

***SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA:
ESTIJA, LATVIJA, LIETUVA,
VOKIETIJA***

ISBN 9986-806-02-X

IŽANGINIS ŽODIS

1997 m. rugsėjo 16-19 d. Pernu (Estija) vyko seminaras, kuriame savo patirtimi dalijosi sveikatos priežiūros ekspertai iš Estijos, Latvijos, Lietuvos ir Vokietijos. Jame dalyvavo ligonių kasų, ministerijų ir mokslo tyrimo įstaigų atstovai. Pagrindinis diskusijų tikslas buvo aptarti sveikatos priežiūros finansavimo ir organizavimo klausimus atsižvelgiant į visose keturiose valstybėse įvykusią sveikatos priežiūros reformą.

Esame įsitikinę, jog toks pasikeitimas patyrimu yra naudingas visiems specialistams. Šiame leidinyje spausdinami per seminarą skaityti pranešimai.

Pateikiami tekstai neatspindi oficialios ministerijų, Ligonių kasų ar kitų organizacijų nuomonės, jie perteikia autorių nuomonę.

Dėkojame Vokietijos sveikatos ministerijai už paramą, rengiant seminarą ir finansuojant šį leidinį. Taip pat norėtume padėkoti prelegentams ir visiems Pernu susitikimo dalyviams bei organizatoriams už puikų dalykinį bendradarbiavimą.

Bad Homburg/ Köln
EPOS Bad Homburg
GVG, Köln

SVEIKATOS DRAUDIMAS ESTIJOJE VAKAR, ŠIANDIEN IR RYTOJ

Estijoje sveikatos draudimas įsigalėjo 1992 m.

Pagrindinės priežastys pereiti prie sveikatos draudimo buvo šios:

- sveikatos priežiūros finansavimas turėjo būti atskirtas nuo finansavimo iš valstybės biudžeto;
- sveikatos priežiūros decentralizavimas;
- sveikatos priežiūros sąnaudos turėjo būti suderintos su ekonomikos prieaugiu;
- savarankiškas sveikatos priežiūros tinklo optimizavimas;
- pagrindų tolesniam atsakomybės didinimui ir žmonių padidėjusių poreikių tobulinimui sukūrimas.

Ligonių kasos buvo įkurtos rajonuose ir didesniuose miestuose, iš viso jų įkurta 22. Ligonių kasos veiklai vadovavo Ligonių kasos valdyba. Siekiant koordinuoti ligonių kasų veiklą, visoje valstybėje įkurta Ligonių kasų asociacija.

Atsižvelgiant į Estijoje įvykdytą administracinę reformą, atsirado dviejų pakopų administracinė sistema – valstybė ir bendruomenė. Minėti pakeitimai ir skirtinga socialinė ekonominė įvairių regionų padėtis lėmė tai, kad 1994 m. buvo priimtas nutarimas centralizuoti sveikatos draudimo sistemą. 1994.04.01 sveikatos draudimo tinklas buvo gerokai pakeistas. Atsirado vieninga sveikatos draudimo sistema. Vadovaujantis įstatymu, buvo įkurta Centrinė ligonių kasa, kuriai pavaldžios vietinės ligonių kasos. Tais pačiais metais prie Centrinės ligonių kasos įkurta Estijos sveikatos draudimo taryba, į kurią įeina sveikatos priežiūros sistemos organizatorių atstovai, medicinos paslaugų teikėjų atstovai, darbdavių bei apdraustųjų atstovai. Svarbiausi Estijos sveikatos draudimo tarybos uždaviniai yra šie:

- derinti sveikatos draudimo biudžeto projektą, prireikus teikti siūlymus biudžeto projekto pakeitimui;
- koordinuoti prie Centrinės ligonių kasos kuriamų fondų struktūros ir apimties reglamentavimą, taip pat šių fondų lėšų naudojimą;
- derinti Centrinės ligonių kasos finansines ataskaitas;
- siūlyti surengti Centrinės ligonių kasos reviziją ir patvirtinti revizijos rezultatus;

- parengti sutarčių, sudaromų su sveikatos priežiūros įstaigomis, principus;
- sukviesti konkurencijos komisiją, siekiant parinkti Centrinės ligonių kasos direktorių ir pristatyti pasirinktą kandidatą Socialinių reikalų ministerijai darbo sutarčiai sudaryti;
- siūlyti keisti arba prieš laiką nutraukti darbo sutartį, sudarytą su Centrinės ligonių kasos direktoriumi;
- pateikti pasiūlymus tolesniam sveikatos draudimo reglamentavimui ir plėtojimui.

Tuo pat metu vietinėse ligonių kasose buvo įkurtos vietinės sveikatos draudimo tarybos. Į jas įeina ligonių kasos teritorijoje esančios bendruomenės administracijos, sveikatos priežiūros organizacijų, medicinos paslaugų teikėjų, darbdavių ir apdraustųjų atstovai. Svarbiausios sveikatos draudimo tarybų užduotys:

- išnagrinėti apdraustųjų sveikatos stiprinimo, profilaktikos ir gydymo reikalavimų analizės duomenis ir įteikti juos kartu su atitinkamais siūlymais ligonių kasoms;
- aptarti sveikatos draudimo biudžeto projektą ir pateikti pasiūlymus šio biudžeto pakeitimui;
- remiantis ligonių kasos biudžetu, pateikti siūlymus sveikatos stiprinimui ir su tuo susijusiems tyrimams;
- taip pat pateikti duomenis apie ligonių kasų bei sveikatos priežiūros įstaigų sudaromų paslaugų teikimo sutarčių skaičių, sąlygas ir laikotarpius;
- pateikti siūlymus dėl sutarties, sudarytos ligonių kasos bei sveikatos priežiūros įstaigos, sustabdymo arba nutraukimo, jei sutarties partneris nesilaiko sutarties sąlygų;
- prireikus pareikalauti iš sveikatos priežiūros įstaigos tikslios ataskaitos ir įrodančių dokumentų apie suteiktas ir ateityje suteiktinas sveikatos stiprinimo, tyrimo bei gydymo paslaugas;
- pateikti siūlymus ligonių kasoms dėl ypatingosios vietinės ligonių kasos revizijos;
- surengti konkursą siekiant parinkti vietinės ligonių kasos direktorių ir pristatyti parinktą kandidatą Centrinei ligonių kasai darbo sutarčiai sudaryti;

- įteikti siūlymus Centrinei ligonių kasai dėl darbo sutarties su vietinės ligonių kasos direktoriumi pakeitimo arba nutraukimo prieš laiką;
- pateikti savo nuomonę kilus ginčams, susijusiems su sveikatos draudimu;
- pateikti siūlymus dėl sveikatos draudimo reglamentavimo ir tobulinimo.

Vadinasi, sveikatos draudimo tarybos tapo reglamentuojančiu sveikatos draudimo biudžeto išlaidų mechanizmu.

1994 m. įstatymo pakeitimas garantavo visiems apdraustiesiems tas pačias sąlygas gauti sveikatos draudimo paslaugų apmokėjimą (gydymas, apmokėjimas laikino nedarbingumo atveju, lengvatos perkant vaistus). Minėtas pakeitimas turėjo ypatingos reikšmės, nes iki jo šis mechanizmas nebuvo įstatymo reglamentuojamas ir todėl kildavo įvairių problemų dėl lėšų perskirstymo tarp įvairių regionų.

Optimizavus ligonių kasų skaičių, Estijoje šiuo metu yra 17 ligonių kasų, turinčių šias užduotis:

- sveikatos draudimo dalies socialinių mokesčių sistemoje apskaičiavimas ir kontrolė;
- asmenų, kuriuos apima sveikatos draudimas, apskaita;
- sudaryti sveikatos draudimą garantuojančias sutartis su sveikatos draudimo įstaigomis ir privačiai praktikuojančiais gydytojais;
- apmokėti, analizuoti ir kontroliuoti paslaugas, susijusias su sveikatos draudimą garantuojančiomis sutartimis;
- reglamentuoti, analizuoti ir kontroliuoti lengvatinių mokėjimą už vaistus.

Norėdami konkretizuoti sveikatos draudimo funkcijas, pateikiame pagrindines Centrinės ligonių kasos funkcijas:

- koordinuoti ir vadovauti ligonių kasų veiklai;
- reglamentuoti ligonių kasų steigimą ir restruktūrizavimą;
- parengti ligonių kasų rodiklius, skirtus sveikatos draudimo vietinių biudžetų projektams sudaryti;
- sudaryti metinį sveikatos draudimo biudžetą, koordinuoti metinį biudžetą su Estijos sveikatos draudimo taryba ir įteikti jį Socialinių reikalų ministerijai;

- tvirtinti ir keisti ligonių kasų biudžetus remiantis principu, kad visiems apdraustiesiems turi būti sudaromos tokios pačios sąlygos;
- sudaryti statistines ir finansines ataskaitas, apskaičiuoti ir analizuoti pelną bei išlaidas;
- prižiūrėti ir kontroliuoti ligonių kasų veiklą;
- koordinuoti su sveikatos draudimu susijusius įstatymų projektus ir prireikus dalyvauti kuriant naujus įstatymus;
- reglamentuoti ligonių kasų darbuotojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą;
- dalyvauti sudarant tarptautines sutartis, susijusias su sveikatos draudimu;
- atlikti priedėles, kylančias iš sveikatos draudimo;
- informuoti apie klausimus, susijusius su sveikatos draudimu;
- organizuoti ir reglamentuoti elektroninių duomenų apdorojimą;
- reglamentuoti laikino nedarbingumo ir gydymo ekspertizę.

Sveikatos draudimo reglamentavimui reikalingos lėšos surenkamos iš socialinių mokesčių.

Sveikatos draudimo biudžetas yra atskirtas nuo valstybės biudžeto, jį tvirtina parlamentas.

Sveikatos draudimo biudžetą sudaro socialiniai mokesčiai (33 proc.), iš jų 13 proc. tenka sveikatos draudimui. Tai vienintelis pajamų šaltinis. Galioja solidarumo ir perpaskirstymo sistema. Vadinasi, dirbančiajai kartai tenka išlaidos, susijusios su pensininkų bei vaikų sveikatos priežiūra. Silpnoji solidarumo principu paremta draudimo vieta yra tai, kad labai jautriai reaguojama į dirbančiųjų bei pensininkų, t.y. mokesčius mokančiųjų ir remiamų asmenų, skaičiaus pasikeitimus.

Lig šiol sveikatos priežiūros tyrimai ir gydymo išlaidos apdraustiesiems apmokami iš sveikatos draudimo biudžeto, taip pat kaip ir laikino nedarbingumo apmokėjimas ir lengvatinis vaistų pirkimas. Nuo 1995 m. sveikatos draudimas pasižymėjo labai aktyvia veikla ir jis labai orientuotas į sveikatos stiprinimą bei profilaktiką.

Gera sveikata – mažesnės išlaidos!

Sveikatos draudimą geriausiai apibūdina šie požymiai:

- sveikatos draudimo lėšų atskyrimas nuo valstybės biudžeto, lyginant su kitomis valstybinio sektoriaus dalimis, darė tiesioginę įtaką sparčiam sveikatos draudimo plėtojimuisi;
- a) aktyvus naujų technologijų taikymas pagerino ligonių gydymo galimybes;
- b) įvyko sveikatos priežiūros pasikeitimų siekiant juos optimizuoti (sumažėjo medicinos įstaigų ir vietų ligoninėse skaičius);
- sprendimai dėl skaičiaus sutarčių, sudaromų su sveikatos priežiūros įstaigomis, priimami apskričių lygmeniu. Per sveikatos draudimo tarybą mokesčių mokėtojai gali dalyvauti valdant sveikatos draudimą;
- išaugus vartotojų poreikiams, išaugo ir poreikis gauti medicinos paslaugas.

Sveikatos draudimas lig šiol kilusias užduotis atliko.

Kaip galima garantuoti sveikatos draudimo sistemos stabilumą ir ateityje?

Norint išspręsti šiuos dalykus, reikia atsižvelgti į įvairius problemų šaltinius:

- 1996 m. sveikatos draudimo įstaigose kilo finansinių problemų. To priežastis pirmiausia ta, kad paslaugų teikėjų skaičius neatitinka objektyvių poreikių. Nėra tinkamai sureguliuotas paslaugų teikėjų, paslaugų apimtys ir vartotojų skaičiaus santykis.
- vyriausybės ir parlamento veikla traktuojant sveikatos draudimo lėšas. Šios institucijos suvokia šias lėšas kaip sveikatos priežiūros finansines lėšas, bet ne kaip apdraustųjų medicinos paslaugų garantavimo priemones, pvz., finansuojant valstybines investicijas iš sveikatos aprūpinimo biudžeto;
- mokesčių mokėtojų skaičiaus mažėjimo tendencija;
- atlyginimų fondo didėjimo lėtėjimas;
- mokesčių mokėtojų nepasitenkinimo didėjimas dėl mažėjančių galimybių gauti paslaugas.

