

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR FINANSŲ VALDYMO FAKULTETAS
EKONOMIKOS KATEDRA**

EDITA VAITKUTĖ

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO
LIETUVOJE TENDENCIJOS BEI FINANSAVIMO
PROGNOZĖ**

Magistro baigiamasis darbas

**Vadovas
doc. dr. G. Černiauskas**

VILNIUS, 2010

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR FINANSŲ VALDYMO FAKULTETAS
EKONOMIKOS KATEDRA**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO
LIETUVOJE TENDENCIJOS BEI FINANSAVIMO
PROGNOZĖ**

**Viešojo sektoriaus ekonomikos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 62404S109**

**Vadovas
doc. dr. G. Černiauskas
2010 12**

**Atliko
VSEmn9-01 gr. stud.
E. Vaitkutė
2010 12 14**

VILNIUS, 2010

TURINYS

SANTRUMPOS.....	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS	6
IVADAS	7
I.SVEIKATOS PRIEŽIŪRA IR JOS FINANSAVIMAS	11
1.1.Sveikatos priežiūra kaip socialinės apsaugos dalis.....	11
1.2.Sveikatos priežiūros sistemos funkcijos	13
1.3.Sveikatos priežiūros sistemų modeliai	14
1.4.Sveikatos priežiūros finansavimo principai.....	22
1.5.Privatus ir valstybinis sveikatos priežiūros finansavimas	24
1.6.Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo lėšos	29
II. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS LIETUVOJE	35
2.1.Lietuvos sveikatos priežiūros sistema	35
2.2.Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas	39
2.2.1.Valdžios sektoriaus finansavimas	45
2.2.2.Privataus sektoriaus finansavimas	54
2.2.3.Kitos lėšos	61
III. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO ANALIZĖ IR PROGNOZAVIMAS	63
3.1.Sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje koreliacinė regresinė analizė	63
3.2.Sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje prognozavimas	66
IŠVADOS	72
LITERATŪRA	74
ANOTACIJA	79
ANOTATION.....	80
SANTRAUKA.....	81
SUMMARY	82

SANTRUMPOS

BVP – Bendrasis vidaus produktas

ES – Europos Sąjunga

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSSD – Papildomasis savanoriškas sveikatos draudimas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

TLK – Teritorinė ligonių kasa

TVF – Tarptautinis valiutų fondas

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VSDF – Valstybinio socialinio draudimo fondas

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1.1 pav. Beveridžo sveikatos priežiūros modelis.....	15
1.2 pav. Bismarko sveikatos priežiūros modelis.....	17
1.3 pav. Semaškos sveikatos finansavimo modelis.....	19
1.4 pav. Privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis.....	21
1.5 pav. Tiesioginis sveikatos priežiūros finansavimas.....	21
1.6 pav. Rizikos telkimas ir finansavimo solidarumas tarp įvairių sveikatos priežiūros finansavimo sistemų.....	24
2.1 pav. Finansų srautų valdymas sveikatos priežiūros sistemoje.....	37
2.2 pav. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos.....	39
2.3 pav. BVP ir sveikatos priežiūros išlaidos 1995-2008 m.	40
2.4 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos palyginti su BVP.....	41
2.5 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų pasiskirstymas.....	42
2.6 pav. Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal sveikatos priežiūros finansuotojus.....	43
2.7 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos.....	46
2.8 pav. PSDF biudžeto pajamų sudėtis 2009 m.....	48
2.9 pav. Bedarbių skaičius 2002-2008 m.	50
2.10 pav. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis...	51
2.11 pav. Valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšos sveikatos priežiūrai.....	52
2.12 pav. Papildomasis sveikatos draudimas, kaip procentas nuo visų einamųjų išlaidų.....	55
2.13 pav. Privataus draudimo dalis (proc.) nuo visų privačių išlaidų sveikatai.....	56
2.14 pav. Privačios sveikatos priežiūros išlaidos Lietuvoje 1994-2008 m.	59
2.15 pav. Piniginių sveikatos priežiūros išlaidų vienam namų ūkio nariui 2008 m. 60 struktūra.....	60
2.16 pav. Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimo išmokos.....	62
3.1 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo prognozavimas.....	68

LENTELIŲ SĄRAŠAS

2.1 lentelė. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros finansuotojus.....	44
2.2 lentelė. Įmokų dydžiai už valstybės draudžiamus asmenis.....	49
2.3 lentelė. Draudimo veiklos rezultatai 2002-2009 m.....	56
2.4 lentelė. Namų ūkių išlaidos Lietuvoje vienam namų ūkio nariui per mėn.....	59
2.5 lentelė. Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimo įmokų dydžiai.....	61
3.1 lentelė. Koreliacinei regresinei analizei atlikti naudoti duomenys.....	64
3.2 lentelė. Prognozavimui naudoti duomenys.....	68

IVADAS

Sveikas žmogus, t.y. sveika visuomenė, yra valstybės ekonominį, socialinį ir kultūrinį vystymąsi užtikrinantys veiksniai. Geresnė visuomenės sveikata yra būtina valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida. Sveikatos priežiūros sistema, kaip ir bet kuri kita socialinės saugos sistema, yra labai jautri gyvenimo sritis, paliečianti visą visuomenę.

Šių amžių sandūroje Europoje sveikatos priežiūros funkcionavimą užtikrina valstybė, įtraukdama šiam tikslui įgyvendinti visas socialines ir ekonomines struktūras ir sudarydama būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi. Reguluojant sveikatos priežiūros dalyvių ekonominius santykius, svarbus vaidmuo tenka būtent valstybei, nes dėl informacijos asimetrijos ir kitų priežasčių kiekvienas žmogus atkirai negali tinkamai pasirūpinti savo sveikata bei gauti reikiamų paslaugų ar prekių. Valstybė nustato nuosavybės bei turto valdymo būdus, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąlygas ir apribojimus, valstybės investicijų valdymą, įstaigų finansavimą, taip pat išlaidų vaistams bei kitoms gydymo priemonėms kompensavimo mechanizmus. Lietuvos pagrindiniame teisiniame dokumente – Konstitucijoje - deklaruojama, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, ir kad įstatymas nustato nemokamos pagalbos teikimo tvarką. T.y. Konstitucija numato, kad žmogus turi gauti pagalbą, tačiau tai nereiškia, kad jis turi visą pagalbą gauti nemokamai¹. Nė viena valstybė nėra pajėgi užtikrinti tokios pagalbos. Taigi įgyvendinant sveikatos priežiūros politiką neišvengiamai susiduriama su finansavimo problema - kaip ir kokiais būdais finansuoti sveikatos sistemą, kokius padaryti sprendimus, kad kiekvienas šalies pilietis gautų pakankamą sveikatos priežiūrą susirgus ar kad būtų imtasi veiksmų, jog jis nesusirgtų. Sveikatos priežiūros sistema nustato būtinų fondų surinkimą tam, kad būtų suformuotas biudžetas sveikatos priežiūros sistemos išlaidoms. Dažniausiai pasitaikantis būdas surinkti lėšas socialinės saugos sistemai yra pačių dalyvių įmokos ir vyriausybės subsidijos, tačiau galimos ir kitos finansavimo formos, tokios kaip tiksliniai mokesčiai, įplaukos, socialinės saugos išmokų gavėjų įnašai.

¹ Seimo kontrolieriaus Romo Valentukevičiaus Informacinis biuletenis “Žmogaus teisių apsauga. Teisė į tinkamą sveikatos apsaugą”, 2007, Nr. 19 (34)

Kartu su ekonomikos augimu, auga ir sveikatos priežiūros finansavimas bei jo svarba. Senėjant visuomenei ir gerėjant informacijos prieinamumui, sveikatos paslaugų paklausa auga. Visos šalys, ir ypač ES, iš esmės sprendžia tą pačią finansavimo problemą – tačiau geriausio modelio, kurį galima būtų nukopijuoti, nėra. Taip pat laikui bėgant net ir gerai veikiančią sistemą reikia reformuoti, kad atitiktų šalies realijas (jokia finansavimo sistema, kad ir kokia gera ji būtų, negali funkcionuoti neribotą laiką). Besikeičianti aplinka, pokyčiai mikroekonomikos ir makroekonomikos lygmenyse verčia tobulinti ir keisti egzistuojančias sveikatos priežiūros finansavimo sistemas.

Finansavimas yra viena opiausių problemų, esančių šiandieniniame sveikatos priežiūros sektoriuje. Apie tai, kad nemokamas gydymas Lietuvoje yra mitas, medikų bendruomenėje kalbama jau kelerius metus². Pasaulio banko 2009 m. ataskaitoje³ teigiama, kad Lietuvoje sveikatos priežiūrai yra išleidžiama nemažai pinigų, tačiau pagal rezultatus⁴ daug atsiliekame nuo tų valstybių, kurios sveikatos priežiūrai išleidžia panašų procentą nuo BVP, taigi skiriamos lėšos neatitinka tikslų, kuriems jos yra skiriamos. Neseniai Lietuvos sveikatos sistemos būklė buvo taip pat įvertinta nepriklausomų ekspertų - vertinimo kompanijos „Health Consumer Powerhouse“ pranešimas⁵ apie sveikatos priežiūros padėtį Europos Sąjungos valstybėse Lietuvai buvo nepalankus. Įvertinus kelias dešimtis svarbių sveikatos priežiūrą apibūdinančių parametrų, Lietuvos sveikatos sistema įvertinta kaip viena blogiausių (29 vieta iš 31) – ne tik prastos kokybės, bet ir sunkiai prieinama pacientams. Nepriklausomi ekspertai pabrėžė, kad dėmesį reikia skirti paslaugų prieinamumo problemoms, taip pat ir nepakankamam sveikatos apsaugos finansavimui. Panašius rezultatus rodo ir 2010 m. atliktos apklausos⁶ duomenys, kurie atskleidžia, jog 40 proc. gyventojų ir 49 proc. medikų mano, kad sveikatos sistemos finansavimas yra per mažas. 30 proc. gyventojų ir medikų galvoja, kad Lietuvos gyventojai turi

² Anot medikų, dabartinėmis sąlygomis nemažai konfliktų tarp gydytojo ir paciento kyla todėl, kad valstybė neapmoka visų reikalingų tyrimų. Pacientai darytis mokamus tyrimus atsisako, o gydytojai dėl to negali jų visapusiškai ištirti ir paskirti efektyviausio gydymo.

³ Lithuania. Social Sectors Public Expenditure Review // Prepared for the Republic of Lithuania by the World Bank Group. Report No. 48604-LT.

⁴ Pavyzdžiui, nuo 2004 m. PSDF biudžetas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kompensuoti Lietuvoje išaugo daugiau nei du kartus, o vidutinė gyvenimo trukmė per tą patį laikotarpį sumažėjo daugiau nei vieneriais metais.

⁵ Euro Health Consumer Index 2009, Health Consumer Powerhouse AB, 2009. ISBN 978-91-977879-1-8

⁶ Reprezentatyvi Lietuvos gyventojų apklausa buvo atlikta 2010 m. birželio 4 – 13 d. UAB „Vilmorus“. Kokybinių apklausų metu į anketų klausimus atsakė:

- 176 medikai (gydytojai, slaugytojai) iš privačių ir iš viešųjų įstaigų;
- 36 sveikatos priežiūros įstaigų vadovai;
- 7 draudimo bendrovės.

išleisti per daug asmeninių lėšų gydymui, kurias turėtų kompensuoti valstybė. Ir tik apie 11 proc. gyventojų ir medikų laikosi pozicijos, kad Lietuvoje sveikatos apsauga yra finansuojama pagal valstybės ir gyventojų išgales. Tai parodo, kad šiandieninis sveikatos priežiūros finansavimas neatitinka jam keliamų reikalavimų.

Pagrindinė problema, kuriai spręsti yra skirtas darbas: Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo analizė atsižvelgiant į finansavimo patirtį po sistemos reformavimo bei remiantis šiandieninėmis tendencijomis, siekiant nustatyti sistemos finansavimo trūkumus bei potencialą, numatyti finansavimo perspektyvas ateinantiems penkeriems metams.

Baigiamojo darbo objektas – sveikatos priežiūros finansavimas Lietuvoje.

Darbo tikslas: atlikti Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo analizę, numatyti egzistuojančias finansavimo tendencijas, išryškinti finansavimo sistemos trūkumus, tobulinimo galimybes, bei numatyti ateities finansavimo perspektyvas.

Nustatytam tikslui pasiekti magistro baigiamajame darbe keliama tokie **uždaviniai:**

1. apžvelgti sveikatos sistemos finansavimą Lietuvoje, jo sudėtinių dalių santykį bei jo kitimą, egzistuojančias tendencijas;
2. išskirti sveikatos sistemos finansavimo privalumus, trūkumus, egzistuojančias galimybes bei grėsmes;
3. atlikti Lietuvos sveikatos sistemos finansavimui turinčių veiksnių analizę;
4. atlikti sveikatos sistemos finansavimo prognozes ateičiai;
5. apibendrinti rezultatus ir pateikti pasiūlymus ateinančių penkerių metų sveikatos sistemos finansavimo perspektyvoms.

Magistro baigiamajame darbe iškelta hipotezė, kad sveikatos priežiūros Lietuvoje finansavimas kasmet didėja, ateinančius penkerius metus sveikatos priežiūros finansavimas, išlaikydamas dabartines tendencijas, taip pat didės, o finansavimo šaltinių struktūra iš esmės neturėtų keistis.

Darbe taikomi **tyrimo ir analizės metodai:** mokslinės ir kitos literatūros analizė bei sintezė, grafinė analizė, sisteminė, lyginamoji analizė, koreliacinė regresinė analizė ir prognozavimas, statistinių duomenų rinkimas bei sisteminimas.

Baigiamąjį darbą sudaro trys dalys. Teorinėje dalyje apibrėžiama sveikatos priežiūros sistema, jos finansavimo modeliai, supažindinama su įvairiais finansavimo būdais, kurie egzistuoja įvairių šalių praktikoje.

Praktinėje dalyje atlikta Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo šaltinių apžvalga, jo dalių sudėtis bei privataus ir valstybinio finansavimo santykio kitimas. Remiantis Lietuvos Statistikos departamento, Higienos sveikatos instituto, VLK, Lietuvos sveikatos informacijos centro, Eurostat statistine medžiaga analizuojami ir sisteminami duomenys apie sveikatos priežiūros finansavimo šaltinius.

Trečiojoje darbo dalyje atlikta sveikatos sistemos finansavimui darančių įtaką veiksnių analizė bei jų poveikio stiprumo skaičiavimas. Taip pat šioje dalyje atliktas prognozavimas, kaip, remiantis trimis skirtingais scenarijais, turėtų klostytis sveikatos priežiūros finansavimas ateinančius penkerius metus.

Apibendrinus rezultatus, pateikiami pasiūlymai ir nurodomos tobulinimo galimybės, kurias Lietuva galėtų įgyvendinti, atsižvelgiant į prognozavimo metu gautus duomenis.

Praktinė baigiamojo darbo reikšmė. Šis darbas supažindina su Lietuvojos sveikatos priežiūros finansavimu bei jo šaltiniais. Atliktos analizės rezultatai leidžia teikti siūlymus dėl sveikatos priežiūros finansavimo šalyje bei atlikti prognozavimą dėl ateinančių penkerių metų sveikatos priežiūros finansavimo.

I.SVEIKATOS PRIEŽIŪRA IR JOS FINANSAVIMAS

1.1.Sveikatos priežiūra kaip socialinės apsaugos dalis

Sveikatos priežiūros kompensavimas, kaip ir senatvės pensijos bei apsauga nuo nedarbo, yra vienas iš trijų svarbiausių žmonių socialinės priežiūros programų (Blau, Abromovitz, 2003). Sveikatos supratimas kito kartu su žmonijos istorija. Iki pat XIX a. vieningo sisteminio požiūrio į sveikatą nebuvo. XIX a. pradžioje, prasidėjus urbanizacijai, keliantis žmonėms iš kaimų į miestus, keičiantis gyvenimo sąlygoms, sparčiai besivystant mokslui, buvo pastebėta, jog ligos yra užkrečiamos. Išsivysčiusių valstybių vadovai pradėjo galvoti, kaip išspręsti visuomenės sveikatos apsaugos problemas, mokslininkai pradėjo domėtis galimais sveikatos apsaugos finansavimo būdais. Ypač didelis dėmesys į sveikatą buvo atkreiptas tuomet, kai Anglijoje XIX a. antroje pusėje užgimė „*Public health*“ organizacija, kuri ragino ne tik paprastus žmones, bet ir tam tikras valdžios institucijas kreipti dėmesį į sveikatą. Šis laikotarpis laikomas socialinės medicinos pradžia (Kalėdienė, Petrauskienė, 1999).

Sveikata nėra absoliuti kiekybė. Tai yra bendra idėja, kuri, gausėjant žinioms ir keičiantis kultūriniais lūkesčiams, nuolatos kinta (Roper, 1999). Sveikata nėra kažkoks absoliutus, apčiuopiamas dalykas, bet socialinė ir kultūrinė sąvoka. Sveikata yra ekonominė gėrybė, kuri neturi substitutų/pakaitalų, todėl jos niekuo kitu pakeisti negalime (Rosner, 2003), tai taip pat yra viešoji gėrybė, turinti įtakos ne tik tiems, kas ja naudojasi, bet ir aplinkiniams žmonėms (Fotaki, 2009). Sveikatos samprata pateikiama įvairiuose literatūros šaltiniuose (Gustaitienė, 2003; Jankauskaitė, Pečiūra, 2007; Brody, Sobel, 1981), kur sveikata apibrėžiama biomediciniu, sociologiniu ir psichologiniu aspektais. R. Kalėdienė ir kt. (1999) pateikia detalesnį sveikatos apibrėžimą: „sveikata – tai balansas tarp žmogaus ir fizinės, biologinės bei socialinės aplinkos, suderintas su visapuse funkicine veikla; tai galimybė atlikti darbą, tam tikras užduotis bendruomenėje, nugalėti fizinį, biologinį ir socialinį stresą; tai gerovės jausmas, ligų ir priešlaikinės mirties rizikos nebuvimas“. Šiai gerovei užtikrinti reikalinga tinkama ir priimtina sveikatos priežiūra. Mokėti tiesiogiai už įvairias sveikatos priežiūros paslaugas daugeliui žmonių būtų pernelyg brangu, todėl ieškoma būdų, kaip pasiekti visuotinai prieinamą ir priimtina nacionalinę sveikatos sistemą, kuri sudarytų galimybes gauti reikiamas ir reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Socialinė apsauga – tai visuma priemonių, kurių dėka sukuriamas solidarumas tarp žmonių, netekusių (ar iškilus grėsmei netekti) darbo pajamų ar turėjusių ypatingų išlaidų. Socialinės apsaugos tikslas – padaryti esamą sveikatos priežiūros sistemą prieinama visiems tiems, kam ji reikalinga. Tarptautinės darbo organizacijos 102-oje Konvencijoje, nagrinėjančioje minimalias socialinės apsaugos normas, medicininė priežiūra, kompensacijos ligos ir nelaimingų atsitikimų darbe atvejais, priskiriamos prie veiksmų, atsirandančių socialinės rizikos atvejais. Medicinos priežiūra per socialinės apsaugos sistemą teikiama asmenims, priklausantiems socialinei sveikatos apsaugos sistemai. Kai kuriose šalyse sveikatos apsauga yra socialinio draudimo dalis, kitose – medicinos paslaugos teikiamos per socialinės apsaugos sistemą, pvz., labai išsivysčiusiose Skandinavijos gerovės valstybėse socialinė apsauga apima daugelį gyvenimo sričių – ne tik socialinį draudimą ir socialinę paramą, bet ir gyvenamojo būsto statybos ir išlaikymo politiką, darbo aplinkos klausimus, sveikatos apsaugą bei švietimą. Todėl, anot A. Guogio (2000), socialinės politikos ir socialinės apsaugos apibrėžimus reikėtų laikyti susitarimo dalyku. Sukurtas vieningas reguliuojamųjų ir administruojamųjų priemonių mechanizmas konkrečioms socialinės rizikos atvejams mažinti laikomas socialinės apsaugos šaka arba schema.

Žmogaus socialinės raidos požiūriu bendriausi sveikatos politikos tikslai yra ilginti gyvenimo trukmę, mažinti mirtingumą ir sergamumą (Kanopienė, 2001). Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 str. 1 dalyje įtvirtinta nuostata, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata. Tiek iš Konstitucijos 5 straipsnio, tiek iš LR Konstitucinio Teismo suformuluotos jurisprudencijos matyti, kad valdžios įstaigos turi tarnauti žmonėms, o tai siejant su valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, iškyla tiek visos valstybės, tiek jos žinioje esančių valdžios įstaigų atsakomybė Lietuvos gyventojams dėl jų sveikatos užtikrinimo. Tam, kad minėtos nuostatos neliktų vien deklaratyvios, valstybė privalo sukurti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą, kuri tarnautų žmonėms ir būtų jiems naudinga. Jei sistema sukuriamą su vidiniais prieštaravimais, yra griauamas žmonių pasitikėjimas valstybės valdžia, įstatymais ir teise. Tuomet kyla klausimas, ar dabartinis sveikatos priežiūros sektoriaus bei jo teisinis reglamentavimas neprieštarauja Konstitucijai.

A. Guogis ir D. Gudelis (2005) socialines paslaugas yra apibrėžę ir kaip tokias paslaugas, kuriomis siekiama pagerinti iš dalies ar visiškai nepajėgių pasirūpinti savimi asmenų gyvenimo sąlygas ir gyvenimo kokybę. Jie taip pat pažymi, kad toks apibrėžimas numato, kad

socialinės paslaugos, kaip ir kitos paslaugos, gali būti perkamos ir parduodamos rinkoje, o ne tik valstybinis sektorius turi būti už jas atsakingas.

Šiais laikais daugumoje valstybių egzistuoja vienokios ar kitokios sveikatos priežiūros sistemos, bet ne kiekvienas pavienis žmogus rūpinasi savo sveikatos priežiūra atskirai. Kai sveikatos priežiūrą teikia ne viena valstybinė sveikatos apsaugos sistema, apimanti visus gyventojus, tačiau įvairios socialinio draudimo ir medicinos paramos sistemos, kyla nelygybės problema. Svarbu tai, kad sveikatos apsaugos paramos sistemoje būtų prieinamos būtinos prekės ir paslaugos. Jų kokybė ir kiekybė turi būti nustatoma lyginant su profesinio socialinio draudimo teikiamų prekių ir paslaugų kokybe ir kiekybe.

Svarbu pabrėžti, kad socialinė sauga nelaiduoja vienokios ar kitokios medicinos paslaugos ar prekės prieinamumo kiekvienam norinčiajam. Atvirkščiai, tai ji garantuoja tik tiems žmonėms, kuriems iš tikrųjų reikia medicinos priežiūros ir gydymo. Tam tikslui socialinės saugos įstatymu nustatoma tvarka, kuri verčia teisingai įvertinti reikalingas prekes ir paslaugas (Tartilas, 2005).

1.2.Sveikatos priežiūros sistemos funkcijos

Kaip nurodo Pasaulinė sveikatos organizacija (*World Health Organization* - WHO), iš sveikatos priežiūros sistemos yra tikimasi, kad ji turi atitikti tris pagrindinius tikslus:

- Pagerinti žmonių sveikatą, organizuojant sveikatos sistemą. Šis tikslas apima prevencinės ir atkuriamosios sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant atstatyti žmonių sveikatą. Tai įtraukia pirminės intervencijos pastangas pagerinti bendrą sveikatą mažinant galimybes susirgti. Tai taip pat apima ir antrinę bei tretinę apsaugą ir sergamumo mažinimą dėl medicinos sąlygų.
- Atsakyti į žmonių lūkesčius, susijusius su įvairiais sveikatinimo veiklos aspektais (Murray, Frenk, 2000). Laiku suteikiama informacija ir paslaugos tokiu būdu, kuris suderinamas su visuomenės lūkesčiais, užtikrina sveikatos sistemos sėkmę ilgalaikėje perspektyvoje. Agresyvus ligų gydymas, kurio pageidauja kompetentingi pacientai, paprastai yra vengiamas daugumoje sveikatos apsaugos sistemų. Lūkesčiai taip pat kelia tam tikrus jautrius etikos klausimus, kurie yra susiję su tuo, kas yra ir kas nėra priimtina (eutanazija mirtina liga

sergančiam pacientui, ypač kai jis pats to reikalauja, kelia etinius klausimus sveikatos sistemoms visame pasaulyje).

- Teikti apsaugą nuo finansinių rizikų susirgus. Finansinės rizikos našta ypač paliečia neturtinguosius labiau nei turtinguosius. C. Donaldson ir K. Gerard (1993) nuomone, siekiant sveikatos priežiūros sistemos ekonominių santykių teismo, gyventojų įnašai, finansuojant sveikatos priežiūrą, turėtų atitikti jų finansines galimybes.

Visi šie tikslai kyla nepriklausomai nuo to, kaip sveikatos sistema bus finansuojama arba organizuojama.

1.3. Sveikatos priežiūros sistemų modeliai

Teorijoje dažniausiai yra išskiriami sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modeliai, atsižvelgiant į sveikatos draudimo sistemų finansavimą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Skiriami trys pagrindiniai sveikatos draudimo sistemų modeliai:

- Beveridžo;
- Bismarko;
- centralizuotas Semaškos.

Vakarų Europos šalių sveikatos apsaugos modeliai sąlyginai skirstomi į dvi grupes (Freeman, 2000; Immergut, 1992; Powell, Wessen, 1999; Saltman, Figueras, 1997): Beveridžo ir Bismarko modelius. P. Danny (1998) šiuos modelius vadina socialinės apsaugos sistemomis, nes klasifikuojant atsižvelgiama tik į socialinio draudimo elementus.

Beveridžo, arba Nacionalinė sveikatos priežiūros sistema (*the National Health Service - NHS*), susiformavo pagal 1942 m. Beveridžo paskelbtą ataskaitą „*Social Insurance and Allied Services*“, kurioje buvo susistemintos XX a. 30-aisiais metais Švedijoje įgyvendintos sveikatos apsaugos sistemos, kuriose medicininis aptarnavimas finansuojamas iš bendrų mokesčių ir kontroliuojamas parlamento. Visos Šiaurės Europos šalys (Danija, Airija, Norvegija, Jungtinė Karalystė, Suomija, Švedija) įdiegė ir išsaugojo šį modelį po Antrojo pasaulinio karo. Pietų Europos šalys (Graikija, Ispanija, Portugalija) prisijungė prie šios grupės 80-aisiais, Kanada – 70-aisiais metais.

