



**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS**

Indrė Kriščiūnaitė

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIO EKONOMINIS
VERTINIMAS**

MAGISTRO DARBAS

Darbo vadovas dr. lekt. Tomas Stravinskas

KAUNAS 2016

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIO EKONOMINIS
VERTINIMAS**

Verslo ekonomika (621L17001)

MAGISTRO DARBAS

Darbą atliko Indrė Kriščiūnaitė

(grupė, vardas, pavardė, parašas)

(data)

Vadovas dr. lekt. Tomas Stravinskas

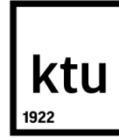
(pedagoginis vardas, mokslinis laipsnis, vardas, pavardė, parašas)

(data)

Recenzentas lekt. dr. Donata Jovarauskienė

(data)

KAUNAS, 2016



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Ekonomikos ir vadybos fakultetas

(Fakultetas)

Indrė Kriščiūnaitė

(Studento vardas, pavardė)

Verslo ekonomika, 621L17001

(Studijų programos pavadinimas, kodas)

Baigiamojo magistro darbo „SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIO
EKONOMINIS VERTINIMAS“
AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 _____ m. _____ d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano **Indrės Kriščiūnaitės** baigiamasis magistro darbas tema „Sveikatos priežiūros finansavimo modelio ekonominis vertinimas“ yra parašytas visiškai savarankiškai, o visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardą ir pavardę įrašyti ranka)

(parašas)

Kriščiūnaitė Indrė. Economics Evaluation of Health Care Financing Model. Master's Final Thesis in Business Economics/ supervisor dr. lect. Tomas Starvinskis. Department of Economics, the School of Economics and Business, Kaunas University of Technology.

Social Sciences: Economics

Key words: health care, economic evaluation, health care financing model, efficiency.

Kaunas, 2016. 85 p.

SUMMARY

One of the most important thing in our lives – health. Health – personal and public physical, mental and social well – being. People depend on our country's health care operations, which give an opportunity for the people to recover as soon as possible and not to lose the ability to work at their current job.

The object of the research - Health care financing model.

Every single country's challenge is to make health system model the most effective for their citizens. In this case, health funding distribution tree plays an important role for making the model effective. Today, most of the funding occupies already existing and progressive diseases treatment, which costs the most for the country. The healthier population, the lower tax problem for patients with temporary illnesses . However, people are able to work, which also supports the economy growth.

The aim - to evaluate the Lithuanian health care financing model in economic terms. In order to complete the research aim, there must be analysis of the Lithuanian health care financing issues, as well as the analysis of health care financing in the theoretical aspects, evaluate the health care model of income and expenditure trends and factors that underlying the current funding, to identify possible health care financing system that would create effective opportunities, evaluate existing prevention programs that would give funding benefits, comparing diseases treatment and its prevention costs.

The larger attention to health care services and funds are changing health indicators, reasonable distribution of funding for the health sector resources are used efficiently and effective, creating the maximum benefit to both the distribution of available resources, and the formation of the better life for our citizens.

TURINYS

ĮVADAS	10
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIS LIETUVOJE	13
1.1 Demografinė padėtis. Lietuvos gyventojų pokyčiai	19
1.2 Lietuvos sveikatos rodiklių analizė.....	22
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS FINANSAVIMO TEORINIAI ASPEKTAI	31
2.1 Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai	37
2.2 Prevencinių programų bei ankstyvosios ligų diagnostikos įtaka sveikatos priežiūros išlaidoms.	41
2.3 Sveikatos priežiūros finansavimo reikšmė.....	46
3. TYRIMO METODOLOGIJA.....	50
4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIO VERTINIMAS: PRARADIMŲ METODIKA	52
4.1 Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto pajamų ir išlaidų tendencijos.....	52
4.2 Sveikatos sistemos ištekliai. Produktyvumas	58
4.3 Sergamumas. Prevencija. Finansavimo skirtumai	62
4.4 Sveikatos priežiūros finansavimo modelio praradimai	68
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	80
LITERATŪROS SĄRAŠAS	83

Paveikslėlių sąrašas

1 pav. Sveikatos priežiūros einamosios išlaidos (Lietuvos statistikos departamento duomenys)....	15
2pav. Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP kitimas nuo 2004-2014 m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys).....	15
3 pav. Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra (%) pagal sveikatos priežiūros funkcijas.....	16
4 pav. PSDF lėšų paskirstymas (VLK duomenys).....	17
5 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos 1-am gyventojui eurai. (Higienos instituto duomenys).....	19
6 pav. Vyrų ir moterų pokytis miestuose ir kaimuose 2013-2014 m. (Statistikos departamento duomenys).....	20
7 pav. Vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės pokytis miestuose ir kaimuose 2010-2014 m. (Statistikos departamento duomenys).....	21
8 pav. Išlaikomo amžiaus žmonių koeficientas metų pradžioje (Higienos instituto duomenys).....	21
9 pav. Pagrindiniai suaugusiųjų susirgimai 2014m. proc./100 gyventojų (Higienos instituto duomenys).....	23
10 pav. Pagrindiniai suaugusiųjų susirgimai, užregistruoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose 1000 gyventojų 2014m.(statistikos departamento duomenys).....	24
11 pav. 2014 m. vyrų ir moterų mirtingumas pagal amžiaus grupes (Statistikos departamento duomenys).....	24
12 pav. Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys (Higienos instituto duomenys).....	25
13 pav. Sveikatos gerėjimo 2014 m. rezultatai. Išsaugotų gyvybių skaičius (Higienos institutas, SEC skaičiavimai).....	26
14 pav. Sveikatos gerėjimo 2014 m. rezultatai. Išsaugotų gyvybių skaičius pagal amžių (Higienos institutas, SEC skaičiavimai).....	27
15pav. Sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymo modelis Lietuvoje (sudarytas autorės).....	32

16 pav. PSDF biudžeto įmokų kategorijos (Išlaidų sveikatos apsaugai naštos verslui ir valstybei įvertinimas, Ekonomika ir vadyba:200.14, Rasa Kirkausienė, Žaneta Karazijienė).....	42
17 pav. Valstybės biudžeto įmoka, mokama už valstybės lėšoms draudžiamus asmenis, Eur. (VLK duomenys).....	54
18 pav. 2014 metų PSDF biudžeto pajamų struktūra, proc. (Sudaryta autorės, remiantis LR 2014 metų PSDF biudžeto rodiklių įstatymu).....	55
19 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo schema (VLK duomenys).....	55
20 pav. Išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms 2014m. (stat.gov. duomenys).....	56
21 pav. ES šalių aktyvaus gydymo hospitalizacijos rodikliai, 2011 m. (VLK duomenys).....	56
22 pav. 2014 m. prevencinėms programoms PSDF skirtos ir panaudotos lėšos (mln./Eur.) (VLK Biudžeto vykdymo skyriaus duomenys).....	61
23 pav. 2013 - 2014 m. prevencinių programų metu patikrintų asmenų skaičius (Valstybinės ligonių kasos Biudžeto vykdymo skyriaus duomenys).....	63
24 pav. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodikliai 2008 - 2014 m. (VLK duomenys).....	64
25 pav. Tikslinė širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupė pagal populiaciją bei TLK2014m. (VLK duomenys).....	64
26 pav. Tikslinė širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupė pagal populiaciją bei TLK 2014m. (VLK duomenys).....	69
27 pav. Kraujo ir kraujodaros organų ligų susirgimai, užregistruoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose 1000 gyventojų 2014m. (Higienos instituto duomenys).....	72
28 pav. Informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugos dinamika (VLK duomenys).....	72
29 pav. Kraujotakos sistemos ligų standartizuoti mirtingumo rodikliai (100 000 gyventojų pagal atnaujintą Europos standartą) (Higienos instituto duomenys).....	73
30 pav. Virškinimo sistemos susirgimai, užregistruoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose 1000 gyventojų 2014m. (Higienos instituto duomenys).....	73

31 pav. Informavimo apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą, bei atliktų tyrimų rezultatų tendencijos (VLK duomenys).....	74
32 pav. Mirusiųjų nuo virškinimo sistemos ligų asmenų skaičiaus kitimas (Higienos instituto duomenys).....	75
33 pav. Informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos teikimo paslaugos dinamika (VLK duomenys).....	76
34 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis, gimdos kaklelio vėžys, 100 tūkst. gyventojų (Higienos instituto duomenys).....	77
35 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis, gimdos kaklelio vėžys, 100 tūkst. gyventojų (Higienos instituto duomenys).....	78

Lentelių sąrašas.

1 lent. Sveikatos gerėjimo 2014 m. ekonominiai rezultatai (Higienos institutas, SEC skaičiavimai).....	27
2 lent. Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo vertinimo kriterijai (sudarytas autorės).....	31
3 lent. Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas. Šaltinis: Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, Čepulytė G., Palubinskienė S., 2008).....	39
4 lent. PSDF biudžeto pajamos (VLK duomenys).....	52
5 lent. Lovų skaičius ligoninėse, Lovų ligoninėse (be slaugos lovų) skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lovų ligoninėse skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lovų skaičius ligoninėse (be slaugos lovų) (Stat.gov. duomenys).....	61
6 lent. Pagrindiniai susirgimai bei galimybės jas mažinti (sudaryta autorės).....	65
7 lent. Pagrindinių susirgimų ir prevencinių programų finansavimo skirtumai (sudaryta autorės).....	66

IVADAS

Vienas iš svarbiausių dalykų mūsų gyvenime – sveikata. Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė (LR Sveikatos sistemos įstatymas, Nr. VIII-946, 1998.12.01, Žin., 1998, Nr.112-3099 (1998.12.23)). Valstybės vaidmuo šiuo atveju yra didžiulis. Nuo to kaip efektyviai veikia šalyje sveikatos priežiūros sistema priklauso šalies gyventojų galimybė kuo greičiau pasveikti, neprarasti darbingumo. Efektyvus sveikatos sistemos modelis kiekvienos šalies siekiamybė. Čia didžiulę reikšmę vaidina sveikatos finansavimo paskirstymo modelis.

Didžiąją dalį finansavimo šiandiena užima įsisenėjusių jau progresuojančių ligų gydymas, kuris šaliai kainuoja labai daug. Kuo sveikesnė visuomenė, tuo mažesnė mokesčių našta pacientų laikinoms ligoms gydyti, tuo darbingesni žmonės, tad ir ekonomika auga. Valstybės interesas yra nacionalinė jėga ir gerovė, o tai gali užtikrinti tik didelė ir sveika populiacija bei minimalūs sveikatos netolygumai. Sveikata buvo laikoma šalies socialiniu kapitalu ir plačiai pripažinta, kad tai yra nacionalinės gerovės elementas. (Beržanskytė A.J.P., Gurevičius R., 1998) Jį sukuria valstybė ir žmonės, bendrai veikdami, kad pagerintų gyvenimo kokybę ir sąlygas taip, jog kiekvienas galėtų tinkamai išnaudoti savo fizinius, protinius ir socialinius sugebėjimus. Taigi reikalingas efektyvus bendradarbiavimas tarp sveikatos sektoriaus ir kitų valstybės sektorių, propaguojant ir ugdat sveiką visuomenės gyvenseną.

Temos aktualumas. Lietuvos rinka gana maža, žmonės yra gana ligoti ir ilgą laikotarpį gyvendami pasiligoję reikalauja daug sveikatos ir gydymo paslaugų, jie yra gana neturtingi ir mokėti daugiau sistemai, nėra pasirengę. Sėkmingai sveikatos sistemai būdingi mažiausiai trys atributai: sveiki žmonės, t. y. maksimaliai galima populiacijos sveikatos būklė, susirgus aukščiausio lygio pagalba, kuri yra efektyvi, laiku teikiama, saugi ir orientuota į pacientą, ir nešališkumas, reiškiantis, jog gydymas teikiamas be diskriminacijos, o sistema yra teisinga sveikatos profesionalams, institucijoms, teikiančioms paslaugas, ir remiančiam verslui. Svarbu suprasti, jog sveikatą stiprinti reikia, nes ji yra pagrindinis resursas žmogaus gyvenime, bei socialinė investicija visuomenės naudai. Teigiama, kad dėl pailgėjusios gyvenimo trukmės labai padidėjo pagyvenusių žmonių dalis populiacijoje, kuri 2030 m. turėtų pasiekti 40 proc. Didėjant vyresnio amžiaus žmonių skaičiui atitinkamai išauga ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Šiandieninis Lietuvos socialinis modelis numato, jog senatvės pensijinis amžius yra ilginamas, įstatymuose numatytas senatvės pensijos amžius, kuris 2026 m. tampa 65 m. tiek moteriai, tiek vyrui. Kyla klausimas kiek efektyvus tokio

amžiaus sulaukusio asmens darbas. Šis procesas tiek ekonomikai, tiek visuomenei kelia nemažai iššūkių. Kuo ilgiau išsaugant žmogaus sveikatą ir jo gebėjimus išlikti aktyviems fiziškai ir socialiai, galima maksimaliai padidinti teigiamą poveikį našumui ir konkurencingumui. Natūralu, jog sveikas žmogus kuria pridėtinę vertę, tačiau sušlubavus žmogaus sveikatai pridėtinės vertės kūrimas, jo darbo efektyvumas mažėja, o čia jau prasideda užburtas ratas – darbdavys praranda darbuotoją, mažėja įmonės darbo efektyvumas, kuriama mažesnė pridėtinė vertė, valstybė netenka lėšų, reikalingų asmens gydymui. Keičiantis šalies demografinėi padėčiai svarbu užtikrinti racionalų lėšų naudojimą, sukuriant didžiausią naudą šalies gyventojams.

Problema. Kalbų, jog nuolat turime efektyvinti sveikatos sistemą, apstu, tačiau pamirštama, jog sergamumas didina sveikatos apsaugos biudžeto sąnaudas, o pagrindiniai sveikatos sistemos akcentai dedami ne ten.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau PSDF) biudžeto dalis yra naudojama ligoms gydyti. 2015 metų PSDF biudžeto pagrindines išlaidas (net 71 proc.) sudarė asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidoms apmokėti ir tik maža dalis ligų prevencijai. Toks lėšų pasiskirstymas atskleidžia sveikatos sistemos situaciją, jog ji orientuota jau į pasekmių šalinimą, bet nėra orientuojama į priežastis.

Pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos(56,0 proc.), piktybiniai navikai(19,9 proc.) ir išorinės mirties priežastys(8.3 proc.). Sveikatos sistemos modelio finansavimo perskirstymas yra reikalingas siekiant sumažinti sergamumą šiomis ligomis.

Tyrimo objektas. Sveikatos priežiūros finansavimo modelis.

Darbo tikslas. Įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelį ekonominiu aspektu.

Uždaviniai. Rasti būdus sveikatos sistemos finansinio modelio efektyvinimui:

- Išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo problemas
- Išanalizuoti sveikatos priežiūros finansavimą teoriniu aspektu
- Įvertinti sveikatos priežiūros modelio pajamų bei išlaidų tendencijas, bei veiksniais lemiančius dabartinį finansavimą.
- Nustatyti galimas sveikatos priežiūros sistemos finansavimo efektyvinimo galimybes;
- Įvertinti veikiančių prevencijos programų finansavimo naudą, lyginant susirgimų gydymo bei prevencijos priemonių kaštus.

Tyrimo metodai.

- Statistinių duomenų analizė pagal Statistikos departamento, Valstybinės ligonių kasos duomenis siekiant išanalizuoti sveiktos sistemos modelio finansavimo dinamiką.
- Vadovaujantis minėtais duomenimis pateikti išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms bei išlaidų prevencinėms programoms lyginamąją analizę.
- Įvertinti galimą prevencijos naudą sveikatos priežiūros finansavimo modeliui, sudarant galimų praradimų modelį.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIS LIETUVOJE

Sveikatos priežiūra yra sveikatos apsaugos sistemos dalis bei veiksnys darantis įtaką asmens sveikatai. Galime teigti, jog sveikatos apsaugos sistemą sudaro trijų suinteresuotų pusių poreikiai – pacientų, kuriems sveikatos sistema turi būti jų garantas, valstybės – siekiamybė turėti gerai funkcionuojančią sveikatos sistemą, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos – teikti kokybiškas paslaugas.

Valstybės vaidmuo čia užima gana didžiulę dalį – ji atsakinga už bendrąją socialinę – ekonominę, kultūrinę ir aplinkos situacijos formavimą. Siekiamybė turėti sistemą, kurioje optimaliai dera sveikatos stiprinimas, ligų profilaktika, susirgimų gydymas ir yra užtikrintas valstybinio ir privataus sektoriaus bendradarbiavimas. Čia nueitas didžiulis kelias, po Nepriklausomybės atkūrimo įdiegtas privalomojo sveikatos draudimo modelis, sveikatos politika buvo performuojama, didesnis vaidmuo buvo skiriamas gydymo įstaigoms ir jų savarankiškumui. Sveikatos priežiūra Lietuvoje finansuojama privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšomis. Lietuvos sveikatos draudimo sistema grindžiama solidarumo ir visuotinum principais, todėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimas yra visų piliečių konstitucinė pareiga. Privalomojo sveikatos draudimo (toliau PSD) įmokų dydį ir mokėjimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų 1997–1998 metais buvo reorganizuotos iš biudžetinių į pelno nesiekiančias (viešąsias) įstaigas. Ši reforma padidino įstaigų savarankiškumą ir atsakomybę, susilaukė medikų bendruomenės pritarimo. (Sveikatos politika ir valdymas, Mokslo darbai, Mykolo Riomerio universitetas, Vilnius 2010:6.).

Sveikatos politikos funkcijų įgyvendinimu Lietuvoje rūpinasi Sveikatos apsaugos ministerija (toliau SAM), jai pavaldi Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba Farmacijos departamentas prie SAM, Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba, Savivaldybės gydytojo tarnyba. Formuojant sveikatos politiką labai svarbi yra ir tarptautinių organizacijų – Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau PSO), Europos vaistų vertinimo agentūros ir kitų įtaka.

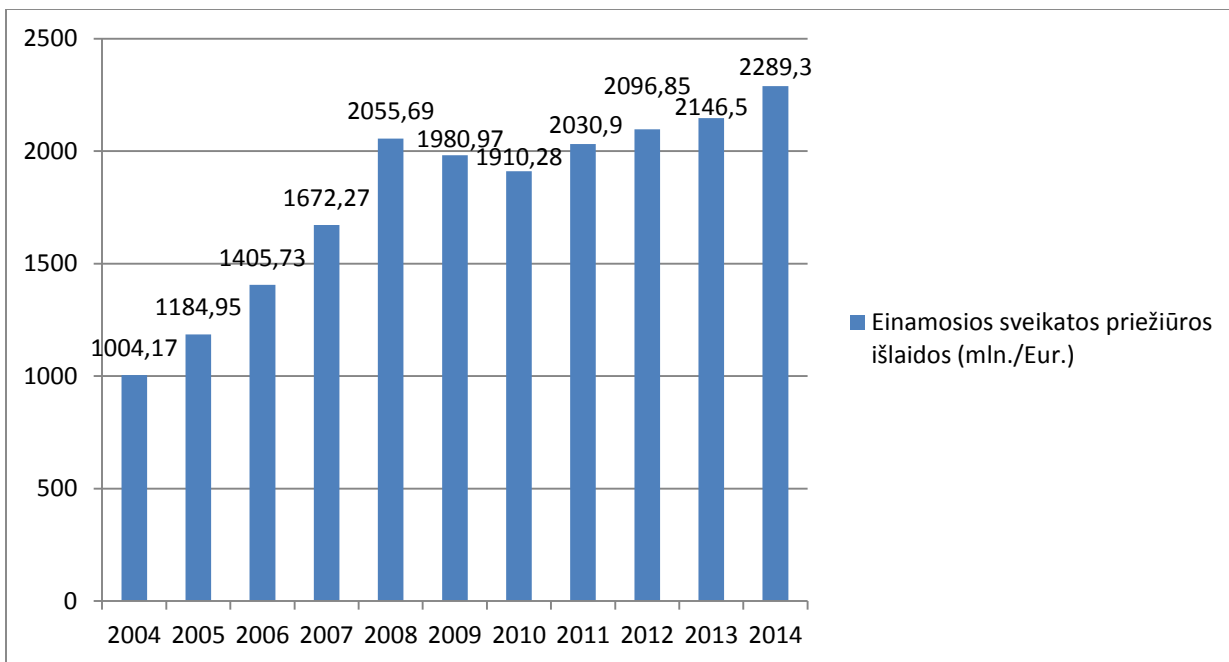
Sveikatos reformų pradžioje vienu iš pagrindinių pertvarkos tikslų buvo deklaruojamas sveikatos stiprinimas ir ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimas ir šiuolaikinės visuomenės sveikatos principų taikymas, tačiau pirmąjį Nepriklausomybės dešimtmetį šios sritys (išskyrus

imunizaciją ir pastaraisiais metais alkoholio vartojimo ir traumų keliuose prevenciją) nesusilaukė pastebimesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių dėmesio. Nagrinėjant paskutiniųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau PSDF) biudžeto išlaidas matoma tendencija, jog didžiąją išlaidų sveikatos priežiūros dalį sudaro išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Formuojant PSDF biudžetą kaskart susiduriama su finansavimo problema, kaskart yra sprendžiama kaip optimaliai jį paskirstyti.

PSDF biudžetas surenkamas iš privalomojo sveikatos draudimo įmokų bei valstybės skiriamų lėšų. Tokia sistema formuoja mokią paklausą, atsižvelgiant į tai, kad augantis poreikių tenkinimas pareikalauja aukštesnio apmokestinimo. Šalies gyventojai, veikdami tik kaip sveikatos paslaugų, finansuojamų per visuomeninius fondus, vartotojai, formuoja paklausą nekreipdami dėmesio į paslaugų teikimo kaštus (valstybės draudžiamieji PSD). Santykis tarp asmenų mokančių arba už kuriuos sumokamos sveikatos draudimo įmokos ir asmenų už kuriuos įmokas sumoka valstybė keičiasi. VLK duomenimis didžiąją dalį šio biudžeto pajamų sudaro draudėjų ir apdraustųjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo (PSD) įmokos (daugiau kaip 60 proc.); antrą vietą pajamose (daugiau kaip 30 proc.) užima valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, kurių didžiąją dalį sudaro įmokos, mokamos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.

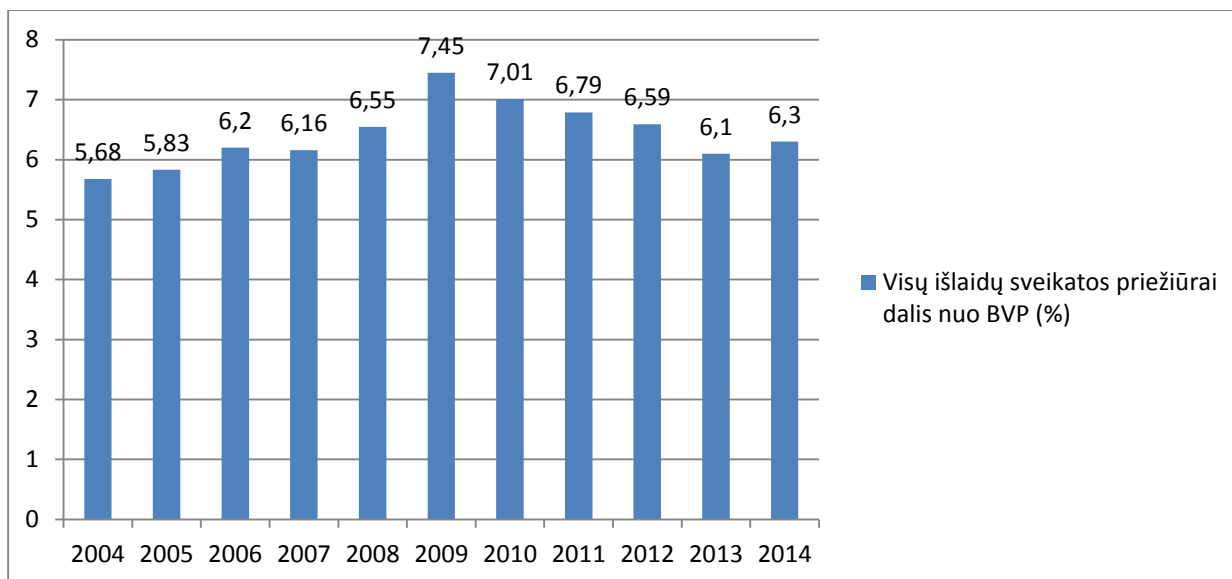
Turimi bendrieji ištekliai, ekonominėje literatūroje dažniausiai išreiškiami bendrojo vidaus produkto (BVP) rodikliais, lemia, kiek lėšų galima skirti socialinėms (įskaitant sveikatos priežiūrą) gyventojų reikmėms tenkinti. Savo ruožtu, nuo BVP kitimo tempų priklauso socialinių išmokų kitimas, o šių tempų prognozė įgalina apibrėžti tikėtiną socialinės srities finansavimo apimtį ateityje. Sveikatos sektorius yra sudėtinė visos šalies ekonomikos dalis.

Analizuojant sveikatos sektoriaus finansavimą galime pastebėti tendenciją, jog išlaidos nuolat auga. Per paskutinį dešimtmetį jos išaugo daugiau nei dvigubai. Tačiau Lietuvos sveikatos rodikliai vis dar kelią susirūpinimą ir nors sveikatos sektoriui išleidžiame ženkliai daugiau, tačiau pastebimą naudą šalies gyventojų sveikatai išvelgti sunku. Taigi kyla klausimas kaip efektyviai šios lėšos yra panaudojamos. Tokia tendencija leidžia daryti išvadą, jog sveikatos sektoriui reikalingos permainos.



1 pav. Sveikatos priežiūros einamosios išlaidos (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

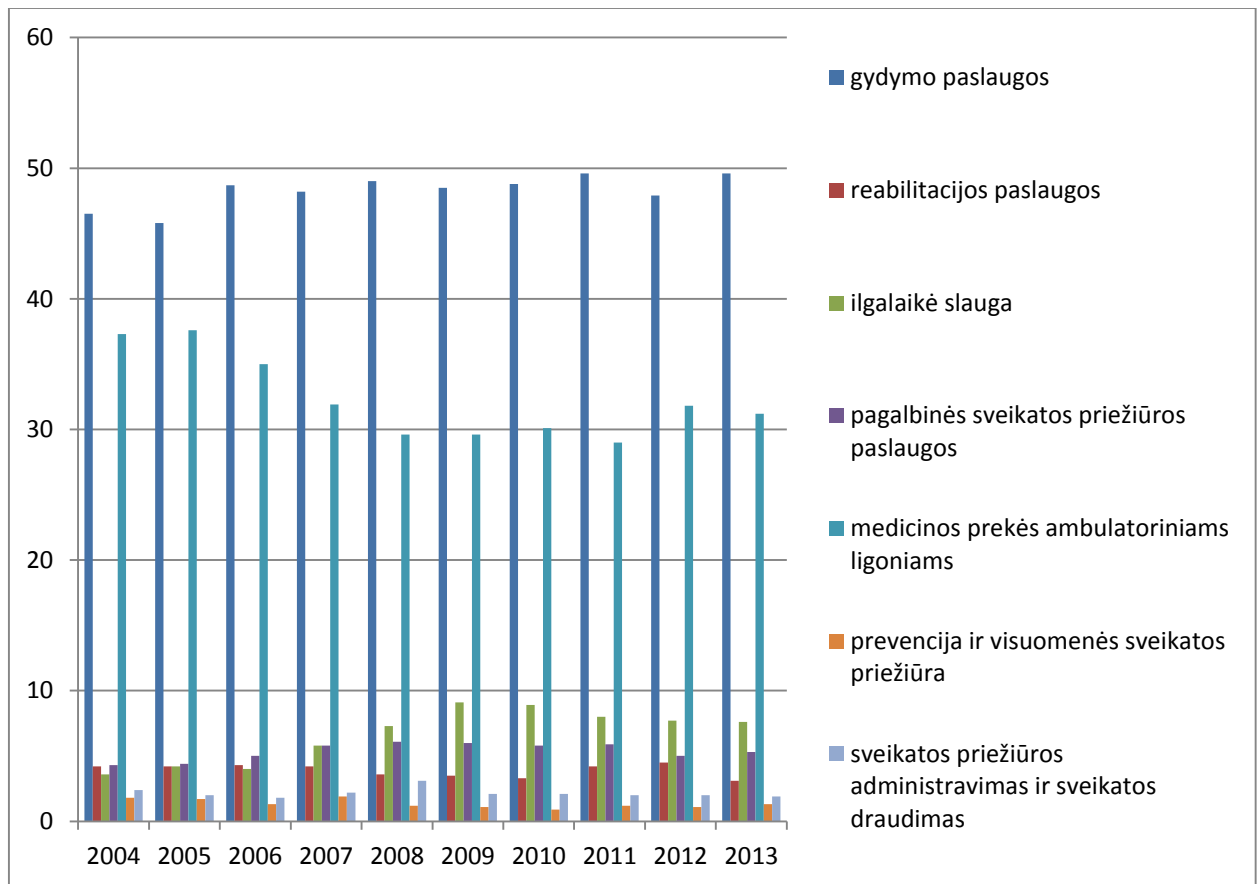
Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, paskaičiuotais pagal EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką galime matyti visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP kitimą nuo 2004 - 2014 m.