Kaip viena iš galimybių garantuoti sveikatos draudimo stabilumą turi būti įvesta trijų pakopų medicinos paslaugų finansavimo sistema:

- finansavimas iš valstybės biudžeto: pirmosios pagalbos teikimas, parama ligoninėms, kurios dirba kaip mokymo centrai, valstybinės investicijos, rizikų, kurių nedengia sveikatos draudimas padengimas,

išimtinai brangiai kainuojantis kai kurių ligų gydymas, lėtinėmis ligomis sergančių ligonių stacionarinis psichiatrinis gydymas ir t.t.;

- solidarumu grindžiamas privalomas sveikatos draudimas, kuris turi garantuoti nustatyto paslaugų paketo gavimą. Norint pasiekti šį tikslą, nedidinant sveikatos draudimo įmokų, reikia pamažu mažinti asmenų grupių, kurios prilyginamos apdraustiesiems, skaičių;
- savanoriškas papildomas draudimas. Apima paslaugas, neįtrauktas į privalomojo sveikatos draudimo apmokamų paslaugų sąrašą. Šią draudimo rūšį reikėtų atleisti nuo pajamų mokesčio, tada darbdaviai turėtų galimybę sudaryti korporacijų sutartis, darbuotojai turėtų galimybę draustis individualiai.

Šiandien vienas iš svarbiausių mūsų tikslų yra sveikatos priežiūros tinklo reorganizavimas. Po 5-10 metų pearsime prie 3 pakopų sistemos.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA LATVIJOJE

PRANEŠIMŲ TEZĖS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO REFORMA LATVIJOJE

A.Martinson
Rygos miesto ligonių kasa

1. Finansavimas iš valstybės biudžeto:
 - fiksuota piliečių pajamų mokesčio dalis;
 - kiti valstybės biudžeto pajamų straipsniai.
2. Ministrų kabineto nutarimas “Sveikatos priežiūros finansavimo taisyklės”.
3. Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, jų kompetencija ir atsakomybė, finansinių lėšų skirstymo principai.
4. Gydomo paslaugų minimumas ir vyriausybės programos; jų nustatymo ir parinkimo kriterijai.
5. Sutartys (kontraktai) tarp:
 - Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų;
 - Valstybinės ligonių kasos ir paslaugų teikėjų;
 - teritorinių ligonių kasų ir paslaugų teikėjų.
6. Paslaugų teikėjų pasirinkimo galimybės; ligonių kasų kriterijai.
7. Laisvo gydytojo pasirinkimo principas: pacientų pageidavimai, gydytojų pageidavimai, ligonių kasų pageidavimai.
8. Paslaugų teikėjų teikiamų paslaugų apmokėjimo per ligonių kasas principai ir būdai.
9. Paslaugų kainos ir jų apmokėjimo galimybės esant ribotam finansavimui; ligonių kasų interesai prieš paslaugų teikėjų interesus.
10. Pacientų dalyvavimas apmokant gydymo išlaidas; ką tai stimuliuoja, kam trukdo.
11. Tarpusavio informacijos perteikimo ir bendro naudojimo reformos metu problema.
12. Tolimesni reformos žingsniai.

LATVIJOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PIETRYČIŪ REGIONAS

Kūrimosi problemos

Reinis Eksts
Daugpilio miesto ligonių kasų direktorius

Šiuo metu vienas iš svarbiausių Latvijas sveikatos priežiūros reformas uzdevinių - organizuoti regionines ligonių kasas. Autorius, pasiremdamas pietryčių Latvijas dalies pavyzdžiu, norėtų papasakoti apie pertvarkymo būtinybę ir problemas, kurias tenka spręsti organizatoriams sudarant sveikatos priežiūros regionus.

Pietrytinė Latvijas dalis apima Kraslavos ir Daugpilio rajonus bei Daugpilio miestą, kur gyvena apie 200 000 gyventojų. Formuojamame regione gana gerai išplėtoti ir įvairi sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra.

Svarbiausios reorganizavimo proceso problemos:

1. Būtinybė motyvuotai įtikinti vietinės valdžios struktūras reformos pranašumais.
2. Kai kurių institucijų pasipriešinimas reformai.
3. Materialinių lėšų paslaugas teikiančioms struktūroms optimaliam reorganizuoti stygius.
4. Informacijos pateikimas ir aiškinamasis darbas tarp regiono gyventojų.

Laukiami reformos rezultatai:

1. Valstybinės politikos ir strategijos, nukreiptos į sveikatos priežiūrą, garantijų bei ilgesnės kokybiško gyvenimo trukmės garantavimo šioje teritorijoje realizavimas.
2. Finansavimo padidinimas, kartu sumažinant galimą veiklos riziką.
3. Vieningo sveikatos priežiūros struktūrų ir tarnybų komplekso regione sukūrimas.
4. Efektyvesnis išlaidų, skirtų sveikatos priežiūrai, panaudojimas.
5. Paslaugų teikėjų įtakos ligonių kasų sprendimams sumažinimas.

VIENO MIESTO CENTRALIZUOTO VAISTŲ IR MEDICININĖS ĮRANGOS PIRKIMO PATIRTIS

Inta Jansone

Valstybinės ligonių kasos Strategijos skyriaus vedėja

Pagal Latvijos valstybės įstatymą brangi įranga ir kitos prekės pagal valstybinį užsakymą, t.y. apmokant valstybės biudžeto lėšomis, turi būti perkama skelbiant konkursą arba tenderį. 1997 metais mes organizavome 10 konkursų.

Akivaizdūs šių konkursų rezultatai: neabejotina finansinių išteklių ekonomija, šių lėšų panaudojimo pagal paskirtį galimybė, galimybė koreguoti neracionaliai paskirsčius lėšas ir, kas irgi svarbu, kompanijų, gaminančių vaistus ir medicinos įrangą, pritraukimas dalyvauti rimtuose sveikatos priežiūros projektuose.

Autorė pasiruošusi supažindinti su patirtimi ir objektyviais bei subjektyviais sunkumais organizuojant tokius tenderius bei konkursus.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA LATVIJOJE: REGIONINĖS LIGONIŲ KASOS

Andris Ziberts

Jelgavos miesto ligonių kasų direktorius

Sveikatos priežiūros sistemos plėtojimas. Po Latvijos valstybingumo atkūrimo sveikatos priežiūros sistema pamažu perėjo nuo finansavimo iš biudžeto prie finansavimo per valstybinius mokesčius. Buvo sukurta Valstybinė ligonių kasa, kurios pagrindinė užduotis yra medicinos paslaugų sferos organizacinis ir metodologinis aprūpinimas. Kiekviename šalies rajone buvo įkurtos ligonių kasos, jos pasirašė sutartis dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo su paslaugų teikėjais ir šias sutartis vykdė. Šiuo metu Latvijoje yra 32 ligonių kasos.

Regioninių ligonių kasų kūrimo būtinybė. Tokių kasų kūrimą lėmė noras sumažinti mažų kasų turimą riziką ir motyvacijos bei galimybių racionalizuoti savo veiklą trūkumas. Autorius pateikia pagrindinius regioninės ligonių kasos požymius.

Būtinios priemonės organizuojant regionines ligonių kasas. Savo nuomonę autorius pasirengęs išsakyti seminario metu.

Būtinų priemonių kompleksas sėkmingai regioninės kasos veiklai.

Pagrindiniai akcentai turi būti sudėlioti taip:

- regiono padėties (taip pat medicinos paslaugų prieinamumo) įvertinimas ir analizė.
- bendradarbiavimo su vietinės valdžios struktūromis modelio parengimas;
- pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prioritetų garantijos;
- finansinių lėšų srautų palengvinimas.

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
FINANSAVIMAS LATVIJOS IR ESTIJOS PASIENIO
ZONOJE**

Janis Grinvalds

Valkos miesto ligonių kasų direktorius

Istoriškai šiaurės Latvijos Valkos centras ir Pietų Estijos Valgos centras yra vienas miestas. Lenkijos karalius Steponas Batoras Valkos miestui suteikė miesto teises 1584 metais. Bet 1919 metais, po nepriklausomų Latvijos ir Estijos valstybių susikūrimo, miestas buvo padalytas į dvi dalis, pavadintas Valga ir Valka.

Istoriniai ir ekonominiai ryšiai taip pat daro įtaką abiejų miestų pasienio gyventojų sveikatos priežiūrai. Po nepriklausomybės atkūrimo kaimyninėse šalyse pradėjo plėtotis skirtingos gyventojų sveikatos priežiūros finansavimo sistemos.

Pagal tarpvalstybinį susitarimą neatidėliotina pagalba pacientams teikiama nemokamai. Ligonų kasa apmoka neatidėliotinę pagalbą paslaugas suteikusiai įstaigai, o metų pabaigoje praneša Valstybinei ligonių kasai apie biudžetinių išlaidų kiekį ir suteiktų paslaugų apimtį.

Neneatidėliotinių (planinių) sveikatos priežiūros paslaugų kitų šalių gyventojams ligonių kasos neapmoka. Bet konkrečiai Valgos ir Valkos atveju tokia tvarka sukeldavo esmines problemas Estijos gyventojams, dirbantiems Valkoje, vaikams iš Valgos, kurie mokosi Valkos mokyklose, ir Latvijos piliečiams, kurie nuolat gyvena Valgoje ir jos apylinkėse Estijoje. Siekdama išspręsti šią problemą, vietinė Valkos rajono valdžia 1995 m. nutarė apmokėti vienodomis sąlygomis: 1) Valgos miesto ir rajono Latvijos gyventojams; 2) Valkos mieste ir rajone dirbantiems Estijos gyventojams.

Taip pat egzistuoja abiejų miestų susitarimas bendradarbiauti kitais klausimais (taip pat atliekant tomografinius gyventojų tyrimus).

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS PROBLEMAS JELGAVOS RAJONE

Janis Berzemnieks
Jelgavos rajono ligonių kasų direktorius

Neįmanoma pinigais įvertinti artimųjų netekusių žmonių skausmo, kaip ir neįgalųjų žmonių bei jų šeimų problemų. Bet daugelio Europos šalių patirtis rodo, kad sveikatos profilaktikai skiriant pakankamai dėmesio galima sumažinti tiek paslaugų, tiek socialines išlaidas, bei padidinti ūkinį produktyvumą.

Sveikatai išsaugoti skirtos priemonės apima ne tik tradicinę medicinos sferą, bet ir kitus sektorius, kadangi sveikatos sąvokai priklauso ir nedarbas, skurdas, nelygybė, gyvenimo sąlygos, socialinė aplinka, maitinimasis, transportas, išsilavinimas.

Sveikatos priežiūros sistema Jelgavos rajone kenčia dėl finansinių lėšų trūkumo, taip pat dėl organizacinių ir profesinių problemų, todėl:

- nepakankamai aiškūs sveikatos priežiūros sistemos principai ir uždaviniai;
- nėra atitinkamų organizacinių struktūrų;
- didėja biudžetinių lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai finansuoti deficitas, o esamos lėšos panaudojamos neracionaliai (nėra patirties vertinant išlaidų panaudojimo efektyvumą, nenustatyti prevencinės ir gydomosios medicinos prioritetai).

Tai lemia sveikatos priežiūros reformos būtinumą. Kad būtų galima tikėtis sėkmės, reikia dar iki reformos pradžios aiškiai išsivaizduoti reformos principus ir pranašumus.

Būtina spręsti rajono, kuris labai glaudžiai susijęs su Jelgavos miestu, medicininio aprūpinimo problemas. Artimiausiu metu reikėtų pakeisti:

- bendrą sistemos organizavimą;
- sistemos finansavimą;
- patikslinti turto nuosavybės klausimus;
- sudaryti sąlygas privačiai medicinos praktikai kurtis.

LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA IR SVEIKATOS DRAUDIMAS

Gediminas Černiauskas, Danguolė Jankauskienė, Liubovė Murauskienė

IVADAS

Iš 1991 metais atliktos vartotojų apklausos rezultatų matyti, kad tik 7 proc. visų apklaustųjų yra patenkinti sveikatos priežiūros sektoriaus veikla. 80 proc. apklaustųjų buvo už reformas. Ankstesnioji sveikatos priežiūros sistema smarkiai stipriai kritikuota. Nepaisant to, kad, atsižvelgiant į gyventojų skaičių, gydytojų skaičius Lietuvoje maždaug dvigubai viršija Europos vidurkį, medicinos paslaugos Lietuvoje nėra lengvai prieinamos. Buvo įprasta neoficialiai mokėti už suteiktas paslaugas. Tokie mokejimai sudarė net 10 proc. visų išlaidų sveikatos priežiūrai. Nuolatos trūko vaistų, o pats sveikatos priežiūros sektorius buvo per daug specializuotas, nes nepakankamai dėmesio skirta pirminei sveikatos priežiūrai ir sveikatinimo veiklai. Sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimai buvo labai maži (mažesni už pramonės sektoriuje dirbančiųjų algą), o imtis privačios praktikos nebuvo leidžiama. Be to, egzistavo nelygybė teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, nes nomenklatūra ir kai kurių ūkio šakų darbuotojai turėjo galimybę naudotis specialiomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Atkūrus nepriklausomybę buvo mėginama susidoroti su kai kuriais iš šių sistemos trūkumų. Anksčiau tik tam tikroms grupėms prieinamos sveikatos priežiūros įstaigos ir paslaugos tapo prieinamos plačiajai visuomenei, nebeliko tokio reiškinio kaip vaistų deficitas. 1990-1993 m. ekonomikos nuosmukis atkreipė visų dėmesį į kai kuriuos rimčiausius struktūrinius sistemos trūkumus. Pablogėjus gyvenimo lygiui, mitybai ir ėmus daugiau vartoti alkoholio, pablogėjo visuomenės sveikatos būklė. Keičiant sistemą iškilo sveikatos planavimo ir medicinos audito procedūrų problemų.