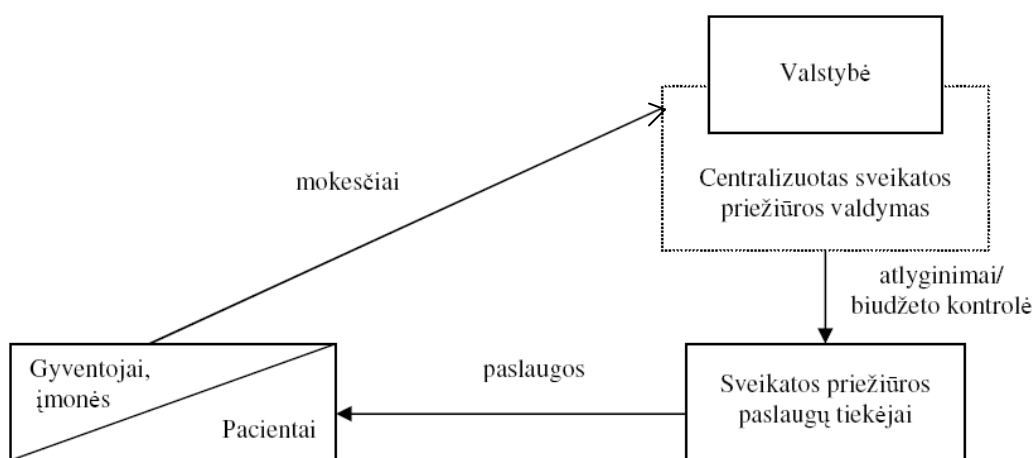
Literatūroje šis modelis dar yra padalintas į dvi dalis (Ferrera, 2005): centralizuotą Jungtinės Karalystės ir Airijos bei decentralizuotą Šiaurės ir Pietų Europos sistemas. Taip

skirstomos socialinio draudimo grupės į tas sistemas, kurios veikia iš esmės kaip „trečioji šalis“ kompensuojant pacientams (arba, esant stacionaro paslaugoms, ligoninėms) išlaidas, kurias jie patiria tiesiogiai tenkindami savo sveikatos priežiūros poreikius, ir tas sistemas, kurios dažniausiai veikia tiesiogiai teikėjams patiriant tiesiogines išmokas ir paslaugų kainas.

Pagrindiniai Beveridžo sveikatos draudimo sistemos bruožai (Cichon, Normand, 1994):

- finansavimas iš mokesčių;
- finansavimas iš valstybės biudžeto;
- nustatyti įnašai iš privataus sektoriaus;
- sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjų ir tiekėjų pavaldumas valstybiniam organams;
- prieinamumas visiems piliečiams;
- vyriausybinių organų kontrolė;
- sveikatos priežiūros prioritetiškumas prieš kitus socialinius poreikius;
- gydytojų atlyginimo už darbą priklausomybė nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus;
- kai kurios priemokos daromos iš pacientų asmeninio biudžeto.

Beveridžo modelio grafinis vaizdas yra pateiktas 1.1 pav.



Šaltinis: (Stravinskas, 2000).

1.1 pav. Beveridžo sveikatos priežiūros modelis

Beveridžo modelyje remiamasi vyraujančia mokestine sveikatos priežiūros finansavimo sistema ir universaliu (ar beveik universaliu) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu (WHO, 2004). Gyventojai šiuo atveju laikosi požiūrio, jog lėšos turi būti gaunamos iš valstybinio sektoriaus, užtikrinat draudimą ir teisingą geografinį resursų paskirstymą. Kontraktai reguliuoja santykius tarp „trečiųjų mokėtojų“ (vyriausybinių institucijų) ir medicininių paslaugų teikėjų, kurie daugiausiai yra taip pat valstybiniai, nors ir finansavimas, ir paslaugų teikimas priskiriamas tai pačiai organizacinei struktūrai (Stravinskas, 2000).

Taikant šį apmokėjimo principą, galima efektyviai skatinti gydytojus teikti tokias sveikatos priežiūros paslaugas, kurių reikia konkrečios bendruomenės sveikatos poreikiams tenkinti (skiepijimai, kryptingos profilaktinės patikros programos, darbas su rizikos grupių pacientais ir pan.). Apmokamų paslaugų sąrašą ir įkainius formuoja vietinė valdžia kartu su privalomojo ir savanoriškojo sveikatos draudimo institucijomis (Rosner, 2003).

Taip pat yra teigiama (Sharma, Atri, 2010), kad Beveridžo modelis paprastai turi mažesnes išlaidas vienam gyventojui, nes vyriausybė, kaip mokėtojas, kontroliuoja, ką sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali padaryti ir ką jie gali pakeisti (Simonet, 2010).

Tačiau, P. Musgrove ir P. Ploug (2000) nuomone, Beveridžo modelis neišsprendžia konflikto tarp pacientų ir lygybės principu paremtos sveikatos draudimo įmokų mokėjimo sistemos. Z. C. Teresa (2003) pasiūlė panašų į Beveridžo sveikatos draudimo sistemos modelį, kuris sudarytų vienodą teisę gyventojams gauti sveikatos priežiūros paslaugas, nepriklausomai nuo jų pajamų bei statuso.

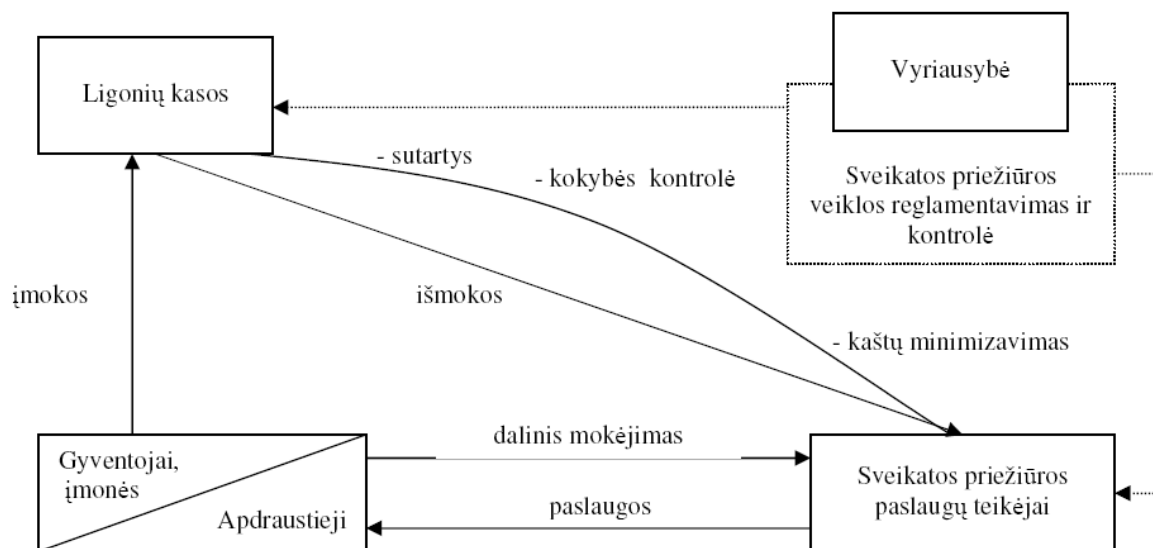
Bismarko, kitaip literatūroje dar vadinamo medicininio (Levišauskaitė, Rūškys, 2003) arba socialinio (Gustaitienė, 2003) draudimo, sveikatos apsaugos sistemos pagrindu 1883 m. Vokietijoje priimti socialiniai įstatymai. Šio modelio sistemos veikė tarpukario laikotarpiu centrinėje ir Rytų Europoje, o po Antrojo pasaulinio karo jos buvo vystomos toliau (Austrija, Belgija, Vokietija, Olandija, Prancūzija, Šveicarija, kai kurios Lotynų Amerikos šalys).

Bismarko sveikatos draudimo sistemai būdinga:

- finansavimas iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų arba iš socialinio draudimo mokesčių;
- sveikatos draudimas privalomas;
- įmokos už sveikatos draudimą yra atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų;

- lėšos kaupiamos „fonduose“, tai yra nevyriausybinuose, tačiau įstatymų įteisintuose finansų valdymo organuose (vadinamose ligonių kasose - *sickness funds*);
- kontraktų tarp paslaugų pirkėjų ir sveikatos priežiūros įstaigų (ligoninių ar šeimos gydytojų) dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sudarymas;
- sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas iš fiksuoto biudžeto arba honoraro principu.

Bismarko modelio grafinis vaizdas yra pateiktas 1.2 pav.



Šaltinis: (Gustainienė, 2003).

1.2 pav. Bismarko sveikatos priežiūros modelis

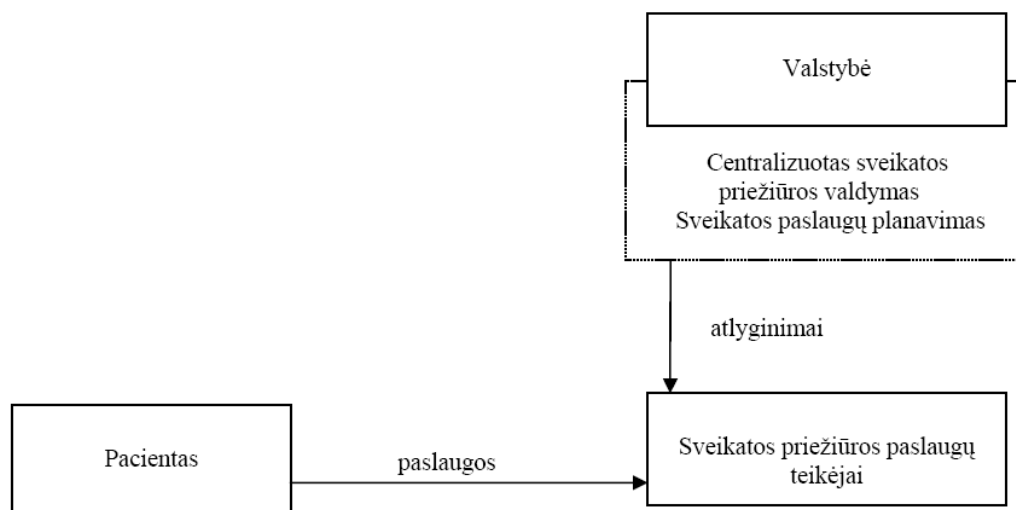
Bismarko modelio finansinį pagrindą sudaro įstatymais pagrįsta draudimo sistema. Atskirų šalių draudimo sistemos, nors ir paremtos vienodais principais, skiriasi tarpusavyje savo specifinėmis charakteristikomis. Dažniausia to apraiška – valstybinis reguliavimas (Simonet, 2010), grindžiamas sveikatos priežiūros paslaugų kainų arba viršutinės išmokų ribos nustatymu. Finansavimas ir medicininių paslaugų teikimas šiame modelyje įstatymiškai yra atskirti, o kontraktiniai susitarimai reguliuoja santykius tarp socialinių draudimo organizacijų („trečiųjų mokėtojų“) ir paslaugų teikėjų. Bismarko sistemoje yra Ligonių kasos, kurios disponuoja privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis (Užubalis, 2009). Ligonių kasos, kaip pirkėjai,

sudaro kontraktus su medikų asociacijomis, tačiau „tikrasis kontraktas“ baigiamas „pasirašyti“ tarp atskiro ligonio ir atskiros ligoninės (Stravinskas, 2000).

Bismarko sistema finansuojama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, kurias moka darbdaviai ir darbuotojai. Lėšos eina į nevyriausybinis statutinius finansų valdymo organus. Lėšas gauna ligoninės, šeimos gydytojai ir kiti organai, kad atliktų paslaugas per biudžetą arba per mokesčius už paslaugas. Lėšos yra valdomos apsidraudusiųjų žmonių atstovų. Žmonėms, kurie neturi priėjimo prie šių lėšų, yra apmokama iš mokesčių arba privataus draudimo. Privačios praktikos gydytojai moka sutartą mokestį, ligoninės gauna bendrą biudžetą.

Vokietijoje galimybė gauti kokybiškas ir reikiamos apimties sveikatos priežiūros paslaugas garantuojama visiems apdraustiesiems, nepriklausomai nuo to, kur jie apdrausti. Apdraustieji gali pasirinkti gydytoją, kitaip nei Beveridžo modelio atveju, nėra laukiančiųjų gauti paslaugas sąrašų. Daugiau nei 90 proc. Vokietijos gyventojų apsidraudę pagal vieną iš daugelio visuomeninio sveikatos draudimo modelių, o draudimo įstaigos konkuruoja tarpusavyje (Rosner, 2003). Apdraustieji gali naudotis didele medicinos priežiūros paslaugų įvairove, tačiau taip išauga sistemos išlaidos. Išlaidų mažinimo problema sprendžiama daliniais pacientų mokėjimais, taigi gaunama iš sveikatos draudimo nauda, kitaip nei Beveridžo sistemos atveju, turi gana aukštus kaštus.

Rytų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos pagrįstos **Semaškos** 20-ųjų metų idėjomis ir panašios į Beveridžo modelio sistemas. Centralizuotas Semaškos modelis (žr. 1.3 pav.) buvo taikytas visose buvusiose SSSR šalyse bei šalyse, kurios buvo Ekonominės savitarpio pagalbos tarybos narės. Daugelyje šių šalių šiuo metu yra pereinama prie alternatyvių sveikatos priežiūros modelių.



Šaltinis: (Stravinskas, 2000).

1.3 pav. Semaškos sveikatos finansavimo modelis

Semaškos modelio bruožai:

- centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto;
- kontroliuojama vyriausybės, remiantis centrine planavimo sistema;
- teikiama visiems nemokamai;
- nėra privataus sektoriaus;
- nėra prioritetiška, nes sveikatos apsauga neįeina į gamybinį sektorių.

Pagrindiniai sovietinio laikotarpio sveikatos priežiūros sistemos bruožai, anot G. Černiausko (2000), yra centralizuotas valdymas ir planinė išteklių rodiklių sistema. Tačiau net tuomet sveikatos priežiūros srityje tai nebuvo absoliutus „nemokamos medicinos“ periodas. Gyventojai pirko daugumą ambulatoriškai mokamų vaistų, mokėjo už kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas. Tai darė sovietinę sistemą santykinai mažiau dosnią nei labiausiai socializuotos Vakarų sistemos (Čepinskis, 1999). Biudžetinio modelio atveju pagal mokėjimo modelį ar modelius su tiekėjais tariamasi dėl fiksuoto biudžeto (dažniausiai metinio) už tam tikrų paslaugų teikimą tam tikram draudžiamųjų asmenų skaičiui⁷.

Kadangi Semaškos modelio mūsų šalyje dėl politinių priežasčių bei menko efektyvumo buvo atsisakyta ir jis nebėra taikomas, toliau darbe jo efektyvumas nėra vertinamas.

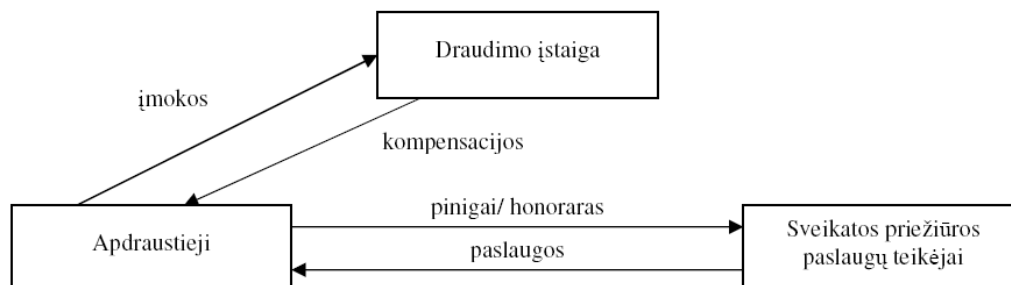
⁷ <http://www.sec.lt/pages/zodynas/freimai/papterm.html> [žiūrėta 2010.08.24]

Aptartos trys pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos, tačiau šiuo metu nei viena iš jų niekur neegzistuoja grynu pavidalu. Jos, ypač dvi pirmosios, turi daugybę modifikacijų (Laaser, Radermacher, 2006). S. Angele (2000) nacionalinės tarnybos pagrindu suformuotų sistemų ir draudiminių sistemų skiriamuoju bruožu nurodo tai, kad pastarųjų draudiminės įmokos yra skaičiuojamos procentais nuo darbo užmokesčio. Šios įmokos dažnai paskirstomos tarp darbdavių ir darbuotojų ir mokamos nuo biudžeto nepriklausomiems fondams. Pastarieji moka už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas arba kompensuoja su sveikatinimo veikla susijusias išlaidas.

Visi trys minėti modeliai skiriasi pagal valstybinio reguliavimo stiprumą ir vienokio ar kitokio pobūdžio apdraustųjų diferenciaciją. Sveikatos draudimo sistemos skiriasi finansavimo būdais, galimybe rinktis įmokų dydį bei gauti joms proporcingas išmokas, prioritetais paslaugų kiekiui ir kokybei. Griežčiausiai sveikatos draudimo sistemas skiriantis kriterijus yra privataus sektoriaus buvimas: Beveridžo ir Bismarko modeliuose privatus sektorius egzistuoti gali, tuo tarpu Semaškos modelyje – ne. 1 priede yra pateikti svarbiausi šių sistemų privalumai ir trūkumai.

Vienokio ar kitokio modelio pasirinkimas atskirose šalyse priklauso nuo daugelio vidinių veiksnių: draudimo ir aprūpinimo sveikatos priežiūros paslaugomis tradicijų, ekonomikos sistemos, modelio tinkamumo vyriausybės politikai įgyvendinti, prioritetų socialinei sferai, gyventojų lūkesčių ir kt.

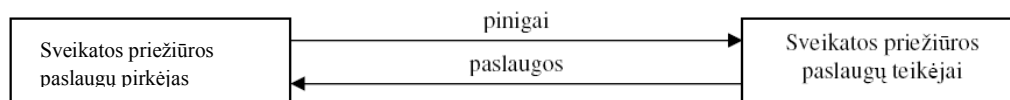
Taip pat egzistuoja ir **privatus sveikatos draudimas**, kuris finansuojamas iš fiksuotų įmokų pagal draudžiamą asmens amžiaus grupes (draudimosi metus) ir lytį. Paprastai įmokos skaičiuojamos pagal prognozuojamų išlaidų, į kurių kompensavimą pretenduoja draudžiamasi, vidutinę vertę. Privataus sveikatos draudimo sutartyse numatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atlyginamos pagal šias sutartis po to, kai įvyksta sveikatos draudiminis įvykis.



Šaltinis: (Gustainienė, 2003).

1.4 pav. Privataus draudimo sveikatos priežiūros modelis

Tie asmenys, kurie priėjimo prie visuomeninės ar privačios sveikatos priežiūros neturi, turi tiesiogiai mokėti už savo sveikatos priežiūros paslaugas - tarpininkų neturintis sveikatos priežiūros finansavimas grindžiamas tiesioginiais piniginiiais mokėjimais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui už jo suteiktas paslaugas.



Šaltinis: (Gustainienė, 2003).

1.5 pav. Tiesioginis sveikatos priežiūros finansavimas

Kaip tik privataus sveikatos draudimo sistemą atstovauja JAV. Čia įsigalėjęs individualizmas, kur kiekvienas rūpinasi tik savo sveikatos gerove ir jos apmokėjimu (Rowley, 2003). Todėl JAV ir yra viena iš valstybių, turinčių didžiausius sveikatos apsaugos kaštus pasaulyje (2008 metais išlaidos sveikatos priežiūrai siekė 16 proc. BVP⁸ ir turi tendenciją kasmet didėti). Tačiau, nepaisant didelių kaštų, JAV sistema palieka didelę procentinę dalį neapdraustų asmenų, kadangi vyriausybė atsakinga tik už tuos gyventojus, kurie gyvena labai skurdžiai ir jų pajamos yra tik socialinės pašalpos, arba yra pensininkai (*Medicaid* ir *Medicare* programos). Kai dauguma JAV piliečių turi patys rūpintis savo sveikatos draudimo rūšimi ir paslaugų kiekiu,

⁸ OECD health data 2010

šioje sistemoje visiškai arba iš dalies lieka neapdrausti apie 30-50 milijonų žmonių (Danner, 1996). Taip pat kaip šio (privataus sveikatos draudimo) modelio pavyzdžius galima būtų priskirti Afrikos, Indijos, Kinijos kai kuriuos regionus (Sharma, Atri, 2010).

Vis dėlto, K. Levišauskaitė ir G. Rūškys (2003) teigia, kad visiškai perleisti sveikatos apsaugos sistemą į privačias rankas nėra gerai, nes draudimo rinkose gana sunku apsidrausti žmonėms, kurie yra priskiriami prie didelės rizikos grupės. Sveikatos apsaugos sistemos, kur nemažą dalį sudaro privatus finansavimas, yra mažiau sėkmingos vertinant sveikatos apsaugos kaštų kontroliuojamumo aspektu.

Apibendrinant sveikatos draudimo finansavimo modelius reikėtų pabrėžti, kad jų „filosofija“ visiškai skiriasi: sveikatos draudimo finansavimo modeliai turi skirtingas vertybių sistemas, remiasi skirtingais valdymo metodais ir vaidina skirtingą vaidmenį sveikatos ekonomikos sektoriuje. Todėl valstybės tarpusavyje skiriasi pagal tai, kaip yra finansuojama ir organizuojama sveikatos priežiūra, ir kokių rezultatų tuo yra pasiekama. Anglų mokslininkas A. Maynard (2005) teigia, jog be socialinių, ekonominių ir demografinių veiksnių sveikatos finansavimą taip pat lemia ir politinė šalies aplinka.

1.4.Sveikatos priežiūros finansavimo principai

Išskiriami tokie sveikatos priežiūros finansavimo principai: laidavimas, solidarumas, atsakomybė, teisumas, ekvivalentiškumas.

Laidavimo principas reiškia, kad teisė į tam tikras paslaugas ar išmokas garantuojama visiems apdraustiesiems, susiklosčius tam tikroms aplinkybėms ir neatsižvelgiant į jų individualius poreikius. Tai taip pat reiškia, kad paslaugų kaina atitinka įmokos dydį ir yra atskiriamos su draudimu nesusijusios paslaugos. Laidavimo principas įgyvendinamas numatant tam tikro procento dydžio įmokas, skaičiuojamas nuo atlyginimų ir kitų pajamų, tačiau socialiname sveikatos draudime neaišku, ar ši suma atitiks išmokas.

Solidarumo principas remiasi tuo, kad jauni, gaunantys atlyginimus ir gerai aprūpinti žmonės turi mokėti už pagyvenusių ir ligotų žmonių medicininį aptarnavimą. Kiekvienas asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo pajamų, nuo kurių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, dydį, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nesusietas su asmens finansiniu indėliu. Tai reiškia, kad asmens mokamos įmokos nepriklauso

nuo jo draudimo rizikos laipsnio, bet priklauso nuo asmens ekonominės padėties. Taip pat solidarumo principas įgyvendinamas ir priskiriant visuomeninius draudėjus privalomajam sveikatos draudimui, tai yra už ekonomiškai silpnas gyventojų grupes įmokas iš mokesčių sumoka valstybės biudžetas.

W. Groot ir H. Maarse (2000) sveikatos draudime išskiria pajamų solidarumą. Pajamų solidarumas reiškia, kad santykinė mažas pajamas gaunančių šeimų įmoka sveikatos priežiūros išlaidoms padengti yra ne didesnė, nei didelės pajamas turinčiųjų mokama santykinė įmoka. Tačiau sveikatos priežiūros išlaidos mažas pajamas turintiems žmonėms yra santykinai didesnės nei turintiems didelės pajamas.

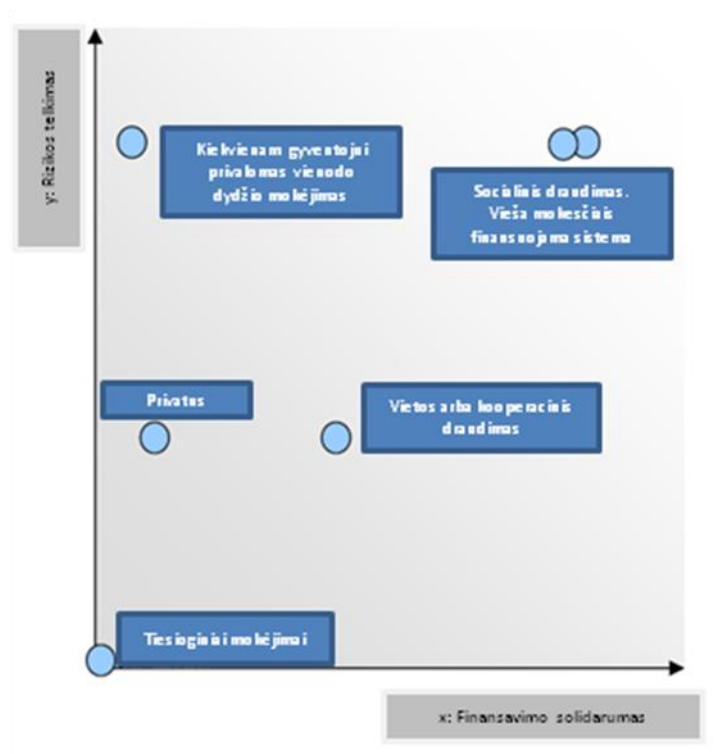
Atsakomybė. Kai kurios patologinės būklės yra susijusios su sąmoninga susirgimo rizika, pavyzdžiui, su rūkymu susijusios ligos. Tokiais atvejais būtų tikslingas individualus sveikatos draudimo finansavimas, kurio dydis priklausytų nuo rizikos susirgti laipsnio.

Teisumo principas įgyvendinamas susiejant asmeniui skirtas lėšas su veiksniais, darančiais įtaką jo sveikatos būklei (amžius, lytis, išsilavinimas, turtinė padėtis ir kiti). Šis principas administracinio teritorinio vieneto lygmeniu įgyvendinamas skirstant sveikatos draudimo sistemos lėšas pagal vieningus statistinius demografinius bei ekonominius socialinius rodiklius. Paslaugų teikėjo lygmeniu, teisumo principas įgyvendinamas diferencijuojant paslaugų, apmokamų iš sveikatos draudimo sistemos lėšų, pagal gyventojų poreikius, ir atsižvelgiant į minėtų veiksnių įtaką tam tikrų ligų ar jų formų paplitimui bei užtikrinant paslaugų teikimo infrastruktūros funkcionavimą (Intignano, 1990).

Ekvivalentiškumo principas, kuriuo remiasi privatus draudimas: įmokų dydis skaičiuojamas pagal rizikos laipsnį, tai yra įmokų vertė turi prilygti tikėtina išmokų vertei. Privačias draudimo kompanijas laikyti ekvivalentiškomis valstybinės sveikatos sistemos įstaigoms yra rizikinga valstybinėms draudimo įstaigoms, nes privačios draudimo kompanijos, žadėdamos geresnes sąlygas, gali prisivilioti santykinai sveikus klientus, ir dėl to būtų pažeistas solidarumo principas. Todėl privačiam sveikatos draudimui dažniausiai leidžiama veikti tik kaip papildomajam sveikatos draudimui, bet ne pagrindiniam.

1.5. Privatus ir valstybinis sveikatos priežiūros finansavimas

Pagal solidarumą finansuojant sveikatos priežiūrą šalyje bei pagal prisiimamą rizikos laipsnį (*risk pooling*) galima išskirti skirtingas sveikatos priežiūros sistemas (žr. 1.6 pav.).



Šaltinis: (Laaser, Radermacher, 2006).

1.6 pav. Rizikos telkimas ir finansavimo solidarumas tarp įvairių sveikatos priežiūros finansavimo sistemų

Sveikatos priežiūra gali būti finansuojama iš dviejų pagrindinių šaltinių, todėl atitinkamai yra skirstoma į privačią ir valstybinę sveikatos priežiūrą.