2pav. Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP kitimas nuo 2004-2014 m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Vykdam su sveikata susijusius mokslinius tyrimus ir technologijų plėtrą galima panaudoti 0,3 proc. BVP. Sveikatos sektorius yra vienas didžiausių Europos Sąjungoje: jame sukuriama apie 10 proc. ES bendro vidaus produkto, dirba vienas iš dešimties darbuotojų, tretinio lygio išsilavinimą turinčių darbuotojų dalis yra didesnė nei vidurkis. (Europos tarybos reglamentas)

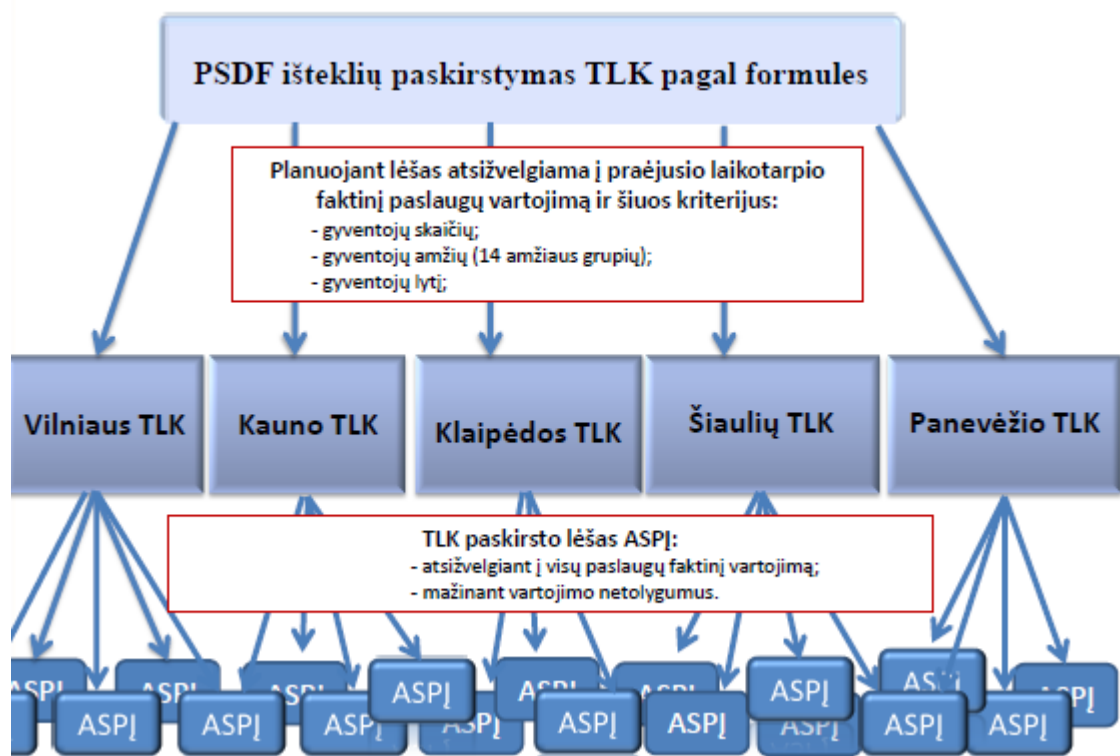
Tai tik įrodo, kad sveikata nėra tik vertybė, ji yra neatsiejama ekonomikos dalis. Sveikatos problemos yra pagrindinės, dėl kurių sutrinka darbuotojų darbas, jo efektyvumas. Sveiki piliečiai turi įtakos našumui bei konkurencingumui. Vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių išlaikymas sveikais ir aktyviais žmonėmis gali turėti poveikio jų dalyvavimo darbo rinkoje ir padėti reikšmingai sutaupyti sveikatos priežiūros biudžeto lėšų. Taigi sveikatos sektorius turi būti pasiruošęs ir efektyviems vyresnio amžiaus žmonių sveikatos problemų sprendimams.



3 pav. Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra (%) pagal sveikatos priežiūros funkcijas (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Pagal 3 paveiksle pateiktus duomenis matome, jog didžioji išlaidų dalis tenka gydymo paslaugoms apmokėti, antroje vietoje medicinos prekės ambulatoriniams ligoniams, toliau ilgalaikė slauga, pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos, reabilitacijos paslaugos ir paskutinėje vietoje prevencija ir visuomenės priežiūra. Tokia finansavimo tendencija kelia dvejones dėl sveikatos priežiūros finansavimo modelio efektyvumo. Pirmiausiai todėl, jog pateikti duomenys atskleidžia tendenciją, jog sveikatos priežiūros išlaidos yra naudojamos pasekmių šalinimui – susirgusiųjų gydymui, o tik maža dalis skiriama prevencijai – priemonėms, galinčioms užkirsti kelią susirgti.

Sveikatos priežiūros sistemoje lėšų paskirstymas yra griežtai reglamentuotas. Sprendimas, kokiems paslaugų teikėjams ir kokią sumą paskirti yra numatytas LR teisės aktuose apskaičiuojama metodika. PSDF biudžeto lėšų paskirstymo funkcija atlieka teritorinės ligonių kasos.



4 pav. PSDF lėšų paskirstymas (VLK duomenys)

Teritorinės ligonių kasos (TLK) kasmet sudaro sutartis su gydymo įstaigomis dėl paslaugų teikimo ir apmokėjimo.

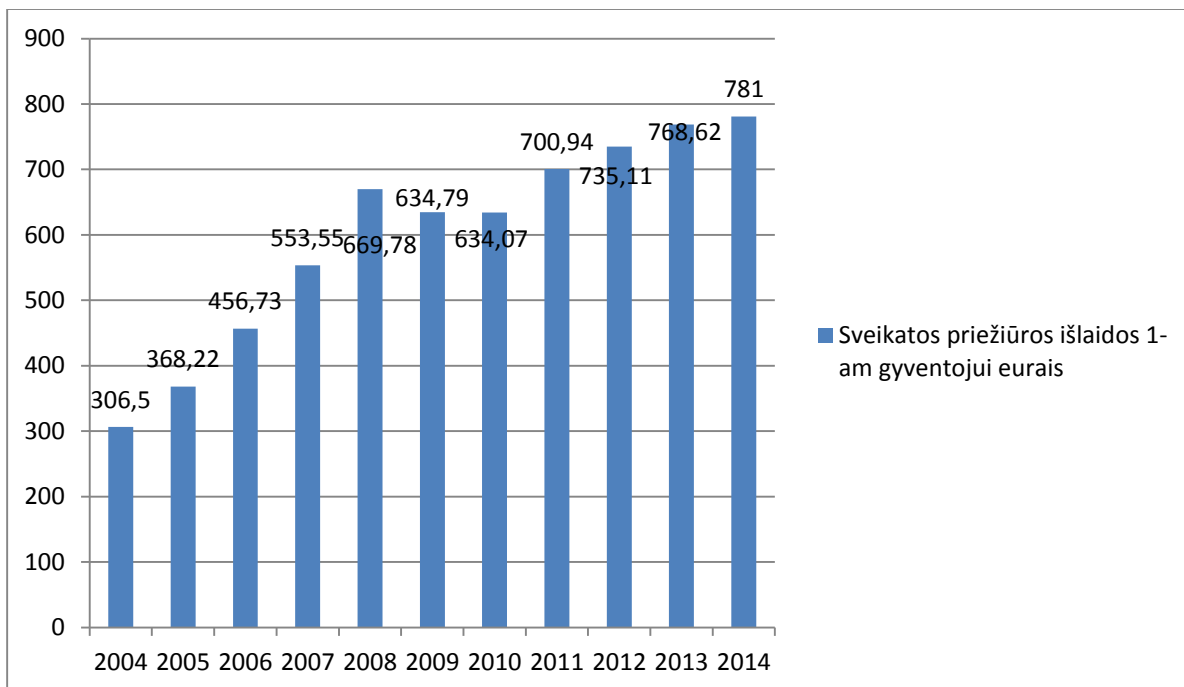
Už paslaugas gydymo įstaigoms mokama Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintomis bazinėmis kainomis.

Šios gydymo įstaigos turi skelbti išsamų PSDF lėšomis apmokamų (apdraustiesiems nemokamų) sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal sutartis su TLK, sąrašą, šių paslaugų teikimo tvarką ir sąlygas. Lietuvos apdraustiesiems PSDF lėšomis apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos be jokio papildomo mokesčio.

Įstaigai skiriamos lėšos yra numatomos pasirašant sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Skiriamos lėšos yra skaičiuojamos pagal Sveikatos apsaugos ministro įsakyme numatytą tvarką bei metodiką. Skiriamų lėšų suma priklauso nuo daugybės rodiklių: praėjusių metų/pusmečio rodiklių – suteiktų paslaugų, prisirašiusiųjų skaičių, apsilankymų skaičių, standartizuoto bazinio hospitalizacijos rodiklio ir kitų. Pagal kokius tiksliai rodiklius apskaičiuojamos lėšos priklauso nuo paslaugos rūšies (stacionarinėms paslaugoms, pirminėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dienos chirurgijos ar ambulatorinėms chirurgijos paslaugoms teikti ir kt.). Toks modelis padeda paskirstyti lėšas remiantis praėjusių laikotarpių situacija.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme reglamentuota, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija. LNSS nepriklausančių įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato jų valdymo organai ar savininkai šių įstaigų įstatuose nustatyta tvarka.

Toks modelis kelia susirūpinimą, kadangi pagal galiojančią tvarką įstaigoms yra apmokama už atvejį, kyla rizika gydymo įstaigoms piktnaudžiauti tokiu modeliu. Atvejo apskaičiavimo metodika turi įtakos sveikatos priežiūros išlaidoms. Gydymo įstaigos apskaičiuodamos atvejo kainą naudoja specialią kodavimo sistemą, neteisingai suklasifikavus kriterijus gali būti klaidingai įvertinta atvejo kaina. Įvertinti kiekvieno atvejo apmokėjimo pagrįstumą kontroliuojančioms institucijoms yra pakankamai sudėtinga, dėl per didelio masto duomenų.



5 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos 1-am gyventojui eurais. (Higienos instituto duomenys)

5 paveiksle matome tendenciją, jog sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui auga. Tai gali lemti keli veiksniai, vienas iš jų, jog sveikatos priežiūros paslaugos brangsta, sveikatos sistemoje paslaugų kaina nustatoma pagal bazinės kainos balo vertę. Sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų sąrašai ir bazinės kainos tvirtinamos Sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Tendencija bei sveikatos priežiūros institucijų siekiamybė, jog balo vertė didėtų, kitaip medicinos įstaigų darbas būtų kompliktuotas. Kita iš priežasčių, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikiama daugiau. Galime daryti prielaidą, jog keičiantis demografinėi situacijai Lietuvoje, gyventojų mažėja, tačiau sveikatos priežiūros paslaugų poreikis tik auga.

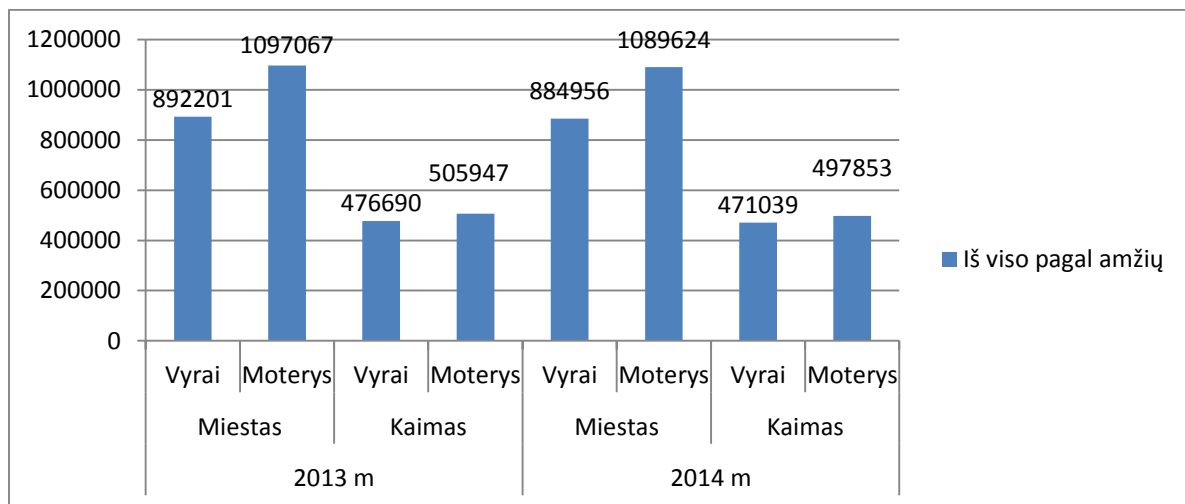
1.1 Demografinė padėtis. Lietuvos gyventojų pokyčiai

Sveikatos priežiūros sistema funkcionuoja siekiant gyventojų gerovės. Analizuojant sveikatos priežiūros finansavimo tendencijas, galime daryti išvadą, jog išlaidos sveikatos sektoriuje tik didėja, tačiau vidutinis metinis Lietuvos gyventojų skaičius mažėja. Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2006 m. iš viso nuolatinių gyventojų Lietuvoje buvo registruota 3289835, o 2016 metų išankstiniais duomenimis 2888582, taigi per paskutinį dešimtmetį gyventojų skaičius

sumažėjo 11,2%. O sveikatos priežiūros išlaidos išaugo dvigubai. 2016 m. sausio 1 d. Lietuvoje gyveno 2,89 mln. nuolatinių gyventojų, arba 32,7 tūkst. (1,1 proc.) mažiau nei prieš metus, remdamasis išankstiniais duomenimis, praneša Lietuvos statistikos departamentas.

Tokią tendenciją lemiančių veiksnių galime įvardinti ne vieną, tačiau viena iš pagrindinių priežasčių emigracija. Neigiama neto tarptautinė migracija (22,9 tūkst. daugiau žmonių emigravo negu imigravo) sudarė 70 proc. bendro nuolatinių gyventojų skaičiaus mažėjimo. Toks gyventojų pokytis šalyje kelia didelių iššūkių sveikatos priežiūros sistemos finansavimui. PSDF biudžeto pagrindinis pajamų šaltinis – sveikatos draudimo įmokos bei biudžeto finansavimas. Sumažėjusių gyventojų skaičius lemia didesnę naštą likusiems. Taip pat kyla rizika dėl protų nutekėjimo medicinos srityje.

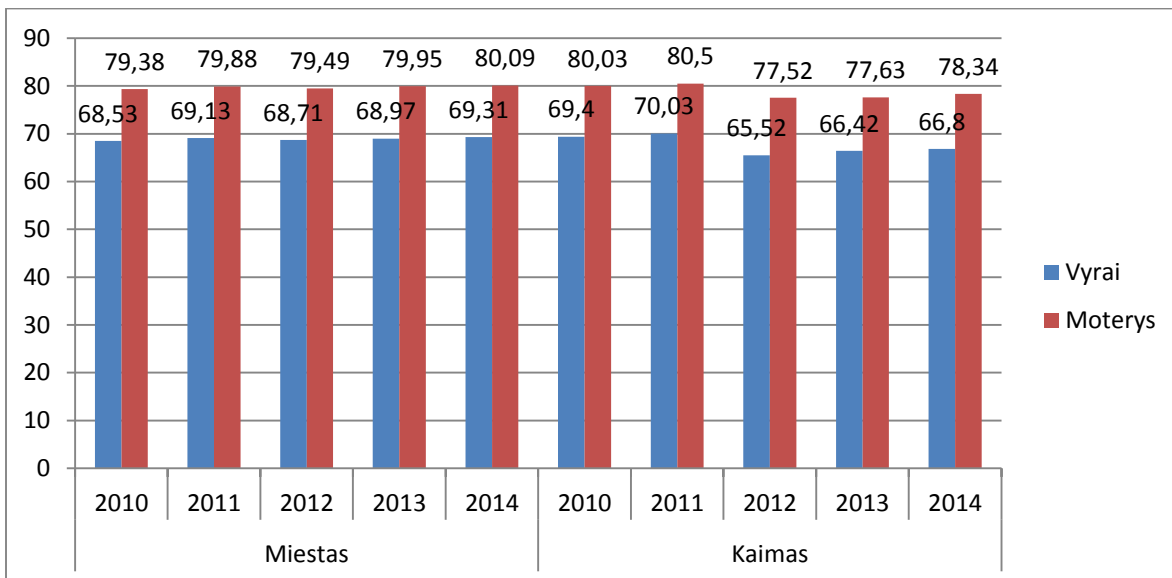
Gimusiųjų vis dar mažiau nei mirusiųjų. Neigiama natūrali gyventojų kaita (mirė 9,8 tūkst. žmonių daugiau negu gimė kūdikių) sudarė 30 proc. bendro nuolatinių gyventojų skaičiaus mažėjimo. Šiuo atveju sveikatos sektoriaus indėlis čia taip pat vaidina didelį vaidmenį. Viena iš siekiamybių – mirtingumo rodiklio mažinimas, galintis nors šiek tiek pakeisti šalies demografinę padėtį.



6 pav. Vyrių ir moterų pokytis miestuose ir kaimuose 2013-2014 m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

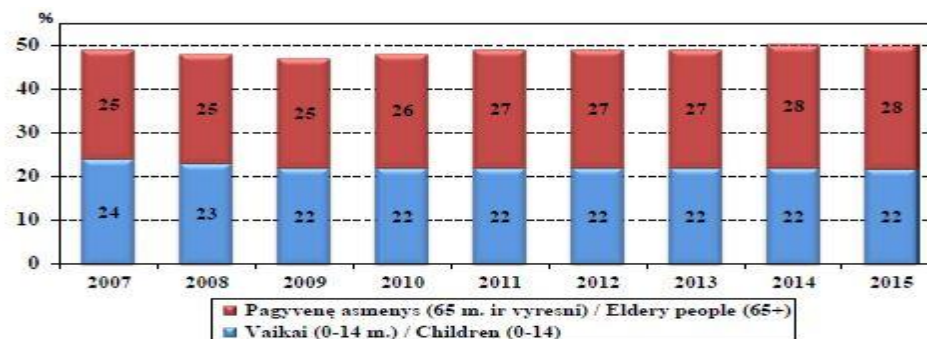
Vienas iš pagrindinių gyventojų sveikatos rodiklių - vidutinė tikėtina gyventojų trukmė. 2014 metais Lietuvos statistikos departamento duomenimis moterų VGT miestuose buvo 80,9,

kaimuose 78,34 o vyrų, miestuose - 69,31, o kaimuose – 66,8 tai daugiau nei 2013 metais, tačiau toks didžiulis skirtumas tarp moterų ir vyrų, bei skirtumas tarp gyvenančių mieste ir kaime, vis dar neramina.



7 pav. Vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės pokytis miestuose ir kaimuose 2010-2014 m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Matoma tendencija, jog miestuose bei kaimuose vidutinė gyvenimo trukmė skiriasi, miestuose ji ilgesnė, tą sąlygoti gali ir socialiniai netolygumai. Sveikatos priežiūros sistema čia taip pat turi įtakos, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas bei kokybė turi įtakos šioms rodikliams. Nuo kaimų gyvenviečių nutolusios gydymo įstaigos, nepatogus gydytojų konsultuojančių artimiausiose vietovėse, skatina asmenų gyvenančių kaime sveikatos netolygumus, o tai įtakoja ir gyvenimo trukmės rodiklius.



8 pav. Išlaikomo amžiaus žmonių koeficientas metų pradžioje (Higienos instituto duomenys)

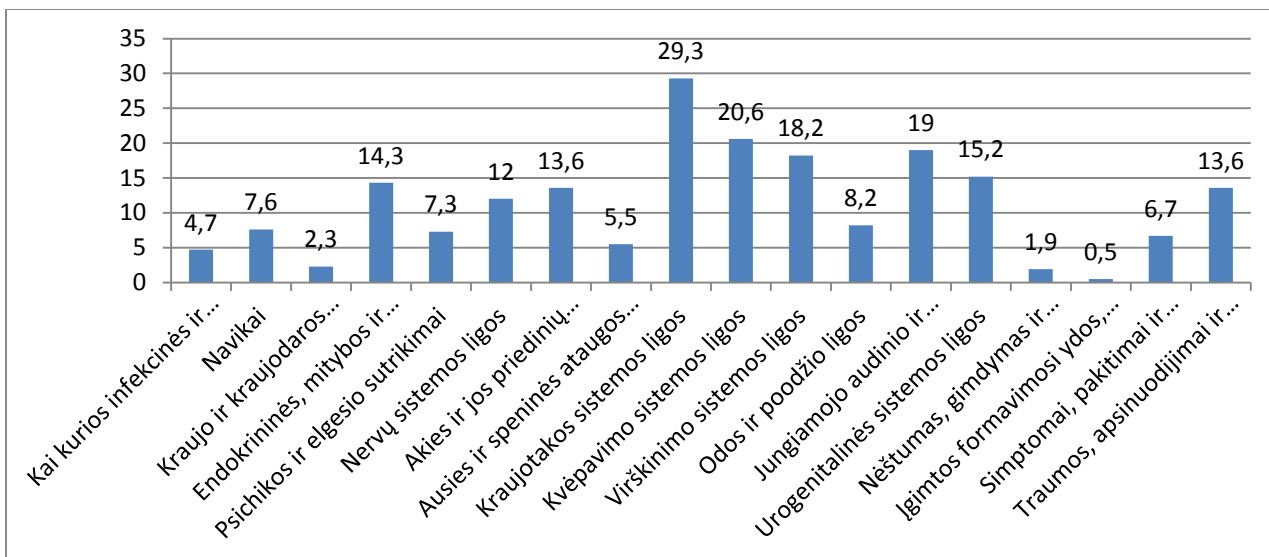
Lyginant darbingo amžiaus žmonių skaičių su “išlaikomo” amžiaus žmonių skaičiumi koeficientas didėja. Lietuvos statistikos duomenimis šis koeficientas 2014 metais buvo 22 (vaikų) ir 28 pensinio amžiaus, o 2013 metais – 22 ir 27. (Išlaikomo amžiaus vaikų koeficientas – vaikų iki 15 metų amžiaus skaičius, tenkantis šimtui 15–64 metų amžiaus gyventojų. Išlaikomo amžiaus pagyvenusių žmonių koeficientas – pagyvenusių (65 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičius, tenkantis šimtui 15–64 metų amžiaus gyventojų). Gyventojų amžiaus pokyčiai rodo, jog Lietuvoje našta darbingo amžiaus žmonėms didėja. Tokia tendencija lemia ir sveikatos priežiūros išlaidų augimą, o tuo pačiu ir našta darbingo amžiaus asmenims. Tokie atveju reikalingos subalansuotos sveikatos priežiūros paslaugos, galinčios užkirsti kelią sveikatos blogėjimui.

Tokie pokyčiai turi didelę įtaką ekonomikos plėtrai. Mažėjant gyventojų skaičiui, bei senėjant šalies gyventojams, didėja našta dirbantiems asmenims, atsiranda trūkumas aukštos kvalifikacijos darbo jėgos, o tai turi įtakos valstybės sistemų tvarumui. Tokia demografinė padėtis kelia riziką sveikatos priežiūros finansavimo modeliui – pirmiausiai mažėjant gyventojų skaičiui – mažės ir PSDF pajamos – mažėja sveikatos draudimo surenkamų įmokų dalis. Taip pat kyla rizika PSDF biudžeto išlaidoms didėjimui – senstant visuomenei, sveikatos priežiūros paslaugų vyresniame amžiuje tik daugėja. Sveikatos sistema čia vaidina didžiulį vaidmenį, teisingai suformuota sistema gali turėti įtakos šių rodiklių kitimui. Laiku užkirtus kelią ligoms, bei skatinant sveikatinimo paslaugas, galime bent dalinai sumažinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikį.

1.2 Lietuvos sveikatos rodiklių analizė

Sveikatos būklę įtakojančių veiksnių gausa, sergamumas tam tikromis ligomis šiandieninėje visuomenėje reikalauja tinkamo strateginio finansavimo.

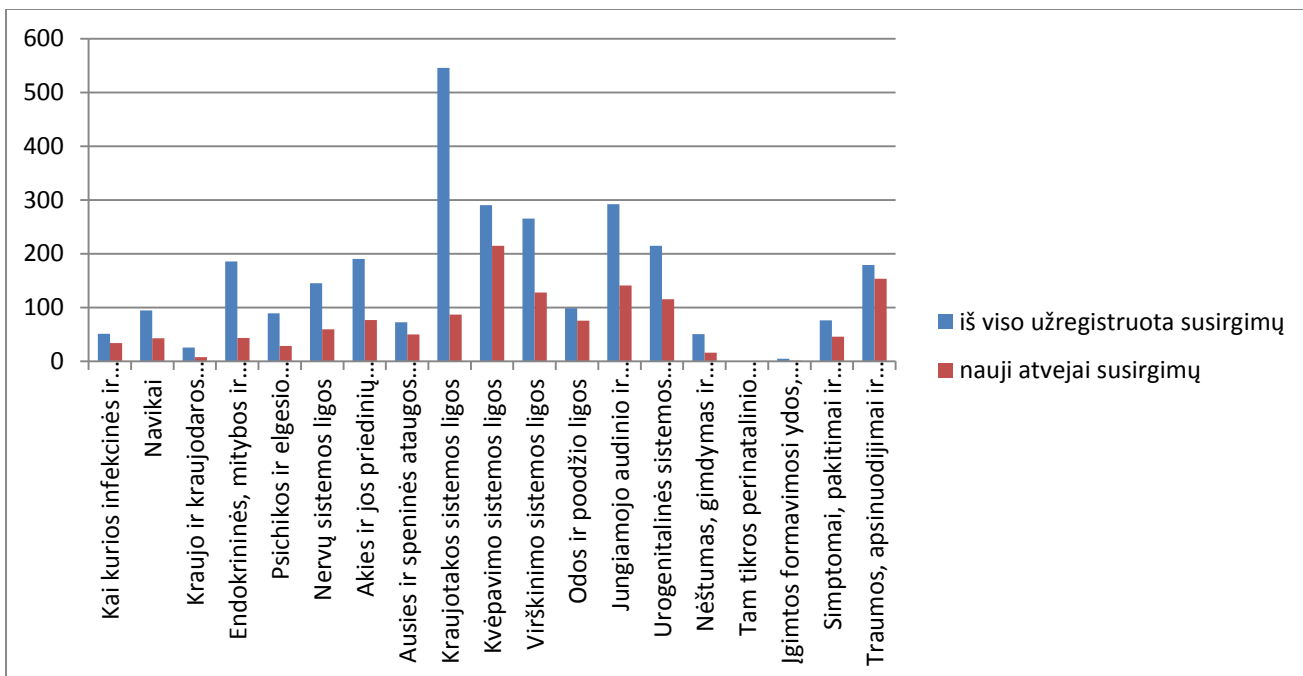
Sveikatos politikos formavimą ir jos įgyvendinimą būtina sieti su pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais.