Taigi reformas galima apibūdinti kaip pastangų pakeisti sovietinę sveikatos priežiūros sistemą ir pritaikyti ją nuolatos kintančiai socialinei aplinkai tarpusavio sąveiką.

1990 metais prasidėjusiam reformos procesui buvo būdinga aktyvi veikla įstatymų leidybos srityje. Nuo to laiko buvo priimti šie įstatyminiai aktai:

- 1991 m. sausis. Farmacinės veiklos įstatymas.

- 1991 m. gegužė. Valstybinio socialinio draudimo įstatymas. Jis sudarė įstatyminių pagrindą privalomo socialinio draudimo sistemai, įtvirtinusiai nemažai su sveikatos priežiūra susijusių lengvatų (vaistų kompensavimo procedūrą ir sanatorinį gydymą).
- 1991 m. Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas.
- 1991 m. spalio mėn. Seimas patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos priežiūros koncepciją, kurioje aiškiai išreiškiamas politinis siekis vykdyti aktyvią sveikatos priežiūros politiką, t.y. perorientuoti politikos kryptis ir didžiausią dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai bei ligų profilaktikai. Šis dokumentas įgavo ypatingą svarbą, nes atskleidė politikos formavimo procese vyraujančią mąstymo eigą.
- 1991 m. Atsakomybė už sveikatos priežiūros politikos formavimą ir finansavimą perduota vietiniam valdžios lygmeniui.
- 1992 m. Valstybės finansuojamo ligoninių sektoriaus reforma. Savivaldybių lygmeniui priklausančios institucijos finansuojamos pagal sutartis su vietos valdžia, o respublikinės ligoninės finansuojamos pagal sutartis su Valstybine ligonių kasa.
- 1992 m. Aukštojo medicinos mokslo reforma.
- 1993 m. Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas.
- 1993 m. kovas. Nacionalinė sveikatos politikos konferencija.
- 1993 m. Įkurtas Sveikatos apsaugos reformos biuras.
- 1993 m. spalio mėn. Saugos darbe įstatymas.
- 1992-1994 m. Diskusijos siekiant apibrėžti vietos valdžios ir centrinės valdžios atsakomybės už sveikatos priežiūros valdymą ribas.
- 1994 m. liepa. Sveikatos apsaugos sistemos įstatymas. Jis sudarė įstatyminių pagrindą sveikatos priežiūros politikai kurti, apibrėžė vyriausybės, savivaldybių ir apskričių vaidmenį administruojant sveikatos priežiūrą.
- 1995 m. liepas. Psichinės sveikatos įstatymas.
- 1995 m. spalio mėn. Alkoholio kontrolės įstatymas.
- 1996 m. sausis. Tabako kontrolės įstatymas.
- 1996 m. balandis. Stomatologinės priežiūros įstatymas.
- 1996 m. gegužė. Sveikatos draudimo įstatymas.
- 1996 m. birželis. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.
- 1997 m. liepa. Sveikatos draudimo įstatymo pataisos.

REFORMOS TIKSLAI

1. Aktyvi sveikatos priežiūros politika yra svarbiausias sveikatos priežiūros reformos tikslas. Tai reiškia, kad privalu atsisakyti strategijos, kurios laikantis visas sveikatos priežiūros darbuotojų dėmesys buvo sutelktas į ligų gydymą, ir orientuotis į ligų prevenciją, įskaitant ir sveikos gyvensenos propagavimą, sveikatinimo bei sveikatos mokymo veiklą, skirtą plačiajai visuomenei. Štai keletas aktyvios politikos pavyzdžių:

- užkrečiamų ligų kontrolę gana gerai vykdo specializuota institucija;
- 1996-2000 metams Valstybinis sveikatos mokymo centras parengė programą, kuria siekiama didinti sveikatos mokymo efektyvumą. Lietuva dalyvauja ir Sveikų mokyklų, Sveikų miestų tinklo ir regioninio insulto prevencijos projekto veikloje;
- imunizacijos procesas vyksta pagal išplėstą imunizavimo programą. Šią veiklą koordinuoja Valstybinis imunizavimo centras.
- nemažai pastangų buvo dėta alkoholio ir tabako kontrolės sistemai kurti, buvo įkurta atitinkama tarnyba;
- biurokratiniai ir finansiniai apribojimai, nepakankamas žinybų bendradarbiavimas ir personalo kaita buvo įvardyti kaip svarbiausios visuomenės sveikatos sektoriaus problemos. Pagrindiniuose šio sektoriaus reformos planuose kalbama apie įstatyminės bazės harmonizavimą siekiant atitikti Europos Sąjungos standartus ir visuomenės sveikatos sektoriaus pripažinimą viena iš esminių sveikatos priežiūros sričių (įskaitant visuomenės sveikatos srityje vykdomos veiklos, kurios pagrindą sudaro šiuolaikinės sampratos, integravimą į reformuotą pirminės sveikatos priežiūros grandį).

2. Paslaugų restruktūrizavimas. Siekiama restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugas taip, kad jos būtų orientuotos į pirminės sveikatos priežiūros plėtojimą ir bendrosios praktikos gydytojo (BPG) vartininko funkcijos įdiegimą. Be to, šia reforma siekiama sumažinti ligoninių sektoriaus vaidmenį kartu siekiant, kad ambulatorinė ir socialinė pacientų priežiūra pakeistų stacionarinę.

Atskiros sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios sveikatos sistemos dalies statusą turinti pirminė sveikatos priežiūra (PSP) Lietuvoje dar yra naujas dalykas. Šis terminas sveikatos politikoje pirmą kartą buvo panaudotas 1991 metais, sukurtas kartu su Nacionaline sveikatos priežiūros koncepcija.

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO), Jungtinių Tautų vystymo programos (JTVP) ir PHARE techninės pagalbos dėka buvo suformuluoti šio termino ir pirminės sveikatos priežiūros komandos apibrėžimai. Sveikatos apsaugos ministerija šiuos apibrėžimus patvirtino 1995 metais. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos savivaldybės pavaldumo medicinos punktuose, ambulatorijose ir poliklinikose bei privačiai dirbančių gydytojų kabinetuose. Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą (priimtą 1996 m. ir pataisytą 1997 m. birželį) didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų privalo būti reorganizuotos į viešąsias įstaigas. Vykdamas sveikatos priežiūros institucijų restruktūrizavimą pirminė sveikatos priežiūra atskiriama nuo antrinės. Šis procesas turėtų būti baigtas iki 1997 m. spalio 1 d., o jam vykstant turėtų susikurti nepriklausomos pirminės sveikatos priežiūros institucijos. Visos jos turėtų būti pavaldžios savivaldybei, todėl kiekvienoje savivaldybėje turėtų susikurti gerai apibrėžta PSP centrų, savivaldybės poliklinikų, ambulatorijų, BPG kabinetų, medicinos punktų struktūra. Svarbiausia šio sektoriaus problema yra šiose įstaigose dirbančių BPG aprūpinimas reikiama įranga.

PSP institucijos turėtų būti finansuojamos iš sveikatos draudimo pagal įrašytą į įstaigos sąrašą gyventojų skaičių. Būtent šiuo tikslu š. m. balandžio - gegužės mėnesiais PSP įstaigose ir buvo registruojami pacientai. Minėtasis procesas vis dar tęsiasi, jau yra prisiregistravę 89 proc. visų gyventojų.

Siekiant pagerinti PSP prieinamumą ir kokybę, iki šių metų pabaigos planuojama sudaryti sąlygas (įskaitant ir valstybinį finansavimą) imtis privačios BPG veiklos. Įgyvendinant BPG vartininko funkciją 1997 m. liepos 1 d., kartu su sveikatos draudimu pradėjo veikti ir nukreipimų sistema.

Tikimasi, kad ambulatorinei ir socialinei priežiūrai keičiant stacionarinę priežiūrą sumažės ligoninių sektoriaus vaidmuo.

Jau 1991 metais buvo pradėta rengti BPG, o nuo 1992 metų prasidėjo kitų specialybių gydytojų perkvalifikavimas į BPG. 1996 metų pabaigoje Lietuva jau turėjo 300 diplomuotų BPG, tai sudarė tik 10 proc. reikiamo BPG skaičiaus. Pagal 1995 metais Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus standartus 1650 gyventojų reikalingas vienas BPG. Iki 2005 metų planuojama parengti 2500 BPG. Siekiant paremti BPG rengimo procesą šioje srityje buvo pradėtas vykdyti PHARE techninės pagalbos projektas.

Norint pasiekti užsibrėžtą tikslą reikia perkvalifikuoti apylinkės terapeutus ir pediatrus. Vadovaujantis Vakarų Europos šalių specialistų patarimais buvo pakeistos ir atnaujintos perkvalifikavimo į BPG programos.

Atnaujintos programos bus įdiegtos Kauno ir Vilniaus universitetinėse mokslo įstaigose.

Kiti uždaviniai, kuriuos privalu įgyvendinti siekiant įdiegti bendrąją praktiką, yra akreditavimo sistemos įdiegimas ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus standartus atitinkančios medicinos įrangos įsigijimas. Egzistuojančiuose norminiuose aktuose reikalaujama sukurti bendrosios praktikos veiklos akreditavimo sistemą ne vėliau kaip 1998 m. spalio mėnesį. Akreditavimo sistemos elementai jau dabar funkcionuoja, tačiau dar reikia kai kurių papildomų teisės aktų. Šios akreditavimo sistemos pagrindą sudaro tokie komponentai, kaip kvalifikacijos reikalavimai, mokymo programos, tikrinimo-egzaminavimo ir licencijavimo procedūros.

Aprūpinimas medicinos įranga vykdomas pagal PSP skirtą vyriausybę investicijų programą. 1998 metais planuojama reikiama įranga aprūpinti 60 proc. visų BPG skirtų darbo vietų. Buvo patvirtintos bendrajai praktikai skirtos medicinos įrangos tiekimo gairės.

Be BPG, pereinamuoju laikotarpiu PSP srityje dirba ir apylinkės terapeutai, apylinkės pediatrai, akušeriai-ginekologai, chirurgai ir stomatologai. Pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje didelę svarbą įgavo ir slaugos personalas (slaugės, felčeriai, akušerės).

Numatyta pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo strategija 1996-2005 metams. 1996-1997 metais buvo tikslinamas BPG vaidmens, įskaitant ir vartininko funkciją, apibrėžimas, o keturiuose savivaldybėse pradėti vykdyti eksperimentiniai projektai. 1996 metais Vilniaus aukštesniojoje medicinos mokykloje su Danijos pagalba įdiegta nauja bendrosios praktikos slaugių rengimo programa. 1998 metais Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centre planuojama vykdyti slaugių perkvalifikavimo programą, kuria siekiama pakeisti slaugos praktiką.

Akivaizdu, kad norint pasiekti gerų rezultatų reikia restruktūrizuoti ligoninių sektorių. Šis procesas turėtų būti susijęs su pirminės sveikatos priežiūros plėtra.

Vis labiau palaikoma stacionarinės sveikatos priežiūros pakeitimo ambulatorine sveikatos priežiūra idėja. Prieš kelerius metus tik saujelė entuziastų palaikė šią idėją, bet dabar ji jau įtraukiama į daugelį reformos planų. Nors planai ir skiriasi nuo realių veiksmų (pvz., prieš dvejus metus Anykščiuose buvo pradėta statyti dar viena ligoninė), siūlymai uždarinėti ligonines šiandien girdimi dažniau nei prieš ketverius ar penkerius metus.

1 lentelė. Ligoninių lovų panaudojimas ir veiklos rodikliai Lietuvoje 1975-1996

	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Priėmimų į ligoninę sk. 100-ui gyventojų	19.1	20.2	21.6	18.6	18.8	19.8	19.7	20.1	20.7	20.8
Vidutinė gulėjimo trukmė d.	18.9	19.5	18.6	17.9	17.6	17.1	16.7	15.9	14.7	14.0
Užimtumo rodiklis proc.	92.6	92.5	91.5	76.5	77.3	74.1	79.1	79.5	76.3	75.6

Nepaisant kai kurių 1 lentelėje aiškiai matomų teigiamų pokyčių, Lietuvos ligoninių veiklos rodiklius palyginę su atitinkamais užsienio sveikatos priežiūros įstaigų rodikliais pamatysime, kad mums dar yra kur tobulėti.

Išanalizavę reikšmingus statistikos duomenis, sveikatos priežiūros planuotojai pasiūlė per ateinančius penkerius metus ligoninių pajėgumą sumažinti 25 proc.. Taip pat siūloma didinti vidutinio dydžio ligoninių specializacijos lygį ir bendradarbiauti laboratorinių tyrimų atlikimo ir panaudojimo srityje.