Dažniausiai valstybinis sveikatos draudimas būna privalomas, o privatus – papildomas. Kai už grupę apdraustųjų sveikatos draudimo įmokas moka kiti juridiniai ir fiziniai asmenys, tai įmokos už apdraustuosius mokamos netiesiogiai. Tie apdraustieji, kurie įmokas turi mokėti tiesiogiai, jas apsiskaičiuoja ir sumoka kiekvienas individualiai už save ar kitus asmenis. Visi apdraustieji privalomu sveikatos draudimu gali draustis ir papildomu sveikatos draudimu.

Privalomasis sveikatos draudimas remiasi solidarumo principu ir suteikia vienodas sąlygas visiems šalies gyventojams gauti standartinio lygio medicininį gydymą (Pieters, 1998). Privalomojo sveikatos draudimo esmę nusako trys jam keliami tikslai:

- sveikatos priežiūros tikslas: garantuoti visiems gyventojams jų poreikius atitinkantį, prieinamą ir nuolat gerai veikiantį pakankamą aprūpinimą būtinomis sveikatos požūriu medicinos paslaugomis;
- politinis: garantuoti sveikatos paslaugų teikimą be ekonominio ir socialinio diskriminavimo;
- ekonominis tikslas: finansuoti, valdyti ir plėtoti šią ekonomikos šaką pagal poreikių ir sąnaudų mažinimo kriterijus.

Privalomasis sveikatos draudimas apdraustiesiems apmoka įvairias asmens sveikatos priežiūros paslaugas: medicinos pagalbos paslaugas nuo prevencinių priemonių iki reabilitacijos ir socialinių paslaugų, kompensuoja vaistų ir kitų medicinos priemonių išsigijimą. Pagal apmokėjimo laipsnį, privalomojo sveikatos draudimo paslaugas galima suskirstyti į tris grupes:

- pilnai apmokamos;
- dalinai apmokamos;
- neapmokamos.

Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo laipsnis skirtingose šalyse skiriasi ir priklauso nuo pasirinkto sveikatos draudimo sistemos modelio, vykdomos socialinės politikos, pačių paslaugų kainų bei kitų veiksnių. Privalomojo sveikatos draudimo apmokamų paslaugų sąrašas gali būti detalizuojamas sveikatos draudimo priežiūros institucijų sutartyse su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais (todėl paslaugų apmokėjimo laipsnis gali skirtis net ir kiekvienoje sveikatos paslaugų teikimo įstaigoje).

Reikia pabrėžti, kad privalomasis sveikatos draudimas nesuteikia šimtaprocentinės garantijos apdraustiesiems, kad jie gaus reikiamą medicinos priežiūrą visų sveikatos sutrikimų atvejais. S. Glied (2008) teigia, kad valstybės finansuojamos sveikatos priežiūros sistemos beveik neišvengiamai sukuria norą mokėti už papildomas privačias paslaugas. Šis poreikis kyla dėl to, kad politinė sistema neišvengiamai palieka tam tikrą dalį žmonių nepatenkintų. Tai bendra problema, kuri apsunkina sveikatos priežiūros sistemą - nemokama priežiūra pagal numatytas paslaugas. Kartu šios savybės generuoja paslaugų paklausą mišrios viešojo ir privataus sektorių sistemai, kuri viršija esamą grynai viešojo pobūdžio sistemą, ir, daugeliu scenarijų, net viršija

esamą grynai privačią sistemą. Todėl kai privalomasis sveikatos draudimas įteisina nepilną asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, atsiranda poreikis apsidrausti nuo galimos sveikatos priežiūros paslaugų negavimo rizikos. Poreikis papildomajam sveikatos draudimui tenkinamas privataus draudimo rinkoje.

Papildomojo sveikatos draudimo funkcija – papildyti bendrai priimtus socialinės apsaugos standartus papildomuoju savanorišku draudimu, kuris įgyjamas pagal individualius poreikius ir teikiamas pirmenybes (Buivydas ir kiti, 2010). Individualų sprendimą, kaip tenkinti ateities poreikius, lemia ne tik asmens teisė planuoti savo ateitį be didelių išsipareigojimų visuomenei, bet ir socialinės apsaugos sistemos nesugebėjimas visiškai patenkinti visų jos narių poreikių. Socialinės apsaugos sistema negali suteikti kiekvienam jos nariui draudimo nuo rizikų, kuris visiškai atitiktų jo poreikius ir pajėgumą mokėti, todėl papildomojo sveikatos draudimo sistema yra tikroji apsaugos nuo ligos ir nedarbingumo rizikų dalis, esanti už socialinės apsaugos sistemos ribų. Ligos, nelaimingo atsitikimo darbe, neįgalumo ir motinystės atveju papildomosios sveikatos draudimo sistemos padengia, t.y. kompensuoja, asmenims dalį jų prarandamų pajamų.

Papildomojo sveikatos draudimo paklausą pirmiausiai veikia jo aprėpties dydis ir papildomosios aprėpties kaina. Be to, šios sveikatos draudimo rūšies paklausai įtakos turi demografiniai veiksniai, pajamų lygis, vartotojų taupymas ir įpročiai, gyventojų požiūris į solidarumą. Anot M. Schneider (2000), valstybėse, kur socialinio solidarumo lygis aukštesnis, papildomojo sveikatos draudimo sistemos paklausa teoriškai turėtų būti mažesnė. Tačiau nors ir valstybinė sveikatos priežiūra gerai aprūpina savo gyventojus paslaugomis, vis tiek yra žmonių, kurie noriau renkasi papildomą sveikatos priežiūrą ir moka už tai daugiau. Tai lemia jos suteikiami privalumai (Glied, 2008).

W. Groot ir H. Maarse (2000) išskiria tokius papildomam sveikatos draudimui keliamus uždavinius:

- didinti sveikatos sektoriaus pajamas ir mažinti sąnaudas – siekti didesnio efektyvumo;
- pasiūlyti apdraustiesiems didesnę pasirinkimo laisvę;
- padidinti konkurenciją;
- pagerinti sveikatos priežiūros kokybę;
- praplėsti sveikatos priežiūros aprėptį.

Privatus interesas skatina geriau surinkti įmokas iš gyventojų ir labiau kontroliuoti išmokas. Efektyvumas didinamas augant draudimo kompanijų konkurencijai siekiant pritraukti naujus vartotojus į papildomojo sveikatos draudimo sistemą ir dėl šios priežasties didinat spaudimą sveikatos paslaugų teikėjams, t.y. skatinant juos teikti kokybiškesnes ir įvairesnes paslaugas mažesniais kaštais (Rowley, 2003). Patys apdraustieji turi galimybę įvertinti tikrąją sveikatos priežiūros paslaugų kainą ir tai skatina mažesnę medicinos paslaugų vartojimą.

Papildomame sveikatos draudime draudėjas iš anksto žino, kokias paslaugas jis gaus draudiminio įvykio atveju, gali pasirinkti finansines galimybes atitinkančius paslaugų kiekį bei kokybę. Numatomos gauti paslaugos, apdraustojo teisė jas gauti, o draudiko pareiga jas apmokėti garantuojamos draudimo sutartimi.

Tačiau privataus draudimo dominavimas sveikatos draudimo sistemoje turi tam tikrų grėsmių. Privačios draudimo kompanijos, siekdamos kuo didesnio pelno, visada siekia prisivilioti turtingiausius ir sveikiausius gyventojus, palikdamos senyvus ir ligotus žmones išlaikyti valstybei. O dažniausiai būtent tos šeimos, kurios turi mažas pajamas, ar asmenys, turintys žemesnį socialinį ir ekonominį statusą, – jie daugiau naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis. Šioms grupėms nustatyto dydžio papildomojo sveikatos draudimo įmokos sudaro didesnę jų pajamų dalį nei didesnes pajamas turinčių šeimų. Įmokas diferencijuojant dar ir pagal riziką, slenkstis pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugas nedideles pajamas turintiems žmonėms taptų per aukštas ir jie negalėtų naudotis visomis sveikatos draudimo sistemos paslaugomis. Tai mažina sveikatos draudimo sistemos priežiūros pajamų solidarumą.

Sveikatos ekonomikos teoretikai (Donaldson, Macmillan, 1993) pripažįsta, jog gyventojų privačių išlaidų dalies didėjimas lemia bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai mažėjimą. Visuomeninis finansavimas nesudaro apribojimų vartojimui, todėl gyventojai santykinai dažniau naudojami mokamomis paslaugomis, tuo pačiu didėja ir išlaidos. Preker at al. (2000) nuomone, gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai turėtų būti siejamos su namų ūkio pajamomis, o ne su naudojimusi sveikatos priežiūros paslaugomis (kad neatsitiktų taip, jog sveikatos priežiūra gali tapti neprieinama). Didėjant gyventojų privačių mokėjimų daliai, didėja ir rizika, jog sveikatos priežiūra mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams taps neprieinama. Privačių mokėjimų sveikatos priežiūrai padidėjimas įvairiose gyventojų grupėse daro skirtingą įtaką ekonominiam namų ūkio pajėgumui. Mažesnes pajamas gaunantys gyventojai sveikatos priežiūrai išleis santykinai daugiau. Norint sumažinti riziką, susijusią su sveikatos priežiūros

paslaugų prieinamumu, kai kurių sveikatos ekonomistų nuomone (Bennet at al., 1998), siektina, jog sveikatos apsaugos sistemoje būtų sumažinta privačių tiesioginių gyventojų mokėjimų dalis. Kuo daugiau turėtų būti pasikliaujama finansavimu iš tiesioginių ir netiesioginių mokesčių.

Jei būtų visiškai atsisakoma valstybinio sveikatos draudimo, nemaža dalis šalies gyventojų liktų sveikatos draudimu neapdrausti, pirmiausia tie, kurie draudžiami valstybės lėšomis. Todėl siekiant garantuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kuo didesnei gyventojų daliai, valstybinis sveikatos draudimas yra daugelyje valstybių derinamas su privatu. Kadangi tiek valstybinio, tiek privataus sveikatos draudimo esmė ta, kad jis patenkina dėl tam tikrų įvykių atsiradusį poreikį. Griežtų ribų tarp šio draudimo rūšių nėra, nes veiklos rezultatai tiek privačiame, tiek valstybiniame draudime panašūs. Nors socialinės funkcijos, kurių pagrindinė yra pajamų perskirstymas, dažniausiai priskiriamos valstybiniam draudimui, tačiau ir privatus draudimas gali dalyvauti įgyvendinant valstybinę socialinę politiką, t.y. išplėsdamas socialinio draudimo teikiamos draudiminės apsaugos ribas. Santykis tarp valstybinio ir privataus draudimo priklauso nuo šalyje egzistuojančios socialinės apsaugos sistemos bei draudimo veiklos reglamentavimo. Trys valstybinio ir privataus draudimo veiklų santykio galimybės (Čepinskas ir kiti, 1999):

- privatus sveikatos draudimas papildo valstybinį;
- privatus sveikatos draudimas konkuruoja su valstybiniu;
- tarp privataus ir valstybinio sveikatos draudimo veiklų gali nebūti sąlyčio taškų.

Praktikoje dažniausiai sutinkamas atvejis, kai privatus sveikatos draudimas papildo valstybinį. Tačiau siekiant išlaikyti valstybinio sveikatos draudimo monopolį sveikatos paslaugų draudimo rinkoje privataus sveikatos draudimo konkurencija su valstybiniu ribojama motyvuojant tuo, kad didžiajai daliai asmenų pasirinkus privatą draudimą nebus užtikrintas kokybiškų sveikatos paslaugų teikimas visiems šalies gyventojams⁹, tai yra nebus laikomasi solidarumo principo. Derinant valstybinį ir privatą sveikatos draudimą, solidarumą siekiama išlaikyti naudojant įvairias priemones: ribojant gyventojų pasitraukimą iš privalomosios sveikatos draudimo sistemos, netraukiant būtiniosios pagalbos paslaugų į papildomojo sveikatos draudimo krepšelį, nustatant tam tikrus apribojimus teikti privačios sveikatos priežiūros paslaugas, reguliuojant medicinos paslaugų, kurių išlaidas dengia papildomasis sveikatos

⁹ Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje, 2004. Laisvosios rinkos instituto studija. <http://www.lrinka.lt/Projektai/Sa.phtml> [žiūrėta 2010.08.09]

draudimas kainas, privačioms draudimo kompanijoms neleidžiant diskriminuoti atskirų draudėjų grupių (pavyzdžiui, dėl amžiaus ar sveikatos būklės) ir kontroliuojant, kad šios kompanijos turi sudaryti sutartis su visais norinčiaisias jas sudaryti (Angele, 1996).

1.6. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo lėšos

Vienas iš svarbiausių skirtumų tarp įvairių šalių sveikatos apsaugos sistemų yra tai, koku būdu šios sistemos finansuojamos. Finansavimas tarnauja keletui tikslų. Jis teikia pagrindinius fondus, kurie padeda įsigyti tiek sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, tiek ir įrangą, reikalingą veiksmingai teikti šias paslaugas. Tai taip pat padeda nustatyti teisingas finansines paskatas sveikatos priežiūros tiekėjams, kad būtų užtikrinta, jog visi asmenys turės lengvą prieigą prie efektyvios visuomeninės ir asmeninės sveikatos priežiūros. Tai reiškia sumažinimą ar panaikinimą galimybės, kad asmuo negalės susimokėti už tokias sveikatos priežiūros paslaugas ar bus nuskurdinas bandydamas tai pasiekti (WHO, 2008a).

Užtikrinant, kad kiekvienas asmuo turi prieigą prie optimalios sveikatos priežiūros paslaugų, turi būti sprendžiamos trys tarpusavyje susijusios sveikatos sistemos finansavimo funkcijos:

- pajamų surinkimas,
- išteklių sutelkimas,
- ir pirkimas (*purchasing interventions*).

Kaip minėta, pajamų surinkimo žingsnis yra svarbi priemonė diferencijuojant skirtingas sveikatos priežiūros sistemas. Be to, galime taip pat išskirti šias sistemas ir pagal tai, kaip ištekliai yra sukaupiami ir kaip įsigijami.

Minėtos trys funkcijos nefunkcijuonuoja atskirai, bet yra glaudžiai susiję. Galutinis bet kurios sveikatos priežiūros sistemos tikslas yra pasirūpinti optimaliausiais reikiamaiais techniniais, organizaciniais ir instituciniais susitarimais, kad tokios sąveikos suteiks galimybę žmonėms teisingiausiu būdu pasiekiamas paslaugas ir nustatys paskatas teikėjams, kurie bus skatinami gerinti sveikatą ir skatins sistemos gebėjimą greitai reaguoti. Visos trys funkcijos dažniausiai yra įtrauktos į vieną organizaciją, ir taip yra daugelyje sveikatos sistemų pasaulyje.

Pajamų surinkimas yra procesas, kurio metu sistema generuoja reikalingą kapitalą savo veiklai vykdyti. Ji gali tai padaryti gaudama pinigų iš namų ūkių ir organizacijų ar įmonių, taip pat ir iš savanorių. Kiekvieno iš šių šaltinių procentinė dalis bendrose pajamose gali skirtis priklausomai nuo sveikatos priežiūros sistemos struktūros. Gali būti daug skirtingų požiūrių renkant pajamas, pavyzdžiui:

- bendra mokesčių sistema,
- privalomos sveikatos draudimo įmokos (paprastai susiję su alga ir beveik niekada nesusijusi su rizika),
- savanoriškos privataus sveikatos draudimo įmokos (paprastai susiję su rizika),
- tiesioginiai (*out-of-pocket*) mokėjimai: kai asmenys moka visą kainą už sveikatos priežiūros paslaugas, įsigytas iš savo nuosavų finansinių išteklių,
- aukos.

Šie metodai nebūtinai turi būti nesuderinami, dauguma sveikatos priežiūros sistemų skiriasi visų pirma pajamų procentu, gaunamu iš vieno ar daugiau iš šių metodų. Pavyzdžiui, dauguma didesnes pajamas turinčių išsivysčiusių šalių labai priklauso arba nuo bendrų mokesčių arba nuo privalomųjų sveikatos draudimo įmokų (pvz., Jungtinė Karalystė). Mažas pajamas gaunančios šalys, kita vertus, daug daugiau priklauso nuo tiesioginio finansavimo: daugiau kaip 60 proc. šalių, kurių pajamos vienam gyventojui yra mažesnės nei 1000 dolerių, tiesioginės išlaidos sudaro 40 proc. ar daugiau bendro finansavimo (WHO, 2008a).

Kaupimas, antras labai svarbus sveikatos apsaugos sistemos finansavimo elementas, yra apibrėžiamas kaip kaupimas ir vadovavimas pajamoms tokiu būdu, kuris užtikrintų, kad mokėjimo už sveikatos priežiūros riziką prisiima visi visuomenės nariai, o ne kiekvienas mokėtojas atskirai. Kaupimu taip pat gali būti vadinama draudimo funkcija sveikatos apsaugos sistemos viduje, nepriklausomai nuo to, ar draudimas yra apibrėžtas (pvz., savanoriškas aukojimas sveikatos draudimo sistemai) arba netiesioginis (pvz., mokesčių pajamos). Pagrindinis kaupimo tikslas yra pasidalinti didele rizika, kuri iš esmės susijusi su tuo, kad yra neiškus sveikatos intervencijos poveikis. Pavyzdžiui, ne kiekvienam, užsisakiusiam sveikatos draudimo planą, kuris apima dviejų savaitių stacionarias paslaugas po vožtuvų protezavimo, tikrai reikės šios procedūros. Iš tikrųjų yra tikimybė, kad tik nedidelei daliai gavėjų to reikės. Svarbu nepamiršti, kad kai sistema yra pilnai paremta tiesiogine sistema, kaupimo joje nėra.

Visuomenės sveikatos priežiūros veikla ir net asmens sveikatos priežiūros aspektai - pavyzdžiui, sveikatos tyrimai – kurių poreikis yra aiškus ar labai tikėtinas ar išlaidos yra mažos, lėšos gali būti tiesiai surenkamos pirkimo etape ir kaupimas gali būti aplenktas. Tai svarbu, nes vartotojai teikia pirmenybę draudimo programoms, nukreiptoms į intervencijas su didele tikimybe ir maža kaina (palyginti su namų ūkių pajėgumu mokėti). Keturių narių šeima, labiau tikėtina, pasirinks draudimo planą, kuris siūlo neribotą nemokamų sveikatos tyrimų skaičių (didelė tikimybė) ir visai šeimai, nei tą, kuri siūlo tik penkis metinius nemokamus tyrimus ir nemokamą gydymo po chirurginių procedūrų ligoninėje laiką. Kaupimas sumažina neapibrėžtumą tiek pirkėjams, tiek ir teikėjams. Kaupimas būtinas, nes stiprina ir stabilizuoja paklausą bei finansinius srautus, padidina tikimybę, kad pacientai bus pajėgūs gauti paslaugas ir daugiau paslaugų bus teikiama.

Pirkimas yra paskutinis žingsnis sveikatos priežiūros sistemoje, kuris užtikrina paslaugų teikimą. Tai yra procesas, kurio metu surinktomis lėšomis apmokama paslaugų teikėjams, siekiant pristatyti nepaskirstytas ar nepatikslintas sveikatos intervencijas.

Pirkimas gali būti klasifikuojamas kaip pasyvus ar strateginis. Pasyvus pirkimas reiškia, jog laikomasi iš anksto numatyto biudžeto ir tiesiog apmokamos sąskaitas, kai jos yra pateikiamos. Strateginis pirkimas yra labiau dinamiškas procesas, įtraukiantis geriausių būdų paiešką, kaip padidinti sveikatos sistemos efektyvumą, sprendžiant, kuri iš intervencijų turėtų būti perkama, kaip pirkimas turi būti atliktas, ir iš ko šios paslaugos turėtų būti gaunamos. Strateginiai pirkimai gali duoti aukščiausius rezultatus (bent jau teoriškai), nes geriausios intervencijos pirkimas vyksta ir nėra vertinama atsižvelgiant į biudžeto ciklą. Strateginis pirkimas gali būti suvokiamas kaip labiau rezultatais pagrįsta sistema, siekiant geresnių rezultatų iš naujo susitariant bei panaikinant prastesnes veiklas.

Skiriami trys sveikatos draudimo sistemos finansavimo būdai:

- apmokestinimas – tai perskirstyminis, solidarumo principu pagrįstas finansavimo būdas;
- privalomi įnašai į socialinio ir sveikatos draudimo fondus – tai fiksuoto arba kintamo dydžio įnašai į socialinio ar sveikatos draudimo fondus;
- privatus draudimas.

Sveikatos draudimo sistemos finansavimo pagrindą sudaro įmokos, kurių objektas yra dirbančiųjų darbo užmokestis, mokesčiai, privalomi įnašai, savanoriškos įmokos.

Sveikatos priežiūros finansavimas iš mokesčių – tai perskirstyminis finansavimo metodas, kurio viena dalis lėšų imama iš pajamų kaip progresyvinė atskaitymų norma, o likusi apmokestinimo dalis yra proporcinga pridėtosios vertės išraiškai. Tai reiškia, kad viena socialinė grupė padengia išlaidas kitai socialinei grupei, kuri nepajėgi padengti savo išlaidų sveikatos paslaugoms. Finansavimas iš mokesčių pagrįstas solidarumo principu, perskirstant lėšas taip, kad medicininis aptarnavimas būtų prieinamas visiems gyventojams. Tokia sveikatos priežiūros sistema atitinka Pasaulio sveikatos organizacijos strategiją „Sveikata visiems“. Toks būdas ypač aktualus šalyse, kuriose egzistuoja didelis nedarbas. Vyriausybė, įvertinusi planuojamų mokesčių dydį, nustato sveikatos priežiūros poreikius, įteisindama bendrus ar kurios nors sveikatos priežiūros srities finansavimo apribojimus ir palaiko būtinąjį balansą tarp išlaidų sveikatos priežiūrai ir visuomenės finansinių resursų bei strategijos „Sveikata visiems“ principų.

Surenkami mokesčiai yra stabilus sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis, nesukeliantis ypatingų problemų. Kadangi apmokestinimas pagal pobūdį yra cikliškas, šis privalumas leidžia planuoti sveikatos priežiūros išlaidas pagal turimus resursus (WHO, 2004). Vyriausybė nustato išlaidų sveikatos priežiūrai dydį ir kontroliuoja sveikatos priežiūros finansavimo fondų paskirstymą. Apmokestinimu pagrįstas finansavimas leidžia teigti, kad tokia sveikatos priežiūros sistema yra prieinama visiems gyventojų sluoksniams.

Sveikatos draudimo finansavimas iš mokesčių taikomas ir Bismarko modelio finansavimo sistemą taikančiose šalyse, kur apmokami draudimo įnašai menkai aprūpintoms visuomenės grupėms (pavyzdžiui, taip yra Vokietijoje ar Prancūzijoje). Be to, iš mokesčių gali būti finansuojamos kai kurios medicininio aptarnavimo sritys, tokios kaip vakcinacija ir pan.

Privalomi įnašai arba socialinio draudimo mokesčiai – tai fiksuoto arba kintamo dydžio įnašai į socialinio arba sveikatos draudimo fondus. Organizuojant sveikatos priežiūros sistemos finansavimą pagal šį principą, atsiranda gyventojų dalis, kuri nepatenka į draudimo sistemą. Ši sistemos finansavimo būdą atitinka Bismarko modelis, kuris apima tik dirbančiuosius, kurie moka privalomas draudimo įmokas. Šiuo atveju įmonės tampa savotiškais mokesčių surinkėjais. Mokesčiai mokami priklausomai nuo įmonių ekonominių rodiklių (pagrindinio kapitalo ir darbo užmokesčio fondo) ir yra skirti dirbančių bei jų išlaikytinių poreikiams tenkinti. Šis principas atspindėjo praėjusio amžiaus gamybos realybę ir šiais laikais jau yra pasenęs. Dabartiniu laiku draudimo principas įgavo naują prasmę ir apima daug įvairių fondų, sukurtų ne tik gamybininkams, bet ir asmenims, vykdančioms individualią veiklą, žemės ūkio darbuotojams ir

kitų sferų dirbantiems. Greta pagrindinių fondų gali egzistuoti ir pagalbiniai fondai kaip decentralizuoti padaliniai.

Dažniausi pasaulyje vyraujančių sveikatos sistemų finansavimo šaltiniai (Žalimienė, 2003) yra:

- valstybės biudžeto lėšos;
- socialinio draudimo fondų lėšos;
- savivaldybių biudžetų lėšos;
- įmonių, organizacijų, asmenų lėšos;
- klientų mokesčiai už socialines paslaugas.

Vienas pagrindinių socialinių paslaugų finansavimo šaltinių yra savivaldybių biudžetai ir / ar klientų mokesčiai. Tiesiogiai iš valstybės biudžeto socialinės paslaugos finansuojamos pagal specialias programas. Specialūs valstybės finansai socialinėms paslaugoms skiriami per įvairias programas, specialius fondus. Šis būdas yra veiksmingas norint daryti įtaką savivaldybės prioritetams, kad būtų kuriamos naujos paslaugų rūšys. Valstybės finansinis dalyvavimas yra svarbus veiksnys socialinių paslaugų strategijai plėtoti. Pavyzdžiui, valstybė nori paskatinti naujos paslaugos rūšies plėtrą, tokiu atveju gali būti skelbiamos paslaugų plėtojimo programos, skirtos tą paslaugą siūlančioms institucijoms finansuoti (Žalimienė, 2003).

Socialinių paslaugų finansavimas gali būti centralizuotas arba decentralizuotas. Socialinių paslaugų finansavimo tvarka, kai lėšas socialinėms paslaugoms planuoja ir skiria pačios savivaldybės, neturint standartų, kurie reglamentuoja finansavimo (pvz., numatyta, kokią dalį savo biudžeto savivaldybės turi skirti socialinėms paslaugoms, ir pan.) ar paslaugų lygį, lemia labai didelius paslaugų plėtojimo skirtumus skirtingose teritorijose (regionuose). Dideli regioniniai paslaugų plėtojimo skirtumai negali būti pateisinami klientų poreikių tenkinimu. Kiekvienos savivaldybės gyventojai turi turėti galimybių gauti tam tikro lygio socialines paslaugas. Aukštesnių standartų paslaugos gali būti pačių savivaldybių reikalas.

Galima paminėti, kad šiuolaikinę sveikatos priežiūros organizavimo ir finansavimo modelių įvairovę sieja vienas bruožas – nė vienoje šalyje nedomino privati sistema. Dauguma šalių turi universalias sveikatos priežiūros sistemas (Shiell, Seymour, 2002).

Išnagrinėjus pagrindinius sveikatos draudimo sistemų modelius iškyla klausimas, kuris finansavimo būdas yra geriausias. Įmokomis grindžiamas finansavimas įpareigoja sveikatos draudimo įstaigą rinkti įmokas arba pagal įstatymą, arba pagal individualios draudimo įstaigos

įstatus. Taip daroma beveik visose ne Beveridžo sistemą pasirinkusiose šalyse, t.y. šalyse, kur veikia sveikatos draudimu grindžiama sveikatos priežiūra. Sveikatos draudimo fondai Vokietijoje naudojami unikalia privilegija, kai jų renkamas atstovavimo organas gana bešališkai nustato įmokos dydį. Ypač tos įmokos, kurios sudaro finansų rezervą, parodantį kada didinti, o kada mažinti tarifą, skatinti draudėjų konkurenciją ir išlaikyti jų nepriklausomybę nuo vyriausybės, kuri dažniausiai skęsta didelėse skolose. Vokietijos visuomeninio draudimo sistema niekam neskolinga. Finansavimas iš mokesčių, ar iš nustatyto tarifo valstybės infrastruktūros įplaukų, sveikatos priežiūrą nukelia ten, kur ji tiesiogiai priklauso nuo vyriausybės. Taip pagrindinės politinės srovės lemiamas draudimas priklauso nuo politinių sprendimų. Finansavimas iš mokesčių praktikuojamas visose Skandinavijos šalyse, Ispanijoje, Jungtinėje Karalystėje, Airijoje, Italijoje, Portugalijoje ir daugelyje kitų šalių, kurios skiriasi savo ekonomikos sėkmės laipsniu.

