

***SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
FINANSAVIMO REFORMA  
LIETUVOJE***

*PHARE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS PROJEKTAS*

ISBN 9986-806-04-6

## LEIDĖJŲ ŽODIS

Siekdama panaudoti Europos Sąjungos šalyse sukauptą sveikatos sistemos valdymo patirtį ir spartinti reformas šalyje, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM) kreipėsi į PHARE programą dėl techninės (konsultacinės) pagalbos.

PHARE finansuojamas sveikatos priežiūros reformos projektas teikė Lietuvai pagalbą plėtojant sveikatos priežiūros valdymo sistemą bei diegiant Sveikatos draudimo įstatymą. Šios programos rėmuose buvo ne tik vykdoma ekspertinė pagalba ir organizuojamas mokymas, bet kartu su Sveikatos ekonomikos centru pradėta leisti sveikatos priežiūros specialistams skirtų knygelių serija. Nuo 1996 m. pradžios jau išleisti penki šios serijos leidiniai ("Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje?", "Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas draudimo sąlygomis, I dalis", "Sveikatos draudimas Lietuvoje", "Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu"), "Finansinis sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita".

Šioje knygelėje surinkta medžiaga susijusi su sveikatos priežiūros finansavimo reformos Lietuvoje problemoms ir apima PHARE projekto ekspertų veiklą nuo 1995 m. iki 1998 m.

Norėtume tikėtis, kad, nors dalis medžiagos pateikiamos knygelėje parengta prieš vienerius ar dvejus metus, atlikti tyrimai, ekspertiniai vertinimai ir rekomendacijos turi ne vien istorinę vertę. Iš anksto atsiprašome už galimus netikslumus, o norinčius gauti papildomos informacijos arba pateikti siūlymų prašome rašyti adresu: **Sveikatos ekonomikos centras**, Savičiaus 6-18, Vilnius 2000 (telefonas/faksas 79 16 12).

## PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS IR APSKAITA

Romualdas Buivydas ir Gediminas Černiauskas

1995 metų balandžio mėnesį Danijos ir Vokietijos ekspertai pradėjo bendradarbiauti su Lietuvos specialistais PHARE programos Sveikatos priežiūros ir finansavimo reformos projekto srityje, siekdami įvertinti dabartinę Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų finansų apskaitą (2 C1 subkomponentas) ir paslaugų apmokėjimo sistemą (2 C2 subkomponentas) bei pateikti rekomendacijų dėl paslaugų kompensavimo ir naujos apskaitos sistemos įvedimo galimybių.

### PADĖTIS PROJEKTO PRADŽIOJE

**Paslaugų apmokėjimas.** 1990 metais Lietuva paveldėjo Semaško sveikatos priežiūros sistemą - sveikatos priežiūros įstaigos finansuojamos pagal sąmatos straipsnius. 1991 metais Sveikatos apsaugos ministerija nusprendė reformuoti finansavimą diegiant principą "pinigai seka paskui pacientą". 1992 metais vyriausybė įsteigė Valstybinę ligonių kasą (VLK), atsakingą už sutarčių sudarymą bei daugiausia, stacionaro paslaugų, teikiamų universitetinėse ir didelėse kraštų ligoninėse, finansavimą iš valstybės biudžeto pagal nesudėtingą apmokėjimo už gydytą ligonį sistemą. Nuo 1992 iki 1996 metų VLK skirstė maždaug 25 proc. Lietuvos nacionalinio sveikatos priežiūros biudžeto. Kiti 75 proc. skirstyti pagal sąmatos straipsnius. Kai kurios sanatorinio gydymo įstaigos 1992-1996 metais buvo finansuojamos Sodros pagal mokėjimo už lovardienį sistemą.

**Apskaita.** 1995 metais (pirmaisiais projekto įgyvendinimo metais) sveikatos priežiūros įstaigos naudojos sovietiniu apskaitos tipu, skirtu biudžetinėms įstaigoms. Toks apskaitos tipas remiasi išlaidų, o ne sąnaudų apskaita ir griežtai susietas su biudžetiniu finansavimu. Daugumą sveikatos priežiūros įstaigų galima priskirti biudžetinėms įstaigoms, nes jų finansų apskaita nuo sovietinių laikų beveik nepakito. Vyravo biudžetinio tipo apskaita ir biudžeto paskirstymo kontrolė. Kadangi Vakarų šalyse pagrindinė apskaitos funkcija yra padėti įstaigų vadovams priimti tinkamus finansinius sprendimus, apskaitos sistemos reformos paskirtis yra toli gražu ne vien sukurti tinkamą paslaugų apmokėjimo sistemą.

1992 metų birželio mėnesį Lietuvos Respublikos Seimas priėmė Buhalterinės apskaitos pagrindų įstatymą. Šiame įstatyme bei poįstatyminiuose aktuose įteisinti tarptautiniai apskaitos principai. Nuo 1993-1994 metų šių principų laikosi visos pelno siekiančios įmonės. Sodos finansuojamose sanatorijose šis apskaitos tipas įvestas 1993 metais.

Nors Buhalterinės apskaitos pagrindų įstatyme oficialiai pripažįstamos tarptautinės apskaitos nuostatos, poįstatyminiai aktai neatitinka tarptautinių standartų. Iki 1997 metų spalio mėn. sveikatos priežiūros įstaigų (išskyrus sanatorijas) apskaita buvo reguliuojama pagal Finansų ir Sveikatos apsaugos ministerijų nustatytus reikalavimus. Tačiau minėtų ministerijų patvirtinta finansinė atskaitomybė neatitinka tarptautinių apskaitos principų:

- sveikatos priežiūros įstaigos nepateikdavo pajamų ir išlaidų ataskaitų;
- pajamų ir išlaidų ataskaitos buvo paremtos piniginiu principu, o ne pajamų ir išlaidų kaip, apskaitos principo, suvokimu;
- nuosavybės ir skolų eilutės biudžeto balansinėje ataskaitoje buvo skaičiuojamos neatsižvelgiant į tarptautinius apskaitos principus.

### **Sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidų apskaita bei įkainių nustatymas prieš prasidedant projektui.**

1992-1994 metais VLK taikyti įkainiai buvo paremti ekspertiniu įvertinimu. 1995 metų pavasarį Sveikatos apsaugos ministerija mėgino parengti kainininką pagal sveikatos priežiūros paslaugų apskaičiuotas išlaidas, bet to padaryti nepavyko, nes iš tuometinės apskaitos sistemos buvo galima išgauti tik labai nedaug patikimos informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, be to, numatomoje sveikatos draudimo įstatymų bazėje visos šalies lygmeniu nebuvo jokio susitarimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo ir išlaidų kompensavimo principų. Prieš prasidedant projektui, Sveikatos apsaugos ministerijoje nebuvo aptarinėjama, ar verta į viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas įdiegti tarptautinę išlaidų apskaitos sistemą.

## **PROJEKTAS**

### **Sveikatos apsaugos įstaigų finansinės būklės stebėjimas bei kontrolė**

1995 metais Sveikatos apsaugos ministerija suprato, jog, be kasdieninių finansinių duomenų, gaunamų tiesiogiai iš valstybės biudžeto ar per VLK (respublikinės ligoninės) finansuojamų įstaigų, daugiau jokių išsamesnių sveikatos priežiūros sektoriaus duomenų gauti neįmanoma. Apie 50 proc. valstybinio sveikatos priežiūros finansavimo sunaudojančios savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigos neprivalėjo Sveikatos apsaugos ministerijai nuolat teikti finansinių ataskaitų. Dėl 1991-1994 metais vykusio ekonomikos nuosmukio sumažėjo valstybinis sveikatos priežiūros finansavimas, o kadangi sveikatos priežiūros sektorius nebuvo restruktūrizuojamas (racionalizuojamas), sveikatos priežiūros įstaigos išsiskolino energijos bei farmacijos produktų tiekėjams. SAM neturėjo nuolatinės informacijos apie savivaldybių ir respublikinių įstaigų skolas. PHARE ekspertų grupė kartu su Sveikatos apsaugos ministerija nusprendė surengti apklausą. Tai buvo padaryta 1995 metų rugsėjo-lapkričio mėnesiais. Apklausos rezultatai patvirtino, kaip svarbu turėti sveikatos priežiūros įstaigų atskaitomybės sistemą, bet taip pat parodė, kad trūksta informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas tiek visos šalies, tiek atskirų įstaigų mastu. Apklausos rezultatai taip pat parodė, kad bent jau 1996-1997 metais, rengiant Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą, naudotina medicinos statistika ir apibendrinti finansiniai duomenys, bet ne išlaidų apskaitos pagrindu surinkti duomenys.

Nuolatinės informacijos apie visų sveikatos priežiūros įstaigų finansinę būklę svarbą Lietuvos atstovai suvokė jau 1997 metų rudens pabaigoje. Todėl VLK paprašė PHARE ekspertų parengti esminių rodiklių, sudarančių atskaitomybės formas, sąrašą. Projekto grupė prisidėjo prie sveikatos priežiūros įstaigų finansinės būklės stebėjimo bei kontrolės, įskaitant atskaitomybės formų ir trumpo vadovo vartotojams rengimą.

## **APSKAITA**

### **Diskusijų dėl tinkamos apskaitos sistemos rengimas**

Tradicinė ES specialistų nuomonė, kad norint veiksmingai valdyti didelių įstaigų finansus reikia atsisakyti sovietinės biudžetinių įstaigų

apskaitos sistemos, susilaukė paramos, kadangi Sveikatos apsaugos ministerijai nepavyko pasinaudoti esama apskaitos sistema nustatant įkainius bei atliekant sveikatos priežiūros įstaigų auditą. Kad įtikintų Lietuvos pusę (Sveikatos apsaugos ministeriją), jog būtina transformuoti apskaitos sistemą, prireikė dvejų metų. Surengus daugybę diskusijų ir seminarų su Sveikatos apsaugos ministerijos, Finansų ministerijos tarnautojais, Seimo Sveikatos apsaugos komiteto nariais bei suorganizavus specialius mokomuosius renginius, kuriems vadovavo ES specialistai bei Lietuvos finansų ekspertė Z. Gaidienė, 1996 metais priimtas politinis sprendimas, kad sveikatos draudimo sistemai pajungtos valstybinės ne pelno siekiančios sveikatos priežiūros įstaigos turi transformuoti savo apskaitos sistemą. Naują apskaitos sistemą Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos pradėjo taikyti nuo 1998 metų sausio 1 dienos. Pasiėkti šio svarbaus susitarimo visos šalies lygmeniu padėjo ir teigiami eksperimentinėse vietovėse gauti rezultatai.

## MOKĖJIMAS UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS

1995 metų pabaigoje vykusios SARB'o sesijos metu PHARE projekto ekspertai pateikė pirmuosius siūlymus kaip mokėti už suteiktas paslaugas. Šiuos pasiūlymus 1996 metais sausio mėnesį vykusio seminaro metu nuodugniai aptarė visų suinteresuotų šalių atstovai. Remiantis seminaro medžiaga buvo parengtas protokolas bei veiklos, kurią reikia atlikti kainininko rengimo laikotarpiu, planas.

1996 metų pradžioje PHARE ekspertai pateikė šias rekomendacijas:

- **ambulatorinis sektorius.** Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos: parengti mišrios kompensavimo sistemos projektą (pagal gyventojų skaičių ir pagal kainininką (honorarinis apmokėjimas). Įvertinant pereinamojo laikotarpio sąlygas, nustatant mokesčius už kiekvieną gyventoją, svarbiausia apibrėžti pirminės sveikatos priežiūros (PSP) gydytojo funkcijas. Apibrėžus PSP funkcijas, tikslinga nustatyti įkainį už gyventoją. Todėl reikia sudaryti visų pagrindinių paslaugų, kurios teikiamos minėtose įstaigose (kurios įskaitomos į įkainį už gyventoją) sąrašą bei papildomai apmokamų paslaugų sąrašą ir parengti tų paslaugų kainininką. Nuspręsta, jog pirmoje reformos pakopoje papildomai apmokamų paslaugų sąrašas neturėtų būti labai ilgas (10-20 paslaugų). Paslaugų

skaičius ribojamas siekiant sumažinti apskaitos administravimo išlaidas bei palengvinti atsiskaitymą tarp TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų.

*Papildomai apmokamos paslaugos turi atitikti šiuos reikalavimus:*

1. *Keisti stacionarines paslaugas ir sumažinti bendrąsias gydymo išlaidas.*
  2. *Garantuoti prioritetinių užduočių įgyvendinimą (skiepijimas, sveikatos mokymas).*
  3. *Nėra teikiamos daugelyje atitinkamo lygio įstaigų, nors teikimas yra pageidautinas.*
- **Ambulatorinis sektorius.** Specialistų teikiamos paslaugos: antrinės sveikatos priežiūros specialistų darbas turi būti kompensuojamas pagal mišrų mokėjimo už apsilankymą ir pagal kainininką modelį. Tačiau pačioje reformos pradžioje tikslinga nustatyti mokesčių už pirmą ir antrą apsilankymą, aprašant į apsilankymo kainą įeinančias manipuliacijas, ir kiekvienam specialistui skirti apie 10 manipuliacijų, už kurias bus papildomai mokama.
  - **Stacionaro** paslaugos turi būti apmokamos plėtojant 1992-1995 metų sistemą ir kiekvienoje iš 17 ligų grupių išskiriant 5-7 pogrupius.
  - **Specializuotos** įstaigos, kur sunku įvertinti darbo krūvį, turėtų būti finansuojamos remiantis jų biudžete numatytais išlaidomis.

PHARE ekspertų atlikta veikla pristatyta knygelėje "SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS SVEIKATOS DRAUDIMO SĄLYGOMIS" (500 egzempliorių).

Pagal 1996 m. kovo mėnesį Sveikatos apsaugos ministerijos ir PHARE sveikatos priežiūros ir finansavimo reformos projekto susitarimą pastaroji pusė išipareigojo parengti detalaus ambulatorinių paslaugų mokėjimo kainininko projektą. Detalų mokamų ambulatorinių paslaugų sąrašą sudarė gydytojai, atsižvelgdami į aukščiau minėtus kriterijus bei naudodamiesi ambulatorinių paslaugų kainininku. 1996 metų gegužės mėnesį šis sąrašas buvo pateiktas sveikatos priežiūros įstaigoms bei Lietuvos gydytojų sąjungai pastaboms ir siūlymams gauti. 1996 metų birželio 24 dieną pataisytas



paslaugų sąrašas pateiktas Sveikatos apsaugos ministerijai galutinai vertinti bei pataisyti. Taigi 1996 metų liepos mėnesį PHARE projekto grupė iš Sveikatos apsaugos ministerijos gavo galutinį paslaugų sąrašą ir naudojosi juo nustatydamą paslaugų kainas.

1996 metų rugpjūčio ir rugsėjo mėnesiais Vilniaus 10-ojoje poliklinikoje ir Ukmergės centrinėje rajono ligoninėje atlikta apklausa, siekiant nustatyti poliklinikoje bei ligoninėje dirbančių gydytojų darbo dienos struktūrą (žr. 1 priedą). Šios apklausos metu buvo siekiama šių tikslų:

- surinkti informacijos apie gydytojų atliekamus veiksmus;
- surinkti informacijos apie vidutinę į detalų mokamų paslaugų sąrašą įtrauktų paslaugų trukmę bei dažnį.

Nustatant ambulatorinių paslaugų kainas, naudotasi šia informacija:

- apie darbo dieną - vidutinę paslaugos trukmę;
- vidutiniu gydytojo atlyginimo dydžiu;
- santykinu atlyginimu tipiškame ambulatorinės įstaigos skyriuje.

1996 metų lapkričio mėnesį ambulatorinių paslaugų kainininko projektas buvo pateiktas Sveikatos apsaugos ministerijai.

**Pagal susitarimą su Sveikatos apsaugos ministerija 1997 metų vasario mėnesį ambulatorinių paslaugų kainininkas buvo pataisytas remiantis užsienio šalių patirtimi ir galutinė kainininko projekto versija pateikta Sveikatos apsaugos ministerijai. Sveikatos apsaugos ministerija sutiko su siūlomu kainininku. Įgyvendinant mokėjimo sistemą, Sveikatos apsaugos ministerija suprato, kad jai trūksta vadovavimo pajėgumų, todėl sveikatos draudimo įgyvendinimo pradžioje vadovaujančios Lietuvos institucijos nusprendė naudoti supaprastintą mokėjimo sistemą. Aprašoma sistema Lietuvoje galios bent iki 1998 metų liepos mėnesio. Visiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams apmokama pagal metinę sutartį (už suteiktų paslaugų kiekį) su teritorine ligonių kasa (TLK). Į paslaugos kainą įeina visos sveikatos priežiūros teikėjo einamosios išlaidos (gydytojų, slaugių ir kitų darbuotojų atlyginimai, socialinio draudimo įmokos, vaistai, maitinimas, šildymas, patalpų priežiūra). Į kainą neįtraukiamas pelnas, įtraukiama tik dalis amortizacijos. Į kainą įtraukiama didžioji**

**laboratorijos tyrimų išlaidų dalis. Pagal Sveikatos draudimo įstatymą kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija pagal susitarimą su Valstybine ligonių kasa. Visoje šalyje kainos vienodos.**

1997 metų kovo mėnesį Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa ir PHARE projekto ekspertai organizavo vienos dienos seminarą, skirtą stacionaro paslaugų apmokėjimo sistemai. Lietuvos atstovams pristatytas J. Sorenseno (Danija) sudarytas matematinis modelis bei Sveikatos apsaugos ministerijos parengtų kainų vertinimo galimybės.

## **1997 METŲ LIEPOS MĖNESĮ LIETUVOJE ĮDIEGTOS MOKĖJIMO SISTEMOS VERTINIMAS**

### **Bendras lietuviškojo modelio aprašymas**

#### *Pirminė sveikatos priežiūra*

1997 m., pirmaisiais Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo metais, buvo pasirinktas grynai gyventojų skaičiumi paremtas mokėjimo metodas. Pirmojoje 1997 metų pusėje suorganizuota prisiregistravimo pirminės sveikatos priežiūros įstaigose kampanija. Pirminės sveikatos priežiūros įstaiga buvo apibrėžta kaip bendrosios praktikos gydytojo kabinetas ir/arba grupinė praktika, įskaitant terapeutą, pediatrą, bendrosios praktikos chirurgą, ginekologą ir stomatologą. Naujasis platus ambulatorines paslaugas, todėl Sveikatos apsaugos ministerija laiko jį tik pereinamojo laikotarpio apibrėžimu. 1997 metų liepos 1 dieną 75 proc. nuolatinių Lietuvos gyventojų buvo pasirinkę pirminės sveikatos priežiūros įstaigą bei bendrosios praktikos gydytoją (daugiau nei 85 proc. iki 1997 metų spalio mėnesio). Apdraustieji turi teisę pakeisti pirminės sveikatos priežiūros teikėją kartą per 6 mėnesius.

Nauja sistema pradėta taikyti 1997 metų spalio mėnesį. Kiekvieną mėnesį pirminės sveikatos priežiūros įstaigos turi informuoti teritorinę ligonių kasą apie prisiregistravusių pacientų skaičių. Siekiant išvengti sveikatos priežiūros teikėjų piktnaudžiavimo prisiregistravimo procedūromis, sukurta visos šalies kompiuterizuota duomenų bazė.

#### *Antrinė ambulatorinė priežiūra*

Antrinės ambulatorinės priežiūros paslaugoms apmokėti taikoma mokėjimo už atvejį (konsultaciją) sistema. "Atvejis" - tai viena specialisto

konsultacija dėl vieno susirgimo atvejo. Tai reiškia, jog pirminės sveikatos priežiūros gydytojo pas specialistą siųstam pacientui teikiamas paslaugas TLK apmoka neatsižvelgdama į apsilankymų skaičių. Išimtis daroma tik lėtinėms ligoms. Jei lėtine liga sergančiam pacientui reikia nuolat lankytis pas specialistą, visi apsilankymai per trijų mėnesių laikotarpį laikomi viena konsultacija. TLK apmoka dvi ar daugiau konsultacijų, jei pacientas siunčiamas pas du ar daugiau specialistų. Vienas specialistas gali siųsti pacientą pas kitą specialistą. TLK apmokamų siuntimų konsultacijoms skaičius nėra ribojamas. Tik labai nedaugelis paslaugų (pavyzdžiui, kataraktos operacija) apmokamos papildomai.

#### *Stacionaro priežiūra*

Stacionarinės priežiūros paslaugos apmokamos pagal mokėjimo už kiekvieną atvejį sistemą.

Antrinio stacionarinės priežiūros lygmens paslaugos suskirstytos į 14 suaugusiųjų grupių (ligų gydymo profilių) ir 9 vaikų grupes; tretinio (universitetinio) lygmens stacionarinės priežiūros paslaugos - į 17 suaugusiųjų grupių (ligų gydymo profilių) ir 10 vaikų grupių. Vieno lovadienio ir vidutinės gulėjimo trukmės kaina nurodyta kainininke. Mokėjimas už lovadienių skaičių taikomas tada, kai pacientas ligoninėje praleidžia mažiau nei keturias dienas. Jei ligoninėje jis išbūna ilgiau nei tris dienas, ligoninės suteiktos paslaugos apmokamos pagal vidutinę gulėjimo trukmę, nurodytą kainininke. TLK apmokamų siuntimų į stacionarą skaičius nėra ribojamas. Ribinės kainos netaikomos.

### **Bendros pastabos**

1 lentelėje pateikiamas lietuviškosios sistemos vertinimas pagal tam tikrus kriterijus. Kriterijai - bendri sveikatos apsaugos sistemos reformos tikslai. Sistema įvertinta teigiamai, jei Lietuvos paslaugų apmokėjimo modelis padeda pasiekti tikslą, neigiamai - jei Lietuvos paslaugų apmokėjimo modelis prieštarauja tam tikram reformos tikslui. Ženklas +/- reiškia, kad teigiami veiksniai nusveria neigiamus, o ženklas -/+ - neigiami veiksniai nusveria teigiamus.

*1 lentelė. Mokėjimo už paslaugas sistemos vertinimas*

<b>Kriterijai</b>	<b>Vertinimas pagal kriterijus</b>	<b>Pastabos</b>
-------------------	------------------------------------	-----------------

1. Sveikatos priežiūros teikimo restruktūrizavimas. Finansinių išteklių perskirstymas iš stacionaro į ambulatorinį (daugiausiai PSP) sektorių	–	85 proc. nuolatinių Lietuvos gyventojų pasirinko PSP įstaigą. Taigi paskirstyta tik 85 proc. planuotų lėšų. Antra vertus, TLK mokamų siuntimų konsultacijoms ir priėmimų į stacionarą skaičius nėra ribojamas. Taip kuriama padidinta antrinės priežiūros paklausa
2. Didesnis dėmesys sveikatinimo veiklai	–	Nėra jokių finansinių sveikatinimo veiklos iniciatyvų. Laimi PSP įstaigos, kurios mažina indėlį į visuomenės sveikatą
3. Sveikatos sektoriaus išlaidų mažinimas	–	Skatinamas brangiausių, specializuotų ambulatorinio bei stacionaro sektorių produktyvumas, o PSP įstaigos nesuinteresuotos savo paslaugomis keisti mediciniškai nereikalingos antrinės priežiūros. Kuo daugiau pacientų BPG siunčia konsultacijoms ir/ar į ligoninę, tuo mažesnės jo kintamosios išlaidos. TLK neturi jokio kontrolės mechanizmo, antra vertus, TLK neskatinamos veiksmingai kontroliuoti priėmimų, nes 1997 m. metinis TLK biudžetas nebuvo ribojamas.
4. Sveikatos draudimo fondo balansavimas	-/+	Dėl minėtų priežasčių vertinimas neigiamas, bet mokėjimas pagal pacientų skaičių PSP įstaigose ir VLK šalies lygiu atlikti finansinio planavimo veiksmai yra nedidelio finansinio pertekliaus 1997 m. priežastis.
5. Administravimo išlaidų taupymas	+	Labai paprastas sutarčių sudarymo ir sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sveikatos priežiūros teikėjams metodas

		(remiamasi pacientų skaičiumi, vienoda visų konsultacijų kaina, tik 50 stacionariųjų atvejų, kuriuos apmoka TLK); 1997 m. sveikatos draudimo įstaigų administravimo išlaidos sudarė mažiau nei 1 proc. nuo valstybinio sveikatos draudimo fondo išlaidų.
6. Produktyvumas	+/-	Mokėjimas už kiekvieną atvejį skatina konkurenciją bei antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros sektorių veiklos gerinimą, bet beveik neskatina PSP sektoriaus produktyvumo. Mokėjimo pagal pacientų skaičių metodas riboja paskatas produktyviai dirbti, nes dauguma PSP įstaigų aptarnauja visus savivaldybės gyventojus, tad jas, bent jau kurį laiką, galima laikyti "natūraliomis monopolijomis".
7. Sveikatos priežiūros išlaidų vienodinimas rajonuose	-/+	Daugiau kaip 70 proc. sveikatos priežiūros išlaidų sudaro antrinio ir tretinio lygio paslaugų išlaidos. Kadangi nėra metinio TLK biudžeto ir mokėjimas už šias paslaugas neribojamas, yra didelė tikimybė, kad pinigai plauks į tuos rajonus, kur istoriškai susikonglomeravusios antrinio ir tretinio lygmens įstaigos. Nepaisant šios neigiamos tendencijos, PSP mokėjimas pagal pacientų skaičių padeda perskirstyti išteklius ne taip gerai išsivysčiusių rajonų naudai.
8. Aiškumas	+/-	Sistema gana paprasta ir aiški paslaugų teikėjams bei plačiajai visuomenei. Daugeliu aspektų ji atspindi Lietuvoje surinktus statistikos duomenis. Silpnoji

		pusė yra požiūris į ambulatorines konsultacijas. Nėra jokių patikimų retrospektyvių statistikos duomenų, nurodančių konsultacijų dažnumą, ir dar iki šiol (1998 metų vasario) nėra jokio tikslaus šios sąvokos apibrėžimo.
--	--	--

Pagrindiniai sveikatos apsaugos reformos tikslai, atsispindintys šalies sveikatos politikoje:

- sveikatinimo prioritetai;
- sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas;
- išlaidų mažinimas;
- produktyvumo didinimas.

1 lentelė rodo, jog 1997 metais įdiegta sveikatos priežiūros mokėjimo už paslaugas sistema daro neigiamą įtaką 3 iš 4 pagrindiniams sveikatos apsaugos reformos tikslams, todėl 1997 metų sistema nėra finansiškai ir politiškai tinkama ilgalaikės perspektyvos atžvilgiu. Reikėtų išsaugoti ir toliau plėtoti stipriausias sistemos puses.

### **1997 METŲ BIRŽELIO MĖNESĮ PROJEKTO SIŪLYTOS PRIEMONĖS**

Atsižvelgdami į riziką, susijusią su 1997 metais įdiegta pereinamojo laikotarpio apmokėjimo sistema, 1997 metų birželio mėnesį Seimo Sveikatos reikalų komitete vykusio seminaro metu PHARE ekspertai pasiūlė imtis tam tikrų laikinų priemonių (žr. 2 priedą). Siūlymo esmė tokia:

- įvesti teritorinių ligonių kasų metinius biudžetus, siekiant skatinti TLK išlaidų mažinimą;
- nustatyti fiksuotus PSP, antrinio ir tretinio lygmens paslaugų TLK lygiu biudžetus bei nustatyti taškų sistemą antrinio ir tretinio lygmens veiklai. Kiekvienoje TLK turi būti nustatyta

piniginė taško vertė, paskirstant bendrąjį fondą stacionariniam finansavimui pagal apskrityje teikiamas paslaugas

- įdiegti naujus konsultacijų ir priėmimų statistikos kontrolės metodus.

Lietuvos pusės patvirtinta pereinamoji sistema skiriasi nuo 1996 metais PHARE ekspertų siūlytos sistemos, kuriai pritarė Sveikatos apsaugos ministerija, VLK ir Gydytojų sąjunga.

Sistema taip pat neatspindi 1997 metų birželio mėnesį Seime pateiktų siūlymų.

### **Kodėl 1997 metais įdiegta sistema skiriasi nuo 1996 metais pasirinktos sistemos?**

**Pirma**, 1997 metai yra pirmieji Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo metai. Greičiausiai svarbiausi **Sveikatos apsaugos ministerijos ir VLK tikslai tais metais buvo tokie:**

- sukurti sveikatos draudimo įstaigų tinklą, įskaitant VLK ir TLK patalpų remontą bei įrangos įsigijimą ir instaliavimą;
- parinkti tinkamus TLK darbuotojus;
- subalansuoti sveikatos draudimo fondą visos šalies mastu;
- sukurti apdraustųjų registrą ir suorganizuoti draudimo pažymėjimų platinimą;
- atsisakyti 1994-1996 metų praktikos, kai sveikatos priežiūros įstaigos buvo finansuojamos nereguliariai ir pavėluotai pervedant pinigus.

