

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

**KORNELIJA BANAITYTĖ**

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO  
MODELIŲ ANALIZĖ**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Vadovas**  
**doc. dr. M. Strumskis**

**VILNIUS, 2012**

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

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO  
MODELIŲ ANALIZĖ**

**Finansų valdymo magistro baigiamasis darbas**  
**Studijų programa 61N30005**

**Vadovas**  
**doc. dr. M. Strumskis**  
**2012 03**

**Atliko**  
**Fvmis0-01 gr. stud.**  
**K. Banaitytė**  
**2012 03 22**

**VILNIUS, 2012**

## TURINYS

ĮVADAS.....	6
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIŲ SAMPRATA IR ANALIZĖ TEORINIŲ ASPEKTU.....	9
1.1. Sveikatos priežiūros sistemos sąvoka ir esmė.....	9
1.1.1. Sveikatos draudimo reikšmė.....	10
1.2. Sveikatos priežiūros finansavimo reikšmė.....	13
1.2.1. Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai, principai, reikšmė.....	15
1.2.1.1. Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo modelio teorinė samprata.....	16
1.2.1.3. Semaškos sveikatos priežiūros finansavimo modelio samprata.....	25
1.2.1.4. Mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema.....	27
1.2.1.5. Tiesioginiais mokesčiais už sveikatos priežiūros paslaugas pagrįstos finansavimo sistemos bruožai teoriniu aspektu.....	29
1.3. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemų Lietuvoje, Prancūzijoje ir Jungtinėse Amerikos valstijose teoriniai aspektai.....	32
1.3.1. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema ir finansavimas.....	32
1.3.2. Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo modelis teoriniu aspektu.....	36
1.3.3. Sveikatos priežiūros finansavimo sistema Jungtinėse Amerikos valstijose.....	38
2. TYRIMO METODOLOGIJA.....	44
3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIŲ VERTINIMAS: STATISTINIŲ DUOMENŲ ANALIZĖ.....	46
3.1. Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų ekonominių rodiklių analizė.....	46
3.2. Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros finansavimo statistinių rodiklių analizė.....	49
3.3. Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų socialinių, demografinių rodiklių statistinių duomenų analizė.....	64
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI.....	69
LITERATŪRA.....	73
ANOTACIJA.....	77
ANNOTATION.....	78
SANTRAUKA.....	79
SUMMARY.....	81
PRIEDAI.....	83

## LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo modelių palyginimas.....	31
2 lentelė. JAV sveikatos priežiūros sistemos principai.....	39
3 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo modelių vertinimo kriterijai.....	44
4 lentelė. Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui, dinamika.....	56
5 lentelė. Prancūzijos ir JAV bendrojo vidaus produkto vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui tarpusavio priklausomybė.....	59
6 lentelė. Lietuvos privačių sveikatos priežiūros išlaidų struktūra 2005-2009 m. laikotarpiu.....	61
7 lentelė. Šalių mirtingumo rodikliai.....	65

## PAVEIKSLAI

1 pav. Veronos arba investicijų trikampis (PSO, 2008).....	14
2 pav. Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo modelis.....	18
3 pav. Bismarko modelis.....	22
4 pav. Vokietijos sveikatos priežiūros finansavimo modelis po 2007 metų reformos.....	23
5 pav. Mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema.....	28
6 pav. Lietuvos sveikatos sistemos finansavimas.....	34
7 pav. Sveikatos priežiūros sistema ir finansavimas Jungtinėse Amerikos valstijose.....	39
8 pav. Lietuvos bendrojo vidaus produkto dinamika, mlrd. eurų.....	46
9 pav. Prancūzijos bendrojo vidaus produkto dinamika, mlrd. eurų.....	47
10 pav. Jungtinių Amerikos valstijų bendrojo vidaus produkto dinamika, mlrd. dolerių.....	48
11 pav. Bendrojo vidaus produkto, tenkančio vienam šalies gyventojų, dinamika, doleriais.....	48
12 pav. Lietuvos bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, mlrd. litų.....	50
13 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, mlrd. eurų.....	50
14 pav. Jungtinių Amerikos valstijų bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, mlrd. eurų.....	51
15 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus, proc.....	52
16 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus, proc.....	53
17 pav. Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus, proc.....	53
18 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su BVP, proc.....	54
19 pav. Prancūzijos ir JAV sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su BVP, proc.....	55
20 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui, doleriais, prognozė.....	57
21 pav. BVP vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui tarpusavio priklausomybė (Lietuva).....	59
22 pav. Tiesioginių gyventojų mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas dalis, proc. palyginti su privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis.....	60
23 pav. Gydytojų konsultacijų, tenkančių vienam gyventojui per metus, skaičiaus dinamika.....	62
24 pav. Ligoninių lovų skaičiaus, tenkančio 1000 šalies gyventojų, dinamika.....	63
25 pav. Gydytojų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų, dinamika.....	64
26 pav. Tikėtina šalių abiejų lyčių vidutinė gyvenimo trukmė, metais.....	64
27 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė.....	66
28 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros išlaidų ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė.....	66
29 pav. JAV sveikatos priežiūros išlaidų ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė.....	67

## ĮVADAS

Sveikatos priežiūros finansavimas – ypač reikšminga ir optimalios sistemos reikalaujanti sritis kiekvienoje išsivysčiusioje šalyje, o ne tokiose pažangiose šalyse – permainų ir skubių sprendimų reikalaujanti sritis. Sveikatos priežiūros finansavimas apima asmens ir visuomenės sveikatos aprūpinimą įvairiais ištekliais, kurie būtini paslaugų užtikrinimui. Vis dėlto, gyventojams būtent asmens sveikatos priežiūra išlieka prioritetine sritimi. Finansavimo būdas, lėšų paskirstymas nulemia asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą bei savalaikiškumą, kas ypatingai aktualu šių paslaugų gavėjams. Be to, sveikatos priežiūros paslaugos sudaro labai didelę (iki 20 proc.) valstybių BVP dalį, nuo sveikatos priežiūros paslaugų labai priklauso visuomenės narių darbingumas, vidutinė gyvenimo trukmė bei kiti gyvenimo kokybės rodikliai.

Laikui bėgant susiklosčiusios istorinės, ekonominės bei socialinės sąlygos nulėmė kelių skirtingų sveikatos priežiūros finansavimo sistemų susiformavimą, iš kurių keletas apibūdinami kaip modeliai. Galima išskirti mokslinėje literatūroje aprašomus, analizuojamus bei praktiniu požiūriu vertinamus Bismarko, Beveridžo, Semaškos bei mišrų modelius, iš kurių kiekvienas išsiskiria skirtingais principais, bruožais arba derinami tarpusavyje. Kiekviena šalis, atsižvelgdama į savo nacionalinio biudžeto galimybes, struktūrą, vyraujančias visuomenės nuostatas, pasirenka kurį nors sveikatos priežiūros finansavimo modelį.

Šalyje taikoma finansavimo sistema – viena dažniausiai diskutuojamų bei „jautriausių“ temų visuomenėje, nes įteisintas asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelis turi ne tik teigiamų, bet ir neigiamų socialinių ar ekonominių pasekmių visuomenei, kaip didelė gyventojų, neapdraustų sveikatos draudimu, dalis ar brangios sveikatos priežiūros paslaugos. Todėl sveikatos priežiūros finansavimo politika turi būti universali ir lengvai pritaikoma, kad būtų suprantama visuomenei, o įvykus nenumatytiems pokyčiams, tinkamai reaguotų ir be didesnių padarinių prisitaikytų. Valstybėje turi būti formuojamas toks sveikatos priežiūros modelis, kuris leistų užtikrinti nepertrūkstamą sveikatos paslaugų finansavimo procesą, kuriam neigiamo poveikio neturėtų ekonominė situacija bei valstybės nacionalinio biudžeto pokyčiai. Vis dėlto, dėl tam tikrų, kartais sunkiai įvertinamų, priežasčių valstybės neatsižvelgia į ekonominius, demografinius, socialinius rodiklius, kas nulemia egzistuojančios finansavimo sistemos neigiamus padarinius. Negalima atmesti bei ignoruoti ir pačių gyventojų iniciatyvos labiau rūpintis savo sveikata trūkumo, nes kiekvienas yra atsakingas už save ir turi pasirūpinti daugiau nei minimaliomis sveikatos priežiūros garantijomis. Neįmanoma sukurti tobulo asmens sveikatos priežiūros finansavimo sistemos be visuomenės pastangų.

**Aktualumas ir naujumas.** Išskylantys ekonominiai sunkumai asmens sveikatos priežiūros finansavimo srityje, vis atviresnės diskusijos apie taikomų finansavimo modelių privalumus ir

trūkumus, atskleidžia asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių aktualumą teoriniu bei empiriniu požiūriais.

**Objektas** – asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliai.

**Tikslas** – įvertinti ir palyginti asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelius, jų principus, taikymo šalyse ypatumus.

**Darbui keliami šie uždaviniai:**

1. Atskleisti asmens sveikatos priežiūros finansavimo reikšmę teoriniu aspektu;
2. Įvertinti asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių koncepcijas teoriniu aspektu;
3. Atskleisti Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų finansavimo sistemų principus, bruožus, panašumus bei skirtumus;
4. Įvertinti Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų asmens sveikatos priežiūros finansavimo statistinių rodiklių ypatumus, dinamiką, tendencijas.

**Problema.** Kaip šalyse taikomi asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, prieinamumą, socialinius ir kitus gyvenimo kokybės rodiklius.

**Hipotezė.** Tikėtina, kad šalyse taikomi asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliai ne visiškai užtikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, finansinį efektyvumą.

**Metodai.** Atlikta mokslinės literatūros analizė asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių, jų principų konkrečiose šalyse klausimais. Remiantis statistiniais metodais, atlikta ekonominių, sveikatos priežiūros finansavimo ir su asmens sveikatos priežiūra susijusių demografinių, socialinių rodiklių statistinė analizė.

**Darbo struktūra.** Teorinėje dalyje, remiantis lietuvių ir užsienio autorių literatūra, vertinama sveikatos draudimo, asmens sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo reikšmė. Analizuojami mokslinėje literatūroje pateikti ir šalyse taikomi sveikatos priežiūros finansavimo modeliai - Beveridžo, Bismarko, Semaškos, mišrus. Išskiriami svarbiausi jų taikymo principai, bruožai, ypatumai - kuomet vienas finansavimo modelis skiriasi nuo kito. Vertinant atskirai kiekvieno modelio bruožus, atskleidžiamas jų poveikis valstybės, kurioje taikomas tas modelis, sveikatos priežiūros sistemai: sveikatos paslaugų kokybei, jų prieinamumui, asmens sveikatos priežiūros įstaigų ekonominei bei finansinei padėčiai.

Empirinėje dalyje, taikant pasirinktą metodologiją, atliekama statistinių duomenų, leidžiančių plačiau įvertinti sveikatos priežiūros finansavimo modelių ypatumus, analizė. Siekiant atskleisti modelių bruožus, tarpusavio skirtumus, vertinami tokių šalių, kaip Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų duomenys, remiantis duomenų bazėse pateikta informacija. Sveikatos priežiūros modelių ypatumams iš finansavimo pusės atskleisti analizuojami šie duomenys: bendrojo vidaus

produkto (BVP), sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su BVP, vienam šalies gyventojui tenkanti sveikatos priežiūros išlaidų dalis. Pateikiama ir tokių rodiklių, kaip gydytojų ir jų atliekamų konsultacijų bei ligoninių lovų, tenkančių 1000 šalies gyventojų, skaičius, dinamika, kas leidžia plačiau įvertinti ir atskleisti konkrečių šalių modelių finansinius aspektus. Analizuojami demografiniai, socialiniai šalių statistiniai rodikliai – tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės, mirtingumo dinamika. Atliekama susijusių rodiklių tarpusavio priklausomybės analizė, kiekybinis prognozavimas, kuris atskleidžia galimas rodiklių ateities tendencijas. Kelių skirtingų šalių statistinių duomenų rinkimas ir analizė leidžia išskirti bruožus, pastebėti skirtumus, įvertinti modelių privalumus ir trūkumus.



# 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIŲ SAMPRATA IR ANALIZĖ TEORINIŲ ASPEKTU

## 1.1. Sveikatos priežiūros sistemos sąvoka ir esmė

Sveikatos priežiūra, jos sistema bei finansavimo būdai, be abejonės, – viena dažniausiai visuomenėje diskutuojamų problemų, ką parodo lietuvių ir užsienio autorių straipsnių gausa asmens, visuomenės sveikatos priežiūros sistemų ir finansavimo klausimais bei laikas nuo laiko valstybės institucijų išleidžiami nauji ar pakeičiami jau egzistuojantys šios srities teisės aktai. Sprendimai, lemiantys tam tikrus pokyčius sveikatos priežiūroje, – turi įtakos kiekvieno šalies gyventojų sveikatos kokybei, prieinamumui ir pan. Todėl sveikatos sistema, struktūra, reguliavimas ir organizavimas bei sveikatos draudimo sistema yra apibrėžiamos svarbiausiuose valstybės įstatymuose. Kaip teigiama Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (1994), „sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“. Kitos lietuvių autorės sveikatą apibūdina panašiai. Pasak Čebulytės, Palubinskienės, (2008), „ji – ne tik ligų ar fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, kuriai užtikrinti reikalinga tinkama ir priimtina sveikatos priežiūra“ (p. 131).

Kiekvienoje šalyje dažniausiai išskiriama asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra. Lietuvos įstatymuose asmens sveikatos priežiūra apibūdinama kaip - „valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą“. Visuomenės sveikatos priežiūra apibrėžiama kiek kitaip - „organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma“ (LR sveikatos apsaugos įstatymas, 1994). Taigi asmens sveikatos priežiūra yra nukreipta į asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, medicininės pagalbos suteikimą pacientams, tuo tarpu, visuomenės sveikatos priežiūra yra labiau orientuota prevencines į priemones bei plačios visuomenės ar tam tikrų grupių informavimą sveikatos priežiūros klausimais. Vis dėlto, daugelyje šalių, visuomenės sveikatos priežiūrai skiriamas mažesnis dėmesys, finansavimas - gyventojai gauna mažiau informacijos apie esamas prevencines programas, sveikos gyvensenos principus. Todėl ši problema gali būti laikoma viena iš asmens sveikatos priežiūros išlaidų augimo priežasčių, nes neužtikrinant efektyvios visuomenės sveikatinimo sistemos, jos funkcionavimo, asmens medicininėms paslaugoms tenka skirti didesnę privatų ir valstybinį finansavimą.

Apibrėžus sveikatos, asmens sveikatos bei visuomenės sveikatos priežiūros sąvokas, svarbu išskirti sveikatos sistemos sąvoką, nes tik sistemingai ir vieningai veikdama sveikatos priežiūra gali

pateisinti gyventojų lūkesčius. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą, „Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema“ (1994). Pasak užsienio autorių, sveikatos priežiūros sistemos Europos Sąjungoje atlieka esmines socialinės apsaugos funkcijas, be to, sveikatos sistema padeda sumažinti tiek sveikatos, tiek finansinę riziką, tuo turėdamos įtakos socialinei ir ekonominei gerovei (Thomson et. al., 2009). Taigi sveikatos priežiūros sistemą galima apibūdinti, kaip struktūrizuotą įvairių valstybinių bei privačių institucijų, įstaigų visumą, kurių veikla yra nukreipta į sveikatos priežiūrą, reglamentuota įstatymais bei atstovaujanti visuomenės interesams. Be to, sveikatos priežiūros sistema platesniame kontekste būtų, kaip išteklių, finansavimo, organizavimo bei valdymo derinys, kurio galutinis rezultatas yra sveikatos priežiūros paslaugų suteikimas gyventojams. Pasaulinė sveikatos organizacija (2009) sveikatos sistemą apibrėžia, kaip veiklą, kurios pagrindinis tikslas – skatinti, atkurti ir išlaikyti sveikatą.

Siekiant sveikatos priežiūros sistemą suprasti plačiau, svarbu apibrėžti jos sudedamąsias dalis - sveikatos draudimo sąvoką bei finansavimo ypatumus teoriniu aspektu.

### **1.1.1. Sveikatos draudimo reikšmė**

Egzistuoja nemažai draudimo rūšių – transporto priemonių, turto, kredito ir t. t., tačiau sveikatos draudimas žmogui yra vienas svarbiausių, tai tarsi garantas, kad susirgus ir sveikatos priežiūros įstaigai suteikus pagalbą, gydymo išlaidos bus iš dalies kompensuotos ar visiškai apmokėtos iš valstybinio ar privataus sveikatos draudimo fondo.

Sveikatos draudimas – sudedamoji sveikatos priežiūros sistemos dalis, kuri pasak Povilaitienės (2008) suprantama kaip „finansinių priemonių sistema, garantuojanti gyventojams dėl sveikatos sutrikimų patirtų išlaidų apmokėjimą (p. 7). Vadinasi sveikatos draudimas, kaip ir bet kokia kita draudimo rūšis yra susijusi su išlaidų, patirtos žalos kompensavimu. Sveikatos priežiūros srityje toks kompensavimas yra tiesiog būtinas gyventojams, kurių solidariai mokamos draudimo įmokos garantuoja, kad sutrikus sveikatai (nutikus draudimui įvykiui) atsiradusios išlaidos bus visiškai ar iš dalies apmokamos iš valstybės ar privačių fondų.

Užsienio autoriai sveikatos draudimą apibūdina panašiai. Banerji, Ramdeo (2007) išskiria, kad sveikatos draudimas yra draudimo rūšis, kuomet draudikas apdraustajam apmoka medicines išlaidas, susidariusias dėl ligos ar nelaimingo atsitikimo. Be to, autoriai pažymi, kad draudikas sveikatos priežiūros sistemoje gali būti privati organizacija arba valstybinė įstaiga. Sveikatos draudimą siaurąja prasme tie patys autoriai apibūdina kaip individo ar grupės perkamas sveikatos priežiūros paslaugas, iš anksto mokant įmokas – premijas (p. 95). Kitos užsienio autorės sveikatos draudimą apibūdina kaip

sistemą, kurioje draudikas (draudimo kompanija) už tam tikrą mokesį prisiimdamas riziką, sumažina asmens riziką. Draudiko prisiimama rizika apibūdinama, kaip iš anksto nežinomos galimos apdraustojo asmens sveikatos priežiūros išlaidos – draudiminis įvykis. (Casto, Layman, 2006, p.3).

Kiekvienoje šalyje sveikatos draudimas yra įteisintas juridškai, nes ši sritis reikalauja didelio dėmesingumo, kadangi sveikatos draudimo reglamentavimas nurodo apdraustųjų grupes, draudimo išmokų išmokėjimo sąlygas, apdraustųjų bei draudėjų teises, pareigas ir pan. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (1996) nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemos bei papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindus. Šiame įstatyme išskiriamos tokios sveikatos draudimo rūšys: privalomasis – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių visuma - ir papildomasis (savanoriškasis) – kai sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atlyginamos pagal šių sutarčių sąlygas. Kitose šalyse egzistuoja panašios sveikatos draudimo rūšys, tik skiriasi draudimo principai, sąlygos, apdraustųjų pasiskirstymas.

Taip pat svarbu paminėti valstybinį ir privatų sveikatos draudimą, nes šių draudimų pasiskirstymas šalyje lemia sveikatos priežiūros sistemos reguliavimo mastą, finansavimą bei paslaugų prieinamumą. Įvairiose šalyse skiriasi valstybinio ir privataus draudimo proporcijos. Lietuvoje, Didžiojoje Britanijoje ar Prancūzijoje dominuoja valstybinė sveikatos draudimo sistema, kai tuo tarpu, Jungtinėse Amerikos valstijose – privatus sveikatos priežiūros draudimas. Kiekviena šalis, atsižvelgdama į visuomenės interesus, ekonominę būklę bei susiklosčiusias istorines sąlygas, pasirenka tinkamiausią sveikatos draudimo sistemą, tačiau vis tiek laikui bėgant neišvengiamai atsiranda pokyčių sveikatos draudimo sistemoje poreikis.

Nors įvairiose valstybėse sveikatos draudimo sistema skiriasi, galima teigti, kad ši sistema remiasi keturiais pagrindiniais principais. Pasak Čepulytės, Palubinskienės (2008) „išskiriami draudimo, privalomojo solidarumo, atsakomybės ir finansų ekvivalentiškumo principai, leidžiantys suprasti sveikatos draudimo sistemos veiklą“. Draudimo principas, remiantis šių autorių darbu, – teisė į sveikatos priežiūros paslaugas bei draudimo išmokas draudiminio įvykio atveju. Atsakomybės principas susijęs su sąmoninga ligų rizika, o finansų ekvivalentiškumo principas orientuotas į privatų sveikatos draudimą, nes šiuo atveju „įmokos dydis skaičiuojamas pagal rizikos laipsnį“ (p. 132).

Vienas svarbiausių sveikatos draudimo principų – solidarumas. Užsienio autoriai Saltman et. al. (2004), nagrinėdami socialinio sveikatos draudimo sistemas vakarų Europoje dėmesį skyrė solidarumo ir konkurencijos, kurios neišskiria minėtos lietuvių autorės, principams. Solidarumas apibūdinamas, kaip visuomenės socialinės gerovės pagrindas ir grindžiamas tarpasmeniniu pasidalinimu – surenkamos įmokos nukreipiamos konkrečioms asmens sveikatos priežiūros išlaidoms padengti ir solidarumo laipsnis sveikatos priežiūros srityje priklauso nuo visuomenės

bendradarbiavimo, sveikatos draudimo struktūros, sistemos. Konkurencijos principas – kaip kontrastas solidarumui – remiasi savarankiškumu ir skatina individus bei institucijas siekti kuo didesnio asmeninio pelno. Konkurencija sveikatos draudimo srityje įvairiais laipsniais egzistuoja tarp valstybinio ir privataus draudimo, tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų (p. 171). Tačiau minėti autoriai tuo pačiu pabrėžia, kad konkurencija gali lemti tai, kad vis mažesnei visuomenės daliai bus lengvai prieinamas sveikatos draudimas (p. 180). Autoriai analizuodami solidarumą ir konkurenciją taip pat išskiria, kad šalims, kurios nori sukurti tobulesnę sveikatos priežiūros draudimo ir finansavimo sistemą, svarbiausias rūpestis yra suderinti solidarumo principą su konkurencija tarp draudikų. Solidarumą jie apibūdina, kaip sinonimą rizikos sutelkimui, nes sukauptos sveikatos draudimo įmokos nėra paskirstomos individualiai ir gyventojai, nepasinaudoję sveikatos priežiūros paslaugomis, savo sukauptą dalį perleidžia sergantiems. Be to, solidarumas Europos šalių sveikatos priežiūros sistemose deklaruojamas, kaip lygybės užtikrinimo veiksnys. (Saltman, Figueras, 1997, p. 133).

Remiantis Lezgovko, Lastausku (2008), „Draudimas teikia rizikos valdymo pranašumų ir prisideda prie ekonominės veiklos gyvybingumo. Štai keletas kanalų: užimtumo didinimas, mokesčiai, parama ir labdara, investicijos, nelaimių ir katastrofų ekonominių kaštų padengimas“ (p. 142-143). Taigi galima teigti, kad draudimo reikšmė yra tikrai didelė, nes pasak šių autorių, „draudikai paprastai yra pagrindiniai kapitalo rinkų dalyviai; tai rodo JAV statistika, teigianti, jog draudimo kompanijų avuarai 2005 m. siekia 3,5 trilijono JAV dolerių“. Nelaimių ir katastrofų ekonominių kaštų padengimo atveju – draudikai padeda planuoti kompanijų, regionų ar net šalių ekonominę veiklą, nes užtikrina neigiamų padarinių susilpninimą ar visišką likvidavimą“ (p. 142). Panašų, bet ne tokį stiprų vaidmenį atlieka draudimo kompanijos ir sveikatos priežiūros srityje, apmokėdamos apdraustajam patirtas sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas bei suteikdamos pačiam apdraustajam ir jo artimiesiems saugumo ir užtikrintumo jausmą, esant įvairiems sveikatos sutrikimams.

Vis dėlto, vertinant sveikatos draudimo reikšmę, principus, neabejotinus privalumus, išskiriamas vienas iš galimų pavojų – neadekvatus apdraustųjų naudojimas asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, kai išlaidas visiškai padengia valstybinis draudimas ir dažnesnis paslaugų gavimas neįtakoja didesnių sveikatos draudimo įmokų. Ši problema įvardijama kaip labai spartaus sveikatos priežiūros išlaidų augimo priežastis tiek Europoje, tiek ir Jungtinėse Amerikos valstijose. Tiesiog trūksta paklausą reguliuojančio mechanizmo, nes pacientas naudojasi asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, kai jam to net nereikia, o gydytojas dėl savo uždarbio yra suinteresuotas pritraukti ko daugiau pacientų.

Taigi galima teigti, kad išskiriama didelė sveikatos draudimo reikšmė, nes šis draudimas, egzistuojantis kaip sistema, apima finansinį garantą, pagal kurį apmokamos ar iš dalies kompensuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Analizuojant sveikatos draudimo

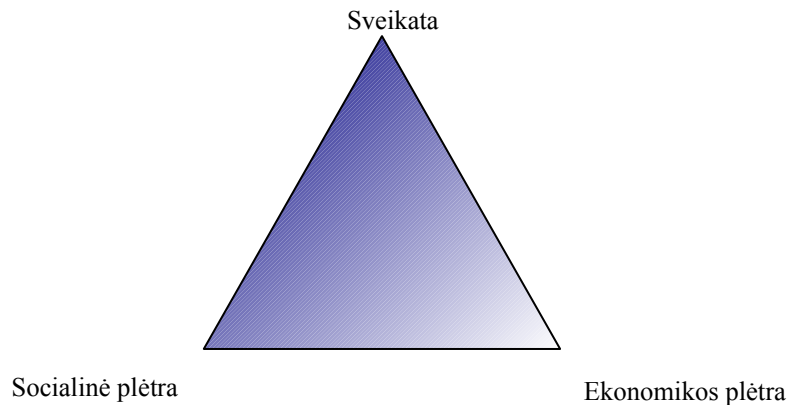
pagrindinius principus išryškėja, kad pamatiniu galima laikyti solidarumą, kuris reiškia asmens sveikatos priežiūros finansinių išteklių pasidalijimą tarp šalies gyventojų. Užsienio autoriai šalia solidarumo sąvokos išskiria ir konkurenciją.

## **1.2. Sveikatos priežiūros finansavimo reikšmė**

Sveikatos priežiūros finansavimas – sritis reikalaujanti pačių optimaliausių sprendimų, nes nuo to, kaip valdomas šis finansavimo mechanizmas priklauso sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė, sveikatos priežiūros specialistų bei medicinos darbuotojų darbo užmokestis ir pan. Žinoma mažiau problemų iškyla, kai surenkama daugiau įplaukų ir finansavimas yra didinamas, tačiau neišvengiama ir tokių atvejų įvairiose šalyse, kai dėl nepalankios ekonominės situacijos sveikatos priežiūrai skiriama mažesnė finansų dalis.

Apskritai sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybės užtikrinimas priklauso nuo sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo, konkurencijos tarp sveikatos priežiūros įstaigų bei paslaugų paklausos. Stasys Gendvilis, Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas (2009), išskiria faktorius, nulemiančius sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą Lietuvoje: ekonominė šalies padėtis, sveikatos draudimo lėšų surinkimo galimybės, TLK(teritorinių ligonių kasų) finansavimo sąlygos, demografiniai pokyčiai ir kt. faktoriai (įstatyminė bazė papildomam savanoriškam draudimui, priemokoms ir pan.). Galima teigti, kad sunkiausia kontroliuoti ekonominę šalies padėtį bei demografinius pokyčius, nes sunku sustabdyti visuomenės senėjimo procesus ar mažinti sergamumo rodiklius. Tokie faktoriai, kaip sveikatos draudimo lėšų surinkimo galimybės ar teritorinių ligonių kasų finansavimo sąlygos daugiausia priklauso nuo šalies ekonominės situacijos, nes šiuo atveju įstatyminė bazė negarantuoja geresnių lėšų surinkimo galimybių.

Analizuojant sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą nulemiantį faktorių – ekonominę šalies padėtį, svarbu išskirti Veronos trikampio sąvoką, kurią Ligonų kasų metinėje konferencijoje pateikia Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas (2009). Sąvoką pateikia ir Pasaulinė sveikatos organizacija, tik apibūdina kaip investicijų trikampį (žr. 1 pav.):



1 pav. Veronos arba investicijų trikampis (PSO, 2008)

Iš šio trikampio matyti, kad sveikata tiesiogiai siejasi su socialine ir ekonomine plėtra bei atvirkščiai – ekonomikos plėtra įtakoja šalies sveikatos rodiklius ir lemia socialinę plėtrą. Kaip teigia Pasaulinė sveikatos organizacija „Sveikatos sistemų, sveikatos ir gerovės“ konferencijai skirtame leidinyje (2008), *„silpna sveikatos priežiūros sistema veda prie sveikatos deficito, o tvirta sistema duoda akivaizdžių ekonominę naudą. Sveikas žmogus yra produktyvios ekonomikos pagrindas, nes sveikata tiesiogiai siejasi su individualia ir socialine apsauga, mokymosi galimybėmis, kas žmogui suteikia galimybę tobulėti ir įsidarbinti, ypač tai svarbu dabar, kai plečiasi žinių ekonomikos sąvoka. Todėl vis daugiau turėtų būti investuojama į asmeninę gerovę, gerinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, mažinamas skurdas šalyje, taip gerinant individo galimybes įsidarbinti“* (p. 9).

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą, pateikiama tvarumo sąvoka. Kaip pažymi valstybinės ligonių kasos direktorius Sasnauskas (2009), galima išskirti tvarumo, ekonominio bei fiskalinio tvarumo sąvokas:

- „Tvarumas: sveikatos priežiūros biudžeto įplaukos yra pakankamos patenkinti įsipareigojimus;
- Ekonominis tvarumas: išlaidos sveikatos priežiūrai neviršija šalies galimybių;
- Fiskalinis tvarumas: sveikatos biudžeto pajamos ir išlaidos subalansuotos.“

Iš pateiktų teiginių autorius išskiria fiskalinį tvarumą ir nurodo pagrindines kryptis fiskalinio tvarumo didinimui:

1. „Padidinti pajamas;
2. Sumažinti išlaidas;
3. Padidinti lėšų panaudojimo efektyvumą“ (2009).

