

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

**SANDRA ŠIAULIENĖ**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KAŠTAI,  
JŲ DINAMIKA IR AUGIMO KONTROLĖS  
GALIMYBĖS LIETUVOJE**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Vadovas**

**Doc. dr. G. Černiauskas**

**VILNIUS, 2009**

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

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KAŠTAI,  
JŲ DINAMIKA IR AUGIMO KONTROLĖS  
GALIMYBĖS LIETUVOJE**

**Žinių ekonomikos magistro baigiamasis darbas**  
**Studijų programa 123123123**

**Vadovas**

**Doc. dr. G. Černiauskas**

**2009 12**

**Recenzentas**

**Atliko**

**ŽEmn8-01 gr. Stud**

**S. Šiaulienė**

**2009 12**

**2009 12**

**VILNIUS, 2009**

## TURINYS

1. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMA.....	8
1.1. Sveikatos politikos kūrimas .....	8
1.2. Finansavimo principai .....	13
1.3. Viešojo sektoriaus valdymas ir kontrolė .....	19
1.4. Kaštų sąvoka .....	24
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ KITIMAI IR TO PRIEŽASČIŲ NUSTATYMAS .....	28
2.1. Finansavimo tendencijos .....	28
2.2. Sveikatos apsaugos lėšų pasiskirtymo analizė .....	33
2.3. Pagrindinės sveikatos priežiūros kaštų augimo priežastys.....	38
2.3.1. Lietuvos demografinės situacijos indikatoriai.....	39
2.3.2. Sveikatos darbuotojų ir hospitalizacijų skaičius .....	42
2.3.3. Neefektyvus valdymas ir kontrolė.....	47
2.3.4. Medicinos technologijų vertinimas .....	52
3. KAŠTŲ MAŽINIMO PRIEMONĖS .....	54
3.1. Ekspertinės apklausos rezultatai.....	55
3.2. Priemonių planas išlaidoms mažinti.....	60
3.2.1. Finansavimo tobulinimas .....	61
3.2.2. Gydomo įstaigų valdymas .....	65
3.2.3. Vykdomų kontrolės procedūrų tobulinimas .....	67
3.2.4. Sveikatinimo prieinamumo gerinimas .....	71
3.2.5. I lygio stiprinimas.....	73
IŠVADOS IR SIŪLYMAI .....	75
LITERATŪRA .....	77
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS .....	82
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA .....	84
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA .....	86
PRIEDAI .....	88
PRIEDAS 1 .....	89
PRIEDAS 2 .....	90
PRIEDAS 3 .....	91
PRIEDAS 4 .....	92
PRIEDAS 5 .....	94
PRIEDAS 6 .....	95

## LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos apsaugos sistemos plėtros finansavimo scenarijai. ....	32
2 lentelė. Prognozuojama gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes (procentais).....	40
3 lentelė. Aprūpinimas medicinos personalu ir stacionaro lovomis 2008 m. 10 000-ių gyv. apskričių ir savivaldybių pavaldumo įstaigose. ....	43
4 lentelė. Magnetinio rezonanso ir kompiuterinio tomografo aparatūros pasiskirstymas milijonui gyventojų kai kuriose šalyse. ....	53
5 Lentelė. Paslaugų kainų struktūros skaičiavimas įvertinant atskiras grupes.....	62
6 lentelė. Didžiosios Britanijos orientacinės kompensacijų sumos už kai kuriuos sužalojimus.....	69
7 lentelė. „A“ ir „B“ įrenginių vertinimas pagal du požymius.....	70
8 lentelė. I lygio plėtojimo rekomendacijos. ....	73

## PAVEIKSLAI

1 pav. Sveikatos politikos kūrimo principai.....	9
2 pav. VLK svarbiausios veiklos kryptys.....	12
3 pav. Mišrios sveikatos sistemos modelio schema.....	14
4 pav. Sveikatinimo veiklos Lietuvoje finansavimo struktūra.....	16
5 pav. PSDF biudžeto pajamų struktūra 2008 m.....	18
6 pav. LR Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios institucijos, vykdančios tam tikrą kontrolę... 22	
7 pav. Žalos PSDF biudžetui dydis (Lt), nustatytas pagal kontrolės kryptis 2009 m. I pusmetį.....	23
8 pav. BVP ir PSDF augimo palyginimas 2000-2007 metais.....	28
9 pav. Kai kurių ES narių išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.).....	29
10 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų procentinė dalis nuo BVP 1976-2016 metais.....	30
11 pav. PSDF biudžeto išlaidos (mln. litų), 1998-2009 m.....	33
12 pav. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (pateikta apmokėti), mln. litų, 2000-2006 m.....	34
13 pav. PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių.....	37
14 pav. Vidutinės gyvenimo trukmės priklausomybė nuo BVP/gyventojui.....	41
15 pav. 2008 m. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pagal amžiaus grupes.....	42
16 pav. ES šalyse vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėse (dienomis), 2005 m.....	45
17 pav. VLK viešųjų pirkimų efektyvumas.....	
18 pav. Technologijos praktinis vertinimas.....	52
19 pav. Sveikatos priežiūros kaštų mažinimo priemonės.....	56
20 pav. Techninis papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo vykdymas.....	65
21 pav. Gydytojų įstaigos vadovų kompetencijos didinimo ir ribojimo siūlymai, kurie galėtų būti įtraukti į darbo sutartis.....	66
22 pav. VMAI informavimo Lietuvos gydytojų įstaigas schema.....	68
23 pav. Nuorodos į profilaktinį filmuką pavyzdys.....	72

## ĮVADAS

Sveikata yra kiekvieno žmogaus turtas, kurį tausoti turi pats žmogus, o valstybė ir visuomenė – sudaryti tam sąlygas. Todėl daugumoje Europos šalių, tarp jų ir Lietuvoje, ji įvardijama kaip prioritetinga sritis. Rengiant ir priimant Sveikatos sistemos įstatymą Lietuvoje, buvo apskaičiuotos minimalios sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimui reikalingos lėšos – 5 procentai bendrojo vidaus produkto vertės, 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 ir nuo 1987-ųjų padidėjo nuo 2,63 proc. iki 6,2 proc. BVP, 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.

**Temos aktualumas.** Darbo tema ypatingai aktuali visuomenei, nes sveikatos išlaidos nuolat didėja ne tik dėl ekonominių, bet ir dėl socialinių veiksnių. Lietuvoje gyventojų skaičius po truputį mažėja. Praėjusio dešimtmečio pradžioje šį procesą daugiausia sąlygojo gyventojų emigracija, vėliau – neigiamas natūralusis gyventojų prieaugis. Lietuvą galima priskirti pereinamojo laikotarpio šalių grupei, kurioje tiek bendras šalies išsivystymo lygis, tiek sveikatos sistemos finansavimo apimtis daro itin didelį poveikį mirtingumui. Todėl mažėja darbingų žmonių, kurie moka mokesčius. Be to, Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių, daugėja vyresnio amžiaus žmonių ir atitinkamai didėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Sveikatos apsaugos ministerijos teigimu, Lietuvoje per daug ligoninių ir medikų, atsakomybės pasiskirstymas neteisingas, nėra ir alternatyvių finansavimo šaltinių – visa tai lemia neracionalų lėšų naudojimą. Gyventojai neturi galimybės gauti konkurencingos, kokybiškos paslaugos už realią kainą. Lietuvoje nėra teisingų, ekonomiškai pagrįstų sveikatos priežiūros paslaugų įkainių, kurie padengia gydymo kaštus. Visuomenė yra nepatenkinta susidariusia tvarka, valstybė – taip pat.

**Problema.** Pastarojo dešimtmečio Lietuvos ekonominiai pokyčiai turėjo didelę įtaką demografiniai šalies situacijai, sveikatos sistemos modernizavimui ir lėšų augimui. Europos žemynas augs ir klestės tik tuomet, jei stiprės sveikatos priežiūros sistemos. Nėra abejonių, jog sveikata yra tiesiogiai susijusi su ekonomikos augimu. Šiuo metu visa Europa optimizuoja išlaidas – mažina savo kaštus, taip pat ir sveikatos sektoriaus finansavimą. Tačiau dėl LR Vyriausybės tikslų išbristi iš ekonominio sunkmečio, sveikatos priežiūros kaštų augimo problema ne mažėja, bet tik didėja. Sumažėjus valstybės išlaidoms sveikatai, didėja privačių asmenų išlaidos. Jei norime turėti efektyvią

ir visuomenei prieinamą sveikatos apsaugą, turime efektyviai organizuoti, pertvarkyti ir kontroliuoti turimas lėšas.

**Darbo objektas.** Nagrinėjamas objektas yra Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų valdymas.

**Tikslas ir uždaviniai.** Pagrindinis darbo tikslas – rasti racionalius sveikatos priežiūros išlaidų taupymo ir kaštų mažinimo būdus. Tikslui pasiekti keliami uždaviniai:

1. Išsami Lietuvoje sveikatos sistemos analizė viešojo sektoriaus valdymo kontekste;
2. Sveikatos priežiūros kaštų dinamikos vertinimas ir to prižasčių nustatymas;
3. Siūlymas, kaip optimizuoti Lietuvos sveikatos kaštus

Magistro baigiamasis darbas susideda iš trijų dalių. Teorinėje dalyje, siekdama įgyvendinti iškeltus uždavinius, įsigilinu į Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, metodologinėje – statistines sveikatos sektoriaus tendencijas ir kitimų priežastis, o tinkamų priemonių planą kaštų augimui kontroliuoti, t.y. efektyvaus lėšų panaudojimo priemonės, aptariu trečioje – praktinėje dalyje.

**Tyrimo metodai.** Vykdamas darbo tikslą taikomi šie metodai:

- Antrinių duomenų ir mokslinės literatūros studija ir analizė pirmoje ir antroje darbo dalyje, orientuojantis į LR Vyriausybės ir kitų valstybinių institucijų, Europos Sąjungos organizacijų, užsienio ir lietuvių autorių parašytus darbus, analizes ir rekomendacijas, straipsnius, knygas;
- Pirminių duomenų šaltinių analizė atlikta pagal Statistikos departamento, Valstybinių ligonių kasų ir kitus duomenis, siekiant išstudijuoti sveikatos išlaidų dinamiką;
- Pagal surinktą informaciją parengtas grafinis duomenų vaizdavimas naudojamas nustatyti priežastis ir priemones kaštams optimizuoti;
- Atlikta pirminė ekspertinė apklausa, kad būtų tinkamiau pasirinkti kaštų kontroliavimo būdai.

Lyginamosios analizės metodu surinktą medžiagą sisteminau ir padariau išvadas. Sveikatos apsaugos finansavimas Lietuvoje tiesiogiai priklauso nuo politinių sprendimų, todėl gilinantį į iškeltą problemą mano magistro darbe, sunku įvertinti ateities perspektyvas, tačiau, dauguma sveikatos ekspertų tvirtina, kad kaštai nuolat augs, todėl svarbu racionaliai naudoti lėšas ir taupyti. todėl tikiu, jog trečioje darbo dalyje siūlomos priemonės gali sumažinti kaštų augimo tendenciją.

# 1. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMA

## 1.1. Sveikatos politikos kūrimas

Sveikatos politika, sveikatos apsaugos politika – politikos sritis, apimanti sveikatos sistemos valdymą, planavimą bei organizavimą, politikos įgyvendinimą. Pagal subjektus ji gali būti regioninė, valstybinė ir kt. Lietuvoje už sveikatos politiką yra atsakinga Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija.<sup>1</sup> Lietuvos ir tarptautinės organizacijos rūpinasi sveikatos politika ir jos mokslu per įvairias organizacijas. Nacionaliniame lygmenyje svarbiausią vaidmenį vaidina LR Sveikatos apsaugos ministerija (toliau SAM), kurios misija – formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką, užtikrinančią visuomenės sveikatą, aukštą sveikatinimo veiklos kokybę ir racionalų išteklių panaudojimą.<sup>2</sup> Kitos institucijos yra Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM (toliau VASPVT), Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (toliau VVKT), Farmacijos departamentas prie SAM, Valstybinė ligonių kasa (toliau VLK) prie SAM, Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba, Lietuvos bioetikos komitetas, Apkrieties gydytojo tarnyba, Savivaldybės gydytojo tarnyba. Formuojant sveikatos politiką labai svarbi yra ir tarptautinių organizacijų – Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau PSO), Europos vaistų vertinimo agentūros, Tarptautinės narkotikų kontrolės tarybos ir kitų įtaka.

Tačiau sveikatos politikos formavimasis buvo ir yra ilgas bei sudėtingas procesas, kurio pagrindiniai dalyviai yra ne įsteigtos ir dabar veikiančios institucijos, bet visuomenė. Sveikatos sistema apima paciento ir gydytojo santykius, teikiamą pagalbą, kuri šiandieninės rinkos sąlygomis virto prekių ir paslaugų santykiu.

Ilgus sovietinės okupacijos metus Lietuvoje egzistavo valstybės biudžeto lėšomis finansuojama sveikatos apsaugos sistema. Tačiau Atgimimo bangai užliejus Lietuvą, 1988-aisiais pradėta diskutuoti ir apie sveikatos finansavimo reformą. Nepriklausomybės idėjų ir entuziazmo kupini šalies medikai pirmieji pakilo kurti geresnės sveikatos apsaugos viziją. 1989-ųjų gegužę gydytojai, susirinkę į savo sąjungos atkuriamąjį 6-ąjį suvažiavimą, paskelbė, kad siekiant efektyviau spręsti Lietuvos žmonių sveikatos problemas, būtina keisti į ligas orientuotą sveikatos apsaugos modelį. Atkuriamasis Lietuvos gydytojų sąjungos suvažiavimas priėmė rezoliuciją „Apie Nacionalinės sveikatos koncepcijos rengimą“ ir įpareigojo medicinos bendruomenę parengti sveikatos politikos

---

<sup>1</sup> Interneto enciklopedija Vikipedija. [http://lt.wikipedia.org/wiki/Sveikatos\\_politika](http://lt.wikipedia.org/wiki/Sveikatos_politika) [žiūrėta 2009-01-26]

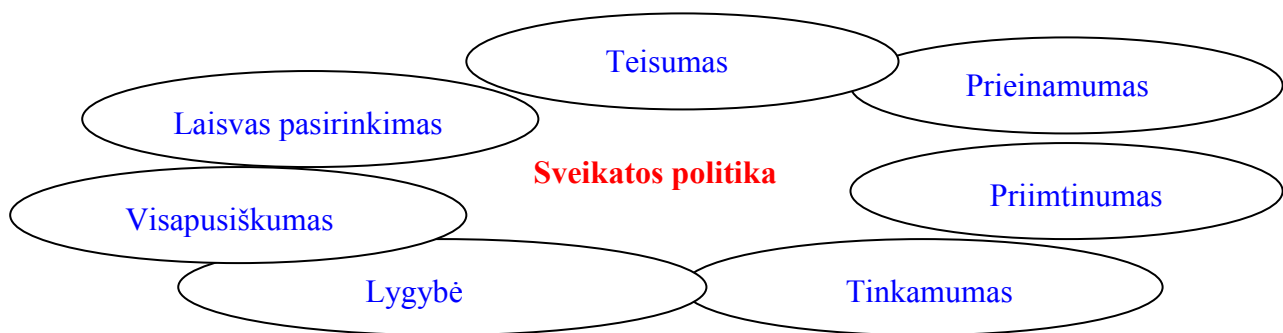
<sup>2</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerija. <http://www.sam.lt/go.php/Misija> [žiūrėta 2009-01-26]



formavimo principais grindžiamą dokumentą.<sup>3</sup> Tuo laikotarpiu tai buvo labai svarbus žingsnis sveikatos politikoje.

Tais pačiais metais tuometinės Sveikatos apsaugos ministerijos finansuojama darbo grupė, kuriai vadovavo doc. A. Dobravolskas, parengė siūlymus atskirti Lietuvos sveikatos apsaugos valdymą ir finansavimą nuo tuometinės SSSR kompetencijos, atsisakyti sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo pagal turimus išteklius, diegti tų išteklių skirstymą rajonams pagal jų gyventojų skaičių, pamažu didinti sveikatos įstaigų ekonominį savarankiškumą. Darbo grupė 1989 m. pabaigoje parengė rekomendaciją sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimą laikyti pagrindine sveikatos finansavimo reformos kryptimi bei pateikė pirmąjį sveikatos draudimo įstatymo projektą, kuris rėmėsi kuriamu Lietuvos ekonominio savarankiškumo modeliu.<sup>4</sup>

Ekonominis savarankiškumas – tai sveikatos strategijos sukūrimas ir įgyvendinimas, finansų ir atsakomybės paskirstymas, žmogiškųjų išteklių planavimas ir rengimas, kitos visuomenės sveikatos veiklos sritys ir, be abejo, kaštų kontrolė, pasitelkiant vis kintančius, kuo naujesnius vadybos ir valdymo principus.<sup>5</sup> Nepaisant sveikatos reformų tęstinumo ir kitų aplinkybių, sveikatos politika turi atitikti tam tikrus principus.



1 pav. Sveikatos politikos kūrimo principai.

Visi sveikatos politikos principai, greta žmogui suteikiamų teisių, nusako ir jo pareigas bei ribas, kurių privalu laikytis kiekvienam (žr. 1 pav.). Teisumas – pagrindinis principas. Jis reiškia, kad kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio. Prieinamumas – principas, nusakantis, kad sveikatos paslaugos turi būti prieinamos kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų atžvilgiu. Priimtinumas – reiškia, kad sveikatos paslaugos kiekvienam žmogui turi būti suteikiamos priimtina forma. Tinkamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos paslaugų sąlygos, užtikrinančios paslaugų bei patarnavimų kokybę ir

<sup>3</sup> Labanauskas L., Norvaišaitė J. Lietuvos gydytojų sąjunga – Kaunas: Spindulys 1998. – 84 - 99 p.

<sup>4</sup> Valstybinė ligonių kasa. [http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos\\_kryptys\\_istorija](http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos_kryptys_istorija) [žiūrėta 2009-05-01]

<sup>5</sup> Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 40 (9); 891-896 p.

efektyvumą. Solidarumas pasireiškia sveikatos draudimo įmokų surinkimu vieningai, prisiimant bendrą atsakomybę. Lygybė reglamentuoja, kad sveikatos paslaugų prieinamumas turi būti visiems žmonių lygiams: vaikams, suaugusiems, seniems žmonėms, vyrams, moterims, nepriklausomai nuo rasės, tautybės, socialinės grupės. Visapusiškumas – reiškia, kad sveikatos paslaugos visiems turi būti prieinamos tiek pirminio, tiek antrinio, tiek tretinio lygio ir tiek profilaktika, tiek diagnostika, tiek gydymas, tiek rehabilitacija, tiek slauga, sergant ūmiais ir lėtinėmis ligomis. Laisvas pasirinkimas – ne visos šalys ir ne vienodame lygyje taiko šį principą. Jis reiškia, kad žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą. Tačiau kiekvienoje šalyje yra ribojimas, kiek laisvai, kaip dažnai, kokių profilių gydytojus ir gydymo įstaigas galima rinktis. Nuo to priklauso organizacinė ir finansinė našta.<sup>6</sup>

Lietuvos sveikatos sistema yra sudėtingas viešojo valdymo pagrindais paremtas mechanizmas, kuris vadovaujasi Nacionaline sveikatos koncepcija, Vyriausybės iškeltais tikslais ir visuomenės keliamais iššūkiais. Pagrindinis tikslas yra užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos apsaugą kiekvienam Lietuvos gyventojui.

1990 m. Lietuvoje atkūrus Nepriklausomybę, svarbiausiu sveikatos priežiūros uždaviniu tapo bazinių medicinos paslaugų garantavimas. Spręsdama praktines kompleksiško sveikatos draudimo problemas, Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1990–1991 metais iškėlė prioritetinį uždavinį parengti bendruosius socialinio draudimo įstatymų pagrindus. 1990 m. spalio 23 d. LR Aukščiausioji Taryba priėmė Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą, o 1991 m. gegužės 21 d. – ir Valstybinio socialinio draudimo įstatymą, įteisinusį sveikatos draudimo sistemos atkūrimo pradžią. Šio įstatymo trečiasis skyrius reglamentavo išlaidų medikamentams bei sanatoriniam gydymui kompensavimo išmokas. 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamasis Seimas patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos priežiūros koncepciją, kurioje buvo suformuluota sveikatos apsaugos politika, akcentuoti prioritetai – pirminės sveikatos priežiūros plėtra, šeimos gydytojo institucijos diegimas, numatyta sveikatos apsaugos įstaigų struktūra pagal pirminį, antrinį ir tretinį paslaugų teikimo lygmenis. Ta koncepcija tapo Lietuvos sveikatos politikos formavimo pagrindu.<sup>7</sup>

Šiandien Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau 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

<sup>6</sup> Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir strategijos gairės ES ir Lietuvoje bei Sveikatos reforma: pristatymas. Mykolo Romerio universiteto Strateginio valdymo ir politikos fakultetas 2007 m.

<sup>7</sup> Černiauskas G., Schneider M. Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: Sveikatos politikos analizė / Užsakovas: PHARE projektas: OSS 98-5320, LI9704/0201 / Sveikatos ekonomikos centras: Vilnius, 1999 balandis. 6-10 p.

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.<sup>8</sup>

Nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai:

- bendras sveikatos reikalų tvarkymas;
- socialinio teismo sveikatinimo veikloje užtikrinimas;
- visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinius sveikatinimo veiklos prioritetus;
- asmens sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos priežiūros integravimas į bendrą sistemą;
  - sveikatos programos, valstybės ir savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimo užtikrinimas;
  - sveikatinimo veiklos tarpžinybinio koordinavimo užtikrinimas;
  - visuomenės dalyvavimo formuojant sveikatos politiką užtikrinimas.<sup>9</sup>

UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ išskiria šias LNSS sudedamąsias dalis: vykdomieji subjektai, sveikatinimo veiklos valdymo subjektai, LNSS ištekliai, veikla ir teikiamos paslaugos. LNSS veikla organizuojama savivaldybių, apskričių ir valstybės lygiais. Sveikatos priežiūros organizavimo lygiai yra pirminis (pirminė sveikatos priežiūra), antrinis (antrinė sveikatos priežiūra), tretinis (tretinė sveikatos priežiūra). Savivaldos vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Savivaldos vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Apskričių viršininkai organizuoja Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto masto ir profilių antrinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą.<sup>10</sup>

Teikiamų sveikatinimo paslaugų užsakovai yra Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija, kitos valstybinės institucijos, apskričių viršininkai, savivaldybių tarybos, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos bei kitos LNSS ištekliais disponuojančios institucijos, o taip pat kiti juridiniai bei fiziniai asmenys arba įmonės, neturinčios juridinio asmens teisių.<sup>11</sup>

1991-aisiais tuometinė mūsų šalies Vyriausybė, siekdama paspartinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir finansuojančių institucijų sutartinių santykių plėtrą, taip pat pertvarkydama

<sup>8</sup> UAB Sveikatos ekonomikos centras. Sveikatos priežiūros kaštų kompensavimas ir paslaugų prieinamumas. [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/fr\\_sv\\_sist\\_strukt.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/fr_sv_sist_strukt.html) [žiūrėta 2008 12 09]

<sup>9</sup> [http://lt.wikipedia.org/wiki/Vikipedija:Naudingi\\_resursai/Sveikatos\\_sistema](http://lt.wikipedia.org/wiki/Vikipedija:Naudingi_resursai/Sveikatos_sistema). [žiūrėta 2009 01 06]

<sup>10</sup> UAB Sveikatos ekonomikos centras. [žiūrėta 2008 12 09]

<sup>11</sup> [http://lt.wikipedia.org/wiki/Vikipedija:Naudingi\\_resursai/Sveikatos\\_sistema](http://lt.wikipedia.org/wiki/Vikipedija:Naudingi_resursai/Sveikatos_sistema) [žiūrėta 2009 01 06]

respublikinio pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą, 1991 m. lapkričio 17 d. priėmė nutarimą Nr. 562 „Dėl sveikatos apsaugos finansavimo 1992 metais“. <sup>12</sup> Remiantis šiuo nutarimu, 1992 m. sausio 10 d. tuometinio sveikatos apsaugos ministro Juozo Oleko įsakymu buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa. <sup>13</sup> Šiandien VLK – sveikųjų ir sergančiųjų garantas – užtikrina apdraustųjų sveikatos priežiūrą, kompensuodama jos išlaidas, skaidriai ir efektyviai naudodama lėšas.



Šaltinis: VLK interneto svetainė [www.vlk.lt](http://www.vlk.lt)

## 2 pav. VLK svarbiausios veiklos kryptys.

Svarbiausios Valstybinės ligonių kasos veiklos kryptys (žr. 2 pav.):

- rengti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau PSDF) biudžeto metinį projektą, LR Seimui įstatymu jį patvirtinus – vykdyti;
- tvarkyti apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų įskaitą;
- apmokėti gydymo įstaigoms už pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistinėms – už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus;
- kompensuoti vaistų, medicinos pagalbos priemonių, ortopedijos technikos gaminių įsigijimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo, pagyvenusių asmenų dantų protezavimo, prevencinių ir kitų sveikatos programų vykdymo, Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo bei ES šalyse Lietuvos gyventojams suteiktų gydymo paslaugų, sąnarių endoprotezavimo ir kitas išlaidas;

<sup>12</sup> Černiauskas G., Schneider. Sveikatos ekonomikos centras: Vilnius, 1999 balandis. 6-10 p.

<sup>13</sup> [http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos\\_kryptys\\_istorija](http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos_kryptys_istorija) [žiūrėta 2009-05-01]

- centralizuotai pirkti ir gydymo įstaigas aprūpinti kai kuriais brangiai kainuojančiais vaistais bei medicinos pagalbos priemonėmis.<sup>14</sup>

Respublikinės sveikatos priežiūros įstaigos 1992 m. liepos 1 d. buvo pradėtos finansuoti valstybės biudžeto lėšomis per Valstybinę ligonių kasą. Tai truko iki 1997-ųjų, kai daugelį gydymo įstaigų finansavimo funkcijų perėmė pagal Sveikatos draudimo įstatymą įsteigtos teritorinės ligonių kasos (TLK). Siekiant labiau įtraukti medikų bei plačiąją visuomenę į pertvarkos procesą, 1993 m. gruodį prie Sveikatos apsaugos ministerijos buvo įsteigtas Sveikatos apsaugos reformos biuras (SARB'as), kurį sudarė darbo grupės, rengusios konkrečius sveikatos sistemos reformos projektus ir subūrusios įvairių medicinos bei kitų sričių profesionalus. 1994-ųjų liepą priimtas Sveikatos apsaugos sistemos įstatymas padėjo teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai, apibrėžė Vyriausybės, savivaldybių bei apskričių vaidmenį administruojant sveikatos priežiūrą. 1995 m. Seime daugelis politinių partijų pasisakė už valstybinę draudos mediciną.<sup>15</sup>

Beje, valstybinė, arba visuomeninė medicina, sudaro visų Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros pagrindą. Vienas pagrindinių tokios priežiūros principų – pinigai seka paskui ligonį – turėtų laipsniškai didinti medikų suinteresuotumą dirbti, nuolat tobulinti savo kvalifikaciją ir rūpintis pacientu. Sveikatos apsaugos reformos rengėjai buvo ir tebėra įsitikinę, kad Lietuvos gyventojams pakaks mažiau ligoninių lovų, ir tai iš dalies lems patys gydymo įstaigas pasirenkantys gyventojai.

## 1.2. Finansavimo principai

Pastarųjų dešimtmečių sveikatos finansavimo tendencijos ES šalyse ir pasaulyje yra Bismarko, Beveridžo, Semaško ir Mišrios sistemos. Vokietijoje dominuoja socialinės apsaugos sistema, sukurta pagal Vokietijos valstybės vadovo Oto Bismarko (Otto von Bismarck, 1815-1898) pasiūlymus, kai valstybės tikslas yra rūpintis visų gyventojų gerove: ypač palaikant labiausiai remtinus gyventojus; pasitelkiant tam tikras institucijas bei bendruomenės išteklius. Bismarko sistemos modelis akcentuoja, kad išmokų dydis paprastai susijęs su mokėtų įmokų dydžiu. Bismarko sistema egzistuoja jau 100 metų. Ji finansuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, kuriuos moka darbdaviai ir darbuotojai, arba iš bendrų mokesčių. Lėšos eina į nevyriausybinis statutinius finansų valdymo organus. Lėšas gauna ligoninės, šeimos gydytojai ir t.t., jog atliktų paslaugas per biudžetą arba per mokesčius už paslaugas. Lėšos yra valdomos apsidraudusiųjų žmonių atstovų. Piliečiams, kurie neturi priėjimo prie šių lėšų, yra apmokama iš mokesčių arba privataus draudimo. Privačios praktikos gydytojai moka sutartą mokesťį, šiaip ligoninės gauna bendrą biudžetą. Bismarko

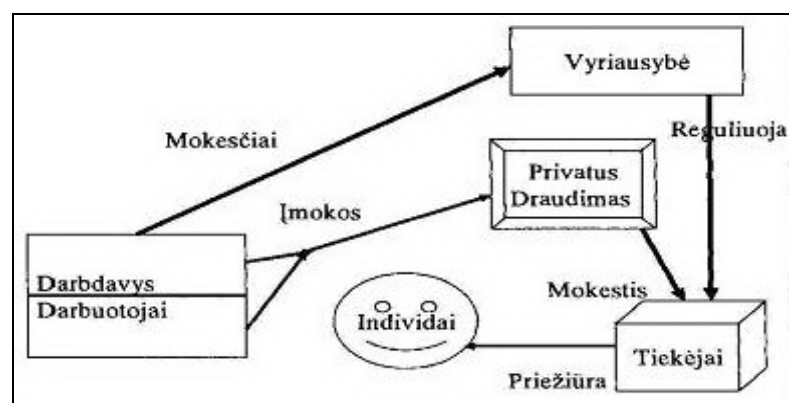
<sup>14</sup> [http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos\\_kryptys\\_istorija](http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos_kryptys_istorija) [žiūrėta 2009-05-01]

<sup>15</sup> Černiauskas G., Schneider M. / Sveikatos ekonomikos centras: Vilnius, 1999 balandis. 6-10 p.

sistemoje yra Ligonių kasos, kurios disponuoja privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis.<sup>16</sup> Šiuo metu ši modelį yra visiškai įdiegusios Austrija, Vokietija, Belgija, Olandija, Prancūzija.

Socialinės apsaugos sistema, sukurta pagal Didžiosios Britanijos ekonomisto Viljamo Henrio Beveridžo (William Henry Beveridge, 1879-1963) pasiūlymus, kai pašalpų (išmokų) dydis priklauso nuo poreikių ir iš esmės nėra susijęs su mokėtomis įmokomis. Beveridžo sistema egzistuoja jau 50 metų. Valstybė yra atsakinga už sveikatos priežiūros finansavimą per bendruosius mokesčius. Finansavimas vykdomas iš valstybės biudžeto, nustatyti įnašai iš privataus sektoriaus. Šis modelis prieinamas visiems piliečiams. Gydytojų atlyginimas už darbą priklauso nuo to, kiek jie aptarnavo gyventojų, ar suteikė medicinos paslaugų. Už kai kurias paslaugas gyventojai turi susimokėti iš savo asmeninio biudžeto. Šį modelį įdiegusios Graikija, Danija, Airija, Ispanija, Italija, Norvegija, Portugalija, Jungtinė Karalystė, Suomija ir Švedija. 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, konkrečios diagnostinės ar gydomosios procedūros, darbas su rizikos grupių pacientais). Apmokamų paslaugų sąrašą ir įkainius formuoja vietinė savivaldybė kartu su privalomojo ir savanoriškojo sveikatos draudimo institucijomis.<sup>17</sup>

Semaško sveikatos priežiūros finansavimo modeliu pagrįsta sistema, centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto ir turi savo ypatumus: centralizuota sistema, finansuojama iš valstybinio biudžeto, vyriausybės kontroliuojama per Centrinę planavimo sistemą, laisvas priėjimas visiems, visiškai viskas padengta. Šis modelis galioja Rusijoje nuo 1918 m., iki Nepriklausomybės atgavimo galiojo ir Lietuvoje.



Šaltinis: D. Jankauskienės paskaitų konspektas.

### 3 pav. Mišrios sveikatos sistemos modelio schema.

<sup>16</sup> Užubalis A. Valstybės finansai: metodinė medžiaga. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009

<sup>17</sup> Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health Care Systems in Twenty-four Countries. - Millwood : The Policy Journal of the Health Sphere Health Affairs, 1991 No.10. - 22-38 p. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/10/3/22> psl. [žiūrėta 2009 05 20]

Dažniausiai ES šalyse naudojamas Mišrus finansavimo modelis. Jis priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos organizavimo, finansavimo, sveikatos draudimo principų. Šios sveikatos sistemos turi keletą ypatumų (žr. 3 pav.) :

- finansuojamos iš mokesčių, draudimo mokesčių, vartotojo mokesčių ir t.t.;
- kontroliuojamos vyriausybės ir privačių draudimo kompanijų;
- valstybinis biudžetas ir darbdavių (darbuotojų) mokesčiai;
- labai aktyvus privatus sektorius;
- dalinis padengimas, kai kurie be draudimo;
- gydytojams apmokėti naudojama eilė metodų;
- aukštas bendrasis apmokėjimas.<sup>18</sup>

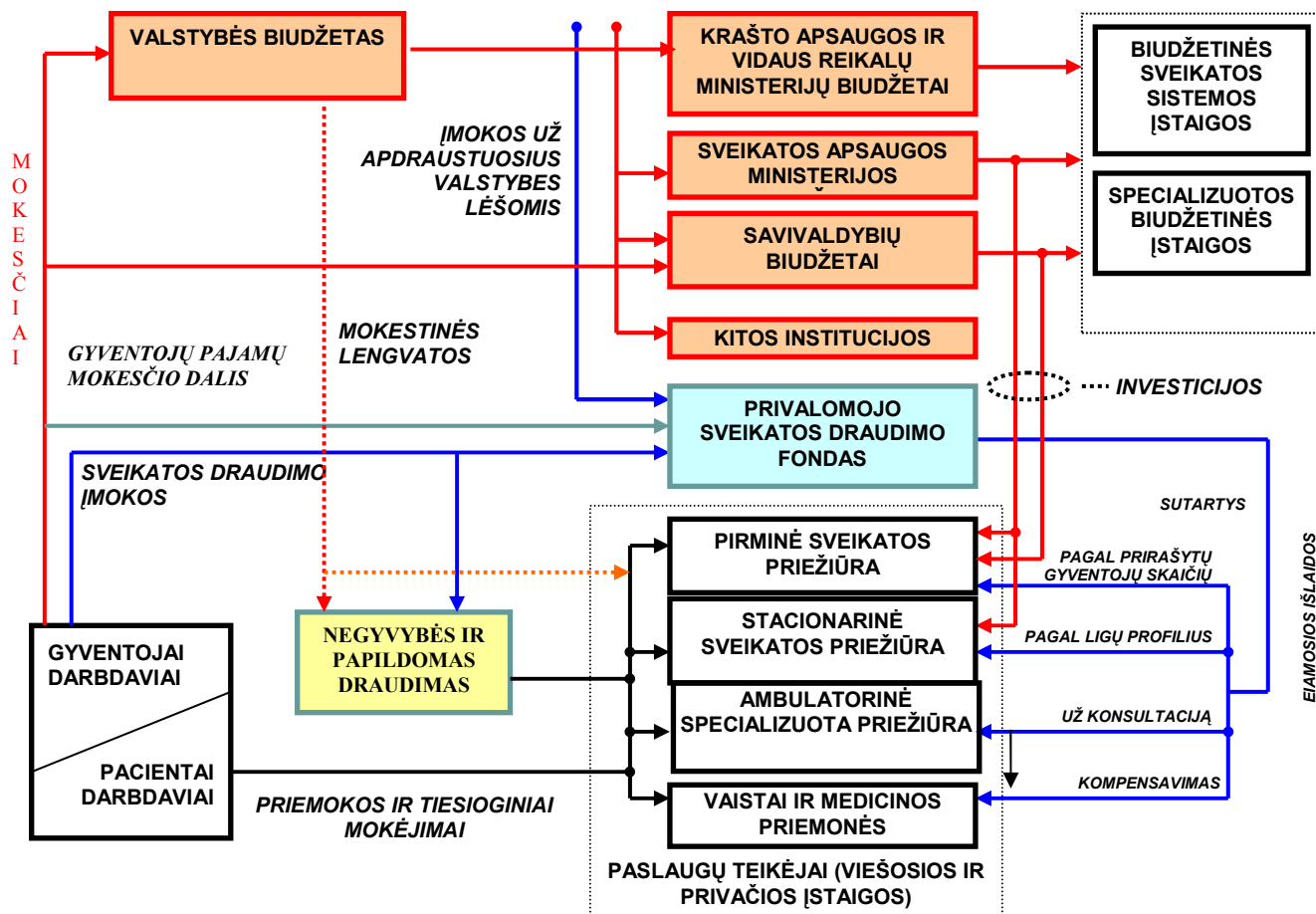
Sveikatos priežiūros skirtumai Europoje išreikšti išlaidų apskaičiavimo ir mokėjimo netolygumais. Draudimo įmokos mokamos iš darbo užmokesčio apmokestinamųjų pajamų ir socialinio draudimo išmokų. Tam tikrų gyventojų grupių įmokos apskaičiuojamos pagal minimalų (Lietuva, Rumunija), vidutinį (Lenkija) ar sąlyginį (Čekija) darbo užmokestį. Tik Čekijoje yra nustatytas lygis, kurį viršijančios pajamos neapmokestinamos. Įmokų lygis nagrinėjamose šalyse skiriasi tiek dydžiu, tiek ir taikymu. Čekijoje ir Rumunijoje nustatytas vienodas visų apdraustųjų draudimo įmokų lygis, atitinkamai 13,5 proc. ir 7 proc., o Lenkijoje ir Lietuvoje ūkininkų mokamos įmokos yra mažesnės nei įmokos, kurias moka kitų sektorių darbuotojai. Lenkijoje 100 proc. sveikatos draudimo įmokas moka darbdavys, o kitose valstybėse įmokas už apdraustuosius moka tiek darbdavys, tiek ir dirbantysis. Visose šalyse savarankiškai dirbantieji patys atsako už sveikatos draudimo įmokų mokėjimą.