Siekiant galutinai perimti stacionarinę sveikatos priežiūrą iš savivaldybių ir perduoti ją apskričiai visų pirma privalu restruktūrizuoti ir racionalizuoti ligoninių sektorių. Po regioninės veiklos turėtų eiti valstybinės akreditavimo komisijos vykdomas institucijų akreditavimo procesas. Už valstybės politikos įgyvendinimą sveikatos priežiūros ir kitose srityse apskrities lygmeniu atsako Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskirtas apskrities valdytojas. Konkrečiam darbui sveikatos priežiūros sektoriuje buvo įvestos apskrities gydytojo pareigos.

Be to, 1994 metais priimtas Sveikatos priežiūros sistemos įstatymas atsakomybę už pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą vietose priskiria savivaldybėms. Priežiūros ir kylančių problemų sprendimo tikslais buvo įvestos savivaldybės gydytojo pareigos.

Iki pat 1997 metų vietinė sveikatos priežiūros infrastruktūra organizuota ir finansuota vadovaujantis piramidės principu. Administracijos ir finansų piramidės viršūnėje buvo savivaldybės ligoninė, toliau išsidėsčiusios specializuotos vietinės reikšmės sveikatos priežiūros įstaigos ir rajonų ligoninės, toliau - ambulatorijos, o pačioje piramidės apačioje - medicinos

punktai. Sunkiausias ir daugiausia pastangų reikalaujantis uždavinys yra atskirti pirminį ir antrinį sveikatos priežiūros lygmenis. Atskiriant šiuos du lygmenis kyla funkcionavimo problemų, nes dėl techninių ir buhalterinės apskaitos aspektų poliklinikos ir greitosios pagalbos centrai buvo integruoti į ligoninių sistemą. Be to, poliklinikos teikia ne tik pirminės, bet ir antrinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas. Pirminį ir antrinį stacionarinės ir ambulatorinės sveikatos priežiūros lygmenis atskirti pradėta 1997 metais ir buvo pasiekta kai kurių teigiamų rezultatų.

Dauguma sveikatos priežiūros planuotojų ateities sveikatos priežiūros sistemoje dirbančiam BPG priskiria vartininko funkciją. Tačiau dėl nemažo specialistų, ligoninių sektoriaus ir didžiosios dalies plačiosios visuomenės pasipriešinimo šios nukreipimų sistemos neįmanoma įgyvendinti per trumpą laiką. Realus šios sistemos įdiegimas būtų reformos pusiaukelė.

3. Trečiasis reformos tikslas yra garantuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei labiau orientuoti paslaugų teikėjus į pacientų poreikius decentralizuojant sveikatos priežiūros valdymą ir įgyvendinant sveikatos draudimo sistemą. Kitaip tariant, didinant savivaldybių, apskričių, sveikatos apsaugos personalo, pacientų ir plačiosios visuomenės vaidmenį sistemoje, tikimasi įgyvendinti demokratiškesnį sprendimų priėmimo modelį.

Manoma, kad svarbiausia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų produktyvumą skatinančia priemone taps finansavimas už atliktą darbą. Toks mokėjimo pobūdis bus pamažu įgyvendintas kartu su privalomojo sveikatos draudimo sistema. Sveikatos draudimo įgyvendinimo procesas prasidėjo 1991 metais. Valstybinio socialinio draudimo įstatymas buvo priimtas 1991 m. gegužės mėnesį. Vadovaujantis šiuo įstatymu finansuojami ambulatoriniam gydymui išrašyti vaistai ir gydymasis sanatorijose pagal išduotus kelialapius. Pagal įstatymo įtvirtintą sistemą buvo mokamos kompensacijos kraujo donorams, o neįgaliesiems buvo kompensuojamos transporto išlaidos, patirtos vykstant į gydymo įstaigas. Šią sistemą administravo Valstybinio socialinio draudimo taryba, pavaldi Socialinių reikalų ir darbo ministerijai.

2 lentelė. Pagrindiniai valstybinio finansavimo šaltiniai (procentais)

Finansavimo šaltiniai	1990	1992	1993	1994	1995	1996
- Mokesčiai	100	92	86	85	83	81
- Privalomas draudimas	-	8	12	15	17	19

Valstybinė ligonių kasa įkurta 1992 metais. Tai buvo vyriausybės įkurta ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldi sveikatos priežiūros paslaugas perkanti tarnyba. Ji buvo finansuojama iš Sveikatos apsaugos ministerijos biudžeto pervedamų pinigų. Nuo 1992 iki 1996 metų Valstybinės ligonių kasos funkcija buvo finansuoti respublikinių sveikatos priežiūros institucijų patiriamas išlaidas remiantis gulėjimo trukme ir lovdienio kaina. Įstaigos buvo finansuojamos pagal sutartis, kuriose nurodytas ir prospektyvinio mokėjimo dydis. Iš 1995 metais atliktų tyrimų duomenų matyti, kad 85 proc. respublikinių ligoninių vadovų reformą laikė progresyviu žingsniu. Tokią reformą parėmė ne tik ligoninių vadovai, bet ir Sveikatos apsaugos ministerija. Vykdamas 1996 m. gegužės 5 d. Vyriausybės nutarimą buvo sudarytas nekompensuojamų paslaugų sąrašas ir išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms kompensavimo taisyklės.

Buvo pradėtas valdymo racionalizavimo procesas. Paslaugų planavimo funkcija perduota apskričių taryboms, o valdymo specialistai buvo mokomi strateginio planavimo meno. Patvirtinta nauja sprendimų priėmimo procese dalyvaujančių institucijų struktūra, kurią sudarė:

- Nacionalinė sveikatos taryba
- Tarpžinybinė sveikatos apsaugos reformos komisija
- SAM pavaldžios institucijos
 - Valstybinė medicinos audito inspekcija
 - Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba
 - Valstybinė teismo medicinos tarnyba
 - Valstybinė teismo psichiatrijos ir narkologijos tarnyba
 - Lietuvos medicinos etikos komitetas
 - Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba
 - Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba
- Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos

Lietuvos sprendimų priėmimo proceso dalyviai kompensavimo mechanizmo veiklą mėgina derinti su bendrais vykdomų reformų tikslais. Per ilgą pereinamąjį laikotarpį mokėjimo mechanizmo tikslai ir idėjos nuolat keitėsi.

Nuo 1990 iki 1993 metų dauguma sprendimų priėmimo proceso dalyvių palaikė detalizuoto honorarinio mokėjimo už suteiktas paslaugas idėją, taikytiną ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms. Šiai idėjai paremti rasta nemažai argumentų. Buvo jaučiamas poreikis didinti gydytojų darbo

produktyvumą, daugiau dėmesio skirti pačiam pacientui, mažinti nelegalių mokėjimų gydytojams atvejų skaičių, didinti gydytojų pasitenkinimą darbu. Tačiau ekonomikos krizė ir gerokai sumažėjusios valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai privertė susimąstyti apie finansines galimybes išlaikyti vieną ar kitą pasirinktą sistemą. Vis didėjantis dėmesys sveikatinimo ir sveikatos mokymo veiklai parodė, jog rizikinga skatinti medicinos paslaugų apimtį didinimą. Be to, paaiškėjo, kad bendrosios praktikos gydytojo atliekamo vartininko vaidmens propagavimas ir ambulatorinės grandies specializacijos mažinimas mažai tesusijęs su sofistikauta mokėjimo už atliktas paslaugas sistema. Esant tokiai situacijai, 1996 metų pradžioje Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa ir Gydytojų asociacija susitarė dėl nevienalytės atlyginimo už gydytojų darbą sistemos, pagal kurią už bazines bendrosios praktikos gydytojų teikiamas medicinos paslaugas mokama pagal įrašytą į sąrašą gyventojų skaičių (tai sudarytų iki 70 proc. visų BPG pajamų), o už papildomų paslaugų sąraše esančias paslaugas būtų mokama vadovaujantis honorarų principu. Kad paslauga būtų įtraukta į šį papildomų paslaugų sąrašą, ji privalo atitikti šiuos nustatytus kriterijus: atlikti stacionarinės paslaugos pakaitalo vaidmenį ir sumažinti konkrečios ligos gydymo išlaidas bei garantuoti teikimą tokių prioritetinių paslaugų, kaip vaikų skiepijimas arba ambulatorinė kai kurių didelės rizikos grupių priežiūra.

Per visą Sveikatos draudimo įstatymo kūrimo laikotarpį apsvaistyta daugybė įvairių požiūrių ir nuomonių šiuo klausimu. Galiausiai išsivyravo Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų valdomo privalomo valstybinio sveikatos draudimo idėja (nuo to laiko buvo įkurta 10 teritorinių ligonių kasų). Tokia sistema finansuojama iš fondo, kuris yra atskirtas nuo valstybės biudžeto. Įgyvendinus tokią sistemą būtų apdrausti visi šalies gyventojai. Darbdaviai moka tam tikrą procentą nuo savo darbuotojų pajamų mokesčio ir tam tikrą procentą nuo darbuotojų atlyginimo atskaičiuojamo socialinio draudimo įmokų. Savarankiškai dirbantys asmenys privalo sumokėti draudimui nustatytą asmeninių pajamų mokesčio dalį. Žemdirbiai privalo apdrausti savo ir suaugusiųjų šeimos narių sveikatą, sumokėdami nustatytą deklaruojamų pajamų dalį. Įmokų dydį kiekvienais metais nustato Lietuvos Respublikos Seimas. Vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, valstybė rūpinasi vaikų iki 18 metų, studentų, socialinę paramą ir pinigines socialinio draudimo išmokas gaunančių bei tam tikromis ligomis sergančių ir kai kurioms kitoms grupėms priklausančių asmenų sveikatos draudimu. Už šiuos asmenis iš valstybės biudžeto į sveikatos draudimo fondą yra pervedamos LR Seimo kasmet vienam gyventojui nustatomo dydžio įmokos.

4. Ketvirtas reformos tikslas yra garantuoti finansines galimybes palaikyti Lietuvos sveikatos priežiūros plėtrą. Šio aspekto svarbą įrodo pastarųjų metų Vidurio ir Rytų Europos šalių patirtis bei finansiniai sunkumai, kuriuos per pastaruosius trejus metus teko patirti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai.

3 lentelė. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje

Bendros išlaidos sveikatos priežiūrai	1992	1993	1994	1995
Apimtis kintamosiomis kainomis (mln. Lt)	128	426	751	1073
Apimtis pastoviosiomis kainomis (mln. Lt)	128	83.9	90.3	95.1
Apimtis vienam gyventojui pagal perkamosios galios paritetą (JAV doleriais)	267	175	194	204
BVP dalis sveikatos priežiūrai (proc.)	3.8	3.8	4.4	4.8

Perkamosios galios pariteto nustatymas Lietuvoje yra naujas dalykas, todėl šios lentelės 3-ioje grafoje pateikiami tik apytiksliai vertinimai. Lygiai taip pat sudėtinga pateikti ir ankstesnių nei 1992 metų duomenis, nes iki 1992 metų nebuvo skaičiuojamas BVP (tik nacionalinės pajamos), o tarybinė sistema pateikdavo nekokybiškus statistikos duomenis.

Nepaisant to, kad sveikatos priežiūrai skiriama vis didesnė BVP dalis, reikėtų paminėti dvi svarbiausias egzistuojančias problemas. Pirmą, valstybinių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų skolos sudaro 13 proc. šiam sektoriui skiriamo finansavimo, antra, žymi asmeninių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas dalis riboja sveikatos priežiūros prieinamumą, nes neseniai atliktų namų ūkio tyrimų duomenys rodo, kad asmeninės išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro daugiau nei 3 proc. visų asmeninių išlaidų.

Nuo 1990 metų sveikatos priežiūros finansavimo sistema susidūrė su dviem esminiais sunkumais. Pirmą, 1991-1994 metais nutraukus pigių energijos išteklių tiekimą iš Rusijos smarkiai padidėjo išlaidos energetikos sistemos teikiamoms paslaugoms. Tačiau 1995 metais šių išlaidų svarba sumažėjo, nes nuolatos augo bendros išlaidos sveikatos priežiūrai (JAV doleriais pagal oficialų keitimo kursą), nors pirmosios ir sudarė didžiąją įstaigų skolų dalį.

Antra, dėl to, kad vietoj Sovietų Sąjungoje pagamintų vaistų buvo pradėti vartoti Vakarų šalyse pagaminti vaistai, nacionalinio sveikatos priežiūros biudžeto išlaidos vaistams padidėjo.

1995 metų vasarą buvo patvirtintas kompensuojamų vaistų sąrašas ir vaistų kompensavimo iš socialinio draudimo fondo tvarka, pagal kurią kompensuojama vadovaujantis generinių vaistų kainomis. Šie veiksmai padėjo sumažinti valstybės išlaidas vaistams, bet nesustabdė minėtojo augimo, todėl vis dar mėginama sukurti farmacijos sektoriui pritaiktą išlaidų ribojimo politiką.

Kadangi sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimai vis dar išlieka maži, tikėtina, kad ateityje išlaidos darbo jėgai vėl padidins valstybės išlaidas sveikatos priežiūros sektoriui. Pradėta viešai diskutuoti, kaip sumažinti sveikatos priežiūros personalo skaičių uždarant nereikalingas sveikatos priežiūros institucijas ir mažinant studentų priėmimą bei vyresnių nei 60 metų amžiaus asmenų perkvalifikavimo apimtį.

