

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
TEISĖS FAKULTETO
BIOTEISĖS KATEDRA**

GIEDRĖ SIMONAITYTĖ

**VIEŠOJO IR PRIVATAUS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS SEKTORIŲ LYGINAMASIS
ASPEKTAS LIETUVOJE**

BIOTEISĖS SPECIALIZACIJOS PROGRAMA 62401S116

Magistro baigiamasis darbas

**Darbo vadovas: doc.dr. J. Juškevičius
Konsultantas: prof. A. Narbekovas**

VILNIUS, 2008

TURINYS

TURINYS	1
DARBE NAUDOJAMŲ SANTRUMPŲ SĄRAŠAS.....	4
ĮVADAS.....	5
1. LIETUVOS NACIONALINĖ SVEIKATOS SISTEMA	9
1.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vystymasis	9
1.2. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos bendroji charakteristika	11
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ KLASIFIKAVIMAS.....	18
2.1. Sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas pagal teisinę, nuosavybės formą ir finansavimo šaltinį	18
2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas pagal teikiamų paslaugų rūšis, vietą, laiką, ir priklausymą Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai	21
3. VIEŠOSIOS IR PRIVAČIOSIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS	27
3.1. Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos	27
3.2. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos.....	29
4. VIEŠOJO IR PRIVATAUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIŲ LYGINAMOJI ANALIZĖ	31
4.1. Privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektorių finansavimo galimybės ir skirtumai	32
4.1.1. Finansavimas iš privalomojo sveikatos draudimo	38
4.1.2. Finansavimas savanorišku sveikatos draudimu	43
4.2. Viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių teisinio reglamentavimo skirtumai	47
4.3. Viešosios ir privačiosios sveikatos priežiūros prieinamumas pacientui	50
4.3.1. Sveikatos priežiūros ekonominis prieinamumas.....	51
4.3.2. Sveikatos priežiūros komunikacinis prieinamumas	53
4.3.3. Sveikatos priežiūros organizacinis prieinamumas	54
4.3.4. Vilniaus miesto gyventojų apklausa dėl viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių prieinamumo.....	55
4.4. Privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektorių sąveika	63
IŠVADOS	66
REKOMENDACIJOS	67
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	68

ANOTACIJA.....	72
ANNOTATION.....	73
SANTRAUKA	74
SUMMARY	76
PRIEDAS NR. 1 Visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos kardinuojami specializuoti centrai ir institucijos	78
PRIEDAS NR. 2 Papildomi teisės aktai, reglamentuojantys viešąjį sveikatos priežiūros sektorių..	79
PRIEDAS NR. 3 Pacientų anketa.....	81

DARBE NAUDOJAMŲ SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BPG – Bendrosios praktikos gydytojas

BVP – Bendrasis vidaus produktas

ES – Europos Sąjunga

GMP – Greitoji medicinos pagalba

LAT – Lietuvos Aukščiausiasis Teismas

LGS – Lietuvos gydytojų sąjunga

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

LRKT – Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas

LVAT – Lietuvos Vyriausias Administracinis Teismas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

PSPC – Pirminės sveikatos priežiūros centras

PSP – Pirminė sveikatos priežiūra

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VLK – Valstybinė ligonių kasa

IVADAS

Baigiamojo darbo problema. Šiandieninė sveikatos priežiūros sistema veikia ne be priekaištų, sistemos ydas galima analizuoti per jos veikimo mechanizmą. Šiuo darbu siekiama atsakyti į klausimą, kaip turi būti užtikrinama Lietuvos Respublikos viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų veikla bei sąveika, kad Lietuvos sveikatos priežiūros ir apsaugos sistema veiktų koordinuotai, o šių įstaigų klientai patirtų realią naudą, o ne teisės aktuose deklaruojamą fikciją. Darbe analizuojamos sveikatos priežiūros įstaigų teisinio reglamentavimo subtilybės ir skirtumai, jų lygiavertės/nelygiavertės galimybės plėtoti vykdomą veiklą bei bendra Lietuvos sveikatos sistemos problematika.

Baigiamojo darbo aktualumas. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 str. 1 d. įtvirtinta nuostata, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata. Tiek iš LR Konstitucijos 5 straipsnio, tiek iš LR Konstitucinio Teismo suformuluotos jurisprudencijos, matyti, kad valdžios įstaigos turi tarnauti žmonėms, o tai siejant su valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, iškyla tiek visos valstybės, tiek jos žinioje esančių valdžios įstaigų atsakomybė Lietuvos gyventojams dėl jų sveikatos užtikrinimo. Tam, kad minėtos nuostatos neliktų vien deklaratyvios, valstybė privalo sukurti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą, kuri tarnautų žmonėms ir būtų jiems naudinga. Jei sistema sukuriama su vidiniais prieštaravimais, yra griauamas žmonių pasitikėjimas valstybės valdžia, įstatymais ir teise. Tuomet kyla klausimas, ar dabartinis sveikatos priežiūros sektoriaus teisinis reglamentavimas neprieštarauja LR Konstitucijai.

Temos mokslinis naujumas. Nors nagrinėjama tema yra itin reikšminga demokratinėje visuomenėje, teisinėje valstybėje, o ir apskritai, paliečianti kiekvieną LR gyventoją, tačiau Lietuvos teisės moksle ji nebuvo išsamiau nagrinėta. Pažymėtina tai, kad Lietuvos teismų praktika šia tema nėra susiformavusi, o teisės doktrina gana skurdi. Teisinis reglamentavimas, liečiantis šią temą, yra dviprasmiškas, visu LR nepriklausomybės laikotarpiu sukeltis daugybę diskusijų ir nepasitenkinimo. Tačiau, nepaisant to, tvirtų žingsnių šia tematika nėra žengta.

Teorinė ir praktinė baigiamojo darbo reikšmė. Šiuo darbu turėtų būti paskatinama aktyvesnė šios probleminės temos analizė ir diskusija. Nagrinėjant viešąjį ir privatų sveikatos priežiūros sektorių, veiklos skirtumus, jų glaudų ryšį, pateikti šių sektorių sąveikos analizę, taip pat pateikti pasiūlymus nacionalinių įstatymų tobulinimui ir teismų praktikos vystymui.

Baigiamajame darbe analizuojami klausimai, susiję su nelygiaverte šių dviejų sektorių teisine padėtimi. Darbe apibrėžiama, kaip yra formuojama Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema,

kaip teisinis reglamentavimas paveikia tiek viešųjų, tiek privačiųjų sveikatos įstaigų veiklą. Darbe aptariamos šių įstaigų ypatybės, jų padėtis istoriniame kontekste, finansavimo problematika, asmenų, dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose ir besinaudojančių jų teikiamomis paslaugomis, padėtis.

Darbo tikslas. Šio darbo tikslas yra išanalizuoti, kaip pagal LR teisės aktus Lietuvos sveikatos sistemoje yra įtvirtinti viešasis ir privatusis medicinos sektoriai, juos palyginti darbo uždaviniuose numatytais aspektais bei įvertinti galimą jų tolimesnę vystimąsi ateities perspektyvoje.

Baigiamojo darbo uždaviniai.

1. Sistemiskai išanalizuoti viešosios ir privačios sveikatos priežiūros įstaigų reglamentavimą Lietuvos teisės aktuose.
2. Palyginti viešosios ir privačiosios sveikatos priežiūros finansavimą.
3. Palyginti viešosios ir privačiosios sveikatos priežiūros prieinamumą pacientui.
4. Atlikti Vilniaus miesto gyventojų apklausą dėl viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių prieinamumo.
5. Pateikti siūlymus, galimus problemų sprendimo variantus.
6. Įvertinti viešo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių sąveiką.

Darbo objektas. Tyrimas yra nukreiptas į LR egzistuojančių viešosios ir privačiosios medicinos sektorių veiklos skirtumus bei jų sąveiką.

Tyrimo dalykas. Baigiamajame darbe tiriami tokie viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros sektorių aspektai: sveikatos priežiūros sektoriai patys savaime, šių įstaigų institucinis išsidėstymas, teisinis reglamentavimas, finansavimas, konkurencingumas, prieinamumas pacientui.

Baigiamajame darbe vartojamos sąvokos:

Dekoncentracija (administravimo decentralizacija, nesusijusi su politine valdžia) – sprendimų priėmimo funkcijos perdavimas žemesniam administraciniam lygiui. Tokia decentralizacija 1997 metais įvykdyta Lietuvoje. 1990 metais šio tipo dekoncentracija Lenkijoje atėmė visą įtaką iš SAM teikiant sveikatos paslaugas.

Deconcentration – *decision-making function's transference to lower administration level.*

Įstatymas – įstatymų leidžiamosios valdžios priimtas teisės norminis aktas, skirtas neapibrėžtai subjektų grupei ir yra daugkartinio naudojimo.

Law – *Legislature's accepted standard law rule, which is intended to indeterminate subject group and for multiplex use.*

Koncepcija – pažiūrų į kai kuriuos nors reikalavimus visuma; daikto, reiškinių, proceso samprata; apgalvotas veikimo planas; kūrinio, veiklos sumanymas; mintinis projektas, planas.

Conception – *the whole of creed to some demand, concept of a thing, phenomenon, process; considered enterprise of action; project of creation and activity; mental project, plan.*

Licencijavimas – nustatymas, kad įstaigos veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas.

Under license – *order, that activity of office is under the regulation of deed of law, acceptance of office right to afford services and license issue.*

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar sergantis.

Patient – *individual, who uses services of health care institutions, no matter he is sick or healthy.*

Programa – logiškas ir nuoseklus priemonių, skirtų kokiai nors veiklai įgyvendinti, planas ir finansinis, socialinis šių priemonių ir jų pasekmių įvertinimas.

Program – *logical and consequent plan of measures, which are designed to implement any activity, and financial, social valuation of these measures and their consequences.*

Sveikata – tai visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių trūkumų nebuvimas.

Health – *universal physical, moral and social wellness of individual and society, not only absence of diseases and physical defects.*

Sveikatinimo veikla – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiam subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Recuperative activity – *health care of individual and society, pharmaceutical and other activity, which type and requirements for it's governing subjects are set by Health care office.*

Sveikatos politika – tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių, ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti.

Health policy – toning work plan of all society political, social and economical sectors, committed to develop and consolidate the health of citizens, to inject effective, well-timed medical care.

Viešoji sveikatos priežiūros įstaiga – įstaiga, teikianti sveikatos priežiūros paslaugas bei pagal nuosavybės formą priskiriama valstybinėms įstaigoms, finansuojama iš visuomeninių fondų ar valstybės biudžetu.

Public health care institution – institution, which supply health care services, is classed to public institution by property form, is sponsored from public funds or government budget.

Privati sveikatos priežiūros įstaiga – įstaiga, teikianti sveikatos priežiūros paslaugas, pagal nuosavybės formą priskiriama privatiems asmenims, pagrinde finansuojama iš privačių lėšų.

Private health care institution – institution, which supply health care services, is classed to private persons by property form, is sponsored from private resources.

Baigiamajame darbe iškeliami šie hipotezės:

Lietuvos sveikatos sistemoje sukurta konkurencinga sveikatos paslaugų rinka, kurioje privatus sveikatos priežiūros įstaigų sektorius nebūtų diskriminuojamas viešojo sveikatos įstaigų sektoriaus atžvilgiu, būtų orientuota į pacientų poreikius ir leistų pacientui pasirinkti gydymo įstaigą, o šioje sistemoje įvestas papildomas sveikatos draudimas leistų įgyvendinti principą – „pinigai seka paskui pacientą“.

Tyrimo metodai ir procedūros. Remiantis Lietuvos ir užsienio valstybių teisės aktais bei analizuojant, vertinant teisinę literatūrą, darbe siekiama atskleisti pasirinktą temą, naudojant teleologinį, lyginamąjį, istorinį, loginį bei apklausos metodus. Teleologinis metodas leidžia daryti išvadas dėl tam tikrų teisės normų turinio ir jų taikymo, atsižvelgiant į jų tikslus. Lyginamasis metodas naudojamas analizuojant teisinio reguliavimo ypatumus, ypač viešų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų Lietuvoje. Istorinis metodas naudojamas aptariant Lietuvos sveikatos sistemos raidą bei sveikatos priežiūros įstaigų evoliuciją nulėmusias priežastis. Loginis metodas padeda atskleisti tiriamojo darbo tikslus, aiškinti teisės normų turinį, pateikti išvadas ir apibendrinimus. Apklausos metodas leidžia palyginti viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą pacientui bei nustatyti jų pasirinkimo priežastis.

1. LIETUVOS NACIONALINĖ SVEIKATOS SISTEMA

1.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vystymasis

Jau kuriant atskirą, nepriklausomą Lietuvos Respubliką, buvo suvokta, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Priėmus svarbiausią valstybės teisės aktą – LR Konstituciją, joje įtvirtinta nuostata, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata¹. Teisė į sveikatos apsaugą yra racionalus Vilniaus miesto viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą pacientui tarptautinių teisės aktų rezultatas. Pirmasis universalus tarptautinės teisės aktas, įtvirtinęs socialines žmogaus teises, buvo 1966 m. Jungtinių Tautų priimtas Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas, kuriame numatyta teisė turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą². Tokia teisė į sveikatos apsaugą numatyta ir 1996 metų Europos socialinėje chartijoje³. Pirmasis specializuotas dokumentas, kuriame pakankamai išsamiai nagrinėjama sveikatos politika – PSO 1986 m. priimta Otavos chartija⁴. Priėmus LR Konstituciją, teisė į socialinę apsaugą buvo kuriama priimant specialus teisės aktus bei plėtojama LR Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje⁵. Minėtina, kad Lietuvos Konstitucijoje teisė į sveikatos apsaugą yra ginama ne tik kaip individuali žmogaus socialinė teisė į sveikatos apsaugą, bet ir kaip kolektyvinė teisė, t. y. viešasis interesas. Sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė. Geresnė visuomenės sveikata yra Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida. Konstitucija yra grindžiama universaliomis, nekvestionuojamomis vertybėmis, *inter alia* pagarba teisei ir teisės viešpatavimu, valdžios galių ribojimu, valdžios įstaigų priederme tarnauti žmonėms ir atsakomybe visuomenei, teisingumu, atviros, teisingos, darnios pilietinės visuomenės ir teisinės valstybės siekiu, žmogaus teisių ir laisvių pripažinimu ir jų gerbimu⁶. Taigi, LR Konstitucijos 53 straipsnyje yra įtvirtinta valstybės priedermė rūpintis žmonių sveikata, kuri turi būti vertinama teisinės valstybės kontekste. Valstybės ir valdžios įstaigų pareiga tarnauti žmonėms reikalauja sukurti Lietuvos sveikatos priežiūros ir apsaugos sistemą, kuri tarnautų žmonėms.

¹ LR Konstitucija // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014

² Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas // Valstybės žinios, 2002, Nr. 77-3290

³ Europos socialinė chartija // Valstybės žinios, 2001, Nr. 49-1704

⁴ Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007

⁵ Iki 2006 m. vidurio Konstitucinis Teismas bent 10 bylų nagrinėjo įvairius asmens konstitucinės teisės į socialinę apsaugą aspektus (teisė į sveikatos apsaugą vertintina kaip viena iš socialinių teisių), kaip antai: profesinių ligų socialinio draudimo išmokos, vidaus reikalų, Specialiųjų tyrimų tarnybos, valstybės saugumo, krašto apsaugos, prokuratūros, Kalėjimų departamento, jam pavaldžių įstaigų bei valstybės įmonių pareigūnų ir karių valstybinės pensijos, atlyginimo dėl darbe patirto sveikatos sužalojimo, dėl Sveikatos sistemos 39 straipsnio atitikimo LR Konstitucijai ir kt.

⁶ LRKT 2004 m. gegužės 25 d. Nutarimas, Valstybės žinios: 2004-05-26 Nr.85-3094

Sveikatos apsauga pagrįstai laikoma viešu interesu, nes susijusi su žmonių pažeidžiamumu. Sveikatos priežiūros sektorius turi veikti taip, kad maksimali nauda tektų paprastam žmogui, o ne biurokratiniam aparatui. Žinoma, Lietuvos sveikatos sistema yra glaudžiai susijusi ir su sveikatos politika. Galima pasakyti, kad sveikatos sistema yra vienas iš sveikatos politikos rezultatų. Sveikatos politiką galima įvardinti kaip suderintus valstybės, apskričių, savivaldybių bei aktyvių žmonių veiksmus, be to, nereikia pamiršti tarpvalstybinio sveikatos politikos vaidmens. Sveikatos politikų vaidmuo, ypač Lietuvoje, išryškėjo apie 1990 m., pereinamuju į rinkos ekonomiką laikotarpiu. Europoje, taip pat ir Lietuvoje, sveikatos politikai sprendė uždavinį, kaip laikant sveikatą didžiausia socialine vertybe, kontroliuoti sveikatos paslaugų kainų didėjimą, neblogėjant paslaugų prieinamumui. Sveikatos politika pradėjo kurti sveikatos sistemą. Pradėta kurti sveikatos sistema ir po jos pradėta sveikatos reforma Lietuvoje buvo ir yra siekiama pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą ir sveikatos paslaugų kokybę: visų pirma, vykdyti aktyvią sveikatos politiką, antra, pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą restruktūrizuojant joje teikiamas paslaugas ir sveikatos priežiūros įstaigas.

Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai 1989 m. VI Lietuvos gydytojų sąjungos atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Buvo mėginta planuoti nacionalinę sveikatos priežiūrą Pasaulinės sveikatos organizacijos „Sveikata visiems“ politikos pagrindu. Lemiamą vaidmenį vaidino bendradarbiavimas su PSO. Tačiau, mūsų šalies sveikatos politikos specialistai, tik atgavus nepriklausomybę, neturėjo galimybės tinkamai studijuoti kitų šalių patirties. Buvo sunku priimti sprendimus dėl sveikatos reformos politikos ir strategijos. Po išsamių diskusijų VII Lietuvos gydytojų sąjungos suvažiavimas priėmė Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją⁷, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba bei Atkuriamasis Seimas ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį. 1993 m. įvykusi Nacionalinė sveikatos politikos konferencija, kurios metu buvo toliau kuriami Lietuvos sveikatos programos pradmenys, buvo itin svarbi. 1993 – 1994 m. vyko daugybė viešų diskusijų dėl privataus ir visuomeninio sveikatos priežiūros institucijų valdymo bei finansavimo per valstybinius arba privačius sveikatos draudimo fondus. Tačiau sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas buvo sumažėjęs ir jokių pakeitimų neįvyko. 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas buvo reikšmingas kuriant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus. Vyko sveikatos priežiūros paslaugų dekoncentravimas. 1995-1997 m. buvo parengta ir patvirtinta visa eilė teisinių dokumentų, siekiant sukurti teisinius sveikatos sistemos pagrindus. Buvo siekta suregulamentuoti sveikatinimo veiklos turinį, teisę verstis sveikatos priežiūros veikla, sveikatos priežiūros veiklos valstybinio valdymo pagrindus, valstybės laiduojamą, nemokamą

⁷ LR Aukščiausios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 // Valstybės žinios, 1991, Nr.33-893

sveikatos priežiūrą, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimą, finansavimą už suteiktas sveikatos paslaugas.

1.2. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos bendroji charakteristika

Šiuo metu Sveikatos sistemos įstatymas yra pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema⁸. Šis apibrėžimas yra pakankamai lakoniškas ir reikalaujantis jį plačiau aprašyti. LNSS yra sudaryta, nes yra reikalingas bendras sveikatos reikalų tvarkymas LR, socialinis teisumas, visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros integravimas į bendrą sistemą, Lietuvos sveikatos programos⁹ užtikrinimas, visuomenės dalyvavimas formuojant sveikatos politiką užtikrinimas. Diskutuotinas LNSS sudarymo pagrindas, nes sveikatos reikalai apima tiek viešąjį, tiek privatų sveikatos paslaugų teikimą. Kyla klausimas, ar bendras reikalų tvarkymas apima abu šiuos sektorius, ar tik išskiria kurį nors vieną, taip bendrus reikalus paversdama vieno sektoriaus interesų tenkinimu? Be to, visuomenės dalyvavimas yra tik deklaruojamas, nes tokia iniciatyva yra absoliučiai neregamentuota.

Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą sudaro:

1. LNSS vykdomieji subjektai; 2. Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai; 3. LNSS ištekliai; 4. LNSS veikla ir teikiamos paslaugos.

1 lentelė. LNSS sudarantys vykdomieji subjektai (šaltinis: LR Sveikatos sistemos įstatymas)

LNSS vykdomieji subjektai:		
1) valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos;	2) valstybės ir savivaldybių įmonės;	3) kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu.

LNSS vykdomieji subjektai (1 lentelė) – tai sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios aukščiau lentelėje išvardintos įmonės ir įstaigos. Įmonės, įstaigos gali teikti sveikatos priežiūros paslaugas tik gavusios licenciją ir įregistruotos Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre. Licencijas išduoda, atsisako jas išduoti, licencijų galiojimą sustabdo, atnaujina ir panaikina Valstybinė akreditavimo tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau

⁸ LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2 straipsnis, 4 punktas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

⁹ Plačiau: 1996m. Spalio 28 d. Lietuvos sveikatos programa, Nr. 2668

– Akreditavimo tarnyba). Licencijų išdavimo tvarką ir reikalavimus licencijai gauti nustato Vyriausybės ar jos įgaliotos institucijos patvirtintos Sveikatos priežiūros licencijavimo taisyklės¹⁰.

Įgyvendinant sveikatos politiką visada susiduriama su veiklos reguliavimu, kurį vykdo atsakingos institucijos:

1. Valstybinio valdymo subjektai (Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, apskričių viršininkai); 2. Koordinavimo institucijos; 3. Specialieji valdymo ir kontrolės subjektai; 4. Vykdomosios institucijos.

2 lentelė. Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai (šaltinis: LR Sveikatos sistemos įstatymas)

Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai:
1) Valstybinio valdymo subjektai (Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, apskričių viršininkai);
2) Koordinavimo institucijos;
3) Specialieji valdymo ir kontrolės subjektai;
4) Vykdomosios institucijos

Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai pagal kompetenciją LR sveikatos sistemos įstatymo ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka prižiūri kitų sveikatinimo veiklos vykdomųjų subjektų, nepriklausančių LNSS, sveikatinimo veiklą (plačiau apie kiekvieno iš šių subjektų kompetenciją ir veiklą yra nurodoma LR sveikatos sistemos įstatyme).

Dabartinėje Lietuvos sveikatos sistemoje yra taikomi šie sveikatos priežiūros ir sveikatinimo veiklos santykių reguliavimo principai¹¹:

1. Visapusė asmens ir visuomenės sveikatos sauga;
2. Asmens, visuomenės sveikatos bei valstybės interesų derinimas;
3. Asmens teisių turėti kuo geresnę sveikatą lygybė, nesvarbu, kokios jis būtų lyties, rasės, tautybės, pilietybės, socialinės padėties ir profesijos;
4. Asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas;
5. Asmens sveikatos priežiūros priimtumas, prieinamumas ir tinkamumas;
6. Asmenų laisvė vienytis į visuomenines organizacijas, ginančias asmens ir visuomenės sveikatos interesus, ir valstybės parama šių organizacijų veiklos programoms;
7. Visuomenės informavimas visapusiškai teisingai ir laiku apie kuo geresnės sveikatos ugdymo sąlygas bei šių sąlygų reklama;

¹⁰ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-156 // Valstybės žinios, 2007, Nr. 31-1148

Taip pat LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-369 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 54-2006

¹¹ LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

8. Visuomeninių organizacijų dalyvavimas valdant sveikatinimo veiklą ir tiesiogiai, ir per išrinktus savo atstovus;

9. Valstybės parama asmenims saugant, atgaunant ir stiprinant jų sveikatą;

10. Valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros nustatymas;

11. Visų sveikatinimo veiklos subjektų vykdoma visapusė pavojaus ir žalos asmens ir visuomenės sveikatai prevencija;

12. Valstybės skatinamos sveikatai naudingos ūkinė veikla ir iniciatyva.

Atkreiptinas dėmesys į 4, 10 ir 12 principus. Ar jie yra tarpusavyje suderinami? Ar tikrai yra reali asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas? Kai kalbama apie šiuos principus, kalbama tik apie valstybines gydymo įstaigas. Į privačias sveikatos priežiūros įstaigas yra nekreipiama dėmesio. Deklaruojamos vienos tiesos, bet realiai neįtvirtinant jų įgyvendinimo mechanizmo. Kyla dar vienas klausimas, ar privati ūkinė veikla ir iniciatyva Lietuvoje nėra naudinga sveikatai? Manytina, kad tokia veikla yra naudinga sveikatai, bet kodėl tuomet ji nėra remiama valstybės. Įžvelgtinas tam tikras prieštaravimas tarp minėtųjų principų.

Toliau pateiktina LNSS išteklių lentelė, kuri yra svarbi nagrinėjamoje temoje, nes parodo, kad vienu iš LNSS pagrindinių išteklių yra privalomojo sveikatos draudimo lėšos.

3 lentelė. LNSS ištekliai (šaltinis: LR Sveikatos sistemos įstatymas)

LNSS ištekliai:			
1) LNSS valdymui laiduoti skirti materialiniai ištekliai;	2) LNSS vykdomųjų ir valdymo subjektų turtas;		3) LNSS veiklai laiduoti skirti valstybės ir savivaldybių biudžeto ištekliai;
4) privalomojo sveikatos draudimo lėšos;	5) kitas turtas, įstatymų priskirtas LNSS veiklai laiduoti;	6) valstybės ir savivaldybių įstaigų, įmonių, turinčių asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos licenciją, specialistai ir kiti darbuotojai;	7) asmens ir visuomenės sveikatos informacijos duomenų bankai.

Pažymėtina, kad į biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų turtą ir lėšas negali būti nukreiptas išieškojimas, tuo šias įstaigas išskiriant iš kitų.

Lėšos iš aukščiau pateiktų išteklių yra panaudojamos sveikatos sistemos veiklos įgyvendinimui, sveikatos priežiūros įstaigų veiklai plėtotis, teikti sveikatos priežiūros paslaugas.