Minėta vidaus veikla pareikalavo tiek daug VLK valdymo pajėgumų, kad Lietuvos institucijos nepakankamai dėmesio skyrė sveikatos draudimo veiksmingumui, įskaitant ir tinkamą paslaugų apmokėjimo sistemą. Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK nusprendė pradėti įgyvendinti sveikatos draudimą, naudojant pačias paprasčiausias valdymo priemones mokėjimui (kainos nustatomos visos šalies lygmeniu, taikomas grynas mokėjimo pagal pacientų skaičių metodas, viena kaina visoms ambulatorinėms konsultacijoms, tik 50 įkainių ligoninių teikiamoms paslaugoms) bei sutarčių sudarymui (jokių apribojimų, nesiderama dėl kainų).

**Antra**, tarp Lietuvos gyventojų vyrauja nuomonė, kad pagrindinė sveikatos draudimo fondo funkcija - tiesiog mokėti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Tokio požiūrio, matyt, laikosi ir naujai atrinkti VLK ir TLK darbuotojai, kurie nepakankamai įvertino tokių sveikatos draudimo funkcijų kaip planavimas, biudžeto sudarymas ir stebėjimas svarbą. Nepakankami TLK darbuotojų įgūdžiai valdymo bei sveikatos apsaugos planavimo srityse ir ateityje gali turėti neigiamų padarinių. Vienas iš svarbiausių sistemų plėtojimo uždavinių vidutiniu laikotarpiu yra tinkamai išspręsti personalo mokymo problemą.

### **Statistinis Lietuvos sveikatos priežiūros mokėjimo už paslaugas sistemos vertinimas**

Naujoji 1997 metų mokėjimo sistema pradėjo funkcionuoti 1997 metų spalio mėnesį. Toks trumpas laikotarpis dar neleidžia daryti tikslių išvadų, koks šios sistemos poveikis sveikatos priežiūros teikimui šalyje. Antra vertus, netgi per tokį trumpą laikotarpį paaiškėjo, kad "Bendrų pastabų" skyriuje pateikti PHARE specialistų nuogaštavimai buvo pagrįsti.

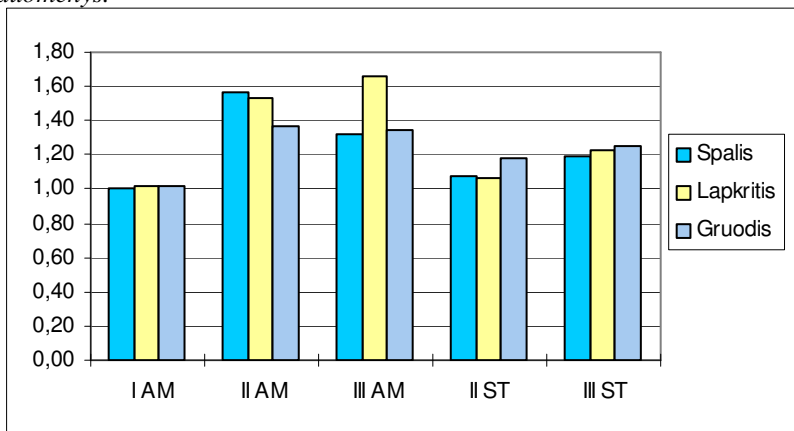
2 lentelėje ir 1 grafike pateikiami sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymo sveikatos priežiūros sektoriams 1997 metų ketvirtam ketvirčiui Vilniaus apskrityje duomenys. Kiekvienam sektoriui planuotos lėšos prilyginamos vienetui. Koeficientas rodo skirtumą tarp planuoto ir realaus finansavimo. Dėl spalio mėnesį atlikto visų sveikatos priežiūros paslaugų kainų indeksavimo 10-ia proc. visi sektoriai gavo daugiau, nei buvo planuota.

*2 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymo sveikatos priežiūros sektoriams 1997 metų ketvirtam ketvirčiui Vilniaus apskrityje duomenys.*

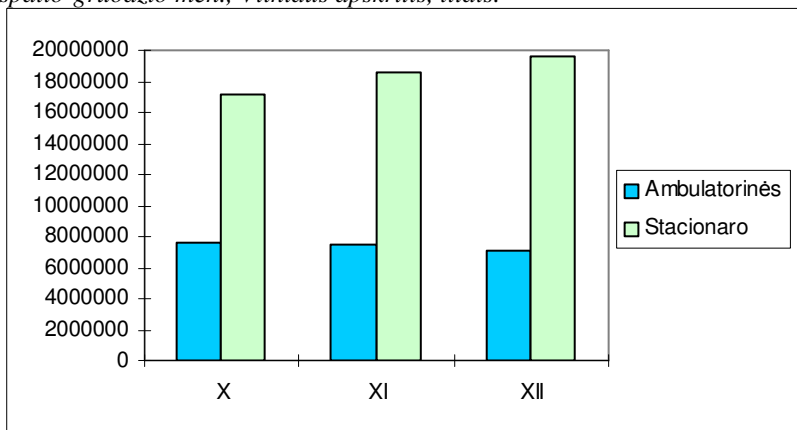
	Spalis	Lapkritis	Gruodis
PSP	1.01	1.01	1.02
II ambulatorinis lygis	1.56	1.53	1.37
III ambulatorinis lygis	1.32	1.66	1.34
II lygio ligoninės	1.07	1.07	1.18
III lygio ligoninės	1.19	1.22	1.25



1 grafikas. Sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymo sveikatos priežiūros sektoriams 1997 metų ketvirtam ketvirčiui Vilniaus apskrityje duomenys.



2 grafikas. Stacionaro ir ambulatorinių paslaugų finansavimas 1997 metų spalio-gruodžio mėn., Vilniaus apskritis, litais.

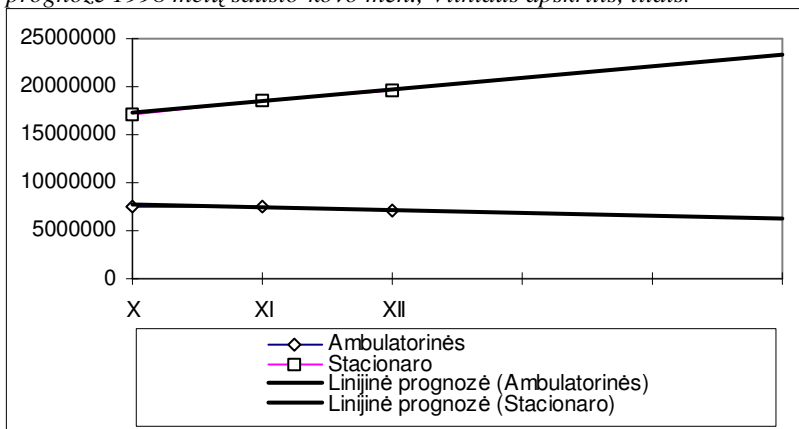


1-e grafike aiškiai matyti, jog stacionaro bei antrinio ir tretinio lygmens ambulatorinių paslaugų finansavimas išaugo. Pagal globalinę sveikatos apsaugos reformų filosofiją šio proceso raida turi būti atvirkštinė.

Ambulatorinių ir stacionaro paslaugų finansavimas 1997 metais parodytas 2 grafike.

Linijinis prognostinis modelis atspindi viso ambulatorinio sektoriaus finansavimo riziką netolimoje ateityje (3 grafikas).

3 grafikas. Linijinė stacionaro ir ambulatorinio sektorių finansavimo prognozė 1998 metų sausio-kovo mėn., Vilniaus apskritis, litais.



### Sveikatos priežiūros personalo atlyginimai

Kaip ir reikalavo Sveikatos apsaugos ministerija, PHARE projekto grupės ekspertai taip pat padėjo plėtoti sveikatos priežiūros personalo atlyginimų sistemą.

1996 metais pasikeitė sveikatos priežiūros administravimo įstatymų bazė. Be to, 1997 m. ankstesnės biudžetinės įstaigos reorganizuotos į viešąsias.

Biudžetinių įstaigų darbuotojų atlyginimus reguliuoja vyriausybė, nustatydama ribinio minimalaus ir maksimalaus atlyginimo koeficientus. Tačiau nebiudžetinių įstaigų darbuotojų atlyginimai reguliuojami vadovaujantis tiktais bendrais mokėjimo principais bei nustatant visų Lietuvos dirbančių gyventojų minimalų atlyginimo dydį. Pagal darbo sutartis dirbančių žmonių atlyginimas negali būti mažesnis už minimalų atlyginimą, tačiau konkretus atlyginimo dydis nustatomas pagal įmonės pajamas ir tarp darbdavio ir profesinės sąjungos bei tarp darbdavio ir darbuotojo sudarytos sutarties pagrindu. Atsižvelgdami į neseniai įvykusius

sveikatos priežiūros finansavimo pokyčius ir poreikį informuoti sveikatos priežiūros įstaigų administraciją bei plačiąją medikų visuomenę apie atlyginimų reformos teikiamas galimybes padidinti įstaigų savarankiškumą, projekto atstovai kartu su Sveikatos apsaugos ministerija 1996 metų rugsėjo mėnesį pasiūlė tam tikras sveikatos priežiūros personalo atlyginimų schemas. Buvo pabrėžta, kad visos atlyginimų schemas turi pranašumą ir trūkumą. Darbo rezultatais paremti atlyginimai skatina gydytojus daugiau laiko skirti pacientui, diegti naujas technologijas, didinti konkurenciją tarp sveikatos priežiūros personalo ir sveikatos priežiūros įstaigų, ir tokiu būdu atsiranda galimybė gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Antra vertus, tokie atlyginimų skaičiavimo būdai gali išprovokuoti hospitalizacijų perteklių, darbo konfliktus, pažeisti gydytojų etikos kodeksą, pvz., kai patyrę gydytojai mėgins apriboti jaunų gydytojų veiklą. Todėl sveikatos priežiūros įstaigų vadovai turi įvertinti potencialias problemas ir stengtis vengti galimų konfliktų.

1997 metais PHARE projekto atstovai, dirbantys sveikatos priežiūros personalo atlyginimų sistemos plėtojimo srityje, tęsė savo veiklą tiek šalies (smulkesnė informacija apie Seime vykusias diskusijas patiekama PHARE projekto galutinėje ataskaitoje ir 3 priede), tiek eksperimentinių įstaigų lygmeniu. 1998 metų sausio mėnesį Vilniaus 10-ojoje poliklinikoje pradėta taikyti nauja atlyginimų sistema. Ši patirtis perduota kitoms ambulatorinėms Vilniaus, Klaipėdos bei Šiaulių apskričių įstaigoms.

Šiuo metu (1998 metų vasario mėnesį) apie 80 proc. ambulatorinių įstaigų jau pradėta projektuoti darbo rezultatais paremta atlyginimų sistema, o apie 20 proc. įstaigų jau įvesta šios srities naujovių.

1998 m. kovas

## SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKOS

### Teorinė diskusija ir galimybių įvertinimas parengiamuoju laikotarpiu (1990-1997)

Gediminas Černiauskas

#### Tradicionis bendru apmokestinimu pagrįstas sveikatos finansavimo modelis

1990 metais atkūrus nepriklausomybę, Lietuva paveldėjo Sovietų sąjungai būdingą bendru apmokestinimu pagrįstą sveikatos apsaugos finansavimo modelį. Mes nesvarstysime sovietinio mokesčių sistemos modelio pakeitimų, įvykdytų 1990-1993 metais; dabar mokesčių sistemos modelis remiasi Europos regionui būdinga bendra sistema. Nacionalinio biudžeto (valstybės ir savivaldybių biudžetų suma) pajamų struktūros evoliucija buvo tokia:

1 lentelė. Nacionalinio biudžeto struktūra (proc.)

	1993 m.	1994 m.	1996 m.
Fizinių asmenų pajamų mokesčiai	22,9	29,4	31
Pelno mokesčiai	23,4	13,7	8,7
PVM	27,8	28,7	33,9
Akcizo mokesčiai	7,7	7	12,4
Tarptautinės prekybos mokesčiai	3,6	7	3,2
Kiti mokesčiai	14,6	14,5	10,8
Iš viso	100	100	100

Lentelėje pateikti duomenys liudija, kad fizinių asmenų pajamų mokesčio ir PVM dalis auga, o pajamos iš pelno mokesčio, muitų ir kitų mokesčių tampa sąlyginai mažesnės.

Nuo 1994 metų Lietuvoje yra nacionalinio biudžeto deficitas, pavaizduotas šioje lentelėje:

*2 lentelė. Nacionalinis biudžetas BVP struktūroje (proc.)*

	1994 m.	1995 m.	1996 m.
Pajamos	23,8	24,2	21,6
Išlaidos	25,6	26,0	24,1
Balansas	-1,8	-1,8	-2,5

Deficitinio finansavimo dalis nuo 7 proc. biudžeto išlaidų 1994 metais išaugo iki 10,4 proc. 1996 metais.

Sveikatos apsaugos išlaidų dalis nacionaliniame biudžete nesikeičia ir sudaro šiek tiek daugiau nei 14 proc. Išlaidų dalies stabilumas rodo, kad bent jau 1993-1996 metų laikotarpiu Vyriausybės požiūris dėl sveikatos apsaugos finansavimo apimties nesikeitė (žr. 3 lentelę). Kita vertus, nagrinėjamu laikotarpiu šis požiūris buvo dažnai pažeidžiamas ministerijoms stengiantis gauti didesnę valstybinio finansavimo dalį. Iš lentelės taip pat matyti, kad tuo laikotarpiu realus finansavimas šiek tiek mažėjo.

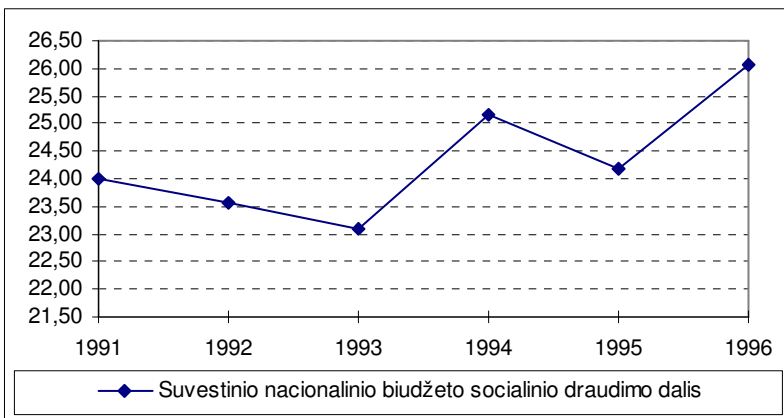
*3 lentelė. Nacionalinio biudžeto (NB) išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai*

	1993 m.	1994 m.	1995 m.	1996 m.
NB išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai, mln. Lt.	375,6	629,7	887,8	1072,7
NB išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai, proc.	14,2	14,5	14,3	14,3
Praėjusių metų metinis vartotojų kainų indeksas	510	172,2	139,6	124,6
Sveikatos apsaugos išlaidos 1994 m. kainomis	646,8	630	636	617

**DRAUDIMINIS SVEIKATOS APSAUGOS MODELIS**

1991 metais dalis valstybės išlaidų, tenkančių sveikatos apsaugai (dalinė vaistų ir sanatorinio gydymo kompensacija), buvo perduota įstatymo nustatytam socialiniam draudimui (SD). Socialinio draudimo įmokos surenkamos per mokesčius, susietus su darbo užmokesčiu: darbdaviai moka 30 proc., darbuotojai - 1 proc. Be sveikatos draudimo įmokų darbuotojai draudžiami senatvės ir invalidumo pensijoms, bedarbio pašalpoms, nedarbingumo ir motinystės pašalpoms. Suvestinio (konsoliduoto) nacionalinio biudžeto (nacionalinio ir socialinio draudimo biudžetų suma) socialinio draudimo dalis pateikiama schemeje.

*1 schema. Suvestinio (konsoliduoto) nacionalinio biudžeto socialinio draudimo dalis*



Valstybinio finansavimo BVP dalis (proc.) pateikta 4 lentelėje.

*4 lentelė. Valstybinio finansavimo dalis BVP (proc.)*

	1991 m.	1992 m.	1993 m.	1994	1995 m.	1996 m.
Nacionalinio biudžeto išlaidos	26,3	24	23	25,6	26	24,1
Socialinio draudimo biudžeto išlaidos	8,3	7,4	6,9	8,6	8,3	8,5
Suvestinio biudžeto išlaidos	34,6	31,4	29,6	34,2	34,3	32,6
Suvestinio biudžeto soc. draudimo išlaidų dalis	23,99	23,57	23,08	25,15	24,20	26,07

Iš socialinio draudimo finansuojamos sveikatos apsaugos apimtis pateikiama 5 lentelėje.

*5 lentelė. SD biudžeto finansuojama sveikatos apsauga*

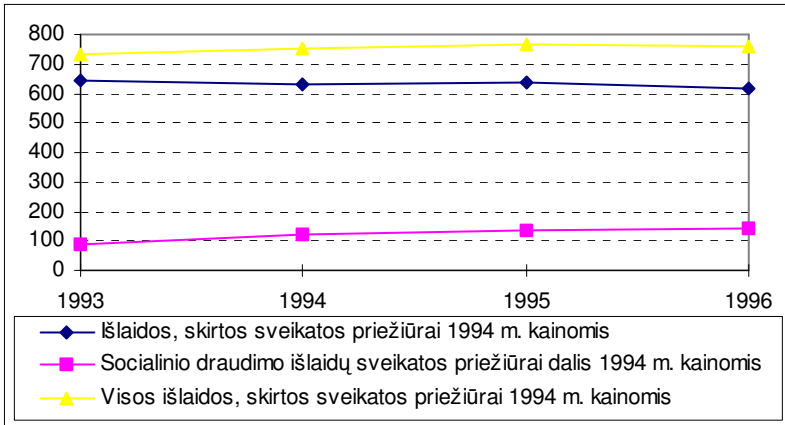
	1993 m.	1994 m.	1995 m.	1996 m.
Soc. draudimo fondas, skirtas sveikatos apsaugai, mln. Lt	50,2	121,7	185,1	252,4
Sveikatos apsaugos išlaidų dalis, tenkanti soc. draudimo išlaidoms, proc.	6,6	8,4	9,4	9,5
Praėjusių metų metinis vartotojų kainų indeksas	510	172,2	139,6	124,6
Soc. draudimo išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai, 1994 metų kainomis	86,4	121,7	132,6	145,1

Duomenys rodo ir nuolatinį sveikatos draudimo išlaidų dalies, tenkančios socialiniam draudimui augimą, ir sveikatos išlaidų pastoviomis kainomis augimą nuo 1993 metų. Kadangi sveikatos apsaugos finansavimas iš nacionalinio biudžeto buvo stabilus, socialinio draudimo išlaidų, skirtų sveikatos apsaugai, augimas padidino dalį, tenkančią socialiniam draudimui bendrame valstybiniame sveikatos apsaugos finansavime. Socialinio draudimo įmokų surinkimas analizuojamas tolesniuose pranešimo skyriuose.

6 lentelė. Valstybės išlaidos, skirtos sveikatos draudimui, mln. Lt

	1993 m.	1994 m.	1995 m.	1996 m.
Nacionalinio biudžeto išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai	375,6	629,7	887,8	1072,7
Nacionalinio biudžeto išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai, 1994 m. kainomis	646,8	630	636	617
Socialinio draudimo fondas, skirtas sveikatos apsaugai	50,2	121,7	185,1	252,4
Sveikatos draudimo fondas, skirtas sveikatos apsaugai, 1994 m. kainomis	86,4	121,7	132,6	145,1
Iš viso išlaidų atitinkamų metų kainomis	425,8	751,4	1072,9	1325,1
Iš viso išlaidų 1994 m. kainomis	733,2	751,7	768,6	762,1
Soc. draudimo ir nacionalinio biudžetų sveikatos išlaidų santykis	0,13	0,19	0,21	0,24

2 schema. Valstybės išlaidų, skirtų sveikatos apsaugai, struktūra:



1991 metais buvo susitarta, kad Seimui priėmus Sveikatos draudimo įstatymą socialinio draudimo išlaidos, skirtos sveikatos apsaugai, turi būti perkeltos į atskirą sveikatos draudimo fondą. 1991 metais Vyriausybė svarstė pirmąjį sveikatos draudimo projektą; po penkerių metų svarstymo įstatymas buvo priimtas 1996 m. gegužės 21 dieną.

## DISKUSIJOS DĖL SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMO 1991-1996 METAIS

### Sveikatos draudimas ir finansavimas bendro apmokestinimo pagrindu

Daugelis idėjų, iškeltų diskusijose 1991-1996 metais, rėmė sveikatos draudimą.

Tarp motyvų pasirinkti sveikatos draudimą pajamų požiūriu yra ir tokių:

- finansavimo sistemos aiškumas;
- galimybė prognozuoti būsimas pajamas ir gauti daugiau informacijos išlaidoms planuoti;
- medikų nepasitikėjimas Finansų ministerija bei vyriausybe apskritai (gydytojai vis dar bijo, kad sveikatos sektorius liks neįtrauktas į šalies prioritetinių sričių sąrašą).



Tarp motyvų pasirinkti sveikatos draudimą išlaidų požiūriu yra šie:

- istoriškai principas “pinigai seka paskui pacientą” yra daugiau susijęs su sveikatos draudimo, o ne su nacionaline sveikatos apsaugos sistema;
- nacionalinių įstatymų požiūriu lengviau pasiekti, kad su privačiais sveikatos paslaugų teikėjais sutartis sudarytų sveikatos draudimo bendrovės, o ne savivaldybės arba Sveikatos apsaugos ministerija.

Svarbi yra tarpukario laikotarpio nepriklausomybės patirtis, taip pat ir Vokietijos pavyzdys.

1991-1994 metais buvo pasiektas nacionalinis susitarimas, kad sveikatos priežiūros finansavimo pagrindu turėtų būti sveikatos draudimo įmokų rinkimas. Buvo susitarta ir dėl to, kad sveikatos apsaugos finansavimo reforma neturėtų padidinti bendros mokesčių naštos. Kita vertus, nebuvo pasiektas susitarimas dėl to, kaip įvesti sveikatos draudimo įmokas nekeliant bendro valstybinių mokesčių lygio. Daugelis diskusijų dalyvių pritarė, kad įvedant sveikatos draudimo įmokas būtų tuo pat metu mažinamas fizinių asmenų pajamų mokestis bei socialinio draudimo įmokos; tačiau nebuvo susitarta dėl įmokų rinkimo administravimo. Lietuvoje už mokesčių rinkimą atsako prie Finansų ministerijos veikiančios mokesčių inspekcijos. Valstybinė Socialinio draudimo tarnyba (Sodra) atsako už socialinio draudimo įmokų surinkimą. Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) bei medicinos darbuotojai daugiausia rėmė sveikatos draudimo fondo idėją; fondas būtų atsakingas už sveikatos draudimo įmokų surinkimą. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (SADM) pritarė Sodros, kaip pagrindinės sveikatos draudimo įmokų administratorės kandidatūrai.

### **Valstybinis ir privatus sveikatos draudimas. 1993-1995 metų diskusijos. Centralizuotas ir decentralizuotas įmokų rinkimas**

1993-1995 metais, kai buvo rengiamos sveikatos draudimo įstatymo nuostatos, Sveikatos apsaugos ministerijoje vyravo idėjos apie būtinybę sukurti privalomą, tačiau privačią pelno siekiančią sveikatos draudimo sistemą. Privačios sveikatos draudimo bendrovės konkuruotų dėl klientų ir atitinkamai būtų atsakingos už sveikatos draudimo įmokų surinkimą. Privataus sveikatos apsaugos finansavimo pasirinkimą rėmė ir privačios

draudimo bendrovės bei dalis medikų, tačiau jai priešinosi SADM ir dauguma socialinių mokslų mokslininkų. 1995 m. pavasarį Seime vykusio balsavimo rezultatai parodė, kad dauguma didelių politinių partijų remia privalomą visuomeninį ir santykinai centralizuotą sveikatos draudimą. Argumentus privataus sveikatos draudimo naudai (konkurencija, pasirinkimo laisvė, daugiau finansinių paslaugų apdraustiesiems) nusiųrė tokie argumentai kaip privataus draudimo schemų taikoma atvirkštinė atranka, didesnės administravimo išlaidos dėl konkurencinės sveikatos draudimo aplinkos bei rizika, susijusi su privataus sveikatos draudimo tęstinumu nepakankamai išvystytoje finansų rinkoje.

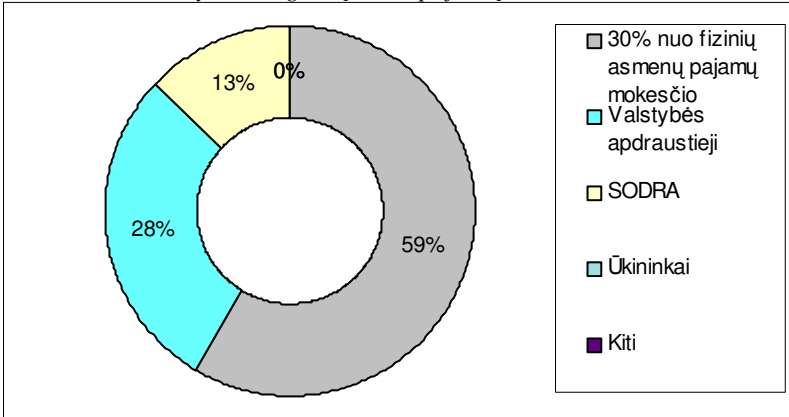
1996 metais priimtame ir 1997 m. birželio mėnesį papildytame bei pataisytame Sveikatos draudimo įstatyme atsispindi šios 1990-1995 metų diskusijos išdavos.

- Darbuotojų mokamos sveikatos draudimo įmokos sudaro 30 proc. fizinių asmenų pajamų mokesčio. Pajamų mokesčio tarifas Lietuvoje yra 33 proc., tačiau dėl išskirto neapmokestinamų pajamų minimumo mokesčiai tampa šiek tiek progresyviniai. Dabar biudžeto pajamos iš fizinių asmenų pajamų mokesčio sudaro maždaug 25 proc. atlyginimų. Darbdavys atsako už įmokos dydžio apskaičiavimą ir sumokėjimą. Mokesčių inspekcija atsako už šių įmokų surinkimo bei surinktų lėšų pervedimo Valstybinei ligonių kasai administravimą.
- Sveikatos draudimo įmokos už darbuotojus, mokamos darbdavio, atskaičiuojamos nuo atlyginimo; dabar šis mokestis sudaro 3 proc. nuo darbo užmokesčio. Už įmokos dydžio apskaičiavimą ir sumokėjimą atsako darbdavys; šias įmokas surinkti ir surinktas lėšas pervesti į Valstybinę ligonių kasą yra Sodros funkcija. Trys procentai nuo darbo užmokesčio sudaro 9,68 proc. socialinių draudimo įmokų tarifo 1991-1996 metais. 1996 metais sveikatos apsaugos išlaidos sudarė 9,5 proc. visų socialinio draudimo išlaidų. Taigi, įstatymas įteisino sveikatos apsaugos išlaidų atskyrimą nuo Sodros išlaidų.
- Visa darbuotojo sveikatos draudimo įmoka, kurią moka darbuotojas ir darbdavys, sudaro maždaug 10 proc. atlyginimo.

- Maždaug 55 proc. gyventojų (pensininkus, vaikus, bedarbius, vaikus auginančias motinas) draudžia valstybė. Valstybės apdraustų asmenų Sveikatos draudimo įmokos dydį kiekvienais metais nustato Seimas ir iš surinktų bendrųjų mokesčių perveda Valstybinei ligonių kasai. 1997 metams nustatytas įmokos dydis yra 119 litų kiekvienam apdraustajam arba tik 1,59 proc. nuo 1996 metų vidutinio atlyginimo.
- Ūkininkai privalo mokėti 3,5 proc. nuo minimalaus darbo užmokesčio kaip sveikatos draudimo įmoką, arba tik 1,58 proc. nuo 1996 metų vidutinio atlyginimo. Dabar (1997 m.) minimalus darbo užmokestis sudaro maždaug 45 proc. vidutinio atlyginimo. Ūkininkas turi apskaičiuoti draudimo įmokos dydį ir sumokėti įmoką tiesiogiai į Valstybinės ligonių kasos sąskaitą.
- Kiti nuolatiniai gyventojai turi mokėti 10 proc. Vidutinio mėnesinio atlyginimo dydžio įmokas; apdraustieji patys atsakingi už įmokos dydžio apskaičiavimą ir sumokėjimą tiesiogiai į Valstybės ligonių kasos sąskaitą.

Pagal įstatymą dabar pagrindinę sveikatos draudimo įmokų dalį administruoja Mokesčių inspekcija ir Sodra. Statistikos duomenys apie Valstybinės ligonių kasos pajamų struktūrą (trečiasis 1997 m. ketvirtis) yra pateikti schemeje.