9 pav. Pagrindiniai suaugusiųjų susirgimai 2014m. proc./100 gyventojų (Higienos instituto duomenys)

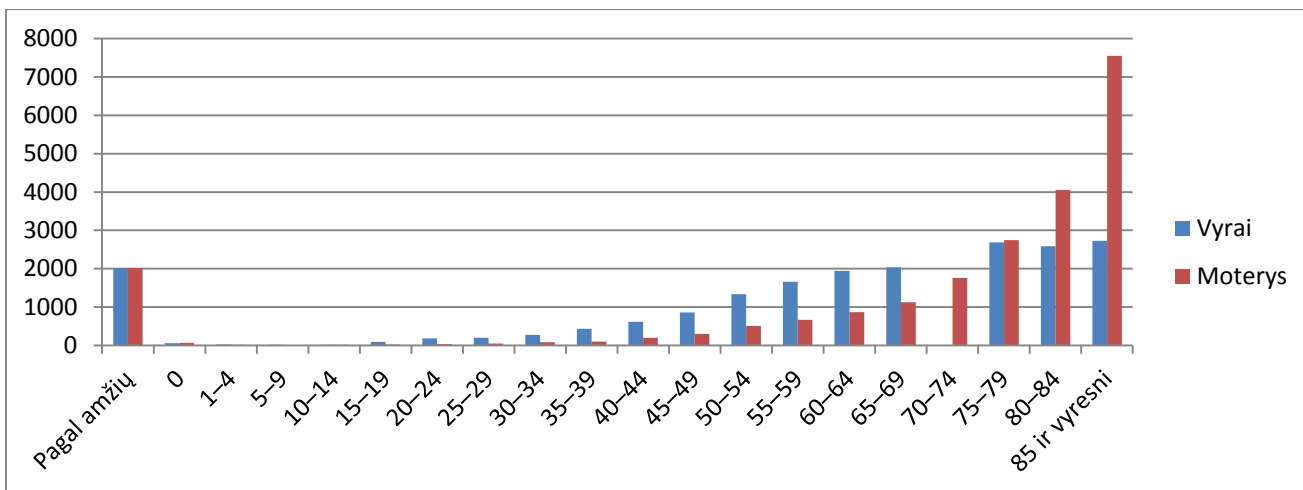
Remiantis 2014 metų higienos instituto duomenimis daugiausiai sergančiųjų buvo kraujotakos (29,3 proc. 100 gyventojų), kvėpavimo (20,6 proc. 100 gyventojų), virškinimo (18,2 proc. 100 gyventojų), endokrininėmis, mitybos ir medžiagų (14,3 proc. 100 gyventojų), jungiamojo audinio ir skeleto – raumenų sistemos ligomis (19,0 proc. 100 gyventojų).

Statistikos departamento duomenimis 2014 metais 47,7% 15-74 amžiaus asmenys sirgo lėtinėmis ligomis ar turėjo ilgalaikių sveikatos sutrikimų.



10 pav. Pagrindiniai suaugusiųjų susirgimai, užregistruoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose 1000 gyventojų 2014m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Tokie rodikliai yra nemažas iššūkis sveikatos priežiūros sistemai. Sergamumo rodiklio didėjimas lemia didesnes sveikatos priežiūros išlaidas, tačiau tai nėra viena iš pagrindinių problemų. Žmogus yra vienas iš brangiausių išteklių šalies ekonomikoje, todėl galimybių, kaip būtų galima pakeiti situaciją svarbu ieškoti nuolat.



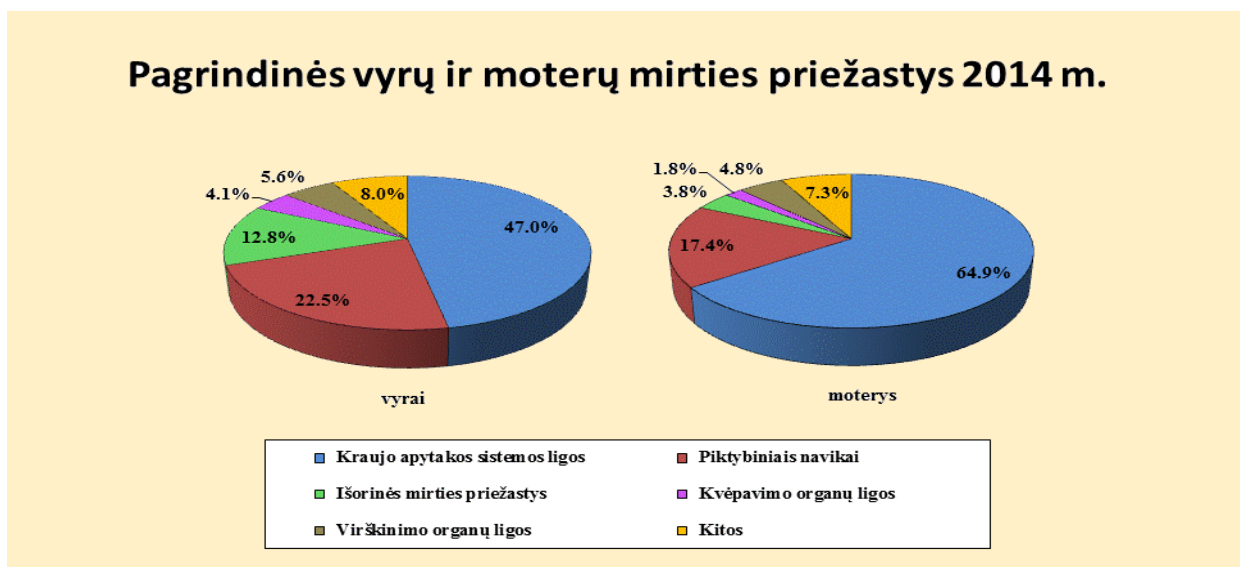
11 pav. 2014 m. vyrų ir moterų mirtingumas pagal amžiaus grupes (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Iš pateiktų duomenų galime daryti prielaidą, jog mirtingumo rizika tarp darbingo amžiaus asmenų išauga tarp vyrų, taip pat su amžiumi mirtingumo rizika didėja.

Analizuojant mirties priežastis (12pav.) taip pat matoma, jog vienos iš pagrindinių ligos priežasčių yra kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai, virškinimo organų ligos. Taip pat mirties priežastys tarp vyrų ir moterų ženkliai nesiskiria.

Siekiant sumažinti šį rodiklį svarbus daugelis veiksnių – sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, prieinamumas, gydytojų specialistų kvalifikacija. Tačiau ne mažiau svarbus veiksnys – ankstyvas lygų diagnozavimas bei prevencija. Siekiant mažinti šį rodiklį svarbu užtikrinti, jog sveikatos sektorius veiktų efektyviai.

Analizuojant mirčių priežasčių statistiką, taip pat pastebima ta pati tendencija, jog ligos, kuriomis daugiausiai sergama nusineša ir daugiausiai žmonių gyvybių. Kraujotakos sistemos ligos bei piktybiniai navikai yra viena iš dažniausių moterų bei vyrų mirties priežasčių. Taigi siekiant efektyvumo sveikatos priežiūros finansavime svarbu atkreipti dėmesį į šiuo rodiklius. Galime daryti prielaidą, jog sumažinus sergamumą šiomis ligomis, galime sutaupyti PSDF biudžeto lėšas, bei sumažinti mirtingumo rodiklį.

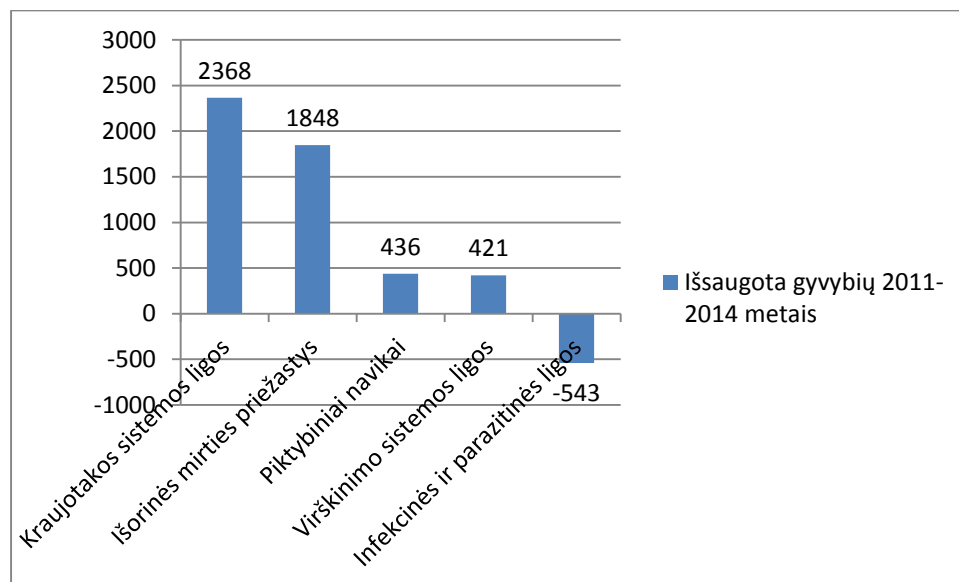


12 pav. Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys (Higienos instituto duomenys)

Mirties priežasčių duomenys yra naudojami sveikatos sistemai vertinti. Be to, pagal juos galima formuoti įrodymais pagrįstą sveikatos politiką. Apžvelgus duomenis matome tendenciją, jog

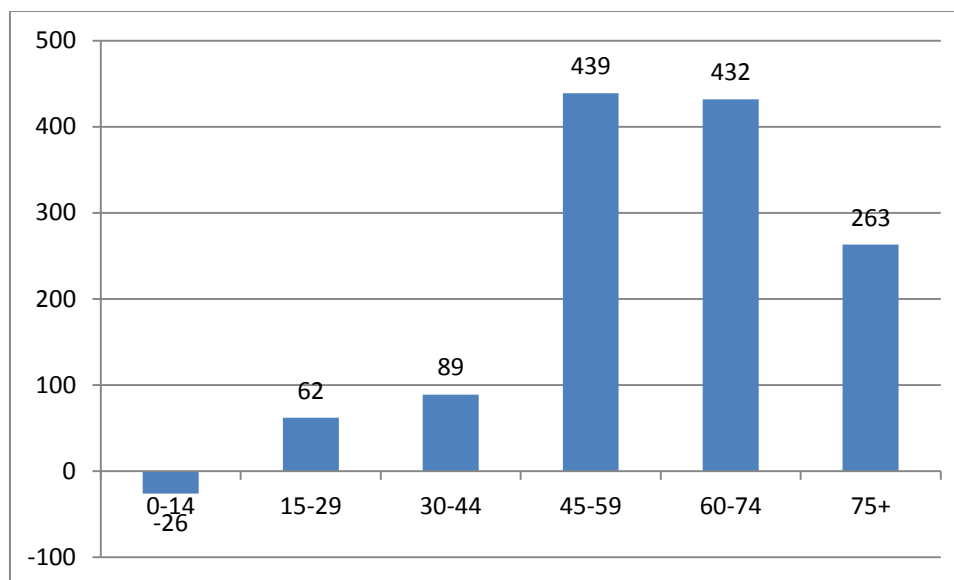
sergamumo rodiklis Lietuvoje didelis, vis didesniai žmonių skaičiui reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos. Remiantis duomenimis apie pagrindines mirties priežastis galime daryti prielaidas, kokiomis prevencinėmis ir gydomosiomis priemonėmis bei investicijomis į mokslinius tyrimus būtų galima prailginti tikėtiną gyventojų gyvenimo trukmę. Todėl sveikatos priežiūros sistema turi būti kaip niekad subalansuota. Esant tokiai tendencijai sveikatos priežiūros išlaidos turi būti paskirstytos kuo efektyviau.

Sveikatos priežiūros sistemoje vykdoma įvairių pertvarkymų, jungiamos gydymo įstaigos, uždaromi neefektyvūs skyriai ligoninėse, didesnis spektras paslaugų teikiamas dienos chirurgijos centruose, mažinamas lovdienių skaičius ligoninėse, plečiamos ambulatorinės paslaugos, šitaip siekiama sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas. Visi šie būdai yra orientuoti į sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimą, išlaidų jų išlaikymui mažinimą, tačiau pritrūksta priemonių siekiant mažinti pačių gyventojų sergamumą, bei mirtingumą.



13 pav. Sveikatos gerėjimo 2014 m. rezultatai. Išsaugotų gyvybių skaičius (Higienos institutas, SEC skaičiavimai)

Analizuojant Sveikatos ekonomikos centro apžvalgą “Lietuvos sveikatos programa kaip Lietuvos gyventojų sveikatos stiprinimo įrankis” pateiktoje informacijoje pateikiami duomenys kiek gyvybių pavyko išsaugoti nuo 2011 iki 2014 metų. Galime daryti išvadą, jog sąlygota gero (blogo, ligų, kurių rodikliai yra netgi neigiami) sveikatos sistemos funkcionavimo turime tokią statistiką. Taigi jeigu prevencinės programos veiktų efektyviai, šis skaičius, tikėtina, jog išaugtų.



14 pav. Sveikatos gerėjimo 2014 m. rezultatai. Išsaugotų gyvybių skaičius pagal amžių (Higienos institutas, SEC skaičiavimai)

Svarbus pasiekimas, jog daugiausiai išsaugotų gyvybių skaičius yra darbingo amžiaus žmonių grupėje. Siekiant ekonominės gerovės šalyje, svarbu šios grupės sveikatos rodikliai. Būtent dirbantys asmenys daugiausiai prisideda prie PSDF biudžeto pajamų surinkimo.

Minėtoje apžvalgoje taip pat pateikiami duomenys, kokią naudą valstybė patiria pagerinusi šiuos rodiklius (1 lent.).

Bendras išsaugotų gyvybių skaičius	1 259
Išsaugota darbingo amžiaus gyvybių	707
BVP, kurį 2015 m. sukurs nuo mirties 2014 m. išgelbėti darbingo amžiaus žmonės	21,21 mln. eurų
Bendras išsaugotų gyvenimo metų skaičius	17,86 tūkst.
Išsaugotų darbingo amžiaus gyvenimo metų skaičius	10,793 tūkst.
BVP, kurį galima būtų sukurti per išsaugotus darbingo amžiaus metus	226,65 mln. eurų

1 lent. Sveikatos gerėjimo 2014 m. ekonominiai rezultatai (Higienos institutas, SEC skaičiavimai)

Sveikatos ekonomikos centro atlikti skaičiavimai įrodo sveikatos sektoriaus galimą naudą šalies ekonominei gerovei. Todėl svarbu visomis išgalėmis skatinti šalie gyventojus rūpintis savo

sveikata, o sveikatos sektorius turi būti pasiruošęs suteikti reikiamo lygio sveikatos priežiūros paslaugas kiek galima geresnėmis sąlygomis.

Analizuojant Lietuvos sveikatos sektoriaus rodiklius galime įžvelgti tendencijas, padedančias formuoti sveikatos sektoriaus prioritetus, bei galimybes paskirstyti biudžeto lėšas tendencijas, keliančias nerimą sveikatos sektoriuje. Vienas iš būdų sumažinti PSDF biudžeto išlaidas – prevencinės programos. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis sveikata priklauso nuo žmogaus pasirinkto gyvenimo būdo (50%), supančios aplinkos (20%), žmogaus genetika (20%), medicinos paslaugų išsivystymo lygis (10%). Šie duomenys galėtų būti vienas iš rodiklių formuojant sveikatos priežiūros sistemą, sistemą orientuotą į sveiką žmogų, o ne sergančiųjų gydymą. Išnagrinėjus Lietuvos demografinę situaciją matoma tendencija, jog ilgėja gyvenimo trukmė, o su amžiumi sveikatos būklė dažniausiai tik blogėja, taigi vis ilgesnė gyvenimo dalis pareina esant blogai sveikatai būklei. Tokia tendencija tik skatins didesnes sveikatos priežiūros išlaidas. Tokiems asmenims bus sunku dalyvauti darbo rinkoje, neigiamai paveiks žmonišką kapitalo plėtrą, o tai turės neigiamos įtakos žinių ekonomikai.

Šiuo metu siekiant kuo anksčiau diagnozuoti ligas, Lietuvoje vykdomos PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos prevencinės programos:

- Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa.
- Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa.
- Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.
- Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa
- Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis finansavimo programa.

Vienas iš būdų sumažinti PSDF biudžeto išlaidas - ankstyvas ligų diagnozavimas, tačiau ekspertai įžvelgia kitą problemą – žmonių neaktyvumą naudojantis šiomis programomis.

Valstybinė ligonių kasa 2016 metais atliko tyrimą apie prevencinių programų žinomumą. Viso apklausta 1000 Lietuvos gyventojų, 124 atrankos taškuose. Tyrimo rezultatai atspindi 18 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų nuomonę pagal lytį, amžių, išsimokslinimą, gyvenvietės tipą. Rezultatų paklaida +/- 3,5 proc.

Ne visi apklaustieji žinojo apie vykdomas prevencines programas. Apklausos duomenimis apie tai buvo informuoti 85 proc. Krūties vėžio, priešinės liaukos (prostatos) vėžio, gimdos kaklelio vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas žinojo 6 iš 10 apklaustųjų, tačiau tik pusė iš jų žinojo apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą, o mažiausiai žinoma buvo prevencinė programa apie vaikų krūminių dantų dengimo silaninėmis medžiagomis, tokiam rezultatui įtakos turėjo ir apklaustųjų šeimyninė padėtis, asmenims neauginantiems vaikų tai nėra aktualu. Septintadalis respondentų nežinojo nei vienos prevencinės programos.

Atlikus tyrimą paaiškėjo, jog gyventojai norėtų daugiau sužinoti apie PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas prevencines programas, ypač apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą. Nagrinėjant sergamumo rodiklį didžiausias procentas sergančiųjų – būtent šio tipo ligomis.

Iš visų apklaustųjų 46 proc. yra dalyvavę bent vienoje iš vykdomų programų. Programa, kuria naudojama daugiausiai - gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa.

Beveik visi apklaustieji (9 iš 10) sutiko su teiginiu, jog prevencinės programos yra reikalingos, taip pat didelė apklaustųjų dalis nurodė, jog norėtų, kad jiems būtų pasiūlyta dalyvauti tokiose programose. Taigi svarbu stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūros grandį, kur asmuo turėtų galimybę gauti šias paslaugas. Tačiau kita dalis apklaustųjų vieną iš priežasčių, kodėl nesinaudoja tokiomis programomis nurodė, jog jiems neaktualu, taip pat kaip vieną iš nenorų pasinaudoti tokia galimybe kaip priežastį įvardijo, nenorą sužinoti galimus blogus tyrimų rezultatus, laiko trūkumą, bei eiles pas specialistus.

Apklausoje buvo nagrinėjamas klausimas apie asmenų atsakomybę dėl savo sveikatos, 57 proc. asmenų nurodė, esantys atsakingi dėl savo sveikatos, tačiau net 39 proc. nurodė esantys neužtikrinti ar jie patys atsakingi dėl savo sveikatos, 2 proc. apklaustųjų visiškai nesijaučia atsakingi dėl jos.

Svarbu teisingai sudėlioti sveikatos priežiūros prioritetus, nes tinkamos investicijos bei inovacijos sistemoje padėtų lemti ne tik geresnę sveikatą, bet ir kokybišką gyvenimą ilgėjant gyvenimo amžiui, mažėjant gimstamumui šalyje, kyla ir kvalifikuotų specialistų trūkumo problema.

Sveikatos sistema neturėtų būti sutapatinama vien tik su sergančiųjų gydymu. Farmacija, medicinos aparatūros gamyba, medicinos paslaugų teikimas tai labai pelninga pramonės sritis, kuri

leidžia greitai ir efektyviai sukaupti daug pinigų. Kitaip sakant, tai leidžia lengvai pagrįsti valstybinio biudžeto išlaidas kilniam tikslui – sergančiųjų gydymui.

Susidariusi situacija skatina mus peržiūrėti sveikatos sistemos modelio prioritetus. Sveika visuomenė - didesnė nauda valstybei. Per pastarąjį dešimtmetį sveikatos priežiūros išlaidos išaugo daugiau nei dvigubai, tačiau ligotumas ir mirtingumas vis dar kelia susirūpinimą, sveikatos rodikliai padidėjus išlaidoms nepagerėjo. Peržvelgus Lietuvos demografinę situaciją matome liūdną tendenciją, visuomenė sensta, mažėja darbingo amžiaus žmonių. Remiantis VLK atliktos apklausos duomenimis galime daryti išvadą, jog prevencinės programos, finansuojamos iš PSDF biudžeto lėšų neveikia efektyviai, gyventojams trūksta informacijos apie jas. Sveikatos sistemos modelio finansavimui reikalingi pasikeitimai. Taigi išanalizavus sveikatos priežiūros finansavimo modelį, demografinius bei sveikatos rodiklius galime daryti išvadą, jog sveikatos priežiūros sistema finansuojama nekryptingai. Galime įžvelgti pagrindines sveikatos priežiūros finansavimo problemas:

1. Mažėjant darbingo amžiaus gyventojų šalyje, kyla PSDF biudžeto pajamų surinkimo problema.
2. Didėjant sveikatos priežiūros išlaidoms, nemažėja ligotų šalies gyventojų.
3. Vis dar išliekantis vangus aktyvumas dalyvaujant prevencinėse programose.
4. Didėjantis mirtingumas, dėl pavėluotos diagnostikos.

Svarbu, jog sveikatos priežiūros sistema veiktų taip, jog būtų taikoma įvairiapusiškas požiūris į kovą su pagrindinėmis ir lėtinėmis ligomis ir būtų imtasi susietų veiksmų dėl įvairiems sektoriams būdingų rizikos veiksnių bei dėti pastangas sveikatos sistemai stiprinti, siekiant geresnės prevencijos ir kontrolės:

- remti visuomenės informavimo ir ligų prevencijos kampanijas, tiesiogiai nukreiptas į didelės rizikos grupes ir asmenis;
- sistemingai integruoti politiką ir veiklą sveikatos priežiūros skirtumams mažinti;
- bendradarbiauti kovojant su konkrečiomis ligomis.

Visus šiuos veiksnius lemia sveikatos priežiūros finansavimo modelis, taigi svarbu rasti būdų kaip efektyviai būtų panaudojamos PSDF lėšos, siekiant minėtų tikslų.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS FINANSAVIMO TEORINIAI ASPEKTAI.

Sveikata vienas iš svarbiausių gyvenimo kokybės rodiklių, todėl, kintant gyvenimo kokybės vertinimui, vis daugiau dėmesio skiriama sveikatai. Todėl Lietuvos gyventojų sveikatos gerinimas ir tinkamos sveikatos priežiūros užtikrinimas yra svarbi ir šiuo metu viena pagrindinių šalies ekonominio augimo sąlyga (Šumskienė J., 2005)

Siekiant įvertinti kokią naudą šalies ekonomika gauna teisingai paskirsčius sveikatos sistemos finansavimą yra pakankamai sunku. Viešajame sektoriuje efektyvumo vertinimas skiriasi nuo tokio vertinimo privačiame versle.

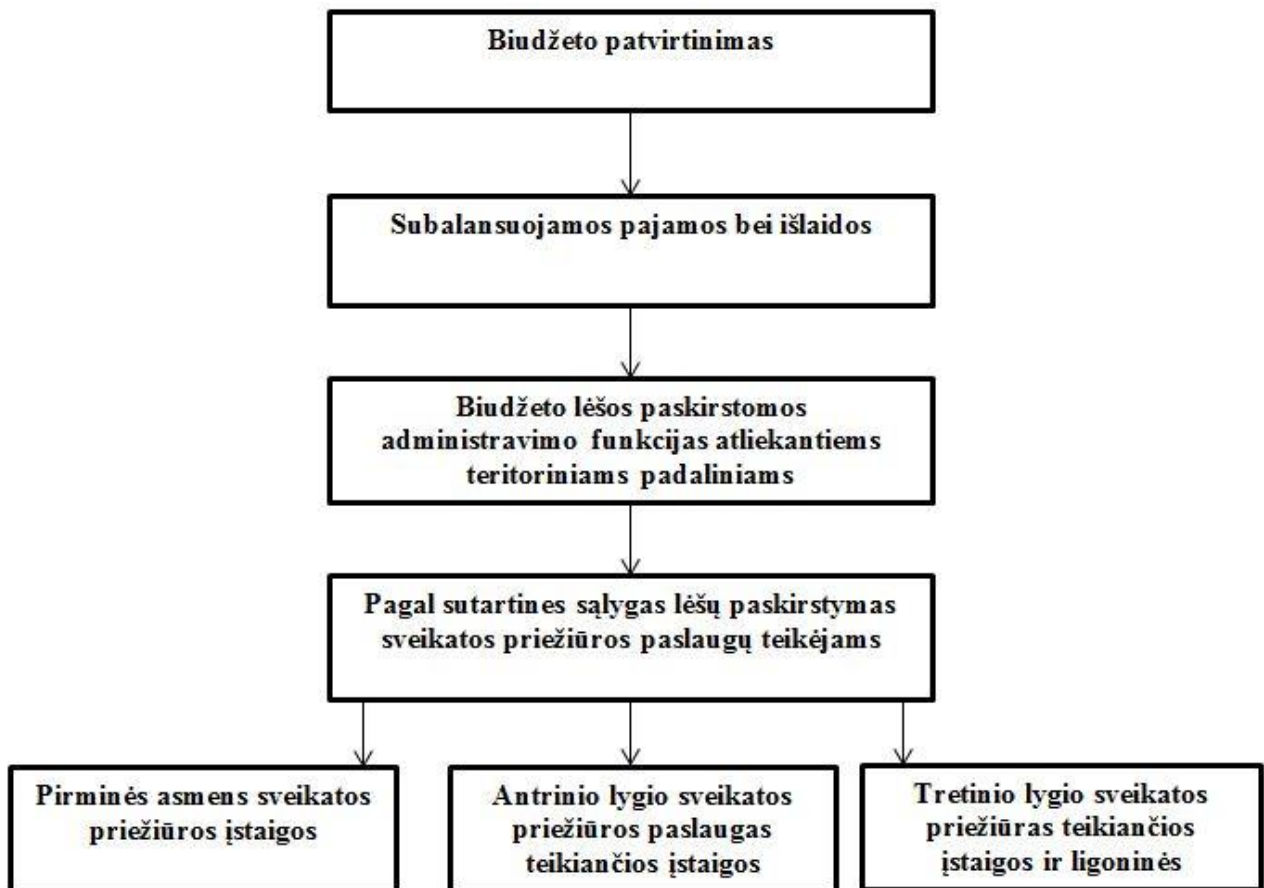
Privataus sektoriaus prekės ir paslaugos vertinamos pinigine išraiška, gauta jas realizavus rinkoje, o nemažai viešojo paslaugų ir prekių dalis nėra skirta parduoti, todėl daug sunkiau įvertinti jų (tarkime, viešųjų programų ir projektų) poveikį visuomenei arba jos interesų grupėms. (Puškorius R., Raipa A., 2002)

Vertinami kriterijai	Siektinas rezultatas
Biudžeto pajamos bei išlaidos	<ul style="list-style-type: none"> Pajamų struktūros pasikeitimas. Mažinama valstybės lešomis draudžiamųjų pajamų dalis, didinama per mokesčius surenkama pajamų dalis. Didesnė išlaidų dalis skiriama sveikatos paslaugoms, didesnė išlaidų dalis skiriama pirminei grandžiai.
Sveikatos rodikliai	<ul style="list-style-type: none"> Išlaidų didėjimas sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, keičiantis sveikatos rodiklius, gerėjantys sveikatos rodikliai Sveikatos rodiklių gerėjimas, lemia mažesnę našta valstybei (mažiau išleidžiama ligos pašalpoms, darbdavio praradimai dėl sergančiojo)
Sveikatos paslaugų prieinamumas	<ul style="list-style-type: none"> Sveikatos rodiklių gerėjimas pagal demografinę šalies situaciją (sveikatos rodiklių skirtumas tarp miestų ir kaimų gyventojų) Sveikatos priežiūros įtaigų infrastruktūros pasikeitimas (stipri, bei visiems pasiekiami priminė grandis, mažinamas sveikatos priežiūros paslaugų skaičius, teikiamos ligoninėse)

2 lent. Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo vertinimo kriterijai (sudarytas autorės)

Vertinant efektyvumą sveikatos priežiūros sistemoje – galime, teigti, jog asmens susirgimo pašalinimas, tai jau tam tikras sistemos efektyvumas – atkurtas asmens produktyvumas. Tačiau vertinant efektyvumą iš finansavimo pusės, teigti, jog progresuojančios ligos gydymas yra efektyvu – negalime, nes pažengusios ligos gydymui reikalingos daug didesnės išlaidos. Todėl apibrėžiant sveikatos priežiūros finansavimo efektyvumo teiginį, galime sakyti, jog efektyvu sistemoje turėtų būti laikoma sveikatos sutrikimų ankstyvas diagnozavimas, kitaip tariant sveikatos priežiūros paslaugų teikimas visais turimais būdais, mažiausiais karštais.

Vertinant sveikatos priežiūros sistemos finansavimo efektyvumą pasitelkiama daugelio rodiklių, atspindinčių šalies gyventojų sveikatos situaciją analizė. Analizuojant sveikatos finansavimo tendencijas, galime tegti, jog šiandieninis sveikatos finansavimo modelis yra orientuotas į pasekmių šalinimą – susirgusiųjų gydymą, neatsižvelgiant kiek pažengęs susirgimas.



