priklausomybę nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos kontekste, nustatyta, kad nėra skirtumo tarp duomenų šių šalių atžvilgiu pasiskirstymo nuo duomenų pasiskirstymo visų tyrimuose dalyvavusių šalių atžvilgiu (10 pav.).

10 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo 2006–2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos



Šiuo atveju analizuojant rodiklių tarpusavio koreliaciją, pastebėta, kad gydymo rezultatai 2006–2014 m. ir paslaugų prieinamumas 2006–2014 m. koreliuoja labai stipriai, koreliacija nėra statistiškai reikšminga ($r = 0,985$; $p = 0,109$).

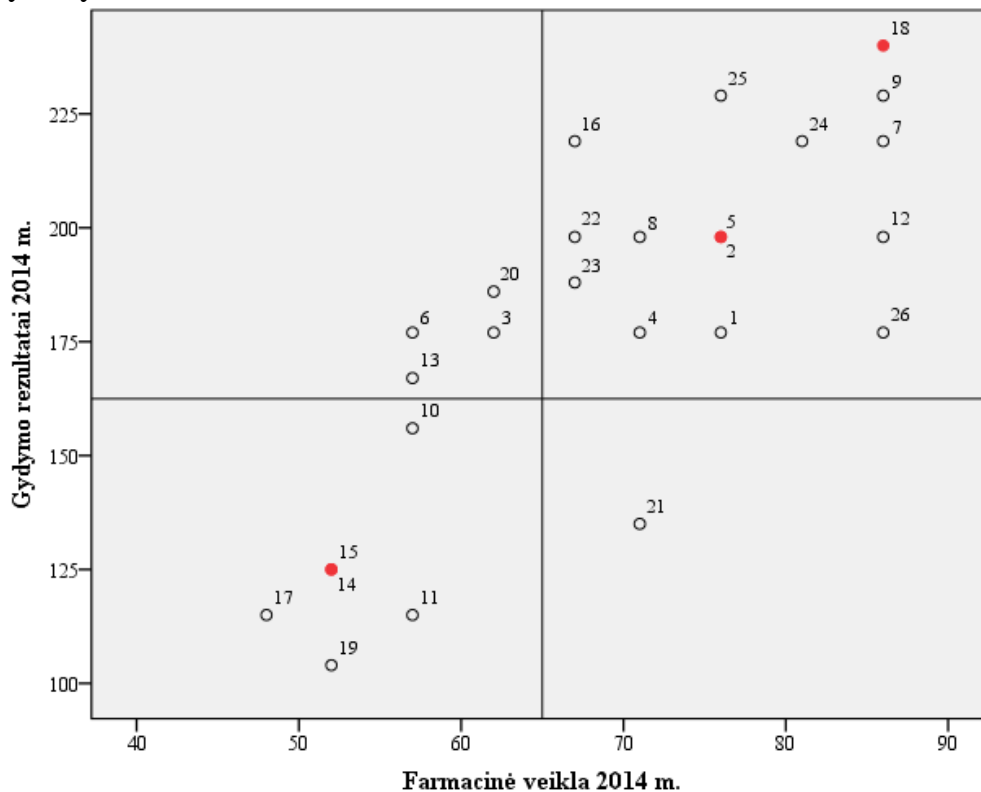
Apibendrinant galima pažymėti, kad nors visais atvejais, tiek 2014 m. tiek ir 2006–2014 m., tiek duomenis lyginant tarp visų tyrimuose dalyvavusių šalių, tiek tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos atskirai koreliacija tarp dviejų rodiklių – gydymo rezultatų ir paslaugų prieinamumo – nebuvo statistiškai reikšminga, Nyderlandų gyventojų požiūriu gydymo rezultatai yra vertinami aukščiausiai priklausomai nuo paslaugų prieinamumo. Danijos gyventojų požiūriu gydymo rezultatų priklausomybė nuo paslaugų prieinamumo buvo vertinama antroje vietoje, o Lietuvoje – žemiausiai.

3.3. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos

Duomenų analizės metu taip pat buvo siekiama nustatyti gydymo rezultatų priklausomybę nuo farmacinės veiklos respondentų požiūriu.

Analizuojant duomenis apie gydymo rezultatų priklausomybę nuo farmacinės veiklos 2014 m. visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste pastebėta, kad yra labai didelis skirtumas tarp Nyderlandų ir Lietuvos rezultatų (11 pav.).

11 pav. Gydymo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių



1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, **5 – Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, **15 – Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, **18 – Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

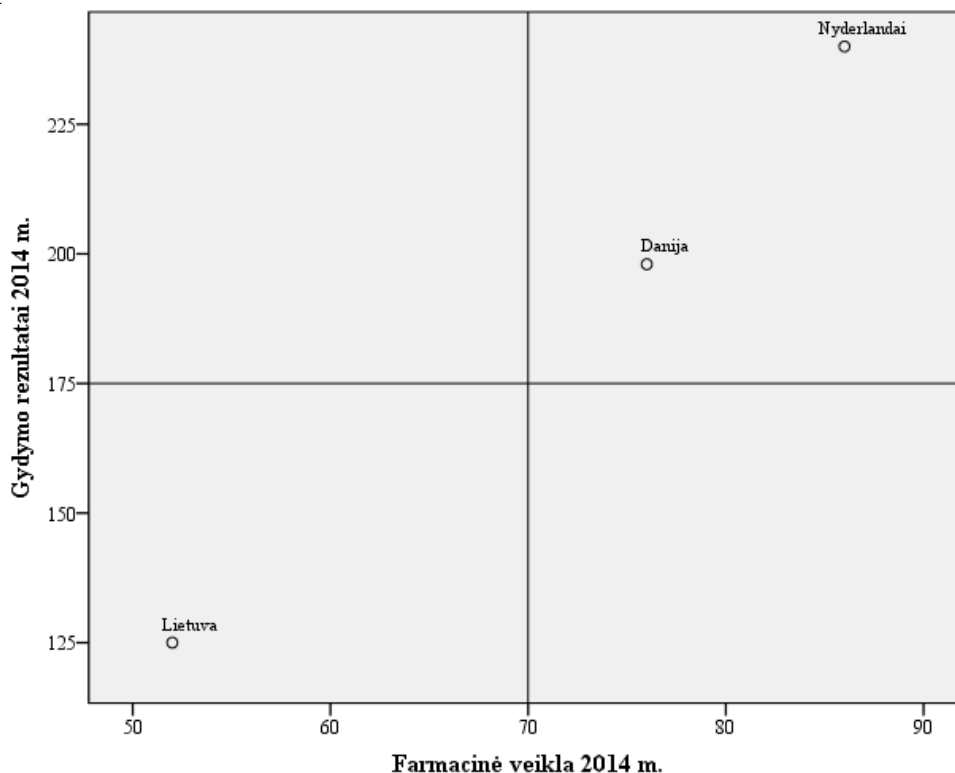
Šiuo atveju, tyrime dalyvavusių asmenų požiūriu, gydymo rezultatai, priklausantys nuo farmacinės veiklos, yra vertinami aukščiausiai iš lyginamųjų šalių. Nyderlanduose farmacinė veikla yra vertinama aukščiausiai, taip pat ir gydymo rezultatai. Nors Danijoje farmacinė veikla 2014 m. vertinama pakankamai aukštai, atitinkamai ir gydymo rezultatai, tačiau matomas nemažas skirtumas nuo Nyderlandų. Šių rodiklių priklausomybė Danijoje buvo tokia pati kaip ir Belgijoje. Lietuvoje šie du rodikliai 2014 m. vertinti labai žemai. Tais metais gydymo rezultatai, priklausantys nuo farmacinės veiklos, žemesni nustatyti tik Maltoje, Lenkijoje ir Vengrijoje, tuo tarpu Latvijoje ši priklausomybė nustatyta tokia pati kaip Lietuvoje.

Vertinant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste, nustatyta, kad tarp gydymo rezultatų 2014 m. ir farmacinės veiklos 2014 m. yra statistiškai reikšmingas stiprus statistinis ryšys ($r = 0,784$; $p < 0,001$).