Išnagrinėjus galimus sveikatos draudimo modelius, daroma išvada, kad kiekvienos šalies sveikatos draudimo sistemos kūrimas ir tobulinimas yra individualus darbas, sąlygojamas kiekvienos šalies socialinės – ekonominės padėties, politinės santvarkos ir daugelio kitų veiksnių (Smilga, Janušonienė, 2005).

II. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS LIETUVOJE

2.1. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema

Nuo 1990 m. reformuodama savo sveikatos priežiūros sistemą, Lietuva pasirinko socialinio draudimo sistemą, grindžiamą tiek sveikatos draudimo įmokomis, tiek bendraisiais mokesčiais. Kalbant apie sveikatos priežiūros finansavimą buvo numatyta, kad draudiminis finansavimas turėtų papildyti ir iš dalies pakeisti biudžetinį finansavimą. Perėjimas į draudiminį finansavimą sudaro galimybes siekti, kad finansai bus daug aiškesni ir stabilesni, tačiau tai jokių būdu nereiškė ir nereiškia, kad socialinės problemos automatiškai išsprendės ir atsiras papildomų lėšų. Sveikatos draudimas negali būti pinigų šaltiniu - tai tik pinigų pervedimo būdas. Pinigų šaltiniu tampa arba įmokų, arba mokesčių mokėtojas. Dėl šios priežasties tarptautiniai ekspertai nuolatos pabrėžia (Angele, 1996), kad, sveikatos priežiūrą finansuojant iš įmokų, paraleliai mažėtų mokesčiai. Lėšų stygių galima būtų sutvarkyti tikrai labai tvirta ir efektyvia finansų bei socialine politika. Sveikatos draudimo sistemos raida negali išspręsti šios problemos, bet gali pagreitinti šį procesą, jeigu sistema plėtosis teisinga linkme.

Vien tik finansavimo iš valstybės biudžeto Lietuvoje buvo atsisakyta, nes tvirtas procentinis susiejimas su valstybės biudžetu reiškia tiesioginę priklausomybę nuo kasmetinio valstybės biudžeto, kuris tiesiogiai priklauso nuo ekonomikos vystymosi. Čia galima numatyti didelius svyravimus, kurie būtų ilgalaikės perspektyvos kliūtis¹⁰.

2 priede pateikiamas šiandieninis Lietuvos sveikatos draudimo sistemos modelis. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos modeliui būdingas gan stiprus valstybinis reguliavimas, paveldėtas iš Sovietų Sąjungos laikotarpio. Valstybė kontroliuoja sveikatos paslaugų bazinių kainų nustatymą, sudaro kompensuojamųjų vaistų bei sveikatos priežiūros paslaugų sąrašus, organizuoja centralizuotą sveikatos priežiūros paslaugų pirkimą.

G. Černiauskas (2000) teigia, kad Lietuvos sveikatos draudimo sistemos pavadinimas yra perimtas iš Vokietijos, t.y. Bismarko modelio. Tačiau dabartinis Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelis ir institucinė sveikatos draudimo sandara turi tiek Beveridžo, tiek Bismarko, tiek Semaškos modelių elementų, kurie buvo aptarti anksčiau. LR sveikatos draudimo

¹⁰ Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas draudimo sąlygomis (Remuneration of health care services under health insurance). PHARE Project on Health Reform and Financing in Lithuania – Lithuania, 1996.

įstatyme ir kituose teisės aktuose yra įtvirtintas toks modelis, pagal kurį sveikatos draudimas yra grindžiamas privalomosiomis įmokomis, mokamomis iš valstybės biudžeto (už valstybės lėšomis draudiamus asmenis), taip pat įmokomis, kurias moka darbdaviai arba patys draudžiamieji. Tai jokių būdu nereiškia, kad konkretaus asmens privalomojo sveikatos draudimo įmoka skirta būtent šio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Toks sveikatos draudimo modelis remiasi visuotinio (privalomo) ir solidarumo principais.

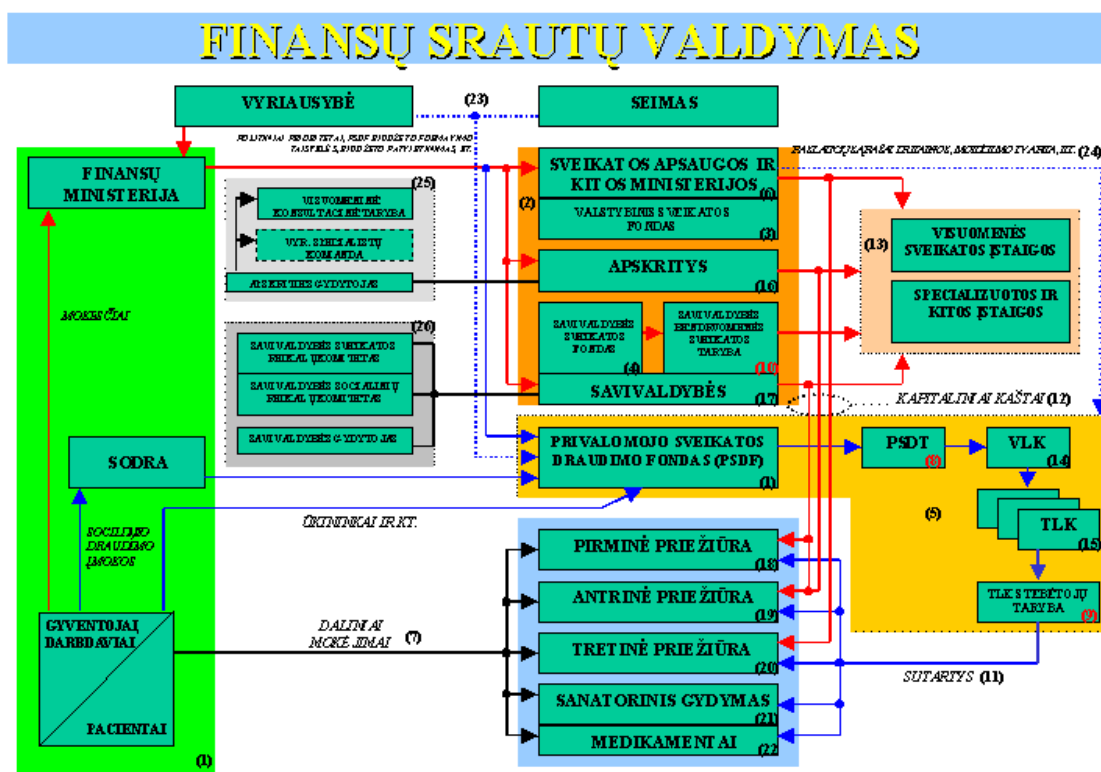
Sveikatos draudimo sistema finansuojama iš fondo, kuris yra atskirtas nuo valstybės biudžeto. Yra apdrausti visi šalies gyventojai. Darbdaviai moka tam tikrą procentą nuo savo darbuotojų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos ir tam tikrą procentą nuo darbuotojų atlyginimo atskaičiuojamo socialinio draudimo įmokų. Savarankiškai dirbantys asmenys privalo sumokėti draudimui nustatytą procentą nuo sumos, nuo kurios skaičiuojamos jų socialinio draudimo įmokos ir kt. Įmokų dydį kiekvienais metais nustato LR Seimas. Vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, valstybė rūpinasi vaikų iki 18 metų, studentų, socialinę paramą ir pinigines socialinio draudimo išmokas gaunančių bei tam tikromis ligomis sergančių ir kai kurioms kitoms grupėms priklausančių asmenų sveikatos draudimu. Už šiuos asmenis iš valstybės biudžeto į sveikatos draudimo fondą yra pervedamos Seimo kasmet vienam gyventojui nustatomo dydžio įmokos.

Jei žmogus nemoka gyventojų pajamų mokesčio ir nėra apsidraudęs privalomuoju sveikatos draudimu, už medicinos paslaugas (išskyrus būtinąją pagalbą) turi mokėti pats pagal nustatytus bazinius paslaugų įkainius. Lietuvos sveikatos draudimo įstatyme šalia privalomojo draudimo leidžiamas ir papildomasis (savanoriškas) sveikatos draudimas, reglamentuojamas LR Draudimo įstatymo. Privatus paslaugų teikimas Lietuvoje nėra išvystytas dėl kryptingos teisinės ir finansinės reglamentacijos - pasirinktame sveikatos draudimo modelyje privatus sveikatos draudimas tik papildo valstybinį, gyventojai gali draustis papildomuoju sveikatos draudimu tik po to, kai jau yra apsidraudę ar draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu. 3 priede yra pateikiamos palygintos privalomojo ir privataus sveikatos draudimo rūšys Lietuvoje išskiriant jų esminius skirtumus.

Sveikatos priežiūros finansavime įtakos turi ir kiti šaltiniai, iš kurių lėšų yra finansuojama visa sveikatos priežiūra šalyje.

Lietuvos Sveikatos sistemos įstatymas, priimtas 1994 m. liepos 19 d., nurodo, kad sveikata yra asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė. Šios gerovės siekti yra

sukurtas visas mechanizmas. Šiandieninės valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistemos, t.y. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau tekste sutrumpintai vadinama LNSS) įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo farmacinę veiklą bei teikia kitas (mokamas) paslaugas, nepriskiriamas sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingas jų teikimui užtikrinti. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai pagal kompetenciją gali teikti tiek paslaugas, už kurias jų gavėjai paslaugų teikėjui nemoka, o jas apmoka trečiosios pusės mokėtojas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau PSDF), valstybės ir savivaldybių biudžetų ar sveikatos fondų lėšų, tiek mokamas paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti. Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato bei sveikatinimo paslaugų sąrašą, kainas ir teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.



© SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS

Šaltinis: Sveikatos ekonomikos centras

2.1 pav. Finansų srautų valdymas sveikatos priežiūros sistemoje

Jau minėtame Sveikatos sistemos įstatyme yra nurodyta, kad LNSS vykdomųjų subjektų vykdomos sveikatos priežiūros ir teikiamų paslaugų finansavimo šaltiniai yra:

- privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos;
- valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšos;
- draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis lėšos;
- savanoriškojo sveikatos draudimo lėšos;
- Sveikatos sistemos įstatymo reglamentuojamų sveikatos fondų lėšos;
- lėšos už mokamas paslaugas;
- palūkanos, mokamos už bankuose saugomas asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lėšas.

Sveikatos santykiai reguliuojami taikant įstatymų, kitų teisės aktų reglamentuojamas tokias ekonomines priemones, kaip:

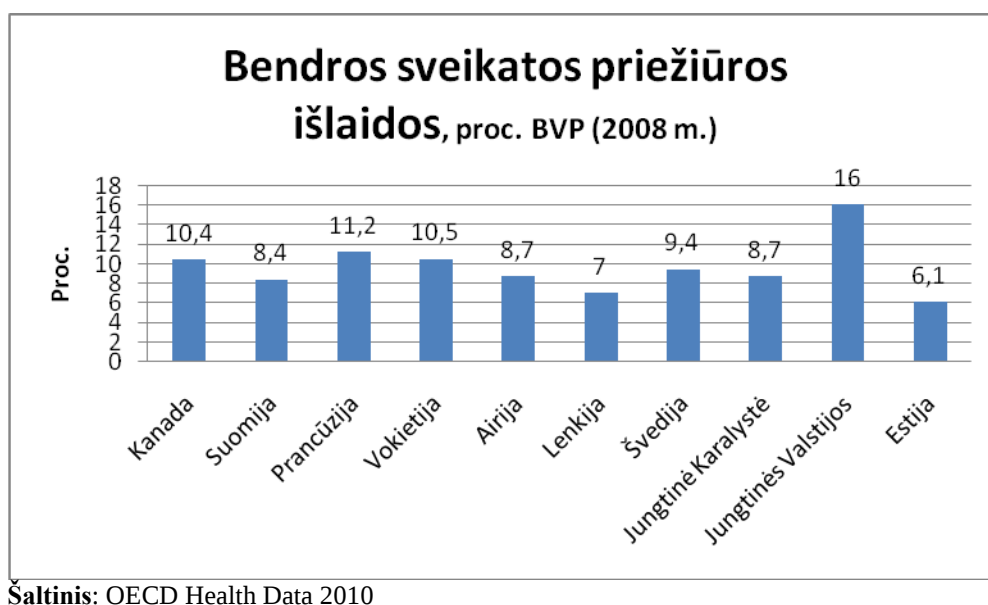
- mokesčius;
- privalomojo sveikatos draudimo lėšas;
- savanoriškojo sveikatos draudimo lėšas;
- draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis lėšas;
- kitų rūšių draudimo įmokas;
- valstybės biudžeto tikslines dotacijas;
- lengvatines paskolas;
- kainodaros politiką;
- licencijas;
- ekonomines sankcijas už sveikatinimo veiklos įstatymų ir kitų teisės aktų pažeidimus;
- kitas ekonomines priemones.

Lietuvos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos pagrindinai yra finansuojamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų, PSDF, sveikatos fondų, kito tipo lėšos nesudaro didelio procento bendrose pajamose.

Toliau bus apžvelgta detalesnė sveikatos priežiūros pajamų situacija.

2.2. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas

Sveikatos priežiūrai skiriamos visuomeninės išlaidos pasaulio šalyse yra labai skirtingos. Pagal naujausius 2008 metų OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) duomenis sveikatos priežiūrai vieną didžiausių procentų nuo BVP išleidžia Prancūzija (11,2 proc. nuo BVP), Vokietija (10,5 proc.), Kanada (10,4 proc.). Brangiausiai sveikatos priežiūra kainuoja Jungtinėms Amerikos Valstijoms, kur sveikatos priežiūros išlaidos sudaro 16 proc. BVP ir yra linkusios dar labiau didėti (2006 m. buvo 15,5 proc. BVP, 2007 m. – 15,7 proc. BVP, o 2013 m., anot P. G. Jarret (2006), numatoma, kad sieks 18,4 proc. nuo BVP).



2.2 pav. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos

Tuo tarpu Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos yra daug mažesnės nei daugumos OECD šalių, čia privalomojo sveikatos draudimo išlaidos neviršija 7 proc. BVP (žr. 2.2 pav.). Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos yra didesnės tik už kaimyninės Estijos¹¹ (pagal 2007 m. duomenis su Latvija esame viename lygyje¹²). Vis dėlto smarkiai šalis atsilieka nuo daugelio išsivysčiusių valstybių, o Europos išlaidų vidurkis sveikatos priežiūrai yra 8,8 proc. nuo BVP¹³ (2007 m. duomenimis).

¹¹ OECD Health Data 2010

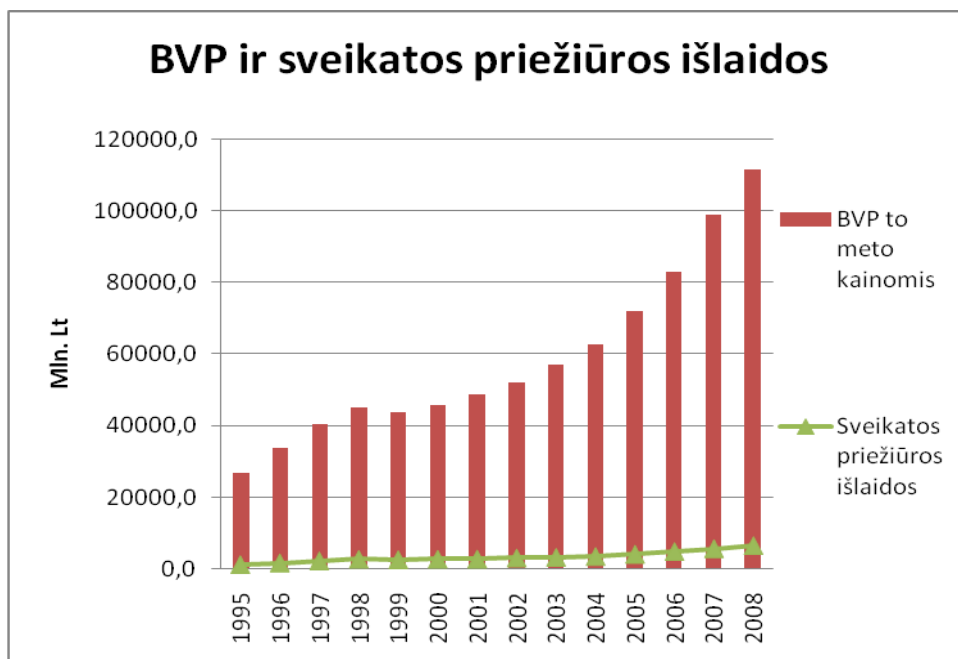
¹² WHO: World Health Statistics 2010

¹³ WHO: World Health Statistics 2010

Dėl didelio finansavimo JAV yra matyti, kad egzistuoja teorinė galimybė ir Europoje didinti išlaidas sveikatos priežiūrai (žinoma, sąlyginai, ne iki JAV lygio). Pasak D. Simonet (2010), ES elektoratas noriai sutinka didesne mokesčių našta finansuoti turtingas visuomenės sveikatos sistemas.

Lietuvoje nėra tokia brangi sveikatos priežiūra, kaip, pavyzdžiui, JAV, kurioje sveikatos priežiūra yra viena brangiausių (pvz. 2003 m. buvo išleista po 5670 dol. vienam žmogui, kai tuo tarpu tokiose išsivysčiusiose šalyse, kaip Kanada ar Japonija, yra išleidžiama dvigubai mažiau (atitinkamai Kanadoje 2002 m. duominimis vienam žmogui sveikatos priežiūros išlaidų teko 2931 dol., o Japonijoje – 2077 dol.)¹⁴. Anot Gertham et al. (1992) atliktų tyrimų duomenų, BVP, tenkantis vienam gyventojui, yra svarbiausias faktorius, lemiantis skirtumus tarp atskirų šalių sveikatos išlaidų.

Pastaraisiais metais Lietuvos ekonomikos augimas ir įvairios Lietuvoje įgyvendinamos iniciatyvos gerinant verslo aplinką, skatinant darbo vietų steigimą bei didinant darbo jėgos ekonominį aktyvumą sudarė palankias sąlygas augti užimtumui, mažėti nedarbiui, bei tuo pačiu ir didėti bendrajam vidaus produktui.



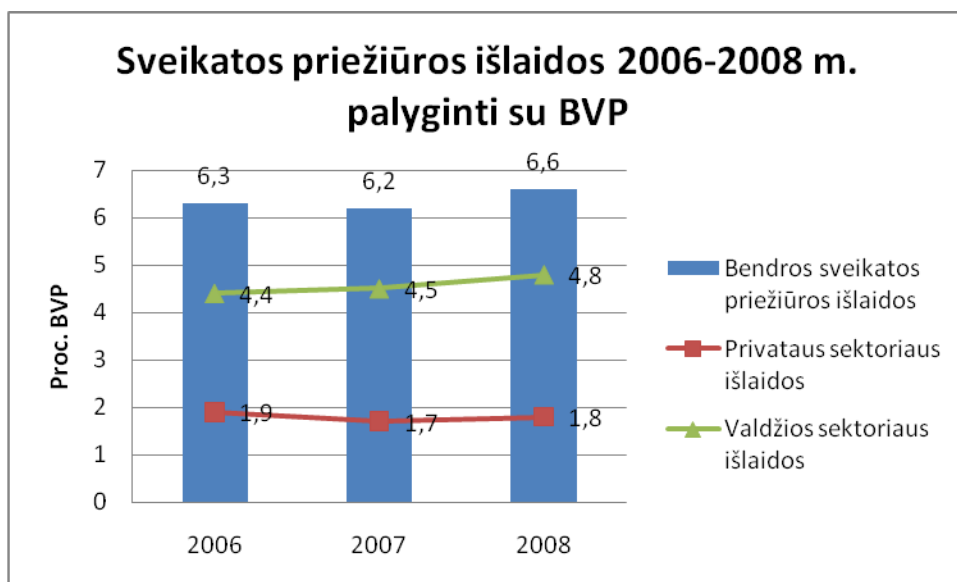
Šaltinis: Statistikos departamentas ir Lietuvos sveikatos informacijos centras

2.3 pav. BVP ir sveikatos priežiūros išlaidos 1995-2008 m.

¹⁴ Chapin R. Social policy for effective practice: a strengths approach. McGraw-Hill, 2007.

Didėjanti ekonomikos plėtra sudarė prielaidas daugiau lėšų skirti sveikatos apsaugos sektoriaus finansavimui (žr. 2.3 pav.). Visame pasaulyje vyrauja tendencija, kad sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos vis didėja. Tam įtakos turi ne tik augantis BVP, bet ir demografija (ypač visuomenės senėjimas), sveikatos priežiūros resursai, naujos technologijos, progresas medicinoje ir sveikatos priežiūros sistemos dizainas (Busse, 2001; Nissim, 2009; Abate, Deneen, 2004). Tačiau prieš pora metų prasidėjęs ir dar nepasibaigęs ekonomikos nuosmukis taip pat turi įtakos kaip visai ekonomikos sistemai, taip tai paliečia ir sveikatos priežiūrą (smarkiai sumažėjęs BVP, sveikatos priežiūros finansavimas ir kiti rodikliai 2009 bei 2010 metais).

Kaip ir daugelis Europos Sąjungos bei kitų išsivysčiusios ekonomikos šalių vyriausybių, Lietuvos Vyriausybė susiduria su faktu, kad išlaidos sveikatos apsaugai auga didesniais tempais nei šalyje fiksuojamas bendrojo vidaus produkto augimas. Šią lėšų stygiaus problemą šalys sprendžia kasmet vis didesnę BVP dalį skirdamos sveikatos apsaugai. Pavyzdžiui, Lietuvoje 2006 m. BVP augimas (palyginti su 2005 m. BVP) buvo 14,9 proc., tuo tarpu bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos išaugo net 18,9 proc. Lietuvos BVP ir bendrų išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo dinamika pateikta 2.4 paveiksle. Dėl spartesnio šalies augimo, smarkiai didėjo ir sveikatos priežiūrai Lietuvoje išleidžiamų pinigų suma. Lietuvoje sveikatos apsaugai skiriamas finansavimas nagrinėjamu laikotarpiu didėjo nuo 5156,7 mln. Lt 2006 m. iki 7351,1 mln. Lt 2008 m. Šis augimo tempas buvo didesnis už BVP augimo tempus.

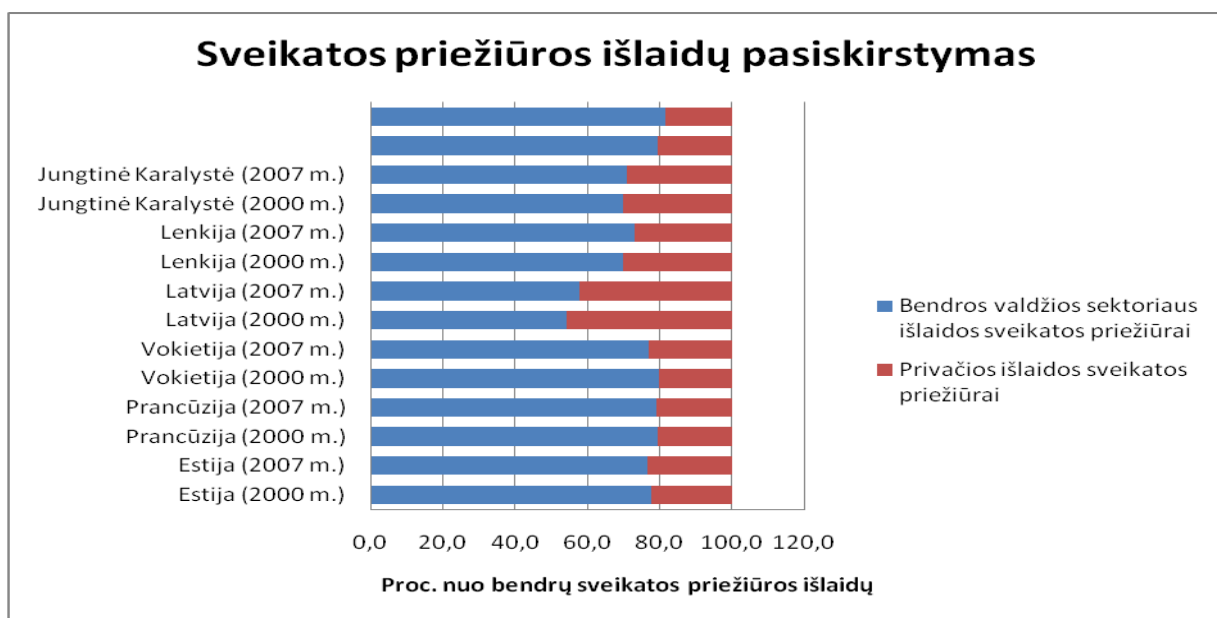


Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamentas

2.4 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos palyginti su BVP

Dera pabrėžti: nors šalies ekonomika dėl krizės, specialistų teigimu, susitraukė iki 2006 metų lygmens, bet 2010 metų sveikatos biudžetas tesumažėjo iki 2007 metų lygmens, net šiek tiek jį pranoksta, ir, anot buvusio sveikatos apsaugos ministro A. Čapliko, 2010 metų PSDF biudžetas rodo, jog sveikatos priežiūrai - socialiniu požiūriu labai jautriai sričiai - sunkmečiu skiriama daug dėmesio ir lėšų¹⁵.

Pagal privačių ir valstybinių išlaidų sveikatos sistemai santykį Lietuva yra panašiam lygyje kaip ir Lenkija, tačiau labai skiriasi nuo Jungtinės Karalystės, Prancūzijos, Vokietijos, kur valstybinės išlaidos bendrose išlaidose sudaro daug didesnę procentinę dalį; taip pat skiriasi ir nuo kaimyninės Latvijos, kur privačios išlaidos sveikatos priežiūrai yra beveik lygios su valstybinėmis (nors pastaraisiais metais yra linkusios mažėti) (žr. 2.5 pav.). Iš pateiktų duomenų matyti, kad šis santykis nėra pastovus, vienoje iš valstybių privačios išlaidos didėja, kitose, atvirkščiai - mažėja. Tai lemia konkrečios valstybės politika, pasirinktas sveikatos sistemos modelis (ar skirtingų modelių derinys) bei kiti veiksniai, kurie ir nulemia kaip vienoje ar kitoje valstybėje yra organizuota ir veikia sveikatos sistema, koku būdu ji finansuojama ir kaip paskirstomi ištekliai.



