

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

DONATA JOVARAUSKIENĖ

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS LĖŠŲ
SURINKIMO SISTEMOS MODELIS**

Socialiniai mokslai, ekonomika (04 S)

Daktaro disertacija

2014, KAUNAS

Daktaro disertacija rengta Kauno technologijos universiteto Socialinių mokslų fakultete, Regionų plėtros katedroje, 2008 – 2013 metais.

Mokslinis vadovas:

Prof. dr. Eugenijus BAGDONAS (Kauno technologijos universitetas, socialiniai mokslai, ekonomika, 04 S).

© D. Jovarauskienė,
2014

TURINYS

LENTELĖS	4
PAVEIKSLAI.....	5
PAGRINDINĖS DARBO SAŲOKOS.....	8
ĮVADAS.....	10
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO EKONOMINIAI ASPEKTAI.....	17
1.1. <i>Asmens sveikatos ir sveikatos priežiūros definicijos ekonominiu požiūriu.....</i>	17
1.2. <i>Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pobūdis ir dalyviai.....</i>	19
1.3. <i>Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumas.....</i>	25
1.4. <i>Sveikatos priežiūros finansavimo sistemų ir lėšų surinkimo schemų klasifikavimas.....</i>	27
1.4.1. <i>Valstybės (vyriausybės) lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros sistemos schemas</i>	29
1.4.2. <i>Privačiomis lėšomis pagrįsta lėšų surinkimo schema</i>	36
1.4.3. <i>Namų ūkių tiesioginiais mokėjimais pagrįsta lėšų surinkimo schema</i>	38
1.4.4. <i>Nerezidentų lėšomis pagrįsta lėšų surinkimo schema</i>	39
1.5. <i>Sveikatos politikos reikšmė sveikatos priežiūros sistemos finansavimui.....</i>	40
2. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO SISTEMŲ LYGINAMOJI ANALIZĖ	44
2.1. <i>Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros finansavimo sistema.....</i>	46
2.2. <i>Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo sistema</i>	61
2.3. <i>Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistema.....</i>	67
2.4. <i>Jungtinių Amerikos Valstijų, Prancūzijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemų privalumai ir trūkumai</i>	83
3. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ RINKOS LĖŠŲ SURINKIMO MODELIO SUDARYMAS	74
3.1. <i>Modelio aprėpties nustatymas.....</i>	75
3.2. <i>Modelio loginė struktūra ir etapai</i>	77
3.3. <i>Modelio duomenų sistema ir taikymo apribojimai.....</i>	79
3.4. <i>Modelio principai ir matematinė išraiška.....</i>	80
4. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS LĖŠŲ SURINKIMO SISTEMOS MODELIO VERIFIKACIJA LIETUVOS ATVEJU	93
4.1. <i>Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį Lietuvoje įtakančių aplinkos veiksnių įvertinimas.....</i>	93
4.2. <i>Modelio taikymo aspektai</i>	101
4.3. <i>Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija Lietuvos atveju.....</i>	102
4.4. <i>Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos rezultatų analizė.....</i>	116
IŠVADOS.....	134
LITERATŪRA	137
MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS	148
PRIEDAI	149

LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugos Jungtinėse Amerikos Valstijose.....	56
2 lentelė. Nacionalinės JAV sveikatos apsaugos sistemos reformos rezultatai 2011 m.....	60
3 lentelė. Sveikatos priežiūros reformos etapai Lietuvoje.....	68
4 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas Lietuvoje 1990-1998 m.....	72
5 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos lygtis atskirais reformos etapais.....	76
6 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos pagal funkcijas, mln. Lt.....	78
Šaltinis: LR Statistikos departamentas	78
7 lentelė. Lietuvos bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros teikėjus, mln. Lt.....	79
8 lentelė. Lietuvos bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros finansuotojus, mln. Lt.....	80
9 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemų palyginimas JAV, Prancūzijoje ir Lietuvoje	83
10 lentelė. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos pajamų ir išlaidų detalizavimas (NSS klasifikacija) (1 metų laikotarpis)	77
11 lentelė. Modelio duomenų grupės ir analizės laikotarpiai	79
12 lentelė. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikymo aspektai.....	80
13 lentelė. Ekonominių, demografinių ir darbo jėgos struktūros veiksnių vertinimas	86
14 lentelė. Dalinių priemonių formos ir jų naudojimas.....	88
15 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas.....	89
17 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas.....	91
18 lentelė. Užimtumo ir darbo jėgos rodiklių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. (2012 m. = 100 proc.).....	97
19 lentelė. Ekonominių rodiklių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. (2012 m. = 100 proc.).....	99
20 lentelė. Sveikatos priežiūros sektoriaus rodiklių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. (2012 m. = 100 proc.).....	99
21 lentelė. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio taikymo aspektai.....	101

PAVEIKSLAI

1 pav. Disertacijos loginė struktūra	16
2 pav. Individo sveikatą įtakojantys veiksniai.....	17
3 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų rinkos dalyviai.....	21
4 pav. Sveikatos priežiūros rinkos dalyvių tarpusavio ryšiai pagal funkcijas	22
5 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos struktūra	27
6 pav. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas.....	28
7 pav. Valstybės (vyriausybės) finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas	30
8 pav. Privačiomis lėšomis finansuojamos veikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas	37
9 pav. Namų ūkių lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas	39
10 pav. Nerezidentų lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas	40
11 pav. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso pagrindinės funkcijos.....	48
12 pav. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistemą įtakojantys veiksniai.....	49
13 pav. Integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos finansavimas	52
14 pav. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros finansavimo sistema.....	58
15 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos struktūra	65
16 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos struktūra.....	71
17 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų ir išlaidų dinamika 2004-2006 m.	72
18 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų ir išlaidų dinamika 2007-2008 m.....	74
19 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos palyginti su BVP 2004-2011 m., proc.....	81
20 pav. Lietuvoje veikiantis sveikatos priežiūros finansavimo modelis	82
21 pav. Išlaidų sveikatos priežiūrai ir vidutinės gyvenimo trukmės palyginimas JAV, Prancūzijoje, Lietuvoje su pasaulio vidurkiu, 2004-2011 m.	72
22 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų prognozavimo modelių kategorijos	74
23 pav. Asmens sveikatos priežiūros galimos lėšų surinkimo schemas.....	76
24 pav. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio sudarymo loginė eiga	78
25 pav. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos bendrasis modelis (struktūra).....	85
26 pav. Gyventojų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.	95
27 pav. Vaikų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.	95
28 pav. Pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.	96
29 pav. Darbo jėgos produktyvumo kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.	97
30 pav. BVP (to meto kainomis) kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.	98
31 pav. Darbo jėgos rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama.....	104

32 pav. Darbo jėgos rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	104
33 pav. Užimtumo rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	105
34 pav. Užimtumo rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	105
35 pav. Vidutinio darbo užmokesčio rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	106
36 pav. Vidutinio darbo užmokesčio rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	107
37 pav. Apmokestinamųjų asmenų rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	108
38 pav. Apmokestinamųjų asmenų rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	108
39 pav. Bendrosios apmokestinamosios bazės apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	109
40 pav. Bendrosios apmokestinamosios bazės kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	110
41 pav. Apmokestinamųjų pajamų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama.....	110
42 pav. Apmokestinamųjų pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	111
43 pav. Bendrųjų galimų pajamų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	111
44 pav. Bendrųjų galimų pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	112
45 pav. Apdraustųjų gyventojų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	113
46 pav. Apdraustųjų gyventojų skaičiaus kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	113
47 pav. Einamųjų išlaidų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama.....	114
48 pav. Einamųjų išlaidų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	115
49 pav. Bendrųjų išlaidų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	115
50 pav. Bendrųjų išlaidų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	116
51 pav. Būtinio įmokų tarifo apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	117
52 pav. Būtinio įmokų tarifo kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	118
53 pav. Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymo informacijos srauto diagrama	119
54 pav. Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	120
55 pav. Asmens sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui apskaičiavimo informacijos srauto diagrama	121
56 pav. Asmens sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.	121
57 pav. Asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal šiuo metu veikiančią lėšų surinkimo modelį 2013 m.	122
58 pav. Asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal siūlomą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelį 2013 m. (1 scenarijus)	124
59 pav. Sveikatos priežiūros pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1 ir 1a scenarijus)	125
60 pav. Darbuotojo ir darbdavio per metus sumokamo mokesčio pagal apskaičiuotą mokesčio dydį kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1 scenarijus)	125
61 pav. Darbuotojo ir darbdavio per metus sumokamo mokesčio pagal apskaičiuotą mokesčio dydį kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1a scenarijus).....	126
62 pav. Sveikatos priežiūros pajamų dalies BVP kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1 ir 1a scenarijus)	127

63 pav. Asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal siūlomą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelį 2013 m. (2 scenarijus)	128
64 pav. Sveikatos priežiūros pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (2 ir 2a scenarijus)	129
65 pav. Darbuotojo per metus sumokamo mokesčio pagal apskaičiuotą mokesčio dydį kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (2 ir 2a scenarijus).....	130
66 pav. Sveikatos priežiūros pajamų dalies BVP kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (2 ir 2a scenarijus)	131
67 pav. Darbuotojo per mėnesį sumokamo mokesčio paskirstymas 2013 m. (1 scenarijus)	132

PAGRINDINĖS DARBO SAŲVOKOS

Sveikata (*angl. health*) – tai individo genetinio pagrindo, jo gyvenimo būdo, socialinės, ekonominės, ekologinės aplinkos ir sveikatos priežiūros paslaugų poveikio pasekmė, kurios vertė mainuose yra sunkiai įvertinama.

Asmens sveikatos priežiūra (*angl. health care*) – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą. Asmens sveikatos priežiūra skirstoma į pirminę, antrinę ir tretinę.

Visuomenės sveikatos priežiūra (*angl. public health care*) – organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma.

Sveikatos priežiūros prekės ir paslaugos (*angl. health care products*) – tai specifinės prekės ar paslaugos, rinkoje traktuojamos kaip ekonominis mainų vienetas, turintis konkrečią vertę individui.

Sveikatinimo veikla (*angl. health promotion*) – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiams subjektams nustato sveikatos priežiūros veiklą kontroliuojančios organizacijos.

Sveikatos priežiūros paslaugų rinka (*angl. health care market*) – tai specifinė rinka, kurioje parduodamos specifinės prekės ar paslaugos.

Sveikatos priežiūros sistema (*angl. health care system*) – tai institucinių vienetų, vartotojų, sveikatos ir su sveikata susijusių paslaugų teikėjų, farmacijos bendrovių ir tarpininkų tarpusavio sąveika, kurios metu sistemoje vyksta prekių/paslaugų ir piniginių srautų judėjimas.

Sveikatos priežiūros finansavimo sistema (*angl. health care financing system*) – tai sveikatos priežiūrai skirtų lėšų surinkimo ir paskirstymo mechanizmas, kurio pagrindinis tikslas – patenkinti dabartinius populiacijos sveikatos priežiūros poreikius (individualius ir visuomeninius).

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemos (*angl. health care financing schemes*) – tai sveikatos priežiūros finansavimo sistemos posistemai, kurių dėka vyksta sveikatos priežiūrai reikalingų lėšų surinkimas.

Tvari sveikatos priežiūros finansavimo sistema (*angl. sustainable health care financing system*) – tai sistema galinti surinkti ir paskirstyti finansinius išteklius ilguoju laikotarpiu, kurių dėka būtų patenkinti ne tik esami individualūs bei visuomenės poreikiai sveikatos priežiūros paslaugoms, bet ir būtų sudarytos

palankios sąlygos ateities poreikių patenkinimui, užtikrinant aukštą paslaugų kokybę ir visuotinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Solidarumo principas (*angl. the principle of solidarity*) – valstybės (visuomenės) finansinė atsakomybė už sveikatos priežiūrą tų visuomenės narių, kurie negali susimokėti už sveikatos priežiūros paslaugas arba kuriems susirgus gresia patirti ypač dideles išlaidas ar iš viso tų paslaugų negauti (Špokienė, 2010).

Visuotinio prieinamumo principas (*angl. the principle of universal access*) – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei. Visuotinio prieinamumo principas užtikrina kiekvienam atitinkamos šalies gyventojui garantiją, kad jis galės naudotis šiomis paslaugomis ir pagrindinėmis teisėmis (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Subsidiarumo principas (*angl. the principle of subsidiarity*) – vienas pagrindinių principų, pagal kurį atskiriamos valstybių narių ir ES atsakomybės sritys, t. y. nustatoma, *kas turėtų imtis veiksmų*. Jei tam tikroje srityje Sąjungai priklauso išimtinė kompetencija¹, aišku, kad veikti turi Sąjunga. Jeigu Sąjunga ir valstybės narės dalijasi kompetencija², minėtasis principas reiškia, kad veikti turi valstybės narės. Sąjunga turėtų imtis veiksmų tik tuomet, kai valstybės narės negali tinkamai įgyvendinti tikslų ir kai dėl masto ar poveikio Sąjunga gali įgyvendinti juos geriau (ES Komisija, 2011).

Nacionalinės sveikatos sąskaitos (*angl. national health accounts*) atspindi visų sveikatos sistemos finansinių srautų judėjimą, finansinių išteklių šaltinius, lėšų tarpininkus ir galutinius jų gavėjus; parodomas lėšų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, medicinos prekių ir paslaugų funkcijas. Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenys periodiškai perduodami ir kaupiami Pasaulinėje duomenų bazėje.

Efektyvus sveikatos priežiūros finansavimas (*angl. effective health care financing*) – sveikatos priežiūros sistemos finansavimo schema, leidžianti pasiekti geriausių sveikatos priežiūros sistemos rezultatų.

¹ Pagal SESV 3 straipsnį tokios sritys yra muitų sąjunga, vidaus rinkos veikimui būtinų konkurencijos taisyklių nustatymas, euro zonos pinigų politika, jūrų išteklių apsauga ir bendra prekybos politika.

² Pagal SESV 4 straipsnį tokios sritys yra vidaus rinka, socialinė politika, sanglauda, žemės ūkis ir žuvininkystė, aplinkosauga, vartotojų apsauga, transportas, transeuropiniai tinklai, energetika, laisvės, saugumo ir teisingumo erdvė ir tam tikri visuomenės sveikatos aspektai.

ĮVADAS

Mokslinio tyrimo aktualumas. Sveikatos priežiūros sistema turi lemiamą įtaką šalies ekonominiam augimui ir dirbančiųjų produktyvumui. Populiacijos sveikatos lygis tiesiogiai įtakoja darbo jėgą, kuri yra produktyvumo pagrindas. Produktyvumas, savo ruožtu, turi lemiamą įtaką šalies ekonominiam augimui. Todėl pastaraisiais metais daugelyje pasaulio valstybių augančios pajamos, populiacijos senėjimas bei urbanizacijos procesai ir sveikatos priežiūros sistemų funkcionavimas tiesiogiai įtakoja visuomenę ir bendrąją visuomenės gerovę.

Sveikatos priežiūros ekonomikos teorijoje bei praktikoje diskutuojama dėl sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos problemų ir galimų jų sprendimo būdų. Šiuo metu sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas ir jo efektyvumo didinimas kelia dideles diskusijas ekonomistų tarpe, tačiau konsensusas iki šiol nėra pasiektas. Skirtingose pasaulio valstybėse taikomi įvairūs sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemų deriniai, pasižymintys tam tikrais privalumais ir trūkumais. Daugelis autorių sutinka, jog situacija, susiklosčiusi sveikatos priežiūros sistemose, toli gražu nėra tinkama siekiant sukurti efektyvesnę, tvaresnę ir konkurencingesnę sveikatos priežiūros sistemą. Kilusi ekonomikos krizė daugeliui Europos ir Vakarų valstybių parodė, jog šioje srityje yra akivaizdžių trūkumų, darančių neigiamą poveikį normaliam sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimui ir tolesniam vystymuisi. Nepaisant sveikatos priežiūrai kiekvienais metais skiriamų lėšų ir surenkamų mokesčių, išlaidos sveikatos priežiūros sistemos finansavimui yra didelė našta tiek išsivysčiusioms, tiek besivystančioms šalims, o pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistemos rezultatais nėra patenkinamas.

Mokslinė problema ir jos ištyrimo lygis. Finansavimas – viena esminių bet kurios sistemos sėkmingos veiklos sąlyga, tai kritinis elementas, įtakojantis sveikatos priežiūros paslaugų procesus, jų apimtį, vartojimą bei kokybę. Finansavimas lemia sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą ir jos galimybes rinkos dalyviams pasiūlyti jų poreikius atitinkančias paslaugas. Šalių vyriausybės įtakoja šalies piliečių sveikatos lygį, pasirinkdamos vienokį ar kitokį sveikatos priežiūros finansavimo būdą. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas yra traktuojamas kaip tradicinis, susiklostęs pagal daugelio metų patirtį ir paremtas nusistovėjusiomis taisyklėmis, tačiau pastaraisiais metais vis aiškiau matomos akivaizdžios šios srities problemos: surenkamų lėšų nepakanka išlaikyti turimoms gydymo įstaigoms, bei sveikatos priežiūros paslaugų paklausos patenkinimui, sveikatos priežiūros rinka neadekvačiai reaguoja į paklausos pokyčius ir dažnai net negali pasiūlyti kai kurių gydymo paslaugų. Šiai sričiai skiriamos lėšos ir surenkami mokesčiai negarantuoja savalaikių ir būtinų sveikatos priežiūros paslaugų potencialiems vartotojams, nes dalis skiriamų lėšų panaudojamos neefektyviai. Kiekvienas mokantis sveikatos draudimo mokesčius nėra garantuotas, kad esant poreikiui gaus visas jam būtinas sveikatos priežiūros paslaugas.

Europos ir kitų pasaulio valstybių patirtis rodo, jog besivystydamos sveikatos priežiūros sistemos susiduria su šiomis problemomis: 1) kaip optimizuoti sveikatos priežiūros sistemos išteklių naudojimą; 2) kaip apsaugoti žmones nuo finansinių pasekmių, susijusių su liga (silpna sveikata), tiesioginių mokėjimų už sveikatos

priežiūros paslaugas; 3) kaip įgyvendinti tokios sveikatos priežiūros sistemos lėšų surinkimą.

Neabejotina, kad pirmųjų dviejų problemų sprendimas susietas su sveikatos priežiūros finansavimui skirtų lėšų paskirstymu, tačiau šiame darbe apsiribosime trečiosios problemos galimų sprendimų paieška.

Sveikatos ir sveikatos priežiūros sąvokos sveikatos priežiūros ekonomikos kontekste analizuojami G. Dahlgren, M. Whitehead (1993), A. Clewer, D. Perkins (1998), D. Jankauskienės, R. Pečiūros (2007), D. Jankauskienės (2010), D. Bielskytės ir D. Jankauskienės (2013), I. Jakušovaitės ir Ž. Darulio (2004) darbuose.

Sveikatos priežiūros ekonomikos problemos, paslaugų tikslai, jų pasiūlą ir paklausą įtakojantys veiksniai nagrinėjami M. Cichon ir kt. (1999), M. Varkevisser ir kt. (2010), kaštų kitimą lemiantys veiksniai W. N. Zelman ir kt. (2009), sveikatos priežiūros paslaugų kokybinis aspektas analizuojamas Ž. Piligrimienės ir kt. (2008), R. B. Saltman ir kt. (2007) darbuose.

Į sveikatos priežiūros rinkos specifiką dėmesį atkreipė A. Creese (1994), A. Clewer, D. Perkins (1998), W. Jack (1999), vėliau į šią problemą toliau gilinosi W. Gooijer (2007), C. A. Dubois ir kt. (2006), B. Mcpake, Ch. Normand (2008), D. M. Dewar (2010), G. B. Cockerham, ir kt., (2012), R. Stašys (2001), R. Astolfi ir kt. (2012).

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos, schemų klasifikavimas, jų specifika ir tvarumo aspektas analizuojami S. N. Banoob (1994), K. Hollenbeck (1995), I. T. Olsen (1998), M. Cichon ir kt. (1999), A. Dixon (2002), P. Hanvoravongchai (2002), E. Mossialos (2004), R. B. Saltman (2004), D. Brogienės (2005), M. Lu ir E. Jonsson (2008), J. Kutzin ir kt. (2010), OECD ir kt. (2011), S. Thomson ir kt. (2013) darbuose ir tyrimuose.

Sveikatos politikos reikšmė sveikatos priežiūros finansavimui akcentuojama M. F. Drummond ir kt. (1997), D. Jankauskienės ir R. Pečiūros (2007), E. Mossialos ir kt. (2002), F. Paolucci (2011), V. Birmonto (2013) darbuose.

Įvairiose šalyse sveikatos priežiūros sistemų paplitimas nagrinėjamas tiek tarptautinių organizacijų, tiek įvairių sveikatos ekonomikos specialistų. Sveikatos priežiūros sistemų pokyčiai, vykstantys demografiniai pokyčiai, atskirų šalių vykdomos sveikatos priežiūros sistemų reformos yra stebimos tarptautinių organizacijų (Pasaulio Sveikatos Organizacijos (WHO), Pasaulio Sveikatos Organizacijos Europos padalinio, Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymo organizacijos (OECD)). Kiekvienais metais pateikiamos atskirų pasaulio regionų aktualiausios sveikatos priežiūros sistemų problemos, vykdomų reformų rezultatai ir kita su sveikatos priežiūros sistemų problematika susijusi informacija.

Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistemos sandara, finansavimo mechanizmas, sistemos problemos, jos privalumai ir trūkumai bei nūdienos aktualijos analizuojamos šių autorių darbuose: G. R. Ewans ir kt. (1994), M. Cichon ir kt. (1999), L. Shi ir D. A. Singh (2008), M. D. Cutler (2008), C. O. Truth ir kt. (2010), K. Tumulty ir kt. (2010), O.W. Cleverley ir kt. (2010), A. R. Kovner ir kt. (2011), G. B. Cockerham, ir kt., (2012), T. Rice ir kt. (2013).

Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemą, jos aspektus, finansavimo mechanizmą nagrinėja D. G. Green ir B. Itrvine (2001), S. Sandier ir kt. (2004), B. Siadat ir M. Stolpe (2005) bei K. Chevreul ir kt. (2010).

Lietuvoje sveikatos priežiūros politikos problemas, sveikatos priežiūros sistemos reformos įgyvendinimo etapus ir rinkos ypatumus savo moksliniuose darbuose ir tyrimuose analizuoja M. Cichon ir Ch. Normand (1994), S. Witter ir kt. (1997), G. Černiauskas ir kt. (2000), Černiauskas (2000), T. Stravinskas (2000), G. Černiauskas, L. Murauskienė (2000), R. Stašys (2001), J. Kumpienė (2003), D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007), G. Černiauskas, G. Buivydas (2009), World Health Organization (2009), D. Jankauskienė (2010), G. Buivydas ir kt. (2010, 2011), L. Murauskienė ir kt. (2013), R. Buivydas ir kt. (2013). Siekiant efektyvaus sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo, šios srities rezultatus šalies mastu nuolat stebi ir analizuoja įvairios šalyje veikiančios organizacijos: LR Sveikatos Apsaugos Ministerija, Valstybinė Ligonių Kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Lietuvos Statistikos Departamentas. Tačiau vertinant atliktą mokslinių šaltinių analizę, galima konstatuoti, kad pateikiamos kasmetinės ataskaitos, siūlomos programos yra fragmentiškos, konstatuojančios konkrečius rezultatus, tačiau nesiūlančios esamos Lietuvos asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos problemų sprendimo variantų.

Sveikatos priežiūros finansavimas vykdomas vadovaujantis keliais visame pasaulyje pripažintais principais:

- a) 2005 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO) šalys narės įsipareigojo tobulinti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemas taip, kad sistemos dalyviams užtikrintų sveikatos priežiūros paslaugų visuotinį prieinamumą, apsaugant juos nuo finansinės naštos, susijusios su sveikatos paslaugų apmokėjimu. Šis tikslas vadinamas universaliąja sveikatos priežiūros aprėptimi.
- b) Siekiant universalios sveikatos priežiūros aprėpties, sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos jos dalyviams turi sudaryti sąlygas naudotis plataus spektro sveikatos priežiūros paslaugomis – sveikatinimo, prevencinėmis, gydymo ir reabilitacijos – nepatiriant finansinių sunkumų.
- c) Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos surinktos lėšos niekada nepadengs 100 proc. gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų ir 100 proc. nepatenkins susidariusios sveikatos priežiūros paslaugų paklausos. Taigi kiekviena šalis turi apsispręsti, kaip geriausiai panaudoti sistemai skirtas lėšas.
- d) Šalys, atsižvelgdamos į sveikatos politikos strategiją, turi pasirinkti, kurią sveikatos priežiūros paslaugų grupę finansuos daugiau (World Health Organization, 2010b).

Teoriniu požiūriu galimų surinkti lėšų dydį sąlygoja šalies ekonominis pajėgumas ir strateginiai sveikatos politikos tikslai. Pasaulyje egzistuoja daugybė modelių, kurių pagalba galima apskaičiuoti sveikatos priežiūros finansavimui reikalingą ir galimą lėšų sumą.

Dauguma modelių paremti esama šalies lėšų surinkimo sistema (pavyzdžiui, mokesčių, pajamų perskirstymo per biudžetą, savanoriško sveikatos draudimo ir pan.), o pagrindinis šių modelių tikslas – subalansuoti šalies ir sveikatos priežiūros

sistemos biudžetus (kad nebūtų nei deficito, nei pertekliaus). Pasaulyje paplitę ir praktikoje taikomi rezultatiniai Nacionalinių sveikatos sąskaitų modeliai. Tačiau pagrindinis minėtų modelių trūkumas tas, kad a) konstatuoja esamą situaciją; b) jie nesuteikia galimybės numatyti perspektyvinius sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos biudžetus ir jų realizavimo priemones. Reikia pabrėžti, jog šiuo metu taikomi modeliai nevertina, o turėtų įvertinti, demografinius, užimtumo bei darbo jėgos, ūkio raidos ir sveikatos priežiūros sektoriaus veiklos rodiklius bei tendencijas.

Sparčiai kintantis šiuolaikinės visuomenės gyvenimo būdas, aplinkos kokybės kaita, demografiniai, ekonominiai, technologiniai ir kt. pokyčiai skatina nacionalinių asmens sveikatos priežiūros sistemų kaitą, verčia ieškoti naujų, efektyvesnių asmens sveikatos priežiūros sistemų funkcionavimo modelių.

Atsižvelgiant į minėtus principus mokslinę problemą galima formuluoti taip: *Kaip pagerinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą išplečiant lėšų surinkimo bazę?*

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemų specialistų teigimu, „auksinio“ sveikatos priežiūros finansavimo sistemos modelio, tinkančio visoms pasaulio valstybėms, nėra. Taigi kiekviena valstybė, atsižvelgdama į konkrečią ekonominę situaciją, susiklosčiusias tradicijas ir kitus veiksnius, pasirenka savo kelią.

Tyrimo objektas – sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos ir schemas.

Tyrimo tikslas – sukurti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį, įvertinantį lėšų surinkimo bazės plėtros galimybes, laikantis solidarumo ir visuotinio prieinamumo principų.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) išnagrinėti sveikatos, sveikatos priežiūros definicijas;
- 2) išanalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų rinkos specifiką, sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo aspektą, sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemas ir jų schemas, sveikatos politikos įtaką sveikatos priežiūros sistemos finansavimui;
- 3) remiantis sveikatos priežiūros finansavimo sistemų funkcionavimu (Jungtinių Amerikos Valstijų, Prancūzijos ir Lietuvos) identifikuoti pasirinktose šalyse esamas sveikatos priežiūros finansavimo sistemas, jų lėšų surinkimo schemas, įvertinti jų privalumus ir trūkumus;
- 4) remiantis kompleksiniu ekonominių, demografinių, darbo jėgos ir specifinių sveikatos priežiūros sistemos rodiklių vertinimu ir ekstrapoliavimu, sukurti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį, sudarantį palankias sąlygas sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo didinimui;
- 5) atlikti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikomumo empirinį tyrimą Lietuvos atveju ir pateikti siūlymus lėšų surinkimo sistemos finansinio tvarumo padidimui ir sveikatos priežiūros prevencijos stiprinimui.

Tyrimo metodai. Disertaciniame darbe taikyti literatūros, dokumentų, statistinių duomenų sisteminės analizės, lyginamosios analizės, loginės analizės, grafinio vaizdavimo ir matematinio modeliavimo metodai leido išnagrinėti sveikatos priežiūros ekonomikos aspektus, išanalizuoti ir įvertinti sveikatos priežiūros sistemų

finansavimo schemas, sudaryti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį.

Atliekant sudaryto modelio verifikacijos Lietuvos sveikatos priežiūros rinkai tyrimą taikyti matematinės statistikos metodai, siūlomas modelis realizuotas naudojant MS Excel programinės įrangos paketą.

Moksliniame darbe naudoti šaltiniai. Atliekant tyrimus naudotos monografijos, konferencijų medžiagos, moksliniuose leidiniuose, interneto duomenų bazėse skelbiami straipsniai, Pasaulio Sveikatos Organizacijos (WHO), Ekonominio Bendradarbiavimo ir Vystymo Organizacijos (OECD) pateikiamos ataskaitos ir dokumentai, Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos informacija, Lietuvos Valstybinės ligonių kasos (VLK) pateikiamos ataskaitos ir Lietuvos Statistikos departamento informacija.

Mokslinis naujumas. Disertacinio darbo mokslinė reikšmė ir naujumas atsispindi teorinių ir empirinių tyrimų rezultatuose:

- 1) pateikiamas sisteminis požiūris į sveikatą ir sveikatos priežiūrą, akcentuojant gyvenimo būdo, socialinės – ekonominės aplinkos įtaką bei prevencijos būtinumą;
- 2) pagrįstas reguliuojamos sveikatos priežiūros rinkos pobūdis, akcentuojant valstybės reguliavimą, rinkai būdingą heterogeniškumą, vyraujančią oligopoliją, perteklinę paklausą, stiprų tarpininkų vaidmenį ir konkurencijos elementus, būdingus atskiriems segmentams;
- 3) atlikta JAV, Prancūzijos ir Lietuvos asmens sveikatos priežiūros finansavimo sistemų ir schemų lyginamoji analizė, išskiriant teigiamus ir neigiamus sistemų aspektus;
- 4) modifikuotas bazinis *International Labour Office (ILO) ir International Social Security Association (ISSA)* 1999 metų sveikatos priežiūros sistemų lėšų surinkimo modelis, papildant jį lygtimis, apibendrinančiomis darbuotojo ir darbdavio per 1 metus į PSSS ir PSDF fondus sumokamų įmokų apimtis, PSDF fondo įplaukas bei PSSS fondo įplaukas;
- 5) parengtas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos matematinis modelis, įvertina finansavimo sistemos tvarumo padidrinimo galimybes ir apima šiuos submodelius: a) ekonominius ir demografinius; b) sveikatos priežiūros sistemos pajamų formavimo; c) sveikatos priežiūros sistemos išlaidų paskirstymo; d) modelio rezultatų aprašymo;
- 6) parengti originalūs submodelių ir bendrojo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos matematinio modelio skaičiavimų algoritmai;
- 7) atlikta modelio verifikacija Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos atveju – aprašytos modelio konstantos, apskaičiuotos jų prognostinės reikšmės 2013 – 2020 m. laikotarpiui, parengti keturi sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos raidos scenarijai, įvertinantys

skirtingą mokesčių naštos paskirstymą tarp darbuotojo ir darbdavio bei būtinojo įmokų tarifo kitimą;

- 8) nustatytos asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje modelio taikymo gairės, numatančios gyventojų aprėptį, teikiamą naudą, paslaugų teikimo ir atsiskaitymo su paslaugų teikėjais tvarką ir pagrindines finansavimo taisykles;
- 9) pateikti esminiai skaitiniai socialiniai ekonominiai parametrai: būsimosios gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai ir jų paskirstymas, būtinasis įmokų tarifas ir kt.
- 10) parengtas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis gali būti naudojamas tikrinant kitus scenarijus. Galima apskaičiuoti kaip keisis būtinojo įmokų tarifo dydis, jei būtų norima padidinti sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų darbo užmokestį ir daugelį kitų scenarijų atsižvelgiant į sveikatos politikos strateginius tikslus.

Darbo mokslinis naujumas ir reikšmė yra neatsiejami nuo praktinės naudos. Atlikti tyrimai ir sudarytas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis sudaro palankias sąlygas ekonomiškai pagrįsto sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio įgyvendinimui Lietuvos sveikatos priežiūros rinkoje.

Disertacijos struktūra ir apimtis. Disertacijos apimtis – 148 puslapiai (su priedais 187 psl.). Disertacinį darbą sudaro įvadas, keturi skyriai, išvados, literatūros sąrašas ir priedai. Darbe pateikiami 67 paveikslai, 21 lentelė, 13 priedų. Ruošiant mokslinį darbą panaudoti 129 literatūros šaltiniai.

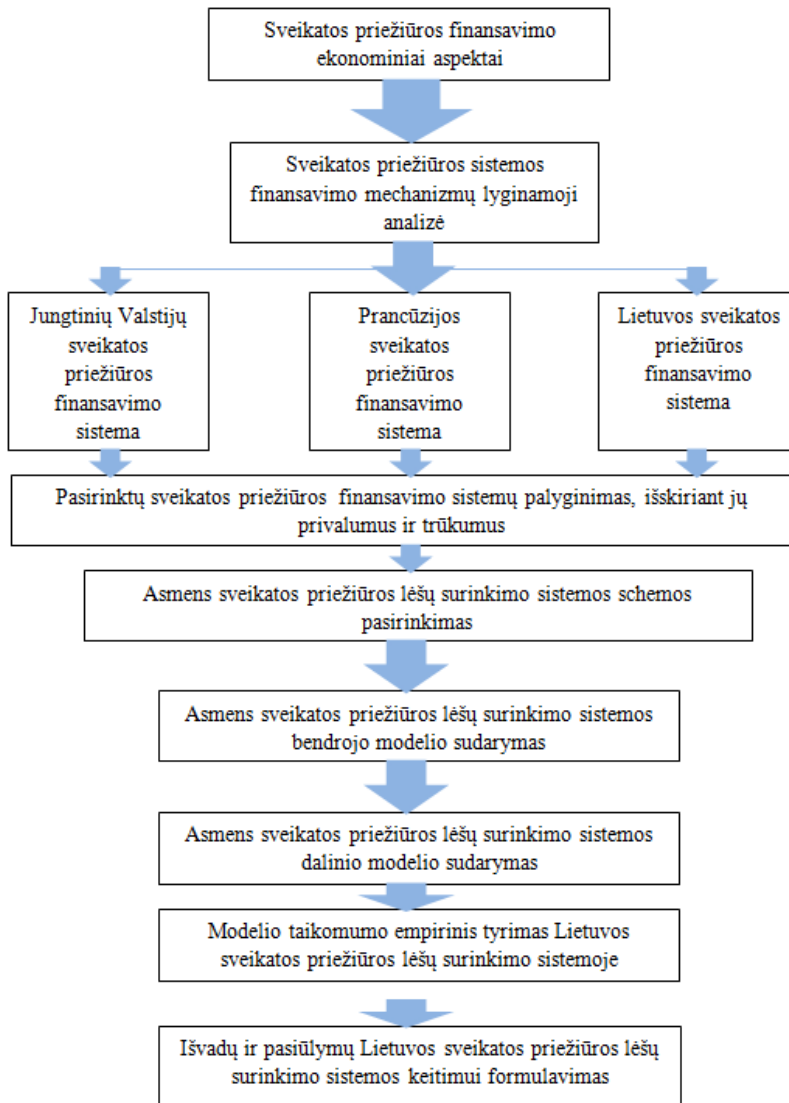
Disertaciją sudaro keturios pagrindinės dalys. Disertacinio darbo loginė struktūra pateikiama 1 pav.

Pirmojoje mokslinio darbo dalyje „Sveikatos priežiūros finansavimo ekonominiai aspektai“ nagrinėjamos sveikatos priežiūros ir sveikatos definicijos, analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pobūdis, identifikuojama sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo reikšmė sveikatos priežiūros sistemai, pateikiama sveikatos priežiūros finansavimo sistemų ir jų schemų klasifikacija, apibendrinta sveikatos politikos reikšmė sveikatos priežiūros sistemos finansavimui. Atliktas teorinis mokslinės literatūros šaltinių tyrimas leido pagrįsti mokslinio darbo būtinumą ir teorines nuostatas.

Antrojoje mokslinio darbo dalyje „Asmens sveikatos priežiūros finansavimo sistemų lyginamoji analizė“ pagrindžiamos sveikatos priežiūros sistemos ekonomiškai efektyvaus finansavimo sistemos suformavimo metodologinės prielaidos, analizuojama pasirinktų pasaulio valstybių sveikatos priežiūros sistemos ir jų finansavimo sistemų taikymo praktika, atliekamas jų palyginimas su Lietuvoje veikiančia sveikatos priežiūros sistema ir jos finansavimo sistema, akcentuojant jų privalumus ir trūkumus.

Trečiojoje empirinėje dalyje „Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio sudarymas“ atliktos mokslinės literatūros analizės pagrindu pasirinktas tyrimo tikslą atitinkantis modelio pavidalas, pasirinkta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schema. Sudaryta modelio loginė struktūra, pasirinkti kintamieji ir konstantos. Siūlomas asmens sveikatos priežiūros lėšų

surinkimo sistemos bendrasis ir detalusis modelis, kurį sudarantys submodeliai aprašyti lygčių sistema.



1 pav. Disertacijos loginė struktūra

Ketvirtojoje dalyje „Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija“ atliekamas siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikomumo Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai empirinis tyrimas. Atliktos asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos Lietuvos sveikatos priežiūros rinkai pagrindu pateikiami siūlymai šalyje veikiančios sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos ekonominio efektyvumo ir tvarumo didinimui, įvedant privalomąsias sveikatos santaupų sąskaitas.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO EKONOMINIAI ASPEKTAI

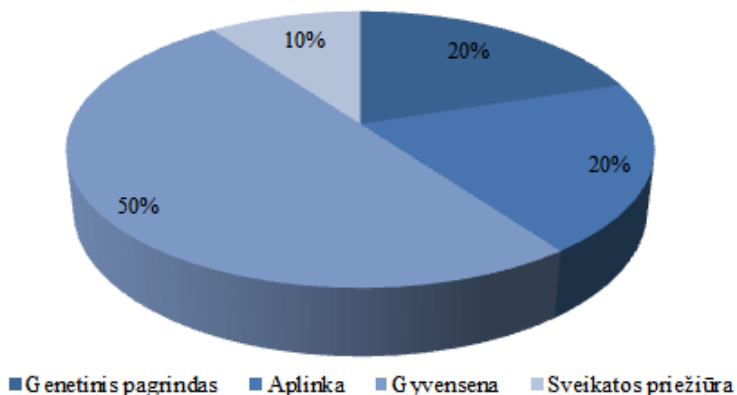
1.1. Asmens sveikatos ir sveikatos priežiūros definicijos ekonominiu požiūriu

Sveikatos priežiūros ekonomikos literatūroje pateikiama sveikatos ir sveikatos priežiūros kaip paslaugų sampratos. Žvelgiant iš ekonominės perspektyvos sveikatos priežiūra, skirtingai nuo sveikatos, yra tiesiogiai siejama su paslaugomis. Būtent ekonomikos žinios leidžia daryti tokią prielaidą, nes ekonomikos teorijoje didžiausias dėmesys koncentruojamas į prekių/paslaugų pasiūlą, paklausą ir patį minėtų gėrybių pardavimo procesą.

Sveikata (health) yra ne tik sunkiai apibrėžiamas, bet ir sunkiai išmatuojamas dalykas, sunkiai suvokiama kaip prekė ar paslauga. Sveikata kaip paslauga nėra prekybos ar mainų objektas, kuriuo galima disponuoti rinkoje, todėl ji apibrėžiama kaip viena iš prekės ar paslaugos charakteristikų sveikatos priežiūros paslaugų kontekste. M. W. Twaddle (1974) socialiniu požiūriu sveikatą apibrėžė kaip individo būseną, kuriai esant individo fiziniai pajėgumai ir jo vaidmuo veikloje yra maksimaliai išnaudojami (Clewer, Perkins, 1998). *Pasaulio Sveikatos Organizacijos (WHO)* teigimu „sveikata – tai individo fizinė ir psichinė gerovė, be jokių ligų ar negalios“ (World Health Organization, 2008).

Atsižvelgiant į anksčiau pateiktus apibrėžimus, galima teigti, jog sveikata gali būti vartojama tik kaip viena iš sveikatos priežiūros paslaugų charakteristikų ir nėra mainų objektas dėl savo neapčiuopiamumo. Sveikata yra vertinama kaip efektyvios ir veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos rezultatas, garantuojantis individui maksimalią gyvenimo kokybę (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos pateikiamą sveikatos apibrėžimą D. Jankauskienė (2010) teigia, jog „sveikata – tai visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas“. D. Bielskytės ir D. Jankauskienės (2013) teigimu „sveikata – tai viena svarbiausių žmogaus socialinių teisių“. Taigi atsižvelgiant į pateiktą apibrėžimą sveikata gali būti traktuojama kaip asmeninė ar visuomeninė vertybė, o pastaraisiais metais pastebimas sveikatos kaip politinės, ekonominės ir socialinės vertybės svarbos augimas.



2 pav. Individo sveikatą įtakojantys veiksniai (Jankauskienė, 2010)

Pasak G. Dahlgren ir kt. (1993) sveikatą lemia keturi pagrindiniai veiksniai: 1) genetika; 2) socialinė ekonominė aplinka; 3) sveika gyvensena; 4) sveikatos priežiūros sistema. Individo sveikatą lemiantys veiksniai pateikiami 2 pav.

Atsižvelgiant į 2 pav. matome, jog individo genetika ir aplinka lemia atitinkamai po 20 proc. sveikatos, sveikatos priežiūra – 10 proc., o didžioji dalis sveikatos yra įtakojama individo gyvensenos. Taigi siekiant ilgalaikių sveikatos politikos tikslų, visų pirma, turi būti akcentuojama asmeninė individo atsakomybė už sveikatą. 2013 m. pasirašytoje Vilniaus deklaracijoje akcentuojamos šios prioritetinės sritys:

- investicijos į sveikatinimo programas ir prevencines sveikatos priežiūros programas;
- visuotinio prieinamumo aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugoms užtikrinimas;
- atsakingas sveikatos priežiūros sistemos reformavimas, apimantis žmogiškųjų išteklių planavimą, pagrįstą realios rinkos situacijos analize, gerinantį sistemos tvarumą ir jos valdymą.

Sveikatos apibrėžimas gali būti įvairiai interpretuojamas skirtingose valstybėse, atsižvelgiant į konkrečioje valstybėje egzistuojančią sveikatos priežiūros sistemą. Siekiant efektyvaus ir veiksmingo sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo labai svarbus įstaigų, atsakingų už individų sveikatos priežiūrą, funkcijų pasiskirstymas, sąlygojantis savalaikes ir reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Vertė, kaip sąvoka, ekonomikoje dažniausiai traktuojama kaip prekės ar paslaugos vertė, pagal kurią rinkoje gali būti vykdomi mainai. Ekonomika neturi nieko bendro su prekės ar paslaugos naudos matavimu pagal skirtingas filosofines ar moralines prielaidas, neturinčias konkrečios ekonominės išraiškos. Ekonomikoje tam tikro vieneto nauda yra vertinama pagal jos sugebėjimą patenkinti vartotojo poreikius. Ekonominio vieneto vertė praktikoje, t.y. jo nauda vartotojui, yra maksimali to vieneto mainų vertė. Skirtingo ekonominio vieneto vertė gali skirtis priklausomai nuo jo teikiamos naudos jo vartotojui, todėl vieni vienetai gali būti pervertinti, tuo tarpu kiti – nuvertinti. Taigi vertinant sveikatą kaip ekonominio vieneto sampratą galima daryti išvadą, kad sveikata turi vertę tik konkrečiam individui ir neturi mainų vertės rinkoje. Individai, turintys sveikatos problemų, sveikatai suteikia didesnę reikšmę, tuo tarpu sveiki individai linkę nesureikšminti sveikatos vertės.

Sveikatos priežiūra (*health care*), priešingai nei sveikata (*health*), yra traktuojama kaip ekonomikos gerybė, su konkrečia vertės išraiška ir galimybe naudoti mainuose. O sveikata yra vertinama kaip sveikatos priežiūros charakteristika ir negali būti ignoruojama analizuojant sveikatos priežiūros paslaugas (Stašys, 1998b).

Pasiūlos aspektu sveikatos priežiūros pagrindinė funkcija - įvairių sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių teikimas, t. y. vertės kūrimas. Žvelgiant iš paklausos pozicijos, sveikatos priežiūros paslaugos vartotojai šių paslaugų ieško siekdami pagerinti savo sveikatos būklę, tokiu būdu formuodami sveikatos priežiūros paslaugų paklausą.

Sveikatos priežiūros pagrindinis tikslas – gerinti sveikatą. Sveikatos priežiūros intervencija yra efektyvi tuo atveju, jeigu padeda pagerinti esamą gyventojų sveikatos lygį, prailgina standartinę gyventojų gyvenimo trukmę ir gerina gyvenimo kokybę. Pasak M. Cichon ir kt. (1999), siekiant sveikatos naudos susiduriama su šiomis pagrindinėmis problemomis:

- Sveikatos nauda turi būti išmatuojama ir palyginama su situacija, jeigu jokių sveikatos gerinimo priemonių nesiimama; sveikatos priežiūros specialistų intervencija taikoma kraštutiniu atveju, kai kitos sveikatos pagerinimo priemonės yra neveiksmingos.

- Sveikatos naudos produkcija vertinama kompleksiskai. Sveikatos priežiūros specialistų intervencijos gali duoti skirtingų rezultatų: nuo akivaizdaus sveikatos pagerėjimo iki faktiško neigiamo poveikio individo sveikatai. Šiuo atveju būtina laukiamų rezultatų matavimo sistema, o ne paprasčiausias intervencijų vertinamas pagal jų esmę.

Teisinga ir protinga sveikatos naudos analizė leidžia palyginti gautus rezultatus su prielaidomis, jeigu sveikatos priežiūros paslaugos nebūtų taikytos konkrečiu atveju. Pradinis taškas atliekant minėtą analizę – tai konkrečios ligos kilmės ir jos gydymo metodų analizė. Ši sąlyga yra svarbi, nes didžioji populiacijos dalis yra vyresnio amžiaus ir jai būdingos senatvinės ar lėtinės ligos. Vyresnių žmonių sveikatos lygis gali mažėti, o savalaikis ir teisingas gydymas šį procesą gali pristabdyti. Tačiau sveikatos lygio palaikymas taikant tam tikrus sveikatos priežiūros metodus gali būti nepakankamas dėl naujų susirgimų atsiradimo. Taigi dėmesys turi būti skiriamas ne tik populiacijos susirgimo lygiui, bet ir jos sveikatos lygiui (Clewer, Perkins, 1998).

Atsižvelgiant į atliktą mokslinės literatūros analizę, galima teigti, jog *sveikata – tai individo genetinio pagrindo, jo gyvenimo būdo, socialinės, ekonominės, ekologinės aplinkos ir sveikatos priežiūros paslaugų poveikio pasekmė, kurios vertė mainuose yra sunkiai įvertinama. Sveikatos priežiūra suprantama kaip ūkio sektorius, kurio produktai turi konkrečių vertę mainuose.*

Taigi atsižvelgiant į pateikiamas sveikatos ir sveikatos priežiūros definicijas, reikia pabrėžti, jog labai svarbu skirti šias sąvokas ir korektiškai jas naudoti. Taigi kitame skyriuje analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų rinką.

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pobūdis ir dalyviai

Rinka – tai vieta, kurioje tam tikros prekės ar paslaugos pardavėjas pateikia prekę potencialiam pirkėjui, suinteresuotam mainais. Pirkėjas mainais už įsigyjamą prekę pateikia ekvivalentą, užtikrinantį mainų sandorį. W. Gooijer (2007) teigimu, Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros sistemos yra pagrįstos solidarumo ir lygybės principais, o šių principų įgyvendinimas tampa sudėtingas, jeigu sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas vyksta griežtai pagal rinkos dėsnius. Nuo 1980 m. Europos Sąjungoje pastebima tendencija, kad mažėja vyriausybės, kurios sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesą palieka rinkai. Atsižvelgiant į minėto autoriaus išsakytą nuomonę, galima teigti, jog sveikatos priežiūros paslaugų rinkai turi būti dalinai reguliuojama, siekiant įgyvendinti pagrindinius šios sistemos veikimo principus, kurie buvo paminėti anksčiau.

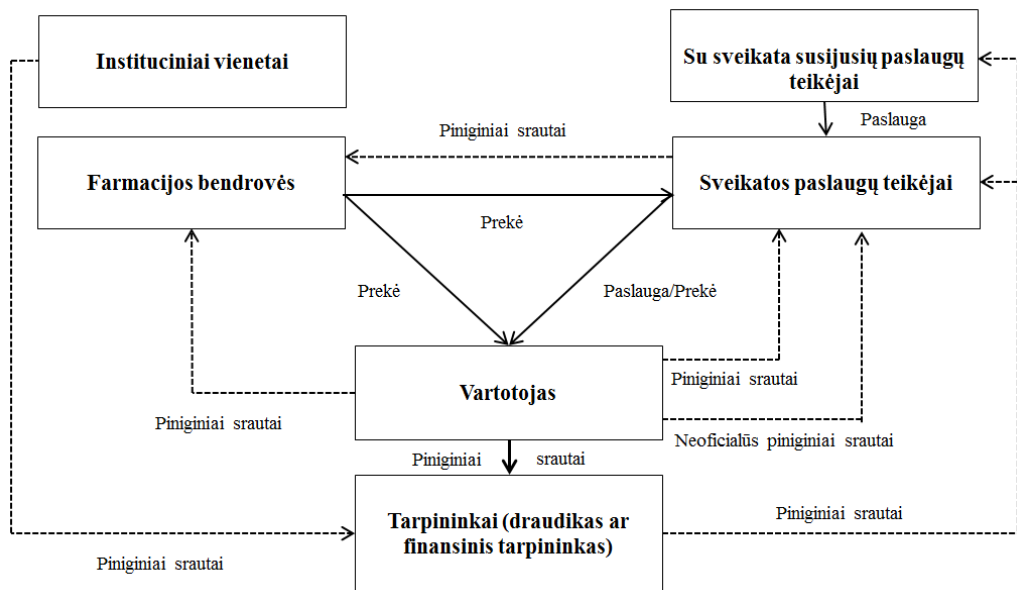
Sveikatos priežiūros paslaugų rinka yra specifinė ir nutolusi nuo standartinio rinkos apibrėžimo, kuris rinką įvardina kaip mainų vietą, kur perkamos ir parduodamos tam tikros prekės ar paslaugos. Šioje rinkoje pirkėjai (visi šalies gyventojai laikas nuo laiko tampa paslaugų vartotojais) su specifiniais poreikiais dalyvauja siekdami patenkinti iškilusius poreikius. Rinkoje susiduriama su didele rizika ir neapibrėžtumu. Šiai rinkai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai siūlo specifinių produktų, o jų paslaugų apimtys, asortimentas ir galima paklausa yra sunkiai prognozuojamos. Rinkoje parduodami produktai (sveikatos priežiūros paslaugos) turi būti derinami prie konkrečių rinkos vartotojo poreikių, kas dar labiau išplečia patį rinkos mechanizmą (Stašys, 1998a; Stašys, 1999c).

Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos dalyviai ir jų tarpusavio ryšiai pateikiami 3 paveiksle. Išskiriamos šešios pagrindinės dalyvių grupės tarpusavyje susijusios tiesioginiais ar netiesioginiais ryšiais. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pagrindą sudaro *vartotojai, instituciniai vienetai, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir farmacijos bendrovės*. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai bei farmacijos bendrovės vartotojams teikia paslaugas/su sveikata susijusias prekes.

Vartotojas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas su sveikatos priežiūros paslaugų teikėju gali atsiskaityti trim skirtingais būdais: tiesioginiais mokėjimais, tiesioginiais neoficialiais mokėjimais ar per finansinius tarpininkus. Šių atsiskaitymų įvairovė apsunkina skaidrų sistemos veikimą ir didina šešėlinių atsiskaitymų riziką. Paprasčiausia prekės ar paslaugos įsigijimo sandorio forma – tiesioginis mokėjimas. Vartotojas (pirmoji sandorio šalis) moka paslaugų teikėjui (antrajai sandorio šaliai) tiesiogiai, mainais už suteiktą paslaugą ar prekę. Toliau tobulėjant sveikatos priežiūros sistemai, trečioji sandorio šalis pradėjo teikti apsaugos, susijusios su finansinės rizikos dėl galimo susirgimo, paslaugas (The Commonwealth Fund, 2010; Jankauskienė, 2007). Kai kuriose šalyse didžiausia problema išlieka neoficialūs sveikatos priežiūros paslaugų mokėjimai, kurių mastus yra sudėtinga nustatyti.

Farmacijos bendrovės teikia su medicina susijusias prekes sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, kurie už jas atsiskaito tiesioginiais mokėjimais. Pastaraisiais metais nuolat auganti farmacijos bendrovių įtaka sveikatos priežiūros teikėjams tampa aktualia šios srities problema, nes įtakos tikslai ir mastai dažnai nėra skaidrūs ir skiriasi nuo oficialiai deklaruojamų, ko pasekoje gali nukentėti tiesioginiai sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų interesai.

Atsižvelgiant į pateikiamą rinkos dalyvių schemą, matome, jog jungiamoji grandis tarp institucinių vienetų, su sveikata susijusių paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų yra tarpininkai. Pastaraisiais metais daugelio šalių sveikatos priežiūros paslaugų rinkose stebimas tarpininkų pozicijų stiprėjimas.



3 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų rinkos dalyviai

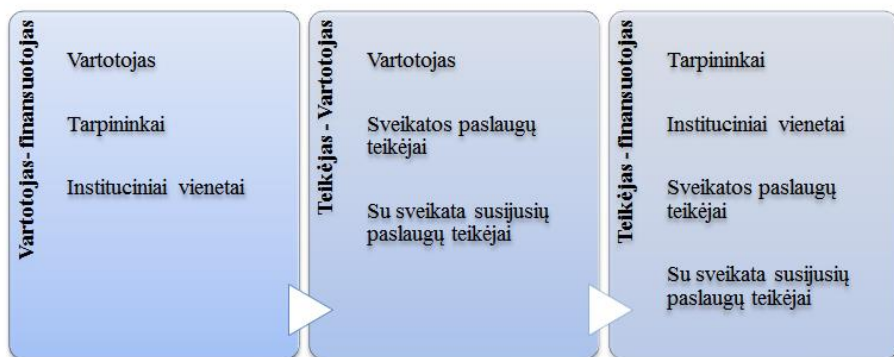
Sveikatos priežiūros paslaugų rinka išsivysčiusiose bei besivystančiose šalyse yra neatsiejamos nuo vyriausybės, socialinio draudimo fondų, draudimo kompanijų, namų ūkių, nerezidentų ir kt. – tai *instituciniai vienetai*.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (ligoninės, poliklinikos ir kt.) didžiąja dalimi yra ne pelno siekiančios organizacijos, tačiau pastaraisiais metais stebimas augantis privataus sektoriaus vaidmuo.

Su sveikata susijusių paslaugų teikėjai – tai papildomas sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugas teikiančios įstaigos. Pagrindinė šių įstaigų funkcija teikti specifinės paskirties sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugas (reabilitacijos, slaugos ir kt.).

Sveikatos priežiūros sistemos veikimą komplikuoja šios rinkos dalyvių gausa ir jų tarpusavio sąveikos pavidalai. Prekių ir paslaugų srautai yra pakankamai aiškūs, tačiau finansinių išteklių pasiskirstymas tarp atskirų rinkos dalyvių yra sudėtingas (Dewar, 2010; Mcpake, Normand, 2008, Cockerham, ir kt., 2012; Creese, 1994).

Atsižvelgiant į anksčiau analizuotus sveikatos priežiūros sistemos rinkos dalyvius ir jų tarpusavio sąveiką galima pateikti ją apibūdinančius tarpusavio ryšius juos priskiriant trimis pagrindinėms rinkų klasteriams: teikėjas – vartotojas, teikėjas – finansuotojas, vartotojas – finansuotojas (4 pav.).



4 pav. Sveikatos priežiūros rinkos dalyvių tarpusavio ryšiai pagal funkcijas

Teikėjo – vartotojo santykiai. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pasiūla ne visuomet atspindi vartotojų poreikius. Tokią situaciją nulemia neteisingi vartotojų lūkesčiai ar nepakankama informacija apie konkretaus gydymo įtaką jų sveikatai. Kaip jau buvo minėta anksčiau, sveikatos priežiūros paslaugų paklausos formavimui lemiamą įtaką daro medicinos specialistų suteikiama informacija ir tuo metu propaguojami gydymo metodai.

Pagrindinė sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų problema yra ta, kad dažnai yra neįmanoma iš anksto numatyti poreikio sveikatos priežiūros paslaugoms atsiradimo. Daugelis ligų yra netikėtos. Tuo tarpu kitos ligos gali būti nuspėjamos, tačiau jų eiga ir poreikiai gydymui susiję su neapibrėžtumu. Būtent šis pagrindinis neapibrėžtumas sveikatos paslaugas išskiria iš kitų paslaugų, kuriose neapibrėžtumas tik sąlyginis. Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugas egzistuoja atotrūkis tarp šių paslaugų kaštų, tenkinant poreikį konkrečiai sveikatos priežiūros paslaugai. Daugelis sveikatos priežiūros paslaugų yra brangios ir tai yra dar vienas vartotojų nerimo šaltinis (Stašys, 1999b).

Sveikatos priežiūros paslaugų rinka susijusi ir su rizika. Rizika reiškia, kad tam tikras rezultatas ir jo galimybės yra žinomos, tačiau jos gali skirtis konkrečiu atveju. Taigi pati sveikatos priežiūros paslaugų rinka yra daugiau rizikinga nei neapibrėžta, nes medicinos specialistams daugelis susirgimų ir jų eiga yra žinomi. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos neapibrėžtumas yra susijęs su individualiu vartotojų elgesiu, t. y. konkrečiais sprendimais dėl pasirinkamo gydymo. Ekonomistų teigimu, vartotojai yra linkę priimti neteisingus sprendimus pasirinkdami gydymo metodus, kurie neturi įtakos jų sveikatos būklės pagerinimui.

Siekiant apsisaugoti nuo rizikos sveikatos priežiūros rinkoje yra vartojamas draudimas, o neapibrėžtumo suvaldymui pasitelkiamos įvairios strategijos, padedančios numatyti galimus įvairaus gydymo rezultatus. Draudimas suteikia galimybę gauti tam tikrą kompensaciją gydymui ir pasinaudoti reikalingomis gydymo paslaugomis.

Draudimas ypač naudingas, jeigu yra galimybė preciziškai numatyti teigiamus ir neigiamus gydymo rezultatus, visos galimybės yra žinomos, o įvairių rizikų pasiskirstymas populiacijoje detalai išanalizuotas. Tačiau poreikis sveikatos

priežiūros paslaugoms neatspindi šių charakteristikų. Mažai yra žinoma apie įvairių ligų sąlygojamą riziką konkrečiam individui. Gydomo ir sveikatos priežiūros efektai gali būti skirtingi ir sunkiai prognozuojami.

Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų rinką galima teigti, jog sveikatos draudimo pirkėjai turėtų būti daugiau informuoti nei draudimo pardavėjai. Dalinai tai susiję su jų šeimos istorija ir savijauta, kuri žinoma tik jiems. Aukšta sveikatos draudimo kaina yra saugiklis, siekiant išvengti piktnaudžiavimo. Sveikatos draudimas yra skirtas pacientams, kurie susiduria su didele rizika susirgti įvairiomis ligomis, būdingomis jų šeimai. Tuo tarpu pacientai, kilę iš sveikesnių šeimų, kur kas rečiau draudžiasi sveikatos draudimu dėl mažos rizikos. Jeigu pacientai su mažesne rizika nusprendžia nesidrausti, vidutinė rizika apsidraudusiems yra didesnė. Tokiu būdu padidėjusios draudimo įmokos sąlygoja pacientų su maža rizika pasitraukimą iš šios rinkos. Sveikatos draudimas yra būtinas, nes daugelis gydymo paslaugų yra brangios ir gali būti neprieinamos daugeliui gyventojų. Sveikatos draudimas sudaro sąlygas gauti reikalingas gydymo paslaugas atsiradus poreikiui.

Ekonomikos teorijoje teigiama, kad vartotojas vartos paslaugas tol, kol jų teikiama nauda bus didesnė už patiriamus kaštus jas įsigyjant. Jeigu paslaugos teikiama nauda yra nedidelė, ji bus paklausi, kol kaina bus pakankamai nedidelė (Jack, 1999; Piligrimienė ir kt., 2008). Būtent ši priežastis nulemia sveikatos priežiūros paslaugų rinkos paklausos specifiką, kuri yra perteklinė. Šiuo atveju sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje yra būtinas normavimas ir eiliškumas. Žiūrint iš gerovės ekonomikos pozicijos, problema yra kur kas didesnė, nes sveikatos paslaugų vartotojai nori paslaugų, kurių teikiama nauda yra gerokai mažesnė už kaštus. Šiuo atveju sveikatos draudimas, kuris yra būtinas siekiant minimizuoti riziką ir neapibrėžtumą, tampa perteklinės paklausos ir neefektyvaus resursų panaudojimo priežastimi.

Kitas svarbus sveikatos priežiūros paslaugų rinkos bruožas – informacijos asimetrija. Rinka funkcionuoja geriausiai, kai sandorio dalyviai yra gerai informuoti, tuo tarpu esant nepakankamai informacijai, gali kilti tam tikrų sunkumų sudarant sandorius. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, nei pacientas, nei gydytojas nedisponuoja pakankama informacija, taip pat skiriasi ir abiejų sandorio dalyvių žinios: pacientai geriau žino simptomus, pasireiškusius konkrečiu atveju, tuo tarpu gydytojais geriau išmano susirgimus ir jų gydymo specifiką. Kita priežastis, apsunkinanti šios rinkos efektyvų funkcionavimą – tai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo rekomendacijos taikyti tam tikrus gydymo metodus. Sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos ir paklausos formavimo procesas yra sudėtingas, o didžiausios kliūtys tam atsiranda dėl informacijos stokos. Vartotojų poreikis pagerinti sveikatą susijęs su esamu sveikatos lygio įvertinimu, sveikatos gerinimo galimybėmis ir sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumu. Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų paklausos susiformavimo specifiką, galima teigti, kad ji susijusi su neapibrėžtumu dėl informacijos stokos. Pasak K. Arrow (1963), medicina specializuojasi formuodama informacijos pasiūlą, kuri tiesiogiai įtakoja tam tikru momentu naudojamus, t. y. paklausius, gydymo metodus bei teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (Cichon ir kt., 1999). Sveikatos priežiūros paslaugų rinka turi

būti reguliuojama profesionalių organizacijų siekiant likviduoti informacijos asimetrijos ir perteklinio vartojimo įtaką rinkai.

Sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje reikalingas specifinis išsilavinimas ir patirtis, užtikrinanti teikiamų paslaugų profesionalumą. Gydomo paslaugas teikiantys specialistai yra licencijuojami, kas leidžia apsaugoti pacientus nuo nekokybiškų paslaugų. Licencijavimas yra įvardijamas kaip viena iš įėjimo į sveikatos priežiūros paslaugų rinką kliūčių, sudaranti palankias sąlygas monopolijos egzistavimui. Pagrindinė bet kokios rinkos savybė – tiesioginė priklausomybė tarp rinkos dalyvių skaičiaus ir konkurencijos laipsnio rinkoje. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir jų veikla yra specifinė sritis, todėl įėjimas į šią rinką yra kontroliuojamas, tokiu būdu valdant konkurencijos lygį rinkoje (Dubois ir kt., 2006; Stašys, 2001; Stašys, 2008).

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dažniausiai yra ne pelno siekiančios organizacijos, turinčios užtikrinti visuomenei prieinamas ir reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Vartotojas – finansuotojas – teikėjas. Bene didžiausia problema kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų rinką – tai jos finansavimas, kuriame didelis vaidmuo tenka finansiniams tarpininkams.

Apibendrinant sveikatos priežiūros paslaugų rinkos specifiką galima teigti, jog sveikatos priežiūros rinkai būdinga perteklinė paklausa. Sveikatos priežiūros paslaugų poreikis dažnai viršija šių paslaugų pasiūlą. Tai rodo, kad kai kurių svarbių procedūrų ar tyrimų pacientui gali reikėti laukti pagal sudarytą eiliškumą. Nepaisant to, kad sveikatos priežiūros sistemai kiekvienais metais skiriamos didelės lėšos, tai negarantuoja visų pacientų poreikio gydymo paslaugoms patenkinimo (Stašys, 1998a; Stašys, 1999c). Socialinis sveikatos draudimas sudaro sąlygas vartoti standartines sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai, tačiau sudėtingesnės paslaugos pacientui gali kainuoti brangiai. Kalbant apie socialinio sveikatos draudimo apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas vyrauja tam tikras neapibrėžtumas. Šio draudimo mokesčiai yra atskaičiuojamas iš kiekvieno dirbančiojo pagal įstatymų numatytą tvarką. Draudimo mokėtojas nėra siejamas su jo mokamais mokesčiais, t. y. jam garantuojama tam tikra sveikatos priežiūra nepaisant to kiek mokesčių jis sumoka. Būtent tai nulemia, kad vieni pacientai vartoja daug sveikatos priežiūros paslaugų, tuo tarpu kiti jomis išvis nesinaudoja. Taigi daugeliui iškyla pagrįstas klausimas: ar nebūtų efektyviau kiekvieną pacientą sieti su jo sumokėta sveikatos draudimo suma?

Atlikta mokslinės literatūros analizė leidžia pateikti sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pagrindinius bruožus, kurie dažniausiai pateikiami sveikatos ekonomikos specialistų darbuose:

- Rinkos heterogeniškumas (daug specifinių produktų, pritaikytų konkreitiems poreikiams);
- Funkcinė klasterizacija;
- Riboti paslaugų teikėjų žmogiškieji ištekliai;
- Rizika;
- Neapibrėžtumas;
- Ribotas konkurentų kiekis;

- Įėjimo į rinką kliūtys;
- Monopolija, oligopolija;
- Perteklinė paklausa;
- Informacijos asimetrija;
- Pasiūlos neelastingumas kainos požiūriu;
- Didelis finansinių tarpininkų vaidmuo;
- Paslaugų teikėjų tarpe dominuoja ne pelno siekiančios organizacijos.

Sveikatos priežiūros paslaugų rinkai būdingas heterogeniškumas, nes specifinis produktas yra pritaikomas konkrečioms vartotojų poreikiams. Rinkos paklausa pasižymi neapibrėžtumu ir rizika, nes ligos pasireiškimo prognozuoti yra neįmanoma, o gydymo proceso sėkmė priklauso nuo teisingos ir savalaikės informacijos tiek iš gydytojo, tiek iš paciento pusės. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje dažniausiai dirba vienas ar keletas stiprių organizacijų, įėjimui į rinką egzistuoja įvairios kliūtys, veikla dažnai yra nepelninga, nes sąnaudos viršija gaunamas pajamas. Taip pat ši rinka pasižymi pertekline paklausa ir pasiūlos neelastingumu kainos požiūriu.

Atsižvelgiant į atliktą sveikatos priežiūros paslaugų rinkos analizę, galima teigti, kad šiai rinkai būdingas valstybės reguliavimas, heterogeniškumas, vyraujanti oligopolija, perteklinė paklausa, stiprus finansinių tarpininkų vaidmuo, kai kurie konkurencijos elementai atskiruose segmentuose.

Apibrėžus sveikatos ir sveikatos priežiūros definicijas bei išanalizavus šių ekonominių produktų rinkos specifiką, kitame skyriuje atliekama sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo aspektų analizė.

1.3. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumas

Išanalizavus pagrindines sveikatos priežiūros sistemos definicijas, sveikatos priežiūros rinkos specifiką labai svarbu aptarti tvarią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą ir jos reikšmę sveikatos priežiūros sistemai.

Sveikatos priežiūros sistema apibrėžiama kaip valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklų ir jos išteklių paskirstymo sistema, kurioje ypatingai svarbus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektas. Sveikatos priežiūros sistema susideda iš šių komponentų: 1) sveikatos priežiūros tarnybų organizavimo; 2) išteklių; 3) išlaidų; 4) finansavimo (Stašys, 2001).

Sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimas ypač priklauso nuo sistemos finansavimo. Sveikatos priežiūros finansavimas parodo ne tik kaip mokama už sveikatos priežiūrą, bet ir kas moka, kaip lėšos paskirstomos tarp sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų ir jų teikėjų. Sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių vartojimas ekonominiu požiūriu skiriasi nuo įprastų prekių vartojimo dėl dviejų pagrindinių priežasčių: 1) skirtingų individų poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms (vyresnio amžiaus individai ar silpnesnės sveikatos individai jomis naudojasi dažniau nei sveikieji) ir 2) sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių kaštų, kurie yra pakankamai dideli ir daugelis individų neišgalėtų jų padengti asmeninėmis lėšomis kiekvieną kartą, kai jiems iškyla tokių paslaugų poreikis.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (2013) akcentuoja, kad sveikatos priežiūros finansavimo sistema yra pagrindinis instrumentas, siekiant visuotinės sveikatos aprėpties. Sveikatos finansavimo sistemos svirtai, siekiant visuotinės sveikatos aprėpties, glūdi tarpusavyje susijusiose srityse:

1. Lėšų sveikatos priežiūrai surinkimo bazės plėtojime;
2. Finansinių kliūčių naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, jas apmokant apjungtais išankstiniais apmokėjimais ir tiesioginiais mokėjimais, sumažinime;
3. Surinktų sveikatos priežiūros finansavimui skirtų lėšų naudojime ir paskirstyme, skatinant sistemos veiksmingumą ir teisingumą.