15pav. Sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymo modelis Lietuvoje (sudarytas autorės)

Siekiant efektyvaus finansavimo įsisavinimo svarbu, jog už lėšų paskirstymą atsakingos institucijos nuolat analizuotų esamą situaciją, bet numatytų galimą biudžeto pajamų bei išlaidų kitimą, bei tam ruoštųsi iš anksto. Pirmiausiai turi būti įvertinta sveikatos priežiūros pajamų bei išlaidų struktūra. Siekiant efektyvumo sveikatos sektoriuje svarbu išsiaiškinti esamą situaciją, nes sveikatos sektoriaus išlaidos nuolat didėja, o valstybės ekonominė padėtis nesudaro sąlygų skirti didesnę dalį pajamų. Todėl siekiant efektyvumo tokiomis sąlygomis, svarbu išsiaiškinti kur šiuo metu yra skiriama didžiausia PSDF biudžeto pajamų dalis bei rasti galimybes šias pajamas perskirstyti taip, jog būtų užtikrinta didžiausia nauda. Kitaip tariant siekiant įvertinti sveikatos sektoriaus efektyvumą turi būti vertinami sveikatos priežiūros paslaugų kaštai, jų pasiskirstymas bei pasekmės.

Viešoji politika, programos ir projektai yra veiksmingi, jei jų rezultatai atitinka apibrėžtus tikslus, t.y. jeigu jų poveikis visuomenei, situacijai, procesams arba problemų sprendimui pateisina investicijas, sunaudotus išteklius ir daro realią įtaką vienai arba kitai visuomenės struktūrai, interesų grupei, t.y. programa veiksminga, jei ji pasitvirtina kaip teisinga, pozityvi vertinant iš visuomenės pozicijų. (Puškorius R., Raipa A., 2002)

Sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje yra reglamentuota įstatymais. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme yra apibrėžta visuomenės sveikatos priežiūros samprata - organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma (Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002).

Šis įstatymas vaidina svarbų vaidmenį sveikatos sistemoje. Nepakankamas dėmesys šiai sričiai gali būti laikoma viena iš asmens sveikatos priežiūros išlaidų augimo priežasčių, nes nefunkcionuojant visuomenės sveikatos priežiūros sistemai, asmens sveikatos priežiūros paslaugoms tenka skirti didesnę PSDF biudžeto dalį.

Visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tvarumas šiuolaikinėje visuomenėje – labai svarbus visuomenės sveikatos priežiūros politikos tikslas, kuris remiasi holistiniu sveikatos požiūriu, ieško naujų, kokybiškų, prieinamų ir įrodymais grįstų paslaugų teikimo ir bendradarbiavimo formų, atitinkančių visuomenės poreikius, padeda pasirengti galimoms grėsmėms visuomenės sveikatai ir jas suvaldyti, racionaliai naudoja išteklius (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl

nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo. 2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1291).

Siekiant permainų sveikatos priežiūros sistemoje reikalingi strateginiai sprendimai. Strateginis valdymas tai procesas, kurio metu yra siekiama efektyviau išnaudoti savo pranašumus bei pašalinti trūkumus. Yra plačiai žinomi penki strateginio valdymo uždaviniai:

- nustatyti tikslą ir ilgalaikės plėtros perspektyvą;
- nustatyti, kaip turi būti pasiektas tikslas; kokius jis užbrėžia uždavinius;
- numatyti, koku būdu turi būti realizuoti šie uždaviniai; kokie jų įgyvendinimo svertai, mechanizmai;
- efektyviausiu būdu įgyvendinti pasirinktą strategiją – kokie geriausi būdai, keliai, veiksmų kryptys, priemonės, jų seka, kad rezultatas būtų geriausias;
- vertinti strategijos įgyvendinimą – atlikti stebėseną, monitoringą, atitinkamai koreguojant ilgalaikius tikslus ir uždavinius, atsižvelgiant į naujas sąlygas, patirtį, naujas idėjas ir galimybes.

Strateginio planavimo objektas valstybės mastu – nacionalinė ekonomika, jos struktūrinių elementų, ūkio subjektų veikla artimiausioje, vidutinės trukmės ir ilgalaikėje strateginio planavimo teorijoje skiriami trys svarbūs aspektai.

Strateginis valdymas viešojo sektoriaus institucijose dažnai yra sudėtingas procesas. Viešojo sektoriaus įstaigos veikia be konkurencijos, jų veikla finansuojama iš biudžeto, jų veikla nėra lanksti, vyrauja rutina, didelis teisinis reglamentavimas.

Vyriausybei apsisprendus dėl Vyriausybės prioritetų projekto, ministrai rengia jiems pavestų valdymo sričių strateginius veiklos planus, o Vyriausybės įstaigų vadovai rengia strateginių veiklos planų projektus. Taigi bet kurios viešojo sektoriaus įstaigos strateginiai planai yra “nuleisti“, pačių įstaigų strateginis planavimas turi būti glaudžiai susijęs nuo Vyriausybės apsisprendimo.

Numatant sveikatos priežiūros sistemoje finansinių išteklių valdymo strategiją vienas iš svarbių aspektų turėtų būti išlaidų panaudojimo lankstumas, alternatyvių finansavimo šaltinių paieška, efektyvus turimų išteklių panaudojimas.

2014 metais patvirtinta Lietuvos sveikatos 2014 - 2025 metų programa. Programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Numatytas daug sričių apimantis tikslas, todėl tikslinga daugiau dėmesio skirti bendradarbiavimui su kitais šalies ūkio sektoriais, siekiant, kad

Lietuvos gyventojų sveikata taptų visų šalies sektorių prioritetu. Numatytas tikslas gali būti sėkmingai pasiektas tik tuomet kai yra pakankamai aprūpinama vienu iš svarbiausių išteklių – finansais. Kadangi programoje numatyti platūs ir daug apimantys tikslai, sveikatos priežiūros sistema turi būti efektyvinama. Kadangi biudžetas yra ribotas, o programos iškelti tikslai nėra lengvai pasiekiami, bei apimantys ne vieną šalies ūkio sistemą reikalingas optimalus sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimas.

2013 metais kovo 19 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintame 2013-2015 metų strateginiame veiklos plane numatyti konkretūs tikslai, reikalingi įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą. Taip pat joje numatyti ir veiklos efektyvinimo rodikliai:

1. Skatinti nevyriausybinę organizacijų veiklą siekiant gerinti visuomenės informatyvumą apie sveiką gyvenseną, profilaktines programas ir kitas sveikatinimo programas.
2. Efektyvinti kompensuojamųjų bei centralizuotai perkamų vaistų kainų nustatymo procesą.
3. Didinti PSDF biudžeto lėšų panaudojimo skaidrumą bei efektyvumą. Sutvarkyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų metodiką, užtikrinančią aiškesnę kainų nustatymo tvarką.
4. Didinti brangios medicinos įrangos panaudojimo efektyvumą.
5. Mažinti korupcijos prielaidas sveikatos sistemoje.
6. Pagerinti asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, patvirtinti 2013-2015 metais parengtų ar atnaujintų diagnostikos priemonių ir gydymo tvarkos aprašų rengimo prioritetinių krypčių sąrašą.

Lėšų stygius yra viena iš didžiausių sveikatos priežiūros sistemos silpnybių. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas yra priklausomas nuo valstybės biudžeto dydžio, kitaip tariant nuo surenkamų mokesčių dydžio, taigi kuo efektyvesnė mokesčių sistema tuo efektyviau gali veikti valstybės sektorius. Vyriausybė nuolat turi rinktis – išleisti pinigus einamosioms reikmėms ar kapitalo investicijoms, investuoti į sveikatos apsaugą ar ekologiją, švietimą ar naujas technologijas ir t. t., todėl valstybės išlaidų optimizavimas tampa sudėtinga užduotimi.

Pagal išlaidų pobūdį valstybės išlaidos gali būti skirtoms į produktyvias ir neproduktyvias išlaidas. Produktyvios valstybės išlaidos apibrėžiamos kaip tokios, kurios papildo privataus sektoriaus gamybą ir sukelia teigiamą išorinį efektą privataus sektoriaus įmonėms, teigiamai veikia

ribinį kapitalo ir darbo produktyvumą. Sveikatos priežiūros sistemos išlaidos yra priskiriamos produktyvioms išlaidoms (Lina Graštviėnė,2015).

Viešajam sektoriui yra sunku prisitaikyti prie šalies ekonominės padėties. Optimistiniai tikslai bei lėšų panaudojimo prognozės nebūtų probleminės, jeigu blogėjant ekonominei padėčiai šalyje ir nesurenkant pajamų automatiškai mažėtų ir biudžeto išlaidos, bet šiuo atveju viešajam sektoriui sumažinti šią riziką labai sunku. Norint tokiu atveju sumažinti lėšas sunku paskirstyti prioritetus, pagal kuriuos būtų galima mažinti jas. Taip pat sprendžiant išlaidų didėjimo problemą sveikatos priežiūros sistema turėtų būti tam tikrų trumpalaikių pasiekimų didinant efektyvumą ir ilgalaikių strateginių veiksmų derinys.

Sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš PSDF biudžeto, lėšos į šį biudžetą yra surenkamos funkcionuojant sveikatos draudimo sistemai. Sveikatos draudimo sistema yra viena iš sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo sudedamųjų dalių. Šios sistemos paskirtis finansuoti patirtas išlaidas dėl sveikatos sutrikimų. Vienas iš svarbiausių sveikatos draudimo principų – solidarumas. Šis principas suteikia galimybę bei garantiją, jog šalies gyventojai mokėdami sveikatos draudimo mokestį, bus garantuoti, jog gaus sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau tokiu atveju kai mokančiajam paslaugų neprireikia, jo sumokamos lėšos yra naudojamos kitų sergančiųjų paslaugoms apmokėti. Iš vienos pusės toks principas neužkrauna mokestinės naštos asmeniškai mokančiajam, jo mokama įmoka nėra lygi paslaugų gavimo kaštams, taigi tai asmenį apsaugo nuo didesnių finansinių įsipareigojimų, tačiau sveikatos priežiūros finansavimo sistemai tai sukelia sunkumų, nes toks principas skatina bereikalingą, nepasvertą naudojimąsi sveikatos priežiūros paslaugomis. Tuo tarpu šiuo metu sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms gydymo įstaigoms (ypač ligoninėms) ligonių kasų skiriama lėšų dalis priklauso nuo suteiktų paslaugų kiekio. Taigi tiek asmuo tiek sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai nėra suinteresuoti riboti sveikatos priežiūros paslaugų poreikį. Autorės teigimu tai turi įtakos sveikatos priežiūros finansavimo išlaidoms didėti.

Analitikai išskiria pagrindines priežastis lemiančias apmokėjimą gydymo įstaigoms už suteiktas paslaugas – surenkamos sveikatos draudimo lėšos, sutartinės sąlygos tarp paslaugų teikėjų ir teritorinių ligonių kasų ir teisinis reglamentavimas, bei šalies demografinės padėties keitimasis. Visi šie įvardijami faktoriai yra įtakojami šalies ekonominės padėties.

Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas, yra jautri visuomenei, sistema. Į bet koki finansavimo pasikeitimą visuomenė reaguoja jautriai, nes tai paliečia sritį, kurioje asmuo neturi kito

pasirinkimo tik naudotis šalyje esama sveikatos priežiūros sistema, nes ji veikia be konkurencijos, tačiau tuo pačiu tai sistema, reikalaujanti daugiausiai valstybės išlaidų.

Vertinant sveikatos priežiūros finansavimo didėjimą, negalime, teigti, jog didėja ir paslaugų kokybė, kas šiuo atveju turėtų būti prioritetas. Dažnu atveju pasitaiko, jog didėja ne kokybė, tačiau kiekybė. Taigi galime daryti išvadą, jog sveikatos priežiūros finansavime labai svarbu efektyvus lėšų paskirstymas.

2.1 Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai

Svarbu užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros finansavimo valdymą, nes nuo finansavimo mechanizmo priklauso sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, sveikatos priežiūros išteklių valdymas, medicinos specialistų darbo užmokestis, teikiamų paslaugų kokybė. Tačiau, čia susiduriama su problema, kai dėl nepalankios ekonominės situacijos sveikatos priežiūrai skiriamas mažesnė finansų dalis, tačiau nėra imamasi būdų, kaip tokiu atveju sumažinti ir teikiamų paslaugų kiekį. Šiuo atveju, ne riboti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tačiau mažinti jų poreikį, kitaip tariant atsižvelgiant į sveikatos sektoriaus jautrumą šalies ekonominei padėčiai, orientuotis į sveikatinimo paslaugų teikimą, ankstyvą diagnozavimą.

Literatūroje yra minimi pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modeliai.

Tarp šalių yra labai didelė sveikatos draudimo sistemų įvairovė, atsižvelgiant į tų sistemų finansavimą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (Levišauskaitė K., Rūkšys G., 2003).

- Beveridžio modelis;
- Bismarko modelis;
- Semaškos modelis;

Beveridžio nacionalinės sistemos modelis:

- Finansavimas iš mokesčių;
- Finansavimas iš valstybės biudžeto;
- Nustatyti įnašai iš privataus sektoriaus;
- Prieinamumas visiems piliečiams;
- Pavaldumas valstybinims organams;
- Vyriausybinių institucijų kontrolė
- Gydytojų apmokėjimo už darbą priklausomybė nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus

- Kai kurios priemokos iš pacientų asmeninio biudžeto.

Šis modelis dominuoja išsivysčiusiose šalyse.

Svarbiausias Beveridžio modelio tikslas yra apimti visus šalies gyventojus ir šalyje gyvenančius asmenis, kad medicinos paslaugos būtų prieinamos visiems, kuriems jos yra reikalingos. Vadovavimą sveikatos apsaugos tarnyboms vykdo valstybės tarnautojai. Gydytojų atlyginimų dydis tokioje sistemoje priklauso nuo pacientų skaičiaus, o stacionarai finansuojami .

Beveridžio modelio privalumai: sveikatos priežiūros visuotinis prieinamumas, lygiateisiškumas ir galimybė rinktis sveikatos priežiūros paslaugas. Kaip trūkumą galime įžvelgti sveikatos priežiūros finansavimą iš mokesčių ir finansavimą iš valstybės biudžeto. Sveikatos paslaugų finansavimas neturėtų apsunkinti valstybės biudžeto, o surenkamais mokesčiais nereikėtų kompensuoti sveikatos paslaugų apmokėjimo. Sveikatos priežiūros paslaugoms turėtų būti sukurtas atskiras fondas su nepriklausomu nuo valstybės biudžetu. Tai reiškia, kad toks fondas bus savarankiškas ir nepriklausomas nuo vyriausybės reguliavimo ir surenkamų mokesčių dydžio.

Bismarko socialinio – medicininio draudimo modelis:

- Finansavimas iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įnašų arba mokesčių;
- Lėšos kaupiamos fonduose, t.y. nevyriausybinėse, tačiau įstatymais įteisintose finansų valdymo institucijose.
- Fondai sudaro kontraktus su ligoninėmis, šeimos gydytojais dėl medicinos pagalbos ir moka jiems iš fondo lėšų už apdraustiems pacientams suteiktas paslaugas.

Šalys, kuriose taikomas Bismarko modelis: Austrija, Belgija, Vokietija, Olandija, Prancūzija. Pagal Bismarko sistemą socialinis draudimas skirtas tik dirbantiems. Dirbantieji moka įmokas į įstatymų nustatytus fondus, valdomus pačių apdraustųjų atstovų ir gauna medicininį aptarnavimą finansuojamą iš privalomai surinktų įmokų. Įmokų dydis ir trukmė priklauso nuo darbo stažo ir nuo pajamų dydžio, gauto iki socialinės rizikos atsiradimo.

Centralizuota Semaškos modelio sistema:

- Finansuojama iš valstybės biudžeto;
- Kontroliuojama valstybės, remiantis centrine planavimo sistema;
- Teikiama visiems nemokamai;
- Nėra privataus sektoriaus;
- Nėra prioritetiška, nes sveikatos apsauga neįeina į gamybinį sektorių.

Šalys, kuriose taikytas Semaškos modelis : visos SSRS sudėtyje buvusios šalys, kai kurios Rytų Europos šalys. (Levišauskaitė K., Rūkšys G., 2003).

Kriterijus	Sveikatos draudimo modeliai			
	Lietuvoje taikomas modelis	Beverdžio modelis	Bismarko modelis	Semaškos modelis
Valstybis reguliavimas	Vidutinis	Stiprus	Vidutinis	Absoliutus
Privatus sektorius	Yra	Yra	Yra	Yra
Finansavimas	Sveiktos draudimo įmokos derinamos su biudžetiniu finansavimu	Finansavimas iš valstybės biudžeto	Sveikatos draudimo įmokos	Finansavimas iš valstybės biudžeto
Draudimo įmokų nustatymas	Valstybė	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė
Draudimo įmokų surinkimas	Sodra, VMI	Valstybė	Sodra, VMIS, ligonių kasos	Valstybė
Teikiamos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos
Konkurencija tarp paslaugų teikėjų	Yra	Yra	Yra	Yra

3 lent. Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas. (Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai, Čepulytė G., Palubinskienė S., 2008)

Apžvelgus visus sveikatos draudimo sistemos modelius, nustatyta, jog Europos šalyse labiausiai paplitę du modeliai – Beveridžio ir Bismarko. Jiems didelės įtakos turi valstybė, kuri viena formuoja sveikatos politiką ir prisideda prie sveikatos priežiūros sistemos išteklių paskirstymo tam tikriems sveikatos priežiūros sistemos sektoriams. (Bradauskienė K., Čepienė K., Perkumienė D., Švagždienė B., 2011)

Kiekvienos šalies sveikatos draudimo sistemos kūrimas yra individualus darbas, jį lemia daugelis veiksnių – politinės, socialinės bei ekonominė šalies padėtis. Svarbu suderinti draudiminį finansavimą ir socialinių problemų sprendimą. Pagrindinė šio draudimo funkcija turi būti asmens garantija gauti sveikatos priežiūros paslaugas sutrikus jo sveikatai. Nors sveikatos sistema visuomet

susiduria su lėšų stygiumi, plėtojant sveikatos draudimą tinkamai, jis padeda užtikrinti taip reikalingas garantijas šalies gyventojams.

Lietuvos dabartinis sveikatos priežiūros finansavimo modelis ir institucinė sveikatos draudimo sąranga turi tiek nacionalinės sveikatos tarnybos (Beveridžio modelis), tiek Socialinio sveikatos draudimo (Bismarko modelis) elementų.

Nuo 1997 metų įsigaliojusi sveikatos draudimo sistema Lietuvoje finansuojama iš įmokų, mokesčių ir dalinių pacientų mokėjimų. Sukurta sistema dažnai linksniuojama kaip turinti trūkumų, tačiau Lietuvai atkūrus nepriklausomybę pakankamai sunku iš karto rasti tobulą sveikatos draudimo sistemą ir natūralu, kad ji visuomet gali būti tobulinama.

Iki nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje vyravo Centralizuotas Semaškos modelis. Vis dar sunku išgyvendinti šalies gyventojų mastymą, jog sveikatos priežiūros paslaugos yra nemokamos – jos yra finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis, į kurį mokėdami sveikatos draudimo mokestį, jas sunėša kiekvienas Lietuvos Respublikos gyventojas.

Didžiausia kylanti sveikatos draudimo sistemos problema, netolygumai surenkant tai PSDF biudžeto pajamas, nes pajamų surenkamų iš mokesčių mokėtojų dalis yra mažesnė už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Taip pat dažnai susiduriama įmokų apmokėjimo problema, kai asmuo nuo savo didesnių pajamų sumoka didelę dalį įmokų, o tuo tarpu mažesnes pajamas gaunantis asmuo - mažesnes, tačiau paslaugos yra teikiamos vienodos, o kartais prireikia ir pačio asmens priemokos teikiant paslaugas nekompensuojamas iš PSDF biudžeto.

Tačiau siekiant užtikrint sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems šalies gyventojams Lietuvoje sveikatos draudimo sistema remiasi šiais pagrindiniais principais:

Visuotinumasis – sveikatos draudimo sistemoje dalyvauja visi šalies gyventojai, kiekvienas privalo mokėti (arba už jį turi būti mokamos) PSD įmokas.

Teisumas – įmokos mokamos priklausomai nuo asmens pajamų, o už neturinčius pajamų moka valstybės biudžetas

Solidarumas - kiekvienas apdraustasis turi teisę į PSD apmokamą sveikatos priežiūrą nepriklausomai nuo sumokėtos sumos.

PSDF biudžeto įmokos užima svarbų vaidmenį siekiant sklandaus sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo.

2.2 Prevencinių programų bei ankstyvosios ligų diagnostikos įtaka sveikatos priežiūros išlaidoms.

Valstybės politikos tikslas yra gyventojų gerovė. Šalies gyventojai ekonominę padėtį jaučia per valstybės teikiamas paslaugas. Sveikatos sektoriaus pagrindinis tikslas – sveikųjų ir sergančiųjų garantas.

Nacionalinės sveikatos tarybos 2011 metiniame pranešime teigiama, jog valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.

Visuomenės sveikatos koncepcija apima ne tik ligų prevenciją, sveikatos stiprinimą, bet ir asmens sveikatos priežiūros organizavimą, prisidedant prie populiacijos sveikatos gerinimo. (Kanapeckienė V., Petronytė G., 2014).

Minėtame pranešime yra keliamas klausimas ar tikrai valstybė deramai rūpinasi Lietuvos žmonių sveikata.

Vyraujantis sveikatos priežiūros finansavimo modelis turi didžiulę reikšmę, veikiant teisinga linkme užtikrinamas pajamų surinkimas. Tačiau labai svarbus ir teisingas išlaidų paskirstymas, jis gali atnešti didžiulę naudą šaliai.

Skaičiuojant išlaidas ligai gydyti bei ekonominius aspektus, dažniausiai galvojama apie išlaidas vaistams, stacionariniam ar ambulatoriniam gydymui, t. y. apie tiesiogines išlaidas. Dažnai pamirštama tai, kad dėl tam tikros ligos žmogus praranda darbingumą, tampa visuomenės bei šeimos išlaikytiniu, praranda galimybes gauti pajamas iš savo darbinės veiklos. Tai vadinamosios netiesioginės išlaidos sergantiesiems (Norkuas A., Ostarauskas R. ir Šulcaitė R., 2005).

Sveikatos priežiūros sistemą galime laikyti efektyvia, jei už gana mažus kaštus valstybė gali garantuoti asmeniui reikiamo lygio veiksmingą ir kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą. Sveikatos sektorius nuolatos susiduria su finansavimo sunkumais, jie yra riboti, taigi siekiama gerinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę nedidinant išlaidų. Efektyvus sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų naudojimas yra viena iš priežasčių, kodėl daugelyje pasaulio šalių remiama pirminės sveikatos priežiūros grandis ir kartu šeimos gydytojo institucija.



**16 pav. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelis.
(VLK duomenys)**

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme aprašytos institucijos, vykdančios sveikatos priežiūrą. Pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis galime išskirti šias įstaigų grupes : asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros bei mišrias. (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūrų įstatymas. Žin. 1996 Nr. I-1367).

LR Sveikatos sistemos įstatyme (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 Nr. I-552) yra numatyti sveikatos priežiūros lygiai:

- 1) pirminis (pirminė sveikatos priežiūra);
- 2) antrinis (antrinė sveikatos priežiūra);
- 3) tretinis (tretinė sveikatos priežiūra).

Kuo aukštesnis lygis tuo platesnio masto sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos. Taip pat aukštesnio lygio paslaugos yra įkainuotos brangiau. Taigi svarbu, kad sveikatos priežiūros sistemoje, būtų teikia kuo daugiau paslaugų pirminiame lygyje. Sustiprinus pirminės grandies teikiamas paslaugas bei jų prieinamumą būtų galimybė taupyti ne tik PSDF biudžeto lėšas, bet ir diagnozuoti ligas, kol jos nespėjo progresuoti, taip būtų galimybė ne tik taupyti, bet ir mažinti sergamumo ir/ar mirtingumo rodiklius šalyje.

Remiantis ekonomikos teorija, sveikatos priežiūra yra prekė, pasižyminti visuomeninei gėrybei būdingomis savybėmis, t. y. vartojant ją vienam individui, ekonominę naudą gauna visuomenė. Todėl visuomenei naudinga sukurti ir palaikyti sveikatos paslaugų finansavimo mechanizmą, užtikrinantį kiek galima mažesnę finansavimo riziką atskiroms gyventojų grupėms, t. y. naudinga įgyvendinti teisingų finansavimo įnašo principą. Išlaidos sveikatos priežiūrai nuolat auga, o valstybės finansinės galimybės – labai ribotos, taigi reikia ieškoti papildomų sveikatos apsaugos finansavimo galimybių. Esant ribotiems ištekliams, kiekvienas gamintojas (įmonininkas, įmonė, susivienijimas ir net valstybė su savo biudžeto lėšomis) yra priverstas rinktis, kaip jis naudos savo išteklius. Kiekvieną variantą galima įvertinti alternatyviosiomis sąnaudomis (Andriušaitienė D., Jakutis A., Petraškevičius V., Stepanovas A.,)

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme minima, jog visuomenės sveikatos stiprinimas - valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, kurios padeda gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenės dalyvavimą formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai ir didina sveikos gyvensenos motyvacijos efektyvumą, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientuotis į ekonomiškai efektyvesnes sveikatinimo priemones, grindžiamas ligų profilaktika (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Higienos instituto atliktose analizėse minima išvada, jog sveikatą lemiančių veiksnių ekonominių, socialinių, aplinkos, genetinių, elgesio netolygumų sumažinimas, taip pat, sveikatos priežiūros paslaugų kiekybė ir kokybė yra pagrindinis uždavinys, kuris reikalauja tiek nacionaliniu, tiek Europos lygiu suderintų veiksnių ir naujo požiūrio į egzistuojančią sveikatos politiką. Sveikata - 2020 pripažįsta, kad vyriausybės gali pasiekti realių rezultatų gerinant sveikatą, jeigu bus dirbama vyriausybės lygiu ir siekiama dviejų strateginių tikslų pagerinti visų sveikatą ir sumažinti sveikatos netolygumus bei pagerinti lyderystę ir valdymą sveikatos priežiūros srityje.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme numatyti pagrindiniai sveikatinimo veiklos tikslai:

- 1) mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio;

- 2) saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir neįgalumo;
- 3) ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę;
- 4) didinti gyvenimo ekonominį ir socialinį našumą.

Priimant sveikatos politikos sprendimus svarbu remtis teisinga informacija apie gyventojų sveikatos būklę. Bene pagrindinis rodiklis, kuriuo dažniausiai šiuo atveju naudojama, yra bendras mirtingumas arba mirtingumas dėl specifinių priežasčių (Gurevičius R. ir Mekšriūnaitė S., 2014).

Išvengiamo mirtingumo grupės:

- Mirtys dėl sveikatos politikos veiksmingumo stokos:

perspėjamos mirties priežastys - mirtys nuo ligų, kurioms galima užkirsti kelią prevencinėmis priemonėmis (mirtys dėl trachėjos, bronchų ir plaučių vėžio (5-64 m.), kepenų cirozės (15-64 m.) ir traumų, susijusių su transporto įvykiais (5-64 m.).

- Mirtys dėl sveikatos priežiūros veiksmingumo stokos:

mirtys nuo ligų, kurias galima pagydyti: tai ankstyvos mirtys nuo daugelio ūminių ir kai kurių lėtinių ligų.

Remiantis duomenimis apie išvengiamą mirtingumą galima spręsti apie sveikatos priežiūros sistemos ir sveikatos politikos įtaką gyventojų sveikatai bei numatyti naujas veiksmų kryptis. Išvengiamas mirtingumas- tai mirtingumas, nulemtas ligų ar būklių, kurių galima išvengti taikant žinomas bei efektyvias prevencines ar diagnostines ir gydymo priemones. Tokie duomenys naudingi sveikatos sistemoje dirbantiems specialistams, kuriantiems ir įgyvendinantiems prevencines sveikatos programų priemones bei vykdančioms sveikatos politiką, kadangi išvengiamas mirtingumas netiesiogiai parodo sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą ir kokybę.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme įvardijami pagrindiniai principai, kuriais turėtų būti vykdoma sistema.

Visuomenės sveikata ir visuomenės gebėjimas gerinti savo sveikatą turi būti užtikrinami šiais metodais ir priemonėmis:

- 1) ligų profilaktika ir kontrolė;
- 2) valstybiniu visuomenės sveikatos priežiūros reguliavimu, tikslinių programų, užtikrinančių gyventojų gyvenimo kokybę ir sveikatos gerovę, rengimu ir įgyvendinimu;
- 3) valstybine, savivaldybių ir privačia visuomenės sveikatos priežiūra;

4) potencialią grėsmę (pavojų) žmogaus sveikatai keliančių produktų sertifikavimu bei veiklos sričių licencijavimu;

5) visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringu) ir ekspertizę, neatidėliotinu visuomenės informavimu apie atsiradusias užkrečiamąsias ligas, apsinuodijimus ir kitas masines užkrečiamąsias ligas, gyvenamosios aplinkos būklę, vykdomas ligų kontrolės bei profilaktikos priemones, sveikos gyvensenos propaganda ir gyventojų sveikatos ugdymu;

Visuomenės sveikatą užtikrinančios priemonės finansuojamos iš valstybės ir savivaldybių biudžetų, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, fizinių ir juridinių asmenų lėšų, kitų šaltinių, laikantis įstatymų ir kitų teisės aktų nustatytos tvarkos. (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002, **4 str.**)

Galime išskirti šias prevencinių programų galimybes:

- Ankstyvos pradžios diagnostika
- Bendrai problemų susijusių su psichikos ir elgesio sutrikimais atsiradimo mažinimas
- Laiko taupymas
- Gydomo ir stacionarizavimo išlaidų mažinimas.