3 schema. Valstybinės ligonių kasos pajamų struktūra



Valstybinės ligonių kasos pajamos iš ūkininkų ir kitų apdraustųjų schemoje nepažymėtos, nes jos sudaro tik 0,02 proc. visų pajamų. Tik ūkininkai ir kitų apdraustųjų grupė įmokas moka tiesiogiai Valstybinei ligonių kasai; todėl pagrindinė sveikatos draudimo įmokų surinkimo našta tenka Mokesčių inspekcijai ir Sodrai. Toks nereikšmingas vaidmuo, kuris skiriamas tiesiogiai sveikatos sistemos renkamoms pajamoms, paaiškina, kodėl Valstybinė ligonių kasa ir Sveikatos apsaugos ministerija taip mažai domisi įmokų rinkimo ir administravimo klausimais bei šiame pranešime naudojamu metodu. Būsimo sveikatos draudimo įmokų surinkimo analizės pagrindu buvo pasirinktas socialinio draudimo įmokų surinkimo (kurį administruoja Sodra) 1993-1996 metais analizė. Sodros duomenys buvo pasirinkti dėl šių priežasčių:

- didžioji sveikatos draudimo įmokų dalis (maždaug 70 proc.) yra susijusi su darbuotojų darbo užmokesčiu (žr. Sodros ir fizinių asmenų pajamų mokesčio dalį schemoje). Problemos ir sėkmė, patiriama renkant su darbo užmokesčiu susijusius mokesčius, būtinai atsispindės sveikatos draudimo fondo pajamų struktūroje;
- dabar Sodra turi duomenų apie kiekvieno asmens sumokėtas įmokas bazes, o mokesčių inspekcijos turi tik suvestinius duomenis apie kiekvieną darbdavį. Fizinių asmenų

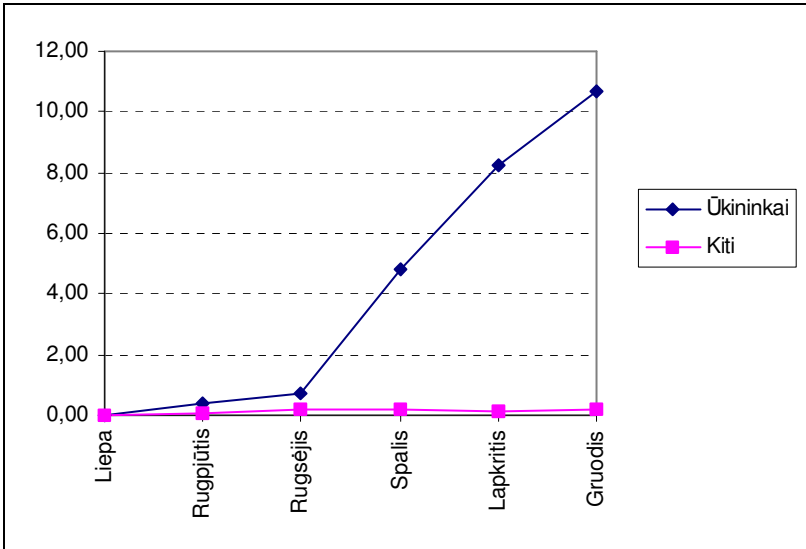
apmokestinimas pagal individualias pajamų deklaracijas Lietuvoje turėtų būti įgyvendintas 1999-2000 metais;

- per pastaruosius dvejus metus Sodra susidūrė su didelėmis problemomis rinkdama įmokas iš savo verslą turinčių (*self-employed*) žmonių, ypač - iš ūkininkų. Iš grafiko matyti, kad ir sveikatos draudimo tarnybų, kurios renka sveikatos draudimo įmokas, darbo rezultatai taip pat nėra ypač geri;
- sveikatos draudimo įgyvendinimas pilna apimtimi prasidėjo tik 1997 metų liepos mėnesį, todėl sistemos sukaupta patirtis ir informacija nėra pakankama.

Socialinio draudimo įmokų surinkimo analizė pateikta Sodrai ir SAM. Kai kurios iš ten pateiktų išvadų yra reikšmingos sveikatos draudimo įmokų surinkimui.

1. Sunkiausia įmokas surinkti iš ūkininkų ir kitų savo verslą turinčių asmenų. Sveikatos draudimo įmokas mokantys ūkininkai sudaro šiek tiek daugiau nei 1 proc.; tai - išpėjimas sprendimų priėmimo galią turintiems Lietuvos pareigūnams. Pagal Sveikatos draudimo įstatymą tik ūkininkai ir aiškiai neapibrėžta "kitų gyventojų" grupė įmokas turi mokėti tiesiogiai į Valstybinės ligonių kasos sąskaitą; įstatymas numato, kad sveikatos draudimo įmokų nemokantis asmuo privalo pats padengti visas sveikatos paslaugų išlaidas. Jeigu sveikatos draudimo įmokų surinkimas iš ūkininkų bus toks pats nesėkmingas, kaip ir socialinio draudimo įmokų surinkimas, ir bus reikalaujama mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, ūkininkai - viena iš neturtingiausių ir pažeidžiamiausių visuomenės grupių - susidurs su didelėmis socialinėmis problemomis. 1997 metų antrojo pusmečio duomenys yra akivaizdus įrodymas to, kad šis susirūpinimas turi pagrindą.

*4 schema. Apsidraudusių gyventojų dalis bendrame, asmenų tiesiogiai ligonių kasoms turinčių mokėti privalomojo SD įmokas, skaičiuje (proc.).*



Grafikas vaizduoja apdraustųjų, kaip tam tikros grupės, dalį. Buvo padaryta prielaida, kad kiekvienoje grupėje yra po 100 000 žmonių ir kad visos per mėnesį sumokamos įmokos yra įmokos už tą mėnesį. Nors įvertinimas yra gana apytikslis, akivaizdu, kad Valstybinės ligonių kasos vykdomas sveikatos draudimo įmokų administravimas toli gražu ne tobulas: per pirmuosius 6 sistemos gyvavimo mėnesius apsidraudė tik 10 proc. ūkininkų ir mažiau nei 1 proc. „kitų“ asmenų.

2. Be problematiško draudimo įmokų surinkimo iš ūkininkų, socialinis draudimas taip pat susiduria su problemomis rinkdamas įmokas iš darbuotojų. Analizės rezultatai rodo, kad dalis darbuotojų nėra oficialiai registruoti, o įregistruotų darbuotojų darbo užmokestis ne visada tinkamai fiksuojamas. Dėl tokių pažeidimų sumokėtų įmokų suma sumažėja maždaug 20-30 proc. Šešėlinė ekonomika yra viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl Lietuvoje, kur draudimo įmokų dydis panašus į Vokietijos (maždaug 10 proc. darbo užmokesčio fondo), valstybinės ir privataus sektoriaus išlaidos sudaro maždaug 6 proc. bendrojo vidaus produkto; sveikatos apsaugos išlaidos Vokietijoje 1994 metais sudarė 9,4 proc. Jeigu įmokų surinkimas pagerės, prognozuojama, kad padidės

valstybinis sveikatos priežiūros finansavimas, tačiau norint, kad netolimoje ateityje įmokų surinkimas pagerėtų, reikia atlikti daug tyrimų (įskaitant užsienio konsultantų atliekamus tyrimus) bei daug administracinio ir teisinio darbo.

## **REKOMENDACIJOS DĖL SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKŲ SURINKIMO IŠ ŪKININKŲ IR KITŲ APDRAUSTŲJŲ**

### **Trumpuoju laikotarpiu**

Valstybinėje ligonių kasoje įkurti sveikatos apsaugos finansavimo skyrių ir kiekvienoje teritorinėje ligonių kasoje paskirti asmenis, atsakingus už įmokų rinkimą.

Valstybinė ligonių kasa iš Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės turi gauti ūkininkų registrą ir papildyti jį duomenimis apie ūkyje dirbančius ūkininko šeimos narius.

Visiems ūkininkams išsiųsti laiškus su informacija apie Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas; o visuose nacionaliniuose ir pagrindiniuose rajoniniuose laikraščiuose paskelbti informaciją, kokios yra apsidraudusiųjų teisės ir pareigos.

Kadangi ne tik ūkininkai, bet ir sveikatos draudimo sistema yra atsakinga už prastus įmokų rinkimo rezultatus, rekomenduojama nuspręsti pereinamoju laikotarpiu iki tam tikros datos (pvz., iki 1998 m. liepos mėn.) neskirti didelių baudų tiems, kurie nemoka draudimo įmokų. Pereinamoju laikotarpiu valstybė iš visuomeninių fondų gali subsidijuoti Valstybinei ligonių kasai dalį nesurinktų įmokų.

Nacionaliniu lygmeniu turi būti apsvastyta, ar racionalu tęsti dabar taikomą praktiką, kai namų šeimininkė turi mokėti sveikatos draudimo įmokas. Vokietijoje niekur nedirbančios žmonos yra apdraustos, nes draudimo įmokas moka jų vyrai.

### **Vidutiniu laikotarpiu**

Apsvarstyti teises nuostatas, pagal kurias būtų įpareigojama Valstybinė ligonių kasa (mažai patirties ir pajėgumo turinti institucija) rinkti sveikatos draudimo įmokas iš ūkininkų ir "kitų" gyventojų grupių. Rekomenduojama, kad už sveikatos draudimo įmokų rinkimą būtų atsakinga Mokesčių

inspekcija ir Sodra. Jeigu ši rekomendacija bus priimta, pasiūlytas VLK Sveikatos apsaugos finansavimo skyrius būtų atsakingas už strateginį sveikatos draudimo finansavimo planavimą ir ryšius su Mokesčių inspekcija bei Sodra dėl Valstybinės ligonių kasos pajamų.

Jeigu bus nuspręsta atsakomybę už sveikatos draudimo įmokų rinkimą iš ūkininkų palikti ligonių kasoms, tai kiekvienoje teritorinėje ligonių kasoje turės būti įkurti sveikatos draudimo skyriai įmokoms rinkti. Šiuose skyriuose turėtų dirbti tinkamai atrinktas ir gerai parengtas personalas; skyriams turėtų būti išskelti konkretūs uždaviniai, pvz.:

- 50 proc. ūkininkų apdrausti iki 1998 m. liepos 1 d.; 75 proc. - iki 1999 m. sausio 1 d., 90 proc. - iki 1999 m. liepos 1 d.;
- sudaryti visų apdraustųjų registrą;
- kiekvienoje teritorinėje ligonių kasoje turi būti atrinktas ir parengtas atitinkamas mokesčių inspektorių kiekis (20-50).

Dabar Mokesčių inspekcija ir Sodra taip pat neturi galimybių sveikatos draudimo įmokoms rinkti iš minėtų socialinių grupių. Taigi nacionalinis planas, kaip geriau surinkti sveikatos draudimo įmokas, yra svarbus nepriklausomai nuo politinio sprendimo, kokią instituciją (Valstybinę ligonių kasą, Mokesčių inspekciją ar Sodrą) įpareigoti rinkti sveikatos draudimo įmokas iš ūkininkų ir kitų atitinkamų gyventojų grupių.

## **STATISTINIS MONITORINGAS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKŲ, KURIAS SURENKA MOKESČIŲ INSPEKCIJA IR Sodra**

Mokesčių inspekcija ir Sodra yra atsakingos už pagrindinės sveikatos draudimo įmokų dalies surinkimą. Samdomų darbuotojų ir valstybės apdraustų asmenų atžvilgiu Valstybinė ligonių kasa yra "išlaidų" tarnyba. Kaip išlaidų tarnyba, Valstybinė ligonių kasa atsako ne tiek už sveikatos draudimo įmokų rinkimą, kiek už tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo planavimą ir administravimą. Būtina finansinio planavimo prielaida yra tinkami prognozuojamų Valstybinės ligonių kasos pajamų duomenys. Pajamų mokesčių ir socialinio draudimo įmokų surinkimo statistikos duomenys, o taip pat vidutinio mėnesinio atlyginimo dinamikos duomenys yra pateikiami 7 lentelėje. Matyti, kad šių trijų kintamųjų tendencijos buvo labai panašios per pastaruosius dvejus metus. Reikalinga



tolesnė statistikos analizė, tačiau atrodo, kad įmanoma vidutinio laikotarpio prognozėms naudoti prognozuojamo vidutinio darbo užmokesčio duomenis (arba prognozuojamus realaus darbo užmokesčio ir vartotojų kainų indeksų duomenis).

7 lentelė. Mokesčiai ir vidutinis mėnesinis atlyginimas

	1995 m.				1996 m.				1997 m.	
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II
Pajamų mokeskis, Lt	-	-	-	-	460	498	512	617	517	677
Darbdavių mokamos soc. draud. įmokos, mln. Lt	357	434	516	561	532	602	653	691	653	803
Vidutinis mėnesinis atlyginimas	437,7	495,5	531,3	598,7	630,3	651,3	683,9	723,7	712,6	789,2

Žemiau pateikta lentelė atspindi 6 pastarųjų ketvirčių 30 proc. pajamų mokesčių ir 10 proc. Socialinio draudimo įmokų statistiką. Šia tendencija galima būtų remtis Valstybinei ligonių kasai tikrinant Mokesčių inspekcijos ir Sodros pervedimų į sveikatos draudimo fondą tikslumą. Duomenis iki 1997 metų trečiojo ketvirčio sudaro oficialūs Statistikos departamento išleisti duomenys; ketvirtojo ketvirčio duomenys - tai faktiškai pervestos lėšos. Sodra pateikia duomenis apie pervedimus tik rugpjūčio ir rugsėjo mėnesiais, tačiau trijų mėnesių įvertinimas taip pat rodo sumažėjimą, lyginant su antruoju ketvirčiu. Šis sumažėjimas gali reikšti, kad Sodra "taupo" dalį sveikatos draudimo įmokų. Mokesčių inspekcijos duomenys yra artimesni ilgalaikei tendencijai, tačiau ir čia matyti nedidelis sumažėjimas.

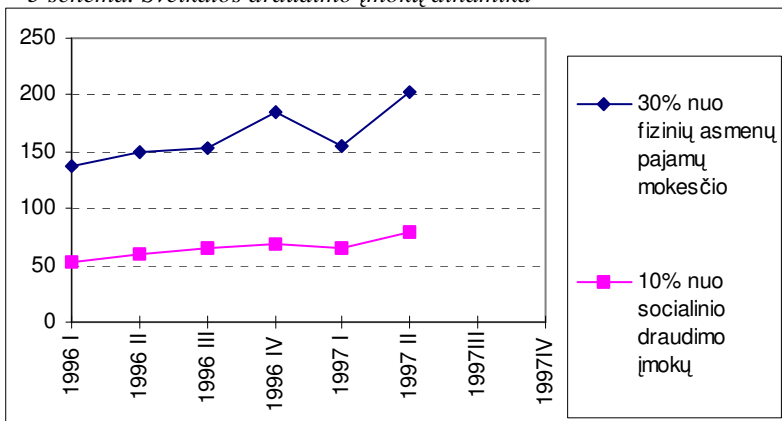
8 lentelė. Sveikatos draudimo įmokų dinamika

	1996 m.				1997 m.		
	I	II	III	IV	I	II	III*
30 proc. pajamų mokesčio	138	149	153	185	155	203	199
10 proc. Sveikatos draudimo įmokų	53	60	65	69	65	80	45/67**

\* Faktiškai Valstybinei ligonių kasai pervestos lėšos

## \*\* 3 mėnesių įvertinimas

5 schema. Sveikatos draudimo įmokų dinamika

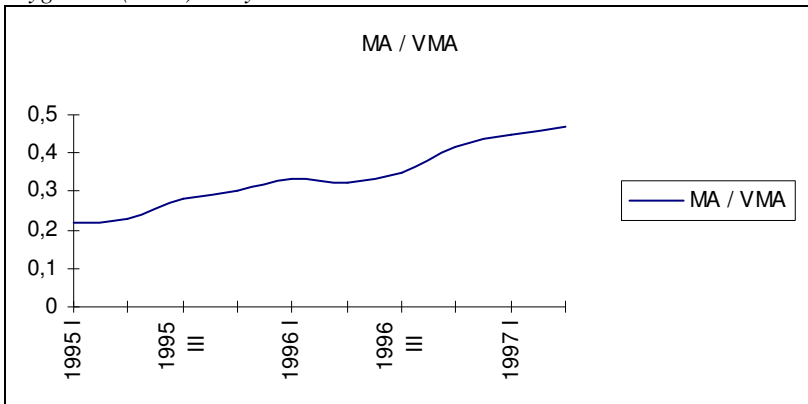


Tendencijų analizė svarbi ir dėl sezoninių svyravimų, renkant sveikatos draudimo įmokas. Per pastaruosius 3 metus pastebėta, kad įmokų surenkama mažiau per pirmąjį ketvirtį, daugiausiai įmokų surenkama ketvirtajame (1996-1997 metų duomenys pateikti schemeje). Jei tendencijos nesikeis ir liks tokios pačios ateityje, Valstybinė ligonių kasa turėtų būti pasirengusi metų pabaigoje sukaupti tam tikras atsargas, kad galėtų išspręsti lėšų deficito problemą kitų metų pradžioje.

Prognozės nėra siejamos su sveikatos draudimo fondo įplaukais iš valstybės biudžeto už valstybės apdraustus asmenis. Ši Valstybinės ligonių kasos įplaukų dalis yra vienintelė, kurios apimčiai netaikomos ilgalaikės teisinės nuostatos. Mūsų projekto grupė pasiūlė keletą minčių, kaip pasiekti, kad įplaukos iš valstybės biudžeto taptų labiau prognozuojamomis (žr. priedą), tačiau siūlymai nebuvo priimti. Įstatymas numato, kad metinės sveikatos draudimo įmokos, tenkančios kiekvienam valstybės apdraustam asmeniui, dydis yra nustatytas metiniame biudžete; 1997 metais tai buvo 119 Lt vienam asmeniui, arba 25 proc. sveikatos išlaidų vienam apdraustajam Lietuvoje. Kadangi valstybė daugiausia draudžia pagyvenusius ir vaikus (tai - visuomenės grupės, kurių sveikatos priežiūros poreikiai ir išlaidos yra didesnės nei vidutinės), akivaizdu, kad nustatydama šios įmokos dydį Vyriausybė atsižvelgia į finansinius biudžeto apribojimus ir politines realijas, o ne į sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo poreikius. Aišku,

kad Finansų ministerija labiau linkusi laikytis lanksčios išlaidų skirtų sveikatos apsaugai politikos dėl, tačiau ilgalaikiai perspektyvai svarbu turėti prognozuojamų bendrų įplaukų, įskaitant valstybės įnašą sveikatos priežiūros sistemos plėtojimui, duomenis. 1996 metų spalio mėnesį buvo svarstoma galimybė naudoti tam tikrą minimalaus mėnesinio atlyginimo dalį (pvz., 10 proc.), kaip ilgalaikį nacionalinio susitarimo pagrindą, tačiau minimalaus mėnesinio atlyginimo dydžio nustatymo praktika per 1995-1997 metus buvo labai nestabili (žr. 6 schemą, kurioje pateikiamas minimalaus atlyginimo (MA) ir vidutinio mėnesinio atlyginimo (VMA) santykis).

6 schema. Minimalaus atlyginimo (MA) ir vidutinio mėnesinio atlyginimo (VMA) santykis



1997 m. gruodžio 3 d.

## PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTROS ASPEKTAI: PASLAUGŲ SĄRAŠO RAIDA IR APIMTIS

Gunter H. Danner

### BENDRIEJI ASPEKTAI IR PRIELAIDOS

Europos Sąjungos (ES) valstybių sveikatos priežiūros sistemas galima apibūdinti pagal pastarųjų organizavimo principus. Šie principai turi istorines šaknis. Kadangi tokiai sistemai pritaria plačioji visuomenė, neįmanoma ir nepatartina rauti sistemos tradicijų su šaknimis.

ES valstybėse terminas “paslaugų sąrašas” suprantamas įvairiai, nes skiriasi kiekvienos valstybės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo modelis. Paprastai privalomieji ar savanoriškieji (papildomi) draudimo poliūsai skiriasi nuo panašių poliūsų valstybės, kur veikia nacionalinė sveikatos priežiūros sistema: čia teikiamos paslaugos labai tiksliai apibrėžiamos, nėra konkurencijos. Šiandien nė vienoje privalomojo sveikatos draudimo sistemoje nekonkuruojama dėl paslaugų apimties. Tačiau manoma, kad ateityje, ir socialinio sveikatos draudimo sistemai esant, bus galima bent iš dalies nustatyti paslaugų apimtį.

Šiame straipsnyje bus mėginama atskleisti dabartinę praktiką, aprašyti įvairių sistemų skirtumus ir įvardyti galimybes, kaip pertvarkos keliu žengiančioms valstybėms iš pat pradžių išvengti padėties, kai yra apibrėžtas paslaugų sąrašas, suteikiantis apdraustajam teisę jas gauti, tačiau šalies ekonomikos padėtis neleidžia jų teikti. To išvengti yra labai svarbu, kad gyventojams netektų patirti socialinės politikos, sukurtos ant pažadų, kurių neįmanoma įgyvendinti, kai paraleliai plečiasi šešėlinė sveikatos priežiūros ekonomika.

Vidurio ir Rytų Europos šalys susiduria su unikalia būtinybe reformuoti postkomunistinę sistemą, reforma turėtų būti grindžiama modernios informacinės eros visuomenės prielaida. Rengiant šią reformą, būtina nepamiršti, kad ji turi būti priimtina tiek socialiniu, tiek ir ekonominiu atžvilgiu. Šių šalių politinė valia tapti ES narėmis, reiškia, kad reformos būtinos. Prisijungti prie ES bus sunku, jeigu nebus išspręstos pagrindinės socialinės apsaugos problemos, nes Sąjungoje negalės egzistuoti įvairių socialinių lygių sistemos, o dauguma ES valstybių nerodo politinės valios

rimtai peržiūrėti socialinę Sąjungos struktūrą, nors kiekviena narė ir toliau reformuoja savo nacionalinę sistemą.

Žvilgsnis į Europos socialinės apsaugos istoriją galėtų padėti reformų procesui. Bismarck's (Bismarko) socialinės apsaugos įstatymai tapo pirmąją "iš viršaus į apačią" nukreipta socialine reforma, t.y. reforma, kurią inicijavo politinius sprendimus priimančios pareigūnai. Tokiais įstatymais buvo stengiamasi stiprinti autoritarinės Prūsijos imperijos vyriausybės struktūras ir neleisti socialistinei opozicijai kritikuoti imperinės valstybės. Sparti Vokietijos, kaip pramoninės valstybės raida 1871 - 1914 m. rodo, kad socialinės reformos turėjo įtakos krašto stabilumui. Dėl šios priežasties žmonės be dvejonų sekė paskui savo vadus į Pirmojo pasaulinio karo pradžią. Tačiau iš pat pradžių Vokietijos socialinės apsaugos sistema buvo gana kukli, ir jos negalima palyginti su šiandienine sistema nei pagal apdraustųjų skaičių (tada buvo apdrausti tik darbininkai), nei pagal paslaugų apimtį. Sistema teikdavo bazinės išmokas grynaisiais pinigais už ambulatorines ir stacionaro paslaugas bei labai kuklią nedarbingumo pašalpą. Medicinos paslaugų apimtis ir gydymas taip pat buvo apriboti iki minimumo. Lyginant tų laikų ir dabartinius pagalbos standartus, matyti, kad tada paslaugų buvo teikta daug mažiau nei dabartinis minimumas. Lėtas mirtingumo mažėjimas buvo šio žemo priežiūros lygio rodiklis. Sveikatos draudimą 1890 m. - šiandieninės sveikatos priežiūros pagrindą - galima apibūdinti kaip draudimu pagrįstą valstybės organizuotą vargšų apsaugą. Ji nedaug kuo pakito nuo Pirmojo pasaulinio karo laikų. Trečiojo reicho ideologija padidino galimybes gauti medicininį gydymą tiems, kurie buvo laikomi nacionalinės socialinės sistemos dalimi. Tuo pačiu metu buvo smarkiai sumažinta sveikatos draudimo institucijų autonomija. 1945 m. sistemą teko kurti iš naujo. Tik šeštojo dešimtmečio pabaigoje Vokietijos sveikatos draudimas pasikeitė: pašalpų, mokamų grynaisiais pinigais, principas pakeistas lengvatų natūra principu. Septintajame dešimtmetyje esant geroms ekonomikos sąlygoms visi apdraustieji galėjo tiesiogiai gauti šiuolaikinių gydymą ir vaistus.

Nuo 1953 m. didėjo Vokietijos sveikatos draudimo įstaigų atsakomybė nustatant paslaugų sąrašą. Iki 1993 m. ši autonomija sudarė sąlygas sveikatos draudimo įstaigų nuostatams papildyti ir paslaugoms, kurias numatė Socialinio draudimo įstatymas, teikti. Šios papildomos paslaugos atitinka specialius tam tikrose draudimo įstaigose apsidraudusių asmenų poreikius, pvz., įsigyti geresnius akinius (specialius tam tikrų specialybių darbuotojų akinius) arba gauti būtinas tam tikrai pacientų kategorijai

paslaugas (pvz., vietoj nedarbingumo lapelio - specialią pašalpas grynaisiais pinigais, kuri padėtų pamažu grąžinti ilgą laiką nedirbusius asmenis į darbą). Šios ypatingos pašalpos kartu su darbdavio išmokomis kompensuodavo pajamų praradimą, tačiau nebuvo numatytos mokėti visą nedarbingumo laikotarpį. Akivaizdu, kad labai gerai tvarkomos sveikatos draudimo įstaigos gali pasiūlyti daugiau papildomų paslaugų. Iš to kylantys įvairių įstaigų prieštaravimai pradėjo kelti susirūpinimą, nes, pvz., darbininkų - gyventojų grupės, kuri negalėjo pasirinkti savo draudimo įstaigos - laisvė rinktis buvo ribota. Vis dėlto ši papildomų paslaugų konkurencija skatino naujoves ir apdraustųjų solidarumą su savo draudimo įstaiga. Papildomų paslaugų - vadinamųjų įstatymo numatytų paslaugų - teikimas niekada nereiškė, kad būtinasis gydymas buvo suteiktas per vėlai ar iš viso nebuvo suteiktas.

Didžiosios Britanijos Nacionalinė sveikatos priežiūros tarnyba (NHS) nuo kitų skiriasi dėl istorinių priežasčių. Prieš susikuriant NHS, t.y. 1948 m., nebuvo bendro sveikatos draudimo, kurį reglamentuotų Socialinės apsaugos įstatymas. 1911 m. Sveikatos draudimo įstatymas apdraudė tik nedidelę gyventojų dalį ir (išskyrus tuberkuliozės gydymą) gydymo stacionare nekompensavo. Tiktai po pergalės Antrajame pasauliniame kare ir įsitvirtinus politinei nuostatai stiprinti nacijos solidarumą britų vyriausybė įvertino nacionalinės draudimo sistemos galimybes. Po sunkių politinių derybų, ypač su gydytojais, kurie bijojo dėl savo privilegijų ir pajamų, britų leiboristų vyriausybė pradėjo pamažu kurti NHS sistemą. Tačiau tikslo - nemokamai teikti paslaugas visiems gyventojams - nepavyko pasiekti. Mažėjanti pirkimo galia, medicinos mokslo pažanga ir greitai augančios paslaugų sektoriaus išlaidos jau septintojo dešimtmečio pradžioje privertė vyriausybę sumažinti paslaugas. Tačiau šie apkarpymai buvo gana kuklūs palyginti su devintojo dešimtmečio Margaret Tečer (Margaret Thatcher) vyriausybės politika. Nupirkti visų būtinųjų paslaugų nepavyko, nes NHS buvo sukurta valstybinės sveikatos priežiūros sistemos pagrindu.

1989 m. Vokietijos BNP vienam gyventojui prilygo 38,293 DM, o Didžiosios Britanijos 28,400 DM; šie rodikliai suteikia galimybę panagrinėti šias sveikatos priežiūros sistemas (Šaltinis: Markus Schneider, *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, priedas):

Vaistinių skaičius 1000 gyventojų	V	0,57	DB	0,35
Stomatologų skaičius 1000 gyventojų	V	0,66	DB	0,32
Gydytojų kabinetų skaičius 1000	V	1,19	DB	0,58

gyventojų				
Gydytojų skaičius 1000 gyventojų	V	195,254	DB	80,991
Stacionaro paslaugos vienam gyventojui	V	1,077 DM	DB	870 DM
Gydymas ir įranga vienam gyventojui	V	211 DM	DB	51 DM
Vaistai vienam gyventojui	V	505 DM	DB	268 DM
Ambulatorinių paslaugų vienam gyventojui	V	523 DM	DB	260 DM

Ši apžvalga atspindi paslaugų sąrašo sukurtą ekonomikos realybę abiejose valstybėse, kurios turi maždaug toki patį dirbančių skaičių. Nors dabartinę NHS sistemą apėmusi finansinė krizė galima sakyti, kad NHS yra pigus būtinųjų paslaugų teikimo variantas, dar turis šalininkų pramoninėse Vakarų visuomenėse. Turbūt socialinės politikos svarba vėl padidės po tikėtinų politinių permainų Didžiojoje Britanijoje 1997 m. gegužės mėn. Reikia manyti, kad naujoji vyriausybė praplės dabartinę NHS sistemą arba sukurs papildomų draudimo formų.

## 1. BŪDINGI PASLAUGŲ SĄRAŠO BRUOŽAI IR PRINCIPAI

### 1.1 Draudimo ir konkurencijos principu grindžiamos draudimo sistemos

Jeigu sveikatos priežiūros sistema turi daug institucijų, ir remiasi draudimo principu, solidarumu ir konkurencija, paslaugų sąrašas paprastai nustatomas įstatymu. Skiriamasis Vokietijos sveikatos draudimo sistemos bruožas - ypatinga draudimo įstaigų konkurencija. Iki 1993 m. realiai egzistavo dvi paslaugų rūšys: įstatymo nustatytos paslaugos ir minėtos papildomos paslaugos, numatytos įvairių sveikatos draudimo institucijų nuostatuose. Paradoksalu, kad šios srities reformomis dabar stengiamasi sustiprinti konkurenciją mažinant šių įstaigų paslaugų diferenciaciją.