Nuoseklus darbas minėtose srityse sąlygos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos vystymąsi ir užtikrins sveikatos priežiūros sistemos prieinamumą nepriklausomai nuo gyventojo socialinio statuso. Pasaulio Sveikatos Organizacijos Asamblėjos rezoliucijoje (2011) pabrėžiama sveikatos priežiūros finansavimo sistemų tobulinimo svarba ir deklaruojama šios organizacijos parama šalims, kurios tobulins sveikatos priežiūros finansavimo sistemas, siekdamos didesnės visuotinės aprėpties.

Pastaraisiais metais ypatingai didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumui, kuris garantuotų sistemos atsparumą demografiniams, ekonominiams ir technologiniams pokyčiams, turint omenyje, kad sveikata yra kiekvienos šalies ekonominės gerovės pagrindas. 1987 m. Bruntlando komisija tvarumą apibūdino kaip plėtrą, kuri tenkina dabartinius visuomenės poreikius, nemažindama ateities kartų galimybės tenkinti savo poreikius. *Tvarus sveikatos priežiūros sistemos finansavimas apibūdinamas kaip sistemos galimybė surinkti ir paskirstyti finansinius išteklius ilguoju laikotarpiu, kurių dėka būtų patenkinti ne tik esami individualūs bei visuomenės poreikiai sveikatos priežiūros paslaugoms, bet ir būtų sudarytos palankios sąlygos ateityje susiformuosiančių analogiškų poreikių patenkinimui, užtikrinant aukštą paslaugų kokybę ir visuotinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.* Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumas ir jo didinimas pagrįstas ateities poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms ir jų finansavimo poreikio numatymu (World Economic Forum, 2013; Olsen, 1998).

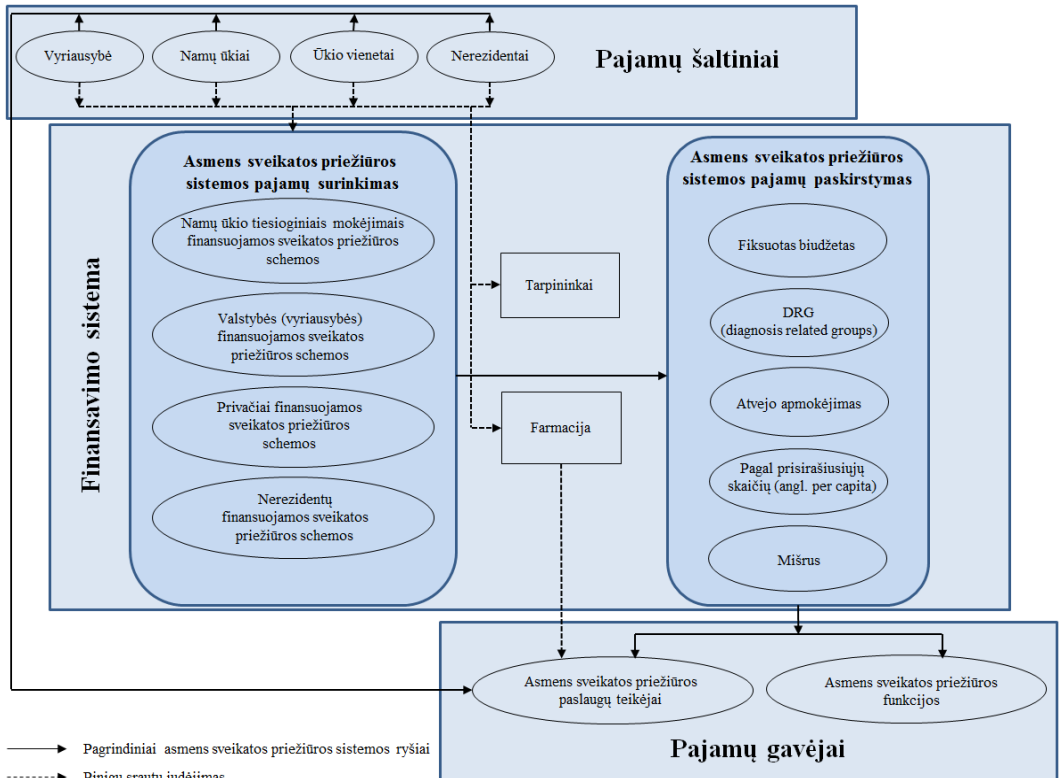
Demografinės situacijos kaita, visuomenės senėjimas, įvairių chroniškų ligų atvejų dažnėjimas lemia nuolat augantį sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir augančias išlaidas sveikatos priežiūros finansavimui. Atsižvelgiant į šiuos procesus ir turint omenyje, kad sveikatos priežiūros finansavimo sistema labai svarbi kiekvienos valstybės ekonominiam vystymuisi, akivaizdu, jog tiek ekonomiškai išsivysčiusios šalys, tiek silpniau išsivysčiusios šalys turi skirti ypatingą dėmesį sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo didinimui. Po krizinių laikotarpiu daugelyje šalių sveikatos priežiūros sistemos finansavimas buvo mažinamas. Taigi sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumas tampa būtinybe, nes sveikatos priežiūros finansavimo sistema negali būti pagrįsta trumpalaikiu lėšų surinkimu ir jų paskirstymu konkrečių finansinių metų poreikiams patenkinti. Sveikatos priežiūros sistemos, kurių finansavimas yra pagrįstas tik

gaunamų pajamų ir patiriamų išlaidų subalansavimu, turėtų būti tobulinamos, siekiant didinti socialinę atsakomybę ir efektyvų kaštų valdymą (ES Taryba, 2001).

Atsižvelgiant į atliktą sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo svarbos sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimui bei Pasaulio Sveikatos Organizacijos rekomendacijas dėl finansavimo sistemų tobulinimo, išplečiant lėšų surinkimo bazę, šiame darbe siekiama sudaryti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį, kuris leistų padidinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą, išplečiant lėšų surinkimo bazę.

1.4. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemų ir lėšų surinkimo schemų klasifikavimas

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos surenka ir paskirsto sveikatos priežiūrai skirtas lėšas (apima klasterius vartotojas – finansuotojas ir finansuotojas – teikėjas, žr. 4 pav.). Sistemų pagrindinis tikslas – patenkinti dabartinius populiacijos sveikatos priežiūros poreikius (individualius ar visuomeninius), įvertinant ir galimus ateities poreikius sveikatos priežiūros paslaugoms. Sistemų struktūra parodyta 5 pav.



5 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos struktūra

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos struktūra apima du posistemius: 1) *lėšų surinkimo schemas* (tokių kaip nacionalinės sveikatos priežiūros paslaugų, socialinio sveikatos draudimo, savanoriško sveikatos draudimo ir kt.); 2)

institucinius vienetus (finansinių tarpininkų, vyriausybinių organizacijų, socialinio sveikatos draudimo agentūrų, privataus sveikatos draudimo bendrovių ir kt.), kurie praktiškai dalyvauja sveikatos priežiūros finansavimo schemų realizavime.

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema užtikrina pajamų didinimo, sutelkimo ir pirkimų procesus. Šios sąveikos kontekste surenkamos lėšos yra paskirstomos tarp atskirų nacionalinių fondų ir pirkimuose dalyvaujančių organizacijų, o vėliau perskirstomos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (OECD ir kt., 2011; Mossialos ir kt., 2004). Šiame moksliniame darbe analizuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos ir jų schemas.

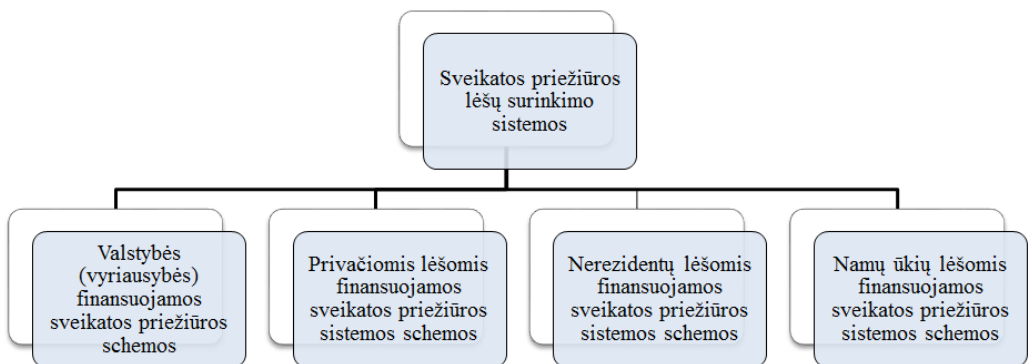
Atsižvelgiant į pasaulyje taikomų sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemų įvairovę 6 pav. pateikiama sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemų klasifikacija.

Iš esmės visos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos yra pliuralistinės, t. y. sudarytos iš kelių schemų derinių. Vienos šalies sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos skiriasi nuo kitos šalies schemų kombinacijos, kas gauna naudą ir gyventojų aprėpties lygiu. Galimos įvairios kombinacijos:

- Populiacijos aprėptis: pilna ar dalinė;
- Naudos diapazonas: pilnas ar dalinis;
- Naudos pristatymas: privatus sektorius, viešasis sektorius, privatus/viešasis sektoriai;
- Finansavimas: viešasis ar privatus.

Taigi įvairovė ir galimų schemų paplitimas sąlygoja įvairiose šalyse taikomų (nacionalinių) sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemų savitumą.

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ir paslaugų teikimo procesai būna atskirti. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimą gali vykdyti viešojo bei privataus sektoriaus organizacijos. Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas gali būti vykdomas iš viešojo sektoriaus lėšų, o paslaugų teikimas atliekamas privataus sektoriaus organizacijų. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos kontrolės funkcija gali būti sutelkta vyriausybės rankose arba atliekama per privalomąjį sveikatos draudimą.



6 pav. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas (OECD ir kt., 2011; Cichon ir kt., 1999)

Sveikatos priežiūros paslaugos gali būti finansuojamos iš viešųjų arba privačiųjų šaltinių. Daugelyje valstybių pirminis sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas vykdomas iš vyriausybės lėšų, tačiau pastaraisiais metais auga ir kitų finansavimo šaltinių svarba. Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas iš mokesčių ar privalomojo sveikatos draudimo (gyventojų ar darbdavių įmokų) vertinamas kaip viešosios išlaidos sveikatos priežiūrai. Privatūs finansavimo šaltiniai apima gyventojų ir darbdavių įmokas, kurios atliekamos savanoriškai. Sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikio vystymo projektai gali būti remiami iš šių pirminių šaltinių:

1. Viešieji finansavimo šaltiniai:

- Tiesioginiai vyriausybės įnašai iš nacionalinio biudžeto ar įnašai iš savivaldybių biudžetų sveikatos priežiūrai.
- Vyriausybės remiamas socialinis sveikatos draudimas (gali būti privalomas).
- Bendruomenės lėšų surinkimo schemas, skirtos sveikatos priežiūrai.

2. Privatūs finansavimo šaltiniai:

- Tiesioginiai sveikatos priežiūros vartotojų įnašai (paslaugų mokesčiai ar kitos išlaidos).
- Privatus, savanoriškas sveikatos draudimas (gyventojų ar darbdavių įmokos).
- Darbdavių sveikatos draudimas.
- Bendruomenių ir kitų savanoriškų organizacijų surenkamos lėšos sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti.
- Sveikatos priežiūros santaupų schemas, kuriomis gyventojai naudojami siekdami sutaupyti lėšų nenumatytiems su sveikata susijusiems atvejams.
- Savidraudos ar kooperatyvinės sveikatos draudimo schemas.

3. Papildomi finansavimo šaltiniai:

- Įvairių rėmėjų pinigai, skirti sveikatos priežiūros paslaugoms (institucijų, užsienio šalių parama bei paskolos, skirtos plėtros projektams įgyvendinti).

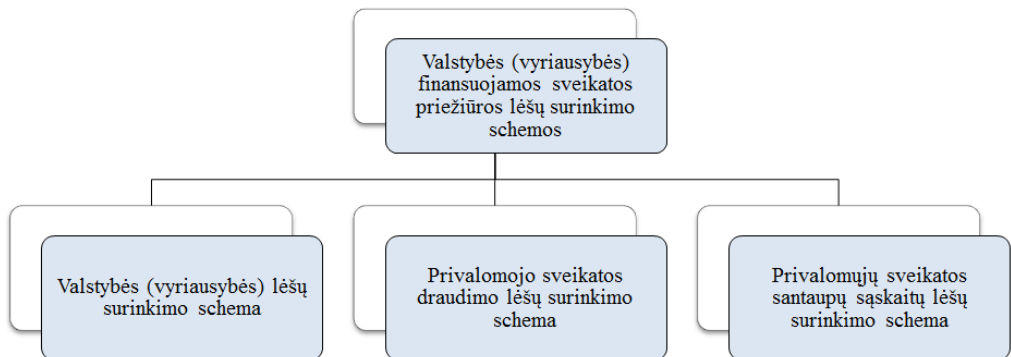
Kaip jau buvo minėta, universalus, visoms šalims tinkantis, sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos derinys neegzistuoja. Kiekvienos sistemos sudedamosios dalies reikšmė finansuojant šalies sveikatos priežiūros sistemą priklauso nuo konkrečios valstybės ar regiono ekonominių, socialinių, politinių ypatumų. Kitame darbo skyriuje pateikiamos įvairių sveikatos priežiūros finansavimo sistemų ir schemų pagrindinės savybės.

1.4.1. Valstybės (vyriausybės) lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros sistemos schemas

Daugelyje valstybių dominuojanti sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema – valstybės (vyriausybės) lėšomis pagrįsta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema. Sveikatos ekonomikos literatūroje analizuojami du pagrindiniai požiūriai į šią sistemą: 1) visuotinių sveikatos priežiūros paslaugų (*angl. public health service*)

požiūris (apimantis nacionalinės sveikatos priežiūros ir visuotinės sveikatos priežiūros paslaugų sistemas); 2) privalomojo sveikatos draudimo (*angl. social health insurance*) požiūris. Pirmojo tipo sistemoje viešasis sektorius gali būti ir sveikatos priežiūros sistemos finansuotojas ir šių paslaugų teikėjas. Antrojo tipo sistemoje vyriausybė yra sveikatos priežiūros sistemos finansuotojas, o sveikatos priežiūros paslaugų teikimu rūpinasi kitos organizacijos (žr. 7 pav.).

Valstybės (vyriausybės) sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemą apibūdina dvi kartinės charakteristikos. Mikroekonominiam lygmenyje pagrindinė šios sistemos charakteristika – „finansavimo lėšos „neseka“ paskui pacientą“. Kitais žodžiais tariant, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai yra finansuojami per biudžetus, o ne vertinant atskiras suteiktas pacientams paslaugas. Antroji makroekonominio lygmens charakteristika teigia, kad nėra priklausomybės (arba ji labai silpna) tarp gyventojų sumokamų mokesčių kiekio ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kiekio ir struktūros. Tokia situacija susidaro todėl, kad sveikatos priežiūrai finansuoti skiriamos lėšos priklauso nuo bendrųjų pajamų dydžio ir sudarant valstybės biudžetą konkuruoja su kitomis veiklomis, kurių finansavimas vykdomas iš valstybės biudžeto lėšų. Netgi mokesčių padidinimas nėra pakankamas pagrindas sveikatos priežiūros sistemos plėtrai (OECD ir kt., 2011).



7 pav. Valstybės (vyriausybės) finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas

(OECD ir kt., 2011; Cichon ir kt., 1999)

Visuotinis sveikatos priežiūros finansavimo modelis veikia pagal fiksuotą pajamų schemą. Sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų apimtys yra planuojamos sudarant metų biudžetus pagal gaunamą finansavimą iš valstybės biudžeto. Finansavimo lėšos paskirstomos pagal sveikatos priežiūros kategorijas skirtingiems regionams pagal sukurtą finansavimo mechanizmą.

Privalomuoju sveikatos draudimu pagrįstos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas, ekonomikos specialistų vertinimu, yra sudėtingesnės nei visuotinės sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas ir iš esmės skiriasi finansavimo organizavimu, paslaugų teikimo principais ir ekonominiu požiūriu. Organizaciniu požiūriu, privalomojo sveikatos draudimo modelis nuo valstybės (vyriausybės) lėšomis pagrįsto sveikatos priežiūros finansavimo modelio iš esmės skiriasi dviem pagrindiniais bruožais: a) valstybė yra atskirta nuo sveikatos

priežiūros finansavimo; b) bendrąja prasme atskirtos finansinių resursų paskirstymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo funkcijos.

Kaip jau buvo minėta, valstybės (vyriausybės) lėšomis pagrįstos sveikatos priežiūros sistemos apima fiksuotų pajamų schemą, nes sveikatos priežiūros sistemai skiriamos lėšos priklauso nuo valstybės biudžeto lėšų, tuo tarpu, privalomojo sveikatos draudimo modelis apima fiksuotos naudos schemą. Tai reiškia, kad privalomuoju sveikatos draudimu apdraustos visuomenės dalies nauda iš anksto apibrėžiama įstatymais. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas turi būti pakankamas siekiant užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų naudą ir patenkinti susidariusią sveikatos priežiūros paslaugų paklausą. Kad privalomojo sveikatos draudimo modelis patenkintų šiuos reikalavimus, jis turi turėti tokias charakteristikas:

- Skiriamus finansinius resursus, kurie neliečiami kitų viešųjų institucijų;
- Privalomą sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų padengimą visiems šalies gyventojams arba konkrečiai apibrėžtomis visuomenės grupėms, nesiejant padengimo dydžio su individų sveikatos būkle;
- Mokesčius, kurie dažniausiai yra skaičiuojami kaip apdrausitojo sveikatos draudimu asmens procentinė draudžiamųjų pajamų dalis, nepriklausanti nuo mokėtojų skaičiaus, o nuo apdraustųjų sugebėjimo mokėti įmokas.

Valstybės (vyriausybės) lėšomis pagrįsta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schema ir privalomojo sveikatos draudimo lėšų surinkimo schema dėl skirtingų charakteristikų skirtingai veikia sveikatos priežiūros ekonomiką. Šių sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemų esminis skirtumas susijęs su populiacijos kaip finansuotojo ir pagrindinio sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo statuso, kuris be viso to taip pat priklauso nuo konkrečios šalies vykdomos sveikatos priežiūros politikos. Sveikatos priežiūros sistemos dalyviai, (mokesčių mokėtojai) pagal socialinio draudimo schemą dalyvaujantys sveikatos priežiūros sistemos finansavime, neišvengiamai lygins mokamų mokesčių dydį ir gaunamą naudą. Taip pat atsižvelgiant į mokamų mokesčių dydį keisis vartotojų požiūris į teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Lyginant Vakarų valstybėse ir Rytų bei Centrinės Europos valstybėse vyraujančias sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemas bei susiklosčiusias tradicijas pastebima tendencija, jog Vakaruose sveikatos priežiūros vartotojai turi didesnes galimybes laisvai pasirinkti sveikatos priežiūros teikėjus, geriausiai atitinkančius jų poreikius. Susidariusi perteklinė paklausa sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje įtakoja paslaugų teikėjų elgseną. Pastaraisiais metais nuolat auganti finansinių tarpininkų reikšmė (privalomojo sveikatos draudimo modelio atveju) sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese taip pat įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų elgseną, siekiant užimti kuo didesnę sveikatos priežiūros paslaugų rinkos dalį.

Toliau pateikiamos minėtų sveikatos priežiūros sistemų pagrindinės savybės, skirtumai, teigiami ir neigiami lėšų surinkimo schemų taikymo praktikoje aspektai.

Valstybės (vyriausybės) lėšomis pagrįsta lėšų surinkimo schema

Pagrindinis skirtumas tarp visuomeninės sveikatos priežiūros sistemos ir nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos yra tas, jog pirmojoje kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai veikia viešosios organizacijos, tuo tarpu antrojoje, siekiama, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese dalyvautų bent keletas ne viešojo sektoriaus organizacijų. Akivaizdu, jog nacionalinė sveikatos priežiūros sistema, jos finansavimas yra gerokai sudėtingesnė nei visuomeninė sveikatos priežiūros sistema ir jos finansavimas.

Pagrindinė šios sistemos savybė – tai sveikatos priežiūros sistemos finansavimas per nacionalinį draudimo fondą apibrėžiant draudžiamos populiacijos dydį, socialinės apsaugos paslaugas ir nedarbingųjų sveikatos priežiūros draudimą. Šalies skiriamos lėšos sveikatos priežiūrai priklauso nuo gaunamų metinių pajamų (BVP), praėjusių laikotarpių biudžeto dydžio ir kitų veiklos sričių finansuojamų iš valstybės biudžeto svarbos. Skiriant biudžeto lėšas sveikatos priežiūros sistemos finansavimui pagal šią sistemą nėra vertinami demografiniai pokyčiai ar poreikių pasikeitimai.

Valstybės (vyriausybės) lėšų pagrindu finansuojamos sistemos atveju finansiniai resursai yra paskirstomi pagal administracinius regionus, vertinant gyventojų skaičių, mirtingumą. Kiekvienas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, veikiantis šioje sistemoje, savo veiklą planuoja atsižvelgdamas į skirtas lėšas iš valstybės biudžeto.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiamos rajonų sveikatos priežiūros centruose ir apmokamos jose užsiregistravusiems pacientams. Pagrindinis sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas vykdomas iš anksto numatytoms paslaugoms, o papildomų paslaugų teikimas gali būti apmokestintas papildomai pagal gydymo įstaigų nuostatas. Antrinių ir tretinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pavedamas rajonų sveikatos priežiūros centrams, atsižvelgiant į jų veiklos galimybes suteikti minėtas paslaugas mažiausiomis sąnaudomis ir biudžetines lėšas.

Apibendrinant valstybės (vyriausybės) lėšų pagrindu finansuojamos sveikatos priežiūros sistemas galima teigti, jog tai lėšų surinkimo sistema, priklausoma nuo valstybės gaunamų pajamų dydžio, biudžetines lėšas skirianti neatsižvelgiant į demografinius pokyčius. Tokios sistemos taikymas apsunkina sveikatos priežiūros sistemos veikimą dėl nuolatinio lėšų trūkumo.

Privalomojo sveikatos draudimu pagrįsta lėšų surinkimo schema

Privalomojo sveikatos draudimo lėšų surinkimo schema finansuojama iš viešųjų lėšų šaltinių, sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos viešojo ir privataus sektoriaus organizacijų, apmokamos visos teikiamos paslaugos, būdinga ne visos populiacijos aprėptis. Privalomojo sveikatos draudimo pagrindu finansuojamos sveikatos priežiūros sistemos finansinės struktūros požiūriu yra kur kas sudėtingesnės nei valstybės (vyriausybės) lėšų pagrindu finansuojamos sistemos. Taip yra dėl trijų priežasčių:

- Socialinio sveikatos draudimo struktūros;
- Finansavimo šaltinių struktūros;
- Socialinio sveikatos draudimo sistemos ir šalies ekonomikos sąveikos.

Privalomojo sveikatos draudimo sistema gali būti bendra visai visuomenei arba susidėti iš kelių individualių schemų, skirtų atskiroms visuomenės grupėms. Privalomo sveikatos draudimo sistemos detalumas lemia sudėtingesnį organizavimo laipsnį ir yra priklausomas nuo sveikatos priežiūros sistemos finansavimo ir šalies ekonominių sąlygų.

Sveikatos priežiūros sistema, sudaryta iš keleto privalomojo sveikatos priežiūros draudimo individualių schemų, numato skirtingus finansavimo šaltinius bei jų apimtis, teikia skirtingą naudą jos vartotojams, lemia skirtingas sveikatos priežiūros paslaugų kainas ir sistemos efektyvumo skirtumus. Daugeliu atveju praktikoje vartojama vieninga privalomojo sveikatos draudimo sistema, neišskiriant atskirų socialinių grupių, yra teisingesnė ir paprastesnė administravimo kaštų požiūriu. Kai kuriais atvejais ekonomistai pabrėžia sudėtinės privalomojo sveikatos draudimo sistemos privalumus. *Pirmiausia*, ji tinkama šalyse, kuriose egzistuoja dideli sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos skirtumai tarp regionų: aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos didžiuosiuose miestuose, tuo tarpu mažesniuose rajonuose to neįmanoma padaryti dėl infrastruktūros senumo. Taigi susidaro situacija, kad vargingesnių rajonų gyventojų lėšomis finansuojama labiau išsivysčiusių rajonų sveikatos priežiūros įstaigos, kurių paslaugomis mažesnių miestelių gyventojai net nesinaudoja. Šiuo atveju daugiapakopė privalomojo sveikatos draudimo schema būtų teisingesnė. *Antra*, finansavimo lėšų suskirstymas gali būti nacionalinio istorinio vystymosi išdava. Privalomojo sveikatos draudimo schema susideda iš tarpusavyje nekonkuruojančių grupių ir vadovaujantis solidarumo principu leidžia įgyvendinti teisingą sveikatos priežiūros paslaugų sistemos finansavimą (Saltman ir kt., 2004).

Atliekant privalomojo sveikatos draudimo finansavimo struktūros analizę pagrindinis dėmesys skiriamas sistemos lėšų surinkimo sistemos sandarai. Lėšų surinkimo sistema parodo kaip finansinės lėšos yra surenkamos ir valdomos, kad esant poreikiui jomis būtų galima pasinaudoti. Lėšų surinkimo sistemos naudojamos privalomojo sveikatos draudimo schemose išskiria dėl lėšų kaupimo laipsnio. Dažniausiai išskiriami šie laipsniai: konkretaus atvejo apmokėjimas (*angl. pay-as-you-go*), nereikalaujantis išankstinių rezervų laikymo; dalinai finansuojamos sistemos (*angl. partial funded systems*) nereikalaujančios didelių finansinių rezervų kaupimo; pilnai finansuojamos sistemos (*angl. fully-funded systems*), kuriose formuojamas lėšų rezervas skirtas sistemos įsipareigojimams padengti.

Pagrindinės privalomos sveikatos draudimo sistemos finansavimo lėšos yra:

- Darbdavių įmokos;
- Draudžiamųjų asmenų įmokos;
- Valstybės subsidijos;
- Įvairios kitos pajamos.

Darbdavių ir draudžiamųjų asmenų privalomojo sveikatos draudimo įmokos priklauso nuo jų gaunamų pajamų dydžio, kartais gali būti taikomos fiksuoto dydžio įmokos. Įmokų nustatymas atsižvelgiant į gaunamų pajamų dydį padeda įgyvendinti solidarumo principą. Taigi aukštesnes pajamas gaunantys asmenys subsidijuoja mažesnes pajamas gaunančius asmenis, arba sveiki individai finansuoja ligonius.

Sveikatos priežiūros sistemos pagrindas – tinkamai nustatyti pagrindiniai vartotojų, paslaugų teikėjų ir finansuotojų prioritetai. Pagrindinis vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje tenka socialinio draudimo kompanijoms, formuojančioms sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą potencialiems vartotojams. Viena pagrindinių problemų kalbant apie socialinį draudimą yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo garantavimas sergantiems individams ir galimas piktnaudžiavimas vartojančiais kartais net ir nereikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Teigiama, kad socialinio draudimo institucijos turėtų suformuoti mechanizmą, galintį minimizuoti minėtos problemos neigiamą poveikį sveikatos priežiūros paslaugų sistemos finansavimui. Pastaraisiais metais šios sistemos taikymas kelia daug diskusijų. Ypač tai skatina apmokestinimo objekto pasirinkimas. Keletas valstybių numatė, jog įmokos į privalomąjį sveikatos draudimo fondą turėtų būti skaičiuojamos ne pagal gaunamą darbo užmokestį, bet pagal bendras individo pajamas. Tačiau tokios sistemos įgyvendinimas siejamas su papildomais sistemos administravimo kaštais. Kita problema susijusi su savarankiškai dirbančių asmenų apmokestinimu. Savarankiškai dirbantys asmenys gali oficialiai nerodyti gaunamų pajamų, siekdami išvengti mokesčių, todėl daugeliu atveju siekiama šiai dirbančiųjų kategorijai nustatyti fiksuoto dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžius, neatsižvelgiant į gaunamų pajamų dydį (Lu, Jonsson, 2008).

Nepaisant įmokų apskaičiavimo metodikos lygybės principo, socialinės lygybės kontekste, reiškia, jog visi privalomojo sveikatos draudimo sistemos dalyviai gauna tam tikrą naudą. Nors gali egzistuoti tam tikri gaunamos naudos apribojimai, daugeliu atvejų individų sumokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos nėra siejamos su suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kiekiu ar gaunama nauda.

Privalomojo sveikatos draudimo sistemos taikymas yra neatsiejamas nuo privalomųjų įmokų surenkamų iš darbdavių, darbuotojų ir kitų apdraustųjų asmenų ir nebūtinai susijęs su valstybės subsidijavimu. Ekonomistų teigimu, valstybės subsidijos yra nepateisinamos, kai privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamos populiacijos apimtis sąlyginai nėra didelė. Išsivysčiusių šalių praktikoje didžiausias dėmesys skiriamas privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimui, o valstybės subsidijos išlieka tik papildomo finansavimo šaltiniu dažniausiai naudojamu konkreitiems poreikiams ar programoms (OECD ir kt., 2011).

Įvairios kitos pajamos surenkamos į privalomojo sveikatos draudimo fondą yra siejamos su papildomais pajamų šaltiniais iš perteklinių fondo lėšų investavimo, kaštų valdymo efektyvumo padidėjimo, sistemos dalyvių papildomų įmokų, sumažėjusių administravimo išlaidų ar padidėjusių darbo užmokesčių. Dažniausiai šių finansavimo šaltinių įtaka privalomojo sveikatos draudimo fondo dydžiui daro minimalią įtaką.

Atliekant finansavimo šaltinių struktūros analizę vertinamos ne tik galimos privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamos, bet ir išlaidos. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemose išskiriamos dvi pagrindinės šių fondų išlaidų rūšys: administraciniai kaštai ir apmokėjimai už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas gali būti organizuojamas keliais

būdais. Pirma, tiesiogiai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, antra, sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos netiesiogiai, per tarpininkus. Visos sveikatos priežiūros sistemos, susijusios su administravimo kaštais, kuriuos kartais sudėtinga įvertinti. Sistemos administravime dalyvauja įvairūs sistemos dalyviai: sveikatos apsaugos ministerija, kontroliuojančios organizacijos, finansų ministerija ir kt. Administravimo kaštų apimtys gali labai skirtis dėl sveikatos priežiūros sistemos dydžio ir dažnai siekia apie 5-10 proc. visų fondo pajamų.

Antroji išlaidų dalis – apmokėjimai už paslaugas. Apmokėjimo mechanizmai apibrėžia finansinių lėšų srautų judėjimą iš trečiųjų asmenų ar pacientų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Sveikatos ekonomikos teorijoje išskiriamos šios apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas galimybės:

- Kiekviena sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo suteikta paslauga ar jų paketas yra apmokami pagal individualius mokėjimus;
- Nustatomos konkrečios paslaugų ar jų paketo kainos.

Apmokėjimų sistemos pasirinkimas priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos poreikių ir susijęs su administravimo kaštais, kontrolės mechanizmais siekiant nustatyti teisingas kainas ir garantuojant netrukdomą finansinių lėšų srautų judėjimą.

Apibenrinant atliktą privalomojo sveikatos draudimo sistemos taikymo praktikoje ypatumų analizę labai svarbu įvertinti tokios sistemos taikymo ir šalies ekonomikos sąveiką. Privalomojo sveikatos draudimo sistema palyginti su nacionaline sveikatos priežiūros sistema gali sąlygoti išlaidų sveikatos priežiūrai padidėjimą, aukštesnę teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, geresnę šalies gyventojų sveikatos būklę. Daugelyje valstybių ši sistema yra neatsiejama socialinės apsaugos sistemos dalis tiesiogiai ar netiesiogiai įtakojanti šalies nacionalinę ekonomiką. M. Cichon ir kt. (1999) teigimu, Vakarų valstybėse privalomojo sveikatos draudimo sistema, pensijų draudimas, socialinio draudimo, darbuotojų ir bedarbių draudimo sistemų pajamos gali sudaryti iki 20 proc. šalies BVP. Taip pat efektyvios ir savalaikės sveikatos priežiūros sistemos išlaidos teigiamai įtakoja šalies darbo jėgos produktyvumą, leidžiantį pasiekti didesnį ekonominį efektą.

Tačiau dažniau privalomojo sveikatos draudimo sistema ir jos įtaka šalies ekonomikai vertinama neigiamai. Tai sąlygoja šios sistemos taikymo kaštai bei sveikatos draudimo įmokų našta šalies gyventojams. Privalomo sveikatos draudimo sistemos taikymas siejamas su darbuotojų darbo užmokesčio dydžiu, todėl esant sudėtingai ekonominei situacijai, nedarbo augimui šalies gyventojai jautriai reaguoja į mokesstinę naštą pokyčius. Atsižvelgiant į tai, kad privalomojo sveikatos draudimo įmokas moka ir darbdaviai, tai neišvengiamai įtakoja jų gaunamas pajamas ir galimas investicijas. Darbdavių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, jų pasikeitimai sąlygoja išaugusias darbo užmokesčio sąnaudas, o tai sąlygoja galutinės produkcijos kainos svyravimus. Augant privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžiui darbdaviai siekdami sumažinti darbo užmokesčio sąnaudas gali mažinti darbuotojų skaičių. Tai savo ruožtu įtakos šalies užimtumo lygio pasikeitimus ir apsunkins privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimą dėl finansavimo lėšų sumažėjimo. Iš esmės vertinant privalomojo sveikatos draudimo įtaką šalies ekonominei situacijai, galima teigti, jog tai

nenutrūkstama seka vienas kitą įtakojančių veiksnių, galinčių teigiamai ar neigiamai paveikti bendros sveikatos priežiūros sistemos veiklą šalyje.

Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitomis pagrįsta lėšų surinkimo schema

Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitos įvardijamos kaip patraukli sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos reformos alternatyva. Ši sveikatos priežiūros finansavimo schema traktuojama kaip svarbi sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos inovacija. Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitos – tai individualios santaupų sąskaitos, kurių lėšos gali būti naudojamos tik sveikatos priežiūros bei sveikatinimo paslaugų apmokėjimui. Nors šios sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemos pasižymi specifinėmis savybėmis, kurios priklauso nuo konkrečios šalies bei skirtingomis schemos diegimo priežastimis, tačiau privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų diegimą dažniausiai lemia trys pagrindinės priežastys: 1) skatinti taupymą nuolat augančioms sveikatos priežiūros išlaidoms; 2) skatinti sveikatos priežiūros paslaugų vartotojus (privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų turėtojus) kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas; 3) sutelkti papildomų lėšų rezervą sveikatos priežiūros sistemai finansuoti (Hanvoravongchai, 2002).

A. Dixon (2002) teigimu, privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų schema turėtų būti derinama su socialinio sveikatos draudimo schema siekiant išvengti labai aukštų kaštų. Toks sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemų derinys ypatingai svarbus siekiant suformuoti tam tikrą rezervą, kurio lėšomis galėtų būti apmokamos labiausiai pažeidžiamų socialinių visuomenės grupių sveikatos priežiūros išlaidos. Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų schemos taikymas gali būti pagrįstas tiek privalomosiomis, tiek savanoriškomis įmokomis. Šio tipo sveikatos priežiūros finansavimo schema yra taikoma Singapūre, Kinijoje, Pietų Afrikos Respublikoje, iš dalies Jungtinėse Valstijose.

Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitomis pagrįstos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemos detalus apibūdinimas ir charakteristikos pateikiamos 4.1 skyriuje.

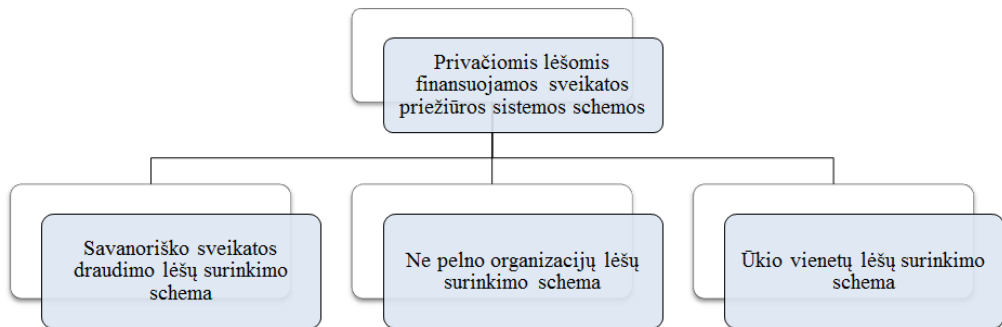
Apibendrinant atliktą valstybės (vyriausybės) lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros sistemos schemų analizę, galima teigti, jog siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo skirtingos lėšų surinkimo schemos turi būti derinamos tarpusavyje.

1.4.2. Privačiomis lėšomis pagrįsta lėšų surinkimo schema

Privačiomis lėšomis pagrįstą lėšų surinkimo sistemą sudaro trys pagrindinės schemos: savanoriško sveikatos draudimo lėšų surinkimo schema, ne pelno organizacijų lėšų surinkimo schema ir ūkio vienetų lėšų surinkimo schema (žr. 8 pav.)

Privataus sveikatos draudimo lėšų surinkimo schema dažniausiai apima tik dalį šalies populiacijos, apmokamos ne visos sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos paslaugų teikimas vykdomas privataus sektoriaus organizacijų, o finansavimas gaunamas iš privačių šaltinių. Privataus draudimo sistema gali veikti lygiagrečiai kartu su dominuojančia viešai finansuojama sveikatos paslaugų sistema kaip alternatyva, norintiems papildomai apsidrausti savo sveikatą (Mossialos ir kt.,

2004). Privatus sveikatos draudimas yra pagrindinis privataus sveikatos priežiūros sistemos finansavimo elementas (žr. 8 pav.), siejamas su griežtu rizikos pasidalijimu. Privačiųjų lėšų pagrindu vykdomas finansavimas neturi pajamų perskirstymo elementų. Šio tipo sveikatos draudimo įmokos nustatomos pagal individo rizikos laipsnį, atsižvelgiant į sveikatos būklę. Teoriškai individai, pasižymintys tuo pačiu rizikos lygiu, yra apmokestinami tuo pačiu tarifu. Savanorišku sveikatos draudimu besidraudžiantys asmenys prisiima riziką, kad šioje sistemoje dalyvaujantys asmenys gali turėti sveikatos problemų ir sutinka dalintis sveikatos priežiūros paslaugų kaštais. Bendru atveju sistemos dalyvio rizika dažniausiai siejama su jo amžiumi ir lytimi. Tačiau atskirais atvejais rizikos vertinimas gali būti išplėstas, atsižvelgiant į specifinę draudžiamą asmens sveikatos būklę. Išimtiniais atvejais dėl pernelyg didelės rizikos gali būti atsisakoma individą apdrausti savanorišku sveikatos draudimu (Kutzin ir kt., 2010; Banoob, 1994).



8 pav. Privačiomis lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas (OECD ir kt., 2011; Cichon ir kt., 1999)

Daugelyje pasaulio valstybių, taikančių privatų sveikatos draudimą, ši priemonė yra antrinė sveikatos draudimo sistemos priemonė (pvz. Prancūzija). Kitose valstybėse privataus sveikatos draudimo taikymas yra ypač paplitęs ir siūlo sveikatos draudimo planus didelėms kompanijoms, siekiant išplėsti sveikatos sistemos finansavimo bazę (pvz. Jungtinės Amerikos Valstijos). Privatus sveikatos draudimas gali būti ir pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos finansavimo priemonė, kurios prievolė numatoma šalies įstatymais (pvz. Šveicarija). Bet kuriuo atveju privataus sveikatos draudimo taikymas ir jo efektyvumas labai priklauso nuo konkrečios situacijos. Šio draudimo taikymas kaip pagrindinės nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos finansavimo priemonės yra neįmanomas (Brogienė, 2005).

Dar viena sveikatos ekonomikos literatūroje minima privataus sveikatos draudimo alternatyva – individualus nenumatytų atvejų finansavimas. Ši priemonė apibūdina individo savanorišką norą kaupti lėšas nenumatytoms sveikatos priežiūros išlaidoms padengti. Tokio tipo sistema yra taikoma Singapūre. Šio tipo sistemos apmokestinimo bazė nustatoma atsižvelgiant į individo gaunamą darbo užmokestį, o sukauptos lėšos vartojamos tik sveikatos priežiūros išlaidoms kompensuoti. Ši sveikatos priežiūros sistemos finansavimo schema skiriasi nuo socialinio draudimo

modelio ar privataus draudimo modelio tuo, kad individualios sukauptos lėšos ir jų vartojimas yra skiriamos tik konkrečiam asmeniui. Programoje dalyvaujantis individas nesidalina jokia rizika su kitais sistemos dalyviais, o jo galimos išlaidos sveikatos priežiūrai priklausys nuo sąskaitoje sukauptų lėšų kiekio. Individualus nenumatyto atvejų kaupimas yra vertinamas tarp jaunesnio amžiaus, šeimos nesukūrusių, sąlyginai geros sveikatos individų siekiančių sukaupti tam tikrą rezervą ateities sveikatos priežiūros išlaidoms. Tuo tarpu sunkiomis ligomis sergantys, vyresnio amžiaus individai nėra linkę dalyvauti šiose programose, nes sukauptų sąskaitoje lėšų brangioms sveikatos priežiūros išlaidoms užtenka tik trumpam gydymui.

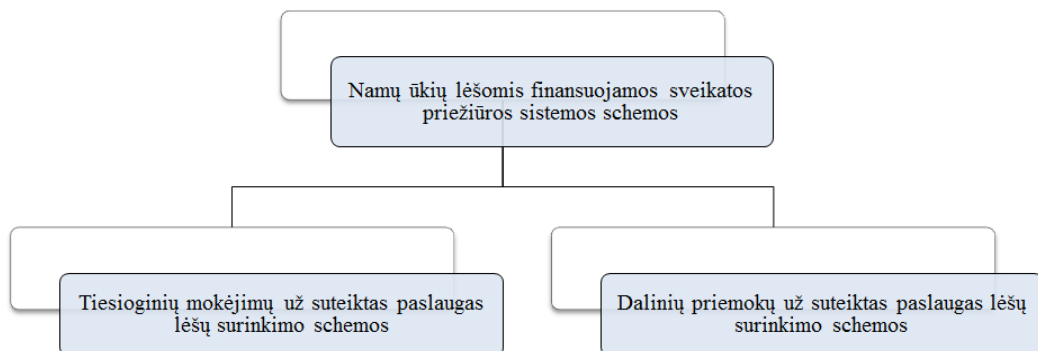
Apibendrinant atliktą privačiomis lėšomis pagrįstos lėšų surinkimo schemos analizę galima teigti, jog kiekviena pasaulio valstybė adaptuoja atskiras pateikiamų schemų savybes pagal šalies sveikatos priežiūros sistemos poreikius. Būtent tai nulemia vienos ar kitos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo priemonės vartojimą siekiant užtikrinti ekonomiškai pagrįstą sveikatos priežiūros sistemos finansavimą šalyje.

1.4.3. Namų ūkių tiesioginiais mokėjimais pagrįsta lėšų surinkimo schema

Žvelgiant iš sveikatos politikos perspektyvos svarbu paminėti, kad namų ūkių įmokomis pagrįstos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemos skirstomos į kelis pagrindinius posistemius: a) tiesioginius mokėjimus už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas; b) dalinius mokėjimus už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, šią priemonę derinant su egzistuojančia privalomojo sveikatos draudimo ar savanoriško sveikatos draudimo schema (žr. 9 pav.).

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema gali būti pagrįsta namų ūkių tiesioginiais mokėjimais. Šio tipo mokėjimams priskiriami sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų tiesioginiai mokėjimai už konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas, atliekami ne per trečiąsias šalis. Tiesioginiai namų ūkių mokėjimai parodo konkrečių ekonominių vienetų išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms pirkti. Namų ūkių tiesioginiais mokėjimais pagrįstos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemos taikomos mažai išsivysčiusiose šalyse ir laikomos pagrindiniu šių sistemų finansavimo šaltiniu.

Tiesioginiai namų ūkių mokėjimai parodo tiesioginę išlaidų sveikatos priežiūrai našą, kurią patiria minėti ekonominiai vienetai, sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo momentu. Svarbi, bet sunkiai apskaitoma namų ūkių tiesioginių mokėjimų dalis – neformalus atsiskaitymai už sveikatos priežiūros paslaugas.



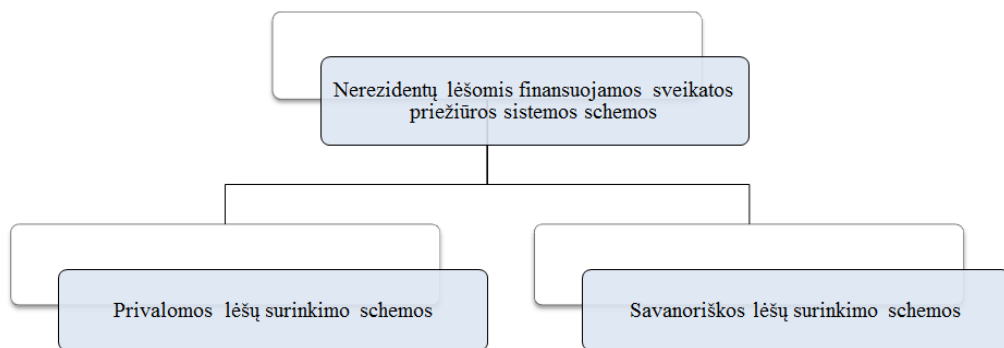
9 pav. Namų ūkių lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas (OECD ir kt., 2011; Cichon ir kt., 1999)

Dalyvavimas namų ūkių tiesioginiais mokėjimais pagrįstoje sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje yra savanoriškas ir priklauso nuo namų ūkių galimybių mokėti tokias įmokas, o mokamų įmokų dydis gali būti apibrėžtas valstybės (vyriausybės) ar savanoriško sveikatos draudimo schemas. Taikant šią finansavimo schemą sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai sumoka už konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas jų naudojimo momentu. Šio tipo schema, pagrįsta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema, priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų savanoriškai mokamų įmokų, tačiau atskirais atvejais gali būti numatytos netiesioginės valstybės subsidijos ar kreditavimo sąlygos, kurios suteiktą galimybę apmokėti už brangias sveikatos priežiūros paslaugas. Šios schemas taikymas nesusijęs su asmeniniu kaupimu (OECD ir kt., 2011).

Atsižvelgiant į atliktą sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemas savybių analizę, galima teigti, jog ši priemonė yra veiksminga besivystančiose šalyse, tačiau jos taikymas susijęs su konkrečios valstybės gyventojų gaunamomis pajamomis, nedarbo lygiu ir kitomis ekonominėmis, socialinėmis ar politinėmis charakteristikomis.

1.4.4. Nerezidentų lėšomis pagrįsta lėšų surinkimo schema

Nerezidentų lėšomis pagrįsta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schema, susijusi su užsienio šalių piliečiais, kurie naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis bet kurioje pasaulio valstybėje, tačiau jų sveikatos priežiūros finansavimui skirtos lėšos nėra siejamos su konkrečios šalies sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema. Savanorišką sveikatos draudimą įsigijęs asmuo gali juo naudotis tiek savo gimtojoje šalyje, tiek kitoje valstybėje, kuri tokias sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo galimybes yra numačiusi. Ši sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schema turi vyraujančią ekonominę interesą šalies, taikančios šią schemą atžvilgiu, t. y. ši valstybė yra suinteresuota išlaikyti šias lėšas vidinėje sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, o jos taikyme labai svarbus vaidmuo tenka tarpininkams, kurie atlieka tokių schemų įgyvendinimo kontrolės funkciją.



10 pav. Nerezidentų lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas
(OECD ir kt., 2011; Cichon ir kt., 1999)

Nerezidentų lėšomis pagrįsta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schema gali būti grindžiama privalomu arba savanorišku dalyvavimu (žr. 10 pav), kuris turi būti įformintas susitarimu tarp draudėjo ir draudiko ar privataus subjekto. Pagrindinė šios schemas savybė, kad sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti skirtos lėšos surenkamos užsienio valstybėje, kurios pasilieka teisę koreguoti šių lėšų panaudojimo taisykles. Šios schemas generuojamos sveikatos priežiūros paslaugoms įsigyti skirtos lėšos gali būti kaip papildoma nacionalinės sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos dalis (OECD ir kt., 2011).

Kalbant apie sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemas svarbios ne tik finansavimo galimybės, tačiau ir pačių įplaukų surinkimo mechanizmas, tiesiogiai įtakojantis sveikatos priežiūrai skirtų lėšų efektyvų paskirstymą bei tinkamą panaudojimą. Pastaraisiais metais vykstantys demografiniai pokyčiai, visuomenės senėjimas, chroniškų ligų atvejų dažnėjimas lemia sveikatos priežiūros finansavimui skirtų lėšų poreikio augimą. Atsižvelgiant į atliktą sveikatos priežiūros finansavimo sistemų ir jų schemų įvairovę, galima daryti išvadą, kad kiekviena valstybė privalo pasirinkti jos poreikius geriausiai atitinkančių schemų kombinaciją, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą, atitinkančią sveikatos politikos tikslus.

1.5. Sveikatos politikos reikšmė sveikatos priežiūros sistemos finansavimui

Analizuojant sveikatos priežiūros finansavimo ekonominius aspektus svarbus vaidmuo tenka sveikatos politikai ir jos įtakai sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemai. D. Jankauskienės ir R. Pečiūros (2007) teigimu, sveikatos politika – tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe. Sveikatos politikos pagrindas – šiuolaikinės visuomenės sveikatos samprata bei naujosios viešosios vadybos principai, leidžiantys suformuoti pagrindinius sveikatos politikos principus, žmonių teises ir pareigas sveikatos sistemoje. Sveikatos politikos įgyvendinimas yra neatsiejamas nuo sveikatos priežiūros vadybos procesų. Visa apimantis sveikatos sistemos veiklos planavimas, organizavimas ir kontrolė, įgalina patenkinti asmens ir visuomenės sveikatos poreikius. Sveikatos priežiūros

vadyboje akcentuojama moderniosios visuomenės sveikatos ir naujosios viešosios vadybos principai, suteikiantys galimybę teikti kokybiškas, vartotojų poreikius atitinkančias, savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas pasitelkiant pažangias technologijas ir naujausius gydymo metodus. V. Birmonto (2013) teigimu, „valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata bei laiduoti medicininę pagalbą ir paslaugas laikytina kompleksine konstitucine valstybės pareiga, apimančia sveikatos sistemos sukūrimą ir jos palaikymą“.

21 amžiaus sveikatos perspektyvos yra formuojamos augančių globalinių, regioninių, nacionalinių ir vietinių tarpusavio priklausomybių ir nuolat stiprėjančios aplinkos veiksnių įtakos. Sveikatos priežiūros sistemos, veikiančios Europos Sąjungos šalyse narėse, sveikatos politiką orientuoja į Europos Sąjungos vieningą sveikatos priežiūros politiką ir strategiją. Daugelis Europos šalių, priklausančių Europos Sąjungai, priklauso Pasaulio Sveikatos Organizacijai, kurios pagrindinė funkcija – formuoti vieningą sveikatos priežiūros sistemos politiką Europos šalyse ir numatyti vieningus šių sistemų strateginius tikslus. Šiuo metu Pasaulio Sveikatos Organizacija įgyvendina Health 2020 (World Health Organization, 2013) Europos politikos gaires, skatinančias vyriausybių ir visuomenės bendrus veiksmus siekiant sveikatos ir gerovės. Šiame dokumente pabrėžiama sveikatos kaip ekonominės – socialinės gerovės pagrindo svarba, pateikiami pagrindiniai bendrosios politikos strateginiai tikslai ir prioritetai.

Europos sveikatos politikos gairėse pabrėžiama, kad gera sveikata – tai ekonominio ir socialinio vystymosi pagrindas, gyvybiškai svarbus žmogui, šeimai ir bendruomenei. Žemas sveikatos lygis neigiamai veikia visuomenės ekonominę – socialinę gerovę. Visuomenės sveikata ir gerovė geriausiai pasiekiami bendrų pastangų dėka, siekiant įtakoti socialinius ir individualius sveikatos veiksnius. Gera sveikata teigiamai veikia ekonomikos atsigavimą ir skatina jos augimą.

Sveikatos sektorius tiesiogiai ir netiesiogiai įtakoja šalies ekonomiką: šis sektorius svarbus ne tik dėl savo įtakos šalies gyventojų sveikatai, bet ir dėl išaugusio šios rinkos dydžio (ypatingai vidutines ir dideles pajamas gaunančiose šalyse). Sveikatos sektorius vertinamas kaip stambus darbdavys, nuosavybės valdytojas, statytojas ir vartotojas. Taip pat daugelyje šalių sveikatos sektorius vertinamas dėl jo vykdomų tyrimų ir diegiamų inovacijų nuolat augančios konkurencijos aplinkoje. Pasaulio Sveikatos Organizacija (2013) pabrėžia, kad pastaraisiais metais skirtingose valstybėse įgyvendinama sveikatos politika sąlygoja skirtingus rezultatus, o išleistos sveikatos priežiūros sistemos lėšos neatsispindi sveikatos lygio pokyčių. Pastaraisiais metais visame pasaulyje sveikatos politika susidūrė su paslaugų kainų kilimo problema. Nuolat augančios išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms – tai visuomenės senėjimo, lėtinių ligų ir invalidumo atvejų gausėjimo pasekmė. Neišvengiamai sveikatos priežiūros paslaugų kainų augimą sąlygojo pažangiausių medicinos technologijų gausa ir jų taikymas gydymo procesuose, naujausių gydymo metodų taikymas bei nuolat augantys sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų poreikiai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Ilgainiui daugelyje pasaulio šalių buvo ypač atidžiai sekamas ir įvairiomis priemonėmis bandomas kontroliuoti sveikatos apsaugos paslaugų sąnaudų kilimas, racionalus lėšų naudojimas makroekonominio bei mikroekonominio požiūriu.

Atsižvelgiant į minėtas problemas Health 2020 (World Health Organization, 2013) deklaruojami šie sveikatos politikos strateginiai tikslai:

- Gerinti sveikatą visiems ir užtikrinti sveikatos paslaugų prieinamumą;
- Gerinti vyriausybės vadovavimą ir dalyvavimą sveikatos priežiūros sektoriaus valdyme.

Siekiant geresnės sveikatos ir sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimo labai svarbus šalies, jos regionų ir miestų bendradarbiavimas ir bendri tikslai. Sveikatos ir gerovės kūrimas turėtų prasidėti nuo priešmokyklinio ugdymo, švietimo veiklos, įdarbinimo ir darbo sąlygų, socialinės apsaugos sąlygų gerinimo ir skurdo mažinimo. Sveikatos priežiūros sistemos struktūriniai pokyčiai vykdomi sveikatos sistemos reformos pagrindu. Tokiu būdu siekiama pagerinti esamą sveikatos priežiūros sistemos būklę, pasiekti teigiamų pokyčių nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje. Sveikatos reforma yra orientuota į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą šalies mastu. Bendroju atveju sveikatos reforma gali būti grindžiama dviem fundamentaliais tikslais: aktyviu visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimu, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso restruktūrizacija.

Sveikatos politika pagrįsta keturiais strateginiais prioritetais:

- Investuoti į žmogaus sveikatą visuose gyvenimo etapuose, suteikiant gyventojams didesnę atsakomybę už savo sveikatą ir pasirinkimo galimybes;
- Aktualiausių regiono problemų, susijusių su užkrečiamomis ir neužkrečiamomis ligomis ir jų gydymu, sprendimas;
- Sveikatos priežiūros sistemos, visuotinės sveikatos priežiūros potencialo ir avarinės parengties, priežiūros ir reagavimo sistemų stiprinimas;
- Sukurti sveikesnę, atsparesnę bendruomenę ir jai palankią aplinką.

Sveikatos politikos strateginių prioritetų įgyvendinimas sąlygotų sveikesnę visuomenę ir jos gyvenimo trukmės ilgėjimą, kuris teigiamai veiktų ekonominę, socialinę ir individo asmeninę gerovę. Sveikos visuomenės kūrimas prasideda nuo gimimo. Sveiki vaikai geriau mokosi, sveiki dirbantieji yra produktyvesni, o sveiki pagyvenę žmonės gali aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime. Investicijos į sveikos visuomenės kūrimą neabejotinai yra vertingos ir duoda ilgalaikę ekonominę socialinę naudą.

Sveikatos politikos įgyvendinimas tiesiogiai priklauso nuo sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos. Sveikatos politika gali būti bendra regionams, pavyzdžiui, Europai, tačiau kiekviena šalis turi pasirinkti, kokiomis priemonėmis įgyvendins pagrindinius politikos siekius. Sveikatos politika numato pagrindinius sveikatos sistemos tikslus, strateginius prioritetus, o lėšų surinkimo sistema yra vienas iš pagrindinių įrankių, kurių dėka įgyvendinama sveikatos politika. Taigi sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemų įvairovė yra plati, tačiau daugelyje Europos šalių sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su finansavimo lėšų trūkumu, efektyvaus lėšų paskirstymo mechanizmo nebuvimu.

Kitame mokslinio darbo skyriuje atliekama Jungtinių Amerikos Valstijų ir Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemų finansavimo mechanizmų analizė, kuria siekiama identifikuoti galimas sveikatos priežiūros sistemos finansavimo mechanizmo tobulinimo kryptis.

2. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO SISTEMŲ LYGINAMOJI ANALIZĖ

Sveikatos priežiūros sistemų finansavimo sistemos ir jų schemas yra specifinės ir priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų rinkos. Kaip jau buvo minėta 1.2. skyrelyje, sveikatos priežiūros prekės ir paslaugos yra parduodamos sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, kurią veikia daugelis veiksnių. Informacijos asimetrija tarp sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų ir šių paslaugų teikėjų bei efektyvus kaštų valdymas M. Cichon ir kt. (1999) įvardijami kaip esminiai veiksniai, įtakojančys sveikatos priežiūros paslaugų rinką. Mažiau išsivysčiusių šalių lėšų surinkimo sistemos, mažai informuotų vartotojų kontekste, įgalina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus daryti lemiamą įtaką formuojant sveikatos priežiūros paslaugų paklausos apimtį ir struktūrą. Individualus sveikatos priežiūros paslaugų poreikis yra sunkiai apibrėžiamas, kas sąlygoja sveikatos priežiūros paslaugų paklausos neapibrėžtumą ir jos prognozavimo galimybes. Anot M. Cichon ir kt. (1999), sveikatos priežiūros rinkoje paklausa – tai apytikrė poreikio funkcija, priklausanti nuo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir perkamumo. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų rinkos neapibrėžtumai ir paslaugų teikėjų dominavimas gali būti įvardijamos kaip pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų rinkos charakteristikos, darančios lemiamą įtaką pasirenkant sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemą. Teisingas šios koncepcijos suvokimas svarbus siekiant teisingai įvertinti išlaidų sveikatos priežiūros rinkoje dinamiką ir išlaidas, suvokiant kaip sveikatos priežiūros paslaugų lėšų surinkimo sistemos objektą. Pasirenkant sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemą labai svarbu teisingai suprasti sveikatos priežiūros išlaidų dinamiką bei ją įtakančių veiksnių tarpusavio sąveiką.

Pagrindinis aspektas, pasirenkant sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemų derinį išlaidų sveikatos priežiūrai kontekste, tai didelis šių išlaidų elastingumas pajamų požiūriu. Sveikatos ekonomikos ekspertų teigimu, kuo didesnės individo gaunamos pajamos, tuo daugiau jis yra linkęs išleisti sveikatos priežiūros paslaugoms. Šis reiškinys iš mikroekonominio lygmens pereina į makroekonominį ir apima visą sveikatos priežiūros paslaugų rinką. Ekonominėje literatūroje pateikiami valstybių sveikatos priežiūros išlaidoms būdingi dėsningumai (Cichon ir kt., 1999; Jankauskienė, 2011):

1. *Skirtingų šalių išlaidos sveikatos priežiūrai yra labai skirtingos.* Vakarų Europoje išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui svyruoja nuo 6743 € Liuksemburge iki 1029 € Turkijoje. Centrinėje ir Pietryčių Europoje šios išlaidos yra mažesnės ir svyruoja nuo 2551 € Slovėnijoje iki 577 € Albanijoje. Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui siekia 1299 €.
2. *Bendrosios išlaidos priklauso nuo ekonominio produktyvumo.* BVP apimtis yra tiesiogiai siejama su šalies išlaidomis sveikatos priežiūrai. Kuo didesnis šalies BVP, tuo daugiau skiriama sveikatos priežiūrai.
3. *Augant nacionalinėms pajamoms, didėja viešojo sektoriaus dalis skiriama sveikatos priežiūrai.* Afrikoje vidutiniškai apie 60-70 proc. sveikatos priežiūros išlaidų dengiama privataus sektoriaus lėšomis,

tuo tarpu OECD šalyse, priešingai, apie 60-70 proc. sveikatos priežiūros išlaidų finansuojama viešojo sektoriaus lėšomis.

4. *Trečiojo pasaulio šalyse išlaidos sveikatos priežiūrai yra nedidelės, nes šių šalių vyriausybės skiria mažesnę nacionalinių pajamų dalį sveikatos priežiūros išlaidoms.* Besivystančiose šalyse išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro apie 8 proc. vyriausybės išlaidų, tuo tarpu išsivysčiusiose šalyse šis rodiklis svyruoja tarp 10-15 proc.
5. Afrikos regione labai svarbus papildomas sveikatos priežiūros finansavimas iš užsienio šaltinių.
6. *Sveikatos draudimo reikšmė finansuojant sveikatos priežiūros išlaidas yra labai skirtinga.* Europoje ir Amerikoje per 60 proc. šalių gyventojų yra apdrausti socialiniu sveikatos draudimu, tuo tarpu Afrikoje šis skaičius yra vienąženklis.

Išlaidų sveikatos priežiūrai lygis šalyje priklauso nuo daugelio veiksnių: poreikio sveikatos priežiūrai, vartotojų galimybių įpirkti sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos efektyvumo, išnaudojant turimus resursus, sveikatos priežiūros sektoriaus našumo bei kaštų. Išlaidos sveikatos priežiūrai priklauso nuo šalies priimtos sveikatos politikos ir jos prioritetų. Kaip jau buvo minėta, pajamos – tai pagrindinis veiksnys, sąlygojantis šalies galimybes skirti didesnę ar mažesnę lėšų kiekį sveikatos priežiūros reikmėms. Atlikta sveikatos ekonomikos literatūros analizė parodė, jog šalies skiriamų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis priklauso ir nuo pasirinktos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos ir jos schemų derinių. Valstybės (vyriausybės) lėšų pagrindu finansuojama šalies sveikatos sistema pasižymi mažesniu išlaidų sveikatos priežiūrai lygiu, tuo tarpu sistemos, finansuojamos privačių lėšų pagrindu, priešingai, pasižymi didesniu išlaidų sveikatos priežiūrai lygiu. Išlaidų sveikatos priežiūrai apimtys šalyse gali skirtis ir dėl privačių išlaidų sveikatos priežiūrai apimčių, ši tendencija svarbi, nes vienoje šalyse privačios individų išlaidos sveikatos priežiūrai yra apskaitomos, tuo tarpu kitose, tai nėra atliekama. Akivaizdu, jog sveikatos priežiūros sistemų finansavimas pasirenkant savanorišką ir valstybinį sveikatos draudimą yra pranašesnės, nes leidžia surinkti daugiau lėšų ir gerina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Išanalizavus pasaulyje paplitusių sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas šiame moksliniame darbe toliau nagrinėjami pasirinktų pasaulio valstybių (Jungtinių Amerikos Valstijų ir Prancūzijos) sveikatos priežiūros sistemų finansavimo sistemos ir jų schemas, siekiant rasti galimas Lietuvos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos pagerinimo alternatyvas.

Minėtų šalių sveikatos priežiūros finansavimo sistemų pasirinkimą lėmė tai, kad tai vienos kontraversiškesnių sveikatos priežiūros sistemų pasaulyje. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistema pagrįsta privačiu finansavimu, o pačioje sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje dominuoja privatūs paslaugų teikėjai, 2011 m. sveikatos išlaidų dalis BVP sudarė 17,6 proc. Tuo tarpu Prancūzijos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos ypatybė yra ta, kad tai viena patikimiausių ir sistemos dalyvių palankiausiai vertinamų sveikatos priežiūros sistemų pasaulyje, kurioje ypatingai didelė valstybės įtaka, 2011 m. sveikatos išlaidų

dalis BVP sudarė 11,6 proc. (2 vieta Europos regione pagal sveikatos išlaidų dalį BVP).

2.1. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros finansavimo sistema

Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) veikianči sveikatos priežiūros sistema yra unikali. Ji nėra panaši nei į vieną pasaulio sveikatos priežiūros sistemą, kurios pagrindas nacionalinė sveikatos draudimo sistema valdoma vyriausybės, finansuojama per mokesčius. Esant minėtai sveikatos priežiūros sistemos struktūrai beveik visi šalies gyventojai gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas, nepriklausomai nuo jų įmokėtų įmokų.

Jungtinėse Valstijose sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos ne visiems šalies gyventojams, nes jie nėra draudžiami nacionaliniu sveikatos draudimu. Pasak L. Shi ir A. D. Singh (2008), Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistemą sudėtinga vertinti kaip „sistemą“ dėl jos fragmentiškumo, kuris minimas kaip pagrindinė minėtos sistemos savybė. Sveikatos priežiūros paslaugos turi prisitaikyti prie kintančių vartotojų poreikių, atsižvelgiant į konkurenciją rinkoje, kaštus, paslaugų prieinamumą ir kokybės gerinimą, tačiau vertinant Jungtinių Amerikos Valstijų atvejį šie tikslai sunkiai įgyvendinami. Esama sistema negarantuoja netgi pagrindinio sveikatos priežiūros paslaugų paketo prieinama kaina. Būtent minėtas siekis yra didelis iššūkis Jungtinių Amerikos Valstijų sistemai, siekiančiai didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

JAV sveikatos priežiūros sistemos pagrindas nėra kartu nuosekliai dirbančių partnerių tinklas, kuris būdingas kitų šalių sveikatos priežiūros sistemoms. Priešingai, sistemoje veikiantys finansavimo, draudimo, paslaugų teikimo ir apmokėjimo mechanizmai yra nestandartiniai ir mažai kontroliuojami. Kiekvienas pagrindinis funkcinis komponentas – finansavimas, draudimas, paslaugų teikimas ir apmokėjimas, reprezentuoja viešojo ir privataus sektoriaus šaltinių sąveiką. Vyriausybė kontroliuoja specifines sveikatos priežiūros programas, jų finansavimą, skirtą konkrečius kriterijus atitinkančioms grupėms. Vyriausybės vykdomos programos iš dalies garantuoja sveikatos priežiūros paslaugas veteranams, karininkams ir kitiems neapdraustiems pacientams, kuriems būtinosios sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos ligoninėse ar klinikose. Tačiau vertinant sveikatos priežiūros sistemos visumą, galima teigti, jog JAV sveikatos priežiūros sistemos pagrindinės funkcijos (finansavimas, draudimas, paslaugų teikimas ir apmokėjimas) yra sutelktos privačių organizacijų rankose.

JAV veikianči sveikatos priežiūros paslaugų rinka yra patraukli verslininkams, siekiantiems teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir siekti pagrindinio verslo organizacijos tikslo – pelno. Darbdaviai sveikatos draudimu, kurį teikia privačios draudimo bendrovės, aprūpina savo darbuotojus, o šie turėdami sveikatos problemų su sveikatos priežiūra susijusias paslaugas gauna iš privataus sektoriaus organizacijų. Vyriausybė sveikatos priežiūros paslaugas finansuoja specialių programų pagalba, kurios yra skirtos mažas pajamas gaunantiems, neįgaliesiems, senyvo amžiaus gyventojams. Tačiau vertinant visą JAV sveikatos priežiūros rinką, didžioji populiacijos dalis yra apdrausti savanorišku sveikatos draudimu, siūlomu

įvairių privačių bendrovių. Viešojo ir privataus sektoriaus finansavimo šaltinių naudojimas sveikatos priežiūros sistemos finansavimui suteikė šias galimybes:

- finansinių šaltinių įvairovė sudaro palankias sąlygas vartotojams gauti sveikatos priežiūros paslaugų be papildomų mokesčių;
- rinkoje veikiančios draudimo bendrovės siūlo įvairias draudimo galimybes, įvertinančias įvairią riziką;
- keli mokėtojai, vertinantys ir nusprendžiantys, kiek mokėti už tam tikras paslaugas;
- didelis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių organizacijų skaičius;
- didelis konsultuojančių organizacijų skaičius, teikiančių planavimo, kaštų valdymo, kokybės, resursų paskirstymo paslaugas.