Siekiant įvertinti prevencinių programų bei ankstyvosios diagnostikos įtaką sveikatos priežiūros išlaidoms pirmiausiai reikalingas modelis leisiantis tai įvertinti. Pirmiausiai turi būti įvertinta esama situacija

- kokiomis ligomis dažniausiai sergama paskutiniu metu;
- mirtingumo rodiklis – pagrindines jo priežastis;
- sveiko gyvenimo metai;

Pagrindinį ekonominį praradimą sudaro ne išlaidos sveikatos priežiūros sistemai, bet nesukurtas produktas dėl to, kad asmenys nedirbo ligos metu ir nedirbs iki pensijos. Taigi galime teigti, jog sveika visuomenė – ekonomiškai tvarios šalies pagrindas.

Negydamas ir nekontroliuojant pagrindinių suaugusiųjų ligų susirgimų didėja mirtingumo rizika, taip pat diagnozavus tam tikras ligas pavėluotai atsiranda komplikacijų tikimybė, o pavėluotai diagnozuotų ligų gydymas kainuoja daugiau, todėl pagrindinės sveikatos priežiūros išlaidos tenka komplikacijų gydymui. Išplėtojus prevencines programas bei ankstyvąją diagnostiką būdų galima ankščiau taikyti gydymą bei išvengti komplikacijų.

Didėjant sveikatos priežiūros išlaidoms, sveikatos priežiūros integravimo modelių, atliekančių asmens ir visuomenės poreikius, diegimas tampa vis aktualesnis. Sveikatos priežiūros paslaugų integravimas prisideda prie efektyvesnės ir veiksmingesnės sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo. PSO integruotą sveikatos priežiūrą įvardijo viena iš sėkmingų lėtinių neinfekcinių ligų valdymo strategijų sveikatos sistemoje (Kanapeckienė V., Petronytė G., 2014).

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros praradimus pirmiausiai turime įvertinti tiesioginius pagrindinių susirgimų su komplikacijomis kaštus, finansuojamus iš PSDF biudžeto. Kitas aspektas, kurį turime įvertinti tai PSDF biudžeto išlaidas susirgimams diagnozavus ankstyvojoje stadijoje, pasitelkiant prevencines programas.

Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo srityje tampa aktualu nustatyti prioritетines ligas ir tikslines grupes, kurioms būtų kuriami ir diegiami integruotų pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų modeliai. Šių modelių įgyvendinimui vertinti būtina sukurti vertinimo įrankį ir rodiklius, kurie leistų sveikatos priežiūros sistemos, paslaugų teikėjų ir gavėjų lygiais nustatyti rezultatus, reikalingus tolesniam integracijos planavimui ir įgyvendinimui. (Kanapeckienė V., Petronytė G., 2014).

2.3 Sveikatos priežiūros finansavimo reikšmė

Lietuvoje vyraujantis sveikatos priežiūros finansavimo metodas, kuris užtikrina sveikatos priežiūros paslaugas visoms socialinėms grupėms, vienai grupei negalint mokėti įnašo į biudžetą, teikiamos paslaugos iš kitos grupės sumokamų įmokų. Tačiau vien tik toks metodas apsunkintų biudžeto pajamų surinkimą, todėl čia įsijungia valstybė, skirdama savo įnašą. Taigi galime teikti, jog Lietuvoje vyraujantis mechanizmas užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą didelei visuomenės daliai.

Siekiant gerinti šalies socialinę padėtį bei mažinti netolygumus turi būti įtraukti visi šalies resursai. Kitu atveju ne tik sveikatos sektorius bus nepajėgus susitvarkyti su tokiais iššūkiais. Siekiant mažinti šiuos netolygumus turėtų būti gerinami demografiniai rodikliai, tai pat vienas iš svarbių veiksnių lemiančių socialinių netolygumų mažinimą yra bedarbystės mažinimas. Čia didžiulį vaidmenį vaidina privatus verslas, labai svarbu pritraukti kuo daugiau investicijų. Svarbu, jog būtų globojamas smulkus ir vidutinis verslas.

Socialiniams sveikatos netolygumams atsirasti įtakos turi įvairūs socialiniai ir ekonominiai veiksniai, apimantys gyvenamąją bei darbo aplinką. Šie veiksniai turi didelės įtakos gyventojų sveikatai, kadangi socialinė ir ekonominė aplinka veikia gyvenseną, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei kokybę (Aguonytė V., Beržanskytė A., Nedzinskienė L., Valentienė J., Zolubienė E., 2013).

Siekiant mažinti šią susidariusią situaciją Lietuvoje į šį procesą turėtų įsitraukti ne tik sveikatos sektorius. Realių rezultatų būtų galima pasiekti jeigu dalyvautų ir kiti valstybės sektoriai – švietimo, socialinis, ekonomikos. Turėtų būti didinamas išsilavinusių žmonių skaičius. Priemonės, kurios galėtų sušvelninti susidariusią situaciją:

- Demografinių rodiklių gerinimas
- Investicijų pritraukimas, smulkaus ir vidutinio verslo globojimas ir bedarbystės mažinti
- Socialinė politika savivaldybėse
- Dėmesys švietimui bei kultūrai
- Bendruomenės sveikatos raštingumo ugdymas ir aktyvinimas.

Susidarę visuomenės netolygumai turi įtakos ir sveikatos priežiūros finansavimui, o tiksliau PSDF biudžeto išlaidų didėjimui. Pirmiausiai atsiradus socialiniams netolygumams kyla rizika sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Didėja miesto ir kaimo gyventojų sveikatos netolygumai. Senstant populiacijai, didėja sergamumas lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, taigi didėja sveikatos priežiūros poreikis, o kartu ir sveikatos priežiūros išlaidos, reikia vis naujų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų. Vis dar vyrauja dėmesys ligų gydymui, o ne jų prevencijai ir profilaktikai.

Pasak M. Sriubo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nustatomas atsižvelgus į tris kriterijus: laiką, per kurį gaunama paslauga, jos tinkamumą geografiniu požiūriu ir medicininių poreikių, atitinkančių įgūdžius ir išteklius, teikimo užtikrinimą.

Susiduriant su finansavimo sunkumais atsiranda didžiulis poreikis efektyvinti sveikatos priežiūros sistemą. Siekiant tai padaryti svarbu išnaudoti turimus resursus. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pirmiausiai gali būti mažinamas sustiprinus pirminę asmens sveikatos priežiūros įstaigos grandį – šeimos gydytojo instituciją. Tačiau pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų gydytojais, teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neturi laiko mokyti pacientų

sveikos gyvensenos principų, sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – svarbus veiksnys siekiant sveiko ir kokybiško gyvenimo.

Tiek asmens, tiek visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos dažniausiai teikiamos izoliuotai, nederinami pirminės, antrinės, tretinės profilaktikos, sveikatos raštingumo didinimo veiksmai. Dėl to neretai ligų profilaktikos ir sveikatos stiprinimo paslaugos gyventojams teikiamos nepakankamai, neužtikrinamas reikiamas paslaugų prieinamumas riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis turintiems žmonėms.

Sveikatos sistemą, kaip ir bet kurią kitą sritį, veikia du pagrindiniai veiksniai: paklausa ir pasiūla. Tačiau, kai kalbame apie sveikatos sistemą ar jos reformas, dažniausiai mintyse turime pasiūlos aspektą – sveikatinimo paslaugų sistemą ir jos problemas, t.y., dažniausiai sistemą vertiname paslaugų teikėjų požiūriu, nes būtent paslaugų teikėjai turi didžiausią įtaką sveikatos sistemos valdymui (Matkevičiūtė E., Žaptorius J., 2014)

Dažnai visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos organizuojamos tam tikroms visuomenės grupėms, trūksta individualizuotų konkrečiam žmogui skirtų sveikatos stiprinimo paslaugų (individualių konsultacijų) tiek sveikam, tiek turinčiam sveikatos problemų. Taigi svarbu, jog sveikatos sistema egzistuotų ne tik pacientui, tačiau ir sveikam asmeniui kaip garantas, jog nesusirgs.

Paslaugų kokybė taip pat svarbus aspektas vertinant sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos nulemia ne tik paciento pasitenkinimą gauta paslauga, tačiau tai turi įtakos ir paciento sveikatos būklei. Netinkamai ar klaidingai diagnozuota liga kelia riziką pacientui susirgti sunkiau, o tai taip pat įtakoja ir PSDF biudžeto išlaidas bei mūsų šalies gerovę. Paskutiniu laiku pastebėta organizacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo trūkumų. Pacientai susiduria su problema kai tam tikros sveikatos priežiūros paslaugos ar specialisto konsultacijos tenka laukti labai ilgai.

Iš sveikatos sistemos, kuri Lietuvoje didžiąja dalimi yra valstybinė, gyventojai laukia geresnio paslaugų prieinamumo pritardami principui mokėti už gautas paslaugas. Lūkesčiai, kad sveikatos priežiūra gerės, nuolat didėja, o lėšų stygius verčia politikus riboti investicijas į sveikatos priežiūros plėtrą. Visa tai kelia įtampą tarp visuomenės ir valstybinių valdymo struktūrų, reguliuojančių sveikatos apsaugą (Gurevičius R., Jankauskienė D., Pečiūra R., 2006).

Svarbu jog sveikatos priežiūros finansavimo modelis užtikrintų ne tik sklandų pajamų surinkimą, bet ir galimybę mažinti netolygumus, bei praradimus dėl jų. Tai turi įtakos ne tik PSDF lėšų sutaupymui, bet ir visuomenės gerovei.

3. TYRIMO METODOLOGIJA

Pirmiausia reikia pradėti nuo sisteminio požiūrio į sveikatos priežiūros modelio ir jo veiklos schemas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modelis gali būti traktuojamas kaip valdymo sprendimų sąlygotų tarpusavyje susijusių finansinių išteklių judėjimo sistema. Šis sisteminis suvokimas atspindi dinamiško sistemos esmę finansinių ekonominių sprendimų kontekste.

Sveikatos priežiūros finansavimo modelio efektyvumas priklauso nuo nepertraukiamos šalies rodiklių analizės bei sprendimų, kur turėtų būti nukreiptas finansavimas, sekos. Kiekvienas sprendimas daro didžiulę įtaką šalies ekonominei bei socialinei padėčiai. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo sprendimai įtakoja finansinių lėšų, būtinų sveikatos sistemai veikti, judėjimą. Kiekvienas sprendimas turi būti priimamas lyginant gaunamą naudą su patiriamomis išlaidomis. Reikalinga analizė, aiškinantis, ar tiesiogiai ir netiesiogiai patirtos išlaidos galutiniame rezultate buvo panaudotos efektyviai. Sveikatos priežiūros sistemoje tai nėra paprasta apskaičiuoti ir numatyti iš anksto, todėl svarbu nuolat analizuoti sveikatos priežiūros pajamas bei išlaidas, bei tai įtakojančius rodiklius bei jų kitimo tendencijas.

Siekiant numatyti ar sveikatos sistemos finansavimas nukreiptas tinkama linkme, turime įvertinti privalomojo sveikatos sistemos modelio pajamas bei išlaidas. Svarbu nustatyti ekonominius veiksnius, galinčius daryti įtaką jų kitimui. Išsiaiškinus pagrindinės PSDF biudžeto pajamų bei išlaidų tendencijas, svarbu apžvelgti sveikatos priežiūros sistemos išteklius, bei jų įtaką PSDF biudžetui.

Tyrimo objektas – sveikatos priežiūros finansavimo modelis.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti prevencinių programų įtaką sveikatos priežiūros finansavimui.

Tyrimo metodas – kiekybinis tyrimas, vertinant sveikatos priežiūros finansavimo kryptis, lyginant sveikatos priežiūros išlaidas progresuojančios ligos gydymui su išlaidomis pasinaudojus ankstyvu ligų diagnozavimo metodu - prevencinėmis programomis.

Siekiant atskleisti finansavimo skirtumus bei atlikti prognozinis skaičiavimus bei siekiant išvengti duomenų trūkumo - analizuojami duomenys iki 2014 metų.

Sveikatos priežiūros praradimai apskaičiuojamai pagal sudarytą formulę:

Ligos su komplikacijomis (darant prielaidą, jog reikalingas stacionarinis gydymas) kaina – ligos gydymo išlaidos diagnozavus ankstyvoje stadijoje kaina = sveikatos priežiūros finansavimo praradimai

Atliekant išsamesnę analizę, kuri atskleistų sveikatos priežiūros finansavimo modelio ypatumus analizuojami Lietuvos duomenys remiantis Statistikos departamento, Eurostat, Pasaulinės sveikatos organizacijos ir Valstybinės ligonių kasos bei kitomis statistinių duomenų bazėmis.

Šis praradimų vertinimo modelis bei sveikatos rodiklių analizė naudinga vertinant sveikatos priežiūros finansavimo tendencijas. Išsiaiškinus galimus praradimus dėl netinkamo finansavimo atsirastų galimybė perskirstyti sveikatos priežiūros prioritetus bei galimybes perskirstyti patį finansavimą.

Tokiu atveju, jei ligos diagnozavimas ankstyvoje stadijoje, naudojantis prevencinėmis programomis yra pigesnis, nors teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kiekis yra vienodas lyginant su progresuojančios ligos diagnozavimu – pirmenybė, tai turi tapti sveikatos priežiūros sistemos prioritetu.

4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO MODELIO VERTINIMAS: PRARADIMŲ METODIKA

4.1 Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto pajamų ir išlaidų tendencijos

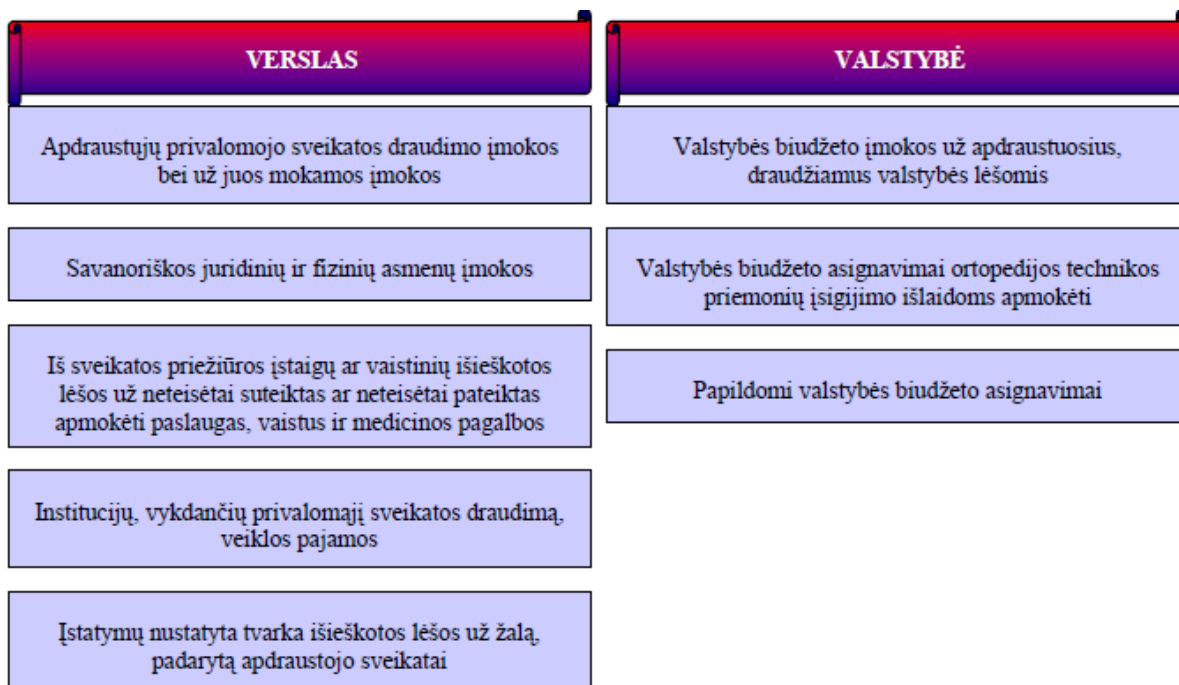
Vienas iš valstybės uždavinių yra užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvos gyventojams. Aišku tai, jog šioms funkcijoms atlikti reikalingi dideli finansiniai ištekliai. Sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš PSDF biudžeto, kurio pagrindines pajamas sudaro apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos, taip pat Lietuvos Respublikos biudžeto įmokos bei asignavimai.

E. Buškevičiūtė savo knygoje teigia, jog valstybės poveikis ekonomikai, taikant mokesčius, turi būti sisteminis, nes mokesčiai, kaip svarbiausias kaupimo reguliatorius, užtikrina šalies ekonomikos augimą. Valstybė priklausomai nuo šalies ekonominės būklės privalo kombinuoti mokesčių ir išlaidų finansinius svetus.

Šiandieninėje visuomenėje vis dar sunku pakeisti asmenų mastymą apie tai, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš PSDF biudžeto, o ne nemokamos. Tik draudimo sistemoje dalyvaujantys asmenys gali pretenduoti į sveikatos priežiūros paslaugas apmokamas iš PSDF biudžeto. Draudėjai moka 3 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka apskaičiuotų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos, savarankiškai besidraudžiantieji bei individualią veiklą ar veiklą su verslo liudijimu vykdantys asmenys ar žemės ūkio valdytojai, kas mėnesį moka 9 procentų minimaliosios mėnesinės algos. PSDF biudžeto pajamos priklauso nuo daugelio ekonomikos veiksnių – gyventojų skaičiaus, nedarbo lygio, vidutinio darbo užmokesčio. Analizuojant pateiktus VLK duomenis PSDF biudžeto pajamos kiekvienais metais auga. Lyginant 2013 ir 2014 metų duomenis, PSDF biudžeto pajamos buvo 7,9 procento didesnės nei 2013 metais.

2012 m.	2013 m.	2014 m.
1154557460 Eur.	1193897706 Eur.	1281583642 Eur.

4 lent. PSDF biudžeto pajamos (VLK duomenys).



17 pav. PSDF biudžeto įmokų kategorijos (Išlaidų sveikatos apsaugai naštos verslui ir valstybei įvertinimas, Ekonomika ir vadyba:200.14, Rasa Kirkausienė, Žaneta Karazijienė)

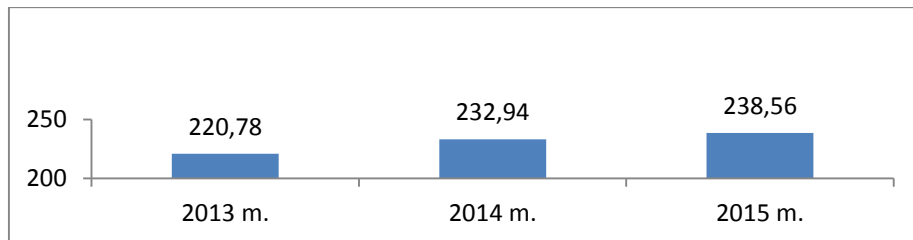
Sveikatos draudimo įstatyme yra numatytas įmokos dydis. Taigi šalies ekonomika, kurioje šiandien pagrindinį vaidmenį vaidina privatus verslas, valstybės biudžetas, valstybės finansuojamų sričių (mokslas, švietimas, sveikatos apsauga, krašto apsauga ir kt.) būklė yra glaudžiai susiję dalykai. Tačiau, sprendžiant paminėtus uždavinius, iškyla klausimas, kokių principų ar prioritetų pagrindu turi būti formuojama mokesčių sistema, kad ji būtų patraukli verslui, investicijoms (dažnai tai suprantama kaip maži mokesčių tarifai, įvairios mokesčių lengvatos) ir užtikrintų reikiamų valstybės ir savivaldybių biudžetų suformavimą.

Privalomojo sveikatos draudimo įstatyme numatyta, jog pagal darbo sutartį dirbantys asmenys bei tuo pačiu vykdančios individualią veiklą sveikatos draudimo įmoką moka nuo abiejų veiklų pajamų, taigi čia susiduriama su dvigubu pajamų apmokestinimu. Lietuvoje daug diskutuojama apie mokesčių naštą, kaip veiksnį stabdantį verslą.

Ekonominės bei finansinės krizės padariniai turėjo įtakos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimui. Nuo 2009 metų biudžetas buvo mažinamas, todėl buvo mažinamas finansavimas visoms sveikatos priežiūros sritims. Įsisiūbavus finansinei krizei Lietuvoje sveikatos sektorius taip pat susidūrė su rūpesčiais, kadangi sumažinti teikiamų paslaugų kiekį sudėtinga, taip pat paslaugų

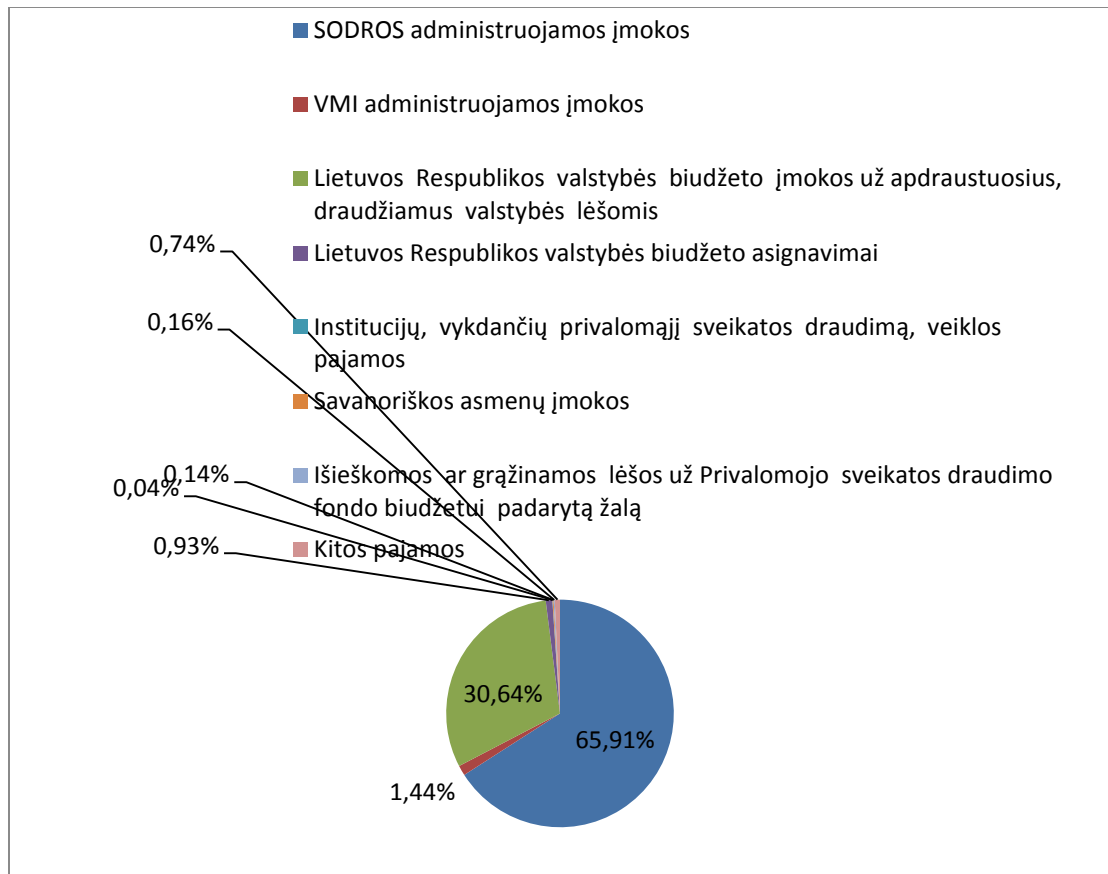
teikiama kokybė negali keistis, turi būti išlaikomas tam tikras lygis, o tai iššūkis mažėjant pajamoms.

PSDF biudžeto pajamų didėjimą lemia valstybės biudžeto įmoka, mokama už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Ši įmoka kiekvienais metais didėja. Privalomojo sveikatos draudimo įstatyme numatytos kategorijos asmenų, kurios gali būti draudžiamos valstybės lėšomis. Pagal galiojantį privalomojo sveikatos draudimo įstatymą tokių asmenų kategorijų yra 14.



**18 pav. Valstybės biudžeto įmoka, mokama už valstybės lėšoms draudžiamus asmenis, Eur.
(VLK duomenys)**

Pagal pateiktus duomenis matome, jog valstybės biudžeto mokama įmoka už padraustąjį didėja, tačiau čia susiduriama su problema, jog ji yra mažesnė už dirbančiojo sumokamą įmoką, o draudžiamų valstybės lėšomis asmenų gydymui tenka didžioji bendrų išlaidų dalis.



19 pav. 2014 metų PSDF biudžeto pajamų struktūra, proc. (Sudaryta autorės, remiantis LR 2014 metų PSDF biudžeto rodiklių įstatymu)

Lietuvoje PSD įmokų nemoka daugiau nei pusė šalies gyventojų. Apie 1,64 mln. gyventojų yra apdrausti valstybės, o tiksliau – mokesčių mokėtojų, neatsižvelgiant nei į jų pajamas, nei į turimą turtą. Tai reiškia, kad net ir galintieji mokėti už savo gydymą nemoka sveikatos draudimo įmokų. Juos apdraudžia mokesčių mokėtojai, už jų gydymą irgi moka mokesčių mokėtojai. Taigi čia atsiranda galimybė padidinti skirtumą tarp iš mokesčių surenkamą PSDF biudžeto dalį bei valstybės mokamą.

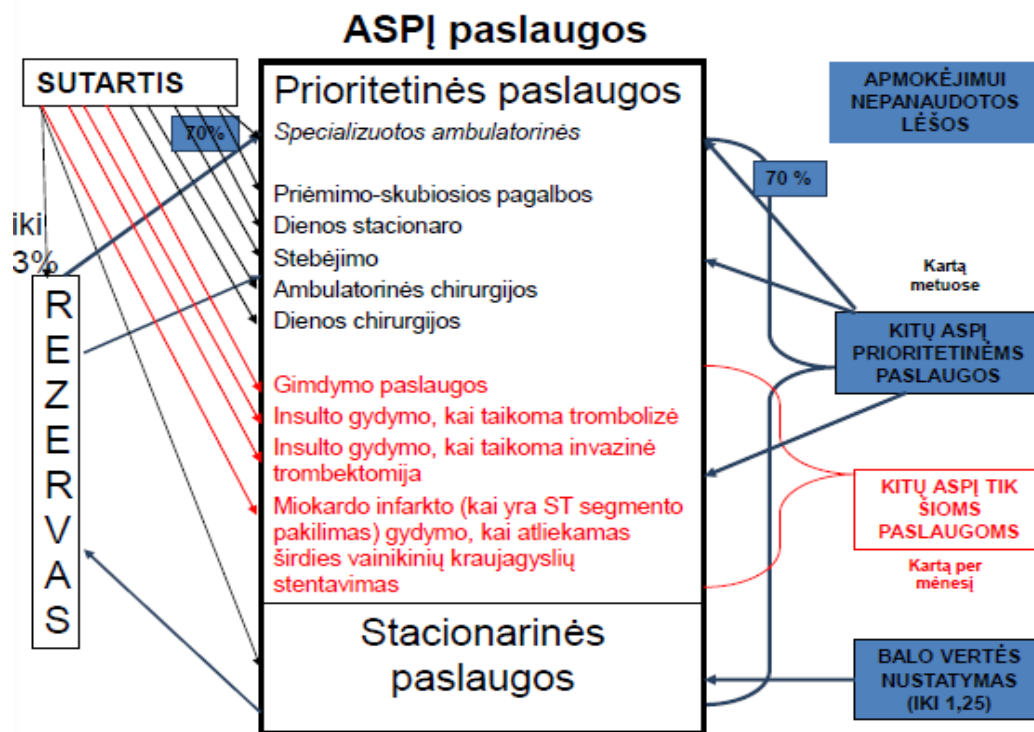
Finansinės krizės metu sveikatos priežiūros sistema susidūrė su sunkumais. PSDF biudžeto pajamos mažėjo, taigi teko mažinti ir išlaidas. Sveikatos sektorius yra gana jautri sritis ir išlaidų mažinimas čia taip pat sudėtingas. Gydymo įstaigos susidūrė su sunkumais, mažėjant finansavimui turėjo mažėti ir jų išlaidos. Teko teikti sveikatos priežiūros paslaugas turint mažiau išteklių.