Žvelgiant bendrąją prasmę, mokėjimų ligojinėms būdai pagrįsti „visų kaštų“ retrospektyviniu (kompensaciniu) mokėjimu, kai trečioji pusė kompensuoja paslaugų teikėjams visas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidas. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kaina (P) ar kiekybė (Q) nėra tiksliai nustatyta. Šis mokėjimo būdas plačiai paplitęs šalyse, kuriose populiarus privatus sveikatos draudimas (pvz., JAV). Sutartinis (prospektyvinis) mokėjimas – trečioji pusė kompensuoja paslaugų teikėjams sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidas iš anksto sutartomis sąlygomis. Sąlygos, dėl kurių dažniausiai deramasi – paslaugų kainos, paslaugų apimtys, finansavimo apimtys, mokėjimo terminai ir kt. Šis mokėjimo būdas vyrauja Europoje ir, atsižvelgiant į konkrečius mokėjimo parametrus, yra skirstomas į modelius, pateiktus Priede 1, 1 lentelėje.

Lietuvoje Privalomojo sveikatos draudimo fondas, atskirtas nuo valstybės biudžeto, tapo pagrindiniu sveikatos priežiūros (SP) įstaigų finansavimo šaltiniu. Prasidėjo naujas reformų etapas – bandymas šalies mastu taikyti netiesioginio ekonominio reguliavimo metodus. Jų esmę sudaro sutarčių tarp TLK ir SP įstaigų sudarymas, taip pat ir su privačiomis įstaigomis. Kadangi

<sup>18</sup> Schieber GJ. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/10/3/22> psl. 22-38 [2009-05-20]

finansuojama atsižvelgiant ne į įstaigos buvimo faktą, o į jos veiklos rezultatus, pinigai juda paskui apdraustąjį pacientą.<sup>19</sup> Kaip Lietuvoje „vaikšto“ mokėjimo srautai, parodyta 4 paveiksle.



Šaltinis : „Sveikatos ekonomikos centras“, 2006 m.

#### 4 pav. Sveikatinimo veiklos Lietuvoje finansavimo struktūra.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų vykdomos sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai yra reglamentuoti LR Sveikatos sistemos įstatymu. Lietuvos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos yra finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžeto, sveikatos fondo bei kitų lėšų: draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų, mokamų už mokamas paslaugas ar palūkanų.

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 (PSDF), valstybės ir savivaldybių biudžetų ar sveikatos fondų lėšų), tiek mokamas paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti. Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS

<sup>19</sup> Gustaitienė L. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija: medžiaga paskaitoms sveikatos psichologijos specializacijos magistrantams. - Kaunas: Kauno Vytauto Didžiojo universitetas, 2003. – ISBN 9955530480 p. 96.



veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato bei sveikatinimo paslaugų sąrašą, kainas ir teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija (SAM).<sup>20</sup>

Į gydymo įstaigą pinigai „ateina“ per sveikatos paslaugos įkainį. Pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų – įkainio – nustatymo metodiką, patvirtintų bazinių kainų struktūrinius pakeitimus gali inicijuoti Sveikatos apsaugos ministerija, Privalomojo sveikatos draudimo taryba ir VLK. Šioje metodikoje numatyta, kad:<sup>21</sup>:

- paslaugų bazinės kainos nustatomos, vadovaujantis ataskaitinio laikotarpio (ne mažiau kaip pusmečio) išlaidomis, teikiamų paslaugų apimtimis, ir tvirtinamos, jeigu neviršija patvirtinto PSDF biudžeto pajamų. Vėlesniais metais galiojančios bazinės kainos gali būti tikslinamos atsižvelgiant į kiekvienais metais patvirtintą PSDF biudžeto pajamų ir Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės skelbiamą vartojimo kainų indeksą;
- bazinės kainos gali būti indeksuojamos atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes, ekspertinių paslaugų aktualumo, paslaugų plėtros, optimizavimo vertinimą ir restruktūrizavimo tikslus.

Sveikatos sektorius yra jautri valstybės finansams sritis. Suvokiant, kad sveikata yra neįkainojamas turtas, sveikatos apsaugai užtikrinti reikia labai didelio finansavimo. Kad būtų maksimalus paslaugų prieinamumas ir kokybė, būtina valdyti ir kontroliuoti kaštus. Reguluojama finansinė atskaitomybė padeda užtikrinti ekonominių efektyvumą. Informacinių sistemų kūrimas ir tobulinimas yra atskaitomybės sistemos pažangumo lygio rodiklis. Informacijos apie ligonių būklę rinkimas elektroniniu būdu užtikrina tikslingumą, efektyvumą ir greitį, tačiau jis ne visur naudojamas. Lietuva vis dar velka komunistinės valstybės šleifą, todėl vengrų mokslininko Janošo Kornai (Janos Kornai) išsakyta mintis, kad „žmonėms yra svarbu suprasti, kad už sveikatos paslaugas reikia mokėti“.<sup>22</sup> – vis dar sunkiai suvokiama. Nors, vertinant realiai, tik sureguliuoti sveikatos paslaugų įkainiai ir papildomas savanoriškas sveikatos draudimas gali leisti vykdyti ir dabartinės XIV-osios Vyriausybės Antikrizinį planą, kuris paremtas kaštų mažinimu. Reikia užtikrinti efektyvų visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje panaudojimą, skatinant rinkos elementų sveikatos sektoriuje plėtrą bei papildomą sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių.

Pagal 2008 m. gruodžio 22 d. Lietuvos Respublikos Seimo priimtą Lietuvos Respublikos 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,

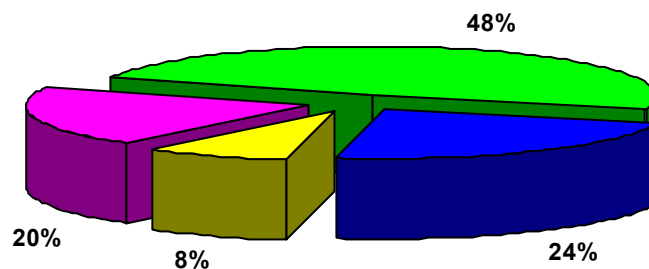
<sup>20</sup> [http://www.sam.lt/go.php/Misija\\_ziureta](http://www.sam.lt/go.php/Misija_ziureta) [2009-12-12]

<sup>21</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymas Nr.363 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo“. <http://sena2.sam.lt/lt/sam/teisine-informacija/ta-pilnas/?strid=41773> [žiūrėta 2008 12 12]

<sup>22</sup> Černiauskas G., Schneider M. / Sveikatos ekonomikos centras: Vilnius, 1999 balandis. – 16 p.

suvienodinti privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžio apskaičiavimo būdai, numačius dvi bazes, nuo kurių bus skaičiuojamos šios įmokos (tai yra minimali mėnesinė alga ir veiklos pajamos), taip pat numatyti nauji privalomojo sveikatos draudimo įsigaliojimo terminai.<sup>23</sup> Šiuo metu pagrindiniai PSDF biudžeto pajamų šaltiniai (žr. 6 pav):

- draudėjų už dirbančiuosius nuo darbo užmokesčio mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (3 proc.) ir dirbančiųjų asmenų iš darbo užmokesčio mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (6 proc.);
- asmenų, gaunančių gyventojų pajamų mokesčiu apmokestinamų pajamų, nesusijusių su darbo santykiais, mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos;
- privalomojo sveikatos draudimo įmokos, kurias moka kiti asmenys;
- savanoriškos asmenų įmokos;
- valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai (valstybės biudžeto įmokų suma už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai).



- Įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, privalomojo sveikatos draudimo įmokos (3 procentai darbo užmokesčio dydžio)
- 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
- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai
- Kitos pajamos

Šaltinis: VLK prie SAM Biudžeto vykdymo skyriaus duomenys.

### 5 pav. PSDF biudžeto pajamų struktūra 2008 m.

Pagrindines PSDF biudžeto išlaidas sudaro:

- išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;

<sup>23</sup> Lietuvos gydytojo žurnalas. Įsigaliojo LR Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimai. // emedicina.lt: internetinis gydytojų žurnalas: [elektroninis išteklius]. 2009 01 07. – Vilnius, 2009, p.1. – URL: [http://www.emedicina.lt/index.php?s\\_id=4426&lang=lt](http://www.emedicina.lt/index.php?s_id=4426&lang=lt). [žiūrėta 2009 06 12]

- išlaidos kompensuoti vaistus ir medicinos pagalbos priemones;
- medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų apmokėjimas;
- išlaidos galūnėms, sąnariams, organams protezuoti, protezams išigyti, centralizuotai išigyjamiems vaistams bei naujoms technologijoms;
- ortopedijos techninėms priemonėms apmokėti;
- sveikatos programoms finansuoti.<sup>24</sup>

Taigi, PSDF biudžetas yra sveikatos sistemos „piniginė“. Ligonių kasos labai kruopščiai ir atsakingai perka paslaugas, kad visi Lietuvos piliečiai būtų aprūpinti sveikatos priežiūra, o gydymo įstaigos sėkmingai tvarkytų savo ūkį.

### **1.3. Viešojo sektoriaus valdymas ir kontrolė**

Viešojo sektoriaus valdymo lygmenys yra du – politinis ir veiklos. Atsižvelgiant į veiklos ir politikos valdymo pokyčius ir jų poveikį konkrečioms tarnyboms, veiklos valdymo lygmenį galima dalinti į dar dvi atskiras dalis – veiklos valdymo ir veiklos keitimo. Politinis lygmuo susijęs su įstatymų leidyba ir vykdymu, t.y. su Vyriausybės, Seimo ir Prezidentūros bei kai kurių joms pavaldžių institucijų darbu. Pagrindinė funkcija yra ilgalaikio valstybės valdymo strategijos formulavimas, norimo poveikio nustatymas, reikalingų priemonių planavimas bei priežiūra. Politikos valdymo lygmuo tarsi užduoda darbą veiklos valdymo lygmeniui. Šis lygmuo apima visas viešojo sektoriaus institucijas, su politine sritimi sudariusias sutartis dėl rezultatų. Teisinga vadyba ir valdymas turi užtikrinti vadovui savo atskaitomybę už įgyvendintus tikslus politinei valdžiai ir visuomenei.<sup>25</sup>

Valstybės, kaip ir bet kurios organizacijos valdyme, yra svarbios tarpusavyje susijusios funkcijos: planavimo, organizavimo, vykdymo ir apskaitos, analizės ir kontrolės. Pasak Vilijos Bagdžiūnienės (2006 m.), bet kuri ekonominė sistema, veikianti rinkos sąlygomis, turi numatyti būdus išskeltiems tikslams pasiekti. Kryptinga veikla yra sėkminga tik tuomet, kai pakankamai aprūpinama ištekliais, iš kurių svarbiausi – finansai. Finansavimo poreikiai ir jų išteklių skirtumas – reikšmingiausia biudžeto planavimo ir rengimo priežastis. Organizacija sudaryta iš individų, kurių darbo organizavimas, vykdymas ir apskaita sudaro visumą, kuri ir yra reikalinga rezultatyviam funkcionavimui. Nuo kryptingos veiklos yra neatsiejama analizė ir kontrolė, kurios leidžia numatyti tolesnes veiklos plėtros tendencijas. Be kontrolės nematysime ir rezultato, nuokrypio, taisytino

<sup>24</sup> [http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat\\_id=1&date=2008-12-23&item\\_id=1675](http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2008-12-23&item_id=1675) žiūrėta [2009-10-01]

<sup>25</sup> Thom N., Ritz A. Viešoji vadyba, Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys: monografija. – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2004. – 61-64 p.

objekto ir reikiamo rezultato. Kontrolės procese esamas produktas yra lyginamas su tuo, koks jis turėtų būti.<sup>26</sup>

Viešojo sektoriaus vadyba yra itin sudėtinga, todėl tokios organizacijos turi būti valdomos tik strategiškai. Strateginį valdymą vykdo aukščiausio lygio vadovybės įsipareigojimai. Malvina Arimavičiūtė vadovėlyje apie viešojo sektoriaus institucijas (2005 m.) teigia, kad strateginis valdymas skatina objektyviau vertinti veiklą, teigiamai veikia organizacijos elgseną, vidinę aplinką ir kultūrą, o tada lojalus tampa ne tik darbuotojas, bet ir klientas. Strategija, nurodydama kryptį rizikuoja, kad organizacijoje išsivystys chaosas arba ji nebematys šalia esančių pakitimų, todėl nereikia nutrūktgalviškai bėgti link iškelto tikslo, reikia nuolat nepamiršti priimti šiandienos iššūkių, kurie yra labai dinamiški ir nenuspėjami.<sup>27</sup>

Kontrolė yra valstybės valdžios ir valdymo mechanizmo dalis, kurios atsiradimo uždaviniai yra sąlygojami šiandienos politikos tikslų. Anzelmas Katkus (1997 m.) kaip klasikinį pavyzdį pateikia Lietuvą sovietinėje sistemoje, kai „bujojo socialistinė visaliaudinė nuosavybė“, tuomet užteko „liaudies kontrolės“, o nepriklausomas auditas niekam nerūpėjo. Kontrolės mechanizmas turi būti grindžiamas bendradarbiavimu tarp valstybinių ir visuomeninių institucijų, nes tai sudėtingas ir skrupulingas procesas, kuris nuolat kinta kokybine, kiekybine ir organizacine teisine prasme.<sup>28</sup>

Būtina nuolat koordinuoti politinių institucijų veiklą, nuolat ją tobulinti. Be atskirų kontrolinės veiklos rūšių ir ją realizuojančių subjektų būdingų bei sutampančių bruožų ir dėsningumų, savitumų ir specifikos išryškavimo ibei tyrimo, praktiškai neįmanomas darnios kontrolės sistemos sukūrimas, ypač jos perspektyva ir tolesnis tobulinimas. Teorinė ir praktinė prielaida šiam procesui galėtų ir turėtų būti valstybinės kontrolės darnios koncepcijos sukūrimas, kuri, Lietuvoje, deja, dar nėra iki galo išplėtotą, nors pastangos buvo stebimos jau pačiais pirmaisiais Lietuvos Respublikos nepriklausomybės atkūrimo metais ir net anksčiau.<sup>29</sup>

M. Arimavičiūtė (2005 m.) išskiria ir strateginę kontrolę, kurios tikslas – sumažinti atotrūkį tarp tikrosios padėties ir pasirinktos strategijos. Strateginės kontrolės funkcijas atlieka veiklos auditas, aprėpiantis viešojo sektoriaus, jo atskirų sistemų ir visos valstybės veiklą.<sup>30</sup> Šiandien Lietuvoje egzistuoja aukščiausiojo valstybinio audito institucija – Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. Jos pagrindinė funkcija – prižiūrėti, ar teisėtai ir efektyviai valdomi ir naudojami valstybės finansai bei kitas turtas ir kaip naudojamas valstybės biudžetas. Mokesčių mokėtojai – piliečiai, institucijos, verslo įmonės – savo mokesčiais formuoja valstybės finansinius išteklius. Iš šių lėšų sudaromas valstybės biudžetas. Kadangi piliečiai yra tikrieji valstybės finansinių išteklių ir kitokio

<sup>26</sup> Bagdžiūnienė V. Biudžetai ir jų vykdymo kontrolė: teorija ir praktika. – Vilnius: Conto litera, 2006. – 7-9 p.

<sup>27</sup> Arimavičiūtė M. Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2005. – 19-21 p.

<sup>28</sup> Katkus A. Valstybinė ekonominė kontrolė. – Vilnius: Mintis, 1997. – 91-93 p.

<sup>29</sup> Katkus A. - 93 p.

<sup>30</sup> Arimavičiūtė M.. – 262-263 p.

turto savininkai, jie turi žinoti, kaip šis turtas yra valdomas. Jiems taip pat svarbu žinoti, ar teisingai skaičiuojamos pajamos, ar jos patenka į valstybės biudžetą, ar teisėtai leidžiamos valstybės lėšos, ar tiksliai tvarkoma jų apskaita. Ne mažiau svarbu žinoti, kaip dirba vykdomosios valdžios grandys: ar tikslingai, taupiai ir efektyviai naudojami valstybės finansai bei kiti materialiniai ištekliai. Šiuos klausimus išspręsti gali tik viešoji valstybės turto kontrolė. Lietuvoje šią kontrolės funkciją atlieka Valstybės kontrolė.

Šiuolaikinė ekonomika – labai sudėtinga visuomenės gyvenimo sritis, pasižyminti nenutrūkstamais pokyčiais ir jų spartėjimu, šių pokyčių daugialypumu, masto didėjimu, prieštaringomis raidos ir plėtros tendencijomis. Šiuolaikinėje ekonomikoje nuolat išryškėja vis naujų iššūkių ir kyla naujų problemų, kurioms spręsti reikia iš naujo suvokti ir įvertinti įvairius socialinės, ekonominės raidos bei technologijų pažangos reiškinius. Globalizacija ir socialinės, ekonominės, politinės raidos ir technologijų pažangos internacionalizavimas ne tik kelia ekonomikos modernizavimo reikalavimus. Taip sudaromos realios prielaidos formuoti naujo tipo visuomenei, kuri būtų pajėgi kurti ir skleisti naujus gyvenimo būdo modelius, iš jų – ir naujus ekonomikos modelius. Polinkis į dinamizmą tampa esminiu šiuolaikinės ekonomikos požymiu, kuris sudaro prielaidas nuolatiniam ir nenutrūkstamam ekonomikos modernizavimui. Ekonomikos modernizavimas gali būti suprantamas kaip kryptingas ekonomikos pokyčių procesas, siekiant įgyvendinti apibrėžtus tikslus ar siekius. Savaimė suprantama, kad ekonomikos modernizavimas yra suvoktinas kaip procesas, kuriuo įgyvendinami pačios ekonomikos polinkiai į dinamizmą.<sup>31</sup> Nors dauguma pasakytų, kad sveikatos sektorius yra nekintantis, tačiau jam būtinas pokytis, jam reikia modernizmo būtent ekonomikoje.

Kanados sveikatos specialistai pabrėžia, kad efektyvumas sveikatos sektoriuje reiškia ne tą patį, ką bendrojoje ekonomikos teorijoje. Efektyvumas tai minimalūs kaštai, tačiau jie turi būti susieti su paslaugų prieinamumu ir efektyviais rezultatais.<sup>32</sup> Todėl dažniausiai reikia pamiršti paprastas daugybės ir sudėties taisykles skaičiuojant kaštus – reikia skaičiuoti prieinamumą ir rezultatyvumą. Tai vienas iš modernios ekonomikos buožų.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 15 punktas valstybinę visuomeninę sveikatos kontrolę apibūdina kaip „valstybės įgaliotų valstybinių inspekcijų, valstybinių tarnybų, kitų institucijų ir jų pareigūnų atliekami tarnybiniai veiksmai, turint tikslą:

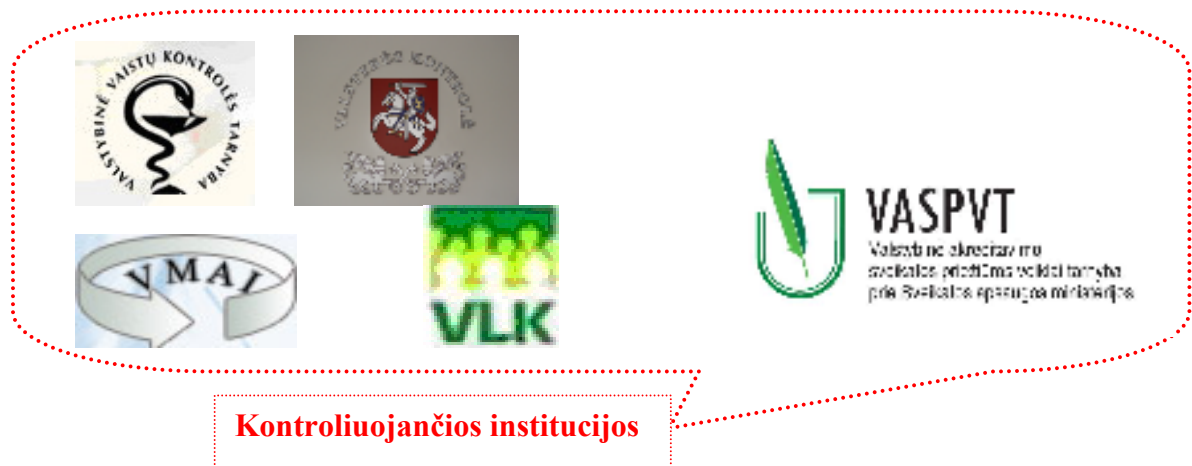
1. kontroliuoti, kaip įmonės ir įstaigos, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys laikosi visuomenės sveikatos saugos teisės aktų, bei taikyti įstatymų nustatytą atsakomybę už jų pažeidimus (tiesioginė valstybinė visuomenės sveikatos kontrolė);

<sup>31</sup> Galiniene B. ir kiti Ekonomikos modernizavimas: nauji iššūkiai ir ekonomikos politikos prioritetai. Vilnius: VUL, 2007. 10 psl.

<sup>32</sup> Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. – Vilnius: 2001.– ISBN 0-662-50019-9 – 70 p

2. derybomis ar sutartimis siekti, kad įmonės ir įstaigos, kiti juridiniai asmenys prisiimtų įsipareigojimus gerinti visuomenės sveikatos saugos būklę (visuomenės sveikatos saugos rėmimas);
3. pagal kompetenciją rinkti, kaupti, apdoroti ir analizuoti informaciją apie visuomenės sveikatos saugos teisės aktų pažeidimus, jų socialines, ekonomines ir kitokias priežastis, taip pat apie visus kitus veiksnius, darančius įtaką visuomenės sveikatos saugos būklei (netiesioginė visuomenės sveikatos kontrolė).”<sup>33</sup>

LR Sveikatos apsaugos ministerija kontrolę vykdo per savo įkurtas institucijas, pvz. Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ir kitos (žr. pav. 6). Tačiau kontrolė vykdoma ir kitais lygiais, tai būtų: Apkritis gydytojo tarnyba, Savivaldybės gydytojo tarnyba, Finansų ministerija, Valstybinė mokesčių inspekcija ir panašios institucijos ar jų darbo grupės. Sveikatos paslaugų kaštų reguliavimu turėtų rūpintis visos institucijos per savo išlaidų optimizavimą.



**6 pav. LR Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios institucijos, vykdančios tam tikrą kontrolę.**

Valstybės kontrolė, įgyvendindama savo funkcijas, atlieka valstybinį auditą, kuris yra dviejų rūšių – finansinis (teisėtumo) ir veiklos auditas. Finansinio (teisėtumo) audito tikslas yra įvertinti, ar audituojamas subjektas teisingai tvarko savo finansus, ar pateikia teisingas finansines ir kitas ataskaitas, taip pat, ar valstybės lėšos ir kitas turtas valdomas ir naudojamas teisėtai, taip, kaip numatyta įstatymuose. Veiklos auditu siekiama įvertinti, ar audituojamas subjektas vadovaujasi ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo principais, ar valstybės lėšos ir turtas naudojamas taupiai ir racionaliai. Kiekvienas valstybinis veiklos auditas baigiamas išvadomis ir rekomendacijomis, kuriose auditoriai nurodo, kaip audituojamas subjektas galėtų tobulinti savo

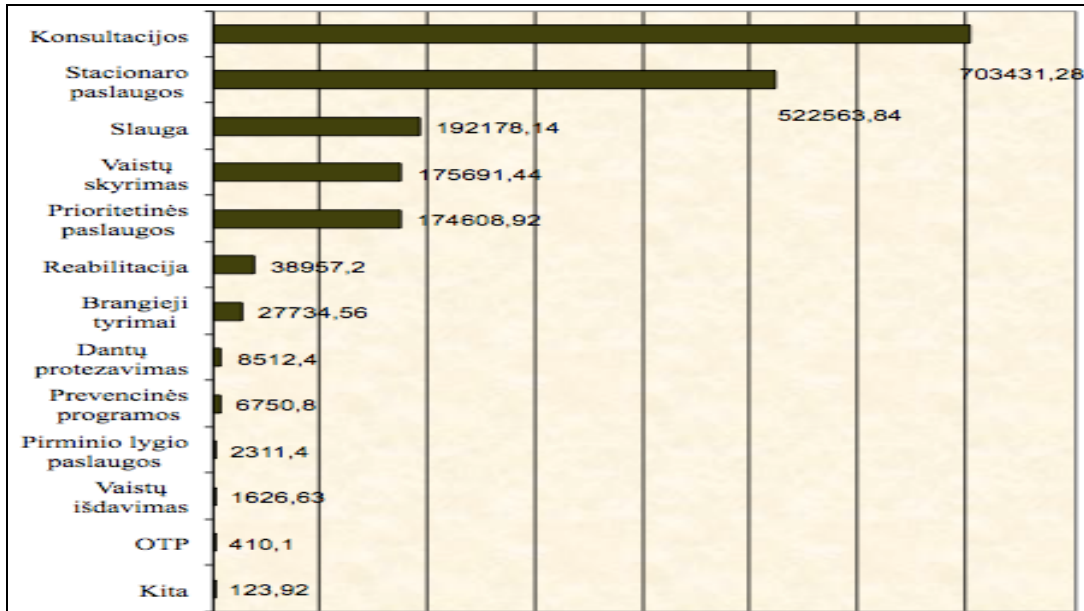
<sup>33</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 15 punktas  
[http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=259520&p\\_query=&p\\_tr2=žiūrėta](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520&p_query=&p_tr2=žiūrėta) [2009-09-01]

veiklą.<sup>34</sup> 2008 m. gegužės 10 d. buvo paskelbtos VLK audito ataskaitos išvados, kuriose pateiktos pastabos ir rekomendacijos, kaip turėtų būti optimizuojamos sveikatos apsaugos lėšos ir gerinama pačių kasų darbo kokybė.

Ligonių kasos, apmokėdamos sąskaitas gydymo įstaigoms, vykdo ir jų kontrolę. Kontrolės procedūrų eigos analizė VLK ir TLK turi bendrus tikslus ir tam tikrus skirtumus. TLK skiriasi atliktų kontrolės procedūrų kiekis – nuo 21 (Kauno TLK) iki 56 (Šiaulių TLK). Kai kuriose TLK vyrauja nedidelės apimties kontrolės procedūros (Panevėžio, Šiaulių TLK), todėl jų atliekama daugiau. Kontrolės procedūrų kiekį lemia didelis kontroliuojamų, taikant rizikos įvertinimo metodą, subjektų skaičius. Pasitaiko didelės apimties kontrolės procedūrų, kai vienos jų metu tikrinami keli tūkstančiai receptų arba keli šimtai medicinos dokumentų. Skirtingai planuojama kontrolė. Pvz., Klaipėdos TLK atlikta 54 proc., o Kauno TLK – 100 proc. planinių kontrolės procedūrų.<sup>35</sup> Tai lemia:

- TLK sudaromi kontrolės procedūrų planai yra skirtingo detalizavimo lygio;
- VLK pavedimu atliekamos KP dažniausiai priskiriamos neplaninėms.

Skiriasi nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis nuo 10 163,19 Lt (Šiaulių TLK) iki 1 222 276,03 Lt (Kauno TLK). Tai lemia: skirtingais metodais atrenkamos tikrinamų medicinos dokumentų imtys (visa imtis, tikslinė atranka, atsitiktinė atranka); tikrinami skirtingų laikotarpių duomenys.<sup>36</sup>



Šaltinis. VLK interneto svetainė [www.vlk.lt](http://www.vlk.lt)

### 7 pav. Žalos PSDF biudžetui dydis (Lt), nustatytas pagal kontrolės kryptis 2009 m. I pusmetį.

<sup>34</sup> LR Valstybės kontrolė. [http://www.vkontrolė.lt/veikla\\_paskirtis.shtml](http://www.vkontrolė.lt/veikla_paskirtis.shtml) [žiūrėta 2009 01 10]

<sup>35</sup> <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=41>

<sup>36</sup> Berūkštienė D. 2008 m. I pusmečio kontrolės procedūrų vykdymo apžvalga / Užsakovas: Valstybinė ligonių kasa. [http://www.vlk.lt/vlk/files/sd09/sd0802\\_pusmecio\\_konrole.pdf](http://www.vlk.lt/vlk/files/sd09/sd0802_pusmecio_konrole.pdf) 1-4 p. [žiūrėta 2009-05-08]

Kaip matoma iš 7 pav., išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, gydymo įstaigose vykdomos veiklos prieinamumo ir tinkamumo, kiekio, apskaitos, medicinos dokumentų pildymo kokybės bei norminių dokumentų reikalavimų vykdymo įvertinimas, žala PSDF biudžetui, kuri yra gana didelė. Kaip ir ankstesniais metais, ypač daug neatitikčių buvo nustatyta vertinant gydytojų specialistų suteiktų ambulatorinių paslaugų–konsultacijų kiekį, apskaitą, medicinos dokumentų pildymo kokybę bei už konsultacijas pateiktų apmokėti sąskaitų pagrįstumą: buvo atlikti 33 šios veiklos įvertinimai. Jų metu nustatyta žala PSDF biudžetui viršijo 703 tūkst. litų. Dažniausiai nustatoma žala PSDF biudžetui dėl mokėjimo už konsultacijas tvarkos, patvirtintos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329, pažeidimų. Už padarytą žalą gydymo įstaigos atsako, tačiau reikia kurti mechanizmą, kad žalos padarančių atvejų mažėtų – ne tik kontroliuoti, bet ir mokyti, kaip taisyti padarytas klaidas, turėtų būti VLK uždavinys.<sup>37</sup>

Valstybinė medicininio audito inspekcija yra valstybės kontrolės įstaiga. Jos pagrindinis uždavinys – vykdyti visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų, kurie verčiasi asmens sveikatos priežiūros veikla, teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) bei ekonominio efektyvumo valstybinę kontrolę ir ekspertizę. Audito inspekcija kontroliuoja, kaip laikomasi įstatymų ir kitų teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros veiklą, įvertina sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų ekonominį efektyvumą. Taip pat analizuoja ir įvertina asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų, susidarančių teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, dydį ir atskirų paslaugų kaštus, taigi, ši institucija turi didelę įtaką sveikatos finansų kontrolei ir valdymui.<sup>38</sup>

Organizuojant ir koordinuojant fizinių ir juridinių asmenų vykdomos sveikatos priežiūros veiklos, naudojamų medicinos technologijų atitikties teisės aktų reikalavimams vertinimą, medicinos prietaisų atitikties būtiniesiems saugos reikalavimams įvertinimo valdymą, aktyviai dirba Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Ji yra SAM reikalaujamos kokybės politikos sveikatos sistemoje užtikrintoja. Pagrindinė Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos pareiga – saugoti žmonių sveikatą, vertinant žmonėms skirtų vaistų kokybę, saugumą ir veiksmingumą bei kontroliuojant rinką.<sup>39</sup>

#### **1.4. Kaštų sąvoka**

Kaštai pirmiausia asocijuojasi su išlaidomis. Tai yra pinigai, išleisti siekiant tam tikro tikslo. Verslo įmonėse pinigai išleidžiami darbo užmokesčiui, palūkanoms, mokesčiams apmokėti,

<sup>37</sup> <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=69> [2009-10-13].

<sup>38</sup> Valstybinė medicininio audito inspekcija. <http://vmai.lt/index.php?-1733811315> [2009-09-23].

<sup>39</sup> Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. <http://www.vvkt.lt/index.php?2188471095> [2009-10-13].



žaliavoms, kuriai, įrengimams pirkti ir panašiems tikslams. Tokie kaštai vadinami ekspllicitiniais, arba aiškiais kaštais, arba buhalteriniais. Tačiau realūs kaštai matuoti ne tik išlaidomis, bet ir įvertinant prarastą naudą, palyginus pasirinktą resursų panaudojimo alternatyvą su atmeta. Tai ir yra alternatyviniai kaštai. Pavyzdžiui, studentas, pasirinkdamas studijas, skaičiuoja ne tik išlaidas, kurios neišvengiamos mokymosi metu, bet ir prarastą atlyginimą, kurį jis gautų vietoj studijų pasirinkęs darbą. Jei verslininkas turi savo įmonės pastatus ir pats vadovauja verslui, į gamybos alternatyvinius kaštus jis įtrauks ne tik minėtus buhalterinius kaštus, bet ir negautas pajamas, kurios jam tektų:

- palūkanų forma, investavus savo kapitalą į alternatyvų verslą;
- rentos forma, išnuomavus savo pastatus ir žemes ar sklypą kitam verslininkui;
- atlyginimo už darbą forma, pasisamdžius svetimoje įmonėje atlikti tas pačias funkcijas.<sup>40</sup>

Taigi, išteklių savininkas palygina galimus jų panaudojimo būdus, alternatyvas. Jeigu jis nutaria turimus išteklius panaudoti savo įkurtame versle, šių resursų sąnaudos nėra aiškūs kaštai, nes už juos nemokami pinigai ir jie neįrašomi į buhalterinę apskaitą. Tačiau ir šie ištekliai yra riboti, juos galima panaudoti įvairiais būdais, todėl matuoti prarastų alternatyvų verte. Verslininkui tai numatomi, suvokiami arba implicitiniai kaštai. Taip pat tai reiškia, kad alternatyviniai kaštai, imant apskritai, nepriklauso nuo jų naudotojo (verslininko). Išteklių savininkas siekia, kad jo ištekliai būtų panaudoti pelningiausiai, nesvarbu, kurioje įmonėje jie naudojami. Alternatyvinis požiūris į išteklių panaudojimą paaiškina galimus nesusipratimus tarp buhalterių ir ekonomistų. Pirmieji remiasi buhalterinių kaštų samprata, o ekonomistai kaštus vadina ekonominiais, neatmesdami alternatyvų įvertinimo.<sup>41</sup>

Verslo įmonė, atsižvelgdama į alternatyvinį išteklių panaudojimą, įvertina sąnaudas. Tai yra jos privatūs kaštai. Tačiau įmonės veikla turi pasekmes ir platesnėje sferoje, kurios ji nekontroliuoja. Tos pasekmės vadinamos išoriniais įmonės veiklos efektais ir gali būti tiek palankios, tiek nepalankios visuomenei. Realūs bet kokio produkto gamybos kaštai apima ne tik įmonės kaštus, bet ir tuos neigiamus išorinius efektus, kuriuos apmoka visuomenė ir kurie vadinami visuomeniniais kaštais. Ryškiausi visuomeninių kaštų pavyzdžiai dabartinėmis sąlygomis – gamtos užterštumas, kaip žmonių ūkinės veiklos pasekmės. Juos apmoka visa visuomenė, nors pinigine forma tie kaštai sunkiai išreiškiami. Tikslus kaštų aiškinimas komplikuoja iš pirmo žvilgsnio paprastą pelno supratimą. Pelnas paprastai suprantamas kaip skirtumas tarp įmonės pajamų ir kaštų. Tačiau, jei kaštai nėra tapatūs išlaidoms, pelno ir kaštų skirtumas tampa iš dalies sąlyginis.

Skirtumas tarp įmonės bendrųjų pajamų ir buhalterinių kaštų vadinamas bendruoju pelnu. Jei verslo įmonėse (taip pat ir gydymo įstaigose) naudojami ištekliai įvertinami ekonominiais kaštais, tuomet šie kaštai parodo, kokias pajamas gali duoti ištekliai, jei jie panaudojami geriausiu būdu. Jei

<sup>40</sup> A. Jakutis. Kaštai. Paskaitos tekstas. Vilnius „Technika“ 1994. 1-2 p.

<sup>41</sup> A. Jakutis. 3 p.

kurioje nors šakoje įmonių pajamos didesnės už ekonominius kaštus, jos gauna ekonominį pelną. Tai skatins išteklių savininkus perkelti savo išteklius į tą šaką, iš kurios tikimasi didesnių pajamų. Priešingai, iš šakos, kurioje yra nuostolių, t.y. neigiamas pelnas, ištekliai perkeliama ieškant pelningo jų panaudojimo. Tik tada, kai ekonominis pelnas lygus nuliui, nėra paskatų keisti išteklių išdėstymą. Taigi, ekonominis pelnas rinkos ekonomikoje signalizuoja išteklių perskirstymą tarp šakų.<sup>42</sup> Gydytojų įstaigos teikia daugiau tokių paslaugų, kurios joms labiau apsimoka, t. y. paslaugos turi didelį įkainį, ir jos turi kompetentingų darbuotojų bei visą reikiamą infrakstruktūrą tas paslaugas teikti.

Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjime draudimo sąlygomis svarbu suvokti, kas yra lėšų perskirtymas. Lėšų perskirstymu vadinamas bet koks lėšų srautas iš trečiosios mokančios pusės (pvz., valstybės, savivaldybės, draudėjo ir t.t.) individualiam sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui, t.y. gydytojų įstaigai arba medikui. Valstybės valdymo institucija arba įstaigos, kurioms buvo deleguota mokėjimo funkcija (pvz., ligonių kasa, draudimo įstaiga, paslaugų pirkimo agentūra ir t.t.) gali mokėti be tarpininkų. Trečiosios mokančios pusės atsiradimas atspindi faktą, jog už medicininės paslaugas moka ne jų tiesioginis vartotojas, o valstybinės arba specializuotos privačios institucijos.<sup>43</sup>

Verslo įmonei kaštai yra svarbus mikroekonomikos analizės objektas. Nepriklausomai nuo verslo organizavimo formos, nuo gaminamų prekių pasiūlos elastingumo ir kitų veiksnių, įmonės savininkui prekę gaminti ar paslaugą parduoti bus ekonomiškai naudinga tik tada, kai už visą, ką atliko, jis gaus pajamas, kurios galės jam kompensuoti tos prekės gamybos ar paslaugos teikimo kaštus. Pirmiausia verslo kaštai suprantami kaip verslo išlaidos.<sup>44</sup> Taip ir sveikatos priežiūros kaštai yra suprantami kaip išlaidos. Kadangi dauguma sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įmonių yra viešosios, tai jos savo veikla nesiekia asmeninio pelno, todėl galima sakyti, kad sveikatos priežiūros kaštai yra visiškai tapatūs išlaidoms ir net gaunamoms pajamoms.