Nėra jokios oficialios kasdieninės statistikos, kuria remiantis būtų galima įvertinti asmenines išlaidas sveikatos priežiūrai. Vertinimai, atlikti remiantis namų ūkio tyrimų rezultatais (ypač po to, kai buvo patobulinti tyrimo metodai), kelia didelį susirūpinimą, nes jie rodo, kad asmeninės išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro daugiau nei 30 proc. visuomeninių išlaidų šioje srityje. Prieš metus atliktų gyventojų tyrimų duomenys rodo, kad 40 proc. visų ligoninėse gydytų pacientų reikėjo patiems mokėti už didžiąją dalį vartotų vaistų ir dar "įdėti į kišenę" gydytojui.

Galiausiai reikia stebėti, kaip vienos ar kitos reformos krypties įgyvendinimas veikia visuomenės sveikatos būklę. Žinoma, ši sritis reikalauja rimtos analizės ir nemažai pastangų, tačiau vertinant reformas egzistuoja poreikis vadovautis bendresnio požiūrio principu.

Vyriausybė patvirtino nacionalinę sveikatos programą iki 2005 metų, pagal kurią visuomenės sveikata tampa ilgalaikiu sveikatos politikos tikslu.

Nacionalinę sveikatos programą sudaro šios paprogramės:

- AIDS profilaktikos programa;
- Alkoholio kontrolės programa;
- Kūdikių ir vaikų iki 3 metų mitybos gerinimo programa;
- Psichikos ligų profilaktikos programa;
- Sveikos gyvensenos įtvirtinimo ugdymo institucijose programa;
- Sveikatos priežiūros kokybės garantavimo programa;
- Sveikatos propagandos programa;

- Sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programa;
- Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programa;
- Traumatizmo profilaktikos programa;
- Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa;
- Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programa;
- Lytiniu būdu plintančių ligų profilaktikos programa.

Reformuojant visuomenės sveikatos priežiūrą prioritetas teikiamas Motinos ir vaiko sveikatos priežiūros programai. Todėl norėtume detaliau aptarti šią programą ir tai, kokios naudos tikimasi iš investicijų šiame sektoriuje.

Daugiasluoksnę Motinos ir vaiko sveikatos priežiūros programą sudaro šios dalys:

1. Perinatalinių, neonatalinių ir gimdymo anomalijų prevencijos programa (pradėta vykdyti 1992 metais).

Ši programa buvo pradėta vykdyti vadovaujantis Pasaulinės sveikatos organizacijos rekomendacijomis, o ją vykdyti padėjo Ilinojaus universiteto Perinatalinio centro Čikagoje specialistai (organizavę perkvalifikavimo seminarus) ir Šveicarijos vyriausybė (paskyrusi 4.6 mln. Šveicarijos frankų įrangai įsigyti).

Tokiu būdu šalyje buvo sukurta trijų lygmenų perinatalinės priežiūros sistema, o joje dirbantis personalas parengtas dirbti naujoje sistemoje, jam buvo suteikta žinių apie šeimos planavimą, pacientų transportavimą ir mažo svorio naujagimių priežiūrą.

1993 metais Sveikatos informacijos centras pradėjo vesti naujagimių registrą. Tokio pobūdžio informacija gali pasitarnauti gerinant persileidimų, apsigimimų ir epidemiologinių situacijų analizę, susirgimų priežasčių nustatymo efektyvumą ir įgyvendinant priemones, stabdančias ligų plitimą.

4 lentelė. Kūdikių mirtingumas 1000 gimdymų Lietuvoje

1992	1993	1994	1995	1996
16.54	15.97	14.08	12.48	10.05

Lentelėje matomi teigiami pokyčiai įrodo, kad dėmesys sveikatai atsiperka.

2. Racionalios vaikų iki trejų metų amžiaus mitybos programa.

Privalu visapusiškai skatinti kūdikių maitinimą krūtimi ir įgyvendinti PSO inicijuotą kūdikiui draugišką lignoninių idėją. Reikia spręsti kūdikių besilaukiančių ir krūtimi maitinančių studenčių mitybos problemą.

Duomenys apie maitinimą krūtimi: 1990 metais 2-3 mėnesius krūtimi maitino 30 proc. moterų, o 1996 metais tas pats procentas moterų krūtimi maitino iki 6 mėnesių.

3. Prevencinė imunizavimo programa (pradėta vykdyti 1992 metais).

Šiandien Lietuva perka Vakarų Europoje pagamintas kokybiškas vakcinas ir skiepijimo apimtis mūsų šalyje plečiasi.

Pateikiamoje lentelėje surašyti duomenys rodo, kaip laikui bėgant didėja skiepijimo mastas:

5 lentelė. Skiepijimo masto didėjimas

Vakcinos nuo	1991	1992	1993	1994	1995	1996
BCG (tuberkuliozės)	87.4	93.9	97.6	95.9	96.6	98.3
DT 3 (difterijos - 1 m.)	74.9	86.3	86.8	87.2	90.4	92.1
Kokliušo (DTP 3 - 1 m.)	73.2	77.6	83.1	83.4	89	91.2
Poliomelito - 1 m.: IPV2 (OPV3)	79.7	88.3	86.3	87.9	89.3	92.6
Tymų 3 (2 m.)	85.7	89	91.8	92.7	93.7	96.3
Epid. parotito 1 (2 m.)	74.9	75.9	54.3	79.4	76.8	93.4
Raudonukės 1 (2 m.)	-	79	43.7	74.8	88.8	94.7

4. Lėtinių ir neinfekcinių ligų prevencijos medicininė programa.

Ši programa jungia keletą programų:

4.1. Vaikų psichinės sveikatos programą, kurios organizavimą ir įgyvendinimą koordinuoja Universitetinis vaikų sveikatos centras.

4.2. 1994 metais parengtą vaikų neurologijos programą, apimančią psichinės sveikatos, neurologijos ir kalbos defektų sritis.

5. Traumatizmo profilaktikos programa

Traumos yra dažniausiai pasitaikanti vaikų nuo 1 iki 15 metų amžiaus mirtingumo priežastis. Traumų gydymas yra sudėtingas ir brangiai kainuojantis procesas. Be to, traumos dažnai sąlygoja ilgalaikę negalią. Sveikatos apsaugos ministerijos žinioje esanti šios programos dalis jau yra parengta. Tačiau pastangos į programą įtraukti kitas institucijas (pvz.,

Transporto, Vidaus reikalų, Kultūros, Mokslo ir švietimo ministerijas bei žiniasklaidos priemonės) nebuvo vaisingos. Be koordinuotos visų kaimo tik išvardytų institucijų veiklos ši Traumų prevencijos programa liks nebaigta ir neefektyvi.

6. Sveikos gyvensenos įtvirtinimo ugdymo institucijose programa.

Ši tarpžinybinė programa buvo pradėta įgyvendinti 1993 metais. Nuo to laiko pakeistos vidurinių mokyklų mokymo programos. Šios programos svarba neginčytina: būtina nuo pat mažens propaguoti rūpinimąsi savo sveikata ir sveiką gyvenseną, nes vyresniosios kartos neturi išsiugdžiusios panašių įgūdžių ir negali jų perduoti savo vaikams. Šios programos veikloje dalyvauja daugiau nei 40 vidurinių mokyklų, o tokio aktyvaus dalyvavimo rezultatai yra sumažėjęs rūkančiųjų skaičius ir pagerėjusi situacija burnos higienos srityje (sveikatinimo veiklą propaguojančiose mokyklose).

7. Vaikų dantų edukacijos profilaktikos programa.

Ši programa skirta visos Lietuvos vaikams. Ja siekiama išspręsti vaikų stomatologų ir specialios stomatologijos įrangos bei medicinos priemonių (floro junginių, būtinų garantuoti burnos higienai ir dantų emalės apsaugai) trūkumo problemas. Ši programa vykdoma pavieniuose rajonuose, jos veikla nėra pakankami plėtojama. Ypatingą dėmesį reikėtų skirti stomatologiniam darbui mokyklose.

Formuojant bendrą vyriausybės socialinę ir ekonominę politiką, kuria siekiama garantuoti vaikų ir šeimų gerovę, svarbu atsiminti, kad investicijos į šią sritį suteiks galimybę užkirsti kelią dažnai pasitaikančioms ligoms, negaliai, socialiniam nuosmukiui ir sumažins išlaidas ligų bei komplikuočių atvejų gydymui, pagerins rūpinimąsi nedarbingais visuomenės nariais, pakels asmens moralės ir kultūros lygį. Vykdydama socialinę ir ekonominę politiką, vyriausybė parengė ir ėmėsi įgyvendinti nacionalinę šeimų ir vaikų padėties gerinimo programą.

1997 m. rugsėjis
Vilnius

DABARTINĖ LIETUVOJE ĮGYVENDINAMO SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTRA, TENDENCIJOS IR PROBLEMAS

Rimantas Večkys

ĮMOKOS

1996 05 21 priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, kuris pradėjo pilnai galioti nuo 1997 07 01, numato, kad privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami visi Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys neturintys pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje. Paslaugomis, garantuojamomis privalomojo sveikatos draudimo, nemokamai gali naudotis tik tie draudžiamieji, kurie moka nustatyto dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Didžioji dalis draudimo įmokų Lietuvoje surenkama centralizuotai, tai yra per valstybines institucijas - Mokesčių inspekciją, socialinio draudimo įstaigą bei valstybės įmokas už draudžiamuosius, apdraustus valstybės lėšomis. Savarankiškai moka draudimo įmokas gaunantys pajamas iš žemės ūkio ir savarankiškai dirbantys asmenys, kurie nemoka fizinių asmenų pajamų mokesčio.

1997 m. spalio 1 d. privalomojo sveikatos draudimo biudžetą sudaro šios draudimo įmokų kategorijos:

Fizinių asmenų pajamų mokestis	Socialinio draudimo įmokos	Valstybės įmokos už valstybės apdraustus	Savarankiškai mokantys
63%	14%	21%	2%

Kaip rodo šių metų patirtis, stabiliausiai draudimo įmokos pervedamos iš fizinių asmenų pajamų mokesčio dalies ir valstybės įmokų už valstybės apdraustuosius. Suprantama, tai priklauso nuo konkrečios vyriausybės požiūrio į mokesčių politiką, tačiau bendra daugelio šalių vyriausybių darbo tendencija balansuoti valstybės biudžetą bei gerinti valstybės mokesčių administravimą teikia vilčių, kad iš esmės centralizuotas draudimo įmokų surinkimas Lietuvoje pasiteisins.

LIGONIŲ KASOS

Lietuvoje pagal Sveikatos draudimo įstatymo reikalavimus veikia centralizuota ligonių kasų sistema. Funkcionuoja Valstybinė ligonių kasa ir 10 teritorinių ligonių kasų, po vieną kiekvienoje apskrityje. Pagal Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas Valstybinė ligonių kasa administruoja biudžeto pajamas, teritorinės ligonių kasos - išlaidas. Teritorinės ligonių kasos įkurtos ir plėtojamos pagal vieningą užsienio ir vietos ekspertų rekomenduotą tipinę struktūrą. Jų veiklą prižiūri stebėtojų tarybos, į kurių sudėtį įeina savivaldybių ir apskričių atstovai. Gydomo įstaigoms teritorinės ligonių kasos apmoka pagal sutartis, atskirai kiekvienam medicinos pagalbos lygiui, t.y.:

- pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos,
- antrinės ir tretinės ambulatorinės paslaugos,
- pirminės, antrinės ir tretinės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos,
- sanatorinio - kurortinio gydymo paslaugos,
- ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų kompensavimas.

Pirminės asmens sveikatos paslaugos apmokamos įstaigoms pagal įrašytų į tų gydymo įstaigų sąrašą gyventojų skaičių ir vieno gyventojų pirminės sveikatos priežiūros bazinę kainą. Siekiant įgyvendinti šį uždavinį, šių metų I pusmetyje Lietuvos gyventojai pasirinko pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir šeimos gydytoją. Visi duomenys įstaigose buvo įrašyti į kompiuterių duomenų bazes ir perduoti teritorinėms ligonių kasoms. Šiuo metu teritorinės ligonių kasos savo kompiuteriuose turi duomenų apie 80 proc. Lietuvos gyventojų, pasirinkusių pirminės sveikatos priežiūros teikėjus bazes. Vilniaus teritorinė ligonių kasa savo kompiuterių duomenų bazėje turi informaciją apie 82 proc. apskrities gyventojų, pasirinkusių pirminės sveikatos priežiūros teikėjus.

Ši informacija palengvina darbą, sudarant sutartis su pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, tarp jų su privačiomis pirminės sveikatos priežiūros įstaigomis, nes teritorinė ligonių kasa, turėdama duomenų bazę gali kontroliuoti, kad gyventojas pasirinktų tik vieną pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, skirdama pinigus tik vieną kartą.