4 lentelė. LNSS veikla ir teikiamos paslaugos (šaltinis: LR Sveikatos sistemos įstatymas)

LNSS veikla ir teikiamos paslaugos:		
1) asmens sveikatos priežiūra;	2) visuomenės sveikatos priežiūra;	3) farmacinė veikla;

Išskiriami ir trys LNSS veiklos organizavimo lygiai: 1) savivaldybių (viso Lietuvoje – 60), 2) apskričių (viso Lietuvoje – 10), 3) valstybės. Savivaldos vykdomosios institucijos organizuoja asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Asmens sveikatos priežiūra skirstoma į pirminę ir antrinę. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Savivaldos vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Apskričių viršininkai, kurie yra viena iš savivaldos vykdomųjų institucijų, organizuoja Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto masto ir profilių antrinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą¹². Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios valstybės institucijos pagal kompetenciją organizuoja nustatyto masto asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą jai pavaldžiose LNSS įstaigose. Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

LNSS įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo farmacinę veiklą bei teikia kitas (mokamas) paslaugas, nepriskiriamas sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingas jų teikimui užtikrinti. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai pagal kompetenciją gali teikti tiek paslaugas, už kurias jų gavėjai paslaugų teikėjui nemoka, o jas apmoka trečiosios pusės mokėtojas (iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ir savivaldybių biudžetų ar sveikatos fondų lėšų), tiek mokamas paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašą, kainas ir teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija¹³. Teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į lygius:

1. Pirminis lygis. Pirminė sveikatos priežiūra yra nespecializuota kvalifikuota asmens, įskaitant ir psichinę sveikatą, ir visuomenės sveikatos priežiūra gyvenamojoje vietoje. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir yra orientuotos į pacientų pagrindinių sveikatos problemų sprendimą. Pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos¹⁴. Pacientas pirmiausia kreipiasi į šeimos gydytoją, kuris sprendžia, kokios pagalbos jam reikia. Šeimos gydytojas privalo žinoti jo kompetencijai priskirtų ligų ir būklių pagrindinius požymius, profilaktikos priemones. Jis turi išmanyti dažniausiai vartojamų vaistų skyrimo indikacijas, taip pat galimą vaistų šalutinį poveikį.

¹² LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

¹³ LR SAM įsakymas „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ // Valstybės žinios, 1999, Nr.67-2175

¹⁴ LR vietos savivaldos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr. 55-1049

Šeimos gydytojas sprendžia, kada jam reikia konsultuotis su specialistu. Už šeimos gydytojo paslaugas moka ligonių kasos. Galiojantys teisės aktai nustato, kad kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės sveikatos priežiūros įstaigą bei šeimos gydytoją. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos bei licencijuotos pirminei asmens sveikatos priežiūrai įstaigos: medicinos punktai, pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai, ambulatorijos, poliklinikos, šeimos gydytojų kabinetai, psichikos sveikatos centrai, odontologijos kabinetai¹⁵.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas taip pat teikia ir privačiai dirbantys gydytojai (bendrosios praktikos gydytojai, stomatologai, ginekologai, kiti), tačiau privati pirminė sveikatos priežiūra vis dar nelabai paplitusi. Dažniausiai privatūs gydytojai dirba vieni (monopraktika) arba nedidelėmis grupėmis (grupinė praktika). Kartais jie nuomoja patalpas savo darbui viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose (pvz., Bendrosios praktikos gydytojų „Šeimos centras“ Santariškių universitetinėje poliklinikoje). Toks privačių sveikatos priežiūros įstaigų egzistavimas viešosiose gydymo įstaigose yra diskutuotinas. Keliamas sąžiningos konkurencijos klausimas, kuomet tam tikroms įstaigoms leidžiama steigtis viešosiose įstaigose ir taip joms suteikiamos palankesnės sąlygos veikti. Tačiau ši sritis nėra reglamentuota įstatyminiu lygiu. Todėl yra pakankamai sudėtinga skaidriai organizuoti privačių įstaigų steigimąsi viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose. Kadangi šiuo metu dauguma pacientų gydosi viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose, sudaroma situacija kuomet vienos vietose privačiam medicinai egzistuoti yra palankiau nei kitose.

1998 m. Lietuvoje buvo 837 privačios gydymo įstaigos (iš kurių 566 stomatologinės). Jose dirbo 1587 (iš jų 884 odontologai) gydytojai. Tik privačia praktika užsiiminėjo 876 gydytojai, tai yra maždaug 6 proc. nuo viso gydytojų skaičiaus Lietuvoje. Tuo tarpu praėjus beveik dešimtmečiui, 2006 m. Lietuvoje buvo 2258 privačios sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų metines ataskaitas pateikė 1497, dar 27 įstaigos pranešė, kad 2006 m. nevykdė veiklos. Taigi, privačių gydymo įstaigų buvo 1497, iš jų 911 odontologinės, 170 pirminės sveikatos priežiūros centrų¹⁶. Šiose įstaigose dirbo 2982 (iš jų 1664 odontologai) gydytojai. Pastebima didžiulė šių įstaigų augimo progresija bei jos reikšmė visame sveikatos priežiūros sektoriuje. Tai tik dar kartą pabrėžią privataus sveikatos priežiūros sektoriaus svarbą.

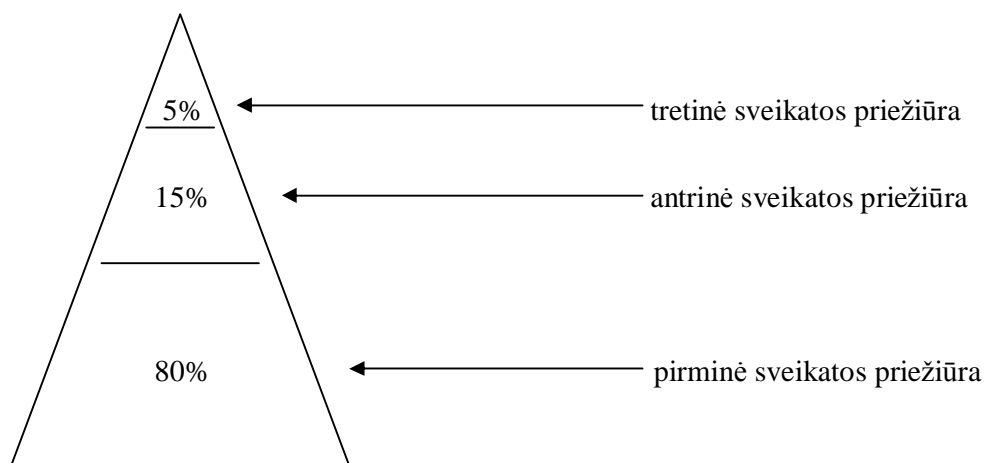
Pastaraisiais metais sparčiai daugėja privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose dirba vienas ar keli šeimos gydytojai. Privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos sudaro sutartis su ligonių kasomis, todėl už šeimos gydytojo paslaugas mokėti nereikia. Šitai įgyvendinamas pirminės sveikatos priežiūros decentralizavimas, kuomet yra skatinama privačių

¹⁵ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897

¹⁶ Lietuvos sveikatos statistika 2006 – SAM, 2006

šeimos gydytojų kabinetų plėtra. LR Sveikatos apsaugos ministerija teigia, kad valstybė remia pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kaimo vietovėse plėtrą, skatina šeimos gydytojų motyvaciją rūpintis ligų profilaktika bei gyventojų sveikatos ugdymu¹⁷. Kiekvieno gydytojo pareiga yra rūpintis gyventojų sveikata. Juk, kiekvienas medikas yra prisiekęs Hipokrato priesaika ir visa savo esybe padeda žmonėms. Tad ar nebus valstybės deklaruojama parama tik deklaratyvi fikcija? Valstybė tarsi ir nori pagelbėti, tačiau sąlygų tai pagalbai teikti nesudaro. Pirminės sveikatos priežiūros sistemos decentralizavimas reiškia, kad visa našta yra perkeliama ant šeimos gydytojų pečių. Bet ar tai logiška? Suprantama, kad dabar Lietuva yra Europos Sąjungos narė, ir visuose sektoriuose ji turi lygiuotis i kitų šalių lygį, tame tarpe ir sveikatingumo lygį.

2. Antrinis bei tretinis lygiai. Antrines ir tretines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra skirstomos į ambulatorines ir stacionarines, teikia savivaldybių, apskričių bei Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios sveikatos priežiūros įstaigos. Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto masto ir profilių antrinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą organizuoja apskrities gydytojas, kurį pareigoms skiria ir atleidžia apskrities viršininkas. Savivaldos vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją - organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija¹⁸. Tretinė sveikatos priežiūra yra labiausiai specializuota asmens bei visuomenės sveikatos priežiūra, kurią atlieka centrinės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.



1 pav. Asmens sveikatos priežiūros piramidė (šaltinis: 2005 m. VLK duomenys)

Iš pateiktos diagramos matyti, kad pirminė sveikatos priežiūra Lietuvos sveikatos sistemoje yra pagrindinis ramsis, palaikantis ją.

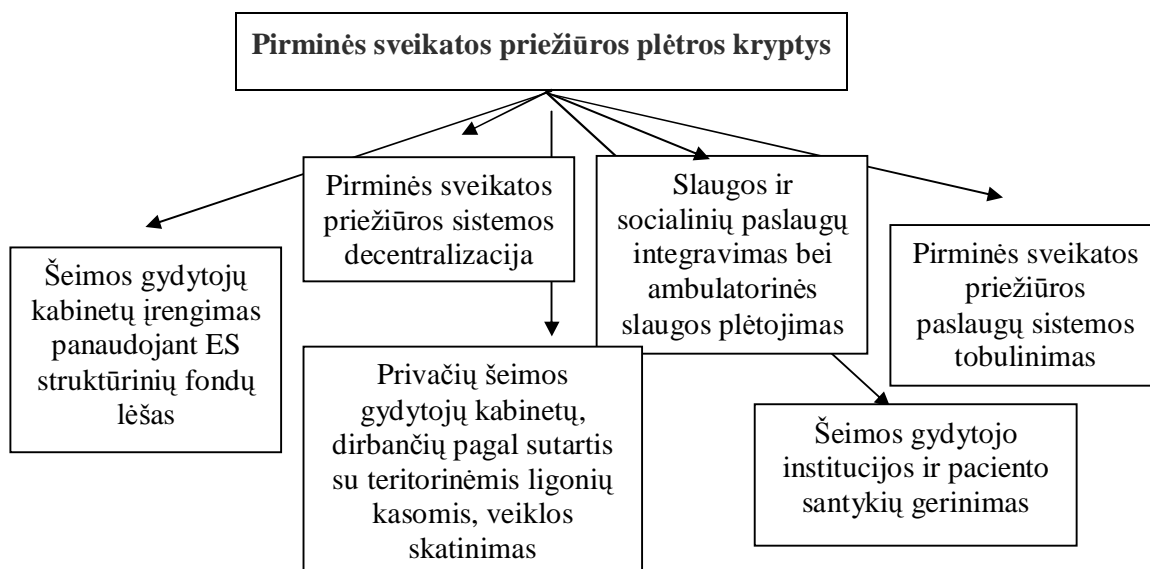
Pacientas turi teisę pasirinkti pirminės, antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo

¹⁷ Prieiga per internetą: www.sam.lt, prisijunta 2008 m. rugsėjo 27 d.

¹⁸ LR sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys.

Sveikatos apsaugos ministerija savo leidinyje „Sveikatos apsauga Lietuvoje“¹⁹ išskiria pirminės sveikatos priežiūros plėtros kryptis. Ši koncepcija iš dalies atitinka vadinamąją „valdomos sveikatos priežiūros idėją“²⁰. Ji pasireiškia tuo, kad šeimos gydytojas, esantis arčiausiai paciento, reguliuotų paslaugų kiekį ir spektrą pagal paciento poreikius ir naudą bei atspindėtų realius sveikatos priežiūros kaštus.



2 pav. Pirminės sveikatos priežiūros plėtros kryptys (šaltinis: SAM, Sveikatos apsauga Lietuvoje)

Kaip jau yra žinoma, Lietuvoje sveikatos priežiūros reforma ir plėtra vykdoma jau nuo nepriklausomybės atkūrimo, tačiau dažniausiai deklaruojamos naujovės ir pertvarkos tik ir likdavo deklaracijomis. Žinoma, SAM išskirdama šias kryptis parodo daug iniciatyvos, tačiau, kad įgyvendinti deklaruojamus tikslus, reikia tam skirtų priemonių. Dabartinėje situacijoje, kuomet valstybės biudžetas yra ribotas, o įstatyminė bazė nėra paruošta, įgyvendinti šią reforma yra abejotina tikimybė.

¹⁹ SAM leidinys „Sveikatos apsauga Lietuvoje“, 2007

²⁰ Woolhander T.S., Cambell S.T., Himmelstein D.U. *Health care administration in the united states and Canada. Micromanagement, Macro costs.* International journal of health services 34:35 (78), 2004

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ KLASIFIKAVIMAS

Sveikatos priežiūros įstaiga teisės aktuose apibūdinama remiantis keliais kriterijais. Visų pirma, tokia sveikatos priežiūros įstaiga ar įmonė, teisės aktų nustatyta tvarka, turi įgyti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus. Taip pat tokia įstaiga bus pripažinta ir įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita, ne sveikatos priežiūros, veikla, filialas ar padalinys, kuris turi teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas.²¹: Taigi, vienas svarbiausių kriterijų įmonei, norinčiai tapti sveikatos priežiūros įstaiga, yra licencija teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Visų antra, tokios įstaigos turi būti įregistruotos Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre. Licencijas išduoda, atsisako jas išduoti, licencijų galiojimą sustabdo, atnaušina ir panaikina Valstybinė akreditavimo tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Šie kriterijai, ribojantys įstaigas teikti šias paslaugas yra labai pagrįstai nustatyti. Nes su sveikata susijusios problemos yra veiksnys, kuris ypatingai pažeidžia žmogų, jo socialinį stovį. O šiuo momentu žmogui yra būtina kvalifikuota pagalba.

Analizuojant sveikatos priežiūros įstaigas reglamentuojančius įstatymus, juos lyginant tarpusavyje ir atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemos struktūrą, galima išskirti daugybę sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimo kriterijų ir jų rūšių.

2.1. Sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas pagal teisinę, nuosavybės formą ir finansavimo šaltinį

Kalbant apie sveikatos priežiūros įstaigas, reikia paminėti vieną svarbiausių teisės aktų, reglamentuojančių būtent šių įstaigų veiklą – LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Diskutuotinas įstatyme nurodytas sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas, kuomet tokiomis

5 lentelė. LNSS įstaigos (šaltinis: LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

LNSS įstaigos
1) valstybės ir savivaldybių <u>asmens</u> sveikatos priežiūros viešosios ir biudžetinės įstaigos
2) valstybės ir savivaldybių <u>visuomenės</u> sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos;
3) valstybės ir savivaldybių įmonės bei įmonės, kurių daugiau kaip <u>50 procentų akcijų</u> priklauso valstybei ar savivaldybei;
4) kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka <u>sudariusios sutartis</u> su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais - šių sutarčių galiojimo laikotarpiu.

²¹ LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios, 1996, Nr.: 66-1572

įstaigomis pripažįstamos tik tos įstaigos, kurios priklauso LNSS. Šis skirstymas svarbus tuo, kad apibrėžiama, kas įtraukta į LNSS (5 lentelė).

Šio darbo tematika priverčia išskirti ir vieną pagrindinių sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimo kriterijų – nuosavybės formą.

6 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigos pagal nuosavybės formą (šaltinis: Finansinis sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita. Parengė Phare sveikatos priežiūros reformos grupė, Sveikatos ekonomikos centras, 1998 m.)

Sveikatos priežiūros įstaigos pagal nuosavybės formą:		
▼	▼	▼
1) privačios gydymo įstaigos	2) valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos	3) savanoriškos nepelno gydymo įstaigos

Privačios gydymo įstaigos priklauso privatiems investuotojams, savininkams bei siekia pelno. Privačių komercinių įmonių tikslas – maksimizuoti pelną, negali būti ne pelno organizacijų tikslu.

Esant dabartinei situacijai Lietuvoje, valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų turtas priklauso jų steigėjams – savivaldybėms, valstybei, o sveikatos įstaigos juo disponuoja tik patikėjimo teise. Valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos veikia kaip tam tikro finansavimo fondo įstaiga (pavyzdžiui, karo veteranų, Černobylio aukų ligoninės). Ne pelno sveikatos priežiūros įstaigos tikslas yra paslaugos. Tai reiškia, kad teikiant paslaugas siekiama ne kuo didesnio pelno, bet kuo daugiau paslaugų. Iš esmės tai reiškia, kad tokių įstaigų veikla yra tiesiog gydymas akcentuojant kiekybinę sveikatos priežiūros paslaugų pusę, o ne kokybę. Tokia situacija yra susiklosčiusi, nes valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos veikia ne rinkos sąlygomis. Nors visos sveikatos priežiūros sistemos įstaigos turi vieną neįprastą sveikatos priežiūros sistemai būdingą elementą - atlyginimo už paslaugas pobūdį, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose visi pacientai yra pratę gauti nemokamas paslaugas.

Savanoriškos nepelno gydymo įstaigos įkurtos ir veikia visuomenės narių dėka (dažnai paremtos religiniu pagrindu). Tarp savanoriškų organizacijų įtakingiausiomis laikytinos “Raudonojo kryžiaus” draugija, “Carito” federacija, Diabeto asociacija bei Aklių ir silpnaregių draugija. Bažnyčios vaidmuo sveikatos priežiūros sektoriuje yra ribotas. Katalikų bažnyčia prižiūri vieną ligoninę Vilniuje. Be to, bažnyčia prižiūri ir finansuoja kelias kaimo vietovėse esančias slaugos įstaigas.

Kitas, vienas iš pagrindinių klasifikavimo kriterijų ir yra finansavimo šaltinis, kuris daro didžiulę takoskyrą tarp privačių ir viešų sveikatos priežiūros įstaigų. Darbe šis probleminis

klausimas bus analizuojamas kalbant apie finansavimo skirtumus privačiam ir viešam sveikatos priežiūros sektoriui.

Kalbant apie Lietuvoje egzistuojančias sveikatos priežiūros įstaigas, būtina vertinti LNSS-ą, apimančią didžiąją dalį Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų bei tas privačias gydymo įstaigas, kurios nepriklauso LNSS.

7 lentelė. LNSS įstaigos pagal finansavimo šaltinį (šaltinis: LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

LNSS įstaigos pagal finansavimo šaltinį:		
▼	▼	▼
1) viešosios	2) biudžetinės	3) privačios.

Iš pateiktų 6 ir 7 lentelių matyti, kad Lietuvoje egzistuojančios ir LNSS priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos nėra tapačios sąvokos. Atkreiptinas dėmesys, kad 6 lentelėje buvo išskirtos sveikatos priežiūros įstaigos pagal nuosavybės formą. Sveikatos priežiūros įstatyme vartojama sąvoka valstybinė sveikatos priežiūros įstaiga, o valstybinė sveikatos priežiūros įstaiga gali būti arba viešoji arba biudžetinė. Pažymima, kad viešoji įstaiga gali būti ir nevalstybinė, bet šiame darbe aptariamoms tos viešosios įstaigos, kurios pagal nuosavybės formą yra būtent valstybinės. Būtų galima išskirti dar vieną klasifikaciją, tai yra 5 lentelės pirmąją ir antrąją skiltį skirstyti į viešąsias ir biudžetines įstaigas. Abstrakčiai pažvelgus, tiek viešosios, tiek biudžetinės įstaigos atrodo panašios. Iš esmės, šios dvi įstaigų rūšys panašios tuo, kad teikia nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Nes asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų – tai Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra²². Tačiau yra tam tikri skirtumai. LNSS biudžetinė įstaiga yra iš valstybės ar savivaldybių biudžetų visiškai arba iš dalies išlaikoma įstaiga. Ji tai pat gali gauti lėšų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, sveikatos fondų, gauti kitų nebiudžetinių lėšų²³. Taigi, tokia biudžetinė įstaiga turi daugiau finansavimo šaltinių nei paprasta viešoji sveikatos priežiūros įstaiga. Be to, biudžetinių įstaigų veiklą reglamentuoja Biudžetinių įstaigų įstatymas ir sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, o Viešųjų įstaigų veiklą reglamentuoja Viešųjų įstaigų įstatymas ir sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas²⁴. Taip pat yra skiriama dar ir uždaroji biudžetinė įstaiga²⁵. Plačiau viešosios sveikatos priežiūros įstaigos aptariamoms šio darbo 3.1 skirsnyje. Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos.

²² LR sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

²³ Taip pat LR biudžetinių įstaigų įstatymas // Valstybės žinios, 1995, Nr. 104-2322

²⁴ LR sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas // Valstybės žinios, 1997, Nr. 62-1463

²⁵ Plačiau: LR sveikatos sistemos įstatymas, 25 straipsnis // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231

Kalbant apie privačias įstaigas, reikia paminėti, kad pagal dabartinį teisės aktų reglamentavimą, visos privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurios nėra sudariusios sutarčių su valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis, nepriklauso LNSS. Situacija pakankamai absurdiška, kuomet dalis žmonių, renkasi privačias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, vietoj viešųjų. Nors tie asmenys moka įmokas už privalomąjį sveikatos draudimą, tačiau privačiose įstaigose turi mokėti už teikiamas paslaugas. Žinoma, esamoje sveikatos sistemoje, ne visos paslaugos kompensuojamos iš teritorinių ligonių kasų. Net ir tuo atveju, kuomet privati sveikatos priežiūros įstaigos sudaro sutartis su ligonių kasomis, pacientas turėdamas poreikį netradicinėms medicinos paslaugoms, negalės gauti kompensacijos už jas. Pastebimas sistemos trūkumas, kuomet pacientai moka privalomas sveikatos draudimo įmokas, bet gauna kompensacijas tik už daugelio žmonių poreikius tenkinančias paslaugas, o ne būtent už tas kurių jiems reikia individualiai. Šiuo aspektu, sveikatos sistemos finansavimas turi būti tobulinamas ta linkme, kad pacientai galėtų pasinaudoti kompensacijomis už tas paslaugas, kurių jiems reikia ir kuriomis pacientai naudojami, o ne kompensacijas už tas, kurių galbūt gyvenime jiems nereikės. Lėšas, surinktas iš gyventojų reikia priartinti prie pačių pacientų, o ne prie sistemos.

2.2.Sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas pagal teikiamų paslaugų rūšis, vietą, laiką, ir priklausymą Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai

Asmens sveikatos priežiūra yra Valstybės pripažįstamų fizinių ar juridinių asmenų veikla, kuria siekiama laiku nustatyti asmens sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią ir padėti asmeniui atgauti bei sustiprinti sveikatą²⁶. Galima sakyti, kad tokį pat apibrėžimą atkartoja ir LR sveikatos sistemos įstatymas, tačiau jame dar karta pabrėžiama, kad tokia veikla turi būti licencijuojama. Visuomenės sveikatos priežiūra abstrakčiai traktuojama kaip visos visuomenės ar atskirų jos grupių sveikatos apsauga ir stiprinimas. Įstatymiškai, tai yra organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma. Galima ir tokia situacija, kuomet tiek asmens, tiek visuomenės sveikatos priežiūra teikiama kartu per mišraus pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugas. Apibendrintas sveikatos priežiūros įstaigų skirstymas pateikiamas 8 lentelėje.

²⁶ Socialinės apsaugos terminų žodynas: Vilnius, 1999, Sveikatos ekonomikos centras

8 lentelė. Įstaigų grupės pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis (šaltinis: LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

Įstaigų grupės pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis:		
▼	▼	▼
1) asmens sveikatos priežiūros	2) visuomenės sveikatos priežiūros	3) mišrios.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos užtikrina būtinąją medicinos pagalbą ir teikia planines sveikatos priežiūros paslaugas. Jos yra ir viešosios, ir privačios. Viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į tiesiogiai pavaldžias SAM ir apskričių ir savivaldybių įstaigas. Privačios gali būti sudariusios sutartis su ligonių kasomis arba veikiančiomis kaip atskiros įmonės, kurios ir nepriklauso LNSS.

Asmenys, prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kuri yra sudariusi sutartį su ligonių kasa, gauna visas valstybės laiduojamas (nemokamas) asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Gydytojas, dirbantis privačioje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, sudariusioje sutartį su ligonių kasa, turi teisę savo aptarnaujamiems gyventojams išrašyti kompensuojamųjų vaistų, esant indikacijų, siųsti pas specialistus. Tai yra vienintelė išimtis, kuomet pacientas gali gauti nemokamą pagalbą privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje.

9 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą (šaltinis: LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą:		
▼	▼	▼
1) ambulatorinės;	2) stacionarinės;	3) mišrios.

Tiek ambulatorinės, tiek stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia paslaugas, kurios yra jau nebe pirminio, bet antrinio ar tretinio lygmens. Antrinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą organizuoja apskrities gydytojas, kurį pareigoms skiria ir atleidžia apskrities viršininkas. Tuo tarpu pats apskrities viršininkas, steigia įrašytas į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą antrinės sveikatos priežiūros specializuotas stacionarines asmens sveikatos priežiūros įstaigas²⁷. Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia apskritims ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (arba skyriai), kuriose ligoniai stebimi ir gydomi ištisą parą:

²⁷ LR apskrities valdymo įstatymas // Valstybės Žinios, 1994, Nr.101-2015

1. Apskričių ligoninės (jos gali turėti padalinius - konsultacines poliklinikas);
2. Specializuotos ligoninės;
3. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos;
4. Kraujo donorystės įstaigos;
5. Apskričių gimdymo namai;
6. Valstybės aukštųjų mokyklų ar valstybinių mokslo įstaigų ir Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtos įstaigos.

Savivaldos vykdomosios institucijos taip pat gali įgyvendinti įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoti antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Antrinės (kvalifikuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos ligoniui gali būti teikiamos bendrojo profilio poliklinikose ir ligoninių konsultacinėse poliklinikose ar lankant namie. Paslaugos apmokamos už konsultaciją (apsilankymą) pas gydytoją specialistą. Tretinės (specializuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiamos ligoniui lankantis ambulatoriškai specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tretinės (specializuotas) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia konsultacinės poliklinikos, esančios prie specializuotų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, bei stacionaro specializuotą pagalbą teikiančių skyrių gydytojai konsultantai. Gydytojai konsultantai (kompensuojant ligonių kasoms) priima tik pacientus, turinčius pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų siuntimus

Tretinio LNSS sveikatos priežiūros organizavimo lygio įstaigos pirmine ir antrine sveikatos priežiūra pagal nacionalinės sveikatos sistemos valdymo nuostatas turėtų verstis tik mokslo ir mokymo tikslais, bet dažnai pirminės ir antrinės paslaugos yra teikiamos toje pat ligoninėje²⁸.

10 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal jų teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas: (šaltinis: LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal jų teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas:		
1) medicinos pagalbos;	2) slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos);	3) medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo;
4) medicininės-socialinės ekspertizės;	5) specializuotos medicininės ekspertizės;	6) mišrios.

²⁸ LR sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994,Nr.: 63-1231

LR Sveikatos apsaugos ministerija skiria šias visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas²⁹:

1. Ekstremalių sveikatai situacijų centras; 2. Radiacinės saugos centras; 3. Trakų visuomenės sveikatos priežiūros ir specialistų tobulinimo centras; 4. Respublikinis mitybos centras; 5. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras; 6. Lietuvos AIDS centras; 7. Valstybinis psichikos sveikatos centras; 8. Lietuvos sveikatos informacijos centras; 9. Valstybinis aplinkos sveikatos centras; 10. Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba; 11. Nacionalinis visuomenės sveikatos tyrimų centras.

11 lentelė. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų asortimentą (šaltinis: LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų asortimentą:		
1) visuomenės sveikatos monitoringo ir visuomenės sveikatos ekspertizės;	2) visuomenės sveikatos saugos (maisto ir ne maisto produktų saugos, radiacinės saugos, aplinkos higienos, darbo medicinos);	3) neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės;
4) užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės;	5) visuomenės sveikatos ugdymo;	6) mišrios.