Daugelis vadovų sutiks, kad šiuo metu dažniausiai naudojami būdai vertinant produkcijos, projekto ar įmonės padalinio veiklos kaštus yra šie: intuicija, kvalifikuotas (paremtas patirtimi ir žiniomis) spėjimas, tradicinis kaštų apskaičiavimo metodas – TC (angl. *traditional costing*). Pirmuosius du galima laikyti tik pagalbinais kaštų įvertinimo būdais, ekonomiškai pagrįstiems sprendimams būtinas tikslus produkcijos savikainos ar padalinio veiklos kaštų apskaičiavimas. XX a. paskutinįjį dešimtmetį nemažai Vakarų Europos ir JAV įmonių pradėjo taikyti alternatyvius kaštų apskaičiavimo metodus, kurie suteikia tikslesnius duomenis apie įmonės patiriamus kaštus. Dažniausiai naudojamas ABC (angl. *Activity Based Costing*) metodas, kuris pagrindinį dėmesį sutelkia netiesioginių kaštų paskirstymui. Jo esmė – netiesioginių kaštų „pavertimas“ tiesioginiais.

<sup>42</sup> A. Jakutis. *Kastai. Paskaitos tekstas*. Vilnius „Technika“ 1994. 4-5 p.

<sup>43</sup> Černiauskas G., Buivydas R. / *Sveikatos Ekonomikos Centras*, 1996. 6 p.

<sup>44</sup> Mokslai.lt - žinios moksleiviams ir studentams. [http://www.mokslai.lt/referatai/nama%D1%96\\_darbas/19573.html](http://www.mokslai.lt/referatai/nama%D1%96_darbas/19573.html) žiūrėta [2009-10-20]

Šis metodas susieja išlaidas su galutiniu produktu per tam tikras įmonėje vykdomas veiklas.<sup>45</sup> Pavyzdžiui, gydymo įstaigos patalpų išperkamosios nuomos kaina, transpostavimo išlaidos, draudimai ir kitos išlaidos yra įstaigoje vykdomų veiklų kaštai: ligonių gabenimas, gydytojų teisių gynimas ir kt. Taip pat yra ir tiesioginiai kaštai, kurie patiriami jau tiesiogiai teikiant paslaugą. Pvz.. sugipsuoti ranką reikia gipso, tvarsčio, kitų priemonių, slaugytojos ir gydytojo darbo laiko bei apmokėjimo už jį ir kt. VLK moka gydymo įstaigai ne pagal tai, kaip ši pati apskaičiuoja savo paslaugos teikimo kainą, t. y. kaštų sumą, kurią patyrė paslaugai teikti, bet tiek, koks yra nustatytas įkainis. Plačiau apie įkainį 1.2 skyriuje.

Tinkamas išlaidų klasifikavimas padeda greičiau ir objektyviau surinkti informaciją apie išlaidas įvairiais aspektais ir įvairiuose valdymo lygiuose. Gerai parengta išlaidų klasifikavimo sistema padeda įmonės vadovams priimti teisingus valdymo sprendimus ir siekti numatytų tikslų.

Taigi, viešojo sektoriaus valdymas yra sudėtingas procesas, kuris remiasi strateginiais tikslais, orientuotais į visų šalies piliečių gerovę. Neatsiejama valdymo dalis yra planavimas, organizavimas ir kontrolė. Sveikatos priežiūros sistema yra sudėtingas, Lietuvos piliečių labai veikiantis mechanizmas. Pagrindiniai tikslai yra numatomi Nacionaliniame sveikatos sistemos dokumente. Sveikatos priežiūros pajamų-išlaidų kontekste svarbiausią vaidmenį vaidina Valstybinės ligonių kasos, kurios, pagal 1998 m. įvestą Sveikatos draudimo įstatymą, perka paslaugas iš gydymo įstaigų, taip aprūpindamos Lietuvą reikalingomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Kontrolė yra sudėtingas, šių dienų sąlygomis veikiantis mechanizmas, kuris sveikatos sektoriuje yra būtinas, optimizuojant išlaidas ir planuojant, kaip didės ar mažės sveikatos priežiūros kaštai.

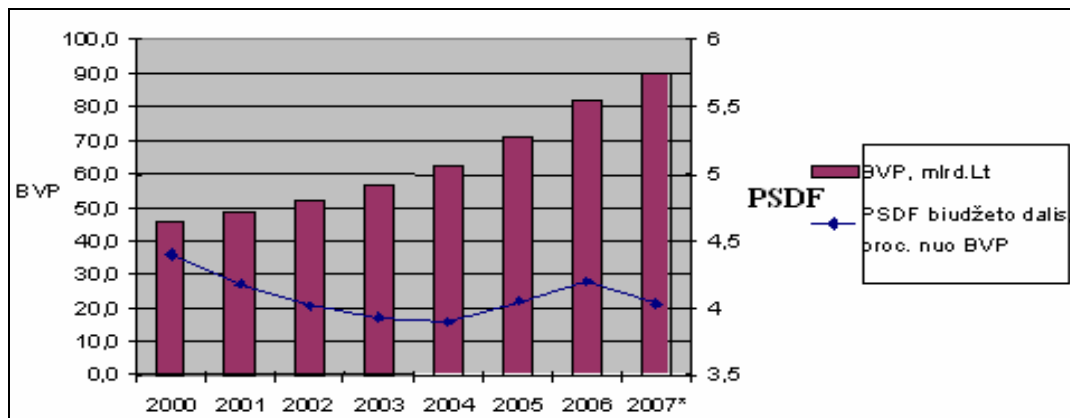
---

<sup>45</sup> Lenktys V. Tikrieji kaštai: ar mokame juos skaičiuoti? // Verslo banga: internetinis verslo žurnalas : [elektroninis išteklius]. 2003 03 22. – Vilnius, 2003, p.1. – URL: <http://www.verslobanga.lt/lt/patark.full/3e7849397171e> [žiūrėta 2009 10 19]

## 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ KITIMAI IR TO PRIEŽASČIŲ NUSTATYMAS

### 2.1. Finansavimo tendencijos

Per visą XX a. visoje Europos Sąjungoje viešojo ir privataus sveikatos priežiūros finansavimo dalis nuo BVP kito labai dinamiškai. Ypač smarkus padidėjimas buvo iki 1970-ųjų, tačiau labai nukrito per aštuntąjį dešimtmetį, ir vėl labai pakilo 1990 m. Tai buvo tarsi „aukso amžius“ sveikatos sektoriui, tačiau ne visur – Suomija, Liuksemburgas, Danija ir Švedija labai didelio finansavimo neskyrė. Sveikatos sistemos finansavimas nuo BVP pakilo net iki 10 proc. Tačiau lėšų dydis ne visada lemia sveikatos sistemos prieinamumą ir kokybę. ES pripažino, kad lėšų didėjimas iškreipė sveikatos sistemos išlaidas, jos tapo nevaldomos ir nepagrįsto dydžio. Buvo būtina įvesti kontroliuojančius organus, kurie tikslingai reguliuotų kaštų augimą ir lėšų panaudojimo efektyvumą. Tačiau kai kuriose ES valstybėse (Anglija, Airija, Portugalija) 1990-2003 m. ištyrus sveikatos sektorių, buvo priimti valstybių sprendimai išlaidas didinti, kai kuriose šalyse jos pakilo daugiau kaip 5 proc.<sup>46</sup>



Šaltinis: VLK ir Statistikos departamentas prie LRV, 2007

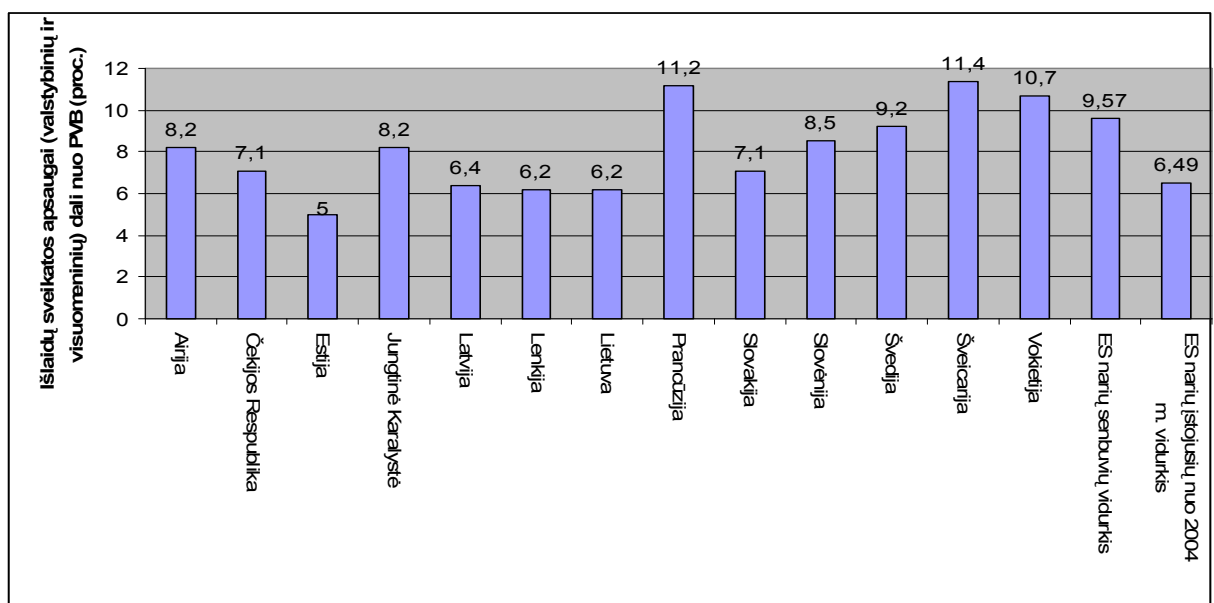
#### 8 pav. BVP ir PSDF augimo palyginimas 2000-2007 metais.

Pagal PHARE projektą (Nr. OSS 98-5320, LI9704/0201), skirtą privalomojo sveikatos draudimo įvedimui, Lietuvoje bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos padidėjo nuo 5,8 proc. BVP

<sup>46</sup> The Economic Policy Committee, the European Commission (DG ECFIN). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050) // European Commission Economic Paper, Special Report no 1/2006, Brussels, ECFIN/EPC(2006)REP/238. – 111 – 112 p. – URL: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/epc/documents/2006/ageingreport\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2006/ageingreport_en.pdf) [žiūrėta 2008 11 15]

1996 m. iki 6,6 proc. BVP 1997 m. 1998-aisiais buvo užtikrintas stabilus PSD finansavimas. 1998 m. Pasaulio bankas kritikavo LR įstatyminę bazę už joje įtvirtintą nuostatą, jog 30 proc. Asmens pajamų mokesčio turi būti panaudojama sveikatos draudimo įmokai, kadangi tokios nuostatos, tyrimų duomenimis, neturi nei ekonominės naudos valstybei, nei loginio pagrindo.<sup>47</sup> Kaip matome pagal diagramą (žr. 8 pav. ir Priedą 2 – Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos, tūkst. Lt), Lietuvoje BVP auga, tačiau PSDF lėšos yra surenkamos labai nevienodai. Nuo 2000 m. iki 2007 m. sumažėjo PSDF dalis, todėl atsiranda kliūčių visiems Lietuvos gyventojams užtikrinti vienodą sveikatos paslaugų prieinamumą. Tačiau bendrame kontekste, lėšos, skiriamos sveikatos apsaugai, auga.

Šių metų pavasarį Pasaulio banko ekspertai pažymėjo, kad išlaidos sveikatos apsaugai atitinka Lietuvos pajamų lygį. 2007 m. Lietuva sveikatos apsaugai išleido apie 6,3 proc.<sup>48</sup> BVP. 8 pav. matyti (papildomai Priede 3 – Išlaidų sveikatai dalis nuo bendrojo vidaus produkto (BVP)), kad valstybės išlaidos sveikatai sudarė apie 4,2 proc., tai reiškia, kad likusią dalį (2,1 proc.) išleidžia visuomenė. 9 pav. rodo, kad visos Lietuvos sveikatos išlaidos, palyginus su panašias pajamas gaunančiomis šalimis regione (pvz., Estija, Latvija, Slovakija, Čekija ir kt.), yra labai vidutinės (visų ES šalių kai kurie sveikatos rodikliai pateikiami Priede 4). Tačiau palyginti su ES senbuvėmis (pvz., Prancūzija, Švedija, Airija), Lietuvos ir kitų Baltijos šalių regiono šalių sveikatos apsaugai skiriama dalis yra gerokai mažesnė. ES tikslas yra priartinti nuo 2004 metų įstojušias nares prie senųjų, tačiau kaip tai realiai bus įgyvendinta, dar sunku pasakyti.



Šaltinis. sudaryta pagal LR Sveikatos informacijos centro duomenis

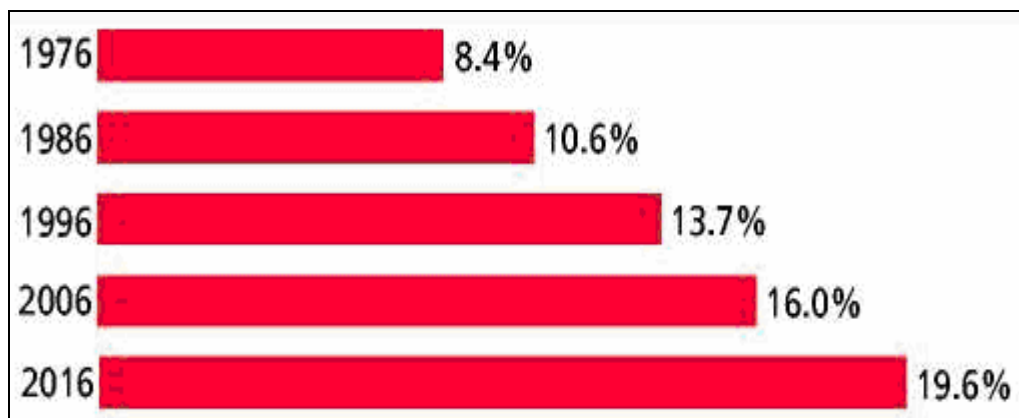
### 9 pav. Kai kurių ES narių išlaidų (visuomeninių ir valstybinių) sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.).

<sup>47</sup> Černiauskas G., Schneider M. Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: Sveikatos politikos 35-37.

<sup>48</sup> World Bank Group. Lithuania: Social Sector Public Expenditure Review. // Report No. 48604-LT. June, 2009. – 72 p

Pastaruosius kelerius metus Lietuvos valstybės išlaidos sveikatos apsaugai augo greičiau nei BVP. Nuo 2004 m. iki 2007 m. bendros sveikatos išlaidos padidėjo daugiau kaip 70 proc. ir pasiekė 6 milijardus litų. Didžiausią padidėjimą sudarė valstybės išlaidos, kurios padidėjo 85 proc. per nurodytą periodą. Pagal Finansų ministerijos duomenis, valstybės išlaidos sparčiai didėjo ir 2008 m.<sup>49</sup> Dėl ekonominės krizės įveikimo plano 2009 m. balandžio mėn. priimti biudžeto pakeitimai (sumažinta balo vertė nuo 1 Lt iki 0,89 Lt, apriboti kai kurių paslaugų pirkimai iš VLK) išlaidas stabilizavo ties 5 milijardų litų riba, t.y. du kartus daugiau nei 2004 m. Atsižvelgiant į valstybės biudžeto galimybes ir Privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo realijas, numatoma, kad 2010 m. PSDF biudžeto pajamos bei išlaidos turėtų sudaryti 4,168 mlrd. litų. SAM tikisi, kad įgyvendinus rengiamą sveikatos apsaugos sistemos pertvarką ir optimizavus PSDF lėšų naudojimą, 2010 m. PSDF biudžete numatytų lėšų pakaks visaverčiam sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimui.<sup>50</sup>

JAV nustatyta, kad išlaidos sveikatos apsaugai auga greičiau nei socialinės apsaugos išlaidos. Didžiausią įtaką padidėjusioms išlaidoms turi naujų medicinos technologijų įvedimai ir bendra rinkos dinamika, kuri neskatina sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo. Sveikata labai opi visuomenės gyvenimo sritis, todėl visada kyla sunkumų, valstybei sprendžiant sveikatos išlaidų mažinimo, optimizavimo ar tiesiog sveikatos rinkos reguliavimo klausimus. Tiek viešojo, tiek ir privačių mokėtojų išlaidos sveikatos apsaugai sugeria vis didesnę dalį JAV šalies bendrojo vidaus produkto.



Šaltinis. JAV finansų departamentas, 2008.

#### 10 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų procentinė dalis nuo BVP 1976-2016 metais.

BVP kitimo tendencijas (praeitį ir ateitį) atspindi 10 pav. Kaip matyti, per 30 metų išlaidos sveikatos priežiūrai padidėjo nuo maždaug 8 proc. iki 16 proc. nuo BVP, ir prognozuojama, kad

<sup>49</sup> World Bank Group. 72 psl.

<sup>50</sup> [http://www.sam.lt/go.php/lit/SAM\\_planuojamame\\_2010\\_m.\\_PSDF\\_biudzete\\_\\_/](http://www.sam.lt/go.php/lit/SAM_planuojamame_2010_m._PSDF_biudzete__/)501

išaugo iki 20 proc. 2016 m. Kodėl taip yra ir kaip šią problemą spręsti – vienas iš svarbiausių JAV vyriausybės uždavinių. JAV mokslininkai konstatuoja, kad išlaidos auga dėl labai sparčiai didėjančio senyvo amžiaus (65 ir daugiau metų) žmonių skaičiaus. Todėl reikia sutelkti socialinės ir sveikatos apsaugos pajėgas, kad būtų išspręsta ši demografinė problema. Taigi, JAV kaip pagrindines sveikatos išlaidų augimo priežastis įvardija medicinos technologijų sparčią kaitą ir demografinius kitimus – šios priežastys svarbios ir Lietuvai.<sup>51</sup>

UAB „Sveikatos ekonomikos centro“ ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija 2006 m. rugpjūtį ir 2007 m. pradžioje atliktoje studijoje ištyrė, kad 2003-2006 m. augantis sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas labiausiai buvo skiriamas darbuotojų atlyginimams didinti (pagal VLK duomenis, 2004 m. vidutinis mėnesinis darbo užmokestis buvo 945 litai, o 2007 m. pirmąjį pusmetį pasiekė – 1649 litus), tačiau tai smarkiai nepagerino nei paslaugų prieinamumo, nei kokybės.

Daugelyje įstaigų ligoniai turi papildomai mokėti už vaistus, instrumentus, reagentus, nes esami paslaugų įkainiai negali visiškai padengti šiuolaikiško ir efektyvaus gydymo išlaidų. 2000-2005 m. laikotarpiu santykinai stabilus sveikatos priežiūrai skiriamų visų (visuomeninių ir privačių) išlaidų procentas nuo BVP išsilaukė tik dėl privačių išlaidų augimo. Namų ūkių tyrimų duomenimis, privačios išlaidos sveikatos priežiūrai nuo 1999 m. metų išaugo daugiau nei 89 proc. ir 2006 m. pasiekė 1 milijardą 328 milijonus litų.

Didžiąją dalį išlaidų sveikatai sudaro išlaidos vaistams. 2006 m. vaistams išleista daugiau kaip 92 proc. visų privačių namų ūkių išlaidų, arba apie 71 proc. visų išlaidų vaistams. Didėjančios namų ūkių išlaidos asmens sveikatos priežiūrai ir vaistams verčia gyventojus siekti stacionarinio gydymo net tuomet, kai jis nėra indikuotinas. Sociologiniai tyrimai rodo, kad dalis gyventojų siekia būti gydomi ligoninėje taip bandydami sutaupyti lėšų maistui ir vaistams. Į paslaugų kainas nėra įtraukti amortizaciniai atskaitymai, o tai sukuria nevienodas konkurencines sąlygas apmokant už paslaugas, teikiamas viešosiose ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose.<sup>52</sup>

Europos Komisija 2004-2050 m. analizavo visuomenės tendencijas demografinių veiksnių įtakoje. Lietuvos visuomenei visi šie tyrimai labai aktualūs. EK siūlo 6 galimus sveikatos apsaugos sistemos plėtros finansavimo scenarijus.<sup>53</sup> Tačiau, atsižvelgus į Lietuvos Etinių farmacinių kompanijų asociacijos sociologinius tyrimus Lietuvai galima pasiūlyti tris scenarijus iki 2012 m., kurie pateikti 1 lentelėje.

<sup>51</sup> Gene L. Dodaro. Long-Term Federal Fiscal Challenge Driven Primarily by Health Care. Medical Benefits: June 17, 2008. 3-4 psl

<sup>52</sup> UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [žiūrėta 2008 12 09]

<sup>53</sup> The Economic Policy Committee, the European Commission (DG ECFIN). Special Report no 1/2006 118-120 p. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/epc/documents/2006/ageingreport\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2006/ageingreport_en.pdf) [žiūrėta 2008 11 15]

**1 lentelė. Sveikatos apsaugos sistemos plėtros finansavimo scenarijai.**

Eil. nr.	Scenarijaus pavadinimas	Aprašymas
1.	Praradimų kompensavimo scenarijus	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad kompensuotų tik atsiradusius PSDF praradimus dėl sumažėjusio gyventojų pajamų mokesčio tarifo. Visuomeninių išlaidų procentas nuo BVP 2012 m. siektų tik 4,6 proc.
2.	Minimalaus finansavimo scenarijus	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 5,5 proc. nuo BVP.
3.	Optimalaus finansavimo scenarijus	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų 2004 m. ES šalių vidurkį. 2008 m. numatomas staigus finansavimo didinimas (siekiant užtikrinti, kad būtų įgyvendinti įsipareigojimai dėl atlyginimų augimo ir kiti įsipareigojimai)

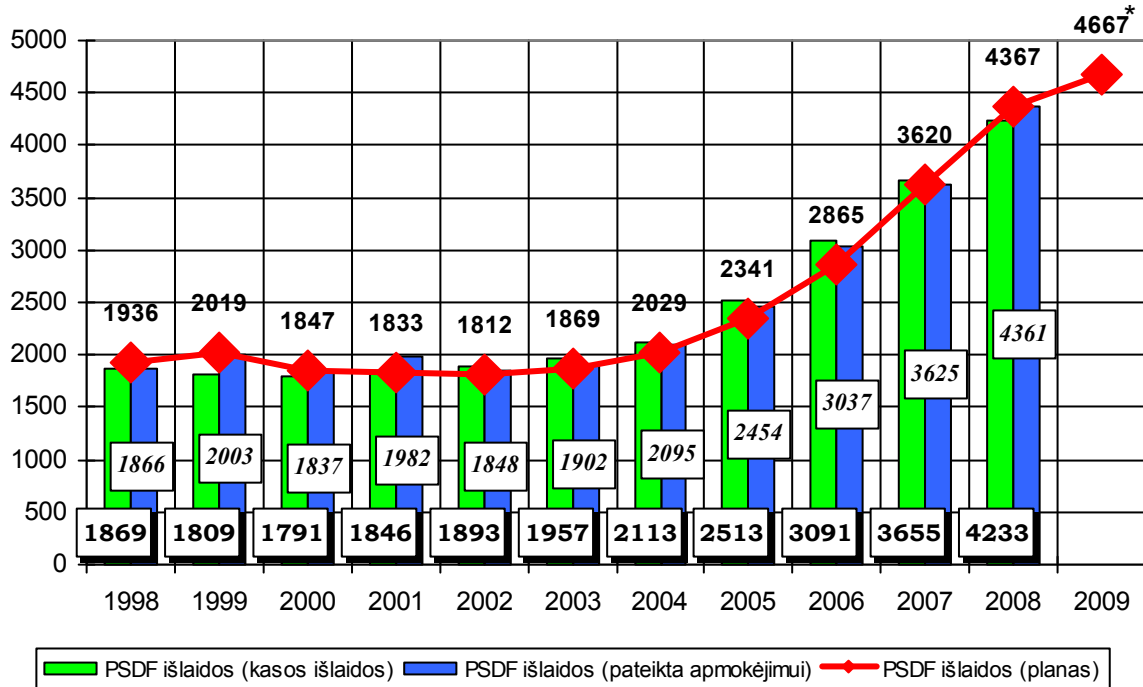
**Šaltinis.** Sudaryta pagal UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA)

Tačiau šiandien visus pasiūlytus scenarijus labai veikia ekonominė krizė. Sveikatos sektoriuje vykdoma reforma ir mažinamas finansavimas itin keičia prieš keletą metų matytų tendencijų išvadas. Galbūt valstybė turi tikslinti Teritorinių ligonių kasų finansavimo formulę pagal vietos gyventojų amžių, neįgalųjų ir bedarbių skaičių bei kitus veiksnius. Akivaizdu, jog norint optimizuoti sveikatos apsaugos lėšas, reikia siekti papildomo finansavimo bei kaštų kontrolės, kad tie pinigai, kurie yra surenkami, būtų panaudojami efektyviai. Vyriausybė prognozuoja, kad sveikatos draudimo mokesčio surinkimas 2010 m. labai sumažės. Taip pat pastebima, kad PSDF dalies bendrame sveikatos apsaugos lėšų fonde mažėjimas reiškia, kad gyventojams teko ir teks primokėti už paslaugas. Daugeliui papildomos išlaidos – ne pagal finansines išgales, todėl ir reikia galvoti, kaip išlaidų kontrolę tobulinti, kad sveikatos paslaugos negąsdintų Lietuvos piliečių. Žmonės išleidžia sveikatai vis daugiau. Ar tai sąlygoja, kad jie labiau serga, ar sveikatos priežiūra tapo labai brangi, ar jie pradėjo labiau rūpintis sveikata? O gal jie išleidžia kaip tik per mažai nei turėtų?. Priežastys ir tendencijos paaiškintos 2.3 skyriuje.



## 2.2. Sveikatos apsaugos lėšų pasiskirtymo analizė

Viena svarbiausių ligonių kasų veiklų yra apmokėti gydymo įstaigoms už pagal sutartis su Teritorinėmis ligonių kasomis pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistinėms – už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus.



\* - Patikslintame 2009 m. PSDF biudžete pajamos ir išlaidos mažėjo 6,4 proc., todėl 2009 metų PSDF biudžetas prilygsta 2008 metų biudžetui, sudaro 4,38 mlrd. litų.)

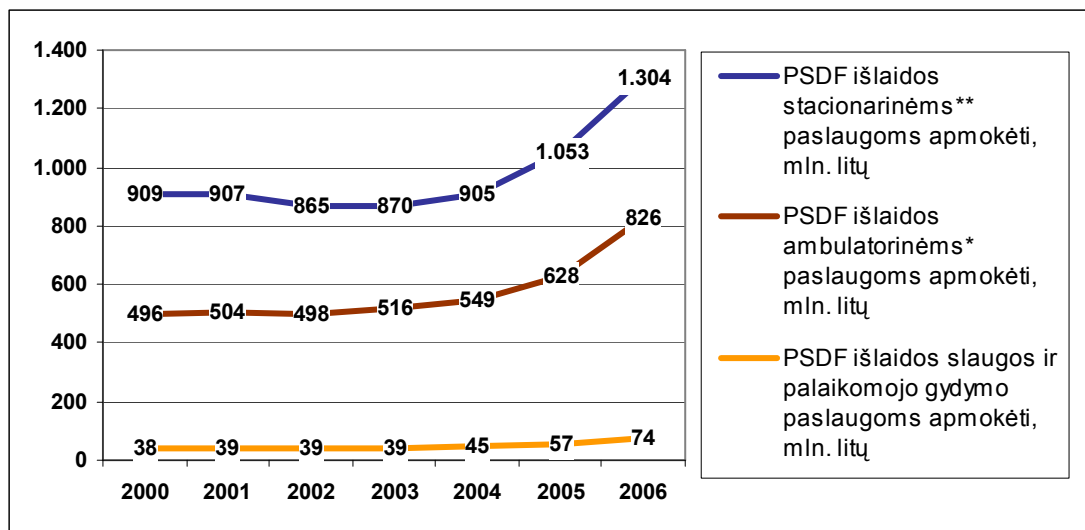
Šaltinis: VLK prie SAM Biudžeto vykdymo skyriaus duomenys, 2008 m.

### 11 pav. PSDF biudžeto išlaidos (mln. litų), 1998-2009 m.

Kaip matome 11 pav. (taip pat Priede 2 – Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos, tūkst. Lt), pateiktų apmokėti išlaidų suma per paskutinius metus buvo mažesnė nei bendrosios PSDF išlaidos. Tačiau bendra tendencija akivaizdi – sveikatos priežiūros kaštai auga, nes PSDF išlaidos auga. VLK duomenimis, 2000-2002 m. PSDF pajamos visada buvo mažesnės už išlaidas, pvz., 2001 m. pajamos – 1784 mln. Lt, o išlaidos – 1937 mln. Lt. Tokie neatitikimai kalba apie kontrolės ir planavimo, analizavimo mechanizmo nebuvimą. Tačiau nuo 2003 m. iki 2005 m. stebima priešinga situacija – pajamos didesnės už išlaidas, kuriai įtaką galėjo padaryti ir VLK vadovų pasikeitimas. O jau 2006 m. išlaidos padidėjo vėl 5 mln. Lt, Tokia tendencija yra ir iki šiol. 2006 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos sudarė 88 proc. viso visuomeninio sveikatinimo veiklos finansavimo. Labai akivaizdžiai didėja išlaidos sveikatos apsaugai, ypač asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams apmokėti. Tai reiškia, kad visuomenėje padidėjo

sergamumas ir apskritai didėja kitos išlaidos. Tačiau džiugu, kad išlaidos didėja ir sveikatinimo programoms, kuriose yra prevencinių priemonių kompleksas, kad būtų išvengta susirgimų.

2000-2006 m. laikotarpiu PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti išaugo nuo 1.362 mln. litų 2000 m. iki 2094 mln. litų. 2006 m., t.y. daugiau nei 1,5 karto. Labiausiai išaugo išlaidos centralizuotai perkamiems vaistams (2,43 karto), išlaidos specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms (2,27 karto) ir išlaidos slaugos bei palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti (1,97 karto) (žr. 12 pav.) 12 paveiksle pavaizduota išlaidų augimo tendencija iki 2006 metų, tačiau tokia pati tendencija išlieka ir kitais metais (plačiau žr. Priede 4).



\* - ambulatorinės išlaidos įskaitant: PSP, GMP ir specializuotas, ambulatorines paslaugas;

\*\* - stacionarinės išlaidos įskaitant: stacionarines ir išlaidas reabilitacijai bei sanatoriniam gydymui.

Šaltinis. VLK duomenys, 2007

### 12 pav. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (pateikta apmokėti), mln. litų, 2000-2006 m.

Nors išlaidos stacionarinio gydymo paslaugoms apmokėti 2000-2006 m. laikotarpiu išaugo tik 1,44 karto, tačiau šios išlaidos ir toliau sudaro didžiąją PSDF išlaidų dalį – 43 proc. 2005 m. išlaidų dalis stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti Lietuvoje (perskaičiavus išlaidas JAV doleriais nuo atitinkamų Vakarų Europos šalių išlaidų), palyginus su Vakarų Europos šalimis, sudarė apie 10,6 proc., o ambulatorinėms paslaugoms apmokėti – tik apie 12,5 proc. Siekiant pagerinti ambulatorinės specializuotos pagalbos prieinamumą, buvo padidintas ambulatorinės pagalbos sutarčių skaičius. Stacionaro paslaugų skaičius 2005–2007 m. nuolat mažėjo, tačiau stacionaruose buvo teikiama vis daugiau paslaugų, kurias VLK priskyrė ambulatorinėms paslaugoms (dienos chirurgijos, dienos stacionaro, teikiamos priėmimo–skubios pagalbos skyriuose, stebėjimo paslaugos).<sup>54</sup>

<sup>54</sup> World Bank Group. 75-76 psl.

Paslaugų apmokėjimo tvarka nesukuria paskatų ambulatorinių paslaugų plėtrai ir stacionariųjų paslaugų restruktūrizacijai, neskatina teikti gyventojams kokybiškesnių ir geriau prieinamų paslaugų. Į paslaugų kainas nėra įtraukti amortizaciniai atskaitymai, o tai sukuria nevienodas konkurencines sąlygas apmokant už paslaugas, teikiamas viešosiose ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Įdomu pastebėti, kad didėjančios namų ūkių išlaidos asmens sveikatos priežiūrai ir vaistams verčia gyventojus siekti stacionarinio gydymo net tuomet, kai jis nėra indikuotinas. Sociologiniai tyrimai rodo, kad dalis gyventojų siekia būti gydomi ligoninėje bandydami sutaupyti lėšų maistui ir vaistams.

Pagal VLK duomenis paprastąsias išlaidas sveikatos priežiūros įstaigose, finansuojamose per PSDF, Lietuvoje sudaro:

- darbo užmokesčio fondas;
- medicinos reikmenys ir paslaugos;
- vaistai, tirpalai, tvarsliaiva, kraujo produktai;
- šildymas elektros energija, vandeniu.

2003-2006 m. visos išlaidos, išskyrus darbo užmokestį, stipriai nekito, tačiau pradėjo augti nuo 2007 m. padidinus šildymo kainas ir kitas administracines išlaidas (vandeniu, utilizavimas ir kt.). Didelis kitimas numatomas ir tada, kai bus panaikinta PVM lengvata vaistams. Pastaraisiais metais sparčiai didėjančioms PSDF biudžeto pajamoms ir finansavimui įtakos turėjo priimti išpareigojimai didinti medicinos darbuotojų darbo užmokestį. Labai svarbu, kad geresnį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą pajustų ne tik specialistai, bet ir kiekvienas šių paslaugų vartotojas – pacientas. Privalomojo sveikatos draudimo taryboje buvo pažymėta, kad medikų atlyginimų didinimas tebėra per menkai susijęs su sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimu.<sup>55</sup> Todėl atlyginimas turėtų būti susietas su darbo rezultatais. Viena iš priemonių Pirmajame lygyje yra skatinamosios paslaugos – kiek gydytojas jų suteikia, tiek gauna apmokėjimo.

Tačiau šiuo metu darbo užmokestis vėl mažėja dėl Vyriausybės taupymo politikos. Patikslintame 2009 m. PSDF biudžete pajamos ir išlaidos mažėja 298 mln. Lt arba 6,4 procento. Sumažintas 2009 metų PSDF biudžetas prilygsta 2008 metų biudžetui – sudaro taip pat, kaip ir pernai, 4,38 mlrd. litų. Tad jei praėjusiais metais nebuvo didelių trukdžių teikti pilnavertę sveikatos priežiūrą, sistema funkcionavo normaliai, neturėtų jų padaugėti ir šiemet.<sup>56</sup> Tačiau tokie biudžeto pasikeitimai sutrikdo gydymo įstaigų darbą, nes reikia koreguoti planus, mažinti paslaugų teikimo apimtį, nes per praėjusius du ketvirčius paslaugos buvo suteiktos pagal didesnio biudžeto planą, o sumažėjus bendrai sumai – reikia amortizuoti išlaidas per ateinančius ketvirčius. Kita vertus, gydymo įstaigos turi turėti rezervus tokioms situacijoms spręsti. Tačiau dėl valdymo (planavimo)

<sup>55</sup> World Bank Group. 75-76 psl.

<sup>56</sup> [http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat\\_id=1&date=2009-04-30&item\\_id=1702](http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2009-04-30&item_id=1702) [žiūrėta 2009-05-04]

klaidų – taip nėra. Remiantis Valstybinio audito išvadomis, tiriant VLK veiklą, daugiau nei 70 proc. iš PSDF biudžeto rezervo paskirstytų lėšų VLK galėjo planuoti ir numatyti tvirtindama PSDF biudžetą, jeigu tvirtinant PSDF biudžeto rodiklius būtų įvertintos rezervo lėšos, tačiau taip nedarė.<sup>57</sup> Todėl metų pabaigoje nemaža PSDF biudžeto lėšų dalis lieka nepanaudota. Tos lėšos galėtų būti kaupiamos kaip atskiras fondas jau minėtoms situacijoms valdyti.

Sveikatos priežiūros išlaidos (kaštai) didėja, tačiau jie turėjo galimybę tai daryti, nes didėjo ir įplaukos per sveikatos draudimo mokesčius. Tačiau dabar sveikatos apsaugos finansavimas mažinamas, o tai reiškia, kad bus priverstos mažėti ir išlaidos, arba reikia ieškoti kitų būdų kaip amortizuoti skirtumą. Tai galima padaryti tik per papildomas lėšas sveikatos sistemai.

Galutinis paslaugų vartotojas (pacientas) Lietuvoje turi labai mažai įtakos sveikatinimo paslaugų pirkimui, nes nėra išplėta papildomojo sveikatos draudimo sistema; taip pat nėra sukurtas visuomeninis sveikatinimo paslaugų pirkimo mechanizmas, kuris atsižvelgtų į paslaugų vartotojų poreikius. Papildomas savanoriškas sveikatos draudimas turi būti įvestas tokiais pagrindais, kaip tai padaryta su pensijų fondais. Tačiau dėl politinių peripetijų, žmonės kol kas neturi savanoriško draudimo ir taip užtikrinti savo ramią ateitį. Kaupiamasis draudimas leistų piliečiams jaustis saugiems, kad užklupus sunkiai ligai jie galės susimokėti visas papildomas išlaidas, kurių neapmoka valstybė.