Nors atrodo, kad gana aiškiai nurodytas kelias link finansinio tvarumo sveikatos priežiūros finansavimo srityje, tačiau nėra taip lengva subalansuoti sveikatos priežiūros biudžetus, paskirstyti

lėšas, nes egzistuoja sunkiai valdomi pokyčiai ekonomikoje, visuomenėje, pvz. demografinių, socialinių rodiklių neigiami pokyčiai.

Taigi sveikatos priežiūros finansavimas – išteklių paskirstymas, yra vienas svarbiausių veiksnių, nulemiančių asmens ir visuomenės sveikatos kokybės lygio rodiklius. Todėl atsižvelgiant į įvairius ekonomikos, visuomenės ypatumus, pasaulyje egzistuoja keletas sveikatos priežiūros finansavimo modelių ir kiekviena šalis pasirenka jai priimtinausią bei tinkamiausią.

### **1.2.1. Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai, principai, reikšmė**

Remiantis Povilaitiene (2008), „sveikatos priežiūros finansavimo mechanizmų sąrašas trumpas. Praktikoje taikomi šie finansavimo būdai: finansavimas iš mokesčių, privalomi įmonių ir dirbančiųjų įnašai, savanoriško draudimo įmokos“ (p. 17). Autorė šias finansavimo rūšis aptaria kiek plačiau. Pasak jos, „sveikatos priežiūros finansavimas iš mokesčių – tai perskirstyminis finansavimo metodas, kurio viena dalis lėšų imama iš pajamų kaip progresyvinė atskaitymų norma, o likusi apmokestinimo dalis yra proporcinga pridėtosios vertės išraiškai. Tai reiškia, kad viena socialinė grupė padengia išlaidas kitai socialinei grupei, kuri nepajėgi padengti savo išlaidų sveikatos paslaugoms“ (p. 17). Galima teigti, kad toks finansavimo mechanizmas tvirtai siejasi su solidarumo principu, kai sveikatos priežiūros paslaugos tampa prieinamos visiems. Vis dėlto, taikant tokį finansavimo būdą šalyse, kur vyrauja didelis nedarbas, dirbančiajai ir įmokas mokančiai visuomenės daliai padidėja mokesčių našta, kurią valstybė gali didinti tik iki tam tikro taško. Remiantis Kraune (2009), A. Laffero teorijos pagrindinis teiginys – didėjant mokesčių tarifams, didėja ir mokesčių surinkimas, tačiau jei tarifai peržengia nustatytą ribą, mokesčių surinkimas pradeda mažėti ir tuomet nustačius aukštus mokesčių tarifus, šalies biudžetas nesurenka tam tikros pajamų dalies (p. 601-602). Taigi sveikatos priežiūros draudimo finansavimas valstybinių mokesčių pagrindu reikalauja racionalaus mokesčių reguliavimo mechanizmo.

Kitas finansavimo metodas – finansavimas iš įnašų, kai dirbantysis ir jo darbdavys moka įmokas į fondą, o esant sveikatos sutrikimams, išlaidos apmokamos arba dalinai kompensuojamos iš sukaupto fondo. Tokiu atveju išryškėja perskirstymo principas, nes galimybę gauti reikiamas ar norimas prevencines sveikatos priežiūros paslaugas turi dirbančioji visuomenė dalis, o nedirbantieji gauna tik būtinąją pagalbą, arba turi susimokėti už paslaugas patys, ką padaryti mažai kas išgali, nes sumos už paslaugas susidaro didelės ir paslaugos tampa neprieinamos. Vis dėlto, kai kuriose šalyje egzistuoja mišrus finansavimo būdas – kai sveikatos priežiūros išlaidos padengiamos tiek iš centrinio mokesčių mechanizmo, tiek iš įmokų fondų, taip sveikatos priežiūros paslaugas padarant prieinamas didesnei visuomenės daliai.

Mažiau paplitęs sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo būdas – privataus draudimo įmokos arba kitaip savanoriškas draudimas, kai apdraustasis sudaro sutartį su draudiku ir moka tam tikro nustatyto dydžio įmokas. Kaip teigia Sidabraitė (2006), „savanoriškas draudimas – privačios įmokos, kurių dydis susijęs su rizikos laipsniu ir kurias moka įmonės arba patys rizikuojantys asmenys“. Pavyzdžiui Jungtinėse Amerikos valstijose egzistuoja toks sveikatos priežiūros finansavimo mechanizmas, tačiau išryškėja viena didžiausių problemų – didelė neapdraudusiųjų dalis, kas susiję su nedarbo lygiu bei rizikos laipsniais, kai privačios draudimo kompanijos išvis atsisako žmogų apdrausti arba apskaičiuojamos labai didelės draudimo įmokos ir žmogus tiesiog neturi galimybės įmokų padengti.

Daugelyje Europos šalių toks savanoriškas draudimas yra taikomas kaip papildomas draudimas šalia privalomojo, pavyzdžiui, papildomu (savanorišku) draudimu apsidraudęs asmuo gauna ne tik iš valstybinio socialinio draudimo fondo apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir gali kreiptis į privačias klinikas, kuriose galbūt teikiamos kokybiškesnės, bet kartu ir brangesnės medicininės paslaugos.

Taigi išskiriama keletas pagrindinių sveikatos priežiūros finansavimo metodų, tačiau, pasak Čepulytės, Palubinskienės (2008), „*praktikoje egzistuoja labai didelė sveikatos draudimo sistemų, vertinant jas pagal sistemų klasifikavimą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, įvairovė. Europos šalyse labiau dominuoja mokesčiais finansuojamos ir valstybinės sveikatos draudimo sistemos, tuo tarpu JAV sveikatos draudimas dažniausiai finansuojamas privačių asmenų ir vykdomas per privačias institucijas. Šalių sveikatos draudimo sistemos skirstomos į tris modelius: Beveridžo, Birmarko, Semaškos*“ (p. 132). Dar galima išskirti mišraus finansavimo modelį, nes dažnai būna, kad šalių sveikatos priežiūros finansavimo sistemose išryškėja kelių finansavimo modelių principai ir sunku kategoriškai nubrėžti liniją tarp vieno ar kito sveikatos priežiūros finansavimo modelio. Be to, pasak Zubrickienės (2006), „siekiant apsaugoti kuo daugiau gyventojų grupių nuo sveikatos priežiūros paslaugų negavimo rizikos, tenka rinktis sveikatos draudimo finansavimo būdą, derinti jį prie šalies kultūros, politinės sistemos ir ekonomikos tradicijų“. Taigi efektyvios sveikatos priežiūros finansavimo sistemos kūrimas ar egzistuojančios koregavimas yra sunkus, ne vienerius metus trunkantis darbas, į kurį dažniausiai įsijungia daug valstybės institucijų, siekiant kuo geresnio visuomenės interesų patenkinimo laipsnio.

#### **1.2.1.1. Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo modelio teorinė samprata**

Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo sistema arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis – viena dažniausių diskutuojamų sistemų pasaulyje, siekiant įvertinti, ar tikslinga taikyti vien



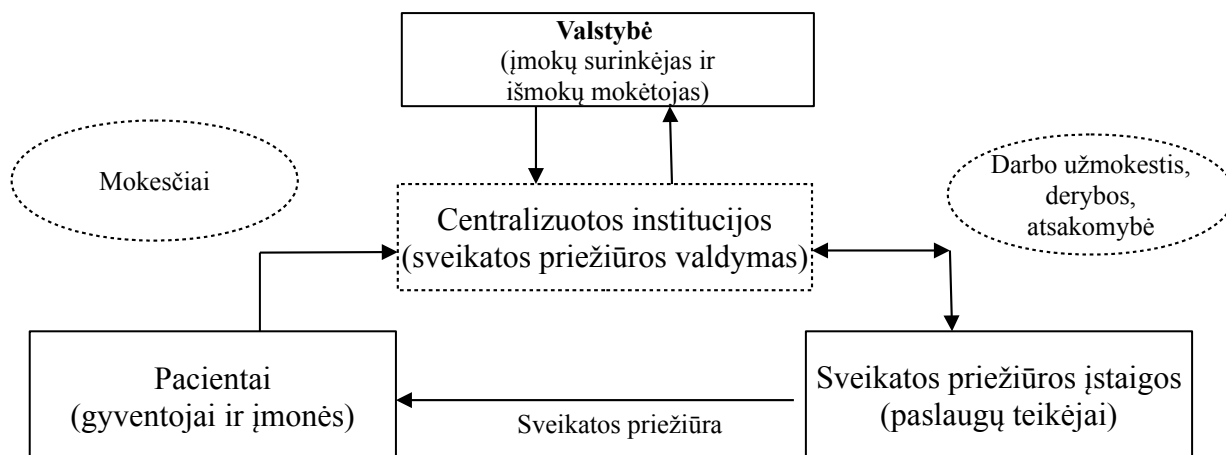
visuotinį valstybinį sveikatos priežiūros finansavimą. Pirmiausia šį modelį galima apibūdinti kaip labiausiai atitinkantį solidarumo principui, nes taikant Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo metodą, sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos didžiajai visuomenės daliai ir išmokų dydis priklauso nuo paciento poreikių ir iš esmės nėra susijęs su įmokėtų įmokų dydžiu. Taigi žiūrint ekonominiu požiūriu, tokia finansavimo sistema nėra ekonomiškai pagrįsta, nes sveikatos priežiūros paslaugomis dažniau gali naudotis tie gyventojai, kurių įmokėta suma nėra adekvati gaunamoms sveikatos paslaugoms, tačiau kitu atžvilgiu, tokia sistema mažina atskirtį visuomenėje ir suteikia galimybę labiau pažeidžiančioms jos grupėms gauti reikiamas medicininės paslaugas. Remiantis lietuvių ir užsienio autorių moksline literatūra, galima išskirti svarbiausius Beveridžo finansavimo modelio principus:

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

Povilaitienė (2008), nagrinėdama šio modelio ypatumus, dar išskiria „gydytojų apmokėjimo už darbą priklausomybę nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus“, kas lemia tam tikrą konkurenciją tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bei „kai kurias priemokas iš pacientų asmeninio biudžeto“ (p.11).

Pasak Sidabraitės (2006), „*Beveridžo sveikatos finansavimo modelio didžiausias privalumas – lygiateisiškumas – vienodas išmokų dydis garantuoja susitarimą tarp skirtingų grupių. Verta pastebėti, kad didžiausias šio modelio trūkumas – sveikatos paslaugų finansavimas iš valstybės biudžeto. Sveikatos paslaugų finansavimas iš valstybės biudžeto apsunkina ne tik pačio biudžeto, bet ir sveikatos draudimu besirūpinančių institucijų darbą. Valstybė negali būti akcentuojama, kaip sveikatos draudimo įmokų surinkimo institucija. Sveikatos draudimo finansavimo sistemai reikalingas atskiras fondas*“ (p. 19). Nors pateikiami svarūs argumentai, kodėl sveikatos priežiūros finansavimas negali būti sutelktas vien valstybės rankose, šis finansavimo metodas egzistuoja tokiose pažangiose valstybėse, kaip Danija, Airija, Norvegija, Didžioji Britanija (šios sistemos pradininkė), Suomija, Švedija ir t.t.

Siekiant geriau suprasti Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo sistemos principus, modelis pateikiamas grafiniu būdu (žr. 2 pav.):



2 pav. Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo modelis

Taigi iš 2 paveiksle pateikto modelio matyti, kad šios sveikatos priežiūros finansavimo sistemos valdymas sutelktas tik valstybės rankose, kuri nustato įmokas, jas reguliuoja, surenka bei išmoka išmokas. Modelyje neišskiriamas privataus sektoriaus vaidmuo, kuris Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje yra nežymus. Medicininių paslaugų teikėjai tiesiogiai komunikuoja su valstybinėmis institucijomis, veda derybas dėl darbo užmokesčio, čia tai pat egzistuoja abipusė atsakomybė, nes sveikatos paslaugų teikėjai yra atsakingi už racionalų iš valstybės biudžeto gautų lėšų panaudojimą paciento poreikiams, o valstybė atsakinga už savalaikį šių išmokų išmokėjimą bei biudžeto kontrolę.

Pacientai, gaunantys sveikatos priežiūros paslaugas, dažniausiai net nežino, kiek viena ar kita paslauga kainuoja, nes negauna jokių sąskaitų, tik moka valstybės nustatytus tam tikro dydžio mokesčius, kurių dalis ir skiriama tų paslaugų apmokėjimui (medicinos personalo darbo užmokestis, medicininė įranga, vaistai ir kt.)

Remiantis šiuolaikine naujausia mokslinė literatūra, Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo sistemos principai gana aiškūs, tačiau įdomu panagrinėti šio modelio pradininko William Beveridge pagrindinį dokumentą – 1942 metų protokolą „Social Insurance and Allied Services“, kuriame išdėstoma nacionalinio sveikatos draudimo esmė, principai, šiuo metu taikomi pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemose.

Protokole apie nacionalinį sveikatos draudimą išdėstomi pagrindiniai socialinio draudimo principai, iš kurių vieną galima laikyti aktualiausiu visuomenei. Beveridge (1942) pažymi, kad socialinė apsauga šalyje turi būti įgyvendinama bendradarbiavimu tarp valstybės ir asmens. Valstybė,

valstybinės institucijos, gyventojams turi užtikrinti paslaugų bei indėlių saugumą. Vis dėlto, valstybė, įgyvendindama socialinį draudimą, neturėtų slopinti galimybių bei atsakomybės individui savarankiškai pasirūpinti savo paties ir šeimos saugumu, pasitelkiant savarankiškas papildomas priemones, užtikrinančias daugiau nei minimalias, iš valstybės gaunamas, garantijas (p. 6,7). Taigi iš šio protokolo matyti, kad nacionalinė sveikatos draudimo sistema sudaro tam tikrą pasirinkimo laisvę, kai asmuo gali nuspręsti, ar jis pageidauja papildomų, ne tik iš valstybės biudžeto finansuojamų, socialinių garantijų. Vėliau Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo sistema palaiptai buvo iškreipta, nes buvo susitelkta į pagrindinį principą – asmens sveikatos priežiūros finansavimą valstybinių mokesčių pagrindu, tokiu būdu neskatinant gyventojų rinktis dar ir papildomas savanoriškas priemones. To rezultatas daugelyje Beveridžo modelį taikančiose šalyse – neišvengiamas lėšų trūkumas.

Šiame Beveridge protokole pagrindinis socialinės apsaugos plano bruožas – asmens draudimas nuo pajamų praradimo, esant nedarbingumui bei specialios išmokos, susijusios su gimimo, santuokos, mirties atvejais. Beveridge modelis apjungia šešis fundamentinius principus – fiksuoto dydžio pragyvenimo išmoka, vienodo dydžio įmokos, administracinės atsakomybės suvienijimas, privalomumas, klasifikacija bei naudos pakankamumas. Fiksuoto dydžio išmokos bei vienodo dydžio įmokos užtikrina solidarumo principą, nes, pasak Beveridge (1942), šis socialinio draudimo planas apima visus šalies piliečius, neatsižvelgiant į gaunamų pajamų dydį. Be to, Beveridge (1942) išskiria, kad medicininis gydymas, atitinkantis visus reikalavimus, teikiamas visiems šalies piliečiams ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kontrolę atlieka sveikatos priežiūros tarnyba bei valstybės reguliuojami sveikatos departamentai (p. 11). Tačiau autorius pažymi, kad asmens socialinis draudimas priklauso nuo jo pragyvenimo būdo, todėl išskiriamos 6 grupės: darbuotojai, dirbantys pagal paslaugų sutartį, darbdaviai, prekybininkai bei kiti nepriklausomi darbuotojai, darbingo amžiaus ištekėjusios namų šeimininkės, laikinai nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, nedarbingo amžiaus asmenys, pensijinio amžiaus asmenys (p. 9,10). Šiomis dienomis tokia klasifikacija yra pasikeitusi, nes kiekviena šalis, pasirinkdama sveikatos draudimo modelį, jį derina prie esamos ekonominės, politinės, demografinės situacijos. Tačiau bendri Beveridge sveikatos priežiūros finansavimo modelio principai yra išlikę ir įgyvendinami.

Vertinant šį sveikatos draudimo modelį labiau iš ekonominės pusės, galima išskirti, kad sveikatos priežiūros paslaugoms reikalingos išmokos yra teikiamos iš fondo, į kurį šalies piliečiai moka tam tikro nustatyto fiksuoto dydžio įmokas bei esant reikalui, kai tokio dydžio įmokų nepakanka sveikatos priežiūrai užtikrinti, gali būti nustatytos didesnio dydžio įmokos, leidžiančios efektyviai funkcionuoti sveikatos priežiūros sistemai šalyje (Beveridge, 1942, p. 12).

Taigi įvertinus vieną iš šalyse taikomų sveikatos priežiūros finansavimo modelių – Beveridžo

arba kitaip nacionalinio sveikatos draudimo – galima išskirti svarbiausius principus, atskleidžiančius sistemos esmę. Kaip ir šio modelio pradininko William Beveridge protokole apie socialinį draudimą, pateiktą dar 1942 metais, taip ir šiomis dienomis kai kuriose šalyse, kuriose įteisinta nacionalinio sveikatos draudimo sistema, sveikatos priežiūros finansavimas yra sutelktas ir reguliuojamas valstybės, su nedideliu privataus sektoriaus egzistavimu. Modelio esmė – sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas visiems šalies gyventojams, taip mažinant socialinę atskirtį tarp visuomenės grupių. Nors Beveridžo modelis tarsi „įkūnija“ solidarumo principą, tačiau nemažai finansų, ekonomikos analitikų, sveikatos priežiūros srities specialistų nepitaria per dideliu valstybės dominavimui, taip nesudarant galimybės konkurencijos plėtrai tarp sveikatos priežiūros, draudimo paslaugų teikėjų, kas sąlygotų geresnę paslaugų kokybę ar mažesnes išlaidas.

### **1.2.1.2. Bismarko sveikatos priežiūros finansavimo modelio teorinė samprata**

Tokių šalių, kaip Vokietija (šio modelio pradininkė), Austrija, Belgija, Olandija ir kt. sveikatos priežiūros finansavimo sistemose naudojamas Bismarko modelis, kurio principai žymiai skiriasi nuo prieš tai jau minėtos nacionalinės sveikatos draudimo sistemos.

Bismarko arba socialinio draudimo sistemos modelio pagrindiniai elementai, pasak vokiečių autorių Gerlinger, Schmucker (2009), yra tai, kad sveikatos priežiūros valdymas - sutelktas savarankiškose, nuo valstybės nepriklausomose įstaigose ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas finansuojamas iš įmokų, kurių dydis yra susijęs su pajamomis, o ne iš mokesčių (p. 3). Šioje vietoje reikėtų pažymėti, kad Lietuvos atveju sveikatos priežiūros finansavimas iš dalies yra susijęs su mokesčiais, nes Valstybinė ligonių kasa yra dalinai finansuojama iš valstybės surenkamo gyventojų pajamų mokesčio. Autoriai pateikia platesnį pirmo iš pamatinių principų paaiškinimą. Sveikatos priežiūra yra valdoma savarankiškų korporacinių organizacijų ir yra aiškiai apibrėžtos savarankiškai veikiančių ligonių kasų, jų narių, darbdavių, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bei tam tikrų valstybinių institucijų, padedančių užtikrinti bei įgyvendinti šalies sveikatos priežiūros politiką, pareigos ir vaidmenys (p. 4). Taigi, remiantis Gerlinger, Schmucker (2009) teiginiais, galima išskirti, kad tokioje sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje pagrindinis vaidmuo tenka ne valstybei, o savarankiškai veikiančioms ir sveikatos priežiūros sistemą įgyvendinantiems vienetams – socialinio draudimo organizacijoms, ligonių kasoms. Be to, svarbų vaidmenį atlieka patys apdraustieji bei jų darbdaviai, mokantys tam tikras nuo uždirbtų pajamų priklausančias įmokas.

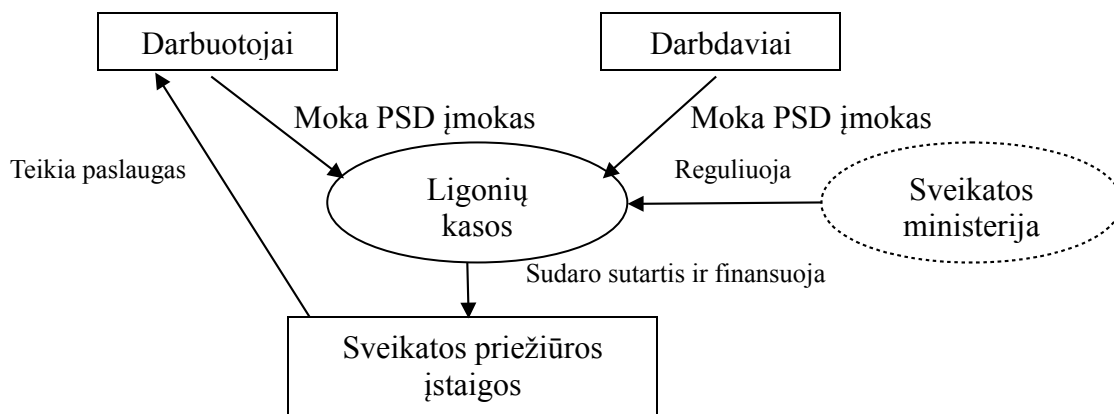
Remiantis Belien (2000), analizuojančio naujo galimo Europos sveikatos priežiūros finansavimo modelį, žodžiais, kaip deklaruojama vienu iš Bismarko modelio principų, gyventojai turi teisę pasirinkti tokį sveikatos fondą, koks jiems tinkamiausias, tačiau realybėje tokie sveikatos fondai

šalyse tapo nors ir silpnai, bet vis tiek valstybės kontroliuojamos ir reguliuojamos įstaigos, nes valstybinės institucijos nustato taisykles bei daro svarbiausius sprendimus (p. 87).

Kiti autoriai Bismarko modelį apibūdina panašiai. Pasak Povilaitienės (2008), šiam modeliui būdingas „finansavimas iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įnašų arba iš socialinio draudimo mokesčių, lėšos kaupiamos fonduose, t.y. nevyriausybinėse, tačiau įstatymais įteisintose finansų valdymo institucijose, fondai sudaro kontraktus su ligoninėmis, šeimos gydytojais dėl medicinos pagalbos ir moka jiems iš fondo lėšų už apdraustiesiems pacientams suteiktas paslaugas“ (p. 12-13). Taigi autorė taip pat išskiria, kad nors lėšos, skirtos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimui, yra kaupiamos privačiuose fonduose, neišvengiama ir valstybės kontrolė. Vis dėlto, šis modelis skiriasi nuo Beveridžo tuo, kad šioje finansavimo sistemoje egzistuoja žymiai didesnis privatus sektorius, sudarantis prielaidas aktyvesnei konkurencijai tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Panašiai teigia ir Cichon, Normand (1994), kurie išskiria, kad apdraustieji tikisi bendradarbiavimo tarp paciento ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo. Atviras priėjimas prie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veda prie konkurencingos pasiūlos, kas dažniausiai nulemia geresnę sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (p. 324).

Pasak Cichon, Normand (1994), nagrinėjusių Beveridžo ir Bismarko modelių ypatumus, sprendimų, susijusių su sveikatos draudimu, priėmimas bei valdymas, kontrolė, iš principo turėtų būti suteiktas toms institucijoms, kurios aprūpina ištekliais sveikatos priežiūros sistemą. Be to, įmokų mokėtojai - darbdaviai, gali įtakoti sveikatos priežiūros politiką, derėtis dėl sveikatos priežiūros finansų paketo bei siekti mažinti sveikatos priežiūros sistemos išlaidas. Sveikatos priežiūros prioritetai turėtų būti įtakojami tų, kurie finansuoja sveikatos priežiūros paslaugas bei tų, kurie tomis paslaugomis naudojami (p. 324). Taigi šie autoriai pabrėžia, kad sveikatos priežiūros finansavimo sistemos valdymas turėtų būti sutelktas tų institucijų rankose, kurios surenka sveikatos draudimo įmokas ir finansuoja sveikatos priežiūros paslaugas pacientams. Vadinasi Bismarko sistemos atveju, kai piniginės lėšos – įmokos - iš darbuotojų ir darbdavių surenkamos tam tikruose sveikatos draudimo fonduose, valstybė neturėtų įtakos priimant sprendimus bei kontroliuojant sveikatos priežiūros finansavimo sistemos sritis. Vis dėlto daugelyje šalių valstybės kontrolės neišvengiama, ji silpnesniu ar stipresniu laipsniu vis tiek egzistuoja – ne tiesiogiai, o per įstatymus.

Galima pateikti supaprastintą Bismarko modelį grafiškai, išskiriant svarbiausius šios sveikatos priežiūros finansavimo sistemos bruožus (žr. 3 pav.):

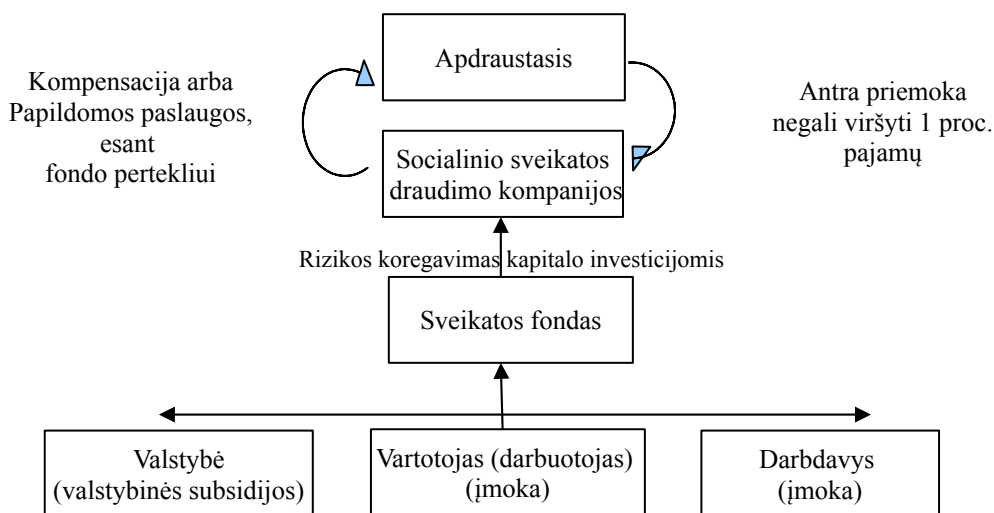


3 pav. **Bismarko modelis**

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Čepulyte ir Palubinskiene (2008).

Taigi 3 paveiksle atsispindi tai, kad darbuotojai ir darbdaviai moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurios tenka ligonių kasoms. Šios sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir teikia joms finansavimą, kuris skiriamas pacientų priežiūrai. Taip pat reikalinga institucija, kuri vykdytų finansavimo reguliavimą bei kontrolę ir šiuo atveju tokias funkcijas atlieka Lietuvos Respublikos sveikatos ministerija, kitose šalyse taip pat egzistuoja panaši valstybinį reguliavimą atliekanti institucija.

Analizuojant Bismarko modelį, galima paminėti Vokietijoje taikomą sistemą, nes būtent šioje šalyje ir buvo pritaikyta seniausia pasaulyje – socialinio draudimo sveikatos priežiūros finansavimo sistema. Nuo pagrindinių principų atsiradimo šis modelis turėjo nemažai svarbių pasikeitimų, ypač užsienio autorė Schabloski (2008) pažymi 2007 metus, kuomet Vokietijoje buvo įvykdyta reikšminga sveikatos priežiūros reforma. Išskiriami 4 pagrindiniai šios reformos tikslai: universalus privalomas sveikatos draudimas, medicininės priežiūros gerinimas, ligonių kasų modernizavimas, sveikatos priežiūros bazės – sveikatos fondo reforma (p.11). Autorė pateikia sveikatos finansavimo modelį po reformos įvykdymo (žr. 4 pav.):



4 pav. Vokietijos sveikatos priežiūros finansavimo modelis po 2007 metų reformos  
Šaltinis: Schabloski, 2008, p. 13.

Įdomu tai, kad po šios reformos sveikatos draudimo įmokos skaičiuojamos remiantis ne progresine procentine dalimi nuo uždirbtų pajamų, bet asmenys ir jų darbdaviai į sveikatos fondą moka tam tikro nustatyto vienodo procentinio tarifo įmokas, užtikrinančias solidarumo principo įgyvendinimą. Gerai valdomi, efektyvūs draudimo planai leidžia perteklinius pinigus grąžinti į apdraustojo fondą arba pasiūlyti papildomas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra įtrauktos į standartinį paketą. Be to, pasak autorės tokia sveikatos priežiūros finansavimo reforma leidžia padidinti skaidrumą vartotojams, nustatant standartizuotą įmokos tarifą privalomajam draudimui, nes iki tol toks įmokos tarifas galiojo tik ilgalaikės priežiūros, senatvės, nedarbo draudimo įmokoms. Tokia sveikatos priežiūros finansavimo sistema leidžia vienodai padalyti rizikos tarp apdraustųjų bei ją reguliuoti. Dar svarbiau tai, kad tokia reforma didina konkurenciją tarp draudikų. Pavyzdžiui, draudikai turi papildomas priemones, tokias kaip nuolaidos derybų keliu, teisę nustatyti įmokų tarifus, siekiant efektyvumo ir ekonomiškumo. Be to, esant apdraustojo galimybei pasirinkti kitą sveikatos draudimo planą dėl atsiradusių papildomų išlaidų, tuo pačiu pakeičiant draudiką, verčia sveikatos priežiūros draudimo paslaugomis užsiimančias įstaigas efektyviau naudoti lėšas (p. 13,14).

Palyginus 4 paveiksle pateiktą Vokietijos sveikatos priežiūros finansavimo modelį su prieš tai 3 paveiksle pateiktame daugelyje šalių taikoma finansavimo sistema, išryškėja keli skirtumai, nors tai tas pats Bismarko modelis. Vadinasi kiekviena šalis pasirenka valdančiosios partijos požiūriu tai šaliai priimtinausią ir socialiniu bei ekonominiu požiūriu teisingiausią finansavimo modelį. Vokietijoje taikomame modelyje išryškėja svarbus sveikatos draudimo paslaugas teikiančių įstaigų vaidmuo, nes jos siūlo vienokius ar kitokius sveikatos planus, nustato tarifus ir surenka iš darbuotojų bei darbdavių

privalomojo sveikatos draudimo įmokas. 3 paveiksle pateiktame modelyje tokią funkciją atlieka ligonių kasos. Tačiau abiem atvejais draudikai ir ligonių kasos yra tos įstaigos, kurios moka apdraustajam kompensacijas ir padengia išlaidas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugomis. Be to, konkrečiu atveju Vokietijoje valstybė atlieka daugiausia tik subsidijų tiekėjos vaidmenį, o rizikos reguliavimo funkciją atlieka sveikatos fondas, kuris yra labai svarbus šios šalies sveikatos sistemoje.