Įstaigų suskirstymą pagal klasifikavimo požymius nustato šių įstaigų sveikatos priežiūros licencijavimą reglamentuojantys teisės aktai bei šių įstaigų nuostatai (įstatai).

Galima išskirti pakankamai daug sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimo aspektų. Pažymėtina, kad kiekvienas šių įstaigų suskirstymas turi vieną ar kitą reikšmę, sudaro tam tikrą sistemą, kurios pagrindu suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. Sutelkus keletą klasifikavimo kriterijų, įmanoma pavaizduoti sveikatos priežiūros įstaigų tarpusavio ryšį. Be to, žemiau pateikiama lentelė aiškiai sukonkretina, kokios sritys labiausiai dominuoja privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje.

²⁹ Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lentelė. Prisijungta 2008 m. liepos 23 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/lt/main/sveikatos_apsauga/visuomenes_sveikata/visuomveikato

12 lentelė. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų struktūra, remiantis jų teisine forma, pagalbos organizavimo lygiais, paslaugų teikimo laiku ir vieta (šaltinis: LR Sveikatos sistemos įstatymas, LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, VLK duomenys, SAM duomenys)

LNSS įstaigų struktūra, remiantis jų teisine forma, pagalbos organizavimo lygiais, paslaugų teikimo laiku ir vieta.			
Sveikatos priežiūros įstaigos:			
Pirmo lygio sveikatos priežiūra	I. Viešosios (asmens sveikatos priežiūros):		II. Biudžetines (asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros):
	Ambulatorinės:	Stacionarios:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Pirminės sveikatos priežiūros centrai - Poliklinikos - BPG kabinetai - Odontologijos poliklinikos ir kabinetai - Medicinos punktai - GMP skyriai/stotys - Psichikos sveikatos centrai 	<ul style="list-style-type: none"> - Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės 	<ul style="list-style-type: none"> - Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai - Privalomojo profilaktinio aplinkos kenksmingumo pašalinimo įmonės
Antro lygio sveikatos priežiūra	<ul style="list-style-type: none"> - Specializuotos poliklinikos, iš jų: <ul style="list-style-type: none"> • infekcinės • tuberkuliozės • odos ir veneros ligų • onkologijos • psichikos sveikatos ir psichoterapijos centrai - Neatidėliotinos ir planinės konsultacinės pagalbos skyriai 	<ul style="list-style-type: none"> - Rajonų ir apskričių ligoninės - Miestų ligoninės - Specializuotos ligoninės, iš jų: <ul style="list-style-type: none"> • infekcinės ligoninės • tuberkuliozės ligoninės • onkologijos ligoninės • psichiatrijos ligoninės • narkologijos ligoninės - Reabilitacijos ligoninės <ul style="list-style-type: none"> - Sanatorijos, iš jų: <ul style="list-style-type: none"> • suaugusiųjų • vaikų 	<p style="text-align: center;"><u>Asmens:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sporto medicinos centrai - Priklausomybių gydymo centrai - Sveikatos ugdymo centrai <ul style="list-style-type: none"> - Kūdikių namai - Kraujo donorystės centrai <p style="text-align: center;"><u>Visuomenės sveikatos centrai apskrityse</u></p>
Trečio lygio sveikatos priežiūra	<ul style="list-style-type: none"> Konsultacinės poliklinikos prie universiteto ir universitetinių ligoninių 	<ul style="list-style-type: none"> - Universitetų ir universitetinės ligoninės - Specializuotos ligoninės, iš jų: <ul style="list-style-type: none"> • infekcinė ir tuberkuliozės ligoninė • onkologijos institutas • psichiatrijos ligoninė 	<ul style="list-style-type: none"> -Visuomenės sveikatos tarnyba <ul style="list-style-type: none"> -AIDS centras -Mitybos centras -Užkrečiamųjų ligų centras -Ekstremalių situacijų valdymo centras -Radiacinės saugos centras <ul style="list-style-type: none"> -Higienos institutas -Lietuvos sveikatos informacijos centras -Sveikatos politiką koordinuojančios institucijos

Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijoje nurodyta, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikia šeimos gydytojas, bendrosios praktikos gydytojas odontologas, jų padėjėjai, psichiatras, bendruomenės ir psichikos sveikatos slaugytojai, akušeriai, socialiniai darbuotojai, jų padėjėjai³⁰. Taigi, pagrindinė privačių gydymo įstaigų veikla pasireiškia būtent pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros lygmenyje. Lentelėje nėra pavaizduotos privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kadangi dalis jų nepriklauso LNSS – nėra sudariusios sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis.

³⁰ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897

3. VIEŠOSIOS IR PRIVAČIOSIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS

3.1. Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos

Lietuvoje viešąją sveikatos priežiūros įstaigų sektorių sudaro visa eilė įstaigų ir institucijų, tačiau šiame darbe pateikiamos pagrindinės, kurias nurodo PSO³¹ :

I. Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų administravimo institucijos – SAM.

II. Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos, pavaldžios SAM:

1. Visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba (atsakinga už viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų organizavimą ir priežiūrą. Ji koordinuoja specializuotus centrus ir institucijas³²); 2. Bioetikos komitetas; 3. Farmacijos departamentas; 4. Maisto kokybės ir saugos tinklas – Europos Komisijos projektas; 5. Medicininio audito inspekcija; 6. Narkotikų kontrolės departamentas; 7. Radiacinės saugos centras; 8. Sveikatos ekonomikos centras; 9. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras; 10. Vaistų kontrolės tarnyba.

III. Institucijos, atskaitingos LR Seimui (parlamentinės institucijos)³³:

1. Sveikatos reikalų komitetas; 2. Nacionalinė sveikatos taryba; 3. Visuomenės plėtros, reprodukcinės sveikatos ir teisių parlamentinė grupė.

IV. Draudimo sistemos institucijos³⁴:

1. Privalomojo sveikatos draudimo taryba; 2. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos; 5. 5 TLK.

V. Profesinės asociacijos:

1. Lietuvos gydytojų sąjunga; 2. Lietuvos medikų profesinė sąjunga.

VI. Akademinės institucijos:

1. Kauno medicinos universitetas; 2. Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas; 3. 6 kolegijos, ruošiančios slaugus ir paramedicinos personalą.

Viešųjų įstaigų įstatymas pateikia viešosios įstaigos sampratą – tai pagal viešųjų įstaigų įstatymą ir kitus įstatymus įsteigtas pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, kurio tikslas – tenkinti viešuosius interesus vykdant švietimo, mokymo ir

³¹ WHO Leidinys: 10 Health questions about the 10. p. 95. Prisijungta 2008 m. rugpjūčio 4 d. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040901_1

³² Šie centrai ir institucijos išvardinti Priede Nr. 1

³³ Institucijos, atskaitingo LR Seimui. Prisijungta 2008 liepos 20 d. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/home/w5_viewer/sitemap/sitemap_1.htm

³⁴ LR sveikatos draudimo įstatymas, 4 straipsnis // Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287

mokslinę, kultūrinę, sveikatos priežiūros, aplinkos apsaugos, sporto plėtojimo, socialinės ar teisinės pagalbos teikimo, taip pat kitokią visuomenei naudingą veiklą³⁵.

LNSS viešosios įstaigos steigėjais gali būti:

1. Sveikatos apsaugos ministerija; 2. Apskričių viršininkai; 3. Savivaldybių tarybos; 4. Valstybės aukštosios mokyklos kartu su Sveikatos apsaugos ministerija, gavusios Vyriausybės leidimą; 5. Valstybinės švietimo ir mokslo įstaigos kartu su SAM, gavusios Vyriausybės leidimą.

Viešosios įstaigos organai:

1. Administracijos vadovas; 2. Administracija; 3. Vyriausiasis finansininkas; 4. Stebėtojų taryba; 5. Gydytojų taryba; 6. Slaugos taryba; 7. Medicinos etikos komisija.

Viešajai įstaigai keliami tam tikri reikalavimai ir ribojimai:

1. Viešoji įstaiga turi turėti bent vieną sąskaitą banke.
2. Viešosios įstaigos buveinė turi būti Lietuvos Respublikoje.
3. Viešoji įstaiga gali turėti ir įgyti tik tokias civilines teises ir pareigas, kurios neprieštarauja įstatymams, viešosios įstaigos įstatams ir veiklos tikslams.

4. Viešoji įstaiga turi teisę verstis įstatymų nedraudžiama ūkine komercine veikla, kuri yra neatsiejamai susijusi su jos veiklos tikslais.

5. Viešajai įstaigai neleidžiama:

a. gauto pelno skirti kitiems veiklos tikslams, negu nustatyta viešosios įstaigos įstatuose;

b. neatlygintinai perduoti viešosios įstaigos turtą nuosavybėn, pagal patikėjimo ar panaudos sutartį viešosios įstaigos dalininkui ar su juo susijusiam asmeniui, išskyrus šio įstatymo 17 straipsnio 9 dalyje numatytą atvejį;

c. skolintis pinigų už palūkanas iš savo dalininko ar su juo susijusio asmens;

d. užtikrinti kitų asmenų prievolių įvykdymą.

Tačiau, kaip ir kitoms įstaigoms, joms suteikta teisė steigti filialus ir atstovybes Lietuvos Respublikoje ir užsienio valstybėse. Viešosios įstaigos filialų ir atstovybių skaičius neribojamas.

Remiantis tik viešųjų įstaigų įstatymu, viešoji sveikatos priežiūros įstaiga – tai pagal viešųjų įstaigų įstatymą įsteigtas pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, kurio tikslas – tenkinti viešuosius interesus vykdant sveikatos priežiūros teikimo veiklą. LR sveikatos sistemos įstatymas pateikia daugiau mažiau deklaratyvią viešosios sveikatos priežiūros įstaigos sampratą³⁶. Remiantis šiuo įstatymu, viešoji, LNSS priklausanti sveikatos priežiūros įstaiga – tai iš valstybės ar savivaldybės turto ir lėšų įsteigta viešoji įstaiga, teikianti jos įstatuose nustatytas

³⁵ LR Viešųjų įstaigų įstatymas // Valstybės Žinios, 1996, Nr. 68-1633

³⁶ LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

paslaugas pagal sutartis su užsakovais. Tokia įstaiga yra ne pelno įstaiga: gautų pajamų ji negali skirstyti steigėjams, o jas naudoja tik įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatyta tvarka. Be to, Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas, pateikdamas viešosios įstaigos sąvoką, mini, kad tokios įstaigos yra valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešosios įstaigos, kurias reglamentuoja Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas ir Viešųjų įstaigų įstatymas³⁷. Taigi, remiantis esamais teisės aktų duomenimis, galima pateikti viešosios sveikatos priežiūros įstaigos sąvoką – tai pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, įsteigtas iš valstybės ar savivaldybės turto ir lėšų, kurio tikslas yra tenkinti viešuosius interesus vykdant sveikatos priežiūros teikimo veiklą, teikiant jos įstatuose nustatytas paslaugas pagal sutartis su užsakovais, o jų veiklą reglamentuoja Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas ir Viešųjų įstaigų įstatymas.

3.2. Privачios sveikatos priežiūros įstaigos

Esant dabartiniam teisės aktų reglamentavimui, kuomet dalis privačių sveikatos priežiūros įstaigų nepriklauso LNSS, tampa labai sudėtinga apibrėžti kas tai yra – privati sveikatos priežiūros įstaiga. Dabartinis LR Seimo atsainumas verčia ieškoti padėties, kurioje nėra išeities. Pagrindinis sveikatos priežiūrą reguliuojantis aktas yra LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 17 straipsnyje nustatyta, kad LNSS nepriklausančių įstaigų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo klausimus reguliuoja Įmonių įstatymas, Viešųjų įstaigų įstatymas, Įmonių rejestro įstatymas, atskirų įmonių rūšių įstatymai, kiti įstatymai bei teisės aktai³⁸. Tačiau jau 2003 metais tiek LR įmonių įstatymas, tiek LR įmonių rejestro įstatymas buvo pripažinti netekusiais galios³⁹. Kaip paaiškinti tokia situaciją, kuomet LR sveikatos sistemos įstatymo 17 straipsnio pakeitimas buvo padarytas net 2007 metais, tai yra po 4 metų nuo datos, kai minėti įstatymai buvo pripažinti netekusiais galios. Viešųjų įstaigų įstatymas privačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tikrai nereglamentuoja, nes šis įstatymas skirtas reguliuoti veiklai, susijusiai su viešosiomis įstaigomis (jų steigimasis, valdymas, veikla, likvidavimas)⁴⁰, todėl paliktas visiškai atsainus minėtų įstaigų veiklos reglamentavimas – „reglamentuoja kiti aktai“. Teiginys, kad „egzistuoja visiškai vienodos sąlygos veikti“, kuomet tokių įstaigų veikla nėra reguliuojama, joms nesukuriamas atskiras įstatymas, o atvirkščiai, parodoma, kad jos nėra vertingos valstybėje ir neturi savo vietos, nėra pagrįstas.

³⁷ LR Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas // Valstybės žinios, 1997, Nr. 62-1463

³⁸ LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

³⁹ LR Įmonių rejestro įstatymo, jį keitusių, papildžiusių bei su juo susijusių įstatymų pripažinimo netekusiais galios įstatymas // Valstybės žinios, 2003, Nr.: 123-5575

LR įmonių įstatymo, jį keitusių bei su juo susijusių įstatymų pripažinimo netekusiais galios įstatymas // Valstybės žinios, 2003, Nr. 123- 5576

⁴⁰ LR Viešųjų įstaigų įstatymas, 1 straipsnis // Valstybės Žinios, 1996, Nr. 68-1633

Esant skurdžiam privačių sveikatos priežiūros įstaigų teisiniam reglamentavimui, šiuo darbu siekiama apibrėžti pastarąją sąvoką, remiantis kitais teisės aktais, reglamentuojančiais sveikatos priežiūrą. Visų pirma, „privati“, automatiškai suponuoja, kad tokios įstaigos savininkas yra privatus asmuo, kuris įkūrė tokią įstaigą, siekdamas pelno. Tokia įstaiga, norėdama būti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančia įstaiga, turi turėti teisę teikti tokias paslaugas⁴¹. Tokia teisė įgyjama su licencija teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir įsiregistravus valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre⁴².

Pagal Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalį „nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką nustato įstatymas“⁴³. Kokia tvarka tuomet yra privačiose sveikatos priežiūros įstaigose? Tokiu būdu, Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtinant išimtinę valstybės rūpestį žmonių sveikata, buvo konstituciškai sudarytos teisinės prielaidos gyventojų sveikatos, kaip didžiausios visuomenės socialinės ir ekonominės vertybės, apsaugai.⁴⁴ Privati sveikatos apsauga buvo palikta užnugaryje.

Kita vertus, negalima nepaminėti ir fakto, kad pelno siekiančių organizacijų intervencija į viešąjį sveikatos priežiūros sektorių sukelia abejonių dėl jų atskaitomybės už žmonių asmens ir visuomenės sveikata, kokybės gerinimą, paslaugų prieinamumą ir pelno siekio suderinamumą⁴⁵. Todėl privačios gydymo įstaigos šiame sektoriuje turi veikti pakankamai skaidriai ir atskaitingai, o jų veikla turi būti tinkamai reglamentuota.

⁴¹ LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios, 1996, Nr.: 66-1572

⁴² LR SAM įsakymas „dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“ // Valstybės žinios 2007-03-15, Nr.31-1148

⁴³ LRKT 2002 m. liepos 11 d. nutarimas, Valstybės žinios, 2002, Nr. 72-3080

⁴⁴ LAT 2004 m. sausio 13 d. Nutartis, civ byl. Nr. 3K-7-24/2004

⁴⁵ Janušonis V. *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra* – Klaipėda, 2008 m., p. 46

4. VIEŠOJO IR PRIVATAUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIŲ LYGINAMOJI ANALIZĖ

*„Privačiai medicinai turime sudaryti
lygiavertes sąlygas veikti, ji neturi būti
diskriminuojama“*

Rimvydas Turčinskas

Sveikatos apsaugos ministras 2006-2008

Daugelyje pasaulio šalių didesnė sveikatos priežiūros dalis priklauso viešajam sektoriui. Taip yra ir Lietuvoje. Vinsas Janušonis savo monografijoje „Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra“⁴⁶ išskiria sąvoką „naujoji viešoji vadyba“. Jos esmė – privataus sektoriaus vadybos skvarba į viešąjį sektorių, privataus sektoriaus panaudojimas viešojo sektoriaus efektyvumui ir rezultatyvumui didinti, abiejų sektorių partnerystė. Galima teigti, kad yra pakankamai tikslinga naująją viešąją vadybą pritaikyti ir sveikatos priežiūros sektoriuje. Svarbu yra tai, kad remiantis minėtos vadybos koncepcija, privatus sektorius tampa akseleratyvaus pobūdžio priemone spręsti tam tikras problemas. Panaudojant rinkos procesus ir konkurenciją efektyviau reguliuojama paslaugų poreikio tenkinimas bei kainos, paskirstomi viešojo sektoriaus ištekliai.

Daugumoje šalių viešasis sektorius užtikrina didžiąją dalį stacionarinių antro ir trečio lygio sveikatos priežiūros paslaugų asmens sveikatos priežiūroje, visuomenės sveikatos priežiūrą. Privatus sektorius daugiau sveikatos priežiūros paslaugų teikia pirminėje sveikatos priežiūroje ir antrinėje ambulatorinėje sveikatos priežiūroje, odontologijoje, farmacijoje. Manytina, kad viešasis sveikatos priežiūros sektorius teikia tokią platų spektrą sveikatos paslaugų, kad visa apimtimi patenkinti tokių paslaugų poreikį, šioje sistemoje būtina pasitelkti ir privačiai paslaugas teikiančius subjektus. Juo labiau, kad, remiantis kitų sektorių patirtimi ir naujosios viešosios vadybos koncepcija, galima teigti, kad privatus sektorius skatina efektyviau ir rezultatyviau dirbti.

Taigi, kaip jau ir minėta, sveikatos priežiūros paslaugas taip pat teikia ir privačiai dirbantys gydytojai (BPG, odontologai, ginekologai, ir kt.). Pabrėžtina, kad didžioji dalis privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikia pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos 30 punkte numatytas tikslas yra „plėtoti privačią pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklą“⁴⁷. Šiam tikslui įgyvendinti minėtoje koncepcijoje numatyta aibė uždavinių, tokių

⁴⁶ Janušonis V. *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra* – Klaipėda, 2008, p. 140

⁴⁷ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897

kaip atitinkamų teisės aktų priėmimas, bet, pabrėžtina, kad tie uždaviniai vis dar nėra įgyvendinti, ir ta veiklos sritis, kuri dominuoja privačiame medicinos sektoriuje yra nereguliuota. Vienas pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos uždavinių yra plėtoti privačią sveikatos priežiūrą. 2006 metų duomenimis, buvo 370 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, iš jų: 173 valstybinės ir 197 privačios. Tuo tarpu 1998 metais privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų buvo 2,3 karto mažiau⁴⁸. Valstybinės ligonių kasos 2006 m. gruodžio 31 d. duomenimis, prisiregistravusių asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičius buvo 3473227, iš jų: valstybinėse – 2669834 (76,9 proc.), privačiose – 803393 (23,1 proc.). 2006 metų duomenimis, prisiregistravusiųjų valstybinėse ASPĮ skaičiaus vidurkis yra 1325, privačiose ASPĮ – 1075. 24 procentai gyventojų 2006 m. buvo aptarnaujami privačiose sveikatos priežiūros įstaigose⁴⁹. Didžioji dauguma paslaugų privačiame sektoriuje suteikiama būtent pirminės asmens sveikatos priežiūros lygmenyje.

4.1. Privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektorių finansavimo galimybės ir skirtumai

Šiuo metu pagrindinė sveikatos sistemos yda Lietuvoje yra ta, kad oficialiai veikianti sistema nedaug įtakoja sistemos dalyvių motyvaciją. Finansavimo sistema neskatina pacientų nesirgti, o susirgus – pasveikti bei gydytojų – siūlyti efektyviausius gydymo būdus. Rezultatas – taip suformuotoje sistemoje išgyvena nebūtinai tie paslaugų tiekėjai, kuriuos labiausiai renkasi pacientai, o tie, kuriuos pasirenka politikai. To pasekmė - privačių sveikatos priežiūros įstaigų diskriminacija. Siekiant, kad sveikatos priežiūros sistemoje atsirastų motyvacija, visų pirma, reikia asmeniui suteikti atsakomybę savo sveikatos priežiūros atžvilgiu. Asmuo pats, o ne valstybės finansų pagalba, turi pajusti finansines savo gyvenimo būdo ir pasirinkimų, veikiamų šio gyvenimo būdo, pasekmes. Sveikatos sutrikimo problemos gali būti sprendžiamos asmeninio kaupimo būdu, dalyvavimo savanoriškame rizikos pasidalinime (draudime) būdu arba dalyvavimo socialiniame perskirstyme būdu, kuomet iš gyventojų yra surenkamos lėšos į vieną biudžetą, o vėliau, atsižvelgiant į poreikius, yra perskirstomos (privalomojo sveikatos draudimo modelis)⁵⁰. Kiekvienas šių būdų turi savo privalumų ir trūkumų. Siekiant išspręsti balansą tarp gyventojų asmeninio kaupimo, savanoriško draudimo ir privalomo perskirstymo, esant privalomajam draudimui, būtina asmeninį lėšų kaupimą ir papildomą draudimą palikti kaip savanoriškai pasirenkamas alternatyvas. Manytina, kad tokiu būdu galima tikėtis, kad bus rastas balansas,

⁴⁸ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897

⁴⁹ VLK 2007 duomenys. Prisiejungta 2008 liepos 20 d. Prieiga per internetą: www.vlk.lt

⁵⁰ Pieters D. *Įvadas į pagrindinius socialinės apsaugos principus*. Eugrimas – Vilnius, 1998, p. 93

atitinkantis konkretaus asmens situaciją. Juk suprantama, kad individui, kuris stengiasi gyventi sveikai, mažiau naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis, draustis papildomu sveikatos draudimu finansiškai nenaudinga. Šiuo konkrečiu atveju, užtektų ir minimalių privalomojo sveikatos draudimo įmokų. Tuo tarpu, ne tokį sveiką gyvenimo būdą pasirinkęs asmuo, yra dažniau priverstas lankytis sveikatos priežiūros įstaigose ir ten palikti nemažą dalį savo lėšų, nes visų išlaidų nepadengtų minimalios įmokos į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą. Tokiu atveju, jam būtų naudinga, kad dalį lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai, finansuotų privalomasis sveikatos draudimas, o likusią dalį – papildomojo sveikatos draudimo institucijos. Taigi, galimos įvairios situacijos sprendimo galimybės.

Lietuvoje šiuo metu veikia iš dalies mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema, kurioje išskiriami 4 pagrindiniai finansavimo šaltiniai:

1. Bendrų mokesčių įplaukos (valstybės ir savivaldybių biudžetai);
2. Įmokos į privalomojo sveikatos draudimo sistemą (PSDF) biudžetas);
3. Įmokos į savanoriško draudimo sistemą (Lietuvoje veikia kaip įmonių darbuotojų sveikatos draudimas);
4. Tiesioginiai pacientų atsiskaitymai iš savo asmeninių lėšų su sveikatos paslaugų teikėjais.

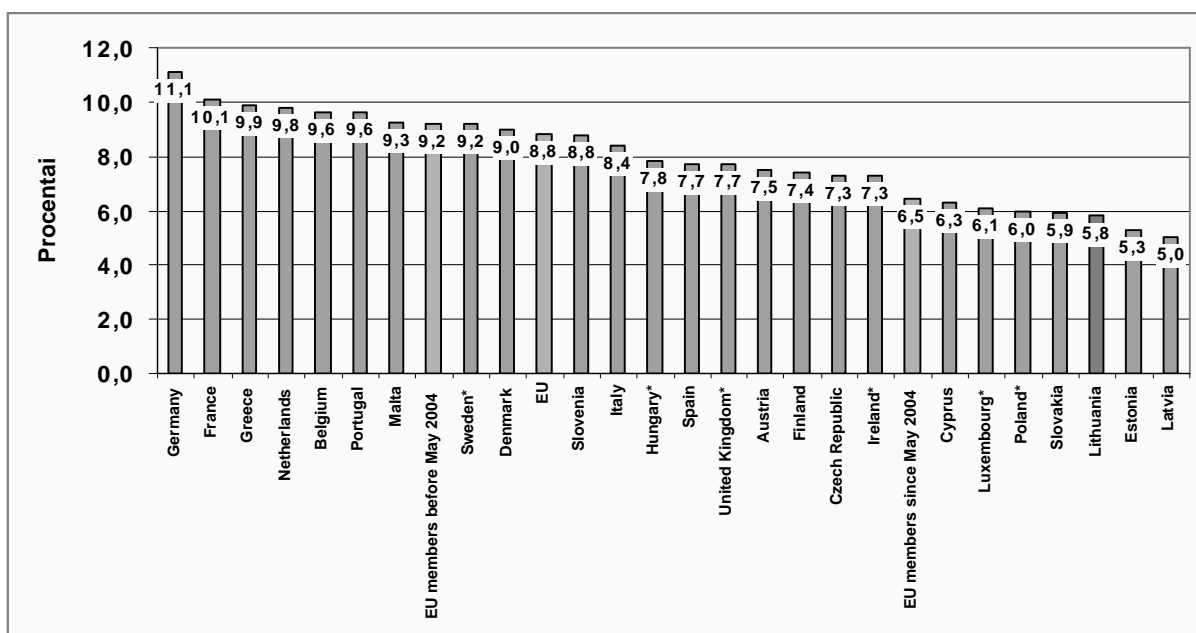
Atkreiptinas dėmesys, kad pacientai atsiskaitydami už suteiktas paslaugas privačiose gydymo įstaigose, dažniausiai naudojami savo asmeninėmis lėšomis. Privačiose įstaigose, kurios yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, dalis išlaidų yra padengiama iš PSDF biudžeto (13 lentelė).

13 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai (šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika skaičiais 2006)

Išlaidos sveikatos priežiūrai (milijonais litų):		
	2004 m.	2005 m.
Iš viso, iš jų:	3478,2	4065,8
Valstybės ir savivaldybių biudžetas	260,4	332,0
Privalomojo sveikatos draudimo fondas	2112,9	2512,8
Tiesioginės gyventojų išlaidos	1104,9	1221,0
Išlaidų sveikatai dalis nuo BVP:	5,56 %	5,71 %

Pabrėžtina, kad sutartis su ligonių kasomis yra sudariusios ne visos privačios sveikatos priežiūros įstaigos, o kompensuojama yra tik dalis patirtų išlaidų, taigi pacientas yra priverstas eikvoti savo asmenines lėšas. Žinoma, labai maža dalis pacientų yra apdrausti savanorišku sveikatos draudimu įmonėse, bet tai vėlgi yra dvigubas mokėjimas, nes mokamos įmokos į PSDF biudžetą bei papildomos įmokos draudimo bendrovėms.