Pagal Lietuvos Respublikos įstatymus už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą, įstaigų infrastruktūrą savo teritorijoje atsako savivaldybės, todėl naujai įsikūręs bendrosios praktikos gydytojas gali sudaryti sutartį su teritorine ligonių kasa tik gavęs savivaldybės leidimą teikti gyventojams pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Šią tvarką inicijavo ligonių kasos,

įtraukdamas savivaldybes į realų pirminės sveikatos priežiūros plėtros ir privatizavimo procesą.

Antrinės ir tretinės ambulatorinės paslaugos apmokamos už specialistų konsultacijas. Konsultacija, kaip paslaugos sąvoka, apima anamnezės surinkimą, ligonio apžiūrėjimą, siuntimo duomenų įvertinimą, papildomų tyrimų atlikimą, diagnozės nustatymą ar patikslinimą, gydomųjų procedūrų atlikimą, gydymo plano sudarymą bei nedarbingumo ekspertizę.

Stacionarines sveikatos paslaugas teikiančioms įstaigoms mokama už gydytą ligonį. Stacionarinės paslaugos apmokamos pagal ligų gydymo profilio vienos dienos gydymo bazinę kainą ir normatyvinį gulėjimo laiką. Ligų gydymo profilio sąvoka apima skirtingoms ligoms gydyti taikomą panašų gydymo būdą.

Sanatorinis - kurortinis gydymas kompensuojamas pagal tris sudėtingumo lygius. Tai priešrecidyvinis, sveikatą gražinantis ir reabilitacinis gydymas.

Bazinė kaina - tai aukšto agregavimo lygio kaina, atitinkanti sveikatos priežiūros įstaigų už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas išlaidų normatyvus. Bazinės kainos yra vienodos visoje šalyje, todėl realios išlaidos atsiperka įstaigoms, kurios teikia paslaugas intensyviai, esant santykinai mažoms teikimo išlaidoms. Bazinės kainos nustatytos balais, balo vertė gali būti keičiama priklausomai nuo sveikatos draudimo biudžeto ir suteiktų paslaugų apimties. Bazinės kainos ir balo vertę nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

SVEIKATOS DRAUDIMO BIUDŽETO PLANAVIMAS IR SUDARYMAS

Sveikatos draudimo biudžetas yra planuojamas derinant reikalingą lėšų kiekį sveikatos paslaugoms apmokėti su planuojamu mokėtojų skaičiumi, bendravalstybiniais mokesčiais, sveikatos draudimo mokesčių dydžiu. Įmokų už valstybės draudžiamus asmenis dydį nustato Seimas. Sveikatos draudimo biudžetą parengia Valstybinė ligonių kasa, aprobuoja vyriausybė ir teikia Seimui tvirtinti.

Sveikatos draudimo biudžetas paskirstomas teritorinėms ligonių kasoms pagal teikiamų sveikatos paslaugų apimtį apskrityje ir pagal apskrities gyventojų skaičių.

Teritorinės ligonių kasos paskirsto savo biudžetus pagal paslaugų rūšis. 1997 m. spalio 1 d. išlaidos paslaugų rūšims buvo paskirstytos taip:

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Iš viso	Tarp jų pagal rūšis			Sanatorinis-kurortinis gydymas	Vaistai ambulatoriniam gydymui	Centralizuoti pirkimai
	PSP	Konsultacijos	Stacionarinės paslaugos			
77%	20%	10%	70%	7%	13%	3%

Remiantis turimomis lėšomis paslaugų tipams, skaičiuojamas paslaugų, kurias galima nupirkti, kiekis. Ligonių kasos, planuodamos išlaidas paslaugų rūšims, ateityje galės daryti įtaką ligų rūšių struktūriniais pakeitimams, atsižvelgiant į nacionalinės sveikatos politikos prioritetus.

Planiniam ligonių gydymui gali būti sudaromos eilės.

Gydymo įstaigos dėl pinigų trūkumo gali būti uždarytos, perprofiluotos. Šiuos klausimus turėtų tvarkyti steigėjai, savivaldybės gydytojai, apskričių gydytojai, Sveikatos apsaugos ministerija, ligonių kasos.

SAVANORIŠKAS SVEIKATOS DRAUDIMAS

Sveikatos draudimo įstatymas leidžia piliečiams draustis papildomu (savanorišku) draudimu ir gauti kompensacijas už draudimo sutartyje nustatytas paslaugas.

Dabartinės Vyriausybės programoje numatyta mažinti pajamų mokesčių, įvedant papildomą (individualų) draudimo mokesčių, kuris turėtų kompensuoti draudimo biudžeto nuostolius dėl pajamų mokesčio sumažinimo. Šiuo metu diskutuojama, kurios sveikatos draudimo institucijos draus papildomu draudimu.

SVEIKATOS DRAUDIMO INFORMACINĖ DUOMENŲ BAZĖ

Sveikatos draudimo informacinė duomenų bazė pradėta kurti 1997 m. pradžioje. Šiuo metu į ją įtraukiami visi draudžiamieji. Kadangi sveikatos draudimo fondo lėšos formuojamos atskaitant į jį dalį socialinio piliečių draudimo mokesčio, numatomas glaudus bendradarbiavimas gaunant informaciją iš socialinio draudimo turimos duomenų bazės.

Ateityje į turimą duomenų bazę numatoma įrašyti duomenis apie visas išmokas draudžiamajam už suteiktas paslaugas bei ambulatoriniam gydymui skirtų medikamentų kompensacijas. Duomenis apie įmokų mokėjimą teiks valstybinio socialinio draudimo įstaigos, valstybinės mokesčių inspekcijos ir

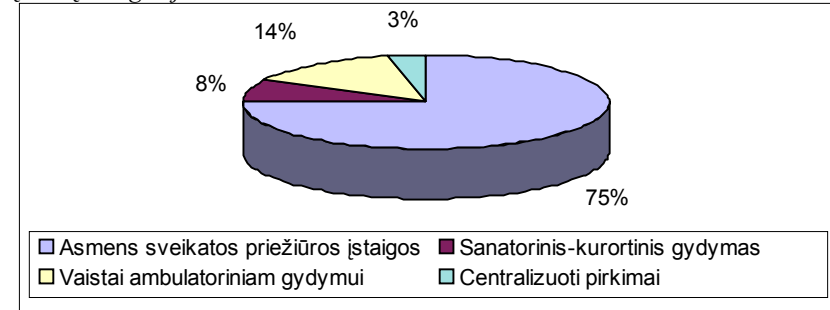
finansų įstaigos, priimančios sveikatos draudimo įmokas iš savarankiškai mokančių draudžiamųjų.

Tolimesnėje perspektyvoje numatoma sukurti pacientams suteiktų paslaugų duomenų bazę, kuria remiantis būtų galima įvertinti, kiek ir kurių paslaugų buvo suteikta kiekvienam konkrečiam pacientui, apskaičiuoti, kiek ir kurių paslaugų suteikė kiekvienas gydytojas kiekviename rajone, bei palyginti jų darbo efektyvumo rodiklius. Deja, tiek tokios duomenų bazės sukūrimas, tiek jos sujungimas su draudžiamųjų duomenų baze kol kas tik diskutuojamas, nes galimos išlaidos jai sukūrti, palaikyti ir turimai informacijai apdoroti, dabar, esant gana ribotiems finansų ištekliams, gali pasirodyti per didelis. Be abejo, tokios duomenų bazės sukūrimas atrodo labai perspektyvus ir viliojantis, deja, mums, kaip ligonių kasų atstovams, būtų svarbiausia sužinoti atsakymą į vienintelį klausimą: kiek tokia informacija kainuoja?

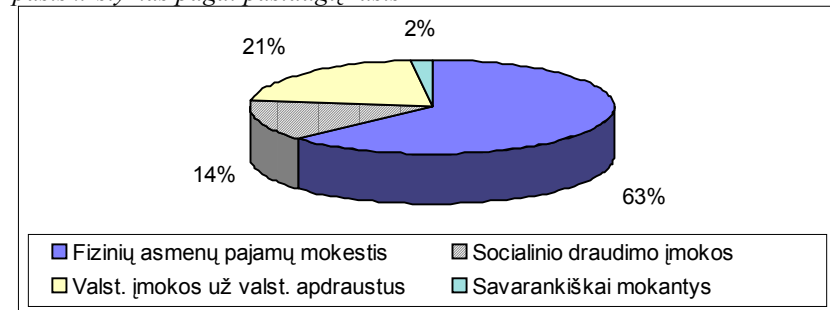
1997 m. rugsėjis
Vilnius

PRIEDAI

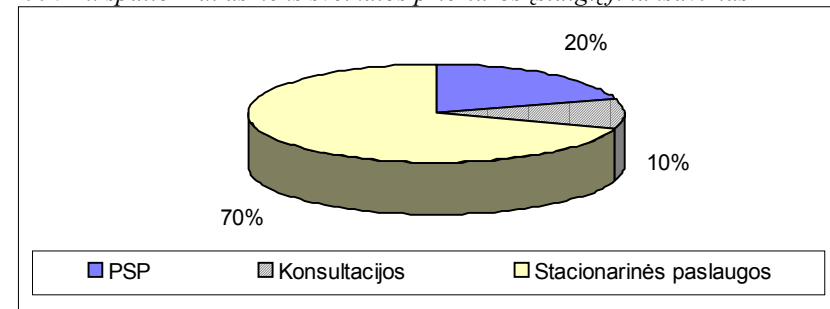
1997 m. privalomojo sveikatos draudimo biudžetą sudarančios draudimo įmokų kategorijos



1997 m. spalio 1 d. teritorinių ligonių kasų išlaidų biudžetų pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis



1997 m. spalio 1 d. asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas



VOKIETIJOS PRIVALOMO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS POKYČIAI 1996/1997 METAIS.

*Pranešimas skaitytas Baltijos valstybių bendrame seminare, vykusiame
Pernu (Estija) 1997 m. rugsėjo 16-19 d.*

Rolf Rosenbrock

1997 m. Vokietijoje po ilgai trukusios nepaprastai prieštaringos diskusijos įsigaliojo keletas įstatymų, kuriuos inicijavo vyriausybė, liberalizuotos rinkos šalininkė. Šie įstatymai tolimoje perspektyvoje iš esmės pakeis visą sistemą. Todėl opozicinės partijos jau dabar paskelbė, kad jos laimėjusios 1998 m. rudenį rinkimus, daugumą šių įstatymų atšauks. Jas remia profesinės sąjungos, visuomeninės labdaros organizacijos, taip pat susivienijimai, teikiantys ne gydymo paslaugas.

Įvestos šios svarbios naujovės:

1. Buvo panaikinti fiksuoti įvairių aprūpinimo sričių metiniai biudžetai. Juos pakeitė sudėtinga dydžių sistema.
2. Sveikatos stiprinimas ir prevencija, tik 1989 m. tapę ligonių kasų užduotimi, buvo išbraukti iš paslaugų katalogo, paliekant nedideles išimtis.
3. Gerokai išaugo tiesioginiai apdraustųjų mokėjimai. Nuo 1997 m. liepos 1 d. apdraustieji primoka iš savo kišenės už kiekvieną recepte įrašytą vaistą, priklausomai nuo pakuotės dydžio, 9, 11 ar 13 Vokietijos markių. Taip pat gerokai padidėjo tiesioginės priemokos už gydymą ligoninėje ir kurortinį gydymą (17 Vokietijos markių per parą), gydymo bei pagalbines medicinos priemones (15-20 proc. kainos sumos), taip pat dantų protezams (nuo 40 iki 45 proc. Lig šiol buvusios kainos iki 45-55 proc.). Vaikai ir paaugliai iki 18 metų yra atleidžiami nuo daugumos priemokų.
4. Padidėjus įmokoms ir tiesioginiams mokėjimams apdraustieji gali per trumpesnį laiką palikti ligonių kasą ir apsidrausti kitoje kasoje.
5. Be visoms ligonių kasoms privalomų paslaugų, ligonių kasos gali teikti papildomas, ypatingas paslaugas (tarp jų ir sveikatos stiprinimo bei profilaktikos). Už jas moka ne įmonės ir apdraustieji per pusę, o tik apdraustieji. Ligoninėms modernizuoti iš visų apdraustųjų keletą metų renkamos vadinamosios metinės ypatingos aukos po 20 Vokietijos markių. Įmonės prie šių aukojimų neprisideda.

6. Ligonų kasos gali būti lankstesnės sudarydamos sutartis tiek su apdraustaisiais, tiek su paslaugas teikiančiomis įstaigomis. Atsižvelgdamos į tai, kasos mėgina sutaupyti lėšų ir išlaikyti kokybę, gydytojus ir ligonines sutelkdamos į gerai koordinuotą aprūpinimo tinklą. Sutaupytos lėšos (ypač mažinant buvimo ligoninėse trukmę) skiriamos gydytojams. Artimiausiu metu su apdraustaisiais, jei jie to pageidaus, bus sudaromos sutartys, kuriose numatyti diferencijuoti tiesioginiai mokėjimai ir skirtingo dydžio įmokos.