Bismarko modelis ne išimtis - galima išskirti socialinio draudimo sistemos silpnąsias puses. Cichon, Normand (1994) akcentuoja didesnius darbo užmokesčio kaštus darbdaviams, išlaidų kontrolės problemas, administravimo kompleksiskumą ir sudėtingumą (p. 325, 326). Visų pirma didesni darbo užmokesčio kaštai siejami su socialinio draudimo įmokomis, ypač iš darbdavio pusės, nes samdant darbuotojus, įtakos turi to darbuotojo būsimas darbo užmokesčio dydis ir darbdavio mokama įmoka sveikatos draudimą teikiančiai įstaigai. Pasak Cichon, Normand (1994), tai gali turėti neigiamos įtakos įdarbinimo politikos formavimui bei skatinti nelegalų darbą, su tikslu darbdaviams išvengti tokių socialinio draudimo įmokų mokėjimo (p. 325).

Socialinio sveikatos draudimo sistemos taikymas neišsprendžia per didelio administracinio aparato problemos, nes draudimo įmokomis grįsta sistema reikalauja administratorių įmokų registravimo, rinkimo, ginčų nagrinėjimo, sutarčių su tiekėjais sudarymo bei apmokėjimo už paslaugas funkcijoms atlikti (p. 326).

Paslaugų teikimas mažomis kainomis arba nemokamai skatina paslaugų teikėjus ir vartotojus padidinti sveikatos priežiūros paslaugų apimtį. Tokiu atveju valdžia naudodama fiksuotą biudžetą stengiasi palaikyti esamą išlaidų dydį. Tačiau apdraustus individualius asmenis atbaido didelės sveikatos priežiūros paslaugų kainos, kas lemtų didesnius įmokų tarifus, todėl tai padeda palaikyti gana pastovias išlaidas ir nedidina paslaugų kainų (p. 326).

Svarbu paminėti tai, kad Bismarko modelį taikančiose šalyse socialinės išmokos priklauso nuo darbuotojo buvusio darbo užmokesčio, stažo ir pan., nes ši sveikatos finansavimo sistema grindžiama santykiu tarp uždirbtų pajamų, įmokėtų įmokų dydžiu.

Taigi, remiantis autoriaus pastebėjimais, galima teigti, kad Bismarko arba socialinio sveikatos draudimo sistema turi privalumų ir trūkumų. Fiksuoto procentinio sveikatos draudimo įmokos tarifo, koks taikomas Vokietijoje, nustatymas bei įmokų mokėjimas iš darbuotojo ir jo darbdavio pusės prisideda prie solidarumo principo įgyvendinimo sveikatos sistemoje. Povilaitienės nuomone (2008), „Bismarko modelio privalumai yra lėšų kaupimas nevyriausybinuose fonduose ir savarankiškas jų paskirstymas pasirenkant bei apmokant medicinos paslaugas“ (p. 13). Be to, mažesnis valstybinis reguliavimas veda prie didesnės konkurencijos sveikatos priežiūros draudimo paslaugų teikimo rinkoje, o tai suteikia apdraustajam galimybę gauti pigesnes ir galbūt kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Kita vertus, vertinant socialinio sveikatos draudimo modelio neigiamus aspektus,



išskiriama, kad perskirstymo principo neegzistavimas gali lemti „šėšėlinėš“ darbo rinkos augimà, nes jei priklausomai nuo darbo ūzmokėšėio dydžio mažesnes ar didesnes įmokas mokantys asmenys gauna tas paėias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, žmogus tampa nesuinteresuotas mokėti didesnes įmokas. Taip pat kaip pastebi Povilaitienė (2008), Bismarko draudimo sistema apima tik dirbanėiuosius, neišsprėsdama problemos, kas turi rūpintis pilieėiu, kuris neteko darbo“ (p. 13). Nors šiuo atveju galima paprieštarauti cituojamos autorės žodėiams, nes Bismarko modelio pradininkė Vokietija sėkmingai sprendžia šią problemà: netekęš darbo asmuo iškart netampa neapdraustuoju, jei dirbdamas įmokėjo daug lėšų į sveikatos draudimo fondà.

Taigi valstybė, darydama sprendimus dėl sveikatos priežiūros sistemos finansavimo, turi rinktis tarp medicinos paslaugų finansavimo nacionaliniu lygiu iš mokesėių, taip suteikiant socialinį draudimą visiems šalies gyventojams, tačiau ūzkraunant galbūt didesnę mokesėių naštà ir žemesnę paslaugų kokybę, ar perleidžiant socialinio draudimo paslaugų funkcijas savarankiškoms įstaigoms, kurios nustato įmokų tarifus, o žmogus jau renkasi, koks draudimo planas jam priimtinausias.

### **1.2.1.3.Semaškos sveikatos priežiūros finansavimo modelio samprata**

Be Beveridžo ir Bismarko sveikatos priežiūros finansavimo modelių pasaulyje egzistuoja ir anksėiau buvo taikoma Semaškos sistema, tačiau šiuo metu retai galima aptikti apie šią sistemà ūžsienio (amerikieėių ar Europos) autorių moksliniuose darbuose, straipsniuose. Semaškos modelis buvo taikomas Rytų Europos šalyse ir šiuo metu pasaulyje nėra praktikuojamas. Vis dėlto, kadangi tokia sistema ne taip senai ir buvo taikoma, o jos ūžuomazgų aptinkama kai kuriose SSSR ir Ekonominės savitarpio Pagalbos narių šalyse, verta išskirti svarbiausius bruožus, apibūdinanėius modelio esmę.

Svarbu paminėti, kad ši sveikatos priežiūros finansavimo sistema atspindi visiškà valstybinės valdžios dominavimą sveikatos sektoriuje – nuo įmokų nustatymo, surinkimo iki centrinio reguliavimo bei didelės ir nuolatinės kontrolės, todėl Semaškos modelį dar kitaip galima apibūdinti kaip centralizuotà sveikatos draudimo sistemà. Povilaitienė (2008) pateikia tokius Semaškos modelio bruožus: „finansuojama iš valstybės biudžeto, kontroliuojama valstybės, remiantis centrine planavimo sistema, teikiama visiems nemokamai, visi sveikatos apsaugos darbuotojai gauna atlyginimus, nėra privataus sektoriaus, nėra prioritetiška, nes sveikatos apsauga neįeina į gamybinį sektorių“ (p. 14). Kitos lietuvių autorės Čėpulytė, Palubinskienė (2008) pateikia tuos paėius modelio principus ir akcentuoja sveikatos priežiūros finansavimą iš valstybės biudžeto.

Iš autorės pateiktų Semaškos sveikatos sistemos bruožų, susidaro nuostata, kad šiuo atveju visiškai nėra vietos konkurencijai tarp paslaugų tiekėjų plėtotis, nes visi sveikatos priežiūros paslaugas

teikiantys darbuotojai gauna darbo užmokestį iš valstybės, neatsižvelgiant į suteiktų paslaugų kiekį ar kokybę. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai tiesiog nejaučia motyvacijos, nes nėra su kuo konkuruoti, o apdraustiesiems nėra poreikio keisti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus. Semaškos sveikatos finansavimo modelyje aptinkami Beveridžo sistemos bruožai, tokie kaip finansavimas iš mokesčių ar stipri valstybės kontrolė, tačiau priešingai nei Semaškos modelyje, nacionalinio sveikatos draudimo atveju šalyje egzistuoja nedidelė privataus sveikatos draudimo sektoriaus dalis. Tuo tarpu Semaškos modelyje nesudaroma galimybė veikti privačias sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems subjektams. Valstybė nėra suinteresuota, kad šalyje steigtųsi privatus sveikatos priežiūros sektorius, nes valstybines sveikatos paslaugas teikiančias įstaigas lengviau kontroliuoti, be to, kaip teigia Povilaitienė (2008) sveikatos priežiūra – viena paslaugų sektoriaus dalių, kuri neatneša valstybei tiek ekonominės naudos, kiek suteikia gamybinis sektorius.

Reikia paminėti, kad Semaškos modelio atveju „sveikatos priežiūros srityje tai nebuvo absoliutus „nemokamos medicinos“ periodas. Gyventojai pirko daugumą ambulatoriškai mokamų vaistų, mokėjo už kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas. Tai darė sovietinė sistema santykinai mažiau dosnia nei labiausiai socializuotos Vakarų sistemos (Zubrickienė, 2006, p. 26). Vadinas valstybė surinkdavo papildomų lėšų iš gyventojų, kurios patekdavo į bendra šalies biudžetą, iš kurio ir buvo finansuojamos tos sveikatos priežiūros paslaugos.

Kadangi sveikatos priežiūros paslaugų geresnė kokybė yra susijusi su konkurencija tarp teikėjų bei tų paslaugų vartotojų – apdraustųjų – galimybe pasirinkti vieną ar kitą, jam ekonominiu požiūriu priimtinausią paslaugų teikėją, galima teigti, kad šalys, kuriose buvo taikomas vienprasmiskas Semaškos modelis, negali išsiskirti aukšta medicinos paslaugų kokybe, medicinos srities darbuotojų kvalifikacija, tokiu atveju kokybės gerinimas ir kvalifikacijos kėlimas priklauso tik nuo valstybės teikiamų subsidijų, investicijų bei požiūrio į sveikatos priežiūrą.

Atsižvelgiant į šiuolaikines ekonomines aplinkybes bei nuolatinį šalių siekį gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei sudaryti sąlygas konkurencingumo sveikatos srityje augimui, galbūt didžiausias Semaškos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos privalumas būtų tas, kad kiekvienas šalyje gyvenantis pilietis turi teisę į ligos, bedarbystės ir kt. išmokas, nepriklausomai nuo jų ekonominės ar socialinės padėties. Toks modelio bruožas užtikrintų dažnai Pasaulinės sveikatos organizacijos propaguojamą nuostatą – sveikatą visiems, tačiau reikia atsižvelgti, kokiomis priemonėmis ši nuostata pasiekama, nes finansuojant sveikatos priežiūrą visiems mokesčių pagrindu, nesudarant vietos konkurencijai, nenustatant sveikatos priežiūros sistemos, kaip vienos iš prioritetų, tokia nuostata neturėtų tokios reikšmės, kaip norėtųsi.

#### 1.2.1.4. Mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema

Išanalizavus tris dažniausiai mokslinėje ir ne tik literatūroje diskutuojamus sveikatos priežiūros finansavimo modelius – Beveridžo, Bismarko bei Semeškos – galima teigti, kad kai kuriose šalyse būtų sudėtinga ar tiesiog netikslinga kategoriškai taikyti tik vieno iš modelių principus, nepanaudojant kitų pasaulyje egzistuojančių finansavimo sistemų privalumų. Todėl nemaža dalis sveikatos priežiūros sistemą turinčių valstybių taiko mišrius modelius, kuriuose atsispindi kelių sveikatos priežiūros finansavimo modelių principai. Be to, kaip teigia Sidabraitė (2006), „šalyse, kur finansavimas vykdomas iš surinktų mokesčių (Jungtinėje Karalystėje, Ispanijoje, Portugalijoje), yra galimybė gauti papildomų lėšų per privatų draudimą. Šalyse, kur egzistuoja socialinio draudimo sistema (Vokietijoje, Nyderlanduose, Prancūzijoje), iš mokesčių gali būti apmokami nepagydomų ligų atvejai, o ligoniai gali būti apdrausti ir privačiai. Šiuos du požiūrius sujungus į bendrą visumą pastebimas mišraus sveikatos finansavimo modelio susiformavimas, kuris vis labiau plinta Rytų Europoje“ (p. 23). Vadinasi, pasak autorės, kelių modelių sujungimas gali atnešti teigiamos naudos valstybei, nes tokiu atveju į biudžetą surenkama daugiau lėšų, vystoma privataus draudimo rinka bei gerinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – gyventojams tampa lengviau prieinamas sunkių, brangiai kainuojančių ligų gydymas ir profilaktika.

Šalys, kaip jau buvo minėta, pasirinkdamos, o vėliau darydamos svarbius sveikatos sistemos pakeitimus, priimdamos sprendimus, turi atsižvelgti į ekonominę, politinę, demografinę ar socialinę padėtį, visuomenės poreikius.

Literatūroje pateikiami tokie mišrios sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pagrindiniai bruožai:

- Finansavimas iš centrinės mokesčių sistemos, draudimo įmokų, vartotojo privačių lėšų;
- Valstybės bei privačių draudimo kompanijų kontrolė ir reguliavimas;
- Aktyviai veikiantis privatus sektorius;
- Daug darbo apmokėjimo sveikatos priežiūros specialistams metodų;
- Sveikatos priežiūros paslaugų dalinis kompensavimas ir pan.

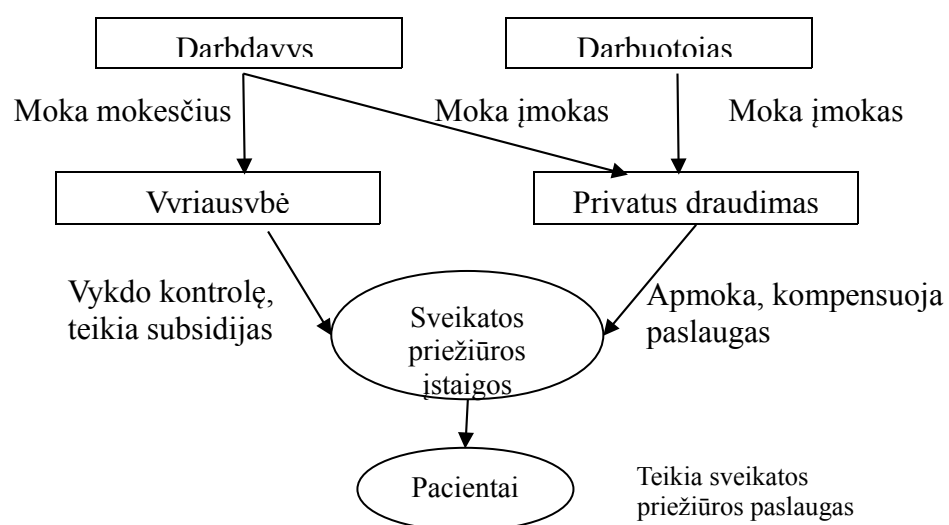
Taigi galima pastebėti, kad tokioje sistemoje susijungia Beveridžo ir Bismarko modelių bruožai bei pritaikomi ir kiti principai, gal tiek nebūdingi šioms finansavimo sistemoms. Mišrias finansavimo sistemas tikslinga taikyti tose šalyse, kur valstybės biudžetas nėra pajėgus vienas užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros srities finansavimą, tokiu atveju reikalingas draudimo fondas, į kurį darbuotojai bei darbdaviai moka įmokas, tačiau tada finansinių lėšų panaudojimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolė pasireiškia ne tik iš valstybinių institucijų pusės, bet ir iš privačių draudimo įstaigų, kurios yra suinteresuotos finansų skaidrumu.

Mišrias sveikatos priežiūros finansavimo sistemas taiko tokios šalys, kaip Lietuva, Kanada, Japonija, Izraelis ir t. t. Pavyzdžiui, Kanadoje, remiantis Schabloski (2008), 33.2 mln gyventojų suteikiama visuotinė sveikatos priežiūros sistema, kurioje susipina valstybinis, privatus bei valstybinis - privatus sveikatos draudimas. Valstybinis draudimas užtikrina ligoninių ir gydytojų paslaugų suteikimą apdraustajam, šiuo atveju finansuojama iš valstybinių mokesčių. Privatus draudimas suteikia galimybę naudotis dantų, akių priežiūros paslaugomis bei alternatyvia medicina ir pan. Tokios paslaugos apmokamos arba iš privataus draudimo (įmokėjus įmokas) arba tiesiogiai mokant pinigus paslaugų teikėjui (apmokant pilnai, dalinai arba atskaitymo būdu). Valstybinis-privatus draudimas apmoka, kompensuoja vaistus, namų slaugos priežiūros paslaugas pan. Taigi šiuo atveju sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos iš valstybinių mokesčių, privataus draudimo bei gyventojų individualių piniginių mokėjimų (p. 2). Šioje šalyje, pasak autorės, sveikatos priežiūra pirmiausia finansuojama iš valstybės biudžeto – pajamų, gautų surinkus mokesčius, tačiau dalinis mokėjimas ir kompensacijos iš privataus draudimo sudaro reikšmingą dalį finansavime.

Pavyzdžiui, Izraelyje sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš darbdavių įmoku, visuotinių mokesčių bei nacionalinio biudžeto fondo lėšų. Vis dėlto sveikatos priežiūros paslaugos daugiausia apmokamos iš gyventojų mokesčių - 4,8 proc. skaičiuojant nuo pajamų, ir darbdavių nustatyto dydžio įmoku. Valstybė finansuoja šalies sveikatos sritį, paskirstydama įvairias subsidijas ( Schabloski, 2008, p. 17).

Taigi apžvelgus šių šalių sveikatos priežiūros finansavimo principus, matyti, kad valstybės, siekdamos ekonomiško, finansų suderinamumo, taiko mišrius modelius.

Mišrus sveikatos priežiūros modelis gali pasirodyti kiek sudėtingesnis nei kiti, todėl jis pateikiamas grafiškai (žr. 5 pav.):



5 pav. Mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema

Kaip matyti iš 5 paveiksle pateiktos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos, tiek darbdaviai, tiek darbuotojai moka įmokas: darbuotojai moka įmokas privačiam draudimui, o darbdaviai moka įmokas privačiam draudimui ir mokesčius į valstybės biudžetą. Vyriausybė (atsakingas valstybinės valdžios organas) ne tik reguliuoja ir vykdo sveikatos priežiūros įstaigų finansinę ir kitą veiklą, bet ir teikia subsidijas iš valstybės biudžeto. Privatus draudimus apmoka, kompensuoja sveikatos priežiūros išlaidas apdraustiesiems arba tiesiogiai paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

Taigi taikant mišrią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, išryškėja plačiai žinomų Beveridžo ir Bismarko modelių principai. Todėl kai kurie mokslinės literatūros autoriai, sveikatos priežiūros specialistai, ekonomistai siūlo šalims taikyti būtent tokį finansavimo būdą, nes yra naudingiau ekonominiu požiūriu – lėšos gaunamos ne tik mokesčių pagrindu, bet ir iš fiksuotų ar kintamų sveikatos draudimo įmokų.

#### **1.2.1.5. Tiesioginiais mokėjimais už sveikatos priežiūros paslaugas pagrįstos finansavimo sistemos bruožai teoriniu aspektu**

Vis dėlto, ne visose šalyse egzistuoja funkcionuojanti ir gyventojams prieinama sveikatos priežiūros sistema. Neturtingos, ekonomiškai silpnos šalys neturi galimybės visiems savo piliečiams pasiūlyti sveikatos priežiūros apsaugos, apmokamos per mokesčių bazę ar draudimo įmokų būdu, neišplėtotas ir privačių draudimo kompanijų tinklas. Remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis tokiose šalyse, kaip Mianmare – 82,2 proc., Indijoje – 82,1 proc., Nigerijoje – 76,8 proc. gyventojų turi patys apmokėti sveikatos priežiūros paslaugas kiekvieną kartą, kai jos jiems suteikiamos. Tai ypač vyrauja daugelyje Afrikos šalių, kurių ekonomika yra per daug silpna, o valdžia neorganizuota priimti politinius sprendimus dėl sveikatos priežiūros užtikrinimo žmonėms. Palyginimui Jungtinėse Amerikos Valstijose šis skaičius siekia – 14,7 proc., o Jungtinėje Karalystėje tik 3,1 proc. gyventojų tenka iš savo lėšų padengti sveikatos išlaidas, kurios nėra apmokamos valstybės ar kompensuojamos draudimo kompanijų.

Remiantis Mondal, et. al. (2010) teiginiais, tiesioginiai mokėjimai yra pagrindinis sveikatos finansavimo mechanizmas daugelyje Azijos ir kitose besivystančiose šalyse, dėl ko dažnai kyla didžiulė našta neturtingiems namų ūkiams. Kadangi sveikatos priežiūros išlaidos yra gana didelės, namų ūkiams iškyla sunkumų jas padengti turimomis pajamomis, taip vis giliau skęstant į skurdą. Deja, finansinių mechanizmų, galinčių pristabdyti tokią situaciją, pasirinkimas yra gana ribotas, todėl vienas didžiausių iššūkių neturtingose šalyse ir toliau lieka priemonės, kaip namų ūkius apsaugoti nuo katastrofiškų išlaidų sveikatai (p. 3). Taigi galima teigti, kad tokia sveikatos priežiūros finansavimo sistema, kai už paslaugas susimokėti turi patys gyventojai ir nėra jokio fondo, kuris draudimo įmokų pagrindu padengtų ar iš dalies kompensuotų šias išlaidas, daugiausia žalos atneša sunkiai

besiverčiančioms šalims, kuriose sveikatos sistema dar tik vystosi ir nėra pritaikytas ekonomiškai naudingas sveikatos priežiūros finansavimo modelis.

Tokia sveikatos priežiūros finansavimo sistema dažniausiai turi skaudžių demografinių bei socialinių padarinių gyventojams, nes pasak Mondal, et. al. funkcionuojančios sistemos neturėjimas ir tiesioginiai mokėjimai lemia trumpesnę gyvenimo trukmę dėl sunkių ir brangių susirgimų negydymo, už kurį gyventojas neišgali susimokėti, didesnę naujagimių ir ne tik jų mirtingumą, žemesnę pasitenkinimą gyvenimo kokybe. Neatmetama žala ir šalies ekonomikos sektoriui, nes sunkiau prieinama sveikatos priežiūra lemia ilgesnę nedarbingumo trukmę, didesnes neįgalumo ir kitas socialines išmokas, jei tokios išvis yra mokamos.

Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas „iš kišenės“ turi įtakos šalyje esamos draudimo sistemos pagrįstumui. Kai nustatomas nedidelis individualus primokėjimas už paslaugas ir nėra suvaržymų sveikatos priežiūros srityje, tada sveikatos draudimas tampa labai brangus ir galima teigti, kad neefektyvus. Kitu atveju, kai tiesioginis paslaugų finansavimas sudaro didžiąją dalį ir nėra nustatytos tokio apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas ribos, draudimas tiesiog tampa beverčiu, siekiant sumažinti žmogaus finansinę riziką ligos ar kitu atveju.

Remiantis edukacinio pobūdžio sveikatos draudimo tinklapiu informacija, egzistuoja keletas tiesioginių mokėjimų savo lėšomis rūšių. Vienas iš metodų vadinamas „atskaitymu“, kai žmogus sumoka tam tikrą sumą už sveikatos priežiūros paslaugas prieš draudimui padengiant šias išlaidas. Gali būti nustatyta tam tikra suma per metus, kurią vėliau draudimas padengs apdraustajam arba mokama kiekvieną kartą atskirai, pavyzdžiui, už išrašytą receptą vaistams. Toks draudimas, kai atskaitomos didesnės sumos iš apdraustojo sveikatos draudimo dažnai lemia mažesnes draudimo įmokas, kitu atveju, kai atskaitymai yra mažesni – draudimo kompanijos nustato labai dideles sveikatos draudimo įmokas.

Vadinamas „likvidavimo laikotarpis“ reiškia, kad sveikatos draudimas nepadengs tam tikros dalies išlaidų apdraustajam, jam ligoninėje neišbuvus nustatyto dienų skaičiaus. Tokiu atveju, draudimas žmogui kompensuos žymiai mažiau išlaidų, jei pacientas ligoninėje išbus tik labai trumpą laiką.

Bendrasis draudimas – dar vienas mokėjimo tiesioginio mokėjimo paciento lėšomis būdas, kai apdraustasis turi apmokėti tam tikrą sveikatos priežiūros išlaidų dalį, po atliktų sveikatos draudimo kompanijos atskaitymų. Tai dažniausiai būna procentinis dydis nuo atskaitomos sumos. Pavyzdžiui, nustatyta 30 proc. bendro draudimo suma apdraustajam reiškia, kad jis turės padengti 30 procentų sveikatos priežiūros išlaidų sveikatos draudimo kompanijai, kai ši finansuoja išlaidas paslaugas suteikusiai sveikatos priežiūros įstaigai. Be to, tokie sveikatos draudimai dažniausiai numato didžiausią sumą, kurią už apdraustajam suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas apmokės draudimo

kompanija per žmogaus gyvenimą.

Kaip teigia Hurd, Rohwedder (2009), įvairiose šalyse augančios sveikatos priežiūros išlaidos lemia politinių bei ekonominių sprendimų priėmimo, dėl tiesioginių mokėjimų dalies sveikatos priežiūros finansavime, svarbą, nes augančios išlaidos skatina draudimo kompanijas didinti apdraustojo piniginių lėšų dalį apmokant medicininės paslaugas (p. 2). Taigi galima teigti, kad tokioje sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje, kai apdraustasis už gautas paslaugas turi susimokėti iš savo lėšų ir tik paskui susigražina kompensaciją iš draudimo kompanijos, išryškėja svarbus valstybinių institucijų vaidmuo. Valstybinis reguliavimas – teisės aktų priėmimas sveikatos draudimo srityje – padeda apsaugoti žmones nuo potencialiai galimo finansinio išnaudojimo iš draudikų pusės, nes nenustačius tam tikrų ribų, sveikatos draudimo kompanijos gali labai padidinti apdraustojo įmokų dalį, taip sveikatos draudimą padarant nelabai naudingą apdraustojo atžvilgiu bei sukeliant didesnę finansinę naštą.

Taigi viena labiausiai kritikuojamų sveikatos priežiūros sistemų (jei tai galima pavadinti sistema) yra tiesioginis sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas savo lėšomis. Labiau išsivysčiusiose ir ekonomiškai stipresnėse šalyse toks sveikatos paslaugų finansavimas užima mažą dalį ir yra derinamas su valstybiniu draudimu ar išmokomis iš privataus draudimo fondų. Tuo tarpu šalyse, turinčiose daug gyventojų ir išsiskiriančiose žemu pragyvenimo lygiu, toks mokėjimas iš savo lėšų yra vienintelis būdas gyventojams gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos kyla ir valdžios institucijoms sunku tai suvaldyti.

\*Siekiant susisteminti išanalizuotus sveikatos priežiūros finansavimo modelius, jų esmė ir pagrindiniai funkcionavimo principai pateikiami 1 lentelėje:

1 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo modelių palyginimas

Kriterijus	Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai			
	Beveridžo modelis	Bismarko modelis	Semaškos modelis	Mišrus modelis
Valstybinis reguliavimas	Stiprus	Vidutinio stiprumo	Absolius	Vidutinio stiprumo (egzistuoja ir kontrolė iš privačių draudimo kompanijų)
Privataus sektoriaus egzistavimas	Yra	Yra	Nėra	Yra
Finansavimo šaltiniai	Finansavimas iš valstybės biudžeto mokesčių pagrindu	Sveikatos draudimo įmokos ir valstybės subsidijos	Finansavimas iš Valstybės biudžeto	Finansavimas iš valstybės biudžeto mokesčių, subsidijų pagrindu ir sveikatos draudimo įmokos
Draudimo įmokas nustato	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė	Valstybė, privačios draudimo kompanijos
Draudimo įmokas surenka	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė	Valstybė, draudimo kompanijos
Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų pobūdis	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos, su galimybe gauti papildomas paslaugas finansuojant privačioms draudimo kompanijoms
Konkurencija tarp paslaugų teikėjų	Yra (nedidelė)	Yra	Beveik nėra	Yra

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Čepulyte, Palubinskiene (2008) ir kita mokslinė literatūra.

Kaip matyti iš 1 lentelės, vienas palankiausių sveikatos priežiūros finansavimo modelių gyventojų atžvilgiu – Beveridžo modelis, nes finansuojama iš valstybės biudžeto surinktų mokesčių pagrindu, ir neatsižvelgiama į apdraustojo įmokėtų lėšų dalį, jam solidariai suteikiamos visos sveikatos priežiūros paslaugos. Tačiau ekonominiu požiūriu viena naudingiausių finansavimo sistemų tiek valstybės biudžetui, tiek pačiam sveikatos priežiūros rinkos dalyviui – mišraus finansavimo modelio taikymas, kuriame susipina valstybinis draudimas ir privačių draudimų kompanijų garantuojamas sveikatos draudimas.

Mokslinėje literatūroje pateikiamos pagrindinės sveikatos priežiūros finansavimo modelių teorinės doktrinos, tačiau praktikoje kiekvienos šalies atveju pasirenkama priimtinausia sveikatos priežiūros finansavimo sistema, kurios pagrindiniai principai skiriasi nuo teorijoje pateikiamų, nes modelis pritaikomas prie konkrečios ekonominės, socialinės, politinės ar demografinės situacijos. Be to, dažniausiai sunku šalies sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje išvelgti tik vieno modelio bruožus, kadangi susipina kelių egzistuojančių modelių principai, taip pasirenkant mišrią finansavimo sistemą.

### **1.3.Sveikatos priežiūros finansavimo sistemų Lietuvoje, Prancūzijoje ir Jungtinėse Amerikos valstijose teoriniai aspektai**

Apžvelgus pagrindinius sveikatos priežiūros finansavimo modelius teoriniu aspektu, būtina įvertinti kai kuriose šalyse konkrečiai taikomus modelius. Pasirinktos tokios šalys, kaip – Lietuva, Prancūzija bei Jungtinės Amerikos valstijos. Atskleisti šiose šalyse taikomų sveikatos priežiūros finansavimo sistemų bruožai, leis tarpusavyje palyginti modelius bei išskirti stipriąsias ir silpnąsias jų puses. Toliau empirinėje dalyje, remiantis teoriniais aspektais, bus galima atlikti gilesnę statistinių duomenų analizę.