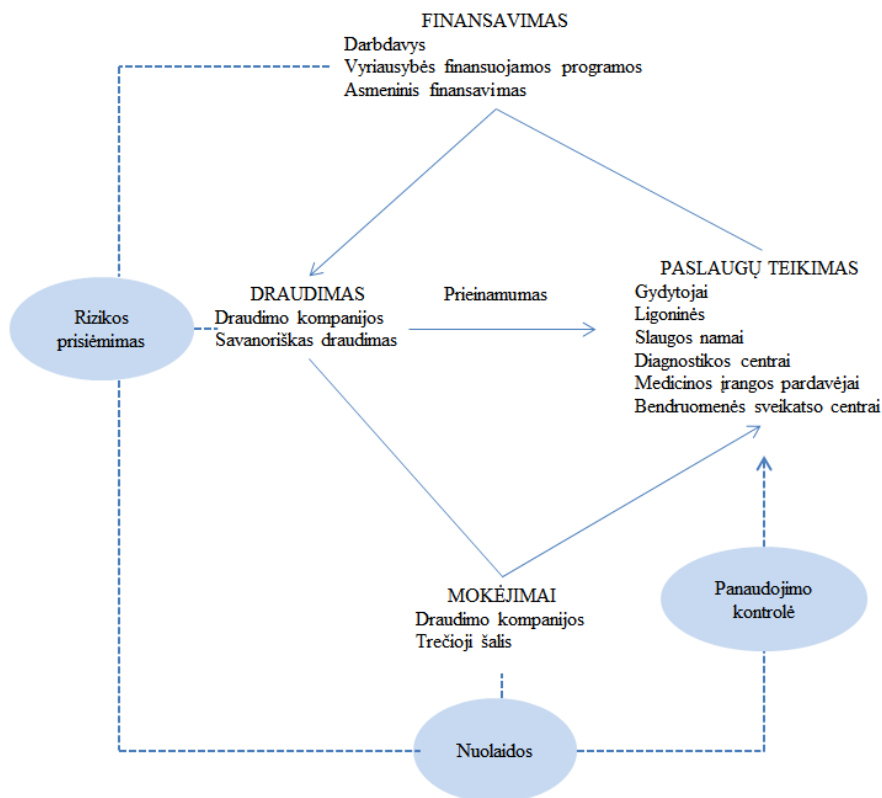
Atsižvelgiant į tai, kad rinka susideda iš daugelio tarpusavyje mažai susijusių vienetų, jai būdinga maža standartizacija. Tokio pobūdžio rinkoje, kaip bendrame vienetė, negali būti bendro planavimo, valdymo ar koordinavimo, kurį prižiūrėtų vyriausybė. Būtent dėl šios priežasties rinkoje atsiranda tam tikrų funkcijų dubliavimo, neatitikimų, nuoseklumo trūkumo, kurie sąlygoja rinkos sudėtingumą ir efektyvumo problemas. JAV sveikatos priežiūros sistemoje nėra taikomi standartiniai kaštų valdymo metodai. Kiekviena sveikatos priežiūros paslaugas teikianti organizacija individualiai pasirenka įmonės valdymo principų sistemą, o finansinę paramą naudoja pagal individualų poreikį, nepaisant to, kokią įtaką tai galėtų turėti bendrai šalies sistemai. Taigi atsižvelgiant į minėtas savybes, bendra kaštų valdymo ir kontrolės sistema taikytina visoms sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje veikiančioms bendrovėms yra neįmanoma.

JAV ekonomika yra didžiausia visame pasaulyje ir palyginti su kitomis šalimis sveikatos priežiūros paslaugos sudaro didelę ekonominės produkcijos dalį. Siekiant suteikti vienas geriausių pasaulyje, tam tikrus standartus atitinkančias aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, aktualia išlieka paslaugų prieinamumo problema.

Anot L. Shi ir A. D. Singh (2008), sveikatos priežiūros sistema turi turėti du pagrindinius tikslus: 1) garantuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kiekvienam šalies gyventojui; 2) sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas turi būti vykdomas laikantis kaštų efektyvumo principų ir atitikti nustatytus kokybės standartus. Atsižvelgiant į anksčiau minėtas JAV sveikatos priežiūros sistemos savybes galima teigti, kad analizuojami šalies sveikatos priežiūros sistemos tikslai yra atitole nuo bendrų normų, vyraujančių daugelyje Europos valstybių.

Vertinant šią sistemą iš kitos pozicijos, JAV sveikatos priežiūros sistema yra viena pažangiausių, geriausiai naujausia technika ir profesionaliu personalu aprūpinta sveikatos priežiūros paslaugų rinka, tampanti pavyzdžiu kitoms pasaulio šalims. Tačiau infrastruktūros plėtojimas ir privačių investicijų didinimas nepadeda pasiekti geresnio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo visiems JAV gyventojams (Shi, Singh, 2008; Evans ir kt., 1994).

JAV sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese išskiriamos keturios pagrindinės funkcijos: finansavimas, draudimas, paslaugų teikimas, mokėjimai už suteiktas paslaugas (11 pav.).

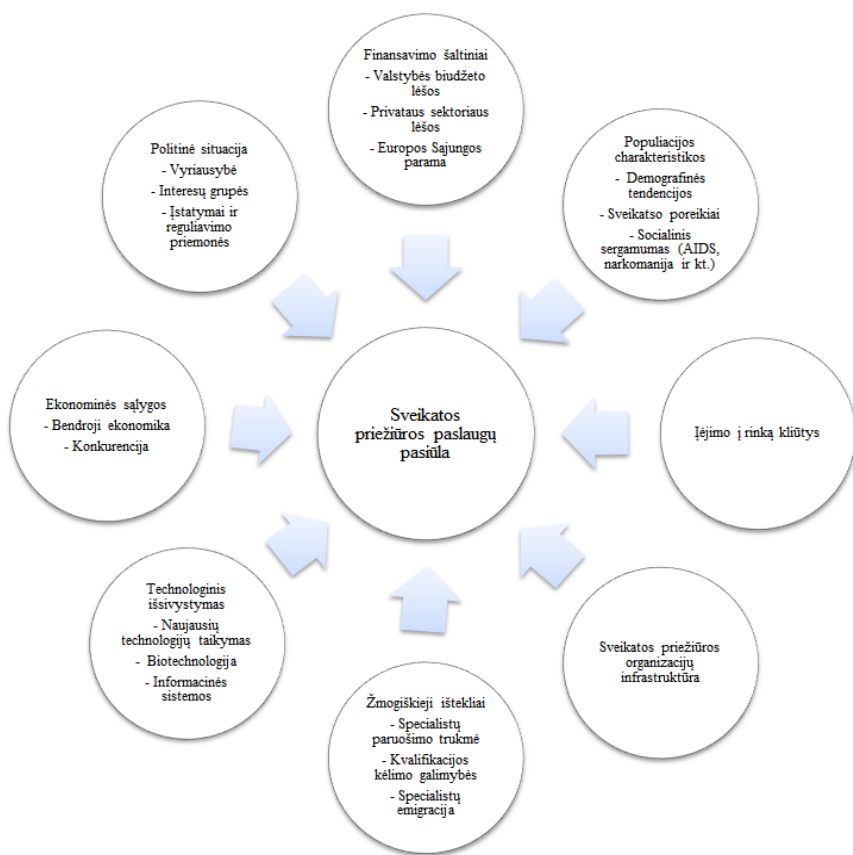


11 pav. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso pagrindinės funkcijos (Shi, Singh, 2008)

Keturi funkciniai komponentai sudaro keturių funkcijų modelį. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema gali skirtis priklausomai nuo minėtų komponentų išsidėstymo. Dažniausiai keturios funkcijos persidengia, o jų persidengimo laipsnis skiriasi esant valstybinio ar privataus pagrindo sveikatos priežiūros sistemai. Valstybinio pagrindo sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje pagrindinės funkcijos yra integruotos tarpusavyje arba visiškai atskirtos. Sveikatos priežiūra dažniausiai yra susijusi su brangiais tyrimais, procedūromis, taip pat ilgalaikiu hospitalizavimu, todėl finansavimas labai svarbus siekiant gauti sveikatos draudimą ir sumokėti už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

JAV sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas apibrėžiamas kaip valdoma priežiūra ir pasižymi tokiomis savybėmis: 1) efektyvumo sistemoje siekiama integruojant keturias pagrindines sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso funkcijas; 2) veikiantis panaudojimo kontrolės mechanizmas; 3) nustatanti kainas, kuriomis teikiamos konkrečios sveikatos priežiūros paslaugos, ir jų dalį tenkančią sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems teikėjams.

Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistemą įtakoja šalies ekonominės sąlygos (žr. 12 pav.), politinė situacija, socialinės vertybės ir kultūra, technologinis išsivystymas, populiacijos charakteristikos, fizinė aplinka ir pasauliniai veiksniai.



12 pav. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistemą įtakoiantys veiksniai (Shi, Singh, 2008)

Atsižvelgiant į atliktą JAV sveikatos priežiūros sistemos, jos pagrindinių funkcijų ir įtakančių aplinkos veiksnių analizę galima išskirti specifines sistemos sąlygas:

1. Nėra organizacijos, atsakingos už bendrą sistemos priežiūrą.
2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas priklauso nuo sumokėtų sveikatos draudimo įmokų.
3. Draudikas kaip trečioji šalis gali veikti kaip tarpininkas tarp finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo funkcijų.
4. Mokėtojų sveikatos priežiūros sistemoje gausa sąlygoja sistemos nepatogumą.
5. Konkurencija sveikatos priežiūros sistemoje nesudaro palankių sąlygų vieno iš dalyvių dominavimui rinkoje.
6. Teisinė rizika apibrėžia dalyvavimo rinkoje sąlygas.
7. Naujausių technologijų vystymasis sukuria šių technologijų paklausą.
8. Sveikatos priežiūros paslaugų asortimentas nuolat atsinaujina.
9. Kokybė tampa pasiekiamu tikslu teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

JAV sveikatos priežiūros sistema nėra kontroliuojama valstybiniu mastu, t. y. nėra už tai atsakingos valstybinės organizacijos. Daugelyje pasaulio šalių veikianti sveikatos priežiūros sistema garantuoja iš anksto nustatytą sveikatos priežiūros paslaugų paketą, kuris prieinamas visiems šalies gyventojams. Tačiau tokios sistemos, pagrįstos nemokamų paslaugų teikimu, susiduria su finansiniais sunkumais. Siekdamas išvengti finansinių sunkumų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios organizacijos savo veiklą ir jos apimtis planuoja griežtai pagal gaunamas biudžetines lėšas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas biudžetinėmis lėšomis gerina šių paslaugų prieinamumą, tačiau reikalauja ypač veiksmingos kontrolės sistemos, padedančios užtikrinti brangių resursų efektyvų naudojimą ir visos sistemos sklandų darbą. Valstybės skiriamos lėšos apsprendžia galimą piliečiams suteikti paslaugų kiekį ir griežtai kontroliuoja ypač brangių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, siekiant efektyvaus resursų panaudojimo. JAV sveikatos priežiūros sistema yra finansuojama privačiomis lėšomis ir apmoka apie 55 proc. visų suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų, likusią 45 proc. dalį padengia valstybiniai fondai, kurie buvo aptarti anksčiau. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema kaip ir lėšų surinkimo sistema JAV yra pagrįsta privačiąja nuosavybe. Šias paslaugas teikia ligoninės kaip privačios organizacijos ir privatūs gydytojai, kurie nėra pavaldūs valstybei. Jokia valstybinė organizacija neatlieka bendros sistemos kontrolės, teikiamų paslaugų ir finansavimo prieinamumo ir panaudojimo kontrolės funkcijos. Valstybės įtaka yra tik tokia, kiek to reikalauja valstybinių programų, užtikrinančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą socialiai pažeidžiamoms grupėms, nustatant standartus ir reikalavimus, kuriuos turi atitikti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios organizacijos. Nustatyti reikalavimai galioja visoms sveikatos priežiūros rinkoje dalyvaujančioms organizacijoms ir galioja kaip minimalūs kokybės standartai visame sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje.

Šalys, kuriose veikia valstybinėmis lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros sistemos, garantuoja visuotinį šių paslaugų prieinamumą, t. y. paslaugos prieinamos visiems šalies piliečiams. Tokia praktika nėra būdinga JAV sveikatos priežiūros sistemai. Prieinamumas bendrąja prasme reiškia galimybę gauti konkrečią paslaugą atsiradus poreikiui. JAV sveikatos priežiūros sistemoje prieinamumas garantuojamas: 1) darbdavio iniciatyva sveikatos draudimu apdraustiems darbuotojams; 2) valstybinių sveikatos priežiūros programų dalyviams; 3) vartotojams, kurie apsidraudę sveikatos draudimu nuosavomis lėšomis; 4) vartotojams, kurie gali sumokėti už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas nuosavomis lėšomis. Sveikatos draudimas yra pagrindinis veiksnys, garantuojantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą JAV. Nors JAV siūlomos sveikatos priežiūros paslaugos pasižymi aukšta kokybe ir tampa pavyzdžiu daugeliui pasaulio šalių, prieinamumo problema yra ypač aktuali.

Kaip buvo minėta anksčiau, didžioji dauguma JAV gyventojų nėra apsidraudę sveikatos draudimu. Taigi netgi pirminės sveikatos priežiūros paslaugos ar gydytojo paslaugos šiems gyventojams yra neprieinamos išskyrus atvejus, kai jie sugeba šias išlaidas apmokėti iš asmeninių lėšų arba turi teisę pasinaudoti specialaus centro teikiamomis paslaugomis (*Federally-Qualified Health Center*). Šio centro

pagrindinė funkcija – suteikti būtinas pirmosios pagalbos paslaugas gyventojams negalintiems apmokėti sveikatos priežiūros paslaugų. Šio segmento vartotojai, neišgalintys asmeninėmis lėšomis apmokėti privataus gydytojo konsultacijų ir kitų sveikatos priežiūros paslaugų, paprastai laukia tol, kol sveikatos priežiūros paslaugos tampa būtinos dėl pablogėjusios sveikatos būklės. Tokioje situacijoje vartotojas gali bandyti kreiptis į skubios pagalbos centrus, kuriuose pacientai neprivalo mokėti už suteiktas paslaugas, nebent jie tai gali padaryti asmeninėmis lėšomis. Sveikatos draudimu neapsidraudę asmenys gali gauti medicininę priežiūrą ūmių susirgimų atveju. Apibendrinant galima teigti, kad JAV sveikatos priežiūros sistema, pagrįsta sveikatos draudimu, sugeba suteikti universalų sveikatos draudimą neapdraustiems gyventojams. Veikianti sistema turi būti labai gerai koordinuojama ir kontroliuojama teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir siekiant išvengti nuostolių. Ekspertų teigimu, pirminių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problema yra pagrindinė priežastis dėl kurios labiausiai ekonomiškai išsivysčiusi šalis atsilieka nuo kitų pasaulio valstybių pagal populiacijos sveikatos lygio rodiklius (mirtingumą, gyvenimo trukmę).

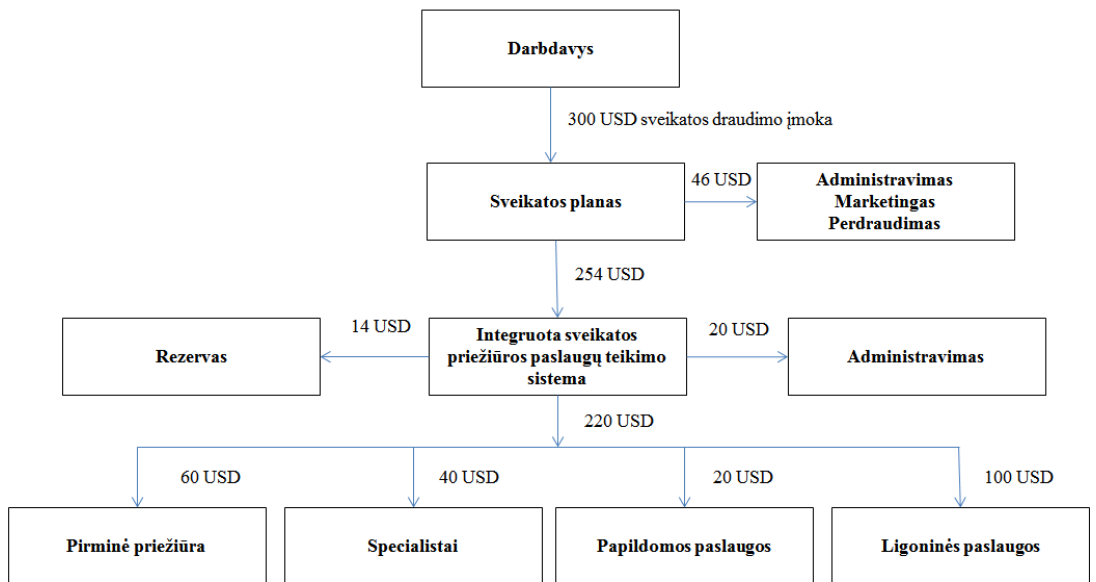
Valstybinėmis lėšomis finansuojamoje sveikatos priežiūros sistemoje pacientai gali rinktis iš daugelio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, tačiau rinkos jėgos šiame sektoriuje ir jų reikšmė yra nedidelės. Nors JAV veikianti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema yra sutelkta privatininkų rankose, laisvosios rinkos dėsniai čia taip pat yra tik sąlyginiai. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo ir teikimo sistema JAV neatitinka laisvosios rinkos bruožų, todėl dažnai vadinama „kvazi“ rinka arba netobula rinka. Laisvojoje rinkoje veikia neribotas kiekis vartotojų (pirkėjų) ir prekių/paslaugų teikėjų (pardavėjai), kurie veikia nepriklausomai vieni nuo kitų. Vartotojas (pirkėjas) savo nuožiūra renkasi teikėją (pardavėją). Teikėjai (pardavėjai) ar kitos organizacijos neturi įtakos prekių kainų nustatymui. Kainų lygis priklauso nuo rinkoje veikiančių jėgų vykstant pasiūlos ir paklausos sąveikai. Pagrindinis veiksnys, lemiantis prekės ar paslaugos paklausą yra kaina: kainai augant paklausa mažėja, kainai krentant paklausa auga.

JAV sveikatos priežiūros rinkoje veikia neribotas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų kiekis. Sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai, jų suvartojamas paslaugų kiekis yra planuojami ir patenka į privačių kompanijų ar valstybės finansuojamų programų planus. Tačiau realios rinkos apimtys gali skirtis nuo sudarytų planų, nes sveikatos priežiūros paslaugų suvartojimą planuoti be galo sudėtinga. Privataus sektoriaus planavimas apriboja vartotojo pasirinkimą tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Teoriškai, sveikatos priežiūros paslaugų kainų lygis nusprendžiamas pagal finansuotojų ir paslaugų teikėjų susitarimus, tačiau praktiškai paslaugų kainas diktuoja privatūs finansuotojai ir vyriausybės programos, skirtos pažeidžiamoms socialinėms grupėms. Jeigu kainos yra nustatomos agentūrų, mažai susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų rinka, šių paslaugų kainos yra mažai jautrios rinkos paklausos ar pasiūlos svyravimams.

JAV sveikatos priežiūros privataus kapitalo pagrindu yra tas, kad ši rinka gali adekvačiai reaguoti į rinkos poreikius didindama tam tikrų paslaugų pasiūlą. Siekiant suteikti kokybiškas paslaugas geriausiomis kainomis rinkoje būtina konkurencija. Dažna rinkos problema yra mažas vartotojų informuotumas apie

teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Pirminės sveikatos paslaugų teikėjas tampa pagrindiniu informacijos šaltinių vartotoju, kuriam reikalingos specifinės sveikatos priežiūros paslaugos.

Laisvosios rinkos atveju sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai yra labiau informuoti apie teikiamų paslaugų kokybę ir kainas. Konkretaus atvejo finansavimas yra problematiškesnis nei pilno paslaugų paketo finansavimas. Geriausias pavyzdys yra chirurginė operacija. Vartotojas, kuriam atliekama chirurginė operacija, konkretaus atvejo finansavimo atveju jos kainą supranta ne visiškai teisingai. Juk chirurginė operacija, tai ne tik konkreti operacija, bet ir ligoninės lovdieniai, anesteziologo paslaugos ir kitos ligoninės paslaugos, reikalingos pacientui sveikimo laikotarpiu. Šiuo atveju paslaugų paketo galutinę kainą yra lengviau nustatyti nei vertinti atskirų pavienių paslaugų kainas ir pateikti vartotojui galutinę operacijos kainą. Tačiau konkrečių operacijų vertinimas yra daug tikslesnis nei paslaugų paketo kaina paskaičiuota iš anksto. Taip yra dėl atskirų atvejų sudėtingumo lygio, kuris nėra vertinamas nustatant paslaugų paketo kainos lygį.



13 pav. Integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos finansavimas (Clevenley ir kt., 2010)

Pagrindinis sveikatos draudimo tikslas laisvojoje rinkoje yra apsaugoti gyventojus nuo nenumatytų išlaidų, susijusių su sveikata. Bendruoju atveju sveikatos draudimas padengia būtinąsias sveikatos paslaugų išlaidas, kurių apimtys yra prognozuojamos. Sveikatos draudimas padeda gyventojams sumažinti išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms padengdamas dalį išlaidų iš sukauptų įmokų. Taip pat ribotas paslaugų apmokėjimo lygis, atsižvelgiant į įmokų skaičių, riboja bereikalingą sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso finansavimo pavyzdys pateikiamas 13 pav.

Esminė laisvos rinkos sveikatos priežiūros paslaugų rinkos savybė – vartotojų galimybė rinktis tarp daugelio paslaugų teikėjų atsižvelgiant į teikiamų paslaugų kokybę ir kainą. Tačiau kalbant apie rinkos paklausos formavimą sveikatos priežiūros rinka labai priklausoma nuo informuotumo lygio. Šioje rinkoje paklausą formuoja vartotojo poreikių atsiradimas konkrečioms sveikatos priežiūros paslaugoms, siekiant pagerinti esamą sveikatos būklę, o poreikio tenkinimas kainos aktualumą nustumia į antrą planą. Labai didelę įtaką sveikatos priežiūros paklausos formavimui daro šių paslaugų teikėjai, proteguodami tam tikras paslaugas ar medicininės prekes. Tikroji paklausa formuojasi tuomet, kai paslaugų teikėjai atskiria būtinas sveikatos priežiūros paslaugas nuo finansiškai naudingų (priimant daugiau pacientų, skiriant nebūtinai chirurgines operacijas ar nereikalingus tyrimus).

JAV sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje svarbus vaidmuo tenka draudimo kompanijoms, kurios veikia kaip tarpininkai tarp finansuotojų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų. Kaip jau buvo minėta, didžioji dalis išlaidų yra finansuojama darbdavių, veikiančių privačiame sektoriuje, lėšomis, o likusi dalis valstybės finansuojamų programų lėšomis. Vertinant rizikos požiūriu valstybė turi didesnių galimybių apsidrausti nuo nuostolių nei pavieniai darbdaviai. Nors valstybė, finansuodama specialias programas, prisiima draudimo funkciją, praktikoje šią funkciją deleguoja draudimo kompanijoms, t.y. tarpininkams. Didelio kapitalo bendrovės taip pat gali sugebėti apsidrausti nuo rizikos ir įvertinti galimus nuostolius pasitelkdamos draudimo kompanijas.

JAV sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje svarbus vaidmuo tenka draudimo kompanijoms, kurios veikia kaip tarpininkai tarp finansuotojų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų. Kaip jau buvo minėta, didžioji dalis išlaidų yra finansuojama darbdavių, veikiančių privačiame sektoriuje, lėšomis, o likusi dalis – valstybės finansuojamų programų lėšomis. Vertinant rizikos požiūriu valstybė turi didesnes galimybes apsidrausti nuo nuostolių nei pavieniai darbdaviai. Didelio kapitalo bendrovės taip pat gali sugebėti apsidrausti nuo rizikos ir įvertinti galimus nuostolius pasitelkdamos draudimo kompanijas. Darbdavio funkcija pasiūlyti darbuotojui pasirinkti jo poreikius geriausiai atitinkantį sveikatos planą. Kitas administracines funkcijas prisiima draudimo kompanija, pagal draudimo kompanijos nustatytą tvarką Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai atsako už sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo panaudojimą ir mainais už tai gauna nustatytus mokesčius už suteiktas paslaugas. Šiame procese pirmoji šalis yra vartotojas, antroji – paslaugų teikėjas, o draudimo kompanija veikia kaip trečioji šalis, tarpininkaujanti tarp pirmųjų dviejų. Draudimo kompanijų atliekama tarpininkavimo funkcija sukelia begalę papildomų veiksmų tarp finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo funkcijų, ko pasekoje paslaugų kokybė pereina į antrą planą. Standartinėje ekonominėje rinkoje vartotojas turi galią įtakoti prekių ar paslaugų paklausą kintant kainai ar kokybei ir turi galimybę rinkti prekes ar paslaugas geriausiai atitinkančias jų poreikius. Draudimo kompanijos tokios galios neturi. Jų įtaka vartotojams pasireiškia tik siūlomais sveikatos planais vertinant konkrečias sąlygas, o vartotojas turi teisę rinktis tarp skirtingų draudimo kompanijų. Darbdavių finansuojamas darbuotojų sveikatos draudimas gali būti peržiūrimas siekiant sumažinti jo įmokas, tačiau dėl to nukenčia sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Analogiška situacija ir

su valstybės finansuojamomis sveikatos priežiūros programomis, kurias finansuodama valstybė nustato, kokiomis kainomis iš paslaugų teikėjų pirks vienas ar kitas sveikatos priežiūros prekes ar paslaugas (Cutler, 2008).

Nacionalinė sveikatos priežiūros sistema dažnai vadinama vieno mokėtojo sistema, nes valstybė yra vienintelis pirminis mokėtojas. Kai suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos sąskaitos už jas siunčiamos valstybinei agentūrai atsakingai už mokėjimų vykdymą.

JAV situacija visiškai kitokia, šioje rinkoje egzistuoja įvairūs sveikatos planai ir draudimo kompanijos, nes kiekvienas darbdavys turi teisę individualiai koreguoti sveikatos priežiūros planus. Kiekviename plane numatomas sveikatos priežiūros paslaugų paketas, kurį galės gauti juo apdraustas gyventojas. Kai kuriuose sveikatos planuose gali būti detalizuotos konkrečių paslaugų kainos. Specifinėms valstybės finansuojamoms programoms jų detalumas ir mokėjimai yra nustatomi valstybės. Daugybės mokėtojų egzistavimas JAV sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje labai apsunkina paslaugų teikėjų darbą dėl šių priežasčių:

- Sveikatos priežiūros teikėjai privalo kaupti informaciją pagal skirtingus draudimo kompanijų siūlomus sveikatos draudimo planus, nes kiekviename plane numatyti skirtingi kompensuojamų paslaugų paketai.
- Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo samdyti papildomus darbuotojus, kurie vestų atvejų apskaitą ir prižiūrėtų mokėjimų gavimą iš draudimo kompanijų. Sąskaitos nėra standartizuotos, ir kiekvienas finansuotojas gali pateikti skirtingus sąskaitų formatus.
- Mokėjimai gali būti neatliekami, jeigu sveikatos priežiūros teikėjas nesilaiko draudimo kompanijos nustatytų sąlygų.
- Atmestoms sąskaitoms reikia ieškoti alternatyvių finansavimo šaltinių.
- Kai už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gaunamas tik dalinis apmokėjimas, teikėjai gali subalansuoti paslaugų sąskaitą ir pateikti vartotojui konkrečius duomenis apie finansuojamas paslaugas. Tačiau tai susiję su papildomais žmogiškųjų išteklių poreikiais ir kitais veiklos kaštais.
- Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo rinkti ir analizuoti duomenis apie suteiktų paslaugų apimtis, jų apmokėjimą ir veiklos nuostolius, kurie yra neišvengiami.
- Valstybės finansuojamos programos pažeidžiamoms socialinėms grupėms numato detalią suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarką. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi laikytis nustatytų sąlygų ir visas suteiktas paslaugas fiksuoti specialiuose dokumentuose, kurie pateikiami valstybės agentūrai apmokėti.

Taigi atsižvelgiant į JAV sveikatos priežiūros paslaugų rinkos dydį ir sudėtingumą akivaizdu, kad tokios sistemos administraciniai kaštai bus gerokai didesni nei standartinės valstybės lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros sistemos atveju.

JAV sveikatos priežiūros paslaugų rinka pasižymi ne tik dideliu mokėtojų skaičiumi, bet ir dideliu šios sistemos dalyvių skaičiumi. Pagrindiniai šios rinkos dalyviai: gydytojai, instituciniai administratoriai, draudimo kompanijos, darbdaviai ir valstybė. Stambūs verslo vienetai, darbuotojai, draudimo kompanijos, gydytojai ir ligoninės yra suinteresuotosios pusės, galinčios įtakoti įstatymų priėmimą ir sveikatos priežiūros paslaugų kainų lygį. Kiekviena suinterasuotoji pusė gina savo interesus. Gydytojai yra suinterasuoti maksimizuoti savo pajamas minimaliomis sąnaudomis; instituciniai administratoriai – maksimizuoti mokėjimus iš privačių ir valstybinių draudėjų. Pagrindinis draudimo kompanijų interesas užimamos rinkos dalies didinimas, o stambių verslo vienetų – minimalūs darbuotojų sveikatos draudimo kaštai. Valstybės interesas suteikti galimybę socialiai pažeidžiamoms grupėms gauti būtinas sveikatos priežiūros paslaugas optimaliomis kainomis. Pagrindinė tokios sistemos problema, kad atskirų rinkos suinterasuotųjų pusių interesai prieštarauja vieni kitiems. Atsižvelgiant į rinkos mechanizmą ir dalyvių skaičių sudėtingas sistemos reformavimo procesas ir įvardijamas kaip vienas pagrindinių JAV sveikatos priežiūros sistemos iššūkių. Reformavimo proceso įgyvendinimas gali būti tik pavienis, apimantis konkrečius rinkos dalyvius. Tačiau vertinant visus sunkumus tokios sistemos egzistavimas turi ir privalumų. Daugelio suinterasuotųjų pusių sąveika rinkoje užkerta kelią vienos iš grupių dominavimui.

Amerikiečiai visame pasaulyje žinomi kaip savo teises ginanti tauta, dėl menkiausių žalos atvejų besikreipianti į teismus ir ieškanti teisybės. Taigi privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai skiria didelį dėmesį šiai sričiai. Valstybės finansuojamoje sveikatos sistemoje pagrindinis gyventojų interesų atstovas yra valstybė. JAV privatūs sveikatos priežiūros teikėjai siekia maksimaliai patenkinti vartotojų poreikius ir apsaugoti nuo vėlesnių pretenzijų ir teismų. Tam pasitelkiami papildomi tyrimai, visa su paciento gydymu susijusi dokumentacija yra archyvuojama ir saugoma ir JAV vadinama „gynybine medicina“. Nors šios papildomos operacijos susiję su papildomais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kaštais ir jų dažnai neprireikia, tačiau siekdami apsisaugoti nuo galimų teisinių procesų paslaugų teikėjai atlieka jau minėtus veiksmus.

Sveikatos priežiūros paslaugos yra klasifikuojamos į tris pagrindines grupes: gydomasias (vaistai, įvairūs gydymo metodai, chirurgija); atstatomasias (fizinės negalios gydymas, kalbos terapijos ir kt.); prevencines. Sveikatos priežiūros teikimas nėra tik ligoninių ar privačiai dirbančių gydytojų pareiga, įsteigti dienos chirurgijos centrai, poūmių susirgimų gydymo centrai, suteikiama galimybė gydytis namuose. Teikiamų paslaugų klasifikacija pateikiama 1 lentelėje.

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugos Jungtinėse Amerikos Valstijose

<i>Sveikatos priežiūros paslaugų tipas</i>	<i>Paslaugų teikimo parametrai</i>
Prevencinės sveikatos priežiūros paslaugos	Visuomeninės sveikatos programos Bendruomeninės programos Asmeniniai gyvenimo įpročiai
Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos	Gydytojų priimamieji ar klinikos Asmeninė priežiūra Alternatyvioji medicina
Specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos	Specializuotų paslaugų teikėjų klinikos
Chroniškų susirgimų priežiūros paslaugos	Pirminė sveikatos priežiūra Gydymas namuose Ilgalaikės gydymo priemonės Asmeninė priežiūra Alternatyvioji medicina
Ilgalaikė sveikatos priežiūra	Ilgalaikės gydymo priemonės Gydymas namuose
Poūmių susirgimų priežiūra	Poūmių susirgimų gydymo centrai (ligoninės, ilgo laikotarpio priežiūros priemonės) Gydymas namuose Dienos chirurgijos centrai
Ūmių susirgimų priežiūra	Ligoninės
Reabilitacinė priežiūra	Reabilitacijos skyriai (ligoninės, ilgalaikės gydymo priemonės) Gydymas namuose Dienos reabilitacijos centrai
Gyvenimo pabaigos priežiūra	Slaugos paslaugų teikėjai

Šaltinis: Shi, Singh, 2008.

JAV sveikatos priežiūros paslaugų rinka taip pat garsi dėl technologinės pažangos ir inovacijų medicinos sityje. Technologinių naujovių teikiami pranašumai sudaro palankias sąlygas naujų sveikatos priežiūros paslaugų paklausos formavimuisi. Sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai apsidraudę sveikatos draudimu tikisi gauti geriausias ir naujausias sveikatos priežiūros paslaugas. Tiek privačiai dirbantys gydytojai, tiek ligoninės stengiasi pritaikyti naujausias technologijas ir žinias siekdami suteikti aukščiausios kokybės paslaugas. Atsižvelgiant į tai, kad kiekvienos naujovės diegimas yra susijęs su papildomais kaštais, kiekvienas sveikatos priežiūros teikėjas yra suinteresuotas praktikoje taikyti įdiegtas naujoves (Cockerham ir kt., 2012).

Išskirtinis dėmesys JAV sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje skiriamas teikiamų paslaugų kokybei. Siekiant įtakoti šalies gyventojų sveikatos būklę ir

pasiekti teigiamų rezultatų šioje srityje įvesti vieningi standartai, kurių laikosi visi sveikatos priežiūros teikėjai, tokiu būdu suteikiantys tam tikras garantijas paslaugų vartotojams.

Taigi apibendrinant atliktą JAV sveikatos priežiūros paslaugų sistemos specifikos analizę galima teigti, jog tai sudėtinga sistema, susidedanti iš daugelio sistemos dalyvių, kurių tarpusavio sąveika nuolat kinta. Pagrindiniai JAV sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos finansuotojai yra privačios verslo bendrovės arba fiziniai asmenys, valstybė finansuoja tik specialias sveikatos priežiūros programas, skirtas socialiai pažeidžiamoms grupėms. JAV sveikatos priežiūros paslaugų sistema pasižymi aukštu technologiniu išsivystymu ir aukštos kokybės standartais, tačiau pagrindinė problema šioje sistemoje – visuotinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – yra neišspręsta.

Didžioji dalis amerikiečių yra apdrausti savanorišku sveikatos draudimu, kurio mokėtojas yra darbdavys. Sutuoktinio ar vaiko sveikatos priežiūros išlaidos gali būti padengiamos dirbančio sutuoktinio ar tėvų sąskaita. Daugelis darbdavių sveikatos priežiūros savanorišką draudimą darbuotojams perka iš pasirinktos draudimo paslaugų bendrovės. Per daugelio metų praktiką darbdaviai draudimo kompanijas renkasi pagal siūlomas specifines draudimo paslaugas.

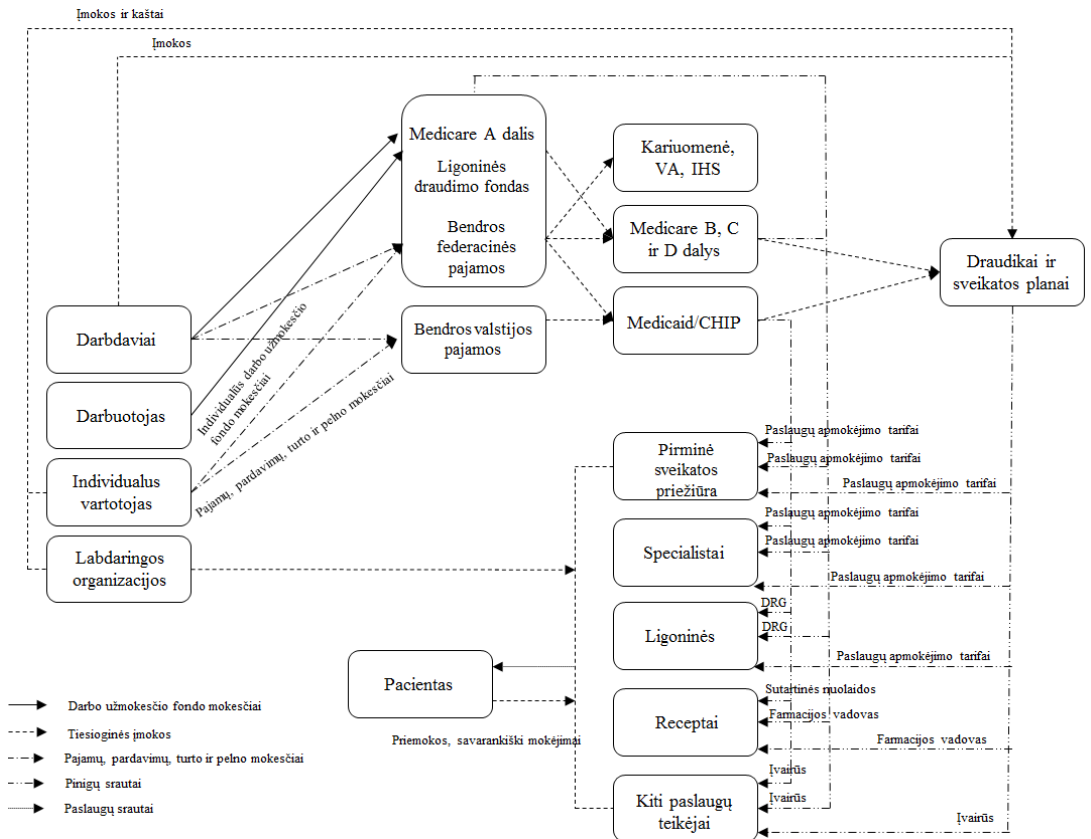
Sveikatos priežiūros draudimas apsaugo apdraustąjį asmenį nuo netikėtumų ir rizikos atsiradus sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui. Minėtas draudimas apmoka tam tikrą sveikatos priežiūros paslaugų paketą, numato paslaugų suteikimo vietą ir laiką. Draudimo tarpininkai taip pat gali atlikti ir trečiosios šalies vaidmenį ieškant papildomų finansavo šaltinių konkrečiais atvejais ar apmokant už suteiktas paslaugas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams.

Sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo trukmė priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo nuostatų ir atsiskaitymo greičio už numatytas paslaugas. Dauguma privačiai dirbančių gydytojų, odontologų, akių gydytojų ir kitų terapeutų, diagnostikos klinikų ir medicininės technikos teikėjų suteikia paslaugų savanorišku draudimu apsidraudusiems gyventojams.

Mokėjimo funkcija, susijusi su kompensavimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas teikėjams sistema. Kompensavimo sistema numato, kiek turi būti sumokėta už konkrečią sveikatos priežiūros paslaugą. Apmokėjimus dažniausiai vykdo draudimo kompanijos, kuriose gyventojai yra apsidraudę svanorišku sveikatos draudimu. Jeigu sveikatos priežiūros paslaugos yra suteikiamos apdraustajam gyventojui, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas pateikia sąskaitą draudimo bendrovei. Tačiau gyventojas gali sumokėti pats už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, o sumokėtą sumą nustatyta tvarka susigrąžinti iš draudimo bendrovės, kurioje yra sudaręs savanoriško draudimo sutartį. Praktikoje dažniausiai tiesioginius mokėjimus už suteiktas paslaugas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams vykdo draudimo bendrovės. Jeigu apdraustasis išnaudoja numatytą sumą sveikatos priežiūros paslaugoms, jis prašomas savo lėšomis (*angl. out of pocket payment*) apmokėti simbolinę kainą už tolesnius vizitus pas konkrečius specialistus. Likusi kainos dalis apmokama iš numatytų sveikatos draudimo lėšų.

Atsižvelgiant į atliktą analizę galima teigti, jog JAV sveikatos priežiūros sistemos finansavimo pagrindą sudaro darbdavių lėšos skiriamos savanoriškam

darbuotojų sveikatos draudimui. Tačiau ne visi dirbantieji gali būti apdrausti šiuo draudimu dėl šių priežasčių: 1) daugelyje valstijų darbdaviai neprivalo siūlyti savanoriško sveikatos draudimo priimdami darbuotoją į darbą, tai gali būti motyvuojama sunkia ekonomine padėtimi, pavyzdžiui, smulkios bendrovės negali gauti sveikatos priežiūros draudimo paslaugų paketo darbuotojams joms priimtinomis kainomis; 2) savanoriškas sveikatos draudimas nėra privalomas ir darbuotojas neprivalo jame dalyvauti, jei jam siūlo darbdavys. Tokį pasirinkimą gali nulemti pakankamai aukštos savanoriško sveikatos draudimo įmokos, kurios tampa neprieinamos darbuotojams. Bendroju atveju, kai darbdavys yra apdraudęs darbuotoją savanorišku sveikatos draudimu, jis apmoka 100 procentų įmokos. Gali pasitaikyti atvejų, kai darbdavys pagal išankstinį susitarimą šią įmoką moka kartu su darbuotoju. Taip pat darbdavys gali siūlyti darbuotojui dengti visus savanoriško sveikatos draudimo kaštus savo lėšomis, tačiau šiuo atveju daugelis darbuotojų išvis atsisko tokio draudimo. Darbdaviai drausdami darbuotojų grupes gali gauti geresnių savanoriško sveikatos draudimo sąlygų ir mažesnių įmokų, nei pavieniai darbuotojai, savarankiškai mokantys sveikatos draudimo išlaidas (Truth ir kt., 2010).



14 pav. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros finansavimo sistema (Rice ir kt., 2013)

Savanoriško sveikatos draudimo paslaugos JAV yra neprieinamos nedidelius atlyginimus uždirbantiems gyventojams ir kitoms socialinėms grupėms, todėl šioje sistemoje pastebimas didelis neapsidraudusiųjų asmenų skaičius, 2004 m. šis skaičius siekė 41,6 mln. gyventojų iki 65 metų amžiaus (t.y. apie 16-17 proc. visų JAV gyventojų). Kitos socialinės grupės, kaip buvo minėta anksčiau, yra draudžiamos valstybės pagal specialias programas: Medicare (skirta gyventojams virš 65 metų, neįgaliesiems ir kt.), Medicaid (skirta nepasiturintiems) ir kt. Šiose programose valstybė atlieka dvi funkcijas finansuotojo ir draudėjo, kartais draudėjo funkciją gali būti perduota draudimo kompanijai (14 pav.).

Esant tradiciniam sveikatos priežiūros sistemos finansavimui pagrindinės funkcijos – finansavimas, draudimas, paslaugų teikimas ir mokėjimai pasižymi fragmentiškumu, nes dažniausiai minėtas paslaugas teikia skirtingos organizacijos. Draudimo kompanijos gali apjungti kelias funkcijas kaip draudimą ir mokėjimą už suteiktas paslaugas. Nuo 1990 m. JAV sveikatos priežiūros sistema kito, pagrindinės funkcijos buvo vis glaudžiau integruojamos siekiant teikti aukštos kokybės savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas. Iki minėtos datos funkcijų fragmentiškumas reiškė turimų resursų panaudojimo ir atsikaitymo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas kontrolės stoką. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas sąlygojo panaudojimo kontrolės būtinybę. Tradiciškai panaudojimo priežiūros funkcija buvo palikta sveikatos priežiūros paslaugų vartotojui, apsidraudusiam savanorišku sveikatos draudimu, ir gydytojui. Tačiau kylantys sveikatos priežiūros paslaugų kaštai sistemos dalyvius paskatino skirti didesnę dėmesį resursų panaudojimo ir kainų kontrolei.

2010 m. B.Obamos reforma. JAV sveikatos sistema susidurdama su jau aptartomis sveikatos sistemos problemomis 2010 m. ėmėsi esminių sistemos reformavimo darbų. Pagrindinis naujos sveikatos priežiūros sistemos tikslas – didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems šalies gyventojams. B. Obamos iniciatyva JAV sveikatos priežiūros sistema pradėta reformuoti 2010 m. ir numatoma, kad šie darbai truks apie dešimtmetį. Iki tol veikusi sistema negali būti pakeista per vieną naktį, todėl esminiai žingsniai yra išdėstyti tam tikrais etapais. Įvertinant numatomas permainas didžiausias dėmesys bus skiriamas savanoriško sveikatos draudimo prieinamumo didinimui, sudarant sąlygas apsidrausti ir mažesnes pajamas gaunantiems šalies gyventojams.

Šiuo metu statistikos duomenimis JAV savanorišku draudimu yra apdrausti apie 150 mln. dirbančiųjų, tuo tarpu neapdrautųjų skaičius siekia apie 50 mln. (30 proc. visų gyventojų). Tikimasi, jog įgyvendinus reformą iki 2020 m. bus sudarytos palankios sąlygos apdrausti daugiau dirbančiųjų, o neapsidraudusiųjų skaičių sumažinti iki 22 mln. Taip pat didelis dėmesys skiriamas įvairių prevencinių programų įgyvendinimui, siekiant suformuoti atsakingą žmonių požiūrį į savo sveikatą ir išvengiant didelių išlaidų gydant su gyvenimo būdu susijusius negalavimus. Manoma, kad reforma pareikalaus apie 124 bilijonų USD per ateinančius 10 metų, tačiau įvertinant sveikatos priežiūros sistemos dydį ir šalies gyventojų gerovės užtikrinimą, tokia investicija turėtų pasiteisinti. Valstybė ir toliau prižiūrėtų pagrindinės programos Medicare įgyvendinimą, skirtą senyvo amžiaus

šalies gyventojams. Didelis dėmesys skirtas vaistų kompensavimui, didinant pačių gyventojų atsakomybę (Tumulty ir kt., 2010).

JAV sveikatos priežiūros sistemos dalyvių skaičius ir pagrindiniai procesai taip pat atsidūrė reformos taikinyje. Anot dabartinės valdančiosios daugumos, šiame sektoriuje per daug įsigalėję pelno paskatų vedini rinkos dalyviai. Manoma, kad naujoji tvarka turėtų sumažinti privačiųjų gydymo įstaigų veiklos apimtį, o didesnis dėmesys bus skirtas suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui. Įvertinant tai, kad sveikatos priežiūros paslaugomis pradėtų naudotis daugiau vartotojų, tai yra anksčiau neapsidraudę asmenys turėtų galimybę kreiptis į gydymo įstaigas, numatomas sveikatos paslaugų paklausos augimas. Tikimasi, kad šį poreikį sugebės patenkinti šiuo metu ne pilnai apkrautos, ne pelno pagrindais dirbančios sveikatos priežiūros įstaigos (Rice ir kt. 2013).

2010 m. pradėta JAV sveikatos priežiūros sistemos reforma ir jos rezultatus kol kas vertinti yra sudėtinga, tačiau vadovaujantis Nacionalinės JAV sveikatos apsaugos sistemos pertvarkos rodiklių rezultatais 2011 m., galima pateikti tokias išvadas (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Nacionalinės JAV sveikatos apsaugos sistemos reformos rezultatai 2011 m.

<i>Rodikliai, rodantys teigiamus pokyčius JAV sveikatos apsaugos sistemoje</i>	<i>Rodikliai, rodantys neigiamus pokyčius JAV sveikatos apsaugos sistemoje</i>
Informacinių sistemų taikymas sveikatos priežiūros sistemoje. Chroniškų ligų priežiūra.	Savanoriškas sveikatos priežiūros draudimas ir paslaugų prieinamumas. Prieinamos sveikatos priežiūros paslaugų kainos.
Stacionaro priežiūros efektyvumo augimas.	Pirminė pagalba ir prevencinės sveikatos priežiūros paslaugos.
Prevencinė hospitalizacija.	Ligoninių perkėlimas į ligonines iš slaugos namų.
Ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybės gerėjimas.	Ligoninių perkėlimai iš vienos ligoninės į kitas.
Rūkančiųjų skaičiaus mažėjimas.	
Mirtingumo atvejų mažėjimas.	

Šaltinis: The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2011.

Kaip jau buvo minėta, reforma turėtų padaryti ne mažą įtaką ir draudimo kompanijų veiklos apimtims. Manoma, kad iš rinkos pasitrauks smulkios draudimo kompanijos, siūlančios savanorišką sveikatos draudimą pakankamai aukštomis kainomis. Rinkoje likusios bendrovės sugebės pasiūlyti ekonomiškai naudingus sveikatos draudimus ne tik stambioms bendrovėms, bet ir pavieniems asmenims bei smulkiems verslininkams. Apibendrinant atliktą JAV sveikatos priežiūros sistemos analizę galima teigti, jog nepaisant to, kad JAV veikianti sistema laikoma viena technologiškai pažangiausių ir geriausiai infrastruktūrą išplėtojusia sveikatos priežiūros sistemų, jai būdingos kitos problemos: didelis savanorišku sveikatos draudimu neapdraustų asmenų skaičius, aukštos savanoriško sveikatos draudimo kainos, sistemos veikimo ir efektyvaus resursų panaudojimo problemos dėl didelio rinkos dalyvių skaičiaus ir kontrolės stokos. Kita svarbi problema – tai išlaidų

savanoriškam sveikatos draudimui dydis palyginti su gaunamomis gyventojų pajamomis. Pastaraisiais metais pasaulinei rinkai išgyvenant krizę darbo užmokesčiai JAV mažėjo, o tai sąlygojo dar didesnę sveikatos draudimo našta šalies gyventojams. Paskutiniaus 2011 m. surašymo duomenimis JAV apie 49 mln. gyventojų gyvena žemiau skurdo ribos, net 16 proc. visų gyventojų yra neapsidraudę savanorišku sveikatos draudimu, o tai reiškia, kad šiai visuomenės daliai sveikatos priežiūros paslaugos yra neprieinamos (Kovner, Knickman, 2011). 2010 m. pradėtos sveikatos reformos įtaka JAV sveikatos priežiūros finansavimo sistemai bus milžiniška, nes 2014 m. apdraustųjų sveikatos draudimu gyventojų lėšos bus paskirstytos ir neapdraustajai visuomenės daliai, dėl ko apdraustųjų skaičius nuo 32 milijonų išaugs iki 52 milijonų gyventojų ir taip bus pasiekta, kad sveikatos draudimu apdraustų gyventojų dalis bus apie 95 proc.

Apibendrinant atliktą JAV sveikatos priežiūros sistemą, jos finansavimo sistemą ir atsižvelgiant į sveikatos priežiūros finansavimo sistemų klasifikaciją pateiktą 6 pav. (žr. 1.4 skyr.) galima teigti, kad šios valstybės sveikatos priežiūros sistema finansuojama paga šias schemas: 1) valstybės (vyriausybės) finansavimo schemą; 2) privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų schemą; 3) savanorišką sveikatos draudimo schemą. Remiantis atlikta JAV sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos analize, matome, kad šios šalies sveikatos priežiūra, nepaisant jos pranašumo technologiniu požiūriu, susiduria su dideliais sunkumais dėl didelio sveikatos draudimu nesinaudojančių asmenų skaičiaus, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo.

2.2. Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo sistema

Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemoje veikia valstybiniai ir privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir draudėjai. Visuotinis draudimas, finansuojamas darbdavio ir darbuotojo lėšomis bei skirti mokesčiai yra privalomi visiems gyventojams, kai tuo tarpu savanoriškas draudimas yra papildoma savanoriškai pasirenkama priemonė. Ambulatorinių paslaugų teikėjai dažniausiai yra privatūs vienetai.

Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos rezultatas – gera gyventojų sveikata ir aukštas pasitenkinimo šia sistema lygis. Tačiau pastaraisiais metais vykstantys ekonominiai pokyčiai sąlygoja didesnę sveikatos priežiūros sistemos lėšų taupymą mažinant veiklos kaštus ir didinant veiklos efektyvumą. Šios priežastys sąlygojo papildomų veiklos mokesčių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms ir savarankiškai dirbantiems specialistams atsiradimą, keliami aukštesni reikalavimai teikiamų paslaugų kokybei, peržiūrimos pacientų vizitų mažinimo galimybės, papildomų lėšų iš visuotinio sveikatos draudimo pritraukimas ir akcentuojama savanoriško sveikatos draudimo svarba.

Tačiau vertinant socialinius ir ekonominius visuomenės skirtumus bei šalies geografinį netolygumą, pagrindinis Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos iššūkis – teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir didinti šių paslaugų prieinamumą.

Prancūzijos sveikatos priežiūros sistema 2000 m. Pasaulio Sveikatos Organizacijos (WHO) įvertinta ir pripažinta kaip geriausia pasaulyje veikianti

sveikatos priežiūros sistema. Nors šios organizacijos atliktas tyrimas buvo kritikuojamas, daugelis sveikatos priežiūros ekonomikos specialistų Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemoje pažymi daugelį privalumų, siektinų kitų šalių sveikatos priežiūros sistemoms. Prancūzijos sveikatos priežiūros sistema vertinama kaip tarpinis variantas tarp Jungtinės Karalystės nacionalizuotos sveikatos priežiūros sistemos ir konkurencija pagrįstos Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros sistemos, kurioje labai daug gyventojų neapsidraudusių sveikatos.

Prancūzijos sveikatos priežiūros sistema garantuoja visuotinę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą šalies piliečiams. Pagrindinė finansinė atsakomybė Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemoje tenka sveikatos draudimui, kuris traktuojamas kaip svarbi socialinės apsaugos sistemos dalis.

Prancūzijoje veikianči sveikatos draudimo sistema yra pagrįsta jos įkūrimo potvarkiu, pasirašytu 1945 m. Priimtos sveikatos draudimo sistemos nuostatos nuolat plėtėsi ir sveikatos draudimu buvo draudžiami ne tik darbuotojai, bet visuomenė apskritai. Nuo 1948 m. šiuo draudimu pradėti drausti studentai, 1949 m. – karininkai, 1961 m. – ūkininkai, 1966-1970 m. – savarankiškai dirbantys specialistai. 1978 m. buvo pasiūlyta savanoriško draudimo galimybė asmenims, kurie nebuvo draudžiami valstybiniu sveikatos draudimu.

Nuo 2000 m. sausio 1 d. pagal priimtą Visuotinės sveikatos draudimo aktą Prancūzijos gyventojai, įstatymų numatyta tvarka deklaruavę savo gyvenamąją vietą šioje šalyje, yra draudžiami valstybiniu sveikatos draudimu ir turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Pagal visuotinės sveikatos draudimo aktą asmenys, per metus gaunantys mažiau nei 6600 € apmokestinamųjų pajamų, yra visiškai atleisti nuo įmokų.

Prancūzijoje veikianči sveikatos priežiūros finansavimo sistema yra unikali, nes apima tiek privatų, tiek viešąjį sektorių. Netgi ligoninėse ligoniams numatytos vietos yra paskirstomos pagal šį aspektą. Prancūzijos gyventojai turi sveikatos korteles su specialiu identifikacijos numeriu, kurios yra privalomos norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Šios kortelės pagalba pacientas, kuris kreipiasi į sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, turi būti išdirbęs tam tikrą darbo valandų skaičių arba įmokėjęs minimalias pajamas gaunantiems gyventojams numatytas sveikatos draudimo įmokas.

Prancūzijos Vyriausybė yra tiesiogiai atsakinga už sveikatos priežiūros sistemos šalyje prieinamumą ir jos funkcionavimą. Dažniausiai yra reguliuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje dirbančių darbuotojų skaičius, jų darbo sąlygos, įstaigose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, sveikatos priežiūros paslaugų pasiūla, socialinės apsaugos politikos įgyvendinimas. Taip pat Vyriausybė numato sveikatos priežiūros finansavimo sistemos schemas, nustato paslaugų tarifus, įvertindama apdraustųjų sveikatos draudimu gyventojų skaičių.

Sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai turi teisę rinktis iš keleto sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, taigi pagal poreikį gali naudotis bet kurio specialisto ar ligoninės teikiamomis paslaugomis. Taip pat gali naudotis tiek privataus, tiek valstybinio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo paslaugomis. Rinkdamiesi iš daugybės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų gyventojai vertina daugelį aspektų: laukimo eiles, aptarnavimo kokybę ir mandagumą, konsultacijos trukmę, privatumo

saugumą. Paciento ir gydytojo santykiai yra labai geri ir profesionalūs. Standartinė gydytojo konsultacija Prancūzijoje trunka apie 15-30 min., o pacientas turi teisę keisti jį konsultavusį gydytoją, jei šis nepatenkina jo poreikių. Tačiau šiuo atveju, tankiau apgyvendintuose rajonuose, kur veikia daugiau sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, gydytojo keitimas yra lengvesnis nei rajonuose, kur teikėjų skaičius nėra didelis.

Visuotinis sveikatos draudimas apmoka apie tris ketvirtadalius visų sveikatos priežiūros sistemos išlaidų, palikdamas pakankamas galimybes gauti papildomą finansavimą, pavyzdžiui, iš savanoriško sveikatos draudimo.

2007 m. Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos išlaidos siekė 208 bilijonus € arba 11 proc. BVP, 79 proc. šių išlaidų finansuojami valstybinėmis lėšomis. Vidutinės vienam gyventojui skiriamos lėšos sveikatos priežiūros paslaugoms siekė apie 2895 €. Kaip ir daugelyje Europos šalių, taip ir Prancūzijoje pastaraisiais metais išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms augo gerokai sparčiau nei visuomenės sveikatos lygis.

Visuotinis sveikatos draudimas, jo apimtis nustatoma pagal gyventojų statusą. Visuotinio sveikatos draudimo lėšomis apmokamos konkrečios ligoninių teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos ir prekės bei pagal sąrašus numatytos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos. Taip pat numatytos priemonės, užkertančios kelią nepagrįstam sveikatos priežiūros paslaugų vartojimui esant chroniškiems susirgimams.

Dalyvavimas sveikatos priežiūros draudimo sistemoje priklauso nuo gyventojų statuso Prancūzijoje ir gaunamų pajamų lygio. Prancūzijoje veikia trys pagrindinės sveikatos draudimo schemas:

- **Bendroji schema**, apimanti komercijos ir pramonės sričių darbuotojus bei jų šeimas (84 proc. visų Prancūzijos gyventojų) ir pagal visuotinį sveikatos draudimo aktą numatytus paramos gavėjus.
- **Žemės ūkio schema**, skirta ūkininkams ir žemės ūkio srities darbuotojams bei jų šeimoms (apie 7,2 proc. Prancūzijos gyventojų).
- **Schema, skirta ne žemės ūkio srityje savarankiškai dirbantiems gyventojams**. Šiuo draudimu draudžiami amatininkai ir savarankiškai dirbantys gyventojai, įskaitant savarankiškai dirbančius specialistus, pavyzdžiui, advokatus (apie 5 proc. Prancūzijos gyventojų).

Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemoje egzistuoja ir kitos sveikatos draudimo schemas, skirtos tam tikroms gyventojų grupėms: studentams, karininkams ir kt. Taip pat stambios šalies kompanijos gali turėti autonomines sveikatos draudimo schemas, sukurtas bendrosios sveikatos draudimo schemas pagrindu.

Kiekvienas sveikatos draudimo schema turi atskirus finansavimo šaltinius ir struktūras, atitinkančias geografinius rajonus.

Bendrajai sveikatos draudimo schemai finansuoti yra skirti:

- 129 vietos fondai, skiriami šiame draudime dalyvaujančių gyventojų draudimui ir jų gydymo išlaidų apmokėjimui;
- 16 regioninių fondų (apimantys sritis, kurios yra platesnės nei administraciniai regionai). Šie fondai yra ribotos atsakomybės ir skirti

sveikatos draudimo išlaidoms, susijusioms su draudiminiais įvykiais darbo vietose ir darbo sąlygotais susirgimais, apmokėti.

- Nacionalinis sveikatos draudimo fondas, skirtas pagal darbo sutartis dirbantiems darbuotojams ir darbdaviams.

Gyventojai, apdrausti sveikatos draudimu pagal vieną iš trijų pagrindinių sveikatos draudimo schemų, sveikatos priežiūros paslaugas gali gauti ne tik valstybinėse gydymo įstaigose, bet ir pas privačiai dirbančius specialistus, pasirašiusius sutartis su minėtais fondais (Sandier ir kt., 2004; Siadat ir kt., 2005).

Visuotinio sveikatos draudimo fondas yra formuojamas iš darbuotojų ir darbdavių įmokų. Nuo 1998 m., siekiant išplėsti socialinės apsaugos lėšų surinkimo sistemos bazę, darbuotojai moka nustatyto dydžio mokesčius, „bendrąjį socialinį indėlį“ nuo visų gautų metinių pajamų, ne tik nuo uždirbto darbo užmokesčio kaip buvo iki nurodytos datos. Taigi papildomai įmokamos apie 13 proc. dydžio įmokos.

Savanoriškas sveikatos draudimas, skirtas apsidrausti nuo papildomų mokesčių gaunant specifines sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra tik dalinai arba visiškai nekompensuojamos iš visuotinio sveikatos draudimo fondo. Pastaraisiais metais savanoriškas sveikatos draudimas vaidina didelį vaidmenį sveikatos priežiūros sistemos finansavime, užtikrina lygybę ir gerina paslaugų prieinamumą. Savanoriškas sveikatos draudimas finansuoja apie 13,4 proc. visų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų, o šiuo draudimu apsidraudę apie 88 proc. šalies gyventojų.

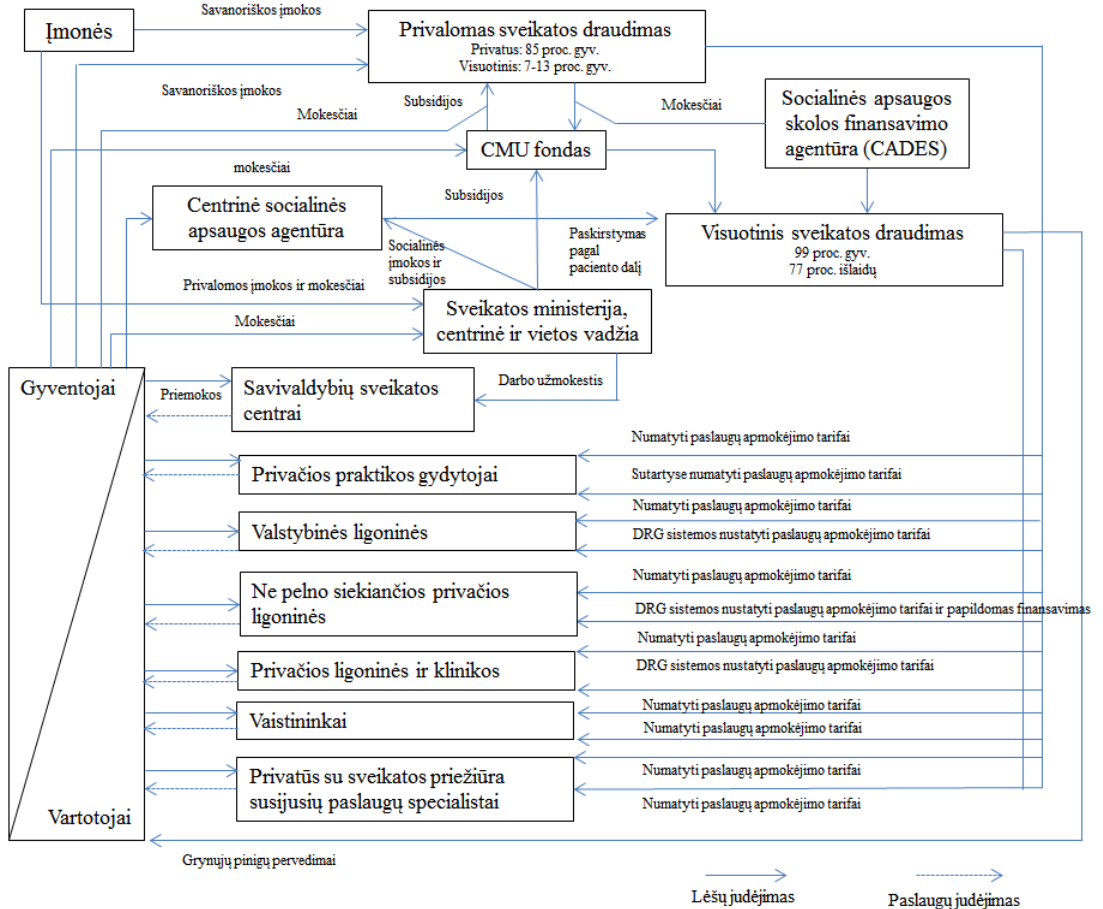
Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas Prancūzijoje vykdomas ne tik sveikatos draudimo pagrindu. Sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas už suteiktas paslaugas gali atsikaityti nuosavomis lėšomis atsižvelgiant į suteiktų paslaugų kiekį. Kiekvienais metais konkrečių paslaugų kainos yra paskaičiuojamos pagal suteiktų paslaugų suvartojimą, o paciento priemokos nustatomos kaip procentinė dalis nuo bendros paslaugos kainos:

- Konsultacijos paciento gydymo proceso metu apmokestinamos 20 proc.;
- Ligoninės gydymo paslaugos daugeliu atvejų apmokestinamos 20 proc.;
- Atlygis gydytojams – 30 proc.;
- Paramedikų ir specialiųjų tyrimų paslaugos – 35 proc. ir kt.

Prancūzijos gyventojų nuomone, dalinis sveikatos priežiūros paslaugų apmokestinimas užkerta kelią piktnaudžiavimui, naudojantis valstybės lėšomis finansuojamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Dalinės priemokos pacientams gali būti keičiamos atsižvelgiant į konkretaus paciento esamą sveikatos būklę, finansines galimybes ir konkretaus gydymo sudėtingumą (Green, Itrvine, 2001).

Socialiai pažeidžiamų grupių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos yra kompensuojamos pagal specialias programas iš 2004 m. sudaryto Nacionalinio Solidarumo fondo lėšų. 2004 m. Prancūzijoje įvesta DRG (*Diagnosis Related Group*), kurios pagrindas faktiškai patirtos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sąnaudos ir vieninga jų apskaita. Šios sistemos naudojimas padeda tiksliau įvertinti faktiškai patirtas išlaidas ir planuoti biudžetus.

Sveikatos priežiūros sistemos reguliavimo ir planavimo procesas apima sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (ligonines ir sveikatos specialistus); valstybę, atstovaujamą Sveikatos ministerijos ir Valstybės biudžeto sąskaitų ministerijos (*Ministry of the Budget Public Accounts*); valstybės tarnautojus ir valstybės reformas; visuotinį sveikatos draudimą. Šių proceso dalyvių sąveikos rezultatas – įvairūs šios srities dekretai ir įstatymai teikiami Parlamentui. Pastaraisiais metais siekiant sumažinti sveikatos priežiūros paslaugų suvartojimo ir išlaidų šiai sričiai augimą planavimo ir reguliavimo procesuose ypač išaugo valstybės vaidmuo.



15 pav. Prancūzijos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos struktūra (Chevreul ir kt., 2010)

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai apmokėjimus už suteiktas paslaugas gauna iš visuotinio sveikatos draudimo lėšų arba tiesiogiai iš pacientų, kuriems vėliau patirtos išlaidos kompensuojamos nustatyta tvarka. Sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai yra nustatyti pagal susitarimus tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir visuotinio sveikatos draudimo bei patvirtinti Sveikatos ministerijos. Teikiamų paslaugų kokybę prižiūrima ir reguliuojama valstybiniu lygiu. Ligoninės kas ketverius metus turi iš naujo praeiti licencijavimo procedūrą, tačiau privačiai

dirbantiems specialistams tokia praktika nėra taikoma. Privačiai dirbantys specialistai privalo nuolat kelti kvalifikaciją, tobulinti įgūdžius ir teikti aukščiausios kokybės paslaugas. Atsakomybė už žmogiškųjų resursų planavimą paskirstyta valstybiniu ir regioniniu lygmeniu. Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos struktūra pateikiama 15 pav.

Kaip jau buvo minėta anksčiau visuotiniu sveikatos draudimu yra draudžiama didžioji visuomenės dalis. Šiuo draudimu apdrausti asmenys ir jų išlaikytiniai gali gauti šias sveikatos priežiūros prekes ir paslaugas:

- Stacionarias sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas privačiose ar valstybinėse sveikatos priežiūros, reabilitacijos ar fizinės terapijos paslaugas teikiančiose organizacijose.
- Privačiai dirbančių gydytojų, odontologų, akušerių ir kitų specialistų paslaugas.
- Diagnostines paslaugas, paskirtas gydytojų ir atliekamas laboratorijose, paramedicinos darbuotojų paslaugas (seselių, fizioterapeutų ir kt.).
- Farmacijos produktų, protezų ir kitų medicinos prekių numatytų specialiaame kompensuojamų prekių sąrašė.
- Nustatytą su sveikatos priežiūra susijusį transportą.

Siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimą visuotinio sveikatos draudimo lėšomis gydymas, protezai ir kitos sveikatos priežiūros paslaugos pacientui turi būti paskirtos sveikatos priežiūros specialistų ar kitų visuotinio sveikatos draudimo fondo pripažintų organizacijų.

Visuotinio sveikatos draudimo lėšomis kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo plėtra ir visuotinis sveikatos priežiūros prieinamumo užtikrinimas lėmė visuotinio sveikatos draudimo įmokos augimą. Pradžioje šio draudimo fondas buvo formuojamas iš surenkamų darbuotojų ir darbdavių įmokų pagal gautas pajamas. Šios įmokos buvo nuolat didinamos siekiant padengti sparčiai augančias sveikatos priežiūros sistemos išlaidas. 1992-1997 m. laikotarpiu visuotinio sveikatos draudimo įmokos siekė 6,8 proc. bendrųjų darbuotojo gaunamų pajamų ir 12,8 proc. darbdavio gautų pajamų. Šiuo metu darbdaviai moka 13,1 proc. nuo gaunamų pajamų.

Nuo 1998 m. siekiant išplėsti socialinės apsaugos finansinę bazę, darbuotojų mokamos įmokos į visuotinio sveikatos draudimo fondą sumažėjo nuo 6,8 proc. iki 0,85 proc. 2010 m., tačiau gyventojai pradėjo mokėti papildomus mokesčius už visas per metus gaunamas pajamas ne tik darbo užmokesčio pajamas. Mokesčių dydžiai priklauso nuo gaunamų papildomų pajamų šaltinių. Pajamos iš kapitalo investicijų apmokestinamos 8,2 proc. tarifu, laimėjimai iš azartinių lošimų 9,5 proc. tarifu ir kt.

Visuotinio sveikatos draudimo gaunamų pajamų bazė palaipsniui buvo išplėsta ir dalinai tapo mažiau priklausoma nuo gyventojų gaunamų darbo užmokesčio pajamų. Taigi pats visuotinio sveikatos draudimo finansavimas tapo mažiau jautrus darbo rinkos pasikeitimams (užimtumo mažėjimui ar darbo užmokesčio dydžio svyravimams).