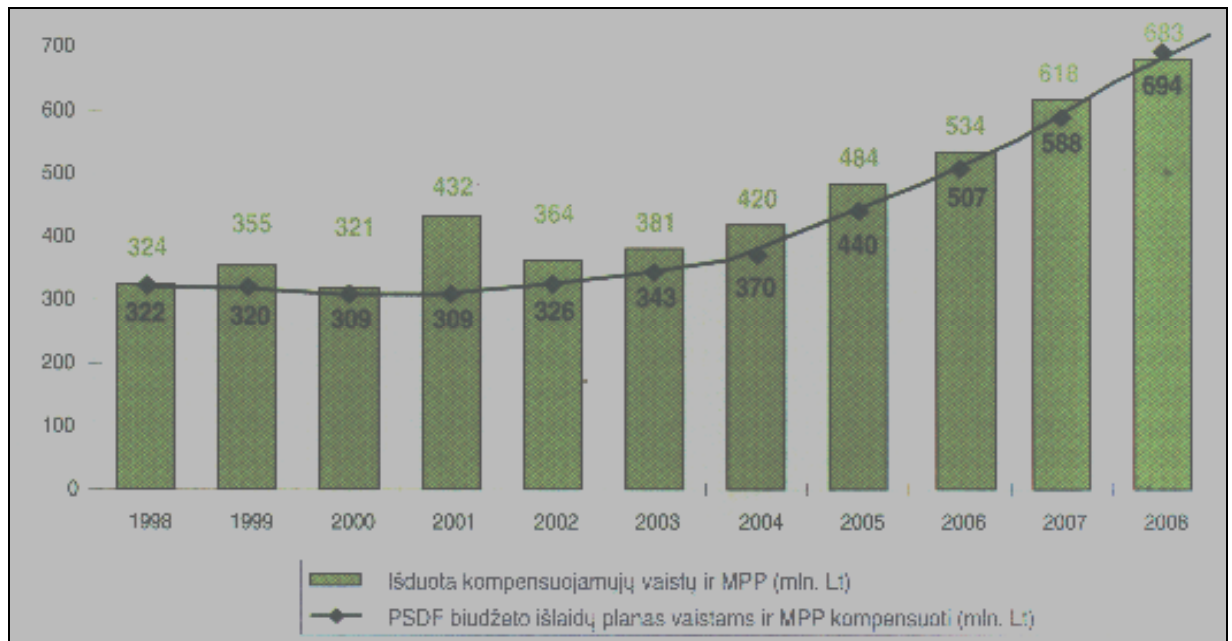
Labai svarbu sveikatos išlaidų stabilumui yra namų ūkių išlaidos. Namų ūkių tyrimų duomenimis, privačios išlaidos sveikatos priežiūrai nuo 1999 m. metų išaugo daugiau nei 89 proc. ir 2006 m. pasiekė 1 milijardą 328 milijonus litų. Didžiąją dalį išlaidų sveikatai sudaro išlaidos vaistams. 2006 m. vaistams išleista daugiau kaip 92 proc. visų privačių namų ūkių išlaidų, arba apie 71 proc. visų išlaidų vaistams. 2004 m. visuomeninis sveikatinimo veiklos finansavimas procentais nuo BVP Lietuvoje buvo vienas mažiausių ES ir mažesnis už naujųjų ES šalių visuomeninio finansavimo vidurkį.<sup>58</sup> Tačiau tikimasi, kad visuomeninio sveikatinimo paslaugų finansavimas ir PSDF pajamos Lietuvoje didės arba bent stabilizuosis ir tai leis efektyviai valdyti sveikatos priežiūros kaštus vaistams.

Visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos vaistams vienam gyventojui Lietuvoje 2005 m. siekė apie 146 JAV dolerius ir buvo apie 4,27 karto mažesnės nei atitinkamos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui Prancūzijoje, bei 3,67 karto mažesnės nei Vokietijoje. Palyginus su senosiomis ES šalimis, Lietuvoje vaistams, kaip ir kitose naujosiose ES šalyse, yra išleidžiamas didesnis procentas,

<sup>57</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė. Valstybinio audito atskaita Valstybinės ligonių kasos veikla. 2008 m. gegužės 10 d. Nr. VA-P-10-20-2-8 Vilnius. - 12 p.

<sup>58</sup> UAB Sveikatos ekonomikos centras. [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/fr\\_sv\\_sist\\_strukt.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/fr_sv_sist_strukt.html) [žiūrėta 2009 05 04]

lyginant su šalies BVP. Pagal „Eurostat“ paskaičiavimus, 2006 m vaistų kainos Lietuvoje siekė apie 70 proc. 25 ES šalių vaistų kainų vidurkio.<sup>59</sup>



**Šaltinis.** Valstybinė ligonių kasa. Ligonių kasos: 2006 metų apžvalga. – Vilnius: UAB „Petro ofsetas“, 2009. – 26 p.

### 13 pav. PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti (mln. litų), 1998-2008 m.

PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui 1998-2008 m. laikotarpiu išaugo apie 2,1 karto (žr. 13 pav.), tačiau procentinė dalis nuo visų PSDF išlaidų ne tik neišaugo, bet ir nukrito iki 16 proc. Vis dėlto bendra tendencija išlieka, kad kiekvienais metais išlaidos bent kažkiek padidėja: 2008 m. lyginant su 2007 m. padidėjo apie 18 proc., 2006 m. lyginant su 2005 m – 15 proc. Visuomeninių išlaidų vaistams dalis nuo bendrų išlaidų vaistams 2000-2006 m. nuolat mažėjo ir 2006 m. siekė tik 29 proc. Išlaidų per PSDF kompensuojamiems vaistams pasiskirstymas vienam statistiniam gyventojui pagal savivaldybes labai netolygus. 2005 m. šios išlaidos svyravo nuo 75 litų vienam gyventojui Šalčininkų rajone iki 195 litų Palangoje. 2006 m. PSDF išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms įsigyti litais vienam gyventojui pagal teritorines ligonių kasas (TLK) taip pat buvo gana nevienodas – 144 litai vienam Panevėžio TLK aptarnaujamam gyventojui ir 169 litai vienam Vilniaus TLK teritorijoje esančiam asmeniui.<sup>60</sup> Centralizuotai įsigyjamų medikamentų ir medicinos priemonių pirkimo išlaidos kompensuojamos pagal sąrašą, kurį kiekvienais metais rengia VLK.

<sup>59</sup> UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [žiūrėta 2009 02 09]

<sup>60</sup> Valstybinė ligonių kasa. Ligonių kasos: 2006 metų apžvalga. Vilnius: 2009. 25-26 psl.

LR Specialiųjų tyrimų tarnybos (STT) pareigūnai 2009 m. spalio 12 d. paskelbė atliktos korupcijos rizikos analizės Valstybinėje ligonių kasoje rezultatus. Pagrindinėje išvadoje pažymima, kad SAM ir jai pavaldžiose įstaigose nepakankamai skaidriai reglamentuotos ligų, kompensuojamųjų vaistų, centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų sudarymo (atnaujinimo) ir keitimo procedūros, trūksta kontrolės. Lėšų švaistymo įtarimus sukėlė tai, kad ligų ir kompensuojamųjų sąrašų tikslinimo komisijos ir kitų šioje procedūroje dalyvaujančių SAM ir jai pavaldžių įstaigų darbuotojų veikla beveik nepristatoma visuomenei, todėl sunku užtikrinti, kad ji atitiktų visuomenės lūkesčius ir realias finansines galimybes. Tiek STT, tiek Valstybės kontrolės išvadose dėl VLK veiklos, pareigūnams kilo abejonių dėl kai kurių VLK stebėtojų tarybų sprendimų teisėtumo ir skaidrumo, kadangi dalis jų priimti nesilaikant galiojančių teisės aktų. Tikėtina prielaida, kad stebėtojų tarybų pirmininkai turi galimybių į taikinimo ir medicininio audito komisijas proteguoti savus kandidatus ir jų padedami daryti įtaką priimant sprendimus. Tokiu būdu susidaro galimybė neteisingai panaudoti PSDF lėšas. Kad veikla būtų tobulinama, reiktų atidžiau kontroliuoti vykdomas procedūras.<sup>61</sup>

Taigi visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje pasiekė 5,91 proc. nuo BVP. Visuomeninių išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dalis smarkiai padidėjo, o tai leido išlaikyti santykinai stabilų sveikatos priežiūrai skiriamų visų išlaidų procentą nuo BVP. Tačiau visuomeninis sveikatinimo veiklos finansavimas procentais nuo BVP Lietuvoje išlieka vienas mažiausių ES, be to, įvertinus, kad Vyriausybei vykdant taupymo politiką, mažėja PSDF biudžetas, kuris realiai negalės padengti visų reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų. 2003-2006 m. augantis sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas labiausiai buvo skiriamas darbuotojų atlyginimams didinti, o dabartinėmis sąlygomis finansavimas ne tik neaugs, bet teks mažinti ir atlyginimus, taip pat ir teikiamų paslaugų apimtį. Sveikatos priežiūros kaštai augo, nes augo surenkami sveikatos draudimo mokesčiai, kurie sudarė galimybę tobulinti sveikatos paslaugas didinant kaštus. Šiandien ypač svarbu teisingai įvertinti visas išlaidas, pajamų mažėjimus ir kitus veiksnius, kad būtų galima sukontroliuoti sveikatos apsaugos finansus, nebloginant paslaugų kokybės ir prieinamumo.

### **2.3. Pagrindinės sveikatos priežiūros kaštų augimo priežastys**

Išanalizavus sveikatos išlaidų kitimus, galima daryti išvadą, kad sveikatos priežiūros dinamika tampa monotoniška, nes turi tendenciją tik didėti. Labai svarbu įvardinti tokių tendencijų priežastis ir tada bus galima ieškoti sprendimų būdų. Analizuojant sveikatos sektorių prieš tai esančiose šio darbo dalyse jau buvo paminėtos kai kurios kaštų augimo priežastys. Plačiau norėtusi aptarti demografinius

<sup>61</sup> Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnybos išvada dėl korupcijos rizikos analizės Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos. 3-4 psl. [http://www.stt.lt/documents/korupcijos\\_rizikos\\_analze/KRA\\_valsybineje\\_ligoniu\\_kasoje\\_L-01-2213.pdf](http://www.stt.lt/documents/korupcijos_rizikos_analze/KRA_valsybineje_ligoniu_kasoje_L-01-2213.pdf) [2009-10-13]

kitimus, sveikatos darbuotojų ir hospitalizacijų skaičių bei poreikį, medicinos technologijų greitą kaitą ir kitas priežastis.

### 2.3.1. Lietuvos demografinės situacijos indikatoriai

Visų lygių valdymo procesuose labai svarbu žinoti, kokie yra gyventojų skaičiaus ir sudėties kitimai ir juos, teisingai išanalizavus, prognozuoti. Tik įvertinus būsimą gyventojų skaičių ir sudėtį galima planuoti valstybės biudžetą, kelti ilgalaikius tikslus, skaičiuoti savivaldybių pajamas ir išlaidas, kurti mokyklas ir kt. Norint visuomenėje vykstančių procesų raidą padaryti optimalią, reikia suprasti konkurencinę visuomeninių gėrybių vartojimo kovą tarp skirtingų grupių žmonių. Kai kurios susidariusios socialinės grupės dėl dėmesio joms nebuvimo gali išvis išnykti. Valstybės politika turi būti orientuota į socialines grupes, kurioms reikia paramos, kad valstybėje nepasireikštų įtampa.<sup>62</sup>

Dėl skirtingoms visuomenės grupėms būdingų skirtingo gyvenimo būdo ir poreikių, kinta ir sveikatos priežiūros pajamos bei išlaidos. Sveikatos sistema yra labai jautri demografiniams kitimams. Didžiausia sveikatos priežiūros išlaidų dalis tenka pensinio ir mokyklinio amžiaus Lietuvos gyventojams. Todėl labai įdomu ir reikalinga žinoti mirtingumo, gyvenimo trukmės, išlaidų sveikatos apsaugai pagrindinius kitimus, ir kitą informaciją.

Nuo praėjusio dešimtmečio pradžios Lietuvos demografinė raida kinta iš esmės. Visų demografinių procesų (gimstamumo, šeimos formavimo, mirtingumo, migracijos) pokyčiai neigiami. Demografinė jų pasekmė – gyventojų skaičiaus mažėjimas, demografinės pusiausvyros praradimas, depopuliacija, spartus gyventojų senėjimas. Neigiami demografiniai pokyčiai reiškiasi sudėtingomis socialinėmis, ekonominėmis problemomis. Spartus gyventojų senėjimas keičia santykį tarp visuomenės kuriančiosios ir vartojančiosios dalies, reiškiasi naujais iššūkiais šalies biudžetui, socialinei sferai, paslaugų plėtrai. Kita vertus, mažesnis gimstamumas didina darbingo amžiaus žmonių lyginamąjį svorį, moterys turi daugiau laiko mokytis ir intensyviau siekti karjeros, ir, be abejo, surenkami didesni mokesčiai nuo priskaičiuoto darbo užmokesčio į biudžetą. Todėl ir reikia kurti tinkamas šeimos planavimo bei sveikatinimo sąlygas, kad nebūtų didelių demografinių šuolių.

2009 m. spalį gyventojų skaičius Lietuvoje buvo 3335,7 tūkst.<sup>63</sup> Tai 260 tūkst. mažiau negu prieš dvylika metų. Gyventojų skaičius Lietuvoje pradėjo mažėti nuo 1992 m. Pagrindinė to priežastis – emigracija.<sup>64</sup> Prognozuojama gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes (procentais) kitimo tendencija Lietuvoje 2004-2050 m. (žr. 2 lentelę) yra mažėjanti amžiaus grupėse iki 64 metų amžiaus, tai reiškia, kad vaikų ir darbingų žmonių mažės. O pensinio, t. y. nuo 65 m. ir vyresnių –

<sup>62</sup> Rudzkiene V. Socialinė statistika: vadovėlis. –Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2005.. – ISBN 9955-19-002-7. 83 p.

<sup>63</sup> Lietuvos statistikos departamentas. Pagrindiniai statistikos rodikliai <http://www.stat.gov.lt/lt/> [2009-10-13]

<sup>64</sup> Socialinių tyrimų institutas. Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys Vilnius: Mokslo aidai, 2004. ISBN 9955-531-14-2. 9-10

daugės. Vyresnių žmonių kiekio didėjimas signalizuoja visai valstybės politikai, kad tokiems gyventojams išlaikyti reikės vis daugiau lėšų. Todėl kaštų augimo problema irgi tik didės ir be teisingai parinktų svertų jos niekas nesustabdys. „Eurostat“ duomenimis, 2004 m. bendras išlaikytinių skaičius Lietuvoje buvo 48,6 proc. Prognozuojamas išlaikytinių procentas Lietuvoje: 2025 m. – 52,2 proc., 2050 m. – 67,8 proc.<sup>65</sup>

**2 lentelė. Prognozuojama gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes (procentais) kitimo tendencija Lietuvoje, 2004-2050 m.**

	2004	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>Prognozuojama gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes (procentais) kitimo tendencija Lietuvoje, 2004-2050 m.</b>											
<b>0-14</b>	17,7%	17,1%	14,9%	14,5%	15,0%	15,1%	14,7%	13,9%	13,4%	13,3%	13,7%
<b>25-54</b>	41,8%	41,9%	43,1%	43,8%	43,2%	42,0%	40,4%	39,4%	37,9%	36,0%	34,6%
<b>15-64</b>	67,3%	67,6%	69,0%	68,9%	67,5%	65,7%	63,9%	63,1%	62,2%	61,4%	59,6%
<b>65+</b>	15,0%	15,2%	16,1%	16,7%	17,5%	19,2%	21,4%	23,0%	24,4%	25,3%	26,7%
<b>80+</b>	2,8%	3,0%	3,8%	4,5%	5,0%	5,2%	5,5%	6,1%	7,2%	8,6%	9,2%
<b>Gyventojų skaičius mln.</b>											
	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,9

**Šaltinis:** Sudaryta pagal „The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers“ (2004-2050)

Pasaulio banko analitikai teigia, kad Lietuva atsilieka nuo lyginamų šalių gyventojų sveikatos būklės požiūriu – pastaruosiu metu mūsų šalies sveikatos būklė negerėja. Gyvenimo trukmės rodiklis, kuris anksčiau buvo aukštesnis nei kitose Baltijos šalyse, šiuo metu yra mažiausias visame regione ir toliau mažėja. Viso to priežastys yra įvairios: pietietiškas klimatas lemia ilgesnius gyvenimo metus, šaltis ir drėgmė – trumpesnius, taip pat nustatytas pensinio amžiaus dydis ir, be abejo, socialinės ir sveikatos garantijos.

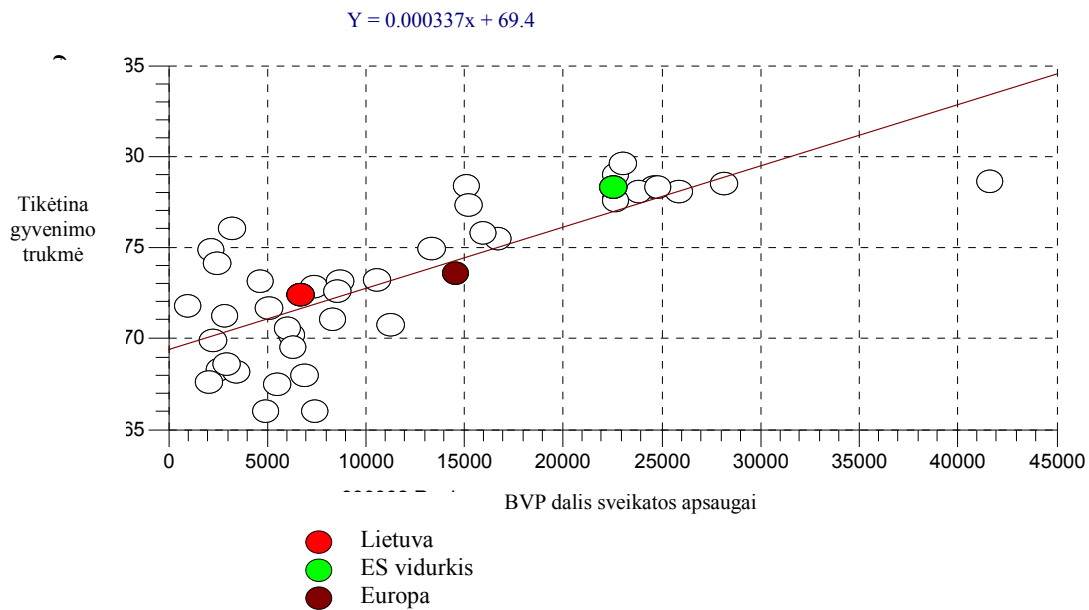
Taip pat baugina sergamumas tuberkulioze, kuris yra 70 proc. didesnis nei naujųjų ES šalių vidurkis. Motinų ir vaikų mirtingumas yra šiek tiek mažesnis, lyginant su tos pačios grupės šalimis: mirtingumas nuo vėžio yra apie vidurkį, o mirtingumas nuo ligų, susijusių su kraujotakos sistema, ypač nuo išeminės širdies ligos, yra pats didžiausias tarp regiono šalių. Mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis taip pat yra nepaprastai aukštas, nes savižudybių skaičius yra didžiausias tarp visų Europos ir Centrinė Azijos šalių. Lyginant su naujomis ES narėmis, mirtingumo rodiklis susijęs su alkoholio vartojimu, yra didesnis daugiau kaip du kartus, o mirtingumas, sukeltas rūkymo, yra didžiausias tarp lyginamų šalių. Daugelio iš šių mirčių būtų galima išvengti taikant intervencines

<sup>65</sup> The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050) p 33-38



visuomenės sveikatos apsaugos priemonės, prevenciją, ankstyvą diagnostiką ir gydymą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, kurios yra santykinai neišvystytos. Tai taip pat rodo, kad Lietuva turėtų ir galėtų pasiekti geresnių rezultatų, atsižvelgiant į dabartines investicijas į sveikatos apsaugą.<sup>66</sup>

Doc. D. Jankauskienė savo pranešimuose pristato vidutinės gyvenimo trukmės priklausomybę nuo BVP. 14 pav. matyti, kad ES finansavimas sveikatai yra apie 5 kartus didesnis nei Lietuvos, o tikėtina gyvenimo trukmė skiriasi per 5 metus: Lietuvoje apie 73 m., ES – 78 m. Tai įrodo, kad priklausomybė egzistuoja.<sup>67</sup>



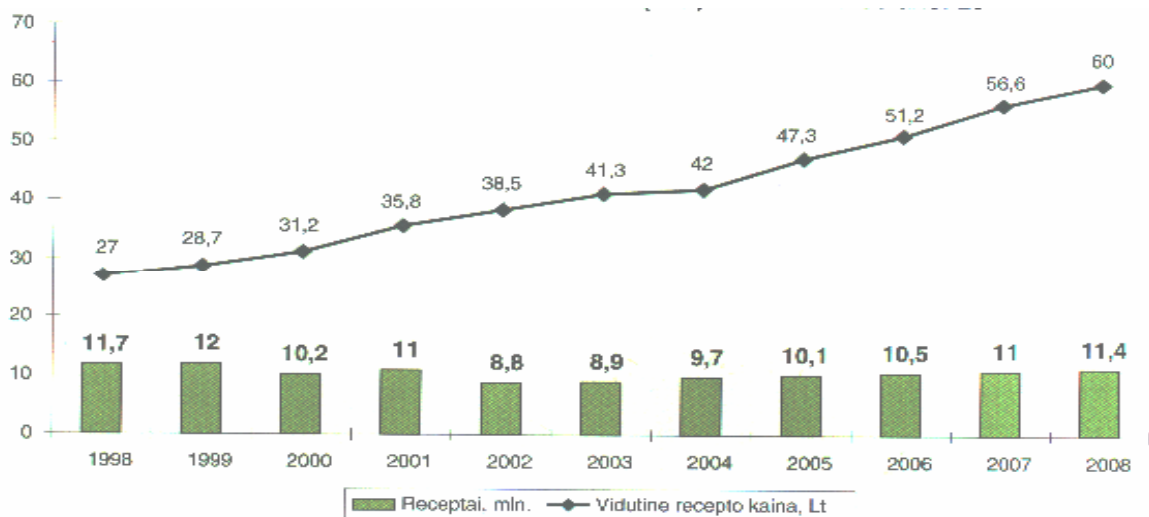
Šaltinis. D. Jankauskienė, Sveikatos sistemos ištekliai ir finansavimas.

#### 14 pav. Vidutinės gyvenimo trukmės priklausomybė nuo BVP/gyventojui.

Taip pat įdomūs duomenys yra pateikia VLK. Juose matyti, kad Y ašyje pažymėtas gyventojų amžius tiesiogiai priklauso nuo išrašomų receptų kainų (žr. 15 pav.). Tai atskleidžia, kad senėjančiai visuomenei reikia daugiau išlaidų vaistams. Todėl rūpindamiesi gyventojų sveikata, ilgindami jų gyvenimo amžių ir gyvenimo kokybę, galėtume sutaupyti sveikatos lėšas.

<sup>66</sup> World Bank Group. 73-75 psl

<sup>67</sup> Jankauskienė D. Sveikatos sistemos ištekliai ir finansavimas: metodinis pranešimas. [http://djank.home.mruni.lt/wp.../01/patais\\_istekliai-ir-finansavimas.ppt](http://djank.home.mruni.lt/wp.../01/patais_istekliai-ir-finansavimas.ppt). [žiūrėta 2009 10 10]



Šaltinis. Valstybinė ligonių kasa. Ligoniu kasos: 2006 metų apžvalga. – Vilnius: 2009. – 27 p.

### 15 pav. 2008 m. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pagal amžiaus grupes.

Lietuvą galima priskirti pereinamojo laikotarpio šalių grupei, kurioje mirtingumas ganėtinai veikiamas tiek bendrojo šalies išsivystymo lygio, tiek sveikatos sistemos finansavimo apimties. Vidutinės gyvenimo trukmės Lietuvoje ilgėjimas, populiacijos senėjimas ir darbingo amžiaus asmenų skaičiaus mažėjimas – visa tai sąlygos išlaikytinių skaičiaus augimą ir visuomeninių išlaidų socialinėms išmokoms, pensijoms bei sveikatos priežiūrai smarkų augimą.<sup>68</sup>

Lietuvos demografiniai rodikliai (didelis išlaikytinių skaičius, gyvenimo trukmė ir kt.) turėtų būti viena iš priežasčių neteisingai skirstant sveikatos finansus, nes sveikatos statistika yra vienas iš rodiklių, parodančių sveikatos apsaugos efektyvumą ir prieinamumą. Tam, kad būtų skubiai pagerinta susidariusi demografinė situacija, būtinos kardinalios sveikatos politikos korekcijos, kryptingos investicijos į sveikatos sektorių (I lygio grandį, ligų prevenciją), bei kitas, gyventojų sveikatai reikšmingą įtaką turinčias sritis ir akyla kontrolė kaštų augimui.

#### 2.3.2. Sveikatos darbuotojų ir hospitalizacijų skaičius

Didelė dalis sveikatos priežiūros išlaidų atitenka paslaugas teikiantiems asmenims išlaikyti, tačiau be jų nebūtų ir sveikatos apsaugos. Norint užtikrinti kokybiškas ir prieinamas paslaugas, būtinas reikiamas kiekis specialistų, darbo įrankių ir teisingo darbo reglamentavimo.

<sup>68</sup> 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). p. 50-53

Lietuvoje 1981-1985 m. buvo labai mažai gydytojų, tačiau po to jų skaičius pradėjo augti ir nuo 1990 m. išlieka panašus iki šių dienų, tai yra apie 400 gydytojų 100 000 gyventojų. Palyginti su kitomis ES šalimis, mes jas gerokai lenkiame. Pvz., gydytojų skaičius 100 000 gyventojų 1980-2005 m. senosiose ES narėse (ES 12) yra 261, o bendras ES vidurkis 318.<sup>69</sup> Slaugytojų skaičius 100 000 gyventojų 1980-2005 m. Lietuvoje yra 743, o ES vidurkis – 699. Pavyzdžiui, Airijoje yra daugiausia slaugytojų – net 1541, o gydytojų 100 000 gyventojų tenka 283 – tai reiškia, kad Airijoje dauguma medicininių funkcijų perleidžiama slaugytojoms, taip sutaupoma darbo užmokesčio sąskaita.<sup>70</sup>

**3 lentelė. Aprūpinimas medicinos personalu ir stacionaro lovomis 2008 m. 10 000-ių gyv. apskričių ir savivaldybių pavaldumo įstaigose.**

	Gydytojai	Odontologai	Kiti specialistai su aukštuju ar aukštesniu medicinos išsilavinimu	Iš jų slaugytojos	Stacionaro lovos
<b>Iš viso (vidurkis)</b>	<b>26.0</b>	<b>5.7</b>	<b>73.4</b>	<b>56.9</b>	<b>57.8</b>
Vilniaus apsk.	26.5	5.9	61.0	45.5	44.7
Kauno apsk.	29.8	8.0	63.1	47.4	48.1
Klaipėdos apsk.	32.0	6.1	94.1	74.8	80.4
Šiaulių apsk.	22.7	3.7	88.8	68.8	65.7
Panevėžio apsk.	26.8	4.9	90.5	72.0	68.6
Alytaus apsk.	24.3	5.3	78.5	62.8	61.4
Marijampolės apsk.	20.7	5.1	66.3	54.0	50.7
Tauragės apsk.	16.3	4.1	67.8	53.6	47.3
Telšių apsk.	17.6	4.2	73.9	57.8	46.1
Utenos apsk.	23.0	4.2	76.3	60.4	61.2

Pastaba: šioje lentelėje neįtrauktas apskričių pavaldumo psichiatrijos ir reabilitacijos ligoninių bei sanatorijų personalo ir lovų skaičius

**Šaltinis.** Sudaryta pagal Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenis.

2009 m. pavasarį pasirodžiusios Pasaulio banko išvados apie sveikatos apsaugą taip pat teigė, kad Lietuvoje yra per daug gydytojų. Tačiau 3 lentelėje matome, kad pagal apskričių ir savivaldybių pavaldumo įstaigas sudarytoje lentelėje išskaičiuojami tik 26 gydytojai, beveik 57 slaugytojos 10 000 gyventojų. Įvertinus, kad psichiatrų ir reabilitologų yra apie 1500 (VASPVT duomenys pateikti

<sup>69</sup> UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams: Studija 2007 / <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [žiūrėta 2009 05 04]

<sup>70</sup> WHO. <http://www.euro.who.int/Document/E69920.pdf> [žiūrėta 2009 05 04]

telefonu), vidurkis išaugtų iki 30, o pažiūrėjus į Tauragės arba Telšių apskritis – gydytojų ir lovų skaičius ganėtinai mažas.

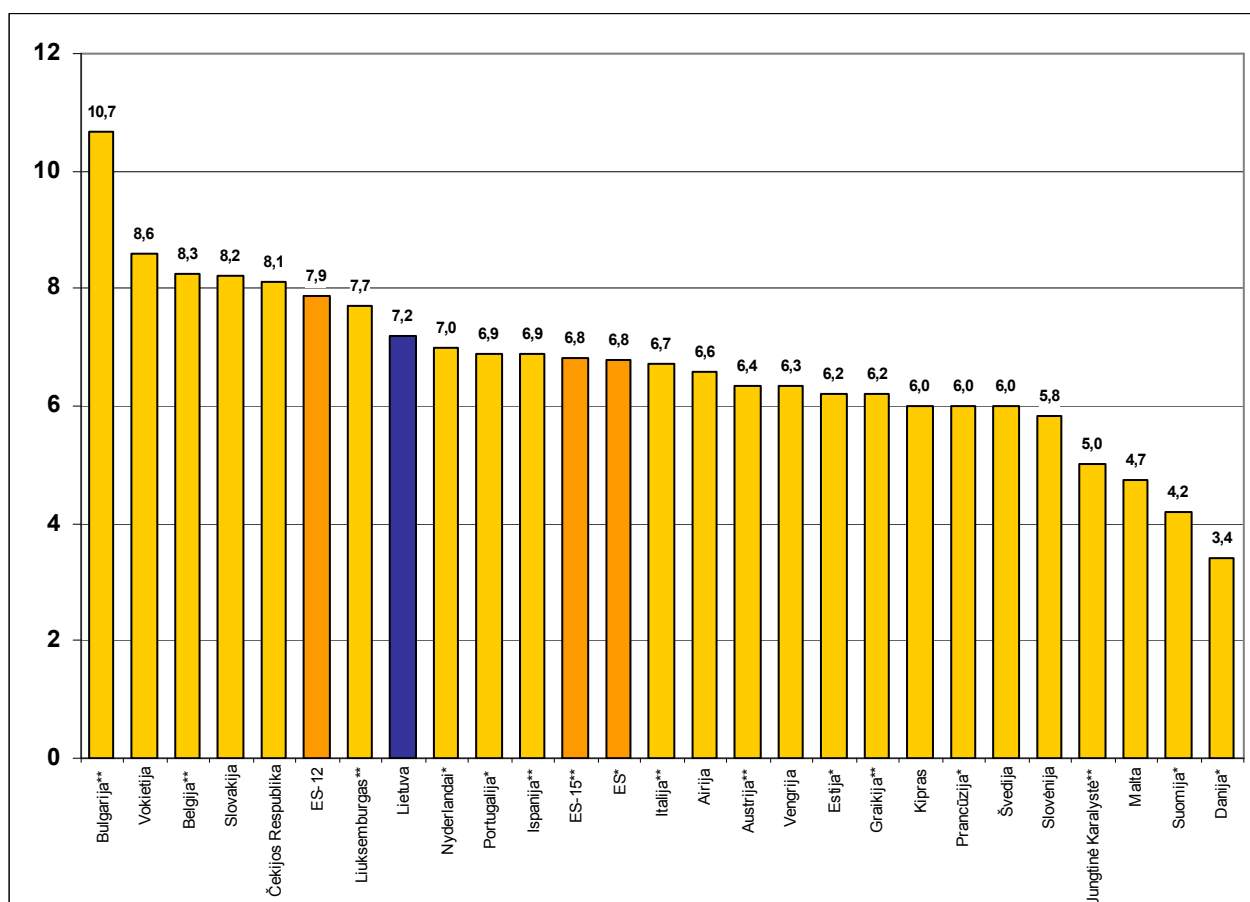
Nors pagal SAM naująją reformą numatoma, kad bus atleista dalis sveikatos priežiūros specialistų ir taip valstybės sutaupys, tačiau peršasi mintis, jog bus atleidžiamas kitas personalas – ne gydytojai ir slaugytojos, nes jų realiai nėra per daug. be to, reformos metu, jei išsiplės slaugos ligoninių tinklas, ypač reikės daug slaugytojų. LR Vyriausybei suvienodinus visų medicinos darbuotojų darbo laiką ir atostogas, didžiąjai daliai darbo laikas sutrumpėjo, o atostogos pailgėjo, tačiau ekonominis efektas pliusinis (neoficialiais šaltiniais, apie 1,5 mln. Lt per pusmetį). Taigi, nors apie 75 proc. gydymo įstaigų biudžetų sudaro darbo užmokestis, sveikatos darbuotojai yra labai svarbi sveikatos grandis ir jų atlyginimų sąskaitą daug taupyti negalima, nes nuo jų priklauso paslaugų prieinamumas ir kokybė. Remiantis Airijos pavyzdžiu ir persikirsčius kai kurias funkcijas tarp slaugytojų, gydytojų ir kito personalo, taip pat galima nemažai sutaupyti. Nors Lietuvoje, ES duomenimis, gydytojų yra daug, tačiau šiuo metu jaučiamas jų trūkumas dėl migracijos. Lietuva paruošia daug ir gerų specialistų, tačiau į juos įdėtos investicijos nukeliauja į kitas šalis. Todėl sveikatos specialistų išlaidų kompensacijos mechanizmas turi būti atidžiai peržiūrėtas, kad valstybė nepatirtų nuostolio.

Pasaulio banko išvadose pastebima, jog per pastaruosius kelerius metus Lietuvoje augantys sveikatos apsaugos darbuotojų atlyginimai (ypač gydytojų), sumažino išlaidų dalį, skirtą sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudoms padengti. Tačiau pagal Vyriausybės įsipareigojimą didinti darbo užmokestį, atlyginimų fondui ir sąnaudoms skirtos lėšos yra atskiros, ir nėra teisinga sakyti, kad atlyginimų sąskaita buvo nedengiamos sąnaudos. Taip galėjo vykti tik dėl neteisingos vadybos. Darbo jėgos tyrimo duomenimis, nuo 2004 m. iki 2008 m. gydytojų vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis padidėjo 120 proc. Tai didžiausias padidėjimas viešojo sektoriaus darbuotojų ir panašaus pobūdžio darbą dirbančių privataus sektoriaus darbuotojų atlyginimuose, tad gydytojai buvo viena geriausiai apmokamų grupių.<sup>71</sup> Tarnautojų pajamos išaugo 40%, mokytojų – 60%, protinį darbą dirbančių privataus sektoriaus darbuotojų – 50%. 2008 m. gydytojų darbo užmokestis buvo 70% didesnis nei viešojo sektoriaus darbuotojų vidutinis darbo užmokestis (30% didesnis nei valstybės tarnautojų darbo užmokestis, 50% didesnis nei universitetų darbuotojų) ir 40% didesnis nei protinį darbą dirbančių privataus sektoriaus darbuotojų. 2004 m. gydytojų darbo užmokestis buvo mažesnis nei valstybės tarnautojų ir tokio pat lygio, kaip ir universitetų darbuotojų bei protinį darbą dirbančių privataus sektoriaus darbuotojų.<sup>72</sup> Tačiau visada yra vertinamas ir žmogiškasis faktorius: medikai mokosi ilgiau ir jų darbas yra ypatingos atsakomybės – dirbama tiesiogiai su ligotais žmonėmis, yra nuolatinė atsakomybė už jų gyvybę.

---

<sup>72</sup> World Bank Group. 73 psl.

Atitinkamai sveikatos specialistų skaičius yra tiesiogiai proporcingas ir lovų skaičiui. Lovų skaičius Lietuvoje 1992 m. buvo labai didelis – 1 lova 100 gyventojų. Pagal ES ligoninių lovų bei slaugos ligoninių skaičius 100 000 gyventojų 1980-2005 m. Lietuvoje sumažėjo, tačiau hospitalizacijų skaičius, lyginant su ES vidurkiu (apie 550 lovų), pastarąjį viršija apie 25 proc. Daugiausia ligoninių lovų skaičiuojama NVS šalyse, tačiau šioje situacijoje nėra tendencijos, kad Lietuva būtų panašesnė į šias šalis, nes kaip tik labai sparčiai per 1995-2003 metus sumažino lovų skaičių. Hospitalizacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES vidurkiu, viršija pastarąjį apie 25 proc., taip pat išlieka gana ilga vidutinė gydymosi trukmė ligoninėse. Taip yra todėl, kad gana daug sveikatos priežiūros įstaigų susitelkusios didžiuosiuose miestuose, trūksta gydytojų-specialistų rajonuose. Nevisiškai užtikrinamas gydymo tęstinumas siunčiant pacientus iš vienos paslaugų profilio sveikatos priežiūros įstaigos į kitą.



\* - 2004 metai, \*\* - iki 2004 metų, \*\*\* - be slaugos ligoninių.

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

### 16 pav. ES šalyse vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėse (dienomis), 2005 m.

Stacionarinės paslaugos Lietuvoje sudaro didelę sveikatos priežiūros paslaugų dalį. Ligoninėse besigydžiusių ir išrašytų ligonių skaičius pagal atskiras ligų grupes (cerebrovaskulinė liga, infekcinės ligos, išeminė širdies liga) Lietuvoje, palyginus atitinkamai su ES-12 ir ES-15 šalimis, 2005 m. viršijo

2-3 kartus.<sup>73</sup> Hospitalizacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES vidurkiu, viršija pastarąjį apie 25 proc., taip pat išlieka gana ilga vidutinė gydymosi trukmė ligoninėse. Taip yra todėl, kad gana daug sveikatos priežiūros įstaigų susitelkusios didžiuosiuose miestuose, trūksta gydytojų-specialistų rajonuose. Nevisiškai užtikrinamas gydymo tęstinumas siunčiant pacientus iš vieno paslaugų profilio sveikatos priežiūros įstaigos į kitą. 16 paveiksle matyti, kad vidutinė gulėjimo trukmė (dienomis) ligoninėje 2005 m. buvo 7,2 dienos. Tačiau dabar yra priimta nuostata dėl gulėjimo trukmės iki 3 dienų, nors sveikatos statistikos specialistai teigia, kad ir šiuo metu gulėjimo trukmė yra panaši kaip 2005 m.

Nors Lietuvoje ligonių ambulatorinių konsultacijų skaičius pas gydytojus yra artimas ES šalių vidurkiui, tačiau lėtai vyksta šeimos gydytojo institucijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos bei medicininės slaugos ir ilgalaikio (paliatyvinio) gydymo paslaugų plėtra, o tai didina išlaidas. 2005 m. ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis vienam gyventojui per metus, buvo 6,8 – toks, koks ir ES vidurkis.<sup>74</sup> 2006 m. Lietuvoje buvo 1792 bendrosios praktikos gydytojai, tačiau pagal bendrosios praktikos gydytojų skaičių, tenkantį 100 tūkst. gyventojų, Lietuva nepasiekia ne tik ES, bet ir ES-12 (naujųjų ES šalių) vidurkio.