#### **1.3.1.Lietuvos sveikatos priežiūros sistema ir finansavimas**

Remiantis tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008-2015 metų metmenimis, kuriuos parengė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2006), „Lietuvos valstybės politika sveikatos sistemoje formuojama ir įgyvendinama remiantis šiais principais:

- *„integralaus požiūrio į fizinę, psichikos bei visuomenės sveikatą ir jos priežiūrą;*
- *teisumo – kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės;*
- *solidarumo – sveikatos draudimo įmokos surenkamos iš visų gyventojų jų sveikatos išlaidoms finansuoti;*



- *prieinamumo – sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek sveikatos paslaugų kokybės, tiek paslaugos laukimo, komunikacijos ir kitais aspektais;*
- *priimtimumo – sveikatos priežiūros paslaugos kiekvienam žmogui turi būti suteikiamos priimtina forma;*
- *lygybės – sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu;*
- *visapusiškumo – žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;*
- *laisvo pasirinkimo – žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;*
- *sąžiningos konkurencijos – sveikatos sistemoje paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, tačiau sąžiningos konkurencijos aplinkoje ir sąlygomis“ (p.8).*

Vertinant LR SAM pateiktus Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos principus, galima teigti, kad išryškėja kelių sveikatos priežiūros finansavimo modelių principai, kas leidžia Lietuvos sveikatos sistemą priskirti prie mišraus finansavimo modelio. Išskiriamas solidarumas, nes įmokos renkamos iš visų gyventojų ir sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos prieinamos kiekvienam – tai skiriamasis Beveridžo modelio bruožas. Labai svarbus bruožas – sąžiningos konkurencijos užtikrinimas bei skatinimas, nes tokiu atveju susidaro didesnės galimybės paslaugų kokybės gerinimui. Vis dėlto, pabrėžiamas dalinis valstybės reguliavimas, kurio neišvengia didžioji dalis pasaulyje egzistuojančių sveikatos priežiūros sistemų.

Povilaitienė (2008) taip pat išskiria, kad Lietuvoje taikoma sveikatos priežiūros finansavimo sistema turi kelių modelių bruožų: Beveridžo, Bismarko bei iš Sovietų Sąjungos laikotarpio paveldėtų Semaškos modelio elementų. Pasak autorės, sveikatos draudimo ryšį su Bismarko sistema lemia tai, kad „sveikatos draudimas yra socialinio draudimo dalis, finansavimas vykdomas iš sveikatos draudimo įmokų,....., paslaugų teikėjai tarpusavyje konkuruoja dėl ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų. Lietuvos ir Beveridžo modelio sistemos taip pat ganėtinai artimos tiek dėl santykinai aukšto sprendimų priėmimo centralizacijos laipsnio, tiek ir dėl bendro šioms sistemoms bruožo – paslaugų pirkimo iš paslaugų teikėjo“ (p.32). Taigi autorės pastebėjimai dar kartą patvirtinta tai, kad Lietuvoje neabejotinai taikoma mišraus finansavimo sistema.

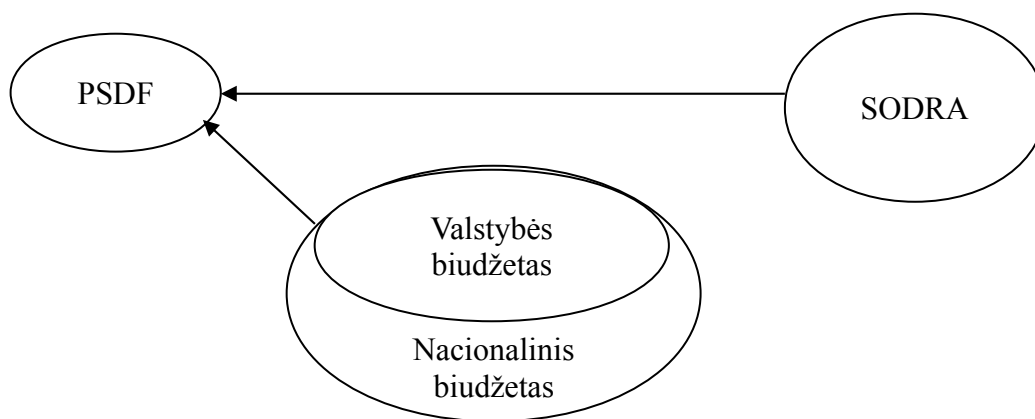
Siekiant išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą teoriniu aspektu, svarbu išskirti ne tik pagrindinius sistemos principus, bet ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos struktūrą. Remiantis LR sveikatos sistemos įstatymu (1994), ją sudaro:

1. „LNSS (Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos) vykdomieji organai;

2. Sveikatinimo veiklos valdymo organai;
3. LNSS ištekliai;
4. LNSS veikla ir teikiamos paslaugos“.

Būtent Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos ištekliai lemia finansavimo būdą šioje srityje. Kaip teigiama jau minėtame LR sveikatos sistemos įstatyme, LNSS išteklius sudaro materialios lėšos ir nematerialūs ištekliai (medicinos specialistai bei kiti darbuotojai ar duomenų bazės). Į materialias lėšas įeina įvairus turtas, valstybės ir savivaldybių biudžetas bei privalomojo sveikatos draudimo lėšos. Pastarieji ištekliai yra bene svarbiausias Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje, nes būtent šių surinktų lėšų pagrindu yra solidariai apmokamos ar kompensuojamos apdraustiesiems suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos.

Apskritai, remiantis įvairių autorių literatūra, įstatymais bei praktiniais pastebėjimais, Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemai būdingi tokie bruožai, kaip vidutinio stiprumo valstybinė kontrolė, privataus sektoriaus egzistavimas, sveikatos draudimo įmokų derinimas su biudžetiniu finansavimu, konkurencija tarp paslaugų teikėjų bei Valstybinio socialinio raudimo fondo valdybos, Valstybinės mokesčių inspekcijos ir ligonių kasų dalyvavimas surenkant draudimo įmokas. Taigi Lietuvoje neabejotinai taikomas mišrus finansavimo modelis, kuris suteikia galimybę neužkrauti sveikatos priežiūros finansavimo naštos vien ant valstybės pečių, bet ir dalyvauti nevalstybinėms institucijoms, privataus draudimo kompanijoms. Taip galima pavaizduoti supaprastintą sveikatos sistemos finansavimą Lietuvoje grafiškai (žr. 6 pav.):



6 pav. Lietuvos sveikatos sistemos finansavimas  
Šaltinis: Černiauskas, 2008 m.

Nuo 1997 m. Lietuvos sveikatos priežiūros pagrindinis viešojo finansavimo šaltinis yra Privalomasis sveikatos draudimo fondas – PSDF. Taip pat sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš nacionalinio biudžeto lėšų (daugiausiai valstybės). Iki privalomojo sveikatos draudimo įvedimo

sveikatos priežiūros sistema daugiausiai lėšų gaudavo iš savivaldybių biudžetų, iš valstybės biudžeto ir iš socialinio draudimo fondo. Tačiau vėliau buvo nuspręsta, kad norint užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros finansavimo valdymą, būtina nustatyti gyventojams ir darbdaviams privalomas sveikatos draudimo įmokas.

Norint plačiau išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelį, galima pasiremti Sveikatos ekonomikos centro pateikta diagrama, vaizduojančia finansų srautų valdymą sveikatos priežiūros srityje (žr. 1 priedą). Iš šios diagramos matyti, kad Lietuvoje egzistuoja gana sudėtinga sveikatos priežiūros finansavimo sistema, apimanti gyventojus, darbdavius, pacientus, kurie naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis ir dalinai apmoka kai kurių paslaugų, medikamentų išlaidas, valstybines institucijas, kaip Vyriausybė, Seimas, Finansų ministerija, Sodra ir kt. Vieną svarbiausių vaidmenų atlieka Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, kurios iš valstybės gautas lėšas paskirsto teritorinėms ligonių kasoms, tuo tarpu pastarosios, sudariusios sutartis su pirminio, antrinio bei tretinio lygio priežiūros įstaigomis, apmoka joms išlaidas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

Tačiau šioje finansų srautų valdymo diagramoje neišryškėja privataus sveikatos draudimo vaidmuo, orientuota tik į valstybinį sveikatos draudimą, kuriuo yra apdrausta didžioji Lietuvos gyventojų dalis. Papildomo, arba savanoriško draudimo, rinka Lietuvoje pamažu plečiasi, bet nėra tokia aktuali gyventojams, palyginti su kitomis išsivysčiusiomis šalimis, nes didžioji dalis visuomenės apsiriboja tik valstybinio draudimo teikiamomis paslaugomis ir išmokomis.

Kadangi Lietuvoje taikomas mišraus finansavimo modelis, išryškėja vienas iš akivaizdžiausių Beveridžo sistemos bruožų – valstybinė kontrolė, nes remiantis Sveikatos ekonomikos centro medžiaga, Vyriausybė bei Seimas nustato politinius prioritetus, PSDF biudžeto formavimo taisykles, tvirtina biudžetą. Taigi šios institucijos atlieka lemiamą poveikį sveikatos priežiūros finansavimo sistemai, darydamos sprendimus, susijusius su sveikatos priežiūros finansavimu. Kitos valstybinio mechanizmo institucijos – Finansų, Sveikatos apsaugos ir kt. ministerijos - nustato ir surenka valstybinius mokesčius bei sudaro sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš valstybinio socialinio draudimo fondo, sąrašus, nustato kainas, mokėjimo tvarką, kt. Šiuo atveju savarankiškos privačios organizacijos neturi lemiamos įtakos.

Taigi apžvelgus Lietuvoje taikomą sveikatos priežiūros finansavimo modelį teoriniu aspektu, galima užtikrintai teigti, kad egzistuoja mišri finansavimo sistema, turinti kelių modelių bruožus ir išsiskirianti tokiais principais, kaip solidarumas, lygybė, prieinamumas, visapusiškumas ir pan. Tokių principų įgyvendinimas turėtų būti vykdomas kryptingai, formuojant optimaliausią sveikatos priežiūros finansavimo politiką ir priimant gyventojams palankiausias, tačiau nežalingas valstybės ekonomikai, sprendimus. Vis dėlto, ne visada pavyksta suderinti šiuos du aspektus, todėl empirinėje dalyje bus analizuojami įvairūs statistiniai duomenys, kurie atskleis Lietuvos ir dar kelių šalių

sveikatos priežiūros finansavimo ypatumus.

### **1.3.2. Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo modelis teoriniu aspektu**

Iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti, kad Prancūzijoje taikomas Bismarko modelis, tačiau apžvelgus mokslinę literatūrą ir pasidomėjus statistiniais duomenimis, išryškėja, kad šioje šalyje egzistuoja mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema. Kaip jau buvo minėta netikslinga taikyti tik vieno modelio principus, todėl išsivysčiusios, pažangios valstybės, tarp jų ir Prancūzija, būtent tokiu keliu ir eina. Nors Lietuvoje taip pat taikoma mišri sistema, tačiau Prancūzijoje, atsižvelgiant į ekonominius, demografinius, socialinius ir kitus rodiklius, vyrauja kiek kitokios proporcijos tarp finansavimo iš nacionalinio draudimo įmokų, kurias moka darbdaviai ir darbuotojai, ir bendrųjų mokestinių pajamų. Be to, priimami ir kiek kitokie politiniai sprendimai. Toliau pateikiami teoriniai šios šalies finansavimo ypatumai platesniu kontekstu.

Remiantis Green, Irvine (2001), Prancūzijos sveikatos priežiūros sistema yra pavyzdys sistemos, kurioje susipina valstybinis ir privatus aprūpinimas bei finansavimas. Neskaitant mažos dalies gyventojų, negalinčių mokėti sveikatos draudimo įmokų dėl per mažų uždirbamų pajamų, didžioji dalis žmonių moka įmokas ir prisideda prie sveikatos priežiūros lėšų sukūrimo trim būdais: mokėdami socialinio draudimo įmokas nacionaliniu lygiu, papildomojo savanoriško draudimo mokesčius bei kai kuriais atvejais padengdami tam tikrą išlaidų dali iš savo lėšų“. (p. 50). Vadinasi valstybėje stengiamasi įgyvendinti solidarumo principą, kuris užtikrina sveikatos priežiūros apsaugą visiems šalies gyventojams. Autoriai pabrėžia, kad kiekvienas, kuris dirba Prancūzijoje, jau tampa socialinės apsaugos teisės subjektu, ir turi teisę mokėti įmokas į pensijų, sveikatos draudimo bei nedarbo fondus, paskui konkrečiu atveju gaunant išmokas.(p. 29). Toliau Green, Irvine pažymi, kad po 1996 metų Juppe reformos šalies parlamentui buvo suteikta didžiausia atsakomybė dėl sveikatos priežiūros finansavimo tikslų ir biudžeto formavimo bei socialinės apsaugos schemos nustatymo. (2001, p. 31). Vadinasi Prancūzijos sveikatos sektoriuje neišvengiamai vieną svarbiausių vaidmenų atlieka ir vykdo kontrolę valstybinės institucijos. Tačiau egzistuoja didelis privačių ligoninių sektorius ir dirba daug nepriklausomų gydytojų. Be to, kaip vienas iš Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos skiriamųjų bruožų yra tai, kad apdraustasis turi teisę pasirinkti gydytoją ar ligoninę bet kurioje pasaulio šalyje.

Pasak Rodwin (2003), Prancūzijos politikai šalies sveikatos sistemą apibūdina, kaip solidarumo ir liberalumo sintezę tarp Didžiosios Britanijos nacionalinės sveikatos sistemos, kur yra per daug normavimo, ir Jungtinių Amerikos valstijų „konkurencingos“ sistemos, kur per didelė dalis žmonių išvis neturi jokio sveikatos draudimo (p. 31). Rodwin (2008) pateikia, kad Prancūzijos

sveikatos priežiūros sistema yra viešų – privačių ligoninių ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų derinys, išsiskiriantis didesniu materialinių ir nematerialinių išteklių lygiu bei platesne suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtimi, palyginus su Jungtinėmis Amerikos valstijomis.

Remiantis Europos komisijos leidiniu „Jūsų socialinės apsaugos teisės Prancūzijoje“ (2011), „Prancūzijos socialinės apsaugos sistema apima penkias stambias sistemas:

- bendroji sistema, pagal kurią draudžiami dauguma pagal darbo sutartis dirbančių darbuotojų;
- specialiosios, pagal darbo sutartį dirbančių asmenų sistemos, kurių vienos apima draudimą nuo visų rūšių rizikos, o kitos – tik senatvės pensijų draudimą (nuo kitų rūšių rizikos gyventojai tuomet draudžiami pagal bendrąją sistemą);
- žemės ūkio sistema, pagal kurią draudžiama nuo visų rūšių rizikos, tačiau išskiriamos dvi aiškios asmenų grupės – ūkininkai ir samdomieji žemės ūkio darbuotojai;
- nepriklausomos ne žemės ūkio savarankiškai dirbančių asmenų sistemos: trys savarankiškos senatvės draudimo sistemos (amatininkų, prekybininkų ir laisvųjų profesijų atstovų) ir sveikatos draudimo sistema;
- draudimo nuo nedarbo sistemos.“ (p. 6)

Toks skirstymas parodo, kad Prancūzijoje socialinė apsauga vykdoma keliomis kryptimis, gyventojai draudžiami atsižvelgiant į jų darbo pobūdį – darbas pagal darbo sutartį, žemės ūkio sektorius. Vertinant finansavimą ir palyginus su Lietuva, išryškėja panašumai, nes remiantis šiame leidinyje pateiktais teiginiais, „privalomųjų socialinės apsaugos įmokų ir mokesčių dydis yra tam tikras procentas nuo Jūsų atlyginimo. Darbdavys įmokas ir mokesčius atskaito iš Jūsų atlyginimo ir perveda už jų surinkimą atsakingai institucijai. Jei dirbate savarankiškai, įmokas ir mokesčius, apskaičiuojamus pagal Jūsų profesines pajamas, privalote mokėti pats.“ (p. 7). Taigi, kaip ir Lietuvoje, taip ir Prancūzijoje didžiąją dalį lėšų, skirtų sveikatos priežiūros finansavimui, sudaro privalomosios socialinio draudimo įmokos, kurias solidariai moka darbuotojas ir darbdavys.

Apskritai analizuojant Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo modelį ir pačią socialinės apsaugos sistemą, galima teigti, kad šios valstybės sveikatos sistema yra viena iš labiausiai į vartotoją orientuotų sistemų. Ne veltui 2000 metais Pasaulinė sveikatos organizacija Prancūzijos sveikatos sistemą išrinko kaip pačią geriausią. Prancūzijos gyventojai gali pasinaudoti praktikoje įgyvendinamu pacientų teisių įstatymu, turi teisę į antro gydytojo nuomonę, neiškyla problemų gaunant ilgalaikius receptus lėtinėms ligoms gydyti. Trumpiausiai laukia valstybės finansuojamų deficitinių procedūrų, santykinai retai miršta nuo dažniausių vėžio formų, valstybė jiems kompensuoja didesnę procentą mokamų procedūrų kainų. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, galima manyti, kad Prancūzijoje taikomą sveikatos priežiūros modelį turėtų naudoti ir kitos šalys, tačiau kaip ir kiekviena šalis, taip ir

Prancūzija susiduria su įvairiais sunkumais bei problemomis planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros finansavimą.

Pasak Schabloski (2008), Prancūzijoje atsakomybė dėl sveikatos priežiūros sistemos užtikrinimo yra padalyta tarp nacionalinio, regioninio lygio bei valstybinių departamentų. Valstybiniame lygmenyje parlamentas nustato metinių sveikatos draudimo išlaidų „lubas“, ir priima naujas nuostatas dėl socialinės apsaugos reguliavimo ir gaunamos naudos. Vienas svarbiausių vaidmenų atitenka Sveikatos ministrui, kuris turi lemiamą vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje bei jam suteiktos nemažos reguliavimo ir kontrolės teisės. Minėtame literatūros šaltinyje pateikiamos šios svarbiausios sveikatos ministro funkcijos: nacionalinių lėšų paskirstymas tarp sektorių ir regionų, kainų nustatymas, mokesčių tvarkaraščių patvirtinimas, saugumo standartų ligoninėse nustatymas bei tvirtinimas, nacionalinių sveikatos prioritetų nustatymas. Be to, sveikatos ministras turi įtakos ir tokiose srityse, kaip studentų, priimamų į medicinos mokyklas kiekvienais metais, skaičiaus nustatymas. (p. 8). Taigi galima teigti, kad valstybiniu lygmeniu, sveikatos priežiūros sistema ir jos finansavimas gana griežtai reguliuojamas ir kontroliuojamas. Toliau autorė pateikia, kad regioniniame lygmenyje regioninių ligoninių atstovaujantysis organas (agentūra) yra atsakingas už finansavimo lėšų skyrimą viešosioms ligoninėms, mokesčių koregavimą ir pritaikymą privačioms ne pelno ligoninėms, ir ligoninių planavimą tame regione. Tokios regioninių ligoninių agentūros apie visus savo veiksmus informuoja sveikatos ministrą. Galiausiai įvairios bendrosios paskirties tarnybos užtikrina socialinių, asmens sveikatos bei visuomenės sveikatos paslaugas departamentų lygmenyje. Apžvelgus šiuos atsakomybės ir valdžios paskirstymo lygmenimis aspektus, galima teigti, kad Prancūzijoje egzistuoja gana stipri valstybinė kontrolė. Tokia ar panaši kontrolė yra būdinga Beveridžo sveikatos priežiūros finansavimo modeliui. Tačiau analizuojant finansavimo sistemą išryškėja skirtumai bei matyti, kad sveikatos srities finansavimas šioje šalyje labiau artimas Bismarko modeliui.

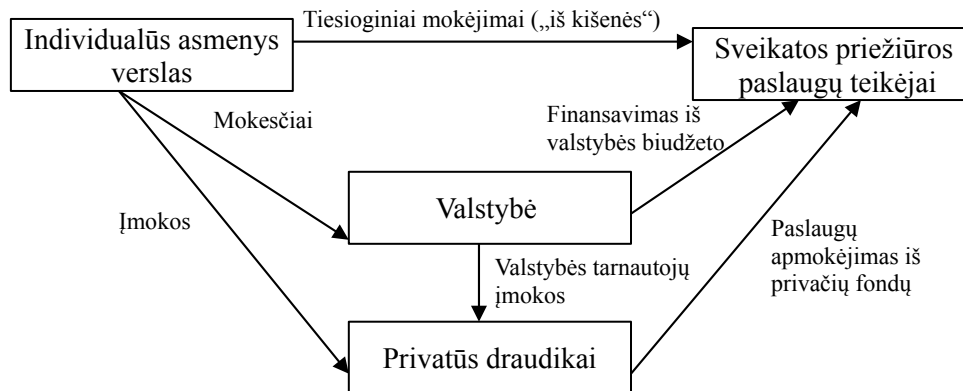
Taigi Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemą sunku priskirti prie kurios nors konkrečiai vienos sistemos, nes joje susipina Beveridžo, Bismarko sistemų bruožai ir tai leidžia Prancūzijos modelį apibūdinti kaip mišrų.

### **1.3.3. Sveikatos priežiūros finansavimo sistema Jungtinėse Amerikos valstijose**

Tikriausiai viena daugiausiai diskutuojamų ir reformų reikalaujanti sveikatos priežiūros sistema, jos finansavimo modelis egzistuoja Jungtinėse Amerikos valstijose. Įvairių šalių autoriai savo moksliniuose darbuose analizuoja šios sistemos veikimo principus bei įtaką gyventojų gerovei, kuri gana dažnai apibūdinama kaip neigiama, nes sukurta sveikatos priežiūros finansavimo sistema lėmė didelį sveikatos draudimo neturinčių gyventojų skaičių. Kaip toliau atskleis literatūroje pateikti šios

valstybės sveikatos priežiūros sistemos bruožai, JAV taikomas modelis turi skirtumų ir panašumų, palyginus su Lietuva ar Prancūzija.

Pasak Chua (2006), kaip ir kitose šalyse JAV egzistuoja privati ir valstybinė sveikatos priežiūros sistemos, tačiau išsiskiria tuo, kad šioje šalyje labiau dominuoja privatus sveikatos draudimas, palyginus su valstybės finansuojamu (p. 1). Remiantis autoriumi, diagramoje pateikiamos pagrindinės šios sveikatos priežiūros sistemos sudėtinės dalys (žr. 7 pav.):



7 pav. Sveikatos priežiūros sistema ir jos finansavimas Jungtinėse Amerikos valstijose  
Šaltinis: Kao-Ping Chua, 2006, p. 4

Remiantis 7 paveiksle pateikta diagrama matyti, kad panašiai kaip Lietuvoje ir Prancūzijoje, taip ir JAV sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, kurį daugiausia sudaro individualių asmenų bei verslo įmonių mokami mokesčiai, ir privačių sveikatos draudimo fondų lėšų, kurias sudaro gyventojų ir įmonių įmokos. Taip pat už kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas turi patys tiesiogiai susimokėti šių paslaugų gavėjai.

Chua (2006) pateikia platesnį JAV sveikatos priežiūros sistemos apibūdinimą, išskirdamas svarbiausius valstybinio ir privataus draudimo bei finansavimo bruožus, kurie pateikiami lentelėje:

2 lentelė. JAV sveikatos priežiūros sistemos principai

Sveikatos draudimo rūšis	Esmė	Finansavimas	Privalumai (nauda)	
Valstybinis sveikatos draudimas	Sveikatos priežiūra	Federalinė programa, apimanti 65 metų ir vyresnius asmenis bei neįgalius (išskiriamos A, B ir D rūšys)	Iš federalinių pajamų mokesčių, darbo užmokesčio fondo bei individualių įmokų.	Apima ligoninių, gydytojų paslaugas bei kompensuoja išrašomus vaistus.
	Medicininė pagalba	Jungtinė federalinė programa, nukreipta į mažas pajamas gaunančius ar neįgalius asmenis	Iš valstybinių ir federalinių mokesčių.	Suteikiama visapusiška pagalba, įskaitant ir vaistus, tik sudėtinga rasti med. paslaugų teikėjus dėl žemos kompensacijos normos
	Kitos valstybinės programos	Šių sveikatos priežiūros programų tikslas užtikrinti kai kurių vaikų ir šalies veteranų sveikatos priežiūrą.	Iš valstybinių ir federalinių mokesčių.	Stengiamasi sveikatos draudimu aprūpinti pažeidžiamas visuomenės grupes

Sveikatos draudimo rūšis		Esmė	Finansavimas	Privalumai (nauda)
Privatus sveikatos draudimas	Darbdavių finansuojamas privatus draudimas	Sveikatos draudimas – kaip papildoma nauda darbuotojui šalia darbo užmokesčio	Iš darbdavių ir darbuotojų mokamų įmokų. Darbdavių mokama dalis sudaro didesnę įmokos sumą.	Platus sveikatos draudimo planų, pasižyminčių skirtingomis sąlygomis, pasirinkimas
	Privatus individualus draudimas	Draudžiasi savarankiškai dirbantys, į pensiją išėję asmenys, ar kiti darbuotojai, kuriems sveikatos draudimo neužtikrina jų darbdaviai.	Apdraustieji draudimo įmokas moka iš savo lėšų	Didelis sveikatos draudimo planų pasirinkimas

**Šaltinis:** Sudaryta darbo autorės, remiantis Chua, 2006, p. 2-3.

Panašų JAV sveikatos priežiūros sistemos skirstymą pateikia kiti užsienio autoriai - Foster, Clemens (2009). Jie JAV sveikatos priežiūros sistemą skirsto į tris dalis: A, B ir D. Dalis A, dar kitaip vadinama ligoninės draudimas, kuris apima stacionarines paslaugas, kvalifikuotų slaugos paslaugų teikimą bei sveikatos priežiūros paslaugas po išleidimo iš ligoninės. B – papildomas medicininis draudimas, apima gydytojo paslaugas, ilgalaikę medicininę įrangą, laboratorinius tyrimus, vaistus, ambulatorines ligoninių paslaugas bei kitas priežiūros namuose paslaugas. D dalis apima daugiausia kompensuojamus vaistus. Autoriai dar pamini ir C sveikatos priežiūros sistemos JAV dalį, tačiau jai daugiau dėmesio neskiria, nes ji apima privačius sveikatos priežiūros planus, kai sudaromos sutartys su valstybinėmis sveikatos priežiūros įstaigomis dėl paslaugų teikimo pagal A, B bei D planus (p. 77-78). Vadinasi Jungtinėse Amerikos valstijose sveikatos priežiūros sistemoje yra keli skirtingi valstybiniai ir privatūs sveikatos planai, apimantys tam tikras skirtingas sveikatos priežiūros paslaugas pacientams.

Svarbu paminėti sveikatos priežiūros sistemos pajamų šaltinius. Foster, Clemens (2009) išskiria, kad JAV sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje svarbiausią vaidmenį atlieka Sveikatos priežiūros patikėjimo fondas, į kurį įplaukiančios lėšos yra griežtai reglamentuotos įstatymo. Kai kurios pajamos yra gaunamos tiesiogiai iš valstybės biudžeto ar išdo. Jau minėtos sveikatos sistemos A dalies pajamas sudaro darbuotojų ir jų darbdavių įmokos ar privačiai dirbančių žmonių mokesčiai. Kiti sveikatos planai finansuojami iš pajamų mokesčių ar išlaidas padengia patys pacientai (p. 79). Nors palyginus valstybinės lėšos sudaro nemažą dalį sveikatos priežiūros finansavime, tačiau palyginus JAV su kitomis valstybėmis, kur toks finansavimas sudaro 70-80 proc., situacija JAV sveikatos sektoriaus finansavime gerokai skiriasi.

Kitas žymus autorius, besigilinantį ekonomikos srityje, Sowell (2009), vertindamas JAV sveikatos priežiūros sistemą išskiria dideles sveikatos priežiūros išlaidas bei pažymi, kad tai nuolat pasikartojanti problema daugelyje šalių, tačiau Jungtinėse Amerikos valstijose ši problema ypač išsiskiria, nes medicinos išlaidos sudaro vieną šeštadalį visos ekonomikos produkcijos. Be to, autorius pažymi, kad 13 proc. amerikiečių medicininės priežiūros išlaidų yra apmokamos „iš kišenės“, 35 proc.



išlaidų padengia privatūs sveikatos draudimai, 17 proc. apmokama iš valstybinių fondų, o likusią išlaidų dalį padengia kiti lėšų šaltiniai (p. 53). Nors atrodo, kad palyginti mažą išlaidų dalį dengia patys gyventojai, tačiau problema slypi tame, kad ne visi turi finansines galimybes apsidrausti privačiu sveikatos draudimu, o kai kuriais atvejais draudimo įmonės atsisako drausti dėl tam tikrų priežasčių, kurios nėra ekonomiškai naudingos pačiai įmonei. Todėl susidaro milžiniški skaičiai neapsidraudusių asmenų, remiantis Austin, Burnett (2003), įvairių šaltinių skaičiavimais šie skaičiai gali siekti net iki 40 mln. gyventojų ir daugiau, kurie neturi nei valstybinio, nei privataus sveikatos draudimo, o sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų dalis, šalies bendrojo produkto sudėtyje yra viena didžiausių, palyginus su kitomis pasaulio valstybėmis. Nors vertinant JAV taikomo modelio privalumus, išskiriama, kad JAV sudėtingos operacijos reikia laukti iki savaitės, kai tuo tarpu Kanadoje – iki pusės metų, o Didžiojoje Britanijoje tos pačios operacijos tenka laukti net metus (Sowell). Tuo metu žmogus būna ribotai ar visiškai nedarbingas, kitas pacientas tokios operacijos gali ir nesulaukti. Vadinasi trumpas operacijos laukimo laikotarpis Jungtinėse Amerikos valstijose lemia mažesnes nedarbingumo išmokas ir galbūt mažesnius sergamumo, mirtingumo rodiklius.

Remiantis užsienio autoriais Searl, Borgi, Chemali (2010), JAV sveikatos priežiūros, jos finansavimo sistema nėra visapusiškai nukreipta į žmogų, nes egzistuojanti sistema nėra sukurta optimaliai veikti gyventojų gerovei. Tai vyksta, kai žmonių norai bei pageidavimai yra ignoruojami ir nenorima pripažinti suklydus (p. 1). Panašiai teigia ir Lenert (2009). Pasak jo, Jungtinės Amerikos valstijos susiduria su vienais didžiausių iššūkių sveikatos priežiūros sistemoje, nes šalis išsiskiria aukštais sveikatos priežiūros paslaugų kaštais bei žemais sveikatos rodikliais, todėl neabejotinai būtina tikslinga reforma (p. 159). Autorius siūlo sveikatos priežiūros sistemą transformuoti, suteikiant pacientams daugiau galimybių priimti sprendimus. Kitas autorius Landreaunau (2003) taip pat pažymi, kad JAV sveikatos priežiūros sistemoje viena didžiausių problemų – vis didėjantis atotrūkis tarp pasiturinčių ir galinčių įsigyti sveikatos draudimą bei vargingesnių, kuriems toks draudimas yra tiesiog neprieinamas (p. 18). Autorius taip pat išskiria vis augančius sveikatos priežiūros paslaugų kaštus, kurie turi neigiamos įtakos šalies ekonomikos padėčiai.

Lutz (2008) teigimu, JAV sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumą nulėmė: nepakankamas valstybės dėmesys sveikatos sektoriui, sudėtinga sveikatos draudimo administravimo sistema, politiniai nesutarimai, nepakankami sveikatos priežiūros standartai, bendradarbiavimo tarp valstybinio ir privataus sektoriaus trūkumas ir pan. (p. 151).