Lietuva pagal BVP dydį, tenkantį vienam gyventojui (perkamosios galios standartais), yra viena iš paskutiniųjų tarp Europos Sąjungos šalių. Sveikatos priežiūrai skiriama dalis nuo BVP taip pat nėra didelė, lyginant su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis (3 pav.). Be to, tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai rodo ženkliai nepakankamą valstybės kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų lygį. Esant privalomojo sveikatos draudimo modeliui, pacientų išlaidos sveikatos priežiūrai turi būti padengiamos iš PSDF biudžeto. Pacientams mokant papildomai dar ir iš savo asmeninių lėšų, iškreipiama visa sveikatos priežiūros sistema, tampa nebeaišku, kas ką turi finansuoti. Todėl tikslinga ieškoti papildomų socialinių garantijų šioms išlaidoms mažinti. Todėl darbe toliau tikslingai analizuojama papildomojo sveikatos draudimo alternatyvos galimybė Lietuvoje.



3 pav. ES šalys: visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai kaip procentas nuo BVP, 2003 m. (šaltinis: WHO, European health for all database, 2006, www.who.int ir Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės)

Žinoma, reikia pabrėžti, kad didžiulės išlaidos sveikatos priežiūrai savaime dar nereiškia, kad žmonių sveikata bus geresnė, kad sveikatinimo paslaugos bus teikiamos geriau. Svarbesnis aspektas yra sistemos efektyvumas, kuris priklauso nuo paslaugų organizavimo ir kontrolės modelių. Galima teigti, kad asmenys, atsakingi už sveikatos priežiūros politiką Lietuvoje, turėtų atsižvelgti ne į tai, kaip kuo daugiau skirti ir surinkti lėšų sveikatos sistemai, bet kaip geriau ją organizuoti ir tas lėšas tinkamai perskirstyti. Gal tuomet atsirastų vietos ir privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms bei jų teikiamoms paslaugoms.

3 pav. ir 13 lentelėje pateikta Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo šaltinių apžvalga aiškiai parodo, jog pagrindinės išlaidos sveikatos priežiūrai tenka iš PSDF biudžeto ir privačių asmenų – gyventojų lėšų, bet taip pat dalis lėšų teikiama ir iš valstybės bei savivaldybių biudžetų. Susidaro gana paradoksali situacija, nes PSDF biudžetas daugiausia formuojamas iš gyventojų pajamų mokesčio (4 pav.). Galima teigti, kad valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose įsigalėję vadinamieji papildomi mokėjimai iškreipia sveikatos priežiūros sistemą. Pacientas priverstas mokėti du kartus. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos atsiduria prastesnėje padėtyje, nors akivaizdžiai suteikia geresnes ir skaidresnes apmokėjimo sąlygas. Tačiau šių sveikatos priežiūros įstaigų išlaidos nėra visiškai finansuojamos kaip viešose sveikatos priežiūros įstaigose. Galima numanyti, kad tokia situacija susidaro dėl netobulo sveikatos sektoriaus finansavimo modelio.

Netobulumą galima išvelgti ir nepakankamume, nes lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai, nuolat trūksta viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms, nekalbant apie privačias. Manytina, kad vien dėl sveikatos priežiūros, kaip reiškinio, priskyrimo viešajam interesui, visą dėmesį ir lėšas skirti tik valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms, privačias tokio pobūdžio įstaigas paliekant užnugaryje, yra nenaudinga ne tik valstybei, bet ir žmonėms. 3 pav. parodo, kad dauguma valstybių skiria kur kas daugiau lėšų sveikatos priežiūrai nei tai daroma Lietuvoje. Kita vertus, ne visose nurodytose valstybėse sveikatos priežiūros sistema finansuojama tobulai. Svarbu ne lėšų dydis, bet jų panaudojimo racionalumas. Privačiai teikiamos paslaugos gali būti naudingos, nes finansavimas šiose įstaigose yra pakankamai skaidrus.

Išskiriamos dvi sveikatos paslaugas gyventojams teikiančių įstaigų rūšys Lietuvoje:

1. Valstybės bei savivaldybių viešosios įstaigos, kurių išlaidas dengia teritorinės ligonių kasos;
2. Privačios gydymo įstaigos, kurių išlaidas dengia pacientai tiesioginėmis įmokomis ir maža dalimi iš teritorinių ligonių kasų.

Paminėtina, kad situacija pasikeitė ir šiek tiek pagerėjo, kai teritorinės ligonių kasos pradėjo kompensuoti ir privačių gydymo įstaigų, kurios yra sudariusios sutartis su ligonių kasomis, išlaidas. Taigi, šių įstaigų finansavimas dabar yra paremtas ne tik pacientų tiesioginėmis išmokomis, bet ir išmokomis iš PSDF biudžeto. Tačiau privačios įstaigos neskuba sudaryti sutarčių su ligonių kasomis, nes tam yra pakankamai nepalankios išlaidų kompensavimo sąlygos. Esant dabartiniam reguliavimui, sveikatos priežiūros įstaigoms, sudariusioms sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, iš PSDF yra kompensuojamos tiktai bazinės suteiktų paslaugų kainos, nustatytos atitinkamos kvotos⁵¹. Taigi, privačios medicinos įstaigos, sudariusios sutartis su ligonių kasomis, gali kompensuoti tik dalį savo turimų išlaidų, nors tokių įstaigų pajėgumai yra kur kas didesni. Sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis palanku sudaryti valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms, nes

⁵¹ LR SAM įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“

jų išlaidos visiškai finansuojamos iš PSDF biudžeto, o privačioms įstaigoms, sudarius tokias sutartis, pasunkėja atsiskaitomybės sąlygos. Privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms reikia laukti kompensacijų, jos negali iš karto planuoti savo finansinių rezultatų, kadangi kompensuojama tik dalis išlaidų, vėlgi reikia vesti dvigubą apskaitą.

Galima išskirti keletą pagrindinių viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų aspektų, susijusių su finansavimu, kurie šias įstaigas pastato ne į lygiavertes padėtis:

1. Valstybės bei savivaldybių viešosios sveikatos priežiūros įstaigos veikia ne rinkos sąlygomis: nuosavybė valstybinė, kainos reguliuojamos administracinėmis priemonėmis, veikla finansuojama mokesčių mokėtojų pinigais. Pagrindinė problema – veiklos neefektyvumas. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos veikia rinkoje, kurioje nuosavybė privati, kainos priklauso nuo pasiūlos ir paklausos, mokesčių mokėtojų pinigai nepatenka. Pagrindinė problema: paslaugų brangumas. Tokioje sistemoje diskriminuojami privačiai besigydančys pacientai, nes jie praranda savo privalomojo sveikatos draudimo pinigus⁵².

2. Taip pat verta atkreipti dėmesį, kad privačiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų valstybės finansuojamų paslaugų atveju valstybei tenka mažesnė finansinė našta, nes privačios įstaigos yra kuriamos ir vystomos ne iš valstybės investicijų. Pažymėtina, kad ilgą laiką privačios sveikatos priežiūros įstaigos buvo diskriminuojamos nekilnojamojo turto mokesčiu, kuomet viešosioms įstaigoms jo mokėti nereikėjo. 2008 metais padarytas LR Nekilnojamo turto mokesčio įstatymo pakeitimas, kuris atleido privačias sveikatos priežiūros įstaigas nuo nekilnojamojo turto, kuris naudojamas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, mokesčio. Manoma, kad žingsnis buvo būtinas siekiant konkurencingos aplinkos sveikatos priežiūros sektoriuje, tačiau jis tikrai neišspręs visų probleminių klausimų.

3. Pabrėžtinai ir ne vienodas viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reglamentavimas. Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų atveju yra taikomas jose teikiamų paslaugų kainų reguliavimas, kuomet kainos yra nustatomos tam tikros institucijos, o ne kaina nustatoma rinkos sąlygomis. LNSS įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija⁵³. LNSS nepriklausančių įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato jų valdymo organai ar savininkai šių įstaigų įstatuose nustatyta tvarka⁵⁴. Taip susidaro situacija, kuomet SAM nustato paslaugų kainas ne pagal rinkos situaciją, o pagal esamą finansavimo lėšų kiekį. Kitokia situacija būtų, jei pats pacientas labiau galėtų kontroliuoti išlaidas bei jų kompensavimo tvarką esant susirgimo rizikai. Tai padėtų įgyvendinti papildomas sveikatos draudimas, kuomet pacientas galėtų rinktis, kokias sveikatos priežiūros paslaugas pasirinkti ir kurias iš jų kompensuoti. Pacientas šio

⁵² Tik dalis pacientų išlaidų yra kompensuojama privačiose gydymo įstaigose, kurios yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis

⁵³ LR Sveikatos sistemos įstatymas, 11 straipsnis // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

⁵⁴ LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 straipsnis // Valstybės žinios, 1996, Nr.: 66-1572

pasirinkimo negali įgyvendinti nes lėšos, skirtos paslaugų kompensavimui yra pririštos prie sistemos, o ne prie paciento, tos lėšos yra skirstomos kaip naudingiau sistemai, o ne – pacientui. Taigi, net ir tuo atveju, kuomet privačios gydymo įstaigos sudaro sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, šių įstaigų išlaidos kompensuojamos tik SAM nustatytuose rėmuose, o ne rinkos kaina.

4. Pažymėtina, kad visos viešosios sveikatos priežiūros įstaigos yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, taip pacientams kompensuojamos išlaidos už teikiamas paslaugas šiose įstaigose. Tuo tarpu ne visos privačios gydymo įstaigos sudaro sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Net ir tuo atveju, kai jos sudaro sutartis, kompensuojama bus tik dalis pacientų išlaidų, už tam tikras paslaugas iš viso nenumatyta kompensacijų. Privačiose įstaigose, nesudariusiose sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis, pacientų įmokos už suteiktas paslaugas jas pasiekia nedelsiant, tuo tarpu dalį išlaidų kompensuojant teritorinėms ligonių kasomis, privačios gydymo įstaigos patirtų išlaidų iš karto negali kompensuoti, jos turi laukti, kol pinigai jas pasieks, taigi atitinkamai reikšti patirtas išlaidas tuo metu padengti iš kitų finansavimo šaltinių, kas gali būti sudėtinga.

5. Paklausa sveikatos priežiūros paslaugoms yra neribota, nes už jas nereikia asmeniškai mokėti. Tuo tarpu privačiame sektoriuje pacientai yra priversti rinktis, kokių paslaugų jiems reikia labiausiai. Kadangi, valstybiniame sveikatos sektoriuje, paslaugos yra nemokamos, jos yra visiems reikalingos. Įžvelgiamas tokios sistemos principinis ydingumas, sukuriantis ir neribotų išteklių poreikį. Be to, asmens sveikatos sąvoka nuolat plečiasi, o gydymo technologijos nuolat tobulėja, todėl žmonių norimų gauti gydymo paslaugų kaina turi tendenciją augti. Valstybinės sveikatos sistemos galimybes riboja finansai. Tuo tarpu privačiame sektoriuje, esanti kitokia paslaugų pasirinkimo ir apmokėjimo tvarka skatina pacientus racionaliai naudoti išteklius.

Atkreiptinas dėmesys į tolesnę gyvenimos perspektyvą, į tai, kad vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas, populiacijos senėjimas ir darbingo amžiaus asmenų skaičiaus mažėjimas sąlygos išlaikytinių skaičiaus bei visuomeninių išlaidų socialinėms išmokoms, pensijoms bei sveikatos priežiūrai ženklų augimą. Tam, kad pagerinti susidariusią demografinę situaciją, būtinos kardinalios sveikatos politikos korekcijos ir investicijos į sveikatos sektorių, bei kitas, gyventojų sveikatai reikšmingą įtaką turinčias sritis. Pažymėtinas, kad privatus sveikatos priežiūros sektorius, neabejotinai turės įtakos sprendžiant susiklosčiusias problemas.

Galima išskirti keletą esminių aspektų, kalbant apie privačių medicinos paslaugų teikėjų veiklos stabdymą finansavimo aspektu:

- 1) Gydymo įstaigos skirstomos į priklausančias ir nepriklausančias Nacionalinei Sveikatos sistemai pagal sutarčių su ligonių kasomis sudarymo/nesudarymo faktą;
- 2) Monopolinė ir neretai diskriminuojanti finansavimo sistema, todėl būtina svarstyti papildomojo sveikatos draudimo sistemą, kuri būtų privataus kapitalo rankose;

3) Sveikatos sistemos įstatyme nustatytas įpareigojimas savivaldybėms reguliuoti privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų steigimąsi;

4) Viešos investicijos į privačias sveikatos priežiūros įstaigas beveik nevyksta.

Be visa to, teisės aktuose yra deklaruojami ir tam tikri sveikatos priežiūros ir sveikatinimo veiklos santykių reguliavimo principai. Į šia veiklą neabejotinai patenka ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Paminėtina, kad yra įtvirtinta asmens laisvė pasirinkti kuo geresnės sveikatos sąlygas bei tai, kad valstybė skatina sveikatai naudingą ūkinę veiklą ir iniciatyvą. Bet aukščiau paminėti keletas aspektų priverčia abejoti, ar šie principai yra įgyvendinami. Abejotina ir tai, kad sveikatai naudinga ūkinė veikla yra skatinama. Pacientai neturi realios galimybės pasirinkti norimą gydymo įstaigą, nebent už suteiktas paslaugas mokant savo papildomomis lėšomis. Manytina, kad turi būti ieškomos ir kuriamos su sveikatos priežiūros finansavimo ir kompensavimo tvarka susijusios priemonės skatinant veiksmingą sąnaudų valdymą. Šiose priemonėse turėtų dalyvauti didesnis skaičius privačių sveikatos priežiūros tiekėjų skaičius, kuris suteiktų pacientams daugiau galimybių rinktis iš daugiau sveikatos priežiūros tiekėjų, kartu kontroliuojant tam skiriamas išlaidas⁵⁵.

4.1.1. Finansavimas iš privalomojo sveikatos draudimo

Sveikatos draudimo samprata – išlaidų už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimo sistema, kuri gali būti:

1. Valstybinė (socialinio draudimo sistemos dalis).
2. Savanoriška (draudimo sutarčių su privačiais draudikais pagalba).

Šiame skyriuje būtent ir aptarsime pagrindinius privalomojo sveikatos draudimo aspektus, finansavimo iš privalomojo sveikatos draudimo situaciją bei problematiką.

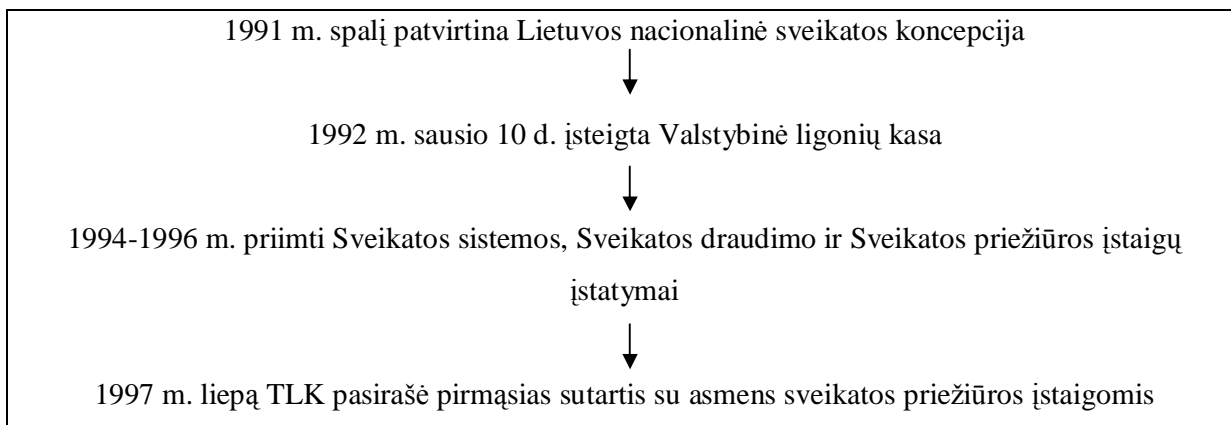
Visų pirma, reikia pažymėti, kad Privalomo sveikatos draudimo sistema Lietuvoje yra pakankamai jauna. Nuo pirmųjų sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis praėjo vos daugiau nei dešimtmetis.

Kiekvienais metais PSDF biudžetą papildo vis didesnės sumos, tačiau kiekvienais metais girdime vis daugiau nepatenkintų pacientų. Galima teigti, kad ne visuomet padidintas finansavimas išgelbėja nuo visų trūkumų. Atsižvelgiant į kitų valstybių patirtį, susiklosčiusią situaciją pradedama mėginti spręsti pasitelkiant ir privačias gydymo įstaigas⁵⁶, tačiau svarbu, kad joms būtų suteiktos tinkamos sąlygos konkurencingai funkcionuoti ir teikti paslaugas. Todėl neverta būtų teigti, kad PSDF biudžetas visiškai tenkina pacientų reikalavimus. Nes išlaidos sveikatai ir PSDF biudžeto

⁵⁵ Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Riomerio universitetas, - Vilnius, 2007, p. 38

⁵⁶ Pažymėtinas LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtos koncepcijos patvirtinimo“, kuriame ypatingas dėmesys skiriamas privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms

lėšos nėra sutampantys skaičiai, kadangi, remiantis aukščiau pateikta 13 lentele, dar apie 50 procentų PSDF biudžeto lėšų išleidžia pacientai iš savo asmeninių lėšų. Taigi, patenkinti pacientų poreikiams vien PSDF lėšų nepakanka, nes dar apie pusę šį fondą sudarančių lėšų, pacientai padengia savo asmeninėmis lėšomis. Remiantis tuo, galima teigti, kad PSDF reikėtų didinti mažiausiai pusantrą karto. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos taip pat teikia sveikatinimo paslaugas, kurios daugumai pacientų yra gyvybiškai svarbios ir už kurias taip pat mokama tiesioginėmis įmokomis iš pacientų, o ne jas kompensuojant.



4 pav. Privalomo sveikatos draudimo raidos etapai Lietuvoje (šaltinis: prieiga per internetą: www.vlk.lt)

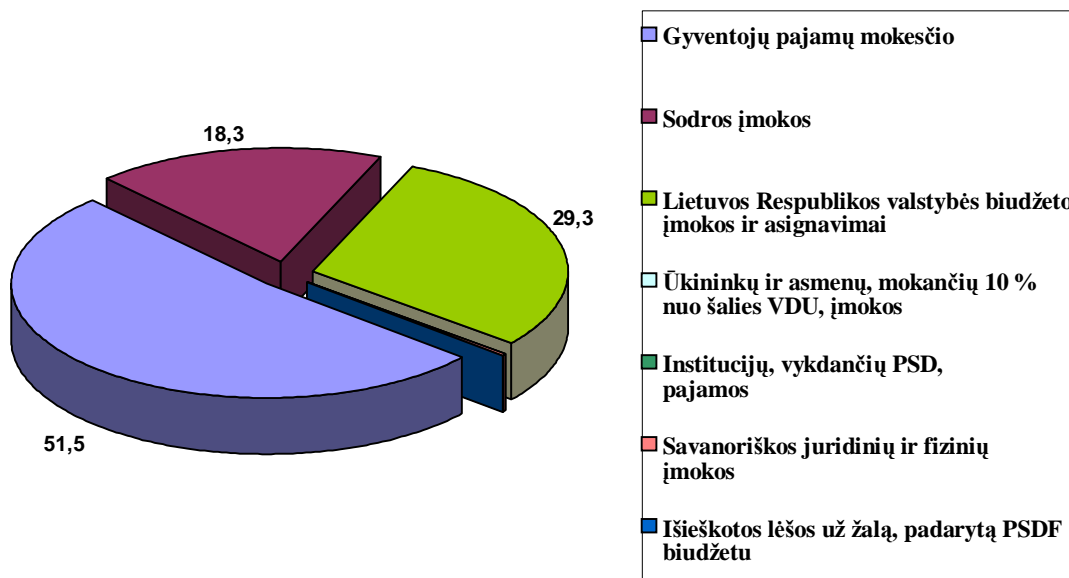
Svarbu paminėti, kad privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus. 14 lentelėje nurodomos PSDF biudžeto finansinės lėšos atitinkamais metais.

14 lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto viešieji finansai vidutinės trukmės laikotarpiu (šaltinis: LR finansų ministerijos duomenimis, prieiga per internetą: www.finmin.lt)

1997 m	1300 mln. Lt
2004 m	2043,8 mln. Lt
2005 m.	2360,8 mln. Lt
2006 m	2885,2 mln. Lt
2007 m	3640,4 mln. Lt
Pokytis (2007 m. palyginti su 2004 m.) –1,78 karto	

Taip pat pateiktina schema, kurioje atsispindi PSDF biudžeto įplaukos. Pastebima, kad didžiąją dalį įplaukų PSDF gauna iš gyventojų. Išvelgtinas pinigų surinkimo ir paskirstymo ydingumas. Kaip jau minėta darbe, kuomet valstybiniame sveikatos priežiūros sektoriuje paslaugos

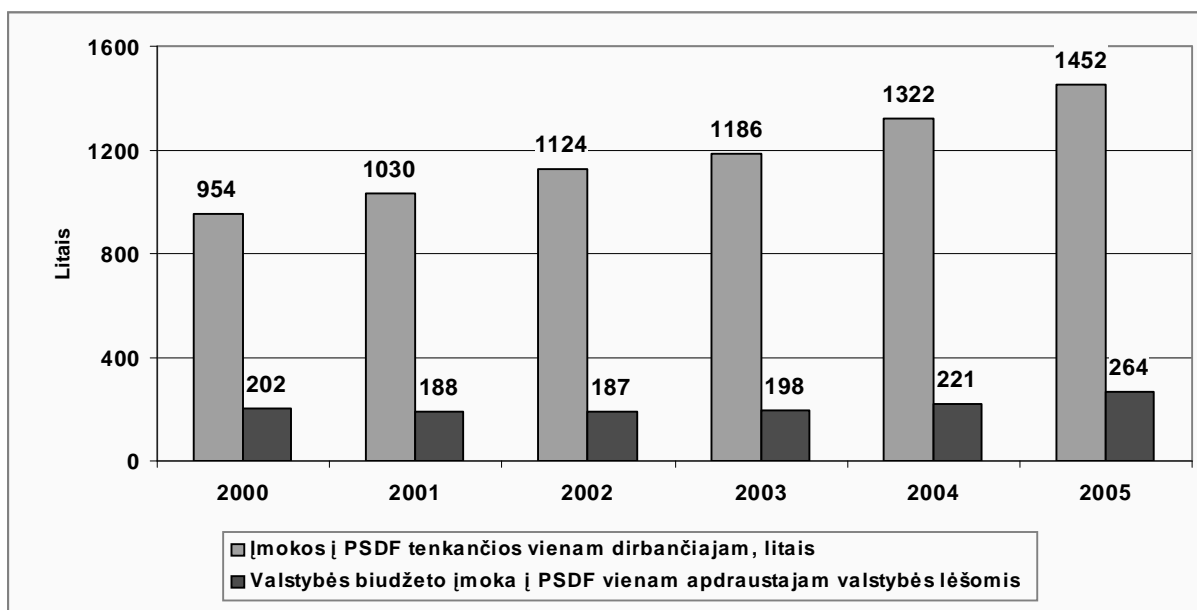
teikiamos nemokamai ir neatsižvelgiant į tai, kiek yra sumokama įmokų, tos paslaugos tampa labai paklausios ir visiems reikalingos. Į sistemą įvedus papildomą sveikatos draudimą, galima būtų sumažinti privalomas įmokas bei suderinti sveikatos paslaugų pasiūlą bei paklausą.



5 pav. 2006 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir jų struktūra (šaltinis: 2006 Valstybinės ligonių kasos duomenimis, www.vlk.lt)

5 paveikslėlio legendoje nurodyti pagrindiniai PSDF biudžeto pajamų šaltiniai, kurie yra išskirti ir sveikatos draudimo 15 straipsnyje. Skritulinėje diagramoje nėra pavaizduoti pajamų šaltiniai iš ūkininkų ir asmenų, mokančių 10% nuo šalies VDU, įmokos, institucijų, vykdančių PSD pajamos bei savanoriškos juridinių ir fizinių įmokos, nes pastarosios sudaro ypač mažą dalį PSDF biudžete.

Žemiau pateiktame 6 pav. palyginami du pagrindiniai PSDF lėšų formavimo šaltiniai.

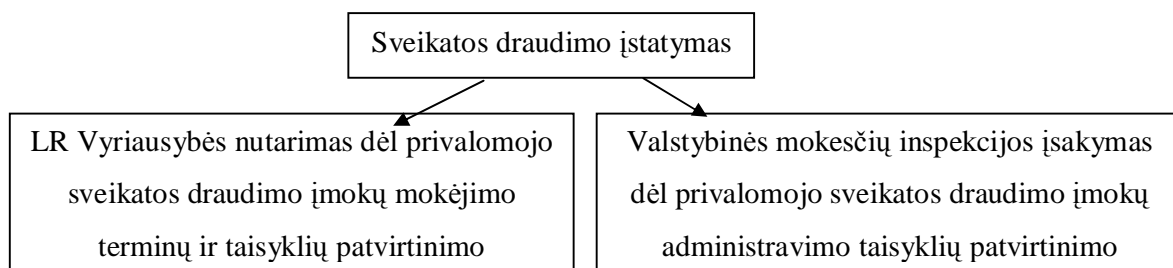


6 pav. Vieno dirbančiojo įmokos ir Valstybės biudžeto įmokos į PSDF vienam apdraustajam valstybės lėšomis per metus palyginimas, 2000-2005 m. (šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, prieiga per internetą: www.stat.gov.lt ir VLK duomenys, prieiga per internetą: www.vlk.lt)

Aukščiau pateiktoje schemeje matyti akivaizdus atotrūkis tarp dirbančiųjų įmokų ir valstybės įmokų. Šiandien, dirbantis asmuo neturi galimybės pasirinkti koku būdu jam būtų geriausiai drausti savo sveikatą. Valstybės nustatyta pareiga mokėti įmokas į PSDF biudžetą atima iš dirbančiojo asmens galimybę rinktis. Susirgus ar atsitikus nelaimi sergantysis negali pasirinkti gydymo įstaigos. Kita vertus, galimybė išlieka, tik sumokėti pinigai į PSDF biudžetą atiteks kitiems, o sergantysis, eidamas į privačią gydymo įstaigą, susimokės du kartus. Esant tokiai situacijai, privačios gydymo įstaigos yra diskriminuojamos, nes nesuteikiama galimybė adekvačiai viešosioms įstaigoms teikti paslaugas. Žinoma, bandoma šią situaciją spręsti, suteikiant galimybę privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms teikti paslaugas apdraustiesiems iš PSDF biudžeto, bet tuomet reikia sudaryti sutartį su ligonių kasomis.

2006 metais, VLK duomenimis sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis sudarė 87 ligoninės, 16 slaugos ligoninių, 14 GMP stočių, 439 šeimos gydytojų kabinetai, pirminės sveikatos priežiūros centrai ir klinikos, kitos ambulatorinės medicinos paslaugas teikiančios įstaigos (tarp jų 244 privačios įstaigos), daugiau nei 1400 vaistinių.