Tokia tendencija kaip Lietuvoje pastebima visose postsovietinėse šalyse, kuri labai skiriasi nuo Vidurio ir Vakarų Europos slaugytojų bei gydytojų pasiskirstymo. Medicinos darbuotojų skaičiaus dydis Lietuvoje (lyginant su ES darbuotojų) leidžia manyti, kad trūksta darbo organizavimo, vadybos ir pačios sveikatos sistemos kontrolės, jei toks kiekis specialistų nevisiškai gali užtikrinti reikiamą medicinos pagalbą visur ir visada. Senėjimo problema yra ir tarp medikų, todėl ypač rajonų gydymo įstaigose labai trūksta specialistų, nors didžiuosiuose miestuose jų pakanka. Rajonuose yra tik I ir II lygio paslaugas teikiančios įstaigos (daugiau I lygio), kuriose teikiamų paslaugų įkainiai mažesni, o tai reiškia mažiau išlaidų visai sistemai. Kadangi specialistų rajonuose trūksta, nors jiems ir sudarytos sąlygos dirbti, pacientai migruoja į III lygio arba II lygio didžiuosiuose miestuose esančias gydymo įstaigas, kur gydymas jau yra brangesnis. Lietuvoje galima laisvai rinktis, kur gydytis, tačiau pacientų srauto suregulavimas ir medicinos darbuotojų darbo vietų perskirstymas padėtų mažinti sveikatos priežiūros kaštus. Jeigu tokiais skaičiavimais būtų paremta sveikatos reforma, efektyvumas sveikatos finansams būtų labai didelis.

Tiek vidutinės trukmės, tiek ilgalaikės perspektyvos svarbiausias prioritetas, turėtų būti sveikatos apsaugos sektoriaus žmogiškųjų išteklių strategijos sukūrimas. Turi būti derinamas gydytojų skaičius ir atliekamos funkcijos, pacientų skaičius. Pavyzdžiui, pediatro ir vaiko santykis turėtų būti 1±150, o yra 242. Gydytojų atlyginimas, taupant sveikatos sistemos lėšas ir gerinant paslaugų kokybę, turėtų būti susietas su darbo našumu. Neoptimalus gydytojų skaičius, apmokėjimo lygis ir struktūra, įgūdžių

<sup>73</sup> UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [žiūrėta 2009 05 04]

<sup>74</sup> <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [žiūrėta 2009 05 04]

derinys ir slaugytojų-gydytojų santykis yra vieni iš daugelio neigiamų veiksnių, skatinančių sveikatos priežiūros kaštų augimą. Ministerija, bendradarbiaudama su mokymo institucijomis, turėtų parengti žmogiškųjų išteklių plėtros planą, kuris užtikrintų, kad sveikatos priežiūros darbuotojai geriau tenkins būsimus senstančios visuomenės poreikius.

### 2.3.3. Neefektyvus valdymas ir kontrolė

Dauguma ligoninių yra ne pelno siekiančios įstaigos, kurias valdo vietos valdžios institucijos ir paskirtasis vadovas su didelėmis įtakos sferomis, tačiau finansiškai oficialiai neregamentuota nauda. Dar 1996 m. vieno britų universiteto mokslininkai atlikę tyrimus nustatė, kad efektyviam organizacijos valdymui būtina, jog vadovui būtų suteiktas savarankiškumas, tačiau už tai jis turi asmeniškai atsakyti, arba jis turėtų galimybę tapti vadovaujamos organizacijos dalininku. Tik pasitelkus šias priemones galimas efektyvus rezultatas.<sup>75</sup> Deja, tokios pastangos, siekiant perduoti nuosavybės teises, nėra taikomos daugelyje šalių, kai valdomas valstybinis kapitalas, be to, ligoninės – ne pelno sektorius. Taip pat realiai yra sudėtinga ne pelno siekiančiose įstaigose gauti ir didesnę darbo užmokestį. Lietuvoje gydymo įstaigų vadovai yra savo gydymo įstaigos „šeimininkai“, kurie nėra asmeniškai atsakingi pagal įstatymą, juos kontroliuoja tik steigėjas. Galbūt būtų teisinga, jei vadovas neturėtų atskaitomybės prieš steigėją, arba turėtų tik dalinį, o daugiau teisių ir turto priklausytų jam pačiam. Gal tuomet valdymo efektyvumas būtų didesnis. Tačiau viską yra labai sunku padaryti teisiškai, nes kai sveikatos sistema yra valstybinė, o privataus kapitalo – mažuma, tuomet priklausomybės ir atsakomybės pasidalinimas yra sudėtingi procesai.

Pasaulio bankas rekomenduoja: „vadovų samda, sutartys turėtų būti susieti su ligoninės efektyvumu“.<sup>76</sup> Tačiau Lietuvoje nueita priešingu keliu nei siūloma: įteisinta gydymo įstaigų vadovų samda „iki gyvos galvos“, jų darbo efektyvumas nesusietas su atlyginimais ir net su atsakomybe.

Kaip prasto vadovavimo įrodymas yra ir aukštas korupcijos lygis. Lietuviai yra nepatenkinti sveikatos sistema, ypač joje klestinčia korupcija.. 2003 m. daugiau nei vienas iš keturių suaugusiųjų pareiškė, kad jie buvo nepatenkinti sveikatos apsaugos sistema. 2007 m. EU-SILC tyrimo duomenys rodo, kad lietuviai iš tiesų yra mažiau patenkinti savo sveikatos apsaugos sistema nei kiti Europos piliečiai: 10 proc. pripažino, kad kai kurie jų medicininiai-sveikatos poreikiai nebuvo patenkinti pastaruosius 12 mėnesių (vidurkis ES-25 yra 6 proc.), eilės taip pat yra dažnai minimas trūkumas. 2002 metais 64 proc. Baltijos šalyse atlikto socialinio audito dalyvių pranešė, kad korupcijos lygis sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje Lietuvoje yra laibai aukštas (Latvijoje – 45 proc., Estijoje – 43 proc.). Nors paprastai žmonės vengia teikti tokią informaciją, 8 proc. apklaustųjų pareiškė, jog vykdė

<sup>75</sup> Harold Pollack • Richard Zeckhauser. Budgets as Dynamic Gatekeepers. Yale University, Institution for Social & Policy Studies, 89 Trumbull Street, PO Box 208207, New Haven, Connecticut 06520-8207 Kennedy School of Government, Harvard University, 79 John F. Kennedy Street, Cambridge, Massachusetts 02138. 655-656 psl.

<sup>76</sup> World Bank Group. 78 psl.

neoficialius mokėjimus sveikatos apsaugos sektoriaus darbuotojams (Latvijoje – 3 proc., Estijoje mažiau nei 1 proc.).<sup>77</sup> 2008 m. 31 proc. gyventojų teigė, kad sveikatos priežiūros paslaugos buvo labai korumpuotos. Paklausti, kur mokėjo kyšį, 20 proc. respondentų atsakė „miesto ir regioninėje ligoninėje“, 16 proc. „klinikoje“, 15 proc. „nacionalinėje ligoninėje“ ir 14 proc. „valstybinėje sveikatos priežiūros įstaigoje“. Ir tik 5-oji, 11 proc. gyventojų nurodyta, įstaiga buvo Kelių policija. Sveikatos apsaugos įstaigos buvo tarp keturių dažniausiai įvardijamų viešųjų įstaigų, kuriose gyventojai teigia mokėję kyšius.<sup>78</sup>

Dauguma ligoninių yra ne pelno siekiančios įstaigos, kurias valdo vietos valdžios institucijos. Kaip parodyta aukščiau, korupcija yra tikrai didelė problema. Pasaulio banko duomenimis, daugelis sveikatos apsaugos pareigūnų taip pat išreiškė nuomonę, kad yra nepakankamas ligonių vadovų korporatyvumas ir profesionalumas, kad ligoninės nėra visiškai atsakingos už išteklius, kuriuos jos gauna, ar už paslaugas, kurias jos teikia, ir kad ligoninės (kaip daranti įtaką interesų grupė) turi didelę įtaką sveikatos apsaugos sistemos vadovybei, vietiniame ir nacionaliniame lygyje.<sup>79</sup> Šiame kontekste labai sunku įgyvendinti restruktūrizavimus ar tiesiog valdyti investicijas į brangias technologijas ekonomiškai efektyviu būdu. Taigi, susirūpinimą ligoninių sistema kelia skaidrumo stoka ir prastas valdymas.

Gaminys	Kainų pokyčiai (kainos nurodytos be PVM)	Kainos sumažėjimas, proc.	Kainos ES šalyse
Elektrokardiosimulatoriai DDD su elektrodais	1998 m. – 7596 Lt 2000 m. – 5596 Lt 2003 m. – 2921 Lt 2005 m. – 1689 Lt 2006 m. – 1670 Lt 2007 m. – 1471 Lt 2008 m. – 1336 Lt	82,4	9000 – 10000 Lt
Elektrokardiosimulatoriai DDDR su elektrodais	1998 m. – 7596 Lt 2000 m. – 6500 Lt 2001 m. – 6380 Lt 2005 m. – 2103 Lt 2006 m. – 2072 Lt 2007 m. – 1966 Lt 2008 m. – 1388 Lt	81,7	10000 – 12000 Lt
Elektrokardiosimulatoriai SSI su elektrodais	1999 m. – 2480 Lt 2000 m. – 2460 Lt 2001 m. – 2380 Lt 2005 m. – 1069 Lt 2006 m. – 1040 Lt 2007 m. – 1002 Lt 2008 m. – 921 Lt	63	2700 – 4100 Lt

Šaltinis. Valstybinė ligonių kasa. Ligoninių kasos: 2006 metų apžvalga. – Vilnius: 2009. – 31 p.

### 17 pav. VLK viešųjų pirkimų efektyvumas.

<sup>77</sup> World Bank Group. 75 psl.

<sup>78</sup> Transparency International Lietuvos skyrius. Lietuvos korupcijos žemėlapis, 2009  
[http://www.stt.lt/documents/soc\\_tyrimai/korupcijos\\_zemelapis\\_2008.pdf](http://www.stt.lt/documents/soc_tyrimai/korupcijos_zemelapis_2008.pdf) [2009-09-24]

<sup>79</sup> World Bank Group. 77 psl



Remiantis VLK atlikta savo veiklos analize, centralizuoti pirkimai neabejotinai duoda finansinę naudą (žr. 17 pav.) Centralizuoti konkursai padeda Valstybinei ligonių kasai sumažinti perkamų priemonių kainas, taip pat už turimas lėšas nupirkti kuo daugiau priemonių ir pagerinti pagalbos prieinamumą pacientams. Tačiau tiek Valstybės kontrolė, tiek Pasaulio banko ekspertai pastebi, jog trūksta teisėtumo ir skaidrumo vykdant viešuosius pirkimus (plačiau 2.1. skyriuje). Kyla klausimas – gal būtų galima dar daugiau sutaupyti, jei viešieji pirkimai taptų skaidresni?.

Greta šios problemos – kad sveikatos priežiūros sektoriuje trūksta viešumo vykdant pirkimus, taip pat nėra sveikatos technologijų vertinimo sistemos, kuri garantuotų, jog investiciniai sprendimai yra pagrįsti poreikiais. Pasaulio banko analitikai akcentuoja, kad praktiškai nėra kokybės valdymo ir kontrolės, egzistuoja tik atskiri elementai, todėl ši sistema fragmentiškai neveiksminga. Nors yra įsteigta Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba bei Valstybinė medicininio audito inspekcija, tačiau jų veikla neužtikrina reikiamos kokybės: nesutvarkyta teisinė informacija, teisės aktų įgyvendinimo monitoringas, akreditavimo procesai, tik fragmentiškai sisteminama informacija apie nepageidaujamus įvykius.<sup>80</sup>

Sveikatos apsaugos institucijos teikia informaciją apie tai, ar jos atitinka keliamus reikalavimus; remiantis šia informacija institucijos gauna licencijas iš VASPVT tam tikro spektro paslaugoms teikti. Nors tarnyba veikia daugiau kaip 10 metų, kol kas nesutvarkyta teisinė informacija bei akreditavimo procesai. Maždaug 30 ligoninių savo iniciatyva gavo ISO sertifikatus, tačiau negavo nei finansinės paramos, nei tam tikro pripažinimo. Dar viena institucija, susijusi su kokybės priežiūra, yra VMAI, kuri tiria pacientų skundus bei gina pacientų teises. Be to, institucijos turėtų pranešti apie infekcijas ir įvairius nepageidaujamus reiškinius, tačiau ši informacija yra taip pat fragmentiška ir netiksli. Ministerija leidžia įsakymus, kuriuose yra aprašomi sveikatos priežiūros standartai, o Valstybinė ligonių kasa leidžia receptų išrašymo gaires, tačiau nėra šių dokumentų vykdymo monitoringo. Nėra sveikatos technologijų vertinimo sistemos, kuri užtikrintų, kad investiciniai sprendimai būtų grindžiami poreikiais (įskaitant ir fizinį prieinamumą) ir efektyvūs kaštų atžvilgiu ar kontroliuotų saugų bei tinkamą brangios įrangos naudojimą.<sup>81</sup> Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad šios institucijos tiesiog kontroliuoja, tačiau neteikia rekomendacijų, kaip išvengti tam tikrų iškilusių klaidų atvejų. O būtent klaidų registracija ir padėtų sumažinti kaštus.

VLK užsakymu, UAB „Health Care Management and Consulting“ atliko tyrimą dėl paslaugų kainodaros tobulinimo. Šio tyrimo metu buvo atlikta Lietuvos ligoninių anketinė apklausa. Pagal apklausos rezultatus, stacionaro paslaugų kainodara įvertinta kritiškai. Bendras Lietuvos ligoninių stacionarinių paslaugų apmokėjimo sistemos vertinimas laikytinas neigiamu, kadangi pusė visų apklaustųjų ją įvertino vidutiniškai, o 48 proc. – blogai. Pagrindinės priežastys: netinkamas sąnaudų

<sup>80</sup> World Bank Group. 77 psl

<sup>81</sup> World Bank Group. 77 psl

kompensavimas, personalo nepasitenkinimas, lankstumo ir reikiamų paskatų formavimo stoka, pernelyg didelis ligoninių veiklos reguliavimas arba, bendraja prasme – vadybos nebuvimas. Nemažai respondentų nurodė paslaugų klasifikavimo problemas, neaiškia įkainių skaičiavimo tvarka ir įkainių disproporcijas. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina lemia paslaugos turinį, t. y. diagnostikos ir gydymo technologijos apimtį. Todėl bazinių kainų pokyčiai susiję su paslaugų kokybiniais pokyčiais.<sup>82</sup>

LR Seimo sveikatos reikalų komitete, LR Prezidentūroje, Sveikatos apsaugos ministerijoje ne kartą diskutuota apie naujas galimybes, kaip kontroliuoti žalas ir išmokas nukentėjusiems pacientams, kad sumažinti išlaidas ir padidinti pacientų pasitikėjimą. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas šiuo metu nustato pacientų teises ir pareigas, pacientų atstovavimo ypatumus, pacientų skundų nagrinėjimo ir žalos, padarytos jų sveikatai, atlyginimo pagrindus. Šis įstatymas parengtas vadovaujantis nuostatomis, kad pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros įstaigų santykiai yra grindžiami šiais principais: savitarpio pagarbos, supratimo ir pagalbos. Skundus dėl pacientų teisių pažeidimo, išskyrus reikalavimus atlyginti žalą, nagrinėja Pacientų teisių kontrolieriaus įstaiga. Dėl sveikatos priežiūros įstaigos kaltės teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientui padaryta turtinė ir neturtinė žala atlyginama Civilinio kodekso nustatyta tvarka. Įvertinant pacientui padarytos neturtinės žalos piniginę išraišką, be Civilinio kodekso 6.250 straipsnio 2 dalyje numatytų kriterijų, taip pat atsižvelgiama į neturtinės žalos įvertinimo pinigais rekomendacijas. Jas tvirtina Vyriausybė, atsižvelgdama į Sveikatos apsaugos ministerijos, pacientų teisių gynimo organizacijų ir Lietuvos draudikų asociacijos pateiktus siūlymus.<sup>83</sup>

2009 m. gegužės 28 d. Sveikatos reikalų komitetas baigė svarstyti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymo projektą Nr.XP-2817. Priėmus šį įstatymo projektą, tikimasi ištaisyti galiojančio įstatymo nuostatas, kurios yra netobulos, sukeliančios konfliktinių situacijų gydytojams ir pacientams. Tas netobulumas ir yra neužtikrinimas reikiamos kontrolės kokybės. Šis įstatymas – tai priemonė kokybiškai kontroliuoti sveikatos priežiūros veiklą ir kartu išlaidas. Projektu siekiama atsisakyti perteklinių pacientų parašų reikalavimo, naujai reglamentuoti ginčų dėl pacientų patirtos žalos atlyginimo nuostatas, pakoreguoti ir papildyti kai kurių sąvokų apibrėžimus, detaliau reglamentuoti tinkamo paciento atstovavimo klausimus.<sup>84</sup> Tačiau šis įstatymo projektas taip ir neįteisino daugiau pareigų pacientams ir žalų reguliavimo mechanizmo, kuriuo būtų galima nustatyti žalos atlyginimo „lubas“ ir „grindis“, ką siūlo kai kurios Europos valstybės. Tokiu

<sup>82</sup> LR Valstybės kontrolė. 15 psl.

<sup>83</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=259520&p\\_query=&p\\_tr2=žiūrėta](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520&p_query=&p_tr2=žiūrėta) [žiūrėta 2009 09 01]

<sup>84</sup> Teisinės informacijos portalas teisingumas.lt. <http://www.teisingumas.lt/naujienos/aktualijos/sveikatos-reikalukomitetas-baige-svarstyti-pacientu-teisiu-ir-zalos-sveikatai-atlyginimo-istatymo-pakeitimo-istatymo-projekta> [žiūrėta 2009 08 26]

būdu gerinti sveikatos paslaugų kokybę – mokantis iš savo klaidų, ir mažinti išlaidas, nemokant milijoninių sumų už sveikatai padarytą žalą.

Žalos atlyginimo be kaltės schema dar 1972 m. pradėjo veikti Naujoje Zelandijoje ir, deja, sėkmingai veikia iki šiol. Besikreipiančių į teismą pacientų, kurie jau buvo gavę žalos atlyginimą pagal šią schemą, yra labai mažai. Administravimo schemos fondas sudaromas mokesčių pagrindu, jo administravimo kaštai sudaro apie 10%. Kompensuojamos šios nepalankių atvejų medicinoje kategorijos: klaidos medicinoje, nelaimingi atsitikimai medicinoje, nelaimingi retai pasitaikantys ar sunkūs sužalojimai (mirtis, nedarbingumas daugiau nei 1 mėn. ir kt.). Tai sveikatos priežiūros vadybos klaidos: tiek gydytojų, tiek pačios sveikatos apsaugos sistemos. Svarbu, kad įvykis atitiktų nepalankaus atvejo definicijai keliamus kriterijus. Dengiamos visos gydymo bei reabilitacijos išlaidos ir finansiniai nuostoliai, atsiradę dėl nedarbingumo. 1994-1996 m. Naujoje Zelandijoje, kurioje gyvena 3,8 mln. gyventojų, žala atlyginta beveik 2 000 pacientų. O žalos atlyginimo modelis teisme įrodinėjant gydytojo kaltę reikalauja didelių finansinių išlaidų.<sup>85</sup>

Jungtinėje Karalystėje 2007 m. teismuose patirta apie 2,6 milijardus svarų išlaidų. Britanijos Medikų asociacija atsakingai išdėstė argumentus, kodėl būtina skubiai pereiti prie žalos atlyginimo be kaltės. Tai patvirtina ir sparčiai auganti gynybinė medicina šalyje. Tokia atlyginimo sistema šalyje nebūtų kažkas naujo ar neišmėginto, nes jau egzistuoja panašus žalos atlyginimo modelis įmonių dirbantiesiems, įvykus nelaimingam atsitikimui darbe, ar autoįvykiui keliuose. Jungtinė Karalystė artimiausiu metu ketina pradėti diegti bandomąją tokio modelio schemą.<sup>86</sup> JAV rimtai svarsto pereiti prie atlyginimo be kaltės modelio. Jau pradėta diegti vadinama ribota kompensacija be kaltės. Kai kuriose valstijose (Virdžinija, Florida) atlyginimas be kaltės taikomas tik kai kuriose labai rizikingose medicinoje srityse, pvz.: akušerijoje, kompensuojant žalą dėl gimdymo eigos atsiradusių naujagimių neurologinių susirgimų. JAV mėginama apibrėžti ir platesnį sąrašą tam tikrų sužalojimų, kuriems įvykus, žala būtų atlyginama be kaltės principu. Skandinavijos šalys taip pat pasirinko žalos atlyginimo be kaltės modelį, geriau pasikliaudamos pacientų draudimu nei bylomis teismuose. Švedijoje pacientų draudimo sistema sukurta 1975 metais, Norvegijoje ji pradėta 1988 metais. Danijoje veikia panaši privaloma pacientų draudimo schema kaip ir Suomijoje (gydymo įstaigų draudimas).<sup>87</sup>

Apibendrinant, kai kurie kokybės užtikrinimo ir kontrolės elementai egzistuoja, tačiau sistema yra fragmentiška ir neveiksminga. Ligoninės ir apskritai sveikatos įstaigos neatsako už teikiamų

<sup>85</sup> Davis P, Lay-Yee R, Fitzjohn J, Hider P, Briant R, Schug S. Compensation for Medical Injury in New Zealand: does „no-fault“ increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? – Journal of Health Politics, Policy and Law, 2002: 27 (5). <http://jhpl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/27/5/833> [žiūrėta 2008 12 12]

<sup>86</sup> Bismark M. et.al. Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants. Medical Journal of Australia: Medicine and the Law. MJA 2006; 185 (4): 203-207 [http://www.mja.com.au/public/issues/185\\_04\\_210806/bis10111\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/185_04_210806/bis10111_fm.html) . [žiūrėta 2008 12 12]

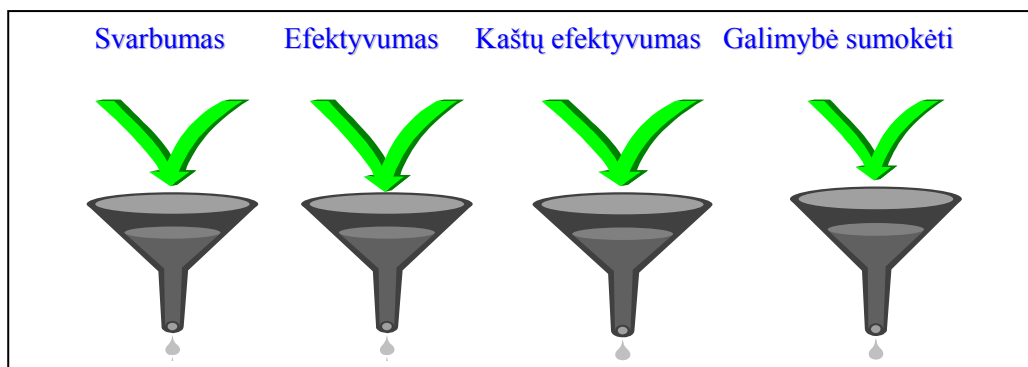
<sup>87</sup> World Bank. Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US-tort liability system ant the Sweden - no fault system. [http://194.84.38.65/files/esw\\_files/malpractice\\_systems\\_eng.pdf](http://194.84.38.65/files/esw_files/malpractice_systems_eng.pdf) . 18-20 psl. [2008-12-12]

paslaugų kokybę. Žvelgiant plačiau, nėra jokių įrodymų, kad turima informacija apie įstaigų veiklos efektyvumą yra renkama, platinama ar veiksmingai naudojama priimant sprendimus.

### 2.3.4. Medicinos technologijų vertinimas

Sveikatos priežiūros įstaigose labai sunku įgyvendinti restruktūrizavimą ar tiesiog valdyti investicijas į brangias technologijas ekonomiškai efektyviu būdu. Svarbiausia to priežastis yra neatliekamas visai arba atliekamas blogai sveikatos technologijų vertinimas.

Sveikatos technologijų vertinimas (STV) – tai elgsenos mokslinių tyrimų forma (*angl. policy research*), kuri sistemingai tiria trumpalaikes ir ilgalaikes medicinos technologijų taikymo pasekmes, tam tikras susietas technologijas arba ginčą, susietą su technologija. Nauji medicinos technologijos laimėjimai neturėtų didinti sveikatos priežiūros kainos, kaip pas mus dažniausiai nutinka.<sup>88</sup> Galbūt to priežastis yra nebuvimas glaudaus bendradarbiavimo tarp politikos formavimo proceso ir mokslinio pažinimo.



Šaltinis. D. Jankauskienės pranešimas: Sveikatos technologijų vertinimas.

### 18 pav. Technologijos praktinis vertinimas.

Įsigydama naują technologiją gydymo įstaiga turi atsižvelgti į tai (žr. 18 pav.):

- kiek yra svarbu turėti „X“ techniką? (pvz., Tauragėje momografas buvo įsigytas, nes yra aukšti mirtingumo nuo krūties vėžio rodikliai)
- kiek daug pacientų galės naudotis „X“ technika?
- ar sumažės ligos gydymo kaštai konkrečiam pacientui?
- ar yra galimybė sumokėti už „X“ įrenginį iš gydymo įstaigos papildomų lėšų ar reikia imti paskolą ir kaip tai paveiks bendrą išsipareigojimų našta?

STV veikia skirtingai įvairiose šalyse ir tai daugiausia priklauso nuo šalies sveikatos sistemos. Švedija, Ispanija (ir Katalonija) ir Prancūzija turi realias visuomeninės vertinimo institucijas.

<sup>88</sup> Jankauskienė D. Pranešimas: Sveikatos technologijų vertinimas: metodinis pranešimas.  
[http://djank.home.mruni.lt/wp-content/uploads/2009/.../hta\\_pataisyta1.ppt](http://djank.home.mruni.lt/wp-content/uploads/2009/.../hta_pataisyta1.ppt) . [žiūrėta 2009 10 10]

Nyderlandai diegia STV labai tampriam ryšyje su ligonių kasomis.<sup>89</sup> Šiame kontekste labai sunku įgyvendinti restruktūrizavimus ar tiesiog valdyti investicijas į brangias technologijos ekonomiškai efektyviu būdu.

**4 lentelė. Magnetinio rezonanso ir kompiuterinio tomografo aparatūros pasiskirstymas milijonui gyventojų kai kuriose šalyse.**

	Lietuva	Čekija	Vengrija	Lenkija
Iš viso gyventojų šalyje (milijonai)	3,3	10,5	9,9	38,5
Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (%) nuo BVP	6,2	7,1	7,8	6,2
<b>Magnetinio rezonanso aparatų (vienetai milijonui gyventojų)</b>	3,2	3,8	2,6	1,9
<b>Kompiuterinio tomografo aparatų (vienetai milijonui gyventojų)</b>	14,2	13,1	7,2	9,2

Šaltinis: Sudaryta pagal Pasaulio banko, Sveikatos statistikos departamento ir Laisvosios enciklopedijos „Vikipedijos“ duomenis.

4 lentelė rodo, kad Lietuva, nepaisant mažo šalies dydžio, turi santykinai daugiau įrangos nei kitos panašias pajamas gaunančios šalys, bei kuriose gyventojų skaičius kelis kartus didesnis nei mūsų šalyje. Galima teigti, kad čia nėra nieko neefektyvaus, nes, turint tinkamą techniką, geriau nustatomos diagnozės ir gerėja paslaugų kokybė. Tačiau praktika rodo, kad mūsų sveikatos rodikliai nėra geri. Galima daryti prielaidą, kad nepaisant to, jog turime daug ir geros medicininės technikos, nemokame jos efektyviai naudoti arba dėl vadybos nebuvimo, arba dėl specialistų trūkumo.

Taigi, sveikatos priežiūros finansai yra kaupiami, skirstomi ir kontroliuojami per Valstybinių ligonių kasų valdymo objektą – Privalomąjį sveikatos draudimo fondo biudžetą. Vyriausybė prognozuoja, kad sveikatos draudimo mokesčio surinkimas 2010 m. labai sumažės. Todėl šiandien ypač svarbu teisingai įvertinti visas išlaidas, pajamų mažėjimus ir kitus veiksnius, kad būtų galima sukontroliuoti sveikatos apsaugos finansus, nebloginant paslaugų kokybės ir prieinamumo. PSDF išlaidos ir pajamos nuolat augo iki 2009 metų, kartu augo ir viešojo sektoriaus išlaidos sveikatai. Neoptimalus gydytojų skaičius, apmokėjimo lygis ir struktūra, įgūdžių derinys ir slaugytojų-gydytojų santykis yra vieni iš daugelio neigiamų veiksnių sveikatos priežiūros kaštų augime. Gyventojų senėjimas, didelis mirtingumas nuo įvairių ligų turi būti sprendžiama problema, nes vyresnio amžiaus visuomenei reikia vis sudėtingesnių sveikatos paslaugų. Taip pat svarbi yra labai didelė technologijų kaita, kuri yra labai brangi ir ne visada pateisina lūkesčius. Jei būtų užtikrinama išlaidų kontrolė, sveikatos priežiūros kaštai taip neaugtų. Ši problema yra nuolatinė ir sprendžiama visų sveikatos politikų, tačiau sustabdyti šį procesą labai sunku.

<sup>89</sup> Jankauskienė D. [http://djank.home.mruni.lt/wp.../01/patais\\_istekliai-ir-finansavimas.ppt](http://djank.home.mruni.lt/wp.../01/patais_istekliai-ir-finansavimas.ppt). [žiūrėta 2009 10 10]

### 3. KAŠTŲ MAŽINIMO PRIEMONĖS

Išlaidos sveikatos priežiūrai nuolat auga dėl įvairių priežasčių: didelės medicininių technologijų kaitos, visuomenės senėjimo, bendro ekonominio lygio staigaus kilimo ir kritimo ir kt. Taip pat auga ir pajamos. Sveikatos priežiūros kaštų augimas yra globali problema ir remtis vien literatūros analize, kad būtų galima sukurti kaštų kontrolės mechanizmą, neužtenka. Todėl magistrinio darbo tikslams įgyvendinti nusprendžiau atlikti ekspertinę apklausą. Pagrindinis klausimas buvo: „Kokie „įrankiai“ gali būti naudojami, kad pavyktų sukontroliuoti augančius sveikatos priežiūros kaštus, kad būtų galima optimizuoti sveikatos finansus? Kokie, apklausos dalyvio nuomone, būdai sukontroliuotų sveikatos priežiūros kaštų augimą?“.

Sveikatos priežiūros specialistų ir politikų yra daug. Ekspertinei apklausai pasirinkau atstovus iš gydymo įstaigų vadovų, medikų profesinių sąjungų, steigėjų (savivaldybių) atstovų, akademinės visuomenės, kai kurių visuomenėje žinomų atstovų. Ekspertinės nuomonės klausiau 17 asmenų, 5 neatsakė visiškai (tarp jų ir SAM atstovai), 4 atsakė, kad nenori dalyvauti apklausose. Taigi, apklausoje dalyvavo:

1. Mykolo Romerio universiteto (toliau MRU) Strateginio valdymo ir politikos fakulteto prodekanė doc.dr. Danguolė Jankauskienė;
2. Lietuvos sveikatos apsaugos darbuotojų profesinės sąjungos (toliau LSDSPS) pirmininkė Aldona Baublytė;
3. Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos (toliau LGVS) prezidentas doc. Stasys Gendvilis;
4. Valstybinių ligonių kasų Sveikatos priežiūros paslaugų departamento direktorė Jelena Kutkauskienė;
5. Klaipėdos miesto savivaldybės administracijos Socialinio departamento Sveikatos apsaugos skyriaus vedėja Janina Asadauskienė;
6. Nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos (toliau NSPIA) prezidentas habil. dr. prof. Vinsas Janušonis;
7. Nacionalinės sveikatos tarybos (toliau NST) sekretorius Romualdas Žekas;
8. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau PSI) biuro Lietuvoje vadovas dr. Robertas Petkevičius;

Pagal pagrindinius ekspertų pasiūlymus ir suformuotą poziciją, išanalizavusi Lietuvos sveikatos sektorių per išlaidų prizmę, pateiksiu pagrindinių priemonių planą, kuris sukontroliuos sveikatos priežiūros kaštų augimą.

### 3.1. Ekspertinės apklausos rezultatai

MRU Strateginio valdymo ir politikos fakulteto prodekanė doc.dr. Danguolė Jankauskienė yra aktyvi sveikatos politikos veikėja, dabar dalyvaujanti sveikatos reformos darbo grupėje. Docentė siūlo imti pavyzdžius iš kitų šalių ir jų įrankius, kurie leidžia kontroliuoti sąnaudas, pritaikyti Lietuvoje, tai būtų:

1. Žmones ilgiau išlaikyti sveikus. Tokiai priemonei reikia daug visuomenės sveikatos priemonių: sveikatos ugdymo mokyklose bei ikimokyklinėse įstaigose, sveiko būsto, aplinkos be taršos, sveikų darbo vietų, sveikos mitybos, tinkamo fizinio krūvio, nenaudoti kenksmingų medžiagų (alkoholio, tabako, narkotikų), sudaryti sąlygas sportuoti. Įgyvendinti alkoholio, tabako, narkotikų ir kitas visuomenės sveikatos programas.

2. Įvesti sveikatos technologijų vertinimą. Tai leistų atsisakyti neefektyvių metodų taikymo medicinos praktikoje ir paskatintų efektyvesnių bei naujesnių metodų naudojimą.

3. Pertvarkyti sveikatos sistemos valdymą. Svarbiausia, efektyvinti įstaigų veiklą per jų struktūrų pertvarką, per gydytojų-slaugytojų santykio ir funkcijų pertvarkymą, per kokybės gerinimo priemones.

4. Stiprinti I lygio sveikatos apsaugą. Atlikti sistemos pertvarką pirminėje sveikatos priežiūroje, suteikiant jai galimybę spręsti daugiau sveikatos problemų (pertvarkyti BPG komandą, įtraukiant į ją slaugytojas ir socialinius darbuotojus), integruojant į pirminę sveikatos priežiūrą (toliau PSP) (nebūtinai struktūriškai) socialinę pagalbą.

5. Plėtoti dienos stacionarą. Pertvarkyti stacionarinę grandį, perkeliant daugiau krūvio dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos sritims.

6. Pertvarkyti finansavimo sistemą. Reikia skatinti PSP veiklą už gerus darbo rezultatus ir veiklos efektyvumą, įvedant DRG sistemą stacionarams. Įvesti papildomą sveikatos draudimą kartu su gyventojų priemokomis.

DRG (*angl. Diagnosis-related group*) sistema tai diagnozių grupavimo sistema, kuri klasifikuoja ligoninėje teikiamas maždaug 500 paslaugų į vieną atvejį. Tokiu būdu skirstomas išteklių naudojimas. DRG yra priskirta grupavimo programa, kuri remiasi TLK įvardintomis diagnozėmis, procedūromis, grupuojama ir pagal amžių, lytį, patvirtinimo statusą, ir komplikacijų ar kitų poveikių buvimą ligos metu. DRG buvo naudojamas JAV nuo 1983 metų, siekiant nustatyti, kiek mokama už paslaugas ligoninėje, nes kiekvienoje pacientų kategorijoje yra panašių klinikinių atvejų.<sup>90</sup>

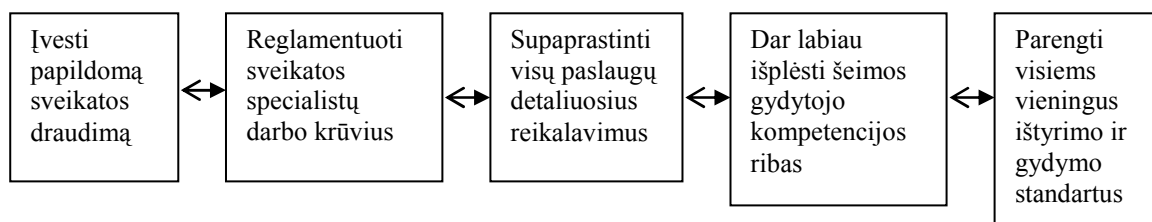
Doc. dr. D. Jankauskienės pastebėjimai tikrai atitinka ES šalių ir Amerikos patirtį, todėl Lietuvai yra ypatingai svarbu pasinaudoti sveikatos technologijų vertinimu. Atsižvelgiant į JAV prezidento B.

<sup>90</sup> Vikipedijos enciklopedija. [http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related\\_group](http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group) [žiūrėta 2009 10 21]

Obamos deklaracijas, kad reikia gydyti ne ligą, o žmogų, docentės pasiūlymas ilgiau išlaikyti žmones sveikus, yra labai aktualus.

Iš dalies prieštarauja sveikatinimo plėtrai LSDSPS pirmininkė Aldona Baublytė. Sveikatos priežiūros sektoriuje nemažą lėšų dalį vis dėlto „suryja“ socialinės problemos ir dalis atliekamų socialinių paslaugų, primestų sveikatos priežiūrai. Todėl reiktų atskirti visuomenės sveikatos specialistų darbą – veiklą, nuo sveikatos. Visas viešasis sektorius, neišskiriant ir sveikatos sistemas, lėtai prisitaiko prie kintančių ekonomikos sąlygų. Todėl svarbiausias kaštų mažinimo būdas būtų politikų valia reaguoti į nuolatinius pasaulio kitimus, priimant kontrolės mechanizmus atitinkančius rinkos sąlygas.

LSDSPS pirmininkė apklausos metu priminė, kad norint optimizuoti sveikatos priežiūros paslaugas, reikia optimizuoti kaštus. Todėl LR Vyriausybė, atidžiai perskaičiusi savo programą ir ją įgyvendinusi pagal 19 pav. pateiktus tarpusavyje susijusius siūlymus, net labai sumažintų sveikatos priežiūros kaštus:



19 pav. Sveikatos priežiūros kaštų mažinimo priemonės.

Aldona Baublytė sutiko ir su kito eksperto – Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos prezidento Stasio Gendvilio nuomone, kad tenka apgailestauti, jog ligonių kasos tuštėja, visuomenė vis senėja (ir jai reikia daugiau sveikatos priežiūros paslaugų), o medicininės technologijos brangsta. Tai, žinoma, ne tik mūsų šalies problema – šie procesai paliečia visų šalių sveikatos apsaugos sistemas. S. Gendvilis pažymėjo, kad pas mus problemos aktualumas didesnis tik dėl to, kad skirtingai nei kitose ES šalyse, sistema visada buvo nepakankamai finansuojama. Tam, kad būtų optimizuoti ir geriau kontroliuojami sveikatos apsaugos finansai, reikėtų:

- Žengti politinį žingsnį ir viešai pripažinti, kad PSDF negali finansuoti visos šalies žmonėms reikalingos sveikatos priežiūros paslaugų apimtį. Nuspręsti ir viešai paskelbti, kurios sveikatos priežiūros paslaugos ir kokia apimtimi visada ir visais atvejais finansuojamos iš PSDF lėšų (būtinoji pagalba, pirminė sveikatos priežiūra ir pan.).
- Labai pagrįstai apskaičiuoti, koks turi būti iš PSDF lėšų finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos fiksuotas įkainis (įkainio dydis turi būti nekintamas, sąlyginai jį peržiūrėti būtų galima ne dažniau nei 2 kartus per metus). Paslaugų kaina negali būti mažesnė už pagrįstą paslaugos teikimo savikainą.