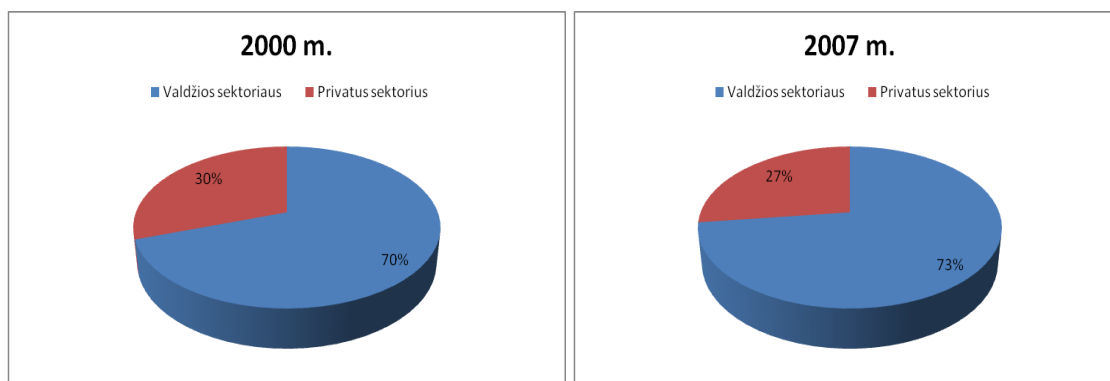
Saltinis: WHO: World Health Statistics 2010

2.5 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų pasiskirstymas

¹⁵Privalomojo sveikatos draudimo tarnyboje http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2009-10-14&item_id=1741 [žiūrėta 2010.02.17]

Nagrinėjant Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidas galima pastebėti, kad valdžios sektoriaus išlaidos, skiriamos sveikatos priežiūrai, didėja sparčiau nei privataus sektoriaus išlaidos, tačiau vis tiek nesiekia 5 proc. ribos, kurią Vyriausybė buvo nustačiusi kaip minimalų lygį¹⁶. 1993 m. projekte buvo numatyta, kad sveikatos draudimo išlaidos turi sietis su bendra ekonomikos raida, o sveikatos draudimui finansuoti turi būti skirti bent 6 proc. bendrojo nacionalinio produkto. Šį siūlymą tuomet labai teigiamai vertino užsienio ekspertai, tačiau jie rekomendavo sieti kaštus su darbo jėgos pajamų raida ir nustatyti ne tik turimų lėšų minimumą, bet ir maksimumą (Angele, 1996).

Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo iš valstybinių ir privačių lėšų santykis yra pateiktas 2.6 pav.



Šaltinis: WHO: World Health Statistics 2010

2.6 pav. Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal sveikatos priežiūros finansuotojus

Lyginant 2000 m. su 2007 m. duomenis matyti, kad valdžios sektoriaus lėšos bendrose sveikatos priežiūros lėšose didėja. Jei 2000 m. iš valdžios sektoriaus buvo gauta 70 proc. visų lėšų, tai privataus sektoriaus indėlis buvo beveik 30 proc. 2007 m. duomenimis valdžios sektoriaus indėlis buvo 4471,4 mln. Lt, o iš privataus sektoriaus gauta 1666,5 mln. Lt, atitinkamai 73 proc. ir 27 proc. 2008 m. išankstiniais duomenimis per metus valdžios sektoriaus

¹⁶ Rengiant ir 1996 m. gegužės 21 d. priimant Sveikatos sistemos įstatymą Lietuvoje, buvo apskaičiuotos minimalios sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimui reikalingos lėšos – 5 proc. BVP (taip pat tai yra įtvirtinta Lietuvos sveikatos programoje). Tačiau nebuvo nustatyta ekonominė formulė, kuri perskaičiuotų sveikatos priežiūros paslaugų vertę pagal rinkos sąlygas, dėl ko šiandien ir kyla finansų nepakankamumo problema. Nors išlaidos sveikatos priežiūrai kasmet auga, tačiau sveikatos apsaugos prieinamumo problema išlieka. Finansinės galimybės plėsti įstaigų veiklą, besivystančiomis medicinos technologijomis gerinti paslaugų kokybę ekonominiu sunkmečiu yra labai ribotos, todėl reikia racionalizuoti sistemą ieškant rezervų jos viduje, pertvarkant bei kontroliuojant.

lėšos išaugo beveik 19 proc., privataus sektoriaus – 20 proc. (atitinkamai viešojo sektoriaus indėlis buvo 5339,9 mln. Lt, o privataus sektoriaus – 2010,9 mln. Lt).

Svarbu paminėti, kad sveikatos priežiūros pertvarka Lietuvoje dar 1990 m. buvo pradėta tikintis spartaus sveikatos draudimo įvedimo. Buvo numatyta, kad draudiminis finansavimas turėtų papildyti ir iš dalies pakeisti biudžetinį finansavimą, kuris buvo iki tol. Sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniais turėtų tapti biudžetas, privalomasis sveikatos draudimas ir daliniai pacientų mokėjimai (Angele, 1996). Šių dienų realijos yra pateiktos 2.1 lentelėje. Daugiau nei pusę visų sveikatos priežiūros finansavimo lėšų sudaro Socialinio draudimo fondo lėšos, trečdalį – tiesioginiai žmonių mokėjimai. Valdžios sektoriaus indėlis (neatsižvelgiant į lėšas, kurias valdžios sektorius moka už draudžiamus asmenis privalomuoju sveikatos draudimu iš biudžeto lėšų) kasmet vis didėja.

2.1 lentelė. **Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros finansuotojus, mln. Lt**

	2004	2005	2006	2007	2008*
Valdžios sektorius	2414,3	2862,5	3584,4	4471,4	5339,9
Valdžios sektorius, neįskaitant socialinio draudimo fondų	308,3	396,3	563,1	851,5	986,4
Socialinio draudimo fondai	2106	2466,3	3021,3	3619,9	4353,5
Privatus sektorius	1159,5	1360,9	1571,8	1666,5	2010,9
Privatus draudimas	14,2	15,2	20,6	24,3	37,1
Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos	1141,4	1341,1	1546,1	1638,7	1969,1
Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams	0,4	0,7	1	1	1,3
Bendrovės	3,5	3,9	4	2,5	3,3
Kitos šalys	0,3	0,7	0,5	0,6	0,3
Iš viso	3574,1	4224,2	5156,7	6138,5	7351,1

*Išankstiniai duomenys

Šaltinis: Statistikos departamentas

Toliau bus detalčiau apžvelgtos sveikatos priežiūros finansavimo priemonės, jas susisteminat į grupes pagal Sveikatos sistemos įstatyme pateiktą sveikatos priežiūros finansavimo šaltinių klasifikaciją.

2.2.1. Valdžios sektoriaus finansavimas Privalomojo sveikatos draudimo fondas

Sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų tvarką nustato Sveikatos draudimo įstatymas, Seimo priimtas 1996 m. gegužės 21 d. Pagal šį įstatymą nuo 1997 m. liepos 1 d. pradėta įgyvendinti įstatyminė privalomojo sveikatos draudimo schema. Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas (t.y. neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus) privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, kurį kasmet tvirtina Vyriausybė Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu.

Sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnyje yra nurodyta kokios lėšos sudaro PSDF biudžeto pajamas. Didžioji dalis draudimo įmokų Lietuvoje surenkama centralizuotai, tai yra per valstybines institucijas – Valstybinę mokesčių inspekciją prie Finansų ministerijos (VMI), socialinio draudimo įstaigą bei valstybės įmokas už draudžiamuosius, apdraustus valstybės lėšomis. Savarankiškai moka draudimo įmokas gaunantys pajamas iš žemės ūkio ir savarankiškai dirbantys asmenys, kurie nemoka fizinių asmenų pajamų mokesčio. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa (VLK) prie Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) ir teritorinės ligonių kasos (TLK).

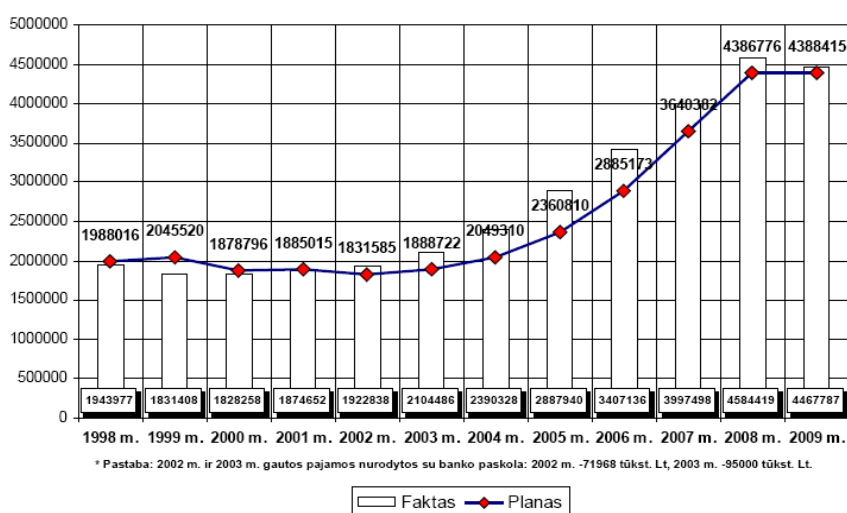
Asmenys, gaunantys pajamas iš žemės ūkio bei dirbantys individualiai, bet nemokantys fizinių asmenų pajamų mokesčio, draudimo įmokas turėtų mokėti patys. Tačiau, palyginti su kitomis ekonominėmis veiklomis, žemės ūkyje dirbančiųjų pajamos gerokai mažesnės, neretai per mažos, kad šie asmenys galėtų savarankiškai mokėti už savo sveikatos draudimą (Išoraitė, 2007). Tai sudaro problemų sveikatos priežiūros finansavimui, todėl yra numatyta, jog gali būti skirta valstybės biudžeto lėšų visoms ūkininkų privalomojo sveikatos draudimo įmokoms (ar jų daliai) sumokėti. Be to, Seimas gali skirti privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui papildomų valstybės biudžeto asignavimų, jei dėl fondo biudžeto tvirtinimo metu nenumatytų priežasčių padidėja jo išlaidos ar sumažėja pajamos ir dėl to fondo biudžetas negali įvykdyti visų šio įstatymo numatytų įpareigojimų (Zaicev, 2007), kurie buvo patvirtinti įstatyme.

Pagal 2008 m. gruodžio 22 d. Seimo priimtą Sveikatos draudimo įstatymo dalies straipsnių pakeitimo įstatymą, nuo 2009 m. sausio 1 d. įsigaliojo nauja sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka. Šiame įstatyme anksčiau galioję atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio pakeisti atskiromis privalomojo sveikatos draudimo įmokomis, suvienodinti privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžio apskaičiavimo būdai, numatant dvi bazes, nuo

kurių yra skaičiuojamos šios įmokos (tai yra minimali mėnesinė alga ir veiklos pajamos), taip pat numatyti nauji privalomojo sveikatos draudimo įsigaliojimo terminai. Nuo 2009 m. sausio 1 d. Seimui pakeitus kai kurias Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, pavyzdžiui, už dirbančius asmenis „Sodrai“ mokamos 9 proc. (3 proc. – darbdavio ir 6 proc. – dirbančiojo) dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokos nuo asmeniui apskaičiuotų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos (PSDF įmokos ir jų mokėtojai yra pateikti 4 priede). Iki 2009 m. sausio 1 d. šios privalomojo sveikatos draudimo įmokos susiklostydavo iš kiek kitokių dalių: į PSDF biudžetą VMI pervesdavo 30 proc. priskaičiuoto gyventojų pajamų mokesčio, o iš „Sodrai“ tuomet mokamų įmokų į PSDF biudžetą patekdavo 3 proc. priskaičiuoto darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Paprastai tariant, po tų įstatymo pataisų darbdavio įmoka (procentais) už draudžiamuosius privalomuoju sveikatos draudimu nesikeitė, vidutinė tokia darbuotojo įmoka irgi iš esmės nepakito (tie, kurie privalomuoju sveikatos draudimu draudėsi savarankiškai, 2008 m. IV ketvirtį kiekvieną mėnesį turėjo sumokėti po 223 litus, tuo tarpu dabar kiekvieną metų mėnesį – po 72 litus).

Nagrinėjant Lietuvos PSDF biudžeto pajamas matyti, kad jos nuolat didėja (su tam tikrais sumažėjimais 2000 m. ir 2002 m.) (žr. 2.7 pav.). Didėja tiek planuojamos, tiek ir faktinės pajamos. Tačiau pastaraisiais metais vyrauja tendencija, kad realios metų biudžeto pajamos yra mažesnės nei planuojamos, taigi į biudžetą nėra surenkami visi planuojami surinkti pinigai.

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMOS,
tūkst. Lt



Šaltinis: Ligoninių kasos: 2009-ųjų apžvalga

2.7 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

PSDF biudžeto pajamos 2009 m. sudarė 4 467 787 tūkst. litų (įskaitant lėšų likutį metų pradžioje).

- Draudėjų už dirbančiuosius nuo darbo užmokesčio mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos sudarė 17,3 proc. arba 772 377 tūkst. Lt PSDF biudžeto pajamų.

- 32,3 proc. PSDF biudžeto pajamų – 1 441 045 tūkst. litų – sudarė dirbančiųjų asmenų iš darbo užmokesčio mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

- Asmenų, gaunančių gyventojų pajamų mokesčiu apmokestinamų pajamų, nesusijusių su darbo santykiais, mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos sudarė 269 583 tūkst. Lt, arba 6 proc. biudžeto pajamų.

- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai sudarė 35,2 proc. PSDF biudžeto pajamų – 1 572 134 tūkst. Lt (gautos visos planuotos pajamos). Valstybės biudžetas į PSDF biudžetą pervedė:

- asignavimus už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (gauta 1 077 541 tūkst. Lt; biudžeto įmoka už apdraustąjį valstybės lėšomis, palyginti su 2008 m., padidėjo 41,4 proc. ir sudarė 605,3 Lt per metus; net 56 proc. Lietuvos gyventojų buvo draudžiami valstybės lėšomis);

- papildomus valstybės biudžeto asignavimus (gauta 494 593 tūkst. Lt).

- Kitos PSDF biudžeto pajamos sudarė 30 227 tūkst. Lt, iš jų:

- privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos pajamos sudarė 14 866 tūkst. litų;

- savanoriškos asmenų įmokos sudarė 8 099 tūkst. litų (iš esmės tai Rusijos Federacijos kariškių pensininkų, nuolat gyvenančių Lietuvoje, sveikatos draudimo įmokos, kurias skiria RF ambasados Lietuvos Respublikoje Socialinio aprūpinimo skyrius);

- išieškotos lėšos už žalą, padarytą PSDF biudžetui, sudarė 7 262 tūkst. litų.

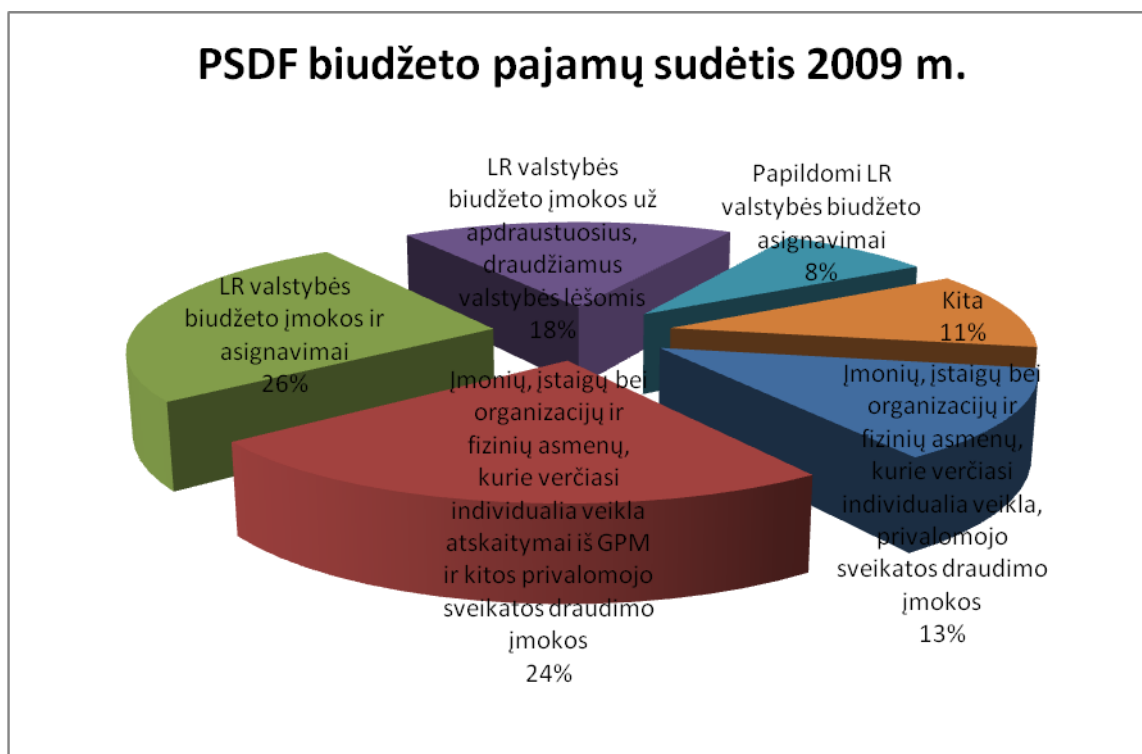
2009 m. PSDF biudžetas negavo 251 637 tūkst. Lt planuotų pajamų.

Analizuojant PSDF metinius biudžetus matyti, kad didžiąją dalį pajamų metai iš metų biudžeto pajamose sudaro (žr. 2.8 pav.):

- įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, privalomojo sveikatos draudimo įmokos (3 procentai darbo užmokesčio dydžio) (tarp visų biudžeto pajamų sudaro 13 proc.);
- įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, kaip

apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio ir kitos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (24 proc. nuo visų pajamų);

- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai (didžiausia dalis – 26 proc.);
- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (18 proc. tarp visų pajamų).



Šaltinis: VLK

2.8 pav. PSDF biudžeto pajamų sudėtis

Žinoma, šis santykis nėra nuolatinis, kasmet pajamos pasiskirsto kiek kitaip (žr. 4 priedą), tačiau esminiai, svariausi pajamų punktai, sudarantys didžiausią dalį bendrose PSDF biudžeto pajamose išlieka tie patys, todėl juos kiek detalčiau reikia aptarti.

Pagal įstatymus yra numatyta trys dydžiai, kuriuos moka asmenys į PSDF (visi mokėtojai ir jų mokamų įmokų dydžiai yra patekti 5 priede): 3, 6 bei 9 procentai. Tačiau skiriasi bazė, nuo kurios jie yra skaičiuojami:

- nuo pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos;
- nuo minimalios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokos;

- ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatyme nurodytas iš Valstybinio socialinio draudimo fondo lėšų mokamas pašalpas, nuo kurių Gyventojų pajamų mokesčio įstatymo nustatyta tvarka turi būti išskaičiuotas gyventojų pajamų mokestis.

Kokio dydžio įmokas moka kiekviena iš sveikatos draudimu apsidraudusių grupių, yra nurodyta Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje. Svarbu paminėti, kad Lietuvoje mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos nėra didžiausios Europoje: jau minėti 9 procentai priskaičiuoto darbo užmokesčio dydžio – kaip ir Lenkijoje. Šie mokesčiai šiek tiek mažesni yra tik Austrijoje (7,5 proc.), Bulgarijoje (8 proc.), Vengrijoje (8,5 proc.), Makedonijoje (8,6 proc.). Didesnės nei Lietuvoje šios įmokos yra Rumunijoje (10,7 proc.), Kipre (12,6 proc.), Slovėnijoje (12,9 proc.), Estijoje (13 proc.), Čekijoje (13,5 proc.), Prancūzijoje (13,55 proc.), Vokietijoje (14,9 proc.), Bosnijoje ir Hercegovinoje (15 proc.), o Kroatijoje privalomojo sveikatos draudimo įmokos sudaro net 16 procentų darbo užmokesčio¹⁷. Tiesa, tik Lietuvoje ir Lenkijoje (kur darbuotojas iš viso nemoka įmokų, o moka tik darbdavys) darbdavio įmoka yra mažesnė nei darbuotojo mokama PSDF įmoka – kitose valstybėse draudiko (darbdavio) įmoka yra arba lygi su darbuotojo įmoka, arba didesnė už ją¹⁸.

Kitas PSDF pajamų šaltinis yra įmokos, gaunamos iš valstybės biudžeto. Seimas, kiekvienais metais tvirtindamas valstybės biudžetą, vyriausybės teikimu tvirtina į PSDF biudžetą pervedamos įmokos vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, dydį – jų dydžiai kiekvienais metais yra pateikti 2.2 lentelėje.

2.2 lentelė. Įmokų dydžiai už valstybės draudžiamus asmenis.

Metai	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.	2012 m.
Proc.	26 proc.	27 proc.	32 proc.	33 proc.	34 proc.	35 proc.

Šaltinis: LR sveikatos draudimo įstatymas

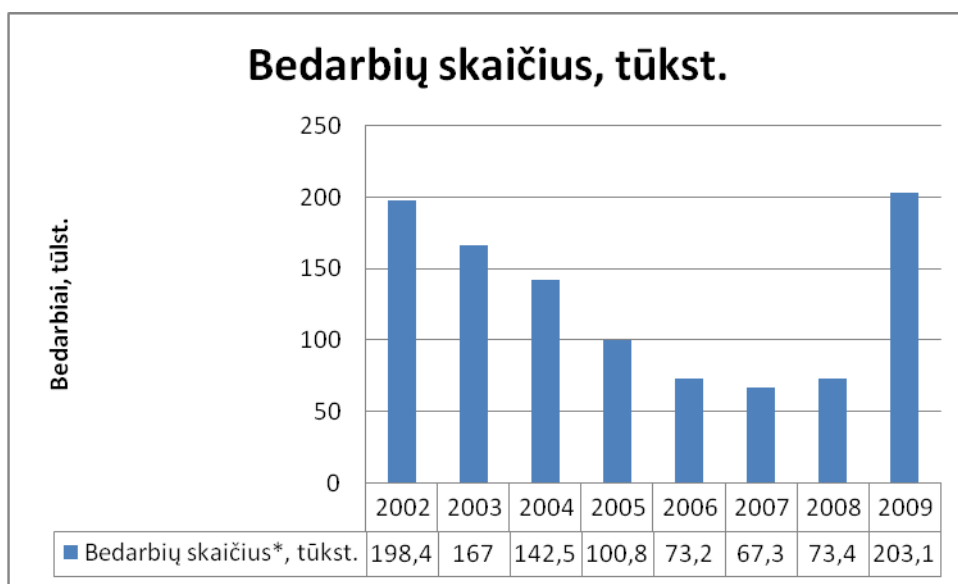
Vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, nuo 2009 metų yra pervedama 32 procentai, 2010 metais – 33 procentai, 2011 metais – 34 procentai, 2012 metais – 35 procentai Statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų

¹⁷ Lietuvoje sveikatos draudimo įmokos – vienos mažiausių Europoje
http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2010-08-25&item_id=1817 [žiūrėta 2010.08.27]

¹⁸ Černiauskas G. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos pertvarkymas. 2008 m. lapkričio 21 d. pristatymas

vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio. Žinant, kokie buvo užpraeitų metų vidutiniai bruto darbo užmokesčiai, matyti, kad valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų įmoka kasmet didėja: 2008 m. buvo 428,1 Lt, 2009 m. – 605,3 Lt, o 2010 m. siekia 744,7 Lt, t. y., palyginti su 2009 m., ji padidėja 139,4 Lt, arba 23,03 procento.

Be to dėl pastaruosius dvejus metus trukusio ekonomikos nuosmukio keitėsi ir asmenų, kurie yra draudžiami valstybės lėšomis, skaičius. 2010 m. palyginti su 2009 m. gerokai padidėjo ir valstybės lėšomis draudžiamų asmenų (nuo 1880,4 tūkst. asmenų 2009 m. pradžioje iki 2029,4 tūkst. asmenų 2010 m., t. y. padidėja 149 tūkst.). Šį augimą daugiausia lemia padidėjęs bedarbių skaičius (žr. 2.9 pav.), kurių sveikatos draudimą apmoka valstybė – 2009 m., lyginant su ankstesniais metais, bedarbių skaičius išaugo trigubai.

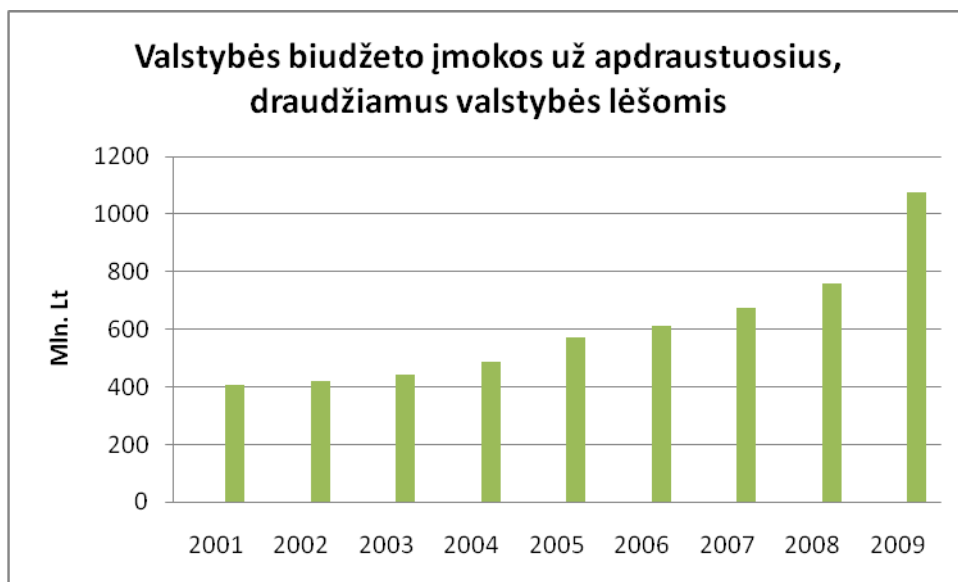


*Pateikti darbo biržos duomenys - gyventojų užimtumo tyrimo duomenimis skaičiai būtų dar didesni.

Šaltinis: Statistikos departamentas

2.9 pav. Bedarbių skaičius 2002-2009 m.

Visa tai lėmė, kad į PSDF biudžetą iš valstybės už jos remiamus asmenis, išankstiniais duomenimis, 2008 m. turėjo būti sumokėta 760,12 mln. Lt, o 2009 m. – 1077,54 mln. Lt (žr. 2.10 pav.).



Šaltinis: VLK 2001-2009 m. apyskaitos

2.10 pav. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

Nepaisant sunkios ekonominės šalies padėties, 2009 m. duomenimis, iš valstybės biudžeto į PSDF fondą buvo gauti visi planuoti asignavimai už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.

Valstybės ir savivaldybės biudžetų lėšos

Viešasis sektorius, be to, ką sumoka į PSDF biudžetą, taip pat papildomai prisideda prie sveikatos priežiūros finansavimo. Lietuvos valstybinę biudžeto sistemą sudaro savarankiškas valstybės biudžetas ir savarankiški savivaldybių biudžetai. Juose sukaupiama nacionalinių pajamų dalis, kuri skiriama Respublikos švietimo, kultūros, mokslo, *sveikatos apsaugos*, socialinio aprūpinimo bei socialinės šalpos, gamtos apsaugos programoms įgyvendinti, ūkiui plėtoti, valstybinės valdžios ir valstybės valdymo įstaigoms išlaikyti bei krašto apsaugai. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto pajamas sudaro Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyti mokesčiai ir kitos įmokos į biudžetą: juridinių asmenų pelno mokestis, pridėtinės vertės mokestis, akcizai, kiti mokesčiai ir pajamos. Iš šių surinktų pajamų ir paskirstomos lėšos visoms sritims, taip pat ir sveikatos priežiūrai.