7. Besigydantys apdraustieji gali pasirinkti, ar išlaidas už gydymą tiesiogiai kompensuos ligonių kasos (paslaugų teikimo principas kaip yra buvę lig šiol), ar, jie pageidaus ypatingo gydymo (paprastai daug brangesnio), už kurį pradžioje moka patys. Po to jie gali sąskaitas įteikti savo ligonių kasai, tačiau ji kompensuos tik tiek, kiek gydymas būtų kainavęs pagal kasos nustatytus honorarus (išlaidų kompensavimo principas). Ateityje, darant dantų protezus, sutarčių partneris bus nebe kasa, o pats pacientas. Jis iš kasos gaus nustatytos sumos dydžio subsidiją prie gydymo išlaidų. Laikoma, kad apdraustieji, gimę po 1979 m., naudojosi dantų profilaktikos priemonėmis, todėl jiems nebūtini dantų protezai. Išskyrus ypatingus atvejus, jiems subsidija nebus skiriama.

8. Jei ateityje ligonių kasa turės padidinti įmokas dėl augančių išlaidų, tai automatiškai padidės ir tiesioginės pacientų priemokos. Padidinus įmokas dešimtadaliu, 1 Vokietijos marke didinamos ir tiesioginės priemokos už gydytojo išrašytus vaistus bei lovdienius; jei tiesioginiai mokėjimai nustatyti procentais, jie didinami 1 proc. Todėl ateityje ligoniniai turės patys apmokėti daugiau kaip trečdalį padidėjusių išlaidų (38 proc.), apytikriai po trečdalį (31 proc.) mokės darbdaviai ir apdraustieji. Papildomai tiesioginiai mokėjimai turės būti didinami kas dveji metai, priklausomai nuo pajamų plėtojimosi.

9. Dramatiškas tiesioginių priemokų didėjimas labai sunkia našta gultų ant nepasiturinčių ir lėtinėmis ligomis sergančių apdraustųjų pečių. Todėl buvo įvesta vadinamoji sunkių atvejų reglamentacija ir dvi reglamentacijos dėl pernelyg didelės finansinės naštos. Vieni apdraustieji, kurių pajamos mažesnės nei 1700 Vokietijos markių (apdraustiesiems, turintiems šeimos narių, ši suma nustatyta didesnė), yra atleidžiami nuo visų priemokų ir traktuojami kaip sunkūs atvejai, jei pateikia atitinkamą prašymą ir nurodo visas savo pajamas. Pernelyg didelės finansinės naštos taisyklės: nė vienas pilietis neprivalo išleisti daugiau nei 2 proc. visų šeimos pajamų priemokoms; lėtinėmis ligomis sergantys ligoniniai primoka ne daugiau kaip 1 proc. visų savo pajamų; norint naudotis šiomis lengvatomis, būtina

deklaruoti visas pajamas (pvz., šalia darbo pajamų būtina deklaruoti pajamas, gaunamas iš palūkanų ar nuomos).

Šioms naujovėms ypač pritarė įmonės ir dalis paslaugų teikėjų. Šiaip naujieji įstatymai davė pretekstą daugybei komentarų, daugiausia sarkastiškų ir karčių. Pirmiausia buvo svarstoma, ar 1997 m. birželį įvesti pakeitimai ir nauji įstatymai yra priimtini socialiniu požiūriu, ar jie įgyvendinami, ar jie gerai sudaryti, ar padės mažinti išlaidas, ar įstatymų leidėjas iš tiesų - kaip buvo prižadėjęs sveikatos ministras - keletui metų patenkino įstatymų leidybos poreikius.

Tačiau dauguma komentuotojų ir kritikų remiasi tuo, kad įstatymų leidybos tikslas iš tiesų yra privalomo sveikatos draudimo esmės, t.y. sveikatos priežiūros finansavimo ir organizacinės struktūros valdymo modelio, išsaugojimas, kuriuo siekiama trijų tikslų.

Sveikatos priežiūros tikslas: Garantuoti visiems gyventojams jų poreikius atitinkantį, prieinamą ir nuolat gerai veikiantį pakankamą aprūpinimą būtinomis sveikatos požiūriu medicinos paslaugomis.

Politinis tikslas: Padėti rūpintis vis labiau pažeidžiama visuomenine integracija garantuojant sveikatos paslaugų teikimą be ekonominio bei socialinio diskriminavimo.

Ekonominis tikslas: Finansuoti, valdyti ir plėtoti didžiausią ekonomikos šaką pagal poreikių ir sąnaudų mažinimo kriterijus.

Remiantis Vokietijos institucijų istorijos duomenimis bei kitų šalių patirties lyginimu, nuo pat Vokietijos Federacinės Respublikos įsikūrimo buvo prieita prie konsensuso, kad šis trejopas tikslas negali būti pasiektas vien valstybės ar rinkos pastangomis. Ne taip kaip kitų prekių ir paslaugų rinkoje, su tuo susijusios užduotys gali būti vykdomos ne tik plėtojant visų subjektų ekonominės naudos siekius, nes čia būtina sava aprūpinimo ir valdymo logika. Sveikatos produktų pasiūla arba gamyba neturi būti maksimaliai didinama, ji turi būti tikslinga ir pakankamo lygio. Taip pat naujovių nesiekama bet kokia kaina, reikalingos tik tos naujovės, kurios gerina aprūpinimo kokybę arba leidžia mažinti sąnaudas nebloginant kokybės. Sveikatos priežiūros prekių ir paslaugų prieinamumas bei paskirstymas negali būti tikslingas ir reglamentuojamas pagal mokią paklausą dėl 3 priežasčių.

Pirma, šioje srityje nėra pakankamai orientuoto vartotojų suvereniteto, jo ir negali būti, nepaisant pilnamečio paciento teisingo pavyzdžio. Iškilus abejonėms, gydytojas nustato poreikius ir kartu savo paslaugų paklausą.

Antra, klientas, atsiradus paklausai (ligai), neretai ir periodiškai patenka į tokią padėtį, kai jis negali aktyviai tyrinėti rinkos, ieškodamas tinkamų paslaugų ir jų teikėjų, taip pat derėtis dėl paslaugų ir kainų. Abu šie veiksniai, esant individualiai valdomai paklausai, sudaro sąlygas atsirasti stipriam inversiškam (galima sakyti, perversiškam) signalui, pagal kurį sprendimai dėl paklausos priimami pagal posakį, neatitinkantį sveikatos priežiūros reikalavimų, veikia orientuotą į apyvartą ir pelno siekimą: "Gera prekė yra brangi" arba atvirkštinę išvadą: "Brangiausia prekė yra geriausia". Tai ypač svarbu, ir turi daug didesnę reikšmę nei kitų paslaugų sferoje, nes gydytojas gali pats nustatyti gydymo poreikį (kartu ir sąnaudas) ir būti visiškai nekontroliuojamas. Tačiau svariausias yra trečias argumentas, nukreiptas prieš rinkos valdymą pagal individualių poreikių plėtojimą: vidutiniškai didžiausias poreikis yra tų, kurie disponuoja mažiausiais ištekliais.

Iš to, kas pasakyta, beje, toks buvo pasiektas konsensusas, matyti, kad sprendimai dėl sveikatos priežiūros naujovių, gamybos, aprūpinimo struktūrų, kiekių ir kainų negali būti priimami analogiškai kaip kitų prekių rinkoje, kaip vienas su kitu konkuruojantys procesai, ieškant didžiausios ekonominės naudos (apdraustieji, paslaugų teikėjai ir draudimo bendrovės); tie sprendimai turi atitikti demokratinius politinio valdymo kriterijus, kurie išplaukia iš trejopos užduoties.

Buvo vieningai prieita prie nuomonės, kad per pastaruosius 100 metų susikūręs privalomo sveikatos draudimo modelis atlaikė visus laiko išbandymus ir, nepaisant visų trūkumų, buvo patikimas, sugebantis prisitaikyti ir finansuoti savo keliamus uždavinius. Šiaip ar taip, visuminio nacionalinio produkto privalomo sveikatos draudimo išlaidų dalis (6 proc.) per pastaruosius 20 metų liko beveik stabili. Įmokų tarifo didinimas paaiškinamas nuolatiniu visuminio produkto atlyginimo pajamų procento mažėjimu, taip pat valstybės skatinamomis papildomomis privalomo sveikatos draudimo išlaidomis, daugiausia kitų socialinės saugos sistemų labai, nes priešingu atveju pati valstybė, skirtingai nuo privalomo sveikatos draudimo, būtų įpareigota tam skirti dotacijas, pvz., bedarbių ir pensiniam draudimui. Kad ir kaip ten būtų, Vokietijoje kiekvienas žmogus turi teisę gauti būtiną gydymą, tarp jų nepasiturintys ir lėtinėmis ligomis sergantys piliečiai. Todėl nenuostabu, kad tarptautiniuose debatuose dėl sveikatos priežiūros Vokietijos privalomo sveikatos draudimo modelis nuolat vertinamas kaip vienas iš geriausių valdymo modelių. Tai jokių būdu nereiškia, kad realus privalomas sveikatos draudimas yra geriausias iš visų,

įgalinantis reguliuoti sveikatos draudimą, tačiau šis modelis kaip ir anksčiau sukuria geresnes prielaidas reformoms bei modernizavimui nei visos kitos alternatyvos, ypač turint galvoje geresnį valdymą bei aprūpinimo koordinavimą, o tai įgalina mažinti išlaidas nebloginant kokybės.

Nurodomi penki fundamentalūs modelio elementai:

- galutinė valstybės atsakomybė už rinkos ekonomikos visuomenės sukeliamų rizikų kompensavimą ar reguliavimą, kurių įveikimas sukelia pernelyg didelių sunkumų pavieniui ar šeimai;
- valdymo užduotys nuimamos nuo valstybės pečių ir jų įgyvendinimas pavedamas darbo ir kapitalo, kaip abiejų lemiančių ir tiesiogiai suinteresuotų visuomeninių jėgų administruojamoms ligonių kasoms;
- solidarumo principas, įgalinantis atsieti įmokas nuo individualios rizikos, ir finansavimas pagal ekonominį pajėgumą mokesčių perkėlimo metodu tvirtai nustatytu procentu nuo pajamų, t.y. darbdavys ir apdraustasis moka per pusę;
- tiesioginių piniginių atsiskaitymų nebuvimas tarp apdraustojo ir paslaugų teikėjų taikant paslaugų teikimo principą, kuris įgalina nuimti našta nuo apdraustojo paciento pečių ir ligonių kasoms suteikia valdymui būtinas paklausos tyrimo įgaliojimus bei kontrolės galimybę;
- sutarties partnerių susitarimas dėl aprūpinimo paslaugų ir kainų, priežiūros funkciją paliekant valstybei, kuri reikalauja nustatyti valdžios požiūriu vienodas pozicijas bei įgyvendinimo instrumentus ("vienodo ilgio ietys") ligonių kasoms bei paslaugų teikėjams: čia susipina interesai, čia deramasi dėl interesų, čia susitariančios šalys verčiamos ieškoti kompromiso, o tai sukuria geresnes prielaidas teisingam aprūpinimui nei koks nors valstybės potvarkis ar laisvas pasiūlos ir paklausos žaidimas.

Kodėl čia dar kartą buvo priminta esminė privalomo sveikatos draudimo valdymo modelio struktūra. Todėl, kad naujasis įstatymas - nepaisant įvairiausių priešingos pusės tvirtinimų - visiškai bereikalingai kelia grėsmę šiai esminei struktūrai. Be nebeteikiamų paslaugų, tiesioginių mokėjimų ir t.t., naujai sukurtuose įstatymuose yra nemažai tokių dalykų, kurie akivaizdžiai pažeidžia tris minėtus tikslus. Tačiau daug svarbiau yra tai, kad nauji įstatymai nesibaigia lėšų taupymu ir išlaidų perkėlimu, bet griaua svarbiausias viso valdymo modelio veikimo prielaidas.

Šia teze norėčiau pagrįsti netolimus naujųjų įstatymų padarinius visam solidarumo principui. Solidarumo principas yra "įmontuotas" mažiausiai keturiais privalomo sveikatos draudimo lygiais, ir naujieji įstatymai jį griaua vienodai visais keturiais lygiais.