- Panaikinti „plaukiojančio balo“ sistemą, kuri alina sveikatos priežiūros įstaigas ir vietoj jos įvesti riboto paslaugų, procedūrų skaičiaus sistemą.
- Sutartis tarp gydymo įstaigų ir TLK sudaryti tik tai paslaugų apimčiai, kuriai pirkti TLK turi ar planuoja turėti lėšų. Sutartyse turi būti nurodomas konkretus paslaugų, procedūrų (o ne jų grupių ar pan.) skaičius.
- Sveikatos priežiūros paslaugos, kurių negalima suteikti dėl ribotų TLK lėšų, turi būti finansuojamos paties paciento, arba savanoriškojo sveikatos draudimo. Dalis planinės sveikatos priežiūros paslaugų, kurioms finansuoti nepakanka PSDF lėšų, gali būti prieinamos pacientui eilės tvarka (panaši tvarka šiuo metu taikoma sąnarių protezavimui; šie principai gali būti išplėsti bei pritaikyti ir kitoms planinėms procedūroms ir operacijoms).
- Valandinį darbo apmokėjimo principą, kur įmanoma, pakeisti apmokėjimu už suteiktas paslaugas (konsultacijų skaičių, atliktų tyrimų skaičių, atliktų procedūrų skaičių ir pan.). Atitinkamai turėtų būti koreguojama darbo krūvio apskaita.

Taigi, pagrindinis LGVS prezidento siūlymas būtų ieškoti papildomų finansavimo šaltinių, kurie paskatintų konkurenciją sveikatos sektoriuje.

Galima daryti išvadą, kad mažėjančio finansavimo fone ypač aktuali papildomo finansavimo šaltinio paieška. Vienas iš plačiausiai diskutuojamų – Papildomas sveikatos draudimas. VLK Sveikatos priežiūros paslaugų departamento direktorė Jelena Kutkauskienė tvirtino, kad jo įvedimas Lietuvoje pareikalautų sukurti (įvardinti) papildomo draudimo objektą, o tai reiškia – atsisakyti dalies šiuo metu Privalomo sveikatos draudimo fondo lėšomis finansuojamų paslaugų kompensavimo, arba įvesti priemokas. Tačiau, J. Kutkauskienės nuomone, papildomo draudimo įvedimas negarantuoja sveikatos priežiūros įstaigoms papildomų pajamų dėl dviejų priežasčių. Pirma, nemokus gyventojas nesikreips dėl paslaugų, o dekomensacijos atveju jam teikiama valstybės kompensuojama būtinoji pagalba, t.y. iš to paties riboto biudžeto. Antra, šalyse, kuriose įvestos priemokos (arba dalis paslaugų nekompensuojama iš valstybinių fondų), tokiose kaip Suomija, Latvija, yra išskiriamos pacientų kategorijos (pvz. nėščiosios, onkologinėmis ligomis sergantieji), kuriems valstybė kompensuoja visas paslaugas arba dalį, viršijančią nustatytą leistiną maksimalią sumą jų sumokėtos priemokų sumos. Priemokų kompensavimo sistemų aptarnavimas yra labai brangus, kompensavimo mastas didelis – kompensuojama iki 60 proc. visų priemokų sumos, tad priemokų našta lieka ant valstybės pečių.

J. Kutkauskienė akcentavo, kad racionaliam lėšų naudojimui pasitarnautų aiški nuosekli sveikatos politika, kuri nurodytų įstaigos vietą šiandieninėje Lietuvos sveikatos sistemoje ir nubrėžtų jos perspektyvą. Įstaiga galėtų priimti sprendimą dėl veiklos plėtros (tęstinumo), pagrįstą ekonominiais skaičiavimais. Tęsiant nuostolingą įstaigos veiklą būtinas steigėjo dalyvavimas: jis turi prisiimti finansinę atsakomybę (kompensuoti įstaigos patiriamus nuostolius). Kalbant apie galimas išlaidų optimizavimo galimybes įstaigose, šios problemos sprendimo nesiečiau su teisinio reglamentavimo

tobulinimu. Racionalus lėšų panaudojimas yra įstaigos ūkinės veiklos uždavinys ir siektinas rezultatas ir turi būti sprendžiamas kiekvieną dieną. Teigiamus pokyčius, optimizuojant įstaigos išlaidas, paskatintų valdymo apskaitos diegimas, tradicinės kaštų mažinimo metodikos taikymas ir „lean“ metodologijos taikymas. Pastaroji metodika skatina susitelkti ties veiksmais, kurie nekuria vertės, ir siekti juos pašalinti, o tai reiškia – racionalizuoti sąnaudas. Deja, ji dar mažai žinoma Lietuvoje.

VLK atstovės nuomone, papildomas finansavimas ne visada gelbsti nuo kaštų didinimo problemos, o svarbiausia, yra pačių gydymo įstaigų veiklos efektyvumo skatinimas ir kontrolė. Kaip teigia ir Pasaulio banko ekspertai, Lietuvos gydymo įstaigose nėra valdymo kontrolės.

Klaipėdos miesto savivaldybės Sveikatos apsaugos skyriaus vedėja Janina Asadauskienė į ekspertinės apklausos klausimą, kokie „įrankiai“ gali sumažinti sveikatos paslaugų kaštų augimą atsakė labai ekonomiškai: sveikatos priežiūros kaštus tikraja prasme ir realiai gali sumažinti sveikatos priežiūros paslaugų paklausos sumažėjimas – tai yra daugiau sveikų žmonių, kuriems nereikalingos sveikatos sistemos paslaugos. Taigi, ji kaip ir kai kurie kiti apklausos dalyviai, pasisako už sveikatinimo politiką, kurios rezultatas būtų gerėjantys demografiniai rodikliai. Žmogaus sveikatai darantys įtaką veiksniai yra žmogaus gyvensena, aplinkos įtaka, paveldimumas, medicinos priežiūra ir kt. Gyvensenai darantys įtaką veiksniai yra žinios, kurias turėtų plačiai skleisti visos tiek asmens, tiek visuomenės sveikatos priežiūros institucijos; įgūdžiai arba įpročiai turi būti skiepijami nuo kūdikystės; galimybės arba sąlygos, kurias turėtų sudaryti žmogus ne tik pats sau, bet ir darbdaviai bei valstybė. J. Asadauskienė pažymėjo, kad tam sąlygos sudarytos –savivaldybėse įsteigti visuomenės sveikatos biurai, tačiau kad jie duotų kuo didesnę efektyvumą, reikėtų juos remti ir stiprinti. Taip pat savivaldybės atstovė kaštų kontrolės priklausomybę sieja su valstybės politika gerinant socialinę-ekonominę aplinką (nedarbas, benamiai, alkoholio ir tabako kontrolės politika ir t.t.). Tačiau šiandieninėje situacijoje tai yra tolimas tikslas, ilgalaikio kryptingo darbo rezultatas.

Paklausus apie būdus sukontroliuoti sveikatos priežiūros kaštų augimą, J. Asadauskienė pabrėžė, kad reikia kalbėti konkrečiai, t.y. apie valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai augimo kontrolę. Kadangi Europos Sąjungos kontekste valdžios sektoriaus kaštų sveikatos priežiūrai dalis nuo bendrojo vidaus produkto Lietuvoje yra labai menka, juo labiau, kad pats BVP menkas, tad stabdant, o blogiausia – dar ir mažinant šią išlaidų sveikatos priežiūrai dalį, neišvengiamai didėja ir didės gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai. Taigi, pirmasis kontrolės elementas – politikų prisipažinimas, kad valstybė nepajėgi apmokėti visų sveikatos priežiūros kaštų ir įteisinti gyventojų privačias išlaidas. Tai galėtų būti ir Papildomas sveikatos draudimas, ir tiesioginiai primokėjimai, pvz.. simbolinis mokestis pirminėje sveikatos priežiūroje, gydytojų iškvietimams į namus, nepagrįstiems GMP iškvietimams ir kt. – vien tai sumažintų pacientų srautus ir sveikatos sistemos kaštus. Suprantama, tai pablogintų paslaugų prieinamumą, tačiau paskatintų žmonių suvokimą, kad nėra nemokamos sveikatos priežiūros, kad ji yra brangi ir kad pigiau gyventi sveikiau ir siekti išsaugoti

sveikatą. Taip pat reikėtų dar kartą atidžiau pasverti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos galėtų būti mokamos pačių gyventojų.

Taigi, valdžios sektoriaus ryžtingumas perskirstyti paslaugas į mokamas ir nemokamas, su priemokomis ar be jų, yra žingsnis į išlaidų mažinimą ir bent kai kurių sveikatos sektorių privatizaciją (ypač priimtina pirminėje sveikatos priežiūroje).

Nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas habil.dr. prof Vinsas Janušonis apklausos metu nesiūlė „įrankių“ ieškoti kažkur toli – šiandien vykdoma Sveikatos priežiūros reforma, nes ji ir siekia mažinti sveikatos priežiūros kaštus. Ją vykdant labai svarbu nepamiršti, kad sunkmetis praeis, o pacientai, sergantys žmonės ir jų sveikatą prižiūrintys medikai – liks. Kaip teigia ir sveikatos apsaugos ministras Algis Čaplikas, „vien ekonominės naudos vaikymasis būtų kelias į niekur.“ Tolimieji strateginiai tikslai – tai investicijos į visuomenės sveikatą, ligų prevenciją, sveikatos palaikymą, stiprinimą ir formavimą. Tačiau tai – pusiau utopinis tikslas jo realizacijos prasme. Net JAV, sveikatos priežiūrai išleisdama beveik šeštadalį BVP, visuomenės sveikatos finansavimui skiria tik apie 5 proc. biudžeto. Racionaliai naudoti išteklius galima juos telkiant (centralizuojant) tam tikruose centruose, prieš tai nustatčius jų poreikį. Tai ypač svarbu brangių technologijų ir aukščiausios kvalifikacijos specialistų atžvilgiu. Kitas svarbus momentas – viešojo sektoriaus partnerystė su privačiu sektoriumi. Privatus sektorius suinteresuotas investuoti (pirkti brangias technologijas) ir įstaigoms parduoti paslaugas. Tai naudinga abiem pusėms ir šį procesą reikėtų skatinti. Žmogiškuosius išteklius (medikų darbą) atpigina konkurencija tarp įstaigų ir laisvas pacientų pasirinkimas norimos sveikatos priežiūros įstaigos. Todėl įstaigų apjungimas šia prasme turi ir teigiamų, ir neigiamų aspektų. Naujai suformuotos įstaigos adaptacijos laikotarpiu, kuris gali siekti kelis ir daugiau metų, darbo našumas ir paslaugų kokybė mažėja. Dar vienas momentas – tai dalies gydytojų funkcijų perdavimas slaugytojams, o slaugytojų – jų padėjėjams. Išvada būtų tokia: sveikatos priežiūros kaštus organizacijoje gali sumažinti tik pati organizacija, todėl sveikatos priežiūros įstaigų autonomijos (savarankiškumo) didinimas – viena iš kaštų mažinimo galimybių.

Nacionalinės sveikatos tarybos sekretorius Romualdas Žekas sutinka su nuomone, kad Lietuvoje finansiniai resursai tiek lėšų kiekiu, tiek santykinai (nuo BVP), mažoki ir daro tam tikrą neigiama įtaka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, ir kad daug didesnė problema ne mažame jų kiekyje, bet racionaliame panaudojime. Dauguma apklaustųjų kaip priemonę minėjo Papildomą sveikatos draudimą, tačiau, kaip ir VLK atstovė, taip ir R. Žekas nėra didelis šios idėjos šalininkas. Tokio draudimo buvimas, jo nuomone, turėtų didesnę psichologinę saugumo reikšmę, tačiau nebūtų efektyvus jau vien dėl brangaus administravimo. Vienas iš būdų optimizuoti kaštus yra privačių paslaugų teikėjų I ir II sveikatos lygiuose plėtimasis, nes konkurencija visada priverčia efektyviau naudoti resursus. Tačiau labiausiai sveikatos išlaidas mažintų žmonių sveikatinimas, kuo mažiau sergančiųjų – tuo mažiau išlaidų. Jei 80 proc. sveikatos priežiūros paslaugų perimtų I lygis – išlaidos

akivaizdžiai mažėtų. Tačiau tai padaryti reikia ne mechaniškai sumažinant ligoninių skaičių, bet motyvuojant ir infrastruktūriškai stiprinant ambulatorinę grandį, kad ši imtųsi daugiau funkcijų ir taip daugiau pacientų „nusėstų“ I lygyje, kur paslaugos pigesnės. Greta motyvacijos reikia ir smarkiai sustiprinti ekspertines TLK galias, kuri kontroliuotų daugiau negu dabar ir taip dar labiau didintų efektyvumą.

PSO biuro Lietuvoje vadovas dr. Robertas Petkevičius sutinka, kad plačiai šiuo metu Lietuvoje proteguojamas privatus draudimas nėra panacėja – tai būtina, bet pagalbinė priemonė. Labai svarbi sąlyga turėtų būti tai, jog kiekvienas suaugęs pilietis yra asmeniškai atsakingas už savo sveikatą. Todėl R. Žeko nuomonei pritardamas, siūlo stiprinti I lygį ir, sutikdamas su kitų apklaustųjų siūlymais, akcentuoja sveikatinimo ir didesnę paties žmogaus atsakomybės reglamentavimą. Pavyzdžiui, daug žmonių nesaikingai vartoja alkoholį ir tai neabejotinai didžiausia Lietuvos medicininė ir socialinė problema. „Karo keliuose“ suvaldymo pavyzdžiu reikėtų toliau mažinti Lietuvoje mirčių nuo išorinių priežasčių mastus, griežčiau kontroliuojant alkoholio vartojimą, keliant kainas ir įvedant vis naujus draudimus bei apribojimus, ypač jaunimui. PSO nuomone, reikia įstatymais reglamentuoti valstybės ir savivaldybių funkcijas visuomenės sveikatos priežiūros srityje, plėtoti sveikatos teisės ir ekonomikos praktiką, mokslą ir studijas. Ypač vertingas tarptautinis bendradarbiavimas ir geros praktikos pasidalijimas modernios visuomenės sveikatos srityje galėtų būti su Europos Komisija (ypač su ES šalimis), Pasaulio sveikatos organizacija ir kitomis tarptautinėmis organizacijomis, kaimyninėmis valstybėmis. Todėl nereikia toli ieškoti, o tiesiog užsiimti sveikatinimu ir jau dalis kaštų sumažės.

Visi ekspertinėje apklausoje dalyvavę 8 sveikatos specialistai, dirbantys įvairiose sveikatos srityse, sutinka, kad sveikatos priežiūros kaštai auga ir juos tiesiogiai sieja su išlaidomis. Be abejo, auga ir bendra ekonominė situacija, tačiau sveikatos sektorius specifinis – jis jautresnis visuomenei, todėl ne visada tinka paprastieji ekonomikos dėsniai. Dauguma kaštų kontrolę siūlo stabdyti per gydymo įstaigų vadovų darbo našumą, sveikatos paslaugų perkėlimą į I lygį, kuriame paslaugos pigesnės. Taip pat visi sutinka, kad reikia tobulinti finansavimo sistemą, galbūt, per šiuo metu inicijuojamą sveikatos apsaugos reformą. Ir visi be išimties sutinka, kad sveika visuomenė taupo sveikatos išlaidas, o sveikatinimo prioritetą yra būtinas.

### **3.2. Priemonių planas išlaidoms mažinti**

Sveikatos paslaugos susideda iš įvairių dalių – „produktų“ – tai ir prevencija, ir gydymo skyrimas, ir vaistai, ir savikontrolė ir t.t. Teikdami paslaugas taip pat galime nustatyti ir jų apimtį bei naudingumą. Į bet koki sveikatos priežiūros procesą įvedę naują elementą arba jį išėmę, mes turime gauti naudą arba nenaudą. Sveikatos kaštų didėjimas rodo, kad mes į procesus įvedame naujus elementus, tačiau, ar jie yra paskaičiuoti, ar jie duos „pelną“. Nors sveikatos apsaugoje žodžio „pelnas“

naudoti negalime, tačiau investicijos turi atsipirkti – jos turi duoti visuomenei geresnes sveikatos paslaugas.

Pavyzdys: sumažinę akių korekcijos lazeriu kainą, padidinsime skaičių žmonių, kurie norės operuotis ir sumažės perkančiųjų akinius, o jei įvesime į rinką pažangų vaistinių gydymą kraujagyslių ligoms gydyti – sumažės transplantacijų, šuntavimų ir kitų chirurginių kraujagyslių intervencijų. Kiekvienoje situacijoje turi būti apgalvotas ir įvertintas kompensavimo, kainų didinimo ar mažinimo, technikos įsigijimo ir kiti aspektai. Tačiau realiai geriausią pasirinkimą gali padaryti pats žmogus.

Tad gal sveikatos politika, paremta žmonių savimone, išlaidų visai ir netaupo?! Taupymas tik politikų skaičiavimais, ekonominiais pagrindimais ir gydymo įstaigų vadovų vadyba, taip pat niekada neduos visapusio teigiamo efekto. Svarbu suvokti, kad tik kompleksinis, struktūrinis sistemos „gyvenimas“ gali duoti reikiamą naudą. Todėl pirmiausias siūlymas būtų auklėti pačią visuomenę, o visos kitos priemonės yra neatsiejamos.

Išanalizavus temos aktualijas, sveikatos specialistų (ekspertų) nuomonę, galiu įvardinti pagrindines realias priemones, kurios mažintų arba bent sustabdytų sveikatos priežiūros kaštų augimą: savanoriškas sveikatos draudimas, kontroliuojančių institucijų veiklos tobulinimas, gydymo įstaigų vadovų galių keitimas ir kita. Svarbiausia yra efektyviai naudoti turimas lėšas, nes kaštų augimo sustabdymas yra globalinė problema, kurios tikriausiai neįmanoma išspręsti.

### **3.2.1. Finansavimo tobulinimas**

Lietuvoje pagrindiniai sveikatos sistemos finansai yra sutelkti PSDF biudžete. Ligonių kasos, sudariusios sutartis su gydymo įstaigomis, pagal nustatytas paslaugos bazines kainas, moka už suteiktas paslaugas. Atlikus analizes aiškėja, kad toks sistemos modelis yra teisingas ir efektyvus. Tačiau neteisingi yra teikiamų paslaugų įkainiai, kartais sutarčių objektai ir neskatinamas papildomas finansavimas, t.y. galimybė gydymo įstaigoms „uždirbti“ papildomai, o žmonėms turėti papildomą sveikatos draudimą.

Naujausia sveikatos paslaugų kainas ir apmokėjimą skaičiuojanti sistema yra jau minėta DRG. Be abejo, tam, kad ji funkcionuotų, iš pradžių turi būti teisingai nustatyta bazinė paslaugos vertė. SAM planuose, siekiant užtikrinti, kad gydymo įstaigų finansavimas tiesiogiai priklausytų nuo jų suteiktų paslaugų apimties bei kokybės, ir tobulinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo metodus bei kainodarą, rengiami DRG (paslaugų apmokėjimo metodas pagal giminingų diagnozių grupes) sistemos ir ABC kainodaros (veiklomis pagrįsta asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų apskaita) sistemos diegimo planai. Tačiau be įkainių peržiūrėjimo negalima net pradėti vykdyti DRG sistemos.

Įkainis turi būti apskaičiuojamas pagal tai, kokias sąnaudas patiria gydymo įstaiga, teikdama paslaugas (žr. 5 lentelę). Paslaugų kainų struktūra turėtų apimti lentelėje nurodytas pagrindines išlaidų

grupės. Išanalizavus kelių dešimčių patiriamas išlaidas ir išvedus vidurkius, atsirastų koeficientai pagal kuriuos būtų galima ir skaičiuoti bazinę kainą. Koeficientas dauginamas iš kintančios vertės (pvz., medikamento kainos), kurios vidurkis yra peržiūrimas kas 2-4 metus, priklausomai nuo paslaugos. Pavyzdžiui, rankos gipsavimas labiausiai priklauso nuo gipso ir tvarsčio kainos, nes darbo kaštai nelabai kinta, todėl, jei sugrįšime prie šios paslaugos vertinimo kas trejus metus ir peržiūrėsime, ar nėra didelių pasikeitimų šių priemonių kainose, sužinosime, ar bazinė gipsavimo kaina gali mažėti, ar didėti. Be abejo, šis pavyzdys labai primityvus.

**5 Lentelė. Paslaugų kainų struktūros skaičiavimas įvertinant atskiras grupes.**

<b>Informacija apie pasirinktos būklės vieno paciento gydymą</b>	<b>Bendra informacija apie ligoninę už X metus</b>
Išvardinti medicinos personalą (gydytojus, slaugytojus, kitus) tiesiogiai dalyvaujančius pasirinktos būklės paciento gydymo procese, įskaitant atliekamas operacijas ir procedūras.	Administravimas. Ligoninės uždirbtos lėšos už visas suteiktas paslaugas, bendras naudojamų patalpų skaičius kv. m., piršto ir naudojamo ilgalaikio turto įsigijimo vertės, komunalinės išlaidos (elektra, šiltas vanduo, šaltas vanduo, šiluma, šiukšlės, med. atliekos, išlaidos valymui, ryšio paslaugos, kanceliarijos išlaidos, darbuotojų darbo užmokesčio fondo dydžiai pagal darbuotojų grupę (administracija, ūkio dalis ir t.t.) ir kt.
Nurodyti, kiek kiekvienas atskirai išvardintas medicinos specialistas (gydytojas, slaugytojas, kiti), tiesiogiai dalyvaujantis paciento gydymo procese, vienu metu gali gydyti pasirinktos būklės pacientų.	Bendra informacija apie kiekvieną pasirinktą būklę. Kiekvienos pasirinktos būklės vidutinis tyrimų skaičius. Gulėjimo trukmė, atliekamų operacijų skaičius
Išvardinti atliekamas operacijas, procedūras bei laboratorinius tyrimus ir nurodyti vidutinės atskirai kiekvienai operacijai ir procedūrai sunaudojamų vaistų, medicinos priemonių sąnaudas, kiek kartų atliekama.	
Nurodyti vienos dienos paciento gydymo viešbučio paslaugų sąnaudas (maitinimo, patalynės (skalbimas, keitimas, atnaujinimas), patalpų valymo ir kt.)	
Nurodyti, kokia procentinė paslaugos kainos dalis turėtų būti skiriama informacinėms technologijoms (technikai, programoms, priežiūrai) tobulinti ir prižiūrėti.	

Taip pat turėtų būti suvienodintos bazinės kainos prevencinėse programose ir gydytojų specialistų konsultacijose. Priede 5 yra pateikta lentelė su konsultacijų bazinių kainų palyginimu, kuriame Gydytojų specialistų konsultacijų, apmokamų pagal prevencines programas ir įprastines konsultacijas, bazinės kainos skiriasi, nors bazinių kainų nustatymo metodikoje numatyta, kad to paties lygio sveikatos priežiūros įstaigoms už faktiškai suteiktas vienodas asmens sveikatos priežiūros paslaugas TLK apmoka pagal vienodas bazines kainas. Teikiant profilaktikos paslaugas pagal SAM patvirtintą tvarką, pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose profilaktinių paslaugų bazinė kaina neišskiriama, o prevencinėse programose išskirtos pirminės sveikatos priežiūros gydytojo teikiamų paslaugų kainos. Taip pat prevencinių programų paslaugoms nustatyti skirtingi kodai (skiriasi ir pagal tyrimų rezultatus) negu kitoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Prevencinių paslaugų kodavimą atlieka gydymo įstaigos. Tam reikia didesnių administravimo sąnaudų gydymo įstaigose. Todėl būtų siūlymas suvienodinti bazines kainas prevencinėms, profilaktinėms ir konsultacinėms paslaugoms, kai jos yra tokios pačios apimties, ir nustatyti vienodą paslaugos kodą, kad būtų administravimo sąnaudų taupymas VLK ir gydymo įstaigose.

Kitas sveikatos finansų tobulinimo būdas yra Papildomas savanoriškas sveikatos draudimas. Papildomo savanoriško sveikatos draudimo įgyvendinimas atveria vartus konkurencijai, bet tuo pačiu ir monopolijai. Pasak Australijos tyrinėtojų, sveikatos draudimo rinka dažniausiai vis tiek išsigimsta ir nukrypsta į turtingųjų arba labai jaunų žmonių grupes, t.y. arba jiems iš viso dar nelabai aktualios sveikatos paslaugos išskyrus ambulatorinę grandį, arba jie tokie turtingi, kad sudėtingos operacijos bet kurioje pasaulio vietoje jiems nėra tabu. Tokiu atveju australai daro tokią išvadą – sveikatos sektoriuje nesivysto aukštosios technologijos, ji netobulėja ir net prastėja. Tokioje situacijoje iškyla grėsmė apdraustojo sveikatai, didėja rizika ir pan. Taip Airijoje draudikai, pradėję derėtis perkant diagnostines paslaugas, taiko šiuos kriterijus: paslaugos kainą, paslaugos įtaką demografijai ir teikiamų paslaugų kokybę. Draudikas tampa dominuojančia šalimi ir gali diktuoti sąlygas – „draudikas yra ligoninės kasa“. Tačiau taip kyla gydymo įstaigų efektyvumas. Draudikas, skaičiuodamas savo srautus, žino, kiek ir kokių paslaugų jam reikės pirkti – sudaro sutartis su gydymo įstaigomis ir taip vaikšto efektyvūs srautai. Veikla ligoninėje taip pat turi būti verslas, t.y. ekonomiškai pagrįsta.<sup>91</sup> Taigi, draudimo kompanijų ir jų administruojamo draudimo nauda sveikatos sektoriui ir žmogui priklauso nuo to, kokiame vaidmenyje visoje sveikatos apsaugos grandinėje jis išsiplėtoja, ką kontroliuoja ir apskritai, kaip veikia.

Amerikoje paplitęs savanoriškas sveikatos draudimas, kurį administruoja draudimo kompanijos ir žmogus pats sprendžia (pasitaręs su gydytoju), kas jam labiau apsimoka, kiek jis turi tam lėšų ir kaip jis gali ir nori gyventi. Sveikatos vadybininkas žmogui pasiūlys sportuoti ir sveikai maitintis, kad jis

---

<sup>91</sup> McCarthy B. The Evolution and Transbirmation of Networks: A Study of Private Health Insurance in Ireland. Department of Marketing, James Cook University, Townsville, Queensland, Austrliia 101-102 PSL.

išvengtų skrandžio opos ar kažkokios kitos ligos, o žmogus pats spęs, ar jam geriau dabar valgyti kiek nori ir ką nori bei sėsliai gyventi, o po to išleisti visus pinigus operacijoms ir reabilitacijoms, ar ne. Kai mūsų visuomenėje vyrauja nuomonė, kad ne pats žmogus atsakingas už savo sveikatą, o gydytojas, ligoninė ar sveikatos politikai, taupyti lėšas yra labai sudėtingas procesas. Amerikiečiai dažnai įvardija savo sveikatos priežiūros sistemą kaip „geriausią pasaulyje“. Nors dauguma sistemos dalių yra tikrai puikios (savanoriškas draudimas), sunku sutikti su šia nuomone iš esmės, nes Amerikos sveikatos apsaugos sistemoje yra labai dideli išlaidų srautai, o rezultatas nėra toks efektyvus.<sup>92</sup>

Žiūrint iš mūsų šalies pusės, galima daryti išvadą, kad Papildomo draudimo įvedimas gali būti naudingas ir naudojamas tik, jau ir airių sveikatos sistemoje minėtoms grupėms, turtingų ir jaunų žmonių grupėse, kurie ir taip yra linkę išleisti sveikatos apsaugai, arba jiems apskritai nėra tokio poreikio. Todėl lieka vaikai ir pensinio amžiaus gyventojai, kuriais turi rūpinti valstybė. Tačiau valstybė, besirūpindama visais, turi suteikti galimybę žmogui pasirinkti: nori jis papildomo draudimo, ar ne.

Lietuvoje sveikatos papildomo draudimo koncepcija turėtų atskirti kaupiamąjį sveikatos fondą ir papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, kaip atskirus strateginius sveikatos priežiūros finansavimo šaltinius, turinčius savo aiškia paskirtį ir skirtingas išmokų mokėjimo galimybes. Sudarant galimybes žmogui pasirinkti.

Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo plėtros pagrindinis tikslas yra vienas – pritraukti papildomų lėšų į sveikatos sistemą, kartu dalį žmogaus asmeninių finansinių nuostolių sveikatos priežiūrai pakeičiant papildomu sveikatos draudimu. Nuoseklus papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įvedimo veiksmų planas galėtų būti toks:

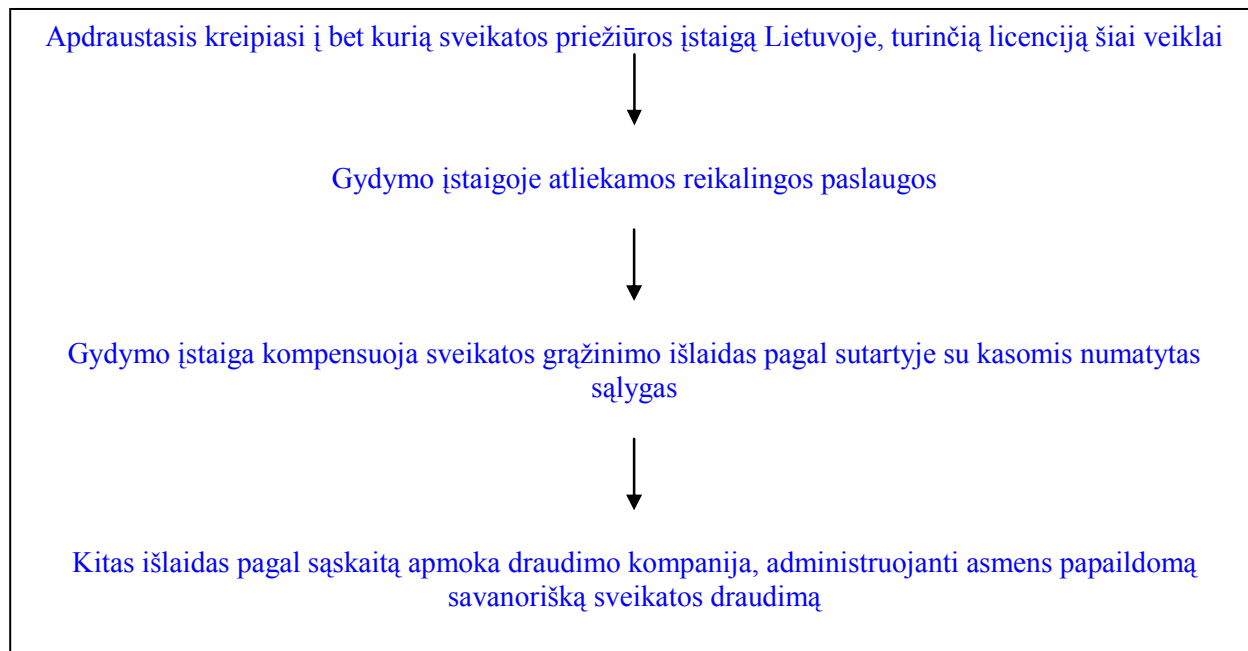
1. Paslaugų įkainių peržiūrėjimas. Tikslas būtų išgryninti draudimo objektą, iki kurio trumpiausias kelias – neatidėliojant pradėti vykdyti pacientų gydymo kaštų apskaitą, pasitelkiant gydymo įstaigų informacines sistemas;
2. Papildomo sveikatos draudimo objekto apibrėžimas. Reikia įvesti aiškumą ir draudikams, ir gyventojams, išvengti dvigubo paslaugų apmokėjimo (valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose) ir sudaryti galimybę atsisakyti „vokelių“ sistemos;
3. Skatinti papildomą sveikatos draudimą per Kaupiamąjį sveikatos fondą (leisti panaudoti asmenines lėšas papildomam draudimo planui įsigyti);
4. Skatinti papildomo sveikatos draudimo plėtrą, taikant mokestines lengvatas ir fiziniams, ir juridiniams asmenims.

Apibrėžus šiuos pagrindinius punktus, būtų galima leisti žmogui apsispręsti, kaip jis rūpinsis savo sveikata. Susirgus ar įvykus traumai, arba Papildomas sveikatos draudimas kompensuotų patirtas

<sup>92</sup> Lee H. Robert Economics for healthcare managers 2000 Health Administrations Press ISBN 1-56793-130-8. 14 p.



gydymo išlaidas, arba pats žmogus mokėtų iš savo asmeninių lėšų, arba gautų paslaugų tik tiek, kiek nemokamai gali suteikti valstybė.



#### 20 pav. Techninis papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo vykdymas.

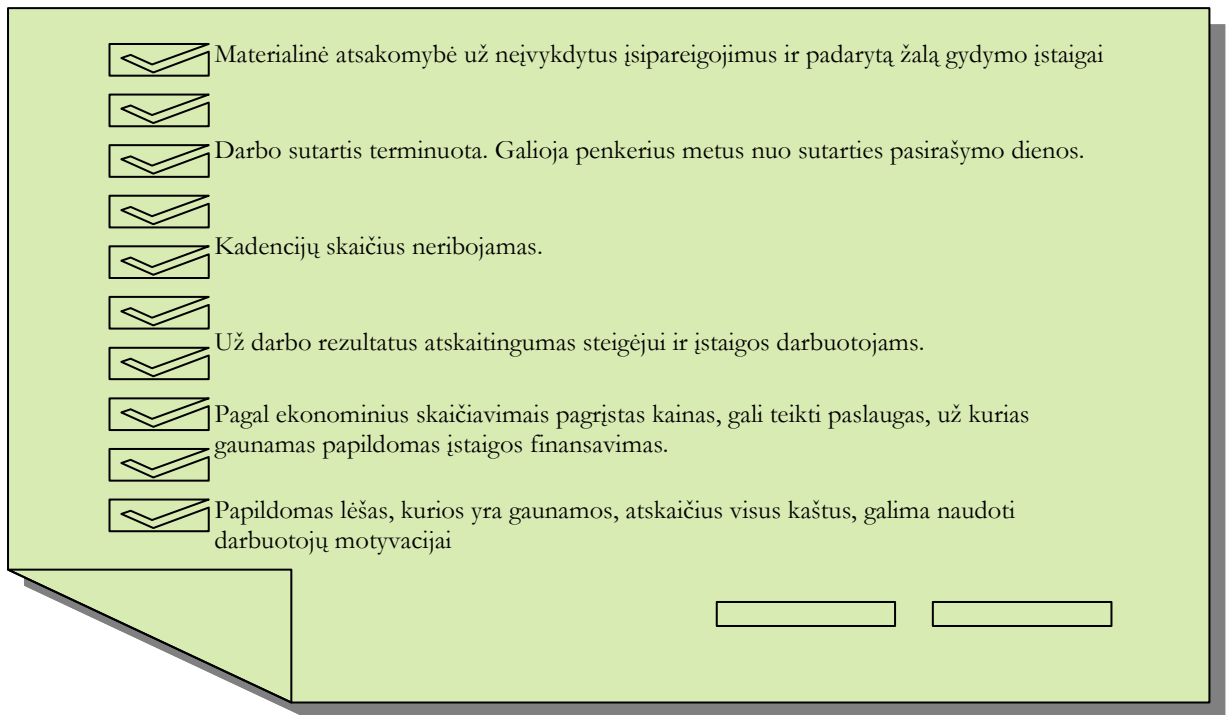
Techniškai sistema atrodytų taip, kaip pavaizduota 20 paveiksle. Patenkinami visų poreikiai: pacientas gauna paslaugas, kurių nori ir reikia, gydymo įstaiga gauna apmokėjimą, o draudimo kompanijai nėra sudėtinga administruoti.

Taigi, finansavimo tobulinimas susideda iš esamos sistemos pertvarkymo įvedant realias bazines kainas, ir papildomų lėšų sveikatos sektoriuje atsiradimo.

#### 3.2.2. Gydymo įstaigų valdymas

Dauguma ligoninių yra ne pelno siekiančios įstaigos, kurias valdo vietos valdžios institucijos. 2.3.3. skyriuje jau komentuotos Pasaulio banko išvados, kurios teigia, kad daugelis sveikatos apsaugos pareigūnų taip pat išreiškė nuomonę, kad yra nepakankamas ligonių vadovų korporatyvumas ir profesionalumas, kad ligoninės nėra visiškai atsakingos už išteklius, kuriuos jos gauna, ar už paslaugas, kurias jos teikia, ir kad ligoninės (kaip daranti įtaką interesų grupė) turi didelę įtaką sveikatos apsaugos sistemos vadovybei, vietiniame ir nacionaliniame lygyje.<sup>93</sup> Todėl kelia rūpestį ligoninių sistemos valdymo skaidrumas.

<sup>93</sup> World Bank Group. 77 psl



**21 pav. Gydymo įstaigos vadovų kompetencijos didinimo ir ribojimo siūlymai, kurie galėtų būti įtraukti į darbo sutartis.**

Visi ekspertinėje apklausoje dalyvavę asmenys sutiko, kad kaštų kontrolė ir sveikatos apsaugos ekonominis efektyvumas didžiaja dalimi priklauso nuo gydymo įstaigos efektyvumo 21 paveiksle yra pateikti pavyzdžiai, kaip galima tai padaryti išplėtus vadovo atsakomybę ir kompetenciją. Vienas pasiūlymas, kaip padidinti vadovų atsakomybę yra jau ir LR Viešųjų įstaigų įstatyme, reikia juo tik pasinaudoti. Įstatymas numato, kad su viešosios įstaigos vadovu gali būti sudaryta jo visiškos materialinės atsakomybės sutartis. Todėl steigėjas turėtų numatyti materialinės atsakomybės našą darbo sutartyje su gydymo įstaigos vadovais. Tai kol kas pas mus nedaroma arba numatoma labai maža (pvz., trijų atlyginimų dydžių) bauda.