Remiantis Keeffe (1992) žodžiais, daugelis galvoja, kad nacionalinis sveikatos draudimas suteiktų ne tik lengvą priėjimą prie sveikatos priežiūros paslaugų beveik visiems gyventojams, bet ir padėtų sumažinti nuolat augančias išlaidas sveikatos sektoriuje. Tačiau kitų manymu, tokie rezultatai gali būti pasiekti ir tokiais būdais, kaip lengvinant priėjimą prie šiuo metu rinkos sąlygomis veikiančio

privataus sveikatos draudimo (p. 42).

Vis dėlto, tokie kriterijai, kaip augančios sveikatos priežiūros išlaidos, brangstančios paslaugos ar asmens sveikatos priežiūros prieinamumo apribojimai, neatskleidžia JAV sveikatos priežiūros finansavimo sistemos privalumų. Nors ši šalis susiduria su sunkumais, galima išvelgti teigiamus modelio aspektus. Vienas iš jų tai, kad JAV egzistuoja viena geriausių mokslinių tyrimų sveikatos priežiūros srityje sistemų, kas lemia inovacijas medicinos srityje, tuo pačiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės augimą. Plati privataus sveikatos draudimo rinka skatina gyventojus apsirūpinti daugiau nei minimaliomis valstybinio sveikatos draudimo garantijomis – investuoti į papildomas savanoriškas finansines priemones (privatų sveikatos draudimą). Taikant daugiausia privataus sveikatos draudimo sistemą šalyje gyventojams nėra visuotinės valstybinės mokestinės naštos. Be to, individualūs privataus sveikatos draudimo planai neabejotinai skatina konkurencijos augimą tarp medicinos paslaugas teikiančių įstaigų, kurios suinteresuotos pritraukti kuo daugiau geresnius sveikatos draudimo planus turinčius pacientus, o pastariesiems tokia konkurencija dažnai lemia aukštesnę paslaugų kokybę.

Taigi apžvelgus įvairių autorių mokslinėje literatūroje pateikiamus Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros sistemas, jos finansavimo svarbiausius principus, galima teigti, kad šioje šalyje taikomas mišrus sveikatos priežiūros finansavimo modelis, kuriame dominuoja privatus sveikatos draudimas. Vis dėlto, egzistuojanti sistema turi daugiau trūkumų nei privalumų, kas pasireiškia nevaldomai augančiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, tuo pačiu, didesne finansine našta gyventojams.

Išnagrinėjus mokslinę literatūrą ir išanalizavus sveikatos priežiūros finansavimo modelius teoriniu aspektu, išryškėjo pagrindiniai principai, bruožai, taikymo ypatumai bei socialinės pasekmės. Šalyje taikomas sveikatos priežiūros finansavimo modelis yra tiesiogiai susijęs su sveikatos priežiūros sistema, kuri tarpusavyje apjungia institucijas, materialinius ir žmogiškuosius išteklius. Racionaliai funkcionuojanti sveikatos priežiūros sistema leidžia užtikrinti tokių principų, kaip solidarumas, prieinamumas, lygiateisiškumas, konkurencingumas ir pan. įgyvendinimą.

Neabejotinai visi gyventojai supranta sveikatos draudimo reikšmę, kuris ypač svarbus šalyse, kuriose nėra nacionalinio sveikatos draudimo sistemos ir draudžiami tie asmenys, kurie moka nustatytas fiksuoto ar kintamo dydžio įmokas, garantuojančias patirtų sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą.

Taigi literatūroje pateikiami tokie sveikatos priežiūros finansavimo modeliai, kaip Beveridžo arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis, Bismarko arba Socialinio draudimo, Semaškos arba Centralizuota sveikatos priežiūros sistema, ir mišrus sveikatos priežiūros finansavimo modelis. Šie

modeliai tarpusavyje skiriasi valstybinio reguliavimo laipsniu, finansavimo šaltiniais, konkurencijos galimybėmis ir pan. Beveridžo modelio pagrindinis bruožas – sveikatos priežiūros finansavimo valdymas yra sutelktas valstybės rankose ir užtikrinamas visuotinių mokesčių pagrindu, tuo tarpu, Bismarko sistema garantuojama socialinio draudimo įmokomis. Semaško modelio užuomazgų šiais laikais aptinkama tik kai kuriose šalyse, kur egzistuoja valstybinė ir visiškai centralizuota sveikatos priežiūros finansavimo sistema. Vis dėlto, daugelis išsivysčiusių šalių taiko mišraus finansavimo modelius, kuriuose susilieja Bismarko, Beveridžo ar tiesioginio mokėjimo sistemų bruožai. Ne išimtis ir Lietuva bei Prancūzija, kurių sveikatos priežiūros finansavimą sudaro socialinio draudimo įmoka bei vyrauja stipresnio ar silpnesnio laipsnio valstybinis reguliavimas. Kitoje analizuojamoje šalyje – Jungtinėse Amerikos valstijose vyrauja finansavimas iš privataus sveikatos draudimo, kas lėmė didelę neapdraustųjų dalį ir nuolat augančias sveikatos priežiūros išlaidas.

Norint taikomus sveikatos priežiūros finansavimo modelius išanalizuoti plačiau toliau pasirenkama tokių šalių, kaip Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros finansavimo statistinių duomenų analizė.

## 2.TYRIMO METODOLOGIJA

Nors egzistuoja keletas plačiai taikomų sveikatos priežiūros finansavimo modelių, kurių bruožai, principai ir veikimo mechanizmas teoriniu aspektu plačiai nagrinėjami įvairių autorių moksliniuose darbuose, vis dėlto statistiniai duomenys, sveikatos priežiūros finansavimo rodikliai parodo, kiek efektyviai veikia šalyse sukurtos sistemos. Šiam tikslui šalyse renkama statistinė informacija, kurios pagalba priimami tolesni svarbūs politiniai, ekonominiai, socialiniai ir kiti sprendimai, turintys įtakos sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimui, jo sistemai. Taigi išanalizavus sveikatos priežiūros finansavimo modelius, tame tarpe Lietuvoje, Prancūzijoje bei Jungtinėse Amerikos valstijose taikomų, bruožus, principus teoriniu aspektu, empirinėje dalyje atliekamas kiekybinis tyrimas plačiau atskleis šių finansavimo modelių principus, socialines pasekmes bei ilgalaikes perspektyvas.

**Tyrimo metodas** – statistinė grafinė duomenų analizė, kuri leis įvertinti reiškinių struktūrą, jų tarpusavio ryšius, dinamiką, nustatyti dėsningumus, pagrindines vystymosi tendencijas ir jomis remiantis prognozuoti. Be to, statistikoje aktualus ir darbe naudojamas sugretinimo (palyginimo) principas, kuris leis einamojo laikotarpio reikšmes palyginti su praeities duomenimis (retrospektyva), ateičiai suplanuotais rodikliais (perspektyva) bei su vienu ar kiais objektais.

Analizuojami penkerių metų laikotarpio duomenys, siekiant atskleisti duomenų dinamiką bei atlikti prognozinis skaičiavimus.

Autoriai literatūroje išskiria nemažai finansavimo sistemos statistinių rodiklių, tačiau kaip svarbiausius galima pateikti šiuos (žr. 3 lentelę), kurie analizuojami empirinėje dalyje:

3 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo modelių vertinimo kriterijai

Statistiniai rodikliai	Statistinės analizės metodas	Gautų rezultatų sugretinimas (palyginimas) tarp analizuojamų šalių: Lietuvos, Prancūzijos, Jungtinių Amerikos valstijų, išskiriant ypatumus
BVP dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
BVP tenkantis vienam šalies gyventojui	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
Išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
Sveikatos apsaugos sistemos finansavimo struktūra: valstybinių, privačių, tiesioginių mokėjimų dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
Išlaidos sveikatos priežiūrai, kaip procentas nuo BVP	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas, kiekybinis prognozavimas	

<b>Statistiniai rodikliai</b>	<b>Statistinės analizės metodas</b>	
Išlaidos sveikatos priežiūrai, tenkančios vienam šalies gyventojui	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas, kiekybinis prognozavimas	<p style="text-align: center;"><b>Gautų rezultatų sugretinimas (palyginimas) tarp analizuojamų šalių: Lietuvos, Prancūzijos, Jungtinių Amerikos valstijų, išskiriant ypatumus</b></p>
Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui ir BVP vienam gyventojui tarpusavio priklausomybė	Koreliacijos, determinacijos ir elastingumo koeficientai	
Lietuvos privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidų dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
Demografinių rodiklių: gyventojų tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės, mirtingumo dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė		
Gydytojų, ligoninių lovų skaičiaus dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	
Gydytojų konsultacijų skaičiaus dinamika	Absoliutinis pokytis, padidėjimo/sumažėjimo tempas	

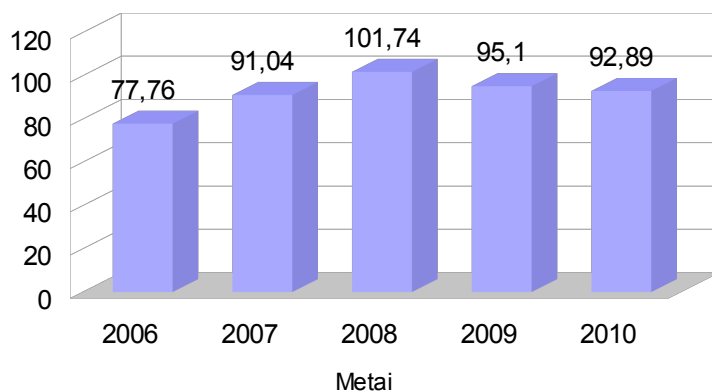
Siekiant atlikti išsamesnę analizę, kuri atskleistų kelių sveikatos priežiūros finansavimo modelių ypatumus analizuojami Lietuvos, Prancūzijos, Jungtinių Amerikos valstijų duomenys remiantis Statistikos departamento, Eurostat, Pasaulinės sveikatos organizacijos ir kitomis statistinių duomenų bazėmis.

### 3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIŲ VERTINIMAS: STATISTINIŲ DUOMENŲ ANALIZĖ

Kiekvienos šalies sveikatos apsaugos sistema priklauso nuo jos sugebėjimo tinkamai užtikrinti sveikatos priežiūros finansavimą, nes tik racionalus lėšų paskirstymas lemia tam tikrus svarbius šalies demografinius, socialinius bei ekonominius rodiklius: sergamumas ir mirtingumas, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai, išlaidos sveikatos apsaugai vienam gyventojui, apsilankymų pas gydytojus per metus skaičius ir pan. Vieni svarbiausių rodiklių, susijusių su sveikatos sektoriaus finansavimo ypatumais, yra BVP dinamika bei BVP ir sveikatos priežiūros išlaidų santykis.

#### 3.1. Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų ekonominių rodiklių analizė

Vienas iš plačiausiai aptarinėjamų, daugiausiai analizuojamų ir prognozuojamų ekonomikos rodiklių yra bendrasis vidaus produktas (BVP). BVP dinamika dažnai laikoma svarbiausiu ekonomikos „sveikatos“ indikatoriumi, BVP prognozė daro įtaką ne tik privačių įmonių sprendimams, BVP grindžiamas valstybės biudžeto planavimas, nuo jo priklauso ekonominės politikos priemonės, į kurias įeina ir išlaidos sveikatos priežiūrai, jos finansavimo struktūros sprendimai. Todėl vertinant sveikatos priežiūros finansavimo modelius, svarbu išanalizuoti šalių bendrojo vidaus produkto dinamiką (žr. 8 pav.):

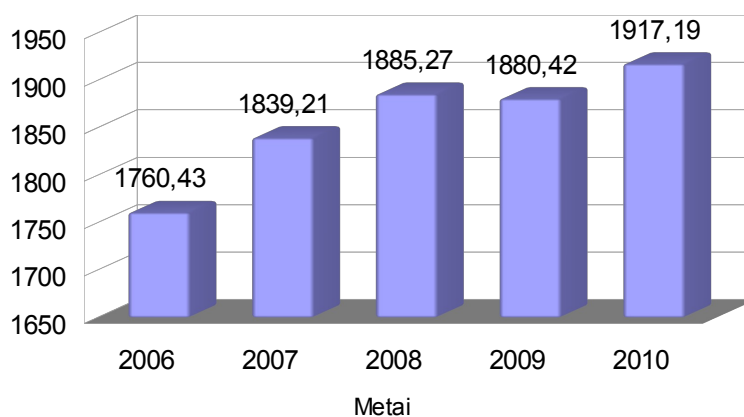


8 pav. Lietuvos bendrojo vidaus produkto dinamika, mlrd. eurų.

Remiantis tokiu analitiniu rodikliu, kaip padidėjimo/sumažėjimo tempas ( $T_p = (Y_n - Y_1) / Y_1 * 100\%$ ), galima analizuoti Lietuvos bendrojo vidaus produkto (BVP) pokyčius 2006 – 2010 metų laikotarpiu. Iš

8 paveiksle pateiktos diagramos matyti, kad šiuo laikotarpiu didžiausias BVP buvo pasiektas 2008 metais. Vis dėlto kitais metais (2009) šis ekonominis rodiklis sumažėjo 6,98 proc. ir lyginant su ekonomiškai efektyviausiais metais (2008 m.) toliau dar mažėjo. Tokį pokytį lėmė sulėtėjusi ir nuosmukį patyrusi šalies ekonomika, sumažėjusios investicijos ir vidaus vartojimas, išaugęs nedarbas, padidėjęs fizinių bei juridinių asmenų nemokumas ir t.t. Kiekvienos šalies ekonomika yra labai jautri tokiems bendrojo vidaus produkto, ypač neigiamiems, pokyčiams, ir kaip matyti iš tolesnės sveikatos priežiūros išlaidų dinamikos 2006-2010 metų laikotarpiu, BVP pokyčiai neabejotinai tam turėjo įtakos.

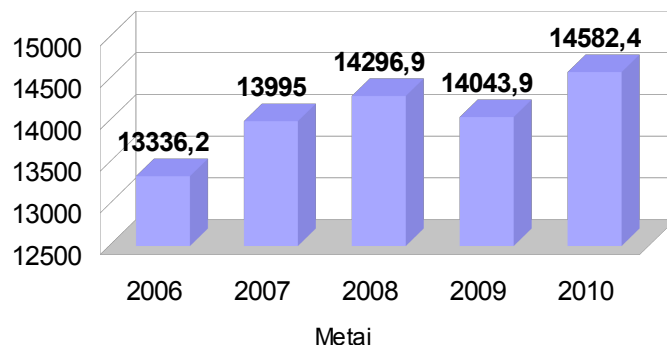
Šiame darbe siekiant išsamiau atskleisti teoriniu aspektu išanalizuotų finansavimo modelių (Beveridžo, Bismarko, mišraus) ypatumus, sisteminami ir nagrinėjami ne tik Lietuvos, bet ir kitų šalių statistiniai rodikliai. 9 paveiksle pateikiama Prancūzijos bendrojo vidaus produkto dinamika:



9 pav. Prancūzijos bendrojo vidaus produkto dinamika, mlrd. eurų

Kaip išryškėja šioje diagramoje (žr. 9 pav.), Lietuvos atveju minėta ekonomikos krizė taip stipriai nepalietė Prancūzijos, priskiriamos prie pirmaujančių pramoninių šalių, bendrojo vidaus produkto. 2009 m. rodiklis sumažėjo tik 0,25 proc., o 2010 m. palyginti su 2006 m. išaugo 8,9 proc. Žinoma ši šalis, kaip ir daugelis kitų 2008-2009 metų pasaulinės krizės metu susidūrė su ekonominiais sunkumais, tačiau galimai priėmus efektyvius sprendimus, pavyko išvengti skaudesnių padarinių įvairiuose ekonomikos sektoriuose.

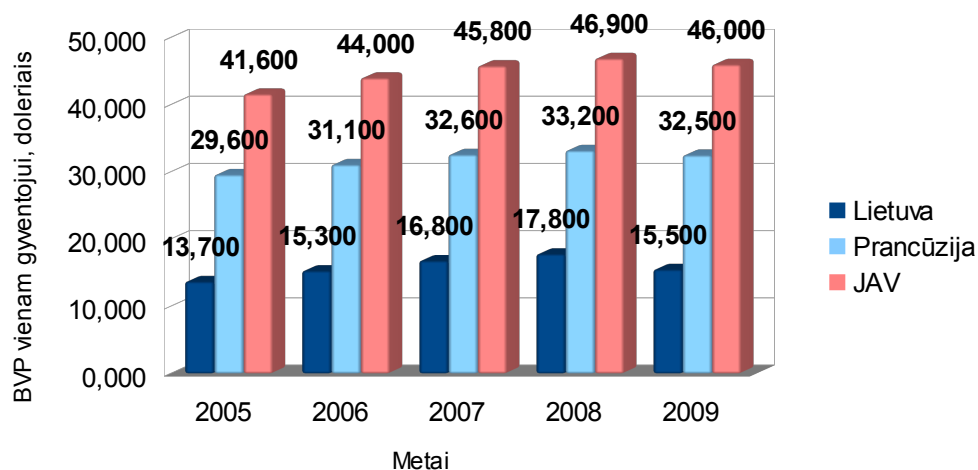
Kitoje analizuojamoje šalyje – Jungtinėse Amerikos valstijose, kurios ekonomika nuolat lydima milžiniškos valstybės skolos, 2006-2010 metų laikotarpiu taip pat išryškėja teigiamų bei neigiamų bendrojo vidaus produkto pokyčių (žr. 10 pav.):



10 pav. Jungtinių Amerikos valstijų bendrojo vidaus produkto dinamika, mlrd. dolerių

BVP sumažėjimas 2009 metais pastebimas visose analizuojamose šalyse. JAV šio rodiklio sumažėjimo tempas 2009 m., palyginti su 2008 m. siekė 1,77 proc. Vis dėlto, nepaisant augančios valstybės skolos 2010 m. BVP išaugo 3,69 proc. (absoliutinis pokytis, palyginus su 2009 m., sudarė 538,5 mln. dolerių).

Analizuojant bendrojo vidaus produkto dinamiką, kuri yra susijusi su sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pokyčiais, svarbu įvertinti ne tik BVP kitimą šalies lygiu, bet ir BVP, tenkantį vienam gyventojui. Šis statistinis rodiklis laikomas svarbiausiu vystymosi lygio rodikliu, plačiau atskleidžiantis šalies ekonominę būklę. Toliau 11 paveiksle pateikiama BVP, tenkančio vienam šalies gyventojui, dinamika 2005-2009 metų laikotarpiu Lietuvoje, Prancūzijoje bei Jungtinėse Amerikos valstijose:



11 pav. Bendrojo vidaus produkto, tenkančio vienam šalies gyventojui, dinamika, doleriais

Kaip matyti iš diagramos (žr. 11 pav.), išryškėja akivaizdus skirtumas tarp Lietuvos ir Jungtinių

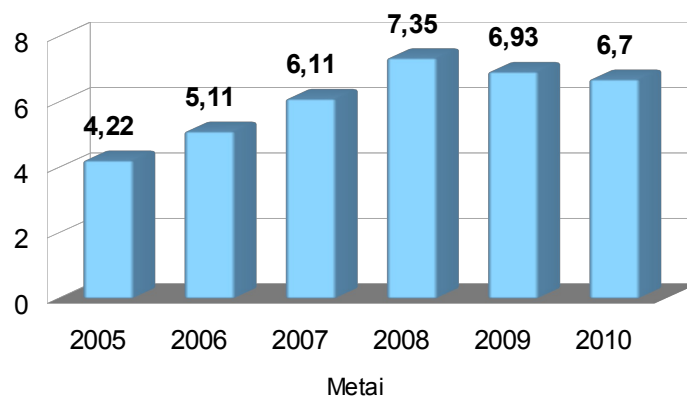


Amerikos valstijų, kurių rodikliai visais analizuojamais metais yra vieni aukščiausių. Lietuvoje BVP vienam gyventojui 2005-2008 m. augo, tačiau dėl minėtos priežasties – ekonominės krizės – 2009 m. sumažėjo 12,92 proc. Kitose dviejose šalyse šis rodiklis mažėjo lėtesniu tempu: Prancūzijoje – 2,11 proc., JAV – 1,92 proc. Šie pokyčiai yra susiję su BVP mažėjimu visos ekonomikos lygiu, kas neišvengiamai sąlygojo ir mažesnę BVP dalį, tenkančią vienam šalies gyventojui.

### **3.2.Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros finansavimo statistinių rodiklių analizė**

Išanalizavus BVP bei BVP, tekančio vienam šalies gyventojui, dinamiką 2005-2010 metų laikotarpiu, galima teigti, kad Lietuvoje, lyginant su Prancūzija ir JAV, išryškėja didžiausi neigiami pokyčiai, kurie susiję su šalies ekonomiais sunkumais, neaplenkiant sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimo, kadangi, kaip toliau atskleis statistinių duomenų analizė, egzistuoja tiesioginis ryšys tarp BVP pokyčių ir šalies sveikatos priežiūros finansavimo.

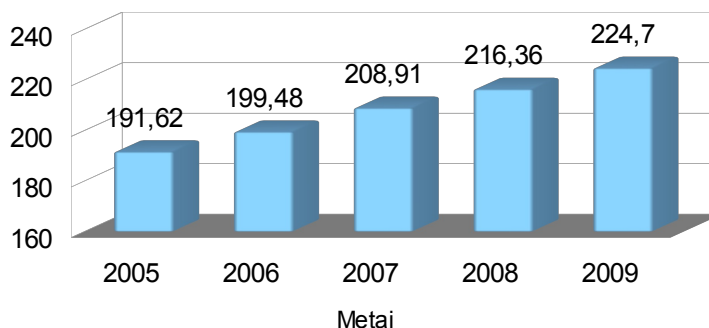
Remiantis Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro leidiniu „Lietuvos sveikatos statistika“ (2010), „nuo 2004 m. Lietuvoje pradėta diegti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) Sveikatos sąskaitų sistemos (A System of Health Accounts, OECD, 2000) metodika. Vadovaujantis šia metodika, išlaidos sveikatai skaičiuojamos pagal sveikatos priežiūros funkcijas, paslaugų teikėjų rūšis ir finansuotojus. Skaičiavimams naudojami įvairių statistinių tyrimų, administracinių šaltinių, ministerijų ir kitų žinybų duomenys. Pagal EBPO metodiką į sveikatos išlaidas nėra įskaičiuojamos kai kurios išlaidos, kurias teikia sveikatos sistemai priklausančios įstaigos, bet kurios pagal tarptautinius klasifikatorius tiesiogiai nėra priskiriamos sveikatos priežiūrai (pvz., higienos kontrolė, aplinkos sveikata, aplinkos stebėseną, apsauga, kontrolė). Tačiau sveikatos išlaidoms yra priskiriamos išlaidos sveikatai socialinėje ir kai kuriose kitose srityse“ (p. 63). Taigi analizuojant sveikatos priežiūros finansavimo sistemas, vienas iš uždavinių yra bendrų sveikatos priežiūros išlaidų dinamikos vertinimas, kurį dar plačiau atskleidžia laikotarpio analizė pagal investuotojus. 12 pav. pateikiama Lietuvos bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dinamika 2005-2010 m. laikotarpiu:



12 pav. Lietuvos bendrosios sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, mlrd. litų

Statistinių duomenų analizė parodė (žr. 12 pav.), kad 2005-2008 m. laikotarpiu šios išlaidos tendencingai didėjo per metus vidutiniškai po 1 mlrd. litų, vertinant procentine išraiška po 20 proc. Tokios tendencijos atskleidžia iš vienos pusės palankesnius sprendimus sveikatos priežiūros sektoriaus atžvilgiu, kuomet skiriama daugiau lėšų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, šio sektoriaus aptarnavimui, gerinant kokybę bei didinant prieinamumą, iš kitos pusės – išaugusios sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir kt. kaštus, kurie nulemia brangesnes sveikatos priežiūros paslaugas, reikalaujančias didesnio finansavimo. 2009 ir 2010 m. sveikatos priežiūros išlaidos sumažėjo, stengiantis apriboti sveikatos priežiūrai skiriamo biudžeto deficitą: 2009 m., palyginti su 2008 m. matomas 5,71 proc. sumažėjimas, o 2010 m. sumažėjo dar 3,32 proc., kas nulėmė tam tikrus padarinius: sumažėjęs medicinos personalo darbo užmokestis, sulėtėjęs inovacijų taikymas sveikatos priežiūros srityje: mažiau investuojama į naują įrangą, mokslinius tyrimus.

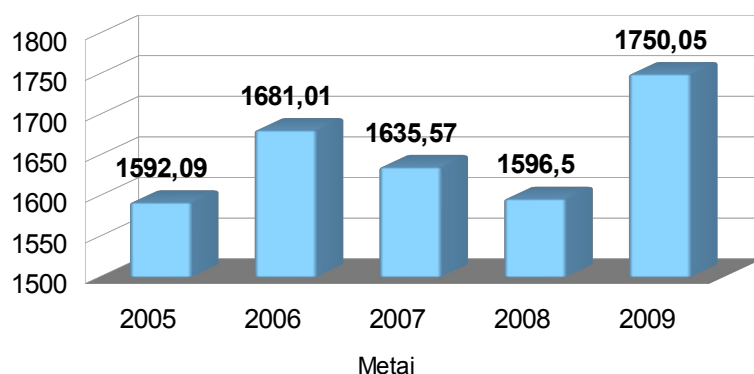
Prancūzija tokiu demografiniu rodikliu, kaip gyventojų skaičius – žymiai didesnė nei Lietuva, todėl egzistuoja didesnės sveikatos priežiūros išlaidų, finansavimo apimtys. Vis dėlto, remiantis sugretinimo principu, galima palyginti sveikatos priežiūros išlaidų dinamiką (žr. 13 pav.):



13 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, mlrd. eurų

Vertinant 13 pav. pateiktą diagramą, pirmiausia išryškėja tai, kad 2005-2009 m. laikotarpiu sveikatos priežiūros išlaidos nuolat augo – sparčiausiai 2007 metais (4,73 proc. lyginant su 2006 m.). Priešingai nei Lietuvoje 2009 m. finansavimo apimčių sumažėjimas nepastebimas. Vadinasi Prancūzijoje pasaulinės ekonominės krizės įkarštyje išlaidos, skiriamos sveikatos priežiūrai, nė kiek nesumažėjo, o priešingai, padidėjo 3,85 proc. Tokių reiškinį galima vertinti dvejopai: pirmu požiūriu augančias sveikatos priežiūros išlaidas gali nulemti išaugusios medicininių paslaugų kainos, aptarnavimo kaštai ir kt., kitu požiūriu – gali būti skiriama daugiau išlaidų pagalbinėms sveikatos priežiūros paslaugoms, prevencijai, visuomenės sveikatos priežiūrai, reabilitacinei priežiūrai ir pan., kas dažniausiai tiesiogiai įtakoja geresnius gyventojų sveikatos rodiklius.

Dar didesnėmis sveikatos priežiūros finansavimo apimtimis išsiskiria Jungtinės Amerikos valstijos, kurios pasaulyje pirmauja, kaip šalis, kurioje gyventojai išleidžia sveikatos priežiūrai daugiau nei žmonės bet kurioje kitoje valstybėje. Statistinių duomenų analizė atskleidžia šias šalies tendencijas, vertinant bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dinamiką 2005-2009 m. laikotarpiu (žr. 14 pav.):

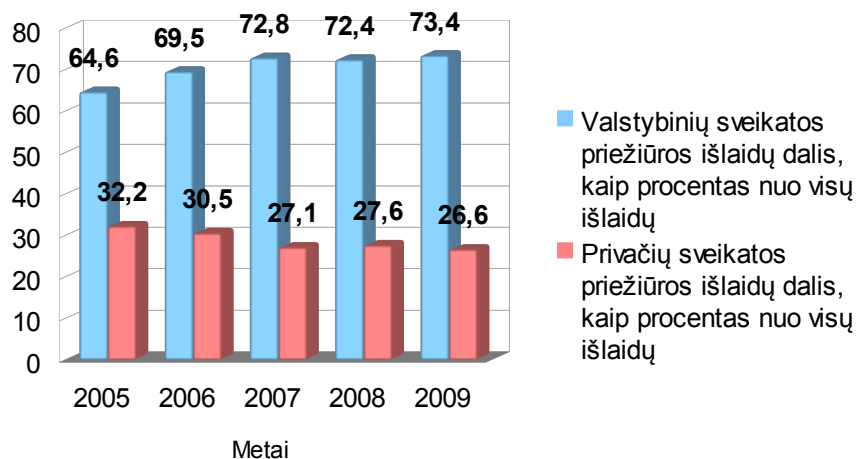


14 pav. Jungtinių Amerikos valstijų bendrosios sveikatos priežiūros išlaidų dinamika, mlrd. eurų

Remiantis diagrama, galima teigti, kad priešingai nei Lietuvoje ir Prancūzijoje, 2007 m. JAV bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sumažėjo 2,7 proc., 2008 m. jos dar krito 2,39 proc. Tokius rodiklius nulėmė prasidėjusi ekonomikos krizė, kuri palietė daugelį sričių, ne išimtis ir sveikatos sektorius: sumažėjęs medicinos personalo darbo užmokestis, mažiau investicijų prevencijos srityje ir pan. Vis dėlto, 2009 m. pastebimas ryškus sveikatos priežiūros išlaidų padidėjimas – palyginti su 2008 m. jis sudarė 9,62 proc. Vertinant ekonominiu požiūriu, tokie žymūs pasikeitimai gali būti vienas iš finansavimo sistemos nestabilumo, jautrumo padarinių, kurie taip pat įtakoja drastiškus politinius sprendimus ir bandymus keisti egzistuojantį sveikatos priežiūros finansavimo modelį.