Socialinės apsaugos įstatymo nustatytas paslaugų sąrašas (SGB V) apima platų paslaugų spektrą. Įstatymo formulavimas ir atitinkama įgyvendinimo praktika leidžia paslaugų sąrašą pritaikyti medicinos mokslo pažangai nekeičiant įstatymo, susitarus Federalinei sveikatos draudimo įstaigų ir gydytojų komisijai. Trečiajame SGB V skyriuje išdėstomos sveikatos draudimo paslaugos pagal šiuos kriterijus:

- Profilaktika
- Ankstyva diagnozė
- Gydymas
- Pašalpa mirus

### ***1.1.1 Profilaktika ir ankstyvoji diagnozė***

Įstatyme šie paslaugų sąrašai paaiškinami detaliau. Prieš 1997 01 01 įtrauktos ligų profilaktikos paslaugos apima didelį nuostatuose numatytą įvairių sveikatos draudimo įstaigų ligų profilaktikos ir sveikatos paramos programų spektrą.

Nuo 1997 m. sausio mėn. profilaktikos paslaugos įstatymo numatytu lygiu apima tiktai sveikatos draudimo ir draudimo nuo nelaimingų atsitikimų derinimą, skiepijimą prieš keliones darbo reikalais, tačiau žmonės, vykstantys atostogų, nebeskiepijami. Šiandieninė valstybinė profilaktika subsidijuoja tam tikrus profilaktikos bei reabilitacijos paslaugų teikėjus, visoms draudimo įstaigoms vieningai susitarus. Manoma, kad priemonės, skirtos profilaktikos paslaugoms (ypač mokyklose ir vaikų darželiuose) sugrupuoti, turėtų prisidėti ir prie stomatologinės priežiūros. Neseniai priimti teisiniai aktai neapdraudžia visų asmenų, gimusių po 1979 m., dantų protezams įsigyti. Anksčiau būtinoji vaikams profilaktika turėjo didelę reikšmę. Todėl draudimo įstaigų galimybės imtis panašių priemonių turi būti praplėstos.

Kitos medicininės ligų profilaktikos priemonės (pvz., ambulatorinis ar stacionarinis sanatorinis gydymas) ar ilgalaikės priežiūros poreikis papildo profilaktikos paslaugų sąrašą.

Jau buvome pateikę kai kurias įstatymo ir paslaugų pagrindu veikiančių sveikatos draudimo įstaigų pavyzdžius. Iki 1989 m. beveik visos Vokietijos sveikatos draudimo įstaigos, siekdamos patenkinti ypatingus savo apdraustųjų poreikius, teikė daugiau paslaugų, nei buvo numatyta jų nuostatuose. Naujuoju įstatymu buvo uždrausta savo nuožiūra skiriamų (nuostatuose numatytų) paslaugų teikimo laisvė, tačiau dabar jas vėl leidžiama teikti. Sveikatos reformos įstatymo (KRG) ir Sveikatos sistemos įstatymo (GSG) nuostatai pamažu apibrėžia paslaugų sąrašus. Nė vienas iš šių įstatymų neatitiko jo kūrėjų pradinių nuostatų, tiktai leido toliau vykdyti nuolatinę reformą - dažnai atsižvelgiant į esančią socialinę padėtį bei



ekonomiką. Ta pati vyriausybė, priėmusi Sveikatos sistemos įstatymą, netrukus panaikino svarbias šio įstatymo nuostatas, skirtas profilaktikai. Šis painiavą keliantis Vokietijos - valstybės, kurioje puikiai veikia socialinės apsaugos sistema, - reformų įstatymų pavyzdys turi priversti susimąstyti tuos, kurie mano, kad įstatymų priėmimas išsprendžia daugiasluoksnes sveikatos priežiūros sistemų struktūros problemas. Lemiamą vaidmenį vaidina ne įstatymų tekstai, o jų įgyvendinimas. Dabar Vokietijoje diskutuojama, gal reikėtų vėl leisti teikti draudimo įstaigų nuostatuose numatytas paslaugas taikant sistemą, kuri palengvintų darbdavių įmokų našta ir įtrauktų paslaugas, kurias rinksis ir už kurias mokės patys darbuotojai. Iš esmės draudimo įstaigų nuostatuose numatytos paslaugos niekada nebuvo derinamos su pagrindiniais medicinos mokslo raidos klausimais. Dėl šios priežasties šiandien sunku nuspręsti, kas būtina ir kas galima, nesudarant sąlygų atsirasti antrarūšei priežiūros sistemai, teikiančiai nekokybiškas paslaugas nepasiturintiems žmonėms, ir neatsižvelgiant tik į kai kurių grupių interesus bei neišlaikant problemas keliančios išlaidų ir kainų struktūros. Tačiau derintis prie medicinos mokslo raidos brangiai kainuoja, nes nebus įmanoma patenkinti naujų poreikių išlaikant nepakitusias sąnaudas bei kainas. Būtent to Vokietijos sveikatos draudimo įstaigoms neleidžia daryti Vokietijos įstatymų kūrėjai.

Prioritetinis nacionalinės politikos uždavinys - išsiaiškinti etinį ir socialinį sveikatos politikos pagrįstumą. Pavyzdžiui, Nyderlanduose metinio sveikatos draudimo biudžeto kūrimas - prioritetinė politinė diskusija, kurioje aktyviai dalyvauja ir visuomenė. Neįmanoma suprasti sudėtingos sveikatos politikos struktūros pradėjus tik nuo sveikatos draudimo ar nacionalinės sveikatos tarnybos išlaidų, reikia atsižvelgti ir į politinę valią bei atsakomybę. Tačiau, pertvarkos keliu žengiančių valstybių požiūriu, tiesiog būtina padidinti teikiamų paslaugų ir profilaktikos priemonių veiksmingumą. Paprastas sovietinių struktūrų perėmimas trukdo veiksmingai ir tiksliai panaudoti menkas lėšas. Iš to išplaukiančios socialinės problemos turbūt yra didžiausia Vidurio Europos valstybių klūčių ruožo problema siekiant adekvačios, socialiai ekonomiškos ir gerai veikiančios apsaugos sistemos. Iki šios dienos šių problemų nėra viena pertvarkos keliu einanti valstybė neišsprendė iki galo.

### *1.1.2 Ligų gydymas*

Patys detalieusi nutarimai dėl paslaugų sąrašo numato įvairias ligų gydymo formas ir galimybes. Jas sudaro:

- medicininis gydymas;
- stomatologinė priežiūra įskaitant aprūpinimą dantų protezais;
- aprūpinimas vaistais, tvarsliaiva, gydomosiomis priemonėmis;
- slauga namuose ir parama šeimai;
- stacionarinis gydymas;
- medicinos ir papildomos reabilitacijos paslaugos;
- darbo terapija.

Medicininis gydymas apima visą bendrų ir specialių diagnozių bei gydymo spektrą, laboratorijos konsultacijas ir papildomas diagnozes bei psichoterapinį ambulatorinį gydymą. Pacientas gali laisvai pasirinkti sau gydytoją iš tų gydytojų, kurie yra sudarę sutartis su sveikatos draudimo įstaiga, t.y. beveik su kiekvienu Vokietijos gydytoju.

Bendras priežiūros stacionare lygis (palatoje su keletu lovų) apima bendrą bei intensyvią priežiūrą, įskaitant specialų gydymą atitinkamose įstaigose. Tas pats galioja ir tolimesniam gydymui bei reabilitacijai.

Ambulatoriniam gydymui reikalingi vaistai parduodami vaistinėse pateikus gydytojo receptą. Už vaistus pacientas privalo sumokėti nustatytą sumos dalį. Gydytojui suteikiama laisvė skirti tokius vaistus, kurie, jo nuomone, reikalingi. Neseniai priimti įstatymai gerokai padidino paciento mokamą vaistų kainos dalį, tačiau kartu panaikino gydytojams skiriamą vaistų biudžetą. Vietoj to buvo sukurtos tam tikros kiekybinės rekomendacijos.

Apskritai paėmus, pagal naujus įstatymus paciento mokama medicinos priežiūros kainos dalis labai išaugo. Nors naujai priimtuose įstatymuose yra ką kritikuoti, tokie daliniai mokėjimai nereiškia, kad buvo sukurta klasiniu pagrindu grindžiama sistema, nes kartu buvo numatyta daug išimčių taikomų socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms. Kita vertus, papildomi daliniai mokėjimai nepadės sumažinti išlaidų.

Stomatologų pagalba teikiama tokia pačia apimtimi kaip ir anksčiau. Tačiau nutarimai dėl dantų protezų gerokai pakeitė padėtį: 1979 m. ar vėliau

gimę apdraustieji nesulauks sveikatos draudimo subsidijų dantų protezams įsigyti. Dabar stomatologai turi daugiau ar mažiau laisvės klausti, kokių dantų protezų pacientas nori, nes sveikatos draudimas kompensuoja tikrai nustatytą sumą. Tai reiškia, kad stomatologų pagalba apdraustiesiems tampa brangiu gydymu. Tai socialiai priimtina tik derinant puikias profilaktikos priemones, skirtas vaikams ir paaugliams, kaip tai daroma, pvz., Skandinavijos šalyse.

Vokietijoje galimybė gauti ambulatorines ir stacionaro priežiūros paslaugas garantuojama visiems apdraustiesiems nepriklausomai nuo to, kur jie yra apdrausti. Laukiančiųjų gydymo (išskyrus transplantacijoms) sąrašų nėra ir jų reikia išvengti finansuojant būtinąją pagalbą Europos bei kitose šalyse.

### ***1.1.3 Socialiniai ir ekonominiai dabartinės Vokietijos valstybinės sveikatos draudimo sistemos ypatumai***

Vokietijos valstybinės sveikatos draudimo sistemos paslaugų sąrašas garantuoja, kad apdraustajam bus teikiamos kokybiškos ir būtinos apimties paslaugos. Apdraustieji gali laisvai pasirinkti gydytoją. Nėra laukiančių gauti paslaugas sąrašų, o gydymo prioritetai ar tam tikros pripažintiems gydymo metodams specialiai daromos išimties taikomos dėl laikinos nepalankios draudimo įstaigų finansinės padėties.

Nors neseniai priimti įstatymai uždeda didelę papildomą naštą ant sergančių apdraustųjų pečių ir priverčia juos papildomai mokėti didelę gydymui reikalingos sumos dalį, reikia atminti, kad Vokietijoje nėra jokio būtinųjų medicinos paslaugų trūkumo. Įvairių paslaugų sąrašų modelių palyginimas turi apimti ne tik dokumentų analizę, t.y. teikimo teoriją, bet ir jų įgyvendinimą, jo rezultatus (t.y. lemiamus kokybės kriterijus), kuriuos patiria pacientai.

Akivaizdu, kad Vokietijos sveikatos draudimo sistema susiduria su išlaidų problema. Pastarųjų metų išlaidų mažinimo politika nėra subalansuota, ir socialinės politikos požiūriu, jai trūksta socialinės bei ekonominės logikos. Daliniai mokėjimai už medicinos priežiūrą be jokio pagrindimo ir teigiamų rezultatų neturi jokio, net ir laikino, poveikio sistemos išlaidoms, jeigu priežiūros teikėjams neuždrausta didinti savo išlaidų. Būtent dėl šios priežasties visi ekspertai mano, kad Vokietijos sveikatos priežiūros sistema ir toliau augs nepriklausomai nuo dabar vykstančių reformų.

Tačiau dabar ji kelia problemų ir sudaro nepatogumų apdraustiesiems, kadangi Vokietijos sveikatos draudimo įstaigos vis dar negali visiškai įgyvendinti savo galių priežiūros teikėjų poreikiui nustatyti. Atsižvelgiant į tai, kad draudimo įstaigos apdraudžia 91% gyventojų, galimybė daryti įtaką kainoms, atsižvelgiant į paslaugos poreikį, savaime suprantama, keis išlaidas. Tačiau iki šiol politikai veikė tam tikrų grupių labai (paslaugų teikėjų, farmacijos pramonės, t.t.) ir kartu trukdė tokiai raidai. Kadangi trūksta rinkos mechanizmų, kurie galėtų padėti pacientams ir sudarytų sąlygas protingai pirkti kokybiškiausias paslaugas, pacientai ir toliau bus skriaudžiami: papildomai mokėdami dideles sumas, jie turės sumažinti finansinę savo darbdavio naštą. Kadangi 8 milijonai žmonių laikomi socialiai remtinais, jiems suteikiama teisė nemokėti visos arba dalies papildomai mokamos sumos. Tokia padėtis verčia abejoti šių priemonių išlaidoms mažinti poveikiu. Dabartinė Vokietijos socialinė politika labai susilpnino valstybės vaidmenį. Valstybės tikslas sumažinti nedarbą stiprinant Vokietiją kaip alternatyvią šalį investicijoms, nebuvo pasiektas: išaugo tiek pelnas, tiek nedarbas. Reformuojant dabartinę Vokietijos sveikatos priežiūros sistemą dėmesys buvo teikiamas išlaidoms, tačiau nebuvo atsižvelgta į visus sveikatos priežiūros pokyčius. Laimė, iki šiol tai dar neturėjo didesnio poveikio teikiamų medicinos paslaugų kokybei.

Europos ir tarptautiniu mastu atsirado vis daugiau tendencijų kurti valstybės reguliuojamą medicinos sistemą, lygiagrečiai plėtojant individualų draudimą. Dabartinė socialinė bei politinė daugelio ES valstybių nuostata sutampa su dažnai minimais sąnaudų mažinimo ir stabilumo įtvirtinimo tikslais. Dažnai šie tikslai nebūtinai siejami su naujuoju euru, ar su pastangomis priversti visuomenę toleruoti naują piniginių vienetą. Galbūt jie sutaptų tuo atveju, jeigu sąnaudų mažinimo politikos šalininkų pajamos būtų mažesnės nei vidutinės.

## **1.2 Paslaugų teikimas ESANT Nacionalinei sveikatos tarnybos sistemai (NHS): Didžiosios Britanijos ir Airijos pavyzdžiai**

Nacionalinė sveikatos priežiūros sistema nebūtinai turi būti kuriama sudėtingo socialinio įstatymo pagrindu. Valstybė, būdama atsakinga už paslaugų finansavimą ir organizavimą, dažniausiai nustato reikiamas sąlygas remdamasi kitais įstatymais ar nutarimais. Kontrolė didžia dalimi vykdoma paskirstant biudžetą. Centrinės ar vietinės valdžios institucijos teikia

paslaugas pagal vieningai nustatytas valdymo taisykles priklausomai nuo paslaugų tipo ir vietos ypatumų.

### *1.2.1 Didžioji Britanija*

Didžiojoje Britanijoje už kontrolę atsakingos ligininės (Nacionalinės sveikatos tarnybos trestai) ir bendrosios praktikos gydytojai (apie 2/3 visų Didžiosios Britanijos BPG yra fondų turėtojai), nes jie turi patvirtintus biudžetus. Jei šių biudžetų nepakanka augančioms sveikatos priežiūros išlaidoms padengti, gydytojai turi nustatyti gydymo prioritetus. Dėl griežtos išlaidų mažinimo politikos priežiūra dažnai teikiama pagal laukiančiųjų gydymo sąrašus, nors nuo 1991 metų jie uždrausti. Britanijos gydytojų sąjungos (BMA) duomenimis, į Didžiosios Britanijos liginines dar reikia investuoti 5 milijardus svarų sterlingų. Daugeliui ligininių, ypač esančių už Londono ribų bei Pietų Anglijoje, sunku suteikti net tinkamą skubią pagalbą. Vienerius ar dvejus metus laukti gyvybiškai nesvarbių operacijų, tokių kaip sąnario protezavimas, jau tapo greičiau norma nei išimtimi. Anksčiau dėl sunkios finansinės padėties ligininės dažniausiai atsisakydavo gydyti “brangius” pacientus, nors daugumos būklė buvo sunki.

Bendrai paėmus, NHS numatytos paslaugos sudaro tik dalį paslaugų, numatytų Vokietijos socialinės apsaugos įstatymuose. Esant normalioms sąlygoms, šių paslaugų užteko. Tačiau dėl centralizuotos struktūros, nepakankamos nelanksčios valstybinės sistemos konkurencijos ir visiškos sveikatos priežiūros sistemos priklausomybės nuo valstybės politikos bei finansų apie šešis milijonus žmonių yra sudarę sutartis su privačiomis draudimo kompanijomis. Sutartis su privačiomis draudimo kompanijomis dažniausiai sudaro jauni, sveiki ir turtingi žmonės. Šis privatus draudimas kompensuoja NHS trūkumus ir, esant reikalui, garantuoja tinkamą gydymą. Šias paslaugas dažniausiai teikia NHS priklausančios ligininės. Tokiu būdu skriaudžiami NHS priklausančios pacientai, kurių gydymas neatneša ligininėms jokių papildomų pinigų. Todėl vis labiau neigiamas solidarumo principas.

Apibūdintas valdymas rodo, jog teikiamų paslaugų sąrašas netenka prasmės. Jis nesusijęs su paslaugų teikimu visiems gyventojams ir atsirado dėl tiesioginės aukšto rango politikų įtakos pacientų gydymui, o ji atsirado dėl netinkamos NHS struktūros. NHS teikiamos paslaugos apribotos gydymo pagal kiekvieną atvejį.

Tokia pati yra ir ambulatorinio sektoriaus padėtis. Čia netinkamai išrašomi vaistai, trūksta reikiamų medžiagų bei įrangos. Specializuotos ambulatorinės paslaugos teikiamos tik ligoninėse. Dėl ilgo laukimo specializuotos pagalbos išlaidos yra mažesnės nei daugelyje kitų šalių. Dėl griežto vaistų sąrašo NHS padengia labai nedaugelio vaistų išlaidas. Dėl šios priežasties labai suvaržoma priežiūros laisvė. Nors ir numatoma daug mokėjimo už paslaugas lengvatų, 5,5 svarų sterlingų suma (apie 15,5 DM) už kiekvieną apsilankymą yra gana aukšta, palyginti su vidutiniu brito atlyginimu. Ribotas ir reikiamų priemonių bei įrangos kiekis, taip pat jų kokybė. Jei pacientas nori gauti papildomų paslaugų ar priemonių, jis turi papildomai mokėti.

Stacionaro sektoriuje antrinė priežiūra (bendro pobūdžio gydymas ligoninėje) atskirta nuo tretinės priežiūros (aukšto lygio specialistų priežiūros ligoninėje). Šio skyrimo reikia griežtai laikytis. BPG (fondų turėtojai), taip pat tvarkantys savo pacientų priežiūros ligoninėje lėšas, nukreipia pacientus į ligonines, griežtai laikydamiesi šios dviejų lygmenų atskyrimo tvarkos. Išimtyms taikomos tik papildomu privačiuoju draudimu apsidraudusiems pacientams, kurie gali pasirinkti ligoninę, moka grynaisiais, ir todėl ligoninėse yra labai laukiami.

### ***1.2.2 Airijos respublika***

Airijos modelis taip pat grindžiamas valstybine sveikatos priežiūros sistema. Tačiau papildomo privataus draudimo sistema susikūrė daug anksčiau - 1956-1957 m. Savanoriškas sveikatos draudimas (SSD) iki Europos Sąjungos vidaus rinkos pertvarkos turėjo papildomo privataus nepelno draudimo monopoliją. Beveik viena trečioji Airijos gyventojų priklauso šiai sistemai, siūlančiai įvairias apsaugos sistemas, kaip priedą prie nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų. Šios draudus programos pateikiamos fiksuotomis kainomis ir nenumato draudimo rizikos. Apžvelgus šias programas galima padaryti išvadas apie bendras paslaugų apimtis.

SSD daugiausia apima stacionaro priežiūrą, t.y. pačią brangiausią medicinos paslaugų dalį. Draudimas siūlo penkis variantus, pradedant nuo „viešbučio“ išlaidų ir gydymo valstybinėse ligoninėse (planas A) iki visos Airijos ligoninių teikiamų paslaugų apimties, įskaitant ir du specialius stacionaro lygius (planas E). Draudimas maksimaliai padengia gydymą valstybinėse ligoninėse iki 180 dienų per metus pacientui kasdien

papildomai sumokant apie 20 svarų (apie 50 DM). Piliečiai, kurie apsidraudžia SSD, gali nevaržomai rinktis gydytoją. Gydantis pas gydytoją, su kuriuo yra sudaryta sutartis, papildomo mokesčio nereikia.

Papildomas draudimas padengia ambulatorinio sektoriaus gydytojo imamą mokestį iki tikros nustatytos ribos, išskyrus tuos atvejus, kai daliniai mokėjimai viršija 400 maksimumą (apie 1000 DM) už šeimą per metus (pvz., daugiau kaip 10 svarų - 25 DM - už apsilankymą pas BPG, daugiau kaip 30 svarų - 75 DM - už apsilankymą pas specialistą, stomatologinį gydymą po nelaimingų atsitikimų daugiau kaip 250 svarų - 625 DM). Reguliarūs apsilankymai pas stomatologą nėra įtraukti į draudimo paslaugų sąrašą.

Valstybinė sveikatos priežiūros tarnyba teikia palyginti mažai paslaugų. Ji skiria dvi pacientų grupes: asmenis, kurie turi teisę gauti visas paslaugas, ir asmenis, kurie turi teisę gauti tik dalį paslaugų. Dėl to ši sistema itin patraukli asmenims, priklausantiems nedideles pajamas gaunančių žmonių grupei. Valstybinė sveikatos tarnyba, tokia kaip NHS, šiai grupei žmonių siūlo nemokamą BPG gydymą, nemokamus vaistus pagal receptą, nemokamą gydymą bendrą priežiūrą teikiančiose valstybinėse ligoninėse. Asmenys, turintys teisę gauti visas paslaugas, gali laisvai pasirinkti gydytoją iš savo grafystės gydytojų sąrašo. Jiems nereikia papildomai mokėti, išskyrus už tam tikrą stomatologinį gydymą.

Asmenys, turintys teisę gauti ribotą paslaugų kiekį, turi teisę gauti bendrą ambulatorinį gydymą lėtinės ligos ar neįgalumo atveju. Be to, jie įsipareigoja papildomai sumokėti nustatytą stacionarinio gydymo, vaistų, gydymo priemonių bei aparatūros sąnaudų dalį.

Airijos bendro profilio ligoninių sistemai, kaip ir Didžiosios Britanijos sistemai, būdingi gydymo laukiančiųjų sąrašai. Sveikatos priežiūros sektorius finansuojamas iš mokesčių bei papildomo pajamų mokesčio, prilygstančio 1,25 proc. Lėšų sveikatos priežiūrai trūkumas - didelio biudžeto sumažinimo padarinys, nors 35 proc. gyventojų moka už sveikatos priežiūrą ja nesinaudodami, nes yra apsidraudę privačiu draudimu.

Airijos sistema, sudarančią galimybę apsidrausti papildomai, galima vadinti socialiai subalansuota, nes čia nėra tokios draudimo rizikų atrankos, kokia yra Didžiojoje Britanijoje. Tačiau Airijos sistemai būdingos didelės laiko spragos, susidarantios laukiant, kol bus pradėtos teikti paslaugos (26 savaitės iki 55 metų amžiaus; 52 savaitės pagyvenusiems žmonėms) ir laiko tarpai, kol sirgęs asmuo laikomas apsidraudusiu (5 savaitės iki 55 metų amžiaus, 7 savaitės 55-59 metų amžiaus ir 10 savaičių šešiasdešimtmečiams

ir vyresniems). Įmokos nuo 14 svarų per mėnesį (planas A) ir 56 svarų per mėnesį (planas B) nustatomos nepriklausomai nuo apdraustojo amžiaus. Tie, kurie sudaro sutartis būdami jaunesni nei 65 metų, turi būti draudžiami. Nors paslaugų apimtis apsidraudusiems savanoriškuoju (papildomu) draudimu yra apribota, ji, bendrai paėmus, piliečiams priimtina, ypač todėl, kad valstybinė sveikatos priežiūros sistema gauna įmokas ir iš tų, kurie nesinaudoja šios sistemos paslaugomis, nes yra apsidraudę savanoriškuoju draudimu.

## **2. IŠSKIRTINIAI PASLAUGŲ SĄRAŠO BRUOŽAI**

Apskritai paėmus, įstatymo numatytas medicininis gydymas turi apimti būtinąją priežiūrą. O gydymo apimtis skiriama pagal šiuos kriterijus.

### **2.1 Gydymo apimtis ir priėjimas prie priežiūros teikėjų**

ES narės valstybės nevienodai reguliuoja gydytojų laisvę, kaip gydyti pacientą. Daugelis nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų nustato kasdieninį gydymą ir atitinkamą vaistų skyrimą. Vaistai beveik visada išrašomi tiksliai pagal būtinajam gydymui kompensuojamų vaistų sąrašą. Atitinkamai Didžiosios Britanijos, Švedijos, Airijos, Danijos ir kitų šalių vaistų rinkose yra daug mažiau vaistų. Šie vaistai paprastai parduodami nustatytomis mažomis kainomis. Galimybė gauti priežiūros paslaugų visada priklauso nuo to, ką paskiria gydytojas. Esant tokioms kontrolės priemonėms, galima daryti įtaką sveikatos priežiūros sistemos išlaidoms.

Vokietijoje ši paslaugų teikėjų kontrolė buvo sumažinta. Biudžetus pakeitė vadinamieji tiksliniai ar rekomenduojami biudžetai. Tai reiškia, kad sveikatos draudimo įstaigų išlaidos ir pacientų, kurie turi papildomai sumokėti, išlaidos turės išaugti. Gydytojų pajamos išliks tokios pačios, o galbūt taip pat išaugs. Išaugs ir farmacijos pramonės pajamos.

Didžiosios Britanijos tikslinės lėšų kontrolės sistemos padarinys - kritiškas lėšų trūkumas tiems, kurie neturi privataus draudimo poliuso. Vokietijos sistema vis dar pajėgi teikti geras priežiūros paslaugas visiems, tačiau ir ji susiduria su įvairiomis problemomis, nes trūksta priemonių gydymo išlaidoms mažinti. Tokią padėtį turi atminti pereinamojo laikotarpio šalys, ieškančios savų sprendimų. Daugumoje Vakarų valstybių paslaugų teikimas labai skiriasi, skiriasi ir lėšų trūkumo priežastys bei laikinos ir



nuolatinės ekonomikos negandos, o ką jau kalbėti apie JAV, kur beveik 50 milijonų piliečių neturi pakankamo sveikatos draudimo. Tačiau visoms šioms valstybėms būdingas vienas bruožas, t.y. į problemą orientuota sprendimo paieška kaip galima geriau panaudojant išteklius ir pasiruošiant mažinti tai, kas nėra būtina. Efektyviau teikiant paslaugas, radikaliam taupymui ir gerėja paslaugų teikimas, ypač kai valstybės išteklių yra nedideli, o nacionalinės politikos prioritetas - socialiniai reikalai. Vakaruose interesų grupės taip pat stengiasi užkirsti kelią tokioms tendencijoms. Gerą politiką apibrėžia įtikinamų sprendimų paieška bei siekis garantuoti ekonominę socialinės apsaugos sveikatos priežiūrą ateityje.

Pavyzdžiui, įmanoma sumažinti tiesioginį priėjimą prie specialistų teikiamų paslaugų sukūriant ar praplečiant pirminės priežiūros, kaip sistemos „durininko“, funkcijas. Praplėtus ambulatorinių paslaugų apimtį ir nustatčius aiškius medicinos kriterijus nukreipiant stacionariniam gydymui, galima būtų sumažinti dideles stacionaro priežiūros išlaidas. Stacionarinio gydymo išlaidos griauna visas išlaidų mažinimo pastangas šalyse, kuriose nėra tokios politikos (pvz., Prancūzijoje). Sveikatos draudimas ar sveikatos priežiūros paslaugos gali smarkiai sumažinti savo išlaidas, skirtas vaistams ir aparatūrai, taikant protingus darbo metodus bei apribojant stacionarinio gydymo skyrimą.

## **2.2 Sutartiniai santykiai su sveikatos priežiūros teikėjais**

Labai dažnai išlaidų augimo veiksnys susijęs ne tiek su paslaugų apimtimi, kiek su būdu, kaip perkama produkcija ir paslaugos. Nepriklausomos sveikatos draudimo įstaigos, kokios yra Vokietijoje ar Prancūzijoje, stengiasi teikti privalumų apdraustiesiems, sudarydamos naudingas sutartis su priežiūros teikėjais. Tačiau labai dažnai politika riboja tikrąsias šių įstaigų rinkos galias priežiūros teikėjams. Todėl pvz., Vokietijoje, sveikatos draudimas turi sumokėti visą vaistų kainą, ko už analogišką produktą niekada nedarytų kitose Europos šalyse. Europos teismo sprendimo laukia byla iškelta dėl tarptautinio vaistų pirkimo. Ji parodys, ar (ir kiek) ES vidaus rinka bus pajėgi ką nors padaryti šioje srityje. Kuo daugiau sveikatos draudimas kaip paslaugų pirkėjas turi laisvės sudarydamas sutartis, tuo labiau jis stengsis sudaryti gerus sandorius, ne tik mokėti už norimą rezultatą. Tai ypač būdinga įstaigoms, kurios gyvuoja konkurencijos sąlygomis.