Visuotinio sveikatos draudimo fondas gauna lėšas ir iš farmacijos bendrovių. Farmacijos bendrovės moka 1 proc. dydžio mokesčius nuo gaunamo pelno, papildomus mokesčius už reklamą, mokesčius už medikamentų pardavimą ir mokesčius, jeigu gaunamos metinės pajamos viršija nustatytą ribą. 2007 m. pajamos iš farmacijos bendrovių siekė 662 milijono €. Taip pat lėšos į visuotinio sveikatos draudimo fondą surenkamos iš aplinkos taršos mokesčių.

2004 m. buvo įkurtas specialus sveikatos draudimo fondas, skirtas apmokėti ilgalaikės sveikatos priežiūros paslaugas senyvo amžiaus žmonėms ir neįgaliesiems, ir traktuojamas kaip Nacionalinis solidarumo fondas. Galiausiai visuotinis sveikatos priežiūros draudimas gauna lėšas iš valstybės biudžeto.

Apibendrinant atliktą Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos ir jos finansavimo sistemos analizę ir remiantis 6 pav. (žr. 1.4 skyr.) pateikta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemų klasifikacija, galima teigti, kad šioje valstybėje sveikatos priežiūros sistema finansuojama derinant šias lėšų surinkimo schemas: 1) valstybės (vyriausybės) finansavimo schemą; 2) privalomojo sveikatos draudimo schemą; 3) savanorišką sveikatos draudimą; 4) namų ūkių lėšomis finansuojamą schemą. Atsižvelgiant į šios šalies sveikatos priežiūros sistemos rezultatus, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų pasitikėjimą veikiančia sistema, matome, kad taikomas sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemų derinys pasiteisina.

2.3. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistema

Sveikatos priežiūros sistemos reformos būtinybė iškyla tuomet, kai esama sveikatos priežiūros sistema neatitinka šių paslaugų vartotojų poreikių, esamos sveikatos sistemos veikimas yra ekonomiškai neefektyvus (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Nuo pat nepriklausomybės atkūrimo metų Lietuvoje pradėta formuoti nacionalinė sveikatos politika. Lietuvos Respublikos Seimas 1998 metais patvirtino ilgalaikę (1997-2010 metams) Lietuvos sveikatos programą. Lietuvos sveikatos programa atliepia PSO "Sveikata visiems XXI amžiuje" pagrindiniams sveikatos priežiūros politikos principams. Sveikatos politikos metmenyse vienas iš iškeltųjų tikslų numato, kad turi būti valstybių strategijos, užtikrinančios "finansavimo sistemos, skatinančios universalų sveikatos priežiūros kaštų padengimą, solidarumą ir palaikymą". Šiuo metu pagrindinis tolesnės sveikatos priežiūros sistemos reformos dokumentas – Lietuvos sveikatos programa 2020 (LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2012).

Sveikatos reforma yra nukreipta į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, taip pat finansavimo šaltinių, lėšų surinkimo schemų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu. Siekiant apibendrinti sveikatos priežiūros Lietuvoje sistemos reformą išskirti keturi pagrindiniai etapai atsižvelgiant į reikšmingus pokyčius, įtakojusius sveikatos priežiūros sistemos struktūrinius ir organizacinius pokyčius. Sveikatos priežiūros reformos etapai vertinami atsižvelgiant į išskirtas sveikatos priežiūros sistemos dalyvių grupes: sistemos priežiūros institucijas, mokėtojus, sveikatos priežiūros ir gydymo įstaigas kaip paslaugų teikėjus ir darbdavius, šių įstaigų darbuotojus, sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugų

vardotojus. Sveikatos priežiūros sistemos reformos etapai ir jų apibendrinimas pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Sveikatos priežiūros reformos etapai Lietuvoje

Rinkos dalyviai	1991 – 2003 m.	2004 – 2006 m.	2007 – 2013 m.	2014 – 2020 m.
Priziūrinčios organizacijos	<ul style="list-style-type: none"> • Vyriausybė. • Sveikatos apsaugos ministerija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyriausybė. • Sveikatos apsaugos ministerija. • Pasaulio Sveikatos organizacija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyriausybė. • Sveikatos apsaugos ministerija. • Pasaulio sveikatos organizacija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyriausybė. • Sveikatos apsaugos ministerija. • Pasaulio sveikatos organizacija.
Finansiniai tarpininkai	<ul style="list-style-type: none"> • Sodra. • Valstybinė ligonių kasa. • Teritorinės ligonių kasos (10 apskričių). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sodra. • Valstybinė ligonių kasa. • Teritorinės ligonių kasos (5 apskritys). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sodra. • Valstybinė ligonių kasa. • Teritorinės ligonių kasos (5 apskritys). • Finansiniai tarpininkai (Sveikatos draudimo bei gyvybės draudimo paslaugas teikiančios bendrovės). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sodra. • Valstybinė ligonių kasa. • Teritorinės ligonių kasos (5 apskritys). • Finansiniai tarpininkai (Sveikatos draudimo bei gyvybės draudimo paslaugas teikiančios bendrovės).
Paslaugų teikėjai	<ul style="list-style-type: none"> • Miesto ligoninės. • Specializuotos vietinės gydymo įstaigos; • Kaimo ligoninės; • Ambulatorijos. • Privačios gydymo įstaigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (specializuotos įstaigos, visuomenės sveikatos centrai ir jų filialai, kt.). • Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės, poliklinikos, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, kt.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (specializuotos įstaigos, visuomenės sveikatos centrai ir jų filialai, kt.). • Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės, poliklinikos, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, kt.). • Privačios gydymo įstaigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (specializuotos įstaigos, visuomenės sveikatos centrai ir jų filialai, kt.). • Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės, poliklinikos, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, kt.). • Privačios gydymo įstaigos.
Darbdaviai	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos priežiūros institucijų statuso ir nuosavybės teisių pasikeitimas. • Vadybinių žinių stygius: nepakankama kaštų kontrolė. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaštų valdymas. • Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas. • ES paramos įsisavinimas modernizuojant gydymo įstaigas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaštų valdymas. • Tolesnis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas. • Bendradarbiavimas su ES sveikatos priežiūros institucijomis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaštų valdymas. • Tolesnis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas. • Bendradarbiavimas su ES sveikatos priežiūros institucijomis.

Darbuotojai	<ul style="list-style-type: none"> • Prastos darbo sąlygos. • Mažas darbo užmokestis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Darbo sąlygų gerinimas. • Darbo užmokesčio augimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolesnis darbo sąlygų gerinimas. • Darbo krūvio didinimas. • Nepakankamas darbo užmokesčio augimas. • Išaugę sveikatos priežiūros darbuotojų emigracijos srautai. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolesnis darbo sąlygų gerinimas. • Darbo krūvio didinimas. • Nepakankamas darbo užmokesčio augimas. • Toliau augantys sveikatos priežiūros darbuotojų emigracijos srautai.
Pacientai	<ul style="list-style-type: none"> • Silpna pozicija: priskyrimas gydymo įstaigai pagal gyvenamąją vietą. 	<ul style="list-style-type: none"> • Didesnės galimybės gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. • Gydymo paslaugų prieinamumas visoje ES. • Savanoriškas sveikatos draudimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Galimybė rinktis bet kurią gydymo įstaigą (tiek valstybinę, tiek privačią). • Gydymo paslaugų prieinamumo gerinimas ES. • Apdraustųjų savanorišku sveikatos draudimu skaičiaus augimas. • Didėjančios tiesioginių (neoficialių) pacientų mokėjimų apimtys. 	<ul style="list-style-type: none"> • Galimybė rinktis bet kurią gydymo įstaigą (tiek valstybinę, tiek privačią). • Gydymo paslaugų prieinamumo gerinimas ES. • Apdraustųjų savanorišku sveikatos draudimu skaičiaus augimas. • Didėjančios tiesioginių (neoficialių) pacientų mokėjimų apimtys.

Pirmasis sveikatos priežiūros reformos etapas (1991-2003 m.). Sveikatos priežiūros sistemos reformacijos būtinybė iškilo po nepriklausomybės atkūrimo, rūpinantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybe bei nuolat augančiais šių paslaugų vartotojų poreikiais. Esminiais metais įgyvendinant sveikatos priežiūros reformą Lietuvoje laikomi 1996 m., nors šios srities analitikų teigimu pokyčiai pradėti jau 1991 m.

Sveikatos priežiūros sistemos reforma buvo pradėta perėjimo nuo planinės prie rinkos ekonomikos sąlygomis, kuriai didžiausią įtaką padarė nutraukti ekonominiai ryšiai su Rytų partneriais, reikalavę esminių pertvarkymų šalies ekonominėje sistemoje. Atsižvelgiant į 6 pav. pateikiamą sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemų klasifikaciją, galima teigti, jo šiuo laikotarpiu Lietuvoje buvo taikoma valstybės (vyriausybės) finansavimu pagrįsta sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schema. Kalbant apie sveikatos priežiūros sistemos reformą ir jos pradžią didžiausias dėmesys turėtų būti skiriamas valstybiniam socialiniam draudimui, kuris įsigaliojo 1991 m. priėmus Valstybinio socialinio draudimo įstatymą. Šio draudimo administravimo funkcijos buvo priskirtos Valstybinei socialinio draudimo agentūrai (SODRA), prižiūrimai vyriausybės atstovų, profesinių sąjungų bei darbdavių organizacijų.

1992 m. Sveikatos priežiūros ministerija įsteigė Valstybinį sveikatos fondą, kuris iki 1996 m. atliko sveikatos priežiūros įstaigų periodinių kaštų finansavimą

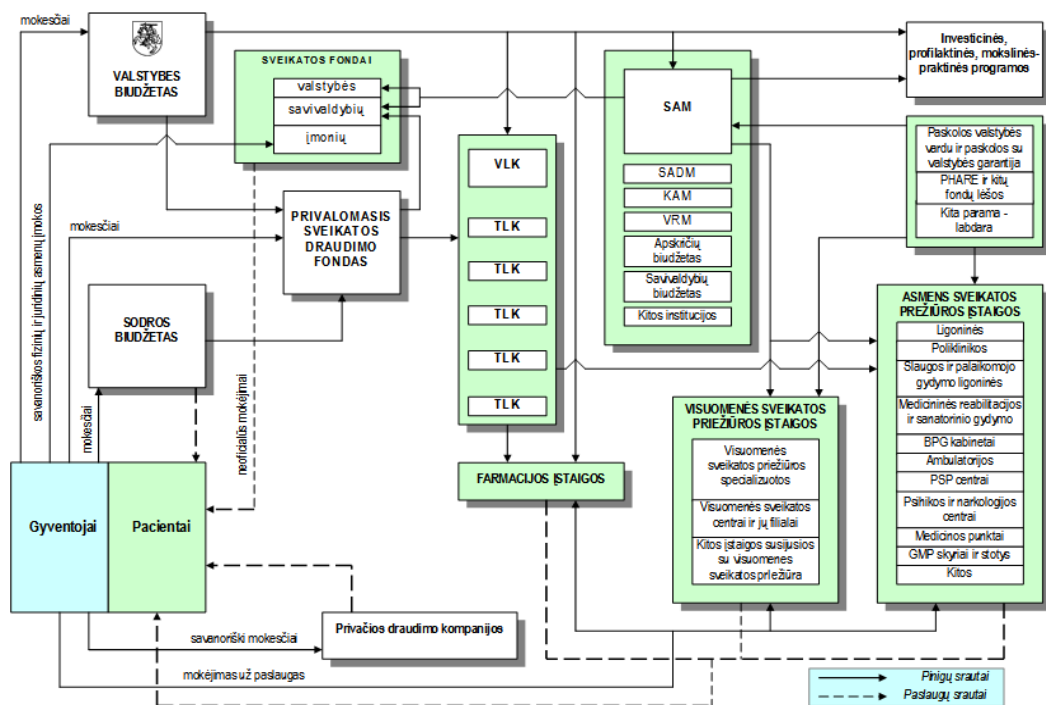
būsimų mokėjimų sutarčių pagrindu. 1992 m. siekiant efektyvesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos ir glaudesnio bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bei jas finansuojančių institucijų įkurta Valstybinė ligonių kasa (VLK). Pagrindinė šios institucijos funkcija – respublikinių sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas valstybės biudžeto lėšomis. Tai truko iki 1997 m., kai buvo įsteigtos teritorinės ligonių kasos, perėmusios daugelį gydymo įstaigų finansavimo funkcijų. 1997 m. veikė dešimt teritorinių ligonių kasų, o 2003 m. jų skaičius buvo sumažintas iki penkių, siekiant efektyvesnio finansinių lėšų administravimo ir paskirstymo (Černiauskas, 2000; Lietuvos sveikatos programa, 1998).

Iki 1996 m. sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje buvo finansuojama piramidės principu. Administracinės ir finansavimo piramidės viršuje buvo miesto ligoninės, po to sekė specializuotos vietinės gydymo įstaigos ir kaimo ligoninės, ambulatorijos. Finansavimo piramidės apačioje – įvairios sveikatos priežiūros tarnybos. Poliklinikų ir greitosios pagalbos punktų funkcijų atskyrimas nuo ligoninių pakeitė ambulatorinių paslaugų tinklo vaizdą. Savivaldybės taikė įvairius ambulatorinio gydymo paslaugų modelius siekdamos didesnio teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo.

1996 m. sveikatos priežiūros sistemoje pažymimi šie pokyčiai: valstybinio sveikatos draudimo sistemos sukūrimas bei sveikatos priežiūros institucijų statuso ir nuosavybės teisių pasikeitimas. Daugelis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų buvo traktuojamos kaip pelno nesiekiančios įmonės. Visuomenės sveikatos priežiūros institucijų finansavimo pagrindas – Socialinis sveikatos draudimo fondas. Nuosavybės teisės ir administracinės funkcijos pasiskirstė tarp centrinės valdžios (Sveikatos apsaugos ministerijos), 10 apskričių arba 56 savivaldybių. Tuo metu pradėjo kurtis privačios sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įmonės, kuriose sveikatos priežiūros paslaugos pilnai finansuojamos vartotojo lėšomis. Tais pačiais metais Vyriausybė savo programoje išskėlė savanoriško sveikatos draudimo galimybę, kuri tampa svarbia sveikatos priežiūros finansavimo sistemos priemone.

1997 m. daugelį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikė pirminės sveikatos centrai, kurie specializavosi tik pirminės sveikatos priežiūros srityje, skirtingai nuo poliklinikų, teikusių pirminės ir antrinės ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas.

1996-1997 m. laikotarpiu pradėta laipsniškai įgyvendinti privalomojo sveikatos draudimo schema. Atsakomybė už sveikatos priežiūros institucijų einamuosius kaštus perduota SODRAI. Įstatymų pagrindu Valstybinis sveikatos fondas tapo nacionaline sveikatos draudimo agentūra su biudžetu, nepriklausančiu nuo valstybės biudžeto.



16 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos struktūra (Kumpienė ir kt., 2003)

Pirmajame sveikatos priežiūros sistemos reformos etape sudaromos sąlygos savanoriško sveikatos draudimo rinkos formavimuisi. Atsižvelgiant į tai, kad namų ūkių išlaidos kokybiškoms ir jų poreikius atitinkančioms sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugoms nuo reformos pradžios augo, susidarė palankios aplinkybės savarankiškai kaupti lėšas sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugoms apmokėti. Be jau minėtų aplinkybių savanoriškas sveikatos draudimas buvo sąlygotas privataus sveikatos priežiūros įstaigų sektoriaus stiprinimo, nepasitenkinimas valstybine sveikatos priežiūros sistema (Černiauskas ir kt., 2000; Stravinskas, 2000; Witter ir kt, 1997; Sveikata 21, 1999; Stašys, 1999).

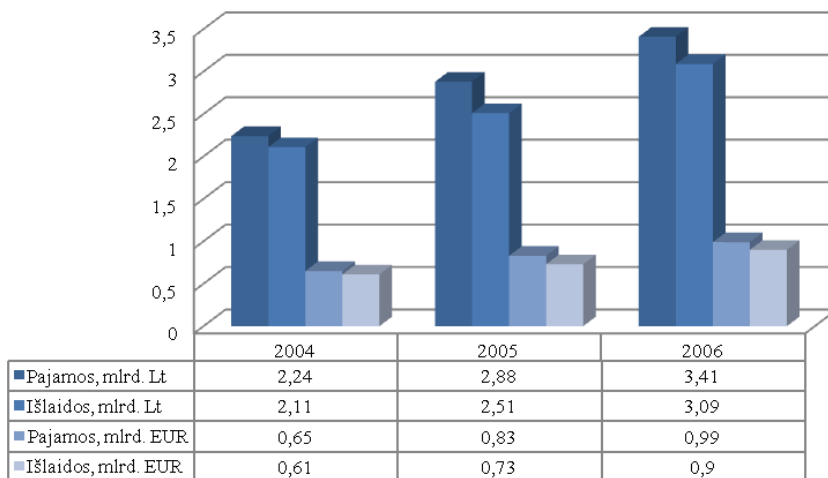
Atlikus sveikatos priežiūros sistemos pokyčius valdymo bei finansavimo plotmėje galima teigti, jog 1996-2003 m. etapas pasižymi esminiais lūžiais šioje sistemoje. Sveikatos priežiūros sistemos įstatyminės bazės stiprinimas, finansavimo sistemos pagrindo pakeitimas įtakojo sveikatos priežiūros sistemos pokyčius siekiant efektyvesnio finansavimo sistemos bei aukštesnės teikiamų paslaugų kokybės. Tačiau esminis reformos įgyvendinimo žingsnis šiuo laikotarpiu, tai valstybinio sveikatos draudimo sistema, tapusi sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos pagrindu. Statistiniai sveikatos priežiūros biudžeto pokyčiai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas Lietuvoje 1990-1998 m.

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos šaltiniai, proc.	1990	1994	1995	1996	1997	1998
Valstybės biudžetas	100	85	83	81	16	10
Valstybinis sveikatos draudimas	-	15	17	19	84	90

Nuo 1998 m. sveikatos priežiūros sistemos finansavimas perėjo į kitą lygmenį, tačiau išliko didelis atotrūkis demokratiškesnių sprendimų priėmimo sveikatos priežiūros finansavimo sistemos procesuose. Didėjantis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros sistemos dalyvių negarantavo šių paslaugų vartotojo stiprios pozicijos. Taip pat reformos įgyvendinimą stabdė vadybinių žinių trūkumas ir profesionalios analizės trūkumas priimant sveikatos priežiūros sistemos pagerinimo sprendimus.

Antrasis sveikatos priežiūros reformos etapas (2004-2006 m.). Antrasis sveikatos priežiūros sistemos reformos etapas yra išskirtas atsižvelgiant į svarbius pokyčius Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą. Valstybinės ir visuomeninės medicinos, sudarančios visų Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros pagrindą, reikšmė augo. Esminių pokyčių sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje šiuo laikotarpiu palyginti su praėjusiu negalima išskirti. Toliau diegiamos naujovės siekiant efektyvesnio bei skaidresnio sveikatos priežiūros finansavimo proceso, didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui, naujausių technologijų taikymui sveikatos priežiūros įstaigose. Įgyvendinama visų apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija, rengiamos tolesnės šio proceso rekomendacijos, įteisinta ir plėtojama privati medicinos paslaugų teikimo praktika. Diegiamos standartizuotos ES sveikatos draudimo kortelės, supaprastinančios apsidraudusiems asmenims gauti sveikatos priežiūros paslaugas bet kurioje ES šalyje.



17 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų ir išlaidų dinamika 2004-2006 m. (VLK prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos, 2005, 2006, 2007)

2004 m. pasižymėjo privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų augimu, kurios šiais metais perkopė 2 mlrd. Lt ribą. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų ir išlaidų dinamika 2004-2006 m. pateikiama 17 pav.

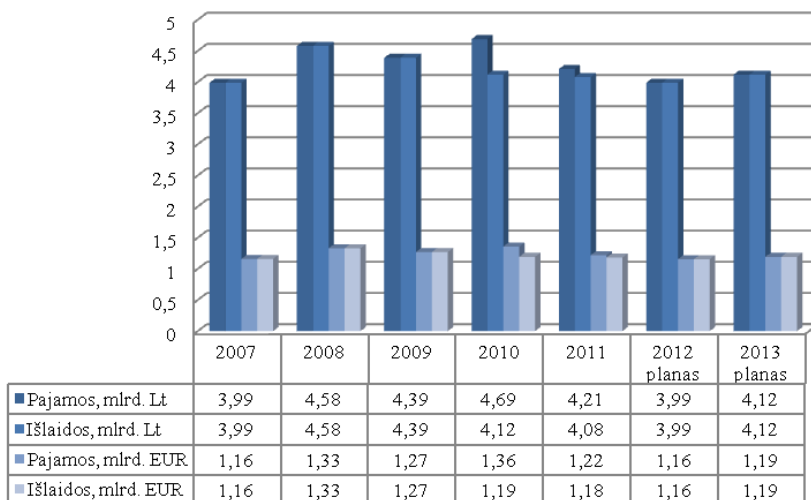
2004 m. augusios sveikatos priežiūros sistemos pajamos sudarė palankias galimybes tolesniam sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimui: ligonių kasų funkcijų pasikeitimas (ortopedijos technikos priemonių kompensavimo perėmimas), pradėtos įgyvendinti ligų ir sveikatos sutrikimų prevencinės ir profilaktinės programos (gimdos kaklelio vėžio prevencijai, moksleivių sveikatinimas, pradėtas didinti sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų darbo užmokestis (10 proc.).

2005 m. pajamų augimas ir toliau sudarė palankias sąlygas sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų darbo užmokesčio didinimui, naujų prevencinių programų įgyvendinimui ir sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės didinimui. Didinamas finansavimas brangių tyrimų ir procedūrų, kasmet auga tokių įstaigų skaičius ir gerėja jų prieinamumas (Gaižauskienė, 2005).

2006 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamos siekė 3,407 mlrd. Lt. Tai leido subalansuoti išlaidas su pajamomis, įvykdyti iki 2004 m. prisiimtus skolinis įsipareigojimus. Toliau didinami sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų darbo užmokesčiai. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų augimas sąlygojo didesnes privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidas (Buivydas ir kt., 2010).

Apibendrinant antrąją sveikatos priežiūros reformos etapą 2004-2006 m. laikotarpiu galima teigti, jog augančios privalomojo sveikatos draudimo pajamos leido gerinti Lietuvos sveikatos priežiūros padėtį jos darbuotojų bei tokių paslaugų vartotojų atžvilgiu. Šiuo laikotarpiu toliau vykdoma visų apskričių gydymo įstaigų restruktūrizacija, investuojama į prevencinių programų vykdymą, didelis dėmesys skiriamas brangių tyrimų prieinamumo gerinimui, privačiąją medicininei praktikai. Esminiu sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos šaltiniu išlieka privalomasis sveikatos draudimas, sudarantis didžiausią sveikatos priežiūros sistemos biudžeto dalį.

Trečiasis sveikatos priežiūros reformos etapas (2007-2013 m.). Trečiasis sveikatos priežiūros sistemos reformos etapas iki 2008 m. pasižymėjo tolesniu privalomojo sveikatos draudimo įplaukų augimu (18 pav.). 2009 m. kilusi pasaulinė ekonominė krizė neišvengiamai darė įtaką ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reformos tolesnei eigai: sumažintas finansavimas iš valstybės biudžeto, dėl sunkios SODROS finansinės situacijos padidinti mokesčiai už privalomąjį sveikatos draudimą, auganti bedarbystė neigiamai veikia lėšų surinkimą.



18 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų ir išlaidų dinamika 2007-2008 m. (VLK prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos, 2008, 2009)

2010 m. privalomo sveikatos draudimo fondo pajamos pasižymėjo augimo tendencija ir siekė 4,69 mlrd. Lt. 2011 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų kitimo tendencija buvo priešinga – pajamos sumažėjo iki 4,21 mlrd. Lt. Susidariusi privalomojo sveikatos draudimo biudžeto surinkimo situacija gali būti siejama su tuo laikotarpiu išaugusių bedarbių skaičiumi.

Atsižvelgiant į LR Sveikatos apsaugos ministerijos prognozes privalomo sveikatos draudimo fondo pajamų augimas turėtų prasidėti 2013 m. Minėtais metais į fondą planuojama surinkti apie 4,12 mlrd. Lt arba 0,13 mlrd. Lt daugiau nei 2012 m. Manoma, kad didžiausią įtaką šiam kitimui turės mažėjantis nedarbas ir gyventojų gaunamų pajamų augimas. Daugelis sveikatos priežiūros įstaigų nutraukė šalies gyventojų sveikatinimo programų vykdymą (nemokami gimdos kaklelio vėžio tyrimai ir kt. programos). Sunkėjanti sveikatos priežiūros ir gydymo įstaigų padėtis lėmė daugelio mažų, finansiškai nuostolingų padalinių uždarymą, sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugų papildomą apmokestinimą, sunkesnę paslaugų prieinamumą. Trečiasis sveikatos priežiūros sistemos reformos etapas yra siejamas su ekonominės krizės įtaka ir jos tolesniais padariniais, neišvengiamai darančiais įtaką tolesniam sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimui bei kitiems struktūriniais pokyčiams ir naujiems sveikatos priežiūros sistemos reformos tyrimams.

Ketvirtasis sveikatos priežiūros reformos etapas (nuo 2014 m.). Pagrindinis ketvirtojo sveikatos priežiūros reformos etapo tikslas, deklaruojamas Lietuvos sveikatos programoje 2020, geresnė Lietuvos gyventojų sveikata ir ilgesnė gyvenimo trukmė. Šioje programoje taip pat akcentuojama, kad didžiausi Lietuvos gyventojų sveikatos rezervai peržengia sveikatos priežiūros sektoriaus ribas, todėl būtinos priemonės, numatančios visų valstybės sektorių bendradarbiavimą, siekiant geresnės gyventojų sveikatos.

Lietuvos sveikatos programoje 2020 pateikiamos šios pagrindinės visuomenės sveikatos gerinimo kryptys:

- Saugesnė socialinė aplinka.
- Sveikesnė fizinė aplinka.
- Efektyvesnė sveikatos priežiūra.
- Sveikatos politika turi būti grindžiama visuotinės aprėpties, solidarumo, teisėtumo, paslaugų prieinamumo vertybinėmis nuostatomis.

Sėkmingai įgyvendinta Lietuvos sveikatos programa 2020 turėtų teigiamai įtakoti šalies gyventojų gyvenimo trukmę, skatinti gyventojus daugiau dėmesio skirti savo sveikatai. Programoje teigiama, jog 2012 – 2020 m. laikotarpyje turėtų didėti bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos į sveikatą, būtinas santykinai spartesnis sveikatos išlaidų augimas palyginti su BVP. Programoje pateikiamų tikslų įgyvendinimas teigiamai įtakos ne tik gyventojų gyvenimo trukmės ilgėjimą, bet skatins darbo jėgos produktyvumo ir šalies verslo konkurencingumo augimą, padės sumažinti Lietuvos visuomenės sveikatos srities atsilikimą nuo kitų Europos Sąjungos šalių (LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2012; Murauskiene ir kt., 2013; Lietuvos sveikatos programa 1997 – 2010, 1998; World Health Organization, 2013).

Atlikus sveikatos priežiūros sistemos reformos keturių pagrindinių etapų organizacinių bei struktūrinių pokyčių analizę, vertinami sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pokyčiai. Šis vertinimas atliekamas sveikatos priežiūros finansavimo sistemos lygties pagrindu, akcentuojant jos elementų pasikeitimus išskirtais sveikatos priežiūros sistemos reformos etapais.

Šiame moksliniame darbe didžiausias dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros sistemos finansavimui ir jo problematikai, taigi apibendrinant sveikatos priežiūros sistemos reformą akcentuojami šios srities pokyčiai.

Reformos etapų finansavimo struktūros palyginimas. Vadovaujantis pateikiama sveikatos priežiūros reformos etapiškumo metodologija bei pagrindiniais reformos elementais atliekama išsamesnė sveikatos priežiūros reformos Lietuvoje analizė. Vertinant sveikatos priežiūros reformos sukeltus struktūrinius, organizacinius pokyčius, negalima pamiršti vieno svarbiausių – t. y. finansinių pasikeitimų sveikatos priežiūros finansavimo sistemos procese.

Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pasikeitimai atskirais reformos etapais bus vertinami finansavimo lygtimi (Evans, 1998).

$$TF+SI+UC+PI=P*Q$$

(2.1)

- Čia
- TF – mokesčių dalis;
 - SI – valstybinio socialinio sveikatos draudimo dalis;
 - UC – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas vartotojo lėšomis (oficialus apmokėjimas (UC¹) ir neoficialus apmokėjimas (UC²));
 - PI – savanoriškas sveikatos draudimas;
 - P – kaina;
 - Q – kiekis.

Pateikta sveikatos priežiūros finansavimo sistemos lygtis gali būti vertinama kaip lygybė: pagal pateikiamą finansavimo lygybę sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų įplaukų, gautų už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, suma yra lygi gautam sveikatos priežiūros paslaugų finansavimui ir kitų sveikatos priežiūros sistemos dalyvių pelno dydžiui. Vertinant Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pokyčius verta paminėti, kad išskirtų trijų reformos etapų metu vyko ne tik struktūriniai pokyčiai. Remiantis pateikiama finansavimo lygtimi 5 lentelėje pateikiama finansavimo lygtis ir jos elementų pokyčiai atskirais reformos etapais.

5 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos lygtis atskirais reformos etapais

<i>Sveikatos priežiūros reformos etapai</i>	<i>Finansavimo lygties struktūra</i>
Iki 1996 m.	$TF=P*Q$
1996 - 2003 m.	$TF+SI+UC^1+UC^2=P*Q$
2004 - 2006 m.	$TF+SI+UC^1+UC^2+PI=P*Q$
2007 - 2009 m. krizė	$TF+SI+UC^1+UC^2+PI=P*Q$
2010 – iki dabar	$TF+SI+UC^1+UC^2+PI=P*Q$

Atsižvelgiant į pateikiamą sveikatos priežiūros finansavimo sistemos lygtį ir jos elementų pokyčius skirtingais sveikatos priežiūros reformos etapais, galima teigti, jog sistemos finansavimas tapo priklausomas nuo keleto kintamųjų. Iki sveikatos priežiūros reformos pradžios, t. y. 1996 m., sveikatos priežiūra Lietuvoje buvo finansuojama mokesčių pagrindu ir buvo priklausoma nuo vienintelio elemento – surenkamų mokesčių dalies.

Pradėjus sveikatos priežiūros reformą 1996 m. finansavimo lygties kairiąją pusę sudarė jau trys elementai: mokesčių dalis, valstybinis socialinis sveikatos draudimas ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų mokėjimai asmeninėmis lėšomis. Finansavimo lygtyje atsiradęs valstybinis socialinis sveikatos draudimas, sudarė didžiausią sveikatos priežiūros finansavimo lėšų dalį. Šiuo laikotarpiu auganti konkurencija tarp privačiųjų ir valstybinių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų sudarė palankias sąlygas šios srities paslaugų kainų augimui. Suformuotas tarpininkų tinklas (SODRA, VLK, TLK), sudaręs nemažą sveikatos priežiūros finansavimo sistemos mechanizmo dalį. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos priklausomybės nuo vieno elemento panaikinimas sudarė palankias sąlygas geresniam šios srities finansavimui ir esminių pokyčių pradžiai siekiant pagerinti sveikatos priežiūros sistemos situaciją Lietuvoje.

Antrojo ir trečiojo reformos etapų finansavimo lygtys yra identiškos. Šiais laikotarpiais sveikatos priežiūros finansavimas tapo priklausomas jau nuo keturių pagrindinių elementų. Kairiąją lygybės pusę 2004 m. papildė savanoriškas sveikatos draudimas. Šio elemento atsiradimas gali būti siejamas su Lietuvos įstojimu į ES. Po įstojimo į ES ir sėkmingai vykdomų sveikatos priežiūros reformos pasėkoje susidarė palankios sąlygos sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugų kainų augimui. Supaprastintos sąlygos privačių sveikatos priežiūros įstaigų steigimui sudarė sąlygas konkurencijos šioje srityje augimui bei teikiamų paslaugų kokybės gerėjimui, taip

pat augantis šio sektoriaus finansavimas sudarė palankias sąlygas tarpininkų pelnų augimui.

Apibendrinant galima teigti, jog esama ekonominė situacija Lietuvoje kaip ir kitose Europos šalyse daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros sistemos reformos tolesnei eigai ir gali turėti didelį poveikį šalies gyventojų sveikatos būklei, apsunkinti tolesnę sveikatos priežiūros įstaigų egzistavimą. Daugelyje pasaulio šalių veikianti sveikatos priežiūros sistema garantuoja iš anksto nustatytą sveikatos priežiūros paslaugų paketą, kuris prieinamas visiems šalies gyventojams. Tačiau tokios sistemos, pagrįstos nemokamų paslaugų teikimu, susiduria su finansiniais sunkumais. Siekdamos išvengti finansinių sunkumų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios organizacijos savo veiklą ir jos apimtis planuoja griežtai pagal gaunamas biudžetines lėšas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas biudžetinėmis lėšomis gerina šių paslaugų prieinamumą, tačiau reikalauja ypač veiksmingos kontrolės sistemos, padedančios užtikrinti brangių resursų efektyvų naudojimą ir visos sistemos sklandų darbą.

Sveikatos politika. Nuo pat nepriklausomybės atkūrimo metų Lietuvoje pradėta formuoti nacionalinė sveikatos politika. Lietuvos Respublikos Seimas 1998 metais patvirtino ilgalaikę (1997-2010 metams) Lietuvos sveikatos programą. Lietuvos sveikatos programa atliepia PSO "Sveikata visiems XXI amžiuje" pagrindiniams sveikatos priežiūros politikos principams. Sveikatos politikos metmenyse vienas iš iškeltųjų tikslų numato, kad turi būti valstybių strategijos užtikrinančios "finansavimo sistemos, skatinančios universalų sveikatos priežiūros kaštų padengimą, solidarumą ir palaikymą" (Jankauskienė, D. ir kt., 2007). Šiuo metu 2011-2020 m. Lietuvos Sveikatos programa yra tik rengimo procese, tačiau numato tęsti pradėtus darbus ir siekti sveikatos apsaugos sistemos modernizavimo, prioritetine tvarka plėtoti įrodymais pagrįstų medicininių technologijų plėtrą, daugiau dėmesio skirti bendradarbiavimui su kitais ūkio sektoriais siekiant, kad gyventojų sveikata taptų prioritetu tarp visų šalies sektorių (Jankauskienė, 2011; Černiauskas ir kt., 2009; Buivydas ir kt., 2011; LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2012; Iždonienė, 2008).

Sveikatos priežiūros sistemos pasikeitimai, vykę po 2004 m., buvo įtakoti Lietuvos narystės Europos Sąjungoje įteisinimo. Narystė ES sudarė palankias sąlygas tolesnei sveikatos priežiūros reformai akcentuojant teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumo gerinimą. Po įstojimo į minėtą sąjungą atsirado papildomos galimybės pritraukti finansavimo lėšų pagal teikiamus projektus. Nors finansavimo sistemos principai nekito, tačiau verta paminėti, kad elementų procentinė dalis keitėsi. 2004 – 2006 m. laikotarpiu valstybinio sveikatos draudimo dalis buvo mažesnė (3 proc.), o šiuo metu ši dalis siekia 9 proc. nuo asmeniui apskaičiuotų pajamų. Tuo tarpu kalbant apie finansavimą iš valstybės biudžeto, vartotojų mokėjimus asmeninėmis lėšomis ir savanorišką sveikatos draudimą situacija yra priešinga. Šiuo metu šių elementų dalys finansavimo lygtyje mažėja: valstybė iš deficitinio biudžeto mažina asignavimus sveikatos apsaugai, vartotojai neturi lėšų mokėti už gydymo paslaugas asmeninėmis lėšomis, taip pat didelė bedarbystė mažina pajamas iš savanoriško sveikatos draudimo (World Health Organization, 2009; LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2010; LR Sveikatos draudimo įstatymas,

1999; Stašys, 1997). Pagrindiniai Privalomojo Sveikatos Draudimo Fondo (PSDF) biudžeto pajamų šaltiniai yra du: 1) gyventojų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, kurių surinkimą administruoja „Sodra“ ir Valstybinė mokesčių inspekcija; 2) valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai. Didžioji dalis PSDF biudžeto lėšų paskirstoma per teritorines ligonių kasas (TLK), kurios kasmet sudaro sutartis su savo ir kitų TLK veiklos zonų gydymo įstaigomis.

Lėšų paskirstymo analizė. Sveikatos priežiūros sistemos lėšų paskirstymas mūsų šalyje vykdomas Nacionalinių sveikatos sąskaitų (NSS) pagrindu perskirstant lėšas tarp sveikatos sistemos dalyvių. Sveikatos priežiūros sistemos dalyvių skaičius bei jų tarpusavio sąveika pastaraisiais metais tampa aktualia problema, nes sistemos dydis sąlygoja dideles išlaidų išlaidas ir kontrolės problemas. Taip pat atsiranda funkcijų dubliavimosi rizika.

6 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos pagal funkcijas, mln. Lt

Metai	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gydymo paslaugos	1611,3	1875,3	2361,5	2784,6	3473,6	3317,4	3217,1	3477,0
Reabilitacinė priežiūra	144,8	171,8	207,4	240,1	253,5	237,5	220,0	296,3
Ilgalaikės slaugos paslaugos	123,1	171,9	194,0	336,4	523,9	625,6	589,9	564,1
Pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos	150,4	181,1	243,6	332,5	433,8	412,4	383,3	414,8
Medicinos prekės ambulatoriniams ligoniams	1294,0	1539,4	1698,5	1844,5	2103,7	2027,6	1986,8	2035,5
Prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos	61,6	71,4	60,9	107,5	86,8	78,4	56,7	77,8
Sveikatos priežiūros administravimas ir sveikatos draudimas	81,9	80,5	87,8	128,5	222,8	141,9	141,9	148,2
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos	3467,2	4091,4	4853,7	5774,0	7098,1	6840,9	6595,8	7013,6
Su sveikata susijusios funkcijos	1435,7	1672,8	2094,4	2844,3	3434,9	3408,3	3105,1	3404,9
Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų kapitalo formavimas	106,9	132,8	303,0	401,8	298,0	91,6	184,7	313,2
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7396,1	6932,4	6780,5	7326,8

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Lietuvoje NSS (nacionalinės sveikatos sąskaitos) pateikia šiai sistemai skiriamas lėšas trimis pjūviais, kurias susiejame su sveikatos priežiūros dalyvių tarpusavio ryšiais: 6 lentelė pagal sveikatos priežiūros funkcijas (vartotojas – teikėjas) pateikiamos išlaidos pagal funkcijas, kur funkcijos atitinka ekonomines prekes ar paslaugas; 7 lentelė pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (finansuotojai – teikėjai), kurioje atsispindi lėšų perskirstymas vykdant pagrindinę

pardavimo (purchasing) funkcija; 8 lentelė pagal sveikatos priežiūros finansuotojus (vartotojas – finansuotojas), kurioje atspindi lėšų sveikatos priežiūros sistemai pritraukimas iš potencialių ir realių sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų, piliečių ir valdžios institucijų.

Kaip matoma pateikiamose statistinėse lentelėse, sveikatos priežiūros išlaidų sumos analizuojamu periodu yra tapčios pagal tris skirstymo būdus ir atspindi atskirų rinkos dalyvių pajamas ar jų dalis.

Vertinant sveikatos priežiūros finansavimą pagal paslaugų teikėjų funkcijas (žr. 6 lent.) matome, kad didžiausia finansavimo dalis tenka gydymo paslaugoms. 2004 m. šios išlaidos siekė 1,611 mlrd. Lt, o 2011 m. – 3,477 mlrd. Lt. Išlaidų augimas analizuojamu laikotarpiu siejamas su gydymo paslaugų kaštų augimu: brango gydymo įstaigų eksploatavimo išlaidos, medikamentų kainų pokyčiai, personalo darbo užmokesčio pasikeitimai, naujausių technologijų taikymas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir kt.

Atsižvelgiant į tai, kad didžiausia išlaidų dalis tenka gydymo paslaugoms, matome, jog didžiausia šių lėšų dalis skiriama ligoninėms (žr. 7 lent.), pagrindiniams sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (2004 m. 1,263 mlrd. Lt, o 2011 m. – 2,836 mlrd. Lt).

7 lentelė. Lietuvos bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros teikėjus, mln. Lt

Metai	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ligoninės	1262,8	1545,3	2063,5	2397,1	2709,6	2516,1	2596,4	2836,0
Slaugos ir rezidentinės priežiūros įstaigos	62,9	72,3	69,8	82,8	104,7	107,9	107,4	109,0
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai	703,9	778,7	1031,7	1291,1	1670,8	1585,2	1467,3	1702,0
Mažmeninės prekybos įmonės ir kiti medicinos prekių teikėjai	1285,8	1530,8	1694,0	1836,0	2101,9	2026,5	1987,8	2042,8
Visuomenės sveikatos programų administravimas	43,1	45,5	35,7	57,1	35,3	19,4	22,6	42,3
Bendrasis sveikatos priežiūros administravimas ir draudimas	154,0	148,2	139,1	271,6	383,3	188,9	148,0	167,3
Kitos veiklos rūšys	61,7	102,7	117,1	234,6	384,6	479,4	442,7	414,8
Kitos šalys	0,0	0,6	5,6	5,5	6,0	9,1	8,3	11,8
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7396,1	6932,4	6780,5	7326,8

Šaltinis: LR Statistikos departamentas.

Vertinant tai, kad valstybės skiriamas finansavimas per analizuojamą laikotarpį išaugo dvigubai: nuo 2,414 mlrd. Lt 2004 m. iki 5,066 mlrd. Lt 2011 m., iš privačiojo sektoriaus pritraukiamų lėšų dalis augo sąlyginai lėčiau: 2004 m. siekė 1,159 mlrd. Lt, o 2011 m. 2,026 mlrd. Lt.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema yra finansuojama valstybinėmis ir privačiojo sektoriaus lėšomis (žr. 8 lent.).

8 lentelė. Lietuvos bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros finansuotojus, mln. Lt

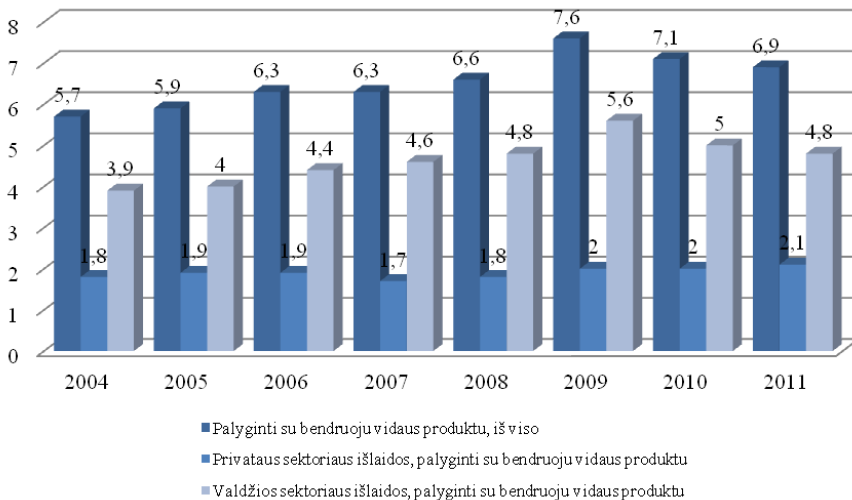
Metai	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Valdžios sektorius	2414,3	2862,5	3584,4	4507,2	5354,5	5048,5	4801,0	5066,5
Valdžios sektorius, neįskaitant socialinio draudimo fondų	308,3	396,3	563,1	887,3	1001,0	813,7	747,8	753,4
Socialinio draudimo fondai	2106,0	2466,3	3021,3	3619,9	4353,5	4234,8	4053,2	4313,1
Privatus sektorius	1159,5	1360,9	1571,8	1668,1	2041,3	1883,4	1860,7	2026,2
Privatus draudimas	14,2	15,2	20,6	24,3	37,1	44,9	37,7	44,6
Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos	1141,4	1341,1	1546,1	1640,2	1999,8	1834,4	1819,8	1980,5
Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams	0,4	0,7	1,0	1,0	1,3	0,8	0,0	0,4
Bendrovės	3,5	3,9	4,0	2,5	3,1	3,3	3,1	0,8
Kitos šalys	0,3	0,7	0,5	0,6	0,3	0,5	118,8	234,1
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7396,1	6932,4	6780,5	7326,8

Šaltinis: LR Statistikos departamentas.

Apibendrinant sveikatos priežiūros finansavimo pokyčius 2004-2011 m. galima teigti, jog didžiausia finansavimo lėšų dalis tenka gydymo paslaugoms ir pagrindiniams sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (ligoninėms). Didžiausia finansavimo lėšų dalis yra skiriama iš valstybės biudžeto – 5,066 mlrd. Lt 2011 m., o privačiojo sektoriaus indėlio augimas yra sąlyginai nedidelis: nuo 1,160 mlrd. Lt 2004 m. iki 2,026 mlrd. Lt 2011 m. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimas analizuojamu laikotarpiu buvo didinamas iki 2008 m. ir siekė 7,396 mlrd. Lt, tuo tarpu 2009 – 2010 m. dėl susidariusios šalies ekonominės situacijos (dėl pasaulinės ekonominės krizės) finansavimas 2009 m. mažėjo iki 6,932 mlrd. Lt., o 2010 m. – iki 6,780 mlrd. Lt. 2011 m. sveikatos priežiūros sistemos finansavimas pasižymėjo augimo tendencija ir siekė 7,3268 mlrd. Lt.

Sveikatos priežiūros išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika palyginti su BVP analizuojamu laikotarpiu pateikiama 19 paveiksle.

Kaip matome pateikiamame paveiksle, bendrosios išlaidos palyginti su BVP Lietuvoje nuo 2004 m. pasižymėjo augimo tendencija: 2004 m. buvo skiriama 5,7 proc. nuo BVP, o 2009 m. – 7,6 proc. nuo BVP. 2010 m. situacija keitėsi dėl pasaulinės ekonominės krizės padarinių mūsų šalies ekonomikai: 2010 m. sveikatos priežiūrai buvo skiriama 7,1 proc. nuo BVP, o 2011 m. – 6,9 proc. nuo BVP. Atsižvelgiant į 2012 m. šalies ekonominės būklės pasikeitimus (mažėjantį nedarbą, augantį BVP), tikėtina, jog situacija keisis teigiama linkme, t. y. sveikatos priežiūrai bus skiriama didesnė BVP dalis. Kaip teigiama Lietuvos sveikatos programoje 2020, išlaidų sveikatos priežiūrai didėjimas yra būtinas siekiant užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros sistemos finansavimą ateityje (Murauskienė, 2013).



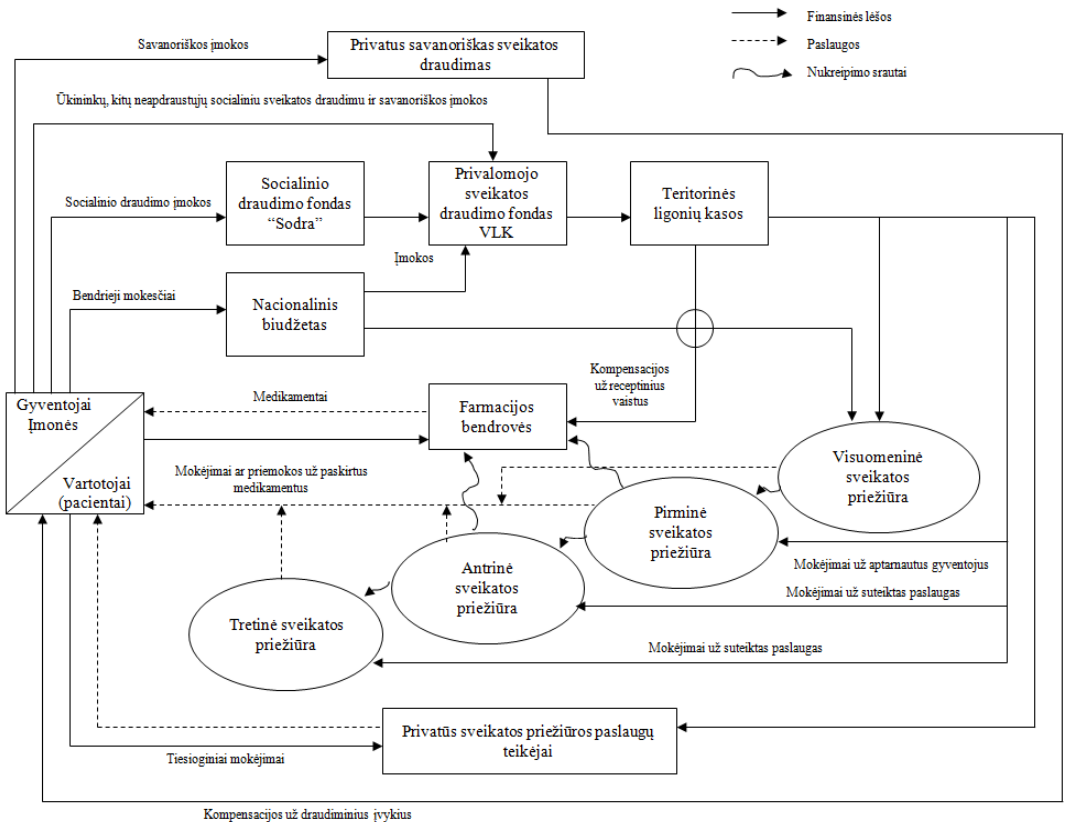
19 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos palyginti su BVP 2004-2011 m., proc.
(LR Statistikos departamentas)

Išanalizavus Lietuvos sveikatos sistemos struktūrą, sveikatos priežiūros finansavimo sistemos ypatumus ir lėšų surinkimo schemas, pateikiamas šiuo metu Lietuvoje veikiantis sveikatos priežiūros finansavimo modelis (žr. 20 pav.), kuriame atsispindi pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemos dalyviai, finansinių išteklių pobūdis, finansinių išteklių bei paslaugų judėjimas, nukreipimo srutai.

Vertinant pastaraisiais metais Lietuvos sveikatos sistemoje susiklosčiusią situaciją, galima teigti, jog šiuo metu aktualios kelios problemos:

- *Lietuvoje veikiantis sveikatos priežiūros finansavimo sistemos mechanizmas yra sudėtingas ir nevisiškai skaidrus;*
- *Tarpininkų gausa;*
- *Vartotojas negali tiesiogiai įtakoti sveikatos priežiūrai skirtų lėšų panaudojimo ir neturi galimybės jas kaupti ateičiai – nėra suinteresuotas bent jau dalinai saugoti savo sveikatą.*

- Neigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemos finansavimui gali turėti šešėlinės ekonomikos šalyje lygis, aukštas nedarbo lygis.
- Asmeninės atsakomybės už savo sveikatą ir sveikatinimo politikos nebuvimas.
- Sveikatos priežiūros išlaidų sveikatos priežiūrai augimo tendencijos gerokai atsilieka nuo BVP augimo tendencijų. Lietuva skiria per mažą BVP dalį sveikatos apsaugai.



20 pav. Lietuvoje veikiančios sveikatos priežiūros finansavimo modelis

Apibendrinant šį poskyrį ir atsižvelgiant į 6 pav. (žr. 1.4 skyr.) pateikiamą sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemų klasifikaciją, galima daryti išvadą, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema finansuojama derinant šias sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemas: 1) valstybės (vyriausybės) finansavimo schemą; 2) privalomojo sveikatos draudimo schemą; 3) savanoriško sveikatos draudimo schemą; 4) namų ūkių lėšomis finansuojamą schemą. Pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos finansavimo šaltinis – privalomojo socialinio sveikatos draudimo lėšos ir valstybės (vyriausybės) lėšos.

2.4. Jungtinių Amerikos Valstijų, Prancūzijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemų privalumai ir trūkumai

Atlikus sveikatos priežiūros sistemų ir jų finansavimo sistemų analizę pasirinktose valstybėse galima teigti, jog Lietuva sveikatos priežiūros sistemos vystymąsi ir tolesnę pertvarką turėtų grįsti patyrusių pasaulio valstybių pavyzdžiais, pritaikydama jų patirtį vietinei sveikatos priežiūros sistemai. Sveikatos priežiūros sistemų palyginimas pasirinktose šalyse pateikiamas 9 lentelėje, išskiriant pagrindinius kiekvienoje šalyje veikiančios sistemos bruožus: lėšų surinkimo schemas, išlaidų sveikatos priežiūrai dalį BVP (proc.), vidutinių išlaidų vienam gyventojui pagal PPP (USD), Vidutinę gyvenimo trukmę, valstybės kontrolės lygį, rinkos dalyvių koncentraciją, konkurencijos lygį, privataus sektoriaus reikšmę, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, savanoriško sveikatos draudimo naudojimą, technologinį lygmenį.

9 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemų palyginimas JAV, Prancūzijoje ir Lietuvoje

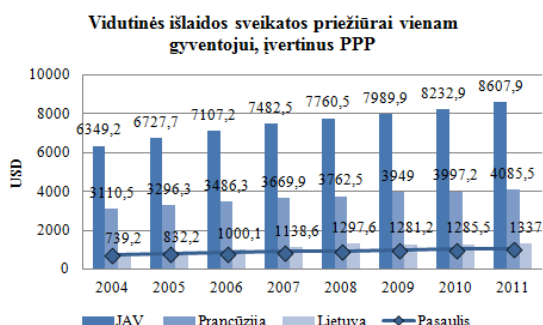
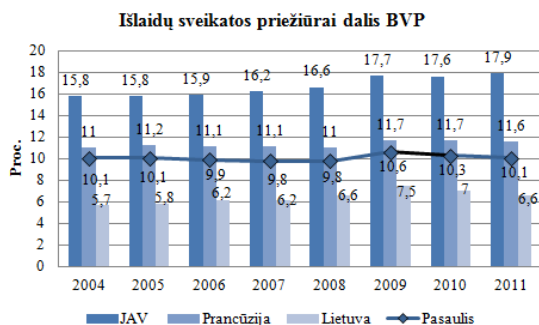
	Jungtinės Amerikos Valstijos	Prancūzija	Lietuva
Lėšų surinkimo schemas	Valstybės (vyriausybės) biudžeto lėšos, privataus sektoriaus lėšos (savanoriškas draudimas), privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų lėšos.	Valstybės (vyriausybės) biudžeto lėšos, privalomasis sveikatos draudimas, savanoriškas sveikatos draudimas, namų ūkių lėšos.	Valstybės (vyriausybės) biudžeto lėšos, privalomasis sveikatos draudimas, savanoriškas sveikatos draudimas, namų ūkių lėšos.
Pajamų šaltiniai:			
-viešai finansuojama dalis	48 proc.	76,8 proc.	72 proc.
-Privačios lėšos	33,8 proc.	15,2 proc.	1 proc.
-Tiesioginiai mokėjimai	11,6 proc.	8 proc.	27 proc.
Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui pagal PPP, 2011 m.	8608 USD	4086 USD	1337 USD
Sveikatos išlaidų dalis BVP 2011 m.	17,9 proc.	11,6 proc.	6,6 proc.
Vidutinė gyvenimo trukmė 2011 m.	81,1 metų	85,7 metų	73,62 metų
Valstybės kontrolė	Bendros kontrolės sistemos nėra. Kiekviena valstija formuoja skirtingą kontrolės sistemą.	Valstybės kontroliuojama.	Valstybės kontroliuojama.
Rinkos dalyviai	Rinkoje veikia didelis skaičius privataus sektoriaus atstovų. Rinkoje veikia didelis skaičius dalyvių, kurių tarpusavio sąveika nėra reglamentuojama ar kontroliuojama.	Rinkoje veikia didelis skaičius dalyvių, kurių tarpusavio sąveika yra kontroliuojama valstybiniu lygiu.	Rinkoje veikia didelis skaičius dalyvių, kurių tarpusavio sąveika yra kontroliuojama valstybiniu lygiu ir apibrėžiama tarpusavio susitarimais. Rinkos dalyvių skaičius ribojamas valstybiniu lygiu.

	Jungtinės Amerikos Valstijos	Prancūzija	sudaromos palankios sąlygos atskirų dalyvių dominavimui. Lietuva
Konkurencija	Didelis rinkos dalyvių skaičius sąlygoja didelę konkurenciją sveikatos priežiūros srityje.	Rinkoje dalyvauja valstybinio lygio sveikatos priežiūros įstaigos bei privataus kapitalo vienetai.	Konkurencijos ribojimas, valstybinių sveikatos priežiūros organizacijų dominavimas.
Privataus sektoriaus vaidmuo	Didelis privataus sektoriaus vaidmuo.	Didelis privataus sektoriaus vaidmuo.	Privataus sektoriaus stiprinimas.
Prieinamumas	Sveikatos paslaugos prieinamos ne visiems gyventojams. 1/6 gyventojų nėra apsidraudę sveikatos draudimu.	Sveikatos paslaugas gali gauti visi šalies gyventojai laikantis visuotinio prieinamumo principo.	Sveikatos paslaugas gali gauti visi šalies gyventojai laikantis visuotinio prieinamumo principo.
Savanoriškas sveikatos draudimas	Savanorišku sveikatos draudimu apsidraudusių asmenų skaičius yra mažas dėl didelės šios draudimo naštos net ir dirbantiems gyventojams.	Savanorišku sveikatos draudimu apsidraudę apie 80 proc. visų gyventojų.	Savanoriško sveikatos draudimo vaidmuo yra pernelyg menkas.
Technologinis lygmuo	Naujausių technologijų taikymo galimybės dėl privataus sektoriaus vaidmens.	Surenkamų finansavimo lėšų kiekis ir aukštos savanoriško draudimo pajamos leidžia gauti pakankamai dideles lėšas, užtikrinančias pažangiausių technologijų taikymą.	Surenkamų finansavimo lėšų stoka sąlygoja technologinį atsilikimą.

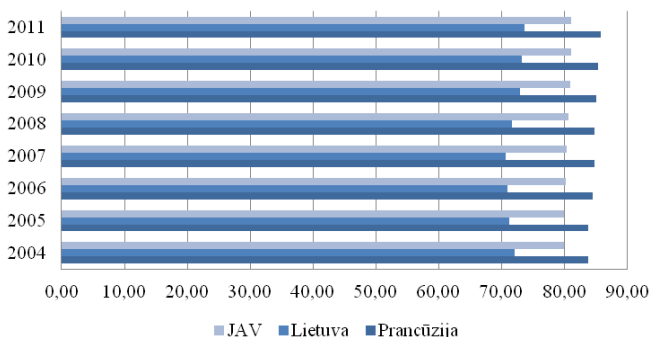
Nuolat atliekamos įvairių pasaulio valstybių sveikatos sistemų rezultatų analizės leidžia palyginti skirtingų sveikatos politikų rezultatyvumą ir konkrečią naudą šalies gyventojams.

Atlikus analizuojamų šalių sveikatos priežiūros sistemų pagrindinių privalumų ir trūkumų analizę, galima pateikti pagrindinius sveikatos priežiūros finansavimo rezultatus pagal šiuos rodiklius: išlaidas sveikatai palyginti su BVP, vidutines išlaidas sveikatai vienam gyventojui bei vidutinę gyvenimo trukmę (21 pav.).

Kaip matome pateiktame paveiksle, išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP analizuotose šalyse kito netolygiai. JAV išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP nuo 2004 m. iki 2009 m. pasižymėjo augimo tendencija ir 2009 m. siekė 17,7 proc. BVP. 2010 m. išlaidų sveikatos priežiūrai dalis sumažėjo 0,1 proc. ir siekė 17,6 proc. 2011 m. išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP augo ir siekė 17,9 proc. 2011 m. JAV išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP buvo 7,8 proc. didesnė nei vidutinė išlaidų sveikatos priežiūrai dalis kitose pasaulio valstybėse. Sveikatos priežiūros išlaidų dalis BVP Prancūzijoje analizuojamu laikotarpiu kito netolygiai. 2004 – 2008 m. jos svyravo tarp 11-11,2 proc., 2009 – 2010 m. augo iki 11,7 proc., o 2011 m. mažėjo ir sudarė 11,6 proc. BVP. Lietuvoje išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP 2004 – 2009 m. laikotarpiu pasižymėjo augimo tendencija ir svyravo tarp 5,7 – 7,5 proc. 2010 m. išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP mažėjo iki 7 proc., o 2011 m. siekė 6,6 proc. Sveikatos priežiūros išlaidų dalis BVP Lietuvoje yra 3,7 proc. žemesnė nei kitų pasaulio valstybių vidutinių išlaidų sveikatos priežiūrai dalis BVP.



Vidutinė gyvenimo trukmė, metais



21 pav. Išlaidų sveikatos priežiūrai ir vidutinės gyvenimo trukmės palyginimas JAV, Prancūzijoje, Lietuvoje su pasaulio vidurkiu, 2004-2011 m. (World Health Statistics 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010a, 2011, 2012; The World Bank, 2013a, 2013b; OECD, 2013; LR statistikos departamentas, 2013c)

Vertinant vidutinės sveikatos priežiūros išlaidas vienam gyventojui, galima teigti, kad situacija analizuojamose šalyse labai skiriasi. JAV vidutinės sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui analizuojamu laikotarpiu nuolat augo ir 2011 m. siekė 8608 USD. Prancūzijoje vidutinės išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui siekė 4086 USD ir buvo 4522 USD mažesnės nei JAV. Lietuvoje vidutinės išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui siekia 1337 USD. Atsižvelgiant į statistinius duomenis galima teigti, jog Lietuvos situacija nėra patenkinama. Šalis būdama Europos Sąjungos nare skiria per mažai lėšų sveikatos priežiūrai.

Atsižvelgiant į atliktą vidutinės gyvenimo trukmės analizę apsirinktose šalyse, galima teigti, jo geriausius rezultatus pasiekusi Prancūzija, 2011 m. vidutinė gyvenimo trukmė šioje šalyje siekė 85,7 m. JAV vidutinė gyvenimo trukmė 2011 m. siekė 81,1 m. ir buvo 4,6 metų trumpesnė nei Prancūzijoje. Lietuvoje vidutinė gyvenimo trukmė analizuojamu laikotarpiu ilgėjo ir 2011 m. siekė 73,62 metų.

Remiantis atlikta išlaidų sveikatos priežiūrai dalies BVP ir vidutinių išlaidų sveikatos priežiūrai vienam gyventojui rodiklių analize ir pateikiama vidutinė gyvenimo trukmė pasirinktose šalyse, galima teigti, jog išlaidų sveikatos priežiūrai dydis nėra gerų sveikatos priežiūros sistemos rezultatų garantas.

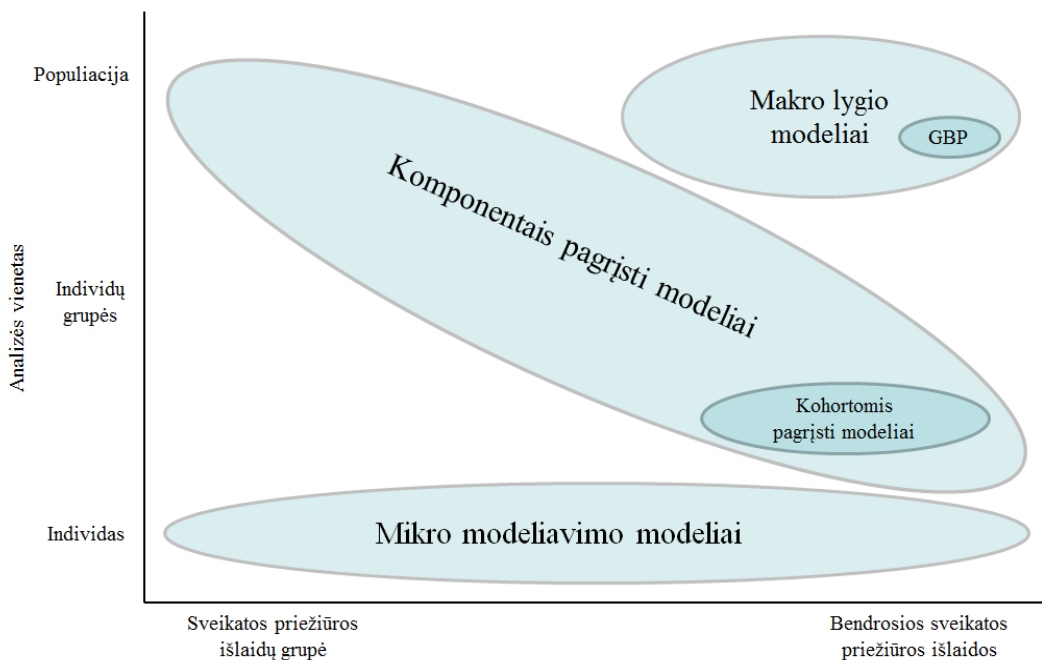
JAV sveikatos sistema, jos adaptavimas Lietuvos sveikatos rinkai nėra įmanomas, nes tai visiškai skirtinga sveikatos sistemos sandara. Tačiau akivaizdu, jog Lietuvos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema galėtų būti išplėsta, taikant JAV naudojamą privalomųjų sveikatos santaupų schemą ir sudarant sąlygas kaupti sveikatos paslaugoms skirtas lėšas.

Vertinant sveikatos priežiūros patirtį Prancūzijoje verta pasimokyti sveikatos priežiūros sistemos sklandaus darbo ir finansavimo. Prancūzijos sistema yra artimesnė Lietuvai, nes ten veikianti sveikatos priežiūros sistema, jos principai yra priimtinesni mūsų šaliai. Sveikatos sistemos finansavimas biudžetinėmis ir savanoriško sveikatos draudimo lėšomis šioje šalyje veikiančią sistemą pavertė viena patikimiausių ir geriausiai vartotojų lūkesčius atitinkančia sistemų pasaulyje.

Akivaizdu, jog Lietuvoje veikianti sistema, kurios finansavimo pagrindas yra valdžios sektoriaus lėšos, ilgainiui negalės efektyviai funkcionuoti, nes skiriamos lėšos yra nepakankamos užtikrinti sveikatos apsaugą šalies gyventojams. Artimiausiu metu turi būti dedamos pastangos lėšų surinkimo sistemos bazės plėtrai, asmeninės atsakomybės už sveikatą ugdymui, finansavimo sistemos tvarumo didinimui, nes vykstantys demografiniai pokyčiai, visuomenės senėjimas, įvairių lėtinių ir chroniškų ligų atvejų gausėjimas lemia vis didesnes sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, kurių nebus įmanoma finansuoti vien socialinio sveikatos draudimo mokesčių pagrindu.

3. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ RINKOS LĖŠŲ SURINKIMO MODELIO SUDARYMAS

Pastaraisiais metais nuolat augančios išlaidos sveikatos priežiūrai ir sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos tvarumo poreikis ilgalaikėje perspektyvoje sąlygoja sveikatos priežiūros lėšų surinkimo ir išlaidų prognozavimo modelių tobulinimą. Sveikatos priežiūros pajamų surinkimo ir išlaidų prognozavimo modeliai skirstomi atsižvelgiant į aprėpties lygį: individualų, individų grupių ar visos visuomenės (Hollenbeck, 1995). Minėti modeliai tuo pat metu gali koncentruotis į specifines sveikatos priežiūros išlaidų grupes, pavyzdžiui, viešąsias išlaidas, socialinį sveikatos draudimą, privatųjį draudimą ar namų ūkių tiesiogines išlaidas sveikatos priežiūrai. Taigi atsižvelgiant į sveikatos priežiūros išlaidų prognozavimo modelių aprėpties lygį ir sveikatos priežiūros išlaidų detalizacijos lygį, išskiriamos trys pagrindinės sveikatos priežiūros išlaidų prognozavimo modelių kategorijos (žr. 22 pav.).



22 pav. Sveikatos priežiūros išlaidų prognozavimo modelių kategorijos (Astolfi ir kt., 2012)

Modeliai, kurių analizės ir prognozavimo objektas yra individas, priskiriami mikro modeliavimo modelių kategorijai. Šių modelių dėka galima įvertinti individo išlaidas konkrečioms sveikatos priežiūros paslaugų grupėms ar apskritai sveikatos priežiūrai. Sveikatos priežiūros išlaidų skirstymas į atskiras grupes ir individų grupavimas pagal vienodus požymius (pvz. pensininkai) ar šių dimensijų kombinacijos, priskiriamos komponentais pagrįstų modelių kategorijai. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, įvertinant visos populiacijos poreikius sveikatos

priežiūros paslaugoms, gali būti prognozuojamos *makro lygio modelių* pagalba. Makrolygio modeliai, kitaip dar vadinami galimos bendrosios pusiausvyros (GBP) modeliais, leidžia prognozuoti sveikatos priežiūros išlaidas bendrosios ekonomikos kontekste (Astolfi ir kt., 2012).

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelių pasirinkimą ir sudarymo procesą sąlygoja pasirinktoje šalyje veikianti sveikatos priežiūros sistema, jos finansavimas, sveikatos politika ir jos pagrindinės strateginės kryptys. Atsižvelgiant į aukščiau aptartas pagrindines sveikatos priežiūros pajamų ir išlaidų prognozavimo modelių kategorijas kaip bazinis pasirinktas *International Labour Organization (ILO) – International Social Security Association (ISSA)* 1999 metais paskelbtas demonstracinis modelis (Cichon ir kt., 1999), apimantis komponentais pagrįstų ir makro lygio modelių kategorijas.