Galime išskirti pagrindinius veiksnius lemiančius PSDF biudžetą:

Ekonominiai – nedarbo lygis šalyje, dirbančiųjų asmenų skaičius, minimalus bei vidutinis darbo užmokestis, gyventojų pajamos.

Socialiniai – demografiniai pokyčiai, emigracija. Mažėjantis gimstamumas, didėjanti jaunų, išsilavinusių asmenų emigracija, senėjanti visuomenė. Visi šie rodikliai mažina PSDF biudžeto pajamas ir didina išlaidas.

Politiniai veiksniai – Valstybės biudžeto asignavimo dydis yra patvirtinamas valstybės biudžeto Valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patirtinimo įstatymu. Keičiantis šalies ekonominiai padėčiai ši nustatyta įmoka taip pat keičiasi, o tai turi didelės įtakos sveikatos sektoriui bei PSDF biudžeto pajamoms. Besikeičianti politinė bei teisinė aplinka taip pat turi įtakos.

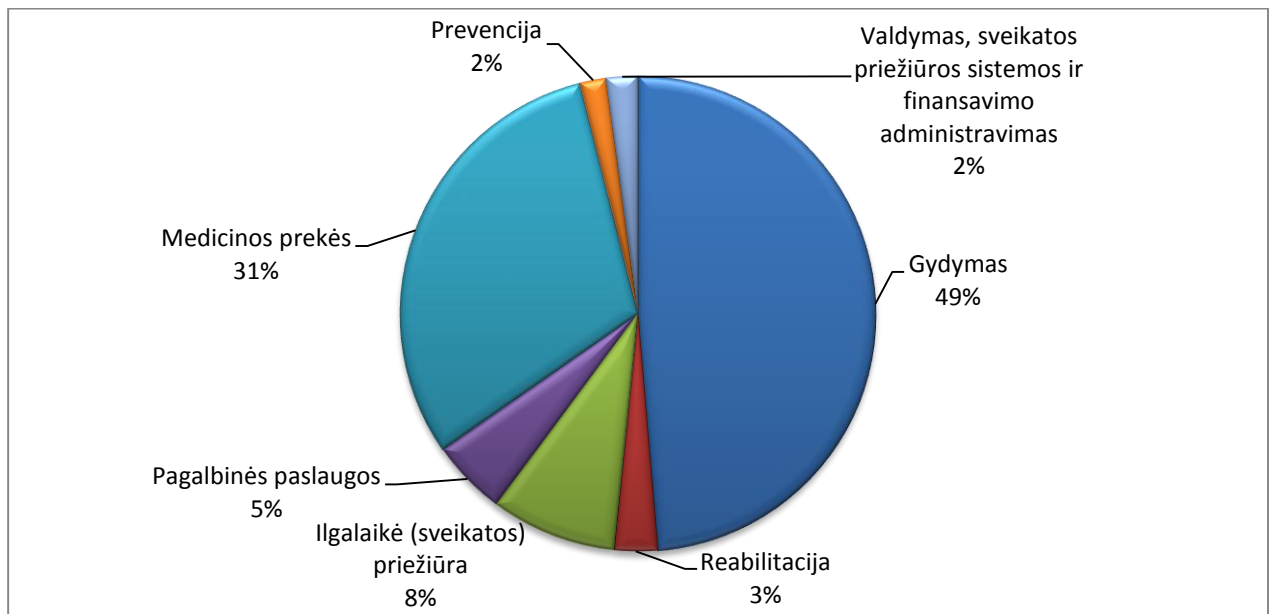


20 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo schema (VLK duomenys).

Pagal pateiktą schemą galime matyti kaip vyksta PSF biudžeto lėšų paskirstymas. Analizuojant PSDF biudžeto išlaidas didžiausią dalį sudaro apmokėjimas sveikatos priežiūros įstaigoms už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau mokėjimas gydymo įstaigoms pagal atvejį, neskatina PSDF biudžeto išlaidų efektyvaus naudojimo. Gydymo įstaigos suinteresuotos teikti

kuo daugiau paslaugų, kad būtų skiriamas vis didesnis finansavimas. Tarkime vienais metais gydymo įstaigai sumažinus teikiamų paslaugų skaičių X proc., kitais metais skirstant finansavimą bus atsižvelgiama į praeitų metų gydymo įstaigos suteiktų paslaugų mastą, bus skiriama tuo pačiu X proc. mažiau lėšų. Esant tokiam finansavimo paskirstymo modeliui skatinamas iškreiptas PSDF lėšų skirstymas.

Siekiant tokio iškreipto PSDF biudžeto finansavimo, yra plečiamas PSDF biudžeto paslaugų spektras. Norint išvengti bereikalingo asmens siunti konsultacijoms pas specialistus, įvedamos išplėstinės konsultacijos, kurios metu pacientas gauna visus reikiamus tyrimus, kad gydytojas galėtų iš karto įvertinti asmens būklę. Tokiu būdu sveikatos priežiūros sistemoje siekiama efektyvinti veiklą bei sumažinti teikiamų konsultacijų kaštus.



20 pav. Išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms 2014m. (stat.gov. duomenys).

Kadangi išanalizavus PSDF biudžeto pajamas matome, jog jų surinkimas yra jautrus ekonominiams veiksniams, todėl siekti ekonominio efektyvumą reikėtų naudojant turimus išteklius bei finansus. Viena iš realių bei ilgalaikį poveikį turinti galimybė – sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas gydymo paslaugoms apmokėti. Tačiau kyla natūralus klausimas kaip, teikti mažiau sveikatos priežiūros paslaugų ar gydyti mažiau? Sveikatos sektorius jautri sfera, nes tai liečia kiekvieną iš mūsų.

Peržvelgus PSDF biudžeto išlaidas matome netolygų lėšų pasiskirstymą, tik maža dalis yra skiriama sveikatinimo, ankstyvosios ligų diagnostikos paslaugoms teikti – prevencijai, reabilitacijai. Manau, jog radus galimybę skirti didesnę finansavimą šioms sritims išlaidos gydymui galėtų sumažėti. Tačiau tokiu atveju sveikatos sistema turėtų didesnę dėmesį skirti į sveikos gyvensenos skatinimą, savo sveikatos vertinimą. Priversti šalies gyventojus pakeisti mastymą ar mažiau sirgti yra be galo sunku, tačiau čia iniciatyvos turėtų imtis ne tik sveikatos sektorius. Ekonominė sistema – tai materialinė arba gamybinė-ūkinė bazė funkcionuoti visoms kitoms (nematerialinėms irgi) visuomenės gyvavimo sritims. Ekonominės sistemos pagrindinė funkcija – tenkinti tiek atskirų individų, tiek visos visuomenės materialinius poreikius. Valstybės ekonominės politikos efektyvumas priklauso nuo objekto – ekonomikos ir joje vykstančių sudėtingų ir prieštaringų procesų – adekvataus suvokimo. Neteisingas situacijos supratimas gali būti vienas iš ekonominę krizę sukeliančių veiksnių. Šiuo atveju ir sveikatos sistemoje labai svarbu, kad tiek sveikatos sektoriaus administravimas tiek sveikatos sistemos dalyviai (įstaigos teikiančios sveikatos priežiūros paslaugas, asmenys, sergantieji) teisingai sudėliotų prioritetus.

4.2 Sveikatos sistemos išteklių. Produktivumas

Lietuvoje už sveikatos priežiūros sistemos kūrimą bei tobulinimą yra atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija, o už lėšų administravimą bei paskirstymą yra atsakinga Valstybinė ligonių kasa bei penki teritoriniai padaliniai didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų perskirstymas yra didžiulis bei atsakingas darbas.

Šiuo metu Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje sveikatos priežiūros paslaugos teikia 134 ligoninės, iš jų 20 miestų ligonių ir 43 rajonų bei apskričių ligoninės. 408 ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugos teikiančios įstaigos. Su visomis šiomis įstaigomis teritorinės ligonių kasos kiekvienais metais sudaro sutartis dėl įvairių paslaugų teikimo. Paskutiniu metu yra vykdomos reformos bei jungiamos ligoninės. Metodologinis ekonominių ir socialinių tikslų integracijos ir efektyvumo įvertinimo matas gali būti darbo efektyvumas. (Stepanas Zaicevas. Socialinio sektoriaus ekonomika).

Keičiantis demografiniai Lietuvos padėčiai sveikatos sistemos sektorius turi prisitaikyti prie vykstančių permainų. Ligoninėse veikia didžiuliai skyriai, o jų išlaikymui reikalingi didžiuliai finansiniai bei žmogiškieji išteklių. VLK skaičiavimais, tipinio akušerijos skyriaus išlaikymas

kainuoja ne mažiau kaip 232 tūkst. eurų per metus, o tam, kad skyrius veiktų efektyviai jame turėtų būti atliekama 402 gimdymai. Grįžtant prie demografinės padėties Lietuvoje gyventojų skaičius ženkliai mažėja, ypač kaimuose bei rajonuose dėl migracijos iš kaimo gyvenviečių į miestus. Taigi natūralu, jog ir besikreipiančiųjų į rajonuose esančias gydymo įstaigas mažėja. Tačiau neatsižvelgiant į tai ligoninėje yra išlaikomi skyriai, be gydantis gydytojas bei komanda. Sveikatos sistema patiria išlaidas, kurios galėtų būti naudojamos efektyviau.

Sveikatos sistemoje gydytojai yra vienas iš svarbiausių išteklių – sveikatos priežiūros žmonių ištekliai. Į šią sąvoką įeina gydytojai, slaugytojai, odontologai, vaistininkai, visuomenės sveikatos specialistai. Sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimas buvo prioritetinga 2006-2015 metų Pasaulio sveikatos organizacijos sritis. Tačiau tokiomis sąlygomis kyla klausimas dėl gydytojo kvalifikacijos, didžiuosiuose šalies gydymo įstaigose gydantis gydytojas atlieka žymiai daugiau operacijų nei rajoninėse ligoninėse. Kyla rizika tokiose gydymo įstaigose gauti nekokybiškas paslaugas. Daug diskusijų sukėlęs buvusio sveikatos apsaugos ministro P. Andriukaičio siūlymas gydytojus recenzentus siųsti stažuotis į “mažąsias” ligonines, kas išgąsdino mediciną studijuojančius asmenis. Tokia vieta nėra patraukti, joje neatliekama daug operacijų, sudėtingų atveju, kas jaunam specialistui svarbu. Tačiau susiduriama su kita problema, gydytojų trūkumu. Jų trūkumas atsiranda dėl netolygaus jų pasiskirstymo.

Sveikatos sektoriuje 2014 metų duomenimis dirbo 13510 gydytojų arba 46 gydytojai 10000 gyventojų. Emigracija bei protų nutekėjimas palietė ir sveikatos sistemą. Tam įtakos turi darbo išteklių judėjimo tarp šalių ekonominės priežastys – skirtingos atskirų šalių ekonominio išsivystymo lygis bei skirtingas darbo užmokesčio lygis. Šiuo metu Lietuvoje paruošti medicinos specialistai išvyksta dirbti į kitas Europos Sąjungos šalis, viena iš priežasčių - darbo užmokestis. Paskutiniaisiais statistikos departamento pateiktais duomenimis paskutinįjį 2013 metų ketvirtį vidutinis gydytojo darbo užmokestis (bruto) siekė 1122,85 Eur. Taip pat yra pastebimas ir gydytojų trūkumas dėl netolygaus jų pasiskirstymo. Lyginant didžiuosius Lietuvos miestus - Vilniuje 10000 gyventojų tenka 35,1 gydytojo, Kaune – 43,4, Klaipėdoje – 40,47, Šiauliuose – 50,2, Panevėžyje – 46,3. Išryškėja regionų ekonominės raidos netolygumai. Tokie netolygumai skatina iškreiptą sveikatos sistemą, tokiu atveju vienuose miestuose pastebimas tam tikrų specialistų trūkumas, kituose perteklius. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems Lietuvos gyventojams šis rodiklis turi panašėti. Taigi siekiant efektyvumo

valdant žmogiškuosius išteklius sveikatos sistemoje svarbu sekti bei matuoti kiekvienos įstaigos darbuotojų produktyvumą.

Mokslinėje literatūroje (Čiarnienė, Kumpikaitė 2011; Čiarnienė 2009; Boneva, Frieze 2001) pagrindiniai veiksniai, turintys įtakos sprendimui migruoti, skirstomi į keturias grupes, iš kurių objektyviai įvertinti galima tik traukos ir stūmimo veiksniai. Tai yra ekonominiai, demografiniai, socialiniai, politiniai, geografiniai ir kiti veiksniai. Taigi sveikatos sektorius turi taip pat prisitaikyti prie vykstančių permainų šalyje. Efektyvus žmogiškųjų išteklių valdymas leistų pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei kokybę, bei sumažintų galimybę netekti darbuotojų dėl tokių ekonominių veiksnių kaip darbo užmokestis.

Kita prioritetinga sritis sveikatos sektoriuje yra hospitalizacijos rodiklio mažinimas.

Hospitalizacija – paciento paguldymas į stacionarines paslaugas teikiančią asmens sveikatos priežiūros įstaigą (ligonines). Hospitalizacijos atveju nelaikoma stacionarinė vienos dienos paslauga, sveikų naujagimių buvimas gydymo po gimimo, vaikus slaugančių asmenų buvimas gydymo įstaigoje. Bendrasis hospitalizacijos rodiklis, rodantis visų hospitalizacijos atvejų per tam tikrą laikotarpį skaičiaus ir vidutinio to laikotarpio atitinkamos teritorijos gyventojų skaičiaus santykis. Šis rodiklis dažniausiai yra naudojamas tarptautinės statistikos, nacionalinės sveikatos statistikos, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo ir kitais tikslais. Šis rodiklis vertinant sveikatos priežiūros finansavimo efektyvumą yra labai svarbus. Sveikatos priežiūros didžiausią išlaidų dalį sudaro išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, siekiant mažinti šią išlaidų dalį svarbu teikti sveikatos priežiūros paslaugas kuo mažesniais kaštais. Vienas iš kaštų mažinimo būdų sveikatos priežiūros sistemoje – kompleksinės paslaugos dienos stacionare, kur pacientas nėra laikomas ilgą laiką, nėra reikalinga medicinos personalas pastoviai priežiūrai.

Siekama kuo daugiau paslaugų teikti dienos chirurgijos centruose. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro (HI SIC) atlikti tyrimai rodo, kad maždaug 16 proc. pacientų, gulėjusių šalies ligoninėse (neįskaitant reabilitacijos, ilgalaikio gydymo ir dienos stacionaro atvejų), į jas guldyti (hospitalizuoti) be būtino reikalo. Taigi siekiant išvengti bereikalingos hospitalizacijos turi būti stiprinama ambulatorinė grandis. Pacientų gulėjimas ligoninėse dėl ambulatorinei priežiūrai jautrių būklių – ligų, kurių galima išvengti prevencinėmis priemonėmis ar ankstyvu ambulatoriniu gydymu.

	2010	2011	2012	2013	2014
Lovų skaičius ligoninėse/vnt.	26804	27175	27079	26604	26296
Lovų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų/ vnt.	87,8	90,5	91,1	90,4	90,0
Lovų skaičius ligoninėse (be slaugos lovų)/vnt.	22190	22511	22206	21538	21176
Lovų skaičius (be saugos lovų) skaičius tenkantis 10 tūkst. gyventojų /vnt.	72,7	74,9	74,7	73,2	72,5

5 lent. Lovų skaičius ligoninėse, Lovų ligoninėse (be slaugos lovų) skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lovų ligoninėse skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lovų skaičius ligoninėse (be slaugos lovų) (Stat.gov. duomenys).

Specialistų siūlymu lovų skaičius ligoninėse turėtų mažėti, jas išlaikyti yra neefektyvu. Šio rodiklio mažinimas yra siekiamybė visose Europos Sąjungos šalyse.

ES šalis	Aktyvaus gydymo (acute care) hospitalizacijos rodiklis / 100
Austrija	25,84 (I)
Belgija	16,7 (2010 m.)
Kroatija	15,48
Čekija	19,03
Estija	15,81
Prancūzija	16,45 (2010 m.)
Vokietija	22,33 (III)
Vengrija	17,46
Latvija	15,42
Lietuva	22,46 (III)
Olandija	11,52 (2010 m.)
Norvegija	17,53 (2010 m.)
Lenkija	15,86
Slovėnija	16,07
Ispanija	11,09
Švedija	15,51
Jungtinė Karalystė	13,31
ES vidurkis	15,79
ES narių nuo 2004 m. vidurkis	17,54

22 pav. ES šalių aktyvaus gydymo hospitalizacijos rodikliai, 2011 m. (VLK duomenys).

Iš pateikti duomenų matome, jog lyginant Europos sąjungos šalių rodiklius Lietuva ženkliai atsilieka. Perreorganizuoti sveikatos sistemą yra labai sunkus darbas. Pirmiausiai turėtų nepriekaištingai veikti teisinė bazė, bei sudarytos sąlygos gydymo įstaigoms teikti šias paslaugas, taip pat iniciatyvos turėtų imtis ir pačios gydymo įstaigos.

Imtis šių reformų gana sudėtinga, įstaigos nėra pasiruošusios restruktūrizacijai. Gyventojai taip pat sunkiai priima tokius pasikeitimus. Susiformavusi nuostata, jog į ligoninę gali būti guldomi asmenys tyrimams, ar lengvai sunegalavus ir blogiau pasijutus. Tačiau kiek tai brangu šaliai ir mums patiems? Kiekvienoje valstybėje yra labai svarbus išteklių paskirstymo principas, būdas, t.y. kaip, koku būdu galima paskirstyti turimus ribotus išteklius šiems pastoviai augantiems visuomenės poreikiams tenkinti.

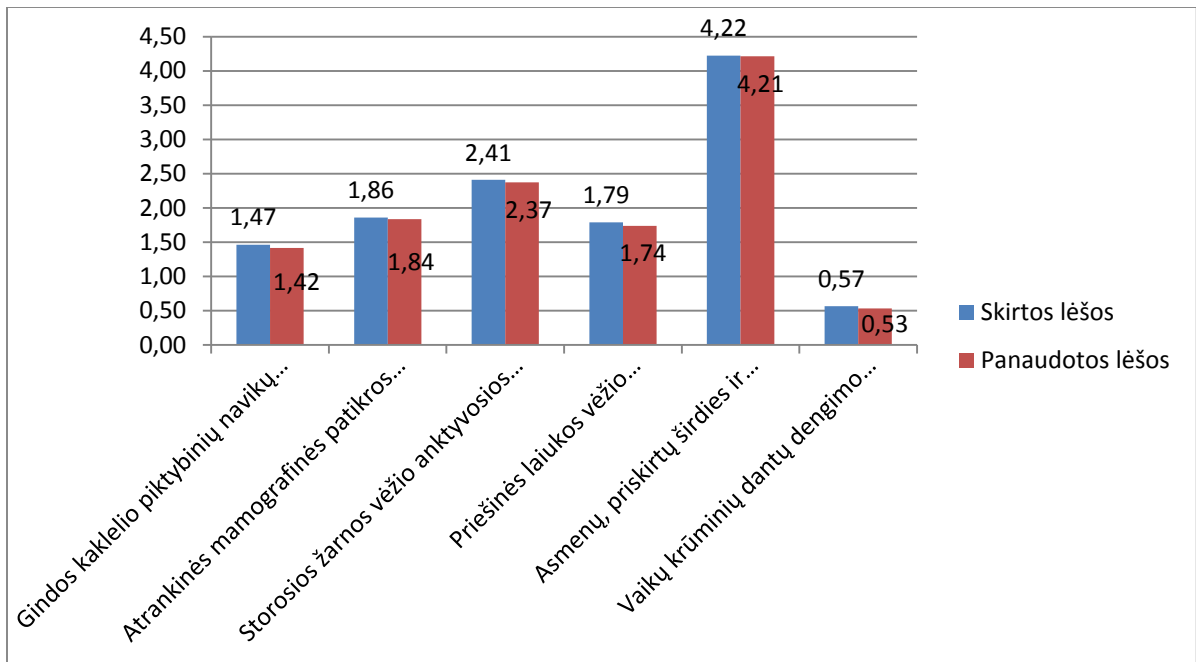
Gyvenimo patvirtintas faktas, kad produktyvumas didėja įgyvendinant pokyčius: keičiant tai ką žmonės jaučia ir žino, keičiant nusistovėjusią darbo tvarką ir įrankius, keičiant išteklių gavimo ir paskirstymo būdus, keičiant paslaugų struktūrą ir teikimo būdus. Uždavinys daryti daugiau ir geriau turint mažiau įvykdomas tik suardžius esamas struktūras. (ELLEN Doree Rosen, 52 psl.)

4.3 Sergamumas. Prevencija. Finansavimo skirtumai

Viena iš galimybių pasiekti efektyvaus PSDF biudžeto išlaidų naudojimo – prevencinės programos.

Išanalizavus sergamumo bei mirtingumo rodiklius bei tendencijas galime daryti išvadą, jog turime ligotą visuomenę, taip pat atsižvelgus į demografinę situaciją Lietuvoje, visuomenė sensta, o sveikatos priežiūros paslaugų poreikis vyresniame amžiuje auga, taigi vienas iš sveikatos priežiūros sektoriaus prioritetinių tikslų – kuo sveikesnė visuomenė. Siekiant šio tikslo svarbu užtikrinti tinkamą finansavimą. Nukreipus jį tinkama linkme sveikatos sektorius ne tik turėtų galimybę sumažinti PSDF išlaidas, bet ir užtikrinti ankstyvą ligų diagnozavimą, bei taip pagerinti gyventojų galimybę kuo greičiau pasveikti.

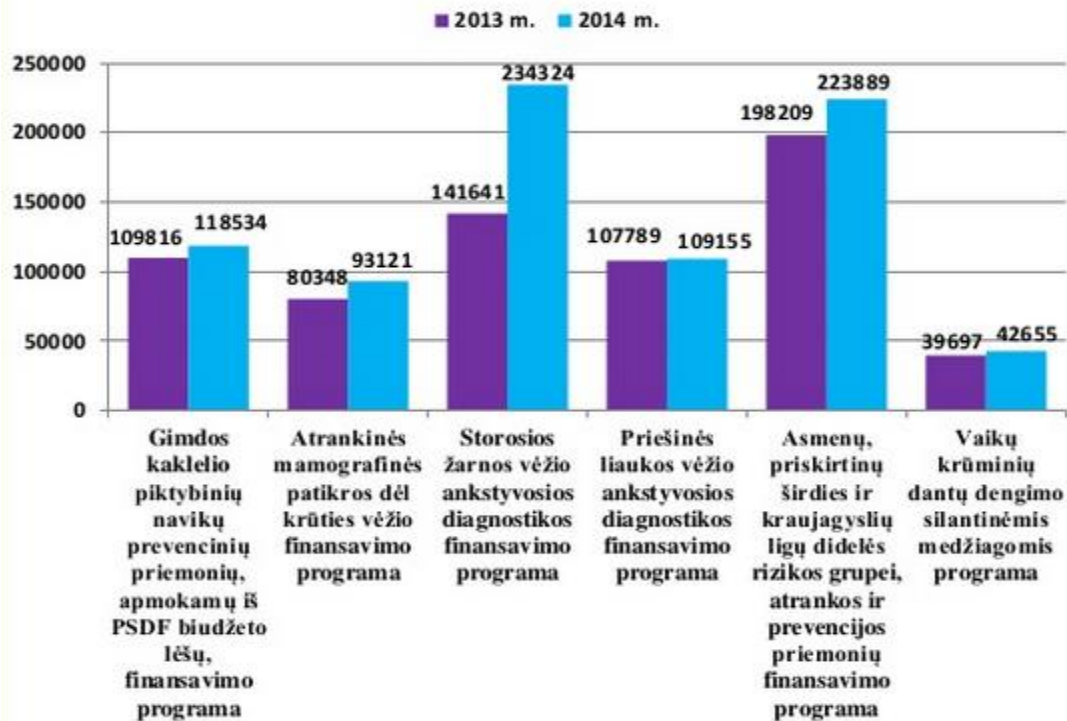
Valstybinės ligonių kasos duomenimis Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis apmokamos prevencinės programos yra skiriamos pagal amžių, gretutines ligas, taip pat yra numatytas laikotarpis kas kiek laiko jos gali būti atliekamos.



**23 pav. 2014 m. prevencinėms programoms PSDF skirtos ir panaudotos lėšos (mln./Eur.)
(VLK Biudžeto vykdymo skyriaus duomenys)**

Iš pateiktų duomenų matome, jog PSDF biudžeto lėšos skirtos prevencinėms programoms nėra 100 proc. panaudojamos. Iš vienos pusės PSDF biudžeto išlaidos tokiu atveju sumažėja, lieka nepanaudotų lėšų, tačiau nėra vertinama kita šios situacijos pusė, jog ta dalis, kuri sutaupoma nepanaudojus PSDF lėšų, sveikatos priežiūros sistemai kainuoja labai brangiai. Šiuo atveju, kai šios lėšos nėra panaudojamos, sveikatos sektorius išleidžia dar daugiau PSDF lėšų.

Siekiant įvertinti tokius praradimus siūlomas praradimų skaičiavimo modelis, kuris leistų numatyti kiek yra prarandama nediagnozavus ligos ankstyvoje stadijoje.



24 pav. 2013 - 2014 m. prevencinių programų metu patikrintų asmenų skaičius (Valstybinės ligonių kasos Biudžeto vykdymo skyriaus duomenys)

Pagal pateiktus duomenis galime išvelgti tendenciją, jog asmenų dalyvavusių prevencinėje programoje skaičius nežymiai didėja. 2014 metais birželio 26 d. buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programa. Joje numatytos prioritetingos sritys – geresnė gyventojų sveikata, sumažėję gyventojų sveikatos netolygumai ir socialinė atskirtis, sukurta sveikatai palanki fizinė darbo ir gyvenamoji aplinka, formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą, užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Vienas iš programoje numatyti rodiklių - išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis nuo einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, siekiamybė 2020 metais turėti didesnę rodiklį – 2 proc., taip pat mažinti mirtingumo rodiklį sergančiųjų kraujotakos sistemos ligomis, mirstančiųjų nuo piktybinių navikų. Taigi prevencinės priemonės čia turi didžiulę įtaką. Sveikatos priežiūros modelio finansavimas turi būti orientuotas į ligų profilaktiką. Vienas iš 2015 metais Sveikatos apsaugos ministro valdymo srities investavimo prioritetų buvo numatytas - ligų profilaktikos ir kontrolės užtikrinimas.

Išanalizavus sergamumo bei mirtingumo rodiklius Lietuvoje didžiausią riziką keliančios ligos yra kraujotakos susirgimai, piktybiniai navikai, išorinės mirties priežastys, virškinimo sistemos ligos, kvėpavimo sistemos ligos. Galime daryti prielaidą, jog ir PSDF biudžeto išlaidų dalis skiriama šioms ligoms gydyti. Pavykus sumažinti sergamumą šiomis ligomis pavyktų sumažinti ne tik PSDF biudžeto išlaidas, bet ir vystyti produktyvų žmogiškąjį išteklių šalyje.

Pagrindinės ligos	Priemonės, galinčios sumažinti ar palengvinti sergamumą
Kraujotakos susirgimai	Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa, sveikos gyvensenos skatinimas, sveikatos ugdymas
Piktybiniai navikai	Patikrų programa, pirminės sveikatos priežiūra.
Išorinės mirties priežastys	Nelaimingų atsitikimų kelyje prevencinės programos, skubios pagalbos paslaugų teikimo stiprinimas
Virškinimo sistemos ligos	Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos prevencinė programa, pirminė sveikatos priežiūra, sveikos gyvensenos skatinimas.
Kvėpavimo sistemos ligos	Pirminė bei stacionarinė sveikatos priežiūra, ilgalaikis stebėjimas

6 lent. Pagrindiniai susirgimai bei galimybės jas mažinti (sudaryta autorės)

Taigi galime daryti išvadą, jog dažniausiai pasitaikančias ligas, kurios kelia neramumus sveikatos sektoriui galime mažinti stiprinant priminę asmens sveikatos priežiūros grandį, skatinant sveiką gyvenseną bei naudojimąsi prevencinėmis programomis.