### **3. PASLAUGŲ SĄRAŠAS REFORMOS KELIU EINANČIOSE VALSTYBĖSE**

Bent jau popieriuje visų Vidurio Europos reformų keliu einančių valstybių gyventojai sovietmečiu galėjo gauti daug sveikatos priežiūros paslaugų. Tokia sistema komunistiniu laikotarpiu neveikė taip, kaip turėtų, ir pati susinaikino, nes nebeliko ankstesnės neribotos galimybės naudotis valstybės biudžetu. Todėl visoms persitvarkančioms šalims tenka kurti sveikatos draudimo sistemą ant sovietinės sistemos griuvėsių. Didžiausi žinomi šio darbo sunkumai:

- didžiulis darbuotojų perteklius, o darbo rinka labai nepalanki darbo netekusiems darbuotojams;
- neaiški kontrolės sistemos kompetencija;
- mažas medicinos paslaugų tikslinis panaudojimas;
- sveikatos priežiūrą finansuojančių įstaigų bei valstybės biudžeto pajamų viešumas;
- labai dažnai ilgai trunkantis įstatymų leidybos procesas;
- didelė biurokratija bei „idealaus sprendimo“ paieškų tendencijos;
- administracijos lygiu mažai naujovių bei ryžtingumo;
- suprantamos pastangos rasti sprendimą, kuris būtų priimtinas visiems, tačiau to padaryti neįmanoma;
- nepakankamas darbo, atlyginimo ir karjeros galimybių santykis;
- nepakankami atlyginimai, šešėlinė ekonomika;
- kaip viso to padarinys gyventojai praranda pasitikėjimą reformos galimybe;
- išlaidų politika nėra siejama su įplaukomis;
- sveikatos draudimo įstaigų priklausomybė nuo mokesčių inspekcijų ir valstybės;

- konkurencijos be neigiamų socialinių padarinių, trūkumas;
- socialinės reformos būtinybė esant ekonomikos krizei.

Visų reformas darančių valstybių socialinės apsaugos sistemos sveikatos priežiūros srityje nuo pat nepriklausomybės atgavimo daugiau ar mažiau susiduria su sunkumais. Po tiek laukimo metų tik radikalios reformos gali pataisyti neigiamą raidą.

Veiksmingos socialinės apsaugos sistemos egzistavimas yra labai svarbus siekiant galimos narystės ES. Be to reikia turėti omenyje, kad vargu ar Sąjunga bus suinteresuota labai padidinti vidinius socialinius valstybių skirtumus.

Tai reiškia, kad paslaugų apimtį reikės mažinti atsižvelgiant į turimas įplaukas ir tai daryti taip, kad būtų priimtina socialiniu, ekonomikos bei medicinos atžvilgiu. Kai kurių gyventojų grupių sveikatos draudimas ar sumažintos draudimo įmokos turi būti arba kompensuojamos iš valstybės biudžeto arba įtrauktos į socialinės apsaugos sektoriaus sritį. Daugelis persitvarkančių valstybių neturi aiškaus supratimo šiuo klausimu, nors bet koks išlaidų persikirstymas reiškia, kad mažiausia sistemos grandis turi perimti išlaidų našta iš kitų grandžių. Paprastai tokia grandimi tampa sveikatos draudimas.

Daugelis gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros darbuotojų turi būti atleisti iš darbo atsižvelgiant į tikrąjį poreikį ir individualų darbą.

Ligoninių bei poliklinikų išlaidoms taip pat būtina daugiau viešumo, jeigu siekiama, kad atlyginimas priklausytų nuo suteiktų paslaugų.

Reikia mažinti kompensuojamų iš sveikatos draudimo lėšų vaistų sąrašą. Jį būtina kontroliuoti, o kur įmanoma - taikyti dalinių mokėjimų sistemą.

Nesunkias ligas - priklausomai nuo šalies ekonomikos galimybių - būtina visiškai ar iš dalies išbraukti iš paslaugų sąrašo, kompensuojamo iš draudimo lėšų.

Aukšto lygio medicinos srityje labai svarbu išskirti prioritetus, kad būtų galima parodyti, kad galimybė gauti tokį gydymą priklauso nuo socialinės apsaugos sistemos veiksmingumo, o ne nuo šešėlinės ekonomikos.

Vaistų ar technikos priemonių pirkimas už valiutą turi būti griežtai reguliuojamas. Tai ypač svarbu, kai nežinoma tikroji valiutos vertė tarptautinėje rinkoje.

Atsakomybė bei kompetencija turi būti apibrėžiama kuo paprasčiau ir aiškiai suprantama. Pirmenybė teikiama regioninei priklausomybei, o ne

nelanksčiai centralizuotai sistemai tol, kol tai nenaudojama pacientų siuntinėjimui iš vienos vietos į kitą.

Visos dalyvaujančios šalys turi suvokti, kad jos rungtiasi dėl savo darbo vietos. Jos turi būti pasiruošusios savo darbą lyginti su kitų atliekamu darbu. Dėl konkurencinės ekonomikos sistemos ir išsisknijusio sovietinio mąstymo paslaugų teikimo srityje gali atsitikti taip, kad socialinę apsaugą reglamentuojantys dokumentai neturės ateities todėl, kad jie bus nenaudingi nei politikai, nei ekonomikai. Atsiras ir vien privačius ekonominius interesus atstovaujančių grupių, todėl liks neapdrausta didelė gyventojų dalis, atsiras didžiulė socialinė trintis. Tokios ateities padėtų išvengti tik šiuolaikiška ir veiksminga socialinės apsaugos sistema.

1997 m. balandis.

## PRIEDAI

*1 priedas*

### VILNIAUS 10-OSIOS IR UKMERGĖS RCL POLIKLINIKOS GYDYTOJŲ APKLAUSOS REZULTATAI

Romualdas Buivydas ir Rimantas Večkys

Seminaro “Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo draudimo sąlygomis principai”, vykusio 1996 m. sausio 15-16 d. ir SARB sesijos, vykusios 1995 m. gruodžio 21 d., buvo priimta nuostata, kad sveikatos draudimo įgyvendinimą ambulatorinėje grandyje tikslinga pradėti, taikant mišraus mokėjimo sistemą (už įrašytus į įstaigos (gydytojo) sąrašą asmenis ir honorarų (pagal detalius įkainius).

Kaina už įrašytus į įstaigos (gydytojo) sąrašą asmenis bus nustatoma fiksuojant metinę mokėjimo už vieną įrašytą į įstaigos (gydytojo) sąrašą asmenį sumą. Bazinė kaina už įrašytus į sąrašą gyventojus bus nustatyta Sveikatos apsaugos ministerijos ir sudarys ne mažiau kaip 70 proc. įstaigos pajamų.

Siekiant gauti valdymui reikalingą informaciją, 1996 m. rugpjūčio-rugsėjo mėn. PHARE eksperimentams pasirinktose įstaigose buvo atliktas tyrimas fotografuojant dirbančių gydytojų darbo dieną.

Tyrimas, fiksuojant gydytojų darbo dienos fotografiją, Vilniaus 10-ojoje poliklinikoje buvo atliktas 1996 08 19-1996 08 23, o Ukmergės RCL poliklinikoje - 1996 09 09-1996 09 13. Vilniaus 10-ojoje poliklinikoje tyrime dalyvavo 62 gydytojai (30 proc. visų gydytojų), Ukmergės RCL - 41 gydytojas (70 proc. visų gydytojų). Mažas Vilniaus 10-osios poliklinikos gydytojų skaičius aiškintinas tuo, kad tyrimas buvo atliktas atostogų įkarščio metu.

Pagrindiniai tyrimo tikslai.

1. Gauti informaciją apie paslaugų, kurias numatoma apmokėti pagal detalius įkainius, vidutines statistines trukmes ir jų atlikimo dažnumą fiksuotam gyventojų skaičiui.

2. Gauti informaciją apie poliklinikos gydytojų darbą, siuntimus ir kt., kuri bus reikalinga reformuojant ambulatorinę sveikatos priežiūrą.
3. Gauti papildomą informaciją apie tyrime dalyvaujančių gydytojų amžių, darbo stažą, papildomą darbą privačiame sektoriuje.

Tyrimo metu gydytojai atliko 70 pavadinimų paslaugų, taigi gauta informacija apie 70 pavadinimų paslaugų vidutines trukmes ir jų dažnumą 1000 gyventojų. Ambulatorinių paslaugų kainodaros srityje tai pagrindinė informacija, būtina paslaugų kainoms vertinti ir lėšų, reikalingų joms apmokėti, kiekiui prognozuoti. Privalomojo sveikatos draudimo fondo dalis, reikalinga nustatyti (prognozuoti) lėšoms, kurių reikia detaliam apmokamoms paslaugoms apmokėti, kalkuliuojama pagal šią lentelę:

Paslaugos Nr.	Kp	D/1	Si	Fpd
1				
2				
3				
...				
...				
160				
Lėšų, reikalingų detaliam apmokamoms paslaugoms, kiekis (Suma Fpd)				

Čia:

Kp - paslaugos kaina (paslaugų kainos apskaičiuojamos įvertinant laiką, reikalingą paslaugai atlikti, bei visas kitas išlaidas, išskyrus nepaprastąsias išlaidas. Tęsiant šį darbą, manome, būtų tikslinga pasinaudoti Vokietijos patirtimi, kur detaliam apskaičiuota tik dalis kainų, o kitos yra išvedamos iš jų ekspertinių įvertinimų metodu);

D/1 - paslaugos dažnumas, tenkantis vienam gyventojui;

Si - gyventojų, draudžiamų privalomuoju sveikatos draudimu, skaičius;

Fpd - lėšų, reikalingų detaliam apmokamai paslaugai apmokėti, kiekis;

Suma Fpd - skaičiuotinas (prognozuotinas) lėšų, reikalingų detaliam apmokamoms paslaugoms apmokėti kiekis.

Pagal turimą informaciją buvo prognozuotas lėšų, reikalingų vienos specialybės detaliam apmokamoms paslaugoms apmokėti, kiekis.

Pagal išankstines prognozes pajamos pagal detalius įkainius planuotos iki 30 proc. ambulatorinės įstaigos pajamų, tačiau, kaip matyti iš

preliminarių apskaičiavimų rezultatų, jos sudarys iki 10 proc. įstaigos pajamų. Įvertinus gydytojų darbo laiką, kurio reikėjo veiksmams ir detaliam apmokamoms paslaugoms (honorarinis), jos pasiskirstė taip:

Gydytojų laiko sąnaudos veiksmams	Gydytojų laiko sąnaudos detaliam apmokamoms paslaugoms
90.0 proc.	10.0 proc.

Vertinant tyrimo įstaigų atliekamus veiksmus, gydytojų darbas buvo suskirstytas į šias grupes:

- pasiruošimas darbui;
- paciento laukimas;
- pirminis priėmimas (įskaitant gydymo skyrimą);
- pakartotinis priėmimas (įskaitant gydymo skyrimą);
- profilaktinis tikrinimas;
- vizitas į namus;
- siuntimas į laboratoriją ir/arba tyrimų vertinimas;
- siuntimas pas specialistą;
- siuntimas į stacionarą;
- kiti siuntimai;
- pietūs

Tyrimo dalyvavusių gydytojų amžiaus vidurkis - 44 m.; iki 30 m. amžiaus - 2,9 proc.; nuo 30 iki 60 metų - 87,4 proc.; nuo 60 m. - 9,7 proc.

Vidutinis tyrimo įstaigų gydytojų darbo laikas per dieną (be pietų pertraukos) - 6 val.10 min. Tiek BPG (apylinkių gydytojai), tiek specialistai dirba beveik tiek pat per dieną. Vidutinis priimtų ligonių skaičius per dieną - 21-22.

Vertinant gydytojų atliekamus veiksmus, naudojantis turima informacija, galima pateikti šias išvadas ir rekomendacijas:

- tiriamų įstaigų gydytojų darbo laikas per dieną sustambinus veiksmus pasiskirsto taip: 4 proc. laiko skiriama darbo pasiruošimui, 85 proc. darbo laiko - ligonių priėmimams, 11 proc. darbo laiko - įvairiems siuntimams pildyti. Manome, kad jei informacija pateikta korektiškai, šių veiksmų produktyvumui didinti vieno kitų sąskaita rezervų iš esmės nėra.

- Analizuojant siuntimus, nustatyta, kad tarp specialistų siuntimų “kiti siuntimai” sudaro 43 proc., BPG gydytojų - 33 proc.. Žinant, kad siuntimus į MSEK ir kitas įstaigas daugiausia formina BPG, galima manyti, kad kiti specialistų siuntimai - tai dažniausiai siuntimai tyrimų atlikti. Iš faktinių apklausos duomenų matyti, kad specialistai skiria ištyrimų daug daugiau, pradėjęs skaičiuoti paslaugų teikimo išlaidas tai bus svarbu.
- Analizuojant tiesioginį gydytojų darbą (priėmimus ir vizitus į namus), iš faktinių apklausos duomenų matyti, kad BPG vizitams į namus tenka apie 40 proc. laiko, skirto tiesioginiam pacientų gydymui. Lyginant šio darbo apimtį matyti, kad Ukmergės RCL poliklinikoje BPG tam gaišta 33 proc. laiko, skirto tiesioginiam pacientų gydymui, Vilniaus 10-osios poliklinikos BPG - 43 proc. laiko. Todėl Ukmergės RCL poliklinikos BPG produktyvumas yra 20 pacientų per dieną, Vilniaus 10-osios poliklinikos - 17 pacientų per dieną. Žinant, kad **numatoma įvesti privalomą siuntimų sistemą, o tiriamose įstaigose apie 70 proc. pacientų eina tiesiai pas specialistus, galime numatyti didelį BPG darbo krūvio augimą. Kaip vieną iš galimybių matome vizitų į namus skaičiaus mažinimą.** Žinant, kad šiuo metu registraciją vykdo institucijų registratūros, tikslinga būtų, kad vizitų į namus registraciją vykdytų ir patys BPG, kurie būtų kompetentingi atskirti būtinus vizitus. Šiuo atveju:
  1. dalis vizitų būtų pakeista konsultacija telefonu;
  2. dalis vizitų tektų med. seseriai. Žinant, kad vidutiniškai vizitas į namus trunka 0,5 valandos, o konsultacija telefonu 5-10 min., tokiu būdu galima iki 50 proc. sumažinti gydytojo laiką, tenkantį namų vizitams. Ateityje, kai BPG pažins savo teritorijos gyventojus, jam bus lengviau atskirti būtinus ir nebūtinus vizitus.
- Bendras tiriamų įstaigų siuntimų pas specialistus lyginamasis svoris vienodas, tačiau 10-osios poliklinikos BPG pas specialistus siunčia daugiau negu Ukmergės RCL poliklinikos. Atitinkamai pirmos įstaigos specialistai vienas pas kitą siunčia



mažiau negu Ukmergės RCL poliklinikos. Abiejų įstaigų BPG siunčia mažiau į stacionarą negu specialistai, o Ukmergės gydytojai specialistai stacionarizuoja mažiau negu 10-osios poliklinikos specialistai. Vertėtų atlikti papildomus tyrimus, siekiant išsiaiškinti užfiksuotų skirtumų priežastis.

Ši analizė remiasi tik dviejų gydymo įstaigų kelių savaičių tyrimo duomenimis. Rekomenduotume, kad Sveikatos apsaugos ministerija papildomai atliktų panašų ne mažiau kaip 15-20 gydymo įstaigų tyrimą.

Siekiant įdiegti mokėjimą pagal detalius įkainius reikia atlikti ir kitus darbus, t.y. parengti:

- atsiskaitymo už detalai apmokamas paslaugas tarp TLK ir įstaigų tvarką;
- atliktų paslaugų kiekio ir kokybės kontrolės mechanizmą;
- reikalingą statistinę dokumentaciją;
- įplaukų už detalai apmokamas paslaugas skirstymo įstaigos viduje metodines rekomendacijas;
- lėšų, gautų už detalai apmokamas paslaugas, finansinę apskaitą.

Siekiant galutinai patikrinti ir įvertinti atliktus darbus praktiškai, būtų tikslinga eksperimento tvarka 1-2 mėnesius pasirinktoje ambulatorinėje įstaigoje atlikti apmokėjimo pagal detalius įkainius simuliaciją, kartu rengiant kitą normatyvinę medžiagą rekomenduojamos mokėjimo sistemos įgyvendinimui plačiu mastu.

1996 m. rugsėjis - lapkritis

*2 priedas*

**DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO  
ĮGYVENDINIMO NUO 1997 LIEPOS 1 d. IR  
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO  
FONDO SUBALANSAVIMO**

***PHARE* sveikatos priežiūros ir finansavimo reformos  
projekto**

**REKOMENDACIJOS**

**Vilnius  
1997 birželio 10 d.**

Rekomendacijas parengė PHARE sveikatos priežiūros ir finansavimo reformos projekto ekspertai: Sibylle Angele (GVG, Vokietija), Romualdas Buivydas (SEC, Lietuva), Gediminas Černiauskas (SEC, Lietuva), Gunter Danner (Vokietija), Markus Schneider (BASYS, Vokietija).

## BENDROSIOS NUOSTATOS

I. Turėdami omenyje, jog Lietuvos Respublikos Seimas 1997 metų gruodžio 23 d. priimdamas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymą ir nusprendamas pradėti sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimą nuo 1997 07 01 išreiškė:

- **abejones dėl 1996 metų pabaigoje pasiekto pasirengimo** įgyvendinti draudos mediciną lygio;
- nuostatą, jog sveikatos draudimo **teisiniai ir organizaciniai pagrindai** pradėti formuoti 1991 m., priėmus Valstybinio socialinio draudimo įstatymą ir plėtoti vėlesniais metais iki 1997 metų **iš esmės nebus keičiami**.

II. Suprasdami, kad pilnas sveikatos draudimo sistemos įdiegimas yra sudėtingas ir ilgalaikis procesas, kuris pareikalauš nuoseklaus naujos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos dalyvių darbo, viešo dialogo su įvairių sveikatinimo proceso dalyvių atstovais, **kritinio sukauptos patirties vertinimo bei kryptingo praktikoje nepasiteisinsiu teisinių bei organizacinių normų keitimo**.

III. Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto **subalansavimą sukuriant paslaugų teikėjams stimulus efektyviau dirbti** laikydami svarbiausiu draudimo sistemos pirmojo etapo sėkmingos plėtros kriterijumi.

IV. Atsižvelgdami į dabartiniu metu **ribotas** draudos medicinos dalyvių **galimybes įvertinti diegiamos sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemos pasekmes:**

- Paslaugų teikėjai iki šiol nėra supažindinti su konkrečiomis kainomis, kuriomis bus apmokamos medicininės paslaugos;
- Ligonų kasos neturi pakankamos statistinės informacijos, kad galėtų įvertinti reformos poveikį paslaugų teikėjų elgsenai.

PHARE sveikatos priežiūros ir finansavimo reformos projektas

## REKOMENDUOJA:

1. Antrąjį 1997 m. pusmetį sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas finansuoti derinant avansinius mokėjimus periodo pradžioje su atsiskaitymu už faktiškai suteiktas paslaugas periodo pabaigoje;

2. PSDF biudžete ir teritorinių ligonių kasų (TLK) biudžetuose asmens sveikatos priežiūros finansavimą suskirstyti į dvi dalis (skirstant verta atsižvelgti į 1996 m. finansinius rezultatus):

- ambulatorinių paslaugų finansavimas;
- stacionarinių paslaugų finansavimas;

*Šis procentinis suskirstymas gali būti fiksuotas ir nekisti metų bėgyje, arba galima fiksuoti, kurią nors dalį (pvz. ambulatorinių paslaugų apimtį, jei mes laikome tai prioritetu), kitą dalį paliekant, kaip funkciją nuo pirmosios).*

3. Siekiant garantuoti draudimo biudžeto subalansavimą:

### Ambulatorines paslaugas finansuoti:

- pirminė sveikatos priežiūra finansuojama už **įrašytų į įstaigos sąrašus gyventojų skaičių** pagal SAM patvirtintas kainas litais, palaipsniui papildant šį metodą **honorariniu finansavimu** už SAM patvirtintame sąrašė numatytas paslaugas (toliau - honorariniu finansavimu);
- antrinė ambulatorinė sveikatos priežiūra finansuojama **už vizitų pas specialistus skaičių** pagal SAM patvirtintas kainas litais ir nustatant, jog apmokamų vizitų skaičius kiekvienoje įstaigoje ribojamas 1996 m. vizitų pas specialistus skaičiumi. T.y., jei vizitų pas specialistus skaičius mažesnis, ar lygus praeitų metų vizitų skaičiui, apmokama pilnai, o už vizitus, viršijančius numatyta kvotą papildomai nemokama. Naujai įsteigtoms įstaigoms, neturinčioms 1996 m. statistinių duomenų mokama pagal apskrities vizitų vidurkį iš TLK/VLK rezervo.). *Alternatyva:* gydytojų specialistų paslaugas apmokėti **už konsultacijas**, neviršijant 1996 m. konsultacijų

skaičiaus. Mokėjimas už vizitus (konsultacijas) palaipsniui papildomas **honorariniu finansavimu**.

- tiek pirminės, tiek antrinės grandies ambulatorinės grandies gydytojų paslaugų **honorarinis finansavimas vykdomas pagal SAM patvirtintas bazines kainas balais**. Piniginė balo vertė nustatoma kiekvienoje TLK padalinant bendrą honorariniam finansavimui skirtą fondą iš apskrityje suteiktų paslaugų apimties išreikštos balais.

*Honorarinis finansavimas balansuodamas PSDF biudžetą skatins paslaugų teikimą, kas ypač aktualu esant griežtiems vizitų ir paslaugų suteiktų įrašytiems į sąrašą gyventojams finansavimo apribojimams. Atsiradus poreikiui skatinti honorarinį apmokėjimą, galima tiek šalies mastu, tiek kiekvienoje TLK numatyti galimybę procentiškai sumažinti mokėjimo už vizitus dydį atitinkamai padidinant honorariniam mokėjimui skiriamų pinigų kiekį.*

#### **Stacionarines paslaugas finansuoti:**

- pagal SAM patvirtintas **bazines kainas balais**. Piniginė balo vertė nustatoma kiekvienoje TLK padalinant bendrą stacionariniam gydymui skirtą fondą iš apskrityje suteiktų stacionariųjų paslaugų apimties išreikštos balais.

*Pasiūlymas bazines kainas fiksuoti balais, o ne litais yra sąlygotas tuo, jog numatoma įvesti stacionariųjų įstaigų apmokėjimą pagal ligų profilius, bet profilių sąrašas, bei jų aprašymas dar galutinai neparuošti, paslaugų įkainiai nepatvirtinti, statistinė informacija apie galimas paslaugų apimtis nelabai apibrėžta bei nėra patirties naudoti tokią apmokėjimo sistemą (lig šiol respublikinio pavaldumo įstaigos buvo apmokamos pagal ligų grupes, o savivaldybių pavaldumo įstaigos pagal sąmatą). Siūlant fiksuoti balo vertę kiekvienoje TLK siekiama išvengti situacijos kai dėl nepakankamos paslaugų kontrolės vienoje ar keliose TLK mažėja balo vertė šalyje. Pradiniame etape, kol neišskūs realūs stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų pajėgumai, vertėtų riboti teikiamų paslaugų mokėjimo apimtis, numatant, kad jei įstaiga viršija teikiamų paslaugų apimtis palyginus su 1996 m. apimtimis daugiau nei pav. 20%, už tokį perviršį joms nebemokama.*

### **Medikamentų įsigijimo išlaidų kompensacija:**

1992-1996 metais visuomeninės išlaidos medikamentams (skaičiuojant SODROS ir nacionalinio biudžeto išlaidas) augo sparčiau nei kiti sveikatinimo išlaidų komponentai. Dabartiniu metu inicijuojamu kompensuojamų privalomojo sveikatos draudimo lėšomis medikamentų sąrašo keitimu yra siekiama sulėtinti kaštų augimą, bet prognozuoti pakeitimų finansines pasekmes dėl statistinių duomenų trūkumo yra sudėtinga ir tikėtina, jog visuomeninės išlaidos medikamentams 1997-1998 turės augimo tendenciją. Siekiant sumažinti neigiamas šios sąnaudų dalies poveikį sveikatos draudimo biudžetui yra palaikytina Valstybinės ligonių kasos iniciatyva numatyti privalomojo sveikatos draudimo lėšomis teikiančioms ambulatorines paslaugas įstaigos kompensuojamų medikamentų limitus. Limitus galima nustatyti įvertinant 1996 metų visuomenines išlaidas medikamentams vienam šalies gyventojui ir procentiškai susiejant šias išlaidas su ambulatorinių paslaugų konkrečioje įstaigoje finansavimu.

4. Siekiant užtikrinti įdiegiamos draudos medicinos sistemos lankstumą ir operatyvų jos priderinimą prie susidarantių problemų yra tikslinga 1997 metų antrajam pusmečiui sudaryti dvi komisijas iš SAM, VLK, įstaigų atstovų ir nepriklausomų ekspertų.

- Pirmoji komisija turėtų analizuoti įstaigų finansinę būklę, susidarantią dėl draudiminio finansavimo įdiegimo ir teiktų pasiūlymus atsakingoms institucijoms dėl ekonominės politikos įstaigų, kurių pajamos ženkliai kinta (mažėja arba didėja) atžvilgiu.
- Antroji komisija turėtų analizuoti socialines reformos pasekmes ir teiktų pasiūlymus atsakingoms institucijoms dėl perteklinės darbo jėgos perkvalifikavimo, įdarbinimo, kriterijų, pagal kuriuos atleidžiami darbuotojai, kompensacijų atleidžiamiesiems darbuotojams politikos.

## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS BIUDŽETO IŠLAIDŲ PROGNOZAVIMAS

Romualdas Buivydas

Būtina pasiekti, kad sveikatos priežiūros biudžetas būtų kiek galima aiškiau apibrėžtas, fiksuotas. Tai galima pasiekti tik labai tiksliai nusakant sveikatos draudimo fondo sudarymo taisykles ir griežtai jų laikantis. Tokia pati užsienio ekspertų nuomonė. Jau pirmo jų vizito 1995 m. vasarą metu vokiečių ekspertas p. G.Danner labai aktyviai agitavo už apibrėžto sveikatos draudimo fondo idėją, tvirtindamas, kad tik tokiu atveju bus galima ne tik prisitaikyti prie egzistuojančios finansinės padėties, bet ir prognozuoti ateitį.

Šis pranešimas būtų tarsi mėginimas įtikinti, kad toks prognozavimas minėto fiksuoto biudžeto sąlygomis yra galimas ir netgi būtinas. Tai tik teorinis modelis, ir nemanau, kad keli apskaičiavimai ar pateikti grafikai tuoj pat paskatins visus susižavėti tokiomis prognozėmis. Kol į gydymo įstaigas neįvesti vakarietiški finansinės apskaitos standartai, kol neskaičiuojamos realios paslaugų išlaidos, netaupoma, kol yra dabartinis nuolatinis lėšų deficitas, tikėtis, kad ką nors sudomins tokios prognozės, - nerealu. Bet norėtusi tikėti, kad įvedus sveikatos draudimą situacija pasikeis.

Kaip pavyzdį analizei, paimkime Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų biudžetinių išlaidų struktūrą, pateiktą 1 lentelėje.

Panagrinėkime bene svarbiausią šiuo metu gydytojams rūpinimą problemą - medicinos personalo atlyginimus. Kaip žinome iš 1995 m. statistikos, Lietuvos medicinos personalo atlyginimai sudaro apie 75 proc. šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio užmokesčio. Ką gi daryti, siekiant, kad medikų algos išaugtų?

1 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų išlaidų struktūra 1995 m.

	1995 m. biudžetas tūkst. Lt.	%
Darbo užmokestis	399024.59	42.70%
Soc. draudimo įmokos	119560.15	12.79%
Mityba	59923.85	6.41%
Medikamentai	104896.77	11.23%
Komunalinės ir kitos paslaugos	177002.8	18.94%
Pagrindinės priemonės	37923.96	4.06%
Statyba ir remontas	25338.84	2.71%
Kitos išlaidos	10770.32	1.15%
<b>IŠ VISO:</b>	934441.28	100.00%

Kaip jau susitarėme, tarkime, kad pateiktoje schemoje 1996 m. (ar 1997 m.) sveikatos priežiūros biudžetas fiksuotas (1995 m. jis sudarė apie 4,6 proc. bendrojo vidinio produkto) ir nėra jokių galimybių gauti papildomų lėšų iš valstybės biudžeto.