Taip pat reikia apriboti gydymo įstaigos vadovo kadencijos ribas, t.y. nustatyti terminuotą darbo sutartį. Pasibaigus darbo sutarčiai, būtų skelbiamas konkursas, kuriame buvęs vadovas galėtų dalyvauti jau neribotą kartų skaičių (t. y. 2, 5 ar 7 kadencijas iš eilės). Be abejo, tada steigėjas turi organizuoti labai skaidrius ir išplėstinius konkursus, kad gydymo įstaigų vadovai nebūtų keičiami pagal tai, kokia tuo metu partija yra valdančioji. Todėl būtų efektyvu, kad gydymo įstaigos darbuotojai galėtų balsuoti rinkdami gydymo įstaigos vadovą. Pavyzdžiui, 50 proc. balsų priklausytų nuo darbuotojų ir 50 – nuo savivaldybės sudarytos komisijos. Lemiamą balsą turėtų meras, ministras ar kitas vadovas, kuris yra steigėjo organizacijos vadovas.

Be abejo, kad priimtų tokią atsakomybę už gydymo įstaigos veiklą, vadovas turi turėti galimybę ir laisvę skirstyti lėšas. Todėl gydymo įstaigoje reikia įvesti primokėjimo už paslaugas galimybę, kad

vadovas galėtų ekonomiškai efektyviai teikti paslaugas. Taip pat turėtų būti sureguliuoti paslaugų įkainiai pagal rinkos sąlygas, nes kai kurių paslaugų kaštai yra gerokai didesni nei numato bazinė vertė, o kai kurių mažesni. Jei paslaugų vertės būtų realios, tuomet gydymo įstaigų vadovai galėtų teikti tas paslaugas, kurių reikia, o ne taip, kaip dabar – tas, kurios apsimoka.

Papildomas finansavimas galėtų būti motyvacija ir tuo atveju, jei steigėjas leistų dalį lėšų paskirstyti darbuotojams. Taip darbuotojai ir vadovas būtų skatinami, jie jaustųsi tarsi įstaigos dalinininkai. Dabar irgi vadovas gali skirti premijas, priedus ir panašiai, tačiau dažnai tai daro ne todėl, kad turi papildomų lėšų, o todėl, kad tai yra atlyginimo dalis. Siūlymas būtų toks: esant įstaigos efektyviai veiklai, dalį papildomai uždirbamų lėšų skirti darbuotojams kaip papildomą finansinį skatinimą. Tai tarsi dividendai akcininkams už įmonės pelningumą. Finansinis skatinimas nebūtinai turi būti tiesioginis, tai gali būti kvalifikacijos kėlimo rėmimas ar kita forma.

Geriausias gydymo įstaigos kontrolierius yra pats vadovas, kuriam yra motyvacija dirbti, o vadovui kontrolieriai – jo darbuotojai. Todėl steigėjas ir už sveikatos paslaugas mokančios kasos, suteikdamas daugiau galimybių, suteiks ir didesnę efektyvumą.

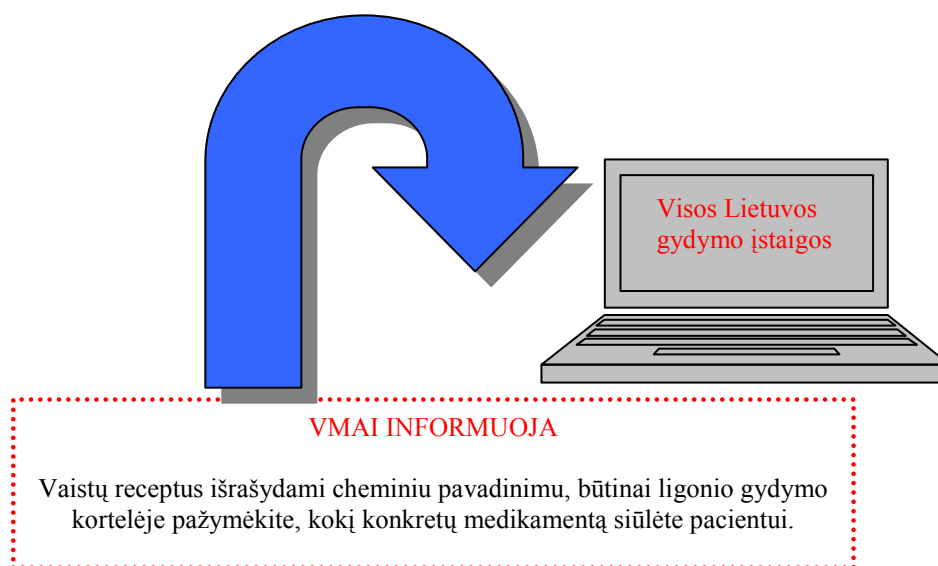
### **3.2.3. Vykdomų kontrolės procedūrų tobulinimas**

Sveikatos priežiūros sektoriuje trūksta viešumo vykdant pirkimus, nėra sveikatos technologijų vertinimo sistemos, kuri garantuotų, kad investiciniai sprendimai yra pagrįsti poreikiais. Praktiškai nėra kokybės valdymo ir kontrolės, egzistuoja tik atskiri elementai, todėl ši sistema fragmentiškai neveiksminga.

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba turėtų labiau rūpintis ne tik kontroliavimu, ar įstaiga atitinka reikalavimus, kad gautų licenciją, bet ir nuolat teikdama rekomendacijas pagal daromas klaidas. Pvz., jei atliko kontrolės procedūrą dėl laboratorijų atitikimo reikalavimams „X“ ir „Y“ ligoninėje ir pastebėjo, kad abejose nėra atitinkamo dydžio stalų reikiamai suskirstyti mėginius, nereikia iškart skirti baudas toms įstaigoms ir ieškoti, kur dar taip yra. Reiktų išplatinti pranešimus visoms kitoms gydymo įstaigoms, pvz.: „Dvejose įstaigose patikrinimų metu aptikta „abc“ neatitikimai, atkreipkite dėmesį, ar pas jus viskas atitinka reikalavimus. Jei ne, prašome ištaisyti klaidas“. Teikdami rekomendacijas ir skubiai informuodami kitas įstaigas, tarnyba tik pagerins paslaugų kokybę, nes tokių institucijų, kaip VASPVT, tikslas neturi būti aptikti kuo daugiau pažeidimų, bet daryti, kad jų nebūtų. Tai reiškia, kad svarbiausia nuolat teikti rekomendacijas, kas šiandien nėra aktyviai daroma.

Dar viena institucija, susijusi su kokybės priežiūra, yra VMAI, kuri tiria pacientų skundus bei gina pacientų teises. Tačiau nevykdo išaiškintų atvejų monitoringo. Panašus pavyzdys, kaip ir VASPVT: VMAI atlikus įvykio „abc“ tyrimą „Z“ ligoninėje ir pateikus išvadas, kaip pavyzdį reiktų išplatinti ir kitoms įstaigoms bei gydytojams, kad nenutiktų panaši situacija. Pavyzdys pateiktas 22

paveiksle parodo, kad trumpi VMAI pranešimai gali būti nuolat siunčiami tiesiogiai į gydymo įstaigų elektroninius paštus. VMAI analizes, praktines ataskaitas ir rekomendacijas galėtų teikti kas ketvirtį. Pavyzdyje pateikta rekomendacija dėl receptų rašymo galbūt išgelbėtų daugumą gydytojų nuo neteisingų kaltinimų dėl šalutinių vaistų poveikių. Todėl, kad rašant tik cheminį vaisto pavadinimą ir neatsižvelgus į kitus veiksnius (alergijos, lydintys susirgimai), žmogus vaistinėje gali įsigyti nevisiškai jam tinkamą vaistą ir turėti rimtų sveikatos sutrikimų, už kuriuos atsakys vaistus išrašęs gydytojas. Todėl gydytojas turėtų išskirtiniais atvejais bent žodžiu patarti pacientui ir įrašyti į ligos istoriją pažymėti, kokiam konkrečiam vaistui teikti pirmenybę, o kokio iš viso negalima vartoti, nesvarbu, kad jis yra panašios sudėties.



22 pav. VMAI informavimo Lietuvos gydymo įstaigos schema.

Taip pat yra būtinas klaidų registravimas. Jau pateikti pavyzdžiai rodo, kad už kiekvieną gydymo įstaigos ar medicinos personalo klaidą yra mokamos baudos, kompensacijos iš to paties sveikatos apsaugos biudžeto. Reikia kontroliuoti šią sritį, kad mokesčių mokėtojų surinkti ir gydymo įstaigos pasisavinami pinigai nebūtų nevisiškai pagrįstai „perskirstomi“ kitoms institucijoms ar individualiems asmenims. Jau minėti įspėjimų ir rekomendacijų teikimai būtų labai efektyvus būdas, mažinantis išlaidas baudoms ir leidžiantis geriau juos panaudoti klaidoms taisyti.

Dabar žmonės ypač yra linkę skųstis ir nuolat ieškoti teisybės ir moralinės žalos kompensavimo. Sveikatos sektoriuje tai yra itin skaudi tema, nes padarytos žalos yra žmogaus sveikatai. Todėl reiktų registruoti daromas klaidas sveikatai, kad teismai ar arbitražai (pagal teisinės galimybes) žinotų, maždaug kokios išmokos galimos esant vienam ar kitam atvejui. LR įstatymai numato laisvės atėmimą ar kitokias bausmes už konkrečius nusikaltimus. Todėl ir už sveikatai padarytas medikų ir gydymo įstaigos klaidas taip pat gali būti sudarytos rekomendacijos.

Vien tik administracinių sprendimų nepakanka, todėl Lietuvos politikai nagrinėja kai kurių profsajungų ir institucijų siūlomą Žalos atlyginimo be kaltės modelio įgyvendinimą. Būtų logiška

siūlyti, kad tobuloje visuomenėje žalą patyręs asmuo turi gauti atitinkamą finansinę paramą. Lyginant ieškinio, kuris dabar yra įteisintas, ir atlyginimo be kaltės modelių skirtumus, akcentuotas visiems svarbus moralinis aspektas. Ieškinio modelio pasekmės gali būti skaudžios ir pacientams, ir gydytojams: išugdyta baudimo kultūra, pacientų nepasitikėjimas medikų visuomene, klaidų slėpimas ir žema gydytojų moralė. Taigi, pati būdama ydinga, sistema „gaudo“ nekompetentingus gydytojus.

Ieškinio modelio alternatyva – atlyginimas be kaltės. Tai žalos kompensavimo sistema, kurios centre yra pacientas. Pagrindiniai modelio principai: pirmasis – žala atlyginama pacientui, jeigu žalos atsiradimo priežastis susijusi su gydytojo teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis; antrasis – ekspertai nustato tik žalos dydį, neieškodami gydytojo aplaidumo ar pareigos nevykdymo požymių. Be abejo, sužalojimo priežasties nustatymas yra sudėtinga procedūra ir pasitaiko atvejų, kai reikia atsakingai spręsti: blogas rezultatas yra dėl pačios ligos progresavimo ar dėl gydymo nesėkmės. Tačiau tokio modelio tarptautinė praktika rodo, jog nustačius sužalojimų kategorijas bei atsižvelgiant į ekspertų darbo patirtį, sudėtingų atvejų skaičius mažėja. Nesvarbu, koks žalos atlyginimo modelis taikomas šalyje, pacientas turi teisę kreiptis į teismą dėl žalos atlyginimo. Prisiimdamas riziką jis gali rinktis teismo ginčo nagrinėjimą, tačiau po sprendimo priėmimo jau nebegali kreiptis į Žalos atlyginimo be kaltės fondą.

Galimi įvairūs žalos kompensavimo fondo sudarymo variantai: valstybės pacientų draudimas (socialinio draudimo sistemos dalis), gydymo įstaigų civilinės atsakomybės draudimas ar sudėtinis (mišrus) variantas. Dabar gydymo įstaigos draudžiasi, bet didelė dalis pinigų nusėda draudimo kompanijų „kišenėje“, o jei tie pinigai būtų dedami į Žalos atlyginimo fondą, jų išskirstymas bent jau duotų naudą nukentėjusiems žmonėms ir valstybei, nes nereiktų ieškoti papildomų milijonų, kaip gydymo įstaiga sumokės už priteistą žalą.

#### 6 lentelė. Didžiosios Britanijos orientacinės kompensacijų sumos už kai kuriuos sužalojimus.

<b>Sužalojimai</b>	<b>Orientacinės kompensacijų sumos (Didžiosios Britanijos, £)</b>	<b>Orientacinės kompensacijų sumos (Lietuvos, Lt)</b>
Kaklo	£2,500 - £50,000+	10,000 – 200,000 Lt +
Nugaros	£5,000 - £100,000+	20,000 – 400,000 Lt +
Lūžęs kaulas	£5,000 - £100,000+	20,000 – 400,000 Lt +
Kojos/Rankos/ klubų	£3,500 - £80,000+	14,000 – 320,000 Lt +
Smegenų/Galvos	£8,500 - £100,000+	34,000 – 400,000 Lt +
Psichologinės traumos	£1,000 - £75,000+	4,000 – 280,000 Lt +
Kurtumas	£6,500 - £75,000+	23,000 – 280,000 Lt +

Vienos valstybės tai pripažįsta kaip socialinio draudimo sistemos dalį, kitos – fondą formuoja iš gydymo įstaigų civilinės atsakomybės draudimo. Be abejo, valstybės finansų strategai pasakytų, kad

vis tiek reikės papildomų finansų tokiam fondui sukurti. Tačiau galime pasinaudoti užsienio patirtimi, kai per daug metų šis modelis sutaupė valstybės lėšas, sveikatos sektoriaus lėšas (žalos mokamos iš gydymo įstaigų pinigų) ir pagerino santykius tarp pacientų ir gydytojų. Remiantis Didžiosios Britanijos klaidų registravimu, buvo išvestos kompensavimo sumos, kurių pavyzdžiai pateikti 6 lentelėje.

Kaip jau buvo minėta, labai svarbu kontroliuoti viešuosius pirkimus ir ypač naujų medicinos technologijų įsigijimą. Sveikatos technologijų vertinimas turėtų eiti šalia viešųjų pirkimo. Tas, kas vykdo pirkimus, turi pagrįsti, kodėl reikia tam tikros aparatūros. Labai svarbu nustatyti, kaip pasikeis paslaugos teikimo kaštai su nauja technika. Pavyzdyje parodyta, pagal kokius elementarius kriterijus galima tai paskaičiuoti.

**7 lentelė. „A“ ir „B“ įrenginių vertinimas pagal du požymius.**

	<b>„A“ ĮRENGINYS</b>	<b>„B“ ĮRENGINYS</b>
<b>Elektros sąnaudos</b>	apie 300 kWh per mėnesį, tai apie 90 Lt	apie 200 kWh, tai apie 60 Lt
<b>Žmogiškieji ištekliai</b>	4 (2 gydytojai ir 2 slaugytojos arba tiesiog padėjėjai)	2 (2 gydytojai, nes padėjėjų nebereikia)
<b>Darbo užmokestis</b>	12 000 Lt (2 gydytojams išlaikyti 7000 Lt ir 2 padėjėjams - 5000 Lt)	7 000 Lt (2 gydytojams išlaikyti 7000 Lt)
<b>Bendra suma per mėnesį</b>	12.090 Lt	7.060 Lt

Pavyzdyje pateikiami tą pačią pagrindinę funkciją atliekantys aparatai, tačiau vienas yra 20 metų senumo – „A“, o kitas naujas – „B“ (žr. 7 lentelę). Lentelėje vertinama, kad jie atlieka vienodą paslaugų kiekį. Be abejo, įvertinti tik du aspektai: darbo užmokestis ir elektros sąnaudos, tačiau tai techniškai labiausiai pakinta. Šildymas, patalpos plovimas ar kitas aptarnavimas nesikeičia. Keisis reikalingų reagentų kiekis ir kaina, tačiau tai apskaičiuoti sudėtinga, todėl pagal gydymo įstaigų rekomendacijas, galima sakyti, kad nauji įrenginiai vidutiniškai sumažina iki 30 proc. išlaidų papildomoms priemonėms įsigyti. Jei „B“ įrenginys kainuotų apie 100 tūkst. Lt, tuomet iš sutaupyto lėšų ( $12,090 - 7,060 = 5,030$  Lt) aparatas atsiperktų per 20 mėnesių, t. y. apytiksliai per 2 metus. Net taip primityviai skaičiuodami matome, kad įrenginys atsiperka, tad, be abejo jį įsigyti verta. Todėl įsigyjant bet kokį aparatą reikia skaičiuoti viską smulkiai, įvertinant visus niuansus.

Lietuvoje yra atliekamos kontrolės procedūros, kurios turėtų mažinti sveikatos priežiūros kaštus ir didinti gydymo įstaigų efektyvumą. Tačiau joms trūksta kai kurių papildomų paslaugų arba tiesiog tobulinimo. VASPVT ir VMAI atlikus kontrolės procedūras būtina teikti rekomendacijas gydymo

įstaigoms ir medicinos darbuotojams, kad būtų išvengta tokių įvykių. O viešuosiuose pirkimuose būtina griežtesnė perkamų technologijų ar aparatų pagrįstumo kontrolė.

### **3.2.4. Sveikatinimo prieinamumo gerinimas**

Sveikatinimo ir profilaktikos programos Lietuvoje yra vykdomos, tačiau remiantis viešųjų apklausų duomenimis, labiausiai reikėtų jas populiarinti. Pagal SAM perspektyvas, yra numatyta labai daug profilaktikos ir prevencijos programų. Todėl, kaip jau ir buvo minėta, reikia, kad žmogus jomis tik naudotųsi. To jis nedaro galbūt dėl to, kad nežino, jog yra tokia galimybė. Manau, kad efektyviausia būtų įtraukti į elektroninės sveikatos (toliau e. sveikatos) plėtrą elektroninį sveikatinimo paslaugų viešinimą.

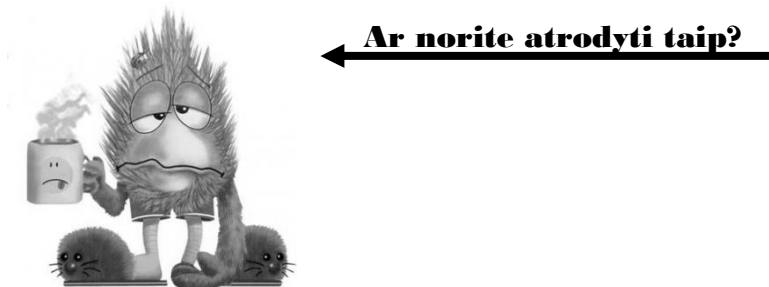
Pagal elektroninius sveikatos įrašus (toliau e.įrašus), paciento kortelę (toliau e.kortelę), galima identifikuoti rizikos grupes, gyventojus, kuriems taikytinos specialios profilaktikos ir prevencijos, sveikatinimo priemonės. Dėl ribotų resursų ir į pažengusių ligų gydymą nukreiptų sveikatos paslaugų tradicijų, problemai spręsti skiriama per mažai dėmesio. Nepanaudojama informacija, kuri gali būti sukaupia e. sveikatos sistemoje. Kadangi profilaktiniai patikrinimai yra masiški – jų metu sukaupia daug informacijos, kuri turi būti tinkamai registruojama ir saugoma. Iš informacijos, esančios e. kortelėje, galima nustatyti rizikos laipsnius ir imtis profilaktinių priemonių ar gydymo. Chroninių ligų gydymui išleidžiama vis daugiau lėšų – iki 70-80 proc. sveikatos apsaugos resursų. Trūksta prevencijos ir stebėsenos priemonių. E. sveikatos priemonėmis būtų galima sumažinti hospitalizacijų ir aktyviai įtraukti pacientus į savo sveikatinimo veiklą. Sveikatos apsaugos ir socialinio darbo sferos, užtikrinant gyventojų gerbūvį, nepakankamai integruotos.

Prevencija ir profilaktika reikalauja ypač jautrių metodų ir išsamios informacijos (pvz., genetinės), tam, kad būtų galima atrasti ankstyvus gresiančios patologijos požymius. Brangius ir išsamius profilaktinius patikrinimus galima pagerinti ir atpiginti panaudojant išsamią gretutinę informaciją apie pacientą, esančią e.kortelėje. Sisteminis, e.kortelės pagrindu vykdomas priežiūros planavimas, leistų geriau integruoti socialinį ir sveikatinimo darbą, pagerinti pacientų stebėseną, sumažinti išvengiamų susirgimų skaičių. Paciento informacijos pateikimas neturi būti dubliuojamas atskirose profilaktikos programose, stebėsenos duomenys analizuojami panaudojant modernias informacijos paieškos sistemas. Taip būtų sutaupoma resursų ir laiko, profilaktinės programos būtų susietos, o jų rezultatai atsispindėtų ESĮ ir galėtų būti panaudojami gyventojų sveikatos stebėsenos tęstinumui užtikrinti.

Taigi, į gydymo įstaigų elektroninius pacientų sveikatos įrašus tikslinga įtraukti sveikatos ir aplinkos duomenis, kurie leistų identifikuoti rizikos grupes, gyventojus, kuriems taikytinos specialios profilaktikos ir prevencijos, sveikatinimo priemonės. Prevencija ir profilaktika elektroniniu būdu yra gretutinis projektas prie e.recepto ir kitų tarpinstitucinių paslaugų.

Sistemindamos turimus duomenis apie pacientus, gydymo įstaigos gali apsaugoti savo pacientus. Turi būti organizuojamos ir taikomos sveikatinimo ir profilaktikos programos, naudojant ir pagal konkrečios programos specifika lanksčiai konfigūruojant e. sveikatos priemones. Sveikatos specialistai parengia daug literatūros apie ligų profilaktiką ir gydymą, tačiau ši informacija ne visada pasiekia tiksline auditoriją. Todėl turint informaciją apie paciento riziką susirgti tam tikra liga ir jo elektroninį paštą, galima paruošti informaciją ir ją skleisti. Elektroniniu paštu galima perduoti ne tik specialią, bet ir bendrojo pobūdžio informaciją apie gydymo įstaigų naujas paslaugas. Ją galima perduoti ne tik elektroniniu paštu, bet tiesiog įdėti į paciento kortelę, kad pacientas galėtų peržiūrėti.

Sveikatinimo ir profilaktikos programos galėtų būti mini ir vaizdo klipų forma: apie ligas, jų gydymą, konkrečių situacijų analizę. Pasitelkus vaizdo ir ypač animuotus filmukus, yra lengviau pritraukti ir paveikti žmogų. Todėl, kaip prevencinė priemonė, gydymo įstaigų tinklapyje atsirandantys mini filmukai, būtų labai efektyvi ir tokiam informacinių technologijų išsivystymo lygyje pigi priemonė. Interneto puslapyje ar elektroniniame pašte atradę animuotą nuorodą į filmuką apie tai, ką daryti gripo epidemijos metu, tikrai į ją visi atkreips dėmesį. Pavyzdys pateiktas 23 paveiksle yra linksmas, tačiau atsidarius tokią nuorodą galėtų būti taip pat animuotai pavaizduota naudinga informacija, kokiomis priemonėmis saugotis nuo gripo, kada kreiptis į gydytoją, kaip apsaugoti aplinkinius ir kita.



23 pav. Nuorodos į profilaktinį filmuką pavyzdys.

Galima palaipsniui sukurti visą internetinę videoteką sveikatinimo tema. Realių situacijų vaizdavimas ir viešinimas visada priverčia susimąstyti, o šiandien, ypač jauni žmonės, nuolat naršo internete ir vaizdinės informacijos jiems patrauklesnės nei straipsniai. Todėl yra didesnė tikimybė, kad bus efektyvi tokia prevencinė prieš ligas priemonė. Pavyzdžiui, „Rožinio kaspino“ akcijos nuolat platino lankstukus, kuriuose mokoma, kaip moterims pasitikrinti krūtinę. Tačiau, jei tokia pati informacija būtų pateikta vaizdine medžiaga, dar daugiau moterų ją pamatytų ir žinotų, kaip pasitikrinti pačioms. Dauguma jaunų žmonių pasisako už specializuotų interneto svetainių kūrimą, todėl prevencinius vaizdo filmukus publikuojantys tinklapijai turėtų didelį lankytojų ratą.



Identifikavus rizikos grupes, gyventojus, kuriems taikytinos specialios profilaktikos ir prevencijos, sveikatinimo priemonės turi pasiekti pacientus pačiu patogiausiu būdu. Ateityje dauguma pacientų naudosis tik elektroninėmis paslaugomis ir jau dabar pasisako už tai, kad informacija būtų skleidžiama elektroniniu būdu. Todėl SAM ir gydymo įstaigoms siūlyčiau kaupti visą turimą informaciją ir ją naudoti tikslingai, tai yra perduoti pacientui jam patogiu būdu. Elektroniniu būdu vykdomos prevencijos ir informavimas apie profilaktiką yra tikrai labai nebrangus, tačiau daugumai prieinamas. Reiktų orientuotis į jauną ir aktyvų žmogų, nes jis yra potencialus ligonis, kuriam prevencija reikalinga jau šiandien.. Sveikatinimo perkėlimas į elektroninę erdvę yra vienas iš prevencijai skiriamų lėšų taupymo būdų.

### 3.2.5. I lygio stiprinimas

Technologijoms įsigyti bei specialistams parengti reikia didelių investicijų, o po to daug lėšų jiems išlaikyti,. Taip pat medicinos pagalba brangsta, tampa ne visiems prieinama. Todėl labai aktuali tampa bendrosios praktikos gydytojo ir I lygio paslaugų teikimo vystymo, tobulinimo idėja. Ši grandis organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą. Kaštų augimo problemas galėtų išspręsti tik tokia sveikatos priežiūros institucija, kurios paslaugos yra nebrangios, prieinamos visiems visuomenės nariams, orientuotos į asmens ir bendruomenės sveikatos reikmes. Ji turi koordinuoti sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas visoje sveikatos sistemoje. Todėl šiuo metu rengiamos sveikatos reformos tikslas, kad I lygis (arba tiesiog šeimos gydytojo institucija) apims 80 proc. sveikatos paslaugų, yra teisingas ir kryptingas.

#### 8 lentelė. I lygio plėtojimo rekomendacijos.

<b>Būdai plėtoti I lygį</b>	<b>Galimos priemonės</b>
Tobulinti medicinos personalą	Daugiau tobulinimosi kursų bendrosios praktikos gydytojams ir slaugytojoms. Daryti specialius bendravimo, psichologinius mokymus, nes yra labai intensyvus bendravimas su pacientais
Perskirstyti kai kurias paslaugas tarp bendrosios medicinos praktikos slaugytojų, gydytojų ir kito personalo	Leisti gydytojui visą laiką skirti tik pacientui, o ne dirbti „raštininku“ – rašyti receptus ir korteles pildyti. Šias funkcijas gali perimti kiti darbuotojai, arba reikia supaprastinti pačias procedūras. Deleguojant tam tikras funkcijas, būtina jas SAM ministro įsakymu perkelti ir į pareigines instrukcijas, į Medicinos normas. Iškvietus į namus arba konsultacijas telefonu taip pat galima perleisti gydytojo padėjėjams

## 8 lentelės tęsinys.

<b>Būdai plėtoti I lygį</b>	<b>Galimos priemonės</b>
Stiprinti dirbančio personalo motyvaciją ir pasitikėjimą	Leisti pačiai gydymo įstaigai daugiau savarankiškumo skirstant savo finansus ir planuojant paslaugas. Leisti imti priemokas už tam tikras paslaugas. Tačiau tai reikia apibrėžti darbo sutartyse arba sutartyse su kasomis. Jei poliklinikos vadovas ir darbuotojai jaus daugiau atsakomybės už savo veiklą, jie bus suinteresuoti didinti efektyvumą.
Sudaryti sąlygas verstis privačia praktika	Turėtų būti savivaldybės iniciatyva dėl patalpų atidavimo panaudos sutartimis. Jei patalpos nuosavos, galėtų būti atleidimas nuo turto mokesčio arba mokesčių lengvatos. Taip pat valstybė turėtų atleisti nuo mokesčių bent pirmuosius veiklos metus, sudaryti galimybes gauti lengvatinius kreditus ir kt.
Įtraukti daugiau specialistų į „komandos“ darbą	Dabar galima dirbti kaip šeimos gydytoju arba kartu su komanda (ginekologas, chirurgas, pediatras, terapeutas). Būtų naudinga komandoje turėti ir socialinį darbuotoją, kuris užtikrintų profilaktinių programų vykdymą, slaugą namuose. Nebereikėtų savivaldybei atskiros socialinio aprūpinimo tarnybos, kuri dabar medikų neturi. Taip pat komandos darbą galėtų papildyti kardiologas ir psichiatras, nes labai daugėja kardiologinių susirgimų ir psichinių sutrikimų.

Iš lentelės matyti, kad yra labai daug ir nebrangių, bet efektyvių priemonių šeimos gydytojo institucijai plėtoti, tik reikia tuo pasinaudoti.

Sveikatos priežiūros paslaugų kaštai auga ir jų kontroliavimas yra vienintelis būdas padėsiantis sustabdyti šitą įsisiūbavusį išlaidų augimą. Lietuvoje aktyviai veikiantys sveikatos specialistai, užsienio ir lietuvių literatūra kaštų augimo kontrolę siūlo pradėti spręsti nuo paties žmogaus. Sveiko žmogaus auginimas yra raktas į mažesnes sveikatos išlaidas. Todėl I lygio ir sveikatinimo programų stiprinimas yra neatsiejamas. Taip pat reikia nuolat kontroliuoti ir teikti rekomendacijas, kad būtų laikomasi visų įstatymų ir kitų teisės aktų, kurie neleidžia neteislingai eikvoti lėšų arba sudaryti sąlygas jas didinti. Be abejo, valstybinio ir privataus sveikatos finansavimo problematika visada išlieka. Jei bent būtų įvardinta reali paslaugos kaina, kurią žmogus, gydymo įstaiga ir valstybė žinotų, būtų lengviau sukontroliuoti kaštų augimą ir jų padengimą.

## IŠVADOS IR SIŪLYMAI

1. Per pastaruosius 10 metų sveikatos apsaugos sistema pasikeitė iš centralizuotos į decentralizuotą – sveikatos draudimo paslaugas gyventojams teikia Valstybinė ligonių kasa, kuri administruoja daugiau nei 80 proc. visų sveikatos apsaugos išlaidų ir perka paslaugas iš tiekėjų (gydymo įstaigų), o Sveikatos apsaugos ministerijos pagrindine funkcija išlieka bendros sveikatos apsaugos sistemos strategijos kūrimas ir rūpinimasis jos įgyvendinimu.
2. Lietuvos sveikatos sistema yra sudėtingas viešojo valdymo pagrindais paremtas mechanizmas, kuris vadovaujasi Nacionaline sveikatos koncepcija, Vyriausybės iškeltais tikslais ir visuomenės keliamais iššūkiais. Pagrindinis tikslas yra užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos apsaugą kiekvienam Lietuvos gyventojui. Kad šie tikslai būtų pasiekti, politikams reikia nebijoti prisiimti atsakomybę ir reformuoti (keisti) sveikatos sistemą pagal dabartines sąlygas;
3. Vien institucijų sukūrimas neleidžia sėkmingai vystyti sveikatos apsaugai. Todėl Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tapo nemažu išbandymu ir sveikatos politikams, ir sveikatos profesionalams, ir pacientams. Pagrindinis sveikatos sistemos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą. Šį tikslą pasiekti galima didinant sveikatos sistemos efektyvumą, užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę. Tačiau dėl besikeičiančios socialinės, politinės bei ekonominės situacijos, į sveikatos sistemos pokyčius reaguojama ypač jautriai.
4. Per pastaruosius dešimtmečius akivaizdžiai pakito pacientų charakteristikos bei jų lūkesčiai. Tam reikia tobulesnių sveikatos technologijų, naujų sveikatos profesionalų kvalifikacijų, šiuolaikinių komunikacijų, kokybės užtikrinimo sistemų bei tarpinstitucinių ryšių.
5. Kintant sveikatos paradigmai, sveikatos problemų sprendimo būdai turi būti susieti su vis augančiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, pajamų nestabilumu ir nerealiais paslaugų kaštais. Visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo apimties problemos aktualios ir ekonomiškai pajėgiausių valstybių viešajai politikai. Senstant populiacijai, kyla sveikatos paslaugų poreikis – auga sveikatos priežiūros kaštai;
6. Lietuvos demografiniai rodikliai (didelis išlaikytinių skaičius, gyvenimo trukmė ir kt.) turėtų būti svertas, formuojantis sveikatinimo politiką. Sveikatos sistemos šūkis turėtų būti: „Žmogus – sveikas, sveikatos išlaidos – mažos“. Todėl sveikatinimo programos turėtų būti vykdomos visa apimtimi, kurią jau numato SAM, ir jas reikia artinti prie žmogaus, populiarinti per internetines priemones, stiprinant I sveikatos grandį – skatinant medikus ir visuomenę.

7. Sveikatos priežiūros kaštų augimas priklauso nuo per didelės medicininių technologijų kaitos. Būtina įvesti griežtesnes viešųjų pirkimų sąlygas, technologijų vertinimo sistemas, centralizuotą kontrolę.
8. Sveikatos darbuotojų ir hospitalizacijų skaičių nėra tikslinga įvardinti kaip kaštų augimo problemas, nors tai ir įeina į paslaugos teikimo kaštus, nes esmė yra ne jų skaičius, o teisingas pasiskirstymas. Reikia nukreipti turimų medikų srautus į tas paslaugas, kurių mūsų šaliai labiausiai reikia, t. y. slauga, I lygis, dienos stacionaras. Nustačius medikų darbo krūvius, uždarius neefektyvius gydymo įstaigų skyrius ir įvyktų pasiskirstymas.
9. Sveikatos sektoriuje yra perteklinė, bet netikslinga kontrolė, atsakomybės pasidalinimo bei motyvacijos nėra. Šios priežastys trukdo siekti geresnių rezultatų ir taip nėra kontroliuojami paslaugų kaštai. SAM veikiančios institucijos (pvz., VASPVT, VMAI) turi būti ne tik kontroliuojančios, bet ir darančios aptiktų klaidų monitoringą. Gydymo įstaigas valdantys vadovai ir medikai nėra skatinami efektyviai dirbti, todėl turi būti susietas jų darbo užmokestis su darbo rezultatais. Remiantis verslo bruožais, vadovo motyvacijai kelti suteikiama galimybė turėti įmonės akcijų, viešajame sektoriuje – tai neįmanoma. Todėl reikia suteikti daugiau galimybių valdyti savo įstaigą. Tačiau neišvengiamai turi būti sustiprinta gydymo įstaigų vadovų finansinė atsakomybė už padarytus veiksmus. Šie būdai padidintų gydymo įstaigų veiklos efektyvumą ir atsirastų interesas mažinti kaštus;
10. Galutinis paslaugų vartotojas (pacientas) Lietuvoje turi mažai įtakos sveikatos sistemai. Todėl reikia išplėtoti Papildomo sveikatos draudimo sistemą, kad žmogus jaustųsi saugus, o ligoninė būtų užtikrina, kad ji nėra priklausoma tik nuo valstybinių ir teritorinių ligonių kasų valdomo PSDF. Papildomas finansavimas sveikatos sektoriuje taip pat yra būdas kaštams mažinti.
11. Kaštų kontrolės ar valdymo optimizavimas prasideda nuo pagrindinių tikslų suvokimo: valstybės institucijos turi kurti sveikatos sistemą tokią, kad ji atitiktų rinkos sąlygas, o žmogus – rūpintis savo sveikata.
12. Kaštų augimas neišvengiamas, tačiau išlaidų kontrolė juos mažina. Todėl reikia optimizuoti sveikatos paslaugų struktūrą ir valdymą, bei didinti teikiamų paslaugų efektyvumą, prieinamumą. Taupumas, racionalumas ir pagrįstumas – turi būti šiandieninės sveikatos sistemos formavimo principai.