Paminėtini ir pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys visą veiklą, susijusią su privalomuoju sveikatos draudimu, pateikiami 7 pav.



7 pav. Privalomojo sveikatos draudimo teisinis reglamentavimas (šaltinis: www.lrs.lt)

Teisės aktuose, taikomuose privalomojo sveikatos draudimo sistemai, numatyta nemažai apribojimų, visuomenė nėra visiškai patenkinta sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu ir jų kokybe (plačiau aptariama 4.3 skyriuje). Todėl būtinas šių aktų nuoseklus revizavimas.

Lietuvoje pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis privalomąjį sveikatos draudimą yra LR Sveikatos draudimo įstatymas. Esant pasirinktam privalomojo sveikatos draudimo modeliui, 3 procentų darbo užmokesčio dydžio sumas reikia sumokėti kaip sveikatos draudimo įmokas⁵⁷. Šias įmokas administruoja valstybinės mokesčių inspekcijos pervesdamos jas į valstybinės ligonių kasos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą. Tuo tarpu teritorinės ligonių kasos pagal sutartis su jomis, moka išmokas sveikatos priežiūros įstaigoms. Pagrindinis VLK tikslas yra tinkamai atstovauti draudžiamųjų interesus ir efektyviai naudoti PSDF biudžeto lėšas sveikatos priežiūrai. Tik kyla klausimas, ar ji juos atstovauja ir ar ji naudoja tas lėšas?

Galima pateikti keletą argumentų, paremtų tarptautiniais pavyzdžiais, kurie Lietuvoje esamą privalomojo sveikatos draudimo modelį patvirtiną kaip teigiamą:

- Buvusios sovietinės respublikos (pvz.: Moldova ir kt.) domisi Lietuvos patirtimi ir diegia labai panašius privalomojo sveikatos draudimo modelius.
- Kai kurios Europos Sąjungos šalys narės (pvz.: Estija, Latvija, Lenkija, Ispanija) praėjusiam dešimtmetyje įgyvendino decentralizuotas privalomojo sveikatos draudimo sistemas, tačiau, pastaraisiais metais šios valstybės reformavo savo sistemas ir įsteigė centrinės institucijas, vykdančias gautų pajamų paskirstymo išlyginimą (VLK atitikmuo).
- Vokietijos, turinčios decentralizuotą sveikatos draudimo sistemą (~300 ligonių kasų), vyriausybė kanclerės A. Merkel iniciatyva 2006 m. lapkričio mėn. priėmė politinį sprendimą nuo 2009 m. sausio 1 d. įsteigti centrinę sveikatos draudimo instituciją – valstybinę kasą, kuri vykdytų pajamų išlyginimą⁵⁸.

⁵⁷ LR sveikatos draudimo įstatymas, 17 straipsnis // Valstybės žinios, 1994, Nr.: 63-1231

⁵⁸ Sasnauskas A., „Privalomojo sveikatos draudimo raidos Lietuvoje ypatumai“, pranešimas, VLK prie SAM. Prisijungta: 2008 m. spalio 19 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/vlk%20pranesimas%20pakeitimai%20p.ppt#1

4.1.2. Finansavimas savanorišku sveikatos draudimu

Kalbėti apie papildomą sveikatos draudimą būtina todėl, kad stiprėjantis privačių gydymo įstaigų sektorius pasirengęs dalyvauti savanoriško sveikatos draudimo rinkoje. Privatus gydymo sektorius stiprėja, nes pacientai juo labiau pasitiki, mokėjimai tokiose įstaigose vykdomi skaidriau⁵⁹. Tačiau nesant savanoriško sveikatos draudimo, pacientai priversti mokėti du kartus, o paslaugomis apmokėtomis per mokesčius net nesinaudoti, kuomet privačios gydymo įstaigos nėra sudariusios sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis, arba naudotis dalinai, kuomet privačios įstaigos yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis ir PSDF kompensuoja tik dalį patirtų išlaidų privačiose gydymo įstaigose. Galima išvengti Lietuvoje esančios sveikatos sistemos finansavimo netobulumą ir tada, kuomet pacientai priversti papildomai susimokėti ir viešose sveikatos priežiūros įstaigose. LR Konstitucija laiduoja nemokamą sveikatos priežiūrą. Tačiau esamoje situacijoje pacientas už papildomai atliekamus tyrimus ar tam tikras paslaugas viešose sveikatos priežiūros įstaigose yra priverstas mokėti savo tiesioginėmis lėšomis.

Lietuvai šiandien svarbu yra konkurencinga, legaliais mokėjimais ar paciento priemokomis paremta sveikatos apsaugos sistema, kurioje atsirastų bei plėtotųsi individualusis sveikatos draudimas. LR Vyriausybei metai iš metų veiklos programose keliant tikslą įvesti papildomą sveikatos draudimą, faktiškai šalyje ir toliau vyksta šešėliniai, pusiau legalūs ar tik gydymo metu sužinomi mokėjimai už sveikatos paslaugas. Vyriausybės pareiga turėtų būti ne draudimo ar kitų priemonių, pavadintų draudimu (pvz., sveikatos santaupų sąskaitų) kūrimas, o konkurencinėmis rinkos sąlygomis veikiančios, skaidriais atsiskaitymais ar papildomomis paciento priemokomis iš savanoriško sveikatos draudimo, paremtos sveikatos apsaugos sistemos sukūrimas.

Pažymėtina, kad privalomasis sveikatos draudimas nedraudžia ir negali apdrausti nuo visų sveikatos sutrikimų rizikų. Todėl turi būti priimti sprendimai dėl šių rizikų mažinimo, išlaidų kompensavimo atskiroms visuomenės grupėms (socialiai remtiniams, mažamečiams vaikams ir kt.) priimant papildomojo sveikatos draudimo koncepciją. Draudimas yra tik finansinis instrumentas, kurio pagalba gyventojas gali sumažinti ateities rizikas, apmokėti gydymosi išlaidas. Svarbu, kad tos išlaidos būtų numatomos. Jau dabar yra žinoma, kad sveikatos apsauga jau dabar yra iš dalies mokama. Vieni mokėjimai yra šešėliniai, kiti – pusiau legalūs, kuomet pacientas priverstas mokėti papildomai už vis naujai suteikiamas paslaugas, apie kurias jis nėra informuojamas, tačiau neretai aiškiai nepaskelbti ir pacientui iš anksto nežinomi. Vadinamieji šešėliniai mokėjimai anaiptol nėra toleruoti, nors mokančiam ir paslaugą greičiau ar kokybiškiau gaunančiam pacientui, tą akimirką jie, galbūt, yra parankūs. Neoficialaus primokėjimo praktika, egzistuojanti valstybiniame sektoriuje, iškraipo konkurenciją, apsunkina privačių sveikatos paslaugų teikėjų galimybę konkuruoti su

⁵⁹ Vis daugiau pacientų renkasi privačias sveikatos priežiūras įstaigas, nepaisant to, kad už jas reikia papildomai mokėti

valstybiniu sektoriumi. Neoficialūs mokėjimai - tai taip pat valstybės negauti mokesčiai, blogesnės paslaugos kitiems (nemokantiems) pacientams, paciento prarasta galimybė legaliai reikalauti bei teisiniu būdu spręsti kylančius ginčus. Beveik visose Europos valstybėse galioja praktika skelbti už gydymą atsieinančias paciento priemokas. Žinodamas kainą, pacientas tampa atsakingu sveikatos paslaugų vartotoju. Legalūs, aiškūs, paskelbti mokėjimai įgalintų legaliai įsigyti kokybiškesnes sveikatos paslaugas, leistų planuoti asmenines išlaidas sveikatai, o taip pat suteiktų galimybę ieškoti būdų kaip sumokėti už sveikatos paslaugas (tarp jų ir papildomo sveikatos draudimo pagalba).

Kalbant apie savanorišką sveikatos draudimą, reikia pažymėti, kad savanoriškas draudimas gali egzistuoti kaip alternatyva valstybinei sveikatos draudimo sistemai, gali dubliuoti valstybinę sveikatos draudimo sistemą arba papildyti valstybinę sveikatos draudimo sistemą. Teigiama, kad sveikatos draudimo sistema yra efektyvi tuomet, kuomet privalomasis sveikatos draudimas egzistuoja kartu su savanoriškuoju sveikatos draudimu. Be to, savarankišką draudimą turėtų vykdyti privačios draudimo įmonės, kas taip pat atsvertų suvalstybintą sveikatos priežiūros sektorių.

Sveikatos draudimo įstatymas (5 straipsnis) numato, jog egzistuoja ir papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas Lietuvoje. Tačiau šio įstatymo 1 straipsnyje, kur nurodoma įstatymo paskirtis, apie savanorišką sveikatos draudimą net neužsimenama, taip nurodant, kad jis nėra šio įstatymo reglamentavimo dalykas. Nors pažymima, kad papildomas sveikatos draudimas yra vykdomas sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka, bet taip pat nurodant, kad šią veiklą reglamentuoja ir LR draudimo įstatymas. Sukuriamas dvigubas reglamentavimas. Taigi, galima drąsiai teigti, kad pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis savanorišką sveikatos draudimą yra LR draudimo įstatymas. Žinoma, jokių poįstatyminių aktų nėra priimta. Peršasi išvada, kad ši draudimo rūšis yra tik deklaruojamas sveikatos draudimo sistemos modelis. Esminiai šio draudimo elementai yra tie, kad šį draudimą vykdo tik privačios draudimo įmonės, o draudėjas pagal draudimo sutartį įmoka draudimo įmokas, tuo tarpu, draudiminio įvykio atveju, įgydamas teisę į draudimo išmoką.

Kalbant apie savanorišką sveikatos draudimą, būtina atsižvelgti ir į kitų valstybių praktiką bei juose esantį sveikatos draudimo modelį. Pažymima, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema užima 26 vietą Europoje – konstatuojama 2007 m. Europos sveikatos paslaugų indekso tyrime (EHCI)⁶⁰.

Pirmosioms penkioms valstybėms yra būdingas pliuralistinis tipas: sveikatos sistema pasižymi draudikų įvairove, draudikų bei sveikatos paslaugų teikėjų organizaciniu nepriklausomumu. Tuo tarpu valstybių, kuriose sveikatos sistemos finansavimas ir paslaugų

⁶⁰ Euro health consumer index 2007. Prisijungta 2008 m. rugpjūčio 6d. Prieiga per internetą: http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf

teikimas yra visiškai ar iš dalies vienoje organizacinėje struktūroje (pvz. NHS sistema JK, Skandinavijos valstybės, PSDF sistema Lietuvoje), jau ne pirmus metus nėra tarp lyderių.

15 lentelė. Europos sveikatos paslaugų sistemų indeksas (šaltinis: 2007 m. Europos sveikatos paslaugų indekso tyrimo duomenimis)

1.	Austrija
2.	Olandija
3.	Prancūzija
4.	Šveicarija
5.	Vokietija
6.	Švedija
7.	Norvegija
12.	Estija
26.	Lietuva
29.	Latvija ⁶¹

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad draudimas nėra tikslas, tai tik priemonė. Tikrasis siekis turi būti ne draudimo “įvedimas”, o sveikatos sistemos subalansavimas, kad ji galėtų tapti konkurencinga. Pastebėtina, kad dabartinėje neskaidriais, neprognozuojamais bei šešėliniais mokėjimais paremtoje sistemoje “nėra vietos” nei papildomam draudimui, nei sveikatos santaupų sąskaitoms. Pažymėtina, kad pacientas-vartotojas nesitiki nemokamos sveikatos apsaugos, to neteigia ir LR Konstitucija. Tikroji paciento teisė – tai galimybė rinktis ir gauti sveikatos paslaugas pagal jų kainą ir kokybę skaidrioje sistemoje. Šios teisės įgyvendinimui valstybė privalo nedaryti kliūčių. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje deklaruojama teisė į sveikatos priežiūrą. Tačiau Konstitucijos nuostatų nereikėtų traktuoti kaip valstybinių gydymo įstaigų absoliučią pareigą teikti išskirtinai nemokamą ir visa apimančią medicinos pagalbą. Konstitucija nenustato nemokamos (finansuojamos iš valstybės biudžeto) medicinos pagalbos apimties, tačiau reikalauja, kad tokia pagalba būtų ir turi būti įstatymu nustatyta jos teikimo tvarka⁶². Šio straipsnio interpretacija turi būti grindžiama kompromisu tarp asmens konstitucinės teisės į sveikatos priežiūrą ir valstybės ekonominių sąlygų. Tačiau žmogaus teisė į tinkamą sveikatos apsaugą, kaip viena iš socialinių teisių, suformuluoja valstybės pareigą užtikrinti, kad asmuo galėtų lygiais pagrindais su kitais dalyvauti paskirstant socialines vertybes, t. y. prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą. Tai pažymi ir Europos sveikatos paslaugų tyrimo indekso vadovas Arne Bjornbergas, kurio patarimas Lietuvos Vyriausybei – sudaryti geresnes sąlygas ir skatinti pacientus patiems priimti sprendimus susijusius su sveikatos apsauga⁶³.

Papildomojo draudimo nuostata yra ir dabartinės Vyriausybės programoje (LRV 2006-2008 metų programos įgyvendinimo 283 ir 284 priemonės), patvirtinant Valstybės siekį sukurti tarpinių socialinių garantijų lygmenį tarp pilno valstybės finansavimo ir finansavimo išimtinai sergančiojo šeimos lėšomis.

⁶¹ Euro health consumer index 2007. Prisijungta 2008 m. rugpjūčio 6d. Prieiga per internetą: http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf

⁶² Seimo kontrolieriaus Romo Valentukevičiaus Informacinis biuletėnis “Žmogaus teisių apsauga. Teisė į tinkamą sveikatos apsaugą”, 2007, Nr. 19 (34)

⁶³ Health consumer Powerhouse pranešimas spaudai. Prisijungta 2008 m. rugpjūčio 6d. Prieiga per internetą: [http://www.healthpowerhouse.com/files/press_releases/Lithuania%202007%20EHCI%20\(4\)02%20\(2\).pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/press_releases/Lithuania%202007%20EHCI%20(4)02%20(2).pdf)

Vyriausybės Strateginio planavimo komitetas 2007 metais pritarė papildomojo sveikatos draudimo kūrimo koncepcijai. Buvo numatoma, kad nuolatiniai šalies gyventojai arba jų darbdaviai turės teisę papildyti draudimą papildomomis įmokomis į specialią asmeninę sąskaitą, kurioms bus taikomos mokesstinės lengvatos. Taigi turėjo būti sukurtos sveikatos santaupų sąskaitos, į kurias turėjo būti pervedama pajamų mokesčio dalis. Šios lėšos turėjo būti naudojamos sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių nepadengtų privalomasis sveikatos draudimas, apmokėti. Šios lėšos galėjo būti naudojamos savanoriškojo sveikatos draudimo įmokoms. Tokio papildomojo sveikatos draudimo modelio tikslas – sukurti efektyviai veikiančią sistemą, kuri daugeliui šalies gyventojų, nepriklausomai nuo jų pajamų lygio, leistų sukaupti pinigines lėšas, reikalingas sveikatos priežiūros prekėms ir paslaugoms virš privalomojo sveikatos draudimo kompensuojamo lygio. Taip pat buvo siekiama įgyvendinti principą pinigai seka paskui ligonį, kas padidintų gyventojų teises sprendžiant, kokias medicinines prekes ir paslaugas vartoti. Manoma, kad būtų sukurtos palankios socialinės prielaidos dalinių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas įvedimui. Bet vėlgi, koncepcija nebuvo patvirtinta, nes buvo netinkama.

Papildomas draudimas (kaip, beje, ir sąskaitos) savaime nereiškia tinkamos sveikatos sistemos. Jis yra tik priemonė toje sistemoje – būdas apmokėti ir gauti sveikatos paslaugas. Sistemoje, kurioje nėra realių sveikatos paslaugų kainų, kurioje vyrauja šešėliniai bei neprognozuojami pusiau oficialūs mokėjimai, privačiam sveikatos draudimui tiesiog nėra vietos. Lietuvos sveikatos sistemai evoliucionuojant labai pamažu, privatūs draudimo produktai taip pat kuriasi pamažu.

Bet kokios sveikatos apsaugos sistemos galimybės yra ribotos gydant žmones, nes jos priklauso ir nuo paties paciento požiūrio į savo sveikatą. Tas požiūris apima rūpinimąsi sveikata, kol dar nesergi, ir sąmoningą dalyvavimą gydymo procese susirgus, tame tarpe ir pinigais. Papildomas sveikatos draudimas yra tas finansinis įrankis, kuris realizuoja paciento atsakomybę, galimybę rinktis, asmeninį domėjimąsi gydymo būdais ir kokybe, rūpestį profilaktika. Kuomet sąmoningas žmogus supranta, kad jam teks išleisti mažiau lėšų, jei jis gyvens sveikai, jis būtent taip ir darys. Taigi, manytina, kad papildomas sveikatos draudimas yra viena iš prielaidų, padėsiančių visuomenei tapti sveikesnei.

Šiandien Lietuvoje jau yra sveikatos draudimo paslaugas teikiančių bendrovių, tiesa, kol kas jos draudžia ne pavienius asmenis, o darbo kolektyvus (nesant galimybės išdalyti riziką, draudimas būtų labai brangus). Tai yra, šiandien yra galimybė darbdaviams drausti darbuotojus sveikatos draudimu. Anksčiau šia paslauga domėjosi praktiškai tik užsienio kapitalo bendrovės, tačiau šiandien esant didžiuliam specialistų trūkumui vis daugiau darbuotojų gali tikėtis, kad darbdavys apdraus juos papildomu sveikatos draudimu ir sutaupys jiems pinigų ir nervų susirgus. Bet kodėl darbdavys turėtų taip skatinti savo darbuotojus? Tokiam draudimui netaikomos jokios lengvatos, už

jį, lygiai taip pat kaip ir už darbo užmokestį, darbdaviui reikia mokėti socialinio draudimo mokestį. Kas yra visiškai nelogiška, kuomet toks draudimas nuima dalį naštos nuo valstybinės sveikatos priežiūros. Jis sumažina ir dabartines eiles, esančias viešose gydymo įstaigose, nes dauguma draudimą turinčių pacientų, renkasi privačias gydymo įstaigas ir taip sumažina pacientų skaičių viešosiose gydymo įstaigose. Kitas klausimas, ką daryti pavieniui žmogui, kurio darbdavys nedraudžia?

Atsiradus privačiam sveikatos draudimui, mažėja gyventojų iš kišenės mokamos išlaidos⁶⁴. Savanoriškas draudimas pradėtas siūlyti 1999, bet įsitvirtino tik kaip grupinis draudimas, egzistuojantis įmonėse.

Svarbu suvokti, kad Sveikatos draudimo sistema yra efektyvi tuomet, kuomet privalomasis sveikatos draudimas egzistuoja kartu su savanoriškuoju sveikatos draudimu.

Ekonominė teorija įvardija šias rinkos negalios sukurti papildomąjį draudimą priežastis⁶⁵:

- Menkas patrauklumas gyventojams dėl mokamų paslaugų krepšelio neapibrėžtumo bei aukštų įmokų tarifų. Pastarieji atspindi ne tik gydymo kaštus, bet ir labai ženkliai 30 procentų nuo įmokų kartais viršijančias modelio, pagrįsto išimtinai privačia iniciatyva ir tradiciniais einamųjų mokėjimų principais, administravimo sąnaudas;

- Menkas patrauklumas draudimo kompanijoms dėl aukštos rizikos, jog pacientai pertekliniai vartos vaistus ir dantų gydytojų paslaugas.

4.2. Viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių teisinio reglamentavimo skirtumai

Vienas pagrindinių teisės aktų, kuriuo remiasi visa mūsų teisinė valstybė⁶⁶, yra LR Konstitucija. Visas teisinis reglamentavimas turi atitikti nuostatas, išdėstytas joje. Svarbiausi LR Konstitucijos straipsniai, reglamentuojantys sveikatos priežiūrą, yra 46 ir 53 straipsniai. LRK 53 straipsnyje numatyta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką⁶⁷. Taigi, valstybė, rūpindamasi žmonių sveikata, prioritetus suteikia valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms. LRK 46 straipsnyje numatyta, kad Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva, o

⁶⁴ Pauly M.V, Zweifel P., Scheffler R.M, Preker A. S., Bassett M. „Private Health insurance In Developing Countries“ 2006

⁶⁵ Papildomojo sveikatos draudimo koncepcijos projektas skirtas pristatyti LR Vyriausybės Strateginio planavimo komitetui. 2007 m. vasario 7 d. LR Ministro Pirmininko potvarkiu nr. 53 sudaryta darbo grupė 2007 m. rugpjūčio mėn.

⁶⁶ LR KT 2002 m. sausio 14 d. nutarimas, Valstybės žinios 2002, Nr.5-186

⁶⁷ Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33 – 1014

valstybė remia visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą⁶⁸. Suprantama, kad sveikatos apsauga yra priskirtina viešajam sektoriui, nes ją užtikrinti yra valstybės pareiga, o privati veikla šioje srityje lyg ir nėra pageidautina. Sveikatos apsauga nėra priskirtina privačiam ūkiui, todėl tikslingai yra paliekama be šiai sričiai skiriamos valstybės paramos, galima suprasti iš deklaruojama LR Konstitucijos 46 straipsnio potekstės.

Taigi Lietuvos Respublikoje sukurta valstybės laiduota nemokama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema remiasi ne sutartiniais paciento ir sveikatos priežiūros įstaigos santykiais, bet iš įstatymų ir kitų teisės aktų kylančiomis tarpusavio teisėmis ir pareigomis asmeniui įstatymų nustatyta tvarka kreipusis į pirminę asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir prie jos prisiregistravus⁶⁹. Santykiai, susiję su privalomuoju sveikatos draudimu ir sveikatos priežiūros paslaugų atlyginimu iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, nėra civilinės teisės reglamentavimo dalykas⁷⁰. LR civilinio kodekso 1.136 straipsnio 2 dalies 6 punktas nustato, jog civilinės teisės ir pareigos atsiranda dėl įvykių ar veiksmų (veikimo, neveikimo), su kuriais įstatymai sieja civilines teises ir pareigas⁷¹. Esant viešiesiems santykiams, tarpusavio santykiai, teisės ir pareigos, kaip jau buvo minėta, atsiranda ne iš sutarčių ar sandorių, bet iš paciento (jo įstatyminio atstovo) veiksmo (kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir registracijos), kuriuo atitinkami įstatymai ir sieja teises pasekmes (teisių, pareigų ir atsakomybės atsiradimą).

Pabrėžtina, kad apskirtai kitokia situacija yra su privačiomis gydymo įstaigomis. Esant privatiems tarpusavio santykiams, pacientui kreipusis į privačią sveikatos priežiūros įstaigą, teisės ir pareigos atsiranda būtent sutarčių ar sandorių pagrindu. LR CK 6 knygos IV dalies XXXV skyriaus antrasis skirsnis reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Skirsnio pavadinimas pabrėžia, kad šios įstaigos gali teikti tik asmens sveikatos priežiūros paslaugas. LR CK 6.725 straipsnio 3 dalis nurodo, kad minėto skirsnio nuostatos netaikomos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių išlaidos pagal įstatymus yra apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės ar savivaldybės biudžetų lėšų⁷². Be to, svarbus yra ir LR CK 6.743 straipsnis, numatantis taisyklę, kad, jeigu asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos vadovaujantis bendraisiais mediko profesijos reikalavimais ar medicinos etikos (deontologijos) principais, t. y., ne pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutartį, minėto skirsnio reglamentavimas taikomas tiek, kiek tai atitinka teisinio santykio prigimtį.

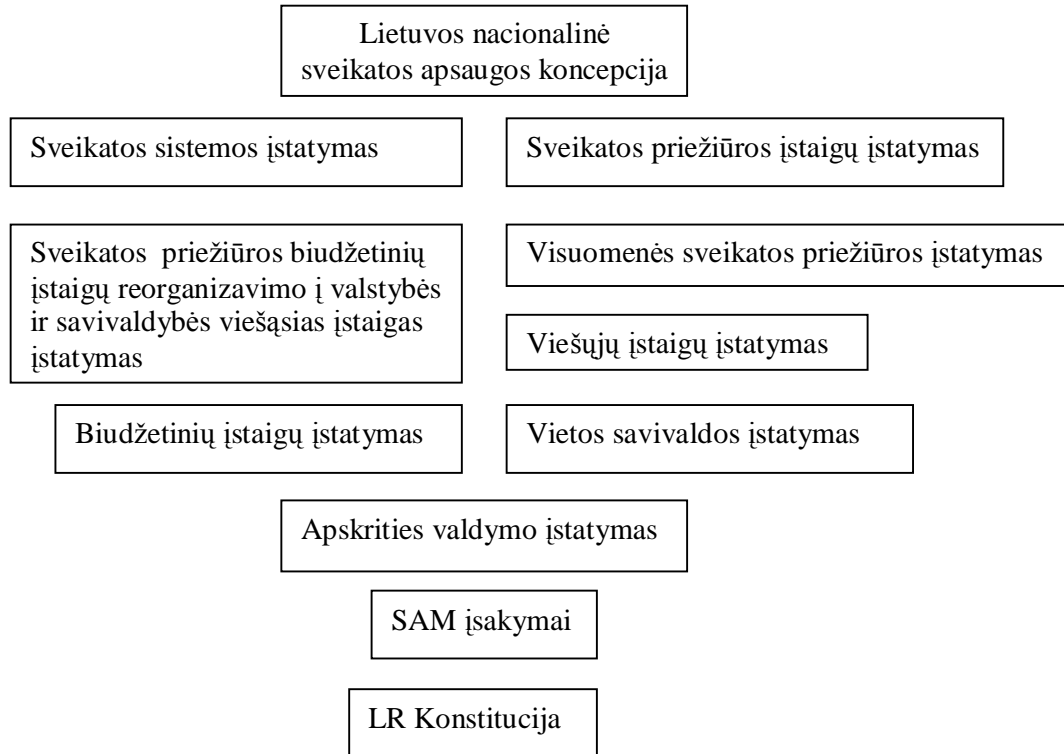
⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ LAT 2004 m. sausio 13 d. nutartis civ. byl. Nr. 3K-7-24/2004

⁷⁰ LVAT 2004 m. spalio 25 d. sprendimas adm. byl. Nr. I-4-04-2004

⁷¹ LR civilinis kodeksas // Valstybės žinios, 2000, Nr. 74-2262

⁷² LR civilinis kodeksas // Valstybės žinios, 2000, Nr. 74-2262



8 pav. Pagrindiniai teisės aktai reglamentuojantys viešąjį sveikatos priežiūros sektorių⁷³

Apstus sąrašas įstatymų, poįstatyminių aktų sukelia daugybę neaiškumų. Atkreiptinas dėmesys, kad visi išvardinti aktai pagrinde reguliuoja viešųjų gydymo įstaigų veiklą, privačias paliekant užribyje, kaip nepatenkančias į LNSS. Tačiau privačios sveikatos priežiūros įstaigos funkcionuoja, nors joms ir nėra sukurta plati teisinė bazė. Manytina, kad šioje sferoje tinkamus dėsnius surikiavo pati rinka. Tuo tarpu valstybė, reguliuota sveikatos priežiūros reglamentavimą kaip viešąją sritį įnešė pakankamai daug painiavos ir, ko gero, naudos suteikė tik biurokratiniam aparatui, o ne pacientui, apie kurį ir turi suktis vis sveikatos paslaugų spiralė.