Tuo tarpu nustatant gydymo rezultatų 2014 m. ir farmacinės veiklos 2014 m. tarpusavio koreliaciją Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos kontekste, nustatytas nors ir statistiškai nepatikimas, bet

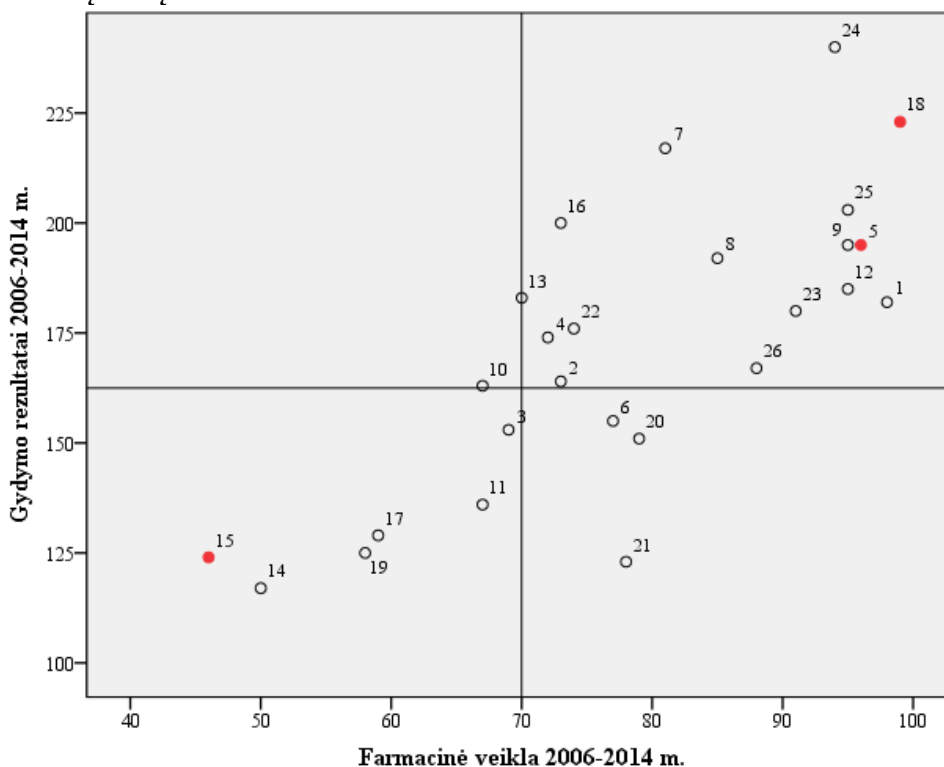
labai stiprus statistinis ryšys ($r = 0,997$; $p = 0,05$). Nors tarp rodiklių nustatytas stipresnis statistinis ryšys, tačiau nėra jokio skirtumo rezultatų pasiskirstyme. Nyderlandų, Danijos ir Lietuvos kontekste, Nyderlandų rezultatai yra aukščiausi, Danijos – antroje vietoje, o Lietuvos – žemiausi (12 pav.).

12 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos



Šio tyrimo metu taip pat buvo siekiama palyginti gydymo rezultatų priklausomybę nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m., naudojant šių metų duomenų vidurkius. Analizuojant šiuos duomenis, pastebėta, kad Lietuvoje gydymo rezultatai, priklausantys nuo farmacinės veiklos, buvo dar žemesni, nei 2014 metais. Nyderlanduose 2006–2014 m. nors farmacinė veikla vertinta geriau nei 2014 m., tačiau gydymo rezultatai – žemiau, o Danijoje – 2006–2014 m. farmacinė veikla vertinta geriau nei 2014 m., o gydymo rezultatai visais metais išlieka panašiam lygyje (13 pav.).

13 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m. tarp visų tyrime dalyvavusių šalių



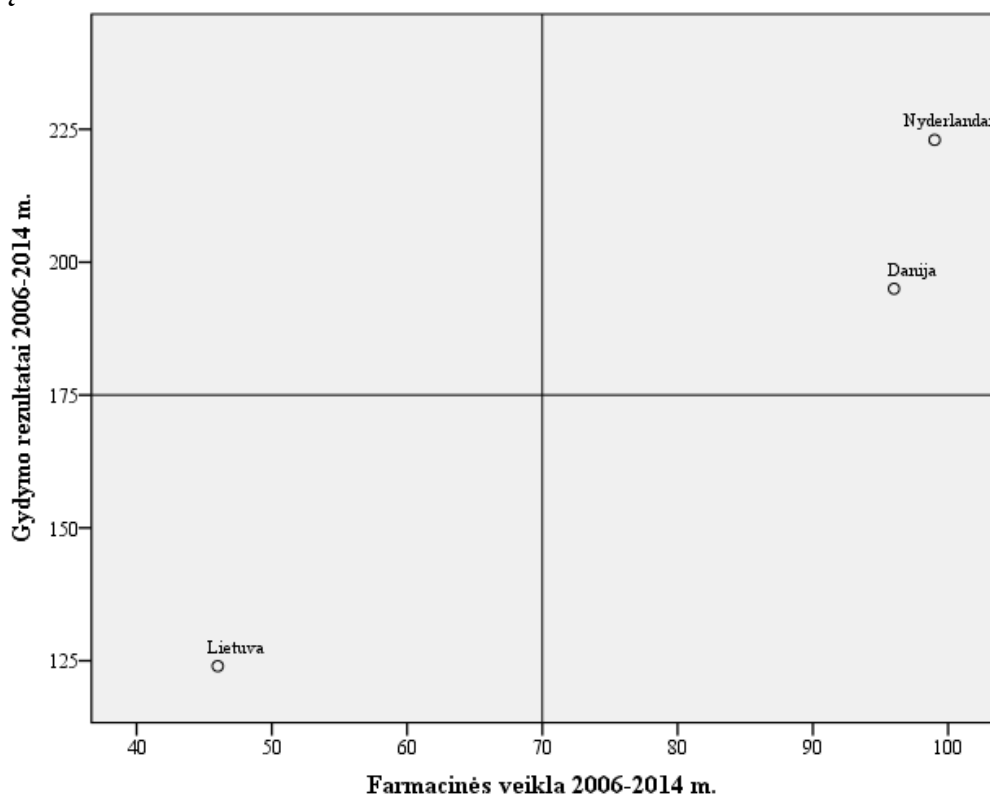
1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – **Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – **Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – **Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Analizuojant 13 pav. Pateiktus duomenis matyti, kad Lietuvoje farmacinė veikla 2006–2014 m. buvo vertinta žemiausiai iš visų tyrimuose dalyvavusių šalių. Latvijoje, nors ir farmacinė veikla vertinta šiek tiek geriau nei Lietuvoje, tačiau Latvijoje gydymo rezultatai, priklausantys nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m. buvo žemesni. Be to, nors Nyderlanduose 2006–2014 m. farmacinė veikla vertinta geriausiai iš visų tyrimuose dalyvavusių šalių, tačiau gydymo rezultatai geriausiai vertinami Švedijoje.

Vertinant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste, pažymėtina, kad gydymo rezultatai 2006–2014 m. ir farmacinė veikla 2006–2014 m. stipriai, nustatyta statistiškai reikšminga koreliacija ($r = 0,766$; $p < 0,001$), nustatyta statistiškai reikšminga koreliacija.

Analizuojant gydymo rezultatų 2006–2014 m. priklausomybę nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m. Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos kontekste, nustatyta, kad nėra skirtumo tarp duomenų šių šalių atžvilgiu pasiskirstymo nuo duomenų pasiskirstymo visų tyrimuose dalyvavusių šalių atžvilgiu – Nyderlandų rezultatai aukščiausi, o Lietuvos – žemiausi (14 pav.).

14 pav. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo farmacinės veiklos 2006–2014 m. tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos



Vertinant šių dviejų kintamųjų tarpusavio koreliaciją trijų lyginamųjų šalių kontekste nustatyta, kad koreliacija tarp gydymo rezultatų 2006–2014 m. ir farmacinės veiklos 2006–2014 m. nėra statistiškai reikšminga, bet nustatytas labai stiprus koreliacinis ryšys ($r = 0,974$; $p = 0,145$).