M. Cichon ir kt. (1999) teigimu, sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio sudarymo procesą galima suskirstyti į šešis pagrindinius žingsnius:

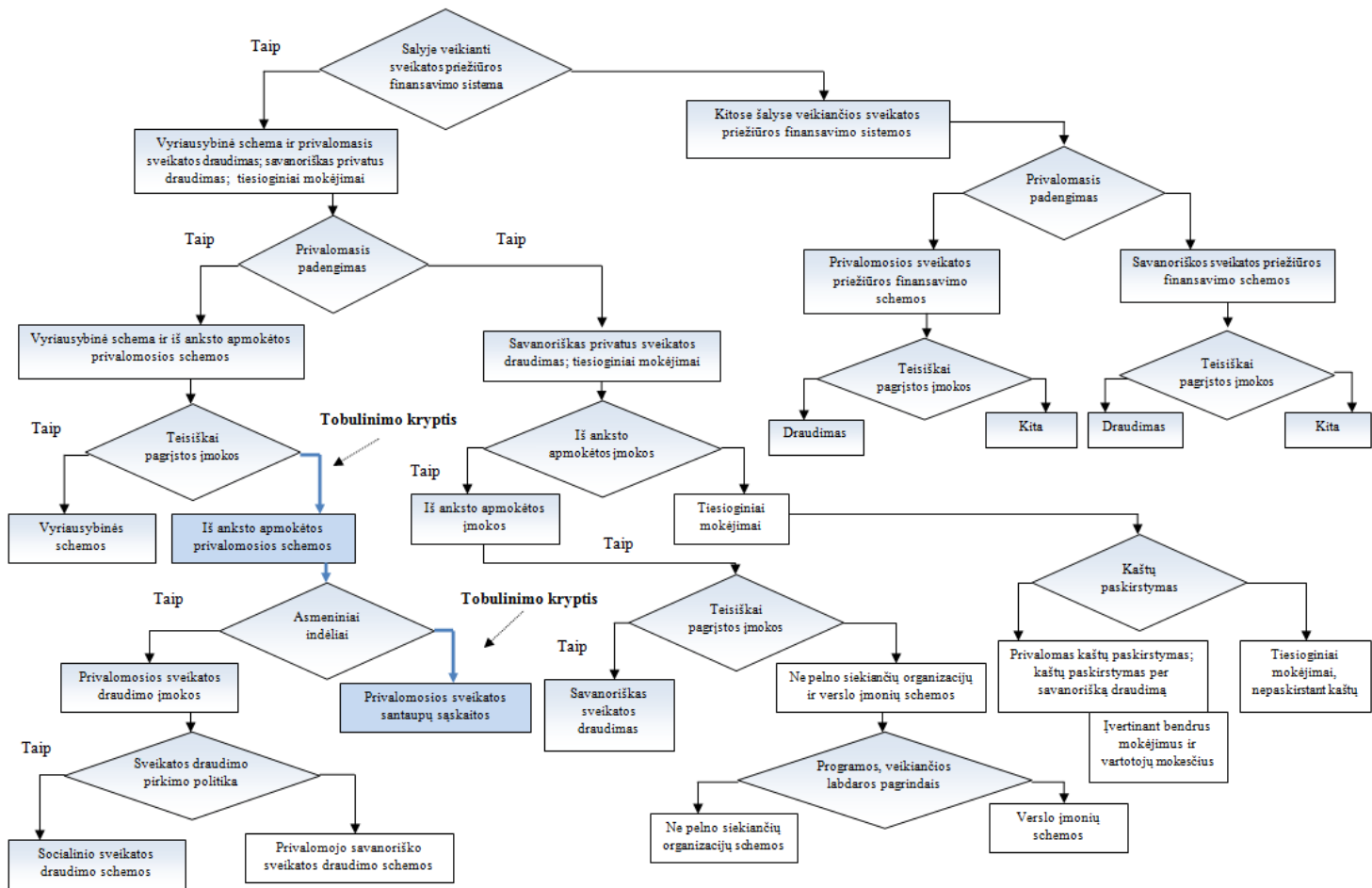
1. Nustatoma modelio aprėptis (kokios lėšų surinkimo schemos bus apimtos).
2. Apibrėžiama asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo modelio loginė struktūra ir etapai.
3. Nustatoma modelio duomenų sistema ir taikymo apribojimai.
4. Užrašoma sukurto modelio matematinė išraiška.
5. Atliekama sudaryto modelio verifikacija.
6. Patikrinamas modelio jautrumas.

Modelio sudarymo proceso pradžioje ypač svarbu išanalizuoti šalies sveikatos priežiūros sistemos „status quo“ modelį, akcentuojant pagrindines veikiančios sistemos problemas ir siūlomas jų sprendimo alternatyvas (žr. 2.3 skyr.).

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio poreikį nulėmė susidariusi situacija šalių sveikatos priežiūros sistemose. Vykstantys demografiniai pokyčiai, ekonominių sąlygų pokyčiai nacionaliniu bei pasauliniu mastu sąlygoja sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos funkcionavimo problemas. Surenkamų lėšų sveikatos priežiūros sistemai finansuoti nepakanka, o dėl šios priežasties lėtėja sveikatos priežiūros infrastruktūros vystymasis, neužtikrinamas finansavimo sistemos tvarumas, mažėja sveikatos priežiūros sistemos konkurencingumas Europos Sąjungos kontekste, nevykdomi kai kurie Europos Sąjungos nustatyti reikalavimai.

3.1. Modelio aprėpties nustatymas

Pirmajame modelio sudarymo proceso etape svarbu apsibrėžti kuriamo modelio panaudojimo sritį. Šiame darbe sudaromas dalinis lėšų surinkimo sistemos modelis, kuris leistų įvertinti galimybes, konkrečioje šalyje pagerinti esamos sveikatos priežiūros finansavimą (pilnas modelis turėtų apimti visas galimas finansavimo schemas (žr. 23 pav.). Modelio aprėpties parinkimas priklauso nuo šalies sveikatos politikos strategijos. Kitaip tariant, negali būti universalus visoms šalims tinkančio modelio. Lėšų surinkimo sistemos modelis leidžia parinkti įvairius scenarijus ir apskaičiuoti sveikatos priežiūros sistemos biudžetus. Pavyzdžiui, gali būti pasirinktas privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų diegimo scenarijus.



23 pav. Asmens sveikatos priežiūros galimos lėšų surinkimo schemas (OECD ir kt., 2011)

Atsižvelgiant į tai, kad siūlomas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis yra dalinis, modelio verifikacija bus atliekama *remiantis principu, kad asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos pajamos ir išlaidos būtų subalansuotos*. Balanso pasiekimui tikslinga detalizuoti sveikatos priežiūros sistemos pajamas ir išlaidas (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos pajamų ir išlaidų detalizavimas (NSS klasifikacija) (1 metų laikotarpis)

Nr.	Sveikatos priežiūros sistemos išlaidos
1.	Gydymo paslaugos
2.	Reabilitacinė priežiūra
3.	Ilgalaikės slaugos paslaugos
4.	Pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos
5.	Medicininės prekės ambulatoriniams ligoniams
6.	Prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos
7.	Sveikatos priežiūros administravimas ir sveikatos draudimas
8.	Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos
9.	Su sveikata susijusios funkcijos
10.	Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų kapitalo formavimas
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos	
Nr.	Sveikatos priežiūros sistemos pajamos
1.	Valdžios sektoriaus lėšos sveikatos priežiūrai be socialinio draudimo
2.	Socialinio draudimo pajamos
3.	Privataus draudimo lėšos sveikatos priežiūrai
4.	Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos sveikatos priežiūrai
5.	Ne pelno institucijos
6.	Bendrovės
7.	Kitos šalys
Bendrosios sveikatos priežiūros pajamos	
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų ir pajamų balansas	

Pateikiamas sveikatos priežiūros finansavimo pajamų ir išlaidų detalizavimas padės suplanuoti siūlomą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos dalinį modelį.

3.2. Modelio loginė struktūra ir etapai

Kitas modelio sudarymo žingsnis asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio sudarymo loginės eigos pateikimas (žr. 24 pav.).

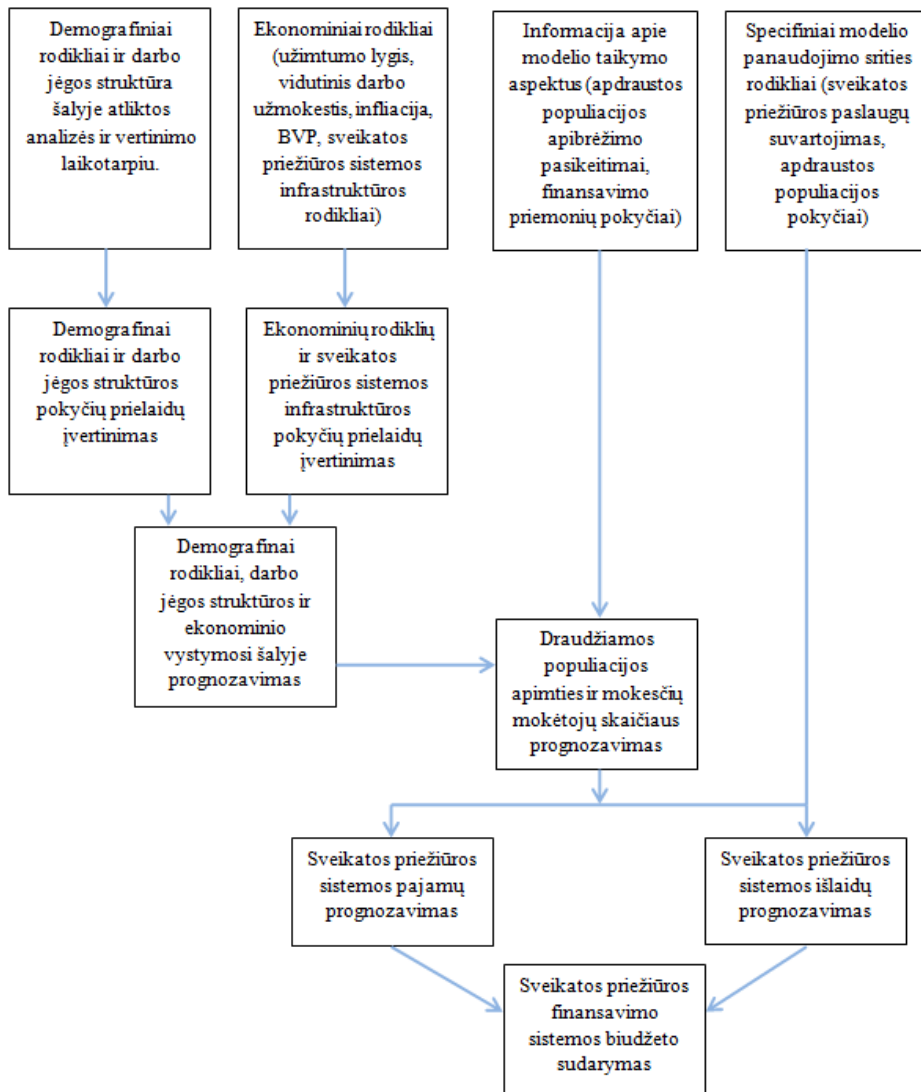
Darbe pasirenkami sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemą įtakojantys veiksniai, darantys tiesioginę įtaką lėšų surinkimo sistemos efektyvumui:

- BVP, infliacijos lygis;
- Darbo jėgos struktūra, gyventojų skaičius;
- Gyventojų gaunamos pajamos;
- Užimtumo lygis šalyje;
- Sveikatos priežiūros sistemos rodikliai.

Rodiklių vertinimas atliekamas šalies sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos kontekste, siekiant įvertinti modelio praktinio taikymo galimybes priimant sprendimus.

Nustačius lėšų surinkimo sistemą įtakojančius veiksnius pasirinktu laikotarpiu įvertinamos demografinių, darbo jėgos struktūros, ekonominių ir sveikatos priežiūros infrastruktūros kitimo prielaidos. Jos reikalingos demografinių, darbo jėgos struktūros ir ekonominių šalies raidos rodiklių prognozavimui.

Sudarius asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo modelį įtakojančių veiksnių prognozes, įvertinami modelio taikymo aspektai, numatantys apdraustos populiacijos apimties pokyčius, naujų finansavimo priemonių taikymą ir kt.



24 pav. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio sudarymo loginė eiga (Cichon ir kt., 1999)

Turint minėtus duomenis atliekamas draudžiamos populiacijos apimties ir mokesčių mokėtojų skaičiaus prognozavimas.

Draudžiamos populiacijos apimties ir mokesčių mokėtojų skaičiaus prognozė naudojama sveikatos priežiūros sistemos pajamų prognozės sudarymui. O specifiniai modelio panaudojimo srities rodikliai, susiję su sveikatos priežiūros sistemos specifiniais rodikliais, naudojami sveikatos priežiūros sistemos išlaidų prognozės sudarymui.

Atlikta sveikatos priežiūros sistemos pajamų ir išlaidų prognozė leis sudaryti prognozuojamą sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos biudžetą ir įvertinti siūlomų asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos plėtros priemonių naudą.

3.3. Modelio duomenų sistema ir taikymo apribojimai

Trečiajame modelio sudarymo proceso žingsnyje sudaromas modeliui būtinų duomenų sąrašas. Šiame sąraše pateikiamos ne tik modeliui reikalingos duomenų grupės, bet taip pat ir jų detalizavimas bei laikotarpiai. Šis sąrašas bus naudojamas kaip duomenų surinkimo ir analizės gairės. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio duomenų gairėse modeliui reikalingi duomenys, klasifikuojami į keturias pagrindines grupes: demografinius ir darbo jėgos struktūros rodiklius, ekonominius rodiklius, specifinius modelio panaudojimo srities rodiklius (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Modelio duomenų grupės ir analizės laikotarpiai

Žymėjimas	Rodiklių grupės	Laikotarpis
1.	Demografiniai rodikliai	
D1	Gyventojų skaičius metų pradžioje	12 metų
D2	Vaikų skaičius metų pradžioje	12 metų
D3	Pensinio amžiaus gyventojų skaičius metų pradžioje	12 metų
2.	Užimtumo ir darbo jėgos rodikliai	
U1	Darbo jėgos aktyvumo lygis, proc.	2012 m.
U2	Produktyvumas, Lt/ žm.	12 metų
U3	Samdomų darbuotojų skaičius	2012 m.
U4	Savarankiškai dirbantys asmenys	2012 m.
U5	Bedarbiai	2012 m.
3.	Ekonominiai rodikliai	
E1	BVP (to meto kainomis), Lt	12 metų
E2	Infliacija, proc.	12 metų
E3	Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu), Lt	12 metų
4.	Sveikatos priežiūros sektoriaus rodikliai	
SP1	Sveikatos priežiūros sistemos pajamos iš dalinių priemonių	2012 m.
SP2	LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai + pensininkai)	2012 m.
SP3	Vyriausybės subsidijos sveikatos priežiūrai	2012 m.
SP4	Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms	2012 m.
SP5	Kitos sveikatos priežiūros sistemos pajamos	2012 m.
SP6	Lovadienių skaičius (stacionaras)	2012 m.

SP7	Lovadienio kaštai (stacionaras)	2012 m.
SP8	Išlaidos medicininei reabilitacijai ir stacionariniam gydymui	2012 m.
SP9	Išlaidos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugoms	2012 m.
SP10	Išlaidos slaugai ir rezidentinei priežiūrai	2012 m.
SP11	Receptų skaičius	2012 m.
SP12	Recepto kaštai	2012 m.
SP13	Išlaidos aprūpinimui centralizuotai perkamais vaistais	2012 m.
SP14	Išlaidos žmogaus organų ir audinių transplantacijai	2012 m.
SP15	Išlaidos ortopedijos techninėms priemonėms	2012 m.
SP16	Išlaidos dantų protezavimo paslaugoms	2012 m.
SP17	Išlaidos prevencinėms programų įgyvendinimui	2012 m.
SP18	Išlaidos kitoms svarbioms programų įgyvendinimui	2012 m.
SP19	Administraciniai kaštai	2012 m.
SP20	Kitos išlaidos	2012 m.

Šiame etape, be jau aptartų modeliui svarbių duomenų analizės gairių, būtina apsibrėžti asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikymo aspektus (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikymo aspektai

1.	Gyventojų aprėptis
1.1.	Gyventojų grupės/institucijos finansuojančios modelį
1.2.	Gyventojų grupės, turinčios teisę gauti išmokas pagal modelį
1.2.1.	Gyventojų grupės apdraustos be jokių finansinių išpareigojimų (vaikai, šeimos nariai ir kt.)
2.	Teikiama nauda
2.1.	Teikiamos naudos apdraustiesiems gyventojams pobūdis ir mastas
2.2.	Tinkamumo sąlygos (kiekvienam naudos tipui)
3.	Tiekėjų pristatymo ir atlyginimo modelis
3.1.	Tiekėjų dalyvavimo tipas ir santykiai su jais (gydytojai, ligoninės; pagal sutartis ir kt.)
3.2.	Atsiskaitymai su tiekėjais (atvejo apmokėjimas, biudžetai ir kt.)
4.	Finansavimo taisyklės
4.1.	Bendri finansavimo metodai ir šaltiniai (įmokos, bendrieji mokesčiai, nustatyti mokesčiai)
4.2.	Aktuarinė pusiausvyra (socialinio draudimo rezervai sukaupti per analizuojamą laikotarpį)
4.3.	Įmokų lygio ar mokesčių dydžio nustatymas, jeigu tai įmanoma

Šaltinis: Cichon ir kt., 1999

Detalizavus asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio duomenų sistemą ir jų analizės gaires bei modelio taikymo aspektus, kitame žingsnyje aprašomas matematinis asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis.

3.4. Modelio principai ir matematinė išraiška

Ketvirtajame modelio sudarymo žingsnyje užrašoma modelio matematinė išraiška. Sudarant modelio matematinę išraišką gali išaiškėti, kad modelio pagrindimui trūksta tam tikrų duomenų, tokiu atveju modelio struktūra turėtų būti

papildoma tyrėjo nuomone svarbiais tyrimui duomenimis arba pasirenkamas tikslesnis duomenų surinkimo ir apdorojimo procesas.

Baziniai finansiniai principai. Planuojant matematinį modelį labai svarbu įvertinti sisteminius nuokrypius, kurie įtakoja visus modelius. Sisteminiai nuokrypiai yra susiję su prognozuojamų ir realiai stebimų reiškinų neatitikimais. Pasak M. Cichon ir kt. (1999), sisteminių nuokrypių poveikį modeliams sąlygoja esminės sudarymo klaidos – realiai modeliavimo objektas yra įtakoje daug sudėtingesnių, tarpusavyje sąveikaujančių veiksnių nei modelis gali apimti. Taigi tokio modelio verifikacijos rezultatai skirsis nuo realiai stebimų rezultatų, kurie gali būti įtakojami sunkiai prognozuojamų atsitiktinių kintamųjų.

Idealus būdas siekiant identifikuoti ir išvengti sisteminių klaidų pilnos praeities (*ex ante*) projekcijos sudarymas. Šiose projekcijose analizuojama sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos vystymasis praeityje, o gauti rezultatai lyginami su modelio rezultatais, pagrįstais realiais stebėjimais. Šiuo būdu gali būti išskiriami sisteminiai projekcijos ir realios situacijos neatitikimai. Tačiau šį procesą apsunkina atsitiktinių klaidų atsiradimo tikimybė, galinti iškreipti praeities projekcijų įvertinimą.

Minimizavus sisteminių poveikį praeities projekcijoms kinta modelio specifikacijos arba kitaip tariant modelio pagalba galima lyginti praeities projekcijų ir realiai stebimų rezultatų reikšmes. Sveikatos priežiūros rinka pasižymi tam tikra specifika (žr. 1.2. skyrių), todėl kartais labai sudėtinga įvertinti visus modelį įtakančius veiksnus. Todėl modelio rezultatai gali būti koreguojami pritaikant koregavimo koeficientą ir jo pagalba perskaičiuojant sveikatos priežiūros išlaidas, pajamas ar kitus modelyje naudojamus specifinius rodiklius siekiant palyginti praeities ir realiai stebimus rezultatus. Šiam tikslui gali būti naudojami įvairių sveikatos priežiūros rodiklių, įplaukų, demografinių charakteristikų ar kitų veiksnių i perskaičiavimo koeficientai kf_i (3.1) formulė.

$$kf_i = \sum_{a=1}^b \frac{[RSR_i(t) / BR_i(t)]}{b - a + 1}; \quad (3.1)$$

- čia kf_i – koregavimo koeficientas;
 $RSR_i(t)$ – realiai stebima rodiklio (pajamų, išlaidų, demografinių rodiklių) reikšmė i praeities projekcijose t laikotarpiu, įvertinus įvairius nenumatytus poveikius;
 $BR_i(t)$ – bazinė rodiklio reikšmė, be korekcijos;
 $KV_i(t)$ – koreguota rodiklio vertė;
 $\{a, \dots, b\}$ – praeities projekcijos laikotarpis;
 $\{b+1, \dots, c\}$ – ateities prognozės laikotarpis.

Įvertinus perskaičiavimo koeficientus galime apskaičiuoti koreguotą rodiklio vertę $KV_i(t)$ (3.2) formulė.

$$KV_i(t) = kf_i \times BR_i(t); t \in \{b + 1, \dots, c\} \quad (3.2)$$

Naudojant perskaičiavimo koeficientą k_f daroma prielaida, kad praeities laikotarpio vidutinė sisteminė paklaida x yra lygi vidutinei sisteminei paklaidai x ateities prognozėje.

Kitas svarbus matematinio modelio sudarymo etapas – modelio jautrumo patikrinimas, padedantis patikrinti modelio realumą. Pagrindinis šio proceso tikslas – parodyti modelio naudotojams (sprendimų priėmėjams) konkrečių rodiklių įtaką finansinei sistemos pusiausvyrai. Modelio jautrumas tikrinamas keičiant vieno iš pasirinktų parametrų reikšmes, o gautas naujas modelio rezultatas yra lyginamas su ‚status quo‘ projekcija. Vienas iš standartinių modelio jautrumo patikrinimo būdų – tai įvairių ekonominio vystymosi scenarijų projekcijos, parodančios konkrečių ekonominių ar demografinių rodiklių įtaką finansinei sistemos pusiausvyrai.

Atsižvelgiant į tai, kad modelio realumas ir pagrįstumas priklauso nuo modelyje naudojamų duomenų ir informacijos tikslumo bei lėšų surinkimo sistemos veikimo žinių, ypač sveikatos priežiūros paslaugų kainų ir paklausą lemiančių veiksnių bei jų poveikio visai sistemai. Sudarant matematinį asmens sveikatos priežiūros finansavimo tobulinimo modelį rekomenduojama laikytis šešių pagrindinių taisyklių (Cichon, M. ir kt.; 1999):

- Apsibrėžti prognozavimo laikotarpį;
- Būtina analizuoti kelis modelio pritaikymo scenarijus;
- Apibrėžti modelio patikimumą ir rekursyvumą;
- Modelio skaidymo ribų nustatymas;
- Palyginamumas su OECD standartais;
- Makroekonominio lygio sandara.

Atsižvelgiant į teikiamas rekomendacijas modelio prognozavimo laikotarpis turėtų būti vidutinės trukmės, t. y. 4 – 5 metai. Tokios trukmės laikotarpio prognozės yra patikimesnės nei ilgo laikotarpio prognozės.

Pritaikant modelį būtina prognozuoti kelis galimus ekonominės aplinkos vystymosi scenarijus, kurie gali įtakoti ne tik prognozuojamus rodiklius, bet ir pačios modelio struktūros pokyčius. Dažniausiai praktikoje naudojami modelio verifikacijos scenarijai: optimistinis, labiausiai tikėtinas ir pesimistinis. Modelio verifikacija įvairiems politinės, ekonominės ir sveikatos aplinkos vystymosi scenarijų atvejams leidžia sukurti patikimesnį ir realesnį asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį.

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis verifikuojamas nuolat kintančioje ir kartais sunkiai prognozuojamoje aplinkoje, todėl šiuo požiūriu labai svarbus modelio patikimumas. Ateities prognozių sudarymas turi būti paremtas realiai fiksuotais statistiniais stebėjimais ir jų rezultatais. Prognozės, paremtos realių praeities laikotarpių analize, yra pagrįstesnės ir patikimesnės. Pagrindinis modeliavimo tikslas yra suskurti realybei artimą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį.

Sudarant asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį labai svarbu išanalizuoti pačią sistemą, ją įtakojančius veiksnius ir tų veiksnių tarpusavio priklausomybes. Siekiant išvengti sisteminių klaidų, sąlygotų netinkamos veiksnių tarpusavio sąveikos įvertinimo, M. Cichon ir kt. (1999) siūlo taikyti rekursyvinį modeliavimą. Rekursyvumas – tai pakartotinio prognozavimo metodas, remiantis

realiomis pradinėmis rodiklių reikšmėmis kaip bazinėmis reikšmėmis. Prognozuojamos rodiklių reikšmės, siejamos su realiai fiksuotomis rodiklių reikšmėmis baziniu laikotarpiu. Šis požiūris apibūdinamas formule:

$$II(t) = f(II(t-1), \Delta r_1(t), \dots, \Delta r_n(t)); \quad (3.3)$$

čia $II(t)$ – išmokų išlaidos tam tikrai paslaugų kategorijai t laikotarpiu;
 $\Delta r_n(t)$ – rodiklio i pokytis dėl n rodiklių $r_n(t)$, kuris parodo išmokų išlaidų kitimą t laikotarpiu prognozuojamu periodu;
 $II(0)$ – bazinio laikotarpio išlaidų vertė konkrečioje išmokų kategorijoje. Konkreti statistinė rodiklio reikšmė koreguojama pagal nepaprastą finansinį poveikį pradinio laikotarpio. Taigi $II(0)$ gali būti priimama kaip „normali“ rodiklio reikšmė prognozuojamu laikotarpiu.

Realiomis „normaliomis“ reikšmėmis pagrįstos ateities prognozės padeda įvertinti skirtingų išlaidų kategorijų tarpusavio priklausomybes. Netgi tuo atveju, kai išsamioje prognozėje šios tarpusavio priklausomybės įvertinamos tik dalinai, tai sudaro sąlygas sumažinti klaidų tikimybę gana trumpame laikotarpyje. Modeliavimas atliekamas nevienalytėje struktūroje, kurios dalyvių sąveika ir elementai ne visada iki galo išnagrinėti, yra grindžiamas pasikartojančiomis procedūromis, padedančiomis įvertinti struktūrą įvairiais aspektais.

Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai, pagrįsti sveikatos draudimu, gali būti skaidomi pagal tris dimensijas:

- Išmokų kategorijas;
- Sveikatos draudimu apdraustųjų gyventojų grupes;
- Amžiaus grupes ar lytį.

Modelio skaidymas yra tikslingas tol, kol įmanoma gauti tolesniam modelio detalizavimui reikalingus ir pagrįstus statistinius duomenis.

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modeliai sudaromi prisilaikant OECD sveikatos sąskaitų sudarymo principų. Esminis momentas, kad sudarytas sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis būtų palyginamas su šalies sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema ar jos dalimi.

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modeliai ar dalinės lėšų surinkimo schemas sudaromos atsižvelgiant į ekonominę bei demografinę sistemas, kurioje modelis funkcionuoja. Sveikatos priežiūros finansavimą įtakoja įvairių ekonominių bei demografinių rodiklių pokyčiai, kurie modelyje turi būti įvertinti.

Apibendrinus pagrindines asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio sudarymo taisykles pateikiama matematinė siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos dalinio modelio išraiška.

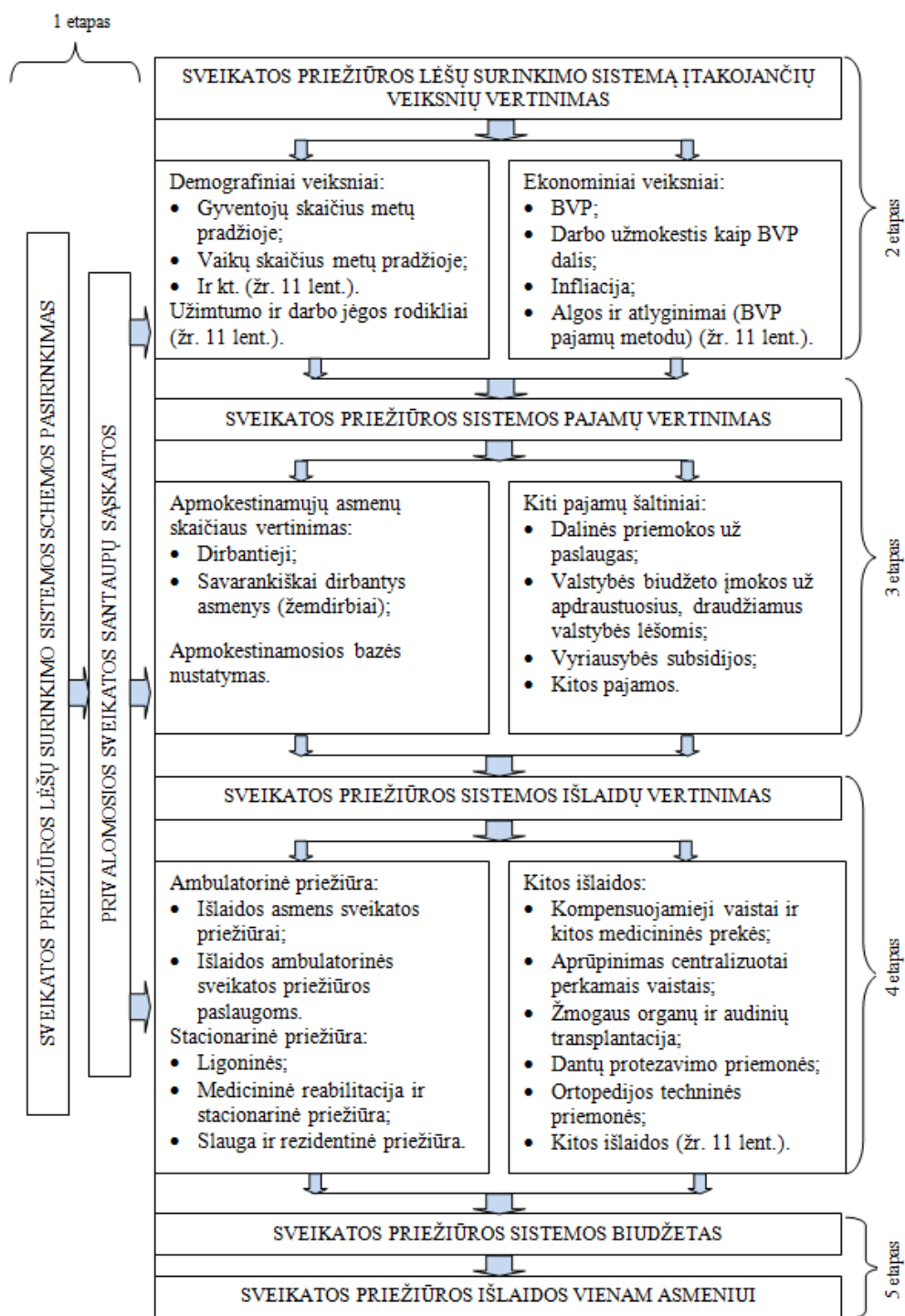
Atsižvelgiant į 3.1 skyr. numatytas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos galimas schemas (privalomąsias medicininių santaupų sąskaitas) siūlomas dalinis lėšų surinkimo sistemos modelis, grindžiamas finansine pusiausvyra tarp sveikatos priežiūros finansavimui surenkamų pajamų ir jai skirtų išlaidų.

Pamatinė sudaryto asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio finansinės pusiausvyros lygtis (ilgesniam nei vienerių metų laikotarpiui; kairė pusė rodo pajamas, o dešinė – išlaidas) pateikiama (3.4) formulėje:

$$R(0) + \sum_{t=1}^T I(t) \times BAP(t) \times d^t = \sum_{t=1}^T BI(t) \times d^t ; \quad (3.4)$$

čia $R(0)$ – rezervai 0 (bazinio) periodo pabaigoje;
 $I(t)$ – įmokų koeficientas (dalis nuo pajamų), t laikotarpyje;
 $BAP(t)$ – bendrosios apdraustosios pajamos t laikotarpiu;
 d^t – diskonto norma ($d=1/(1+i)$), įvertinus laikotarpį;
 $BI(t)$ – bendrosios išlaidos per t laikotarpį.

Modelio loginė struktūra ir sudarymo etapai. Sudarius pagrindinę pateikto asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio (3.4) lygtį, pateikus modelio loginę eigą (žr. 24 pav.) toliau pateikiama bendroji modelio sandara (žr. 25 pav.).



25 pav. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos bendrasis modelis (struktūra)

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis realizuojamas tokia tvarka (žr. 25 pav.):

- **1 etapas.** Pairenkama sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schema, pavyzdžiui, privalomosios sveikatos santaupų sąskaitos. Modelio verifikacija bus atliekama atsižvelgiant į pasirinktą lėšų surinkimo schemą ir įvedant modifikacijas kituose etapuose pagal skirtingus vystymosi scenarijus (žr. 4.3 skyr.). Šiame etape nustatomos lėšų surinkimo schemas taikymo nuostatos dėl apmokestinimo ir sveikatos priežiūros sistemai reikalingų pajamų surinkimo.

- **2 etapas.** Modelyje detalizuojami ir vertinami pagrindiniai asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimą įtakojančys veiksniai: demografiniai rodikliai ir darbo jėgos struktūra; ekonominiai rodikliai. Modeliui svarbių rodiklių pasirinkimas nulemia siūlomo modelio pagrįstumą ir jo praktinio taikymo realumą. Esant poreikiui modelį įtakojančių rodiklių sandara gali būti koreguojama atsižvelgiant į jų reikšmingumą (atsisakoma mažą įtaką modeliui darančių rodiklių ir įtraukiant reikšmingesnius tyrimui duomenis). Šio modelio etapo matematinės lygtys pateikiamos 13 lentelėje.

13 lentelė. Ekonominių, demografinių ir darbo jėgos struktūros veiksnių vertinimas

Rodiklis	Formulės Nr.	Apskaičiavimo formulė	Kintamųjų reikšmės
Darbo jėga DJ(t)	3.5	$DJ(t) = dag(t) \times al(t)$	dag(t) – darbingo amžiaus gyventojų skaičius; al(t) – darbingo amžiaus gyventojų aktyvumo lygis, proc.
Užimtumas U(t)	3.6	$U(t) = BVP(t)/p(t)$	BVP(t) – bendrasis vidaus produktas, litais; p(t) – produktyvumas.
Produktyvumas p(t)	3.7	$p(t) = vn(t) \times dvs(t)$	vn(t) - valandinis našumas, Lt; dvs(t) - darbo valandų skaičius.
Darbo užmokestis DU(t)	3.8	$DU(t) = BVP(t) \times dud(t)/U(t)$	dud(t) – darbo užmokesčio dalis BVP.

Atliekant demografinių ir ekonominių veiksnių įtakos vertinimą sveikatos priežiūros sistemos finansavimui vertinami pakankamai ilgo laikotarpio (10 m.) statistiniai duomenys ir remiantis jais apskaičiuojami reikalingi rodikliai. Ekonominiame ir demografiniame modulyje apskaičiuojami trys pagrindiniai rodikliai (žr. 13 lent.): darbo jėga, dirbantieji ir darbo užmokestis.

Darbo jėgos rodiklis apskaičiuojamas įvertinus darbingo amžiaus gyventojų skaičių (15-64 metų) ir jų aktyvumo lygį.

Užimtumas vertinamas kaip BVP tam tikru laikotarpiu ir produktyvumo santykis.

Vertinant darbo užmokesčio apimtį imamas BVP ir darbo užmokesčio dalies BVP bei užimtumo santykis. Šių rodiklių dėka nustatomi potencialūs sveikatos priežiūros sistemos finansuotojai ir jų pajamų dydžiai, kurie reikalingi tolesniuose skaičiavimuose.

• **3 etapas.** Remiantis M. Cichon ir kt. (1999) pateikiama sveikatos priežiūros lėšų surinkimo modelio sudarymo metodologija trečiajame etape atliekamas sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas. Pajamų vertinimas atliekamas trimis požiūriais: apmokestinamųjų asmenų, apmokestinamosios bazės ir kitų pajamų.

Apmokestinamieji asmenys. Apmokestinamieji asmenys dažniausiai skirstomi į šias pagrindines grupes:

1. Samdomi darbuotojai – asmenys, pagal sutartį su darbdaviu įsipareigoję dirbti arba eiti tam tikras pareigas pagal darbovietėje nustatytą darbo tvarką ir gaunantis sulygtą darbo užmokestį. Įskaitomi dirbantys tiek pagal rašytinę darbo sutartį, tiek pagal žodinį susitarimą.

2. Savarankiškai dirbantys asmenys – be samdomųjų darbuotojų dirbantys asmenys (kitų darbuotojų nesamdantys asmenys, turintys savo verslą, dirbantys pagal verslo liudijimą ar ūkininkaujantys, negaunantys atlyginimo, bet turintys pelno, pajamų) ir su samdomaisiais darbuotojais dirbantys asmenys (bent vieną darbuotoją samdantys asmenys, turintys savo verslą ar ūkininkaujantys, negaunantys atlyginimo, bet turintys pelno pajamų).

3. Pensininkai – 65 m. sulaukę ir vyresni asmenys.

4. Bedarbiai – nedirbantys 15 – 74 m. amžiaus asmenys, kurie aktyviai ieško darbo ir per apibrėžtą laikotarpį gali pradėti dirbti.

Išskyrus pagrindines apmokestinamųjų asmenų grupes, nustatomas kiekvienos grupės apmokestinimo būdas ir dydis, atsižvelgiant į jų gaunamas pajamas ir ekonominę aktyvumą. Kiekvienos apmokestinamosios grupės būdas ir dydis apibrėžiamas teisinėmis normomis.

Išskirtos apmokestinamųjų asmenų grupės gali būti toliau detalizuojamos, nes detalizavimas padeda tiksliau įvertinti kiekvienos apmokestinamosios grupės indėlį į bendrąsias sveikatos priežiūros sistemos pajamas ir didina siūlomo modelio patikimumą.

Apmokestinamoji bazė. Kiekvienos sistemos, kurios finansavimas pagrįstas įmokų surinkimu, pagrindas – apmokestinamoji bazė – apmokestinamųjų asmenų gautų pajamų bendroji vertė, kurios pagrindu apskaičiuojama sveikatos priežiūros sistemos pajamų dalis. Nustatant apmokestinamąją bazę labai svarbu identifikuoti apdraustųjų asmenų apmokestinimo dydžius, jeigu skirtingoms grupės nustatomos skirtingos apmokestinimo normos. Apmokestinamoji bazė apskaičiuojama įvertinant visų apmokestinamųjų asmenų gaunamas pajamas pagal nustatytą atskiros grupės apmokestinimo normą. Vertinant apmokestinamųjų asmenų gaunamas pajamas nebus naudojami vidutiniai dydžiai, nes tokiu būdu neįvertinamos mažesnės nei vidutinio dydžio apmokestinamųjų asmenų gaunamos pajamos, o tai savo ruožtu iškreips pajamų vertinimo rezultatus.

Siūlomame sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelyje siekiama įvertinti kiekvienos apmokestinamosios grupės indėlį į bendrąsias sveikatos priežiūros sistemos pajamas pagal joms nustatytas apmokestinimo normas. Bendruoju požiūriu sveikatos priežiūros sistemai surenkamos lėšos turėtų atitikti sveikatos sistemos patiriamas išlaidas.

Kitos pajamos. Vertinant kitas sveikatos priežiūros sistemos pajamas dažniausiai vertinamos šios pagrindinės grupės:

1. Valstybės biudžeto lėšos ar specifinės subsidijos;
2. Pajamos iš dalinių priemokų;
3. Darbdavių įmokos;
4. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
5. Kitos pajamos gaunamos iš tarptautinės bendruomenės (ES struktūrinė parama ir kt.).

Pastaruoju metu gydymo įstaigoms susiduriant su finansavimo problemomis daugelis paslaugų apmokestinamos dalinėmis priemokomis, kai pacientas turi susimokėti už suteikiamas paslaugas dalį jos kainos, taip pat pacientai moka dalines priemokas išgydami kompensuojamus vaistus. Taigi atliekant sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimą svarbu įvertinti šias dedamąsias. Siūlomame modelyje šios dedamosios vertinamos pagal privačiųjų namų ūkių tiesiogines išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms ir medikamentams.

14 lentelė. Dalinių priemokų formos ir jų naudojimas

	Ambulatorinė priežiūra	Stacionarinė priežiūra	Medikamentai	Pagalbinės medicinos priemonės ir protezai
Mokesčio tarifas	Apsilankymas/ Vizitas	Dienos/Laikotarpio	Vienetas/receptas	Vienetas/receptas
Procentas	Nuo mokesčio	Nuo mokesčio	Nuo kainos	Nuo kainos
Viršijimo ribos	Mokestis, nustatytas sveikatos draudimo	Mokestis, nustatytas sveikatos draudimo	Mokestis nustatytas sveikatos draudimo	Mokestis, nustatytas sveikatos draudimo
Taikymo išimtys	Tam tikras gydymas	Privačios gydymo įstaigos	Mažiau svarbūs vaistai, negyvybiškai būtini vaistai	Dantų protezai, akių protezai ir kt.

Kitos pajamos. Šioje dalyje vertinami sveikatos priežiūros sistemos rezervai, kompensacijos ar kitos finansinės operacijos, turinčios įtakos sveikatos priežiūros sistemos pajamų formavimui.

Atliekant sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimą įvertinamos apmokestinamųjų asmenų grupės, apmokestinamoji bazė, bendroji apmokestinamoji bazė, sveikatos priežiūros sistemos pajamos iš įmokų ir bendrosios sveikatos priežiūros sistemos pajamos. Matematinės minėtų rodiklių apskaičiavimo lygtys pateikiamos 15 lentelėje.

15 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemas pajamų vertinimas

Rodiklis	Formulės Nr.	Apskaičiavimo formulė	Kintamųjų reikšmės
Apmokestinamieji asmenys AA(t)	3.9 3.10 3.11 3.12	$AA(t) = AA_1(t) + AA_2(t) + AA_3(t)$ $AA_1(t) = U(t) \times pl_1(t) \times md_1(t)$ $AA_2(t) = [DJ(t) - U(t)] \times pl_2(t) \times md_2(t)$ $AA_3(t) = eng(t) \times md_3(t)$	U(t) – užimtumas; pl _i (t) – grupės padengimo lygis, proc.; md _i (t) – indėlio dydis DJ(t) – darbo jėga; eng(t) – ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai, neįskaitant vaikų).
Apmokestinamoji bazė AB _i (t)	3.13	$AB_i(t) = DU(t) \times ma_i(t) \times mr_i(t)$	mr ₁ (t) – mokėjimų rodiklis, proc.; ma _i (t) – mokėjimų apimtis, proc.; DU(t) – darbo užmokestis.
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB(t)	3.14	$BAB(t) = \sum_{i=1}^3 AA_i(t) \times AB_i(t)$	dud(t) – darbo užmokesčio dalis BVP.
Apmokestinamos pajamos PĮ(t)	3.15	$PĮ(t) = BAB(t) \times md_i(t)$	md _i (t) – indėlio dydis.
Bendrosios galimos pajamos BP(t)	3.16	$BP(t) = PĮ(t) + KP(t)$	KP(t) – kitos pajamos.

Vertinant apmokestinamųjų grupių indėlį į sveikatos priežiūros sistemos finansavimą išskiriamos dvi pagrindinės apmokestinamųjų asmenų grupės: samdomųjų darbuotojų grupė (AA₁(t)), savarankiškai dirbančių asmenų grupė (AA₂(t)). Vertinant kiekvienos minėtos grupės generuojamas pajamas nustatomi skirtingi mokesčių dydžiai bei grupės padengimo dydžiai.

Vertinant apmokestinamosios bazės dydį atsižvelgiama į konkrečios apmokestinamųjų asmenų grupės darbo užmokesčius, indėlio dydį ir grupės mokėjimų rodiklį.

Nustatant bendrąją apmokestinamąją bazę įvertinamos kiekvienos apmokestinamųjų asmenų grupės generuojamos pajamos ir apmokestinamosios bazės dydis.

Atliktas apmokestinamųjų asmenų pajamų vertinimas, apmokestinamosios bazės ir bendrosios apmokestinamosios bazės vertinimas leidžia apskaičiuoti sveikatos priežiūros sistemos pajamas iš įmokų (PĮ(t)) ir įvertinus kitas sveikatos priežiūros sistemos pajamas (KP(t)) leidžia apskaičiuoti bendrąsias sveikatos priežiūros sistemos pajamas (BP(t)).

- **4 etapas.** Ketvirtajame etape sveikatos priežiūros sistemos išlaidos skirstomos į tris dalis: išlaidas apdraustiesiems, administracinius kaštus ir kitas išlaidas (žr. 16 lent.).

Atliekant išlaidų išmokoms vertinimą svarbu įvertinti draudžiamosios asmenų dalies apimtis, nes jos dydis skirsis nuo apmokestinamųjų asmenų dalies. Draudžiamųjų asmenų daliai priklausys asmenys, kurie nėra apmokestinami įmokomis, tačiau turi teisę gauti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (vaikai, pensininkai, bedarbiai ir pan.). Siekiant nustatyti apdraustosios asmenų grupės dydį dažniausiai naudojami du būdai: 1) apskaičiuojant priklausomybės apdraustajai gyventojų grupei veiksnį; 2) nustatant padengimo koeficientą nuo bendro gyventojų skaičiaus.

16 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas

Rodiklis	Formulės Nr.	Apskaičiavimo formulė	Kintamųjų reikšmės
Apdraustieji gyventojai AG(t)	3.17	$AG(t) = \sum_{i=1}^3 AA_i \times pmgr(t)$	AA _i (t) – apmokestinamieji asmenys; pmgr(t) – priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis, proc.
Einamosios išlaidos II(t)	3.18	$II(t) = \sum II_j(t)$ čia $II_j(t) = AA_j(t) \times pk(t) \times kvk(t)$	pk(t) – panaudojimo koeficientai; j – paslaugų kategorijos; kvk(t) – kategorijos vieneto kaštai.
Bendrosios išlaidos BI(t)	3.19	$BI(t) = II(t) + AI(t) + KI(t)$	AI(t) – administracinės išlaidos; KI(t) – kitos išlaidos.

Kitame žingsnyje nustatomos išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms pagal šias bendras grupes: išlaidas asmens sveikatos priežiūrai, išlaidas stacionariniam gydymui, išlaidas medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, išlaidas ambulatorinei priežiūrai, išlaidas slaugai ir rezidentinei priežiūrai ir kitas išlaidas (žr. 11 lent.). Minėtos išlaidos vertinamos pagal atvejų skaičių ir jų kaštus. Šiam tikslui naudojami statistiniai duomenys, kurių pagrindu įvertinami atvejų skaičiai ir jų sąnaudos.

Atliekant sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimą įvertinamos sveikatos priežiūros išlaidos, susijusios su apdraustaisiais gyventojais (AG(t)); išmokų išlaidos (II(t)), atspindinčios lėšų poreikį įvairioms sveikatos priežiūros paslaugoms; bendrosios išlaidos, kuriose įvertinamos sveikatos priežiūros sistemos administracinės išlaidos (AI(t)) bei kitos išlaidos (KI(t)).

- **5 etapas.** Penktajame etape įvertinami rezultatai ir sudaromas siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio biudžetas. Šioje išraiškoje atsispindi atliktų demografinių, ekonominių rodiklių, planuojamų sveikatos priežiūros sistemos pajamų bei išlaidų įvertinimo įtaka modeliui, įvertinamas sveikatos priežiūros sistemos biudžetas (žr. 17 lent.). Įvertinamos asmens sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui.

17 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas

Rodiklis	Formulės Nr.	Apskaičiavimo formulė	Kintamųjų reikšmės
Būtinasis įmokų tarifas BĮT(t)	3.20	$B\dot{I}T(t) = [BI(t)-KP(t)]/BAB(t)$	BI(t) – bendrosios išlaidos; KP(t) – kitos pajamos; BAB(t) – bendroji apmokestinamoji bazė.
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto balanso patikrinimas SPSB(t)	3.21	$SPSB(t) = BP(t)-BI(t)+R(t-1)$	BP(t) – bendrosios pajamos; BI(t) – bendrosios išlaidos; R(t-1) – praėjusio laikotarpio rezervas.
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui SPIG(t)	3.22	$SPIG(t) = SPSB(t)/gs(t)$	gs(t) – gyventojų skaičius.
Darbuotojo per 1 metus sumokama įmoka DSSI(t)	3.23	$DSSI(t) = DU(t) \times B\dot{I}T(t)$	DU(t) – darbo užmokestis. BĮT(t) - būtinasis įmokų tarifas.
Darbdavio per 1 metus į PSDF sumokama įmoka DRSI(t)	3.24	$DRSI(t) = DU(t) \times KP3(t)$	KP3(t) – darbdavio PSDF įmokos dydis (3 proc.).
PSSS fondo įplaukos	3.25	$PSSS(t) = ((DU(t) \times SMDI_{PSSS}(t)) \times AA1(t)) + ((DU(t) \times SDI_{PSSS}(t)) \times AA2(t))$	AA1(t) – samdomų darbuotojų skaičius; SMDI _{PSSS} (t) – samdomų darbuotojų PSSS įmokos dydis; AA2(t) – savarankiškai dirbančių darbuotojų skaičius; SDI _{PSSS} (t) – savarankiškai dirbančių asmenų PSSS įmokos dydis;
PSDF fondo įplaukos	3.26	$PSDF(t) = KP4(t) + KP3(t) + (DU(t) \times SMDI_{PSDF}(t) \times AA1(t)) + (DU(t) \times SDI_{PSDF}(t) \times AA2(t))$	KP4(t) - LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis; KP3(t) – darbdavio PSDF įmokos dydis (3 proc.); SMDI _{PSDF} (t) – samdomų darbuotojų PSDF įmokos dydis; SDI _{PSDF} (t) – savarankiškai dirbančių asmenų PSDF įmokos dydis.

Pasirinkus asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemą, atlikus finansavimą įtakojančių veiksnių analizę, įvertinus galimas pajamas bei išlaidas ir sudarius biudžetą pagal pasirinktą lėšų surinkimo sistemos schemą, tikrinamos sudaryto modelio taikomumo praktikoje galimybės ir pagrįstumas.

Kitame skyriuje atliekama asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija, kurios pagrindinis tikslas – pagrįsti, kiek realizavus siūlomą modelį galima būtų pagerinti esamą situaciją ir išspręsti tyrimo pradžioje identifikuotą problemą: *Kaip pagerinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą išplečiant lėšų surinkimo bazę?* Sudaryto modelio patikrinimas gali būti tiek teorinis, tiek praktinis priklausomai nuo modelio taikymo srities ir tyrimo tikslų.

Pateikto koncepcinio modelio įgyvendinimas leistų pasiekti šiuos pagrindinius tikslus:

- skatintų sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos augimą, išplėstų sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos bazę;
- teigiamai įtakotų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pokyčius;
- leistų padidinti sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos mechanizmo skaidrumą, sumažinant neoficialių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas kiekį;
- didintų nacionalinės sveikatos priežiūros paslaugų rinkos konkurencingumą Europos mastu.

4. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS LĖŠŲ SURINKIMO SISTEMOS MODELIO VERIFIKACIJA LIETUVOS ATVEJU

4.1. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį Lietuvoje įtakojančių aplinkos veiksnių įvertinimas

Išanalizavus pasirinktų pasaulyje labiausiai vertinamų sveikatos priežiūros sistemų taikymo praktiką Jungtinėse Amerikos Valstijose (žr. 2.1. skyr.) ir Prancūzijoje (žr. 2.2. skyr.) pastebėta, kad asmenų finansinis suinteresuotumas skatina juos saugoti sveikatą ir taupyti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas.

Lietuvoje esamoji sveikatos priežiūros sistemos situacija, pagrindinės finansavimo problemos leidžia teigti, kad viena iš sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos bazės plėtros priemonių *galėtų būti privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų įvedimas*.

Privalomosios sveikatos santaupų sąskaitos pasižymi šiomis charakteristikomis (OECD, 2011):

- Dalyvavimo būdas: remiantis teisiniu ar vyriausybės reguliavimu privalomas visiems šalies piliečiams/gyventojams ar specifinėms gyventojų grupėms.
- Įmokos: medicininių sveikatos sąskaitų formavimas pagrįstas įmokomis, o tokių sąskaitų turėtojai medicininiams poreikiams disponuoja tik savo sukauptais pinigais sąskaitoje, išskyrus būtinosios medicininės pagalbos atvejus.
- Pagrindinis finansavimo augimo metodas: teisiškai privalomas (įmokos dydis skaičiuojamas kaip procentas nuo gaunamų pajamų).
- Finansavimo mechanizmas ir sutelkimo apimtis: medicininių santaupų sąskaitomis gali naudotis tik jų savininkas ir galbūt šeimos nariai.
- Privalomos išskaitos: sveikatos priežiūros finansavimui naudojant siūlomą priemonę Vyriausybė gali numatyti tam tikrą procentinę išskaitą iš kiekvienos medicininių santaupų sąskaitos, siekiant užtikrinti visuotinės aprėpties ir solidarumo principų įgyvendinimą.

Nepaisant to, kad privalomosios medicininių santaupų sąskaitos formuojamos privalomųjų įmokų pagrindu, jos nėra privalomojo draudimo subkategorija. Šių sąskaitų paskirtis lemia jų unikalumą lyginant su kitomis santaupų rūšimis, nes jos gali būti naudojamos tik medicininių poreikių patenkinimui.

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemą ir jos plėtros galimybes įtakoja (jau minėti (žr. 3.2. skyr.)): *demografiniai rodikliai, darbo jėgos struktūros pasikeitimai, ekonominiai rodikliai bei specifiniai modelio panaudojimo srities rodikliai*. Atsižvelgiant į pasirinktą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemą (žr. 23 pav.) ir sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio duomenų grupes bei analizės laikotarpius (žr. 11 lent.) šiame skyriuje pateikiamos asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį įtakojančių aplinkos veiksnių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. laikotarpiu. Demografinių, darbo jėgos struktūros, ekonominių rodiklių bei specifinių modelio panaudojimo

srities rodiklių kitimo tendencijos vertinamos atsižvelgiant į Eurostat, Lietuvos Banko Makroekonominės aplinkos prognozes, Lietuvos Respublikos Statistikos Departamento, Valstybinės Ligonių Kasos, Lietuvos Respublikos Finansų ministerijos duomenis ir prognozes.

Demografinių rodiklių vertinimas

Remiantis 24 pav. pateikiama asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio logine struktūra, pirmiausia vertinami demografiniai aplinkos veiksniai 2014 – 2020 metų laikotarpiu:

- gyventojų skaičius metų pradžioje;
- vaikų skaičius metų pradžioje;
- pensininkų skaičius metų pradžioje.

Demografinių rodiklių tyrimo tikslas – nustatyti sveikatos priežiūros sistemos draudžiamųjų asmenų skaičių ir jo dinamiką per ateinančius 7 metus, kuris tiesiogiai įtakos sveikatos priežiūrai reikalingų lėšų poreikį analizuojamu laikotarpiu.

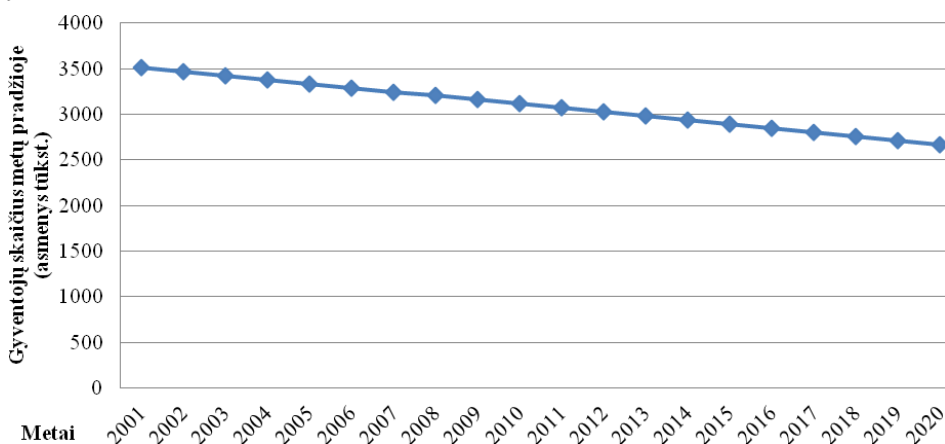
Metų pradžioje gyventojų skaičius vertinamas remiantis praeities tendencijomis 2001 – 2013 m. laikotarpiu ir tiesinio trendo pagalba ekstrapoliuojamos 2014 – 2020 m. laikotarpiui (žr. 2 priedas).

Gyventojų skaičiaus kitimo tendencija aprašoma tiesine regresijos lygtimi (koreliacijos indeksas (R^2) lygus 0,9889):

$$y = -44,242t + 3558,4 \quad (4.1)$$

čia t^3 – rodiklio eilės numeris.

Atliktos gyventojų skaičiaus metų pradžioje analizės rezultatai pasirinktam laikotarpiui pateikiami 26 pav. Atsižvelgiant į gautus rezultatus, galima teigti, jog prognozuojamu 2014 – 2020 m. laikotarpiu gyventojų skaičiaus metų pradžioje kitimas pasižymės mažėjančia tendencija: 2013 m. gyventojų skaičius siekė 2983,254 tūkst. gyv., o sumažės 309,694 tūkst. gyv. ir 2020 m. sieks 2673, 56 tūkst. gyv.



³ (4.1) – (4.5) lygtyse t reiškia metų seką; $t=1$ atitinka 2001 metus, MS Excel atliktuose skaičiavimuose vietoje t naudojamas x .

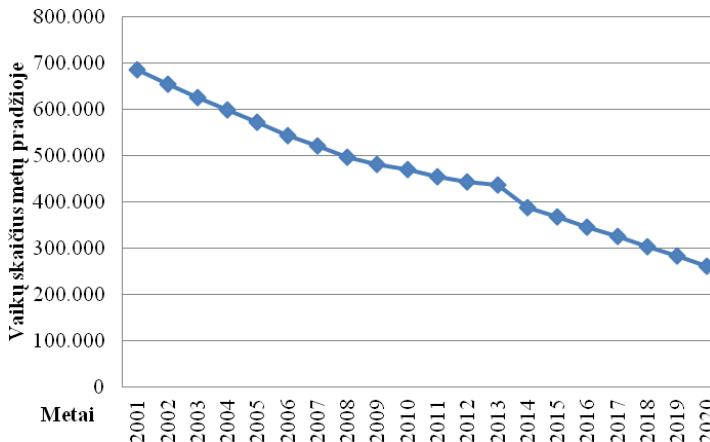
26 pav. Gyventojų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos 2001 – 2020 m. (LR Statistikos departamentas, 2004; EUROSTAT, 2013)

Atliekant demografinių rodiklių vertinimą labai svarbu įvertinti vaikų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijas (žr. 3 priedas). Remiantis praeities laikotarpių duomenimis šio rodiklio tiesinė regresijos lygtis yra (koreliacijos indeksas lygus 0,9667):

$$y = -21213t + 686208 \quad (4.2)$$

Atsižvelgiant į pateikiamą tiesinės regresijos lygtį, matome, kad vaikų skaičiaus metų pradžioje pokytis pasižymės mažėjimo tendencija: 2013 m. šis skaičius siekė 436,576 tūkst. vaikų, o 2020 m. – 261,948 tūkst. vaikų. Vaikų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos pateikiamos 27 pav.

Sveikatos priežiūros paslaugų ir didesnių finansinių išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms poreikis ypatingai aktualus vyresnio amžiaus gyventojams, kurių amžius didesnis nei 65 metai. Taigi atliekant demografinių rodiklių vertinimą atliekama pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus metų pradžioje kitimo analizė ir vertinamos ateities tendencijos. Pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus vertinimas yra aktualus, nes šie asmenys priklauso valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų grupei.

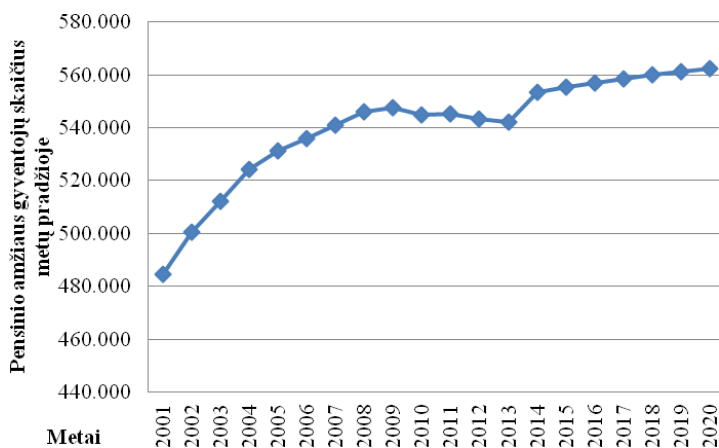


27 pav. Vaikų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos 2001 – 2020 m. (LR Statistikos departamentas, 2004; EUROSTAT, 2013)

Atsižvelgiant į 2001 – 2012 m. faktinius rodiklius, pensinio amžiaus gyventojų metų pradžioje skaičius aprašomas šia logaritminės regresijos lygtimi (koreliacijos indeksas lygus 0,9394). Skaičiavimai pateikiami (4 priede).

$$y = -25291\ln(t)+486815 \quad (4.3)$$

Atliktos pensininkų skaičiaus metų pradžioje analizės duomenimis, matome (žr. 28 pav.), kad šios kategorijos gyventojų skaičiaus kitimas pasižymės augančia tendencija. 2013 m. pensinio amžiaus gyventojų skaičius siekė 542,198 tūkst. gyv., o 2020 m. bus 20,382 tūkst. gyv. didesnis ir sieks 562,580 tūkst. gyv.



28 pav. Pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus metų pradžioje kitimo tendencijos 2001 – 2020 m. (LR Statistikos departamentas, 2004; EUROSTAT, 2013)

Atlikus asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį įtakančių demografinių rodiklių įvertinimą toliau vertinami darbo jėgos struktūros pokyčiai prognozuojamam laikotarpiui.

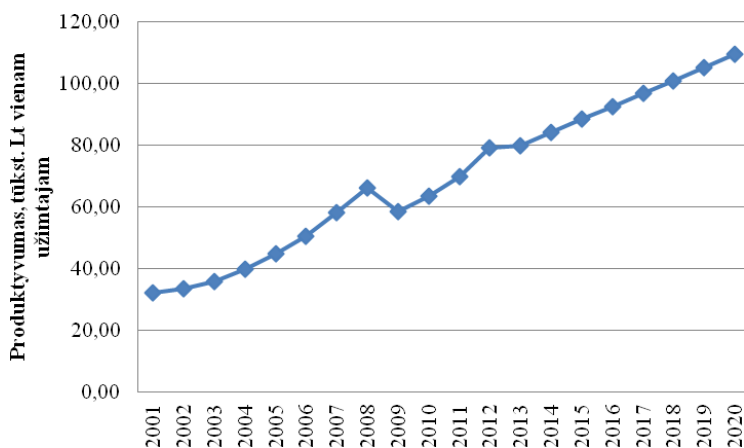
Užimtumo ir darbo jėgos struktūros vertinimas

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos pajamos tiesiogiai priklauso nuo užimtumo ir darbo jėgos rodiklių, todėl atliekant moksliniame darbe siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją būtina įvertinti šiuos rodiklius:

- darbo jėgos produktyvumą ir kitimo tendencijas;
- darbo jėgos aktyvumą ir kitimo tendencijas;
- bedarbių skaičių ir kitimo tendencijas;
- samdomų darbuotojų skaičių ir kitimo tendencijas;
- savarankiškai dirbančių darbuotojų skaičių ir kitimo tendencijas (Raškiniš, 2008; LR Statistikos departamentas, 2013 b).

Darbo jėgos produktyvumas yra svarbus vertinant sukuriamą BVP ir galimas sveikatos priežiūros finansavimui reikalingas pajamas, kurios yra apmokestinimo objektas. Lietuvos darbo jėgos produktyvumas vertinamas pagal 2001 – 2012 m. faktinius duomenis ir tiesinio trendo pagalba prognozuojamas iki 2020 m. (žr. 5 priedas). Darbo jėgos produktyvumo tiesinė regresijos lygtis yra (koreliacijos indeksas yra 0,9509):

$$y = 4,2038t + 25,386 \quad (4.4)$$



29 pav. Darbo jėgos produktyvumo kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.

Atsižvelgiant į 29 pav. pateikiamus darbo jėgos produktyvumo analizės ir prognozavimo rezultatus, matome, kad šis rodiklis prognozuojamu laikotarpiu augs ir 2020 m. sieks apie 109,46 tūkst. Lt vienam užimtajam.

Atliekant asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį įtakojančių veiksnių analizę svarbu įvertinti ir darbo jėgos aktyvumo lygį bei jo kitimo tendencijas prognozuojamam laikotarpiui (žr. 18 lent.).

Darbo jėgos aktyvumas išreiškiamas kaip pasirinktos amžiaus grupės darbo jėgos ir to paties amžiaus visų gyventojų skaičiaus santykis. Atliekant siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją, šio rodiklio kitimas numatomas pagal susiklosčiusią situaciją Lietuvos darbo rinkoje ir iš anksto numatomas prielaidas. Daroma prielaida, kad nuo 2013 m. darbo jėgos aktyvumas augs dėl augančios ekonomikos ir augančios darbo paklausos. 2019 m. situacija gali keistis ir darbo jėgos aktyvumo pokytis tapti neigiamu.

18 lentelė. Užimtumo ir darbo jėgos rodiklių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. (2012 m. = 100 proc.)

Užimtumo ir darbo jėgos rodikliai		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
U1	Darbo jėgos aktyvumo lygio kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,00	101,00	101,00	101,5	101,5	100,5	99,5	99,5
U2	Bedarbių skaičiaus kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	98,5	99,00	99,3	99,3	99,3	99,5	99,5	99,5
U3	Samdomų darbuotojų skaičiaus kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	100,5	101,0	101,2	101,5	101,6	101,5	101,2	101,0
U4	Savarankiškai dirbančių darbuotojų skaičiaus kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,5	101,5	102,0	102,0	102,5	102,5	102,0

Kaip jau minėta 3.4 skyrelyje, atliekant asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją ir vertinant galimas sistemos pajamas, būtina įvertinti bedarbių skaičiaus, samdomų darbuotojų bei savarankiškai dirbančių darbuotojų skaičių kitimo tendencijas (žr. 18 lent.). Atsižvelgiant į Lietuvos darbo rinkos situaciją daroma prielaida, kad bedarbių skaičius šalyje prognozuojamu laikotarpiu mažės. Samdomų darbuotojų skaičius kis nežymiai, o savarankiškai dirbančių asmenų skaičius augs apie 1 – 2,5 proc. Detalūs rodiklių skaičiavimo rezultatai pateikiami 8 ir 9 priede.

Ekonominių rodiklių vertinimas

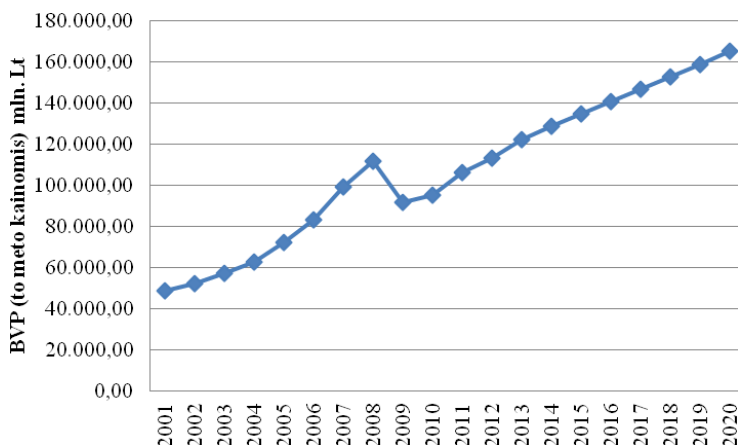
Sveikatos priežiūros sistema ir jos finansavimas tiesiogiai priklauso nuo šalies ekonominės padėties, todėl atliekant siūlomo modelio verifikaciją svarbu įvertinti ekonomines sąlygas. Šiam tikslui pasirinkti trys rodikliai:

- BVP (to meto kainomis);
- Infliacija;
- algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu).

BVP rodiklis yra svarbiausias makroekonominis rodiklis, leidžiantis vertinti bendrą šalies ūkio augimą. Šio rodiklio vertinimas atliekamas atsižvelgiant į 2001 – 2012 m. faktinius duomenis ir atliekant prognozę 2013 – 2020 m. laikotarpiui (koreliacijos indeksas 0,8725) (žr. 6 priedas):

$$y = 6094,6t + 43338 \quad (4.5)$$

Atsižvelgiant į gautus rezultatus, matome, kad BVP (to meto kainomis) prognozuojamu laikotarpiu augs ir 2020 m. sieks apie 165 230,00 mln. Lt. (LR Statistikos departamentas, 2013 a; Lietuvos bankas, 2013; DNB, 2013; Europos centrinis bankas, 2012).



30 pav. BVP (to meto kainomis) kitimo tendencijos 2001 – 2020 m.

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio įgyvendinimą įtakos infliacijos šalyje lygis, kuris neigiamai veiks BVP. Infliacijos kitimo tempai pateikiami 19 lent. Remiantis Lietuvos Banko, LR Finansų ministerijos

makroekonominėmis prognozėmis daroma prielaida, jog infliacijos lygis šalyje prognozuojamu laikotarpiu sieks apie 3 proc.

19 lentelė. Ekonominių rodiklių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. (2012 m. = 100 proc.)

Ekonominiai rodikliai		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E1	Infliacija	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0
E2	Algų ir atlyginimų kitimo tempai palyginus su praėjusiu laikotarpiu, proc.	105,0	105,2	105,8	106,5	107,0	107,0	107,0	107,0

Kitas svarbus ekonominis rodiklis, leidžiantis įvertinti galimas sveikatos priežiūros sistemos pajamas, yra algų ir atlyginimų rodiklis bei jo kitimas (žr. 19 lent.). Šio rodiklio kitimas prognozuojamas remiantis Lietuvos darbo rinkos duomenimis ir darant prielaidą, kad ateinančiais metais algų ir atlyginimų rodiklio kitimas pasižymės augimo tendencija. Ši prielaida grindžiama Vyriausybės planais artimiausiais metais kelti MMA ir šalies ekonominio augimo prognozėmis. Minėti ekonominiai rodikliai naudojami tolesniuose siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos skaičiavimuose (žr. 8 - 9 priedai).