Kaip buvo minėta, tikslinga išlaidas analizuoti išskiriant išlaidų teikėjus: valstybines bei privačias sveikatos išlaidas, jų proporcinį pasiskirstymą. Šalyse, kur egzistuoja Beveridžo modelis – finansavime dominuoja valstybinės sveikatos išlaidos, Bismarko modelį taikančiose šalyse – privačios

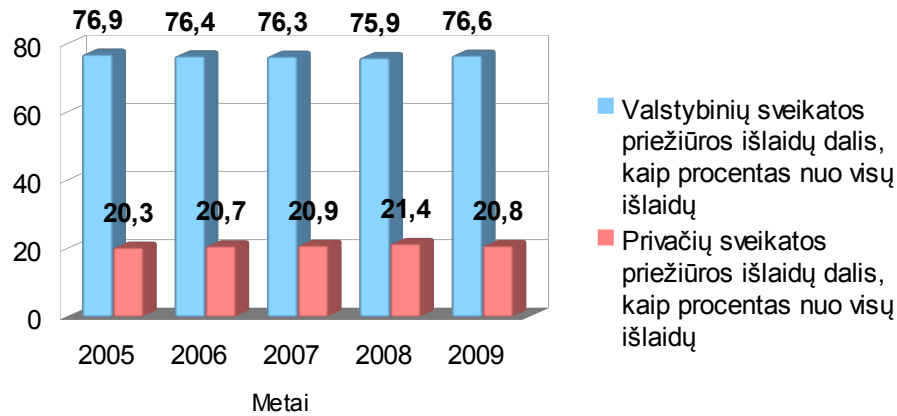
išlaidos. Vis dėlto, vertinant Lietuvos, Prancūzijos bei JAV statistinius duomenis, išryškėja mišrių sveikatos priežiūros finansavimo sistemų bruožai ir būtų sudėtinga priskirti prie kurio nors vieno modelio. Todėl, naudojant statistikos analitinį rodiklį - sumažėjimo/padidėjimo tempą bei remiantis sugretinimo principu, vertinama šalių sveikatos priežiūros išlaidų dinamika bei struktūra. 15 paveiksle pateikiama Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų struktūra ir jos kitimo tendencijos 2005-2009 metais:



15 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus, proc.

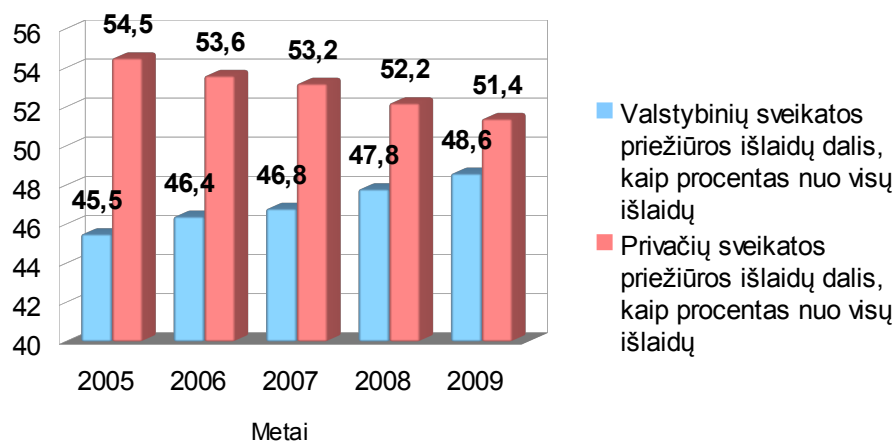
Remiantis 15 pav. pateikta diagrama, galima teigti, kad analizuojamu laikotarpiu valstybinių sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su privačiomis išlaidomis, beveik nuolat didėjo. Tik 2008 m. palyginus su 2007 m. ši dalis sumažėjo 0,4 proc., o privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalis išaugo 0,5 proc. Vadinasi dėl sumažėjusio valstybinio finansavimo privačiam sektoriui teko daugiau lėšų skirti sveikatos priežiūrai. Be to, Lietuvos atveju išryškėja tendencija, kuri būdinga Beveridžo finansavimo modeliui, nes vidutiniškai 70 proc. sveikatos priežiūros finansavimo sudaro valstybinės išlaidos. Vienu požiūriu tokia situacija gali būti vertinama teigiamai, nes valstybė, investuodama didesnę lėšų dalį į sveikatos priežiūros sektorių, „neužkrauna“ didelės naštos privačiam sektoriui. Kita vertus, kaip jau buvo minėta analizuojant mokslinę literatūrą, būtent Beveridžo modelio atveju, per didelis valstybinis finansavimas neskatina gyventojų imtis papildomų savanoriškų priemonių, kas dažnai nulemia ekonominius sunkumus dėl lėšų trūkumo.

Analizuojant kitos šalies – Prancūzijos – duomenis matyti, kad ši proporcija yra dar ryškesnė – egzistuoja didesni skirtumai tarp valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalies (žr. 16 pav.):



16 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus, proc.

Prancūzijoje valstybinių sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su privačiomis, sudaro didžiąją dalį – kiekvienais metais vidutiniškai apie 76 proc. Šis proporcinis pasiskirstymas yra ryškesnis nei Lietuvoje ir atskleidžia teorijoje aptartus Beveridžo sveikatos priežiūros sistemos bruožus – valstybės dominavimą, kai valstybė yra pagrindinis įmokų surinkėjas ir išlaidų mokėtojas. Vertinant šiuos statistinius duomenis, matyti, kad 2005-2008 m. laikotarpiu valstybinės išlaidos nedideliu tempu mažėjo, taip didinant privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalį. Vis dėlto, 2009 m. dėl ekonominių aplinkybių, galimai siekiant pacientams sumažinti finansinę naštą bei dėl valstybės siekio labiau investuoti į sveikatos sektorių, išlaidos, palyginti su 2008 m., išaugo 0,7 proc. Privačios sveikatos priežiūros išlaidos šioje šalyje sudaro tik apie 20 proc., kas lyginant su kitos šalies – JAV – duomenimis (žr. 17 pav.), yra tik labai nedidelė dalis.

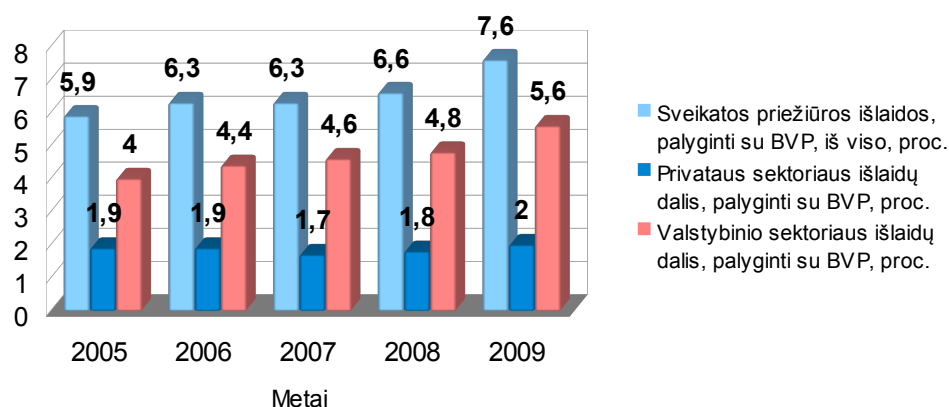


17 pav. Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus, proc.

Remiantis 17 pav. diagrama, galima teigti, kad JAV išsiskiria visiškai kitokia sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, nei daugelis Europos šalių. Šioje valstybėje dominuoja privataus sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai, jos sudaro vidutiniškai apie 52 proc. Toliau analizuojant šių išlaidų dinamiką, pastebima tendencija, kad 2005-2009 m. laikotarpiu privačios sveikatos priežiūros išlaidos mažėjo – kasmet apie 0,8 proc. Tuo tarpu valstybinės išlaidos panašiu tempu didėjo. Tokius pokyčius greičiausiai galima paaiškinti valdžios siekiu daugiau investuoti į sveikatos sektorių, palengvinant gyventojams sveikatos priežiūros finansinę naštą bei gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kadangi daugelis sutinka, jog JAV sveikatos priežiūros išlaidų struktūra pagal išlaidų teikėjus reikalauja pokyčių.

Taigi vertinant sveikatos priežiūros išlaidų proporcijas analizuojamose šalyse, išryškėja skirtumai, ryškiausi tarp Lietuvos, kur vyrauja valstybinės išlaidos ir JAV, kur didžiąją dalį sudaro privataus sveikatos priežiūros išlaidos.

Dar vienas svarbus, sveikatos priežiūros finansavimo bruožus atskleidžiantis statistinis rodiklis – sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su BVP. Šis išvestinis rodiklis parodo santykį tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir šalyje sukuriama BVP. Be to, rodiklio dinamiką galima analizuoti ir pagal išlaidų teikėjus. Pirmiausia vertinami Lietuvos duomenys (žr. 18 pav.):

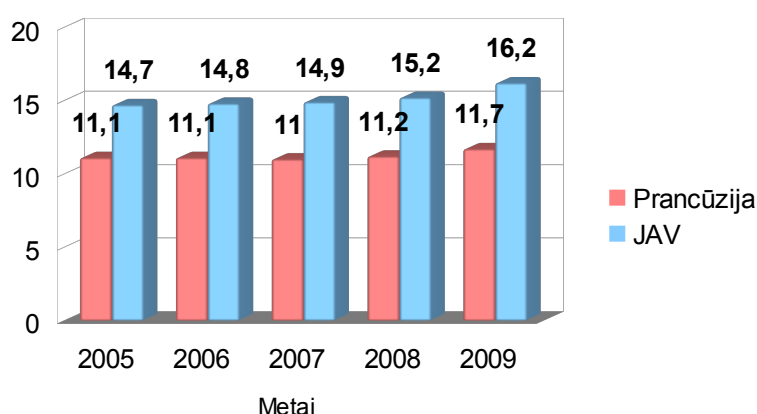


18 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su BVP, proc.

Galima teigti, kad Lietuvoje 2005-2009 m. laikotarpiu sveikatos priežiūros išlaidų dalis procentais, palyginti su sukuriama BVP, nuolat didėjo. Tokia tendencija parodo, kad sveikatos priežiūros sistema, jos finansavimas tampa vis aktualesnis visuomenei. Be to, augančius rodiklius lemia ir tai, kad priešingai nei BVP, sveikatos priežiūros išlaidos 2005-2008 m. nuolat augo, o 2009 m. šios išlaidos mažėjo lėtesniu tempu, palyginus su BVP. Vertinant 2005 ir 2009 metus, pastebima, kad

valstybinio sektoriaus išlaidų dalis, palyginti su BVP, išaugo 1,6 proc., tuo tarpu, privačių išlaidų dalis pasikeitė nežymiai – padidėjo 0,1 proc. Vadinasi šalyje neabejotinai vyrauja valstybinis sveikatos priežiūros finansavimas, kuris didėja, tačiau iki tam tikros ribos, nes didesnis finansavimas reikalauja ir didesnių mokestinių prievolių – sveikatos draudimo įmokų tarifo didinimo. Įmokų tarifams augant, palaipsniui mažėtų gyventojų pajamos, kas ilgainiui neigiamai įtakotų valstybės biudžetą, ekonominius rodiklius. Be to, privačių išlaidų dalies, palyginti su BVP, nežymus augimas analizuojamu laikotarpiu dar kartą patvirtina papildomų finansinių sveikatos draudimo priemonių rinkos ribotumą.

Kitokie rezultatai atsiskleidžia analizuojant Prancūzijos bei Jungtinių Amerikos valstijų duomenis (žr. 19 pav.):



19 pav. Prancūzijos ir JAV sveikatos priežiūros išlaidų dalis, palyginti su BVP, proc.

Vertinant pateiktos diagramos duomenis, galima daryti išvadą, kad Jungtinėse Amerikos valstijose sveikatos priežiūros išlaidų dalis (procentais), lyginant su BVP, yra didžiausia lyginant su kitomis šalimis. Didesnę dalį lemia žymiai didesnės išlaidos, skiriamos sveikatos priežiūrai bei tai, kad augant BVP, sveikatos išlaidos auga spartesniu tempu ir priešingai, BVP lėtėjant - išlaidos lėtėja mažesniu tempu. Lyginant su Lietuvos situacija, JAV BVP dalis, tenkanti sveikatos priežiūros išlaidoms, yra daugiau nei dvigubai didesnė. Tokie skirtumai atskleidžia skirtingus šalių sveikatos priežiūros finansavimo modelius, ekonominius ypatumus, politinius sprendimus sveikatos priežiūros finansavimo srityje. Viena vertus, teigiama, kad Lietuvoje lėšų skiriama per mažai, kitu požiūriu JAV sveikatos finansavimui skiriama tokia didelė BVP dalis neužtikrina efektyvaus sveikatos sistemos veikimo mechanizmo. Prancūzijoje šios išlaidos, palyginti su BVP, sudaro vidutiniškai apie 11 proc. ir 2005-2009 m. laikotarpiu mažai kito, nors 2009 m., lyginant su 2008 m. šiek tiek išaugo – 0,5 proc. Tokius Prancūzijos stabilius rodiklius nulėmė tolydus sveikatos priežiūros išlaidų augimo tempas bei nedidelį svyravimą BVP dinamikoje. Stabilūs rodiklius galima vertinti teigiamai, nes nedideli svyravimai rodo kryptingai vykdomą sveikatos priežiūros politiką, kuriai žymios įtakos neturėjo ir

2008 metais prasidėjusi pasaulinė ekonominė krizė. Be to, asmens sveikatos priežiūros išlaidų augimo tempo panašumas su BVP tempu, rodo racionaliai ir ekonominių požiūriu pagrįstai funkcionuojančią finansavimo sistemą šalyje.

Analizuojant šalyse taikomų sveikatos priežiūros finansavimo sistemų principus empiriniu požiūriu, naudingas išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui, dinamikos vertinimas. Šis vertinimas parodo, kiek brangi valstybėje egzistuojanti sveikatos priežiūros sistema. Statistiniai duomenys pateikiami 4 lentelėje:

4 lentelė. Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui, dinamika

Šalis	Lietuva		Prancūzija		Jungtinės Amerikos valstijos	
	Sveikatos išlaidos, tenkančios vienam šalies gyventojui, doleriais					
2005	447	Padidėjimo/ sumažėjimo tempas	3802	Padidėjimo/ sumažėjimo tempas	6259	Padidėjimo/ sumažėjimo tempas
2006	553	23,74	3933	3,45	6612	5,64
2007	723	30,74	4474	13,76	6928	4,78
2008	931	28,77	4966	11	7164	3,41
2009	730	-21,59	4798	-3,38	7410	3,43

Remiantis 4 lentelės duomenimis, galima teigti, kad egzistuoja žymūs skirtumai tarp Lietuvos ir Jungtinių Amerikos valstijų lyginant tokius makroekonominius rodiklius, kaip BVP, ar sveikatos priežiūros išlaidų dalis (procentais), palyginti su BVP, bet ir sveikatos priežiūros paslaugų kaina (vertė), tenkanti vienam šalies gyventojui. 2005-2009 m. laikotarpiu šie skirtumai sudaro nuo 7 iki 14 kartų. Svarbu paanalizuoti priežastis, lemiančias tokius didelius skirtumus. Visų pirma, kaip buvo minėta teorinėje dalyje, JAV medicina laikoma viena brangiausių sveikatos priežiūros sistemų pasaulyje, dėl per ilgą laiką išaugusių paslaugų kainų, kurias dėl nedidelio valstybės reguliavimo, nulėmė sveikatos draudimo įmonių ir sveikatos priežiūros įstaigų santykis. Tam neabejotinai įtakos turėjo ir privataus sveikatos draudimo dominavimas šalyje. Be to, privatiems draudėjams sunku keisti kainas sistemoje, nes kaip dažnai teigiama, JAV medicinoje svarbesni piniginiai sandoriai, o ne gydymo rezultatai, dažniau atsižvelgiama į sveikatos priežiūros įstaigų ir draudikų gaunamą pelną, o ne į pacientams teikiamą naudą sveikatos ir finansiniu atžvilgiais. Lietuvoje šie skaičiai yra žymiai mažesni, dėl sveikatos priežiūros išlaidoms tenkančios mažesnės dalies, palyginti su BVP. Nors tokie duomenys neatskleidžia neigiamų padarinių gyventojams, nes remiantis teiginiais apie JAV, brangesnė medicinai dar neparodo jos efektyvumo.

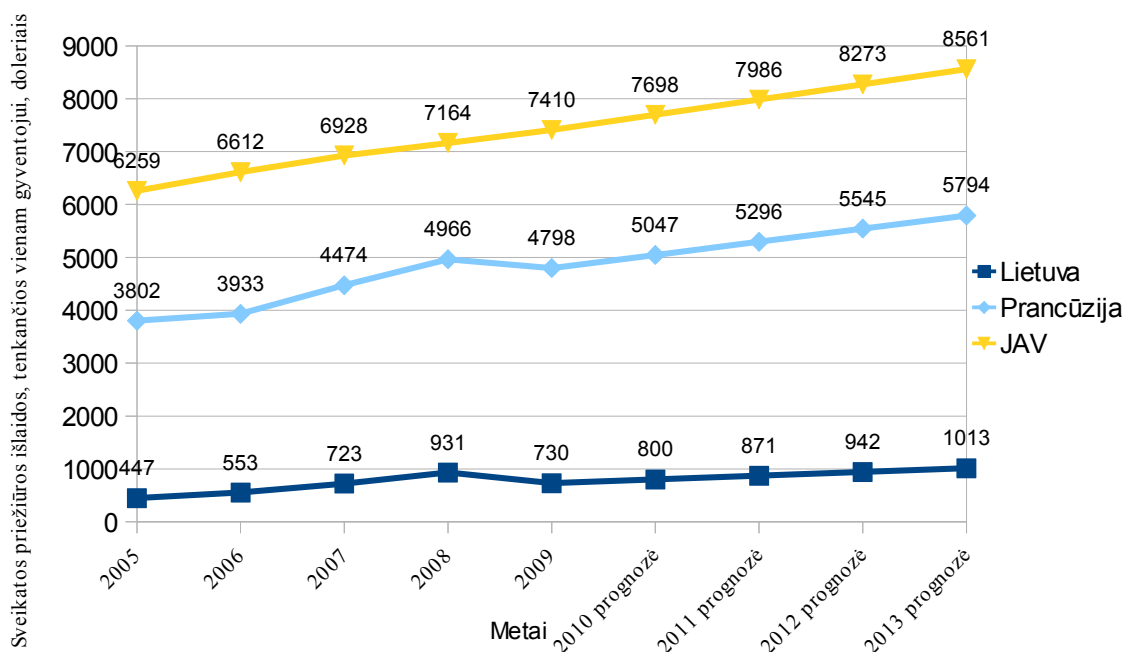
Be to, JAV šis rodiklis visu laikotarpiu tik augo, vadinasi nuolat brango sveikatos priežiūros paslaugos gyventojams. 2009 m., palyginti su 2008 m. rodiklis išaugo 3,43 proc., kai tuo tarpu



Lietuvoje ir Prancūzijoje atitinkamai sumažėjo 21,59 ir 3,38 proc.

Remiantis 4 lentelėje pateiktais Lietuvos ir Prancūzijos rezultatais, išryškėja tendencija, kad 2005-2008 m. laikotarpiu sveikatos priežiūros išlaidos kasmet didėjo, tik Lietuvoje šis augimas vyko spartesniu tempu - kasmet, palyginus su praėjusius laikotarpiu, sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, didėjo vidutiniškai apie 27 proc. Vis dėlto, net ir toks augimas tikriausiai niekada nepasiektų JAV išlaidų lygio dėl skirtingų sveikatos priežiūros finansavimo sąlygų, nulemiančių paslaugų kainas ir pan.

Analizuojant sveikatos priežiūros finansavimo modelius, svarbi ne tik jo struktūra, bet ir finansavimo sistemos ilgalaikės perspektyvos. Todėl šiame darbe pateikiama sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui (doleriais), prognozė 2011-2013 metams. Pateikiama prognozė ir 2010 metams, nes EuroStat ir Statistikos departamento duomenų bazėse 2010 metų rodikliai nėra pateikti. Prognozavimas atliekamas naudojant dinaminių eilučių išlyginimo pagal vidutinį absoliutinį pokytį ir vidutinį kitimo tempą, metodą, laikantis prielaidos, kad ateityje ekonominės aplinkybės nesikeis. Duomenys apskaičiuojami pagal šias formules:  $\hat{y} = y_1 + (t-1)\Delta y$  ir  $\hat{y} = y_1(T_d)^{t-1}$ ,  $T_d = \sqrt[n-1]{y_n/y_1}$ . 20 pav. pateikiama Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, prognozė:



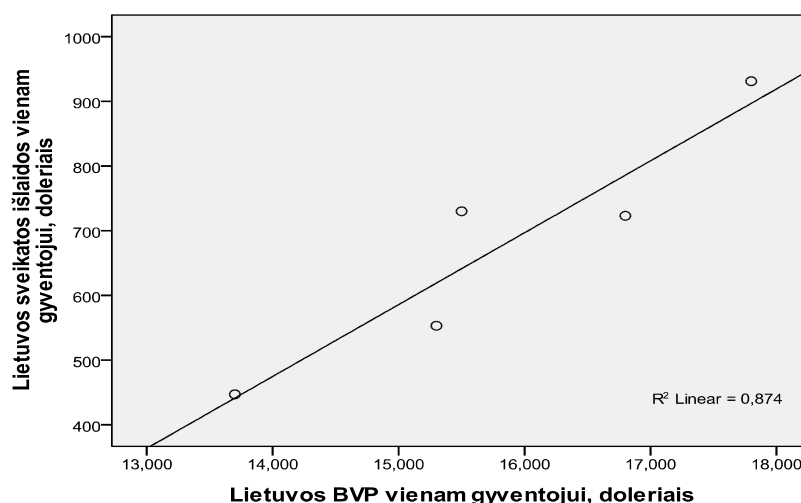
20 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui, doleriai, prognozė

Remiantis prognoze galima teigti, kad 2010-2013 metais sveikatos priežiūros išlaidos,

tenkančios vienam gyventojui, didės visose analizuojamose šalyse, jei labai nepasikeis ekonominės aplinkybės, neprasidės dar viena pasaulinė ekonominė krizė, kuri tuomet galėtų paveikti šio rodiklio dinamiką kita linkme. Lietuvos atveju 2013 m. palyginti su 2009 m. (kai pastebimas rodiklio sumažėjimas) sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui galėtų išaugti 38,77 proc. Tokia perspektyva galima dėl panašaus rodiklio tempo augimo iki ekonominės krizės. Prancūzijoje išlaidos vienam gyventojui 2013 m. galėtų siekti apie 5794 dolerių ir palyginus su 2009 m., kuomet šios išlaidos buvo sumažėjusios, išaugtų apie 20,76 proc., mažesniu tempu nei Lietuvoje. JAV atveju sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui, 2011-2013 m. kasmet augtų vidutiniškai apie 3,7 proc., tačiau vis mažesniu tempu. Vis dėlto, negalima pamiršti, kad rodiklio augimo perspektyvos yra susijusios su kitais makroekonominiais rodikliais, kaip BVP augimas, nes augant ekonomikai, daugiau išlaidų gali būti skiriama sveikatos priežiūros sektoriui, šių paslaugų apmokėjimui, neatmetant kokybės, prieinamumo didinimo, efektyvumo aspektų, kurie gyventojams yra patys aktualiausi.

Įvertinus sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, galimas prognozes, svarbu išanalizuoti šio rodiklio priklausomybę nuo bendrojo vidaus produkto vienam gyventojui. Literatūroje pateikiama „Veronos trikampio“ sąvoka leidžia daryti prielaidą, kad sveikata yra neatsiejama nuo ekonomikos bei socialinės plėtros ir atvirkščiai. Todėl sveikatos priežiūros finansavimas yra jautrus pokyčiams, vykstantiems įvairiose ekonomikos srityse, ypač keičiantis tokiam makroekonominiam rodikliui, kaip bendrasis vidaus produktas (BVP). Priklausomybei įvertinti naudojamas statistikos metodas – koreliacijos, determinacijos bei elastingumo koeficientai, kurie apibūdina dviejų kintamųjų ryšių glaudumą ir atskleidžia, kaip stipriai faktorinis kintamasis (šiuo atveju BVP) lemia sveikatos priežiūros išlaidas. Koreliacijos koeficientas apskaičiuojamas pagal formulę:  $r = (xy - x \cdot y) / \partial x \cdot \partial y$ . Apskaičiavus Lietuvos duomenis buvo gautas koeficientas - 0,935 (žr. priedai), kuris atskleidžia, kad tarp BVP vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui egzistuoja tiesinis ir labai stiprus ryšys. Vadinasi BVP pokyčiai glaudžiai įtakoja sveikatos priežiūros išlaidas. Determinacijos koeficientas ( $r^2$ ) parodo kiek proc. priklausomas kintamasis (rezultatinis) keičiasi dėl nepriklausomojo kintamojo įtakos. Šis koeficientas sutampa su empirinio Pirsono koreliacijos koeficiento kvadratu, ir gautas rezultatas lygus – 0,874. Remiantis elastingumo koeficientu ( $E = x/y$ ), galima teigti, kad faktoriniam rodikliui - BVP vienam gyventojui – pasikeitus 1 proc., priklausomas rodiklis – sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui – pasikeis 23,37 proc.

Gauti rodiklių priklausomybės rezultatai pateikiami sklaidos diagramoje (žr. 21 pav.):



21 pav. BVP vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui tarpusavio priklausomybė (Lietuva)

Pirmiausia gaunama regresijos lygtis, kuri šiuo atveju tokia:  $y=111,112 \cdot x-1080,992$  (Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos gyventojui =  $111,112 \cdot$  Lietuvos BVP gyventojui  $-1080,992$ ). Glaudus duomenų išsidėstymas aplink tiesę dar kartą patvirtina stiprią rodiklių tarpusavio priklausomybę, kurią atskleidžia determinacijos koeficientas (0,874). Koeficientas rodo, kad 87,4 proc. sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, keičiasi dėl BVP vienam gyventojui įtakos. Prancūzijos ir JAV – apskaičiuoti koeficientai leidžia patvirtinti panašią tarpusavio priklausomybę (žr. 5 lentelę):

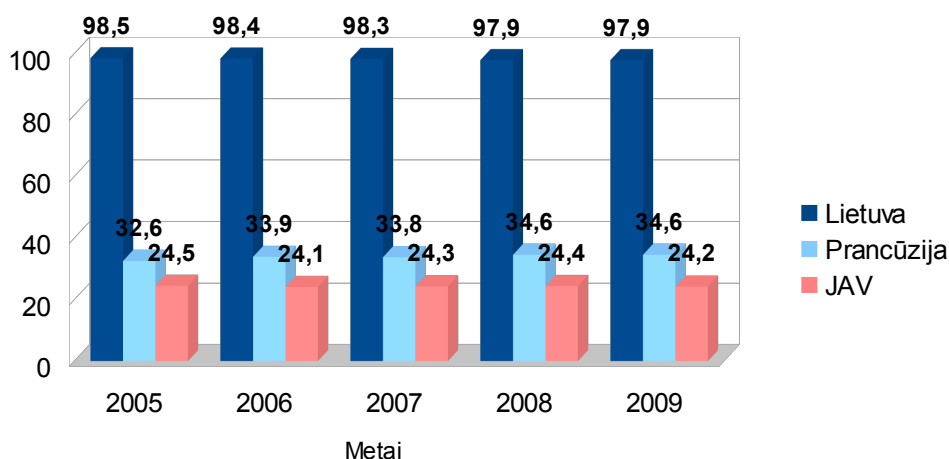
5 lentelė. Prancūzijos ir JAV bendrojo vidaus produkto vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui tarpusavio priklausomybė

Šalis	Koeficientas		
	Koreliacijos	Determinacijos	Elastingumo
Prancūzija	0,93	0,86	7,19
Jungtinės Amerikos valstijos	0,91	0,83	6,53

Vertinant visų trijų šalių duomenis, matyti, kad Lietuvos atveju ryšys tarp BVP ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui, yra stipriausias. Tai gali lemti daugelis veiksnių, bet vienas iš jų gali būti – įstatyminė bazė, kuri reguliuoja sveikatos draudimo įmokų surinkimo sistemą ir sveikatos priežiūros finansavimo principus. Kita vertus, sveikatos priežiūros išlaidų pokyčiai yra „jautrūs“ šalies ekonominės situacijos pasikeitimams gal kiek daugiau nei kitose dvejose analizuojamose šalyse. Koeficientai, apskaičiuoti pagal Prancūzijos bei JAV duomenis, rodo taip pat labai stiprų ryšį. Todėl galima daryti prielaidą, kad ekonominiu požiūriu, BVP dinamika įtakoja sveikatos priežiūros išlaidų

pokyčius. Elastingumo koeficientas atskleidė, kad Prancūzijos atveju BVP, tenkančio vienam gyventojui, pasikeitus 1 proc., sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui, pasikeičia 7,19 proc., o JAV atitinkamai 6,53 proc. Be to, rezultatai parodo, kad Jungtinėse Amerikos valstijose lyginant su kitomis dvejomis valstybėmis, ryšys yra kiek silpnesnis, bet vis tiek labai glaudus ir tiesinis. Vadinasi kaip yra diskutuojama ir pateikiama įvairioje mokslinėje literatūroje, atsiskleidžia ir empiriniu požiūriu, kad neatmetant ir kitų aplinkybių sveikatos priežiūros išlaidų pokyčiai yra susiję su BVP pasikeitimais, tačiau vienoje šalyje, atsižvelgiant į socialinius, demografinius, politinius veiksnius, šis ryšys yra stipresnis, kitose kiek silpnesnis.

Analizuojant sveikatos priežiūros finansavimo modelius, jų ypatumus, reikšmingą vietą užima gyventojų tiesioginių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas dalis, palyginti su privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis. Šias išlaidas šalyse įvairiomis proporcijomis sudaro privatus draudimas, ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas privatiems asmenims, fondai, bendrovės, tiesioginės namų ūkių išlaidos ir kt. Vertinant statistinius duomenis, išryškėja tam tikri šalių ypatumai bei skirtumai, kurie atskleidžiami 22 pav.:



22 pav. Tiesioginių gyventojų mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas dalis, proc. palyginti su privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis

Kaip matyti iš 22 pav. išsiskiria Lietuvos rezultatai, nes šioje šalyje tiesioginiai gyventojų mokėjimai sudaro didžiąją privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalį. 2005-2009 m. ši dalis svyruoja apie 98 proc. ir kasmet keičiasi labai nežymiai. 2008 ir 2009 m. šis rodiklis pasiekė vienodą lygį. Priešinga situacija egzistuoja Prancūzijoje ir Jungtinėse Amerikos valstijose, kur tiesioginiai mokėjimai, palyginti su kitomis privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis sudaro apie 24 proc. Prancūzijoje tiesioginių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas dinamika kasmet taip pat mažai keičiasi, svyruoja apie 33 proc. Taigi tokie skirtingi analizuojamų šalių duomenys dar kartą patvirtina tai, kad šalyse taikomi sveikatos priežiūros modeliai išsiskiria skirtingais finansavimo principais, kurie

nulemia skirtingą sveikatos priežiūros išlaidų teikėjų proporcinį pasiskirstymą.