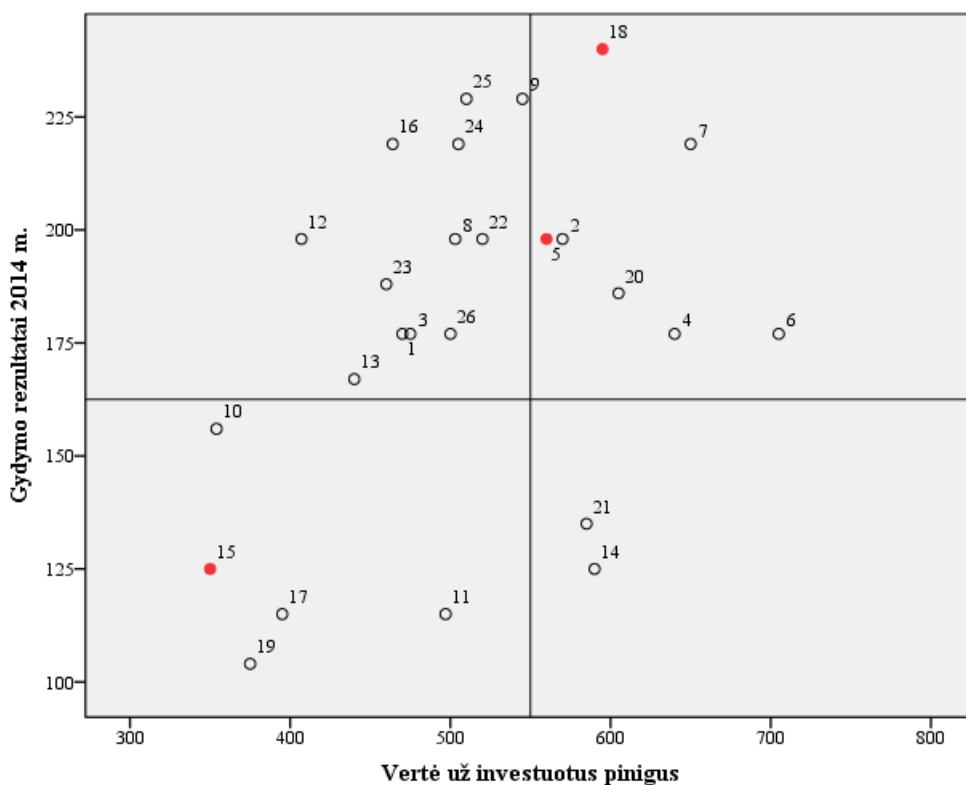
Apibendrinant galima pažymėti, kad vertinant gydymo rezultatų priklausomybę nuo farmacinės veiklos tiek 2014 m. atskirai, tiek 2006–2014 m. duomenų vidurkius, Nyderlanduose ir vėl rezultatai aukščiausi, Danijoje – antroje vietoje, o Lietuvoje žemiausi, tai yra, gydymo rezultatai, priklausantys nuo farmacinės veiklos respondentų požiūriu buvo žemiausi.

3.4. Rodiklių priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus

Siekiant nustatyti gydymo rezultatų 2014 m., pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m., paslaugų prieinamumo 2014 m. ir farmacinės veiklos priklausomybę finansiniu aspektu, naudotos išlaidos sveikatos priežiūroje vienam gyventojui 2014 m. pagal vertės už investuotus pinigus modelį.

Vertinant kaip gydymo rezultatai 2014 m. priklauso nuo vertės už investuotus pinigus, pastebėta, kad didesnėje tyrime dalyvavusių šalių dalyje kuo didesnis vertės už investuotus pinigus rodiklis, tuo geriau įvertinti gydymo rezultatai 2014 metais. Tais metais didžiausia vertė už investuotus pinigus buvo nustatyta Estijoje, tačiau gydymo rezultatai respondentų požiūriu įvertinti vidutiniškai (15 pav.).

15 pav. Gydymo rezultatų 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus



1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – Danija, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – Lietuva, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – Nyderlandai, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

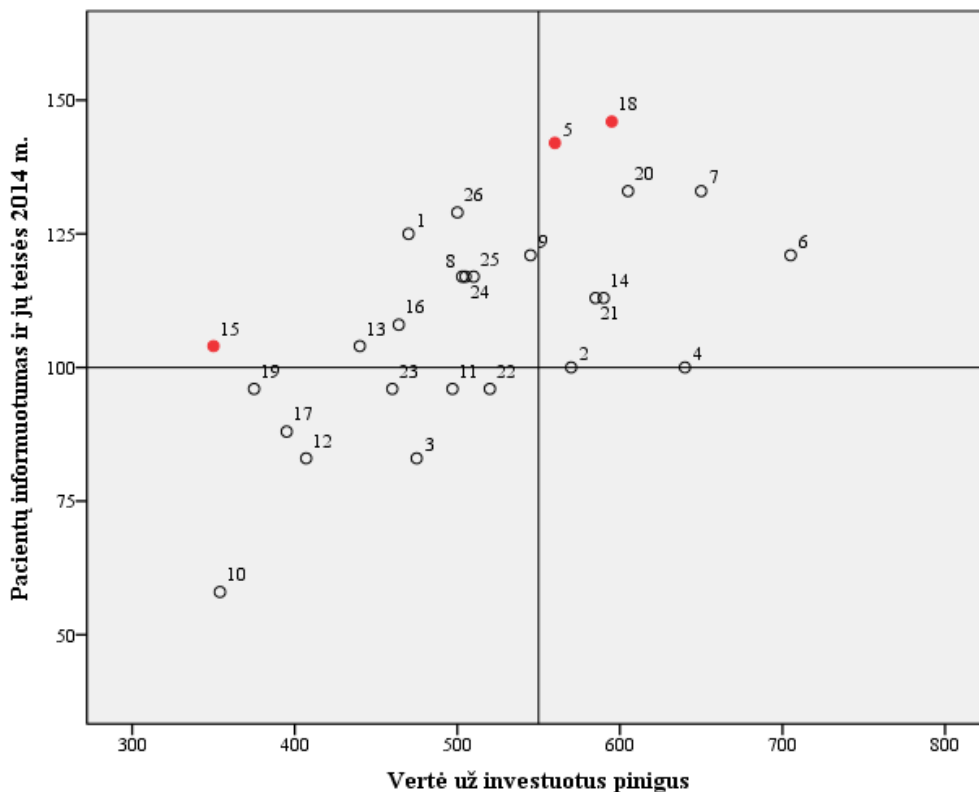
Analizuojant duomenis Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos kontekste, matyti, kad Nyderlanduose, kur yra didžiausia vertė už investuotus pinigus, respondentai geriausiai vertina gydymo rezultatus, tuo tarpu Lietuvoje nustatyta mažiausia vertė už investuotus pinigus ne tik tarp šių trijų lyginamųjų šalių, bet ir apskritai tarp visų 26 šalių. Be to, čia gydymo rezultatai, priklausantys nuo vertės už investuotus pinigus yra vertinami žemiausiai, lyginant su Danija ir Estija. Žemiau už Lietuvą gydymo rezultatai, nors vertė už investuotus pinigus ir aukštesnė, yra vertinami Maltoje, Vengrijoje ir Lenkijoje. Danijoje gydymo rezultatai, priklausantys nuo vertės už investuotus pinigus buvo vertinti beveik dvigubai geriau nei Lietuvoje. Taigi, galima teigti, kad kuo

didesnės išlaidos yra sveikatos priežiūroje vienam gyventojui, tuo geriau yra vertinami gydymo rezultatai.

Vertinant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliaciją, nustatyta, kad vertė už investuotus pinigus ir gydymo rezultatai tarpusavyje koreliuoja silpnai, nustatyta teigiama koreliacija, kuri nėra statistiškai reikšminga ($r = 0,380$; $p = 0,056$).

Kita vertinta priklausomybė – pacientų informuotumo ir jų teisės 2014 m. nuo vertės už investuotus pinigus. Tarp šių dviejų rodiklių nustatytas vidutinis statistinis ryšys, koreliacija statistiškai reikšminga ($r = 0,619$; $p = 0,001$). Vertinant šią priklausomybę, taip pat galima teigti, kad kuo daugiau yra išleidžiama vienam asmeniui sveikatos priežiūroje, tuo geriau yra vertinamas pacientų informuotumas ir jų teisės. Šiuo atveju Nyderlanduose ši priklausomybė aukščiausia, Danijoje antroje vietoje, o Lietuvoje – žemiausia. Galima pažymėti, kad nors Lietuvoje vertė už investuotus pinigus yra mažiausia, tačiau pacientų informuotumas ir jų teisės buvo vertinamos geriau nei trečdalyje tyrime dalyvavusių šalių, nors jų vertė už investuotus pinigus buvo didesnė nei Lietuvoje. Be to, nors Nyderlanduose vertė už investuotus pinigus nebuvo didžiausia tarp visų tyrime dalyvavusių šalių, tačiau pacientų informuotumas ir jų teisės respondentų požiūriu buvo vertinamos geriausiai (16 pav.).