Be abejo, pats paprasčiausias, nesigilinant į ekonominius apskaičiavimus, sprendimas būtų **trečdaliu padidinti medicinos personalo atlyginimų fondą**. 2 lentelėje matome, kaip pasikeistų sveikatos priežiūros įstaigų biudžetų struktūra padidinus atlyginimus, pavyzdžiui, trečdaliu ir atitinkamai sumažinus kitas išlaidas. Akivaizdu, kad esant tokiam biudžetui nebelsis lėšų nei vaistams, nei kitoms reikmėms ir ligonius gydyti bus neįmanoma. O draudimo sąlygomis, kai bus mokama už atliktą darbą, tai reikš, kad gydytojai, jei nieko negydys, atlyginimo irgi negaus. Aišku, galimas kitas irgi gana paprastas bei radikalus sprendimas - maždaug **trečdaliu sumažinti gydytojų skaičių**. Tuo labiau kad tai gana nesudėtinga: bereikia tik remtis Europos Sąjungos rekomendacijomis, kad 2005 m. Europoje bus pasiektas 3,09 gydytojo 1000 gyventojų vidurkis. Kadangi šiuo metu Lietuvoje 1000 gyventojų tenka apie 4 gydytojus, tai sumažinę jų skaičių iki 3,09 beveik ir gautume tą norimą trečdalį. 2 lentelėje pa-vaizduota, kaip atrodytų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų biudžetų struktūra sumažinus gydytojų darbo užmokesčio fondą 30 proc.



2 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų struktūros 1995 m. keitimo galimi scenarijai

	Darbo užmokesčio fondą padidinus 30%	Darbo užmokesčio fondą sumažinus 30%
Darbo užmokestis	55.51%	32.85%
Soc. draudimo įmokos	16.63%	9.84%
Mityba	4.01%	8.34%
Medikamentai	7.02%	14.59%
Komunalinės ir kitos paslaugos	11.84%	24.62%
Pagrindinės priemonės	2.54%	5.28%
Statyba ir remontas	1.69%	2.71%
Kitos išlaidos	0.76%	1.77%
<b>IŠ VISO:</b>	100.00%	100.00%

Belieka išsiaiškinti ar tikrai būtina taip daryti ir nuo ko pradėti.

Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose vienam Lietuvos gyventojui tenka 6,3, o 7.5 proc. iš šių apsilankymų - apsilankymai pacientų namuose. Šiuo metu PHARE projekto lėšomis atliekame vienos Vilniaus poliklinikos gydytojų apklausą, ir jau dabar, dar neatlikus išsamios analizės, aiškėja, jog apie trečdalį savo darbo laiko gydytojai (daugiausia BPG, terapeutai ir pediatrai) skiria vizitams į namus. Prognozuojant gydytojų skaičių būtina atsižvelgti į tokius veiksnius:

- šalies infrastruktūros išplėtojimas (kelių kokybė, telefonizacija, tai yra galimybė greitai ir patogiai pasiekti pacientą) bei šalies turtingumas (ar gydytojai turi reikiamas susisiekimo priemones, nešiojamas būtinas gydymo priemones ir t.t.);
- gyventojų tankumas (pav. Belgijoje - 329 gyventojai kvadratiniam kilometre, Danijoje - 119, Prancūzijoje - 106, Lietuvoje - 58);
- vidutinė gyvenimo trukmė.

Akivaizdu, kad turtingesnėje šalyje, kur gerai išplėtotą infrastruktūrą ir didelis gyventojų tankumas, reikės mažiau gydytojų tam pačiam gyventojų

skaičiui aptarnauti. Bet jei šalyje yra gana daug pagyvenusių piliečių, gydytojų skaičius gali išaugti.

Taigi naudotis ES rekomendacijomis reikėtų gana atsargiai, jeigu nenorime Europoje atsidurti pirmoje vietoje ne tik pagal savižudybių, bet ir pagal standartizuoto mirtingumo skaičių.

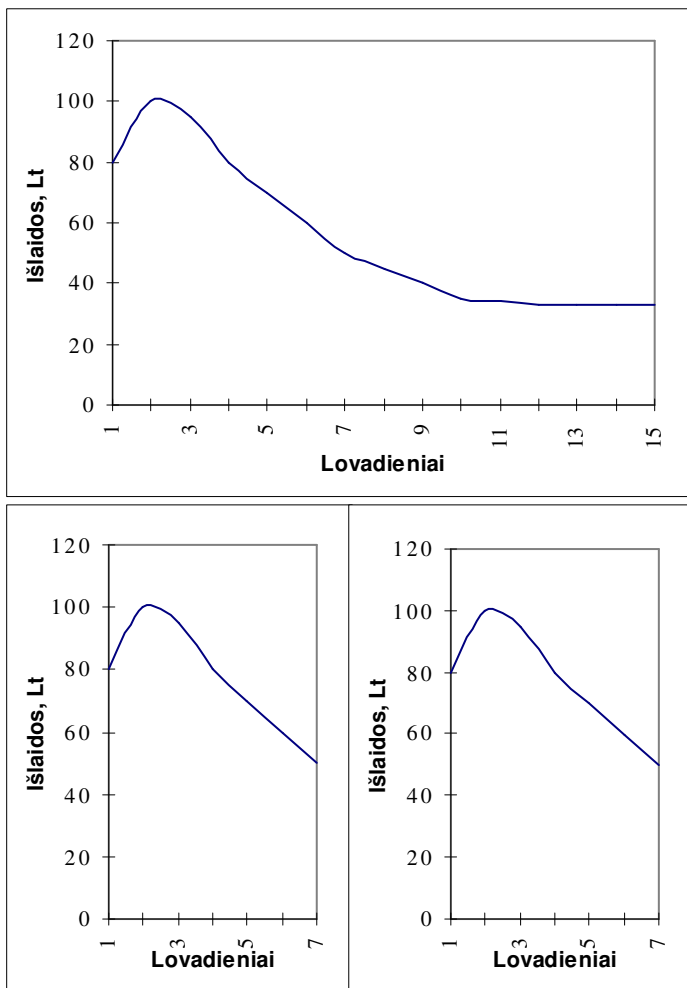
Galima paanalizuoti kitą būdą kaip sutaupyti lėšų.

Lietuvoje plačiai kalbama, kad reikėtų mažinti ligoninių lovų skaičių ir trumpinti gulėjimo stacionare trukmę.

Palyginkime Lietuvos ir ES duomenis. Vakarų Europoje 1000 gyventojų tenka 7,8, Rytų Europoje - 8.3, o Lietuvoje - 10.8 lovų, t.y. apie 20 proc. daugiau. Tiesa, ES šalių statistikos duomenys kiek senesni ir įvairesnių metų, bet vargu ar jų rodikliai pablogėjo. Galimas labai paprastas sprendimas - sumažinti lovų skaičių iki ES vidurkio. Bet ir vėl nėra akivaizdu, ar tikrai taip reikia daryti ir kiek mažinti.

Kita vertus plačiai pripažįstama, kad būtina trumpinti gulėjimo stacionare trukmę. Bet ar tai duos norimą efektą? 1 schemoje pateiktas sąlyginis grafikas, kuriame pavaizduotos lovadienio išlaidos, tenkančios vienam ligoniui priklausomai nuo gulėjimo stacionare trukmės.

1 schema. Išlaidų, tenkančių vienam ligoniui stacionare, kitimas (skaičiai sąlyginiai).



Kaip matome, didžiausios išlaidos būna pirmosiomis gydymo dienomis (tyrimai, operacijos, intensyvi terapija ir t.t.), o vėliau gydymo išlaidos nukrinta iki paprasčiausių "viešbučio" išlaidų. Todėl, sumažinę gulėjimo

trukmę iki, pvz., 7 dienų, sutaupysime ne pusę kainos, o mažiau. Ar galima teigti, kad tokiu atveju sutaupysime bent ketvirtadalį išlaidų? Deja, irgi ne, jei neapribosime pacientų guldymų į ligoninę skaičiaus. Apatiniame grafike pavaizduota, kas gali atsitikti, kai vietoj vieno ligonio gulint 14 dienų, paguldysime du ligonius, kurie gulės po 7 dienas. Akivaizdu, kad bendrosios išlaidos net išaugs.

Belieka įvertinti, ar galime apriboti guldymų į stacionarus skaičių. Šiuo atveju statistika gana aiški ir palanki ekonominiams apskaičiavimams.

Kaip matome iš pateiktos 3 lentelės, guldymų į stacionarą Lietuvos vidurkis artimas Vakarų Europos vidurkiui, o lovų užimtumas net mažesnis. Todėl gana nesunkiai galime apskaičiuoti, kas gi atsitiks gulėjimo stacionare trukmę sumažinus iki gulėjimo trukmės, būdingos kai kurioms kitoms Europos valstybėms.

*3 lentelė Stacionaro pagalba 1995 m.*

	Austrija	Belgija	Danija	Suomija	Prancūzija	Lietuva
Lovų skaičius 1000 gyventojų	9.4	7.6	5	10.1	9	10.8
Guldymų skaičius 100 gyventojų	26.5	19.7	20.5	25.1	23.4	19.1
Vidutinė gulėjimo trukmė, dienomis	10.3	12	7.6	13.1	11.7	14.7
Lovos užimtumas, %	80	83.5	84.8	90.3	80.5	76.92
Lovadienių skaičius	273	236.4	155.8	328.81	273.78	280.77

4 lentelėje apskaičiuota, kaip Lietuvoje pakitus vidutinei gulėjimo stacionare trukmei Lietuvoje iki atitinkamų gulėjimo trukmių būdingų kitoms Europos šalims, pakistų lovų užimtumas.

*4 lentelė. Prognozuojamas lovos užimtumo pokytis Lietuvos stacionare, sumažinus gulėjimo trukmę iki gulėjimo trukmės, būdingos kai kurioms Europos valstybėms*

	Austrija	Belgija	Danija	Suomija	Prancūzija
Vidutinė gulėjimo trukmė, dienomis	10.3	12	7.6	13.1	13.1
Lovos užimtumas	58.41	68.05	43.1	74.29	74.29

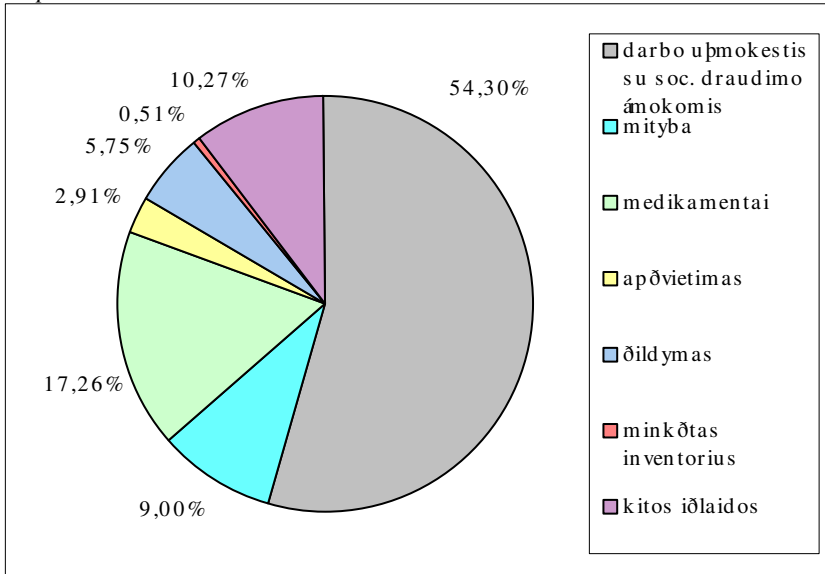
Pabaigoje paskaičiuokime, kiek pinigų galėtų sutaupyti šių teorinių nuostatų įgyvendinimas.

5 lentelėje pavaizduota vidutinė Lietuvos stacionarų lovodienio kaina pagal išlaidų rūšis.

*5 lentelė. 1 lovodienio išlaidos pagal 1995 m. faktinius vidutinius šalies stacionarų duomenis*

	Lt	%
Iš viso	47.11	100.00
Iš to skaičiaus:		
Darbo užmokestis su soc. draudimo įmokomis	25.58	54.30
Mityba	4.24	9.00
Medikamentai	8.13	17.26
Apšvietimas	1.37	2.91
Šildymas	2.71	5.75
Minkštas inventorius	0.24	0.51
Kitos išlaidos	4.84	10.27

2 schema. Išlaidos 1 lovadieniui pagal 1995 m. faktinius vidutinius respublikos duomenis stacionaruose



Pamėginkime įvertinti, kiek galima sutaupyti pinigų, jei nutartume:

1. pakeisti gulėjimo trukmę iki gulėjimo trukmės būdingos:
  - Vokietijai;
  - Prancūzijai;
  - Austrijai;
  - Švedijai;
  - Danijai;
2. guldymų skaičių paliekant tokį patį;
3. lovų užimtumą paliekant tokį patį;
4. skaičiuojant, kad sutaupyto lovadienio išlaidos sudaro pusę vidutinio lovadienio išlaidų, t.y. 50 proc.;

Remiantis 5 lentelėje pateikta lovadienio išlaidų procentine struktūra buvo apskaičiuoti įvairūs išlaidų mažinimo variantai:

- įvertinant tik mitybos, medikamentų, minkšto inventoriaus ir kitų išlaidų sumažėjimą (sutrumpinama gulėjimo trukmė, nemažinant lovų skaičiaus);

- įvertinant tik apšvietimo ir šildymo sąnaudų sumažėjimą (t.y. sumažinus lovų skaičių ir atitinkamai plotus);
- įvertinant tik darbo užmokesčio fondo sumažėjimą (t.y. atitinkamai sumažintų lovų skaičiui sumažinus ir jas prižiūrinčio personalo skaičių);
- įvertinant visas minėtas išlaidas;
- įvertinant, kiek už sutaupytas lėšas būtų galima padidinti kito medicinos personalo atlyginimus.

Pagal 6 lentelėje pateiktus rezultatus, apskaičiuotus pasiremiant tuo pačiu 1995 m. biudžetu, galime pasirinkti labiausiai tenkinantį variantą. Be abejo, toks pasirinkimas iš matematiškai prognozuotų galimybių turėtų būti SAM, ligonių kasų, bei gydytojų ir jiems atstovaujančių organizacijų derybų objektas.

*6 lentelė. Kiek galima padidinti medicinos personalo darbo užmokesčio fondą, sumažinus vidutinę gulėjimo trukmę Lietuvos ligoninėse iki gulėjimo trukmių, būdingų kai kurioms Vakarų Europos šalyse*

	Vokietija	Prancūzija	Austrija	Švedija	Danija
Vidutinė gulėjimo trukmė	15.8	11.7	10.3	9.4	7.6
Darbo užmokesčio fondo padidėjimas					
Nemažinant med. personalo sk.	-2%	6%	8%	10%	14%
Sumažinus med. personalo sk.	-5%	13%	18%	22%	30%

## BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

1. Pabaigoje pakartosiu, kad visi šie apskaičiavimai gali būti naudingi tik tuo atveju, jei mes būsime suinteresuoti taupyti pinigus ir mažinti paslaugų išlaidas. Kol tokio suinteresuotumo nebus, visi šie samprotavimai ir toliau liks tik gražus, teorinis, bet niekam nereikalingas modelis.

2. Tai tik teoriniai apskaičiavimai, norint rimčiau jais pasinaudoti, reikia ne tik labai kruopščiai įvertinti statistikos duomenis, bet ir atsiminti, kad čia

tik matematika, o reali medicinos padėtis, gali būti labai įvairi skirtingose srityse.

3. Medicinos statistikos informacija nėra pakankama, trūksta finansinės informacijos. Pagal turimus duomenis sunku vertinti teikiamų paslaugų išlaidas, t.y. kiek kokios ligos gydymas tam tikrose institucijose kainuoja: kur pigiau, kur brangiau. Manau, jog dar šiais metais VLK turėtų pasirūpinti, kad iš gydymo institucijų nuo 1997 m. būtų galima gauti tokią informaciją, kad 1998 m. jau būtų lengviau ir tiksliau apskaičiuoti būtinas gydymo išlaidas ir sveikatos draudimo fondo biudžetą (tokioje informacijoje turėtų atsispindėti ne tik gydymo išlaidos, bet ir kiti gydymo įstaigų finansiniai rodikliai - pajamos, turtas, nuosavybė).

Vilnius

1996 rugpjūčio 26 d.



## LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS IR FINANSAVIMO PROJEKTAS

*Parengta pagal*

**LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS IR  
FINANSAVIMO projekto 94-1086.00 GALUTINĘ ATASKAITĄ**  
1995 m. kovo mėn. - 1998 m. vasario mėn.

2A DALIS. Decentralizuoti sveikatos draudimo fondai:  
įgyvendinimo samprata

2B DALIS. Sveikatos priežiūros finansavimas: įmokų  
nustatymas, rinkimas ir paskirstymas

2C DALIS. Priemonės, skirtos naujai sveikatos priežiūros  
paslaugų apmokėjimo sistemai diegti

Hansaring 43

50670 Kelnas

Draudimo bendrovė

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und-gestaltung (GVG) e. V.

Ataskaitos autoriai

dr. Sibylle Angele

Romualdas Buivydas

dr. Gediminas Černiauskas

1998 m. kovo mėn.

## ĮŽANGINIAI KOMENTARAI

Į šią ataskaitą įtrauktas 2-as paprojektis - "Sveikatos priežiūros finansavimas". Galutinės 1-o paprojekčio ("Sveikatos priežiūros reforma") ataskaitos "Dėl sveikatos priežiūros paslaugų decentralizavimo" ir "Pirminės sveikatos priežiūros strategijos - žmogiškųjų išteklių - plėtos" atitinkamai 1995 m. lapkričio ir 1995 m. gruodžio mėnesiais pateiktos Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai.

Kiekvienos projekto dalies santraukoje pateikta trumpa tam tikros projekto dalies veiklos ir gautų rezultatų apžvalga bei organizaciniai projekto aspektai.

Skyriuje "Įgyta patirtis ir rekomendacijos" glaustai pateikiami esminiai patarimai, kaip tobulinti ir įgyvendinti kiekvieną iš projekto dalių.

### **Pagrindiniai 2-o ("Sveikatos priežiūros finansavimo") paprojekčio tikslai buvo:**

1. Patarti Lietuvos Respublikos Vyriausybei, kaip organizuoti įvairius sveikatos priežiūros finansavimo modelius, kokias struktūras pasirinkti ir kaip gauti reikiamus išteklius.
2. Pagalba rengiant ir įgyvendinant Sveikatos draudimo įstatymą.
3. Užmokesčio pagal atliktą darbą (t.y. už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas) mechanizmų kūrimas ir gydytojų atlyginimų nustatymas.

### **Buvo planuota, kad svarbiausias šio paprojekčio rezultatas bus:**

Valstybinės sveikatos priežiūros finansavimo sistemos apibrėžimas bei rekomendacijos, kaip ją įgyvendinti (priklauso išsami rekomenduojamos/siūlomos sistemos funkcionavimo ir nenutrūkstamo finansavimo analizė).

## **2A DALIS. DECENTRALIZUOTI SVEIKATOS DRAUDIMO FONDAI: ĮGYVENDINIMO SAMPRATA**

### **Tikslai**

Bendros decentralizuotų sveikatos draudimo fondų organizacinės struktūros sukūrimas bei jos įtraukimas į dar nepriimtą sveikatos draudimo įstatymą.

## **BENDROJI DALIES SANTRAUKA**

### **Decentralizuotų sveikatos draudimo fondų diegimo apžvalga**

Decentralizuotų sveikatos draudimo fondų įgyvendinimas apima šešias pagrindines veiklos sferas:

- neišspręstų problemų, susijusių su sveikatos draudimo sistema, analizę remiantis įstatymų projektais;
- sričių, kurios gali daryti įtakos organizacinei sveikatos draudimo fondų struktūrai, analizę;
- alternatyvių sveikatos draudimo įgyvendinimo būdų paiešką;
- pagrindinių Lietuvos sveikatos draudimo sistemos principų apibrėžimą;
- alternatyvių Lietuvos sveikatos draudimo organizacinių struktūrų kūrimą;
- išsamią Lietuvos sveikatos draudimo sistemos organizacinę struktūrą ir veiklos procedūras.

Dar iki 1995 metų buvo aptarinėjami įvairūs sveikatos draudimo įstatymų projektai, juose išryškėjo labai įvairūs požiūriai į kuriamą sveikatos draudimo sistemą. Šios sistemos sukūrimo būtinumu niekada neabejota, tačiau klausimų kilo dėl draudimo sistemos pobūdžio: spręsta, ar ji turi būti valstybinė, ar privati, ar mišraus tipo.

1995 metais, pradėjus vykdyti projektą, priimtas politinis sprendimas sukurti valstybinę privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Numatyta, kad ją sudarys įvairios draudimo rūšys, kad šiomis draudimo paslaugomis naudosis visi Lietuvos gyventojai.

Tačiau nebuvo nuspręsta, kiek decentralizuotų draudimo fondų reikia sukurti, kokia turėtų būti organizacinė visos sistemos struktūra (atsakingų subjektų pareigos, santykiai tarp atsakingų subjektų ir pan.), iš kur turėtų būti gaunama finansų, kaip jie turėtų būti renkami, koks turėtų būti paslaugų

krepšelis. Atsakymų į šiuos ir kitus esminius sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo klausimus 1995 metais dar nebuvo.

Tuo metu jau buvo parengtas sveikatos draudimo įstatymo projektas, todėl atsakingi pareigūnai išreiškė pageidavimą, kad šis projektas būtų galutinis ir kad kuo greičiau būtų priimtas sveikatos draudimo įstatymas. Remiantis šia nuostata, techninė pagalba turėjo būti skirta tam, kad būtų įgyvendintas šis beveik baigtas įstatymo projektas.

Dėl šios priežasties 1995 metais buvo pakeistos pirminės projekto nuostatos ir didesnis dėmesys kreiptas į projekto įgyvendinimą. Deja, įstatymų leidyba yra sunkiai prognozuojama: Lietuvos sveikatos draudimo įstatymas buvo priimtas tik 1996 metų viduryje, o iki tol vyko politinės diskusijos dėl įvairių įstatymo aspektų.

Atsižvelgiant į tai, kad 1995 metais dar buvo neatsakyta į daugelį su sveikatos draudimu susijusių klausimų, laikotarpį tarp 1995 m. gegužės ir 1996 m. gegužės reikėtų vertinti kaip turėjusį esminės reikšmės sveikatos draudimo įstatymų bazės struktūrai. 1996-ųjų sveikatos draudimo įstatymas smarkiai skyrėsi nuo 1995-ųjų įstatymo projekto. Ypač skyrėsi finansinės bazės ir vidinės organizavimo struktūros traktavimas (VLK/TLK-ų ir įvairių draudimo fondų kompetencija).

Pirmojo projekto etapo metu (1995 m. gegužė - 1996 m. gegužė) Sveikatos priežiūros finansavimo PHARE projektas aktyviai prisidėjo svarstant įstatymų bazę. Antrojo etapo metu, kai 1996 m. gegužės mėnesį buvo priimtas Sveikatos draudimo įstatymas, projekto darbo grupė didžiausią dėmesį skyrė draudimo sistemos įgyvendinimo scenarijui, t.y. vidinei ir išorinei sveikatos draudimo fondų organizacijai bei siūlymams dėl veiklos pereinamuoju laikotarpiu. Tuo pat metu išsamiai konsultuojama Valstybinė ligonių kasa bei vietiniai jos padaliniai (teritorinės ligonių kasos) sveikatos draudimo sistemos diegimo klausimais, Sveikatos apsaugos ministerijai teikiami patarimai, kaip suvienodinti esamus sveikatos priežiūros ir finansavimo įstatymus.

### *Įstatymų bazė*

Projekto grupė aktyviai dalyvavo rengiant įstatymą: nuolatos komentavo patį įstatymą bei jo dalis, dalyvaudavo ir savo išvadas pateikdavo Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos apsaugos reformų biuro (SARB) posėdžiuose, Seimo Sveikatos ir Socialinių reikalų komitetų posėdžiuose,

teikė informaciją ir palaikė ryšius su visuomene. Darbo grupė prisidėjo prie daugelio sektorių veiklos.

Daugiausia atvirų klausimų, susijusių su įstatymų baze, iškilo dėl:

- fondų kiekio, struktūros ir statuso (Ar įvairūs fondai turėtų būti visiškai nepriklausomos struktūros? Ar jie turėtų sudaryti vieningą sistemą, bet būtų pakankamai nepriklausomi? Ar sistema turėtų būti centralizuota ir turėti vieną koordinuojantį centrą (VLK) bei jam pavaldžius padalinius? Kiek padalinių reikėtų įsteigti?);
- finansų šaltinių (sveikatos draudimo įmokos, mokesčiai ar sveikatos draudimo įmokos ir mokesčiai kartu);
- paslaugų, finansuojamų iš sveikatos draudimo lėšų, kiekio.

Atsižvelgus į esamas struktūras, valstybės teritorijos dydį bei teisinę ir organizacinę struktūrą (kontrolę!), buvo nuspręsta pasirinkti centralizuoto sveikatos draudimo modelį: vienas centrinis fondas (VLK) bei teritoriniai padaliniai (TLK'os).

Toliau glaustai pateikiami PHARE ekspertų grupės patarimai ir rekomendacijos.

#### **Dėl VLK bei teritorinių sveikatos draudimo fondų (santrauka).**

- Ligonių kasos turi būti lengvai prieinamos klientams, turi palaikyti glaudų ryšį su klientais ir teikėjais, be to, būtina garantuoti, kad kasos, jų klientai ir paslaugų teikėjai prisiimtų tam tikrą rizikos dalį. Atsižvelgiant į Lietuvos teritorijos dydį bei gyventojų skaičių, nuspręsta sukurti dešimt sveikatos draudimo fondų (ligonių kasų), t.y. po vieną kiekvienai apskrīčiai.
- Nuomonės dėl ligonių kasų statuso išsiskyrė. Kai kas buvo už tai, kad teritorinės kasos būtų pavaldžios centriniam sveikatos draudimo fondui. Kiti pritarė kasų savarankiškumui svarstant šį klausimą, labai svarbūs buvo nesutarimai dėl rizikos kompensavimo garantijų bei galimos konkurencijos tarp draudimo fondų. Įvertinus dabartinę Lietuvos padėtį, nuspręsta, kad šios dešimt ligonių kasų turės padalinio statusą. Vėliau joms bus suteikta didesnė veiksmų laisvė ir sudarytos sąlygos konkuruoti.

- Darbo grupė pateikė konkrečių pasiūlymų, kaip skatinti aktyvesnį apsidraudusiųjų/ įmokų mokėtojų dalyvavimą kasų veikloje. Ji taip pat aiškiai apibrėžė ir apribojo SAM funkcijas sveikatos draudimo administravimo (strategijos numatymo ir veiklos vertinimo) srityje

#### **Dėl finansinių šaltinių (santrauka).**

- Darbo grupės nuomone, norint sukurti sveikatos draudimo sistemą, nebūtina įvesti naujų ar rinkti papildomų mokesčių. Tokį sprendimą lėmė Lietuvos ekonominė padėtis, šešėlinės ekonomikos įtaka bei įsitikinimas, kad sveikatos draudimas turi būti suprantamas ne kaip papildomų lėšų šaltinis, bet kaip veiksmingesnis turimų išteklių panaudojimo būdas.
- Darbo grupė labai aiškiai išreiškė savo nuostatą, kad sveikatos draudimo finansavimo sistema privalo būti skaidri ir patikima. Sveikatos draudimo biudžetas turi būti aiškiai atskirtas nuo kitų, kad kiti visuomenės sektoriai negalėtų juo pasinaudoti. Tik toks sveikatos draudimas gali sudaryti sąlygas, palankias patikimai sveikatos priežiūros sistemai. Toks aiškiai nuo kitų atskirtas biudžetas gali būti finansuojamas iš sveikatos draudimo įmokų arba iš mokesčių, kurių dydis priklausytų nuo pajamų dydžio. Finansavimo sąlygas būtina taikyti prie besikeičiančios ekonomikos padėties. Darbo grupė labiau linko prie įmokų (didesnis savarankiškumas) nei prie tam tikro dydžio mokesčio, priklausančio nuo pajamų. Vis dėlto ji pateikė siūlymus, kaip pradėdant nuo sistemos, finansuojamos iš mokesčių, galima pereiti prie sistemos, finansuojamos iš įmokų.
- Naujosios sistemos sąlygomis negali būti biudžeto deficito. Ankstesnės skolos neturi būti kompensuojamos iš naujosios sistemos lėšų.

#### **Dėl paslaugų apimties (santrauka).**

- Lietuvos sveikatos draudimo sistema nėra visiškai naujas reiškinys, ji paremta jau egzistuojančia visai visuomenei prieinamų (bent jau teoriškai) įvairių paslaugų sistema. Būtent dėl šios priežasties ir dėl finansinių išteklių stygiaus labai sunku sudaryti paslaugų sąrašą.

- Darbo grupė nuo pat pradžių rėmė sprendimą, kad pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra būtų finansuojamos iš vieno šaltinio, t.y. iš sveikatos draudimo fondų. Darbo grupė buvo prieš galimybę, kad pirminė sveikatos priežiūra būtų finansuojama iš atskiro - savivaldybių ar valstybės - biudžeto.
- Paslaugų, kurios bus įtrauktos į sąrašą, nustatymą lemia ne tik finansinės galimybės bet ir politiniai sprendimai. Siekiant garantuoti nuolatinį sveikatos draudimo finansavimą bei užkirsti kelią atvejams, kai dėl finansinių apribojimų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi patys nuspręsti, kokias paslaugas teikti, būtina priimti tokį politinį sprendimą.
- Paslaugų sąrašo sudarymas labai glaudžiai siejasi su klausimu, ar finansinė sveikatos draudimo bazė susijusi su pajamomis, ar su išlaidomis. Kadangi dėl riboto Lietuvos biudžeto (kaip ir kitur) esama suvaržymų, didesnė tikimybė, kad finansinė bazė bus susijusi su pajamomis. Tai reikštų, kad paslaugų sąrašas turi būti ribotas (netgi esant galimybėms išplėtoti darbo našumą). Toks politinis sprendimas būtinas. Sveikatos draudimo įstaigos negali pačios nustatyti paslaugų kiekio, jų pareiga - sukaupti finansinius išteklius, kurių užtektų politiškai nustatytam paslaugų kiekiui teikti.
- Grupė informavo SAM apie ES šalyse taikomus kriterijus, kuriais remiantis nustatomi paslaugų sąrašai. Grupė pateikė informaciją, kad daugelyje Europos šalių nėra išsamių iš sveikatos draudimo fondų finansuojamų paslaugų sąrašų, vietoj jų sudaromi sąrašai tokių paslaugų, kurios visiškai arba iš dalies nėra padengiamos iš sveikatos draudimo fondų lėšų. Kiekvienoje valstybėje šios paslaugos skiriasi.