Kaip atskleidė statistinių duomenų sisteminimas ir analizė, remiantis Statistikos departamento duomenų baze, Lietuvos privačias sveikatos priežiūros išlaidas būtų tikslinga paaiškinti plačiau (žr. 6 lentelę):

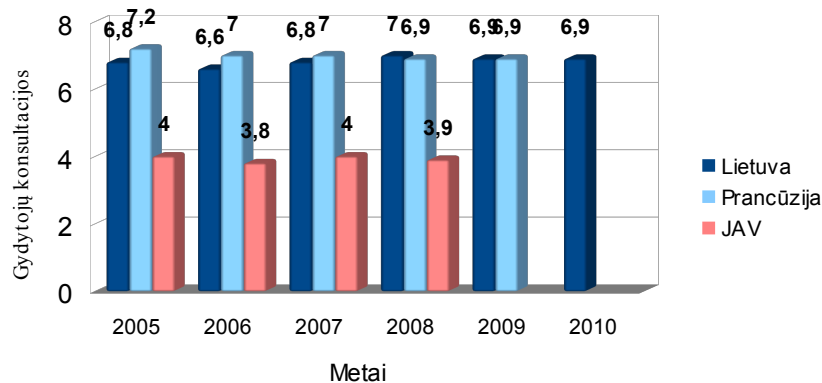
6 lentelė. Lietuvos privačių sveikatos priežiūros išlaidų struktūra 2005-2009 m. laikotarpiu

Metai	Privataus sektoriaus sveikatos priežiūros išlaidos, iš viso, mln. Lt	Privatus draudimas, mln. Lt		Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos, mln. Lt		Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams, mln. Lt		Bendrovės, mln. Lt		Kitos šalys, mln. Lt	
2005	1360,9	15,2	1,17 %	1341,1	98,55 %	0,7	0,05 %	3,9	0,29 %	0,7	0,05 %
2006	1571,8	20,6	1,31 %	1546,1	98,36 %	1	0,06 %	4	0,25 %	0,5	0,03 %
2007	1668,1	24,3	1,46 %	1640,2	98,33 %	1	0,06 %	2,5	0,15 %	0,6	0,04 %
2008	2041,3	37,1	1,82 %	1999,8	97,97 %	1,3	0,06 %	3,1	0,15 %	0,3	0,01 %
2009	1841,8	44,9	2,44 %	1792,8	97,34 %	0,8	0,04 %	3,3	0,18 %	0,5	0,03 %

6 lentelės duomenys patvirtina tendenciją, kad Lietuvoje privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalį daugiausia sudaro tiesioginiai gyventojų mokėjimai. Išskiriami ir kiti išlaidų šaltiniai, kaip privatus draudimas, užimantis antrąją vietą po tiesioginių mokėjimų, ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams, bendrovės ir kitos šalys, kurių dalis yra pati mažiausia. Kaip rodo kitų valstybių statistika bei įvairūs tyrimai, privataus draudimo rinka yra būtent ta sritis, kuri lemia skirtumus vertinant privačių sveikatos priežiūros išlaidų struktūras. Lietuvoje privatus draudimas vidutiniškai sudaro vos 1,64 proc. privačių išlaidų. Nors pastebima neryški augimo perspektyva, nes lyginant 2009 m. duomenis su 2005 m., matomas 1,27 proc. augimas. Didelis skirtumas tarp tiesioginių gyventojų mokėjimų ir privataus draudimo dalies privačiose sveikatos priežiūros išlaidose, atskleidžia mažą privataus draudimo paslaugų paklausą ir poreikį. Lietuvoje gyventojai verčiau moka už kai kurias paslaugas tiesiogiai nei renkasi privatų draudimą, kuris draudimais atvejais padengtų ar iš dalies kompensuotų patirtas išlaidas. Priešinga situacija vyrauja Prancūzijoje ir JAV, nes šiose šalyse tiesioginiai gyventojų mokėjimai svyruoja nuo penktadalio iki kiek daugiau nei trečdaliai, sudarydami galimybes plėsti privataus draudimo rinkai. Tik šiuo atveju išryškėja kita tendencija, kai gyventojai, norėdami išvengti didelių tiesioginių mokėjimų už suteiktas sveikatos priežiūros išlaidas, turi kasmet ar kas mėnesį mokėti nemažas privataus draudimo įmokas, kurios dažniausiai turi tendenciją augti.

Sveikatos priežiūros finansavimo, išlaidų apimtis priklauso nuo susirgimų, t. y. suteiktų medicininių paslaugų skaičiaus. Todėl galima pateikti tokio statistinio rodiklio, kaip gydytojų

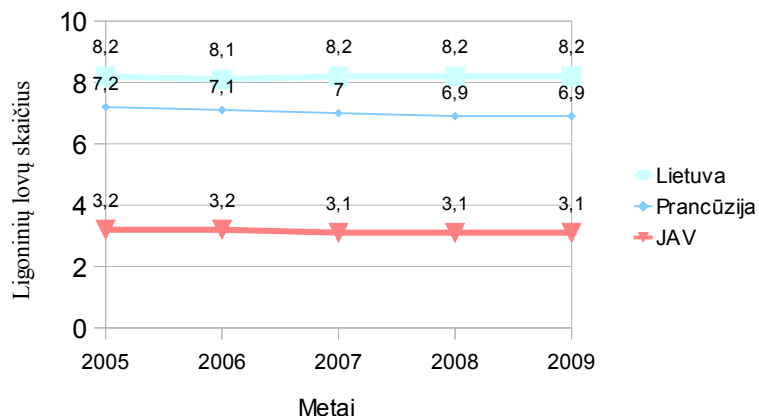
konsultacijų, tenkančių vienam gyventojui per metus, skaičiaus analizę 2005-2010 metų laikotarpiu Lietuvoje, Prancūzijoje ir Jungtinės Amerikos valstijose (žr. 23 pav.):



23 pav. Gydytojų konsultacijų, tenkančių vienam gyventojui per metus, skaičiaus dinamika

Analizuojant 23 pav. pateiktą gydytojų konsultacijų vienam gyventojui per metus dinamiką, išryškėja skirtumai tarp Europos šalių – Lietuvos, Prancūzijos – ir Jungtinių Amerikos valstijų. Lietuvos ir Prancūzijos duomenys yra apytiksliai panašūs – 2005-2009 m. laikotarpiu per metus vienam gyventojui vidutiniškai tenka po 6,9 gydytojų konsultacijų. Tuo tarpu JAV šis statistinis rodiklis yra gerokai mažesnis ir siekia per metus vidutiniškai po 3,9 konsultacijos, tai apytiksliai 57 proc. mažiau nei kitose dvejose valstybėse. Vis dėlto negalima pamiršti fakto, kad būtent JAV sveikatos priežiūros paslaugos yra vienos brangiausių pasaulyje, vertinant sveikatos priežiūros išlaidas, tenkančias vienam gyventojui. Vadinasi nors medicininių paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, per metus suteikiama mažiau, lyginant su Lietuva ir Prancūzija, jų kaina yra žymiai didesnė. Be to, toks mažesnis rodiklio dydis gali būti susijęs ir su apribotu paslaugų prieinamumu, kuomet pacientai neturėdami sveikatos draudimo tiesiog nesikreipia į sveikatos priežiūros specialistus.

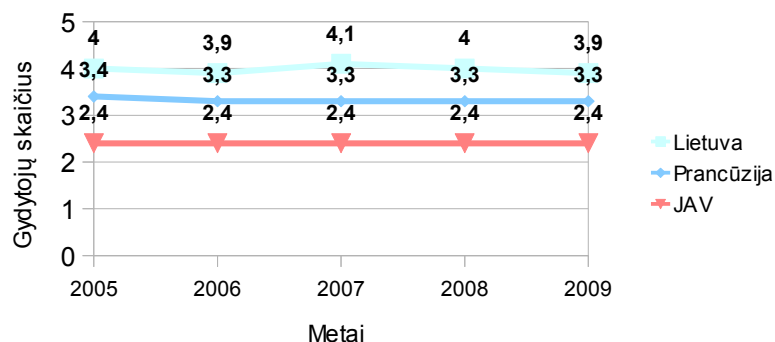
Sveikatos priežiūros finansavimui įtakos turi ir kiti sveikatos sektoriaus rodikliai – ligoninių lovų ir gydytojų skaičius, tenkantis 1000 šalies gyventojų. Finansavimo apimties didėjimas gali būti susijęs su augančiu ligoninių lovų skaičiumi, kas rodo ligoninių veiklos, paslaugų plėtrą. Gydytojų skaičiaus šalyje augimas taip pat gali lemti didesnes sveikatos priežiūros išlaidas dėl augančios šio sektoriaus darbo jėgos bei didesnio darbo užmokesčio. Toliau pateikiama Lietuvos, Prancūzijos bei JAV ligoninių lovų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų, dinamika (žr. 24 pav.):



24 pav. Ligoninių lovų skaičiaus, tenkančio 1000 šalies gyventojų, dinamika

Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro medžiaga, ligoninės lovų skaičius (ligoninės talpumo matavimo vienetas) - tai naudojamų lovų skaičius per kalendorinius metus (lovų vidurkis), kuris apskaičiuojamas pagal formulę –  $(\text{tam tikro profilio lovų skaičius metų pabaigoje} / \text{gyventojų skaičius metų pabaigoje}) * 1000$ . Vertinant susistemintus statistinių duomenų bazių duomenis, pateiktus 24 pav. diagramoje, matyti, kad Lietuva pirmąją, kaip šalis, kurios 1000 gyventojų tenka didesnis ligoninių lovų skaičius, lyginant su Prancūzija ir JAV. Šis rodiklis 2005-2009 m. laikotarpiu išlieka stabilus. Lyginant Lietuvos ir JAV duomenis, pastebima, kad Lietuvos rodikliai net 2,6 karto viršija JAV rodiklį. Vadinasi Lietuvoje, neskaičiuojant ligoninės lovos apyvartumo rodiklio, sveikatos priežiūros sektorius pasižymi geresniu prieinamumu, kuomet 1000 gyventojų tenka daugiau ligoninių lovų.

Dar vienas statistinis rodiklis, kurio pokyčiai yra susiję su sveikatos priežiūros finansavimu – gydytojų skaičius, tenkantis 1000 šalies gyventojų, ir apskaičiuojamas pagal formulę –  $(\text{gydytojų skaičius metų pabaigoje} / \text{gyventojų skaičius metų pabaigoje}) * 1000$ . Pagal patvirtintą apskaitos metodiką statistikoje registruojami visi gydytojai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas. Gydytojų žmogiškųjų išteklių struktūra ir pasiskirstymas šalyje sąlygoja sveikatos priežiūros išlaidas, dažniausia tiesiogine priklausomybe, nes išaugus specialistų poreikiui bei didėjant jų darbo užmokesčiui, tuo pačiu didėja ir išlaidos. Šalyse atsižvelgiant į taikomą finansavimo modelį, jo ypatumus, laikui bėgant susiformuoja tokia sveikatos priežiūros specialistų struktūra, kuri leidžia užtikrinti efektyvų bei savalaikį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams. Gydytojų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų, dinamika 2005-2009 m. pateikiama 25 pav.:

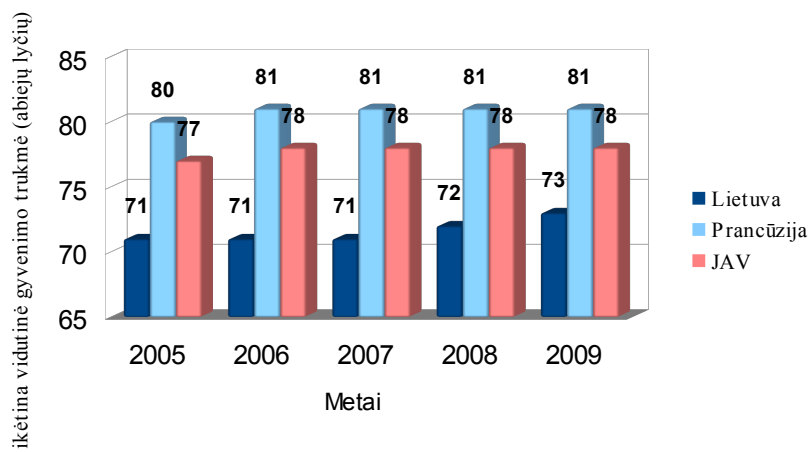


25 pav. Gydytojų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų, dinamika

Remiantis diagramos rezultatais matyti, kad Lietuva, kaip ir prieš tai analizuotų rodiklių atveju, pirmauja gydytojų skaičiumi, tenkančiu 1000 gyventojų, lyginant su Prancūzija ir JAV. Statistinių duomenų analizė parodė, kad Lietuvoje 1000 gyventojų vidutiniškai tenka po 4 gydytojus. Jungtinėse Amerikos valstijose šis skaičius siekia tik 2,4. Vadinasi nepaisant brangių sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų JAV, mažo ligoninių lovų skaičiaus, ši šalis neišsiskiria dideliu gydytojų skaičiumi, lyginant su kitomis Europos sąjungos šalimis.

### 3.3. Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų socialinių, demografinių rodiklių statistinių duomenų analizė

Įvertinus sveikatos priežiūros finansavimo ypatumus ekonominiu aspektu, svarbu atsižvelgti ir į kai kurias socialines sritis. Vienas iš pagrindinių Pasaulio sveikatos organizacijos rodiklių, kurie geriau iliustruoja siekiamus šalių sveikatos priežiūros, jos finansavimo tikslus, yra numatoma vidutinė gyvenimo trukmė. Tai yra ne kas kita kaip metų skaičius, liekantis gyventi asmenims nuo tam tikro amžiaus, jeigu išliktų esamas mirtingumo lygis. Statistinių duomenų dinamika pateikiama 26 pav.:



26 pav. Tikėtina šalių abiejų lyčių vidutinė gyvenimo trukmė, metais



Iš diagramos matyti, kad šis statistinis rodiklis gana nemažu skirtumu svyruoja lyginant analizuojamas šalis. Ilgiausia vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra Prancūzijoje, o mažiausia – Lietuvoje. Pažymėtina, kad šalyse rodiklis 2005-2009 m. laikotarpiu mažai keitėsi, tačiau pastebima, kad tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė turi tendenciją didėti. Tai gali būti susiję ne tik su vis didesniu sveikatos priežiūros finansavimu, bet ir gyvenimo kokybės gerinimo aspektais, į kuriuos, žinoma, įeina sveikatinimo skatinimas, prevencinės programos ir pan. Vis dėlto, tai yra tikimybinis rodiklis, kuriuo naudojamosi lyginant valstybių ir regionų socialinį išsivystymo lygį bei kurį šalys stengiasi pagerinti, vis didesnę dėmesį skirdamos sveikatos priežiūros finansavimo efektyvumui. Be to, negalima pamiršti ir visuomenės sveikatos priežiūros įtakos vidutinės tikėtinai gyvenimo trukmės rodikliui. Viena iš priežasčių, dėl ko rodiklis nedidėja spartesniu tempu – visuomenės informavimo apie sveiką gyvenimą stoka: kaip pavojai sveikatai, slypintys greito maisto restoranuose ar vis mažėjantis, ypač jaunimo, fizinis aktyvumas dėl ilgesnio laiko praleidimo internetiniuose socialiniuose tinkluose ir pan.

Mirtingumas – statistinis rodiklis, parodantis, kokia yra šalies demografinė situacija. Šis rodiklis yra glaudžiai susijęs su tikėtina vidutine gyvenimo trukme. Be to, mirtingumo kitimo tendencijoms įtakos turi ir šalyje taikomas sveikatos priežiūros finansavimo modelis, kurio ypatumai, sveikatos priežiūros sektoriaus sistema neabejotinai prisideda prie žmogaus gyvenimo kokybės kūrimo, mirčių prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir pan.

Remiantis Centrinės žvalgybos valdybos (CŽV) pasaulio faktų knygos duomenimis, 7 lentelėje pateikiama šalių klasifikacija pagal užimamą vietą tarp kitų pasaulio valstybių, vertinant mirtingumo rodiklį:

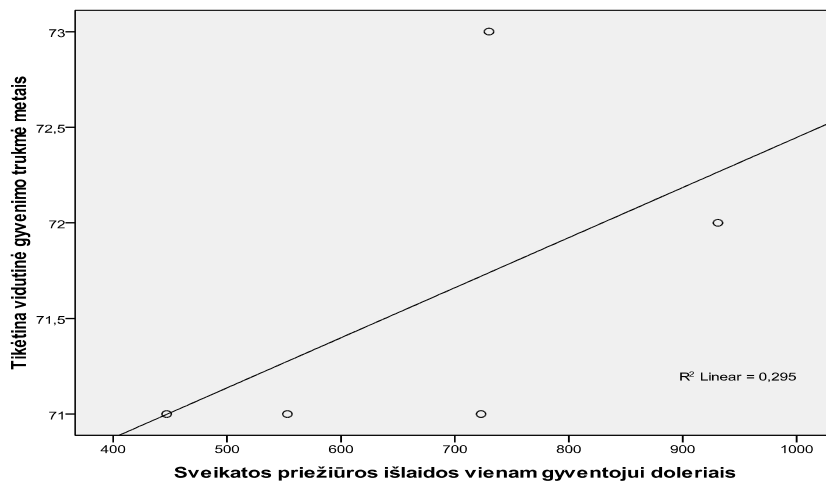
7 lentelė. Šalių mirtingumo rodikliai

Šalis	Mirtingumas, tenkantis 1000 gyventojų (2011 m. liepos mėn. duomenys)	Užimama pozicija tarp kitų pasaulio valstybių
Lietuva	11,83	35
Prancūzija	8,76	80
Junginės Amerikos valstijos	8,38	89

Remiantis 7 lentelės duomenimis, galima teigti, kad tarp analizuojamų šalių, Lietuva pagal mirtingumą, tenkantį 1000 gyventojų, išsiskiria aukštesniais rodikliais. Lyginant su kitomis pasaulio valstybėmis, užimama 35 vieta gali rodyti prastesnę gyvenimo kokybę ar neefektyviai funkcionuojančią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą. Vis dėlto, skirtumai tarp šalių yra susiję ne tik su sveikatos priežiūros finansavimo ypatumais, bet ir su bendru šalies ekonominio išsivystymo lygiu, kultūros, išsilavinimo aspektais, nusikalstamumo rodikliais.

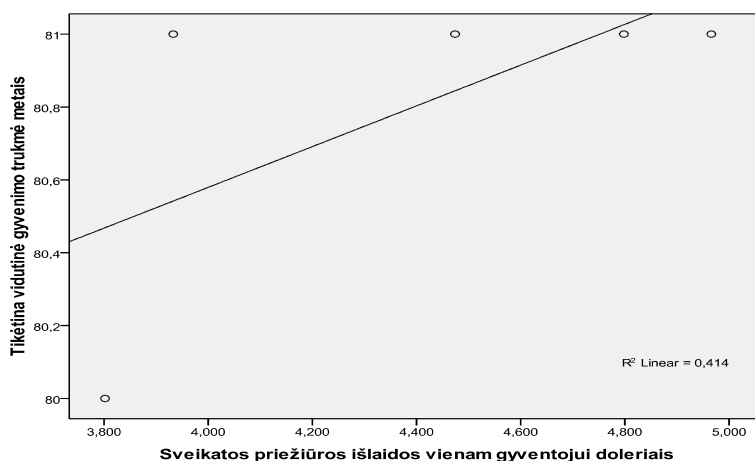
Kaip jau buvo darbe minėta, šalyje taikomas sveikatos priežiūros finansavimo modelis turi tam tikros įtakos kai kuriems socialiniams reiškiniams, tokiems kaip tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė.

Todėl galima apskaičiuoti tarpusavio ryšį – priklausomybę tarp sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam šalies gyventojui ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės. Apskaičiuojamas Pirsono koreliacijos bei determinacijos koeficientai ir Lietuvos, Prancūzijos, JAV rezultatai atvaizduojami sklaidos diagramose (žr. 27,28 ir 29 pav.):

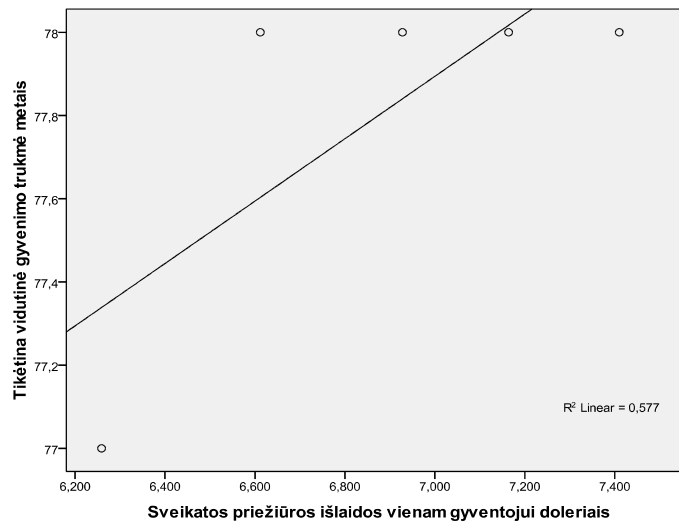


27 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė

Pirsono koreliacijos koeficientas Lietuvos atveju siekia 0,543, kas rodo vidutinio stiprumo tarpusavio ryšį tarp sveikatos priežiūros išlaidų ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės. Determinacijos koeficiento, kuris gautas mažesnis, apskaičiavimas atskleidžia, kad tikėtiną vidutinę gyvenimo trukmę sveikatos priežiūros išlaidos įtakoja 29,5 procentais. (gauta regresijos lygtis:  $y=0,03*x+69,828$ ) Toliau pateikiami Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų duomenys:



28 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros išlaidų ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė



29 pav. JAV sveikatos priežiūros išlaidų ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės tarpusavio priklausomybė

Statistinė analizė parodė, kad remiantis Prancūzijos duomenimis (gauta regresijos lygtis:  $y=0,559*x+78,343$ ) sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui (doleriais), ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės (metais) tarpusavio priklausomybė yra vidutinio stiprumo: gautas koreliacijos koeficientas – 0,644. Determinacijos koeficientas atskleidžia, kad tikėtiną vidutinę gyvenimo trukmę sveikatos priežiūros išlaidos įtakoja 41,4 procentais.

Stiprus tarpusavio priklausomybės ryšys gautas JAV atveju (gauta regresijos lygtis:  $y=0,750*x+72,646$ ), (žr. 29 pav.). Koreliacija siekia 0,76, o apskaičiuotas determinacijos koeficientas rodo, kad priklausomąjį kintamąjį - tikėtiną vidutinę gyvenimo trukmę - faktorinis kintamasis - sveikatos priežiūros išlaidos - įtakoja 57,7 procentais. Taigi remiantis statistine duomenų analize, galima teigti, kad JAV egzistuoja stipriausia tarpusavio priklausomybė, palyginus su Lietuva, kur koreliacija silpniausia, ir Prancūzija.

Vadinasi, nepaisant nežymių skirtumų tarp analizuojamų šalių, racionaliai paskirstomos ir didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos dėl geresnių ekonominių aplinkybių, ne dėl brangstančių paslaugų kainų, įtakoja tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės pokyčius teigiama linkme. Lengvesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė, medicininės įrangos inovacijos užtikrina ankstesnę ligų diagnostavimą, efektyvesnius gydymo metodus, trumpesnį nedarbingumo laikotarpį, lengvesnę reabilitaciją ar ilgesnę kokybišką gyvenimo trukmę dėl efektyvių vaistų vartojimo.

Taigi atlikus Lietuvos, Prancūzijos bei Jungtinių Amerikos valstijų kai kurių makroekonominių (BVP ir BVP vienam gyventojui), sveikatos priežiūros finansavimo (išlaidos, jų teikėjų pasiskirstymas, išlaidos vienam gyventojui, tiesioginiai mokėjimai) bei socialinių, demografinių (tikėtina vidutinė

gyvenimo trukmė, mirtingumas, gydytojų, jų konsultacijų, ligoninių skaičius) rodiklių statistinių duomenų analizę, išryškėja šalyse taikomų skirtingų sveikatos priežiūros finansavimo modelių ypatumai. Pirmiausia šalys išsiskiria ekonomine situacija, kuri kaip atskleidė apskaičiuoti koreliacijos, determinacijos koeficientai, turi tiesioginę ir stiprią įtaką vienam iš svarbiausių sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimo rodiklių – sveikatos priežiūros išlaidoms. Vertinant analizuojamų šalių BVP dinamiką, pastebimas rodiklio sumažėjimas 2009 m., kurį daugiausia įtakojo pasaulinės ekonominės krizės padariniai. Tais pačiais metais išryškėja sveikatos priežiūros išlaidų finansavimo sumažėjimas Lietuvoje, tuo tarpu JAV ir Prancūzijoje šio sektoriaus išlaidos kaip tik išaugo.

Statistinė duomenų analizė parodė, kad daugiausia taikomas teorinėje dalyje aptartas mišrus sveikatos priežiūros finansavimas – kai vyrauja kelių finansavimo sistemų bruožai. Vis dėlto, remiantis sveikatos priežiūros išlaidų teikėjų proporciniu pasiskirstymu, Lietuvoje ir Prancūzijoje dominuoja valstybinės sveikatos priežiūros išlaidos (atitinkamai apie 70 proc. ir 76 proc.), kai tuo tarpu JAV šis rodiklis siekia mažiau nei pusę. Tokia šios šalies padėtis susiklostė per daugelį metų plečiantis privataus draudimo rinkai, iškeliant sveikatos priežiūros paslaugų kainas į naujas aukštumas ir taip apsunkinant prieinamumo principo įgyvendinimą.

Vertinant tiesioginių gyventojų išlaidų dalį ir lyginant su privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, išryškėja tendencija, kad Lietuvoje tiesioginiai mokėjimai sudaro didžiąją dalį ir egzistuojanti finansavimo sistema nėra orientuota į privataus sveikatos draudimo rinkos plėtrą.

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos ypatumus atskleidžia toks rodiklis, kaip sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui. Analizė bei šalių duomenų palyginimas parodė, kad Lietuvoje vienam gyventojui tenka mažiausios sveikatos priežiūros išlaidos, nors ši šalis pirmąją pagal ligoninių ir gydytojų skaičių. Vis dėlto, sveikatos priežiūros išteklių nelemia demografinės situacijos Lietuvoje pranašumo, lyginant su kitomis dvejomis valstybėmis: Lietuvoje aukštesni mirtingumo rodikliai bei trumpesnė vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.

## IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Sveikatos priežiūros sistema – ilgus metus kuriama, tobulinama ir viena svarbiausių sričių, reikalaujančių racionalių sprendimų. Asmens sveikatos priežiūra, įstaigų teikiamos paslaugos, jų kokybė, prieinamumas, savalaikiškumas – kiekvienam šalies gyventojui rūpimi klausimai. Asmens sveikatos priežiūros sistema funkcionuoja valstybinio ir/ar privataus sveikatos draudimo pagrindu. Asmens sveikatos draudimo sistema nulemia sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą, jo būdus, principus, struktūrą.

Atlikus mokslinės literatūros sveikatos priežiūros finansavimo modelių klausimais analizę ir įvertinus Lietuvos, Prancūzijos bei Jungtinių Amerikos valstijų ekonominių, asmens sveikatos priežiūros finansavimo bei kai kuriuos socialinius rodiklius, galima teigti, kad hipotezė pasitvirtino. Analizuotose šalyse taikomi modeliai ne visiškai užtikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, finansinį efektyvumą. Hipotezę išsamiau patvirtina šios išvados:

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas – tai sveikatos priežiūros srityje funkcionuojantys materialiniai bei žmogiškieji ištekliai, kuriuos daugiausia sudaro sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo kaštai: medicinos personalo išlaikymas ir darbo užmokestis, medicinos įrangos eksploatavimas, ligoninių išlaikymas, vaistų ir kitų priemonių apmokėjimas. Toks išteklių skirstymas reikalauja sistemos, kurios racionalus funkcionavimas užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, finansinį efektyvumą pačiam žmogui ir paslaugų teikėjui. Pasirinktos finansavimo sistemos pobūdis, principai, įstatyminė bazė nulemia šalies gyventojų pasitenkinimą šalies sveikatos priežiūros sistema. Gyventojų sveikata, o tuo pačiu ir asmens sveikatos priežiūros finansavimas, glaudžiai siejasi su šalies socialine plėtra bei ekonomika. Mokslinėje literatūroje pateikiami teiginiai, kad asmens sveikatos priežiūros finansavimą galima laikyti viena svarbiausių sričių, kuri glaudžiai siejasi su šalies ekonomika. Palaipsniui keičiantis ekonominėms aplinkybėms, o kartais ir greitesniu tempu, keičiasi ir sveikatos priežiūros finansavimo sistema, jos principai, tikslai: finansavimo apimties mažėjimas/didėjimas, paskirstymo ypatumai, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kriterijai. Taigi remiantis literatūroje išdėstytais teiginiais galima neabejoti asmens sveikatos priežiūros finansavimo reikšme socialiniams, demografiniams reiškiniams ir ekonominiams rodikliams.

2. Asmens sveikatos priežiūros finansavimo pobūdį atskleidžia pasirinktas finansavimo modelis, išsiskiriantis savitais principais, bruožais, teigiamais bei neigiamais ypatumais. Literatūroje pateikiami ir praktiškai taikomi daugiausia Beveridžo, Bismarko, Semaškos ir mišraus finansavimo modeliai. Beveridžo arba nacionalinės sveikatos priežiūros modelis išsiskiria sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo visai visuomenei principu ir remiasi finansavimu iš valstybės biudžeto

mokesčių surinkimo, paskirstymo pagrindu. Įvairūs autoriai kaip vieną didžiausių tokios sistemos privalumų išskiria lygiateisiškumo principą, nes vienodas išmokų dydis garantuoja susitarimą tarp skirtingų visuomenės grupių. Kaip trūkumus galima įvardyti stiprų valstybinį reguliavimą ir valstybės biudžeto apsunkinimą. Kitas modelis – Bismarko – išsiskiria finansavimu iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įnašų arba socialinio draudimo mokesčių, lėšų kaupimu fonduose. Silpnoji tokios sistemos pusė būtų darbo užmokesčio kaštų didėjimas ar administracinio aparato augimas, tačiau sudaromos geresnės sąlygos konkurencijos plėtrai, kas dažniausiai yra susiję su geresne sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Semaškos modelio pagrindinis principas yra visiškas valstybinės valdžios dominavimas sveikatos sektoriuje, didelė ir nuolatinė kontrolė. Tokia asmens sveikatos priežiūros finansavimo sistema buvo paplitusi rytų Europos šalyse, tačiau šiuo metu pasaulyje nėra praktikuojama, randami tik šio modelio „pėdsakai“. Vis dėlto, pažangios valstybės dažniausiai taiko mišraus finansavimo modelį, kuris apjungia kelių modelių principus ir taip sudaromos galimybės pasiekti geresnius rezultatus sveikatos finansavimo srityje. Pažymėtina tai, kad pasaulyje egzistuoja ir toks asmens sveikatos priežiūros finansavimo būdas, kaip tiesioginis paslaugų apmokėjimas. Jį taiko neturtingos, ekonomiškai silpnos šalys, kurios neturi galimybės savo piliečiams pasiūlyti sveikatos priežiūros apsaugos, apmokamos per mokesčių bazę ar draudimo įmokų būdu bei kuriose neišplėtotas ir privačių draudimo kompanijų tinklas.