Galima pasvarstyti apie valstybės vaidmenį šioje srityje. Sveikata – pirminis žmogaus poreikis, o sergantis žmogus yra priklausomas nuo gydytojo; šios paslaugos neįmanomos be užmokesčio; šis užmokestis gali skirtis priklausomai nuo paslaugų lygio; pacientas ne visuomet gali susimokėti už sveikatai būtinas paslaugas ir tokiais atvejais gali būti gydomas tik esant paramai. Šiandien paramos davėjo vietą užėmė valstybė, išstūmusi gydytoją, kaip asmenį, bendruomenę ir bažnyčią. Taigi, ar nėra proteguojamos viešosios gydymo įstaigos, kaip dalis biurokratinio aparato, privačias paliekant atstumtas ir be paramos.

⁷³ Specialūs sveikatos srities įstatymai bei poįstatyminiai aktai, kaip antai: Visuomenės sveikatos stebėsenos įstatymas, medicinos praktikos įstatymas ir kt. Pateikiami priede Nr. 2

Kol kas privatūs savininkai dominuoja tik srityse, kurias tiktų įvardyti kaip antrines ar šalutines: vaistų prekyba, iš dalies sanatorinis gydymas. Galima vienareikšmiai teigti, kad tai, ką mes dažniausiai siejame su medicina – stacionaraus gydymo paslaugos, ambulatorinis gydymas ar gydytojų konsultacijos, didžia dalimi yra visuomeninės. Ryškesnės išimtys pasireiškia tik atskirose srityse (pavyzdžiui, stomatologija, kuri yra verta dėmesio, nes rinka gali veikti ir tokiose specifinėse srityse kaip gydymas). Remiantis išdėstytais argumentais, galima gana vienareikšmiškai teigti, kad viešojo sveikatos paslaugų sektoriaus sritis yra nuodugnai reglamentuota, tuo tarpu analogiška privataus sektoriaus sritis yra paliekama nuošalyje.

4.3. Viešosios ir privačiosios sveikatos priežiūros prieinamumas pacientui

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu asmeniui laikoma galimybė susirgus arba sutrikus sveikatai pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis⁷⁴. Tačiau laikui bėgant ir įsigalint rinkos dėsniams paslaugų prieinamumo koncepciją papildė paslaugų efektyvumas atsižvelgiant į jų kainas ir rezultatus. Tradiciškai paslaugų prieinamumas matuojamas sveikatos draudimo mastais ir gyventojų galimybe patekti pas gydytoją. Kadangi šis sveikatos apsaugos sistemos bruožas paprastai susilaukia didžiausio gyventojų dėmesio, gerinti prieinamumą yra vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugos sektoriaus reformos tikslų. Tačiau reformos tikslai gali būti arba suderinami, arba nesuderinami su sveikatos sistemos ekonominiu efektyvumu (racionalumu). Pavyzdžiui, sprendimas skirti lėšų ir įsteigti kiekvienoje gyvenvietėje sveikatos priežiūros centrą arba ligoninę gali būti ekonomiškai neveiksmingas. Kita vertus, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisingumą propaguojančios reformos strategijos gali dėti tam tikrų pastangų tam, kad užtikrintų geografinį teritorinį paslaugų prieinamumą neturtingiausioms bendruomenėms⁷⁵.

Gydytojų ir ligoninių lovų tenkančių 100 000 gyventojų rodikliai Lietuvoje yra vieni aukščiausių ES. Hospitalizacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES vidurkiu, viršija pastarąjį daugiau nei 30%, taip pat išlieka ilga vidutinė gydymosi trukmė ligoninėse. Ligoninių ambulatorinių konsultacijų skaičius pas gydytojus yra artimas ES šalių vidurkiui⁷⁶. Tačiau augantis piliečių nepasitenkinimas sveikatos sistema Lietuvoje byloja apie tai, kad sveikatos priežiūros prieinamumas asmeniui yra ganėtinai kompliktuotas. Kadangi paciento t.y. vartotojo vertinimas yra pagrindinis rodiklis, apibūdinantis sveikatos sistemos efektyvumą, šiame darbe nuspręsta tam skirti nemažai dėmesio.

⁷⁴ Andersen K.S. *The reforming states group and the promotion of federalism* – Milbank Q. 1998. Vol 76(1). p. 59-101.

⁷⁵ Hagdrup N.A., Simoes E.J., Brownson R.C. *Health care coverage: traditional and preventive measures and associations with chronic disease risk factors* – Journal Community Health. 1997. Vol.5. p. 387-399

⁷⁶ Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007

Kad tinkamai palyginti viešos ir privačios sveikatos priežiūros prieinamumą pacientui, būtina vertinti 3 pagrindinius sveikatos priežiūros prieinamumo asmeniui kriterijus, numatytus LR Sveikatos sistemos įstatymo antrajame straipsnyje⁷⁷: ekonominis, organizacinis bei komunikacinis prieinamumas.

4.3.1. Sveikatos priežiūros ekonominis prieinamumas

Prieinamumas ekonomine prasme atspindi, ar gyventojams PSP prieinama finansiškai, t. y. ar paslaugos nėra tokios brangios, kad būtų nepakeliamos šeimos biudžetui, ar gyventojams yra laiduojamos ir kokios nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kokia privalomojo sveikatos draudimo apimtimi yra apdrausti gyventojai. Ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas gali būti vertinamas pagal tai, kaip kinta gyventojų tiesioginės sveikatos apsaugos išlaidos ir pačių ASPĮ finansavimas bei išlaidos paslaugoms teikti⁷⁸.

Medicinos technologijų pažanga ir naujų gydymo metodų bei naujų vaistų atsiradimas rinkoje reikalauja vis didesnių finansinių išteklių. Ir, jei į kitus Lietuvos ūkio sektorius ateina santykinai nemažos privataus sektoriaus investicijos, tai sveikatos sektorius iš esmės išlieka valstybinis, privačios investicijos čia vis dar nevidina reikšmingo vaidmens. Todėl ypač svarbus sveikatos sistemos plėtros veiksnys ir toliau išlieka valstybės šiam tikslui skiriamų išteklių apimtis. Jų padengimo šaltiniai pasiskirsto tokiais proporcijomis – 2/3 šių išlaidų padengia valstybė, 1/3 – patys gyventojai per PSDF. 2004 m. VLK duomenimis, vieno Lietuvos gyventojų sveikatos apsaugai vidutiniškai buvo išleista 1093 Lt, iš jų 771 Lt apmokėjo valstybė, 322 Lt – pats gyventojas. Ši proporcija pamažu kinta – valstybės apmokama išlaidų dalis mažėja, gyventojų – auga. Valstybės išlaidų dalis sumažėjo nuo 85,5 proc. 1994 m. iki 70,6 proc. 2004 m., t.y. 14,9 procentinio punkto⁷⁹. Įvertinus tai, kad, augant gyventojų pajamomis apmokamai sveikatos išlaidų daliai, socialiai mažas pajamas gaunantiems gyventojų sluoksniams kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos gali tapti nebe prieinamos, Lietuvos sveikatos politikos nuostatose yra priimtas siekis užtikrinti, kad privačiais ištekliais apmokama dalis neviršytų 30 proc. bendrų sveikatos apsaugai išleidžiamų lėšų. Nors tokia proporcija sutinkama ir kai kuriose ekonomiškai aukštai išsivysčiusiose valstybėse, tačiau negalima pamiršti kitų ją lemiančių aplinkybių. Pirmiausia Lietuvoje ir minėtose valstybėse yra nelygiavertė absoliutinė šių proporcijų išraiška, labai skirtinga yra išlaidų, tenkančių vieno gyventojų sveikatos apsaugai, apimtis, išsivysčiusiose valstybėse stabiliai funkcionuoja dešimtmečiais kurtos sveikatos draudimo sistemos ir pan.

⁷⁷ LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231

⁷⁸ Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 174

⁷⁹ Remiantis VLK duomenimis

Kalbant apie privataus sveikatos priežiūros sektoriaus ekonominį prieinamumą akivaizdu, kad proporcijos - 2/3 valstybės išlaidų, 1/3 – gyventojų, negalima pritaikyti. Privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartis su TLK, pacientas vidutiniškai primoka 10-30% kainos priklausomai nuo paslaugos. Likusi dalis yra padengiama TLK lėšomis, kurias sudaro valstybės ir kasmėnesinės dirbančio gyventojų PSD įmokos. Tai prieinama nedidelei daliai pacientų, o galinčių apmokėti visą paslaugos kainą – dar mažiau. Kita vertus, nėra patenkinami netgi tos mažos dalies pacientų poreikiai. Pasak Vilniaus širdies chirurgijos centro atstovės Linos Kygienės, centro pajėgumai ir poreikis yra kur kas didesni nei SAM numatytos kvotos paslaugų kompensavimui⁸⁰. Sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų 100% paciento lėšomis, ypač odontologų, ginekologų, šeimos gydytojo konsultacijų, suteikiama privačiame sektoriuje sąlyginai daug (16 lentelė), tačiau didesnių sąnaudų reikalaujančių paslaugų, pvz.: širdies operacijų, atliekama itin mažai.

16 lentelė. Pacientų pasiskirstymas gydymo įstaigose (šaltinis: 2004 VLK duomenys)

	Įstaigų grupės		
	Mišrios įstaigos	Savivaldybių PSPC	Privačios įstaigos
II lygio konsultacijos, tenkančios 1 prisirašiusiam gyventojui (vidurkis)	1,687	0,976	1,11
Apsilankymai pas BPG, tenkantys 1 prisirašiusiam gyventojui (vidurkis)	2,245	2,704	3,776

Taigi, norint patenkinti nors ir mažos dalies pacientų, galinčių sau leisti gydytis privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, poreikį reiktų padidinti kvotas, numatančias kompensuojamų paslaugų kiekį. Tai būtų nedidelis, bet svarbus žingsnis link konkurencingumo sąlygų suvienodinimo viešam ir privačiam sveikatos priežiūros sektoriui. Svarbiausia – būtų įgyvendinta paciento teisė į sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą. Tuomet būtų galima kalbėti ir apie ekonominį prieinamumą pacientui, svarstančiam dėl gydymosi privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje.

⁸⁰ LR SAM įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ // Valstybės žinios, 1999, Nr.67-2175

4.3.2. Sveikatos priežiūros komunikacinis prieinamumas

Prieinamumas komunikacine prasme atspindi, kaip išdėstytas įstaigų tinklas, kad gyventojai būtų mediciniškai saugūs ir per nustatytą laiką galėtų pasiekti ir gauti PSP bei greitosios medicinos pagalbos paslaugas, taip pat susisiekti su savo gydytoju telefonu bei savu arba visuomeniniu transportu. Todėl vertinant komunikacinį prieinamumą svarbu atsižvelgti į atstumus iki sveikatos priežiūros įstaigų, į jų geografinę padėtį, į visuomeninio transporto infrastruktūrą, gyventojų demografinę padelį, teritorijų planavimą, miškingumą, gyventojų tankumą⁸¹.

Šiandien Lietuvoje vyksta centralizacijos procesas – miestelių ir kaimų ligoninės, slaugos namai uždaromi, o pacientų srautas nukreipiamas į rajonines sveikatos priežiūros įstaigas. Tokiu būdu mažinamos sveikatos priežiūrai skirtos išlaidos. Tačiau šie veiksmai turi ir neigiamų pasekmių pacientų atžvilgiu. Tai itin aktualu socialiai jautriai grupei – vyresnio amžiaus pacientams, kuriems kyla susisiekimo keblumų. Šią problemą galbūt padėtų išspręsti privačios sveikatos priežiūros įstaigos, besikuriančios vietovėse, kuriose jaučiamas pastarųjų stygius. Tačiau platesnio spektro sveikatos priežiūros paslaugų teikimo negalima tikėtis neišsprendus klausimo dėl privataus sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamų paslaugų kompensavimo iš PSDF kvotų padidinimo. Tokiu atveju vėl atsiduriama ties aklaviete – pacientas būtų nepajėgus apmokėti visą teikiamos paslaugos kainą.

Kitokia situacija susiklosčiusi pirminės sveikatos priežiūros srityje. Sveikintinas SAM įsakymas dėl 2000-2010 m. Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos patvirtinimo bei įsakymas dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo⁸² siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus tarp miesto ir kaimo. To rezultatas, kad kasmet daugėja sutarčių su privačiomis gydymo įstaigomis. VLK duomenimis, su privačiomis gydymo įstaigomis 2007 m. sudarytos 461, 2005 m.– 406, 2006 m. – 378 sutartys. 2007 m. ligonių kasos sudarė daugiau sutarčių su privačiomis įstaigomis, teikiančiomis pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tai patvirtina Norvegijos patirtis įgyvendinant decentralizacijos procesą. 1986-1992 m. atliktas tyrimas dėl BPG geografinio pasiskirstymo įtakos sveikatos priežiūros prieinamumui⁸³. Tyrimo rezultatai įtaigiai parodė, kad decentralizuota sveikatos apsaugos sistema, savivaldybių atsakomybė už PSP ir geografinį gydytojų pasiskirstymą sveikatos priežiūros prieinamumui turėjo teigiamą įtaką. Pastebėta, kad dažniausiai eilės susidaro įstaigose, kurios yra vienintelės šių konsultacijų teikėjos toje vietovėje ar regione, ir

⁸¹ D. Jankauskienė, R. Pečiūra *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 174

⁸² LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897

⁸³ Morrissey J., Calloway M., Johnsen M., Uleman M. *Service system performance and integration: a baseline profile of the ACCESS demonstration sites. Access to Community Care and Effective Services and Supports* – Psychiatr. Serv. 1997. Vol.3. p. 347-380

pacientams nėra galimybės pasirinkti kitos gydymo įstaigos. Tad, atsiradus daugiau paslaugų teikėjų, plečiasi ir gydymo įstaigos pasirinkimo galimybės, paslaugos tampa labiau prieinamos.

Vertinant šiandieninę sveikatos priežiūros situaciją Lietuvoje komunikacinio prieinamumo aspektu, galima teigti, kad politikų siekis taupyti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, uždarant stacionarias gydymo įstaigas provincijoje, paciento interesą jaustis mediciniškai saugiais palieka antrame plane.

4.3.3. Sveikatos priežiūros organizacinis prieinamumas

Prieinamumas organizacine prasme atspindi, kaip PSP organizuota gyventojams: ar savivaldybėje yra PSP strateginiai planai; ar PSP teikiama visos apimties ambulatorinėje ir stacionarioje grandyje (BPG institucijos, bendrosios praktikos odontologo, GMP, psichikos sveikatos centro, slaugos ir palaikomojo gydymo); ar užtenka specialistų gydytoją, slaugytoju, kitų specialistų PSP paslaugoms teikti; kaip dirba sveikatos priežiūros įstaigos, kiek laiko reikia laukti pagalbos, ar PSP įstaigose užtikrinama paslaugų kokybė ir kaip ji stebima; kokia teikiamų PSP paslaugų kaita ir jos įtaka gyventojų sveikatos rodikliams⁸⁴.

Labai svarbu organizacinio prieinamumo požiūriu įvertinti, kokios gyventojams sudarytos sąlygos gauti skubią ir planinę medicinos pagalbą. Gyventojams svarbi ir galimybė pas gydytoją užsirašyti iš anksto bei gauti neatidėliotiną pagalbą. Organizuojant užrašymą pas gydytojus trečdalis apylinkių gydytojų darbo laiko numatoma asmenims, besikreipiantiems dėl skubios pagalbos. Trečdalis gydytojo darbo laiko skiriama asmenims, kurie pas gydytojus kreipiasi dėl naujos sveikatos problemos, ir trečdalis laiko pakartotinai atvykstantiems asmenims. Pagal Lietuvos medicinos normos „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ reikalavimų vykdymą BPG per vieną valandą turi priimti 6 gyventojus, t. y. vienam asmeniui gydytojas gali skirti 10 min., nesvarbu, dėl kokios priežasties asmuo kreipiasi⁸⁵. Tai per trumpas laikas, kad BPG visais atvejais galėtų suteikti geros kokybės paslaugas, nustatytas BPG medicinos normoje. Vertinant kai kuriose ASPĮ galimybę aptarnaujamiems gyventojams užsirašyti pas apylinkės gydytoją dėl planinės pagalbos pastebėti skirtumai. Vienose gydymo įstaigose asmenims planinė pagalba gali būti suteikta po 1-2 darbo dienų, kitose po 4-5 darbo dienų, kai kuriose – ir kreipimosi dieną. Tačiau pasitaiko, kad planinės pagalbos tenka laukti mėnesius. Akivaizdūs pirminės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio skirtumai pagal metų laikus, tam įtakos turi ligų sezoniškumas. Labai svarbu, kad gyventojai patekti pas savo BPG galėtų per kiek galima trumpesni

⁸⁴ Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 174

⁸⁵ LR SAM įsakymas Nr. 553 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo // Valstybės Žinios, 1999. Nr.: 109-3196.

laiką ir tai nuolat būtų stebima⁸⁶. ASPĮ stengiamasi užtikrinti, kad gyventojai pas gydytojus patektų nurodytu laiku, o laukti prie gydytojo kabineto reikėtų ne daugiau kaip 20-30 min. Ši tvarka numatoma teritorinių ligonių kasų sutartyse su ASPĮ, ASPĮ vidaus tvarkos taisyklėse, kokybės vadovuose. Taip pat prasto sveikatos priežiūros organizacinio prieinamumo priežastimi yra tai, kad didelėse gydymo įstaigose didesnis aptarnaujamų gyventojų srautas, todėl didesnis darbo krūvis tenka registratūrai.

2003 m. SAM Lietuvoje atliktas pacientų nuomonės tyrimas „Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir bendrosios praktikos gydytojų darbo vertinimo sociologinis tyrimas“⁸⁷. Vertindami pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbą daugiau negu pusė apklaustųjų teigė, kad negali konsultuotis su gydytoju jiems patogiu laiku, susisiekti su gydymo įstaiga telefonu ir kad yra nepatenkinti per maža galimybe konsultuotis su gydytoju telefonu. Dauguma tyrimo dalyvių blogai vertino laukimo laiką prie gydytojo kabineto. Tyrimo rezultatai dar kartą patvirtina tai, kad sveikatos priežiūros sektoriuje yra pakankamai vietos plėtoti privačiai medicinai, tuo pačiu gerinant organizacinį prieinamumą pacientų atžvilgiu. Tokiu būdu paslaugas priartinant prie aptarnaujamų asmenų gyvenamosios vietovės, mažėtų žmonių srautas registratūrose, gyventojai trumpiau lauktų eilėse.

4.3.4. Vilniaus miesto gyventojų apklausa dėl viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių prieinamumo

Tyrimo tikslas: palyginti Vilniaus miesto viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą pacientui ekonominiu, komunikaciniu, organizaciniu aspektais bei nustatyti jų pasirinkimo priežastis.

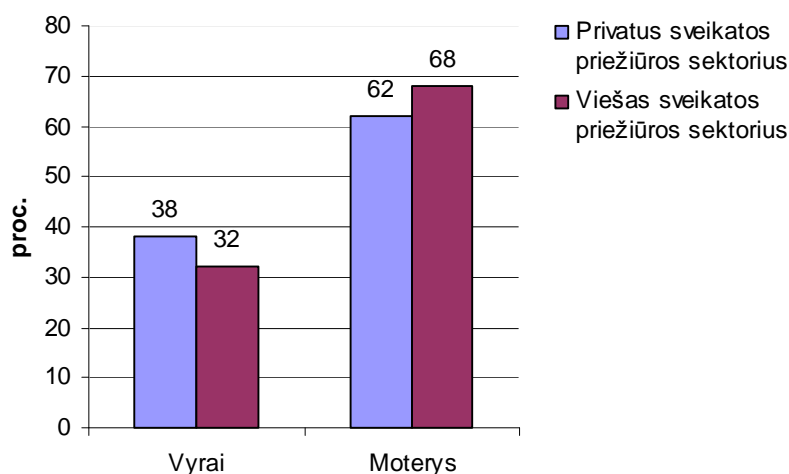
Tyrimo metodika. Tyrimui buvo pasirinktas anketinės apklausos metodas ir sudaryta anketa iš 10 klausimų (3 priedas). Tyrime naudota 10 balų skalė, kur 1 – visiškai neprieinama ir 10 – visiškai prieinama. Iš viso parengta ir išdalinta 100 anketų, vyresniems nei 18 metų Vilniaus miesto privačiųjų ir viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų pacientams. Apklausiamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: 50 pacientų, pasirinkusių viešą sveikatos priežiūros įstaigą, 50 – privačią. Kiekvienam apklausiamajam buvo paaiškintas tyrimo tikslas ir anketos užpildymo reikalavimai. Tyrimas atliktas 2008 m. spalio – lapkričio mėnesiais. Surinktų anketų duomenų analizei naudota Microsoft Excel programa, o tyrimo rezultatų įvertinimui panaudoti aprašomasis ir grafinis metodai.

⁸⁶ Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 176

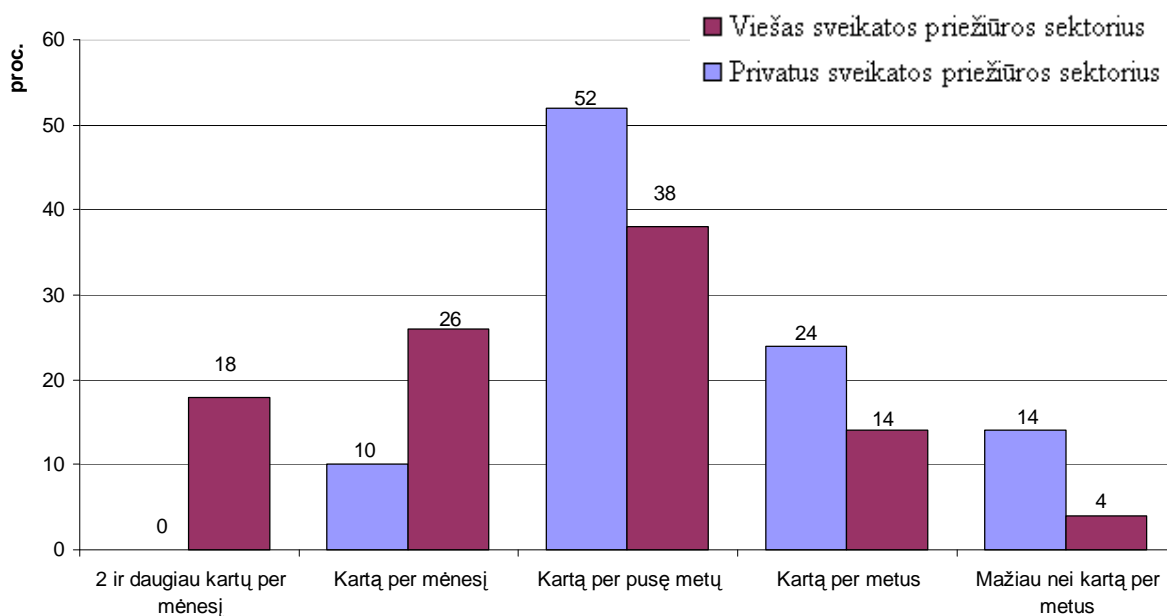
⁸⁷ Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*.// Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 178-179

Socialiniai – demografiniai rodikliai. Tyrimo metu buvo apklaustos 65 moterys ir 35 vyrai. Iš jų privačią sveikatos priežiūros įstaigą rinkosi 38 proc. vyrų ir 62 proc. moterų, o viešą sveikatos priežiūros įstaigą – 32 proc. vyrų ir 68 proc. moterų (9 pav.). Pastebėta nežymi tendencija, kad vyrai dažniau renkasi privačias sveikatos priežiūros įstaigas, o moterys atvirkščiai – didesnė dalis renkasi viešą sveikatos priežiūros įstaigą. Analizuojant respondentų amžių nustatyta, kad Vilniaus miesto viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose besilankančių pacientų amžiaus vidurkis – 40,5 metų. Privačias sveikatos priežiūros įstaigas renkasi jaunesnio amžiaus pacientai – nustatytas amžiaus vidurkis 36 m.

Tyrimo rezultatų analizė. Išanalizavus apklaustųjų atsakymus į trečiąją anketos klausimą „Kaip dažnai Jūs lankotės sveikatos priežiūros įstaigoje (įskaitant odontologo, ginekologo, urologo ir kt. kabinetus)?“, paaiškėjo, kad pacientai viešose sveikatos priežiūros įstaigose lankosi dažniau. Daugiausia, t. y. 38 proc. viešų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų jose lankosi kartą per pusę metų. Šiek tiek mažiau, t.y. 26 proc. respondentų teigė, kad viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose lankosi kartą per pusę metų. Palyginus šiuos du atsakymų variantus su tais, kuriuos pasirinko privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai, pastebėtas gana ženklus skirtumas. Daugiausia, t. y. 52 proc. privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų jose lankosi kartą per pusę metų. Dvigubai mažiau, t.y. 24 proc. respondentų teigė, kad privačiose sveikatos priežiūros įstaigose lankosi tik kartą per metus. Pakankamai didelė dalis, t. y. 14 proc. privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų čia lankosi rečiau nei kartą per metus, kai tokių pacientų viešajame sveikatos priežiūros sektoriuje tėra 4 proc. Net 2 ir daugiau kartų per mėnesį viešose sveikatos priežiūros įstaigose lankosi 18 proc. respondentų, kai privačiose sveikatos priežiūros įstaigose tokio dažno lankymosi nenurodė nė vienas respondentas (10 pav.).