Savivaldybių biudžetuose sukaupiamos lėšos vietos savivaldos institucijų vykdomoms švietimo, kultūros, *sveikatos apsaugos*, sporto ir gamtos apsaugos programoms bei socialinės apsaugos ir paramos programoms finansuoti ir savivaldybių įstaigoms išlaikyti. Taigi

savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją dar papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

Todėl tiek iš valstybės, tiek ir savivaldybių biudžetų yra skiriamos lėšos sveikatos priežiūros programų finansavimui. Pastaraisiais metais šios lėšos auga, nors nuo sveikatos draudimo įstatymo priėmimo jos buvo ypač sumažėjusios.



*Išankstiniai duomenys

Šaltinis: <http://www.lsic.lt/>

2.11 pav. Valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšos sveikatos priežiūrai

Valstybės ir savivaldybių indėlis į sveikatos sistemos finansavimą 2008 m. buvo 623,7 mln. Lt, 2007 m. 492,2 mln. Lt, t.y. padidėjo 26,7 proc. (duomenys pateikti 2.11 pav.). Tam įtakos turėjo tiek valstybės biudžeto, tiek ir savivaldybių biudžetų pajėgumai vis daugiau turimomis lėšomis finansuoti sveikatos priežiūros sistemą.

Sveikatos sistemos įstatymo reglamentuojamų sveikatos fondų lėšos apima valstybinių sveikatos programų finansavimą, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiąją programą ir galimus įmonių sveikatos fondus.

Iš valstybės biudžeto lėšų finansuojamos privalomosios valstybinės sveikatos programos bei remiamos visuomeninių organizacijų sveikatos stiprinimo programos. Šios

valstybės biudžeto lėšos numatomos Sveikatos apsaugos ministerijos atskirai programai finansuoti.

Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšos naudojamos visuomenės sveikatos programoms finansuoti ir remti. Pagal Sveikatos sistemos įstatymą yra numatyta, kad savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos finansavimo šaltiniai yra:

- savivaldybės biudžeto asignavimai;
- ne mažiau kaip 0,3 procento privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atsižvelgiant į gyventojų skaičių;
- 20 procentų savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos lėšų;
- savanoriškos fizinių ir juridinių asmenų įmokos;
- kitos teisėtai įgytos lėšos.

Visos savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšos kaupiamos atskiroje savivaldybės biudžeto sąskaitoje, o programos pajamos ir išlaidos planuojamos savivaldybės biudžete savivaldybių tarybų nustatyta tvarka.

Sveikatos sistemos įstatyme taip pat yra numatyta, kad įmonės, įstaigos (išskyrus biudžetines įstaigas), organizacijos, religinės bendruomenės ir bendrijos, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys turi teisę sudaryti sveikatos fondus (toliau - įmonių sveikatos fondai), kurių lėšos naudojamos savivaldybių sveikatos programoms remti, įmonės, įstaigos ar organizacijos sveikatos saugos ar sveikatos stiprinimo programai finansuoti, įmonių darbuotojams savanorišku sveikatos draudimu apdrausti, įmonių, įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo higienos įvertinimo ir sergamumo tyrimo darbams vykdyti. Šių sveikatos fondų sudarymo bei jų lėšų naudojimo tvarka nustatoma pavyzdiniuose nuostatuose, kuriuos tvirtina Vyriausybės įgaliota institucija.

Įmonių sveikatos fondų pajamas sudaro:

- įmonės, įstaigos pelno (pajamų) dalis, pervedama į tos įmonės ar įstaigos sveikatos fondą;
- juridinių ir fizinių asmenų savanoriškos įmokos;
- palūkanos, mokamos už bankuose saugomas fondo lėšas;
- kitos teisėtai įgytos lėšos.

Kaip minėta, valstybės ir savivaldybių dalis bendrose sveikatos priežiūros išlaidose vis mažėja: jeigu 1994 m. valstybės ir savivaldybių biudžetų išlaidos bendrose sveikatos priežiūros išlaidose sudarė apie 72 proc., tai 1999 m. jos sudarė tik apie 5,8 proc., o pastaraisiais metais jos svyruoja apie 7-9 proc. nuo bendrų sveikatos priežiūros išlaidų¹⁹. Tačiau čia yra pavaizduota tik ta dalis, kuri yra skiriama sveikatos programoms, kadangi valstybė iš savo biudžeto skiria lėšas Privalomojo sveikatos draudimo biudžetui (taigi valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšos bendrose sveikatos priežiūros pajamose sudaro daug didesnę procentinę dalį).

2008 metais iš valstybės biudžeto skirtų lėšų didžiausią dalį sudarė lėšos, skirtos sveikatos sistemos plėtrai (beveik 52 proc. visų valstybės skirtų išlaidų) bei visuomenės sveikatos priežiūros stiprinimui skirti pinigai (9,8 proc. visų valstybės biudžeto skirtų lėšų sveikatos priežiūrai)²⁰. Šiomis lėšomis taip pat buvo remiamos įvairios sveikatinimo programos.

2.2.2.Privataus sektoriaus finansavimas Savanoriško sveikatos draudimo lėšos

Sveikatos draudimo įstatyme be privalomojo sveikatos draudimo yra numatytas ir papildomas privatus draudimas, tačiau Lietuvoje jis nėra populiarus, juo naudojasi tik nedidelė, išimtinai aukštas pajamas turinčių gyventojų dalis²¹.

Privatų sveikatos draudimą (draudimą ligos atveju) reguliuoja 1990 metais priimtas LR Draudimo įstatymas. Jame sakoma, kad apsidrausti gali bet kas, kas sutinka mokėti draudimo įmokas, o drausti gali draudimo įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka gavusios leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai. Savanoriškuoju sveikatos draudimu draudimo bendrovės draudžia jau nuo 1993 m. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšas sudaro savanoriškosios (papildomos) juridinių ir fizinių asmenų piniginės įmokos papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą vykdančioms draudimo įmonėms. Tiesa, dar pradžioje draudžiama buvo iš esmės siekiant teikti galimybę pigiau pasinaudoti tik tam tikromis paslaugomis (t.y. stomatologinėmis bei fizioterapijos procedūrų paslaugomis), pigiau įsigyti būtinų vaistų. Anot M. Išoraitės (2007), draudimo nuostolingumas tada buvo 120-150 proc.

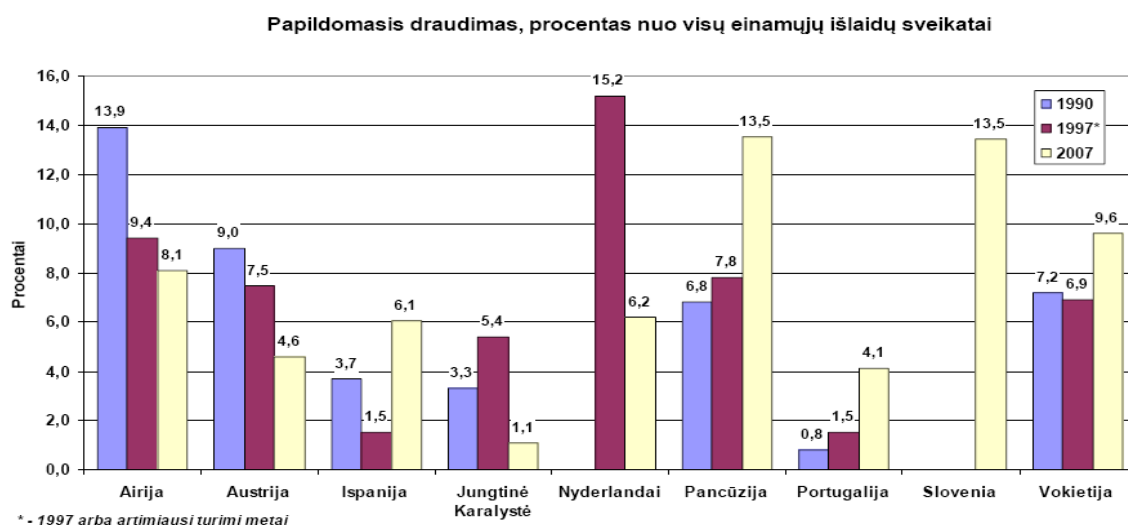
¹⁹ Lietuvos sveikatos informacijos centras

²⁰ 2008 metų apyskaita <<http://www.finmin.lt>> [žiūrėta 2010.10.17]

²¹ Sveikatos draudimas <www.sam.lt> [žiūrėta 2010.10.10]

(surinktos ir išmokėtos pinigų sumos)²². Pagrindinės tokio nuostolingumo priežastys: draudėsi tik pavieniai asmenys, t.y. kolektyvuose nebuvo atkreiptas dėmesys į pavojeingomis sąlygomis dirbančius žmones, o faktiškai teikiamos tik brangiausiai draudikams kainuojančios paslaugos.

Nuo bendrų sveikatos priežiūros pajamų papildomasis savanoriškas sveikatos draudimas (PSSD) sudaro labai nedidelę dalį, tik 0,42 proc. Kitų šalių patirtis rodo, kad PSSD pagalba sveikatos priežiūros finansavimą galima pasididinti tokiu būdu, todėl PSSD jose sudaro ženklesnę dalį nuo bendrų išlaidų sveikatos priežiūrai. 2.12 pav. yra pateikti duomenys, kad Slovėnijoje bei Prancūzijoje PSSD sudaro net apie 13,5 proc. bendrų išlaidų, kiek mažiau yra Vokietijoje ar Airijoje.



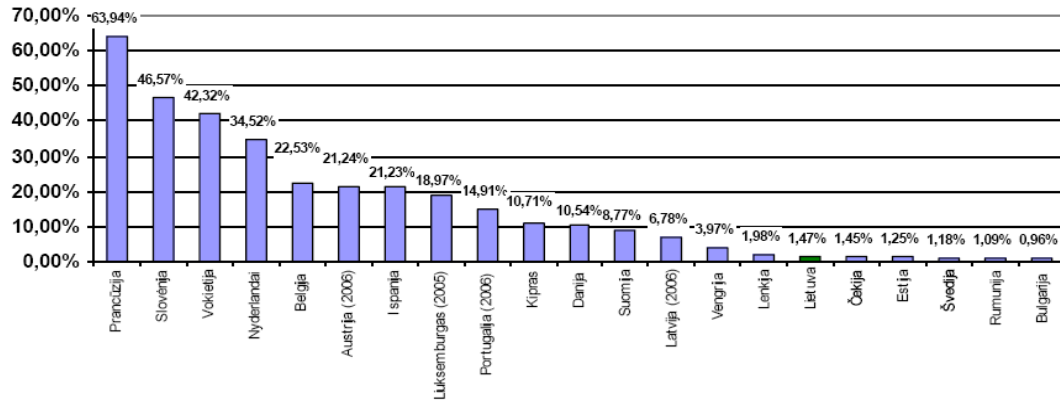
Šaltinis: (Buivydas ir kiti, 2010).

2.12 pav. Papildomasis sveikatos draudimas, kaip procentas nuo visų einamųjų išlaidų

Papildomojo draudimo išlaidos sudaro palyginti mažą dalį ir kaip procentas nuo visų privačių išlaidų sveikatai – vidutiniškai mažiau nei 25 proc. ES vidurkio. Be to reikėtų atkreipti dėmesį, kad 2003-2007 metais PSSD išlaidų sveikatos priežiūrai nuo visų privačių išlaidų procentas beveik neaugo arba daugelyje ES šalių net sumažėjo. Tikėtina, kad nemaža dalis ES šalių gyventojų vis dėl to linkę rizikuoti ir geriau mokėti tiesiogiai, o ne draustis papildomuoju draudimu. Be abejo, išskyrus tas šalis, kur per PSSD kompensuojamos nemažos priemokos už teikiamas sveikatos paslaugas (tokios šalys, kaip Prancūzija, Slovėnija ar Vokietija).

²² 2008 m. nuostolingumas buvo apie 60 proc. 2009 m. ši veikla vėl tapo nuostolinga: nuostolingumas siekė 133 proc.

Privataus draudimo dalis nuo visų privačių išlaidų sveikatai, proc., 2007 m.
EUROSTAT



Šaltinis: (Buivydas ir kiti, 2010).

2.13 pav. Privataus draudimo dalis (proc.) nuo visų privačių išlaidų sveikatai, 2007 m.

Nors Lietuvoje nėra pilnai išvystytas ir nepilnai galioja papildomasis draudimas, jo dalis kasmet auga. 2008-2009 m. duomenimis papildomuoju sveikatos draudimu yra apdrausti apie 20 tūkst. žmonių. 2007 m. savanoriško sveikatos draudimo įmokos sudarė 87,13 mln. Lt, tuo tarpu 2008 m. jos išaugo 18,8 proc., sudarydamos 103,55 mln. Lt. Visgi įmokos papildomajam sveikatos draudimui yra labai jautrios ekonominei situacijai šalyje, todėl 2009 m. įmokos papildomajam sveikatos draudimui, palyginti su ankstesniais metais, sumažėjo beveik trečdaliu, nesiekdamos net 2007 metų lygio (duomenys pateikti 2.3 lentelėje).

2.3 lentelė. Draudimo veiklos rezultatai 2002-2009 m.

	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Draudimo įmokos	39,19	41,34	44,64	55,45	69,75	87,13	103,55	84,05
Papildomasis sveikatos draudimas							25,92	18,17
Kitas sveikatos draudimas							77,63	65,88
Draudimas ligos atvejui, draudimas nuo nelaimingų atsitikimų	39,19	41,34	44,64	55,45	69,75	87,13		
Apmokėtos žalos (išmokos)								
Sveikatos draudimas	10,68	13,35	14,20	15,20	20,65	24,29	37,11	44,94
Papildomasis sveikatos draudimas							15,53	24,10
Kitas sveikatos draudimas							21,57	20,84
Draudimas ligos atvejui, draudimas nuo nelaimingų atsitikimų	10,68	13,35	14,20	15,20	20,65	24,29		
Išmokų/įmokų santykis, proc. (Nuostolingumas)	27,24%	32,29%	31,80%	27,42%	29,60%	27,88%	35,83%	53,47%

Šaltinis: LR Draudimo priežiūros komisija

Anot R. Buivydo ir kt. (2010) individualusis papildomasis draudimas masiniu gali tapti tik tada, kai draudiminės išmokos nors keliais procentais viršys įmokas. Dabartinė situacija yra tokia, kad įmokos viršėja išmokas, tačiau skirtumas pastaraisiais metais mažėja. Jeigu dar ankstyvaisiais 2005 m. išmokos nuo įmokų sudarė tik 26,8 proc., tai 2009 m. duomenimis išmokos, palyginus su įmokomis, sudaro 58 proc. Tam, kad tvari masinė individualaus papildomojo sveikatos draudimo sistema veiktų, metinių išmokų ir įmokų santykis turėtų būtų didesnis nei 93 procentai (Buivydas ir kt., 2010).

Remiantis Draudimo priežiūros komisijos oficialiai skelbiamais duomenimis sveikatos draudimo įmokos (įskaitant papildomąjį sveikatos draudimą, kitą sveikatos draudimą ir draudimą ligos atvejui bei draudimą nuo nelaimingų atsitikimų) 2002–2008 m. laikotarpiu išaugo 2,6 karto (2002–2009 m. laikotarpiu, dėl ekonominės krizės, santykis sumažėjo iki 2,1 karto).

Lėšos už mokamas paslaugas - tai namų ūkių mokėjimai, kurie apima tiek oficialius, tiek ir neoficialius mokėjimus.

Privatus gydymo sektorius stiprėja, nes pacientai juo labiau pasitiki, o mokėjimai tokiose įstaigose vykdomi skaidriau. Tačiau dabartinėmis sąlygomis, nesant savanoriškojo sveikatos draudimo, pacientai priversti mokėti du kartus, o paslaugomis, apmokėtomis per mokesčius, net nesinaudoti, kuomet privačios gydymo įstaigos nėra sudariusios sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis, arba naudotis dalinai, kuomet privačios įstaigos yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis ir PSDF kompensuoja tik dalį patirtų išlaidų privačiose gydymo įstaigose, priversti už tai mokėti. Galima išvelgti Lietuvoje esančios sveikatos sistemos finansavimo netobulumą ir tada, kuomet pacientai priversti papildomai susimokėti ir viešose sveikatos priežiūros įstaigose. Nors Konstitucija laiduoja nemokamą sveikatos priežiūrą, tačiau esamoje situacijoje pacientas už papildomai atliekamus tyrimus ar tam tikras paslaugas viešose sveikatos priežiūros įstaigose yra priverstas mokėti savo tiesioginėmis lėšomis.

Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, teikiamoms sveikatos priežiūros įstaigose, priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš valstybės (savivaldybių) biudžetų ar per sveikatos draudimo sistemą. Valstybinių viešųjų įstaigų būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos (pirmosios medicinos pagalbos ir stacionarinės bei nestacionarinės skubios medicinos pagalbos paslaugos) negali būti priskirtos prie mokamų paslaugų, nes jos yra Sveikatos sistemos įstatyme išskirtos kaip paslaugos, kurios yra nemokamos, ir teikiamos

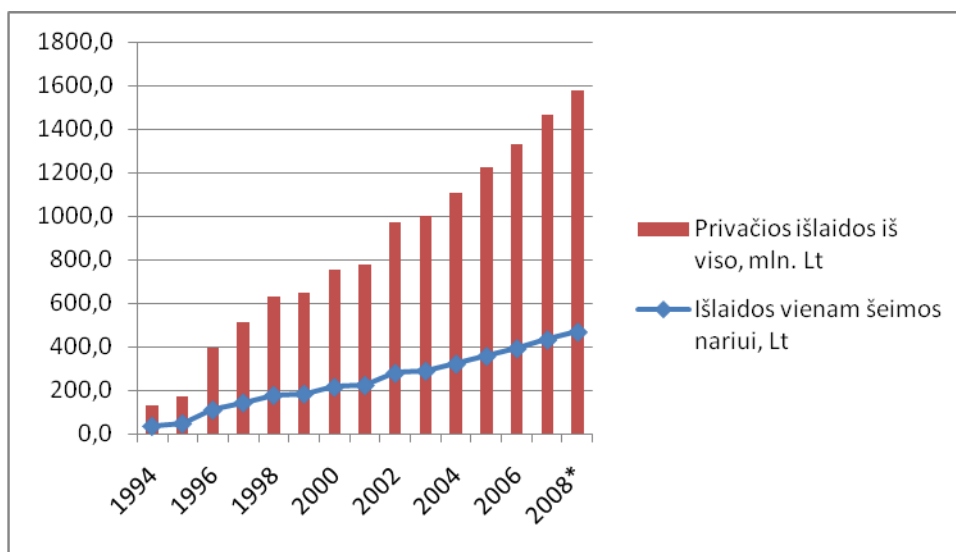
visiems, t.y. jų aprėptis yra šimtaprocentinė. Mokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra išvardytos apmokamų paslaugų sąraše ir nepriskirtos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms, teikiamoms sveikatos priežiūros įstaigoje nuolatiniais šalies gyventojams, apmoka patys pacientai (arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys bei savanoriškojo draudimo įstaigos) kai:

- pacientas yra neapdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl paslaugų suteikimo;
- pacientas, neturėdamas pirminės sveikatos priežiūros gydytojo ar gydytojo specialisto siuntimo pats kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą;
- paciento pageidavimu teikiamos papildomos paslaugos;
- LNSS nepriklausančių įstaigų gydytojų siuntimu LNSS įstaigose pacientui teikiamos paslaugos (gydytojų konsultacijos, procedūros, tyrimai ir kt.), kurios yra būtinos, kad gydytojas galėtų pacientams suteikti paslaugas pagal savo kompetenciją;
- sveikatos priežiūros įstaiga yra išnaudojusi lėšas (lėšų limitą), numatytas sutartyje su TLK, ir įstaigos administracija matomoje vietoje yra paskelbusi, kad laikinai, dėl lėšų trūkumo, negali teikti tam tikrų planinio gydymo paslaugų, o apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu pacientas, norėdamas gauti paslaugą skubos tvarka, sutinka pats už ją sumokėti;
- sveikatos priežiūros įstaigoje paslaugos teikiamos užsienio piliečiams, jei tarptautinėse sutartyse nenurodyta kitokia sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka.

Privačios sveikatos priežiūros išlaidos šalyje nuolat didėja (žr. 2.14 pav.). Per dešimt metų (1998-2008 m.) jos išaugo apie 980 mln. Lt.

Piniginės ir natūrinės namų ūkių išlaidos sveikatos apsaugai²³ tenkančios vienam namų ūkio nariui vien 2004-2008 m. laikotarpiu išaugo beveik 46 proc., o piniginės išlaidos – 56 proc. 2008 m. vienas šeimos narys per mėnesį sveikatos apsaugai išleido 31,1 Lt (piniginės išlaidos), o per metus visos piniginės namų ūkių išlaidos sveikatai nuo 354,4 mln. Lt (1996 m.) pasiekė 1253,2 mln. Lt 2008 m. Tai sudarė 4,2 proc. visų piniginių namų ūkių išlaidų.

²³ Į pinigines ir natūrinės vartojimo išlaidas yra įskaičiuota visa vaistų kaina (t.y. suma, kurią sumoka gyventojas ir kurią kompensuoja VLK). Į pinigines vartojimo išlaidas įskaitomos tik tos išlaidos, kurias moka gyventojas. Tiek į visas, tiek į pinigines vartojimo išlaidas įskaitomos išlaidos, kurias gyventojai moka už įvairias medicinos paslaugas, o taip pat įskaitomi neformalūs mokėjimai. Į vartojimo išlaidas įmokos sveikatos draudimui nėra įskaičiuojamos.



*Išankstiniai duomenys

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras

2.14 pav. **Privačios sveikatos priežiūros išlaidos Lietuvoje 1994-2008 m.**

Santykinė paslaugų vartotojų mokėjimų dalis (įskaitant dalinį mokėjimą už vaistus, akinius, protezus, taip pat kyšius) auga. Namų ūkio tyrimų duomenys rodo, kad mėnesinės asmens išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro apie 39 litus (arba 468 Lt per metus vienam asmeniui ir 1567,7 mln. Lt. bendrai visiems Lietuvos gyventojams) – tai sudaro 4,9 procento visų vieno šeimos nario metinių išlaidų.

2.4 lentelė. **Namų ūkių išlaidos Lietuvoje vienam namų ūkio nariui per mėn.**

	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.*
Visos vartojimo išlaidos, Lt	512,3	578,1	651,5	748,8	793,9
Išlaidos sveikatai, Lt	26,8	29,8	32,7	36,1	39,1
Sveikatos išlaidos nuo visų namų ūkio išlaidų, proc.	5,23	5,15	5,02	4,82	4,93

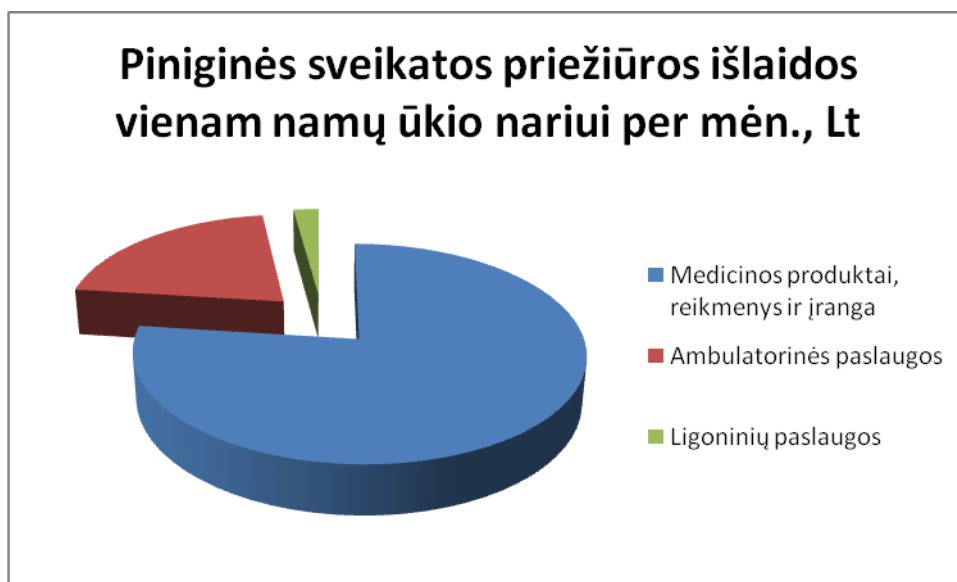
*Išankstiniai duomenys

Šaltinis: Namų ūkių tyrimai > Statistikos departamentas

2.4 lentelėje pateikiami duomenys rodo tiek absoliutų, tiek santykinį privačių išlaidų sveikatos priežiūrai didėjimą. Remiantis šiais duomenimis nesunku paaiškinti, kodėl Lietuvos gyventojai nenori palaikyti papildomų oficialių mokėjimų įvedimo sveikatos sektoriuje, kadangi jie mano, kad šie mokėjimai ir taip yra jau gana dideli.

Analizuojant kaip pasiskirsto privačios namų ūkių išlaidos, matyti netolygus lėšų, skiriamų sveikatos priežiūrai, pasiskirstymas tarp miesto ir kaimo gyventojų. Didžiausias išlaidas patiria didžiųjų miestų gyventojai, tuo tarpu kaimuose vidutinės lėšos, skiriamos sveikatos priežiūrai, yra beveik trečdaliu mažesnės (31,8 proc. 2008 m. duomenimis).

Namų ūkių išleidžiamų pinigų sveikatos priežiūrai sudėtis yra pateikta 2.15 pav. Net 77 proc. visų išlaidų yra skiriama medicinos produktams, reikmenims bei įrangai (iš jų didžioji dalis skiriama vidiniams, išoriniams vaistams bei vitamininiams preparatams). Tuo tarpu ligoninių ir sanatorijų paslaugoms gyventojai nėra linkę išleisti daug lėšų (vos 2-3 proc. visų sveikatos priežiūrai skiriamų namų ūkio lėšų).



Šaltinis: Statistikos departamentas: 2008 m. namų ūkių biudžetų tyrimas

2.15 pav. Piniginių sveikatos priežiūros išlaidų vienam namų ūkio nariui 2008 m. struktūra

Kita problema, susijusi su privačiu sveikatos finansavimu yra tai, kad šalia oficialių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas, egzistuoja ir tokie, kurie yra pusiau legalūs (*semi-legal*) ar net neoficialūs. Neoficialiais, ar nelegaliais, laikytini tokie mokėjimai (pinigine ar ne pinigine forma), kuriuos asmuo moka valstybinio sveikatos sektoriaus darbuotojams už jų paslaugas, teikiamas darbo metu, ir tie mokėjimai nėra dalimi darbuotojų oficialaus darbo užmokesčio. Anot M. Fotaki (2009), tokiais neoficialiais mokėjimais siekiama išsaugoti pasiekiamą sveikatos priežiūros kokybę (jeigu už paslaugą negalima sumokėti tiek, kiek ji verta,

legaliai, mokama nelegaliai), gauti greitesnį ir geresnį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Jei pacientas perka vaistus, kitas prekes ar paslaugas, kurios įstatymo nustatyta tvarka turėtų būti kompensuojamos visuomeninėmis lėšomis, šios paciento išlaidos taip pat priskiriamos neoficialiems mokėjimams.