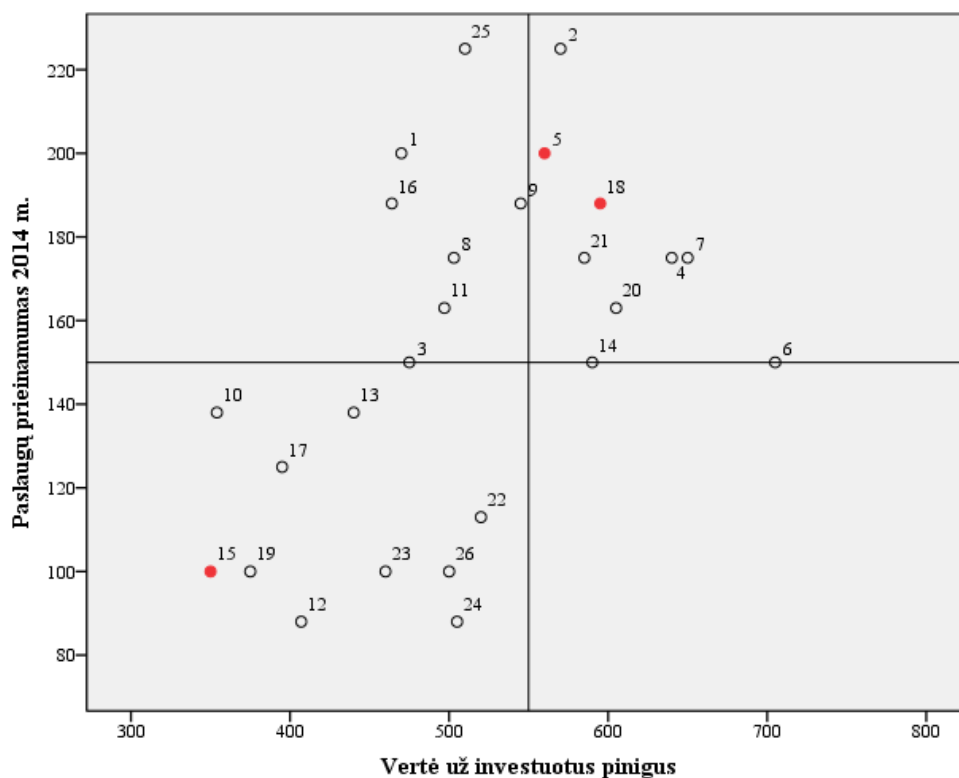
16 pav. Pacientų informuotumo ir jų teisių 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus



1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – Danija, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – Lietuva, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – Nyderlandai, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Dar viena priklausomybė buvo paslaugų prieinamumas 2014 m. ir vertė už investuotus pinigus. Analizuojant šių dviejų rodiklių tarpusavio koreliacija nustatyta, kad paslaugų prieinamumas ir vertė už investuotus pinigus tarpusavyje koreliuoja vidutiniškai, nustatyta teigiama, statistiškai reikšminga koreliacija ($r = 0,488$; $p = 0,011$). Analizuojant duomenis nustatyta, kad šį kartą nors ir vertė už investuotus pinigus šiek tiek mažesnė nei Nyderlanduose yra Danijoje, tačiau pastarojoje šalyje paslaugų prieinamumas 2014 m. buvo vertintas geriausiai. Lietuvoje ir vertė už investuotus pinigus, ir paslaugų prieinamumas 2014 m. žemi. Tarp Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos – Lietuvoje paslaugų prieinamumas, priklausantis nuo vertės už investuotus pinigus buvo vertintas blogiausiai. Apskritai geriausiai paslaugų prieinamumas 2014 m. buvo įvertintas Šveicarijoje ir Belgijoje (17 pav.).

17 pav. Paslaugų prieinamumo 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus

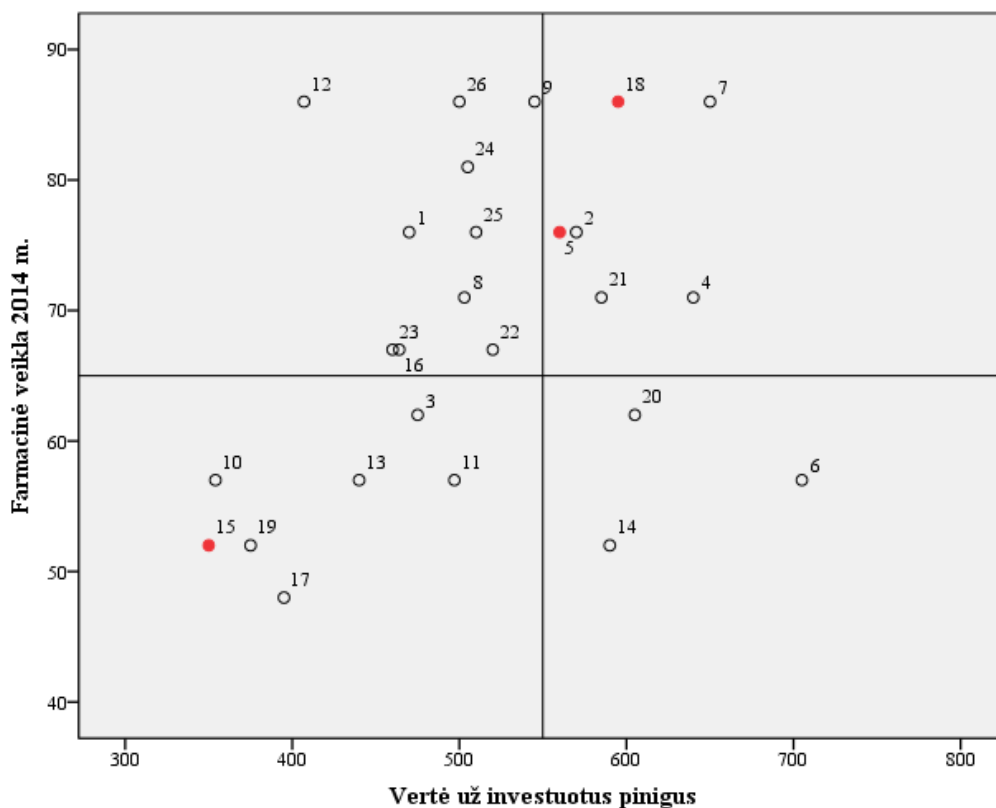


1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – **Danija**, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – **Lietuva**, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – **Nyderlandai**, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Šiame darbe taip pat buvo vertinama farmacinės veiklos 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus. Šios analizės visų tyrime dalyvavusių šalių kontekste metu pastebėta, kad teigti, jog esant kuo didesniai vertės už investuotus pinigus rodikliui tuo geriau yra vertinama farmacinė veikla šalyje, teigti negalima. Pavyzdžiui, nors vertė už investuotus pinigus Estijoje buvo didžiausia, farmacinė veikla vertinama gana žemai, šalis patenka prie žemiausiai farmacinę veiklą 2014 m. vertinusių šalių. Tačiau vertinant tik Daniją, Nyderlandus ir Lietuvą, matyti, kad kuo

didesnė vertė už investuotus pinigus, tuo geriau įvertinta farmacinė veikla. Geriausiai farmacinė veikla, priklausanti nuo vertės už investuotus pinigus buvo įvertinta Nyderlanduose, blogiausiai – Lietuvoje. Už Lietuvą farmacinę veiklą blogiau įvertino tik Maltoje, nors čia vertė už investuotus pinigus didesnė (18 pav.).

18 pav. Farmacinės veiklos 2014 m. priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus



1 – Austrija, 2 – Belgija, 3 – Kipras, 4 – Čekija, 5 – Danija, 6 – Estija, 7 – Suomija, 8 – Prancūzija, 9 – Vokietija, 10 – Graikija, 11 – Vengrija, 12 – Airija, 13 – Italija, 14 – Latvija, 15 – Lietuva, 16 – Liuksemburgas, 17 – Malta, 18 – Nyderlandai, 19 – Lenkija, 20 – Portugalija, 21 – Slovakija, 22 – Slovėnija, 23 – Ispanija, 24 – Švedija, 25 – Šveicarija, 26 – Jungtinė Karalystė

Šiuo atveju, vertinant rodiklių tarpusavio koreliaciją, buvo nustatyta, kad vertė už investuotus pinigus ir farmacinė veikla tarpusavyje koreliuoja silpnai, koreliacija nėra statistiškai reikšminga ($r = 0,339$; $p = 0,090$).

Apibendrinant rodiklių priklausomybę nuo vertės už investuotus pinigus, galima pažymėti, kad analizuojant Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos duomenis, nustatyta, kad kuo didesnė vertė už investuotus pinigus, tuo geriau yra vertinami gydymo rezultatai, pacientų informuotumas ir jų teisės ir farmacinė veikla, tuo tarpu tokio ryšio nebuvo nustatyta tarp vertės už investuotus pinigus ir paslaugų prieinamumo.

3.5. Tyrimo trūkumai ir galimybės ateities tyrimams

Šio tyrimo ribotumas gali būti tai, kad sveikatos sistemų palyginimui ir analizei naudoti tik tie elementai, kurie nesikeitė ir išliko nuo 2006 m. iki 2014 m., tai yra buvo lyginti šie elementai: pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas, gydymo rezultatai ir farmacinė veikla, o tie elementai, kurie naujai atsirado ar pasikeitė – teikiamų medicinos paslaugų įvairovė, prevencija ir e-sveikata – į duomenų analizę įtraukti nebuvo. Dar vienas šio tyrimo ribotumas gali būti tai, kad duomenų analizei ir išvadų formulavimui buvo naudoti 2014 m. EHC indekso tyrimo duomenys. Kadangi Lietuvos pacientų organizacijos pateikė netikslius duomenis apie paslaugų prieinamumą, buvo įtraukti nauji rodikliai, kurie Lietuvoje yra blogi eilę metų ir buvo blogai įvertintas pirminės profilaktikos priemonių efektyvumas, vertintas pagal gydymo rezultatus, Lietuvos sveikatos sistemos 2014 m. surinkti taškai yra abejotini, ką patvirtina 2015 m. EHC indekso tyrimo duomenys.