### ***Įgyvendinimas***

Kai 1996 m. viduryje po ilgų diskusijų buvo priimtas Lietuvos sveikatos draudimo įstatymas, turėjęs būti įgyvendintas iki 1997 m. sausio, darbo grupė Sveikatos apsaugos ministerijai pateikė įgyvendinimo planą - rekomendacijas **“Dėl Privalomojo sveikatos draudimo įgyvendinimo nuo 1997 m. sausio 1 d.”**.

PHARE ekspertų grupė, siūlydama pradėti sveikatos draudimo sistemą įgyvendinti nuo 1997 m. sausio 1 d. ir atsižvelgdama į tai, kad būtina išvengti sveikatos priežiūros įstaigų darbo sutrikimo dėl finansavimo ir organizavimo problemų, rekomendavo 1997 metų pirmą pusmetį sveikatos įstaigų finansavimą vykdyti pagal supaprastintą (pereinamąjį) scenarijų.

#### **Respublikinės įstaigos (ir sanatorijos):**

1. VLK sudaro sutarčių projektus (laikinašias sutartis) su paslaugų teikėjais pagal SAM parengtas ir patvirtintas bazines kainas, dalyvaujant TLK atstovams. I ketvirčio avansavimas vykdomas per VLK siunčiant finansinių pavedimų kopijas atitinkamoms TLK. Įstaigos atsiskaito ir ataskaitas siunčia į TLK.
2. Ketvirčio pabaigoje sutartys tikslinamos ir tvirtinamos. Sutarties subjektais tampa sveikatos priežiūros įstaigos ir TLK. Nuo II ketvirčio perimamas visiškas paslaugas teikiančių įstaigų finansavimas per TLK. I ketvirčio išlaidos įskaitomos į TLK metinio biudžeto išlaidas proporcingai atitinkamos apskrities gyventojams suteiktų paslaugų apimčiai.

#### **Savivaldybių įstaigos:**

1. I ketvirtyje įstaigos finansuojamos pagal 1996 m. biudžeto indeksuotą sąmatą, remiantis trumpalaikėmis sutartimis tarp sveikatos priežiūros įstaigos ir TLK. Įstaigos atsiskaito Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka. Manome, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos turėtų būti finansuojamos per privalomojo sveikatos draudimo įstaigas.
2. Ketvirčio pabaigoje pasirašomos metų sutartys. I ketvirčio avansiniai mokėjimai įskaitomi į TLK metinio biudžeto išlaidas proporcingai atitinkamos apskrities gyventojams suteiktų paslaugų apimčiai.

#### **Medikamentai:**

1. Siekiant panaudoti Sodros sukauptą patirtį ir personalą 1997 metų pirmą pusmetį vaistų išlaidų kompensavimą vykdyti per Sodros struktūras pinigais į jų sąskaitą pervedant iš privalomojo sveikatos draudimo fondo.



2. Pinigai skiriami pagal privalomojo sveikatos draudimo biudžeto išlaidose numatytų medikamentų išlaidų kompensavimo per pusmetį apimtį.

Kai įstatymo vykdymas buvo atidėtas iki 1997 m. liepos, PHARE ekspertų grupė SAM pateikė naują įgyvendinimo planą (žr. 2 priedą), kurį pritaikė naujoms aplinkybėms. Be to, buvo pakomentuoti klausimai, kurie net ir priėmus įstatymą liko problematiški.

Buvo nuspręsta nerengti sveikatos draudimo specialistų stažuocių užsienyje. Grupė pritarė SAM nuomonei, kad daug veiksmingiau būtų organizuoti seminarus Lietuvoje, lietuvių kalba leisti knygas, kuriose būtų diskutuojama pagrindinėmis temomis, kad apie sveikatos draudimą sužinotų kuo didesnę visuomenės dalis. PHARE ekspertų grupė parašė ir išleido kelias knygas apie sveikatos draudimo sistemos diegimą, jas išdalijo atsakingoms organizacijoms bei išplatino visoje Lietuvoje.

Pateiktuose įgyvendinimo planuose didžiausias dėmesys teikiamas finansiniams klausimams - jie daugiausiai susiję su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Grupė pateikė rekomendacijas dėl:

- papildomų lėšų, kurios būtų panaudotos senoms skoloms likviduoti, teikimo;
- valstybės lėšų perdavimo valstybės apdraustiems asmenims bei pradinio grupės finansavimo;
- supaprastinto plano taikymo, kuris garantuotų naujos sistemos funkcionavimą pereinamuoju laikotarpiu, net jei ir nebus patenkinta daug esminių sąlygų;
- dviejų tipų mokėjimo (t.y. mokėjimo iš anksto ir mokėjimo už jų atliktas paslaugas) suderinimo;
- ligoninių ir ambulatorijų biudžetų atskyrimo bei mokėjimo už jų teikiamas paslaugas pereinamojo laikotarpio sąlygomis.

Grupė surengė nemažai seminarų naujai išrinktiems direktoriams, gydytojams bei sveikatos draudimo fondų darbuotojams, jie buvo supažindinti su vidine organizacija ir administravimu, galėjo pasirengti savo darbui. Seminaruose buvo aptariami šie klausimai:

- veiklos planavimo įgūdžiai, finansų planavimas;

- infrastruktūra: darbo vietos įrengimas, darbuotojų atranka ir mokymas;
- organizacinė sveikatos draudimo fondų struktūra;
- ryšys tarp centrinio sveikatos draudimo fondo (valstybinės ligonių kasos) ir teritorinių fondų (teritorinių ligonių kasų);
- TLK-ų (vidinis ir išlaidų) biudžetas: jo dalys bei formavimas;
- TLK-ų finansų administravimas;
- santykiai su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais (Su kokiais teikėjais sudaryti sutartis? Kokios jos turi būti?) - SAM, VLK, TLK ir paslaugų teikėjų vaidmuo;
- standartinių sutarčių su paslaugų teikėjais sudarymas;
- standartinių apskaitos blankų sudarymas;
- finansinės įplaukos į sveikatos draudimo sistemą;
- pacientų prirašymas (BPG).

1996 m. spalio ir lapkričio mėnesiais darbo grupė kartu su SAM surengė keletą respublikinių konferencijų, jose dalyvavę visuomenės ir atsakingų įstaigų atstovai bei specialistai buvo išsamiai supažindinti su naująja sveikatos draudimo sistema, aptarti naujosios sistemos įgyvendinimo rezultatai.

Ne kartą buvo akcentuojama, jog būtina patikslinti ir suvienodinti su sveikatos draudimu susijusius įstatymus bei teisinius aktus. 1997 m gegužės mėn. iš vietiniai PHARE ekspertai koordinavo SAM darbo grupių, atsakingų už įstatymų bazės suvienodinimą, veiklą.

### **Projekto organizavimas**

#### **Vietos ir užsienio ekspertų pareigos:**

- remiantis įstatymų projektais, išanalizuoti tuos su sveikatos draudimo sistema susijusius klausimus, į kuriuos dar nerasta atsakymų;
- išanalizuoti sritis, darysiančias įtaką sveikatos draudimo fondų organizacinei struktūrai;

- išplėtoti sveikatos draudimo sistemos taikymo Lietuvoje alternatyvas;
- apibrėžti pagrindinius Lietuvos sveikatos draudimo sistemos principus;
- sukurti alternatyvias Lietuvos sveikatos draudimo sistemos organizavimo struktūras;
- detalai apibrėžti Lietuvos sveikatos draudimo organizavimo struktūras bei veiklos procedūras;
- Lietuvoje surengti respublikinę konferenciją sveikatos draudimo tema;
- 3-4 asmenis 2 savaitėms išsiųsti stažuoti į užsienį (tačiau naujuose nuostatuose numatyta, kad šiam projekto komponentui skirtos lėšos gali būti panaudotos kitiems komponentams).

**SAM pareigos:**

- PHARE ekspertų grupei išskirti darbo plotą;
- garantuoti, kad SARB darbuotojai talkins vykdant projektą;
- pasirūpinti vietos transportu;
- iš įvairių sričių specialistų sudaryti koordinacinį komitetą, kuris talkintų PHARE ekspertų grupei;
- paskirti atitinką kvalifikaciją turintį asmenį, kuris bendradarbiautų su PHARE ekspertų grupe.

**Projekto struktūra: paslaugos gavėjas**

Iki 1997 m. PHARE ekspertų grupė labai aktyviai bendradarbiavo su p. D. Jankauskiene, SARB direktoriaus pavaduotoja (vėliau ir direktore), ji buvo ir pirmoji grupės partnerė. Grupės nariai visais klausimais sutarė su p. D. Jankauskiene ir aktyviai dalyvavo SARB veikloje. Už finansavimą atsakingi viceministrai taip pat buvo paskirti grupės partneriais. Taigi darbo grupė visada turėjo du partnerius: po vieną iš SARB ir SAM. 1997 m. SARB statusas ministerijoje pakito: p. Jankauskienė tapo SAM sekretore. Dabar vienintelis atsakingas partneris buvo SAM. Todėl kontaktui palaikyti

buvo išrinkti nauji asmenys. Tuo metu kaip tik kūrėsi sveikatos draudimo fondai, todėl darbo grupė glaudžiai bendradarbiavo su VLK ir TLK (ypač su Vilniaus TLK ir Klaipėdos TLK). Tvarkant teisinius klausimus, imta aktyviai bendradarbiauti su naujuoju Seimo Sveikatos apsaugos komitetu (buvo organizuojami bendri seminarai, darbas grupėse, spaudos konferencijos, prireikus pagalbos, grupė tiesiogiai konsultavo komiteto narius). Vadinasi, galima daryti išvadą, kad nuo 1997 m. proceso eigą apsunkino tai, kad buvo ne vienas, o keli partneriai. Procesą paspartino tai, kad tvarkydama praktinius ir teisinius klausimus grupė galėjo tiesiogiai ir lygiagrečiai bendradarbiauti su įstaigomis, kurios tiesiogiai dalyvavo šiame procese.

Koordinacinis komitetas nebuvo įsteigtas, tačiau pirmuoju etapu SARB prisiėmė kai kurias šio komiteto funkcijas. Antruoju projekto vykdymo etapu PHARE ekspertų grupė, siekdama, kad jos veikla nenukryptų nuo jos tikslų, pati užmezgė glaudžius ryšius su įvairiomis įstaigomis partnerėmis.

### **Projekto struktūra: vietos ekspertai**

Visus vietos ekspertus ir konsultantus atrinko atsakingas asmuo ir SAM. Projekto pradžioje sudarytos sutartys su dviem nuolatiniais vietos ekspertais. Be to, tam tikroms užduotims (susijusioms su informacine sistema, apskaita, paslaugų apmokėjimu) atlikti buvo sudarytos vienerių ar dvejų metų sutartys su neetatiniiais ekspertais. Konkrečiais atvejais būdavo kviečiami neetatiniai konsultantai. Toks etatinių ir neetatinių specialistų bendradarbiavimas garantavo nenutrūkstamą keitimąsi patirtimi ir įgalino išspręsti daugelį specifinių problemų.

Vietos ekspertų dalyvavimas labai teigiamai veikė projekto eigą. Ypač puikių rezultatų davė etatinių vietos ekspertų darbas: jie teikė techninę pagalbą bei užmezgė tiesioginį ir nenutrūkstamą ryšį su SAM, VLK /TLK bei Seimu. Neetatinių vietos ekspertų veikla taip pat davė teigiamų rezultatų. Vienam iš neetatinių ekspertų net teko nutraukti savo veiklą projekto srityje, kadangi 1997 m., įsikūrus Vilniaus TLK jis tapo jos direktoriumi. Šis faktas rodo, kad paslaugų gavėjai labai teigiamai įvertino vietos ekspertų veiklą.

### **Projekto struktūra: užsienio ekspertai**

Įvairių sričių užsienio ekspertų grupę sudarė specialistai iš Danijos, Olandijos ir Vokietijos. Jie dirbo visose projekto dalyse. Tokiu būdu buvo garantuotas veiklos tęstinumas, turėjęs didžiulės reikšmės Lietuvos ekspertų

veiklai ir paties projekto sėkmei. Vokietijos ir Olandijos ekspertų grupė darbavosi 2A ir 2B projekto dalių srityse, o jungtinė ekspertų iš Danijos ir Vokietijos grupė rengė 2C dalį. Už jų veiklą ir darbą buvo atsakingi centrinio koordinacinio padalinio darbuotojai.

Tarptautine patirtimi dalijosi ir neetatiniai konsultantai. Būtų buvę labai naudinga, jei būtų pakakę lėšų ilgesniam laikui pasamdyti bent vieną užsienio konsultantą. Jei užsienio specialistui nebūtų talkinusi labai profesionali vietos ekspertų grupė, užsienio specialistams, trumpai apsilankantiems šalyje, būtų buvę dar sunkiau nenutrūkstamai teikti pagalbą.

### **Projekto struktūra: užsakovas**

Užsakovas- Europos Sąjunga/PHARE - sudarė sąlygas lanksčiam projekto įgyvendinimui. Žinant, kaip Lietuvoje vyksta sveikatos apsaugos reforma ir kaip ilgai užtruko projektas (3 metus), būtina pažymėti, kad siekiant garantuoti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų teikimą lankstumas buvo būtinas. Tai nereiškia, kad pasikeitė projekto tikslai. Tačiau reikėjo prisitaikyti prie besikeičiančios padėties. Susitarus su paslaugų gavėjais ir gavus ES/PHARE pritarimą, buvo padaryti tokie pakeitimai: pagrindinis dėmesys organizuojant 2A dalį kreipiamas ne į grynai teisinio pobūdžio konsultacijas, o į projekto įgyvendinimą. Projekto pradžioje 2B dalis buvo vien teorinio pobūdžio, dėmesys skirtas ne teorinėms problemoms iki sveikatos draudimo įstatymo priėmimo ir problemų analizei/ pagalbai sprendžiant problemas, išskylančias sukūrus sveikatos draudimo sistemą. Atsižvelgus į Lietuvos sveikatos draudimo sistemos įstatymų bazę ir jos kūrimo tempus, 2C dalis iš “nukreiptos iš apačios viršun” (paslaugų apmokėjimo sistema, kuriama apskaitos pagrindu) tapo labiau “nukreipta iš viršaus žemyn” (paslaugų apmokėjimo sistemos struktūra plėtojama paraleliai su apskaitos sistema). Surengtos tik dvi stažuotės užsienyje. Kitoms stažuotėms skirtos lėšos buvo panaudotos įvairiems mokymams organizuoti Lietuvoje, bei brošiūroms lietuvių kalba leisti. Be ES/PHARE pagalbos nagrinėjant ir sprendžiant PVM kompensavimo už pirkinius, išgytus Lietuvoje, klausimą. Be jų pagalbos išspręsti šią problemą būtų buvę sunku.

### ***2A dalies organizavimas***

1997 metais, kai įsikūrė ligonių kasos, imta labai aktyviai bendradarbiauti su šiomis struktūromis. Toks bendradarbiavimas buvo itin

vaisingas, kadangi darbo grupė savo veiklą galėjo nukreipti praktinių problemų, susijusių su naujos sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimu, sprendimo link. Tas pats pasakytina ir apie bendradarbiavimą su Seimo Sveikatos apsaugos komitetu tvarkant teisinius klausimus. Tačiau ir SAM, ir PHARE ekspertų grupei būtų buvę daug lengviau, jei antruoju projekto vykdymo etapu SAM būtų nuolat dirbęs vienas partneris.

## **Įgyta patirtis ir rekomendacijos**

### ***Bendros rekomendacijos***

- Šiam, kaip ir bet kokiam kitam, projektui esminės svarbos turi pasidalijimas pareigomis bei pasikeitimas informacija.
- Sveikatos priežiūros finansavimas yra daugialypis procesas, darantis įtaką daugeliui vyriausybės, įvairių institucijų bei visuomeninių struktūrų, todėl, siekiant garantuoti sklandžią projekto eigą, į jį būtina įtraukti įvairius asmenis ir įstaigas. Lemiamos reikšmės turi koordinacinio komiteto, sudaryto iš visų projekte dalyvaujančių įstaigų atstovų, veikla. Šio komiteto sudėtį bei veiklos nuostatus būtina apibrėžti dar iki konkurso pradžios.
- Bendradarbiavimo su užsienio specialistais sėkmė didžia dalimi priklauso nuo aiškaus pasiskirstymo pareigomis. Tam tikriems atsakingiems pareigūnams būtina pavesti bendradarbiauti su užsienio konsultantais. Tam, kad šie darbuotojai galėtų įsitraukti į projekto veiklą, jiems turi būti sudarytos reikiamos sąlygos, t.y. tol, kol vykdomas projektas, jų darbo krūvis turi būti sumažintas, o tokiose negausiose įstaigose kaip SAM tai labai sunku įgyvendinti.
- Labai svarbi etatinių vietos ekspertų veikla, kadangi jie gerai susipažinę su esama padėtimi, supranta bendradarbių poreikius, žino, su kuo jie palaiko ryšius.
- Užsienio ekspertai turėtų kuo dažniau ir reguliariau lankytis Lietuvoje - būtų idealu, jei būtų galima suderinti nuolatos šalyje dirbančių specialistų veiklą su atvykstančių specialistų pagalba.

- Paslaugų gavėjai turi nuolatos aktyviai remti eksperimentų vykdymą pasirinktose srityse. Sėkmingai eksperimentuoti bus galima tik garantavus politinę paramą bei materialiai skatinant eksperimente dalyvaujančias įstaigas.

## **2A dalies rekomendacijos**

- Tolesnis sveikatos priežiūros finansavimo įstatymų bazės plėtojimas, remiantis patirtimi, įgyta įgyvendinant sveikatos draudimo sistemą, turi lemiamos reikšmės reformos raidai. Įstatymų bazės plėtojimas - tai ir esamų teisės aktų tobulinimas bei suvienodinimas. *Vykdyti: nedelsiant. Numatyta trukmė: 12 mėnesių.*
- Sveikatos draudimo sistemą būtina tobulinti tokia linkme, kad būtų aiškiai apibrėžti visų joje dalyvaujančių įstaigų vaidmenys ir pareigos. Būtina parengti/ pakeisti reikiamus teisinius dokumentus. *Vykdyti: nedelsiant. Numatyta trukmė: 12 mėnesių.*
- Sveikatos draudimo sistemą būtina tobulinti gausinant žmogiškuosius išteklius SAM, VLK, TLK bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygmeniu. Būtina apibrėžti mokymo sąvoką, sudaryti sąlygas mokymuisi ir jį organizuoti. *Vykdyti: nedelsiant. Numatyta trukmė: 24 mėnesiai.*
- Būtina papildyti finansinius sveikatos draudimo išteklius (ypač per įmokas iš valstybės biudžeto ar tam tikrų visuomenės grupių, pvz. žemdirbių). *Vykdyti: nuo antrosios 1998 m. pusės. Numatyta trukmė: 3 mėnesiai.*

## **2B DALIS. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS: ĮMOKŲ NUSTATYMAS, RINKIMAS IR SKIRSTYMAS**

### **Dalies reziumė**

#### **Tikslai**

Numatyti įmokų rinkimo tvarką, kuri garantuotų finansiškai subalansuotą ir stiprų biudžetą turinčią sistemą.

Parinkti veiksmingiausią sveikatos draudimo įmokų rinkimo tvarką.

Nustatyti (jeigu įmanoma) įmokų dydį įvairioms socialinėms-ekonominėms visuomenės grupėms.

Pasiūlyti būtinas teises priemones.

## **BENDROJI DALIES SANTRAUKA**

### **Įmokų nustatymas, rinkimas ir skirstymas**

Dalį, skirtą įmokų nustatymui, rinkimui ir skirstymui sudaro šie devyni pagrindiniai elementai:

- įvairių finansinių mechanizmų trūkumų ir pranašumų analizė,
- sunkumų, susijusių su Sodros įmokų rinkimu, analizė,
- finansinio pajėgumo įvertinimas; alternatyvūs finansinių išteklių šaltiniai; įmokų dydžio įvertinimas,
- pasiūlymas padalyti finansinę naštą įvairioms socialinėms ekonominėms visuomenės grupėms,
- rekomendacijos dėl įmokų bazės bei įmokų rinkimo tvarkos,
- patariama, kurios institucijos turėtų būti atsakingos už įmokų rinkimą,
- siūlomas sistemos įgyvendinimo nuostatų projektas,
- siūlomas specialistų pagalbos ateityje veiksmų planas,
- visuomenei skirti paaiškinimai apie svarbiausius finansinius sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo principus.

1995 metais prasidėjus projektui, rodos, buvo aišku, jog galioja sprendimas paremti sveikatos draudimo sistemą, gaunančią pajamas iš įmokų. Tačiau rengiant sveikatos draudimo įstatymą buvo taip pat aktyviai aptariamas finansavimo klausimas (finansavimo šaltiniai ir lėšų surinkimo būdai). Pateikti siūlymai aprėpė dvejų rūšių finansavimo sistemas: mokesčiais paremtą finansavimo sistemą ir įmokomis paremtą finansavimo sistemą. Politinių diskusijų metu nebuvo sutariama, katrą iš jų pasirinkti.



Sveikatos apsaugos ministerijos, Finansų ministerijos ir kai kurių kitų atsakingų institucijų nuomonės labai skyrėsi.

PHARE ekspertų grupė teikė teorines bei teisines konsultacijas ir supažindino su techniniais sistemos valdymo principais.

Finansavimo problema ir realus lėšų (įmokų) rinkimas tapo vienu iš pačių opiausių klausimų rengiant įstatymus. Tai reiškia, kad nebuvo palankių sąlygų "mokslinei" koncepcijai suformuoti. Tokiai koncepcijai priimti nebūtų buvę progos, kadangi svarbiau buvo remiantis šalies galimybėmis ir interesais priėti vieningos nuomonės. Todėl grupė parengė išsamią analizę, kuria siekė paremti sprendimų priėmimo procesą, o sprendimus priėmus, - tobulinti kuriamą sistemą.

Grupė tyrė galimų lėšų rinkimo šaltinių pranašumus ir trūkumus. Išanalizuoti techniniai Sodros įmokų rinkimo aspektai, atsižvelgiant į panašių ES PHARE ir Pasaulio Banko techninės pagalbos projektų duomenis. Grupė pabrėžė, kad formuojant sveikatos draudimo sistemą nereikėtų kurti atskiro įmokų rinkimo mechanizmo, ir pasiūlė pasinaudoti jau esančiomis sistemomis: jeigu finansinė sveikatos draudimo bazė bus paremta sveikatos draudimo įmokomis, tai jos turi būti renkamos kartu su Sodros įmokomis (kaip draudimo nuo nedarbo įmokos); jeigu ji bus paremta tam tikra mokesčių dalimi, tai lėšas turėtų rinkti mokesčių inspekcijos. Aiškiai buvo išsakyta nuostata: problemų, susijusių su lėšų rinkimu, ištakos nėra tik Sodroje, nes jos taip pat kyla iš mokesčių inspekcijų, kurios susiduria su šešėlinės ekonomikos problema Lietuvoje. Todėl grupė patarė Sodrai ir mokesčių inspekcijai bendradarbiauti siekiant gerinti tiek mokesčių, tiek draudimo įmokų sistemos veiklą. Ji taip pat patarė, kaip sveikatos draudimo fondai turėtų planuoti, administruoti ir prižiūrėti įmokų rinkimo procedūrą.

Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos aukšto rango pareigūnams suorganizuota stažuotė Prancūzijoje ir Vokietijoje. Išvykos metu Lietuvos ekspertai susipažino su abiejų šalių teisiniais bei praktiniais registravimo ir įmokų rinkimo aspektais.

Remdamasi statistika ir finansinių ligoninių bei ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų (iš apačios į viršų) poreikių tyrimais projektui vadovaujanti grupė nuodugnai išnagrino finansinius sveikatos priežiūros sistemos poreikius. Grupė taip pat sukūrė metodą, skirtą įvairių sveikatos priežiūros lygių (iš viršaus į apačią) biudžetui nustatyti. Viena vertus, sveikatos priežiūros sistemą reikėtų organizuoti veiksmingiau, kita - sveikatos priežiūrai skiriamas finansavimas yra ribotas, todėl pastaraisiais

metais, nedidėjant finansavimui, negalėjo būti ir pokyčių. Įgyvendinus sveikatos draudimo sistemą, grupė organizavo seminarus, kuriais buvo siekiama supažindinti Seimą, Sveikatos apsaugos ministeriją ir sveikatos draudimo fondus su priemonėmis, kuriomis pasinaudojant ateityje būtų vertinamas biudžetas.

Svarstydamą pajamų klausimą, grupė išnagrinėjo įvairius sveikatos draudimo įstatymo pateiktus šaltinius: daugiausia dėmesio skyrė nemažam skaičiui gyventojų, kurie sudaro tą socialinį-ekonominį visuomenės sluoksnį, kurį turi drausti valstybė arba kuris turi būti apdraustas, remiantis specialiomis nuostatomis. Grupė pateikė rekomendacijas, kaip nustatyti tokių gyventojų įmokų dydį ir lėšų registravimo bei rinkimo tvarką.

1996 metais drauge su Sveikatos apsaugos ministerija grupė surengė penkias regionines konferencijas, skirtas sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimui. Šios konferencijos apėmė teisinius, organizacinius ir finansinius aspektus. Jomis buvo siekiama supažindinti visuomenę su pokyčiais. Be to, buvo siūloma tobulinti informavimo apie sveikatos draudimą strategiją.

## **Projekto organizavimas**

### ***2B dalies organizavimas***

Projektas buvo vykdomas penktaisiais - aštuntaisiais Lietuvos reformų metais. Šio laikotarpio jau negalima vadinti informacijos sklaidimo ar teorinių koncepcijų kūrimo etapu. Jau buvo susiformavusios bendrų interesų siejamos grupės. Reikėjo tvarkyti praktinius klausimus. Ne tik anksčiau, bet ir šiandien vis dar nenorima priimti bendrųjų koncepcijų ir strategijų. Trokštama veiklos, duodančios apčiuopiamų rezultatų, o ne popieriuje išdėstytų samprotavimų. Taip pat pastebimas vis labiau stiprėjantis įsitikinimas, kad politinius sprendimus turi priimti rinkėjų išrinktos valdžios institucijos. Į užsienio šalių siūlomą pagalbą žiūrima palankiai ir tikimasi, kad jos talkins įgyvendinant priimtus sprendimus.

Minėtasis procesas yra normalus, visoms šalims būdingas plėtros reiškiny, rodantis, kad Lietuvos visuomenė yra išsivysčiusi. PHARE pagalba, kuriant socialinės apsaugos sistemą, visada rėmėsi nuostata, kad nacionalinių savitumų turinti sistema, siekianti vadovautis stojimui į ES parengta politika, turi pasitelkti geriausią Europos patirtį.

Todėl svarbu, kad šiandien teikiama specialistų pagalba ne tik padėtų spręsti kasdienės sistemos valdymo problemas, bet ir nurodytų galimus

tolesnės plėtros etapus. Tai reiškia, kad sistemos įgyvendinimo procesas turi būti papildytas išsamia teorine analize. Teorinių tyrimų svarba išaugs tada, kai bus baigtas pirmasis sistemos įgyvendinimo etapas ir įvertinti rezultatai bei patirtis.

PHARE ekspertų grupė pabrėžė savo nuostatą, jog sistemą būtina įgyvendinti, kadangi įsitikino, jog atidėliodama reformas vyriausybė prarastų nemenkos visuomenės dalies pasitikėjimą. Įgyvendinti reikėjo visus projekto etapus, o ypač 2B - labiausiai paremtą teorija etapą. Taigi grupė suformavo teorinį metodą ir paslaugų gavėjams pristatė būtiną jo įgyvendinimo priemones. Ji paskatino kurti strategijas ir nuostatas, tačiau pati prie šios veiklos neprisidėjo. Kita vertus, grupė talkino įgyvendinant sistemą ir konkrečiais veiksmais padėjo pasiekti, kad ji veiktų.