Sveikatos priežiūros sektoriaus rodiklių vertinimas

Atliekant asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją ypatingai svarbu įvertinti specifinius sveikatos priežiūros sistemos rodiklius (žr. 11 lent.) ir įvertinti šių rodiklių kitimo tendencijas prognozuojamu laikotarpiu. Šio vertinimo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros finansavimo poreikius. Rodiklių prognozės sudaromos atsižvelgiant į 20 lentelėje pateikiamas prielaidas ir 2012 m. faktinius duomenis.

Prognozės prielaidos sudarytos remiantis VLK, LR Finansų ministerijos duomenimis. Išsamūs rodiklių vertinimo rezultatai pagal pateikiamas prielaidas atsispindi 8 ir 9 priede.

20 lentelė. Sveikatos priežiūros sektoriaus rodiklių kitimo tendencijos 2013 – 2020 m. (2012 m. = 100 proc.)

Sveikatos priežiūros sektoriaus rodikliai		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
SP1	Sveikatos priežiūros sistemos pajamų iš dalinių priemokų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	102,0	102,5	103,0	103,5	104,0	104,0	104,0	104,0
SP2	Vyriausybės subsidijų sveikatos priežiūrai kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	102,0	103,0	104,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0
SP3	Kitų sveikatos priežiūros sistemos pajamų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	102,0	103,0	104,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0
SP4	Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0	103,0
SP5	Lovadienių skaičiaus kitimo	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0

	tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.								
SP6	Lovadienio kaštų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	102,0	102,0	102,0	102,0	102,0	102,0	102,0	102,0
SP7	Išlaidų medicininei reabilitacijai ir stacionariniam gydymui kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP8	Išlaidų ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0
SP9	Išlaidų slaugai ir rezidentinei priežiūrai kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0
SP10	Receptų skaičiaus kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP11	Recepto kaštų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,5	102,0	102,5	103,0	103,0	103,0	103,0
SP12	Išlaidų centralizuotai perkamiems vaistams kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP13	Išlaidų žmogaus organų ir audinių transplantacijai kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP14	Išlaidų ortopedijos techninėms priemonėms kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP15	Išlaidų dantų protezavimo paslaugoms kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP16	Išlaidų prevencinių programų įgyvendinimui kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP17	Išlaidų kitų svarbių programų įgyvendinimui kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0
SP18	Administracinių kaštų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0
SP19	Kitų išlaidų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu, proc.	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0	105,0

Šaltinis: Gaidelytė ir kt., 2010; Gaidelytė ir kt., 2011; VLK prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2012 a, 2012 b.

Atsižvelgiant 24 pav. pateiktą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio loginę struktūrą, atlikus modelį įtakojančių demografinių, darbo jėgos ir užimtumo veiksnių, ekonominių bei specifinių sveikatos priežiūros sistemos rodiklių vertinimą bei numaćius jų kitimo tendencijas prognozuojamu laikotarpiu, būtina numatyti siūlomo modelio įgyvendinimo taikymo aspektus.

4.2. Modelio taikymo aspektai

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija atliekama atsižvelgiant į 23 pav. pateikiamas sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemas ir 3.3 skyrelyje numatytus modelio įgyvendinimo apribojimus, kurie detalizuojami 21 lentelėje.

21 lentelė. Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikymo aspektai Lietuvoje

1.	Gyventojų aprėptis	Siūlomas tobulinimo modelis
1.1.	Gyventojų grupės/institucijos finansuojančios modelį	samdomi darbuotojai; savarankiškai dirbantys asmenys; darbdaviai; valstybės biudžeto lėšos.
1.2.	Gyventojų grupės, turinčios teisę gauti išmokas pagal modelį	asmenys mokantys įmokas bei jų šeimos nariai.
1.2.1.	Gyventojų grupės apdraustos be jokių finansinių įsipareigojimų (vaikai, šeimos nariai ir kt.)	vaikai iki 18 metų; bedarbiai; pensininkai.
2.	Teikiama nauda	
2.1.	Teikiamos naudos apdraustiesiems gyventojams pobūdis ir mastas	privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitos turėtojas disponuoja tik sąskaitoje sukauptomis lėšomis; lėšos privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitoje yra kaupiamos; išiekojus sąskaitos lėšas asmuo turi primokėti už papildomas sveikatos priežiūros paslaugas; privalomųjų sveikatos sąskaitų savininkui mirus šios lėšos atitenka paveldėtojams; privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitos savininkas bei jo šeimos nariai gali laisvai rinktis paslaugų teikėją nepriklausomai nuo gyvenamos vietos.
2.2.	Tinkamumo sąlygos (kiekvienam naudos tipui)	privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų lėšos gali būti naudojamos tik sveikatos ir sveikatinimo paslaugų apmokėjimui.
3.	Paslaugų pristatymo ir atlyginimo už jas modelis	
3.1.	Tiekėjų dalyvavimo tipas ir santykiai su jais (gydytojai, ligoninės; pagal sutartis ir kt.)	sveikatos priežiūros sistemoje dalyvauja valstybinės ir privačios sveikatos ir sveikatinimo paslaugas teikiančios įstaigos
3.2.	Atsiskaitymai su tiekėjais (atvejo apmokėjimas, biudžetai ir kt.)	atsiskaitymai su sveikatos ir sveikatinimo paslaugų teikėjais vykdomi pagal paslaugų teikimo atvejų skaičių ir iš anksto nustatytus tarifus.

4.	Finansavimo taisyklės	
4.1.	Bendri finansavimo metodai ir šaltiniai (įmokos, bendrieji mokesčiai, nustatyti mokesčiai)	įmokos į privalomąsias sveikatos santaupų sąskaitas privalomos visiems pajamas gaunantiems asmenims; valstybės lėšomis draudžiami bedarbiai ir pensininkai.
4.2.	Aktuarinė pusiausvyra (rezervai sukaupti per analizuojamą laikotarpį)	naujojo modelio taikymas leistų sukaupti rezervus. Rezervas formuojamas iš perteklinių sveikatos priežiūros sistemos lėšų ir nuo kiekvieno mokėtojo mokamos įmokos atskaitant 2 proc.
4.3.	Įmokų lygio ar mokesčių dydžio nustatymas, jeigu tai įmanoma	nustatytas konkretus procentas nuo asmens gaunamų pajamų.

Atlikus asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį įtakojančių veiksnių vertinimą, sudarius jų kitimo prognozes 2013 – 2020 m. laikotarpiui, apibendrinus siūlomo modelio taikymo apribojimus kitame mokslinio darbo skyriuje pateikiama matematinio modelio verifikacija Lietuvos atveju.

4.3. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija Lietuvos atveju

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija Lietuvos atveju atliekama remiantis 3.4 skyriuje pateiktu bendroju modeliu bei jo etapais ir 13, 15, 16, 17 lentelėse pateiktomis modelio matematinėmis išraiškėmis, kurios sudaro detalųjį modelį.

Siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija atliekama pagal keturis scenarijus:

- **1 scenarijus.** Bendrąjį sveikatos priežiūros sistemos biudžetą sudaro privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF) ir privalomų sveikatos santaupų sąskaitų lėšos (PSSS). Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis įgyvendinamas PSSS pagrindu, kai įmokas į šias sąskaitas moka pajamas gaunantys asmenys. PSDF formuojamas iš darbdavių (3 proc.) ir darbuotojų įmokų bei valstybės įnašų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. *Būtinasis įmokų tarifas (darbuotojo dalis) mažėja augant apmokestinamų pajamų dydžiui.*
- **1a scenarijus.** Bendrąjį sveikatos priežiūros sistemos biudžetą sudaro privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF) ir privalomų sveikatos santaupų sąskaitų lėšos (PSSS). Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis įgyvendinamas PSSS pagrindu, kai įmokas į šias sąskaitas moka pajamas gaunantys asmenys. PSDF formuojamas iš darbdavių (3 proc.) ir darbuotojų įmokų bei valstybės įnašų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. *Būtinasis įmokų tarifas (darbuotojo dalis) išlieka stabilus visą analizuojamą laikotarpį.*
- **2 scenarijus.** Bendrąjį sveikatos priežiūros sistemos biudžetą sudaro PSDF ir PSSS. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis įgyvendinamas PSSS pagrindu, kai visa mokesstinė našta tenka pajamas gaunančiam asmeniui. PSDF formuojamas iš pajamas gaunančių asmenų įmokų ir valstybės įnašų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Atsižvelgiant į tai, kad visa mokesstinė našta susijusi su privalomosiomis

sveikatos santaupų sąskaitomis tenka pajamų gavėjui, darbdavio mokama mokesčių dalis už darbuotoją mažėja sveikatos draudimo procentu, t. y. 3 proc. (nuo 30,8 proc. iki 27,8 proc.). Būtinasis įmokų tarifas (darbuotojo dalis) mažėja augant apmokestinamų pajamų dydžiui.

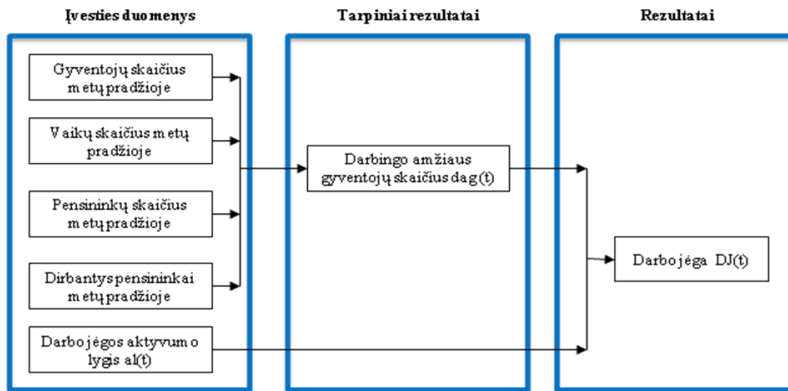
- **2a scenarijus.** Bendrąjį sveikatos priežiūros sistemos biudžetą sudaro PSDF ir PSSS. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis įgyvendinamas PSSS pagrindu, kai visa mokestinė našta tenka pajamas gaunančiam asmeniui. PSDF formuojamas iš pajamas gaunančių asmenų įmokų ir valstybės įnašų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Atsižvelgiant į tai, kad visa mokestinė našta susijusi su privalomosiomis sveikatos santaupų sąskaitomis tenka pajamų gavėjui, darbdavio mokama mokesčių dalis už darbuotoją mažėja sveikatos draudimo procentu, t. y. 3 proc. (nuo 30,8 proc. iki 27,8 proc.). Būtinasis įmokų tarifas (darbuotojo dalis) išlieka stabilus visą analizuojamą laikotarpį.

Finansinį privalomojo sveikatos draudimo pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžetas, jo pajamų didžioji dalis – tai apdraustų asmenų ir už juos draudėjų mokamos įmokos, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai. Privalomasis sveikatos draudimas yra valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą. Valstybės politiką sveikatos draudimo srityje formuoja, jos įgyvendinimą organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja Sveikatos apsaugos ministerija. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžios penkios teritorinės ligonių kasos (LR Valstybės kontrolė, 2001).

Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų (PSSS) pagrindiniai bruožai buvo detalizuoti 4.1 skyr. Šios paskirties sąskaitų lėšos turėtų būti laikomos PSSS fonde (Sveikatos sąskaitų kasoje), kurio administravimas priklausytų Sveikatos apsaugos ministerijos padaliniui. Šis fondas būtų atsakingas už lėšų apskaitą ir panaudojimą. Šio fondo biudžetas būtų formuojamas iš apmokestinamųjų asmenų įnašų, kurie tiesiogiai priklausytų nuo asmens gaunamų pajamų. Fonde esančios laisvos lėšos galėtų būti „įdarbinamos“, tačiau atsiradus poreikiui valstybė garantuotų, kad sąskaitos savininkas galėtų pasinaudoti jo įneštomis lėšomis sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugoms apmokėti.

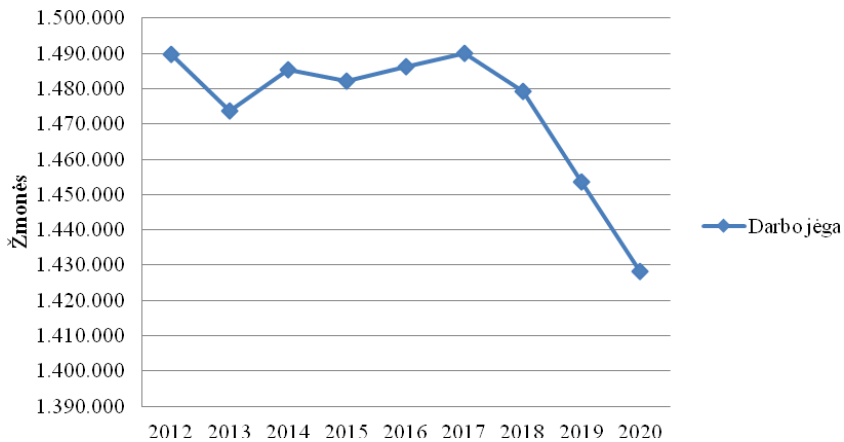
Remiantis 4.1 skyriuje pateikiamomis asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio įgyvendinimą Lietuvoje įtakančių aplinkos veiksnių analize bei prognozėmis atliekama modelio verifikacija aprašoma analogiškai detaliojo modelio (žr. 13 priedą) sandarai pagal skirtingus scenarijus. Pagrindinių asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio matematinių lygčių apskaičiavimas pateikiamas informacinio srauto diagramomis ir atitinkamų rezultatų schemomis.

Pairinkus asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos schemą, įvertinus šios schemos įgyvendinimo apribojimus, įvertinus siūlomą modelį įtakančius veiksnius ir sudarius jų prognozes apskaičiuojamas darbo jėgos rodiklis (DJ(t)). Darbo jėgos rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama pateikiama 31 pav.



31 pav. Darbo jėgos rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

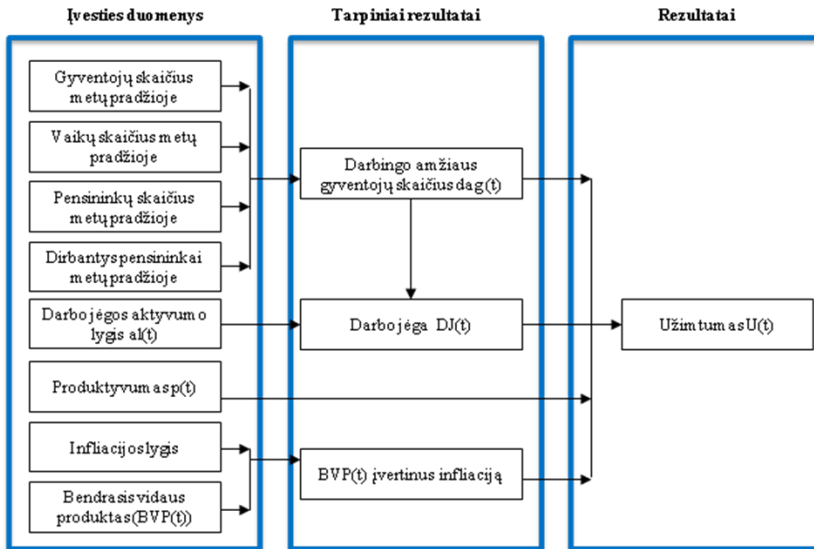
Atsižvelgiant į pateiktus 1 scenarijaus siūlomo modelio verifikacijos rezultatus (žr. 8 priedas), pagal sudarytas gyventojų, vaikų, pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus prognozes bei prognozuojamą darbo jėgos aktyvumo lygį (al(t)), darbo jėgos rodiklio kitimo rezultatai pateikiami 32 pav.



32 pav. Darbo jėgos rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

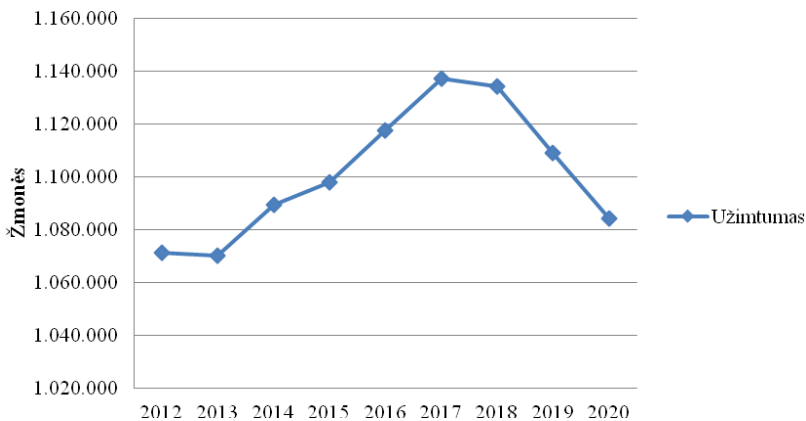
Atliktų skaičiavimų duomenimis, teigtina, jog darbo jėgos rodiklio kitimas prognozuojamu laikotarpiu nėra tolygus. Remiantis 4.1 skyriuje sudarytomis gyventojų skaičiaus ir atskirų grupių skaičiaus prognozėmis matome, kad neigiamą įtaką darbo jėgos rodikliui darys mažėjantis gyventojų skaičius, kuris 2012 m. siekęs 3,027 mln. gyv. 2020 m. sumažės iki 2,673 mln. gyv. nustatant darbo jėgos rodiklį būtina apskaičiuoti darbingo amžiaus gyventojų skaičių, kuriame įvertinamas vaikų skaičius ir pensinio amžiaus gyventojų skaičius. Dirbantys pensinio amžiaus

gyventojai priskiriami darbingo amžiaus gyventojų grupei. Darbo jėgos rodiklis 2012 m. sieks 1,489 mln. žm., o 2020 m. 1,428 mln. žm.



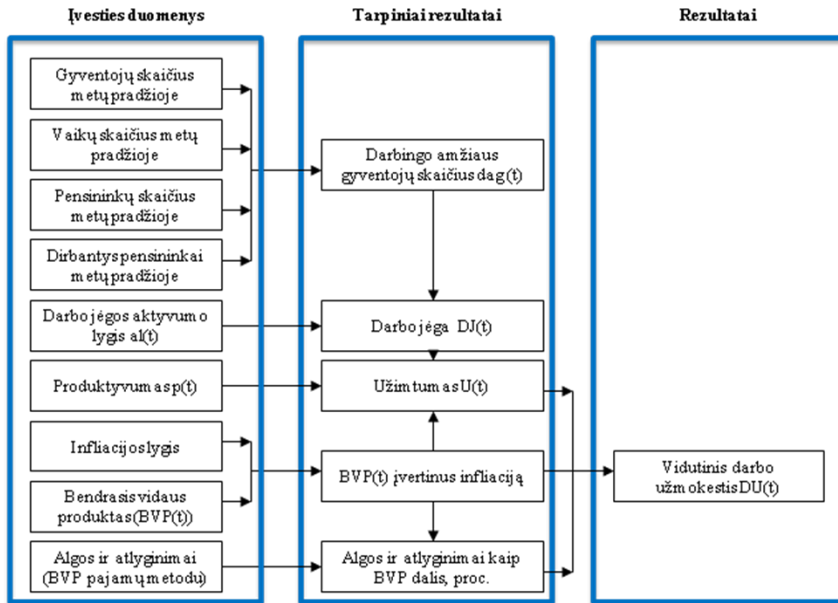
33 pav. Užimtumo rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Atsižvelgiant į atliktus skaičiavimus (žr. 8 priede) galima teigti, jog užimtumo rodiklio kitimo tendencija prognozuojamu laikotarpiu nėra vienoda. 2012 m. šis rodiklis sieks 1,071 mln. žm., o 2013 m. – 1,070 mln. žm. Remiantis asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija ir sudarytomis prielaidomis, galima teigti, kad 2014 – 2017 m. laikotarpiu užimtumo rodiklio kitimui būdinga didėjimo tendencija. Šiuo laikotarpiu rodiklis augs nuo 1,089 mln. žm. 2014 m. – iki 1,137 mln. žm. 2017 m. Tam įtakos turės augantis darbo jėgos aktyvumo lygis ir darbo jėgos rodiklio augimas. Nuo 2017 m. prognozuojama, kad užimtumas mažės ir 2020 m. pasieks 1,084 mln. žm. Didžiausią įtaką šiam mažėjimui darys mažėjantis gyventojų skaičius ir krentantis darbo jėgos aktyvumo lygis. Užimtumo rodiklio kitimo tendencijos pateikiamos 34 pav.



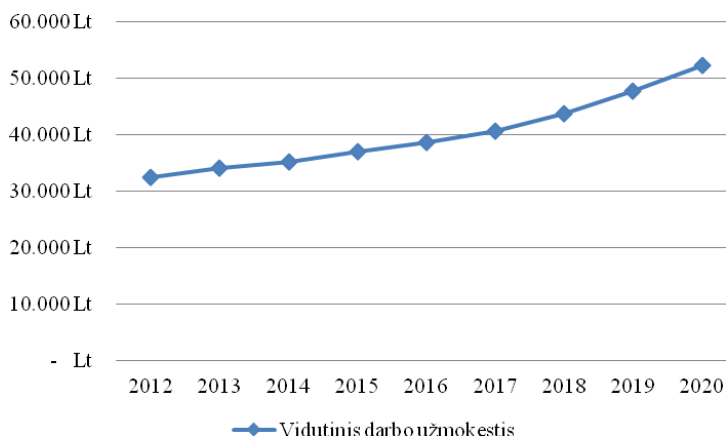
34 pav. Užimtumo rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Įvertinus darbo jėgos ir užimtumo rodiklius atliekamas vidutinio darbo užmokesčio (DU(t)) vertinimas. Šis rodiklis nustatomas siekiant įvertinti užimtojo žmogaus vidutinės metinės pajamas, kurios vertinamos kaip pagrindinis apmokestinimo objektas. Minėto rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama pateikiama 35 pav.



35 pav. Vidutinio darbo užmokesčio rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Remiantis pateikiama statistine informacija, sudarytomis ir 4.1 skyriuje aprašytais prielaidomis vidutinis darbo užmokesčio 2012 – 2020 m. augs. 2012 m. šis rodiklis siekė 32.473 Lt, o 2020 m. didės iki 54.327 Lt. (žr. 8 Priede). Didžiausią įtaką vidutinio darbo užmokesčio rodiklio augimui analizuojamam laikotarpiui darys augantis BVP bei algų ir atlyginimų dalies BVP augimas nuo 31,6 proc. 2012 m. iki 35,4 proc. 2020 m. Vidutinio darbo užmokesčio kitimo tendencijos pateikiamos 36 pav.



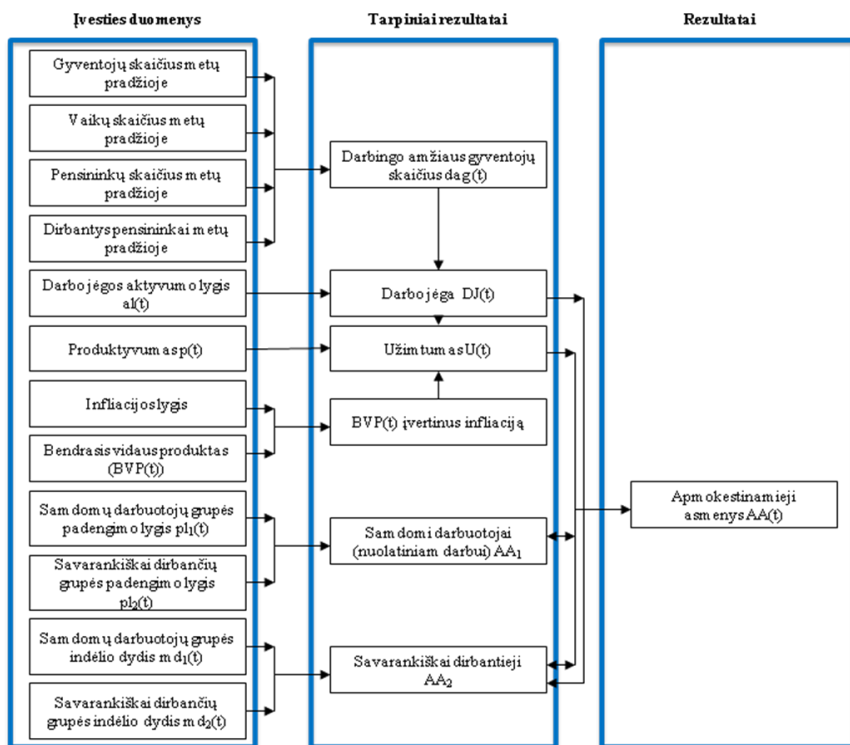
36 pav. Vidutinio darbo užmokesčio rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Apibendrinant atliktą ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimą pagal sudarytą detalųjį asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį, atliktas darbo jėgos, užimtumo, produktyvumo ir darbo užmokesčio rodiklių vertinimas leidžia teigti, jog pagrindinis privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų pajamų šaltinis ir apmokestinimo objektas – darbo užmokesčio – analizuojamu laikotarpiu sudarys palankias sąlygas surinkti pakankamai lėšų sveikatos priežiūros sistemos finansavimui.

Kitame etape, remiantis sudarytu detaliuoju asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modeliu (žr. 15 lent.), atliekamas sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas.

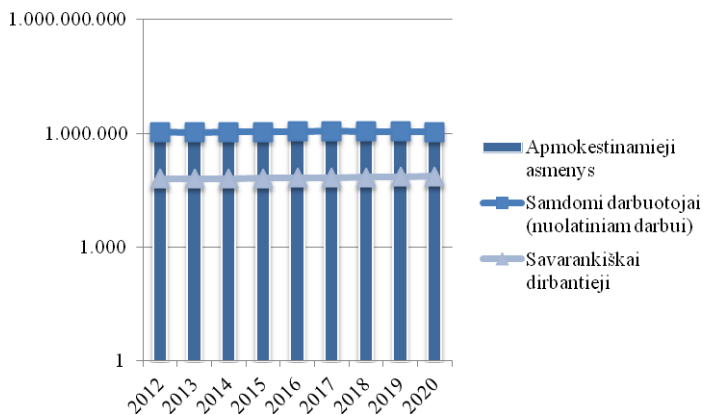
Kaip buvo minėta 3.4 skyriuje, sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas atliekamas trimis požiūriais: vertinant apmokestinamuosius asmenis, vertinant apmokestinamąją bazę ir kitas sistemos pajamas.

Vertinant apmokestinamuosius asmenis, kurių skaičiaus pagrindu nustatomos galimos sveikatos priežiūros sistemos pajamos išskiriamos dvi pagrindinės apmokestinamųjų asmenų grupės Lietuvoje: pirmajai grupei priskiriami samdomi darbuotojai; antrajai – savarankiškai dirbantys asmenys (žr. 3.4 skyr.). Nustatant apmokestinamųjų asmenų grupės dydį svarbu įvertinti konkrečios mokėtojų grupės padengimo lygį ($pl_i(t)$) ir indėlio dydį ($id_i(t)$). Apmokestinamosios grupės padengimo lygis parodo, kiek apmokestinamosios grupės asmenų mokėtų nustatyto dydžio mokesčius į privalomąsias sveikatos santaupų sąskaitas. Apmokestinamosios grupės indėlio dydis siejamas su konkrečios mokėtojų grupės apmokestinamųjų pajamų dydžiu, darant prielaidą, kad mokėtojas mokės mokesčius nuo visų gaunamų pajamų. Įvertinus užimtumą, nustatius apmokestinamųjų grupių padengimo lygius bei indėlių dydžius apskaičiuojamas apmokestinamųjų asmenų skaičius. Rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama pateikiama 37 pav.



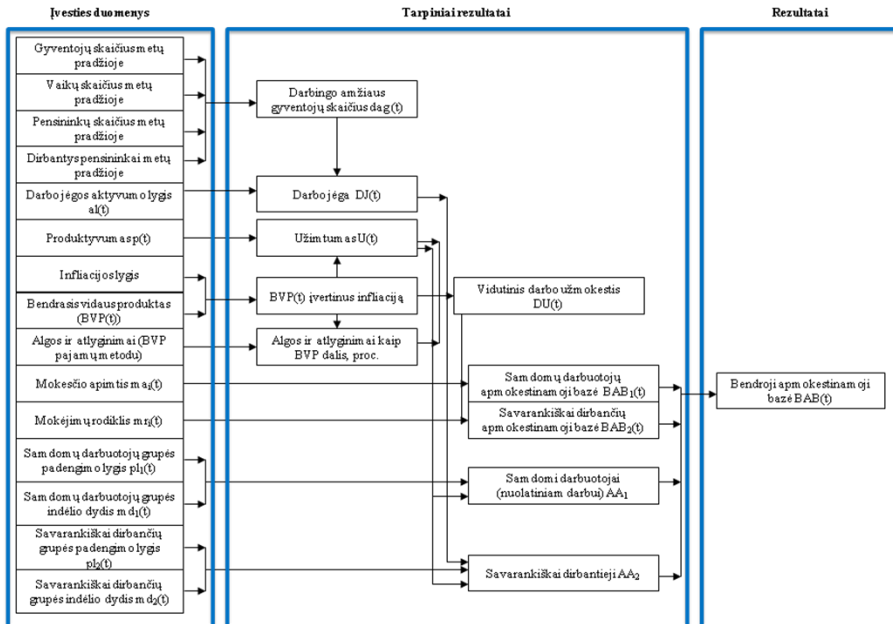
37 pav. Apmokestinamųjų asmenų rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Atliktų skaičiavimų duomenimis (žr. 8 priedą) apmokestinamųjų asmenų skaičiaus kitimas analizuojamu laikotarpiu nebus tolygus. 2013 m. – 2017 m. šiam rodikliui būdinga augimo tendencija, o nuo 2018 m. šis rodiklis turėtų mažėti ir 2020 m. siekti 1,157 mln. asmenų. Didžiausią įtaką šiam pokyčiui turės darbingo amžiaus gyventojų skaičiaus pokyčiai, tiesiogiai įtakoiantys ir užimtumo rodiklio kitimą.



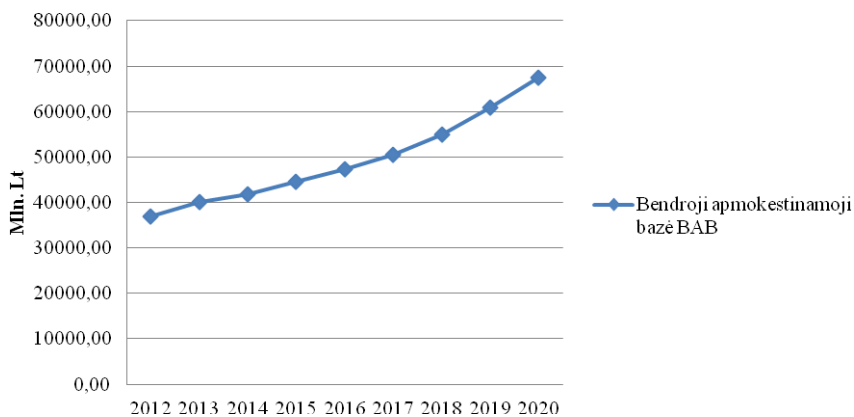
38 pav. Apmokestinamųjų asmenų rodiklio kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Atliekant sveikatos priežiūros sistemos galimų pajamų vertinimą taip pat svarbu įvertinti apmokestinamosios bazės dydį, kuris nustatomas atsižvelgiant į išskirtų apmokestinamųjų asmenų grupių dydžius, jų mokėjimų rodiklius bei mokesčių apimtis. Atliekant siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją Lietuvos atveju, daroma prielaida, kad mokesčio apimtis ($ma_i(t)$) nekis visu analizuojamu laikotarpiu. Šis rodiklis priimamas kaip konstanta, darant prielaidą, kad mokesčio apimtis kils analogiškai vidutinio darbo užmokesčio kitimui. Mokėjimų rodiklis ($mr_i(t)$), parodo, kaip atskiros apmokestinamųjų asmenų grupės mokės nustatytus mokesčius. Bendrosios apmokestinamosios bazės apskaičiavimo srauto diagrama pateikiama 39 pav.



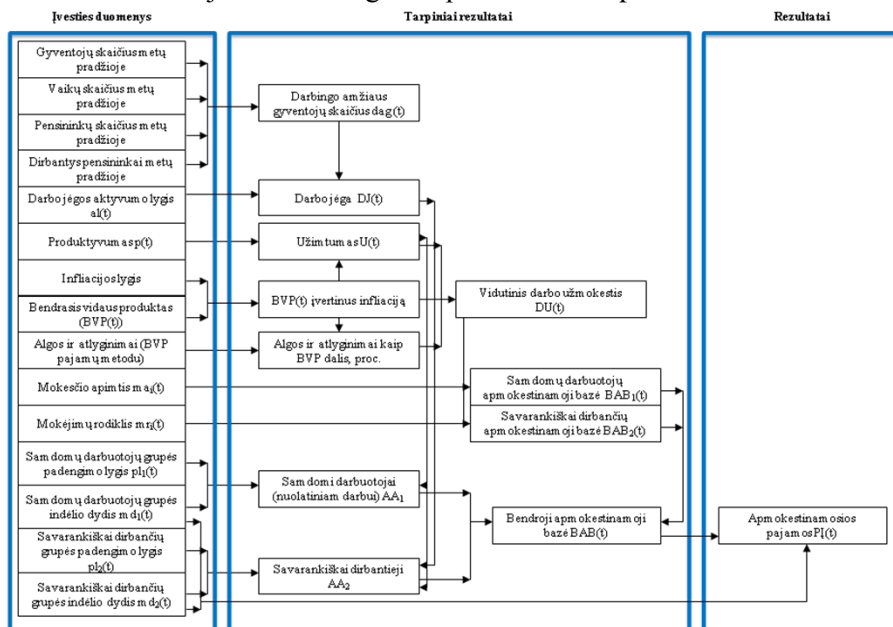
39 pav. Bendrosios apmokestinamosios bazės apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Bendrosios apmokestinamosios bazės apimtis analizuojamu laikotarpiu pasižymės augimo tendencija (žr. 40 pav.). Teigiamą įtaką šio rodiklio augimui turės augantis vidutinis darbo užmokestis. Atlikto tyrimo duomenimis 2012 m. šis rodiklis siekė 36,832 mlrd. Lt, o 2020 m. – 67,459 mlrd. Lt. Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, galima teigti, jog siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio įgyvendinimas tiesiogiai priklausys nuo bendrosios apmokestinamosios bazės apimties ir sudarys palankias sąlygas pritraukti daugiau lėšų sveikatos priežiūros sistemos finansavimui.



40 pav. Bendrosios apmokestinamosios bazės kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

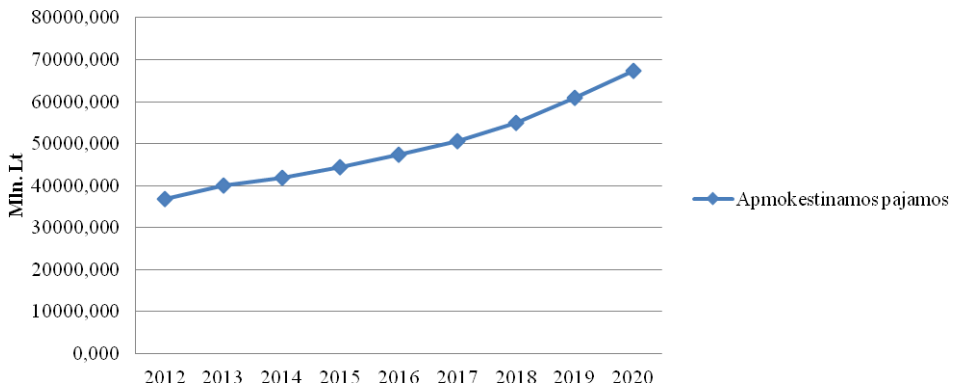
Bendrosios apmokestinamosios pajamos apskaičiuojamos dar kartą įvertinant atskirų dirbančiųjų grupių indėlių dydžius, siekiant didesnio tikslumo. Rodiklio apskaičiavimo informacijos srauto diagrama pateikiama 41 pav.



41 pav. Apmokestinamųjų pajamų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

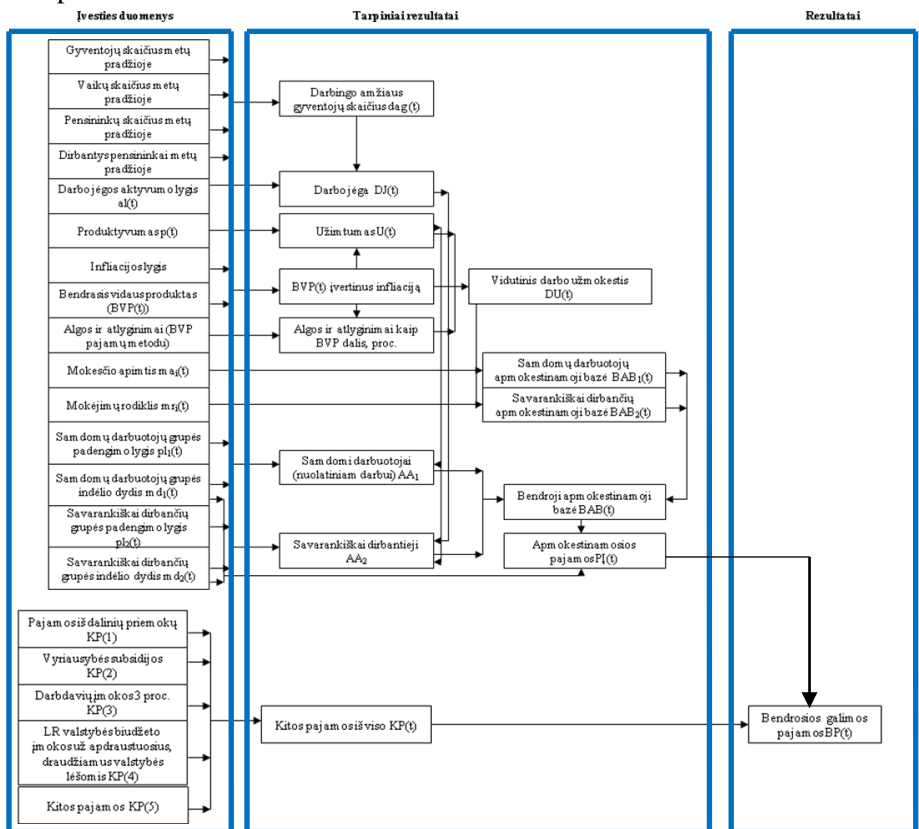
Apmokestinamųjų pajamų rodiklis kis analogiškai bendrosios apmokestinamosios bazės kitimui. 2012 m. šis rodiklis siekia 36,832 mlrd. Lt, o 2020 m. sieks 67,459 mlrd. Lt. (žr. 8 priedas). Apmokestinamųjų pajamų rodiklio kitimo tendencijos pateikiamos 42 pav.

Vertinant sveikatos priežiūros sistemos pajamas bei jau aptartus rodiklius labai svarbu įvertinti bendrąsias sveikatos priežiūros sistemos pajamas.



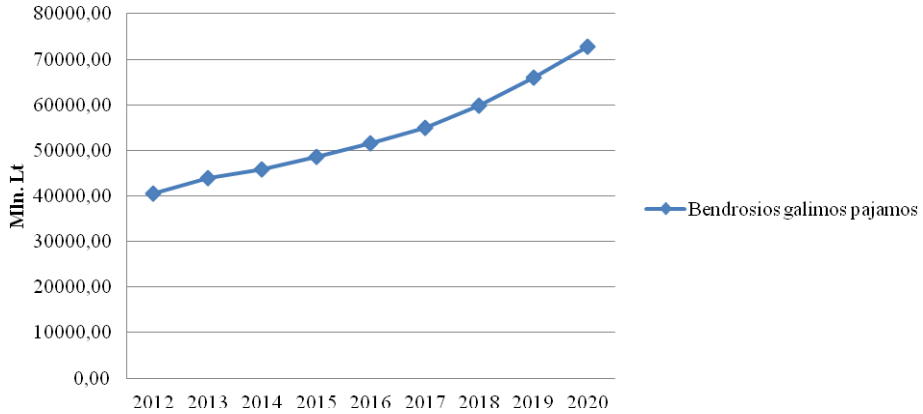
42 pav. Apmokestinamųjų pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Šiame moksliniame darbe išskiriamos sveikatos priežiūros sistemos kitų pajamų grupės: pajamos iš dalinių priemonių, vyriausybės subsidijos, darbdavių įmokos, LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai ir pensininkai) bei kitos pajamos (žr. 3.4 skyr.). Bendrųjų galimų sveikatos priežiūros sistemos pajamų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama pateikiama 43 pav.



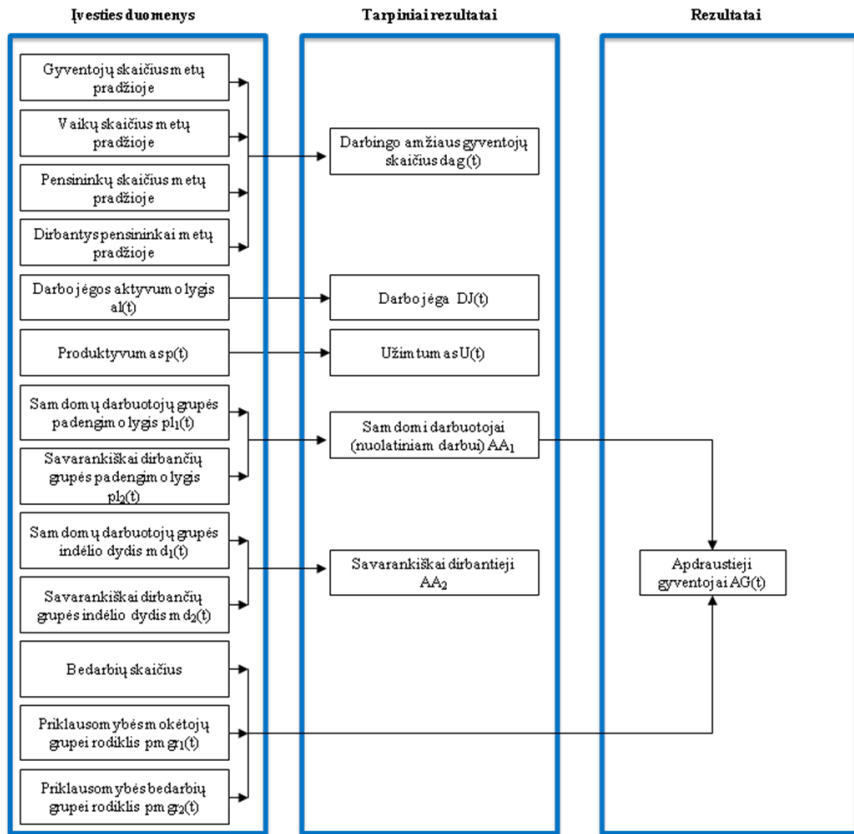
43 pav. Bendrųjų galimų pajamų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Remiantis atlikto tyrimo rezultatais (žr. 8 priedas), galima teigti, jog bendrosios galimos sveikatos priežiūros pajamos analizuojamu laikotarpiu augs. 2012 m. šis rodiklis siekė 40,597 mlrd. Lt, o 2020 m. – 72,753 mlrd. Lt (žr. 44 pav.). Rodiklio augimui teigiamą įtaką darys augančios sveikatos priežiūros sistemos įplaukos iš kitų šaltinių bei augančių apmokestinamųjų pajamų.



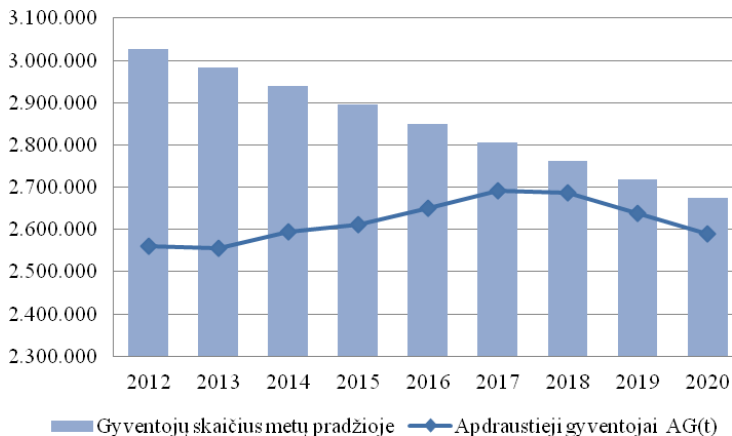
44 pav. Bendrųjų galimų pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Kitame modelio verifikacijos etape (žr. 25 pav.) atliekamas sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas.



45 pav. Apdraustųjų gyventojų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

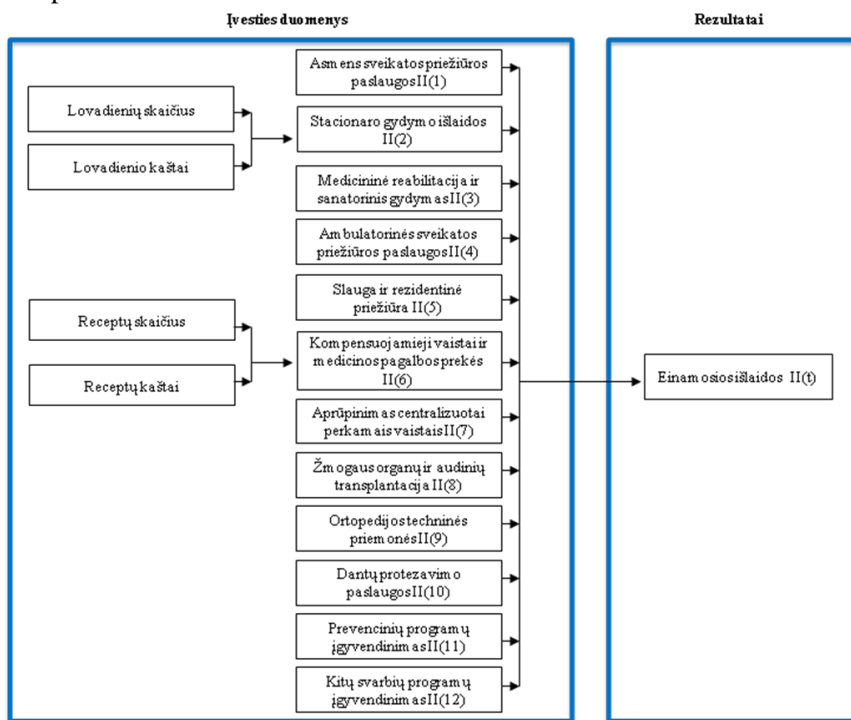
Atlikus sveikatos priežiūros sistemos galimų pajamų vertinimą labai svarbu nustatyti apdraustųjų gyventojų skaičių ir jo kitimo tendencijas analizuojamu laikotarpiu. Apdraustųjų gyventojų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama pateikiama 46 pav.



46 pav. Apdraustųjų gyventojų skaičiaus kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

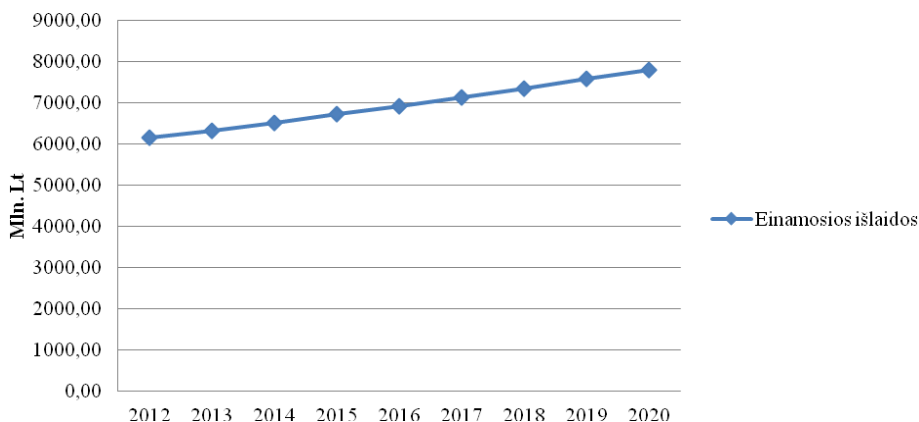
Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus (žr. 8 Priedas ir 46 pav.), teigtina, jog apdraustųjų gyventojų skaičiaus kitimas nėra tolygus: 2013 m. šis rodiklis sieks 2,556 mln. asmenų ir iki 2017 m. didės iki 2,690 mln. asmenų, 2018 m. apdraustųjų gyventojų skaičius pradės mažėti nuo 2,687 mln. asmenų iki 2,590 mln. asmenų 2020 m. didžiausią įtaką tokiam rodiklio kitimui turės mažėjantis gyventojų skaičius.

Kitas žingsnis atliekant sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimą – einamųjų išlaidų vertinimas. Rodiklio apskaičiavimo informacijos sruto diagrama pateikiama 47 pav.



47 pav. Einamųjų išlaidų apskaičiavimo informacijos sruto diagrama

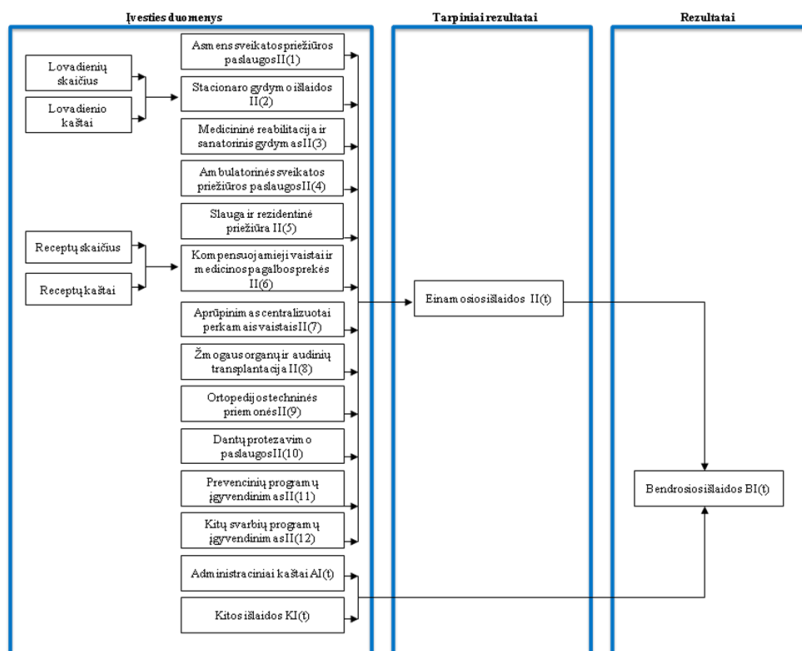
Šių išlaidų vertinimas atliekamas laikantis PSDF taikomos išlaidų klasifikacijos ir VLK pateikiama statistine informacija apie lovadienių skaičių bei jų įkainius (žr. 7 priedas) ir kompensuojamųjų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių suvartojimo statistinius duomenis. Atsižvelgiant į minėtuose šaltiniuose pateikiamą informaciją šiame moksliniame darbe vertinamos dvylika einamųjų sveikatos priežiūros sistemos išlaidų grupių (žr. 8 priedas).



48 pav. Einamųjų išlaidų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Remiantis atliktos analizės duomenimis, matome, jog einamosios sveikatos priežiūros sistemos išlaidos analizuojamu laikotarpiu pasižymės augimo tendencija (žr. 48 pav.). Einamosios išlaidos analizuojamu laikotarpiu didės nuo 6,152 mlrd. Lt 2012 m. iki 7,811 mlrd. Lt 2020 m. didžiausia išlaidų dalis einamosiose išlaidose teks asmens sveikatos priežiūros išlaidoms ir ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms (žr. 8 priedas).

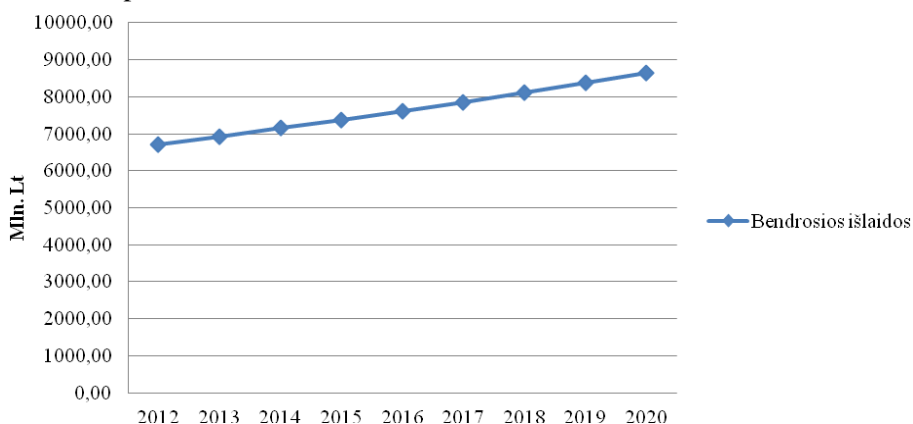
Kitame žingsnyje vertinamos bendrosios sveikatos priežiūros sistemos išlaidos.



49 pav. Bendrųjų išlaidų apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Bendrųjų sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimo informacijos srauto diagrama pateikiama 49 pav. Šis rodiklis apskaičiuojamas remiantis einamosiomis

sveikatos priežiūros sistemos išlaidomis bei Nacionalinių sveikatos sąskaitų duomenimis apie administracinius sistemos kaštus ir kitas išlaidas.



50 pav. Bendrųjų išlaidų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

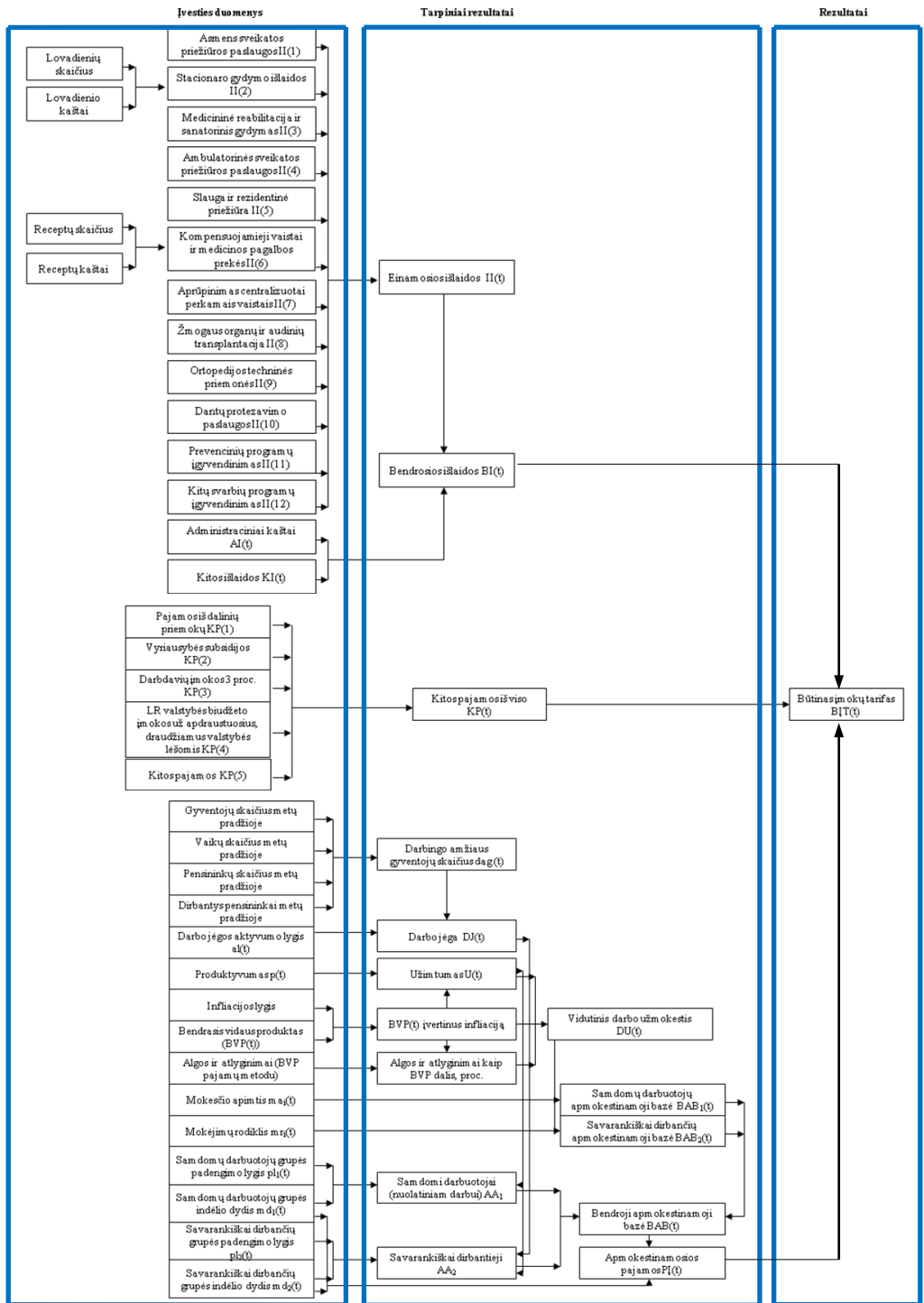
Analizuojamu laikotarpiu bendrųjų išlaidų kitimas pasižymės augimo tendencija (žr. 50 pav.). Atlikto asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos duomenimis (žr. 8 priedas) šios išlaidos augs nuo 6,715 mlrd. Lt 2012 m. iki 8,643 mlrd. Lt 2020 m.

Apibendrinant atliktą sveikatos priežiūros sistemą įtakojančių ekonominių ir demografinių rodiklių analizę, įvertinus sveikatos priežiūros sistemos pajamas bei išlaidas, kitame modelio realizavimo etape atliekama modelio verifikacijos rezultatų analizė.

4.4. Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos rezultatų analizė

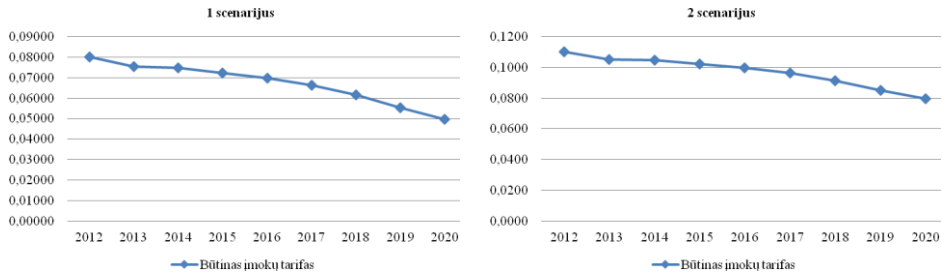
Kaip buvo minėta 4.2 ir 4.3 skyriuose asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos bazės plėtrą Lietuvoje tikslinga įgyvendinti privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų (PSSS) pagrindu. Esminis šios schemos pranašumas prieš šiuo metu egzistuojančią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą – galimybė sąskaitos savininkui disponuoti tik sąskaitoje esančiomis lėšomis, išsikvojus lėšas už papildomas paslaugas mokėti grynaisiais, o neišnaudojus sąskaitos lėšų, jas kaupti ateičiai ir naudoti sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugoms įsigyti. Siūlomos asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemos rezultatai bus lyginami su dabartinės sveikatos priežiūros sistemos generuojamomis pajamomis. Lėšų surinkimo sistemos modelių palyginimas atliekamas atsižvelgiant į 4.3 skyriuje pateikiamus asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos scenarijus.

Pagrindinis siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio realizacijos rezultatas – būtinojo įmokos tarifo dydis. Šio rodiklio nustatymui naudojami visi anksčiau atlikti skaičiavimai bei sudarytos įvairių rodiklių kitimo prielaidos (žr. 4.1 skyr.) analizuojamu laikotarpiu. Būtino įmokų tarifo apskaičiavimo srauto diagrama pateikiama 51 pav.



51 pav. Būtino įmokų tarifo apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Būtinąjį įmokų tarifą kitimo tendencijos 1 scenarijaus atveju pateikiamos 52 pav. Kaip matome būtinasis įmokų tarifas, atlikto tyrimo duomenimis, mažės nuo 8,01 proc. 2012 m. iki 4,97 proc. 2020 m. Didžiausią įtaką šiam mažėjimui darys augančios sveikatos priežiūros pajamos, kurių augimą daugiausiai sąlygos didėjantis vidutinis darbo užmokestis.

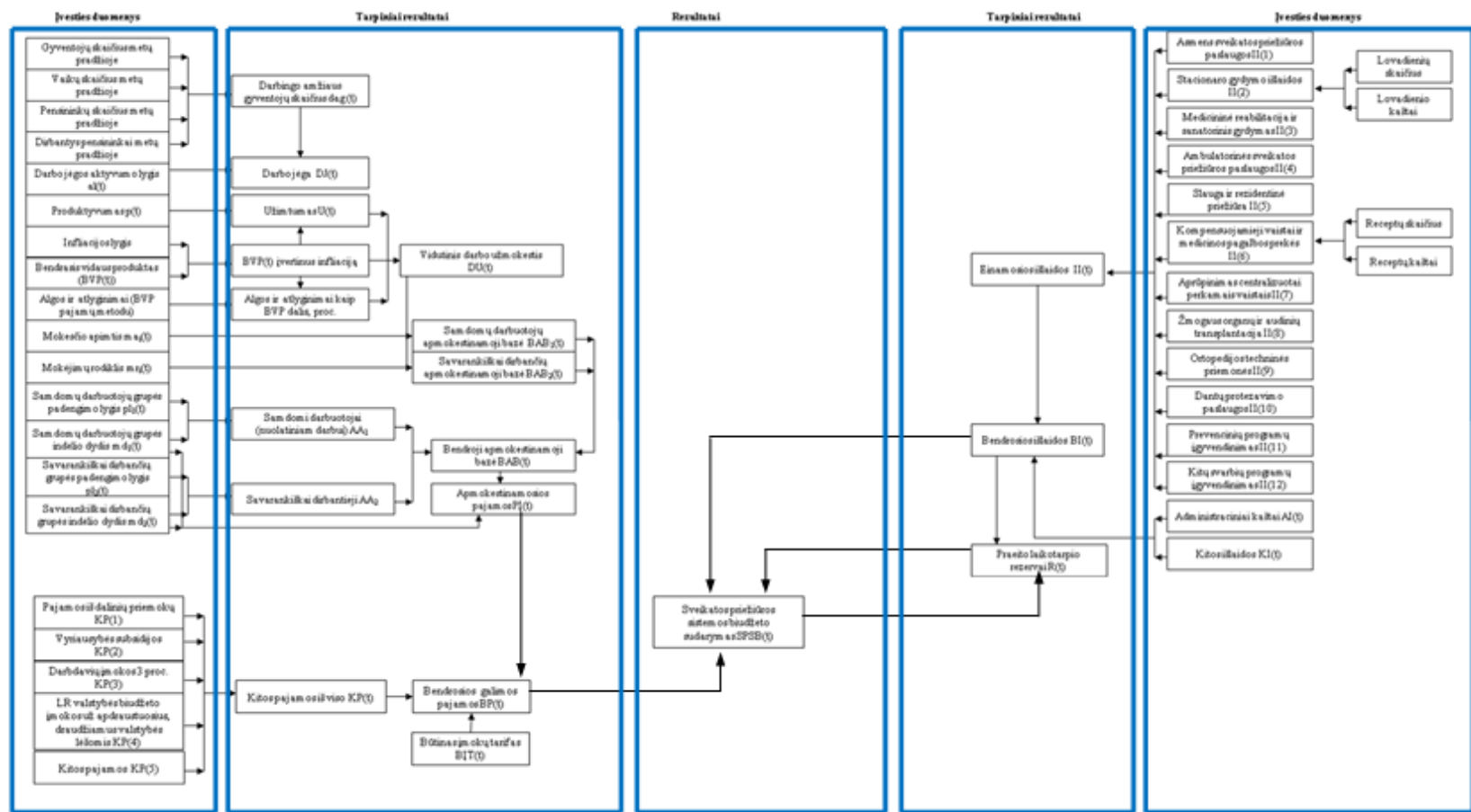


52 pav. Būtinąjį įmokų tarifą kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

2 scenarijaus atveju (žr. 9 Priedas) būtinasis įmokų tarifas bus didesnis, nes visa mokesstinė našta teks pajamas gaunančiam asmeniui. Būtinąjį įmokų tarifą dydis kis analogiškai 1 scenarijaus atvejui, t. y. mažės. 2012 m. ši įmoka siekusi 11,00 proc., 2020 m. mažės iki 7,97 proc.

Remiantis 1 ir 2 scenarijaus metu apskaičiuotais būtinąjį įmokų tarifą dydžiais bus modeliuojami 1a ir 2a scenarijai, kuriuose būtinąjį įmokų tarifą dydis išliks pastovus visu analizuojamu laikotarpiu ir lygus 2012 m. apskaičiuotam būtinąjį įmokų tarifą dydžiui. Atsižvelgiant į mokslinio darbo problemą, siūlomas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis turėtų padėti padidinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą, taigi būtinąjį įmokų tarifą dydis turėtų išlikti stabilus. Daroma prielaida, kad būtinąjį įmokų tarifą dydžiui nekintant bus pasiektas didesnis sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumas, taigi bus sudarytos sąlygos tenkinti ne tik esamus sveikatos priežiūros poreikius, bet ir ateities poreikius.

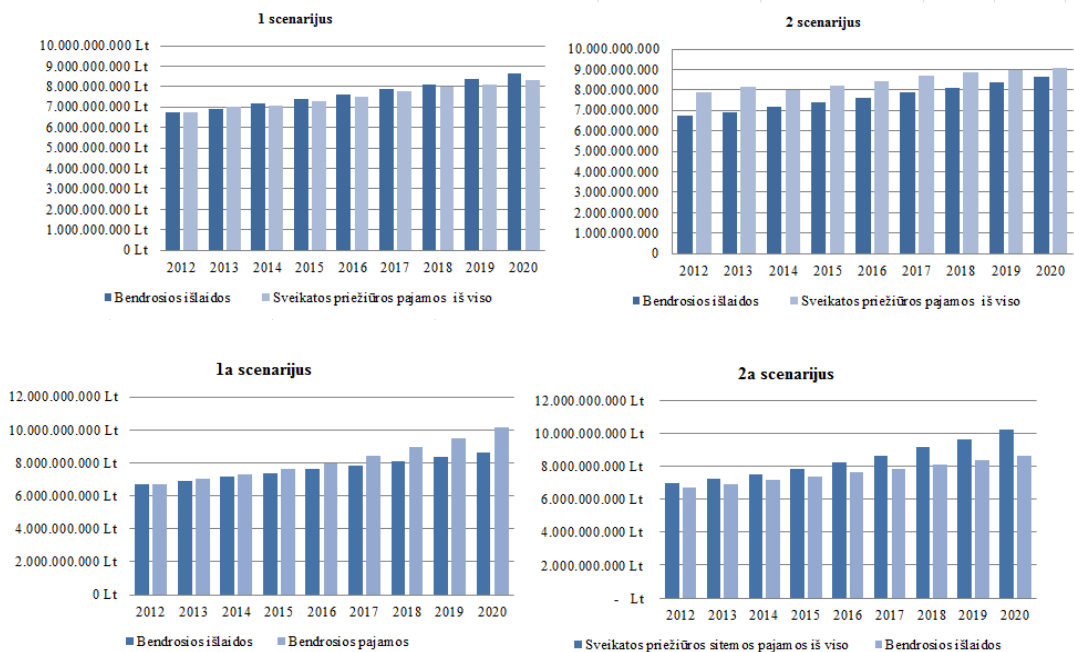
Paskutiniame asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos etape, remiantis atlikto tyrimo duomenimis (žr. 8 ir 9 Priedus), sudaromas sveikatos priežiūros sistemos biudžetas (SPSB(t)). Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas atliekamas remiantis 17 lentelėje pateikta formule. Sveikatos priežiūros sistemos galimos pajamos yra perskaičiuojamos pagal apskaičiuotą būtinąjį įmokų tarifą ir įvertinant kitas sveikatos priežiūros sistemos pajamas. Sveikatos priežiūros bendrosios išlaidos ir jų apskaičiavimas jau buvo pateikti 45 ir 46 pav. Sudarant sveikatos priežiūros sistemos biudžetą susidaręs skirtumas tarp gaunamų pajamų ir patirtų išlaidų vertinamas kaip rezervas (R(t-1)) ir perkeliamas į kitus finansinius metus. Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymo informacijos srauto diagrama pateikiama 53 pav.