Atsižvelgiant į šiuos trūkumus, vėlesniuose tyrimuose, apie Lietuvos sveikatos sistemos efektyvumą ir jos palyginimą su kitomis šalimis, būtų tikslinga plėsti tyrimo apimtį įtraukiant interviu, kurio metu būtų vykdoma analizė apklausiant lyginamų šalių sveikatos sistemos atstovus. Be to, analizei naudoti visus nuo 2006 m. EHC indekso tyrimuose buvusius elementus ir iš tyrimo eliminuoti 2014 m. EHC indekso tyrimo duomenis ir naudoti sekančių metų duomenis.

4. PASIŪLYMAI LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMAI TOBULINTI

Didėjant išlaidoms sveikatos sistemai išlaikyti, neišvengiamai atsiranda poreikis sveikatos sistemos pertvarkos ar įvairioms kitoms reformoms. Toks poreikis būdingas daugeliui pasaulio šalių. Reformuoti galima ne tik pačią sveikatos priežiūros teikimo struktūrą, bet ir finansavimo sistemą ar patį valdymą. Taip pat galima riboti ir sveikatinimo poreikių augimą. Vis dėl to, paprastų pertvarkos taisyklių nėra – negalima tiesiog paimti ir perkelti kitos šalies sveikatos sistemos modelį į Lietuvą, nes skirtingose šalyse skiriasi ne tik pati sveikatinimo sistema ir joje įgyta gydymo bei valdymo patirtis, bet ir visa socialinė-ekonominė šalies aplinka, kultūra, tradicijos ir kiti veiksniai, kurie nemažiau svarbūs efektyviam sveikatos sistemos funkcionavimui²²⁹. Tačiau nors kitos šalies sveikatos sistemos perkelti ir neįmanoma, svarbu tobulinti silpniausias šalies sveikatos sistemos sritis, pasitelkiant į kitų šalių patirtį ir tam tikrus elementus perkelti į Lietuvos sveikatos sistemą.

Atlikus antrinę duomenų analizę, kurios metu buvo naudojami EHC indekso tyrimo duomenys, pastebėta, kad respondentų požiūriu Lietuvoje gydymo rezultatai, priklausantys nuo pacientų informuotumo ir jų teisių, paslaugų prieinamumo ir farmacinės veiklos yra vertinami žemiausiai tarp šiame darbe lyginamų šalių, tai yra Danijos ir Nyderlandų. Be to, minėtų rodiklių priklausomybė nuo vertės už investuotus pinigus, Lietuvoje taip pat buvo vertinami blogiausiai. Viena iš tokių rezultatų priežasčių gali būti finansinis aspektas, tai yra išlaidų sveikatos priežiūroje vienam gyventojui dydis. Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūroje vienam gyventojui buvo beveik tris kartus mažesnės nei Danijoje ir beveik keturis kartus mažesnės nei Nyderlanduose. Galimai dėl šios priežasties Lietuvoje yra ribotos galimybės gauti įvairias sveikatos paslaugas, pavyzdžiui, žmonės gali dažniau norėti paslaugų, kurios yra brangios ir prieinamos tik tam tikru susirgimu sergantiems pacientams, mažesnis paslaugų prieinamumas – ilgos paslaugų laukimo eilės, gydytojai mažiau laiko gali skirti paciento konsultacijai – dėl didelio gydytojų užimtumo, gydytojai ne visada gali skirti pakankamai laiko pacientui, nes yra nustatyta konsultacijos trukmė, o gydytojas per dieną turi aptarnauti preliminariai nustatytą asmenų skaičių. Visi šie trūkumai atsiranda dėl lėšų stygiaus sveikatos priežiūros sistemoje. Norint tai pagerinti, reikalinga didinti sveikatos sistemai skiriamą biudžetą. Atsižvelgiant į šalies ekonominę padėtį ir taikant vieną iš sveikatos politikos principų – solidarumo principą – kuris yra „taikomas renkant sveikatos draudimo įmokas, jis pasireiškia tuo, kad sveikatos draudimo įmokos surenkamos solidariai teisingai, t. y. dirbantis moka už nedirbantį, sveikas už ligonį, jaunas už seną.“²³⁰, bei įvedus progresinius mokesčius. Tokiu būdu būtų surenkama didesnė lėšų suma ne tik į bendrą šalies biudžetą, bet kartu ir į sveikatos draudimo

²²⁹ Romualdas Buivydas, *supra* note 16, p. 145.

²³⁰ Danguolė Jankauskienė ir Rimantas Pečiūra, *supra* note 14, p. 19.

biudžetą. Taikant vienodas sveikatos draudimo įmokas, net jas ir didinant, visiems asmenims, nepriklausomai nuo jų pajamų, nebus surenkamas didesnis biudžetas. Siekiant to, didesnes pajamas gaunantys šalies gyventojai turėtų mokėti didesnius mokesčius, įskaitant sveikatos draudimo įmokas, nei tie asmenys, kurių pajamos yra minimalios ar labai mažos. Atsižvelgiant į tai, kad Danijoje ir Nyderlanduose išlaidos sveikatos priežiūroje vienam asmeniui yra didesnės, tuo pačiu ir žmonių gydymo rezultatai yra vertinami aukščiau, galima manyti, kad Lietuvoje padidinus išlaidas sveikatos priežiūroje vienam asmeniui, pagerėtų žmonių vertinami gydymo rezultatai.

Be to, remiantis šio empirinio tyrimo rezultatais, galima daryti prielaidą, kad siekiant priartėti prie Danijos ir Nyderlandų sveikatos sistemų lygio, nedarant drastiškų perversmų, tai yra, nekeičiant sveikatos sistemos finansavimo modelio į Bismarko ar Beveridžo, būtina gerinti sveikatos sistemos sritis Lietuvoje, susijusias su pacientų informuotumu ir jų teisėmis, paslaugų prieinamumu ir farmacine veikla. Galima manyti, kad pagerinus minėtas sritis Lietuvos piliečiai galėtų geriau įvertinti ir gydymo rezultatus.

Vadovaujantis 2014 m. EHC indekso tyrimo rezultatais, siekiant pagerinti pacientų informuotumą ir jų teises, reikalinga gerinti sritis, kurios buvo įvertintos blogiausiai –tai paslaugų teikėjų katalogas, kuriame nurodomi reitingai (kokybė), gydytojų elektroninių dokumentų, susijusių su pacientų diagnostiniais tyrimais, naudojimas ir e-receptai. Visos šios sritys yra susijusios su e-sveikata, sistemų ir registrų kūrimu. Lietuvai būtina gerinti pacientų pasitikėjimą ir mažinti skeptišką požiūrį į elektroninius dokumentus, internetu pasiekiamus duomenis ir išmaniųjų technologijų naudojimą medicinoje. Siekiant, kad pacientai galėtų patys pasirinkti savo požiūriu geriausią paslaugos teikėją, reikalinga kurti paslaugų teikėjų katalogą, kuriame pacientai galėtų vertinti gydytojų teikiamas paslaugas, taip padėtų gerinti ir teikiamų paslaugų kokybę, nes viešai skelbiami reitingai ir vertinimai, paslaugų teikėjams būtų paskata suteikti kiek įmanoma kokybiškesnes paslaugas ir taip gauti kuo geresnį įvertinimą. Dar vienas šių sričių galintis pagerinti elementas yra e-receptas. Atsižvelgiant į tai, kad šiuo metu yra pradėta naudoti e-receptų sistema, galima daryti prielaidą, kad per tam tikrą laiką žmonės ims patikimiau į juos žiūrėti ir tai palengvins vaistų išrašymą. Elektroninis receptas palengvins receptų išrašymą, kuriuose nurodoma informacija bus aiškiau išdėstyta, įskaitoma, tokiu būdu nepasitaikys klaidų ir pacientams bus išduodami tinkami ir recepte nurodyti vaistai, o pacientai elektroninės sveikatos portale, pagal savo duomenis bet kuriuo metu galės matyti informaciją, kokie receptai jam yra išrašyti, kaip ir kokius vaistus jam reikia vartoti. Taigi, tobulinant elektroninės sveikatos elementus, turėtų gerėti informacijos prieinamumas, tokiu būdu turėtų gerėti ir pacientų informuotumas ir jų teisės.