3. Dėl skirtingų principų taikymo ir prieštaringų nuomonių pasirinktos analizuoti Lietuvos, Prancūzijos bei Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros finansavimo sistemos. Galima teigti, kad visose analizuojamose šalyse taikomas mišraus finansavimo modelis. Lietuvoje egzistuoja finansavimas iš socialinio draudimo įmokų ir valstybinio biudžeto lėšų su stipresniu valstybiniu reguliavimu. Šioje šalyje vyrauja valstybinis sveikatos draudimas, o privataus sveikatos draudimo rinka pamažu keičiantis gyventojų nuostatoms dar tik plečiasi. Vis dėlto, dėl administracinio aparato netobulumo bei gyventojų suinteresuotumo daugiau nei minimaliomis sveikatos draudimo garantijomis trūkumo, pasireiškia biudžeto deficito reiškiny, kuris nulemia sveikatos priežiūros finansavimo efektyvumo trūkumus. Prancūzijoje, kurios asmens sveikatos priežiūros finansavimo sistema minima tarp geriausių pasaulyje, susipina valstybinis ir privatus aprūpinimas, finansavimas. Gyventojai moka socialinio draudimo įmokas nacionaliniu lygiu, papildomo savanoriško draudimo mokesčius bei kai kuriais atvejais padengia tam tikrą išlaidų dalį tiesioginiais mokėjimais. Šioje šalyje kiekvienas, kuris dirba jau tampa socialinės teisės subjektu. Tačiau negalima užmiršti sveikatos priežiūros išlaidų didėjimo grėsmės, nes galimi sprendimai ateityje, siekiant išlaidas sumažinti, gali įtakoti prieinamumą, o tuo pačiu ir finansavimo efektyvumą. Užsienio autoriai literatūroje pažymi, kad šiuo metu Prancūzijos finansavimo sistema išsiskiria didesniu materialinių ir nematerialinių išteklių lygiu bei platesne suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtimi, lyginant su kita vertinama šalimi

– Jungtinėmis Amerikos valstijomis. Jungtinių Amerikos valstijų sveikatos priežiūros sistema išsiskiria brangiausiomis medicininėmis paslaugomis ir dideliu sveikatos draudimu neapdraustų gyventojų skaičiumi. Tokia situacija patvirtina iškeltą hipotezę. Šalyje šiuo metu nėra galimybių užtikrinti visuotinio sveikatos draudimo visiems gyventojams, todėl sistema remiasi daugiausia privataus sveikatos draudimo rinka, kuri palaiapsniui ir įtakojo didėjančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaštus. Kita vertus, negalima JAV sistemą vertinti tik neigiamu aspektu, nes prie sveikatos priežiūros finansavimo sistemos prisideda ir pati visuomenė, kiekvienas gyventojas turi rūpintis savo ir artimųjų sveikata, propaguoti sveiką gyvenseną. Tuomet ir sprendimus dėl finansavimo principų pokyčių lengviau priimti bei įgyvendinti.

4. Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų statistinių duomenų, susijusių su sveikatos sektoriaus finansavimu, analizė leido išsamiau įvertinti teorijoje diskutuojamų šių šalių modelių principus, privalumus bei trūkumus. Analizė patvirtino, kad šalys išsiskiria skirtingais ekonominiais, socialiniais, demografiniais rodikliais, jų tendencijomis. Analizuojamo laikotarpio duomenys leido įvertinti BVP, sveikatos priežiūros išlaidų dinamiką ir palyginti tarpusavyje. Pirmiausia išryškėjo analizuojamų šalių BVP sumažėjimas 2009 m., kurį daugiausia įtakojo pasaulinės ekonominės krizės padariniai. Tais pačiais metais pastebimas sveikatos priežiūros išlaidų finansavimo sumažėjimas Lietuvoje, tuo tarpu JAV ir Prancūzijoje šio sektoriaus išlaidos kaip tik išaugo. Remiantis tokiu rodikliu, kaip sveikatos priežiūros išlaidų teikėjų proporcinium pasiskirstymu, Lietuvoje ir Prancūzijoje dominuoja valstybinės sveikatos priežiūros išlaidos (atitinkamai apie 70 proc. ir 76 proc.), JAV šis rodiklis siekia mažiau 50 proc. Vertinant gyventojų tiesioginių išlaidų dalį ir lyginant su privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, išryškėja tendencija, kad Lietuvoje tiesioginiai mokėjimai sudaro didžiąją privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalį ir dar kartą patvirtina teiginį, kad egzistuojanti finansavimo sistema nėra pakankamai orientuota į privataus sveikatos draudimo rinkos plėtrą, gyventojams trūksta suinteresuotumo daugiau nei minimaliomis sveikatos draudimo garantijomis. Tokia situacija prisideda prie valstybinio sveikatos draudimo fondo biudžeto deficito susidarymo ir augimo bei finansavimo efektyvumo trūkumo. Svarbus rodiklis, parodantis šalies sveikatos priežiūros finansavimo principus – išlaidų santykis su BVP. Analizė atskleidė, kad mažiausia proporcija vyrauja Lietuvoje, o didžiausia JAV, be to, visose analizuojamose šalyse rodiklis kasmet auga. Vertinant kitus sveikatos priežiūros finansavimo ypatumus atskleidžiančius rodiklius, didžiausi skirtumai taip pat išryškėja tarp Lietuvos ir JAV, tačiau tikriausiai kitokių rezultatų būtų sunku tikėtis, nes šalys žymiai skiriasi makroekonominė, demografinė situacija bei kultūriniais aspektais. Tarpiniai rezultatai gauti vertinant Prancūzijos statistinius duomenis, taigi iš dalies šios šalies finansavimo sistemą būtų galima vertinti kaip „sveikiausią“ ar efektyviausią - nors remiasi valstybiniu finansavimu, sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, grėsmingai neauga. Be to, priešingai nei Lietuvoje tiesioginiai

gyventojų mokėjimai, lyginant su bendromis privačiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, sudaro kiek daugiau nei trečdalį, taip sudarant galimybes privataus draudimo plėtrai. Analizuojant sveikatos priežiūros finansavimo rodiklių ateities perspektyvas, išryškėja, kad išlaidos asmens sveikatos priežiūros sektoriui kasmet lėtesniu ar greitesniu tempu augtų, tačiau negalima atmesti ekonominių veiksnių, galinčių įtakoti dinamiką. Tą pagrindžia atlikta susijusių rodiklių tarpusavio priklausomybės analizė, kuri atskleidė, kad šalyse vyrauja stiprus ir tiesioginis ryšys tarp BVP ir sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui bei vidutinio stiprumo ryšys tarp sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės. Taigi dar kartą patvirtinama, kad asmens sveikatos priežiūros finansavimas yra susijęs su ekonominėmis aplinkybėmis, keičiantis makroekonominių rodiklių dinamikai, neišvengiamai keičiasi ir finansavimo apimtis, paskirstymas.

Asmens sveikatos priežiūros sistema, finansavimo mechanizmas – ilgus metus formuojamas reiškiny, priimant svarbius politinius, ekonominius ar socialinius sprendimus. Vis dėlto, ne visada šalims pavyksta sukurti tokį finansavimo modelį, kuris visiškai pateisintų visuomenės lūkesius ir nesukeltų neigiamų ekonominių padarinių. Tai patvirtinta mokslinėje literatūroje pateikti sveikatos priežiūros finansavimo modelių trūkumai ar praktikoje išskylantys sunkumai dėl brangstančių sveikatos priežiūros paslaugų, prieinamumo gyventojams mažėjimo, augančio visuomenės nepasitenkinimo.

Atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių neigiamus aspektus, galima pateikti kelis pasiūlymus, kaip būtų galima patobulinti egzistuojančias sistemas. Pirmiausia šalys, kuriose taikomas daugiausia valstybinis finansavimas, turėtų būti labiau skatinamas privatus sveikatos draudimas, kuris gyventojams suteiktų daugiau nei minimalias sveikatos draudimo garantijas, galbūt taip sumažinant finansinę naštą valstybės biudžetui. Tokiu atveju palaipsniui būtų galimas sveikatos priežiūros išlaidų perskirstymas tarp valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros išlaidų teikėjų.

Šalyse, tokiose kaip Jungtinės Amerikos valstijos, kuriose taikomas privatus sveikatos draudimas su tiesioginių išlaidų apmokėjimu ir egzistuoja didelės neapdraustų gyventojų dalies problema, turėtų būti daugiau dėmesio skiriama sveikatinimo skatinimui, kuris galėtų lemti mažesnes sveikatos priežiūros išlaidas. Be to, būtų galima sukurti darbdavių skatinimo suteikti savo darbuotojams sveikatos draudimą sistemą, nes viena iš pagrindinių neapdraustų gyventojų skaičiaus didėjimo priežasčių yra gyventojų, kuriems sveikatos draudimą apmoka darbdaviai, skaičiaus mažėjimas.

Apskritai siekiant tobulinti egzistuojančius sveikatos priežiūros finansavimo modelius, reikia pradėti nuo prieinamumo didinimo bei draudimo kainų reguliavimo, kad jis būtų įperkamas kuo didesniai šalies gyventojų skaičiui, bei subsidijų sistemos, sudarančios galimybes draudimą suteikti neturtingiesiems, sukūrimo.



## LITERATŪRA

1. **Annex, L.** What is a Health System? The World Bank Strategy for HNP Results, 2007; p. 1-4.  
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/AnnexLHNPSstrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf>
2. **Austin, G. E., Burnett, R. D.** An Innovative Proposal for the Health Care Financing System of the United States // Pediatrics, 2003; Vol. 111, No. 5, p. 1093-1097.  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=113&sid=326226c9-ac68-403d-b69f-7e89c97608ed%40sessionmgr113>
3. **Banerji, A., Ramdeo, V.** Health is Wealth: Can Insurance Provide Safety to this Wealth? // Academy of Health Care Management Journal, 2007; Volume 3, No. 2, p. 95-104.  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m1TOQ/is\\_1-2\\_3/ai\\_n26672580/pg\\_2](http://findarticles.com/p/articles/mi_m1TOQ/is_1-2_3/ai_n26672580/pg_2)
4. **Belien, P.** Healthcare Systems. A New European Model? // Pharmacoeconomics, 2000; 18 Suppl 1, p. 85-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11151314>
5. **Beveridge, W.** Social Insurance and Allied Services: Report, 1942.  
[http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf)
6. **Casto, A., B., Layman, E.** Principles of Healthcare Reimbursement. American Health Information Management Association, 2006; 28 p.  
[http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1\\_030575.pdf](http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_030575.pdf)
7. **Chua, K., P.** Overview of the U. S. Health care System, 2006. p. 1-6.  
[http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee\\_Docs/HealthCareSystemOverview.sflb.ashx](http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/HealthCareSystemOverview.sflb.ashx)
8. **Cichon, M., Normand, C.** Between Beveridge and Bismarck: Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe // World Health Forum, 1994; Vol. 15, P. 323-328.  
[http://whqlibdoc.who.int/whf/1994/vol15-no4/WHF\\_1994\\_15%284%29\\_p323-328.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1994/vol15-no4/WHF_1994_15%284%29_p323-328.pdf)
9. **Čepultė, G., Palubinskienė, S.** Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai // Jaunųjų mokslininkų darbai, 2008; Nr. 1 (17), p. 131-137.  
[http://www.su.lt/filemanager/download/6532/19\\_Cepulyte%20Palubinskaite.pdf](http://www.su.lt/filemanager/download/6532/19_Cepulyte%20Palubinskaite.pdf)
10. **Černiauskas, G.** Privalomojo sveikatos draudimo sistemos pertvarkymas: pristatymas. sena.sam.lt/.../Sveikatos%20mokestis%20pranesimas%20Kaunui.ppt [žiūrėta 2011-11-01]
11. **Europos komisija.** Jūsų socialinės apsaugos teisės Prancūzijoje: vadovas.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_lt.pdf)
12. **Foster, R. S., Clemens, M. K.** Medicare Financial Status, Budget Impact, and Sustainability – Which Concept is Which? // Health Care Financing Review, 2009; Volume 30, No. 3, p. 77-90.

<https://www.cms.gov/HealthCareFinancingReview/downloads/05-06Winpg127.pdf>

13. **Gendvilis, S.** Paslaugų prieinamumo ir kokybės užtikrinimas mažėjant finansavimui: pristatymas, Ligonių kasų antroji metinė konferencija, 2009. [www.vlk.lt/vlk/files/IIkonferencija/IIkonf\\_pran\\_SGendvilis.ppt](http://www.vlk.lt/vlk/files/IIkonferencija/IIkonf_pran_SGendvilis.ppt)
14. **Gerlinger, T., Schmucker, R.** A long Farewell to the Bismark System: Incremental Change in the German Health Insurance System // German Policy Studies, 2009; Vol. 5, No. 1, p. 3-20. <http://www.spaef.com/file.php?id=999>
15. **Green, D., G., Irvine, B.** Health Care in France and Germany: Institute for the Study of Civil Society, 2001; 117 p. <http://www.civitas.org.uk/pdf/cs17.pdf>
16. **Hurd, M. D., Rohwedder, S.** The Level and Risk of Out-of-Pocket Health Care Spending. 11th Annual Joint Conference of the Retirement Research Consortium, 2009; 5 p. <http://www.nber.org/2009rrc/Summaries/5.2%20Hurd,%20Rohwedder.pdf>
17. **Kraune, A.** A General Equilibrium Analysis of the Laffer Argument // Social Choice and Welfare, 2009, 33, p. 601-615. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=14&sid=d748c90e-b2b4-4a51-ad1f-3ee841b84122%40sessionmgr13>
18. **Landreanu, K. J.** Cost Issues Related to American Healthcare Policy // Nursing Forum, 2003; Volume 38, No. 1, p. 17-20. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=10&sid=8ce35af1-8247-46ac-a8da-59f4c3a2fe51%40sessionmgr12;>
19. **Lenert, L.** Transforming Healthcare Trough Patient Empowerment // Information Knowledge Systems Management, 2009; No. 8, p. 159-175. [http://medicine.utah.edu/internalmedicine/patient\\_empowerment/papers/Lenert%20transform%20patient%20empowerment.pdf](http://medicine.utah.edu/internalmedicine/patient_empowerment/papers/Lenert%20transform%20patient%20empowerment.pdf)
20. **Lezgovko, A., Lastauskas, P.** Šiuolaikinė draudimo rinka ES šalyse ir Lietuvoje: analizė ir perspektyvos // Ekonomika, 2008; 82. p. 127-146. [http://www.draudimas.com/allfiles/Siuolaikine\\_draudimo\\_rinka.pdf](http://www.draudimas.com/allfiles/Siuolaikine_draudimo_rinka.pdf)
21. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.** Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys. [http://sena.sam.lt/lt/main/veikla/sveikatos\\_prieziuros](http://sena.sam.lt/lt/main/veikla/sveikatos_prieziuros) [žiūrėta 2011-11-10].
22. **Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=222560](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=222560) [žiūrėta 2011-12-15]
23. **Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.** [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=69452&p\\_query=&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=69452&p_query=&p_tr2=2) [žiūrėta 2011-11-15]
24. **Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos**

- centras.** Lietuvos sveikatos statistika 2010. ISSN 1648-0899. 68 p.  
<http://www.hi.lt/images/Lietuvos%20sveikatos%20statistika2010.pdf>
25. **Lutz, S.** Happy Together: Consumer Expectation for a Public – Private Healthcare System // Journal of Healthcare Management, 2008; 53:3, p. 149-152.  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=10&sid=8ce35af1-8247-46ac-a8da-59f4c3a2fe51%40sessionmgr12;>
  26. **Mondal, S. et. al.** Catastrophic Out-of-pocket Payment for Health Care and its Impact on Households: Experience from West Bengal, India. Future Health System Innovations for Equity, 2010; 21 p.  
[http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication\\_files/mondal\\_et\\_al\\_health.pdf](http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/mondal_et_al_health.pdf)
  27. **O' Keeffe, J. E.** Health care Financing: How Much Reform Is Needed? // Issues in Science and Technology, 1992, Spring, p. 42-49. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170994>
  28. **Povilaitienė, D.** Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavimo įvertinimas ir tobulinimas: magistro darbas: Vadyba ir verslo administravimas. Akademija: Lietuvos žemės ūkio universitetas, 2008. - 76 p. - URL: [http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D\\_20090114\\_155347-75786/DS.005.0.01.ETD](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20090114_155347-75786/DS.005.0.01.ETD);
  29. **Rodwin, V., G.** The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States // American Journal of Public Health, 2003; Vol 93, No. 1, p. 31-36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>
  30. **Saltman, B., Figueras, J.** European Health Care Reform. Analysis and Current Strategies // WHO Regional Publications, European Series, 1997; No. 72.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/136670/e55787.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/136670/e55787.pdf)
  31. **Saltman, B. et. al.** Social Health Insurance Systems in Western European // European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004; 299 p.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98443/E84968.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98443/E84968.pdf)
  32. **Sasnauskas, A.** Valstybinės ligonių kasos veikla užtikrinant sveikatos sistemos finansinį tvarumą: Ligonių kasų antroji metinė konferencija, 2009. <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=77>
  33. **Schabloski, A., K.** Health Care Systems Around The World // Insure the Uninsured Project, 2008, 36 p.  
[http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health\\_Care\\_Systems\\_Around\\_World.pdf](http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health_Care_Systems_Around_World.pdf)
  34. **Searl, M. M. et al.** It is time to talk about people: a human centered healthcare system // Health Research Policy and Systems, 2010; 8:35.  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=10&sid=8ce35af1-8247->

[46ac-a8da-59f4c3a2fe51%40sessionmgr12;](#)

35. **Sidabraitė, S.** Sveikatos draudimo sistema ir jos tobulinimas: magistro darbas: Vadyba ir verslo administravimas. Akademija: Lietuvos žemės ūkio universitetas, 2006, - 100 p. - URL: [http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D\\_20060529\\_075827-14159/DS.005.0.02.ETD;](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060529_075827-14159/DS.005.0.02.ETD;)
36. **Sowel, T.** Applied Economics. Thinking Beyond Stage One. - United States of America: Basic Books, 2009. - 352 p. - ISBN-10: 0465003451.
37. **Thomson, S. et al.** Financing Healthcare in European Union. Chalenges and Policy Responses // World Health Organization, Observatory Study Series, 2009; No. 17, 224 p. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98307/E92469.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf)
38. **World Health Organization.** The Contribution of Regions to Health and Wealth: Technical Respor, 2008; 36 p. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/134399/E91414.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/134399/E91414.pdf)
39. **Zubrickienė, A.** Sveikatos draudimo raidos tyrimas Lietuvoje. Lietuvos žemės ūkio universitetas, 2006. <http://jga.lt/uploads/studijos/sveikatos%20draudimo%20raidos%20tyrimas.pdf>.

**Banaitytė, K.** Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė / Finansų valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. M. Strumskis. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2012. - p.82.

## ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuoti asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliai, jų principai, taikymo šalyse ypatumai, privalumai bei trūkumai, socialinės pasekmės. Pirmoje darbo dalyje vertinama sveikatos draudimo, asmens sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo reikšmė teoriniu aspektu. Analizuojami mokslinėje literatūroje pateikti ir šalyse vyraujantys sveikatos priežiūros finansavimo modeliai - Beveridžo, Bismarko, Semaškos, mišrus. Pateikiama Lietuvoje, Prancūzijoje ir Jungtinėse Amerikos valstijose taikomų sveikatos priežiūros finansavimo sistemų esmė. Antroje dalyje trumpai apibūdinama pasirinkta tyrimo metodologija. Trečioje dalyje, taikant statistinių duomenų sisteminimo metodą, atliekama ekonominių (BVP, BVP vienam gyventojui), sveikatos priežiūros finansavimo (bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos; išlaidos, tenkančios vienam gyventojui), kai kurių demografinių, socialinių rodiklių (tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė, mirtingumas) ir kt. analizė, kuri plačiau atskleidžia teorinėje dalyje vertintus asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių ypatumus. Atliekama susijusių rodiklių tarpusavio priklausomybės stiprumo analizė bei vertinamos ateities tendencijos.

**Pagrindiniai žodžiai:** asmens sveikatos priežiūros sistema, sveikatos priežiūros finansavimo modeliai, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

**Banaitytė, K.** Analysis of Personal Health Care Financing Models / Master's Work in Finance Management. Supervisor assoc. dr. M. Strumskis. - Vilnius: Faculty of Economics and Finance Management, Mykolas Romeris University, 2012. p. 82.

### **ANNOTATION**

Master's work is to analyze the personal health care financing models, principles, features of some countries, advantages and disadvantages, social consequences. The theoretical essence of health insurance, health care system and financing is assessed in the part one. There is analysis of scientific literature of the predominant health care financing models -Beveridge, Bismarck, Semashko, mixed. The theoretical principles of health care financing systems in Lithuania, France and United States of America is assessed. The second part briefly describes the research methodology chosen. In the way of systematic application of statistics some economic (GDP, GDP per capita), health care financing (gross expenditure on health, expenditures per capita), demographic and social indicators (life expectancy, mortality) was analyzed in the third part. This analysis, reveals the more theoretical principles and features of personal health care financing models. The analysis of interdependence of related indicators and future trends is also assessed.

**Key Words:** the system of personal health care, health care financing models, the accessibility of health care services.

**Banaitytė, K.** Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė / Finansų valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. M. Strumskis. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2012. - p.82.

## SANTRAUKA

Finansų valdymo magistro baigiamojo darbo tema „Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė“ svarbi tuo, kad vis dažniau išskylančios ekonominiai sunkumai asmens sveikatos priežiūros finansavimo srityje, vis atviresnės diskusijos apie taikomų finansavimo modelių privalumus ir trūkumus, atskleidžia asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių aktualumą teoriniu bei empiriniu požiūriais. Analizuojama tema leidžia kelti probleminį klausimą - kaip šalyse taikomi asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, prieinamumą, socialinius ir kitus gyvenimo kokybės rodiklius? Problemai nagrinėti ir tyrimo objektui – asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliams – analizuoti darbe formuluojamas tikslas - įvertinti ir palyginti asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelius, jų principus, taikymo šalyse ypatumus. Numatomi uždaviniai, leidžiantys įgyvendinti išsikeltą tikslą - atskleisti asmens sveikatos priežiūros finansavimo reikšmę teoriniu aspektu; įvertinti asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių koncepcijas teoriniu aspektu; atskleisti Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų finansavimo sistemų principus, bruožus, panašumus bei skirtumus; įvertinti Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų asmens sveikatos priežiūros finansavimo statistinių rodiklių ypatumus, dinamiką, tendencijas. Tyrimo hipotezė - tikėtina, kad šalyse taikomi asmens sveikatos priežiūros finansavimo modeliai ne visiškai užtikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, finansinį efektyvumą.

Darbo tikslui įgyvendinti ir hipotezei patikrinti atlikta mokslinės literatūros analizė asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių, jų principų konkrečiose šalyse klausimais bei ekonominių, sveikatos priežiūros finansavimo ir su asmens sveikatos priežiūra susijusių demografinių, socialinių rodiklių statistinė analizė. Teorinėje dalyje, remiantis lietuvių ir užsienio autorių literatūra, vertinama sveikatos draudimo, asmens sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo reikšmė. Analizuojami mokslinėje literatūroje pateikti ir šalyse taikomi sveikatos priežiūros finansavimo modeliai - Beveridžo, Bismarko, Semaškos, mišrus. Empirinėje dalyje, taikant pasirinktą metodologiją, atliekama Lietuvos, Prancūzijos ir Jungtinių Amerikos valstijų statistinių rodiklių analizė, kuri atskleidžia šalių sveikatos priežiūros finansavimo modelių skirtumus, panašumus, privalumus bei trūkumus. Atliekama rodiklių tarpusavio priklausomybės bei ateities tendencijų analizė.

Atlikta literatūros analizė ir gauti statistinių rodiklių tyrimo rezultatai leidžia formuluoti išvadas, kad analizuotose šalyse taikomi modeliai ne visiškai užtikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, finansinį efektyvumą. Priklausomai nuo ekonominių, demografinių, istorinių aplinkybių ar visuomenės nuostatų susiformavusios skirtingos asmens sveikatos priežiūros finansavimo sistemos nulėmė tokius rodiklius, kaip sveikatos priežiūros išlaidos ir jų dalis nuo bendrojo vidaus produkto, vienam gyventojui tenkanti sveikatos priežiūros išlaidų suma ar valstybinių ir privačių išlaidų struktūra ir kt. Didėjančios asmens sveikatos priežiūros išlaidos gali būti vertinamos dvejopai, iš dalies tai reiškia didesnę dėmesį, skiriamą medicinai, iš kitos pusės tai reiškia brangstančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kas nulemia mažesnę tų paslaugų prieinamumą, tuo pačiu, ir efektyvumą.



**Banaitytė, K.** Analysis of Personal Health Care Financing Models / Master's Work in Finance Management. Supervisor assoc. dr. M. Strumskis. - Vilnius: Faculty of Economics and Finance Management, Mykolas Romeris University, 2012. p. 82.

## SUMMARY

Master's Work in Finance Management “ Analysis of Personal Health Care Financing Models” is important because of fact that growing economic difficulties in health care financing, more open debate about the funding models, advantages and disadvantages of personal health care financing systems, disclosure the theoretical and empirical relevance point of view. Analysis reveals the problematic question - how health care financing models affects the effectiveness of health care, accessibility, social and other indicators of quality of life? The problem and object is being investigated by the aim of research - to evaluate and compare individual health care financing models, the principles and characteristics of some countries. Scheduled tasks that allow the implementation of aim set - the disclosure of personal health care financing in the theoretical aspects; the assess of health care financing model concepts in the theoretical aspect, disclosed in Lithuania, France and the United States financial systems, it's principles, characteristics, similarities and differences, an estimate of Lithuania, France and the United States health care financing statistics for characteristics, dynamics, and trends. The hypothesis of study- it is likely that health care financing model is not fully guaranteed by the person access to health care, and financial performance.

In purpose to reach the aim of study and verify the hypothesis the analysis of scientific literature of health care financing models, principles of some countries and economic issues, health care financing and personal health-related demographic and social indicators for statistical analysis is carried out. In the theoretical part, according to Lithuanian and foreign literature, assessed the health insurance, health care systems and financing value. The analysis of scientific literature of applied health care financing models – Beveridge, Bismarck, Semashko, mixed is carried out. The empirical part in the application of the chosen methodology is carried out in Lithuania, France and the United States, the statistical analysis of the indicators that reveal the health care financing model differences, similarities, advantages and disadvantages. Carried out the interdependence of indicators and future trends.

Conducted a literature review and results of statistical parameters in the formulation allows the conclusion that the models used for analysis are not fully guaranteed by the healthcare access, and financial performance. Depending on the economic, demographic, historical circumstances and

societal attitudes formed in different health care financing system was determined by indicators such as health care costs and their share of gross domestic product, health care costs per capita, or the structure of public and private costs and so on. Rising health care costs can be measured in two ways, in part, this means a greater emphasis on medicine, on the other hand, this means rising prices of health care services, resulting in a lower availability of these services, and loss of efficiency at the same time.

# **PRIEDAI**



## 2 PRIEDAS

### BVP (VIENAM GYVENTOJUI) IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ (VIENAM GYVENTOJUI) TARPUSAVIO PRIKLAUSOMYBĖS ANALIZĖS REZULTATAI (SPSS)

#### LIETUVA

##### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Lietuvos BVP vienam gyventojui, doleriais	15,82000	1,561089	5
Lietuvos sveikatos išlaidos vienam gyventojui, doleriais	676,80	185,551	5

##### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,935 <sup>a</sup>	,874	,832	76,090

a. Predictors: (Constant), Lietuvos BVP vienam gyventojui, doleriais

#### PRANCŪZIJA

##### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Prancūzijos sveikatos išlaidos vienam gyventojui doleriais	4,39460	,514729	5
Prancūzijos BVP vienam gyventojui doleriais	31,80000	1,450862	5

##### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,928 <sup>a</sup>	,862	,815	,221160

a. Predictors: (Constant),

Prancūzijos\_BVP\_vienam\_gyventojui\_doleriais

## JUNGTINĒS AMERIKOS VALSTIJOS

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
JAV BVP vienam gyventojui, doleriais	44,86000	2,104281	5
JAV sveikatos išlaidos_vienam gyventojui, doleriais	6,87460	,453095	5

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,913 <sup>a</sup>	,834	,779	,212929

a. Predictors: (Constant), JAV\_BVP\_vienam\_gyventojui\_doleriais

### 3 PRIEDAS

## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ (VIENAM GYVENTOJUI) IR TIKĖTINOS VIDUTONĖS GYVENIMO TRUKMĖS TARPUSAVIO PRIKLAUSOMYBĖS ANALIZĖS REZULTATAI (SPSS)

#### LIETUVA

##### Correlations

		Lietuvos sveikatos išlaidos vienam gyventojui, doleriais	Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė metais
Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui, doleriais	Pearson Correlation	1	,543
	Sig. (2-tailed)		,344
	N	5	5
Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė metais	Pearson Correlation	,543	1
	Sig. (2-tailed)	,344	
	N	5	5

#### PRANCŪZIJA

##### Correlations

		Prancūzijos sveikatos išlaidos vienam gyventojui, doleriais	Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė metais
Prancūzijos sveikatos išlaidos vienam gyventojui, doleriais	Pearson Correlation	1	,644
	Sig. (2-tailed)		,241
	N	5	5
Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė metais	Pearson Correlation	,644	1
	Sig. (2-tailed)	,241	
	N	5	5

**JUNGTINĖS AMERIKOS VALSTIJOS**

**Correlations**

		JAV sveikatos išlaidos vienam gyventojui doleriais	Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė metais JAV
JAV sveikatos išlaidos vienam gyventojui doleriais	Pearson Correlation	1	,760
	Sig. (2-tailed)		,136
	N	5	5
Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė metais	Pearson Correlation	,760	1
	Sig. (2-tailed)	,136	
	N	5	5