53 pav. Sveikatos prieziuros sistemos biudzeto sudarymo informacijos srauto diagrama

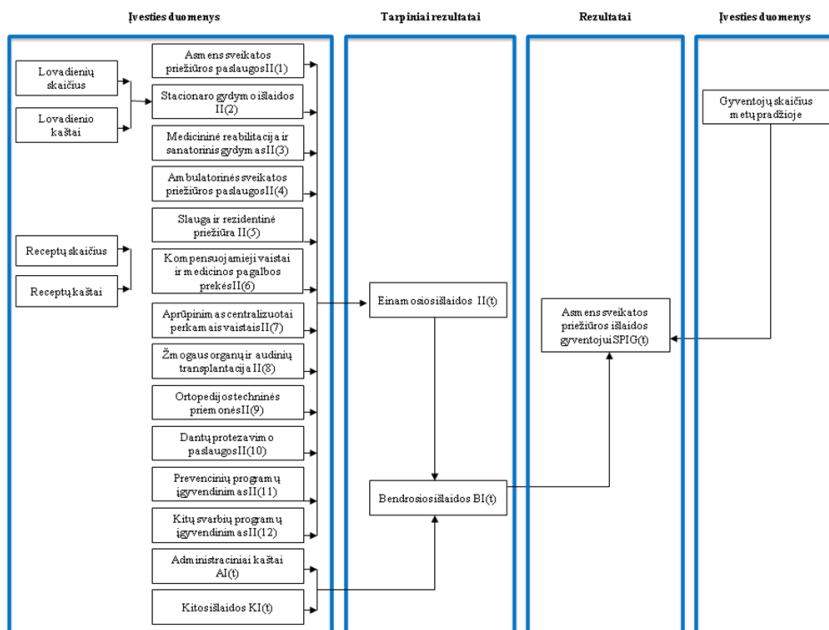
Atlikto tyrimo duomenimis sveikatos priežiūros sistemos biudžetas per tiriamą laikotarpį pasižymės augimo tendencija (žr. 54 pav.). Sveikatos priežiūros sistemos pajamos apskaičiuojamos kaip bendrųjų galimų pajamų (BP(t)) dalis pagal apskaičiuotą būtiniąjį įmokų tarifą (BP(t)) ir įvertinant kitas sveikatos sistemos pajamas. Apibendrinant atliktą analizę, galima teigti, kad sveikatos priežiūros sistemos pajamos augs nuo 6,711 mlrd. Lt 2012 m. iki 8,301 mlrd. Lt 2020 m. 1 scenarijaus atveju. Sveikatos priežiūros sistemos išlaidos kito analogiška tendencija, t. y. didėjo nuo 6,715 mlrd. Lt 2012 m. iki 8,643 mlrd. Lt 2020 m. Nors atlikto tyrimo duomenimis (žr. 8 ir 10 priedai) 1 scenarijaus atveju patirtos sveikatos priežiūros sistemos išlaidos viršija gaunamas sistemos pajamas, taigi šiuo atveju galima teigti, jog siekiant surinkti pakankamas pajamas sveikatos priežiūros sistemos finansavimui, būtinas įmokos tarifas analizuojamu laikotarpiu negali būti mažinamas. 1a scenarijaus atveju (žr. 11 priedą) sveikatos priežiūros pajamų augimas būtų spartesnis ir leistų surinkti iki 10,139 mlrd. Lt pajamų 2020 m., o išlaidos siektų 8,643 mlrd. Lt.

2 scenarijaus atveju – spartesnis sveikatos priežiūros sistemos pajamų augimas sudaro palankias sąlygas užtikrinti optimalų sveikatos sistemos finansavimą, o suformuotas biudžetas yra perteklinis (žr. 9 ir 10 priedas). Tačiau atsizvelgiant į šio darbo problemą ir siekiant didesnio sveikatos priežiūros sistemos tvarumo 2a scenarijaus (žr. 12 priedą) atveju būtinas įmokos tarifas taip pat nebus mažinamas, kas leis surinkti daugiau pajamų sveikatos priežiūros sistemai finansuoti.



54 pav. Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

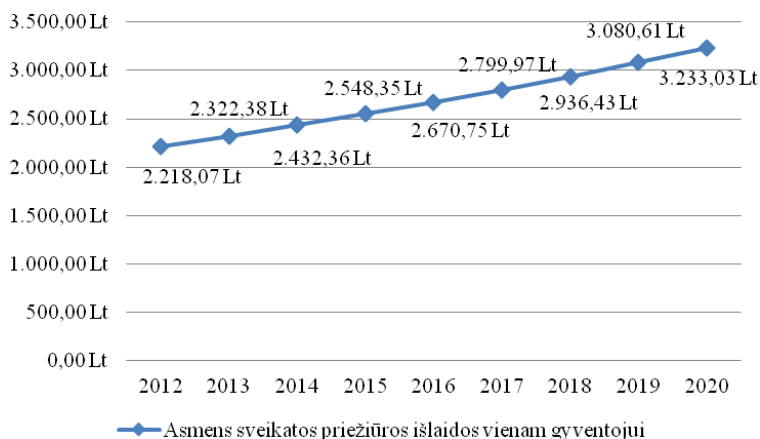
Paskutinis siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje modelio etapo žingsnis (žr. 25 pav.), leidžiantis daryti išvadas apie siūlomo sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio taikymo rezultatus, – tai *sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vienam asmeniui apskaičiavimas* (žr. 55 pav.).



55 pav. Asmens sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui apskaičiavimo informacijos srauto diagrama

Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui leidžia įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos situaciją Europos Sąjungos kontekste.

Atlikto tyrimo duomenimis asmens sveikatos priežiūros išlaidos gyventojui analizuojamu laikotarpiu pasižymės augimo tendencija. 1, 1a, 2 ir 2a scenarijų atvejais 2012 m. šis rodiklis sieks 2.218 Lt gyventojui, o 2020 m. padidės iki 3.233 Lt.



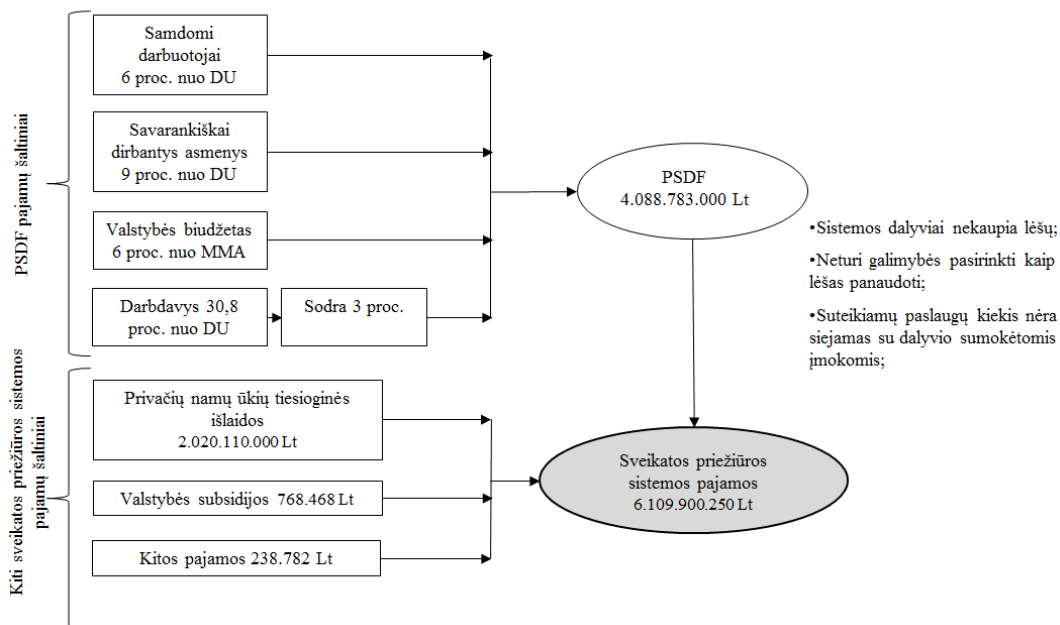
56 pav. Asmens sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui kitimo tendencijos 2012 – 2020 m.

Apibendrinant atliktą sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje modelio verifikaciją, galima daryti išvadą, kad siūlomas modelis leis pasiekti pakankamą sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos lygį, sudarys palankias sąlygas privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų savininkams kaupti sumokėtus mokesčius specialiosiose sąskaitose ir juos naudoti pagal individualius poreikius sveikatos priežiūros ir sveikatinimo paslaugoms. Toliau atliekama išsami asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų pagrindu Lietuvoje pajamų analizė, leisianti įvertinti siūlomos sistemos pranašumus lyginant su egzistuojančia šalies asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema.

Siekiant įvertinti siūlomo modelio įgyvendinimo galimybes ir tikslingumą 57 pav. pateikiama šiuo metu šalyje veikiančių asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo modelio struktūra, jos generuojamos pajamos.

Šiuo metu Lietuvoje asmens sveikatos priežiūra finansuojama darbuotojų lėšomis, darbdavių įmokomis bei LR valstybės biudžeto lėšomis, kurios mokamos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Įstatymų nustatyta tvarka dirbantieji moka 6 proc. privalomojo sveikatos draudimo mokestį nuo gaunamų pajamų į privalomo sveikatos draudimo fondą, 3 proc. nuo kiekvieno darbuotojo gaunamų pajamų į šį fondą perveda darbdavys. Valstybė moka 6 proc. privalomo sveikatos draudimo mokestį nuo minimalaus mėnesio atlyginimo dydžio įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, t. y. bedarbius ir pensinio amžiaus asmenis.

Esama situacija (2013 m.)



57 pav. Asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal šiuo metu veikiančią lėšų surinkimo modelį 2013 m. (VLK prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos, 2013, 2012 c; LR Valstybės kontrolė, 2010)

Privalomojo sveikatos draudimo fondas 2013 m. planuoja surinkti apie 4,088 mlrd. Lt pajamų iš apmokestinamųjų asmenų ir valstybės įnašų. Vertinant sveikatos priežiūros sistemos pajamas svarbu įvertinti pagrindines sistemos pajamų grupes: privačių namų ūkių tiesioginius mokėjimus (dalines priemokas), kurios pagal sudarytas prognozes (žr. 20 lent.) 2013 m. turėtų siekti apie 2,020 mlrd. Lt.; vyriausybės subsidijas – 768,468 tūkst. Lt ir kitas pajamas, kurios turėtų siekti apie 238,782 tūkst. Lt. Atlikus esamos sveikatos priežiūros sistemos Lietuvoje lėšų surinkimo sistemos galimas pajamas, matome, kad jos 2013 m. turėtų siekti apie 6,109 mlrd. Lt.

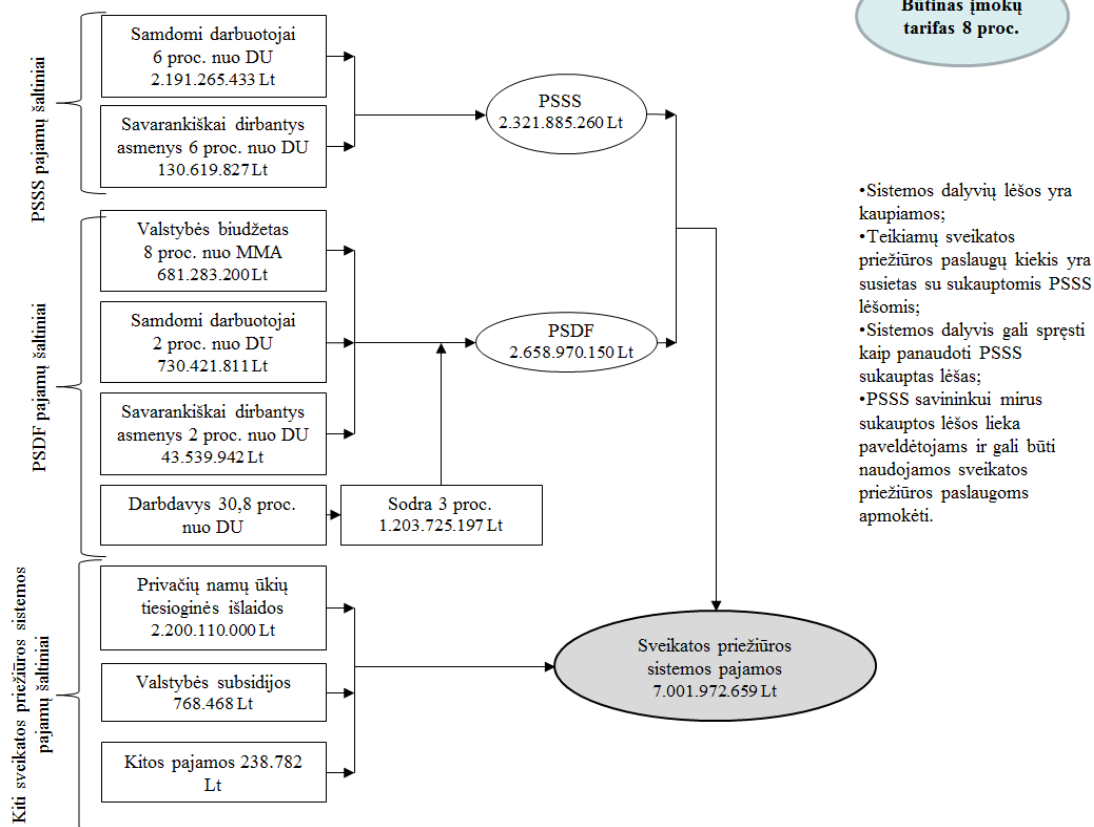
Remiantis 2.3 skyriuje atlikta Lietuvos sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos mechanizmo analize, galima teigti, jog pagrindinis esamos sistemos trūkumas – neegzistuojantis ryšys tarp asmens sumokėtų privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir gautų paslaugų kiekio. Taip pat šiuo metu veikianti sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistema yra sudėtinga, ji nesuteikia mokesčių mokėtojui galimybės neišnaudotų sveikatos priežiūros lėšų kaupti ir neįpareigoja mokesčių mokėtojo vartoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas atsakingai ir esant būtinybei.

Siūlomas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis Lietuvos atveju verifikuojamas keturiais skirtingais scenarijais (žr. 4.3 skyr.).

1 ir 1a scenarijus atveju siūlomas lėšų surinkimo modelis įgyvendinamas privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų pagrindu bei išlaikant privalomo sveikatos draudimo fondą (žr. 4.3 skyr.). Privalomosiose sveikatos santaupų sąskaitose asmenų sukauptos lėšos yra kaupiamos, o neišnaudotas jų likutis perkeliamas į kitą laikotarpį. Privalomojo sveikatos draudimo fondas yra išlaikomas siekiant garantuoti būtinųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą rizikos grupėms priklausantiems asmenims, t.y. bedarbiams ir pensinio amžiaus žmonėms. Siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio rezultatai, vertinant sistemos pajamas, pateikiami 58 pav.

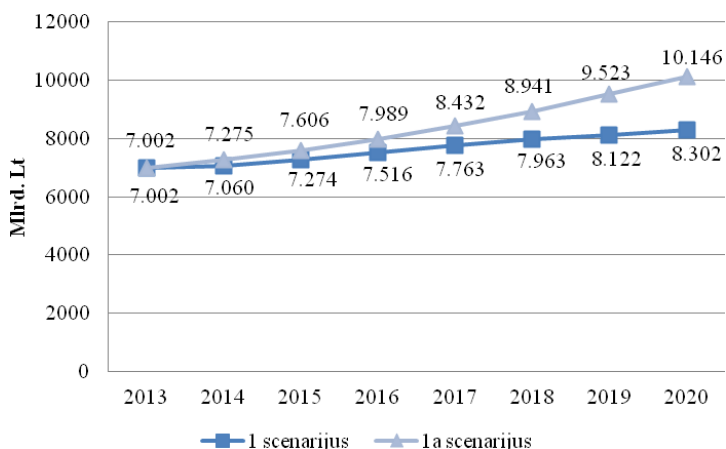
Siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos Lietuvoje atveju dirbantieji mokėtų dvi įmokas: 1) į privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitą ir 2) privalomojo sveikatos draudimo fondo sąskaitą. Dirbantiems nustatyti mokesčiai atitinkamai siektų 6 proc. ir 2 proc. nuo gaunamų pajamų (būtinasis įmokų tarifas 8 proc.). Privalomo sveikatos draudimo fondo pajamas taip pat sudarytų darbdavių įnašai už darbuotojo gautas pajamas, kurie siektų 3 proc. ir LR valstybės biudžeto lėšos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Mokestinė našta būtų paskirstyta tarp darbuotojo ir darbdavio. Atlikto tyrimo duomenimis (žr. 8 Priedas) bendrosios sveikatos priežiūros sistemos pajamos iš privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų ir privalomojo sveikatos draudimo fondo įplaukų sudarytų apie 4,980 mlrd. Lt.

Būsima situacija pagal 1 scenarijų (2013 m.)



58 pav. Asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal siūlomą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelį 2013 m. (1 scenarijus)

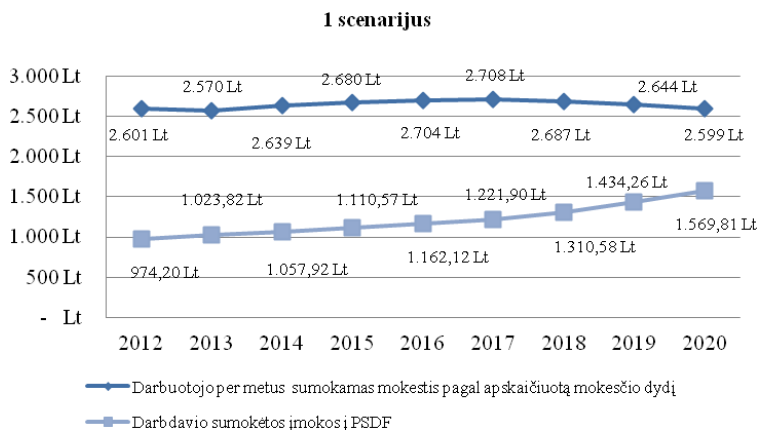
Likusios sveikatos priežiūros sistemos pajamos pasirinktos analogiškos kaip esamos sistemos atveju. Vertinant bendrąsias sveikatos priežiūros sistemos pajamas siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos keitimo atveju (žr. 58 pav.) ir esamos sistemos atveju (žr. 57 pav.), matome, kad įgyvendinus siūlomą tobulinimo modelį sveikatos priežiūros sistemos pajamos siektų 7,001 mlrd. Lt ir būtų 892,072 mln. Lt didesnės nei taikant šiuo metu veikiančią lėšų surinkimo mechanizmą. Detali analizuojamo laikotarpio pajamų dinamika pateikiama 59 pav.



59 pav. Sveikatos priežiūros pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1 ir 1a scenarijus)

Lyginant 1 ir 1 a scenarijaus rezultatus, matome, jog būtinojo įmokų tarifo mažėjimo atveju (1 scenarijus) sveikatos priežiūros sistemos pajamos augtų mažesniu tempu ir 2020 m. siektų 8,3 mlrd. Lt. Jeigu būtinasis įmokos tarifas nekistų ir išliktų stabilus visu analizuojamu laikotarpiu, sveikatos priežiūros sistemos pajamos augtų sparčiau ir 2020 m. siektų 10,15 mlrd. Lt.

Pagrindiniai rodikliai, leidžiantys spręsti apie siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio įgyvendinimo sėkmę, yra būtinas įmokų tarifas (žr. 51 pav.) ir darbuotojų bei darbdavių įmokos (žr. 60 pav.).

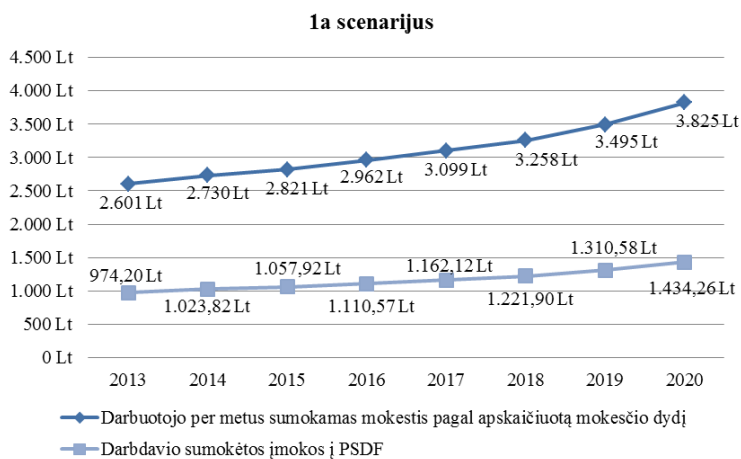


60 pav. Darbuotojo ir darbdavio per metus sumokamo mokesčio pagal apskaičiuotą mokesčio dydį kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1 scenarijus)

Atliktas tyrimas parodė, kad darbuotojų įmokos į privalomąsias sveikatos santaupų sąskaitas ir privalomojo sveikatos draudimo fondą nuo 2012 m. iki 2017 m. pasižymės augimo tendencija: 2012 m. sieks 2.601 Lt, o 2017 m. – 2.708 Lt. Nuo

2018 m. šios įmokos mažės nuo 2.687 Lt iki 2.599 Lt 2020 m. Pagrindinė šio įmokų mažėjimo priežastis, minėtu laikotarpiu, mažėjantis būtinas įmokų tarifo dydis.

Atsižvelgiant į modelio verifikacijos scenarijus (žr. 4.3 skyr.) ir darbo problemą, siekiant didesnio sveikatos priežiūros sistemos tvarumo būtinojo įmokų tarifo dydis turėtų išlikti stabilus 2013 – 2020 m. laikotarpiu, nes tik tokiu atveju bus sudarytos palankios sąlygos geresniam sveikatos priežiūros sistemos finansavimui. 60 pav. pateikiama darbuotojo bei darbdavio sumokamo mokesčio dalis 1a scenarijaus atveju. Matome, jog darbuotojo įmokos per analizuojamą laikotarpį augtų nuo 2.601 Lt 2012 m. iki 3.825 Lt 2020 m. Darbdavio dalis pasižymėtų augimo tendencija: 2012 m. siektų 974 Lt, o 2020 m. 1.434 Lt. Taigi, jeigu būtinas įmokos tarifas analizuojamu laikotarpiu išliktų pastovus ir siektų 8 proc. per metus darbuotojo ir darbdavio sumokama įmoka 2020 m. siektų 5.259 Lt ir būtų 1.090 Lt didesnė nei 1 scenarijaus atveju.



61 pav. Darbuotojo ir darbdavio per metus sumokamo mokesčio pagal apskaičiuotą mokesčio dydį kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1a scenarijus)

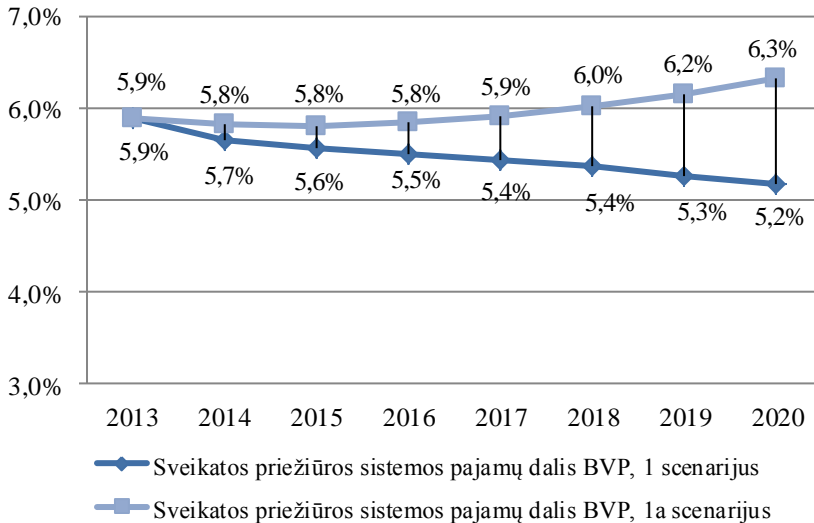
Apibendrinant atliktos sveikatos priežiūros sistemos galimų pajamų palyginimą skirtingų scenarijų atvejais, galima teigti, jog siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo būtinas įmokų tarifas turėtų išlikti pastovus ir lygus 2012 m. lygiui: darbuotojo dalis siektų 8 proc., o darbdavio 3 proc.

Sveikatos priežiūros pajamų dalis BVP 1 ir 1a scenarijaus atveju

Siekiant pagrįsti būtinojo įmokų tarifo dydį ir didinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą bus tikrinama pajamų sveikatos priežiūrai dalis BVP ir jos kitimas, jeigu 1 scenarijaus atveju būtinas įmokų tarifas mažės: nuo 8 proc. 2013 m. iki 5 proc. 2020 m. ir 1a scenarijaus atveju, jeigu būtinas įmokų tarifas darbuotojo pajamoms analizuojamu laikotarpiu nekis ir 2013 – 2020 m. laikotarpiu sieks 8 proc.

Remiantis 1.3 skyr. nagrinėta sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo definicija ir jos reikšmė sveikatos priežiūros sistemos veiklai, daroma prielaida, jog nustatytas būtinas įmokų tarifas darbuotojo pajamoms 1a scenarijaus

atveju nebus mažinamas, o išliks stabilus visą analizuojamą laikotarpį. Ši sąlyga yra būtina siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo.



62 pav. Sveikatos priežiūros pajamų dalies BVP kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (1 ir 1a scenarijus)

Remiantis atliktos sveikatos priežiūros pajamų dalies BVP kitimo tendencijų analizės rezultatais, galima teigti, jo siekiant padidinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą būtinas įmokų tarifas (*1 scenarijus*) neturėtų būti mažinamas dėl augančių dirbančiųjų pajamų. Siekiant ilgalaikių rezultatų, sveikatos priežiūros finansavimo sistemos stabilumo būtinas įmokų tarifas turėtų būti stabilus ir analizuojamu laikotarpiu siekti 8 proc. nuo darbuotojo gaunamų pajamų. 60 pav. matome, jog būtinojo įmokų tarifo stabilumo atveju (1a scenarijus), sveikatos priežiūros pajamų dalis BVP pasižymėtų augimo tendencija ir 2020 m. siektų apie 6,3 proc. ir būtų 1,1 proc. didesnė nei būtinojo įmokos tarifo mažėjimo atveju (1 scenarijus). R. Buivydo ir kt. (2013) teigimu ir remiantis Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenimis, sveikatos priežiūros išlaidų dalis BVP Lietuvoje 2020 m. turėtų siekti apie 6,2 proc. Taigi atsižvelgiant į siūlomo modelio verifikacijos rezultatus, galima teigti, jog įgyvendinus 1a scenarijaus modelio variantą, minėtas mokslininkų apskaičiuotas rodiklis būtų pasiektas ir viršytas 0,1 proc.

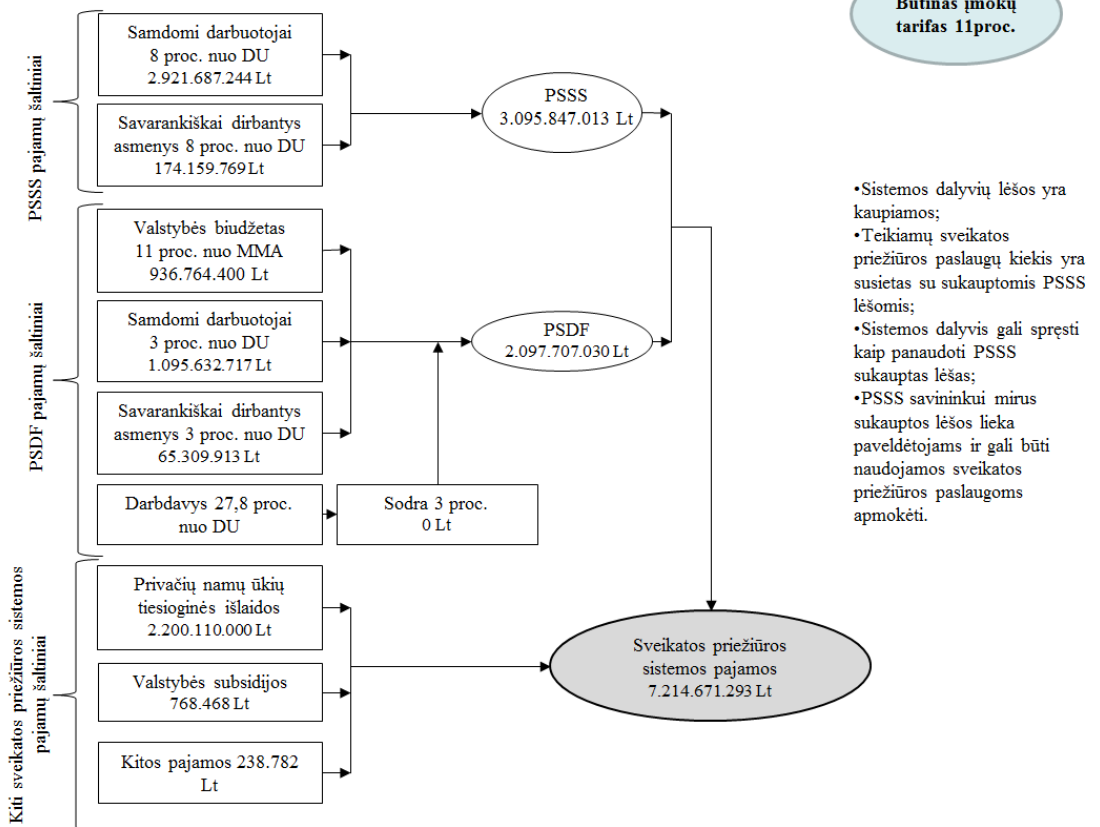
Apibendrinant atliktą siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją pagal 1 ir 1a scenarijus bei įvertinus modelio diegimo sąlygotas sveikatos priežiūros sistemos pajamas, galima teigti, jog siūlomas lėšų surinkimo sistemos modelis 1a scenarijaus atveju leistų pritraukti didesnes sveikatos priežiūros finansavimui reikalingas lėšas, o dėl savo pobūdžio ir kaupimo galimybių būtų pranašesnis lyginant su dabartiniu sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modeliu. Remiantis atlikta sveikatos priežiūros pajamų dalies BVP analize, siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo būtinojo įmokų tarifo

dydis apskaičiuotas 2012 m. turėtų išlikti stabilus ir siekti 8 proc. (darbuotojo dalis) ir 3 proc. (darbdavio dalis), tokiu būdu sveikatos priežiūros pajamų dalis BVP siektų apie 6,3 proc.

2 ir 2a scenarijaus atveju visa mokesstinė našta, susijusi su asmens sveikatos priežiūros mokesčiais, tenka pajamų gavėjui (darbuotojui) (žr. 4.3. skyr.).

Pajamas gaunantis asmuo moka dvi įmokas: 1) įmoką į privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitą, 2) įmoką į privalomąjį sveikatos draudimo fondą. Pagrindiniai 2 scenarijaus realizacijos rezultatai pateikiami 63 pav.

Būsima situacija pagal 2 scenarijų (2013 m.)



63 pav. Asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal siūlomą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelį 2013 m. (2 scenarijus)

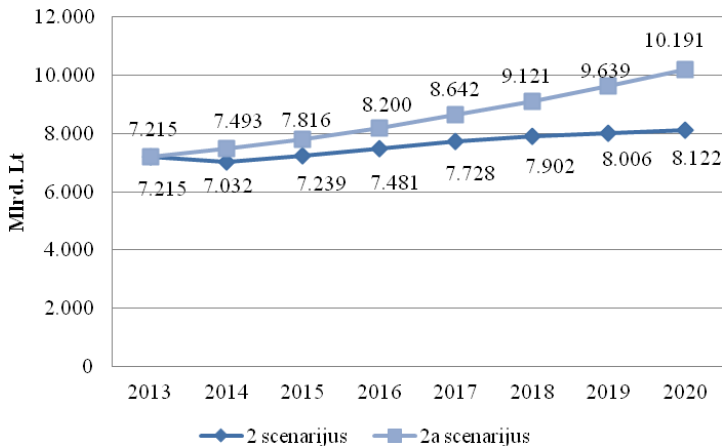
Remiantis atliktų skaičiavimų duomenimis (žr. 9 priedą), galima teigti, jog 2013 m. būtinasis įmokų tarifas, kuris būtų privalomas visiems gaunantiems pajamas asmenims, siektų 11 proc. Atsižvelgiant į šalyje šiuo metu veikiančią sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos mechanizmą ši įmoka, kaip ir 1 scenarijaus atveju, paskirstoma tarp privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų (8 proc.) ir privalomo sveikatos draudimo fondo (3 proc.). Privalomojo sveikatos draudimo fondas būtų formuojamas ne tik iš pajamas gaunančių asmenų mokamų įmokų, bet ir

valstybės įnašų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, kurios sudarytų 11 proc. nuo MMA. Šio fondo išlaikymas padėtų užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą labiausiai pažeidžiamoms visuomenės grupėms ir padėtų įgyvendinti solidarumo bei visuotinio prieinamumo principus.

Atlikta siūlomo modelio verifikacija parodė, jog toks mokesčių surinkimo būdas 2013 m. leistų surinkti apie 3,095 mlrd. Lt į privalomąsias sveikatos santaupų sąskaitas ir 2,097 mlrd. Lt į privalomojo sveikatos draudimo fondą. Bendroji sveikatos priežiūros sistemos pajamų dalis iš apmokestinamųjų asmenų ir valstybės įnašų sudarytų apie 5,192 mlrd. Lt. Įvertinus kitas pagrindines asmens sveikatos priežiūros sistemos pajamas, kurios yra analogiškos 1 scenarijaus atvejui, matome, kad bendrosios sveikatos priežiūros sistemos pajamos minėtu laikotarpiu siektų apie 7,214 mlrd. Lt.

2 scenarijaus realizacija Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai parodė, jog surinktų lėšų suma būtų 1,104 mlrd. Lt didesnė nei esamos situacijos atveju (žr. 57 pav.) ir 212,7 mln. Lt didesnė nei 1 scenarijaus atveju (žr. 58 pav.).

Atsižvelgiant į 4.3 pateikiamą 2 ir 2a scenarijų detalizaciją 64 pav. pateikiamos sveikatos priežiūros pajamų kitimo tendencijos, jeigu būtinas įmokos tarifas mažėtų (2 scenarijus) ir jeigu jis išliktų stabilus (2a scenarijus) visu analizuojamu laikotarpiu.

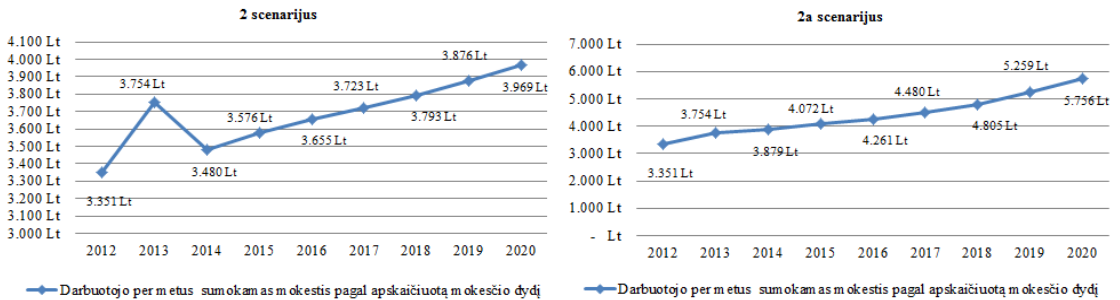


64 pav. Sveikatos priežiūros pajamų kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (2 ir 2a scenarijus)

Atlikto palyginimo rezultatai parodė, jog pajamos 2 scenarijaus atveju augtų mažesniais tempais ir 2020 m. siektų 8,122 mlrd. Lt, o 2a scenarijaus atveju augtų sparčiau ir siektų 10,191 mlrd. Lt. Taigi atsižvelgiant į gautus duomenis, galima teigti, jog 2a scenarijaus realizavimas būtų naudingesnis ir sąlygotų didesnę sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą.

Darbuotojo per metus sumokamos įmokos ir jų kitimas 2 ir 2a scenarijų atveju, analizuojamu laikotarpiu pateikiamas 65 pav., atliktų skaičiavimų duomenimis (žr. 9 priedą), pasižymės augimo tendencija. nuo 2012 m. šios įmokos, siekusios 3.351 Lt, 2020 m. padidės iki 3.969 Lt. Pagrindinė tokio įmokų augimo

priežastis bus augančios asmenų gaunamos pajamos, kurios kompensuos ir sumažėjusį būtinajį įmokų tarifą, kuris 2020 m. sieks 8 proc. Tačiau siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo daroma prielaida, kad būtinojo įmokų tarifo dydis nebus keičiamas (2a scenarijus) ir sieks 11 proc. visu analizuojamu laikotarpiu. Šio atveju darbuotojo įmokų dydis išaugs nuo 3.351 Lt 2012 m. iki 5.756 Lt 2020 m.



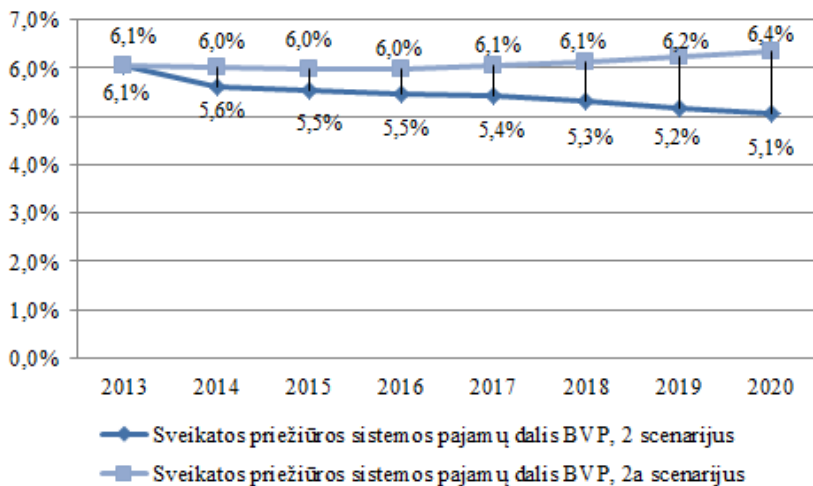
65 pav. Darbuotojo per metus sumokamo mokesčio pagal apskaičiuotą mokesčio dydį kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (2 ir 2a scenarijus)

Apibendrinant atliktos sveikatos priežiūros sistemos galimų pajamų palyginimą 2 ir 2a scenarijų atvejais, galima teigti, jog siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo būtinas įmokų tarifas turėtų išlikti pastovus ir lygus 2012 m. lygiui – 11 proc.

Sveikatos priežiūros pajamų dalis BVP 2 ir 2a scenarijaus atveju

Būtinojo įmokų tarifo dydis grindžiamas pajamų sveikatos priežiūrai dalimi BVP. Analogiškai 1 scenarijaus patikrinimui bus tikrinama pajamų sveikatos priežiūrai dalis BVP ir jos kitimas, jeigu 2 scenarijaus atveju būtinas įmokų tarifas mažės: nuo 11 proc. 2013 m. iki 8 proc. 2020 m. ir 2a scenarijaus atveju, jeigu būtinas įmokų tarifas darbuotojo pajamoms analizuojamu laikotarpiu nekis ir 2013 – 2020 m. laikotarpiu sieks 11 proc.

Remiantis atliktos analizės duomenimis (žr. 66 pav.), galima teigti, kad siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo turėtų būti įgyvendintas 2a scenarijus, kurio taikymo sąlygomis būtų surenkamos didesnės pajamos sveikatos priežiūros finansavimui. Sveikatos priežiūros pajamų dalis BVP 2020 m. pagal 2 scenarijų siektų 5,1 proc., o 2a scenarijaus atveju – 6,4 proc. Taigi atsižvelgiant į jau minėtą R. Buivydo ir kt. (2013) atliktą studiją ir remiantis Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenimis, matome, kad 2a scenarijaus atveju sveikatos priežiūros sistemos pajamų dalis BVP 2020 m. sieks 6,4 proc. ir bus 0,2 proc. didesnė nei minėtuose darbuose nustatyta dalis (6,2 proc.).



66 pav. Sveikatos priežiūros pajamų dalies BVP kitimo tendencijos 2012 – 2020 m. (2 ir 2a scenarijus)

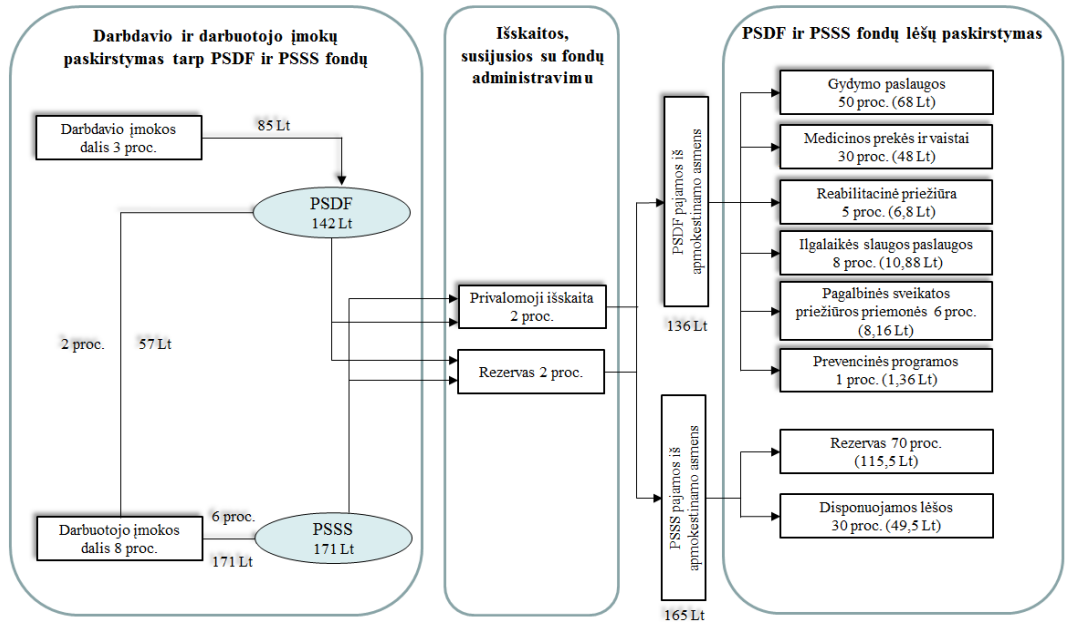
Apibendrinant atliktą siūlomo sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikaciją ir pagrindiniu jos rezultatus, galima teigti, jog 1a ir 2a scenarijų realizavimas yra naudingesnis siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo. Apskaičiuoto būtinojo įmokų tarifo dydis turėtų išlikti stabilus, nes tokiu atveju sveikatos priežiūros sistemos finansavimui surenkamų pajamų augimas būtų spartesnis.

Atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos rezultatus Lietuvos atveju pagal 1 ir 1a scenarijų sąlygas buvo atlikta asmens sumokėtos mėnesinės įmokos detalizacija 2013 m., leidžianti įvertinti konkretų sumokėtų įmokų paskirstymą sveikatos priežiūros ir sveikatinimo paslaugų išlaidoms padengti ir administracinius mokesčius (privalomąsias išskaitas), kuriomis apmokestintos kiekvieno įmokas mokančiojo asmens įmokos (žr. 67 pav.).

Kaip jau buvo minėta anksčiau pajams gaunančios asmens ir darbdavio įmokos pagal priimtas procentines dalis surenkamos į PSDF ir PSSS fondus. Šių fondų veiklos sąlygos buvo aptartos 4.3 skyr. Atsižvelgiant į 1 ir 1a scenarijų priimtas sąlygas, matome, kad per mėnesį pajamų gavėjas ir darbdavys į PSDF fondą įmokės 142 Lt, o į PSSS fondą pajamų gavėjas įmokės 171 Lt. Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų (PSSS) bei privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) lėšų administravimo poreikiams iš kiekvienos asmens įmokėtos įmokos atskaitomos privalomosios išskaitos, siekiančios 2 proc. ir lėšos rezervo formavimui, siekiančios 2 proc. Taigi sistemos finansavimui skirta lėšų dalis kiekviename fonde, nagrįnėjamu atveju, kiekvieną mėnesį sumažės 6 Lt.

Asmens sumokamo sveikatos priežiūros sistemai finansuoti skirto mokesčio į PSDF fondą paskirstymo detalizacija 2013 m., atlikta remiantis šiomis dienomis galiojančiu privalomojo sveikatos draudimo fondo surenkamų lėšų paskirstymo gairėmis, parodė, kad per mėnesį mokesčių mokėtojas įneš apie 136 Lt.

Didžioji PSDF lėšų dalis (50 proc. arba 68 Lt) bus skirta gydymo paslaugų apmokėjimui, apie 30 proc. (48 Lt) lėšų skiriama medicinos prekių ir vaistų kompensavimui, 8 proc. (10,88 Lt) lėšų skiriama ilgalaikės slaugos paslaugų apmokėti, 6 proc. (8,16 Lt) pagalbinėms sveikatos priežiūros priemonėms apmokėti, 5 proc. (6,8 Lt) skirta reabilitacinei priežiūrai ir apie 1 proc. (1,36 Lt) įvairių prevencinių programų įgyvendinimui.



67 pav. Darbuotojo per mėnesį sumokamo mokesčio paskirstymas 2013 m. (1 scenarijus)

PSSS fondo lėšos surenkamos iš apmokestinamojo asmens po privalomųjų išskaitų per mėnesį sudarys 165 Lt. Šio fondo lėšų paskirstymas apims rezervo formavimą (70 proc.), kuris padės užtikrinti sklandžią sveikatos priežiūros sistemos veiklą, ir sąskaitos savininko disponuojamas lėšas (30 proc.), kurias jis savo nuožiūra galės panaudoti sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugų apmokėjimui.

Vertinant siūlomo asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacijos Lietuvos atveju rezultatus ir juos lyginant su esama situacija, galima daryti išvadą, jog tiek pirmojo, tiek antrojo scenarijaus įgyvendinimas leistų sukurti lėšų surinkimo schemą naudojant privalomasias sveikatos santaupų sąskaitas, laikantis solidarumo ir visuotinio prieinamumo principų ir padidinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumą. Atlikta asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio realizacijos Lietuvos atveju rezultatų analizė ir jų palyginimas su egzistuojančiu sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modeliu (žr. 10 priede) sąlygojo šias tyrimo išvadas:

- Įgyvendinus siūlomą asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelį galima tikėtis didesnių sveikatos

priežiūros sistemos pajamų ir didesnio finansavimo sistemos tvarumo;

- Mokesčių mokėtojo mokamos įmokos yra tiesiogiai susietos su galimu gauti sveikatos priežiūros paslaugų kiekiu, už papildomas paslaugas, išėikvojus sukauptas privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitoje lėšas, asmuo apmoka nuosavomis lėšomis;
- Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitos ir jose esančios lėšos gali būti naudojamos jos savininko ir jo šeimos narių;
- Neišėikvotos privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų lėšos yra kaupiamos ir perkeliamos į kitus metus;
- Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų savininkas gali pasirinkti, kaip išleisti sąskaitoje sukauptas lėšas sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugų pirkimui;
- Mokesčių mokėtojas yra skatinamas atsakingiau naudoti sąskaitoje esančias sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, nes disponuoja apibrėžta pinigų suma;
- Siūlomas asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis gali būti modifikuojamas pagal įvairius scenarijus, pavyzdžiui, galima nustatyti kiek valstybei kainuotų sveikatos priežiūros sistemos išėaikymas, jeigu ji draustų visus šalies gyventojus arba (įvedus papildomas konstantas), leistų apskaičiuoti kaip kistų įmokos, jei būtų norima padidinti sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų darbo užmokestį ir kt.

IŠVADOS

1. Sveikata ir sveikatos priežiūra, sveikatos priežiūros paslaugų rinkos kontekste, mokslinėje literatūroje traktuojamos kaip viena kitą papildančios sąvokos. *Sveikata – tai individo genetinio pagrindo, jo gyvenimo būdo, socialinės, ekonominės, ekologinės aplinkos ir sveikatos priežiūros paslaugų poveikio pasekmė, kurios vertė mainuose yra sunkiai įvertinama. Sveikatos priežiūra suprantama kaip ūkio sektorius, kurio produktai turi konkrečią vertę mainuose. Tuo tarpu sveikatos priežiūra (kaip šalies ūkio sektorius) ir jos produktai (prekės ar paslaugos) – tai ekonominis mainų vienetas, turintis konkrečią vertę individui. Sveikatos priežiūros produktai, realizuojami specifinėje, valstybės reguliuojamoje, rinkoje.*

2. Sveikatos priežiūros paslaugų rinka pasižymi valstybės reguliavimu, heterogeniškumu, vyraujančia oligopolija, pertekline paklausa, dideliu finansinių tarpininkų vaidmeniu ir kai kuriais konkurencijos elementais atskiruose sektoriuose. Šio sektoriaus išlaidų ir sveikatos lygio priklausomybė skirtingose šalyse skiriasi dėl taikomos sveikatos politikos, numatančios pagrindinius sveikatos sistemos tikslus, strateginius prioritetus. Sveikatos politikos įgyvendinimas tiesiogiai priklauso nuo lėšų surinkimo sistemos, kuri traktuojama kaip vienas iš pagrindinių sveikatos politikos įgyvendinimo įrankių.

3. Sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pagrindinis tikslas – patenkinti individualaus ir visuomeninio lygio populiacijos poreikius sveikatos priežiūrai, surenkant ir paskirstant sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Šalies lėšų surinkimo sistemos struktūra priklauso nuo taikomų finansavimo schemų ir institucinių vienetų derinių.

4. Kiekviena valstybė adaptuoja atskiras sveikatos priežiūros finansavimo schemas pagal konkrečius šalies poreikius ir sveikatos politikos tikslus. Sveikatos priežiūros finansavimo sistema turi būti orientuota ne tik į esamų poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms tenkinimą, tačiau ir ateities poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms tenkinimą, todėl šiame kontekste svarbus finansavimo sistemos tvarumo didinimas.

5. Išanalizavus Jungtinių Amerikos Valstijų taikomą sveikatos priežiūros sistemą, jos finansavimo sistemą ir schemas nustatyta, kad viena pažangiausių gydymo metodų ir technologijų taikymo gydymo procesuose sveikatos priežiūros sistemų pasaulyje susiduria su daugeliu problemų: privataus sektoriaus dominavimas, vieningos kontrolės sistemos nebuvimas; didelis savanorišku sveikatos draudimu neapsidraudusių gyventojų skaičius (1/6 gyventojų), lemiantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas.

Atliktas Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemos ir jos finansavimo tyrimas parodė, jog tai viena geriausiai vertinamų sveikatos priežiūros sistemų, kurioje veikia privatusis ir viešasis sektoriai. Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemoje stipri valstybės kontrolė, o privatus sveikatos priežiūros teikėjai veikia tik pelningose sveikatos priežiūros srityse. Pagrindiniai sistemos iššūkiai – tai kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos ir paslaugų prieinamumo gerinimas.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pasižymi geru sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, tačiau jos finansavimas susiduria su šiomis problemomis:

veikia keletas finansavimo schemų, tiesioginių mokėjimų schema ne visiškai skaidri; didelis tarpininkų skaičius; sveikatos draudimo įmokos nėra siejamos su gautų sveikatos priežiūros paslaugų kiekiu, todėl sveikatos priežiūros įstaigos turi suteikti būtiną (dažnai viršijantį gaunamas pajamas) paslaugų kiekį; neigiamą poveikį surenkamų lėšų sumai turi šešėlinės ekonomikos lygis ir aukštas nedarbo lygis šalyje; asmeninės atsakomybės už sveikatą stoka.

Tyrimas parodė, jog universalios, visoms šalims tinkamos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos nėra, o nuolat kintanti ekonominė, socialinė, demografinė aplinka sąlygoja nuolatinį šių sistemų tobulinimą, siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo.

6. Siekiant įgyvendinti Lietuvoje sveikatos politikos kryptis iki 2020 metų, pagrįstas principas, kad visų pirma pats individas turi būti suinteresuotas saugoti savo sveikatą, tam tinka finansavimo schema, pagrįsta privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitomis ir PSDF, kas įgalintų padidinti finansavimo sistemos tvarumą.

7. Sukurtas sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis, kompleksiskai įvertinantis šių dienų aktualijas: modelis apima ekonominių bei demografinių veiksnių įvertinimo, sveikatos priežiūros sistemos pajamų formavimo, jos išlaidų paskirstymo ir rezultatų aprašymo posistemes. Detalusis sveikatos priežiūros finansavimo tobulinimo modelis yra aprašytas lygčių sistema, aptartos modelio konstantos ir kintamieji, apskaičiuotos jų prognostinės reikšmės 2013 – 2020 metams. Pateikti posistemų parametų skaičiavimų algoritmai. Modelis realizuotas keturiais skirtingais scenarijais: 1 ir 1a scenarijų atveju mokestinė našta padalijama tarp darbuotojo (pajamų gavėjo) ir darbdavio, būtinojo įmokų tarifo dydis 1 scenarijaus atveju kinta, o 1a scenarijaus atveju išlieka pastovus, siekiant didesnio sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo; 2 ir 2a scenarijų atveju visą mokestinę našta prisiima darbuotojas (pajamų gavėjas), būtinojo įmokų tarifo dydis 2 scenarijaus atveju kinta, o 2a scenarijaus atveju išlieka pastovus.

8. Didžiausią įtaką analizuojamu laikotarpiu sveikatos priežiūros sistemos būsimoms pajamoms turės mažėjantis gyventojų skaičius (kuris nuo 2013 m. sumažės 310 tūkst. gyventojų ir 2020 m. sieks apie 2,673 mln. gyventojų). Gyventojų skaičiaus mažėjimas neigiamai veiks darbo jėgos ir užimtumo rodiklius, kurie 2020 m. atitinkamai sieks apie 1,428 mln. žm. ir 1,084 mln. žm. Sudarytos prognozės duomenimis pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis – darbo užmokestis – analizuojamu laikotarpiu pasižymės augimo tendencija, o tai tiesiogiai įtakos surenkamų lėšų augimą. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis vidutinis metinis darbo užmokestis 2020 m. sieks 54.327 Lt/ asm. ir bus 21.854 Lt didesnis nei 2012 m. Nustatyta, kad apmokestinamųjų asmenų skaičius analizuojamu laikotarpiu keisis netolygiai: iki 2017 m. augs ir sieks 1,205 mln. asm., o nuo 2018 m. mažės ir 2020 m. sieks 1,157 mln. asm. Apmokestinamosios pajamos pasižymės augimo tendencija ir 2020 m. sieks 67,459 mlrd. Lt. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos 2013 – 2020 m. pasižymės augimo tendencija: 2013 m. sieks 6,928 mlrd. Lt, o 2020 m. – 8,643 mlrd. Lt.

9. Nustatytas būtinasis įmokų tarifas, kuriuo bus apmokestinamos asmens gaunamos pajamos. Apskaičiuota, kad 2013 m. šis tarifas turėtų siekti apie 8 proc. esant 1 scenarijui ir 11 proc. esant 2 scenarijui, o iki 2020 m. sumažėtų iki 5 ir 8

proc. 1a ir 2a scenarijų atveju būtinojo įmokų tarifo dydis išliktų stabilus. Būtinojo įmokų tarifo stabilumas sudarytų palankias sąlygas sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo padidėjimui ir sąlygotų didesnes sveikatos priežiūros sistemos pajamas.

10. Pateikto asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelio verifikacija Lietuvos pavyzdžiu parodė, jog įvedus privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitas, būtų sukaupiamos didesnės pajamos nei dabar (2013 m.): 1 ir 1a scenarijaus atveju – 7,0 mlrd. Lt (0,9 mlrd. Lt daugiau), 2 ir 2a scenarijaus atveju – 7,214 mlrd. Lt (1,1 mlrd. Lt daugiau). Sveikatos priežiūros pajamų dalis BVP 2020 m. padidėtų iki 6,3 proc. (1a scenarijaus atveju) arba iki 6,4 proc. (2a scenarijaus atveju).

11. Papildžius asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemą privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų lėšų surinkimo schema, būtų sudarytos palankios sąlygos sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tvarumo augimui, nes leistų kaupti dalį lėšų ateičiai.

12. Pakitus sveikatos politikos tikslams modelį galima taikyti kitų scenarijų verifikacijai, pavyzdžiui, jei norėtume padidinti gydytojų ir slaugytojų darbo užmokestį ar plėsti sveikatos draudimą.

LITERATŪRA

1. Astolfi, R.; Lorenzoni, L.; Oderkirk, J. (2012). A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. OECD Health Working Papers, No. 59. France. Prieiga per internetą: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k912j389bf0.pdf?expires=1387195582&id=id&accn_ame=guest&checksum=8FDA088B0C00C8D9D14F872B98761497 .
2. Banoob, S. N. (1994). Private and Public Financing – Health Care Reform in Eastern and Central Europe. Health systems. World Health Forum, Vol. 15, 329-334 p.
3. Bielskytė, D.; Jankauskienė, D. (2013). Teisumas, kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 5, 46-69.
4. Birmontas, V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė teisė. *Sveikatos politika ir valdymas*, 5, 30-45.
5. Brogiene, D. (2005): Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: [\[http://www.lgs.lt/upload/1180334414BROGIENE%20Papildomas%20\(savanoriškas\).ppt#256,1,Papildomas\(savanoriškas\)sveikatosdraudimas\]](http://www.lgs.lt/upload/1180334414BROGIENE%20Papildomas%20(savanoriškas).ppt#256,1,Papildomas(savanoriškas)sveikatosdraudimas).
6. Buivydas, R., Černiauskas, G., Černiauskas, N., Grabauskas, J. V., Jankauskiene, D., Kairys, J., Kairys, I., Kalediene, R., Kumpiene, J., Panovas, I., & Suziedelyte, O. (2010). *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, p. 143-283.
7. Buivydas, R.; Černiauskas, G. (2011). *Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams*. Studija. UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Vilnius.
8. Buivydas, R.; Černiauskas, N.; Dobravolskas, A. (2013). Health Studies. Lithuania 2013. Health Sector Development and its Impact on National Economy. Research Council of Lithuania and Mykolas Romeris University, Vilnius.
9. Černiauskas, G. (2000). *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste*.
10. Černiauskas, G.; Buivydas, R. (2009). *Sveikatos apsaugos sistemų finansų ir ekonomikos perspektyvos* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-01-25]. Prieiga per internetą: <http://www.google.lt/search?q=2.%09Gediminas+%C4%8Cerniauskas%2C+Mykolo+Romerio+universiteto+docentas+Romualdas+Buivydas%2C+Sveikatos+ekonomikos+centro+direktorius+SVEIKATOS+APSAUGOS+SISTEMOS+FINANS%C5%B2+IR+EKONOMIKOS+PERSPEKTYVOS+2009+m.+Vilnius&ie=utf-8&oe=utf8&aq=t&rls=org.mozilla:lt:official&client=firefox-a> .
11. Černiauskas, G.; Murauskienė, L. (2000): Health Care Systems in Transition: Lithuania [interaktyvus] [žiūrėta 2012-04-25]. European Observatory on Health Care Systems: WHO Regional Office for Europe, Kopenhage, 1-76 p. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/95127/E69920.pdf .

12. Chevreul, K.; Durand-Zaleski, I.; Bahrami, S.; Hernández-Quevedo, C.; Mladovsky, P. (2010). *Health Care System in Transition: France*. Health System Review [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf .
13. Cichon, M.; Newbrander, W.; Yamabana, H.; Webwer, A.; Nordman, Ch.; Dror, D.; Preker, A. (1999). *Modeling in health care finance*. United Kingdom. 223-239 p.
14. Cichon, M.; Normand, Ch. (1994). Between Beveridge and Bismarck – Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. *Health systems. World Health Forum*, Vol. 15, 323-328 p.
15. Cleverley, O. W.; Cleverley, J. O.; Song, P. H. (2010). *Essentials of Health Care Finance* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Jones and Bartlett Learning, 157-175 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=iIu17ZUMwd0C&pg=PA159&dq=health+care+financing+in+US&hl=lt&ei=8TDaTZOjPMSZOrXUkOEP&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEcQ6AEwBQ#v=onepage&q=health%20care%20financing%20in%20US&f=false .
16. Clewer, A.; Perkins, D. (1998). *Economics for Health Care Management*. Prentice Hall Europe, 1-13 p.
17. Cockerham, G. B.; Cockerham, C. W. (2012). *Health and Globalization*. Policy Press, Bristol, 24-41 p., 63-84 p.
18. Creese, A. (1994). Global Trends in Health Care Reform. *Health systems. World Health Forum*, Vol. 15, 317-322 p.
19. Cutler, M. D. (2008). The American Healthcare System [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. *Medical solutions*. June, 20 – 24 p. prieiga per internetą: http://www.medical.siemens.com/siemens/en_US/rg_marcom_FBAs/files/brochures/magazin_medicalsolutions_06_2008/MedSol_Jun_2008_e_Essay_Healthcare_System_USA.pdf.pdf .
20. Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1993). *Tackling Inequalities in Health: What Can We Learn From What Has Been Tried*. London, King,s Fund.
21. Dewar, D. M. (2010). *Essentials of Health Economics* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-03-25]. Jones and Bartlett Publishers, LLC, 10-11 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=rqo5vc7JU5QC&pg=PA3&dq=health+care+economics&hl=lt&ei=jwSSTbbvDsf4sgavs4nQBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFEQ6AEwCDgo#v=onepage&q=health%20care%20economics&f=false .
22. Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care? *Croatian Medical Journal, Public Health*, 43(4), 408-416 p.
23. DNB (2013). Baltijos šalių makroekonominės prognozės [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: <http://www.dnb.lt/lt/apzvalgos/baltijos-saliu-makroekonominės-prognozės/>.
24. Drummond, M. F., O’Brein, B. J., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Second Edition*.

25. Dubois, C. A.; McKee, M.; Nolte, E. (2006). *Human resources for health in Europe* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Open University Press, England, 1-14 p. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf.
26. Europos centrinis bankas (2012). *Eurosystemos ekspertų makroekonominės prognozės Euro zonos* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Birželio 12 d., 2012; p. 1-5. Prieiga per internetą: <http://www.ecb.int/pub/pdf/other/eurosystemstaffprojections201206lt.pdf>.
27. Europos Sąjungos Komisija (2011). Komisijos ataskaita. Dėl subsidarumo ir proporcingumo [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-28]. Prieiga per internetą: <http://www.google.lt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CFQOFjAH&url=http%3A%2F%2Feur-lex.europa.eu%2FLexUriServ%2FLexUriServ.do%3Furi%3DCOM%3A2011%3A0344%3AFIN%3ALT%3ADOC&ei=48LHUuH2F8LlhAecs4HIBA&usg=AFOjCNGOCxynSS5EJPBBzxfi8deoVohKw>.
28. Europos Sąjungos Taryba (2011). Tarybos išvados: siekiant modernių, atvirų ir tvarių sveikatos priežiūros sistemų (2001/C 202/04) [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0010:0012:LT:PDF>.
29. EUROSTAT (2013). Demography - National data. Population on 1 January by age and sex [interaktyvus] [žiūrėta 2013-06-20]. Prieiga per internetą: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=en.
30. Evans, G. R.; Barer, L. M.; Marmor, T. R. (1994). Why are Some People Healthy and Others Not? – The Determinants of the Health of Populations [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Walter de Gruyter, Inc., New York, 27-47 p. Prieiga per internetą: <http://www.google.com/books?hl=lt&lr=&id=e3U7xcxe0BMC&oi=fnd&pg=PA27&dq=health+and+health+care+economics&ots=eQ1R1D0w3x&sig=DdLp2yUiaRkuWoECMOillyMVkPw#v=onepage&q=health%20and%20health%20care%20economics&f=false>.
31. Gaidelytė, R.; Madeikytė, N. (2011). Lietuvos sveikatos statistika 2009. LR Sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius.
32. Gaidelytė, R.; Želvienė, A.; Jaselionienė, J. (2010). Lietuvos sveikatos statistika 2009. LR Sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius.
33. Gaižauskienė, A.; Gaidelytė, R.; Cicėnienė, V. (2005). Lietuvos sveikatos statistika 2004. LR Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.
34. Gooijer, W. (2007). *Trends in EU Health Care Systems* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Springer science+Business Media, LLC, The Netherlands, 3-4 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=WyunfAWDUVwC&printsec=frontcover&dq=health+care+economics&hl=lt&ei=ZQSSTdKrPMfMswa9pY3QBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDQQ6AEwAjg8#v=onepage&q=health%20care%20economics&f=false.

35. Green, D. G.; Irvine, B. (2001). *Health Care in France and Germany* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Institute for the Study of Civil Society, London, 28-51 p. Prieiga per internetą: <http://www.civitas.org.uk/pdf/cs17.pdf>
36. Hanvoravongchai, P. (2002). Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. World Health Organization. EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52. Prieiga per internetą: <http://cdrwww.who.int/healthinfo/paper52.pdf>.
37. Health Forum (2013). Vilnius Declaration. Call for Action [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/235443/Vilnius-Declaration-Nov2013.pdf.
38. Hollenbeck, K. (1995). A Review of Retirement Income Policy Models [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Upjohn Institute Staff Working Paper, No. 95-38. W.E. Upjohn Institute. Prieiga per internetą: http://research.upjohn.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1055&context=up_workingpapers.
39. Iždonienė, J. (2008). Sveikatos priežiūros finansavimas ir perspektyvos. Valstybinė ligonių kasa prie LR Sveikatos priežiūros ministerijos, Druskininkai, 2008 sausis.
40. Jack, W. (1999). *Principles of Health Care Economics for Developing Countries* [interaktyvus] [žiūrėta 2012-04-25]. World Bank Institute, Washington, 55-67 p. Prieiga per internetą: http://books.google.lt/books?id=vHiuMYYgAZoC&printsec=frontcover&dq=The%20economics%20of%20health%20care%E2%80%93%20an%20introductory%20text&source=gbs_slider_thumb#v=onepage&q&f=false.
41. Jakušvaitė, I.; Darulis, Ž. (2004). Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. *Medicina*, 40(9), Kaunas, 825-832 p. Prieiga per internetą: <http://medicina.kmu.lt/0409/0409-011.pdf>.
42. Jankauskienė, D. (2007). *Sveikatos Politika Ir Valdymas: Vadovėlis*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras.
43. Jankauskienė, D. (2010). *Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai*. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Vilnius, 104-142 p.
44. Jankauskienė, D. (2011). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 3, 7-26.
45. Jankauskienė, D.; Pečiūra R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius, Technika.
46. Kovner, A. R.; Knickman, J. R. (2011). *Health Care Delivery in the United States. 10th Edition* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-11-25]. Springer publishing company, New York, 47-65 p. Prieiga per internetą: http://www.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=AQg90X8EezoC&oi=fnd&pg=PA47&dq=health+care+financing&ots=6q_H6zaw_5&sig=0U7KOz5ghLqleKThm3oXL6deHLU&redir_esc=y#v=onepage&q=health%20care%20financing&f=false.

47. Kumpienė, J. (2003). Pokyčių valdymo įtaka kokybės skatinimo procese. Finansinės informacijos panaudojimas, priimant sprendimus. Sveikatos teisės ir ekonomikos centras.
48. Kutzin, J.; Cashin, C.; Jakab, M. (2010). Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. World Health Organization, United Kingdom, 25-64 p., 327-333 p.
49. Lietuvos bankas (2013). *Lietuvos ekonomikos raida ir perspektyvos* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Makroekonominės prognozės. Prieiga per internetą: http://www.lb.lt/makroekonominės_prognozės.
50. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 28 d. įsakymu Nr. V-1015 sudaryta darbo grupė. *Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008 – 2015 metų metmenys* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-06-20]. Prieiga per internetą: http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_pletros_2008_2015_.pdf.
51. Lietuvos sveikatos programa, 1997-2010. (1998) Vilnius: UAB “Medikų žinių leidykla“.
52. LR Seimas. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas [interaktyvus] [žiūrėta 2013-06-20]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267446&p_query=&p_tr2=.
53. LR Seimas (1994). Sveikatos sistemos įstatymas [interaktyvus] [žiūrėta 2013-06-20]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=454090.
54. LR Statistikos departamentas (2004). Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2005 – 2030 m. Vilnius.
55. LR Statistikos departamentas (2013a). *Bendrojo vidaus produkto antrasis įvertis* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: <http://web.stat.gov.lt/lt/news/view?id=11331&PHPSESSID=8098515f865de2ed1f38a85962bf86b0>.
56. LR Statistikos departamentas (2013b). Gyventojų užimtumo statistinio tyrimo metodika [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/documents/10180/130368/Gyventoj%C5%B3_uzimtumo_statistini_o_tyrimo_metodika_2013.pdf/6092ea97-89de-429e-97b0-81270f012f99.
57. LR Statistikos departamentas (2013c). Vidutinė gyvenimo trukmė [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M3010801&PLanguage=1&TableStyle=&Buttons=&PXSId=3228&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=>.
58. LR Sveikatos apsaugos ministerija (2010). Sveikatos sistemos plėtros 2010 – 2015 metais metmenys.

59. LR Sveikatos apsaugos ministerija (2012). *Lietuvos sveikatos programa 2020 - tarpsektorinio bendradarbiavimo žmonių sveikatos labui programa* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: [http://www.emedicina.lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/lietuvos_sveikatos_programa_2020 - tarpsektorinio bendradarbiavimo zmoniu sveikatos labui programa.html](http://www.emedicina.lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/lietuvos_sveikatos_programa_2020_-_tarpsektorinio_bendradarbiavimo_zmoniu_sveikatos_labui_programa.html).
60. LR Valstybės kontrolė (2010). Išvada dėl 2010 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio. Nr. FA-P-10-4-6 [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/teise/PSDF_isvada.pdf.
61. LR Valstybės kontrolė (2011). Valstybinio audito ataskaita. Privalomasis sveikatos draudimas [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. Vilnius, Nr. VA-P-10-2-3. Prieiga per internetą: www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=2309.
62. Lu, M.; Jonsson, E. (2008). *Finansig Health Care* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Wiley – VCH, Weinheim, 17-80p. ir 125-148 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=AWi4DwZ89c4C&printsec=frontcover&dq=health+care+financing&hl=lt&ei=2gOSTZ_EH8qKswaooKnQBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CF0Q6AEwCQ#v=onepage&q&f=false.
63. McKee, M., MacLehose, L., & Nolte, E. (2004). Health policy and European Union enlargement [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. England: Open University Press. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98392/E82999.pdf
64. Mcpake, B.; Normand, Ch. (2008). *Health Economics an International Perspective*. 2nd Edition [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Barbara Mcpake and Charles Normand, New York, 5-11 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=ha6mUh8OBsUC&printsec=frontcover&dq=health+care+economics&hl=lt&ei=zQSSTaXXLcXNsgb4jKHQBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDcQ6AEwAjqU#v=onepage&q=health%20care%20economics&f=false.
65. Mossialos, E. and Thomson, S. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*.
66. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*..
67. Murauskienė, L. (2013). Pacientų mokėjimų, sutikimo ir galimybių mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas lygybės aspektai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 5, 70-81.
68. Murauskiene, L.; Janoniene, R.; Veniute, M.; Ginneken, E.; Karanikolos, M. (2013). Lithuania. Health System Review. Health System in Transition. Vol. 15, No. 2, 17-70 p.
69. Murray, C. J.; Frenk J. (2000): A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 17-31 p.
70. OECD; Eurostat; World Health Organization (2011). *A System of Health Accounts*. 2011 edition [interaktyvus] [žiūrėta 2012-04-25]. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF.