Taip pat, siekiant gerinti žmonių vertinamus gydymo rezultatus, būtina gerinti paslaugų prieinamumą. 2014 metais blogiausiai buvo įvertinta: pateikimas pas šeimos gydytoją tą pačią dieną, tiesioginis pateikimas pas gydytoją specialistą, vėžio gydymo terapija per mažiau nei 21 dieną

ir laikotarpis nuo patekimo pas gydytoją ir ligos gydymo. Siekiant pagerinti šiuos elementus, būtina mažinti laukimo eilėse laiką. Tai padaryti padėtų tobulinama konsultacijų telefonu ar internetu sistema. Pacientai, pirmiausiai galėtų kreiptis į gydytoją ir kitą sveikatos specialistą telefonu ar internetu, nurodęs sutrikimo ar negalavimo simptomus, specialistas pateiktų gydymo schemą, pavyzdžiui, nurodytu, kokius vaistus vartoti, o nepraėjus simptomams, po pakartotino kreipimosi internetu ar telefonu, pacientas galėtų būti nukreipiamas šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto konsultacijai gydymo įstaigoje. Šiuo metu asmenys dažnai kreipiasi į gydytojus esant nedideliems sutrikimams, pavyzdžiui peršalimas, recepto vaistams išrašymas ar siuntimo pas gydytoją specialistą gavimas, tokiu būdu ilgindami laukimo pas šeimos gydytoją laiką ir pacientai su rimtesniais nusiskundimais neturi galimybės skubiai patekti pas šeimos gydytoją. Kadangi eilės pas šeimos gydytojus yra didelės, pacientai, turi laukti, kuomet bus nukreipti pas gydytojus specialistus, pas kuriuos taip pat yra didelės laukimo eilės, tokiu būdu atitolinamas gydymo pradžios laikas. Pacientas, patekęs pas šeimos gydytoją, neretai turi laukti keletą mėnesių konsultacijai pas gydytoją specialistą, o tuomet atlikus tyrimus ir nustatčius diagnozę, pacientas gauna gydymą. Siekiant sumažinti laukimo eiles pas gydytojus specialistus, esant galimybei, reikėtų taikyti tokią pačią konsultacijų telefonu ir internetu sistemą, kaip ir anksčiau minėtu atveju. Diegiant konsultacijas nuotoliniu būdu, galėtų būti pagreitintas gydymo pradėjimo laikas ir sumažinamos laukimo pas gydytojus laikas, taip atrenkami pacientai, kuriems tiesioginės konsultacijos su gydytojais yra būtinos.

Dar vienas elementas, kurį reikalinga tobulinti Lietuvoje yra farmacinė veikla. 2014 metais Lietuvoje blogiausiai buvo vertinama: vaistų pardavimų dalis, kuriuos apmoka valstybė, naujų vaistų nuo vėžio įvedimo lygis, vaistai nuo artrito ir metformino vartojimas. Siekiant gerinti šiuos elementus, būtina didinti lėšas, skirtas vaistų kompensavimui. Esant didesniam lėšų kiekiui, atsirastų daugiau galimybių kompensuoti daugiau ir įvairesnių vaistų, taip pacientams mažiau mokėti savo lėšomis. Taip pat atsirastų galimybė lengviau į kompensavimo sistemą įsileisti vaistus, skirtus vėžiui gydyti. Šiuo metu, esant ribotam ir nedideliame sveikatos sistemai finansuoti skirtam biudžetui, yra labai griežtos taisyklės ir ribotos galimybės į kompensavimo sistemą patekti naujiems vaistams ne tik vėžiui gydyti, bet ir apskritai vaistams, už kuriuos pacientai šiuo metu moka patys.

Taigi, pagerinus visus minėtus sveikatos sistemos elementus Lietuvoje, galima daryti prielaidą, kad gerėtų pacientų vertinami gydymo rezultatai. Padidinus sveikatos sistemai skirtas lėšas, išstobulinus elektroninę sveikatos sistemą, sumažinus laukimo eiles pas šeimos gydytojus ir gydytojus specialistus, pacientai galėtų greičiau gauti gydymą ir greičiau pasiekti tinkamų gydymo rezultatų.

IŠVADOS

1. Sveikatos priežiūros sistema yra daugiakomponentė, kuri susideda iš gyventojų sveikatos, iš įvairių visuomenės gyvenimo sričių, sveikatos priežiūros sistemą veikia politiniai, ekonominiai, socialiniai, kultūriniai ir technologiniai veiksniai. Augant visuomenės poreikiams, sveikatos priežiūros sistema nuolat keičiasi ir tobulėja, ji tampa modernesne ir labiau atitinka keliamus gyventojų reikalavimus. Tačiau nepriklausomai nuo esančio laikmečio, siekiant gerai funkcionuojančios sveikatos priežiūros sistemos, būtinas ne tik stabilus finansinis pagrindas, bet ir sveikatos politiką formuojantys principai (teisingumas, prieinamumas, priimtumas, tinkamumas, solidarumas, lygybė, visapusiškumas, laisvas pasirinkimas, tęstinumas ir saugumas), bei jų nuolatinis laikymasis.

2. Pagrindinis Danijos sveikatos priežiūros tikslas yra užtikrinti paslaugų prieinamumą visiems piliečiams, skatinti gyventojų sveikatą, užkirsti kelią ligoms ir gydyti ligas, vengti pacientų kankinimosi ir funkcinų asmenų apribojimų. Danijos sveikatos priežiūra orientuota į lengvai, vienodai prieinamą ir laisvai pasirenkamą sveikatos priežiūrą, reglamentuojant nustatytas laukimo eilėse laiką, reguliuojant finansavimą ir siekiant aukštos kokybės paslaugų. Tuo tarpu Nyderlandų sveikatos priežiūros sistema yra orientuota į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, tinkamą išlaidų paskirstymą ir pasirinkimo laisvės stiprinimą. Nyderlandų sveikatos priežiūros sistemos tikslas yra visus žmones išlaikyti kiek įmanoma ilgiau sveikais ir pagydyti kiek įmanoma greičiau, tačiau pagrindinė atsakomybė už asmeninę, o kartu ir visuomenės sveikatą ir jos gerinimą tenka ne vyriausybei, o pačiam žmogui. O Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniai tikslai yra pagerinti gyventojų sveikatą, pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pagerinti paslaugų kokybę, siekiant išsaugoti gyventojų sveikatą, ją gražinti ir stiprinti. Šioje sveikatos priežiūros sistemoje dėmesys yra perkeliamas nuo gydymo į prevenciją ir sveiką gyvenseną, o priminė sveikatos priežiūra turi atlikti pagrindinį vaidmenį didinant paslaugų efektyvumą.

3. Lietuvos sveikatos sistema, lyginant su Danija ir Nyderlandais, yra mažiausiai efektyvi. Nepriklausomai nuo laikotarpio, tiek 2014 m. tiek ir 2006–2014 m. bendrai, Lietuvoje gydymo rezultatai, priklausantys nuo pacientų informuotumo ir jų teisių, paslaugų prieinamumo ir farmacinės veiklos buvo vertinti žemiausiai. Respondentų požiūriu Nyderlanduose sveikatos priežiūros sistema yra vertinama geriausiai, Danijoje, tarp lyginamųjų šalių, sveikatos priežiūros sistema vertinta blogiau nei Nyderlanduose, bet geriau nei Lietuvoje. Be to, nustatyta, kad kuo

didesnė vertė už investuotus pinigus, tuo geriau yra vertinami gydymo rezultatai, pacientų informuotumas ir jų teisės ir farmacinė veikla, toks ryšys nebuvo nustatytas tarp vertės už investuotus pinigus ir paslaugų prieinamumo. Šiuo aspektu Nyderlanduose sveikatos priežiūros sistema vertinta geriausiai, o Lietuvoje – blogiausiai.

4. Siekiant pagerinti sveikatos sistemą Lietuvoje, būtina didinti sveikatos sistemai skirtą lėšų sumą, tobulinti elektroninės sveikatos sistemą, mažinti laukimo pas gydytojus laiką ir gerinti gydymo rezultatus.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės aktai:

1. „Lietuvos Respublikos Konstitucija.“ *Valstybės žinios* 33, 1014 (1992).
2. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo.“ *TAR*, 9403 (2014).
3. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 plėtros metmenų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 73, 3498 (2011).
4. „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 63, 1232 (1994).