2.2.3. Kitos lėšos

Tai apima **palūkanas, mokamas už bankuose saugomas asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lėšas.**

Taip pat sudaro ir **draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis lėšos.** Nelaimingų atsitikimų darbe socialinio draudimo lėšos - tai pajamos, kurias sudaro mokamos šiai draudimo rūšiai valstybinio socialinio draudimo įmokos, delspinigiai, baudos ir atgręžtinio reikalavimo tvarka iš kaltų asmenų ar jų draudimo įstaigų gautos lėšos (pajamų dalį gali sudaryti ir lėšos iš VSDF biudžeto rezervo). Šių lėšų tvarką reglamentuoja LR Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymas, kuris buvo priimtas 1999 m.

Šios lėšos yra įtraukiamos į Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžetą. Iki 2006 m. įmoka nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimui buvo 0,3 proc., nuo 2006 m. ji yra diferencijuojama pagal draudėjų rizikingumo grupes ir jos dydžiai, kurie yra nustatyti įstatyme, yra pateikiami 2.5 lentelėje.

2.5 lentelė. Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimo įmokų dydžiai, proc.

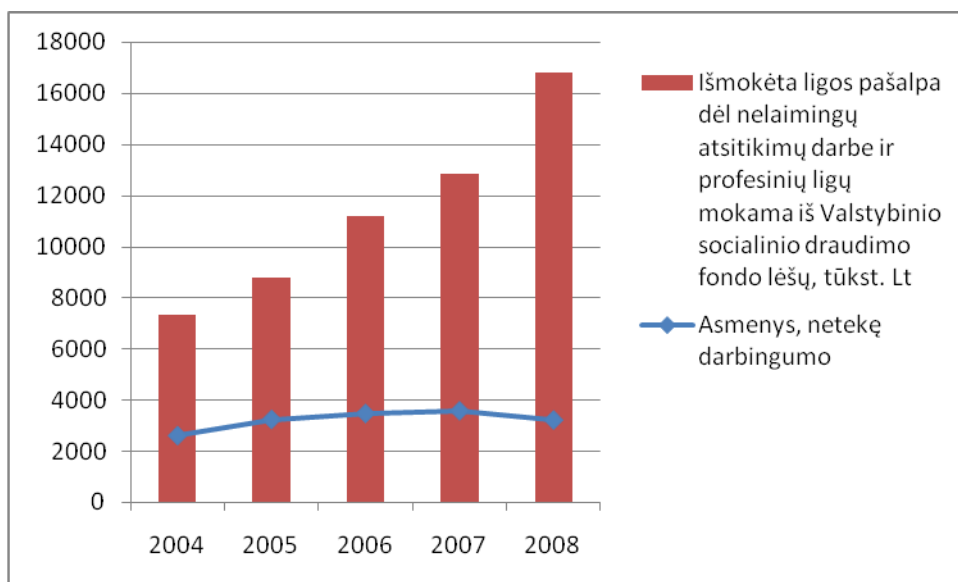
	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.
I grupė	1	1	1	1	0,9
II grupė	0,53	0,44	0,41	0,4	0,33
III grupė	0,28	0,28	0,28	0,2	0,18

Šaltinis: LR Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymas

Nelaimingų atsitikimų darbe socialinio draudimo įmokų tarifų (nuo 2011 m. sausio 1 d. įsigalioja nauja nelaimingų atsitikimų darbe socialinio draudimo įmokos tarifų redakcija – ji pateikiama 6 priede) grupių skaičius ir grupių tarifai tvirtinami VSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu. Draudėjų priskyrimą nelaimingų atsitikimų darbe socialinio draudimo įmokų tarifų grupei, atsižvelgdama į traumatizmo ir profesinio sergamumo rodiklius ir

vadovaudamasi Vyriausybės ar jos įgaliotos institucijos patvirtinta metodika, tvirtina Valstybinio socialinio draudimo fondo taryba.

Sumokėtos šios rūšies draudimo įmokos yra skiriamos išmokėti pašalpoms, kurių bendra suma laikotarpiu nuo 2004 m. iki 2008 m. yra pateikta 2.16 pav.



Šaltinis: Statistikos departamentas

2.16 pav. Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimo išmokos

Matyti, kad mažėjant asmenų, kurie neteko darbingumo, skaičiui, išmokos didėja – taip yra dėl to, kad mažėja vienkartinį išmokų, tačiau pastaruoju metu ypač didėja periodinės išmokos dėl nelaimingų atsitikimų darbe ar dėl profesinių ligų.

III. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO ANALIZĖ IR PROGNOZAVIMAS

Šioje praktinėje darbo dalyje atliekama analizė ir pagal sukurta modelį atliekamas penkerių ateinančių metų sveikatos priežiūros finansavimo prognozavimas bei pateikiamos išvados.

3.1. Sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje koreliacinė regresinė analizė

Koreliacinės regresinės analizės pagalba šioje darbo dalyje ieškoma veiksnių, turinčių įtakos sveikatos priežiūros Lietuvoje finansavimui. Analizei yra pasirinkti tokie nepriklausomi kintamieji, kaip:

- bendrasis vidaus produktas (BVP),
- gyventojų skaičius,
- vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė²⁴ (toliau - VGT),
- nedarbo lygis,
- vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis.

Tai svarbiausi ekonominiai ir socialiai rodikliai, todėl jais remiantis siekiama nustatyti, kas turi didžiausios įtakos finansavimui sveikatos priežiūroje Lietuvoje. Taip pat į analizę buvo įtraukti ir VGT duomenys, kurie literatūroje minimi kaip vienas svarbiausių veiksnių šiandieniniame sveikatos priežiūros finansavime visame pasaulyje (dėl duomenų stokos, deja, negalima buvo įtraukti ir kito svarbaus veiksnio – išlaidų naujoms sveikatos priežiūros technologijoms, kurios taip pat yra labai dažnai minimos kaip vienas svarbiausių veiksnių).

Buvo pasirinkta tirti dešimties metų imtis, t.y. 1998–2008 metų finansavimas ir ekonominiai rodikliai. Analizei atlikti naudoti duomenys yra pateikti 3.1 lentelėje.

Visi koreliacinės regresinės analizės metu gauti rezultatai pateikiami 7 priede.

²⁴ Tikimybinis rodiklis, parodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba sulaukęs tam tikro amžiaus žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje liks nepakitęs.

3.1 lentelė. Koreliacinei regresinei analizei atlikti naudoti duomenys

Metai	Sveikatos priežiūros finansavimas, mln. Lt. *	BVP to meto kainomis, mln. Lt ***	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, metais ***	Gyventojų, iš viso **	Nedarbo lygis, proc. ***	Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis, Lt ***
1998	2708,2	45016,222	71,39	3562261	13,2	930
1999	2608,9	43885,439	71,76	3536401	13,7	987,4
2000	2727,4	45736,766	72,14	3512074	16,4	970,8
2001	2750,3	48636,928	71,66	3486998	16,5	982,3
2002	3063	52070,031	71,79	3475586	13,5	1013,9
2003	3226,9	56959,424	72,05	3462553	12,5	1072,6
2004	3478,2	62697,85	71,99	3445857	11,4	1149,3
2005	4065,8	72060,363	71,32	3425324	8,3	1276,2
2006	4832,5	82792,802	71,12	3403284	5,6	1495,7
2007	5609,4	98669,117	70,92	3384879	4,3	1802,4
2008	6432,8	111482,648	71,94	3366357	5,8	2151,7

Šaltiniai:

*Higienos sveikatos institutas

**Eurostat

***Lietuvos statistikos departamentas

Tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir pasirinktų nepriklausomų kintamųjų buvo apskaičiuoti tokie koreliacijos koeficientai:

BVP, mln. Lt	0,998112373
VGT, metais	-0,382663302
Gyventojų skaičius, iš viso	-0,910707467
Nedarbo lygis, proc.	-0,915811606
Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis, Lt.	0,990506337

Tam, kad nustatyti, ar visi jie reikšmingi, buvo skaičiuojamos imties statistikos t , kurios lyginamos su kritine reikšme.

Atlikus koreliacinę analizę, buvo nustatyta, kad tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir BVP egzistuoja stiprus stochastinis ryšys (koreliacijos koeficientas lygus 0,998). Tai reiškia, kad didėjant BVP, sveikatos priežiūros finansavimas didėja. Taip pat tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio egzistuoja stiprus stochastinis ryšys - koreliacijos koeficientas yra lygus 0,99. Tai patvirtina Musgrove et al. (2002) atliktų 191

Pasaulio sveikatos organizacijos valstybės narės tyrimų, kurie rodo, kad tiesioginiai mokėjimai, bendros išlaidos, bendros sveikatos išlaidos ir bendros viešos išlaidos – viskas auga kartu su pajamomis, rezultatus²⁵.

Koreliacinės regresinės analizės metu nustatyta, kad tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir kitų dviejų tirtų veiksnių egzistuoja priešingas stochastinis ryšys: tarp nedarbo lygio (koreliacijos koeficientas lygus -0,92) bei gyventojų skaičiaus (koreliacijos koeficientas lygus -0,91). Porinės koreliacinės regresijos su kiekvienu veiksnio grafiniai vaizdai pateikti 8 priede.

Ryšys tarp nepriklausomo kintamojo VGT ir sveikatos priežiūros finansavimo buvo nustatyta, kad yra nereikšmingas, todėl toliau jis nebuvo tiriamas ir tolesniuose skaičiavimuose nebuvo naudojamas.

Rasto stochastinio ryšio tarp BVP, vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio, gyventojų skaičiaus, nedarbo lygio ir sveikatos priežiūros finansavimo formos ir analitinės išraiškos buvo ieškoma daugianarės regresinės analizės pagalba. Buvo nustatyta, kad tiesė, geriausiai aprašanti statistinių taškų visumą, yra:

$$y = -1017,07 + 0,038309 x_1 + 0,000393 x_2 - 20,6034 x_3 + 0,9136947 x_4$$

Kadangi apskaičiuotas dispersijų santykis F yra daugiau nei $F_{kr.}$:

F	836,5342
F lent.	4,533677

iš šios nelygybės galime daryti išvadą, kad nagrinėjamoji regresijos lygtis yra adekvati realiai padėčiai ir galime teigti, kad egzistuoja priklausomybė tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir visų keturių veiksnių. Tai taip pat rodo, kad galime regresijos lygtį taikyti planavimui.

Kartu buvo apskaičiuotas ir determinacijos koeficientas, kuris, nustatyta, lygus 0,9982. Teoriškai tai reiškia, kad regresijos lygtis turėtų paaiškinti 99,82 proc. priklausomojo kintamojo, sveikatos priežiūros finansavimo, variacijos. Tai turėtų reikšti, kad į regresijos lygtį buvo įtraukti pagrindiniai priklausomajam kintamajam - sveikatos priežiūros finansavimui - įtaką darantys veiksniai. Tačiau negalima teigti, kad lygtis paaiškina tokį didelį procentą sveikatos priežiūros variacijos, nes visuomet egzistuoja paklaida, kuri gali koreguoti variacijos paaiškinimo rezultatus.

²⁵ Musgrove P. et al. Basic patterns in national health expenditures // Bulletin of world health organization, 2002, Vol. 80, No. 2.

Šie duomenys buvo gauti *Linest* funkcijos pagalba. Taip pat buvo apskaičiuotas ir *Logest* (žiūrėti 9 priedą), tačiau jo atveju gautas determinacijos koeficientas yra mažesnis ($D=0,9978$), todėl tiesinė priklausomybė geriau atspindi ryšį nei netiesinė.

Atlikus koreliacinę regresinę analizę buvo gauta tiesė, kuri parodo, kad BVP padidėjus vienu milijonu Lt, galima tikėtis, kad sveikatos priežiūros finansavimas padidės 0,038 mln. Lt, padidėjus vidutiniam mėnesiniam bruto darbo užmokesčiui vienu litu sveikatos priežiūros finansavimas padidės 0,91 mln. Lt, padidėjus gyventojų skaičiui vienu gyventoju daugiau, sveikatos priežiūros finansavimas padidės tik 0,0003 mln. Lt. Tuo tarpu nedarbo lygiui išaugus vienu procentiniu punktu daugiau, sveikatos priežiūros finansavimas sumažės 20,60 mln. Lt.

3.2. Sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje prognozavimas

Šioje darbo dalyje buvo prognozuojamas sveikatos priežiūros finansavimas penkeriems metams, t.y. 2011-2015 m. Prognozavimui pasirinkti trys skirtingi scenarijai:

- optimistinis;
- pesimistinis;
- labiausiai tikėtinas.

Kadangi iš anksčiau atliktos koreliacinės regresijos matyti, kad didžiausią įtaką sveikatos finansavimui daro BVP, mėnesinis bruto darbo užmokestis, nedarbo lygis, tai šie duomenys ir buvo naudojami prognozuojant. Koreliacinės regresinės analizės metu buvo gauti rezultatai, kad sveikatos priežiūros finansavimui įtakos turi ir gyventojų skaičius, tačiau dėl to, kad prognozuojamas neilgas laikotarpis, iš esmės gyventojų skaičius radikaliai neturėtų keistis, bus apie 3,3 mln., todėl šis skaičius ir buvo naudojamas skaičiavimuose kaip konstanta.

Atliekant prognozavimą, buvo naudojamos BVP prognozės, kurios neatsižvelgia į infliaciją, todėl realiuose skaičiavimuose dar reiktų įtraukti ir infliacijos koeficientą, kuris pakoreguotų bendro sveikatos priežiūros finansavimo rezultatus.

Pesimistiniame scenarijuje buvo remtasi Lietuvos Finansų ministerijos skelbtomis vidutinės trukmės ekonominių rodiklių projekcijomis²⁶. Kadangi Finansų ministerija prognozes pateikia tik iki 2013 m., toliau duomenys buvo ekstrapoliuojami. Anot Finansų ministerijos, BVP

²⁶ 2010 m. rugsėjį paskelbtos vidutinės trukmės ekonominių rodiklių projekcijos.

<http://www.finmin.lt/web/finmin/aktualus_duomenys/makroekonomika> [žiūrėta 2010.10.13]

2011 m. turėtų augti 2,8 proc., 2012 m. - 1,2 proc., 2013 m. - 2,4 proc. Nedarbo lygis, Finansų ministerijos skaičiavimais, 2011 m. turėtų būti 16,2 proc., 2012 m. - 14,4 proc., 2013 m. - 12,3 proc. Tuo tarpu vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis turėtų būti 2003,3 Lt 2011 m., 2053,7 Lt 2012 m., 2146,5 Lt 2013 m. Ekstrapoliavus duomenis, prognozavime buvo naudojami tokie skaičiai: BVP augimas 2014 m. bus 2,6 proc., BVP augimas 2015 m. bus 3,4 proc.; nedarbo lygis 2014 m. bus 10,3 proc., 2015 m. - 8,3 proc.; vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis turėtų būti 2175,1 Lt ir 2203,7 Lt (atitinkamai 2014 m. ir 2015 m.).

Labiausiai tikėtina scenarijuje naudojamos Tarptautinio valiutos fondo (TVF) prognozės²⁷, pateiktos 2010 m. Pagal jas, BVP to meto kainomis 2011 m. augs 3,3 proc., 2012 – 2,6 proc., 2013 m. - 3,2 proc., 2014 m. - 3,5 proc., 2015 m. - 3,6 proc. Vidutinis bruto darbo užmokestis 2011 m. prognozuojama, kad augs 0,2 proc., 2012 m. - 1,1 proc., 2013 m. - 2,7 proc., 2014 m. - 3,3 proc., o 2015 m. - 3,9 proc. Nedarbo lygis, prognozuojama TVF, 2011 m. bus 15,5 proc., 2012 m. bus 13,5 proc., 2013 m. - 11,5 proc., 2014 m. - 10 proc., 2015 m. sumažės iki 8,5 proc.

Optimistinis scenarijus buvo grindžiamas Europos Komisijos (toliau – EK) ekonominėmis 2006 m. prognozėmis²⁸, kuriose teigiama, kad BVP augimo tempas 2011-2014 m. bus po 6,1 proc. kasmet, 2015 m. - 4,2 proc. Nedarbo lygis prognozuojama, kad visą šį laikotarpį taip pat bus pastovus - 7 proc. kasmet. Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis pagal EK 2011-2014 m. turėtų augti 1,1 proc., o 2015 m. - 0,2 proc.

Bendri prognozavimui naudoti duomenys pateikiami 3.2 lentelėje (taip pat žr. 10 priedą). Prognozavimo metu gauti rezultatai yra pateikiami 3.1 diagramoje. Skaičiavimams atlikti buvo naudojami naujausi pasiekiami 2009 m. duomenys.

²⁷ Republic of Lithuania: 2010 Article IV Consultation—Staff Report; Staff Supplement; Public Information Notice on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Lithuania - 2010 International Monetary Fund July 2010. IMF Country Report No. 10/201

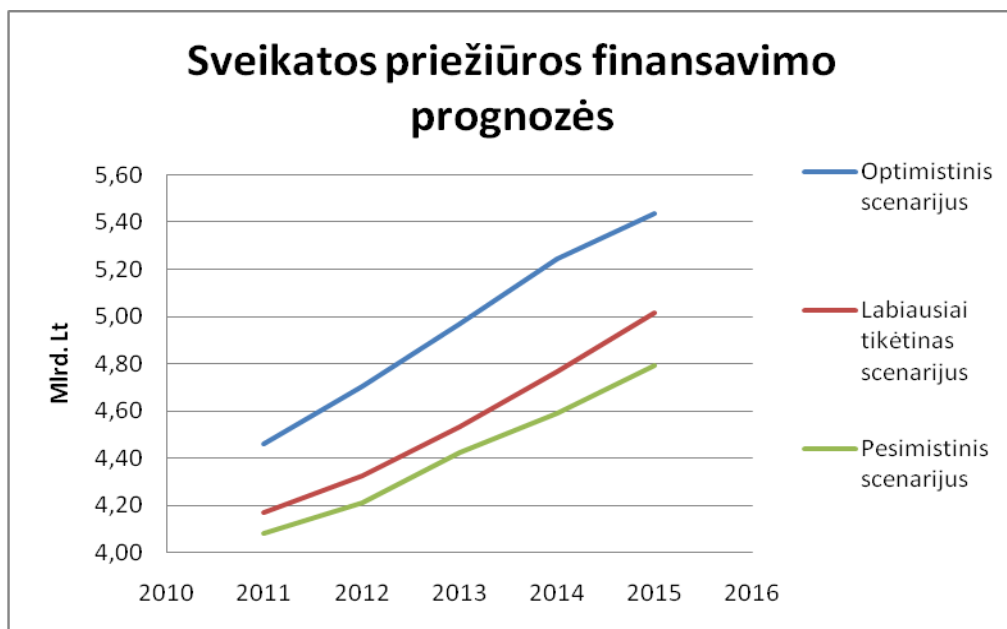
²⁸ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050) – European Commission Directorate-General for economic and financial affairs. Special Report n° 1/2006-Annex

3.2 lentelė. Prognozavimui naudoti duomenys

	Optimistinis scenarijus			Labiausiai tikėtinas scenarijus			Pesimistinis scenarijus		
Metai	BVP, mln. Lt	Nedarbo lygis, proc.	Bruto darbo užm., Lt	BVP, mln. Lt	Nedarbo lygis, proc.	Bruto darbo užm., Lt	BVP, mln. Lt	Nedarbo lygis, proc.	Bruto darbo užm., Lt
2011	97109	7	2079	94546	15,5	2060	94089	16,2	2003,3
2012	103033	7	2101	97005	13,5	2083	95218	14,4	2053,7
2013	109318	7	2125	100109	11,5	2139	97503	12,3	2146,5
2014	115986	7	2148	103613	10	2210	100038	10,2	2175,1
2015	120858	7	2152	107343	8,5	2296	103439	8,1	2203,7

Atlikus prognozavimą matyti, kad pagal visus scenarijus sveikatos priežiūros finansavimas ateinančius penkerius metus didės. Tam įtakos turės pajamų didėjimas augant gyventojų pajamoms ir mažėjantis nedarbo lygis.

Tarp pesimistinio ir labiausiai tikėtino scenarijų yra pastebimas beveik tolygus augimas (išskyrus 2014-2015 m. atitrūkimą). Tuo tarpu optimistinio scenarijaus rezultatai pasižymi ypač dideliu skirtumu nuo likusių scenarijų jau nuo pat 2011 m., kai sveikatos priežiūros finansavimui turėtų būti skirta 4458,08 mln. Lt, t.y. 374 mln. Lt skirtumas nuo pesimistinio scenarijaus rezultatų.



3.1 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo prognozavimas

Prognozavimo metu gauta, kad tarp pesimistinės ir optimistinės prognozių 2015 m. yra beveik 642,94 mln. Lt finansavimo skirtumas, t.y. pesimistiniame scenarijuje gauta, jog sveikatos priežiūros finansavimas 2015 m. bus apie 4792,21 mln. Lt, tuo tarpu optimistiniame scenarijuje – apie 5435,15 mln. Lt.

Pagal pesimistinį scenarijų, per visą prognozuojamą laikotarpį, sveikatos priežiūra turėtų gauti 22105 mln. Lt bendrą finansavimą, pagal labiausiai tikėtiną scenarijų suminis sveikatos finansavimas bus 22809 mln. Lt, o pagal optimistinį scenarijų – 24811 mln. Lt. Tai yra tarp optimistinio ir pesimistinio scenarijų rezultatų egzistuoja 2706 mln. Lt papildomas sveikatos priežiūros finansavimo potencialas. Lietuva, turėdama šias lėšas, galėtų skirti dalį šių pajamų savo sveikatos priežiūros kokybės gerinimui. Dabartinėje situacijoje sveikatos apsaugos paslaugų finansavimo mechanizmas neleidžia gyventojams gauti pageidaujamo ar pageidaujamos kokybės gydymo paslaugų. Nors teisės aktai skelbia, kad privalomojo sveikatos draudimo lėšomis apmokama kone viskas, bet iš tikrųjų gyventojams vis tiek reikia laukti ilgose gydymo įstaigų eilėse, egzistuoja nuslėptos gydymosi galimybės bei suvokimas, kad papildomai neprimokėjęs dažnai asmuo negaus ko pageidauja. Per ateinančius penkerius metus skiriant daugiau lėšų būtent paslaugų kokybei, būtų išvengta ar bent pagerinta situacija sveikatos priežiūros paslaugų teikime.

Demografiniai veiksniai, tokie kaip žemas gimstamumas, jaunų ir vidutinio amžiaus gyventojų emigracija, neigiamas natūralusis gyventojų prieaugis bei ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė neigiamai veikia tiek PSDF biudžetą, tiek ir visas sveikatos priežiūros išlaidas ir nesudaro prielaidų augimui - tai penkerių metų bėgyje turės vis didesnės įtakos. Senstant visuomenei, mažėja dirbančiųjų skaičius, didėja sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugų poreikis, tuo pačiu ir išlaidos sveikatos priežiūrai, todėl dalį lėšų papildomai (ir, tikėtina, kasmet vis daugiau) reiks skirti būtent dėl demografinių veiksnių atsiradusioms išlaidoms padengti.

Dėl neoficialaus primokėjimo praktikos, egzistuojančios valstybiniame sektoriuje, iškraipoma konkurencija, apsunkinama privačių sveikatos paslaugų teikėjų galimybė konkuruoti su valstybiniu sektoriumi. Turint galimybes didesnes lėšas skirti sveikatos priežiūrai, šaliai pavyktų kovoti su neoficialiais mokėjimais, o tai turėtų įtakos ir didesniai sveikatos priežiūros finansavimui. Tai leidžia daryti prielaidą, kad per analizuojamą laikotarpį įvyks pokyčių ir papildomojo sveikatos draudimo srityje, kas gali turėti nemažos įtakos bendram sveikatos

priežiūros finansavimui. Tačiau dėl pakankamai trumpo planuojamo laikotarpio, iš esmės gali ir nepasikeisti situacija papildomojo sveikatos draudimo srityje.

Per dvidešimt metų nebuvo padaryta nieko radikalaus privataus sveikatos draudimo srityje. Vėliausioje Vyriausybės programoje²⁹ yra deklaruojama, kad pertvarkytas mokesčių surinkimas į PSDF, nustatytas atskiras sveikatos draudimo mokestis. Tačiau tai, kad Vyriausybė savo programoje deklaravo, kad skatins papildomą savanorišką sveikatos draudimą, aiškiai apibrėždama tokio draudimo objektą, taip pat kad bus keičiama nusistovėjusi tvarka, kai nedirbantis ar užsienyje dirbantis žmogus, sumokėjęs minimalią įmoką į PSDF, tuoj pat gautų galimybę nemokamai naudotis visomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis; siekdami sveikatos apsaugos sistemoje sumažinti korupciją ir nelegalius mokėjimus, pasižadėjo nustatyti oficialias priemokas už sveikatos priežiūros paslaugas, dalį šių lėšų skiriant medikų darbo užmokesčiui didinti. Tačiau po programos paskelbimo praėjo jau du metai, o iš šių darbų padarytas tik pirmasis. Sunku tikėtis, kad ir per ateinančius dvejus Vyriausybės metus bus jie įgyvendinti. Artėjantys rinkimai tam turės nemažai įtakos, tad sunku tikėtis, kad politikai prieš juos ryšis inicijuoti papildomojo sveikatos draudimo reformą, kadangi dauguma gyventojų yra prieš bet kokius papildomus mokėjimus sveikatos priežiūros finansavimui (Buivydas ir kiti, 2010). Papildomasis draudimas Lietuvoje įvedinėjamas jau dvidešimt metų, o dar ir dabar nėra galutinai sutvarkytas, todėl sunku tikėtis kad per penkis metus kažkas labai pasikeis.

Dėl neišvystyto papildomojo (savanoriško) sveikatos draudimo tampa sudėtingas sveikatos politikos tikslų – pakankamo sveikatos sistemos finansavimo, paslaugų kokybės gerinimo, paciento atsakomybės už savo sveikatą didinimo bei oficialių priemokų už sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimas. Nors Lietuvoje egzistuoja didelis papildomojo sveikatos draudimo potencialas (namų ūkių išlaidos sveikatai nuolat auga ir jau viršijo 1,5 milijardo litų per metus), bet šis potencialas yra išnaudojamas minimaliai (prieš kriziniais 2008 metais papildomojo sveikatos draudimo įmokos siekė tik 26 mln. Lt). Šių išlaidų struktūroje vyrauja išlaidos vaistams ir medicininėms prekėms įsigyti, odontologinėms ir sanatorinėms paslaugoms, privačių sveikatos įstaigų teikiamoms paslaugoms. Įvardintos išlaidos bei daliniai gyventojų mokėjimai už medicininės paslaugas, teikiamas valstybinėse įstaigose, gali būti papildomojo sveikatos draudimo objektu.

²⁹ LR Seimo nutarimas dėl LR Vyriausybės programos. 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. XI-52. Vilnius <www.lrv.lt> [žiūrėta 2010.10.10]

S. Glied (2008) teigia, kad didesnes pajamas gaunantys asmenys turi didesnes galimybes pasirinkti mokėti už privačias sveikatos priežiūros paslaugas (pajamų elastingumas sveikatos priežiūros paslaugų paklausai yra teigiamas – didesnes pajamas turintys asmenys perka daugiau sveikatos priežiūros paslaugų nei mažesnes pajamas turintys asmenys). Todėl kol iš esmės ekonomika nepradės augti ir negrįš į buvusį augimą, sunkiai galima tikėtis, kad labai išsaugys papildomas sveikatos draudimas.