## **Įgyta patirtis ir rekomendacijos**

### ***2B dalies rekomendacijos***

- Reikia įsteigti tam tikrą Valstybinės ligonių kasos departamentą skirtą finansavimo klausimams tvarkyti. Jis turi rengti planus ir prižiūrėti sveikatos draudimo įplaukų rinkimą, t.y. lėšas renkančią mokesčių inspekciją, Sodrą ir pačias ligonių kasas. Jeigu žemdirbių ir savarankiškai dirbančių gyventojų įmokas rinktų ligonių kasos, tai šis skyrius būtų atsakingas ir už šių lėšų rinkimą. *Laikas: kuo greičiau. Numatoma trukmė: 12 mėnesių.*
- Reikėtų apsvarstyti lėšų rinkimo tvarkos supaprastinimą (šiandien turime 4 šaltinius: mokesčiai, socialinio draudimo įmokos, valstybinės įmokos bei įmokos, kurias moka gyventojai, ir 5 lėšų rinkimo būdus: mokesčių inspekciją, surenkančią pajamų mokesčius, mokesčių inspekciją – valstybinės įmokas, Sodrą – socialinio draudimo įmokas, Valstybinę ligonių kasą, renkančią tiesiogines įmokas, tvarkančią tiesioginius pacientų atsiskaitymus. Vienu iš galimų atvejų Sodra arba mokesčių inspekcija turėtų būti atsakinga už įmokų rinkimą iš ūkininkų ir savarankiškai dirbančių asmenų, palaikydama egzistuojančią finansavimo sistemą. Kitas siūlymas ragintų visai pakeisti esančią finansavimo sistemą, atsakomybę už lėšų rinkimą prisiimant vienai institucijai.

Todėl remiantis egzistuojančios sistemos duomenimis reikėtų atlikti tyrimus. Didžiausias dėmesys turi būti sutelktas į visų suinteresuotų šalių (Valstybinės ligonių kasos – teritorinių ligonių kasų, valstybės – Finansų ministerijos, Sodros – Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos) organizacinius, administracinius ir finansinius įsipareigojimus. Svarbu parėžti, kad tik sutarimas garantuoja geriausius rezultatus. Tyrimus galima pradėti tada, kai jau įmanoma pasinaudoti veikiančios sistemos duomenimis. *Laikas: 1999 metai. Numatoma trukmė: 18 mėnesių.*

## **2C DALIS. PRIEMONĖS, SKIRTOS NAUJAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SEKTORIAUS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO SISTEMAI ĮGYVENDINTI**

### **Tikslai**

Suteikti informaciją, siekiant įvertinti įvairius paslaugų apmokėjimo būdus bei finansinius įsipareigojimus.

Parngti apskaitos sistemą, diegtiną Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose.

Išbandyti apskaitos sistemą.

### **BENDROJI DALIES SANTRAUKA**

#### ***Priemonės, skirtos naujai sveikatos priežiūros paslaugų sektoriaus paslaugų apmokėjimo sistemai įgyvendinti***

Dalis paslaugų apmokėjimui ir apskaitai, sudaryta iš devynių pagrindinių dalių.

#### **Apskaita:**

- parinkti lengvai pritaikomą apskaitos sistemą,
- parinkti informacijos, būtinos tarifų nustatymo tvarkai,
- nustatyti kompiuterinių programų parinkimo kriterijus,

- atlikti bandomąjį apskaitos sistemos įdiegimą į tris skirtingų lygių sveikatos priežiūros įstaigas,
- aprašyti standartines sistemos instaliavimo, valdymo ir naudojimo procedūras,
- parengti vietos personalo mokymo programą; sudaryti sąlygas tobulintis patiems mokytojams.

### **Paslaugų apmokėjimas:**

- aprašyti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą ir apskaitą,
- parengti tarifų nustatymo procedūrą,
- iširti ir paaiškinti įvairių paslaugų apmokėjimo hipotezes.

Finansinė informacija, susijusi su sveikatos priežiūros sistema, yra sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemos kūrimo pagrindas. Išsami, Vakarų šalių standartais pagrįsta apskaitos sistema - tai ne tik informacijos apie paslaugų apmokėjimą šaltinis, bet ir veiksmingo sveikatos priežiūros įstaigų valdymo įrankis.

Projekto uždavinys buvo parengti apskaitos sistemą, kurią pasitelkus būtų galima įgyvendinti minėtus tikslus (metodas “iš apačios į viršų”). Bandomasis sistemos įdiegimas suteikė svarbios informacijos, ja remiantis buvo parengti įvairūs paslaugų apmokėjimo sistemos scenarijai. Siūlomi scenarijai leido išsirinkti tinkamiausią paslaugų apmokėjimo sistemą. Pirmą ataskaitą ir peržiūrėti nuostatai (1995 m. rugsėjo mėn.) pabrėžė pirminės sveikatos priežiūros svarbą, todėl šis sveikatos priežiūros lygmuo tapo vienu iš projekto objektų.

PHARE ekspertų grupė pasiūlė paslaugų apmokėjimo sistemą visiems sveikatos priežiūros lygmenims. Be to, ji diegė apskaitos sistemos automatizavimą į keturias įvairių sveikatos priežiūros lygių įstaigas. Vis dėlto visos sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimo laikas buvo ribotas, o ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teisinis statusas bei buhalteriniai išpareigojimai neapibrėžti, todėl paslaugų apmokėjimo sistemos siūlymas nesirėmė įstaigų, parinktų bandomiesiems darbams, duomenimis. Jis buvo pagrįstas dviejų tyrimų, atliktų sveikatos priežiūros įstaigose, duomenimis ir jau esančiais statistikos duomenimis.

Pradėjusi vykdyti projektą Lietuvoje, grupė susidūrė su sovietine buhalterija ir atlyginimų apskaita. Sveikatos priežiūros įstaigų sąnaudų apskaita nebuvo vykdoma. Nebuvo jokio įstatymo, kuris reglamentuotų tokios sistemos įgyvendinimą.

Tačiau buvo priimtas sprendimas vadovautis principu “pinigai seka paskui pacientą” ir sukurti naują paslaugų apmokėjimo sistemą.

Kai buvo priimtas bei pradėtas įgyvendinti Sveikatos draudimo įstatymas, paslaugų apmokėjimo klausimas pasidarė ypač aktualus, kadangi sutarčių sistema turėjo būti suformuota prieš imantis įgyvendinti sveikatos draudimo sistemą. Buvo sudėtinga vadovautis metodu “iš apačios į viršų”: apskaitos sistema būtų buvusi rengiama ilgai, todėl negalėjo būti paslaugų apmokėjimo reformų pagrindas. Todėl grupė jau pirmoje ataskaitoje pasiūlė tvarkyti du klausimus iš karto: rengti ir išbandyti sveikatos priežiūros įstaigų apskaitos sistemą bei formuoti paslaugų apmokėjimo sistemą.

### *Apskaita*

Remiantis padėties (teisinės ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų) analize bei Sveikatos apsaugos ministerijos bei PHARE grupės parengtais kriterijais, 1996 metais bandomajam parengtų sistemų diegimui buvo atrinktos keturios sveikatos priežiūros įstaigos. Įstaigos buvo skirtingų lygių (respublikinės, savivaldybių), tipų (ambulatorinių, stacionaro ir ambulatorinių bei stacionaro paslaugų) ir veikė įvairiuose rajonuose (3 – Vilniuje, 1 – Ukmergėje).

Grupė parinko kompiuterinę apskaitos programą lietuvių kalba. Kaina buvo vienas iš svarbiausių atrankos kriterijų. Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų finansinę padėtį, galima teigti, kad parinkta programa yra brangi. (Už visą kompiuterinę apskaitos programą reikia mokėti metinį licencijos mokestį. Ją bus galima plačiai diegti, jeigu įstatymai numatys sudėtingos apskaitos sistemos naudojimą.)

Išrinkus ir įgijus būtiną kompiuterinę programą (pasibaigus pristatymo procedūrai), sistema buvo įdiegta į parinktas įstaigas. Parengta mokymo programa. Pagal šią programą buhalteriams buvo suteiktos teorinės sąnaudų apskaitos žinios. Jie taip pat išmoko naudotis kompiuteriu ir svarbiausiomis kompiuterių programomis bei specialiąja apskaitos programa. PHARE grupė išleido brošiūrą, skirtą apskaitai.

Daugiau negu metus grupė reguliariai lankėsi šiose įstaigose. Ji padėjo darbuotojams išmokti naudotis sistema ir rengti sąskaitų planus. Įstaigų

laimėjimai ir pažanga nebuvo vienoda. Ukmergės ligoninei ir poliklinikai pavyko pasiekti geriausių rezultatų.

Deja, šalies įstatymai smarkiai trukdė įgyvendinti apskaitos sistemą tiek savivaldybių, tiek valstybės lygiu. Tik 1996 metais, kai buvo pradėtas bandomasis projekto įgyvendinimas, buvo priimtas politinis sprendimas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų statuso. Jiems buvo suteiktas viešųjų pelno nesiekiančių įstaigų statusas ir leista naudoti Vakarų šalių išlaidų apskaitos sistemą, kuri turėjo garantuoti geresnį tų įstaigų valdymą bei pateikti patikimų duomenų paslaugų apmokėjimo sistemos kūrėjams. Tokia sistema buvo pradėta įgyvendinti tik po metų. Iki 1998 metų sausio 1 dienos visi sveikatos paslaugų teikėjai, pakludami įstatymams, naudojo sovietinę biudžetinių įstaigų apskaitos sistemą. Jie nesulaukė konkrečios politinės paramos, raginančios pamėginti įdiegti naują sistemą. Atsižvelgdami į minėtus faktus, galime daryti išvadą, kad įgyvendinant projektą trūko sąnaudų apskaitos patirties sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigose ir buvo nepatogu dirbti su abejomis sistemomis – senąja ir naująja - iš karto. Todėl buvo nelengva diegti ir parinktas įstaigas naują apskaitos sistemą ir bandomieji darbai užėmė nemažai laiko. Kol vyko projektas, buvo neįmanoma pasinaudoti rezultatais rengiant paslaugų apmokėjimo sistemą. Projekto 94-1086.00 apskaitos sistemos formavimu labiausiai buvo siekiama parengti terpę teisinėms apskaitos reformoms paslaugų teikimo srityje.

Grupė taip pat padėjo Valstybinei ligonių kasai kontroliuoti finansinį paslaugų teikėjų statusą. Buvo parengti rodikliai ir sukurta atsiskaitymo sistema (apibrėžtos atsiskaitymo formos).

### ***Paslaugų apmokėjimas***

Įnašas į paslaugų apmokėjimo sistemos kūrimą buvo didesnis nei tikėtasi. Daugiausia dėmesio grupė skyrė sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemai, taip pat padėjo plėtoti sveikatos priežiūros darbuotojų darbo apmokėjimo reformą (Lietuvos sveikatos draudimo sistemoje beveik nėra privataus sveikatos priežiūros paslaugų sektoriaus).

Iš pradžių grupė išnagrinėjo paslaugų apmokėjimo sistemą bei atliko sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų finansų poreikių tyrimus. Jų rezultatus palygino su įvairių šalių paslaugų apmokėjimo mechanizmų veikimo rezultatais. Grupė surengė du seminarus skirtus klausimui, kaip organizuoti paslaugų apmokėjimą.

Seminaruose dalyvavo visų suinteresuotų institucijų atstovai, buvo pristatyti įvairių apmokėjimo mechanizmų privalumai bei trūkumai ir jų struktūra. PHARE grupė pasiūlė tokią paslaugų apmokėjimo sistemą.

- Ambulatorinė pirminė sveikatos priežiūra: mišri paslaugų apmokėjimo sistema, sudaryta iš mokėjimo už kiekvieną į sąrašą įrašytą gyventoją ir už suteiktas paslaugas (maždaug 20 teikiamų paslaugų), siekiant garantuoti ir sustiprinti kai kurių paslaugų teikimą bei sumažinti stacionaro paslaugų apimtį,
- Ambulatorinė antrinė sveikatos priežiūra: mišri paslaugų apmokėjimo sistema, sudaryta iš mokėjimo už pirminį bei antrinį apsilankymą ir mokėjimo už suteiktą paslaugą (10 kiekvienos specialybės paslaugų).
- Stacionarinė sveikatos priežiūra: mokėjimas už tam tikrą ligos atvejį 50 ligų grupių.
- Stacionarinės specializuotos sveikatos priežiūros įstaigos: tam tikram skaičiui specializuotų sveikatos priežiūros įstaigų tam tikrą laiko tarpą turi būti mokama, remiantis jų biudžeto sąmata, kadangi neįmanoma tiksliai išsiaiškinti jų darbo krūvio bei sąnaudų.

Seminaro metu siūlytas modelis buvo priimtas. Pasibaigus seminarui, išleista brošiūra, kurioje aprašyti jo rezultatai. PHARE ekspertų grupė sudarė darbų, kuriuos reikėtų atlikti kuriant naują sistemą, sąrašą ir susitarė su Sveikatos apsaugos ministerija, kad grupė bus atsakinga už apmokamų ambulatorinių paslaugų sąrašo sudarymą bei kainų nustatymą. Grupė taip pat sutiko padėti sudaryti ligų grupes stacionaro paslaugų apmokėjimui ir nustatyti tų paslaugų kainas.

Kad būtų įgyvendinti abu šie tikslai, grupė atliko du tyrimus. Tyrimų rezultatai buvo pristatyti 1996 metais, juos patvirtino Sveikatos apsaugos ministerija.

- Anketa paslaugų teikėjams (savaitę platinama tarp įvairių specialybių gydytojų ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose), kuria siekiama išsiaiškinti gydytojų darbo krūvį, jų teikiamų paslaugų kiekį ir tipą, kvalifikaciją, amžių, profesinę veiklą, siuntimų mechanizmą ir t.t.



- Priėmimo į ligoninę, lovardienų ir veiklos ambulatorinės sveikatos priežiūros srityje statistikos duomenų analizė, remiantis pacientų skirstymu pagal diagnozę ir amžių; galimų paslaugų apmokėjimo alternatyvų bei kitų sąnaudų mažinimo priemonių numatymas. Šis modelis buvo pristatytas Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai raginant ją naudoti ir ateityje.

Be to, PHARE grupė padėjo rengti paslaugų apmokėjimo įkainius pagal įrašytų į sąrašą gyventojų skaičių.

1997 metais pradėjus diegti sveikatos draudimo sistemą, infrastruktūros formavimas pareikalavo daugiausia lėšų. Todėl paslaugų apmokėjimas nesusilaukė didžiausio dėmesio. Patvirtinta ir pradėta kurti paslaugų apmokėjimo sistema buvo įgyvendinta ne iš karto. Nuspręsta (SAM), jog pereinamuoju laikotarpiu reikėtų naudoti supaprastintą paslaugų apmokėjimo sistemą. Ši supaprastinta sistema aprašoma šitaip.

- Ambulatorinė pirminė sveikatos priežiūra: mokėjimas tik už įrašytų į sąrašą gyventojų skaičių.
- Ambulatorinė specializuota sveikatos priežiūra: mokėjimo už ligos atvejį (netikslus “ligos atvejo” apibrėžimas) ir mokėjimo už suteiktą paslaugą (labai nedaug taip apmokamų paslaugų) derinys.
- Stacionarinė sveikatos priežiūra: mokėjimas už lovardienius (ne daugiau kaip 3); mokėjimas už ligos atvejį, gydantis ilgiau negu tris dienas.

Grupė komentavo šį pereinamojo laikotarpio scenarijų dar nepradėjus jo plėtoti. Ji pritarė pasiūlymui įgyvendinti supaprastintą pereinamojo laikotarpio scenarijų. Tačiau jos siūlomas scenarijus skyrėsi nuo Lietuvoje įgyvendinamo scenarijaus. Dabartinė pereinamojo laikotarpio paslaugų apmokėjimo sistema anaipol neskatina stiprinti pirminės sveikatos priežiūros sektoriaus ir įtvirtinti plėtotinų paslaugų. Atvirkščiai, įgyvendinama sistema skatina teikti ambulatorinio sektoriaus specialistų paslaugas ir guldyti pacientus į ligonines. Taigi pereinamasis laikotarpis turėtų kuo greičiau baigtis.

## **Projekto organizavimas**

### ***2 C dalies organizavimas***

#### ***Apskaita***

Pradėjus vykdyti projektą, paslaugų gavėjas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams skirtai apskaitos sistemos reformai neskyrė reikiamo dėmesio. Galbūt todėl ir nebuvo sukurta darbo grupė (nei Sveikatos apsaugos ministerijoje, nei kitose įstaigose), kurios uždavinys būtų kontroliuoti reformų procesą ir eksperimentinį naujos sistemos įgyvendinimą. Nors suinteresuota šalis pritarė bandomiesiems tyrimams, juos buvo sunku atlikti be įstatymų bazės ir politinės paramos. Bandomasis sistemos įgyvendinimas buvo nelengvas ir labai ilgas. Kai kurie tyrimų rezultatai panaudoti nacionalinės apskaitos reformos įgyvendinimui. Tačiau jeigu būtų buvusi suteikta aktyvesnė politinė parama (taip pat bendradarbiavimas su Sveikatos apsaugos ministerija), bandomųjų tyrimų rezultatus buvo galima daug veiksmingiau panaudoti tiek bendrąja prasme, tiek kuriant paslaugų apmokėjimo sistemą.

#### ***Paslaugų apmokėjimas***

Paslaugų apmokėjimo sistemos reforma visada buvo sveikatos priežiūros darbuotojų dėmesio centre, bet tik kaip vienas iš daugelio sveikatos priežiūros finansavimo reformos aspektų. Paslaugų apmokėjimo reformos koncepcija buvo suformuluota ir patvirtinta glaudžiai bendradarbiaujant su Sveikatos apsaugos reformos biuru ir visomis kitomis suinteresuotomis šalimis. Sprendžiant paslaugų apmokėjimo problemą, dauguma klausimų buvo prieita prie vieningos nuomonės, o tai padėjo tvirtus pagrindus naujai sistemai įgyvendinti. Siekdama koncepciją paversti realybe, Sveikatos apsaugos ministerija sutiko pasidalyti darbais su PHARE projekto atstovais. Tai įgalino prisiimti atsakomybę. Kita vertus, pasirinkus tokį darbo pobūdį, reikėjo sukurti koordinacinį komitetą (pavyzdžiui, darbo grupę). Sveikatos apsaugos reformos biuras jau negalėjo atlikti koordinacinio komiteto vaidmens, nes buvo restruktūrizuotas. Taigi atsakingos šalys galėjo ir veiksmingiau keistis informacija. Buvo parengti honorarų pagrindu apmokamų paslaugų sąrašai ir apskaičiuoti įkainiai. Tačiau nemažai laiko buvo sugaišta derinant veiklą, kadangi nebuvo veiksmingai keičiamasi informacija. Jeigu veikla būtų geriau koordinuojama, sistemą buvo galima įgyvendinti jau 1997 metais. Vis dėlto 1997 metais daugiausia dėmesio ir

milžiniškos pastangos buvo skiriamos sveikatos draudimo fondų kūrimui, todėl buvo pasirinktas supaprastintas pereinamojo laikotarpio scenarijus.

## **Įgyta patirtis ir rekomendacijos**

### ***2C dalies rekomendacijos***

#### ***Apskaita***

- Būtina remti neseniai įdiegtos apskaitos sistemos įgyvendinimą ir tolesnę plėtrą. Reikia analizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigų apskaitos sistemą, remiantis neseniai priimtais įstatymais ir sistemos įgyvendinimo patirtimi. Būtina atsižvelgti į pastaruosius pokyčius, susijusius su atlyginimų apskaita. Įstaigose esanti apskaitos dokumentacija turi būti peržiūrima ir toliau plėtojama. Reikia sukurti ir išbandyti standartų nustatymo procedūras. Rekomenduotina apibrėžti svarbius ryšius su sveikatos draudimo fondais. Ne mažiau svarbu nustatyti atsiskaitymų standartus. Visa tai leis sukurti apskaitos sistemą, įgalinančią sveikatos draudimo fondus kontroliuoti jų finansinę veiklą. Tokia sistema bus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų finansinės veiklos valdymo įrankis ir tolesnės paslaugų apmokėjimo sistemos formavimo pagrindas. *Laikas: antroji 1998 metų pusė. Trukmė: 12 mėnesių.*
- Sveikatos draudimo fondų apskaitos sistema. Remdamiesi vienerių metų patirtimi, fondų vadovai suprato, kad finansinių klausimų svarba buvo per menkai įvertinta. Jiems ir toliau reikia plėtoti apskaitos sistemą. *Laikas: kuo greičiau. Numatoma trukmė: vykdoma kartu su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigų apskaitos sistemos gerinimo ir atsiskaitymo standartų rengimo veikla.*

#### ***Paslaugų apmokėjimas***

- Reikėtų apriboti laiko atžvilgiu dabartinį pereinamojo laikotarpio paslaugų apmokėjimo scenarijų, koncentruojant pastangas, kad būtų įgyvendintas scenarijus, kuriuo siekiama įgyvendinti paslaugų apmokėjimo sistemą, leidžiančią teikti kokybiškas paslaugas ir sustiprinti pirminės sveikatos

priežiūros sektorių. Dalis sistemos, kurią 1996 metais pasiūlė grupė ir kuriai pritarė Sveikatos apsaugos ministerija, jau įgyvendinta. Grupė vis dar yra įsitikinusi, jog pasiūlytoji paslaugų apmokėjimo schema atitiks minėtus reikalavimus. Tačiau tam tikros sistemos dalys buvo plėtojamoms labai skubotai, nes daugiausia laiko skirta prasidėjusiam sveikatos draudimo įgyvendinimui. Šiandien jau turime kitokią padėtį: aptarta pirminė patirtis, susijusi su sveikatos draudimu ir nauja paslaugų apmokėjimo sistema. Pripažinta paslaugų apmokėjimo sistemos svarba. Tai reiškia, kad įstaigos aktyviau nei iki šiol imsis paslaugų apmokėjimo reformos įgyvendinimo. Todėl reikia peržiūrėti sąrašą paslaugų, už kurias mokama pagal prisirašiusiųjų skaičių, už apsilankymą, už suteiktą paslaugą arba už ligos atvejį. Reikėtų tiksliau apibrėžti mokėjimo rūšis (kaip suprantamas mokėjimas už pacientų skaičių, apsilankymą, konsultaciją, ligos atvejį). Kainas reikėtų apskaičiuoti, remiantis 1997 metų paslaugų apmokėjimo sistemos diegimo ir 1998 metų naujos apskaitos sistemos naudojimo laikotarpiais sukaupta patirtimi. Reikėtų atlikti bandomąjį įgyvendinimą arba tiesiog pamėginti modeliuoti jį, remiantis sukauptais duomenimis. *Laikas: kuo greičiau. Numatoma trukmė: 12 mėnesių.*

- Reikėtų peržiūrėti ir valdyti siuntimų sistemą. Teritorinės ligonių kasos turėtų sukurti siuntimų kontrolės tvarką. Reikėtų įvertinti galimus siuntimų kontrolės būdus bei jau sukauptą patirtį.
- Sveikatos priežiūros darbuotojų darbo apmokėjimas yra dar viena svarbi paslaugų apmokėjimo reformos dalis. Kadangi dauguma sveikatos priežiūros darbuotojų dirba valstybinėse ligoninėse ir poliklinikose, atlyginimų sistema yra svarbi paskata teikti kokybiškas paslaugas. Algų liberalizavimas buvo pirmas žingsnis. Lietuvos sveikatos priežiūros darbuotojai vieningai pritaria sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimo reformai. Būtina surinkti duomenis ir juos išanalizuoti. Reikia parengti ir išplatinti rekomendacijas apmokėjimo reformos klausimais. *Laikas: kuo greičiau. Numatoma trukmė: 6 mėnesiai.*

**SANTRUMPŲ SĄRAŠAS**

*SAM Sveikatos apsaugos ministerija*

*SADM Socialinės apsaugos ir darbo ministerija*

*SARB Sveikatos apsaugos reformos biuras*

*Sodra Valstybinis socialinio draudimo fondas*

*VLK Valstybinė ligonių kasa (centrinė sveikatos draudimo įstaiga)*

*TLK Teritorinė ligonių kasa (Valstybinės ligonių kasos teritoriniai skyriai)*

## TURINYS

LEIDĖJŲ ŽODIS.....	3
PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS IR APSKAITA .....	4
PADĖTIS PROJEKTO PRADŽIOJE.....	4
Sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidų apskaita bei įkainių nustatymas prieš prasidedant projektui.....	5
PROJEKTAS .....	6
Sveikatos apsaugos įstaigų finansinės būklės stebėjimas bei kontrolė...6	6
APSKAITA.....	6
Diskusijų dėl tinkamos apskaitos sistemos rengimas .....	6
MOKĖJIMAS UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS.....	7
1997 METŲ LIEPOS MĖNESĮ LIETUVOJE ĮDIEGTOS MOKĖJIMO SISTEMOS VERTINIMAS .....	10
Bendras lietuviškojo modelio aprašymas .....	10
Bendros pastabos .....	11
1997 METŲ BIRŽELIO MĖNESĮ PROJEKTO SIŪLYTOS PRIEMONĖS.....	14
Kodėl 1997 metais įdiegta sistema skiriasi nuo 1996 metais pasirinktos sistemos?.....	15
Statistinis Lietuvos sveikatos priežiūros mokėjimo už paslaugas sistemos vertinimas .....	16
Sveikatos priežiūros personalo atlyginimai.....	18
SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKOS.....	20
Tradicinis bendru apmokestinimu pagrįstas sveikatos finansavimo modelis.....	20
DRAUDIMINIS SVEIKATOS APSAUGOS MODELIS .....	21
DISKUSIJOS DĖL SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMO 1991-1996 METAIS .....	24
Sveikatos draudimas ir finansavimas bendro apmokestinimo pagrindu24	24
Valstybinis ir privatus sveikatos draudimas. 1993-1995 metų diskusijos. Centralizuotas ir decentralizuotas įmokų rinkimas.....	25
REKOMENDACIJOS DĖL SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKŲ SURINKIMO IŠ ŪKININKŲ IR KITŲ APDRAUSTŲJŲ.....	31
Trumpuoju laikotarpiu .....	31
Vidutiniu laikotarpiu.....	31

STATISTINIS MONITORINGAS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮMOKŲ, KURIAS SURENKA MOKESČIŲ INSPEKCIJA IR Sodra.....	32
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTROS ASPEKTAI: PASLAUGŲ SĄRAŠO RAIDA IR APIMTIS .....	36
BENDRIEJI ASPEKTAI IR PRIELAIDOS .....	36
1. BŪDINGI PASLAUGŲ SĄRAŠO BRUOŽAI IR PRINCIPAI .....	39
1.1 Draudimo ir konkurencijos principu grindžiamos draudimo sistemos.....	39
1.2 Paslaugų teikimas ESANT Nacionalinei sveikatos tarnybos sistemai (NHS): Didžiosios Britanijos ir Airijos pavyzdžiai .....	44
2. IŠSKIRTINIAI PASLAUGŲ SĄRAŠO BRUOŽAI .....	48
2.1 Gydomo apimtis ir priėjimas prie priežiūros teikėjų.....	48
2.2 Sutartiniai santykiai su sveikatos priežiūros teikėjais .....	49
3. PASLAUGŲ SĄRAŠAS REFORMOS KELIU EINANČIOSE VALSTYBĖSE.....	50
PRIEDAI .....	53
VILNIAUS 10-OSIOS IR UKMERGĖS RCL POLIKLINIKOS GYDYTOJŲ APKLAUSOS REZULTATAI .....	53
DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO ĮGYVENDINIMO NUO 1997 LIEPOS 1 d. IR PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO SUBALANSAVIMO .....	58
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS BIUDŽETO IŠLAIDŲ PROGNOZAVIMAS	63
LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS IR FINANSAVIMO PROJEKTAS .....	73
IŽANGINIAI KOMENTARAI.....	74
2A DALIS. DECENTRALIZUOTI SVEIKATOS DRAUDIMO FONDAI: ĮGYVENDINIMO SAMPRATA.....	74
BENDROJI DALIES SANTRAUKA.....	75
Decentralizuotų sveikatos draudimo fondų diegimo apžvalga .....	75
Projekto organizavimas.....	82
Įgyta patirtis ir rekomendacijos.....	86
2B DALIS. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS: ĮMOKŲ NUSTATYMAS, RINKIMAS IR SKIRSTYMAS .....	87
Dalies reziumė .....	87
BENDROJI DALIES SANTRAUKA.....	88
Įmokų nustatymas, rinkimas ir skirstymas .....	88
Projekto organizavimas.....	90

---

Įgyta patirtis ir rekomendacijos.....	91
2C DALIS. PRIEMONĖS, SKIRTOS NAUJAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SEKTORIAUS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO SISTEMAI ĮGYVENDINTI.....	92
BENDROJI DALIES SANTRAUKA.....	92
Projekto organizavimas.....	98
Įgyta patirtis ir rekomendacijos.....	99
TURINYS.....	102



SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO  
REFORMA LIETUVOJE  
1998

Leidinį parengė **PHARE sveikatos priežiūros reformos grupė:**  
Romualdas Buivydas ir Gediminas Černiauskas

Išleido:

**Sveikatos Ekonomikos Centras**  
Savičiaus 6-18, Vilnius. SL 2217  
E-mail: erbis@post.omnitel.net

**Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und – gestaltung (GVG)**  
Hansaring 43, 50670 Köln  
E-mail: 100642.3242@compuserve.com

Spausdino Lietuvos informacijos instituto spaustuvė,  
Totorių 27, 2001, Vilnius  
Parengta spaudai 1998 05 21. Tiražas 500 egz. Užsakymo nr.137