Moksliniai šaltiniai:

5. „1996 m. birželio 18 d. Liubianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje.“ Žiūrėta 2015 12 10.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf.
6. „ILO World of Work Report 2013: EU Snapshot.“ Žiūrėta 2015 10 20.
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_209607.pdf.
7. Alban, Anita. „Decentralizacija kaip politinis pasirinkimas.“ Pranešimas konferencijoje Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje?, Vilnius, 1995 spalio 10 d.
8. Barr, Ben et al. „Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis.“ *BMJ*, 345 (2012): 1-7.
9. Batenburg, Ronald, ir Paul Poortvliet. „The Netherlands: Economic trends.“ Iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al., 448-452. United Kingdom: World Health Organization, 2015.
10. Batenburg, Ronald, Madelon Kroneman, Anna Sagan. „The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands.“ Iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al., 247-250. United Kingdom: World Health Organization, 2015.
11. Birmontas, Vytautas. „Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip Konstitucinė teisė.“ *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 30-45.
12. Bjornbrg, Arne. *Euro Health Consumer Index 2014, Report*. Health Consumer Powerhouse, 2014.
http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf.

13. Bjornbrg, Arne. *Euro Health Consumer Index 2015, Report*. Health Consumer Powerhouse, 2016.
http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf.
14. Buivydas, Romualdas. „Lietuvos sveikatos sistema.“ Iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, Vilius Jonas Grabauskas, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Irvinas Kairys, Ramunė Kalėdienė, Janina Kumpienė, Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė, 143-145. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
15. *Communication from the commission: On effective, accessible and resilient health systems*. European Commission, 2014.
16. Daley, Claire, and James Gubb, „Healthcare Systems: The Netherlands,“ <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/netherlands.pdf>.
17. DeVogli, Roberto. „The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection.“ *International Journal for Equity in Health* 13, 58 (2014): 1-7.
18. Editorial. „Health reform monitor – The impact of the financial crisis.“ *Health Policy*, 106 (2012): 1-2.
19. Escolar-Pujolar, Antonio, Amaia Bacigalupe, Miguel San Sebastian. „European economic crisis and health in equities: research challenges in an uncertain scenario.“ *International Journal for Equity in Health* 13, 59 (2014): 1-3.
20. European public health alliance. *Reforming Health Systems in Times of Austerity: Position Paper*. Belgium: European Public Health Alliance, 2013.
21. Gaidelytė, Rita, ir Dalia Tendziagolskytė. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2014*. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2015.
22. Grad, Frank P. „The preamble of the Constitution of the World Health Organization.“ *Bulletin of the World Health Organization* 80, 12 (2002): 981-984.
[http://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf).
23. Gurevičius, Romualdas. „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą.“ *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015): 5-8.
24. Hervey, Tamara, and Bart Vanhercke. „Health care and the EU: the law and policy patchwork.“ Iš *Health Systems Governance in Europe: the Role of European Union Law and Policy*, Elias Mossialos, Govin Permanand, Rita Baeten, Tamara K. Hervey, 92-107. Cambridge: Cambridge University, 2010.

25. J van den Berg, Michael, et. al. „The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands.“ *Health Research Policy and Systems* 12, 1 (2014): 1-7.
26. Jakab, Zsuzanna, ir Agis D. Tsouros. „Sveikata 2020“ - siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje,“ *Visuomenės sveikata* 4, 63 (2013): 5-11.
27. Jankauskienė, Danguolė, ir Rimantas Pečiūra. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
28. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos politikos ir strategijos gairės ES ir Lietuvoje bei Sveikatos reforma.“ Pranešimas, 2009.
29. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai.“ Iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, Vilius Jonas Grabauskas, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Irvinas Kairys, Ramunė Kalėdienė, Janina Kumpienė, Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė, 140. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
30. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje.“ Iš *Sveikatos politika ir valdymas*, 7-26. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.
31. Janušonis, Vinsas. „Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai.“ *Sveikatos mokslai* 21, 4 (2011): 5-11.
32. Kacevičius, Gintaras, ir Skirmantė Sauliūnė. „Lithuania: Economic trends.“ Iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al., 430-433. United Kingdom: World Health Organization, 2015.
33. Kalėdienė, Ramunė. „Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei.“ *Medicina (Kaunas)* 40, 9 (2004): 891-896.
34. Kumpienė, Janina, ir Ona Sužiedelytė. „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas.“ Iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, Vilius Jonas Grabauskas, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Irvinas Kairys, Ramunė Kalėdienė, Janina Kumpienė, Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė, 208. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *Lietuvos sveikatos programa*. 39-40.
36. Mačiulaitis, Rimantas. „Sveikatos priežiūros įstaigų verslumo analizė per žmonių išteklių valdymą.“ *Sveikatos mokslai* 22, 4 (2012): 70-77.

37. Madsen, Peter G., et. al. *Evaluation of the sector health and childcare under the EEA/Norway Grants*. COWI, 2011.
38. Matkevičiūtė, Evelina, ir Jonas Žaptorius, „Privalomojo sveikatos draudimo finansinių srautų formavimo ypatumai,“ *Verslas XXI amžiuje*, 108 (2014): 87–96.
39. Ministry of Health, Welfare and Sport. *National policy document on health: Health close to people*. The Hague: Ministry of Public Health, Welfare, 2012.
40. Murauskienė, Liubovė, et. al. *Health System in Transition: Lithuania, Health system review*. United Kingdom: World Health Organization, 2013.
41. Nakrošis, Vitalis, Ramūnas Vilpišauskas ir Detlef Jahn. *Sustainable Governance Indicators. 2014 Lithuania Report*. Bertelsmann Stiftung, 2014.
42. Nexoe, Jorgen. „Developing Danish general practice.“ *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31 (2013): 129–130.
43. Olejaz, Maria, et al. *Health Systems in Transition: Denmark, Health system review*. United Kingdom: World Health Organization, 2012.
44. Padaiga, Žilvinas et. al. *Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurios gali būti priskirtos savarankiškajai savivaldybės funkcijai, nomenklatūros ir minimalių normatyvų projekto parengimas: Projekto ataskaita*. Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2011.
45. Page, Benjamin I., Larry M. Bartels, and Jason Seawright. „Democracy and the Policy Preferences of Wealthy Americans.“ *Perspectives on Politics* 11, 1 (2013): 51–73.
46. Palm, Willy et al. *Building European Reference Networks in Health Care: Exploring concepts and national practices in European Union*. United Kingdom: World Health Organization, 2013.
47. Pedersen, Kjeld Moller, John, Sahl, Andersen, and Jens, Sondergaard. „General Practice and Primary Health Care in Denmark.“ *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 (2012): 34–38.
48. Rudkjøbing, Andreas, et. al. „Health care agreements as a tool for coordinating health and social services.“ *International Journal of Integrated Care*, 14 (2014): 1–10.
49. Rudkjøbing, Andreas, ir Karsten Vrangbak. „Denmark: Economic trends.“ Iš *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Anna Maresso et al., 366-370. United Kingdom: World Health Organization, 2015.
50. Savičiūtė, Rasa et al. „Relation of social and economic factors to health policy,“ *ACTA MEDICA LITUANICA* 19, 1 (2012): 31–36.
51. Schafer, Willemijn, et. al. *Health System in Transition: The Netherlands, Health system review*. United Kingdom: World Health Organization, 2010.

52. Schut, Erik, Stephane Sorbe, JensHoj. „Health care reform and long-term care in the Netherlands.“ *ECO/WKP*, 2 (2013): 2–36.
53. Strandberg-Larsen, Martin et. al. *Health Systems in Transition: Denmark, Health system review*. United Kingdom: World Health Organization, 2007.
54. Strandberg-Larsen, Martin, and Allan Krasnik. „Does a public single payer system deliver integrated care? A national survey study among professional stakeholders in Denmark.“ *International Journal of Integrated Care*, 8 (2008): 1–13.
55. Thomson, Sarah, et. al. *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. New York: The Commonwealth Fund, 2012.
56. Vrangbaek Karsten. „The Danish Health Care System, 2014.“ Iš *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*, Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn Chloe Anderson, 33-41. United States: The Commonwealth Fund, 2015.
57. Wammes, Joost, Patrick Jeurissen ir Gert Westert. „The Dutch Health Care System, 2014.“ Iš *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*, Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn Chloe Anderson, 93-98. United States: The Commonwealth Fund, 2015.
58. Weel, Chris, Henk Schers, Arno Timmermans. „Health care in the Netherlands.“ *JABFM*, 25 (2012): 12–17.
59. Wismar, Matthias, et al. *Health Targets in Europe; Learning from experience*. World Health Organization, 2008.
60. World Health Organization. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. World Health organization, 2013.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.

Internetiniai šaltiniai:

61. Centraal Bureau voor de Statistiek. „Health, lifestyle, health care use and supply, causes of death; key figures.“ Žiūrėta 2015 11 15.
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=81628ENG>
62. European commission „Health Systems Research.“ Žiūrėta 2015 10 20.
http://ec.europa.eu/research/health/public-health/health-systems/index_en.html.
63. Europos Komisija. „Investicijos į sveikatą.“ Žiūrėta 2015 10 25.
http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_lt.htm.
64. Europos Komisija. „Politika.“ Žiūrėta 2015 10 10.
http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_lt.htm.