Puikiai suprantama, kad pagerinti dabartinę situaciją sveikatos sistemoje didinant visuomeninį finansavimą ar pritraukiant papildomų privačių lėšų kol kas nėra realu. Todėl bet kokie samprotavimai apie greitą sistemos pertvarką, siekiant, kad jau artimiausiu laiku, net ir penkerių metų laikotarpiu, šalies sveikatos priežiūros sistema būtų tokia pati kaip Vokietijoje ar Prancūzijoje, yra labai nereali, nes tam reikėtų skirti maždaug 10 kartų daugiau visuomeninių lėšų, tai yra daugiau nei visas dabartinis Lietuvos valstybės biudžetas. Anot R. Buivydo (2009), reikia susitaikyti su mintimi, kad tik sparčiai augant visos šalies ekonomikai po 20-30 metų mes galėtume pasiekti Vakarų Europos šalyse esamą sveikatos sistemos lygį.

K. Janušonienės ir E. Smilgos (2005) nuomone, norint per dešimtmetį pasivyti ES šalis pagal BVP vienam gyventojui, kasmetinis augimas turėtų būti didesnis kaip 15 proc., kas Lietuvos sąlygomis yra nerealu. Todėl Lietuvos ūkio (taip pat ir sveikatos apsaugos sistemos) plėtros strategiją svarbu kurti ne besivejančios valstybės modelyje, bet tinkamai pasinaudoti būsimais ir esamais ištekliais, ieškoti zonų, kuriose įmanomas sinergetinis efektas, šias zonas aktyvinti. Tai pasiekti įmanoma tik ieškant naujų raidos trajektorijų ir užtikrinant jų kokybę.

Nuo to, koks scenarijus išsipildys, priklausys Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas ir pačios sveikatos priežiūros sistemos kokybė.

IŠVADOS

Kiekvienas žmogus gyvena tam tikromis socialinėmis ekonominėmis sąlygomis, kuriose svarbią vietą užima ne tik jo turtas bei pajamos, bet ir sveikatos būklė. Žmonės gali susirgti ar tapti nelaimingų atsitikimų aukomis. Visais šiais atvejais reikalinga sveikatos priežiūra, kad jie galėtų visais įmanomais būdais atgauti ir palaikyti savo sveikatą, sumažintų skausmus ir kitokiais būdais palengvintų ligų sukeltą negalią. Žmogaus teisė į sveikatą - išskirtinė teisė, visose šalyse patvirtinta tarptautiniais dokumentais.

Sveikatos paslaugos, nepaisant jų išskirtinumo žmogaus poreikių prasme, turi savo kainą, kurią pacientas ne visuomet gali susimokėti pats, todėl gali būti gydomas tik esant paramai. Daugumoje pasaulio valstybių XX a. šios paramos davėjo vietą užėmė valstybė. Valstybės parama ligoniui nėra teikiama veltui - ji remiasi mokesčių perskirstymu per valstybės, savivaldybių ar atskirą sveikatos biudžetą. Tačiau vien tik valdžios sektorius nėra pajėgus vienas pasirūpinti visų gyventojų sveikatos priežiūra, todėl šalia jo egzistuoja ir privatus sektorius, kuris savo pastangomis prisideda prie bendro sveikatos priežiūros finansavimo. Nėra sukurta universalus ir paties efektyviausio sveikatos sistemos organizavimo modelio pasaulyje, kiekviena šalis turi pasirinkti savo kelią, atsižvelgdama į susiformavusias istorines, kultūrines tradicijas, bendrą ekonominę situaciją bei kitus veiksnius.

Iš sveikatos sistemos, kuri Lietuvoje didžiąja dalimi yra valstybinė, gyventojai laukia jų poreikius atitinkančio, prieinamo ir nuolat gerai veikiančio sveikatos finansavimo mechanizmo, kuris aprūpintų juos būtinomis sveikatos požiūriu medicinos paslaugomis bei priemonėmis be ekonominio ir socialinio diskriminavimo. Lūkesčiai, kad sveikatos priežiūra gerės, nuolat didėja, o lėšų perskirstymo mechanizmo problemos verčia riboti investicijas į sveikatos priežiūros plėtrą. Visa tai kelia įtampą tarp visuomenės ir valstybinių valdymo struktūrų, reguliuojančių sveikatos apsaugą. Dėl šių priežasčių Lietuvos sveikatos draudimo sistemos finansavimas turi būti įvertintas, ir atsižvelgiant į šalies ypatumus, pateikiamos tobulinimo galimybės.

Visos privačios ir valstybinės išlaidos sudaro bendrą šalies sveikatos priežiūros finansavimą. 1996 m. priėmus LR Sveikatos draudimo įstatymą, pradėta taikyti mišraus sveikatos apsaugos finansavimo sistema. Didžiąją dalį finansavime sudaro privalomojo sveikatos draudimo mokesčiai, apie trečdalį – tiesioginės gyventojų išlaidos ir nedidelę dalį – valstybės ir savivaldybių biudžeto asignavimai.

Šiame darbe buvo aptariamoms ir analizuojamos visos svarbiausios sveikatos priežiūros finansavimo lėšos šalyje. Analizės metu pasirinkti ekonominiai socialiniai rodikliai leido surasti teorinę sveikatos priežiūros finansavimo mūsų šalyje formulę ir finansavimui darančius įtaką veiksnius. Rasta formulė buvo pritaikyta prognozuojant sveikatos priežiūros finansavimą ateinantiems penkeriems metams pagal tris skirtingus scenarijus. Išaiškėję sistemos finansavimo privalumai ir trūkumai atskleidė sveikatos sistemos spragas ir nurodė galimas sistemos finansavimo tobulinimo kryptis bei alternatyvas. Sveikatos priežiūros finansavimui didžiausios įtakos turi šalies BVP, vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis bei nedarbo lygis. Remiantis analize, atliktas 2011-2015 m. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo prognozavimas, kurio metu remtasi trimis skirtingais scenarijais. Gauti rezultatai leido teikti siūlymus koku būdu galima būtų panaudoti gautas lėšas, jeigu išsipildytų prognozės, kad tikslingai būtų panaudotos turimos lėšos. Tačiau analizė sunkiai leidžia tikėtis, kad finansavimo struktūra per ateinančius penkerius metus iš esmės labai keisis, kas turės lemiamos įtakos sveikatos priežiūros finansavimui. Sveikatos priežiūros finansavimas išlaikys dabartines tendencijas ir kasmet vis didės, tačiau ar finansavimas bus pakankamas, priklausys nuo to, koks bus finansavimo poreikis ir kokios galimybės.

LITERATŪRA

- „Nemokamos“ medicinos šalyje neoficialiai už gydymo paslaugas mokėjo 25 proc. gyventojų
<<http://www.lrinka.lt>> [žiūrėta 2010.01.20]
- 2008 metų apyskaita <<http://www.finmin.lt>> [žiūrėta 2010.10.17]
- 2010 m. rugsėjį paskelbtos vidutinės trukmės ekonominių rodiklių projekcijos.
<http://www.finmin.lt/web/finmin/aktualus_duomenys/makroekonomika> [žiūrėta 2010.10.17]
- Abate M. A., Deneen J. M. Managing health care costs: back to basics - Handbook of business strategy 2004.
- Andrijauskaitė D. Korupcijos šešėliai sveikatos priežiūros sistemoje //Gydymo menas, 2005, NR.2
- Angele S. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje. Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1996.
- Aptarta korupcijos prevencija sveikatos apsaugos sistemoje
<http://www.vlk.lt/vlk/search/index.php?page=item&item_id=1824> [žiūrėta 2010.09.14]
- Bennet S., Creese A., Monasch R. Health Insurance schemes for people outside formal sector employment - Geneva: World Health Organization, 1998.
- Blau J., Abramovitz M. The dynamics of social welfare policy - Oxford University press, 2007.
- Brody H., Sobel D.S. A systems view of health and disease, in Lee P.R., Brown N. and Red L. (Eds), The Nation's Health - Boyd and Frazier Publishing Co., San Francisco, CA, 1981.
- Buivydas R., Černiauskas G. Sveikatos draudimo įgyvendinimo problemų analizė. Sveikatos draudimas Lietuvoje. 1996.
- Buivydas R., Černiauskas G., Schneider M., Zeleckienė D. Papildomojo savanoriškojo sveikatos draudimo analizė - Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2010.
- Buivydas R. Sveikatos sistemos pertvarka kelia abejonių // Lietuvos sveikata. Medicinos, sveikatos ir socialinės politikos savaitraštis, Nr. 29 (817) 2009 m. liepos 23-29 d.
- Busse R. Expenditure on health care in EU: making projections for the future based on the past // The European journal of health economics, Vol. 2, No. 4 (2001).
- Chapin R. Social policy for effective practice: a strengths approach - McGraw-Hill, 2007.
- Cichon C., Normand C., Between Beveridge and Bismarck: Options for health care financing in central and eastern Europe - Geneva: World Health Form, 1994.
- Clarke M., Islam S. M. N. Health adjusted GDP (HAGDP) measures of the relationship between economic growth, health outcomes and social welfare – CESifo working paper No. 1002, Category 2: Public choice, July 2003.
- Čepinskis J. ir kiti. Draudimas. – Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, švietimo ir mokslo centras, 1999.

- Černiauskas G. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos pertvarkymas.// 2008 m. lapkričio 21 d. Pristatymas.
- Černiauskas G. Sėkmingos kitų valstybių patirties pritaikomumas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai // Diskusija prezidentūroje: Individualusis savanoriškas sveikatos draudimas, 2007.11.22
- Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste - Vilnius Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
- Danner G. H. Valstybinio sveikatos draudimo socialiniai ir ekonominiai aspektai// Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1996.
- Di Matteo L. The income elasticity of health care spending. A comparison of parametric and nonparametric approaches // The European Journal of Health Economics, Vol. 4, No. 1 (2003).
- Donabedian A. Explorations in Quality Assurance and Monitoring: The definition of quality and approaches to its measurement. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.
- Donaldson C., Gerard K. Economics of Health Care Financing: the Visible Hand - London: The Macmilland Press LTD, 1993.
- Dromantienė L. EU comparative social policy and welfare (extension module). – Vilnius, 2008.
- Ferrera M. The boundaries of welfare. European Integration and the new spatial politics of social Protection - Oxford university press, 2005.
- Fotaki M. Maintaining the illusion of a free health care in post-socialism. A Lucanian analysis of transition from planned to market economy // Journal of organizational change management, Vol. 22, No. 2, 2009.
- Freeman R. The Politics of Health in Europe - Manchester : Manchester University Press. 2000.
- Gaál P., Belli, P.C., McKee M. and Szócska M. Informal payments in health care: definitions, distributions and dilemmas // Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31 (2006), No. 2.
- Gertham U. J. et al. An econometric analysis of health care expenditure: cross section study of OECD countries// Journal of Health Economics, 1992, Vol. 11.
- Glied S. Universal public health insurance and private coverage: externalities in health care consumption // Canadian public policy – analyse de politiques, Vol. 34, No. 3 (2008).
- Guogis A. Socialinės politikos modeliai. - Vilnius: Eugrimas, 2000.
- Guogis A., Gudelis D. Socialinių paslaugų sektoriaus plėtros galimybės Lietuvoje // Viešojo politika ir administravimas, ISSN 1648-2603, 2005. Nr. 12.
- Groot W., Maarse H. Papildomojo sveikatos draudimo sistemų socialinės gerovės analizė// Papildomasis sveikatos draudimas. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
- Gustainienė A. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. – Kaunas: VDU leidykla, 2003.
- Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje, 2004. Laisvosios rinkos instituto studija.
- <<http://www.lrinka.lt/Projektai/Sa.phtml>> [žiūrėta 2010.05.23]

- Hixson J.S. Six Questions Everyone Should Ask About Health System Reform: An Application of Basic Economics - USA: Galen Institute, 2002.
- Immergut E. M. Health Politics - Cambridge: Cambridge University Press. 1992
- Išoraitė M. Socialinių paslaugų administravimas: mokomasis leidinys. – Vilnius, Mykolo Romerio universitetas, 2007.
- Jankauskaitė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
- Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir strategijos planavimas, įgyvendinimas ir vertinimas// III nacionalinė sveikatos politikos konferencija: Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001.
- Janušonienė K., Smilga E. Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. Tiltai, nr. 1. 2005.
- Jarrett P. G. An analysis of international health care logistics - The benefits and implications of implementing just-in-time systems in the health care industry // Leadership in Health Services Vol. 19 No. 1, 2006.
- Kalėdienė R. ir kiti. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. – Kaunas: Šviesa, 1999.
- Kanopienė V. Gyventojai, sveikata ir sveikatos politika //J. Rimkutė et al. Žmogaus socialinė raida.Vilnius: Homo liber, 2001.
- Laaser U., Radermacher R. Financing Health Care – A Dialogue between South Eastern Europe and Germany // Series International Public Health, Vol. 18, Lage, 2006.
- Levišauskaitė K., Rūškys G. Valstybės finansai. – Kaunas: VDU leidykla, 2003.
- Lezgovko A., Lastauskas P. Šiuolaikinė draudimo rinka ES šalyse ir Lietuvoje: analizė ir perspektyvos // Ekonomika, 2008 (82).
- Lietuvos Respublikos draudimo įstatymas. 2003 m. rugsėjo 18 d. Nr. IX-1737. Žin., 2003, Nr. 94-4246.
- Lietuvos Respublikos draudimo komisija <<http://www.dpk.lt/>> [žiūrėta 2010.10.14]
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija <www.finmin.lt> [žiūrėta 2010.09.12]
- Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymas Nr. IX-1819, 2003-11-11, Žin., 2003, Nr. 114-5114 (2003-12-05).
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija <www.sam.lt> [žiūrėta 2010.08.28]
- Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. Žin., 1996, Nr. 55-1287.
- Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Nr. VIII-940, 98.11.24, Žin., 1998, Nr. 109-2995 (1998.12.11).
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Nr. VIII-946, 1998.12.01, Žin., 1998, Nr.112-3099 (1998.12.23).
- Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas. Nr. IX-2535, 2004-11-04, Žin., 2004, Nr. 171-6295 (2004-11-26).

- Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886. Žin., 2002, Nr. 56-2225.
- Lietuvos sveikatos informacijos centras <<http://www.lsic.lt/>> [žiūrėta 2010.10.27]
- Lietuvos sveikatos programa
<http://sena.sam.lt/lt/main/veikla/programos_ir_projekt/programa/6> [žiūrėta 2010.08.09]
- Mackuvienė E. Individualus savanoriškas sveikatos draudimas – kodėl jis reikalingas Lietuvoje?
// Diskusija prezidentūroje: Individualusis savanoriškas sveikatos draudimas,
2007.11.22.
- Murray C.J.L., Frenk J.A. Framework for assessing the performance of health systems. // Bulletin of the World Health Organization, no.78(6). 2000.
- Musgrove P. et al. Basic patterns in national health expenditures // Bulletin of world health organization, 2002, Vol. 80, No. 2.
- Musgrove P., Ploug P. Health insurance: the influence of Beveridge report - World Health Organization. Nr. 5. 2000.
- Nissim B. D. Economic growth and its effect on public health // International journal of social economics, Vol. 36, No. 3 (2009).
- OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators
<http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html> [žiūrėta 2010.09.28]
- Pagrindinių terminų žodynas <<http://www.dpk.lt/zodynas.php>> [žiūrėta 2010.04.14]
- Papildomi socialinės apsaugos terminai
<<http://www.sec.lt/pages/zodynas/freimai/papterm.html>> [žiūrėta 2010.08.24]
- Pieters D. Įvadas į pagrindinius socialinės apsaugos principus. - Vilnius, Eugrimas, 1998.
- Powell F. D., Wessen A.F. Health care systems in transition: An international perspective - Thousand Oaks, England. 1999.
- Preker A.S., Hardini A., Travis P. „Make or buy“ decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. - Bulletin of the World Health Organization, t. 78(6). 2000.
- Republic of Lithuania: 2010 Article IV Consultation—Staff Report; Staff Supplement; Public Information Notice on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Lithuania - 2010 International Monetary Fund July 2010. IMF Country Report No. 10/201.
- Roper N., Logan W.W., Tierney A.J. Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio - Vilnius: Egalda, 1999.
- Rosner P. G. The economics of social policy. - Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA, 2003.
- Rowley W. R. Healthcare 2025: alternative views and underlying values // Foresight 5,5 2003.
- Saltman R. B., Figueras J. European Health Care Reform - Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997.

- Schneider M. Papildomasios sveikatos draudimas Europos Sąjungoje// Papildomasios sveikatos draudimas. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
- Sharma M., Atri A. Essentials of International Health - Jones and Bartlett Publishers, USA. 2010.
- Shiell A., Seymour J. Preferences for Public health insurance: egotism or altruism?// International Journal of Social Economics, Vol. 29 No. 5, 2002.
- Simonet D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe. The cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France // International Journal of Health care Quality Assurance, Vol. 23, No. 5, 2010.
- Statistikos departamentas <<http://www.stat.gov.lt/lt/>> [žiūrėta 2010.11.11]
- Stravinskas T. Ekonominio asmens sveikatos priežiūros modelio plėtotė Lietuvoje: daktaro disertacijos santrauka. – Kaunas: Technologija, 2000.
- Sveikatos ekonomikos centras <<http://sec.lt/>> [žiūrėta 2010.07.09]
- Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas draudimo sąlygomis, (Remuneration of health care services under health insurance. PHARE Project on Health Reform and Financing in Lithuania. - Lithuanian, 1996.
- Tartilas J. Socialinės saugos pagrindai - Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2005.
- Teresa Z. C. Modeling access to health care within a community// International Journal of Health Care Quality Assurance. No. 6., 2003.
- The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050) – European Commission Directorate-General for economic and financial affairs. Special Report n° 1/2006-Annex.
- Tolimesnės sveikatos sistemos plėtos 2007-2015 metais metmenys.
<http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/Vizija%20tikslinta%20po%20kolegijos-paskutine.doc> [žiūrėta 2010.09.24]
- Transparency international korupcijos suvokimo indeksas 200 Korupcijos 2009
<<http://www.transparency.org/>> [žiūrėta 2010.11.14]
- Užubalis A. Valstybės finansai: metodinė medžiaga. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009.
- Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/>> [žiūrėta 2010.08.12]
- William R. Healthcare 2025: alternative views and underlying values //Foresight 5,5 2003.
- WHO, 2008a <<http://www.who.int/en/>> [žiūrėta 2010.09.02]
- WHO: World Health Statistics 2010 <<http://www.who.int/en/>> [žiūrėta 2010.10.16]
- WHO, 2004 Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. World Health Organization, Geneva, 2004.
- World Health Organization <<http://www.who.int/en/>> [žiūrėta 2010.10.22]
- Zaicev S. Socialinio sektoriaus ekonomika - Vilnius: Technika, 2007.
- Žalimienė L. Socialinės paslaugos - VU Specialiosios psichologijos laboratorija, Vilnius, 2003.

Vaitkutė E. Sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje tendencijos bei finansavimo prognozė / Viešojo sektoriaus ekonomikos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2010. – 82 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas, atsižvelgiant į įvairias sveikatos priežiūros finansavimui skiriamas lėšas, iškeltos finansavimo problemos ir sunkumai bei atliktas ateinančių penkerių metų sveikatos priežiūros finansavimo prognozavimas. Pirmojoje darbo dalyje teoriniu aspektu tiriamas sveikatos priežiūros finansavimo turinys, apibrėžiamas sveikatos priežiūros finansavimas ir jo tikslai, pateikiami pasaulinėje praktikoje egzistuojantys finansavimo modeliai, apžvelgiama jų struktūra ir privalumai bei trūkumai. Antrojoje darbo dalyje nagrinėjama sveikatos priežiūros finansavimo sistema Lietuvoje, analizuojamas ir vertinamas privataus ir valstybinio sektoriaus finansavimo santykis ir šio santykio kitimas, vertinamos įvairių finansavimo šaltinių tendencijos, aptariamos svarbiausios finansavimo sudedamosios dalys ir iš jų gaunamos lėšos. Trečiojoje dalyje atliekama koreliacinė regresinė analizė, siekiant nustatyti sveikatos priežiūros finansavimui turinčius įtaką veiksnius ir jų poveikio stiprumą, o analizės metu gauti duomenys leidžia atlikti ateinančių penkerių metų sveikatos priežiūros finansavimo prognozę remiantis trimis skirtingais scenarijais bei teikti siūlymus kaip šias lėšas panaudoti.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos priežiūros finansavimas, valdžios sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas, privataus sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas, privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamos, papildomasis sveikatos draudimas.

Vaitkutė E. Health care financing trends in Lithuania and it's forecast / Master's Work in Public Sector Economics. Supervisor assoc. prof. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Faculty of Economics and Finance Management, Mykolas Romeris University, 2010. – 82 p.

ANOTATION

Master's work analyzed Lithuanian health care funding, taking into account different financial resources, revealed funding issues and challenges and made the next five-year forecast of health care financing. The first part studied the theoretical aspects of health care financing content, as determined by the health care financing and its objectives, the international practice, existing funding models, provided an overview of its structure and financing advantages and disadvantages. The second part dealt with health care financing system in Lithuania, analyzed and evaluated private and public sector funding ratio and this ratio changes, discussed financing trends, key financing components. In the third part was performed correlation regression analysis to determine main health care financing factors and its strength, obtained data permitted forecast the next five-years health care financing and make proposals for how these funds needs to be used.

Key Words: Health care funding, public sector health care financing, private sector health care financing, compulsory health insurance fund's income, additional health insurance.

Vaitkutė E. Sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje tendencijos bei finansavimo prognozė / Viešojo sektoriaus ekonomikos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2010. – 82 p.

SANTRAUKA

Viešojo sektoriaus ekonomikos magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali, kadangi nagrinėja opią visuomenės problemą – sveikatos priežiūros finansavimą, kuri yra svarbi dėl to, kad nuolat yra susiduriama su nepakankamu sveikatos priežiūros finansavimu, kasmet finansavimo poreikis, tiek dėl visuomenės senėjimo, tiek dėl technologinių naujovių, bei kitų įtakojančių priežasčių nuolat didėja. Šiame darbe siekiama atlikti Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo analizę, numatyti finansavimo tendencijas, išryškinti trūkumus, apibrėžti tobulinimo galimybes bei numatyti ateities finansavimo perspektyvas. Nustatytam tikslui pasiekti baigiamajame darbe iškelti tokie uždaviniai, kaip apžvelgti sveikatos sistemos finansavimą Lietuvoje, jo sudėtinių dalių santykį bei jo kitimą, išskirti sveikatos sistemos finansavimo privalumus, trūkumus, egzistuojančias galimybes bei grėsmes, atlikti Lietuvos sveikatos sistemos finansavimui turinčių įtakos veiksnių analizę bei remiantis jos duomenimis atlikti ateinančių penkerių metų finansavimo prognozavimą.

Magistro baigiamajame darbe taikoma tokia tyrimo metodika, kaip mokslinės literatūros analizė bei sintezė, grafinė analizė, sisteminė, lyginamoji analizė, koreliacinė regresinė analizė ir prognozavimas, statistinių duomenų rinkimas bei sisteminimas.

Susisteminus ir išanalizavus informaciją darbe pateikiami sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai Lietuvoje, atlikus koreliacinę regresinę analizę buvo gauti duomenys, kad sveikatos priežiūros finansavimo dydžiui didžiausios įtakos turi bendrasis vidaus produktas, nedarbo lygis šalyje bei vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis. Analizės metu gauti rezultatai panaudoti ateinančių penkerių metų sveikatos priežiūros finansavimo prognozei atlikti, kurios metu buvo skaičiuojamas finansavimas, remiantis optimistiniu, pesimistiniu bei labiausiai tikėtiniu scenarijais, tarp kurių gautas reikšmingas finansavimui skirtų lėšų skirtumas.

Gauti duomenys rodo, kad sveikatos priežiūros finansavimas didės, tačiau didelių pokyčių (bent penkerių metų laikotarpiu) sveikatos priežiūros finansavimo lėšų struktūroje nereikėtų tikėtis.

Magistro baigiamasis darbas yra sudarytas iš trijų dalių. Pirmojoje, teorinėje, dalyje apibrėžiama sveikatos priežiūros sistema, jos finansavimo modeliai, supažindinama su įvairių šalių praktikoje egzistuojančiais finansavimo būdais. Praktinėje dalyje atlikta Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo šaltinių apžvalga, jų sudėtis bei privataus ir valstybinio finansavimo santykio kitimas. Trečiojoje darbo dalyje yra atlikta sveikatos sistemos finansavimui darančių įtaką veiksnių analizė bei jų poveikio stiprumo skaičiavimas. Taip pat atliktas prognozavimas, kaip, remiantis trimis skirtingais scenarijais, turėtų klostytis sveikatos priežiūros finansavimas ateinančius penkerius metus. Apibendrinus rezultatus, pateikiami pasiūlymai ir nurodomos tobulinimo galimybės, kurias Lietuva galėtų įgyvendinti, kad patobulintų sveikatos finansavimo sistemą, jei išsipildytų nagrinėtos prognozės.

Vaitkutė E. Health care financing trends in Lithuania and it's forecast / Master's Work in Public Sector Economics. Supervisor assoc. prof. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Faculty of Economics and Finance Management, Mykolas Romeris University, 2010. – 82 p.

SUMMARY

Public Sector Economics master's work topic is timely given because it study important public topic - health care funding, which is of interest because it is constantly faced with the lack of health care financing, the annual financing needs and as a result of aging and as a result of technological innovation and other reasons, is steadily increasing. This work aims to make the Lithuanian health care financing analysis, to forecast trends, to highlight gaps, to define opportunities for improvement and to provide future funding prospects. Stated purpose was to raise the final work of such tasks as an overview of health financing system in Lithuania, the ratio of its constituents and its evolution, develop existing health financing systems strengths, weaknesses, opportunities and threats, carry out Lithuanian health system influencing factors analysis and use this data to carry out the forecast of the next five years funding.

Master's work applies the methodology of the study as a literature analysis and synthesis, graphical analysis, a systematic, comparative analysis, correlation regression analysis and forecasting, statistical data collection and systematization.

Systematized and analyzed information presented health care financing sources, after correlation regression analysis was obtained data that health care financing is influenced by the size of the gross domestic product, unemployment rate in the country and the average monthly gross wages. The analytical results were obtained and used for the next five years health care financing estimates, on which the funding was calculated on the basis of optimistic, pessimistic and most likely scenarios, among which received a big funding gap.

The data suggests that health care funding will increase, but significant changes in at least five years of health care financing structure should not be expected.

Master's work is composed of three parts. The first, theoretical, defines the health care system, its funding models, introduces the practice of various countries on existing financing methods. Completed the practical part of the Lithuanian health care funding sources, review the portions of the composition and the private and public funding ratio variation. The third part is made for health system financing correlation regression analysis and their main factors effect calculation. It also made forecasting as the basis of three different scenarios to evolve health care funding over the next five years. Summarizing the results, the proposals and opportunities for improvement are identified, which Lithuania could implement to improve the health financing system.