Pagrindinės ligos	Sergančiųjų skaičius Lietuvoje	Išlaidos atvejo gydymui	Prevencinės programos atvejo kaina
Kraujotakos sistemos ligos	29,3 proc./100 gyventojų	185,46 - 7650,10 Eur.	Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių

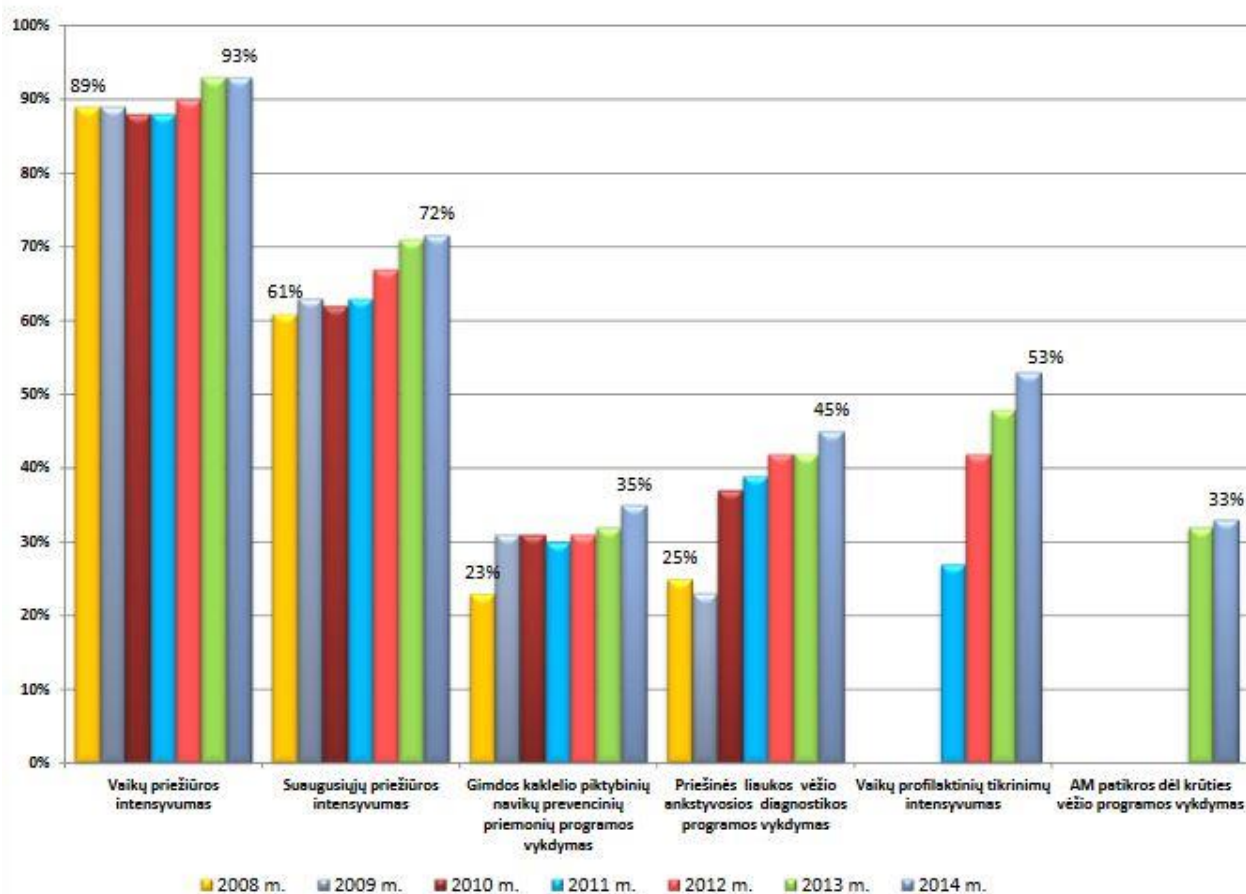
			finansavimo programa. 5,76 - 89,78 Eur.
Piktybiniai navikai	7,6 proc./100 gyventojų	138,85 - 5091,80 Eur.	Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa – 1,45 - 21,66 Eur. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio prevencinė programa – 3,79-8,83 Eur. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos prevencinė programa – 12,28 - 118,86 Eur
Virškinimo sistemos ligos	18,2 proc./100 gyventojų	191,41 - 4113,90 Eur.	7,55 - 66 Eur.
Kvėpavimo sistemos ligos	20,6 proc./100 gyventojų	221,66 - 4172,91 Eur.	Nėra

7 lent. Pagrindinių susirgimų ir prevencinių programų finansavimo skirtumai (sudaryta autorės).

Pateiktoje lentelėje matomi akivaizdūs skirtumai tarp ligų gydymui skiriamų lėšų bei prevencinių programų kainų. Vertinant tai, jog dalyvaujant prevencinėse programose yra tikimybė diagnozuoti ligą ankstyvoje stadijoje, galime daryti prielaidą, jog tolimesnis gydymas kainuos mažiau, o asmenų, kurie delsia kreiptis į gydytojus ir taip rizikuoja savo sveikata, sveikatos priežiūros išlaidų reikalauja daugiau. Siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išlaidų valdymo svarbu užtikrinti aktyvų asmenų dalyvavimą prevencinėse programose. Prevencinės programos yra skiriamos šeimos gydytojo sprendimu (gydytojui įvertinus asmens „tinkamumą“ – amžių, gretutines ligas ir kt.). Todėl norint pasiekti rezultatų ir gerinti asmenų dalyvavimą minėtose programose, svarbu stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūros grandį.

Siekiant stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūros sistemą, sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo” trečioje dalyje yra numatytos skatinamosios paslaugos. Už šias paslaugas yra apmokama atskirai. Taigi šeimos gydytojo institucija yra suinteresuota diagnozuoti ligas ankstyvojoje stadijoje.

Minėtame įsakyme yra nurodytos bazinės paslaugų kainos, kurias gauna pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, atlikusi įvardintas skatinamąsias paslaugas. Pvz. Ankstyvoji piktybinių navikų diagnostika – bazinė kaina 1000 balų (pagal šiuo metu galiojantį Sveikatos apsaugos ministro įsakymą balo vertė šiuo metu lygi vienam eurui).



25 pav. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodikliai 2008 -2014 m. (VLK duomenys)

Iš pateiktų duomenų (24 pav.) galime teigti, jog minėtas įsakymas skatina pirmines asmens sveikatos priežiūros įstaigas aktyviai dalyvauti bei teikti skatinamąsias programas. Galime daryti prielaidą, jog toks aktyvumas prisideda prie sveikatos rodiklių gerinimo. Jeigu nagrinėsime gerų rezultatų skatinimą prevencinių programų srityje, nuo 2008 iki 2014 metų matomas ženklus padidėjimas.

4.4 Sveikatos priežiūros finansavimo modelio praradimai.

Išlaidų efektyvumo analizės esmė – kaip su turimu biudžetu nuveikti kiek galima daugiau gero. Šiuo atveju – kiek galima labiau padidinti sveikatai teikiamą naudą. Siekiant įvertinti sveikatos sektoriaus praradimus dėl netinkamo finansavimo siūloma vertinti pagrindinių vyraujančių dažniausių susirgimų sveikatos priežiūros paslaugų kainas bei šalyje veikiančių prevencijos programų, finansuojamų PSDF biudžeto lėšomis, kainas. Netinkamu finansavimu šiuo atveju laikysime sveikatos priežiūros sistemos finansavimo tendenciją – jog didžiausia PSDF biudžeto išlaidų dalis yra skiriama sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

Toks modelis leidžia įvertinti kokia dalis lėšų yra panaudojama neefektyviai (netiesiogiai), nepasinaudojus ankstyvojo lygų diagnozavimo metodais. Negalime teigti, jog ligos gydymas ne ankstyvoje stadijoje yra neefektyvu. Bet kurioje stadijoje užkirtus kelią ligai bei sugražinus žmogui sveikatą – gražiname asmeniui produktyvumą. Tačiau tai nėra efektyvu sveikatos priežiūros finansavimo atžvilgiu.

Praradimų modelyje vertinsime tris pagrindinius vyraujančius susirgimus, kurių diagnozavimui Lietuvoje veikia prevencinės programos.

- Kraujotakos susirgimai - Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.
- Virškinimo sistemos ligos - Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.
- Piktybiniai navikai - Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa, atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa bei priešinės liaukos (prostatos) vėžio programa.

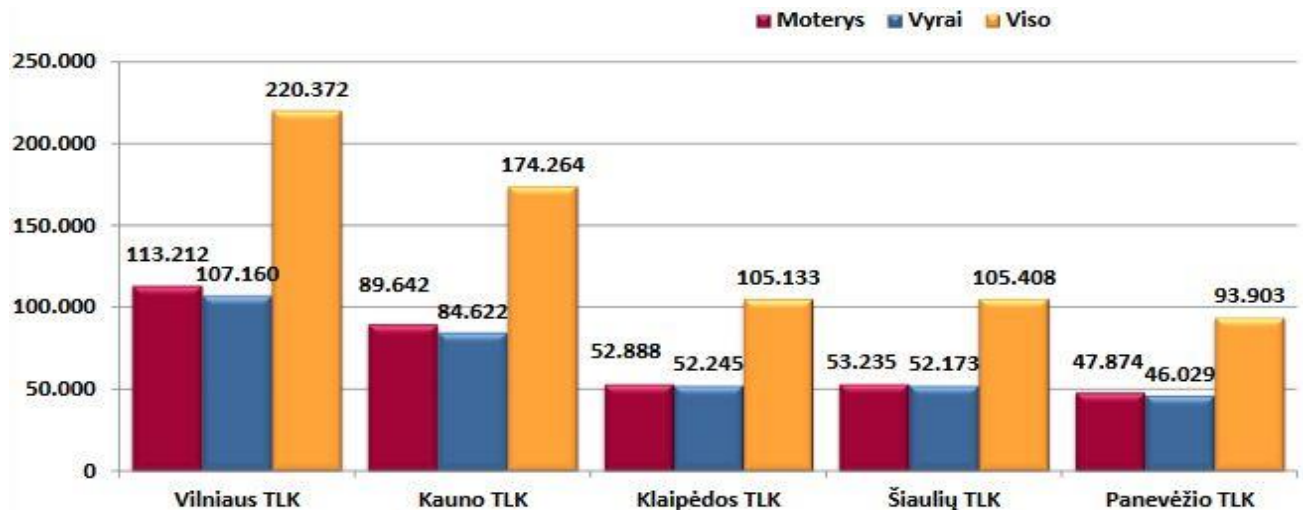
Šiuo atveju **praradimu** laikysime – PSDF biudžeto dalį, skiriamą ligos gydymui, nediagnozavus jos ankstyvoje stadijoje, dar kitaip neefektyvi lėšų dalis, sumokama už neefektyvų gydymą.

Prevencinė programa – sveikatos priežiūros sistemos būdas, padedantis diagnozuoti susirgimus, keliančius didžiausią grėsmę asmens sveikatai, ankstyvoje stadijoje.

Sveikatos priežiūros finansavimo praradimų įvertinimas kraujotakos sutrikimo ligų gydyme:

Širdies ir kraujagyslių ligų susirgimai užima didžiausią dalį analizuojant sveikatos sutrikimus Lietuvoje. Taip pat šios grupės susirgimai yra pagrindinės mirties priežastys. Beveik trečdaliui 20-29 metų žmonių diagnozuojami aterosklerozės požymiai, tarp vyresnių nei 50 metų žmonių tokių daugiau kaip 85 proc.

Lietuvoje patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913 širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa. Ši programa padeda sumažinti sergamumą ūmiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu), pereinančiais smegenų išemijos priepuoliais, insultu bei neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Ją vykdant, kur kas nustatomas diabetas. Ši programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50-65 metų. Valstybinės ligonių kasos duomenimis šioje prevencinėje programoje Lietuvoje galėtų sudalyvauti 699080 asmenų.



26 pav. Tikslinė širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupė pagal populiaciją bei TLK 2014m. (VLK duomenys)

Taigi siekiant įvertinti galimus praradimus dėl asmenų vangumo dalyvaujant šiose programose analizuosime minėtų ligų kaštus bei prevencinių programų kaštus. Vertinamos bazinės paslaugų kainos. Skirtumas tarp šių paslaugų kainų bus laikomas sveikatos priežiūros finansavimo praradimu:

Ligos su komplikacijomis (kai reikalingas stacionarinis gydymas) kaina – ligos gydymo išlaidos diagnozavus ankstyvoje stadijoje kaina = sveikatos priežiūros finansavimo praradimai.

Vertinsime pagrindinių susirgimų, kurių būtų galima išvengti bazinės kainas, bei prevencinių programų pasekoje atleikamų paslaugų kainas.

Siekiant įvertinti finansavimo skirtumus bei PSDF biudžeto praradimus, vertinsime kraujotakos susirgimų galimus kaštus diagnozavus ją ankstyvoje stadijoje bei diagnozavus nepasinaudojus prevencine programa. Sveikatos priežiūros sistemoje nėra konkretaus kainų sąrašo kiekvienai ligai, tokiu atveju kai siekiama įvertinti susigimo paslaugos kainą, yra naudojama DRG klinikinio kodavimo sistema, kuri pagal gydymo metu teiktas paslaugas, asmens gretutines ligas, komplikacijas ir kt. pateikia konkretaus atvejo kainą, kurią ligonių kasa apmoka gydymo įtaigai.

DRG - giminingų diagnozių grupių metodas, naudojamas nustatyti aktyviojo gydymo atvejo kainą.

Siekiant įvertinti finansavimo skirtumus, susidarančius dėl vėlyvo ligos diagnozavimo, skaičiavimui naudosime konsultacijos bei išplėstinės konsultacijos kainas.

Konsultacija - sveikatos priežiūros sistemoje, tai yra paciento apsilankymas pas gydytoją specialistą (antrinio lygio), kai nėra atliekami jokie tyrimai.

Išplėstinė konsultacija – paciento apsilankymas pas gydytoją specialistą (antrinio lygio), kai yra atliekami kraujo ar kiti reikiami tyrimai.

Aktyvus (stacionarinis) gydymas – gydymas taikomas stacionare (ligoninėje).

Pagrindiniai susirgimai, nediagnozavus ligos ankstyvojoje stadijoje tarp kraujotakos ligų susirgimų:

Asmens delsimas kreiptis į gydymo įstaigą, dėl galimų susirgimų bei ligos diagnozavimo ir gydymo paskyrimo padidina PSDF biudžeto išlaidas.

Pacientas su progresuojančia liga, gydymui yra siunčiamas gydytojo specialisto konsultacijai, šeimos gydytojo konsultacijos čia nebeužtenka. Gydytojo kardiologo išplėstinės konsultacijos kaina - 20,79 Eur.

Gydytojas specialistas diagnozavęs susirgimus, sprendžia dėl reikalingo stacionarinio gydymo. Pagal DRG kodavimo sistemą, kuri yra taikoma Lietuvoje, vidutinė kraujotakos sistemos susirgimo atvejo kaina yra 1934.73 Eur.

Taigi progresuojančių kraujotakos sistemos susirgimų gydymas sveikatos priežiūros sistemai vidutiniškai kainuoja 1955,52 Eur. vienam atvejui gydyti.

Tuo tarpu asmens, nusprendusio pasinaudoti Lietuvoje veikiančia širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, turi kreiptis į šeimos gydytoją. Patikros metu šeimos gydytojas išsiaiškina rizikos veiksnius, dėl kurių galima susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, sudaro individualių šių ligų prevencijos planą, nustato gliukozės ir cholesterolio kiekį kraujyje, atlieka elektrokardiogramą. Jei po pirminių tyrimų paaiškėja, kad tiriamasis priskirtas didelės rizikos grupei, jis siunčiamas tirti į specializuotus širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinius.

Paciento informavimas bei apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga kainuoja 15,35 Eur.

Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga – 89,78 Eur. Kreipiantis pas gydytojus specialistus dar neprogresavus ligai, dažniausiai yra atmetama stacionarinio gydymo tikimybė. Reikalingas gydymo planas, bei gydytojo specialisto patikra, išplėstinė konsultacija – 20,79 Eur. .

Taigi diagnozuojant susirgimus prevencinės programos pagalba - 110,89 Eur.

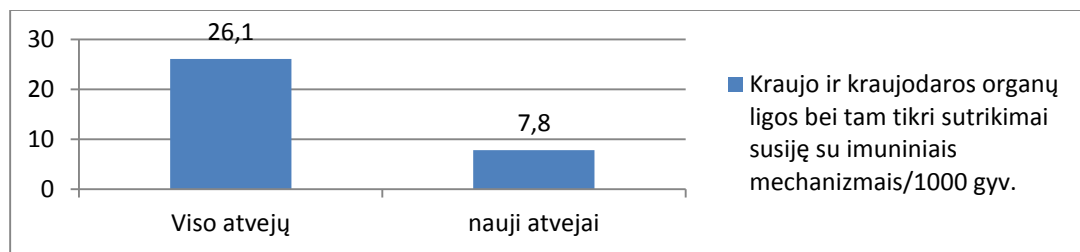
Sveikatos priežiūros finansavimo praradimas vieno atvejo kraujagyslių susirgimams = 1955.52 - 110,89 = 1844.63 Eur.

VLK duomenimis širdies ir kraujagyslių ligomis didelės rizikos grupių sergančiųjų prevencinėje programoje galėtų sudalyvauti 699080 asmenų.

Taigi jeigu vertinsime, jog nei vienas iš tikslinės grupės asmenų nepasinaudos šia programa galimos vidutinis PSDF biudžeto praradimas šios srities susirgimams gydyti, būtų - 1289543940,40 Eur.

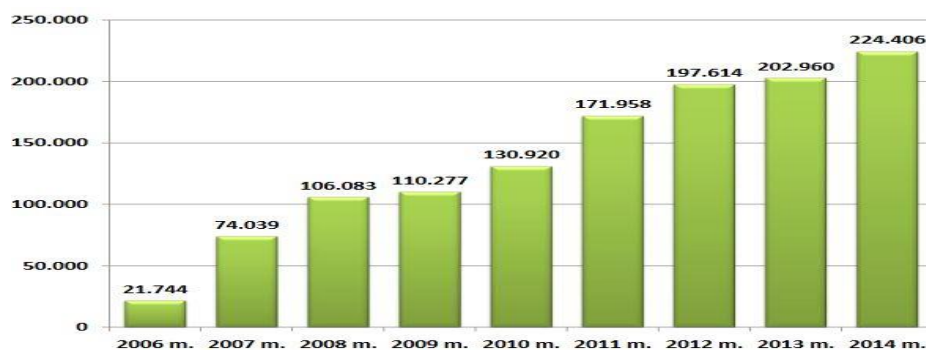
Tuo tarpu, jeigu šie asmenys sudalyvautų prevencinėje programoje PSDF biudžetui tai kainuotų - 77520981.20 Eur.

Vertinant tai, jog dalyvaujant prevencinėse programose yra tikimybė diagnozuoti ligą ankstyvoje stadijoje, galime daryti prielaidą, jog tolimesnis gydymas kainuos mažiau, o asmenų, kurie delsia kreiptis į gydytojus ir taip rizikuoja savo sveikata, sveikatos priežiūros išlaidų reikalauja daugiau. Siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išlaidų valdymo svarbu užtikrinti aktyvų asmenų dalyvavimą prevencinėse programose. Prevencinės programos yra skiriamos šeimos gydytojo sprendimu (gydytojui įvertinus asmens „tinkamumą“ – amžių, gretutines ligas ir kt.). Todėl norint pasiekti rezultatų ir gerinti asmenų dalyvavimą minėtose programose, svarbu stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūros grandį.



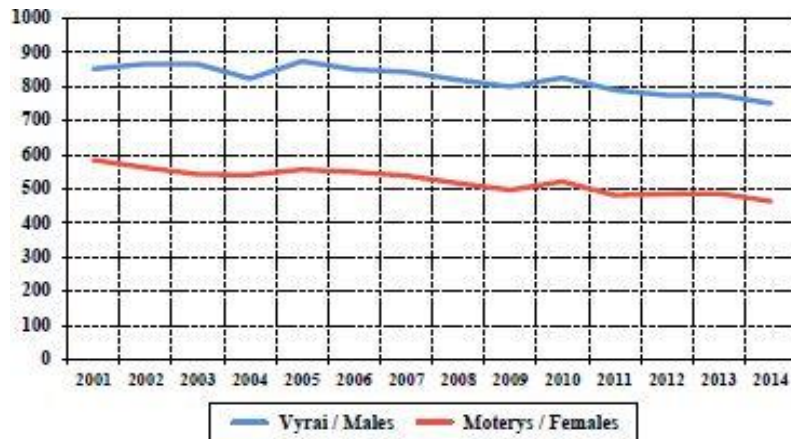
27 pav. Kraujo ir kraujodaros organų ligų susirgimai, užregistruoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose 1000 gyventojų 2014m. (Higienos instituto duomenys)

Tendencija sirgti šiomis ligomis yra didžiulė, taigi palyginus, atvejo įsisenėjusios ligos ir atvejo diagnozavus ankstyvoje stadijoje, kainas prevencinių programų teikiamą naudą sveikatos priežiūros finansavimui.



28 pav. Informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugos dinamika (VLK duomenys)

Pagal pateiktus duomenis, matome tendenciją, jog informuotumas apie šią prevencinę programą auga, nuo 2006 metų jis ženkliai padidėjo, siekiant įvertinti prevencinių programų efektyvumą, turėtume įvertinti ir mirtingumo rodiklio tendencijas.



29 pav. Kraujotakos sistemos ligų standartizuoti mirtingumo rodikliai (100 000 gyventojų pagal atnaujintą Europos standartą) (Higienos instituto duomenys).

Analizuojant minėtą laikotarpį standartizuoto mirtingumo rodiklis taip pat mažėja, taigi galime daryti prielaidą, jog širdies ir kraujagyslių didelės rizikos grupių prevencinė programa įtakoja šalies gyventojų sveikatos būklės pasikeitimus, o palyginus progresuojančio susirgimo bei gydymo po prevencinės programos paslaugų kainų skirtumus matome ir finansavimo skirtumus. Toliau plėtojant šią prevencinę programą galima būtų siekti sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo tiek taupant PSDF biudžeto lėšas, tiek gerinant šalies gyventojų sveikatos būklę.

Sveikatos priežiūros finansavimo praradimų įvertinimas virškinimo sutrikimų ligų gydyme:

Pacientas su progresuojančia liga, gydymui yra siunčiamas gydytojo specialisto konsultacijai, šeimos gydytojo konsultacijos čia nebeužtenka. Gydytojo kolokoptrologo išplėstinės konsultacijos kaina - 21,66 Eur.

Gydytojas specialistas diagnozavęs susirgimus, sprendžia dėl reikalingo stacionarinio gydymo. Pagal DRG kodavimo sistemą, kuri yra taikoma Lietuvoje, vidutinė virškinimo sistemos susirgimo atvejo kaina yra 1137,37Eur Eur.

Taigi progresuojančių virškinimo sistemos susirgimų gydymas sveikatos priežiūros sistemai vidutiniškai kainuoja 1159,03 Eur. vienam atvejui gydyti.

Tuo tarpu asmens, nusprendusio pasinaudoti Lietuvoje veikiančia storosios žarnos vėžio prevencijos priemonių finansavimo programa, turi kreiptis į šeimos gydytoją. Patikros metu šeimos gydytojas išsiaiškina rizikos veiksnius, dėl kurių galima įtarti virškinimo sistemos sutrikimus, atliekamas specialus testas. Jei gaunamas neigiamas testo atsakymas, vadinasi pacientas ir pakartotinai turės pasitikrinti po dvejų metų, o jeigu gaunamas teigiamas rezultatas, šeimos gydytojas išrašo siuntimą pas gydytoją specialistą kolonoskopijai atlikti.

Paciento informavimas storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir iFOBT rezultatų įvertinimas 7,55 Eur.

Gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu kaina – 40,43 Eur. Kolonoskopijos biopsijos medžiagos ištyrimas ir įvertinimas – 41,03 Eur.

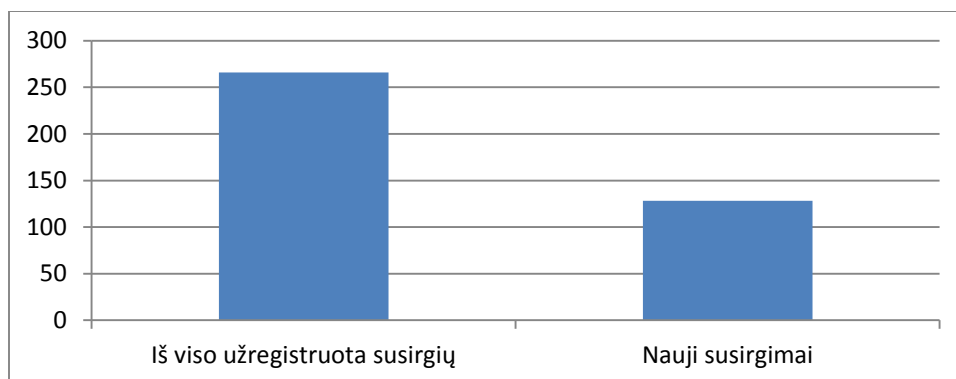
Taigi diagnozuojant susirgimus prevencinės programos pagalba – 89,01 Eur.

Sveikatos priežiūros finansavimo praradimas vieno atvejo kraujagyslių susirgimams = $1159,03 - 89,01 = 1170,02$ Eur.

VLK duomenimis širdies ir kraujagyslių ligomis didelės rizikos grupių sergančiųjų prevencinėje programoje galėtų sudalyvauti 952 000 asmenų.

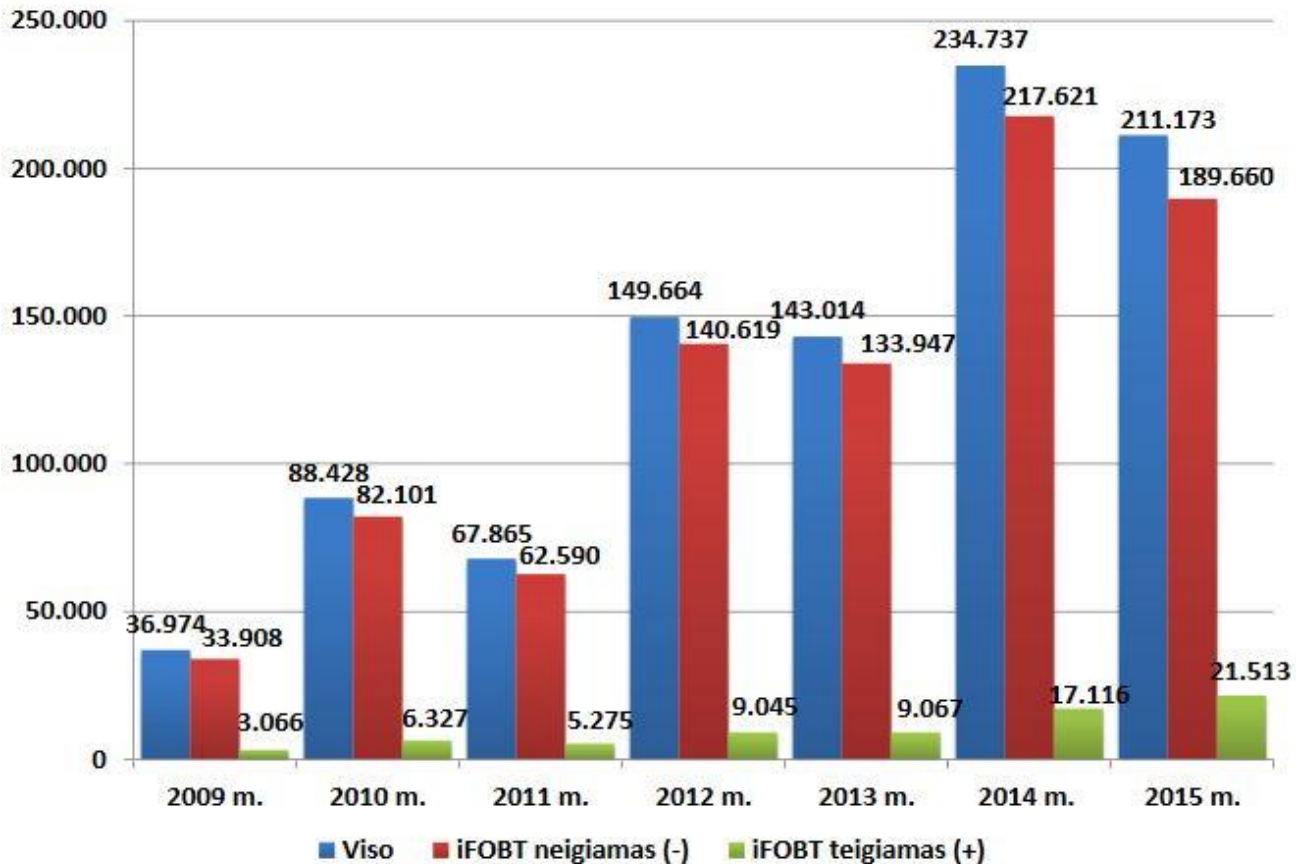
Taigi jeigu vertinsime, jog nei vienas iš tikslinės grupės asmenų nepasinaudos šia programa galimos vidutinis PSDF biudžeto praradimas šios srities susirgimams gydyti, būtų - 1113859040 Eur.