65. Eurostat. „Health personnel employed in hospital.“ Žiūrėta 2015 12 12, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.
66. Government of the Netherlands. „Ministry of Health, Welfare and Sport.“ Žiūrėta 2015 10 22. <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport/>.
67. Higienos institutas. „Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004-2014 m.“ Žiūrėta 2015 11 20. http://sic.hi.lt/php/spf3.php?dat_file=spf3.txt.
68. Lietuvos darbo birža. „Kitų šalių gyvenimo ir darbo sąlygos, Nyderlandai.“ Žiūrėta 2015 12 14. http://www.ldb.lt/eures/index.aspx?page=/lt/gyvenimo_darbo_salygos/kitu_saliu_gyvenimo_ir_darbo_salygos/nyderlandai/.
69. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. „Sveikatos apsaugos ministerijos misija.“ Žiūrėta 2016 01 20. <http://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija>.
70. Medical Dictionary. „Health care system.“ Žiūrėta 2015 06 23. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+care+system>.
71. Ministry of Health. „The Ministry: About the Ministry, Organization Chart.“ Žiūrėta 2015 10 28. <http://www.sum.dk/English/The%20Ministry.aspx>.
72. Organization for Economic. „Health Statistics.“ Žiūrėta 2015 11 10. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>.
73. Pasaulio Bankas. „Health expenditure, total (% of GDP).“ Žiūrėta 2015 10 25. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries/DK-NL-LT?display=graph>.
74. Rudaitis, Rimas. „Seimas patvirtino sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metais metmenis.“ Žiūrėta 2015 10 26. http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4445&p_k=1&p_d=112256.
75. World Health Organization. „Ageing and life-course: Global financial crisis and the health of older people.“ Žiūrėta 2015 10 16. http://www.who.int/ageing/economic_issues/en/.
76. World Health Organization. „Health Systems.“ Žiūrėta 2015 06 23. http://www.who.int/topics/health_systems/en/.
77. World Health Organization. „The determinants of health.“ Žiūrėta 2015 11 10. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.

Dmitrijevaitė A. *Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčiai* / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė doc. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe analizuojami Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčiai. Pirmiausia apžvelgiamas sveikatos sistemos vystymasis Europoje, sveikatos politikos pokyčiai Danijoje, Nyderlanduose ir Lietuvoje, gilinamasi į pasaulinės ekonominės krizės poveikį sveikatos sistemoms Danijoje, Nyderlanduose ir Lietuvoje. Vėliau vertinamas Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumas respondentų požiūriu: analizuojamos sąsajos tarp gydymo rezultatų ir pacientų informuotumo ir jų teisių, paslaugų prieinamumo ir farmacinės veiklos. Taip pat analizuojama, kaip minėti rodikliai priklauso nuo vertės už investuotus pinigus.

Raktiniai žodžiai: health policy, health care systems, economic crisis.

Dmitrijevaitė A. *Health policy changes in Denmark, the Netherlands and Lithuania* / Health Policy and Management master thesis. Supervisor doc. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2016.

ANNOTATION

In this Master thesis health policy changes in Denmark, the Netherlands and Lithuania are reviewed. Firstly, health system development in Europe, health policy changes and global economic crisis impact on health systems in Denmark, the Netherlands and Lithuania are examined. Secondly, respondents' point of view on efficiency of health systems in Denmark, the Netherlands and Lithuania is assessed: the coherence among outcomes, patient rights and information, accessibility and pharmaceuticals. Furthermore, it is analyzed how these indicators depend on the bang for the buck.

Key words: health policy, health care systems, economic crisis.

Dmitrijevaitė A. *Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčiai / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas*. Vadovė doc. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016. – 89 psl.

SANTRAUKA

Žmones aprūpinti aukštos kokybės sveikatos priežiūra – tai iššūkis, su kuriuo susiduria visos sveikatos priežiūros sistemos. Gyventojų poreikių nebetenkinanti sveikatos priežiūros sistema privalo būti tobulinama. Tačiau, siekiant tobulinti šalies sveikatos sistemą, tiek pačios sveikatos sistemos, tiek ir sveikatos politikos pokyčiai yra neišvengiami.

Tyrimo objektas – Sveikatos politika.

Darbo tikslas – Išanalizuoti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčius ekonominės krizės metu ir po jos.

Darbo uždaviniai: apžvelgti pastarųjų metų sveikatos sistemos vystymosi tendencijas Europoje; išanalizuoti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos politikos pokyčius sveikatos sistemos vystymo prasme; įvertinti Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumą respondentų požiūriu; pateikti pasiūlymus Lietuvos sveikatos sistemai tobulinti.

Darbo metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, kokybinis tyrimas, taikant antrinės duomenų analizės metodą.

Rezultatai: Atlikus antrinę duomenų analizę nustatyta, kad respondentų požiūriu sveikatos sistema Lietuvoje vertinama prasčiausiai lyginant su Danija ir Nyderlandais. Gydomo rezultatų priklausomybė nuo pacientų informuotumo ir jų teisių, paslaugų prieinamumo ir farmacinės veiklos Lietuvoje vertinama blogiausiai, Danijoje – antroje vietoje iš trijų lyginamų šalių, o Nyderlanduose – geriausiai. Taip pat nustatyta, kad kuo šalyje didesnė vertė už investuotus pinigus, tuo geriau yra vertinami gydymo rezultatai, pacientų informuotumas ir jų teisės ir farmacinė veikla, tuo tarpu tokio ryšio tarp vertės už investuotus pinigus ir paslaugų prieinamumo nebuvo nustatyta. Šiuo aspektu Lietuvos sveikatos sistema vertinama blogiausiai, o Nyderlandų – geriausiai.

Išvados: Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas respondentų požiūriu tiek 2014 m., tiek 2006–2014 metais Lietuvoje vertintas blogiausiai, Nyderlanduose – geriausiai.

Darbo struktūra: Pirmiausia apžvelgiamas sveikatos sistemos vystymasis Europoje, sveikatos politikos pokyčiai Danijoje, Nyderlanduose ir Lietuvoje, gilinamasi į pasaulinės ekonominės krizės poveikį sveikatos sistemoms. Vėliau vertinamas Danijos, Nyderlandų ir Lietuvos sveikatos sistemų efektyvumas respondentų požiūriu: analizuojamos sąsajos tarp gydymo rezultatų ir pacientų informuotumo bei jų teisių, paslaugų prieinamumo ir farmacinės veiklos. Taip pat analizuojama, kaip minėti rodikliai priklauso nuo vertės už investuotus pinigus.

Raktiniai žodžiai: health policy, health care systems, economic crisis.

Dmitrijevaitė A. *Health policy changes in Denmark, the Netherlands and Lithuania* / Health Policy and Management master thesis. Supervisor doc. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2016. – 89 p.

SUMMARY

The biggest challenge faced by all health care systems is providing high quality health care. When the health care system stops meeting population needs, it must be perfected. However, in order to improve the country's health system, system changes as well as health policy changes are unavoidable.

The object of the study – health policy.

Aim of the study – to analyze health policy changes in Denmark, the Netherlands and Lithuania during the economic crisis and afterwards.

Study objectives: to review the recent trends of health system development in Europe; to analyze Danish, Dutch and Lithuanian health policy changes in terms of health system development; to evaluate health system efficiency in Denmark, the Netherlands and Lithuania from respondents' point of view; to submit suggestions for improving health system in Lithuania.

Study methods: analysis of the academic literature, legal documentation, and the qualitative study using secondary data analysis method.

Results: The secondary data analysis showed that the health system, from respondents' point of view, was evaluated the worst in Lithuania compared to Denmark and the Netherlands. The coherence among outcomes, patients' rights and information, accessibility and pharmaceuticals in Lithuania got the worst evaluation, Denmark was in a second place among these three countries and the Netherlands got the best evaluation. The findings show that if the bang for the buck is higher, the better evaluation of outcomes, patient rights and information, pharmaceuticals is assessed. At this aspect, Lithuanian health system was considered the worst, and the Netherlands – the best.

Findings: Health care system efficiency, from respondents' point of view, was assessed worst in Lithuania, the best – in the Netherlands (in 2014 and 2006–2014 year period).

Structure: Firstly, health system development in Europe, health policy changes in Denmark, the Netherlands and Lithuania are examined. Also, the global economic crisis impact on health systems in Denmark, the Netherlands and Lithuania is analyzed. Secondly, respondents' point of view on efficiency of health systems in Denmark, the Netherlands and Lithuania is assessed: the coherence among outcomes, patient rights and information, accessibility and pharmaceuticals. Furthermore, it is analyzed how these indicators depend on the bang for the buck.

Key words: health policy, health care systems, economic crisis.