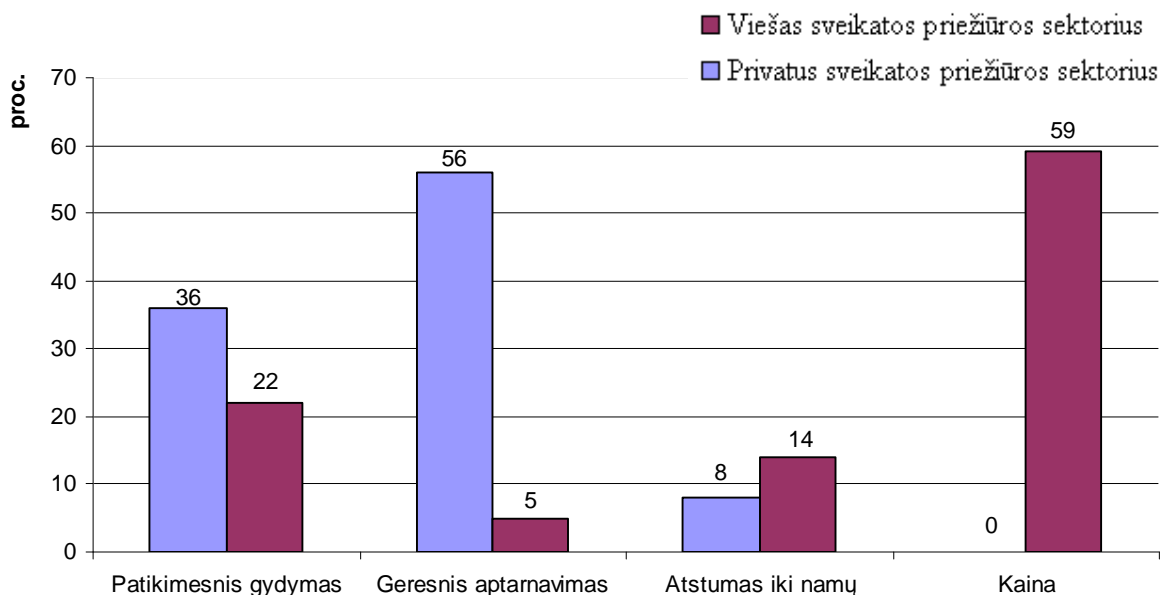
9 pav. Privataus ir viešo sveikatos priežiūros sektorių pacientų pasiskirstymas pagal lytį



10 pav. Apsilankymų privačiose ir viešose sveikatos priežiūros įstaigose skaičius

Atsakydami į klausimą, kokie kriterijai lemia pasirinkimą tarp viešų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų, respondentai rinkosi iš 4 variantų ir galėjo pateikti savo argumentus, nenurodytus anketoje (žr. Priedas Nr. 3). 56 proc. privačiose sveikatos priežiūros įstaigose besilankančių pacientų vienu iš svarbiausių pasirinkimo kriterijų įvardino geresnį aptarnavimą. Iš kelių galimų atsakymo variantų 26 proc. respondentų būtent geresnį aptarnavimą pažymėjo vienintele pasirinkimo priežastimi. 36 proc. respondentų privačią sveikatos priežiūros įstaigą rinkosi dėl patikimesnio gydymo ir tik 8 proc. – dėl atstumo iki namų. 28,60 proc. apklaustųjų nurodė, kad jų pasirinkimą lemia ir geras aptarnavimas, ir patikimesnis gydymas, o 5,20 proc. respondentų paminėjo, kad didelę įtaką pasirinkimui turi ir geras aptarnavimas, ir patikimesnis gydymas, ir atstumas iki namų. Kaip ir tikėtasi, nė vienas iš privačiose sveikatos priežiūros įstaigose besilankančių respondentų nenurodė, kad jų pasirinkimą lemia kaina (11 pav.).

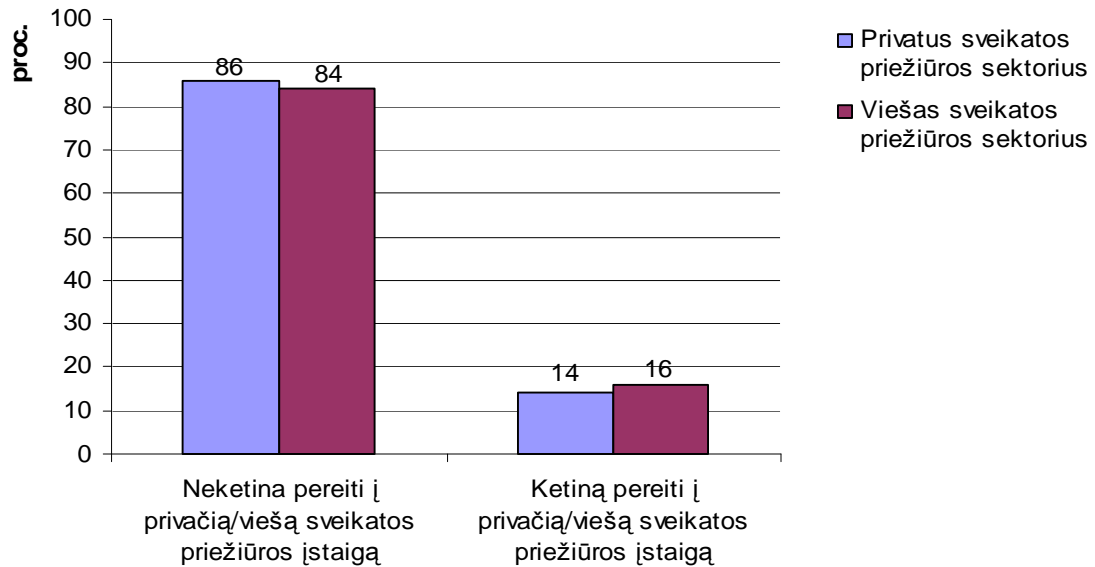
Ženkliai didesnė kriterijų diferenciaciją pastebėta analizuojant viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose besilankančių respondentų motyvus. Net 59 proc. apklaustųjų nurodė, kad didžiausią įtaką renkantis sveikatos priežiūros įstaigą jiems turi kaina. Beveik dvigubai mažiau, t. y. 22 proc. respondentų nurodė, kad jų pasirinkimą lemia patikimesnis gydymas ir tik 5 proc. pacientų teigė, kad jiems svarbus geresnis aptarnavimas. Atvirkščiai, gautų duomenų analizė parodė, kad viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų pacientai net 3 kartus (14 proc.) labiau vertina nedidelį sveikatos priežiūros įstaigos atstumą iki namų nei geresnį aptarnavimą (11 pav.).



11 pav. Sveikatos priežiūros sektorių pasirinkimo priežastys

Į šeštąjį anketos klausimą „Ar per artimiausius 2 metus ketinate pereiti gydytis į viešą/privačią sveikatos priežiūros įstaigą?“ 86 proc. privačių sveikatos priežiūros įstaigų respondentų atsakė neketinantys keisti sveikatos priežiūros įstaigos. Tik 14 proc. šios grupės respondentų planuoja pereiti gydytis į viešą sveikatos priežiūros įstaigą. Pagrindinės priežastys, dėl kurių apklaustieji nori keisti sveikatos priežiūros įstaigą yra aukšta kaina, gydytojų ir specialistų trūkumas. Panašūs rezultatai gauti ir išanalizavus viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų respondentų atsakymus į šį klausimą. 84 proc. šios grupės respondentų per artimiausius 2 metus taip pat neketina pereiti gydytis į privačią sveikatos priežiūros įstaigą (12 pav.). Ir tik 16 proc. apklaustųjų, kurie renkasi viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas, per artimiausius 2 metus ketina pereiti gydytis į privačią sveikatos priežiūros įstaigą dėl geresnio aptarnavimo, gydymo kokybės ir atstumo iki namų.

Įvertinus šio tyrimo rezultatus, galima teigti, kad pagrindinis barjeras, lemiantis tokius respondentų atsakymus yra teikiamų paslaugų kaina, kurią kaip svarbiausią pasirinkimo kriterijų nurodė net 60 proc. viešųjų sveikatos priežiūros įstaigose besigydančių pacientų (žr. aukščiau). Tačiau privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai yra patenkinti paslaugų kokybe ir aptarnavimu, kaina jiems neturi didelės įtakos, dėl to jie neketina artimiausiu metu pereiti į viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas.



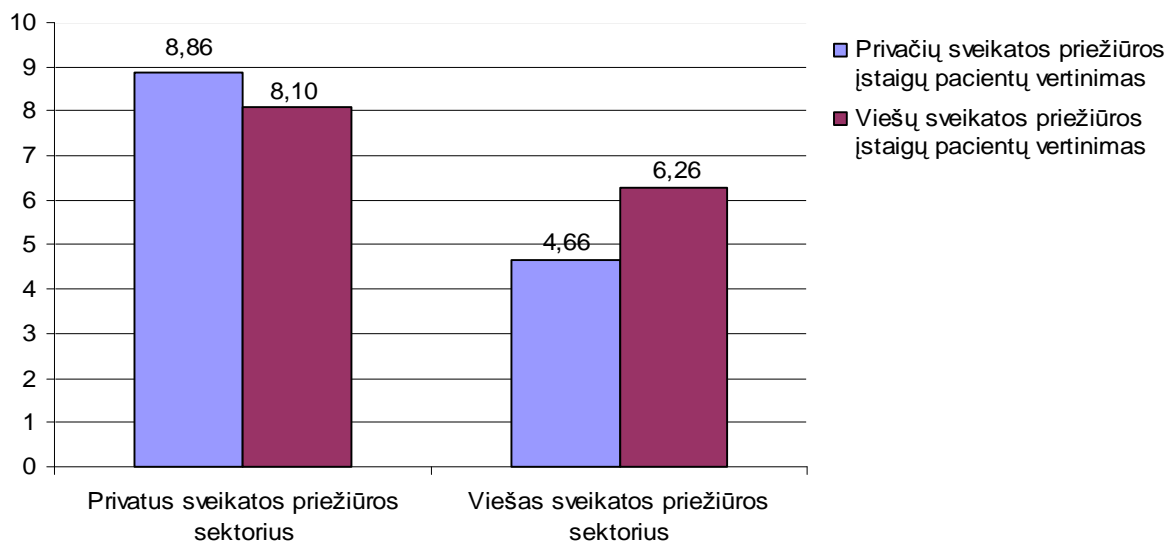
12 pav. Respondentų ketinimai keisti sveikatos priežiūros sektorių

Tiek privataus, tiek viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigose besilankantys apklausos dalyviai panašiai įvertino viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų ekonominį prieinamumą (8,18 ir 8,3 balo, atitinkamai) (13 pav.). Tačiau ekonominį privačių sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą net ir šiose įstaigose besilankantys pacientai įvertino žymiai prasčiau (5,8 balo). Dar prasčiau privataus sveikatos priežiūros sektoriaus prieinamumą vertino viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų pacientai - tik 4,02 balo.

Tyrimo respondentai labai skirtingai įvertino privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektorių komunikacinį prieinamumą. Dažniausiai privačias sveikatos priežiūros įstaigas pasirenkantys respondentai aukštai įvertino šių įstaigų komunikacinį prieinamumą – net 8,86 balo, ir mažiau nei vidutiniškai – 4,66 balo – viešojo sektoriaus ekonominį prieinamumą. Viešąsias sveikatos priežiūros institucijas pasirenkantys respondentai kiek geriau vertino viešojo sektoriaus komunikacinį prieinamumą (6,26 balo), bet prasčiau – 8,10 balo – privataus sveikatos priežiūros sektoriaus komunikacinį prieinamumą (14 pav.).

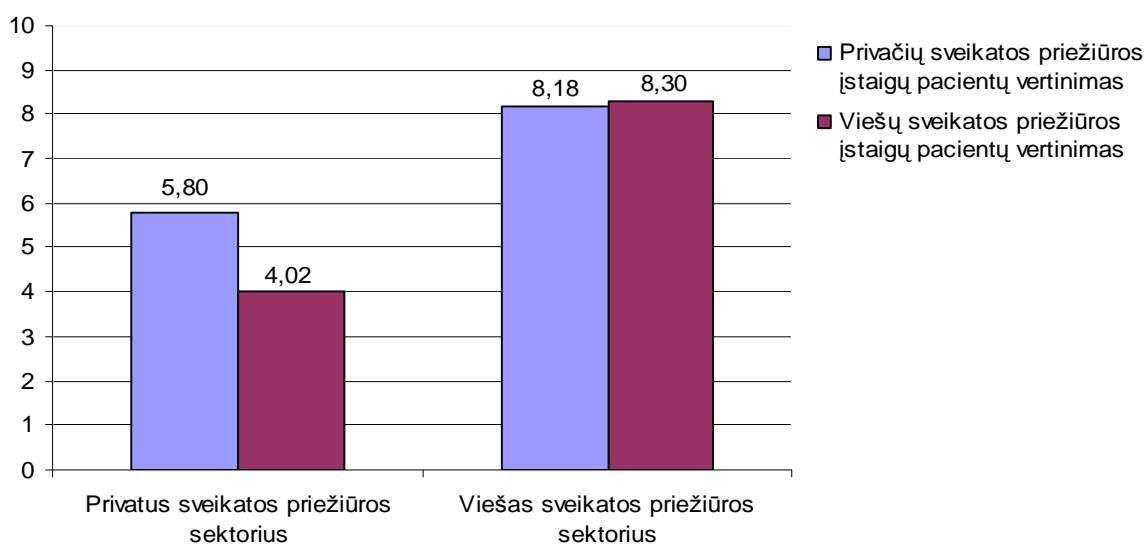
Gautų duomenų analizė parodė, kad privatus sveikatos priežiūros sektorius yra sukūręs žymiai geresnę komunikacijos šaltinių sistemą savo klientams.

Palyginus privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektorių organizacinį prieinamumą, paaiškėjo, kad tiek privačiose, tiek viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose besilankantys pacientai

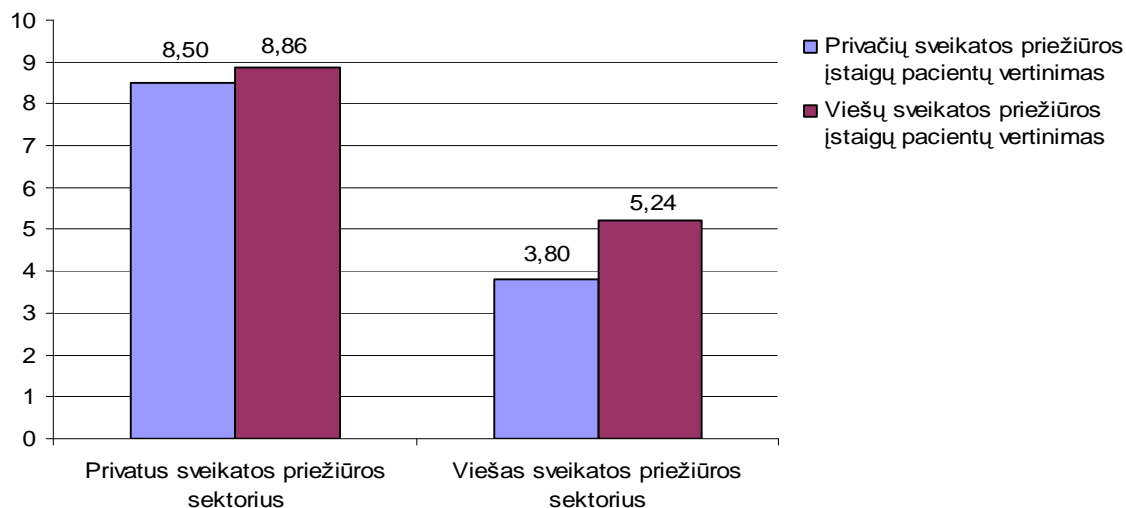


žymiai geriau vertina privataus sveikatos priežiūros sektoriaus organizacinį prieinamumą (atitinkamai 8,50 ir 8,86 balo). Tačiau viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas pasirenkantys respondentai geriau įvertino viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus organizacinį prieinamumą – 5,24 balo. Kitos grupės respondentai viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus organizacinį prieinamumą įvertino vos 3,8 balais (15 pav.).

13 pav. Privataus ir viešo sveikatos priežiūros sektorių ekonominis prieinamumas

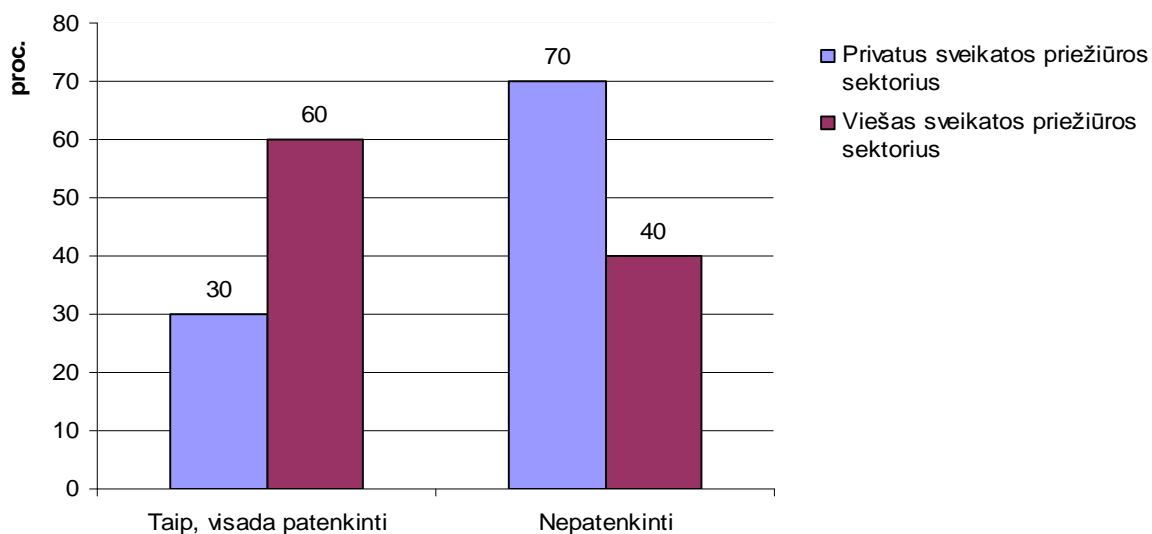


14 pav. Privataus ir viešo sveikatos priežiūros sektorių komunikacinis prieinamumas



15 pav. Privataus ir viešo sveikatos priežiūros sektorių organizacinio prieinamumas

Į dešimtąją apklausos anketos klausimą „Ar visada liekate patenkinti pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos darbu?“ 60 proc. respondentų, besilankančių privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, buvo patenkinti, o 40 proc. apklaustųjų teigė, kad ne visada lūkesčiai atitinka paslaugų kokybę. Tačiau net 70 proc. respondentų, pasirinkusių viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas, ne visada buvo patenkinti teikiamų paslaugų kokybe. Ir tik 30 proc. apklaustųjų liko patenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis, kurias jie gauna viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose (16 pav.).



16 pav. Privačių ir viešų sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo palyginimas

Tyrimo išvados:

1. 38 proc. viešo ir 52 proc. privataus sveikatos priežiūros sektorių respondentų pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje lankosi kartą per pusę metų. Net 18 proc. viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų, priešingai nei privačių (0 proc.), jose lankosi 2 ir daugiau kartų per mėnesį. Tikėtina, kad toks didelis skirtumas tarp privačių ir viešų sveikatos priežiūros sektorių pacientų lankymosi pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje 2 ir daugiau kartų per mėnesį skaičiaus, įtakojamas kainos.

2. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų pasirinkimą lėmė geresnis aptarnavimas (56 proc.) ir patikimesnis gydymas (36 proc.). Kaina (59 proc.) ir patikimesnis gydymas (22 proc.) buvo svarbiausi veiksniai viešo sveikatos priežiūros sektoriaus pacientų pasirinkimą. Priešingai, privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų pasirinkimo visiškai neįtakoją kaina.

3. Tiek privačių, tiek viešų sveikatos priežiūros sektorių respondentų artimiausių dvejų metų planai yra beveik vienodi: 86 proc. privačių ir 84 proc. viešų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų neketina keisti pasirinkto sektoriaus. Atitinkamai, 14 proc. ir 16 proc. apklausos dalyvių planuoja keisti pasirinkimą.

4. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų nuomone, viešas sveikatos priežiūros sektorius yra 29 proc. ekonomiškai prieinamesnis nei privatus, o viešų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų nuomone, jų pasirinktas sektorius yra 52 proc. ekonomiškai prieinamesnis.

5. Viešų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų nuomone, privatus sveikatos priežiūros sektorius yra 23 proc. komunikaciniu aspektu prieinamesnis nei privatus, o privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų nuomone, jų pasirinktas sektorius yra 49 proc. komunikacine prasme prieinamesnis.

6. Viešų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų nuomone, privatus sveikatos priežiūros sektorius yra 41 proc. organizaciniu aspektu prieinamesnis nei privatus, o privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų nuomone, jų pasirinktas sektorius yra 55 proc. organizacine prasme prieinamesnis.

7. 45 proc. tyrimo respondentų buvo patenkinti, o 55 proc. liko nepatenkinti pasirinktu sveikatos priežiūros sektoriumi. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai buvo du kartus dažniau patenkinti pasirinktu sveikatos priežiūros sektoriumi nei viešų. Ir atvirkščiai, net 70 proc. viešų sveikatos priežiūros įstaigų pacientų liko nepatenkinti teikiamomis paslaugomis.

4.4. Privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektorių sąveika

Viešojo ir privataus sektorių partnerystė, esant žmogiškųjų ir finansinių išteklių stygiui viešajame sektoriuje, įgalino pastatyti ir įrengti daugybę ligoninių ir klinikų daugiau nei 50-yje šalių, įskaitant Australiją, Švediją, Braziliją ir kt.⁸⁸. Teikiant abiejų sektorių bendrai produkuotas paslaugas, gaunama ne tik abipusė nauda, bet ir nauda pacientui. Keleto autorių⁸⁹ duomenimis, viešasis sveikatos priežiūros sektorius yra geriau vertinamas sveikatos priežiūros proceso, jo rezultatų, medikų kvalifikacijos (vidinės kokybės) prasme. Privatus sektorius geriau vertinamas išorinės kokybės – prieinamumo, pacientų priėmimo ir išrašymo procedūrų, bendravimo, komforto prasme. Galima drąsiai teigti, kad viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimas naudingas sveikatos priežiūros sistemai, jos organizacijoms ir pacientams.

Kokios privataus ir viešojo sveikatos sektorių partnerystės perspektyvos Lietuvoje? Šiuo metu praktiškai privatizuoti odontologijos ir farmacijos sektoriai, pamažu privatizuojamas pirminės sveikatos priežiūros sektorius, vystosi privati ambulatorinė – konsultacinė gydytojų specialistų veikla. Tačiau dar nepakankamai išnaudojamos koncesijų galimybės – privatus sektorius valdo tik kai kurias vaistines ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigas. Nepakankamai išnaudojamos galimos bendradarbiavimo sutartys tarp viešojo ir privataus sektorių organizacijų. Nepritraukiamas privatus kapitalas į brangių technologijų paslaugų organizavimą ir teikimą. Efektyviausias sektorių partnerystės metodas – pilna ar dalinė paslaugų privatizacija. Privatus sektorius yra lankstesnis, čia greičiau pasiekama reikiama paslaugų kokybė ir efektyvumas. Tačiau kad nepadidėtų mokėjimų (ne mokesčių) našta pacientams, būtina pakankama vyriausybės kontrolė ir reguliavimas. Vis dėlto, sveikatos priežiūros sektorius yra viešojo intereso sritis.

Analizuojant privačių ir viešų sveikatos priežiūros įstaigų tarpusavio sąveiką, galima išskirti bent keletą epizodų, kuriuos reikėtų tobulinti. Pirma, sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai, patvirtinti SAM įsakymais, yra maži ir neatitinka realios paslaugų kainos⁹⁰. Būtina patvirtinti ekonomiškai pagrįstus sveikatos priežiūros paslaugų bazinius įkainius, iš kurių visos įstaigos, įskaitant ir privačias, vienodais pagrindais išigyty medicininės technologijas, statytų ir remontuotų pastatus, keltų gydytojų kvalifikaciją. Būtina įvardyti bazinį paslaugų krepšelį, už kurį mokama iš PSDF lėšų. Už nepatekusias į šį krepšelį paslaugas turėtų mokėti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo bendrovės (papildomo sveikatos draudimo galimybės Lietuvoje bus aptartos kitame skyriuje). Antra, valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų steigėjai per įvairias programas ir fondus stato ir remontuoja bei aprūpina medicinos technologijomis sau pavaldžias įstaigas. Tai pažeidžia

⁸⁸ IFC, 2005 duomenys. Prisijungta 2008 rugsėjo 22 d. Prieiga per internetą: <http://www.ifc.org>

⁸⁹ Angelopoulou P., Kangis P., Babis G. *Private and public medicine: a comparison of quality perceptions*, International Journal of Health Care Quality Assurance, 1998, p. 14

⁹⁰ Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas dėl V darbo užmokesčio didinimo etapo kryptių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimo. 2008-04-24

lygiavertės konkurencijos principus ir diskriminuoja privačias sveikatos priežiūros įstaigas, kurioms tokia parama neskiriama. Manytina, kad yra būtina atsisakyti netiesioginės valstybės paramos įvairių dotacijų forma valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms, o programines lėšas, taip pat ilgalaikio turto amortizacines lėšas reikia įtraukti į PSDF biudžetą, kuris nulems bazinio paslaugų krepšelio apimtį. Šį faktą pagrindžia ir jau darbe minėta situacija, kai pagal galiojančius įstatymus LNSS priklauso tik sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su ligonių kasomis. Todėl dalis privačių įstaigų dėl dirbtinai sukurtų trukdžių, tokių kaip įstatyminis reglamentavimas, lieka už LNSS ribų. Tobulinant sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje, būtina, kad visos sveikatos priežiūros įstaigos priklausytų LNSS. Kadangi privačios sveikatos priežiūros įstaigos, nesudariusios sutarčių su ligonių kasomis, nėra įtraukiamos į LNSS, tai ir šiose sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai neturi teisės išrašyti kompensuojamųjų vaistų⁹¹.

Dar vienas aspektas yra tas, kad daug valstybės teisės aktų skelbia, kad pacientas turi teisę pasirinkti gydytoją, gydymo įstaigą, ir, jei pacientas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, už jo paslaugas ar jų dalį apmoka valstybė. Tačiau, pasirinkę privačias gydymo įstaigas, už jiems suteiktas paslaugas pacientai turi sumokėti patys. Lėšos, kurias žmonės mokesčių pavidalu sumokėjo valstybei, paskui ligonius paprastai ateina į valstybines gydymo įstaigas ir tik retais atvejais – į privačias (kuomet dalis išlaidų yra kompensuojama privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartis su ligonių kasomis). Todėl pacientai, besigydantys privačiose gydymo įstaigose, už paslaugas moka dukart: per mokesčius į PSDF biudžetą, nors valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis nesinaudoja, ir už paslaugas privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose jiems suteikiama medicinos pagalba. Taigi, vienas iš esminių veiksnių, diskriminuojančių privačias sveikatos priežiūros įstaigas ir jose besigydančius pacientus, yra pagrindinio draudžiamosios medicinos principo „pinigai paskui ligonį“ pažeidimas. Šio principo esmė ta, kad valstybė pacientui kompensuoja dalį jo patirtų sveikatos priežiūros išlaidų ten, kur pacientui suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto per teritorines ligonių kasas sveikatos priežiūros įstaigoms, su kuriomis pastarosios yra sudariusios sutartis dėl paslaugų apmokėjimo. Manytina, kad finansavimas yra viena opiausių problemų, esančių šiandieniniame sveikatos priežiūros sektoriuje.

Galima išskirti keletą galimų pagrindinių privataus ir viešojo sektoriaus partnerystės rezultatų:

1. Abipusė nauda;
2. Efektyvesnis išteklių panaudojimas;
3. Bendra atsakomybė (jos pasidalijimas);

⁹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. 112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo)“

4. Geresnis visuomenės poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms tenkinimas;
5. Abiejų sektorių plėtros ir vystymo galimybės.