Tuo tarpu, jeigu šie asmenys sudalyvautų prevencinėje programoje PSDF biudžetui tai kainuotų - 84737520 Eur.



30 pav. Virškinimo sistemos susirgimai, užregistruoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose 1000 gyventojų 2014m. (Higienos instituto duomenys)

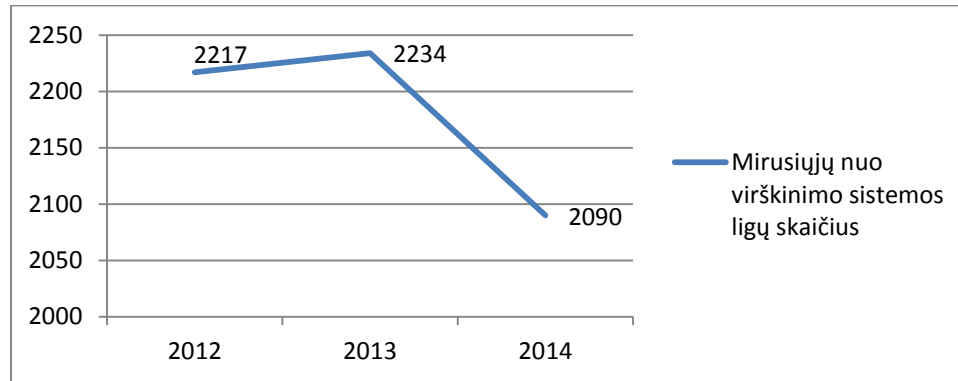
Iš pateiktų duomenų (30pav.) matome sergamumo šia liga tendenciją, didelei grupei asmenų registruojami šie susirgimai. Todėl aktyvus dalyvavimas šioje programoje yra labai svarbus.



31 pav. Informavimo apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą, bei atliktų tyrimų rezultatų tendencijos (VLK duomenys)

Vertinant informavimo apie šią prevencinę programą tendencijas, matome, jog žinančiųjų, bei patikrintų asmenų skaičius nuolat auga. Tačiau siekiant įvertinti efektyvumą, svarbu ir tai ar sumažėjo mirstančiųjų nuo šios ligos asmenų skaičius. VLK duomenimis per programos įgyvendinimo laikotarpį buvo patikrinta virš 300 tūkst. asmenų, kuriems atliktas testas, galimam susirgimui nustatyti, iš jų beveik 20 tūkst. testas buvo teigiamas, todėl beveik 13 tūkst. pacientų

atliktas išplėstinis patikrinimas. Per tris šios programos įgyvendinimo metus nustatyta beveik 400 storosios žarnos vėžio atvejų, rasta 3,5 tūkstančio kitų pakitimų, dėl kurių buvo skiriamas reikiamas gydymas.



32 pav. Mirusiųjų nuo virškinimo sistemos ligų asmenų skaičiaus kitimas (Higienos instituto duomenys)

Analizuojant pagrindinius rodiklius, atspindinčius sveikatos būklę, matomi ženklūs pasikeitimai, įrodantys šios prevencinės programos svarbą bei naudą, ne tik taupant PSDF biudžeto lėšas, bet ir gerinant sveikatos būklę.

Sveikatos priežiūros finansavimo praradimų įvertinimas ginekologinius susirgimus:

Pacientas su progresuojančia liga, gydymui yra siunčiamas gydytojo specialisto konsultacijai, šeimos gydytojo konsultacijos nebeužtenka. Gydytojo ginekologo išplėstinės konsultacijos kaina - 21,66 Eur.

Pagal DRG kodavimo sistemą, kuri yra taikoma Lietuvoje, vidutinė virškinimo sistemos susirgimo atvejo kaina yra 900,29 Eur.

Taigi progresuojančių virškinimo sistemos susirgimų gydymas sveikatos priežiūros sistemai vidutiniškai kainuoja 921,95 Eur. vienam atvejui gydyti.

Tuo tarpu asmens, nusprendusio pasinaudoti gintos kaklelio prevencijos priemonių finansavimo programa, turi kreiptis į savo šeimos gydytoją, kuris paskirs reikiamą tyrimą. Paciento informavimas bei rezultatų įvertinimas 3,79 Eur, tyrimas – 5,79, platesnis tyrimas 20,85 Eur.

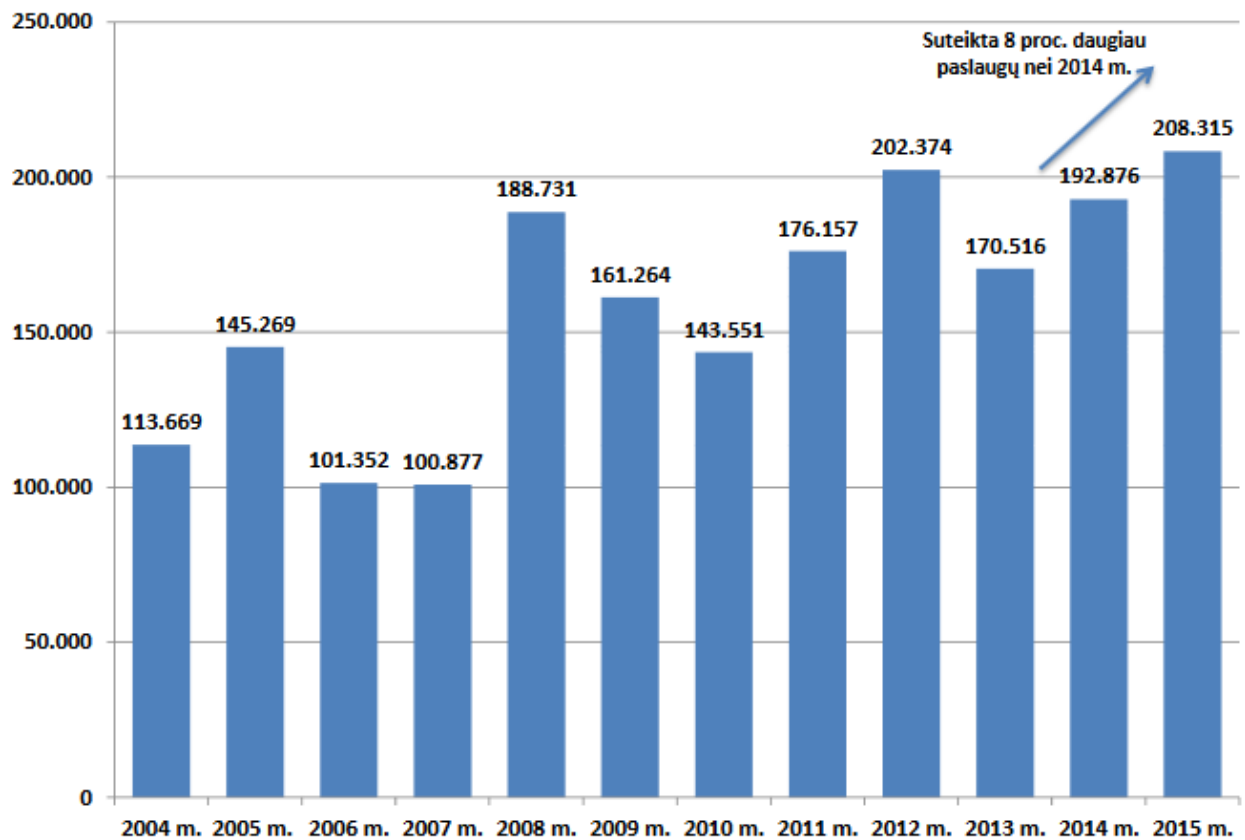
Taigi diagnozuojant susirgimus prevencinės programos pagalba – 30,43 Eur.

Sveikatos priežiūros finansavimo praradimas vieno atvejo kraujagyslių susirgimams = 921,95 - 30,43 = 891,52 Eur.

VLK duomenimis gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje galėtų sudalyvauti 804000 moterų, nuo 25 iki 59 metų.

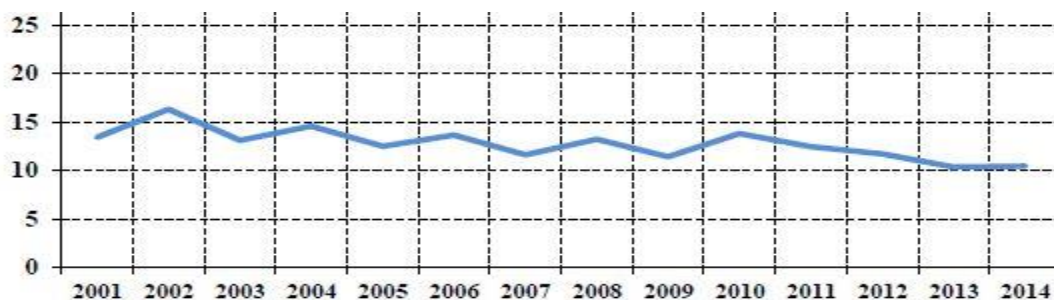
Taigi jeigu vertinsime, jog nei vienas iš tikslinės grupės asmenų nepasinaudos šia programa galimos vidutinis PSDF biudžeto praradimas šios srities susirgimams gydyti, būtų – 716782080 Eur.

Tuo tarpu, jeigu šie asmenys sudalyvautų prevencinėje programoje PSDF biudžetui tai kainuotų – 24.465.720 Eur.



33 pav. Informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos teikimo paslaugos dinamika (VLK duomenys).

Gimdos kaklelio vėžiu paprastai suseraga jaunos moterys, pagal sergamumą šimis ligomis Lietuva kol kas „pirmauja“ tarp Europos Sąjungos šalių. Vykdam šią programą, kur kas dažniau diagnozuojama liga ankstyvoje stadijoje, todėl atsiranda galimybių šią ligą pristabdyti ir net visiškai išgydyti.



34 pav. Standartizuoto mirtingumo nuo gimdos kaklelio rodiklis (VLK duomenys).

Analizuojant mirtingumo rodiklį, matome, jog mažėja mirtingumas dėl minėtos ligos, jis ženkliai sumažėjo lyginant nuo 2002 metų, 2013 metų bei 2014 metų duomenys, išlieka nepakitę ir kol kas rodiklis mažiausias per visą nagrinėjamą laikotarpį.

Taigi apžvelgus trijų prevencinių programų duomenis, galime daryti išvadą, jog prevencinės programos gali būti vienas iš sveikatos priežiūros prioritetų, įtakojančių efektyvų PSDF lėšų panaudojimą, vykdomos programos gerina netiesiogines sveikatos priežiūros išlaidas – gerėja sveikatos rodikliai.

Tačiau siekiant įvertinti visapusiškai teikiamą prevencinių programų naudą turėtume išnagrinėti ir sergamumo sumažėjimo teikiamą vertę valstybės biudžeto daliai, išleidžiamą ligos pašalpoms, darbdavio praradimus dėl sergančio darbuotojo.

Higienos instituto duomenimis, laikinasis nedarbingumas 2014 m. sudarė 463,1 atvejų 1000 apdraustųjų. Valstybinio socialinio draudimo fondo apmokėtų dienų skaičius vienam apdraustajam sudarė 6,5 dienos, vidutinė vieno atvejo trukmė (apmokėtos dienos) buvo 14 dienų. Ekonominės krizės metu sumažinus apmokėjimą už pirmąsias 7 nedarbingumo dienas, 2010 m. nedarbingumo atvejų skaičius buvo sumažėjęs iki 358,7 atvejų 1000 apdraustųjų, iki 5,4 dienų sumažėjo apmokėtų dienų skaičius 1-am apdraustajam, bet iki 15,1 dienos pailgėjo vidutinė vieno atvejo trukmė. 2011-2014 m. vėl ėmė didėti nedarbingumo atvejų ir apmokėtų dienų skaičius, bet sumažėjo vidutinė vieno atvejo trukmė. Tokios tendencijos yra įtakojamos apmokėjimo už nedarbingumo dienas, tačiau galime daryti prielaidą, jog vienas iš rodiklių, turinčių sąsają su sveikatos rodikliai, tai sutrumpėjusi vieno atvejo trukmė. Galime daryti prielaidą, jog diagnozavus ligą ankstyvojoje stadijoje, nėra reikalingas ilgas laiko tarpas pasveikti, taigi rodikliai nežymiai keičiasi ir vieno atvejo laikas trumpėja.

Įvertinant visus šioje dalyje pateiktus rodiklius galime daryti išvadą, jog Lietuvoje veikiančios prevencinės programos ne tik padeda efektyviau naudoti PSDF lėšas, bet ir turi įtakos kitų sektorių rodiklių gerėjimui, mažėja SODROS išlaidos ligos pašalpom mokėti, taip pat privatus sektorius sumažina savo praradimus, dėl galimų sveikatos rodiklių gerėjimo patirdamas mažesnes išlaidas dėl pirmomis susirgimo dienomis mokamos ligos pašalpos ir turėdamas garantijas, jog sveikatos sutrikimų mažėjimas, užtikrins produktyvų darbuotojo darbą, bei atsirandanti sumažėjusi rizika prarasti gerai dirbantį darbuotoją, dėl galimų sveikatos sutrikimų. Galime daryti išvadą, jog sveikatinimo paslaugos, šiuo atveju Lietuvoje veikiančios prevencinės programos, mažina tiek tiesiogines tiek netiesiogines sveiktos priežiūros išlaidas, bei prisideda prie šalies ekonominių rodiklių gerinimo.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

1. Išanalizavus Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo tendencijas nustatyta, jog pagrindinės problemos, su kuriomis susiduriama sveikatos priežiūros sektoriuje: nuolat didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos, tačiau nemažėjantis sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, kuris dėl besikeičiančių šalies demografinių rodiklių didėja, nes visuomenė sensta, didėja jų išlaikymo našta. Sveikatos priežiūros sistemai Lietuvoje tenka spręsti vis daugiau bendrų uždavinių: trūksta sveikatos priežiūros specialistų ir jie netolygiai pasiskirstę; esama sveikatos priežiūros skirtumų ir ne visi žmonės turi vienodas galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Rekomenduojama siekiant sveikatos priežiūros efektyvumo didinimo, sveikatos priežiūros išlaidas paskirstyti taip, jog jų paskirstymas lemtų gerėjančius sveikatos rodiklius, taip pat ir toliau vykdyti gydymo įstaigų restruktūrizaciją, sveikatos priežiūros sektorius turi nuolat stebėti šalies situaciją, demografinius rodiklius. Atsižvelgiant į blogėjančią demografinę padėtį šalyje šio tikslo turi būti siekiama neprarandant ekonominio efektyvumo ir fiskalinio tvarumo. Svarbu tai, jog siekiant efektyvumo nenukentėtų teikiamų paslaugų kokybė, ir sumažinus resursus vienoje srityje nepadidėtų problemų kitoje.

2. Nustatyta, jog Lietuvoje vyrauja mišrus sveikatos priežiūros finansavimo modelis, kur pajamų surinkime dalyvauja tiek asmenys tiek prisideda valstybė savo indėliu. Sveikatos draudimo įmokos derinamos su biudžetiniu finansavimu, gyventojams užtikrinamos vienodos sveikatos priežiūros paslaugos, nėra socialinės klasifikacijos.

Surenkamas biudžetas yra atskiras nuo kitų disponuojamų valstybės lėšų. Kadangi tobulo sveikatos priežiūros finansavimo modelio neturi nei viena šalis, nes finansavimo tendencijos individualiai nuo kiekvienos šalies situacijos rekomenduojama ir toliau naudotis vyraujančiu finansavimo modeliu, tobulinant pajamų surinkimą, užtikrinant, jog mažes valstybės finansuojama dalis ir daugės mokančiųjų asmenų.

Nustatyta, jog Lietuvoje vyraujančio sveikatos draudimo modelio pagrindiniai principai daro įtaką sveikatos draudimo biudžeto surinkimui. Pvz. solidarumo

3. Pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis - PSDF biudžeto pajamos, kurių pokyčiai lemia sveikatos priežiūros sistemos tvarumą. Tačiau PSDF biudžetas yra smarkiai įtakojamas šalies ekonominės situacijos, socialiniai ir demografini veiksniai turi taip pat didžiulę įtaką. Šiandieniniame finansavimo modelyje, nustatyta, jog vyrauja tendencija, kad pajamų struktūrą

sudaro dalis iš mokesčių mokėtojų bei dalis valstybės lėšų. Nustatyta, jog valstybės mokama dalis į PSDF biudžetą, už apdraustąjį, negalintį mokėti įmokų į sumoka didesnę dalį, nei galintis mokėti. Keičiantis (blogėjant) šalies ekonominei situacijai didėja valstybės asignavimai. Taigi galime daryti išvadą, jog PSDF biudžeto pajamų surinkimas nėra ištobulinta sritis.

Atsižvelgiant į tokią situaciją rekomenduojama tobulinti sveikatos draudimo sistemą, reikalinga pertvarka, įgalinanti mokėti didesnę skaičių asmenų į biudžetą, šiuo metu valstybės lėšomis draudžiami asmenys, neatsižvelgiant į jų pajams, turi atitikti kriterijus įvardijamus sveikatos draudimo įstatyme ir gali tapti draudžiami sveikatos draudimu valstybės lėšomis. Rekomenduojami pakitimai įstatyme, numatantys detalesnius kriterijus, pagal kuriuos asmuo bus draudžiamas valstybės lėšomis.

Išanalizavus PSDF biudžeto išlaidas, nustatyta, jog per paskutinį dešimtmetį išlaidos padidėjo daugiau nei dvigubai, 2010 metais jos buvo 1004,17 Eur., o 2014 metais siekė 2289,3 mln. Eur., tačiau išanalizavus sveikatos rodiklius, ženklus pasikeitimo įžvelgti negalime, taip pat nesumažėjo sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Pagrindinė išlaidų dalis vis dar skiriama sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (daugiau nei 70proc.). Nors sveikatos priežiūros sistemos siekiamybė – sveikųjų ir sergančiųjų garantas, tačiau sveikatinimo paslaugoms skiriama tik maža dalis – prevencijos programoms įgyvendinti tik 2 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų dalies. Rekomenduojama siekiant užtikrinti sveikatos sektoriaus efektyvumą didesnę išlaidų dalį skirti sveikatinimo paslaugoms.

4. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimui buvo ieškomi būdai užtikrinantys efektyvų lėšų paskirstymą, kadangi rasti galimybių didinti PSDF pajamas šalyje sunku, svarbu, jog būtų išnaudojami ar net gi mažinami turimi resursai. Išanalizavus sveikatos priežiūros pajamas bei išlaidas, išteklių pasiskirstymą, rekomenduojama ir toliau siekiant efektyvumo vykdyti gydymo įstaigų restruktūrizaciją, nes atsižvelgiama į šalies demografinę situaciją, gyventojų Lietuvoje mažėja, taigi išlaikyti tą patį skaičių gydymo įstaigų tampa nebe efektyvu. Nustatyta, jog ginekologinio skyriaus išlaikymas ligoninėje kainuoja 232 tūkst. Eur., o tam, skyriaus veikla būtų laikoma efektyvia, jame turi būti atliekamai 402 gimdymai, o jau minėti analizuoti duomenys atskleidė tendenciją, jog gyventojų šalyje mažėja, taigi siekiant efektyvumo sveikatos sektoriuje, tikslinga tęsti gydymo įstaigų jungimą, ar net uždarymą. Kita galimybė efektyvinti sveikatos sektorių – mažinti teikiamų paslaugų kiekį ligoninėse. Šiandieninė pažengusi medicina leidžia supaprastinti

daugelį operacijų, todėl daugelio rūšių sveikatos sutrikimų pooperacinis laikotarpis sutrumpėja, todėl nėra efektyvu pacientą laikyti ligoninėje, kai jo būklei negresia pavojus. Taigi lovų skaičiaus mažinimas yra viena iš galimybių sumažinant išlaidų dalį sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Kita galimybė – sveikatinimo paslaugų, šiuo atveju Lietuvoje veikiančių prevencinių programų, naudojimosi aktyvumą. Taip siekiant sumažinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, užtikrinant ankstyvų lygų diagnozavimą, bei taip išvengiant didesnių išlaidų jau progresuojančių lygų gydymui.

Vertinant ligos diagnozavimą progresuojančioje stadijoje, bei diagnozuojant prevencinės programos pagalba, kaštus, pastebėti ženklūs finansavimo skirtumai. Išanalizavus tris prevencines programas susirgimų, kurie Lietuvoje paplitę labiausiai, nustatyta, jog sveikatos priežiūros sektorius praranda didžiulę dalį lėšų. Nediagnozuojant kraujotakos ir širdies ligų ankstyvoje stadijoje sveikatos sektorius patiria praradimų kraujotakos ligas gydant vienam atvejui už 1844,63 Eur., virškinimo sutrikimams gydyti – 1170,22 Eur./atvejui, ginekologiniams susirgimams – 891,52 Eur/atvejui. Skiriamos lėšos prevencinėms programoms dar nepasiekė 100 proc. lėšų įsisavinimo, skiriamos lėšos nėra panaudojamos, taip kaip galėtų būti, taigi tyrimo pagalba buvo vertinama kiek lėšų praranda sveikatos sektorius, dėl vangaus naudojimosi PSDF biudžeto lėšomis finansuojamomis prevencinėmis programomis, tai įtakoja didesnes PSDF biudžeto išlaidas. Įvertinus susirgimų, kurių ankstyvam diagnozavimui yra skirtos prevencinės programos, sveikatos rodiklius pastebimi sveikatos būklę apibūdinančių rodiklių gerėjimas, pastebima tendencija, jog mažėja standartizuoto mirtingumo rodiklis įvertinus tris prevencines programas. Galime daryti išvadą, jog Lietuvoje veikiančios prevencinės programos ne tik padeda efektyviau naudoti PSDF lėšas, bet ir turi įtakos kitų sektorių rodiklių gerėjimui, galime daryti prielaidą, jog mažėja SODROS išlaidos ligos pašalpos mokėti, taip pat privatus sektorius sumažina savo praradimus, dėl galimų sveikatos rodiklių gerėjimo patirdamas mažesnes išlaidas dėl pirmomis susirgimo dienomis mokamos ligos pašalpos ir turėdamas garantijas, jog sveikatos sutrikimų mažėjimas, užtikrins produktyvų darbuotojo darbą, bei atsirandanti sumažėjusi rizika prarasti gerai dirbantį darbuotoją, dėl galimų sveikatos sutrikimų. Galime daryti išvadą, jog sveikatinimo paslaugos, šiuo atveju Lietuvoje veikiančios prevencinės programos, mažina tiek tiesiogines tiek netiesiogines sveikatos priežiūros išlaidas, bei prisideda prie šalies ekonominių rodiklių gerinimo. Rekomenduojama plėsti prevencinių programų spektrą, rasti galimybę praplėsti amžiaus grupes, kad daugiau asmenų turėtų galimybę į ankstyvą ligos diagnozavimą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aguonytė V., Beržanskytė A., Nedzinskienė L., Valentienė J., ir Zolubienė E.,(2013). Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos netolygumai. *Literatūros apžvalga., Visuomenės sveikata*, 14.
2. Andriušaitienė D., Jakutis A., Petraškevičius V, Stepanovas A. (2012). *Ekonomikos teorija: vadovėlis*, Eugrimas, 22p.
3. Bradauskienė, K., Čepienė, K., Perkumienė, D. Ir Švagždienė, B. (2011). Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. 1(21), 126.
4. Buivydas R. Ir Černiauskas G. (1996). *SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS DRAUDIMO SĄLYGOMIS. PIRMA DALIS*. Vilnius. Sveiktos ekonomikos centras.
5. Buškevičiūtė E. (2008), *Mokesčių sistema: vadovėlis*. Kaunas: Kauno technologijos universitetas, p.40-41.
6. EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS REGLAMENTAS kuriuo patvirtinama trečioji daugiametė ES sveikatos srities veiksmų 2014–2020 m. programa „Sveikata ekonomikos augimui skatinti“, 2p.
7. Grašvienė, L. (2015). Valstybės išlaidų ir jų struktūros įtaka ekonomikai. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 2(37), 6–22.
8. Gurevičius R. ir Mekšriūnaitė S.,(2014). Išvengiamo mirtingumo nulemti prarasti potencialūs gyvenimo metai ir jų vertė lietuvoje 1967–2011 m. pagal lytį ir gyvenamąją vietovę, *Visuomenės sveikata. Higienos institutas*, p.28.
9. Gurevičius, R. ir Beržanskytė, A. (1998). J. P. Frankas ir socialinė medicina Vilniaus universitete. *Sveikata*, (6), 2-4.
10. Higienos institutas. (2015). Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys [lentelė] [žiūrėta 2016-02-29] Prieiga per internetą http://sic.hi.lt/html/sv_statistika.htm
11. Kanapeckienė, V. ir Petronytė, G. (2014). Pirminės sveikatos Priėžiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis. *Visuomenės sveikata. Higienos institutas*, p.20;22;

12. Karazijienė Ž. ir Kirkausienė, R. (2009). Išlaidų sveikatos apsaugai naštos verslui ir valstybei įvertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, (14), 284.
13. Kindsfaterienė, K. ir Lukaševičius, K. (2008). The Impact of the Tax System on Business Environment. *Engineering economics: the economic conditions of enterprise functioning*, 2 (57), 76.
14. Levišauskaitė, K. ir Rūkšys, G. (Eds.). (2003). *Valstybės finansai: vadovėlis* (1st ed.). Kaunas: Vytauto didžiojo universiteto leidykla.
15. Lietuvos Respublikos Seimas. (1994). *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas* (1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552). [žiūrėta 2016-04-01]. Prieiga per internetą
16. Lietuvos Respublikos Seimas. (2012). *Dėl hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo* (2012 vasario 3, Nr.V-76) [žiūrėta 2016-04-12] Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.B98238DA4BA7>
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. (2010). *Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimo nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo* (2010 m. rugpjūčio 28 d., Nr. 1220). [žiūrėta 2016-04-02]. Prieiga per internetą <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/oldsearch.preps2?a=379982&b=>
18. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. (2015). *Dėl nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo* (2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1291). [žiūrėta 2016-04-04]. Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4d3dc740a3c411e58fd1fc0b9bba68a7>
19. Lietuvos sveikatos statistika 2014, (2015) Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.
20. Matkevičiūtė, E. ir Žaptorius, J. (2014). Privalomo sveikatos draudimo fondo finansinių srautų formavimo ypatumai. In *Verslas XXI amžiuje* (p. 88). Vilnius: Vilniaus Gedimino technikos universitetas.
21. Mykolo Riomerio universitetas (2010). *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*: Mykolo Riomerio universitetas.
22. Norkuas, A., Ostarauskas, R. ir Šulcaitė, R. (2005). Laiku diagnozuoto 2 tipo cukrinio diabeto ir anksti pradėto gydymo ekonominis įvertinimas, *Medicina*, 41(10), p.881

23. Petronytė, G., & Kanapeckienė, V. Pirminės sveikatos Priežiūros ir visuomenės sveikatos Paslaugų integravimas ir šalių Patirtis. *Visuomenės sveikata*, 10.
24. Puškorius, S., ir Raipa, A. (2002). Teoriniai viešojo sektoriaus veiklos modernizavimo aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, (2), 9-17.
25. Račkauskas, M., & Liesionis, V. (2013). The relationship between government expenditure and public safety in Lithuania. *Journal of Security and Sustainability Issues*, 3(2), 31-40.
26. Rosen E. (2007). *Viešojo sektoriaus produktyvumo didinimas: sąvokos ir praktika*. Vilnius: Sage Publications.
27. Sriubas, M. (2013). Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje. *Teisės problemos*, 1(79), 58–85.
28. Stasytyte, V., & Raukyte, A. (2014). Econometric Model of Lithuanian Health Care System Indicators. *Mokslas: Lietuvos Ateitis*, 6(1), 33.
29. Sveikatos ekonomikos centras. (2000). *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*: Sveikatos ekonomikos centras, 8.
30. Sveikatos ekonomikos centras. (2015). *Lietuvos sveikatos programa, kaip Lietuvos gyventojų sveikatos stiprinimo įrankis*. p.11-12.
31. Sveikatos ekonomikos centras. (2007). Studija. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Vilnius: UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ drauge su Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA)
32. Šumskienė, J. (2005). Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. *Gydymo menas*; p.10.
33. Zaicev, S. (Ed.). (2007). *Socialinio sektoriaus ekonomika: mokomoji knyga* (1st ed.). Vilnius: Vilniaus Gedimino technikos universitetas.