71. OECD (2013). Health status. Life expectancy [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. Prieiga per internetą: <http://stats.oecd.org/#>.
72. Olsen, I. T. (1998). Sustainability of Health Care: a Framework for Analysis [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. Health Policy and Planning, 13(3), 287-295 p. Prieiga per internetą: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/13/3/287.full.pdf+html>.
73. Paolucci, F. (2011). *Health Care Financing and Insurance* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Springer – Verlag Berlin Heidelberg, 13-45 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=FKASoC7bJgC&pg=PA1&dq=health+care+financing&hl=lt&ei=HAOSTcv4PM2Rswaa5KDOBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDAQ6AEwATgK#v=onepage&q&f=false.
74. Piligrimiene, Z., & Buciuniene, I. (2008). *Different perspectives on health care quality: Is the consensus possible?* Inžinerine Ekonomika-Engineering Economics., 1, 104-110 p.
75. Raškinis, D. (2008). Lietuvos darbo rinka: problemos ir galimi sprendimo būdai. *Taikomoji ekonomika: sisteminiai tyrimai* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-05-25]. 2008, 2/1, 56-71 p. Prieiga per internetą: <http://archive.minfolit.lt/arch/14501/14932.pdf>.
76. Rice, T.; Rosenau, P.; Unruh, L. Y.; Barnes, A. J. (2013). United States of America. Health System Review. Health System in Transition. Vol. 15, No. 3, 25-158 p.
77. Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vranbæk, K. (2007). *Decentralization in health care*. Open University Press, England.
78. Saltman, R. B.; Busse, R.; Figueras, J. (2004). *Social health insurance systems in Western Europe* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. World Health Organization, Open University Press, 33-169 p. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98443/E84968.pdf.
79. Sandier, S.; Paris, V.; Polton, D. (2004). *Health Care System in Transition: France* [interaktyvus] [žiūrėta 2012-04-25]. World Health Organization, 1-133 p. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf.
80. Shi, L.; Singh, D. A. (2008). *Delivering Health Care in America: a system approach*. Jones and Bartlett Publishers, Inc., 1-75 p. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=UDWZpSUR1aMC&printsec=frontcover&dq=health+care+financing+in+US&hl=lt&ei=8TDaTZOjPMSZOrXUkOEP&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDQQ6AEwAg#v=onepage&q=health%20care%20financing%20in%20US&f=false.
81. Siadat, B.; Stolpe, M. (2005). Reforming Health Care Finance: What Can Germany Learn From Other Countries? Kiel Economic Policy Papers, 5, Kiel Institute for the World Economy, 1-40 p.
82. Stašys, R. (2008). Konkurencijos didinimo sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje galimybės. Sveikatos mokslas, Nr. 2 (56), 1590 – 1598 p.
83. Stašys, R. (2001). Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų rinka. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, vadyba ir administravimas (03S), Vilniaus universitetas.
84. Stašys, R. (1997). Sveikatos draudimas Lietuvoje. Lietuvos ūkio reforma. Respublikinės mokslinės konferencijos medžiaga. KU leidykla. 187-192 p.

85. Stašys, R. (1998a). Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos specifika. Ekonomikos reforma Rytų ir Vidurio Europoje, II knyga. Tarptautinės konferencijos medžiaga. KU leidykla. 359-363 p.
86. Stašys, R. (1998b). Termino „sveikatos priežiūra“ esmė. Prekybos, paslaugų mokslas ir praktika. Respublikinės mokslinės – praktinės konferencijos medžiaga. Vilnius, 1998 m. spalio 30-31 d. Vilnius. 85-86 p.
87. Stašys, R. (1999a). Sveikatos priežiūros reforma Lietuvoje. Ekonomika ir vadyba 99. Tarptautinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kauno technologijos universitetas, 1999 m. balandžio 22-23 d. Kaunas. Technologija, 339-341 p.
88. Stašys, R. (1999b). Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos įvertinimas. Tarptautinė konferencija Ekonomikos reforma Rytų ir Vidurio Europoje II. Tarptautinės konferencijos pranešimų medžiaga, Kalipėdos universitetas, 1999 m. lapkričio 4-5 d. Klaipėda, KU leidykla, 287-295 p.
89. Stašys, R. (1999c). Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos samprata, sudėtis ir specifika. Tiltai, 1(6). KU leidykla, 55-60 p.
90. Stravinskas, T. (2000): Ekonominio asmens sveikatos priežiūros modelio plėtotė Lietuvoje. Doctor disertation. Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
91. *Sveikata 21 (1999). Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos principai Europos regione.*
92. Špokienė, I. (2010). Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje. Jurisprudencija, Nr. 3(121), 329-348 p.
93. The Commonwealth Fund (2010). *International Profiles of Health Care Systems* [interaktyvus] [žiūrėta 2012-04-25]. New York, 23-27 p., 54-57 p. Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf.
94. The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System (2011). *Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. 24-56 p. Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Oct/1500_WNTB_Natl_Scorecard_2011_web.pdf.
95. The World Bank (2013a). Health expenditure per capita, PPP (USD) [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-25]. Prieiga per internetą: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP.PP.KD>.
91. World Bank (2013b). Health expenditure, total (% of GDP) [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-25]. Prieiga per internetą: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>.
97. Thomson, S.; Osborn, R.; Squires, D.; Jun, M. (2013). *International Profiles of Health Care Systems, 2013* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-12-20]. The Commonwealth Fund. Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf.
98. Trough, C. O.; Wagner, M. (2010). *Universal Health Care Problems in the United States of America* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Friesenpress, Canada, 3-7 p.

Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=82kMQmJ-B-4C&pg=PA111&dq=scheme+of+the+structure+of+health+care+system+in+usa+2010&hl=lt&ei=u867TusFxNSyBq31idgG&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC4Q6AEwADgK#v=onepage&q&f=false.

99. Tumulty, K., Pickert, K., Park, A. (2010). *America, The Doctor Will See You Now*. Time, April 5, 18-26 p.
100. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2013). Lietuvos Respublikos 2013 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas 2012 m. gruodžio 20 d. Nr. XII-67 [interaktyvus] [žiūrėta 2012-04-25]. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/resources/files/2013/finansine_informacija/BiudzetoSuvestine.pdf.
101. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2012c). Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita pagal 2012 m. gruodžio 31 d. duomenis [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1.
102. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2005): Ligonų kasos: 2004-ųjų apžvalga. Vilnius.
103. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2006): Ligonų kasos: 2005-ųjų apžvalga. Vilnius.
104. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2007): Ligonų kasos: 2006-ųjų apžvalga. Vilnius.
105. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2008): Ligonų kasos: 2007-ųjų apžvalga. Vilnius.
106. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2009): Ligonų kasos: 2008-ųjų apžvalga. Vilnius.
107. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2010): Ligonų kasos: 2009-ųjų apžvalga. Vilnius.
108. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2011): Ligonų kasos: 2010-ųjų apžvalga. Vilnius.
109. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2012a). *Skaičiai ir faktai apie kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=1080>.
110. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2012b). *LR Vyriausybės 2012 metų veiklos prioritetų 3.2 prioritutinės krypties – taikyti giminingų diagnozių grupių (diagnosis related groups – DRG) metodą aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų išlaidoms apmokėti ir užtikrinti su DRG susietą vienodą šių paslaugų sąnaudų apskaitą gydymo įtaigose – vykdymo ataskaita* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/icd10/LRVAtaskaitaApieDRGDiegima20121105.pdf>.

111. Varkevisser, M., Geest, S. A., & Schut, T. F. (2010). *Health Care Finance Econ. Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities*, 60 p.
112. VĮ „Žemės ūkio informacijos ir kaimo verslo centras“ (2013). Ūkininkų ūkių registras [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. Prieiga per internetą: <http://www.vic.lt/?mid=213>.
113. Witter, S.; Ensor, T. (1997). *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union*.
114. World Health Organization (2010b). Health System Financing. The Path to Universal Coverage [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. The World Health Report. World Health Organization, ix-xiii p. Prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf.
115. World Economic Forum (2013). Sustainable Health Systems. Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios [interaktyvus] [žiūrėta 2013-11-25]. A report from the World Economic Forum. Prepared in collaboration with McKinsey & Company Prieiga per internetą: http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf.
116. World Health Organization (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for 21 st century [interaktyvus] [žiūrėta 2013-06-20]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>.
117. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. (2000). *Exploring health policy development in Europe* [interaktyvus] [žiūrėta 2013-04-25]. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98301/E68395.pdf.
118. World Health Organization. (2005). World Health Statistics 2005 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/whosis/whostat/whostat2005en.pdf>.
119. World Health Organization. (2006). World Health Statistics 2006 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.who.int/whosis/whostat2006_erratareduce.pdf.
120. World Health Organization. (2007). World Health Statistics 2007 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>.
121. World Health Organization. (2008a). *Atlas of Health in Europe*. 2nd Edition [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization Network. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080905_1.
122. World Health Organization. (2008b). World Health Statistics 2008 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.
123. World Health Organization. (2009a). *The European Health Report 2009: Health and health systems* [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

124. World Health Organization. (2009b). World Health Statistics 2009 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf.
125. World Health Organization. (2010a). World Health Statistics 2010 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf.
126. World Health Organization. (2011). World Health Statistics 2011 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.
127. World Health Organization. (2012). World Health Statistics 2012 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-04-25]. World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Part3.pdf.
128. Zelman, W. N.; McCue, M. J.; Glick, N. D. (2009). Financial Management of Health Care Organizations. Second edition. UK: Blackwell Publishing, 3-11 p.
129. 64 World Health Assembly (2011). Sustainable health financing structures and universal coverage. WHA64.9 [interaktyvus] [žiūrėta 2013-11-25]. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf .

MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS STRAIPSNIAI

Kitų tarptautinių duomenų bazių leidiniuose

1. Bagdonas, Eugenijus; Jovarauskienė, Donata; Kazlauskienė, Vilma. The sponsorship of health care system in the United States and France: alternatives to Lithuania // Social Sciences = Socialiniai mokslai / Kaunas University of Technology. Kaunas : KTU. ISSN 1392-0758. 2012, nr. 1(75), p. 66-82. [CSA Sociological Abstracts; SocINDEX with Full Text]. [0,333]
2. Jovarauskienė, Donata; Bagdonas, Eugenijus. Specificity of the health care market // Social Sciences = Socialiniai mokslai / Kaunas University of Technology. Kaunas : KTU. ISSN 1392-0758. 2013, nr. 1(79), p. 23-28. [CSA Sociological Abstracts; SocINDEX with Full Text]. [0,500]
[Indėlis grupėje: 0,833]

Kituose recenzuojamuose mokslo leidiniuose paskelbti straipsniai

Konferencijų pranešimų medžiagoje paskelbti straipsniai

1. Bagdonas, Eugenijus; Jovarauskienė, Donata. Health care system transition process in Lithuania // RESER 2009 [elektroninis išteklius] : Public and Private Services in the New Global Economy : XIX. International Conference of RESER, 24th-25th September, 2009, Budapest, Hungary. Budapest : Kopint-Tárki Zrt, 2009. ISBN 9789637260070. p. 18-27. [0,500]
2. Jovarauskienė, Donata; Bagdonas, Eugenijus. The impact of the health care system financing on the supply of health care services in Lithuania // RESER 2011 [elektroninis išteklius] : Productivity of Services Next Gen - Beyond Output/Input, September 8-9, 2011, Hamburg, Germany : conference proceedings. Hamburg : Hamburg Chamber of Commerce, 2011. ISBN 9783839602980. p. [1-17]. [0,500]
[Indėlis grupėje: 1,500]
3. Jovarauskienė, Donata. Asmens sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje tobulinimo modelis// Lietuvos aukštųjų mokyklų vadybos ir ekonomikos jaunųjų mokslininkų konferencijų darbai [elektroninis išteklius]: Europos Sąjungos ūkio procesai ir tendencijos, gegužės 10, 2013. Kaunas: VDU. Respublikinė magistrantų ir doktorantų konferencija. ISSN 1822-6736. 2013/16 (priimta spaudai)

PRIEDAI

Sveikatos priežiūros lėšų surinkimo schemų sistemų klasifikacija

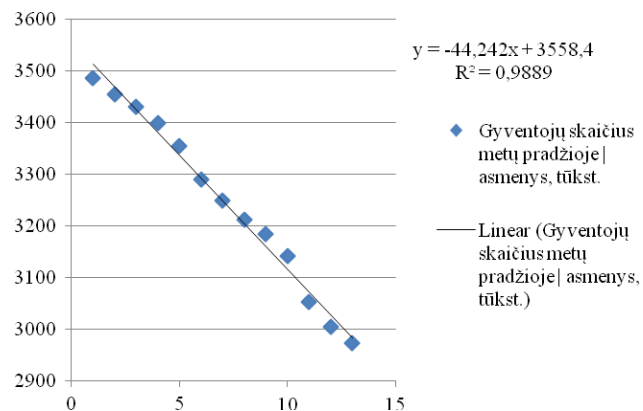
Schemos tipas	Dalyvavimo būdas	Įmokos forma	Fondo didinimo metodai	Sutelkimas
HF.1.1. Valstybės (vyriausybės) lėšų surinkimo schema	Automatiškas: visiems šalies gyventojams/piliečiams arba specifinėms visuomenės grupėms (pvz.: nepasiturintiems), apibrėžtoms įstatymų/vyriausybės reguliavimo.	Neįmokinė, dažniausiai universali arba prieinama specifinėms grupėms ar tam tikriems susirgimams numatytiems įstatymo (pvz.: onkologinėms ligoms, ŽIV).	Privalomos: biudžetinės pajamos (visų pirma iš mokesčių).	Nacionalinis, subnacionalinis, programinis lygis.
HF.1.2.1. Socialinio sveikatos draudimo lėšų surinkimo schema	Privalomas: visiems šalies gyventojams/piliečiams arba specifinėms visuomenės grupėms, apibrėžtoms įstatymų/vyriausybės reguliavimo.	Įmokų pagrindu: pagrįsta apdraustųjų asmenų pilnomis ar dalinėmis įmokomis.	Privalomas: draudimo įmokos dydis nesiejamas su sveikatos rizika. Vyriausybė gali drausti labiausiai pažeidžiamas visuomenės grupes mokėdama dalį socialinio sveikatos draudimo įmokos arba skirdama subsidijas tam tikroms schemoms.	Nacionalinis, subnacionalinis, pagal schemas; pagrįstas keletu finansavimo šaltinių; paskirstant galimą riziką tarp įvairių schemų.
HF.1.2.2. Privalomojo privataus draudimo lėšų surinkimo schema	Privalomas: visiems šalies gyventojams/piliečiams arba specifinėms visuomenės grupėms, apibrėžtoms įstatymų/vyriausybės reguliavimo.	Įmokų pagrindu: pagrįsta draudimo kompanijų siūlomomis draudimo programomis.	Nustatyto dydžio sveikatos draudimo įmokos.	Nacionalinis, subnacionalinis, pagal schemas; finansavimo lėšų sutelkimas priklauso nuo rizikos paskirstymo tarp finansavimo schemų. Taip pat priklauso nuo įmokų dydžio reguliavimo ir naudos standartizavimo tarp atskirų schemų.
HF.1.3. Privalomųjų sveikatos santaupų sąskaitų lėšų surinkimo schema	Privalomas: visiems šalies gyventojams/piliečiams arba specifinėms visuomenės grupėms, apibrėžtoms įstatymų/vyriausybės reguliavimo.	Įmokų pagrindu: pagrįsta privalomųjų sveikatos sąskaitų naudojimui; minėtų sąskaitų turėtojai sveikatos priežiūrai gali skirti savo sąskaitoje sukauptas lėšas patirtoms išlaidoms padengti.	Privalomas: įmokų dydis nustatomas įstatymu (pvz. Procentinė dalis nuo gaunamų pajamų).	Skirtas tik apsidraudusiam asmeniui ar jo šeimos nariams.

Schemos tipas	Dalyvavimo būdas	Įmokos forma	Fondo didinimo metodai	Sutelkimas
HF.2.1. Savanoriško sveikatos draudimo lėšų surinkimo schema	Savanoriškas.	Įmokų pagrindu: priklauso nuo savanoriško sveikatos draudimo skatinimo politikos (pagal susitarimą).	Dažniausiai nesiejamas su gaunamomis pajamomis, gali būti subsidijuojamas valstybės.	Schemos.
HF.2.2. Ne pelno organizacijų lėšų surinkimo schema	Savanoriškas.	Nejmokinė, laisvai pasirenkama.	Valstybės, visuomenės ar įmonių aukos.	Programinio lygio.
HF.2.3. Bendrovių lėšų surinkimo schema (nesusijusi su darbdavio mokamomis draudimo įmokomis)	Savanoriškas: bendrovės, siūlančios finansavimo schemas visai įmonei, pasirinkimas.	Nejmokinė, priklauso nuo gaunamų paslaugų tipo, kartais gali būti numatyta įstatymo.	Savanoriška: įmonė nusprendžia tokiu būdu panaudoti gaunamą pelną.	Skirtas konkrečiai bendrovei.
HF.3. Namų ūkių išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms schema	Savanoriškas: priklauso nuo namų ūkių pasirinkimo.	Įmokų pagrindu: paslaugos teikiamos, jei vartotojas jas apmoka.	Savanoriškas: priklauso nuo namų ūkių gaunamų pajamų ir santaupų.	Skirtas tik apsidraudusiam asmeniui.
HF. 4. Nerezidentų lėšomis finansuojamos schemos	Privalomas ar savanoriškas.	Nustatomos užsienio vienetų.	Užsienio vienetų dotacijos ir kiti savanoriški pervedimai.	Priklauso nuo konkrečios programos.

Šaltinis: OECD ir kt., 2011.

Gyventojų skaičiaus metų pradžioje prognozė 2014 – 2020 m.

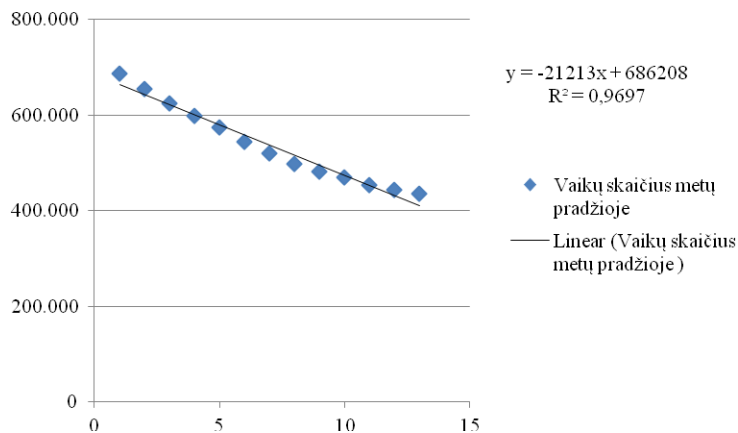
Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gyventojų skaičius metų pradžioje, tūkst.	3486,998	3454,637	3431,497	3398,929	3355,22	3289,835	3249,983	3212,605	3183,856	3141,976
Prognozuojamas gyventojų skaičius metų pradžioje, tūkst.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metai	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
t	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Gyventojų skaičius metų pradžioje, tūkst.	3052,588	3003,641	2971,905	-	-	-	-	-	-	-
Prognozuojamas gyventojų skaičius metų pradžioje, tūkst.	-	-	-	2939,012	2894,77	2850,528	2806,286	2762,044	2717,802	2673,56



Gyventojų skaičiaus metų pradžioje tiesinės regresijos trendas ir lygtis

Vaikų skaičiaus metų pradžioje prognozė 2014 – 2020 m.

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vaikų skaičius metų pradžioje,	686.904	655.428	625.422	598.928	573.621	544.957	520.716	497.571	481.676	470.037
Prognozuojamas vaikų skaičius metų pradžioje	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metai	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
t	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Vaikų skaičius metų pradžioje	454.418	444.061	436.576	-	-	-	-	-	-	-
Prognozuojamas vaikų skaičius metų pradžioje	-	-	-	389.226	368.013	346.800	325.587	304.374	283.161	261.948

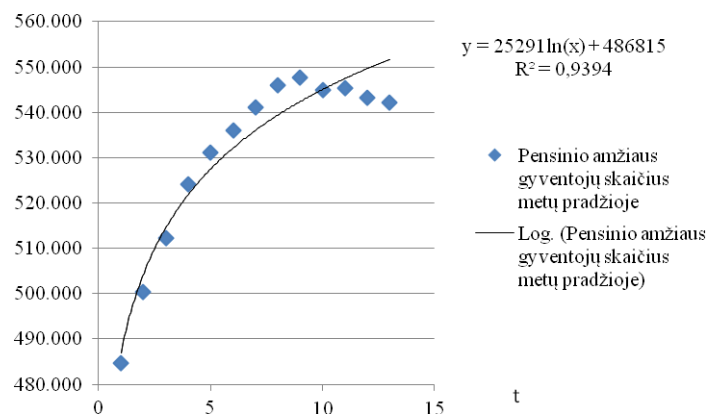


Vaikų skaičiaus metų pradžioje tiesinės regresijos trendas ir lygtis

Pensininkų skaičiaus metų pradžioje prognozė 2014 – 2020 m.

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pensininkų skaičius metų pradžioje	484.670	500.399	512.193	524.142	531.122	535.939	541.075	545.937	547.749	544.896
Prognozuojamas pensininkų skaičius metų pradžioje	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Metai	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
t	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Pensininkų skaičius metų pradžioje	545.307	543.333	542.198	-	-	-	-	-	-	-
Prognozuojamas pensininkų skaičius metų pradžioje	-	-	-	553.559	555.304	556.937	558.470	559.915	561.283	562.580

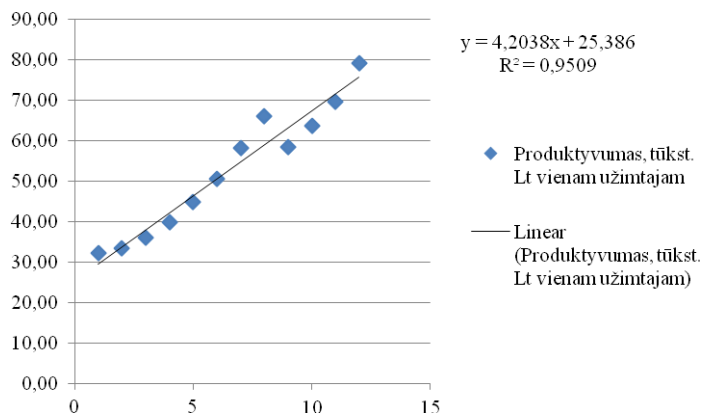


Pensininkų skaičiaus metų pradžioje logaritminės regresijos trendas ir lygtis

Darbo jėgos produktyvumo prognozė 2013 – 2020 m.

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Darbo jėgos produktyvumas, tūkst. Lt užimtajam	32,31	33,38	35,95	39,98	44,84	50,50	58,20	66,07	58,59	63,72
Prognozuojamas darbo jėgos produktyvumas, tūkst. Lt užimtajam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Metai	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
t	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Darbo jėgos produktyvumas, tūkst. Lt užimtajam	69,75	79,23	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognozuojamas darbo jėgos produktyvumas, tūkst. Lt užimtajam	-	-	80,04	84,24	88,44	92,65	96,85	101,05	105,26	109,46

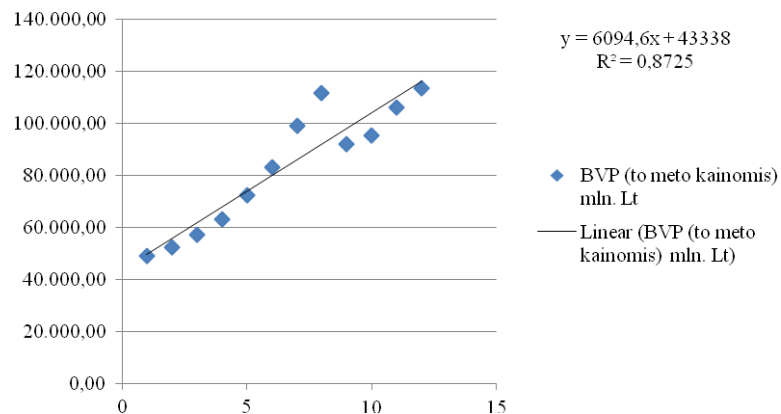


Darbo jėgos produktyvumo tiesinės regresijos trendas ir lygtis

BVP (to meto kainomis) prognozė 2013 – 2020 m.

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BVP (to meto kainomis), mln. Lt	48.879,50	52.351,05	57.232,43	62.997,37	72.401,94	83.227,15	99.229,29	111.920,14	92.032,40	95.323,23
Prognozuojamas BVP (to meto kainomis), mln. Lt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Metai	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
t	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BVP (to meto kainomis), mln. Lt	106.369,94	113.471,47	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognozuojamas BVP (to meto kainomis), mln. Lt	-	-	122.567,80	128.662,40	134.757,00	140.851,60	146.946,20	153.040,80	159.135,40	165.230,00



BVP (to meto kainomis) tiesinės regresijos trendas ir lygtis

Lovadienio kaštų apskaičiavimas ir prognozė 2013 – 2020 m.

Metai	Mato vnt.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aktyviojo gydymo atvejų skaičius 2012 1 pusmetį, atvejai	vnt.	395.925	403.844	411.920	420.159	428.562	437.133	445.876	454.793	463.889
Aktyviojo gydymo atvejų skaičiaus kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu	koef.	1,00	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
Stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos	Lt	722.108.000	736.550.160	751.281.163	766.306.786	781.632.922	797.265.581	813.210.892	829.475.110	846.064.612
Stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu	koef.	1,00	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
1 atvejo išlaidos	Lt	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824
Vidutinis lovadienio skaičius	dienomis	6,29	6,30	6,30	6,31	6,32	6,32	6,33	6,33	6,34
Vidutinis lovadienio skaičiaus kitimo tempai lyginant su praėjusiu laikotarpiu	koef.	1,00	1,001	1,001	1,001	1,001	1,001	1,001	1,001	1,001
1 lovadienio kaštai	Lt	289,96	289,67	289,38	289,09	288,80	288,51	288,23	287,94	287,65

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (1 scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas								
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	109.952.976.908	118.997.864.078	124.914.951.456	130.832.038.835	136.749.126.214
Infliacija	LRSD		koef.	1,032	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	3.027.496	2.983.254	2.939.012	2.894.770	2.850.528
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	444.061	436.576	389.226	368.013	346.800
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	543.333	542.198	553.559	555.304	556.937
Dirbantys pensininkai				31.800	24.800	29.050	29.493	29.937
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.489.698	1.473.643	1.485.443	1.482.274	1.486.298
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,719	0,726	0,733	0,741	0,752
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Darbo jėgos produktyvumas	Formulė (3.7)	p(t)	Lt/žm	79.227,67	80.035,40	84.239,20	88.443,00	92.646,80
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.106.400	1.111.932	1.123.051	1.136.528	1.153.576
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	195.200	192.272	190.349	189.017	187.694
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	34.781.991.000	36.521.090.550	38.420.187.259	40.648.558.120	43.290.714.397
Vidutinis darbo užmokestis	Formule (3.8)	DU(t)	Lt/žm	32.473,38	34.127,25	35.264,03	37.018,92	38.737,33
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,316	0,307	0,308	0,311	0,317
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas								
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.134.252	1.133.935	1.154.248	1.163.767	1.184.578
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjamų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	3.764.940.490	3.906.125.647	4.014.511.854	4.155.221.205	4.313.109.608
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	1.980.500.000	2.020.110.000	2.070.612.750	2.132.731.133	2.207.376.722
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	753.400	768.468	791.522	823.183	864.342
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	1.104.989.310	1.203.725.197	1.256.597.055	1.335.176.243	1.418.494.021
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	678.463.680	681.283.200	686.264.581	686.234.863	686.105.951
Kitos pajamos		KP5		234.100	238.782	245.945	255.783	268.572
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	Pl(t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	40.597.917.477	44.030.298.872	45.901.080.348	48.661.095.957	51.596.243.648

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas								
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.561.303	2.556.279	2.594.020	2.611.059	2.650.697
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,60	0,60	0,62	0,64	0,66
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II1	Lt	3.065.000.000	3.156.950.000	3.251.658.500	3.349.208.255	3.449.684.503
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	395.925	403.844	411.920	420.159	428.562
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	289,96	289,67	289,38	289,09	288,80
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	114.802.544	116.981.613	119.202.043	121.464.619	123.770.142
Medicininė rehabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	138.800.000	140.188.000	141.589.880	143.005.779	144.435.837
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	1.702.000.000	1.770.080.000	1.840.883.200	1.914.518.528	1.991.099.269
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	109.900.000	114.296.000	118.867.840	123.622.554	128.567.456
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.000.000	12.120.000	12.241.200	12.363.612	12.487.248
Receptų skaičius, tenkantis 1 apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,72	4,74	4,71
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	55,20	55,75	56,31	56,87	57,44
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	662.400.000	675.714.240	689.296.096	703.150.948	717.284.282
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	132.200.000	133.522.000	134.857.220	136.205.792	137.567.850
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	49.300.000	49.793.000	50.290.930	50.793.839	51.301.778
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	39.500.000	39.895.000	40.293.950	40.696.890	41.103.858
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	II10	Lt	30.100.000	30.401.000	30.705.010	31.012.060	31.322.181
Prevencinių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III1	Lt	31.900.000	32.219.000	32.541.190	32.866.602	33.195.268
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III2	Lt	76.300.000	77.063.000	77.833.630	78.611.966	79.398.086
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	6.152.202.544	6.337.102.853	6.528.019.489	6.725.157.832	6.928.730.508
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	148.200.000	155.610.000	163.390.500	171.560.025	180.138.026
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	414.800.000	435.540.000	457.317.000	480.182.850	504.191.993
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	6.715.202.544	6.928.252.853	7.148.726.989	7.376.900.707	7.613.060.527

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas								
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BĮT(t)	koef.	0,08010	0,07532	0,07483	0,07239	0,06979
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	3.251.827.715	3.316.334.105	3.434.606.031	3.522.466.557	3.600.968.402
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	3.623.895	70.095.912	- 8.432.935	-121.548.002	- 218.958.402
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.218	2.322	2.432	2.548	2.671

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (1 scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	10	11	12	13
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas							
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	42.666.213.592	148.583.300.971	154.500.388.350	160.417.475.728
Infliacija	LRSD		koef.	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	2.806.286	2.762.044	2.717.802	2.673.560
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	325.587	304.374	283.161	261.948
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	558.470	559.915	561.283	562.580
Dirbantys pensininkai				30.380	30.823	31.267	31.710
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.490.186	1.479.205	1.453.529	1.428.126
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,763	0,767	0,763	0,759
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Darbo jėgos produktyvumas	Formule (3.7)	p(t)	Lt/žm	96.850,60	101.054,40	105.258,20	109.462,00
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.172.033	1.189.614	1.203.889	1.215.928
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	186.380	185.448	184.521	183.598
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	46.321.064.405	49.563.538.914	53.032.986.638	56.745.295.702
Vidutinis darbo užmokestis	Formule (3.8)	DU(t)	Lt/žm	40.729,87	43.686,05	47.808,83	52.327,02
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,325	0,334	0,343	0,354
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas							
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.205.649	1.204.622	1.181.107	1.157.708
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00

1	2	3	4	10	11	12	13
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	4.498.400.402	4.725.641.168	4.999.991.648	5.293.383.979
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	2.295.671.791	2.387.498.663	2.482.998.609	2.582.318.554
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	907.559	952.937	1.000.584	1.050.613
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	1.515.648.148	1.650.935.092	1.829.726.280	2.023.799.096
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	685.890.902	685.958.375	685.955.269	685.889.264
Kitos pajamos		KP5	Lt	282.001	296.101	310.906	326.451
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	P (t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	55.020.005.351	59.756.810.906	65.990.867.642	72.753.353.855
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas							
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.690.867	2.687.416	2.638.995	2.590.813
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,68	0,70	0,72	0,74
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II1	Lt	3.553.175.038	3.659.770.289	3.769.563.398	3.882.650.299
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	437.133	445.876	454.793	463.889
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,16	0,17	0,17	0,18
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	288,51	288,23	287,94	287,65
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	126.119.425	128.513.300	130.952.614	133.438.228

1	2	3	4	10	11	12	13
Medicininė reabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	145.880.195	147.338.997	148.812.387	150.300.511
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	2.070.743.240	2.153.572.969	2.239.715.888	2.329.304.524
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	133.710.154	139.058.560	144.620.903	150.405.739
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.612.121	12.738.242	12.865.624	12.994.280
Receptų skaičius, tenkantis 1 apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,88	5,02
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	58,02	58,60	59,18	59,77
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	731.701.696	746.408.900	761.411.719	776.716.094
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	138.943.529	140.332.964	141.736.294	143.153.656
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	51.814.795	52.332.943	52.856.273	53.384.836
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	41.514.897	41.930.046	42.349.346	42.772.840
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	II10	Lt	31.635.403	31.951.757	32.271.274	32.593.987
Prevencinių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III1	Lt	33.527.221	33.862.493	34.201.118	34.543.129
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III2	Lt	80.192.067	80.993.987	81.803.927	82.621.967
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	7.138.957.659	7.356.067.206	7.580.295.140	7.811.885.809
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	189.144.928	198.602.174	208.532.283	218.958.897
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	529.401.592	555.871.672	583.665.255	612.848.518
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	7.857.504.178	8.110.541.051	8.372.492.678	8.643.693.224
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas							
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BĮT(t)	koef.	0,06649	0,06151	0,05530	0,04966
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	3.658.195.497	3.675.568.287	3.648.976.432	3.613.198.086
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	- 313.085.380	- 461.074.247	-711.203.982	- 1.052.918.729
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.800	2.936	3.081	3.233

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (2 scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas								
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	109.952.976.908	118.997.864.078	124.914.951.456	130.832.038.835	136.749.126.214
Infliacija	LRSD		koef.	1,032	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	3.027.496	2.983.254	2.939.012	2.894.770	2.850.528
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	444.061	436.576	389.226	368.013	346.800
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	543.333	542.198	553.559	555.304	556.937
Dirbantys pensininkai				31.800	24.800	29.050	29.493	29.937
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.489.698	1.473.643	1.485.443	1.482.274	1.486.298
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,719	0,726	0,733	0,741	0,752
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Darbo jėgos produktyvumas	Formulė (3.7)	p(t)	Lt/žm	79.227,67	80.035,40	84.239,20	88.443,00	92.646,80
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.106.400	1.111.932	1.123.051	1.136.528	1.153.576
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	195.200	192.272	190.349	189.017	187.694
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	34.781.991.000	36.521.090.550	38.420.187.259	40.648.558.120	43.290.714.397
Vidutinis darbo užmokestis	Formulė (3.8)	DU(t)	Lt/žm	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,316	0,307	0,308	0,311	0,317
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas								
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.134.252	1.133.935	1.154.248	1.163.767	1.184.578
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pI1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040	
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737	
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737	
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000	12000	
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	2.659.951.180	2.702.400.450	2.757.914.799	2.820.044.962	2.894.615.587	
Pajamos iš dalinių priemonių	LRSD, prielaida	KP1	Lt	1.980.500.000	2.020.110.000	2.070.612.750	2.132.731.133	2.207.376.722	
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	753.400	768.468	791.522	823.183	864.342	
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	0	0	0	0	0	
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	932.887.560	936.764.400	943.613.799	943.572.937	943.395.682	
Kitos pajamos		KP5		234.100	238.782	245.945	255.783	268.572	
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	Pl(t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040	
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	39.747.352.047	43.082.054.876	44.901.832.512	47.583.257.789	50.435.039.358	
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas									
Apdraustieji gyventojai	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.561.303	2.556.279	2.594.020	2.611.059	2.650.697	
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,60	0,60	0,62	0,64	0,66	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II1	Lt	3.065.000.000	3.156.950.000	3.251.658.500	3.349.208.255	3.449.684.503
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	395.925	403.844	411.920	420.159	428.562
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	289,96	289,67	289,38	289,09	288,80
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	114.802.544	116.981.613	119.202.043	121.464.619	123.770.142
Medicininė rehabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	138.800.000	140.188.000	141.589.880	143.005.779	144.435.837
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	1.702.000.000	1.770.080.000	1.840.883.200	1.914.518.528	1.991.099.269
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	109.900.000	114.296.000	118.867.840	123.622.554	128.567.456
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.000.000	12.120.000	12.241.200	12.363.612	12.487.248
Receptų skaičius, tenkantis 1 apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,72	4,74	4,71
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	55,20	55,75	56,31	56,87	57,44
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	662.400.000	675.714.240	689.296.096	703.150.948	717.284.282
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	132.200.000	133.522.000	134.857.220	136.205.792	137.567.850
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	49.300.000	49.793.000	50.290.930	50.793.839	51.301.778
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	39.500.000	39.895.000	40.293.950	40.696.890	41.103.858
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	III10	Lt	30.100.000	30.401.000	30.705.010	31.012.060	31.322.181
Prevencinių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III11	Lt	31.900.000	32.219.000	32.541.190	32.866.602	33.195.268
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III12	Lt	76.300.000	77.063.000	77.833.630	78.611.966	79.398.086
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	6.152.202.544	6.337.102.853	6.528.019.489	6.725.157.832	6.928.730.508
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	148.200.000	155.610.000	163.390.500	171.560.025	180.138.026
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	414.800.000	435.540.000	457.317.000	480.182.850	504.191.993
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	6.715.202.544	6.928.252.853	7.148.726.989	7.376.900.707	7.613.060.527

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas								
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BĮT(t)	koef.	0,11	0,11	0,10	0,10	0,09
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	4.101.564.425	4.739.026.036	4.431.016.165	4.596.810.170	4.758.536.909
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	300.736.941	1.069.391.774	1.366.944.967	1.664.237.466	1.961.619.167
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.218,07 Lt	2.322,38 Lt	2.432,36 Lt	2.548,35 Lt	2.670,75 Lt

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (2 scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	10	11	12	13
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas							
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	142.666.213.592	148.583.300.971	154.500.388.350	160.417.475.728
Infliacija	LRSD		koef.	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	2.806.286	2.762.044	2.717.802	2.673.560
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	325.587	304.374	283.161	261.948
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	558.470	559.915	561.283	562.580
Dirbantys pensininkai				30.380	30.823	31.267	31.710
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.490.186	1.479.205	1.453.529	1.428.126
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,763	0,767	0,763	0,759
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Darbo jėgos produktyvumas	Formule (3.7)	p(t)	Lt/žm	96.850,60	101.054,40	105.258,20	109.462,00
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.172.033	1.189.614	1.203.889	1.215.928
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	186.380	185.448	184.521	183.598
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	46.321.064.405	49.563.538.914	53.032.986.638	56.745.295.702
Vidutinis darbo užmokestis	Formule (3.8)	DU(t)	Lt/žm	40.730	43.686	47.809	52.327
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,325	0,334	0,343	0,354
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas							
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.205.649	1.204.622	1.181.107	1.157.708
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00

1	2	3	4	10	11	12	13
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	2.982.752.254	3.074.706.076	3.170.265.368	3.269.584.882
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	2.295.671.791	2.387.498.663	2.482.998.609	2.582.318.554
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	907.559	952.937	1.000.584	1.050.613
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	0	0	0	0
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	943.099.991	943.192.766	943.188.495	943.097.738
Kitos pajamos		KP5	Lt	282.001	296.101	310.906	326.451
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	P (t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	53.761.566.291	58.363.110.204	64.418.374.588	70.986.763.233
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas							
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.690.867	2.687.416	2.638.995	2.590.813
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,68	0,70	0,72	0,74
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	III1	Lt	3.553.175.038	3.659.770.289	3.769.563.398	3.882.650.299
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	437.133	445.876	454.793	463.889
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,16	0,17	0,17	0,18
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	288,51	288,23	287,94	287,65
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	126.119.425	128.513.300	130.952.614	133.438.228

1	2	3	4	10	11	12	13
Medicininė reabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	145.880.195	147.338.997	148.812.387	150.300.511
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	2.070.743.240	2.153.572.969	2.239.715.888	2.329.304.524
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	133.710.154	139.058.560	144.620.903	150.405.739
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.612.121	12.738.242	12.865.624	12.994.280
Receptų skaičius, tenkantis I apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,88	5,02
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	58,02	58,60	59,18	59,77
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	731.701.696	746.408.900	761.411.719	776.716.094
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	138.943.529	140.332.964	141.736.294	143.153.656
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	51.814.795	52.332.943	52.856.273	53.384.836
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	41.514.897	41.930.046	42.349.346	42.772.840
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	III0	Lt	31.635.403	31.951.757	32.271.274	32.593.987
Preveninių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III1	Lt	33.527.221	33.862.493	34.201.118	34.543.129
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III2	Lt	80.192.067	80.993.987	81.803.927	82.621.967
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	7.138.957.659	7.356.067.206	7.580.295.140	7.811.885.809
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	189.144.928	198.602.174	208.532.283	218.958.897
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	529.401.592	555.871.672	583.665.255	612.848.518
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	7.857.504.178	8.110.541.051	8.372.492.678	8.643.693.224
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas							
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BĮT(t)	koef.	0,09	0,09	0,0811	0,0759
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	4.913.666.847	5.067.927.756	5.222.887.457	5.384.410.341
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	2.257.743.178	2.547.070.349	2.824.963.722	3.092.474.195
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.799,97 Lt	2.936,43 Lt	3.080,61 Lt	3.233,03 Lt

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio realizacijos rezultatų palyginimas

Metai	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos iš viso, Lt									
1 scenarijus	6.711	7.002	7.060	7.274	7.516	7.763	7.963	8.122	8.302
1a scenarijus	6.711	7.002	7.275	7.606	7.989	8.432	8.941	9.523	10.146
2 scenarijus	6.966	7.215	7.032	7.239	7.481	7.728	7.902	8.006	8.122
2a scenarijus	6.966	7.215	7.493	7.816	8.200	8.642	9.121	9.639	10.191
Būtinasis įmokos tarifas									
1 scenarijus	8%	8%	7%	7%	7%	7%	6%	6%	5%
1a scenarijus	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
2 scenarijus	11%	11%	10%	10%	10%	10%	9%	9%	8%
2a scenarijus	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%
Metinė pajamas gaunančio asmens įmoka į PSSS ir PSDF									
1 scenarijus	3.575 Lt	3.594 Lt	3.697 Lt	3.790 Lt	3.866 Lt	3.930 Lt	3.998 Lt	4.078 Lt	3.575 Lt
Darbuotojas	2.601 Lt	2.570 Lt	2.639 Lt	2.680 Lt	2.704 Lt	2.708 Lt	2.687 Lt	2.644 Lt	2.601 Lt
Darbdavys	974 Lt	1.024 Lt	1.058 Lt	1.111 Lt	1.162 Lt	1.222 Lt	1.311 Lt	1.434 Lt	974 Lt
1a scenarijus	3.575 Lt	3.754 Lt	3.879 Lt	4.072 Lt	4.261 Lt	4.480 Lt	4.805 Lt	5.259 Lt	3.575 Lt
Darbuotojas	2.601 Lt	2.730 Lt	2.821 Lt	2.962 Lt	3.099 Lt	3.258 Lt	3.495 Lt	3.825 Lt	2.601 Lt
Darbdavys	974,20 Lt	1.023,82 Lt	1.057,92 Lt	1.110,57 Lt	1.162,12 Lt	1.221,90 Lt	1.310,58 Lt	1.434,26 Lt	974,20 Lt
2 scenarijus									
Darbuotojas	3.754 Lt	3.480 Lt	3.576 Lt	3.655 Lt	3.723 Lt	3.793 Lt	3.876 Lt	3.969 Lt	3.754 Lt
2a scenarijus									
Darbuotojas	3.754 Lt	3.879 Lt	4.072 Lt	4.261 Lt	4.480 Lt	4.805 Lt	5.259 Lt	5.756 Lt	3.754 Lt

11 PRIEDAS

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (1a scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas								
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	109.952.976.908	118.997.864.078	124.914.951.456	130.832.038.835	136.749.126.214
Infliacija	LRSD		koef.	1,032	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	3.027.496	2.983.254	2.939.012	2.894.770	2.850.528
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	444.061	436.576	389.226	368.013	346.800
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	543.333	542.198	553.559	555.304	556.937
Dirbantys pensininkai				31.800	24.800	29.050	29.493	29.937
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.489.698	1.473.643	1.485.443	1.482.274	1.486.298
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,719	0,726	0,733	0,741	0,752
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Darbo jėgos produktyvumas	Formulė (3.7)	p(t)	Lt/žm	79.227,67	80.035,40	84.239,20	88.443,00	92.646,80
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.106.400	1.111.932	1.123.051	1.136.528	1.153.576
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	195.200	192.272	190.349	189.017	187.694
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	34.781.991.000	36.521.090.550	38.420.187.259	40.648.558.120	43.290.714.397
Vidutinis darbo užmokestis	Formulė (3.8)	DU(t)	Lt/žm	32.473,38	34.127,25	35.264,03	37.018,92	38.737,33
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,316	0,307	0,308	0,311	0,317
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas								
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.134.252	1.133.935	1.154.248	1.163.767	1.184.578
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	3.764.940.490	3.906.125.647	4.014.511.854	4.155.221.205	4.313.109.608
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	1.980.500.000	2.020.110.000	2.070.612.750	2.132.731.133	2.207.376.722
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	753.400	768.468	791.522	823.183	864.342
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	1.104.989.310	1.203.725.197	1.256.597.055	1.335.176.243	1.418.494.021
LR valstybės biudžeto įmokos už apdrauotuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	678.463.680	681.283.200	686.264.581	686.234.863	686.105.951
Kitos pajamos		KP5		234.100	238.782	245.945	255.783	268.572
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	P (t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	40.597.917.477	44.030.298.872	45.901.080.348	48.661.095.957	51.596.243.648
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas								
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.561.303	2.556.279	2.594.020	2.611.059	2.650.697
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,60	0,60	0,62	0,64	0,66
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II1	Lt	3.065.000.000	3.156.950.000	3.251.658.500	3.349.208.255	3.449.684.503
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	395.925	403.844	411.920	420.159	428.562
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	289,96	289,67	289,38	289,09	288,80
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	114.802.544	116.981.613	119.202.043	121.464.619	123.770.142
Medicininė rehabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	138.800.000	140.188.000	141.589.880	143.005.779	144.435.837
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	1.702.000.000	1.770.080.000	1.840.883.200	1.914.518.528	1.991.099.269
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	109.900.000	114.296.000	118.867.840	123.622.554	128.567.456
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.000.000	12.120.000	12.241.200	12.363.612	12.487.248
Receptų skaičius, tenkantis 1 apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,72	4,74	4,71
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	55,20	55,75	56,31	56,87	57,44
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	662.400.000	675.714.240	689.296.096	703.150.948	717.284.282
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	132.200.000	133.522.000	134.857.220	136.205.792	137.567.850
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	49.300.000	49.793.000	50.290.930	50.793.839	51.301.778
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	39.500.000	39.895.000	40.293.950	40.696.890	41.103.858
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	II10	Lt	30.100.000	30.401.000	30.705.010	31.012.060	31.322.181
Prevencinių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III1	Lt	31.900.000	32.219.000	32.541.190	32.866.602	33.195.268
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III2	Lt	76.300.000	77.063.000	77.833.630	78.611.966	79.398.086
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	6.152.202.544	6.337.102.853	6.528.019.489	6.725.157.832	6.928.730.508
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	148.200.000	155.610.000	163.390.500	171.560.025	180.138.026
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	414.800.000	435.540.000	457.317.000	480.182.850	504.191.993
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	6.715.202.544	6.928.252.853	7.148.726.989	7.376.900.707	7.613.060.527

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas								
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BĮT(t)	koef.	0,08010	0,08000	0,08000	0,08000	0,08000
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	3.251.827.715 Lt	3.522.423.910 Lt	3.672.086.428 Lt	3.892.887.677 Lt	4.127.699.492 Lt
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	-3.623.895 Lt	70.095.912 Lt	192.156.222 Lt	416.988.095 Lt	788.028.809 Lt
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.218 Lt	2.322 Lt	2.432 Lt	2.548 Lt	2.671 Lt

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (1a scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	10	11	12	13
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas							
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	42.666.213.592	148.583.300.971	154.500.388.350	160.417.475.728
Infliacija	LRSD		koef.	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	2.806.286	2.762.044	2.717.802	2.673.560
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	325.587	304.374	283.161	261.948
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	558.470	559.915	561.283	562.580
Dirbantys pensininkai				30.380	30.823	31.267	31.710
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.490.186	1.479.205	1.453.529	1.428.126
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,763	0,767	0,763	0,759
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Darbo jėgos produktyvumas	Formulė (3.7)	p(t)	Lt/žm	96.850,60	101.054,40	105.258,20	109.462,00
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.172.033	1.189.614	1.203.889	1.215.928
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	186.380	185.448	184.521	183.598
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Algų ir atlyginimų (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	46.321.064.405	49.563.538.914	53.032.986.638	56.745.295.702
Vidutinis darbo užmokestis	Formulė (3.8)	DU(t)	Lt/žm	40.729,87	43.686,05	47.808,83	52.327,02
Algų ir atlyginimų kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,325	0,334	0,343	0,354
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas							
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.205.649	1.204.622	1.181.107	1.157.708
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00

1	2	3	4	10	11	12	13
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	4.498.400.402	4.725.641.168	4.999.991.648	5.293.383.979
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	2.295.671.791	2.387.498.663	2.482.998.609	2.582.318.554
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	907.559	952.937	1.000.584	1.050.613
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	1.515.648.148	1.650.935.092	1.829.726.280	2.023.799.096
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	685.890.902	685.958.375	685.955.269	685.889.264
Kitos pajamos		KP5		282.001	296.101	310.906	326.451
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	Pj(t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	55.020.005.351	59.756.810.906	65.990.867.642	72.753.353.855
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas							
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.690.867	2.687.416	2.638.995	2.590.813
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,68	0,70	0,72	0,74
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II1	Lt	3.553.175.038	3.659.770.289	3.769.563.398	3.882.650.299
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	437.133	445.876	454.793	463.889
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,16	0,17	0,17	0,18
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	288,51	288,23	287,94	287,65
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	126.119.425	128.513.300	130.952.614	133.438.228
Medicininė reabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	145.880.195	147.338.997	148.812.387	150.300.511

1	2	3	4	10	11	12	13
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	2.070.743.240	2.153.572.969	2.239.715.888	2.329.304.524
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	133.710.154	139.058.560	144.620.903	150.405.739
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.612.121	12.738.242	12.865.624	12.994.280
Receptų skaičius, tenkantis 1 apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,88	5,02
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	58,02	58,60	59,18	59,77
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	731.701.696	746.408.900	761.411.719	776.716.094
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	138.943.529	140.332.964	141.736.294	143.153.656
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	51.814.795	52.332.943	52.856.273	53.384.836
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	41.514.897	41.930.046	42.349.346	42.772.840
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	III10	Lt	31.635.403	31.951.757	32.271.274	32.593.987
Prevencinių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III11	Lt	33.527.221	33.862.493	34.201.118	34.543.129
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III12	Lt	80.192.067	80.993.987	81.803.927	82.621.967
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	7.138.957.659	7.356.067.206	7.580.295.140	7.811.885.809
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	189.144.928	198.602.174	208.532.283	218.958.897
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	529.401.592	555.871.672	583.665.255	612.848.518
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	7.857.504.178	8.110.541.051	8.372.492.678	8.643.693.224
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas							
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BI(t)	koef.	0,08000	0,08000	0,08000	0,08000
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	4.401.600.428 Lt	4.780.544.872 Lt	5.279.269.411 Lt	5.820.268.308 Lt
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	1.357.398.314 Lt	2.182.513.633 Lt	3.327.399.760 Lt	4.823.441.806 Lt
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.800 Lt	2.936 Lt	3.081 Lt	3.233 Lt

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (2a scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas								
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	109.952.976.908	118.997.864.078	124.914.951.456	130.832.038.835	136.749.126.214
Infliacija	LRSD		koef.	1,032	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	3.027.496	2.983.254	2.939.012	2.894.770	2.850.528
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	444.061	436.576	389.226	368.013	346.800
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	543.333	542.198	553.559	555.304	556.937
Dirbantys pensininkai				31.800	24.800	29.050	29.493	29.937
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.489.698	1.473.643	1.485.443	1.482.274	1.486.298
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,719	0,726	0,733	0,741	0,752
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Darbo jėgos produktyvumas	Formulė (3.7)	p(t)	Lt/žm	79.227,67	80.035,40	84.239,20	88.443,00	92.646,80
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.106.400	1.111.932	1.123.051	1.136.528	1.153.576
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	195.200	192.272	190.349	189.017	187.694
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	34.781.991.000	36.521.090.550	38.420.187.259	40.648.558.120	43.290.714.397
Vidutinis darbo užmokestis	Formulė (3.8)	DU(t)	Lt/žm	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,316	0,307	0,308	0,311	0,317
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas								
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.134.252	1.133.935	1.154.248	1.163.767	1.184.578
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.071.093	1.070.145	1.089.501	1.098.048	1.117.545
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	63.159	63.791	64.747	65.719	67.033
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	706.733	709.670	714.859	714.828	714.694
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	32.473	34.127	35.264	37.019	38.737
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	2.659.951.180	2.702.400.450	2.757.914.799	2.820.044.962	2.894.615.587
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	1.980.500.000	2.020.110.000	2.070.612.750	2.132.731.133	2.207.376.722
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	753.400	768.468	791.522	823.183	864.342
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	0	0	0	0	0
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	932.887.560	936.764.400	943.613.799	943.572.937	943.395.682
Kitos pajamos		KP5		234.100	238.782	245.945	255.783	268.572
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	P (t)	Lt	36.832.976.987	40.124.173.226	41.886.568.495	44.505.874.753	47.283.134.040
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	39.747.352.047	43.082.054.876	44.901.832.512	47.583.257.789	50.435.039.358
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas								
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.561.303	2.556.279	2.594.020	2.611.059	2.650.697
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,60	0,60	0,62	0,64	0,66
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	III1	Lt	3.065.000.000	3.156.950.000	3.251.658.500	3.349.208.255	3.449.684.503
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	395.925	403.844	411.920	420.159	428.562

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	289,96	289,67	289,38	289,09	288,80
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	114.802.544	116.981.613	119.202.043	121.464.619	123.770.142
Medicininė rehabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	138.800.000	140.188.000	141.589.880	143.005.779	144.435.837
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	1.702.000.000	1.770.080.000	1.840.883.200	1.914.518.528	1.991.099.269
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	109.900.000	114.296.000	118.867.840	123.622.554	128.567.456
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.000.000	12.120.000	12.241.200	12.363.612	12.487.248
Receptų skaičius, tenkantis 1 apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,72	4,74	4,71
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	55,20	55,75	56,31	56,87	57,44
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	662.400.000	675.714.240	689.296.096	703.150.948	717.284.282
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	132.200.000	133.522.000	134.857.220	136.205.792	137.567.850
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	49.300.000	49.793.000	50.290.930	50.793.839	51.301.778
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	39.500.000	39.895.000	40.293.950	40.696.890	41.103.858
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	III10	Lt	30.100.000	30.401.000	30.705.010	31.012.060	31.322.181
Prevencinių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III11	Lt	31.900.000	32.219.000	32.541.190	32.866.602	33.195.268
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III12	Lt	76.300.000	77.063.000	77.833.630	78.611.966	79.398.086
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	6.152.202.544	6.337.102.853	6.528.019.489	6.725.157.832	6.928.730.508
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	148.200.000	155.610.000	163.390.500	171.560.025	180.138.026
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	414.800.000	435.540.000	457.317.000	480.182.850	504.191.993
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	6.715.202.544	6.928.252.853	7.148.726.989	7.376.900.707	7.613.060.527
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas								
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BI[T(t)	koef.	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	4.101.564.425	4.739.026.036	4.939.201.576	5.234.158.357	5.547.854.329
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	250.799.985	537.218.425	881.134.191	1.320.569.660	1.907.027.947
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.218,07 Lt	2.322,38 Lt	2.432,36 Lt	2.548,35 Lt	2.670,75 Lt

Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos Lietuvoje tobulinimo modelio verifikacija (2a scenarijus)

Rodiklis	Duomenų šaltinis	Žymėjimas	Mato vnt.	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	10	11	12	13
Ekonominių ir demografinių veiksnių vertinimas							
BVP (to meto kainomis) įvertinus infliaciją	LRSD	BVP(t)	Lt	142.666.213.592	148.583.300.971	154.500.388.350	160.417.475.728
Infliacija	LRSD		koef.	1,03	1,03	1,03	1,03
Gyventojų skaičius metų pradžioje	Eurostat		žm	2.806.286	2.762.044	2.717.802	2.673.560
Vaikų skaičius	Eurostat		žm	325.587	304.374	283.161	261.948
Pensininkų skaičius	Eurostat		žm	558.470	559.915	561.283	562.580
Dirbantys pensininkai				30.380	30.823	31.267	31.710
Darbo jėga	Formulė (3.5)	DJ(t)	žm	1.490.186	1.479.205	1.453.529	1.428.126
Darbo jėgos aktyvumo lygis	LRSD, prielaida	al(t)	koef.	0,763	0,767	0,763	0,759
Užimtumas	Formulė (3.6)	U(t)	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Darbo jėgos produktyvumas	Formule (3.7)	p(t)	Lt/žm	96.850,60	101.054,40	105.258,20	109.462,00
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	LRSD		žm	1.172.033	1.189.614	1.203.889	1.215.928
Savarankiškai dirbantieji (individuali veikla+ūkininkai)	LRSD		žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Bedarbių skaičius	LRSD		žm	186.380	185.448	184.521	183.598
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai)	LRSD		žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Algos ir atlyginimai (BVP pajamų metodu)	LRSD, prielaida		Lt	46.321.064.405	49.563.538.914	53.032.986.638	56.745.295.702
Vidutinis darbo užmokestis	Formule (3.8)	DU(t)	Lt/žm	40.730	43.686	47.809	52.327
Algos ir atlyginimai kaip BVP dalis, proc.		dud(t)	koef.	0,325	0,334	0,343	0,354
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas							
Apmokestinamieji asmenys	Formulė (3.9)	AA(t)	žm	1.205.649	1.204.622	1.181.107	1.157.708
Samdomi darbuotojai (nuolatiniam darbui)	Formulė (3.10)	AA1	žm	1.137.275	1.134.539	1.109.272	1.084.436
Savarankiškai dirbantieji	Formulė (3.11)	AA2	žm	68.374	70.083	71.835	73.272
Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai+bedarbiai)	Formulė (3.12)	AA3	žm	714.470	714.540	714.537	714.468
Samdomų darbuotojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės padengimo lygis	Prielaida	pl2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės padengimo lygis	Prielaida	pl3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00

1	2	3	4	10	11	12	13
Samdomų darbuotojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md1	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Savarankiškai dirbančių grupės indėlio dydis	Prielaida	md2	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupės indėlio dydis	Prielaida	md3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB	Formulė (3.14)	BAB(t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Samdomų apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB1	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Savarankiškai dirbančių apmokestinamoji bazė nuo DU	Formulė (3.13)	AB2	Lt	40.730	43.686	47.809	52.327
Kitų draudžiamųjų (bedarbiai+pensininkai) asmenų apmokestinamoji bazė (12*MMA)	Formulė (3.13)	kp	Lt	12000	12000	12000	12000
Mokesčio apimtis	Prielaida	ma1, ma2, ma3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Mokėjimų rodiklis	Prielaida	mr1, mr2, mr3	koef.	1,00	1,00	1,00	1,00
Kitos pajamos iš viso		KP(t)	Lt	2.982.752.254	3.074.706.076	3.170.265.368	3.269.584.882
Pajamos iš dalinių priemokų	LRSD, prielaida	KP1	Lt	2.295.671.791	2.387.498.663	2.482.998.609	2.582.318.554
Vyriausybės subsidijos	LRSD, prielaida	KP2	Lt	907.559	952.937	1.000.584	1.050.613
Darbdavių įmokos 3 proc.		KP3	Lt	0	0	0	0
LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (bedarbiai+pensininkai)		KP4	Lt	943.099.991	943.192.766	943.188.495	943.097.738
Kitos pajamos		KP5	Lt	282.001	296.101	310.906	326.451
Apmokestinamos pajamos	Formulė (3.15)	P (t)	Lt	50.521.604.949	55.031.169.738	60.990.875.995	67.459.969.877
Bendrosios galimos pajamos	Formulė (3.16)	BP(t)	Lt	53.761.566.291	58.363.110.204	64.418.374.588	70.986.763.233
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas							
Apdraustieji gyventojai AG(t)	Formulė (3.17)	AG(t)	Lt	2.690.867	2.687.416	2.638.995	2.590.813
Priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis	Prielaida	pmgr1	koef.	2,00	2,00	2,00	2,00
Bedarbių indėlio dydis, koef.	Prielaida		koef.	0,68	0,70	0,72	0,74
Priklausomybės bedarbių grupei rodiklis, koef.	Prielaida	pmgr2	koef.	1,5	1,5	1,5	1,5
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	III1	Lt	3.553.175.038	3.659.770.289	3.769.563.398	3.882.650.299
Lovadienių skaičius	VLK, prielaida		vnt	437.133	445.876	454.793	463.889
Lovadienių skaičius, tenkantis vienam gyventojui		pk2	vnt/žm	0,16	0,17	0,17	0,18
Lovadienio kaštai	VLK, prielaida	kvk2	Lt	288,51	288,23	287,94	287,65
Stacionaro gydymo išlaidos	LRSD, prielaida	II2	Lt	126.119.425	128.513.300	130.952.614	133.438.228

1	2	3	4	10	11	12	13
Medicininė reabilitacija ir sanatorinis gydymas	VLK, prielaida	II3	Lt	145.880.195	147.338.997	148.812.387	150.300.511
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos	LRSD, prielaida	II4	Lt	2.070.743.240	2.153.572.969	2.239.715.888	2.329.304.524
Slauga ir rezidentinė priežiūra	LRSD, prielaida	II5	Lt	133.710.154	139.058.560	144.620.903	150.405.739
Receptų skaičius	VLK, prielaida		vnt.	12.612.121	12.738.242	12.865.624	12.994.280
Receptų skaičius, tenkantis I apdraustajam		pk6	vnt./žm	4,69	4,74	4,88	5,02
Recepto kaštai	VLK, prielaida	kvk6	Lt/vnt	58,02	58,60	59,18	59,77
Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos prekės		II6	Lt	731.701.696	746.408.900	761.411.719	776.716.094
Aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais	VLK, prielaida	II7	Lt	138.943.529	140.332.964	141.736.294	143.153.656
Žmogaus organų ir audinių transplantacija	VLK, prielaida	II8	Lt	51.814.795	52.332.943	52.856.273	53.384.836
Ortopedijos techninės priemonės	VLK, prielaida	II9	Lt	41.514.897	41.930.046	42.349.346	42.772.840
Dantų protezavimo paslaugos	VLK, prielaida	III0	Lt	31.635.403	31.951.757	32.271.274	32.593.987
Preveninių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III1	Lt	33.527.221	33.862.493	34.201.118	34.543.129
Kitų svarbių programų įgyvendinimas	VLK, prielaida	III2	Lt	80.192.067	80.993.987	81.803.927	82.621.967
Einamosios išlaidos	Formulė (3.18)	II(t)	Lt	7.138.957.659	7.356.067.206	7.580.295.140	7.811.885.809
Administraciniai kaštai	LRSD, prielaida	AI(t)	Lt	189.144.928	198.602.174	208.532.283	218.958.897
Kitos išlaidos	LRSD, prielaida	KI(t)	Lt	529.401.592	555.871.672	583.665.255	612.848.518
Bendrosios išlaidos	Formulė (3.19)	BI(t)	Lt	7.857.504.178	8.110.541.051	8.372.492.678	8.643.693.224
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas							
Būtinasis įmokų tarifas	Formulė (3.20)	BĮT(t)	koef.	0,11	0,11	0,11	0,11
Sveikatos priežiūros sistemos pajamos pagal apskaičiuotą įmokų tarifą			Lt	5.913.772.292	6.419.942.122	7.086.021.205	7.808.543.956
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto sudarymas	Formulė (3.21)	SPSB(t)	Lt	2.691.135.873	3.701.306.190	4.967.719.447	6.514.552.605
Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui	Formulė (3.22)	SPIG(t)	Lt	2.799,97 Lt	2.936,43 Lt	3.080,61 Lt	3.233,03 Lt

**Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos tobulinimo detalūs
modelis**

Rodiklis	Formulės Nr.	Apskaičiavimo formulė	Kintamųjų reikšmės
Ekonominių, demografinių ir darbo jėgos veiksnių vertinimas			
Darbo jėga DJ(t)	3.5	$DJ(t) = dag(t) \times al(t)$	dag(t) – darbingo amžiaus gyventojų skaičius; al(t) – darbingo amžiaus gyventojų aktyvumo lygis, proc.
Užimtumas U(t)	3.6	$U(t) = BVP(t)/p(t)$	BVP(t) – bendrasis vidaus produktas, Lt; p(t) – produktyvumas.
Produktyvumas p(t)	3.7	$p(t) = vn(t) \times dvs(t)$	vn(t) - valandinis našumas, Lt; dvs(t) - darbo valandų skaičius.
Darbo užmokestis DU(t)	3.8	$DU(t) = BVP(t) \times dud(t)/U(t)$	dud(t) – darbo užmokesčio dalis BVP.
Sveikatos priežiūros sistemos pajamų vertinimas			
Apmokestinamieji asmenys AA(t)	3.9 3.10 3.11 3.12	$AA(t) = AA_1(t) + AA_2(t) + AA_3(t)$ $AA_1(t) = U(t) \times pl_1(t) \times md_1(t)$ $AA_2(t) = [DJ(t) - U(t)] \times pl_2(t) \times md_2(t)$ $AA_3(t) = eng(t) \times md_3(t)$	U(t) – užimtumas; pl _i (t) – grupės padengimo lygis, proc.; md _i (t) – indėlio dydis DJ(t) – darbo jėga; eng(t) – ekonomiškai neaktyvūs gyventojai (pensininkai ir bedarbiai, neįskaitant vaikų).
Apmokestinamoji bazė AB _i (t)	3.13	$AB_i(t) = DU(t) \times mai(t) \times mri(t)$	mr ₁ (t) – mokėjimų rodiklis, proc.; ma _i (t) – mokėjimų apimtis, proc.; DU(t) – darbo užmokestis.
Bendroji apmokestinamoji bazė BAB(t)	3.14	$BAB(t) = \sum_{i=3}^3 AA_i(t) \times AB_i(t)$	dud(t) – darbo užmokesčio dalis BVP.
Apmokestinamos pajamos PI(t)	3.15	$PI(t) = BAB(t) \times mdi(t)$	md _i (t) – indėlio dydis.
Bendrosios galimos pajamos BP(t)	3.16	$BP(t) = PI(t) + KP(t)$	KP(t) – kitos pajamos.
Sveikatos priežiūros sistemos išlaidų vertinimas			
Apdraustieji gyventojai AG(t)	3.17	$AG(t) = \sum_{i=1}^3 AA_i(t) \times pmgr(t)$	AA _i (t) – apmokestinamieji asmenys; pmgr(t) – priklausomybės mokėtojų grupei rodiklis, proc.
Einamosios išlaidos II(t)	3.18	$II(t) = \sum II_j(t)$ Čia $II_j(t) = AA_i(t) \times pk(t) \times kvk(t)$	pk(t) – panaudojimo koeficientai; j – paslaugų kategorijos; kvk(t) – kategorijos vieneto kaštai.
Bendrosios išlaidos BI(t)	3.19	$BI(t) = II(t) + AI(t) + KI(t)$	AI(t) – administracinės išlaidos; KI(t) – kitos išlaidos.
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto vertinimas			
Būtinasis įmokų tarifas BI _I (t)	3.20	$BI_I(t) = [BI(t) - KP(t)] / BAB(t)$	BI(t) – bendrosios išlaidos; KP(t) – kitos pajamos; BAB(t) – bendroji apmokestinamoji bazė.
Sveikatos priežiūros sistemos biudžeto balanso patikrinimas SPSB(t)	3.21	$SPSB(t) = BP(t) - BI(t) + R(t-1)$	BP(t) – bendrosios pajamos; BI(t) – bendrosios išlaidos; R(t-1) – praėjusio laikotarpio rezervas.

Asmens sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui SPIG(t)	3.22	$SPIG(t) = SPSB(t)/gs(t)$	gs(t) – gyventojų skaičius.
Darbuotojo per 1 metus sumokama įmoka DSSI(t)	3.23	$DSSI(t) = DU(t) \times B\bar{I}T(t)$	DU(t) – darbo užmokestis. B \bar{I} T(t) - būtinas įmokų tarifas.
Darbdavio per 1 metus į PSDF sumokama įmoka DRSI(t)	3.24	$DRSI(t) = DU(t) \times KP3(t)$	KP3(t) – darbdavio PSDF įmokos dydis (3 proc.).
PSSS fondo įplaukos	3.25	$PSSS(t) = ((DU(t) \times SMD\bar{I}PSSS(t)) \times AA1(t)) + ((DU(t) \times SD\bar{I}PSSS(t)) \times AA2(t))$	AA1(t) – samdomų darbuotojų skaičius; SMD \bar{I} PSSS(t) – samdomų darbuotojų PSSS įmokos dydis; AA2(t) – savarankiškai dirbančių darbuotojų skaičius; SD \bar{I} PSSS(t) – savarankiškai dirbančių asmenų PSSS įmokos dydis;
PSDF fondo įplaukos	3.26	$PSDF(t) = KP4(t) + KP3(t) + (DU(t) \times SMD\bar{I}PSDF) \times AA1(t)) + (DU(t) \times SD\bar{I}PSDF) \times AA2(t)$	KP4(t) - LR valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis; KP3(t) – darbdavio PSDF įmokos dydis (3 proc.); SMD \bar{I} PSDF(t) – samdomų darbuotojų PSDF įmokos dydis; SD \bar{I} PSDF(t) – savarankiškai dirbančių asmenų PSDF įmokos dydis.