## LITERATŪRA

1. **Arimavičiūtė M.** Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2005. – 335 p. – UDK: 351/354(075.8)
2. **Bagdžiūnienė V.** Biudžetai ir jų vykdymo kontrolė: teorija ir praktika. – Vilnius: Conto litera, 2006. – 146 p. – ISBN 9986-836-20-4
3. **Berūkštienė D.** 2008 m. I pusmečio kontrolės procedūrų vykdymo apžvalga / Užsakovas: Valstybinė ligonių kasa. [http://www.vlk.lt/vlk/files/sd09/sd0802\\_pusmecio\\_konrole.pdf](http://www.vlk.lt/vlk/files/sd09/sd0802_pusmecio_konrole.pdf) 4 p.
4. **Bismark M.** et.al. Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants. *Medical Journal of Australia: Medicine and the Law.* MJA 2006; 185 (4): 203-207 [http://www.mja.com.au/public/issues/185\\_04\\_210806/bis10111\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/185_04_210806/bis10111_fm.html) . [žiūrėta 2008 12 12]
5. **Černiauskas G., Buivydas R.** Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas draudimo sąlygomis. Pirma dalis / Leidinį parengė PHARE sveikatos priežiūros reformos grupė. – Sveikatos Ekonomikos Centras, 1996. / 50 p. SL 2217
6. **Černiauskas G., Schneider M.** Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: Sveikatos politikos analizė / Užsakovas: PHARE projektas: OSS 98-5320, LI9704/0201 / Sveikatos ekonomikos centras: Vilnius, 1999 balandis. – 57 p.
7. **Davis P. et.al.** Compensation for Medical Injury in New Zealand: does „no-fault“ increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? – *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2002: 27 (5). <http://jhppl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/27/5/833> [žiūrėta 2008 12 12]
8. **Figueras Ed. J., McKee M., Cain J., Lessof S.** Health systems in transition: learning from experience. WHO, 2004. 152 p. <http://www.euro.who.int/document/E83108.pdf>
9. **Galinienė B.** Ir kiti Ekonomikos modernizavimas: nauji iššūkiai ir ekonomikos politikos prioritetai Vilnius: VUL 2007 ISBN 978-9955-33-160-5 p. 512
10. **Gustaitienė L.** Sveikatos priežiūros politika ir organizacija: medžiaga paskaitoms sveikatos psichologijos specializacijos magistrantams. - Kaunas: Kauno Vytauto Didžiojo universitetas, 2003. – 207 p. – ISBN 9955530480
11. **Interneto enciklopedija** **Wikipedija.** [http://lt.wikipedia.org/wiki/Wikipedija:Naudingi\\_resursai/Sveikatos\\_sistema](http://lt.wikipedia.org/wiki/Wikipedija:Naudingi_resursai/Sveikatos_sistema) [žiūrėta 2009 01 06]

12. **Jankauskienė D.** Sveikatos politikos ir strategijos gairės ES ir Lietuvoje bei Sveikatos reforma: pristatymas. Mykolo Romerio universiteto Strateginio valdymo ir politikos fakultetas, 2007 m.
13. **Jankauskienė D.** Sveikatos sistemos ištekliai ir finansavimas: metodinis pranešimas. [http://djank.home.mruni.lt/wp.../01/patais\\_istekliai-ir-finansavimas.ppt](http://djank.home.mruni.lt/wp.../01/patais_istekliai-ir-finansavimas.ppt). [žiūrėta 2009 10 10]
14. **Jankauskienė D.** Sveikatos technologijų vertinimas: metodinis pranešimas. [http://djank.home.mruni.lt/wp-content/uploads/2009/.../hta\\_pataisyta1.ppt](http://djank.home.mruni.lt/wp-content/uploads/2009/.../hta_pataisyta1.ppt). [žiūrėta 2009 10 10]
15. **Jankauskienė D., Pečiūra R.** Sveikatos politika ir valdymas / Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007. ISBN: 9789955190738 p. 296
16. **Kalėdienė R.** Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 40 (9); p. 891-896
17. **Katkus A.** Valstybinė ekonominė kontrolė. – Vilnius: Mintis, 1997. – 301 p. – ISBN 5-417-00749-8
18. **Labanauskas L., Norvaišaitė J.** Lietuvos gydytojų sąjunga – Kaunas: Spindulys 1998. – 210 p. ISBN 9986-92-65-1-3
19. **Lalonde M.** A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. – Vilnius: 2001. – 77 p. – ISBN 0-662-50019-9
20. **Lane J. E.** Viešasis sektorius: sąvokos, modeliai ir požūriai, vilnius margi raštai 2001 ISBN 9986-09-228-0 p. 461
21. **Lee H. R.** Economics for healthcare managers // 2000 Health Administrations Press. – 189 p. – ISBN 1-56793-130-8.
22. **Lenktys V.** Tikrieji kaštai: ar mokame juos skaičiuoti? // Verslo banga: internetinis verslo žurnalas : [elektroninis išteklius]. 2003 03 22. – Vilnius, 2003, p.1. – URL: <http://www.verslobanga.lt/lt/patark.full/3e7849397171e>. [žiūrėta 2009 10 19]
23. **Lietuvos gydytojų žurnalas.** Įsigaliojo LR Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimai. // emedicina.lt: internetinis gydytojų žurnalas: [elektroninis išteklius]. 2009 01 07. – Vilnius, 2009, p.1. – URL: [http://www.emedicina.lt/index.php?s\\_id=4426&lang=lt](http://www.emedicina.lt/index.php?s_id=4426&lang=lt). [žiūrėta 2009 06 12]
24. **Lietuvos statistikos departamentas.** Pagrindiniai statistikos rodikliai <http://www.stat.gov.lt/lt/> [žiūrėta 2009 10 13]
25. **Lietuvos respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas** (projektas), Valstybės žiniuose. 1996, Nr.102-2317; 2004, Nr. 115-4284 [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=313089&p\\_query=&p\\_tr2=](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=313089&p_query=&p_tr2=) [žiūrėta 2009 08 26]

26. **Lietuvos Respublikos Specialiųjų tyrimų tarnybos išvada** dėl korupcijos rizikos analizės Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos. [http://www.stt.lt/documents/korupcijos\\_rizikos\\_analize/KRA\\_valsybineje\\_ligoniu\\_kasoje\\_L-01-2213.pdf](http://www.stt.lt/documents/korupcijos_rizikos_analize/KRA_valsybineje_ligoniu_kasoje_L-01-2213.pdf) [žiūrėta 2009 10 13]
27. **Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija.** [www.sam.lt](http://www.sam.lt)
28. **Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymas Nr.363** „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo“. <http://sena2.sam.lt/lt/sam/teisine-informacija/ta-pilnas/?strid=41773> [žiūrėta 2008 12 12]
29. **Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=267446&p\\_query=&p\\_tr2=](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267446&p_query=&p_tr2=) [žiūrėta 2008 12 20]
30. **Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=259520&p\\_query=&p\\_tr2=](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520&p_query=&p_tr2=) žiūrėta [žiūrėta 2009 09 01]
31. **Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė.** Valstybinio audito atskaita Valstybinės ligonių kasos veikla. 2008 m. gegužės 10 d. Nr. VA-P-10-20-2-8 Vilnius. - 40 psl..
32. **Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė.** [http://www.vkontrolė.lt/veikla\\_paskirtis.shtml](http://www.vkontrolė.lt/veikla_paskirtis.shtml) [žiūrėta 2009 01 10]
33. **McCarthy B.** The Evolution and Transformation of Networks: A Study of Private Health Insurance in Ireland // Irish Journal of Management; 2008, Vol. 29 Issue 1, p. 87-112. ISSN:1649-248X. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=35992096&site=bsi-live>. [žiūrėta 2009-04-15]
34. **McKee M., Maclehorse L., Nolte E.** (eds.). Health policy and European Union Enlargement: Open University Press, 2004, 314 p. <http://www.euro.who.int/document/E82999.pdf>. [žiūrėta 2009 05 20]
35. **Mokslai.lt** - žinios moksleiviams ir studentams. [http://www.mokslai.lt/referatai/nama%D1%96\\_darbas/19573.html](http://www.mokslai.lt/referatai/nama%D1%96_darbas/19573.html) [žiūrėta 2009 10 20]
36. **Rakauskienė O. G.** Valstybės ekonominė politika: fiskalinė, užsienio prekybos ir socialinė politika: monografija Vilnius 2006 Mykolo Romerio Universitetas ISBN 9955-19-032-9 p.768
37. **Rosen E. D.** Viešojo sektoriaus produktyvumo didinimas: Sąvokos ir praktika Vilnius: Knygiai, SAGE Publications, Inc., 2007 ISBN 978-9955-443-33-9 p.286
38. **Rosen H. S.** Public Finance Fifth edition Singapore: International editions 1999 ISBN 0-256-17329-X p. 573

39. **Rudzkienė V.** Socialinė statistika: vadovėlis. –Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2005, - 257 p. – ISBN 9955-19-002-7
40. **Pečkaitis J. S., Mačerinskienė I.** Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka: mokomasis leidinys. –Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008. – 80 p. – ISBN 978-9955-19-083-7
41. **Pollack H., Zeckhauser R.** Budgets as dynamic gatekeepers // Management Science. May. 96, Vol. 42 Issue 5, p 642. ISSN:0025-1909. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=9606234684&site=bsi-live>. [žiūrėta 2009 05 20]
42. **Schieber GJ. et al.** Health Care Systems in Twenty-four Countries. - Millwood : The Policy Journal of the Health Sphere Health Affairs, 1991 No.10. - 22-38 p. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/10/3/22> psl. [žiūrėta 2009 05 20]
43. **Socialinių tyrimų institutas.** Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys Vilnius: Mokslo aidai, 2004. ISBN 9955-531-14-2 p. 146 p. 90
44. **Stone D.** Viešosios politikos paradoksai: sprendimų priėmimo menas politikoje, Vilnius: Eugrimas, 2004 ISBN 9955-501-65-0 p.435
45. **Suhrcke M., Rocco L., McKee M. (eds.).** Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. WHO, 2007, 280 p. <http://www.euro.who.int/Document/E90569.pdf>. [žiūrėta 2009 05 20]
46. **Teisinės informacijos portalas teisingumas.lt.** <http://www.teisingumas.lt/naujienos/aktualijos/sveikatos-reikalu-komitetas-baige-svarstyti-pacientu-teisiu-ir-zalos-sveikatai-atlyginimo-istatymo-pakeitimo-istatymo-projekta> [žiūrėta 2009 08 26]
47. **Thom N., Ritz A.** Viešoji vadyba: monografija, Vilnius: LTU, 2004 ISBN 9955-563-63-X p. 335
48. **The Economic Policy Committee, the European Commission (DG ECFIN).** The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050) // European Commission Economic Paper, Special Report no 1/2006, Brussels, ECFIN/EPC(2006)REP/238. – 206 p. – URL: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/epc/documents/2006/ageingreport\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2006/ageingreport_en.pdf) [žiūrėta 2008 11 15]
49. **Thom N., Ritz A.** Viešoji vadyba: inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys: monografija. – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2004. – 334 p. – ISBN 9955-563-63-X



50. **Transparency International Lietuvos skyrius.** Lietuvos korupcijos žemėlapis, 2009 [http://www.stt.lt/documents/soc\\_tyrimai/korupcijos\\_zemelapis\\_2008.pdf](http://www.stt.lt/documents/soc_tyrimai/korupcijos_zemelapis_2008.pdf) [žiūrėta 2009 09 24]
51. **Valstybinė ligonių kasa.** Ligonių kasos: 2006 metų apžvalga. – Vilnius: UAB „Petro ofsetas“, 2009. – 40 p.
52. **Valstybinė ligonių kasa prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos.** [www.vlk.lt](http://www.vlk.lt)
53. **Valstybinė medicininio audito inspekcija.** <http://vmai.lt/index.php?-1733811315> [žiūrėta 2009 09 23]
54. **Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos.** <http://www.vvkt.lt/index.php?2188471095> [žiūrėta 2009 10 13]
55. **VšĮ Sveikatos politikos centras.** Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra Kaunas: AB Kopa, 2005 m. ISBN 9955-9822-0-9 p. 85; p. 39
56. **UAB „Sveikatos ekonomikos centras“** Sveikatos priežiūros kaštų kompensavimas ir paslaugų prieinamumas. [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/fr\\_sv\\_sist\\_strukt.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/fr_sv_sist_strukt.html) [žiūrėta 2008 12 09]
57. **UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA)** Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams: Studija 2007 / Užsakovas: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. – URL: <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [žiūrėta 2008 12 09]
58. **Užubalis A.** Valstybės finansai: metodinė medžiaga. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009.
59. **World Bank Group.** Lithuania: Social Sector Public Expenditure Review. // Report No. 48604-LT. June, 2009. – 99 p
60. **World Bank Group.** Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US-tort liability system ant the Sweden - no fault system. [http://194.84.38.65/files/esw\\_files/malpractice\\_systems\\_eng.pdf](http://194.84.38.65/files/esw_files/malpractice_systems_eng.pdf). [žiūrėta 2008 12 12]
61. **World Health Organization.** Health care systems in transition. Lithuania. WHO, 2000, 86 p. <http://www.euro.who.int/Document/E69920.pdf>
62. **World Health Organization.** Mental health policy and practice across Europe. WHO, 2006. <http://www.euro.who.int/Document/E89814.pdf>

## ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS

**Šiaulienė S.** Sveikatos priežiūros kaštai, jų dinamika ir augimo kontrolės galimybės Lietuvoje / Žinių ekonomikos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2009 – 95 p.

### ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotos ir įvertintos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos išlaidos, iškelta kaštų optimizavimo problema bei pateikti siūlymai, kaip efektyviai naudoti sveikatos lėšas. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu tiriamas Lietuvos sveikatos priežiūros politikos turinys, pateikiami pagrindiniai veiklos principai, atsižvelgiant į finansų ir viešojo sektoriaus aspektą. Antroje dalyje nagrinėjama sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidų ir pajamų statistika – jų realus santykis įvertinant visuomenės vystymąsi, ekonominę šalies politiką ir kita. Taip pat aptariamos kaštų didėjimo priežastys ir padaromos išvados, kaip būtų galima likviduoti rastus trūkumus, t.y. taupant ir teisingai paskirstant turimas lėšas bei kontroliuojant vykstančius procesus. Trečioje dalyje ekspertinės apklausos ir atliktos analizės būdu pateikti pasiūlymai, kokiomis priemonėmis būtų galima mažinti sveikatos priežiūros kaštus.

**Pagrindiniai žodžiai:** sveikatos priežiūros paslaugos, kaštų augimo kontrolė, išlaidų optimizavimas, valdymo procesų efektyvumas.

**Šiaulienė S.** Cost Containment in Lithuanian Health Care / Knowledge Economy Master's final project. Supervisor assoc. doc. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Faculty of Economics and Finance Management, Mykolas Romeris University, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2009 – 95 p.

### ANOTATION

The final master's project analyzes and assess Lithuanian health care system costs, there are raised the cost optimization problem and provided suggestions how to control always increasing health costs. In the first part of the work is studying the theoretical aspects of Lithuanian health policy content, the main operating principles, looking forward to the financial accounts and public sector. The

second section examines the health sector expenditure and income statistics - the ratio of the actual assessment of public development, the country's economic policies and etc. As well it includes a discussion of the reasons for cost growth and leads to the conclusion how to eliminate the deficiencies, it is savings and equitable sharing of available funding and monitoring processes. On the third paragraph researches of experts and analysis suggest how it is impossible to decrease health care costs.

**Key Words:** health care, cost containment, funding and monitoring.

## SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA

**Šiaulienė S.** Sveikatos priežiūros kaštai, jų dinamika ir augimo kontrolės galimybės Lietuvoje / Žinių ekonomikos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2009 – 95 p.

**Santraukos turinys:** Magistro baigiamajame darbe Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos išlaidų analizė atskleidė didėjančių kaštų problemą, kuriai spręsti trečioje darbo dalyje siūlomi įvairūs vadybos ir kontrolės būdai. Įsigilinus į užsienio ir lietuvių literatūrą, valstybinių institucijų rekomendacijas, atlikus ekspertinę apklausą, padaryta išvada, kad kaštų optimizavimas turi prasidėti nuo visuomenės požiūro į rūpinimąsi savo sveikata keitimo ir sveikatos sektoriaus lankstumo rinkos dėsniams.

### SANTRAUKA

Šiandieninė visuomenė linkusi labiau rūpintis savimi, valstybė – tausoti žmogiškuosius išteklius, nes žmogus kuria pridėtinę vertę valstybei. Sveikatos priežiūra yra labai svarbi kiekvienam žmogui ir turi būti valstybės vykdomos politikos prioritetas. Sveikatos apsauga taip pat turi atitikti rinkos dėsnius, tačiau, žvelgiant iš kaštų pozicijos, jie tik didėja. Ekonominio sunkmečio kontekste ypač svarbu stabdyti augančias išlaidas sveikatos priežiūrai ir ieškoti vidinių šaltinių kaštams optimizuoti. Magistro baigiamojo darbo objektas yra Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų valdymas. Kad būtų atrasti sveikatos priežiūros kaštų augimo būdai, darbe išanalizuota Lietuvos sveikatos apsaugos sistema, jų išlaidų-pajamų dinamika, įvertintos augimo priežastys bei pasiūlytos priemonės kaštams mažinti.

Gilinantį į temą, išstudijuoti Statistikos departamento, Valstybinių ligonių kasų statistiniai duomenys, užsienio ir lietuvių mokslinė literatūra, ES ir LR institucijų analizės ir rekomendacijos, atlikta ekspertinė apklausa. Lyginamosios analizės metodu surinkta medžiaga sisteminta ir padarytos išvados.

Sveikatos apsaugos finansavimas tiesiogiai priklauso nuo šalies politinių sprendimų. Pagrindiniai sveikatos priežiūros finansai yra kaupiami, skirstomi ir kontroliuojami per Valstybinių ligonių kasų valdymo objektą – Privalomąjį sveikatos draudimo fondo biudžetą. Valstybės renkamos lėšos smarkiai mažėja, todėl šiandien ypač svarbu teisingai įvertinti visas išlaidas, pajamų mažėjimus ir kitus veiksnius, kad būtų galima sukontroliuoti sveikatos apsaugos finansus, nebloginant paslaugų kokybės ir prieinamumo. Sveikatos priežiūros kaštų augimas priklauso nuo per didelės medicininių technologijų kaitos, demografinių rodiklių nepakankamo gerėjimo, sveikatos darbuotojų ir

hospitalizacijų skaičiaus realaus poreikio ir pasiskirstymo, nekryptingai vykdomos kontrolės ir atsakomybės pasidalinimo, bei motyvacijos nebuvimo.

Kaštų kontrolė turi būti paremta sveikatos lėšų taupymu ir racionalių naudojimu. Kaštų mažinimas turi būti pradėtas nuo gydymo įstaigų vadovų ir darbuotojų motyvacijos kėlimo, darbo rezultatų ir atlyginimų susiejimo, didesnių galimybių bei griežtesnės atsakomybės. Turi būti vykdoma atsakingesnė VASPVT, VMAI ir kitų institucijų kontrolė ir monitoringas, kruopščiai vykdomi viešieji pirkimai. Taip pat reikia ugdyti savo sveikata besirūpinančius visuomenės piliečius kryptingai vykdant sveikatinimą. Ieškoti alternatyvių finansavimo šaltinių, tokių kaip Papildomas savanoriškas sveikatos draudimas, tačiau prieš tai, be abejo, įvesti realius paslaugų įkainius. Kurti pacientui padarytų žalų kompensavimo sistemą arbitražo pavyzdžiu. Neatsiejamas nuo sveikatos paslaugų kaštų mažinimo yra medicininių technologijų motyvuotas pirkimas. Sveikatos priežiūros lėšas taupyti padėtų ir I lygio stiprinimas, kuris apimtų didžiąją dalį sveikatos paslaugų, todėl būtina toliau kryptingai tęsti pradėtą šeimos gydytojo institucijos kūrimo ir stiprinimo planą. Šie siūlymai išsivystė iš atliktos analizės ir ekspertinės apklausos, tačiau sveikatos priežiūros racionaliame tobulėjime galimybių galima dar rasti. Pagrindinis tikslas turėtų būti požiūro pakeitimas: valstybės institucijos turi kurti sveikatos sistemą tokią, kad ji atitiktų rinkos sąlygas, o žmogus – rūpintis savo sveikata.

Darbo metu atlikta ekspertinė apklausa yra publikuojama dvisavaitiniame informaciniame leidinyje, skirtame medikams „Gydytojų žinios“ (Nr. 21 (484) 2009 m. lapkričio 16 d., Nr. 22 (485) 2009 m. lapkričio 30, Nr. 23 (486) 2009 m. gruodžio 16 d. (Nr. 23 dar tik pateikta, bet neatspausdinta)). Publikacijos pavyzdys pateiktas Priede 6.

## SANTRAUKA ANGLŲ KALBA

**Šiaulienė S.** Cost Containment in Lithuanian Health Care / Knowledge Economy Master's final project. Supervisor assoc. doc. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Faculty of Economics and Finance Management, Mykolas Romeris University, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2009 – 95 p.

**Content Summary.** In the master's project was done Lithuanian health care system cost analysis, which envisaged the problem of rising costs and in the third part of the work is given managing and controlling means. The focus on foreign and Lithuanian literature, government recommendations, and expert researches let to make conclusion that the cost optimization must begin with changing public attitudes to the care of themselves health and health care system's relation with market.

### SUMMARY

Today's society tends to focus more on themselves and the State to conserve human resources, because the man produce an added value to the state. Health care is very important for everyone and must be carried out in public policy priority. Health care must also comply with market forces, but from a cost position - they are only increasing. In the context of economic hardship it is even importante to stop the growing costs of health care and find the resources to optimize costs. The final master's work is the subject of cost containment in Lithuanian health care. In order to find reasons of health care cost growthing was analyzed the Lithuanian health care system, incomes-outcomes dynamics, assessed the reasons for the cost growthing and a means to control costs.

To go deep in the subject was studied the Department of Statistics, the State Patients' Fund statistics, foreign and Lithuanian scientific literature, the European Union and Lithuanian Republic institutions analysis and recommendations made by the expert research. From the comparative analysis made materials was made finding.

Health financing directly depends of the country's political decisions. Basic health care finances are collected in Compulsory Health Insurance Fund budget, which is allocated and controlled by the State Patients' Fund. Local resources are in decline, and today it is particularly important correctly assess all the outcomes, income loss and other factors that could control health care finances, without reducing the quality of service and accessibility. Health care cost growth depends on a **expeditiously** medical technological change, the lack of improvement in demographic characteristics, health workers and the actual number of hospitalizations and the need for distribution, medical technology through rapid change, the **purposeful** control and responsibility sharing, and lack of motivation.

Cost control should be based on health incomes savings and rational use. Cost reduction has to be initiated from the hospital management and employee motivation training, work, and wage compliance, accessibility, and stricter liability. It must be a responsible for State Health Care Accreditation Agency, State Medical Audit Inspection and other national institutions how to control and do monitoring, and should be carried out a thorough procurement. It is also necessary to develop citizens caring out of health themselves by targeted health promotion. Seek alternative funding sources, such as extra voluntary health insurance, but before this, of course, to introduce a real service prices. Create a patient compensation claims made by the arbitration system. The motivated purchase of medical technology is one of the mains how to care costs. Consolidation of „the first level“ of health care should include most of the health service, it is necessary to continue creation and strengthening of the doctor oriented to family health care. These proposals grew out of analysis and expert surveys, but health care for the rational development opportunities can still be found. The main objective should be: public health authorities should develop a system to meet market conditions, and citizens - take care of your health.

Work done during the expert survey is published on magazine for medic „Medical knowledge' (No. 21 (484) 2009 November 16, No. 22. (485) 2009 November 30, No. 23 (486) 2009 December 6 (No. 23 is still provided, but not printed)). Publications model in Annex 6.

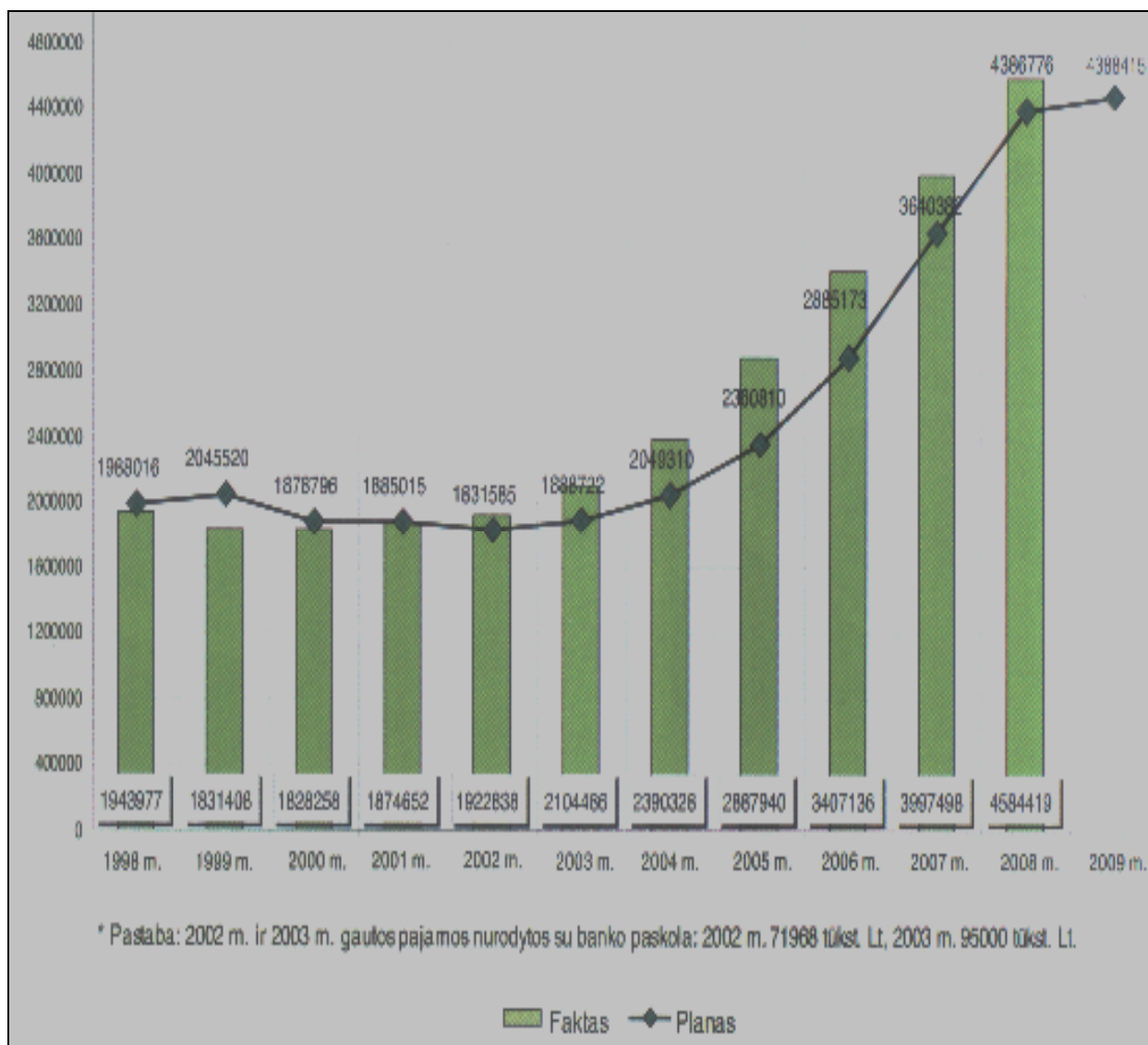
**PRIEDAI**



## 1 lentelė. Mokėjimo už paslaugas modeliai.

Eil. nr.	Mokėjimo modeliai	Apibūdinimas
1.	<b>Mokėjimas už paslaugas, kai fiksuojama teikiamų paslaugų kaina (P), kai paslaugų kiekis (Q) iš anksto nustatomas arba nenustatomas.</b>	<p>Trečioji pusė sumoka paslaugų teikėjams už visas suteiktas paslaugas pagal iš anksto nustatytą paslaugos kainą (P). Alternatyva: trečiosios pusės mokėtojai taip pat gali nustatyti teikiamų paslaugų kiekį. Pagal nustatytas sveikatos priežiūros paslaugas apimtis (arba vienetų kainą) galima išskirti tris pagrindinius sutartinius (prospektyvinius) metodus:</p> <p>1.1 honorarinis mokėjimas arba mokėjimas pagal kainyną. Trečioji pusė sumoka ligininėms už kiekvieną ligoniui suteiktą paslaugą pagal kainyną. Į paslaugos kainą įeina pvz., operacinių patalpų panaudojimas, tyrimai, vaistai, gydytojų atliekamos manipuliacijos.</p> <p>1.2 mokėjimas už gydymo dieną stacionare arba lovdienio kainos metodas. Trečioji pusė sumoka ligininėms už lovdienį. Daroma prielaida, jog į lovdienio kainą įeina visos ligoniui per dieną suteiktos paslaugos ir išlaidos, neatsižvelgiant į gydymo pobūdį.</p> <p>1.3 mokėjimas už atvejį. Trečioji pusė sumoka ligininėms pagal ligos gydymo atvejį, o ne už visą suteiktą gydymą ar lovdienių skaičių. Už atvejį mokama fiksuota suma, tačiau dažniausiai taikoma mokėjimo už diagnozę schema. Labiausiai žinoma mokėjimo pagal atvejų klasifikacijos (mišrią) sistema, t.y. diagnostiškai giminingų grupių sistema (DGG). Kiti metodai – pagal ligonio gydymo kategoriją (PMCs) ir ligos stadijas.</p>
2.	<b>Bendras biudžetas.</b>	<p>Mokama nustatyta suma, kuri padengia sąnaudas už per tam tikrą laiką suteiktas paslaugas. Iki 1985 metų modelis vyravo Rytų ir Centrinės Europos šalyse bei apmokant stacionarines paslaugas Didžiojoje Britanijoje, Skandinavijoje. Dabartiniu metu jį vis labiau užgožia mokėjimas už suteiktas paslaugas. Biudžetas skaičiuojamas pagal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tam tikro paslaugos teikėjo faktinius kaštus (retrospektyvinės sistemos pagrindas);</li> <li>• Indeksuojant, remiantis praėjusių metų sąnaudomis ir atsižvelgiant į infliaciją bei biudžeto augimą;</li> <li>• Pagal išteklius, t.y. pagal lovų arba/ir gydytojų skaičių;</li> <li>• Pagal gyventojų skaičių, t.y. <i>per capita</i>;</li> <li>• Už lovdienių skaičių;</li> <li>• Už atvejus.</li> </ul>
3.	<b>Mišri formulė.</b>	<p>Praktikoje retai taikomas tik vienas mokėjimo modelis. Dažniausiai ligininėms sumokama pagal keletą aukščiau pateiktų būdų kombinacijas. Pavyzdžiui, honorarinės sistemos dažniausiai derinamos su mokesčiu už suteiktas per dieną pagrindines medicininės paslaugas pvz., slaugą arba maitinimą bei pridėtines išlaidas. Be to, daugeliu atvejų paslaugų teikėjų investicijos finansuojamos ir iš valstybės ar savivaldybių biudžeto. Į daugelį sistemų gali įeiti ir premijų mokėjimas, kuris skatina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus siekti norimų rezultatų.</p>

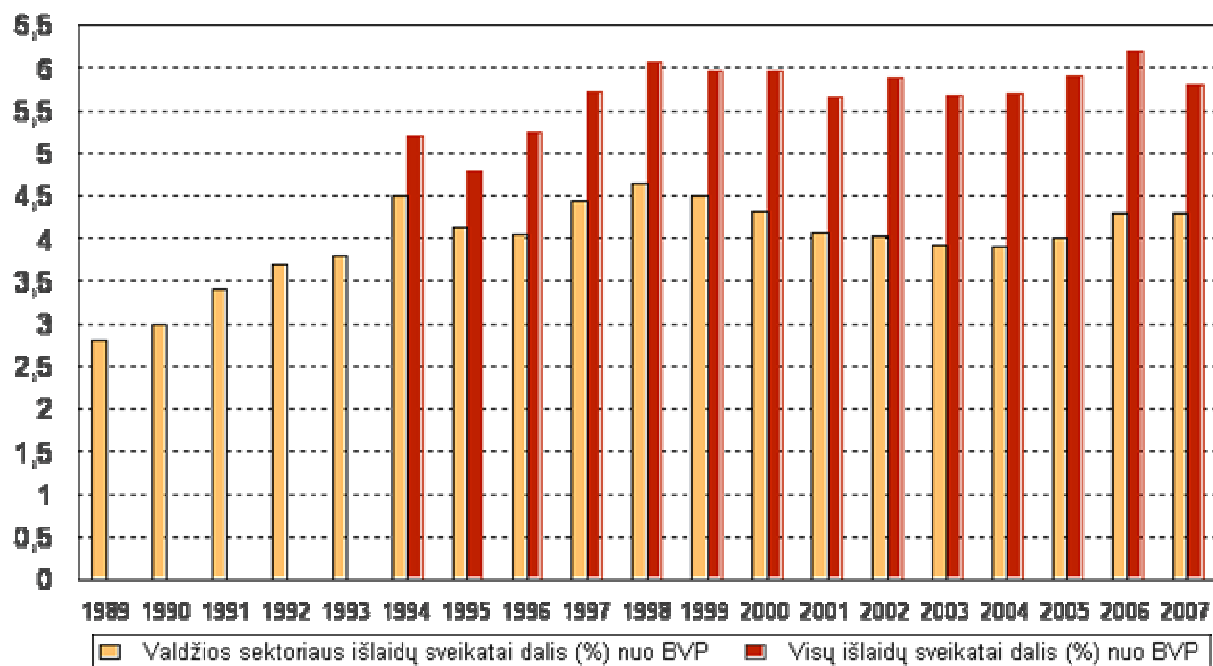
## PRIEDAS 2



Šaltinis. Valstybinė ligonių kasa. Ligonių kasos: 2006 metų apžvalga. – Vilnius: 2009. – 7 p.

1 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos, tūkst. Lt.

## PRIEDAS 3



Šaltinis. Lietuvos sveikatos informacijos ir Statistikos Departamento prie LR Vyriausybės duomenys

2 pav. Išlaidų sveikatai dalis nuo bendrojo vidaus produkto (BVP)

## PRIEDAS 4

2 lentelė. Kai kurie Europos šalių aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais rodikliai.

Šalis	Gydytojų skaičius 100000-ių gyv.	Odontologų skaičius 100000-ių gyv.	Slaugytojų skaičius 100000-ių gyv.	Stacionaro lovų skaičius 100000-ių gyv.	Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (%) nuo BVP
Airija	292,32	56,94	1542,87	556,68	8,20
Albanija	115,22	32,89	405,02	296,92	6,50
Andora	305,44	57,58	310,44	257,87	6,30
Armėnija	345,63	38,96	418,24	443,20	5,40
Austrija	363,05	53,94	628,41	764,96	10,20
Azerbaidžanas	362,61	28,65	725,81	805,65	3,90
Baltarusija	476,33	47,75	1195,35	1117,83	6,60
Belgija	422,77	79,57	1341,31	525,06	9,60
Bosnija ir Hercegovina	141,80	16,10	437,22	303,56	8,80
Bulgarija	366,46	84,89	411,93	622,07	7,70
Čekijos Respublika	362,00	68,58	859,57	837,99	7,10
Danija	357,09	83,87	977,55	382,25	9,40
Estija	328,53	87,46	655,21	564,77	5,00
Graikija	500,33	121,02	337,66	472,90	10,10
Gruzija	468,33	28,85	379,08	374,15	8,60
Islandija	368,02	93,98	943,31	750,80	9,40
Ispanija	322,11	53,71	743,68	336,10	8,20
Italija	364,77	62,77	683,73	399,91	8,90
Izraelis	356,38	109,53	586,29	596,74	7,80
Jungtinė Karalystė	212,61	43,88	498,59	389,72	8,20
Juodkalnija	197,52	42,13	510,54	414,26	8,00
Kazachstanas	375,71	36,66	681,59	777,58	3,90
Kipras	252,94	92,75	435,97	375,60	6,10
Kirgizstanas	246,12	19,69	556,77	508,52	6,00
Kroatija	253,38	72,75	526,01	545,88	7,40
Latvija	314,69	68,23	541,88	760,81	6,40
Lenkija	199,28	31,13	468,51	523,49	6,20
Lietuva (2007)	407,80	71,10	736,80	816,20	6,2 (2006)
Liuksemburgas	276,86	75,67	945,95	633,36	7,70

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

## PRIEDO 4 TĘSINYS

2 lentelės tęsinys.

Šalis	Gydytojų skaičius 100000-ių gyv.	Odontologų skaičius 100000-ių gyv.	Slaugytojų skaičius 100000-ių gyv.	Stacionaro lovų skaičius 100000-ių gyv.	Išlaidų sveikatos prižiūrai dalis (%) nuo BVP
Makedonija	254,24	57,59	369,81	462,69	7,80
Malta	388,09	47,15	565,76	761,29	8,40
Moldova	311,08	42,42	702,66	626,77	7,50
Monakas	664,29	121,43	1621,43	1957,14	4,60
Nyderlandai	370,83	49,38	1452,05	497,75	9,20
Norvegija	377,41	88,86	1571,31	413,37	9,10
Portugalija	344,34	58,59	458,84	365,18	10,20
Prancūzija	341,63	68,01	793,20	727,54	11,20
Rumunija	192,06	20,20	397,44	654,29	5,50
Rusija	431,04	32,02	806,22	965,85	5,20
San Marinas	251,70	36,36	507,70	716,00	7,30
Serbija	264,20	33,45	537,85	542,83	8,00
Slovakija	313,25	45,33	631,60	681,00	7,10
Slovėnija	236,02	59,87	752,43	476,32	8,50
Suomija	329,59	85,26	855,25	696,11	7,50
Švedija	324,57	152,12	1016,90	522,00	9,20
Šveicarija	396,64	52,96	832,84	553,92	11,40
Tadžikistanas	201,29	15,22	446,62	611,96	5,00
Turkija	158,98	32,61	239,04	269,50	5,70
Turkmėnistanas	249,23	14,35	448,50	433,31	4,80
Ukraina	308,38	41,13	783,43	872,97	7,00
Uzbekistanas	269,67	19,85	1023,81	519,45	5,00
Vengrija	303,58	49,62	895,83	791,68	7,80
Vokietija	345,02	79,68	781,81	829,09	10,70
EUROPA	338,43	51,22	720,46	674,03	7,74
ES	315,22	62,03	741,87	576,08	8,92
ES narių, įstojusių iki 2004 m., vidurkis	331,53	66,08	794,36	563,65	9,57
ES narių, įstojusių nuo 2004 m., vidurkis	254,90	42,85	556,62	637,18	6,49

Šaltinis: PSO Europos regioninio biuro duomenys, Europos šalių duomenys iš HFA duomenų bazės 2008m. birželio mėn. versija.

3 lentelė. Konsultacijų bazinių kainų palyginimas.

Preventinės programos	Bazinė kaina balais	Gydytojų specialistų konsultacijos	Bazinė kaina balais
<b>Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, sprendimų ir Priemonių sveikatos darantimo fondo biudžeto lėšų finansavimo programa</b>			
Preventinės programos paslauga (Profilaktinis patikrinimas, atlikus citologinį tyrimą.)	32,8	Akušerio ginekologo konsultacija (1.21. arba 2.30)	35,4 arba 64,7
Preventinės programos paslauga (Profilaktinis patikrinimas, atlikus biopsiją.)	129,5	Akušerio ginekologo (kai atliekamas echoskopinis ir (ar) kolposkopinis tyrimas ir (ar) biopsija, ir (ar) ekscizija, ir (ar) eksirpacija, ir (ar) elektomija, ir (ar) mifija, ir (ar) rezekcija, ir (ar) tonija, ir (ar) drenavimas, ir (ar) incizija, ir (ar) ligacija, ir (ar) pusektomija) (1.10. arba 2.97)	60,6 arba 86,1
<b>Afrikinės radiografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa</b>			
Preventinės programos paslauga	62,5	Radiologas (1.66. arba 2.80.1)	45,5 arba 82,8
<b>Priešinėse liaukose vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa</b>			
Preventinės programos paslauga	430,2	Urologo konsultacija (kai atliekamas echoskopinis ir (ar) endoskopinis tyrimas, ir (ar) mikrobiologinis tyrimas, ir (ar) ekscizija, ir (ar) elektomija, ir (ar) cistija, ir (ar) rezekcija, ir (ar) tonija, ir (ar) biopsija, ir (ar) drenavimas, ir (ar) incizija, ir (ar) ligacija) (1.16. arba 2.106)	60,6 arba 86,1

Šaltinis. LR Valstybės kontrolės Valstybinio audito atskaita Valstybinės ligonių kasos veikla. 2008 m. gegužės 10 d. Nr. VA-P-10-20-2-8 Vilnius. - 21 p.