IŠVADOS

1. Viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų teisinio reglamentavimo analizė parodė, kad šio reglamentavimo raidos bėgyje buvo padaryta klaidų ir spragų, kurias reikia tobulinti. Esti nepakankamas ir neišsamus reglamentavimas privataus sveikatos priežiūros sektoriaus atžvilgiu. Būtina tobulinti Sveikatos sistemos įstatymą bei sukurti išsamią privačios sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo bazę.

2. Įvertinus viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių finansavimo galimybes, galima teigti, kad yra būtina tobulinti esamą sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo sistemą, ypač privačiame sektoriuje. Tuomet didesnę dalis pacientų, pasirinkusių privačią sveikatos priežiūros įstaigą, galėtų gauti kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas. Papildomas sveikatos draudimas taip pat padėtų įgyvendinti principą „pinigai seka pacientą“ bei iš dalies išspręstų sveikatos sistemos finansavimo problemą. Manytina, kad inkorporavus papildomo sveikatos draudimo modelį į esamą sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo sistemą, pacientas galėtų rinktis paslaugas, kurių jam reikia ir atsisakyti tų – kuriomis nesinaudos. Galima teigti, kad papildomas sveikatos draudimas leistų pacientams racionaliau planuoti išlaidas, skirtas sveikatos priežiūrai.

3. Įvertinus sveikatos priežiūros prieinamumą ekonominiu, komunikaciniu ir organizaciniu aspektais galima daryti išvadą, kad gerinant prieinamumą pacientams, daugeliu atveju pasitarnauja privataus sveikatos priežiūros sektoriaus integracija į LNSS. Tačiau siekiant maksimaliai gero rezultato, turėtų būti svarstomos galimybės privataus sektoriaus vystymosi sąlygų priartinimui prie viešų sveikatos priežiūros įstaigų. Tai patvirtino apklausos rezultatai dėl Vilniaus miesto viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumo pacientui. Apklausos dalyviai teigiamai vertino privataus sveikatos priežiūros sektoriaus komunikacinį ir organizacinį prieinamumą, o pagrindine pasirinkimo kliūtimi buvo ekonominis aspektas. Viešasis sveikatos priežiūros sektorius, teikiantis nemokamas paslaugas pacientui yra prieinamesnis nei privatus.

4. LR egzistuojančių viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių analizė parodė, kad LR sveikatos sistemoje iš esmės svarbiausias ir dominuojantis šios sistemos sektorius yra būtent viešasis, nes yra tiesioginė LR Konstitucijoje įtvirtintos valstybės pareigos rūpintis žmonių sveikata išdava. Tačiau įvertinus viešo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių sąveiką, galima daryti išvadą, kad platesnis privataus sveikatos priežiūros sektoriaus inkorporavimas į LNSS, padėtų efektyviau panaudoti sveikatos priežiūrai skirtus valstybės išteklius, būtų sukuriama konkurencinga aplinka abiem sveikatos priežiūros sektoriams, kas lemtų geresnį visuomenės poreikio sveikatos priežiūros paslaugoms patenkinimo.

REKOMENDACIJOS

Šio darbo metu, analizuojant privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus sąveiką, pastebėta tobulintinų sričių. Viena iš tokių yra teisinio reglamentavimo sritis, kurioje derėtų tobulinti LNSS sąvoką, įtraukiant į ją absoliučiai visas sveikatos priežiūros įstaigas ir praplečiant jų reglamentavimo ribas, neturėtų likti dalis sveikatos priežiūros įstaigų, kurių veikla visiškai neregamentuojama. Pastebėtina, kad privačių gydymo įstaigų veiklą reglamentuoja bent keletas įstatymų, kurie yra paskelbti netekusiais galios (LR Įmonių įstatymas, LR Įmonių rejestro įstatymas), todėl vertėtų susirūpinti su šių įstaigų veikla susijusio reguliavimo išsamumu.

Deklaruojama, jog sveikatos priežiūros sektorius priklauso viešajam interesui. Dėl to šiandien viešasis ir privatus sveikatos priežiūros sektorius sąveikauja pakankamai problematiškai, privati sveikatos priežiūra, atlikdama tas pačias funkcijas kaip ir vieša sveikatos priežiūra, patiria diskriminavimą finansavimo srityje. Esant tokiai situacijai, LR įstatymų leidžiamoji valdžia turėtų labiau gilintis į šių sektorių bendradarbiavimo galimybes, analizuoti esamus diskriminavimo šaltinius, esant reikalui netgi kreiptis ir į LR Konstitucinę teisimą išvados dėl įstatymų atitikimo LR Konstitucijai, kurioje numatyta valstybės priedermė rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą.

Gerinant sveikatos sistemos finansavimo skaidrumą bei prisitaikymą prie paciento poreikių, būtina inkorporuoti savanoriškojo sveikatos draudimo koncepciją į dabar esančią sistemą. Įgyvendinant paciento teisę į sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą, svarstyтина galimybė didinti SAM numatytas kvotas paslaugų kompensavimui privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės norminiai aktai:

1. Europos socialinė chartija // Valstybės žinios, 2001, Nr. 49-1704
2. LR Civilinis kodeksas // Valstybės žinios, 2000, Nr. 74-2262
3. LR Konstitucija. // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014
4. Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas // Valstybės žinios, 2002, Nr. 77-3290

Įstatymai:

5. LR Apskritis valdymo įstatymas // Valstybės Žinios, 1994, Nr.101-2015
6. LR Biudžetinių įstaigų įstatymas // Valstybės žinios, 1995, Nr. 104-2322
7. LR Įmonių įstatymo, jį keitusių bei su juo susijusių įstatymų pripažinimo netekusiais galios įstatymas // Valstybės žinios, 2003, Nr. 123- 5576
8. LR Įmonių rejestro įstatymo, jį keitusių, papildžiusių bei su juo susijusių įstatymų pripažinimo netekusiais galios įstatymas // Valstybės žinios, 2003, Nr. 123-5575.
9. LR Sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287
10. LR Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo i valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas // Valstybės žinios, 1997, Nr. 62-1463
11. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572
12. LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231
13. LR Viešųjų įstaigų įstatymas // Valstybės Žinios, 1996, Nr. 68-1633
14. LR Vietos savivaldos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr. 55-1049

Įsakymai:

15. LR SAM įsakymas Nr. V-156 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 31-1148
16. LR SAM įsakymas V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ Valstybės žinios, 2006, Nr.144-5512
17. LR SAM įsakymas Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ // Valstybės Žinios, 1999. Nr.: 109-3196
18. LR SAM įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ // Valstybės žinios, 1999, Nr.67-2175

19. LR SAM įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897

20. LR SAM. įsakymas Nr. 112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo)“ // Valstybės žinios, 2002, Nr. 28-1013

21. LR SAM įsakymas Nr. V-369 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros veiklos sričių, kurioms būtina visuomenės sveikatos priežiūros specialisto licencija, sąrašo ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų licencijavimo nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2008, Nr. 54-2006

Nutarimai:

22. LR Aukščiausios Tarybos nutarimas Nr. I-1939 // Valstybės žinios, 1991, Nr. 33-893

23. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas dėl V darbo užmokesčio didinimo etapo krypčių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimo 2008

24. Papildomojo sveikatos draudimo koncepcijos projektas skirtas pristatyti LR Vyriausybės Strateginio planavimo komitetui. 2007 m. vasario 7 d. LR Ministro Pirmininko potvarkiu Nr. 53 sudaryta darbo grupė 08 mėn. 2007

Specialioji literatūra:

25. Andersen K. S. *The reforming states group and the promotion of federalism* – Milbank Q. 1998. Vol 76(1)

26. Angelopoulou P., Kangis P., Babis G. *Private and public medicine: a comparison of quality perceptions*, International Journal of Health Care Quality Assurance, 1998

27. Hagdrup N. A., Simoes E. J., Brownson R. C. *Health care coverage: traditional and preventive measures and associations with chronic disease risk factors*– Journal Community Health. 1997. Vol.5

28. Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos Politika ir valdymas*. // Mykolo Romerio universitetas, 2007

29. Janušonis V. *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra* – Klaipėda, 2008

30. Lietuvos sveikatos statistika, 2006

31. Lietuvos sveikatos programa, Nr. 2668, (spalio 28 d.) 1996

32. Morrissey J., Calloway M., Johnsen M., Uleman M. *Service system performance and integration: a base line profile of the ACCESS demonstration sites. Access to Community Care and Effective Services and Supports* – Psychiatr. Serv. 1997. Vol.3.

33. Pauly M. V., Zweifel P., Scheffler R. M., Preker A. S., Bassett M., *Private Health insurance In Developing Countries*, 2006

34. Pieters D. *Įvadas į pagrindinius socialinės apsaugos principus*. Eugrimas. Vilnius, 1998
35. SAM leidinys „Sveikatos apsauga Lietuvoje“, 2007
36. Socialinės apsaugos terminų žodynas: Sveikatos ekonomikos centras. Vilnius, 1999
37. Valentukevičiaus R. seimo kontrolieriaus informacinis biuletėnis „Žmogaus teisių apsauga. Teisė į tinkamą sveikatos apsaugą“, 2007, Nr. 19 (34)
38. Woolhander T. S., Cambell S. T., Himmelstein D. U. *Health care administration in the United States and Canada. Micromanagement, Macro costs*. International journal of health services 34:35 (78), 2004

Praktinė medžiaga:

39. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo civilinių bylų skyriaus 2004 m. sausio 13 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-7-24/2004
40. LR Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo (2000 m. gruodžio 19 d. redakcija), Lietuvos respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, Valstybės žinios 2002, Nr. 5-186
41. LR Konstitucinio Teismo 2004 m. gegužės 25 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Prezidento rinkimų įstatymo 1^l straipsnio (2004 m. gegužės 4 d. redakcija) ir 2 straipsnio 2 dalies (2004 m. gegužės 4 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, Valstybės žinios, 2004, Nr. 85-3094
42. LR Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 39 straipsnio, Lietuvos Respublikos mokslo ir švietimo ilgalaikio finansavimo įstatymo 1, 2 ir 3 straipsnių, Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymo 18 straipsnio 2 dalies ir Lietuvos Respublikos Seimo statuto 172 straipsnio 1 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, Valstybės žinios, 2002, Nr. 72-3080
43. Lietuvos Vyriausiojo administracinio teismo 2004 m. spalio 25 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-4-04-2004

Elektroniniai dokumentai:

44. International finance corporation. Prisijungta 2008 rugsėjo 22 d. Prieiga per internetą: <http://www.ifc.org>
45. Health Consumer Powerhouse. *EHCI 2007 report*. Prisijungta 2008 m. rugpjūčio 6 d. Prieiga per internetą: http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf
46. LR SAM, *Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos*. Prisijungta 2008 m. liepos 23 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/lt/main/sveikatos_apsauga/visuomen_s_sveikata/visuomveikato
47. LR Seimas. *Institucijos, atskaitingos LR Seimui*. Prisijungta 2008 liepos 20 d. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/home/w5_viewer/sitemap/sitemap_1.htm
48. Pasalinės sveikatos organizacijos Europos skyrius. *Leidiny 10 Health questions about the 10*. Prisijungta 2008 m. rugpjūčio 4 d. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040901_1
49. Sasnauskas A. „Privalomojo sveikatos draudimo raidos Lietuvoje ypatumai“, pranešimas, VLK prie SAM. Prisijungta: 2008 m. spalio 19 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/vlk%20pranesimas%20pakeitimai%20p.ppt#1
50. Valstybinės ligonių kasos. *Ligonių kasų apžvalgos*. Prisijungta 2008 m. rugsėjo 11 d. Prieiga per internetą: www.vlk.lt

ANOTACIJA

Simonaitytė G. Viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių lyginamasis aspektas Lietuvoje / Bioteisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. J. Juškevičius, konsultantas prof. A. Narbekovas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Teisės fakultetas, 2008. – 83 p.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuoti LR egzistuojančių viešų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos skirtumai bei jų sąveiką. Ištirti tokie viešųjų ir privačių sveikatos priežiūros sektorių aspektai: sveikatos priežiūros sektoriai patys savaime, šių įstaigų institucinis išsidėstymas, teisinis reglamentavimas, finansavimas, konkurencingumas, prieinamumas pacientui.

Pirmojoje darbo dalyje yra aptarta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistema, kaip turinti vienyti viešąsias ir privačiąsias sveikatos priežiūros įstaigas, aptarta jos bendroji charakteristika. Antrojoje dalyje išsamiai išnagrinėtos, suklasifikuotos sveikatos priežiūros įstaigos, aptarta jų priklausomybė viena nuo kitos. Trečiojoje darbo dalyje kaip atskiros grupės išskirtos privačios ir viešosios sveikatos priežiūros: aptarta jų sąveika, pagrindiniai skirtumai, pamatiniai teisinio reglamentavimo ypatumai. Paskutinė ketvirta lyginamoji darbo dalis leido surasti tuos taškus, per kuriuos viešasis sveikatos priežiūros sektorius galėtų bendradarbiauti su privačiu. Palyginta šių sektorių finansavimo bazė, surasta papildoma alternatyva papildomojo sveikatos draudimo pavidalu. Kadangi sveikatos priežiūros sektoriuje centrinė figūra vis tik turi būti pacientas, pateiktas ir jo požiūris į privatų ir viešąjį sveikatos priežiūros sektorius, šių sektorių vertinimas.

Pagrindiniai žodžiai: viešoji sveikatos priežiūros įstaiga, privati sveikatos priežiūros įstaiga, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas, sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumas.

ANNOTATION

Simonaitytė G. Comparative aspect of public and private health care sector in Lithuania / Master's Work in Biolog. Supervisor assoc. doc.dr. J. Juškevičius, consultant prof. A. Narbekovas. – Vilnius: Faculty of Law, Mykolas Romeris University, 2008. – 83 p.

The distinction and interface of health care institutions of Lithuania Republic are analyzed in this final master's work. Such public and private health care institutions aspects are analyzed: health care institutions by themselves, deployment of these institutions, their legal regulation, sponsorship, competitive ability, accessibility for the patients.

The first part of the work is concerned about national health care system of Lithuania, which must unify public and private health care institutions. The common characteristics of this system are discussed. The second part thoroughly reveals and classifies health care institutions; knock about their dependence on each other. In the third part as separate groups are divided private and public health care institutions: their interaction, main differences and basic legal regulation principles are discussed. The last fourth comparative part enabled to find those points, which could help for private health care sector to collaborate with public one. The comparison of financial basis of those sectors, allowed to found an additional assurance alternative. Since the patient is the central figure in a health care sector, his attitude towards the private and public health care institutions, and those sectors valuation is represented.

Key Words: Public health care institution, private health care institution, sponsorship of health care institutions, accessibility of health care institutions.

SANTRAUKA

Simonaitytė G. Viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių lyginamasis aspektas Lietuvoje / Bioteisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. J. Juškevičius, konsultantas prof. A. Narbekovas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Teisės fakultetas, 2008. – 83 p.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 str. 1 d. įtvirtinta nuostata, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata. Tiek iš LR Konstitucijos 5 straipsnio, tiek iš LR Konstitucinio Teismo suformuluotos jurisprudencijos, matyti, kad valdžios įstaigos turi tarnauti žmonėms, o tai siejant su valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, išskyla tiek visos valstybės, tiek jos žinioje esančių valdžios įstaigų atsakomybė Lietuvos gyventojams dėl jų sveikatos užtikrinimo. Tam, kad minėtos nuostatos neliktų vien deklaratyvios, valstybė privalo sukurti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą, kuri tarnautų žmonėms ir būtų jiems naudinga. Kadangi šiandieninė sveikatos priežiūros sistema veikia ne be priekaištų, sistemos ydas galima analizuoti per jos veikimo mechanizmą. Šiuo darbu siekta atsakyti į klausimą, kaip turi būti užtikrinama Lietuvos Respublikos viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų veikla bei sąveika, kad Lietuvos sveikatos priežiūros ir apsaugos sistema veiktų koordinuotai, o šių įstaigų klientai patirtų realią naudą. Darbe analizuoti tokie viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros sektorių aspektai: sveikatos priežiūros sektoriai patys savaime, šių įstaigų institucinis išsidėstymas, teisinis reglamentavimas, finansavimas, konkurencingumas, prieinamumas pacientui.

Darbe aptarta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistema, pateikta jos bendroji charakteristika. Suklasifikuotos ir išnagrinėtos sveikatos priežiūros įstaigos, jų priklausomybė viena nuo kitos. Išskirtos dvi pagrindinės viešosios ir privačiosios sveikatos priežiūros įstaigų grupės. Tuo siekta individualizuoti abi šias kategorijas. Analizuojant viešo ir privataus sveikatos priežiūros sektoriaus sąveikos galimybes surasti taškai, per kuriuos pastarieji galėtų bendradarbiauti siekiant garantuoti efektyvaus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Paminėtinas atsakomybės pasidalijimas, bendras išteklių naudojimas bei bendra apmokėjimo bazė. Viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų teisinio reglamentavimo analizė parodė, kad šio reglamentavimo raidos bėgyje buvo padaryta klaidų ir spragų, yra nepakankamas ir neišsamus reglamentavimas privataus sveikatos priežiūros sektoriaus atžvilgiu. Palyginta viešojo ir privataus sveikatos priežiūros sektorių finansavimo bazė, surasta alternatyva papildomojo sveikatos draudimo pavidalu.

Kadangi sveikatos priežiūros sektoriuje centrinė figūra vis tik turi būti pacientas, aptartas sveikatos priežiūros prieinamumas pacientui ekonominiu, komunikaciniu ir organizaciniu aspektais. Manytina, kad gerinant prieinamumą pacientams, daugeliu atveju pasitarnauja privataus sveikatos priežiūros sektoriaus integracija į LNSS. Atlikta apklausa dėl Vilniaus miesto viešųjų ir privačiųjų

sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumo pacientui. Apklauso dalyviai teigiamai įvertino privataus sveikatos priežiūros sektoriaus komunikacinį ir organizacinį prieinamumą, o pagrindine pasirinkimo kliūtimi buvo ekonominis aspektas. Apklauso rezultatai parodė tai, kad viešasis sveikatos priežiūros sektorius, teikiantis nemokamas paslaugas pacientui prieinamesnis nei privatus.

Apibendrinant padaryta išvada, kad Lietuvos sveikatos sistemoje sukurta konkurencinga sveikatos priežiūros paslaugų rinka, kurioje privatus sveikatos priežiūros įstaigų sektorius nebūtų diskriminuojamas viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus atžvilgiu, leistų įgyvendinti paciento teisę į sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą bei jo poreikių sveikatos priežiūrai patenkinimą.

SUMMARY

Simonaitytė G. Comparative aspect of public and private health care sector in Lithuania / Master's Work in Biolow. Supervisor assoc. doc.dr. J. Juškevičius, consultant prof. A. Narbekovas. – Vilnius: Faculty of Law, Mykolas Romeris University, 2008. – 83 p.

In the 1 part of the 53 article of the Constitution of the Republic Lithuania is written, that the state cares about the health of people. Either from the 5 article of the Constitution of the Republic Lithuania or the jurisprudence of the Constitutional court of the Republic Lithuania it is seen, that the authorities must serve people's interests. In relation with the government's duty to care about the health of people, it appears that state and authorities are responsible for the security of all Lithuania citizens health. The state must provide the effective health care system, which could serve for the people and be useful for them, in order not to leave that attitude only declarative fiction. Due to the fact, that today's health care system doesn't work without disadvantages, system's minuses can be analyzed through it's work mechanism. This work is trying to answer how private and public health care institutions' proceeding and interaction must be coordinated, that health care system of Lithuania could do concerted work, and clients of these institutions could get real benefits. Such public and private health care institutions aspects are analyzed: health care institutions by themselves, deployment of these institutions, their legal regulation, sponsorship, competitive ability, accessibility for the patients.

This work is concerned with the national health care system of Lithuania, it's common characterization. Health care institutions and their reliance between themselves are classified and explored. Two main private and public groups of health care institutions are educed. It was tried to individualize both these categories. While analyzing the interface of public and private health care sectors, there were found common contact points, where both sectors could collaborate with the aim of effective health care services. The division of responsibility, common using of the same finance resource and common payment base must be mentioned. Analysis of private and public health care sectors legal regulation showed that in the development of this legal regulation mistakes and gaps have been made, that the legal regulation of private health care sector is incomplete and not thorough. The sponsorship base of private and public health care sectors was compared. It was found an additional health assurance alternative for this base.

Since the patient is the central figure in health care sector, the accessibility of the health care must be talked over in economical, communicational, and organizational aspects. It is supposed, that private health care sector's integration to the national health care system in many ways contributes to the development of the health care accessibility for the patients. It was

dispensed the questioning about the accessibility of the public and private health care institutions in Vilnius city. The participants of the questioning positively valued the communicational and organizational aspects of accessibility in private health care sector, but negatively spoke out about economical accessibility. The questioning results revealed that public health care sector, which provides free of charge services, is more accessible for the patient than private one.

To sum up, the competitive market of health care services in Lithuania, where private health care sector wouldn't be discriminated against public sector, could implement the patient's right to choose the health care institution and satisfy his demand for the health care.

PRIEDAS NR. 1

Visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos koordinuojami specializuoti centrai ir institucijos:

1. Lietuvos AIDS centras
2. Aplinkos sveikatos centras
3. Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuras
4. Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuras
5. Darbo medicinos centras
6. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra
7. Jaunimo sveikatos centai
8. Jaunimui palankios paslaugos Lietuvoje - JT projektas
9. Mitybos centras
10. Patologijos centras
11. Psichikos sveikatos centras
12. Sveikatos informacijos centras
13. Visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija

PRIEDAS NR. 2

Papildomi teisės aktai, reglamentuojantys viešąjį sveikatos priežiūros sektorių:

1. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas
2. Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas
3. Profesinės sveikatos priežiūros įstatymas
4. Medicinos praktikos įstatymas
5. Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. V-717
6. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos aprašo patvirtinimas. SAM įsakymas nr. V-6
7. Dėl žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui atlyginimo tvarkos aprašo patvirtinimo. VLK direktoriaus įsakymas nr. 1K-3
8. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo. SAM įsakymas nr. V-1136
9. Dėl asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurių negali teikti LNSS nepriklausančios įstaigos, sąrašo patvirtinimo. SAM įsakymas nr. 557
10. Dėl pelno siekiančių įmonių teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų. SAM įsakymas nr. 473
11. Dėl LNSS įstaigų stacionarių paslaugų teikimo pacientams, gavusiems šiai sistemai nepriklausančių įstaigų siuntimą. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas nr. 2/8
12. Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo. SAM įsakymas nr. V-364
13. Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apskaitos ir panaudojimo tvarkos tvirtinimo. SAM įsakymas nr. 390
14. Dėl pacientų teisės pasirinkti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros įstaigą. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas nr. 2/5
15. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų informavimo. SAM įsakymas nr. 108
16. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos. SAM įsakymas nr. 363
17. Dėl papildomų paslaugų bazinių kainų patvirtinimo. SAM įsakymas nr. 78
18. Dėl bazinių kainų patvirtinimo. SAM įsakymas nr. 329
19. Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos. SAM įsakymas nr. 357

20. Dėl LNSS vykdomųjų subjektų tarpusavio atsiskaitymų už pagal sutartis suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas/ SAM įsakymas nr. 711

21. Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų tvirtinimo ir įsigaliojimo tvarkos. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas nr. 2/6-1

22. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo. SAM įsakymas nr. V-1113

Papildomi teisės aktai, reglamentuojantys privalomąjį sveikatos draudimą, kuris taip pat susijęs su viešomis gydymo paslaugomis ir įstaigomis:

23. Dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo terminų ir taisyklių patvirtinimo. Vyriausybės nutarimas nr. 727

24. Dėl valstybinio savanoriškojo socialinio draudimo ligos ir motinystės pašalpoms taisyklių patvirtinimo. Vyriausybės nutarimas nr. 1191

25. Dėl visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo. SAM įsakymas nr. V-276

26. Dėl ambulatoriniams gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo. Vyriausybės nutarimas nr. 994

27. Dėl privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimų išdavimo tvarkos aprašo patvirtinimo. Vyriausybės nutarimas nr. 582

PRIEDAS NR. 3

Pacientų anketa

Esu Giedrė Simonaitytė, MRU Bioteisės magistrantūros studentė. Šiuo metu atliekamas tyrimas, kuriuo siekiama palyginti viešų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą pacientui ekonominiu, komunikaciniu ir organizaciniu aspektais. Prašau Jūsų užpildyti šią anketą, kurios duomenys bus panaudoti moksliniame tyrime. Jūsų duomenys viešai nebus publikuojami, todėl anonimiškumas garantuojamas.

1. Jūsų amžius: ...

2. Jūsų lytis : a) vyras b) moteris

3. Kaip dažnai Jūs lankotės sveikatos priežiūros įstaigoje (įskaitant odontologo, ginekologo, urologo ir kt. kabinetus)?

- a) mažiau nei kartą per metus;
- b) kartą per metus;
- c) kartą per pusę metų;
- d) kartą per mėnesį;
- e) 2 ir daugiau kartų per mėnesį.

4. Kokią sveikatos priežiūros įstaigą Jūs dažniausiai renkatės?

- a) privačią;
- b) viešą.

5. Kas lemia, Jūsų pasirinkimą? (galite pasirinkti kelis atsakymo variantus)

- a) patikimesnis gydymas;
- b) geresnis aptarnavimas;
- c) atstumas iki namų;
- d) kaina;
- e) kita

6. Ar per artimiausius 2 metus ketinate pereiti gydytis į viešą/privačią sveikatos priežiūros įstaigą?

a) taip, ketinu pereiti gydytis į viešą sveikatos priežiūros įstaigą, nes (aukšta kaina, nepakanka gydytojų specialistų vienoje įstaigoje, ...)

b) ne, neketinu pereiti gydytis į viešą sveikatos priežiūros įstaigą;

c) taip, ketinu pereiti gydytis į privačią sveikatos priežiūros įstaigą, nes (arčiau namų, geresnis aptarnavimas, ...)

d) ne, neketinu pereiti gydytis į privačią sveikatos priežiūros įstaigą.

7. Įvertinkite privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus ekonominę prieinamumą (Jūsų tiesioginės išlaidos sveikatos priežiūrai, kaip finansiškai Jums prieinama sveikatos priežiūra minėtose įstaigose)? (pasirinktą variantą apibraukite, 1- blogai, ..., 10-laibai gerai)

Privatus sektorius	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Viešas sektorius	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Įvertinkite privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus komunikacinę prieinamumą (kaip greitai galite pasiekti įstaigą ir gauti medicinos paslaugas, taip pat susisiekti su savo gydytoju telefonu bei savu arba visuomeniniu transportu)? (pasirinktą variantą apibraukite, 1- blogai, ..., 10-laibai gerai)

Privatus sektorius	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Viešas sektorius	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Įvertinkite privataus ir viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus organizacinį prieinamumą (ar užtenka gydytojų, kiek laiko reikia laukti pagalbos, kaip ilgai tenka stovėti registratūroje)? (pasirinktą variantą apibraukite, 1- blogai, ..., 10-laibai gerai)

Privatus sektorius	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Viešas sektorius	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. Ar visada liekate patenkinti pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos darbu?

a) taip;

b) ne.

Dėkoju Jums už atsakymus.