1. Lig šiol įmonės ir darbuotojai mokėjo įmokas per pusę. Principas, kad atsakomybė ir interesas turi kuo labiau atitikti vienas kitą, atitiko paritetinę finansinę atsakomybę ir abiejų pusių subalansuotą suinteresuotumą mažomis sąnaudomis ir žemais įmokų tarifais - įmonėms tai buvo pridėtinės personalo išlaidos, o apdraustiesiems - atskaitymai iš atlyginimų. Įmonių suinteresuotumas mažomis aprūpinimo (kartu ir draudimo) sąnaudomis turi svarbiausią reikšmę valdymo užduočių sprendimui valdžios aspektais, nes aprūpinimo sistemos sąnaudų augimas yra tiesiogiai susijęs su įtakingais ekonominiais susivienijimais. Naujuosiuose įstatymuose toliau plėtojama strategija, kuri nebuvo visiškai įgyvendinta įvedant slaugos draudimą 90-ųjų metų pradžioje, būtent įmones atleisti nuo šio intereso ir atsakomybės. Po to, kai (dar kol kas) nepavyko įgyvendinti lozungo apie darbdavių įmokų išaldymą, kuris būtų apdraustiesiems (kartu ir gaunantiems atlyginimus asmenims) iškart užkroves visą būsimų sąnaudų augimo riziką, buvo griebtasi taktikos "spyris koja į duris"- beje, dažnai naudojamos valstybinėje privalomo sveikatos draudimo politikoje. Tai ypatinga juodojo humoro forma, kad už profilaktikos ir sveikatos stiprinimo paslaugas ateityje turės mokėti tik apdraustieji: profilaktika ir sveikatos stiprinimas - tai strategija, mažinanti socialiai sąlygojamą nelygybę ligos ir mirties atžvilgiu. Juk Vokietijoje pagal pajamas, išsimokslinimą ir profesiją apibūdinamo apatinio, nuo viršaus skaičiuojant penkto gyventojų sluoksnio rimtų ligų ir ankstyvos mirties rizika, dvigubai didesnė nei viršutinio penktadalio. Kas teikia sveikatos stiprinimo ir profilaktikos paslaugas tik už atskirą mokestį, dar labiau sustiprina neteisingą ligonių kasų priemonių paskirstymą pagal seną įstatymą Socialinio kodekso V kn. § 20 ir dar labiau didina šias žirkles. Darbdaviams taip pat leista išlipti iš "Nepasiturinčių ligoninės". Visa tai kartu paėmus neturi didesnės reikšmės sąnaudų atžvilgiu. Bet tai turi prasmę pradedant trauktis iš paritetinio finansavimo ir paritetinės atsakomybės. Dabartinis būtinas individualių apdraustųjų sąskaitų perkėlimas į ligonių kasas, be kelių darbo vietų kasų administracijoje, sukuria dar ir administracines prielaidas tolesnėms darbdavių pasitraukimo iš prievolių pakopoms, todėl smarkiai pablogėja būsimos politinės galimybės mažinti sąnaudas. To iš tiesų negalima pavadinti sveikatos politika. Iš esmės kalbama

apie samdomų darbuotojų paskirstymo pozicijų bloginimą, taigi bent jau santykinį atlyginimo sumažėjimą, o tai svarbiausias motyvas to, ką Vokietijoje ekonominiu politiniu požiūriu vadiname "gamybos teritorijos garantavimu".

Šiam ekonominiu požiūriu nepagrįstam fetišui aukojamas privalomo sveikatos draudimo solidarumo principas, galiojantis tiek įmonėms, tiek darbuotojams, taigi tam tikru mastu apimantis skirtingas klases. Be jokio vargo atsisakoma svarbios socialinės partnerystės sudėtinės dalies (alternatyva atvirai klasių kovai), be kurios neįsivaizduojamas ne tik privalomas sveikatos draudimas, bet ir tolesnis Vokietijos socialinio modelio plėtojimas.

2. Kitas lygmuo, kur pažeidžiamas į privalomą sveikatos draudimą įmontuotas solidarumo principas, - tai "neturtingų" ir "turtingų" kasų solidarumo principas. Nuopulis prasidėjo dar 1988 m. ir 1992 m. priėmus reformos įstatymus, kai įstatymų leidėjas 800 ligonių kasų, sujungtų į keturis didelius ir keturis mažesnius susivienijimus, pavertė vienas su kitu konkuruojančiais rinkos subjektais, nedarančiais įtakos parafiskaliniam paslaugų valdymui ir administravimui. Dėl to išryškėjusi stipri tendencija medžioti geras rizikas ("rinkti razinas iš pyrago") buvo nedrąsiai pakeista rizikos struktūros išlyginimu, kuris ligonių kasas pajamų atžvilgiu sulygina matematiškai ir finansiškai pagal tokius parametrus kaip amžius, lytis, pajamos ir šeimos narių skaičius, lyg jos neturėtų didesnių rizikos skirtumų. Papildomai dar buvo pamažu įvedama pasirinkimo laisvė (apdraustiesiems) ir būtinybė sudaryti sutartis (ligonių kasoms), nepaisant to, kad pasirinkimo laisvė pati savaime nereiškia geresnio aprūpinimo ir pigesnio draudimo (ir tik dėl to galėjo tapti trokštama preke), kadangi privilegijuotos grupės jau seniai ja naudojosi, tariamą privalomo sveikatos draudimo sąstingį būtų galima įveikti kitais stimulais (naujos skatinimo sistemos, ligonių kasų vadybininkų kvalifikacijos kėlimas, organizacinis plėtojimas) ir tada įmokų privalomam sveikatos draudimui skirtumų problemą būtų buvę galima išspręsti išlyginant rizikos struktūras be konkurencijos ir pan. dalykų. Bet jau pradžioje buvo daugiau rūpinamasi ideologija nei dalykiniais sprendimais, ir pagal šiuo metu vyraujančią ideologiją ekonominė konkurencija pati savaime yra siektinas tikslas (ne tik instrumentas). O tą ypač sužadino ir skatino įvairių ligonių kasų egoizmas ir solidarumo principo atsisakymas: savo šiandienine forma rizikos struktūros išlyginimas yra nepakankamas, kad galėtų sukurti skirtingoms ligonių kasoms maždaug vienodas starto sąlygas. Įstatymo raidės

prasmė, jau šiandien reikia papildyti rizikos struktūros išlyginimus, pvz., sergamumo komponentais, sunkių atvejų skaičiais ir pan. (tai reiškia ne tik pajamų, bet ir išlaidų išlyginimą), o socialinė sveikatos politika dar turėtų sukurti stimulus nepasiturinčių ir lėtinėmis ligomis sergančių ligonių "pozityviam diskriminavimui", tad šie visiškai nepakankami rizikos struktūros išlyginimo svertai nuolat užsipuolami visuomenės ir "turtingų kasų", o tai įstatymu pasiekto desolidarizavimo padarinys. Tuo tarpu jų tobulinimo koncepcijai skiriama vis mažiau dėmesio. Žvelgiant į ateitį, tai ne ką tepadės: apsukresni apdraustieji, blogindami savo globos galimybes, dažniau kaitalios draudimą, o jiems iš paskos seks "blogos" rizikos. O draudimo kompanijoms lieka stiprus stimulus siekti pritraukti arba traktuoti neigiamai individualiai pagal sveikatos rodiklius identifiкуotas grupes. Tyrimai JAV ir Kanadoje parodė, jog **1 proc. apdraustųjų su aukščiausiomis sąnaudomis tenka apytikriai 30 proc. visų išlaidų, brangiausieji 5 proc. sunaudoja apie 60 proc., o sveikesnioji apdraustųjų pusė - apie 3 proc. sveikatos priežiūros išlaidų.** Ligonų kasos, vykdydamos formalią ir ypač neformalią apdraustųjų atranką, gali daug lengviau pasiekti įstatymo leidėjo nurodytą tikslą, t.y. iškovoti geras rinkos pozicijas, nei vykdydamos protingą sutarčių politiką ir taikydamos aprūpinimo sistemą. Palyginimas: išnaudojus visus taupymo rezervus, kuriuos ligonių kasos gali mobilizuoti geriau valdydamos ligonių aprūpinimą, ekspertų apskaičiavimais, galima išlaidas sumažinti nuo 10 iki 20 proc.

3. Pagrindinė privalomo sveikatos draudimo idėja skiriasi nuo privataus sveikatos draudimo tuo, kad **įmokos mokamos atsižvelgiant ne į individualią riziką, bet į ekonominę apdraustojo pajėgumą kaip tvirtai nustatytas procentas nuo pajamų. Šitaip pasiekiamas solidarus išlyginimas tarp jaunų ir senų, tarp neturtingų ir pasiturinčių apdraustųjų, tarp mažų ir didelių šeimų, tarp vyrų ir moterų.** Tai yra civilizacijos laimėjimas, kurį šiandien vargu ar būtų galima įgyvendinti, jį galima nesunkiai, tačiau negrįžtamai sugriauti. Todėl tai nėra principų žaidimas (mėnesinė įmoka tais atvejais, kai per praėjusius metus nesinaudojama draudimo paslaugomis arba jomis naudojama mažai), įmokų grąžinimo modelius galima pavadinti aiškiu solidarumo principų atsisakymu. Žinoma, kasos, kurios 1997 m. vasarą pirmos ėmėsi įgyvendinti šias naujų įstatymų leistas priemones, pakliuvo ekonomikos atžvilgiu į apgailėtiną padėtį, nes rizikos struktūros išlyginimo fondas tapo nepakankamas. Taip pat tapo aišku, kad konkuruojančios kasos ir tos, kurios šiandien smarkiausiai

kritikuoja įmokų gražinimą, tikriausiai pasuks tuo pačiu keliu, kai tik nudžius krokodilo ašaros. Toks yra konkurencijos dėsnis. Tačiau faktas, yra tas kad gražinusi įmokas, kasa praras išteklius, reikalingus solidariam išlyginimui. Dar blogiau: būtent nepasiturintys apdraustieji, kuriems mėnesinė įmoka iš tiesų ekonomiškai svarbi, sieks nesinaudoti arba atidėti medicinos paslaugas, net ir tas, kurios yra būtinos, tuo kenkdami savo sveikatai. Kasų dėmesys, paslaugumas ir rūpinimasis tendencingai nūsūs nuo nepasiturinčių ir sergančių lėtinėmis ligomis ligonių (jie gali pasirinkti kitą kasą) ir labiau orientuosis į turtingesnius apdraustuosius, kurių sveikatos rizika mažesnė. Dėl to prasidėjusių procesų, nukreiptų į privalomojo sveikatos draudimo įmokas pagal individualią riziką, padariniai bus baisūs. Nauji įstatymai leidžia mokėti diferencijuotą įmoką priklausomai nuo apdraustųjų skirtingų tiesioginių mokėjimų. Tai savo ruožtu reiškia, kad ištekliai bus atimti iš solidariam išlyginimui skirtų lėšų, o nepasiturintiems apdraustiesiems tai bus pernelyg didelė finansinė našta dėl pasirinktų pernelyg didelių tiesioginių mokėjimų. Kadangi kasos savo įstatuose numačiusios skirtingas paslaugas, tai ateityje privalomas sveikatos draudimas ims taikyti tarifų sistemą, kuri vis labiau artės prie kalkuliacijos pagal individualias rizikas, panašiai kaip privatus sveikatos draudimas (o sistema taps vis labiau neperšviečiama ir brangesnė dėl atsirandančios biurokratijos).

4. Bet kokio draudimo pagrindinė idėja yra solidarumo principas tarp tų, kurie patiria nuostolį, ir tų, kurie jo nepatiria. Privalomojo sveikatos draudimo sistemoje šis solidarumo principas galioja sveikiems ir ligoniams. Kiekvienas tiesioginis sergančiojo mokėjimas iš esmės pažeidžia šį principą. Gausios empirinės studijos daugelyje šalių yra vieningos nuomonės, kad tiesioginiai apdraustųjų mokėjimai ligos atveju neturi racionalaus valdymo poveikio (maždaug atsisakant "nebūtinų" paslaugų, sveikesnės gyvenamos ir pan.), tačiau iš esmės tai sudaro papildomą finansavimo šaltinį. Turint galvoje santykį su tiesioginiais mokėjimais, tiesioginiai nepasiturinčių apdraustųjų mokėjimai skatina nesinaudoti paslaugomis, tačiau tai sveikatos požiūriu visiškai nepriimtina. Nepaisant šios labai aiškios padėties, įstatymų leidėjas naujuose įstatymuose dramatiškai padidino tiesioginius mokėjimus ir dar papildomai juos dvigubai padidino: jie turi būti kas dveji metai "indeksuojami" ir didėja atitinkamai didėjant ligonių kasų įmokoms, kurias sąlygoja ne rizikos struktūros išlyginimas. Ši priemonė 1998 m. įgalins per tiesioginius mokėjimus vien per metus už vaistus papildomai surinkti 5 milijardus Vokietijos markių prie lig šiol mokamų 2 milijardų. Iš esmės tai

ne kas kita kaip smūgis solidarumui, egzistuojančiam tarp sveikų ir ligonių. Atsakant į šią kritiką, pateikiamas įstatymas dėl sunkių atvejų ir įstatymas dėl pernelyg didelės finansinės naštos. Tačiau tai menka paguoda: socialinės pagalbos patirtis rodo, kad nemaža dalis turinčių teisę į tokią pagalbą ne visuomet ja naudojasi (pvz., žmonės ne viską žino apie šią sistemą arba tiesiog gėdijasi naudotis ta pagalba). Šitaip nepasiturintys ir menko išsilavinimo žmonės yra atribojami du kartus. Be to, ligonių kasos norom nenorom per abu minėtus įstatymus atkreipia dėmesį į savo problematiškus apdraustuosius, kurių buvimu jie nesuinteresuoti ekonomiškai ir tam apskritai nėra jokio stimulo. Dar viena: solidarumo principu grindžiamas sveikatos draudimas suteikė apdraustiesiems teisę gauti visas reikalingas, tikslingas ir būtinumo ribas neperžengiančias paslaugas. O dabar įstatymų leidėjas nepasiturintiems ir lėtinėmis ligomis sergantiems apdraustiesiems sukūrė žeminantį slenkstį - deklaruoti visas pajamas prieš gaunant paslaugas.

Tuo pat metu priimtas nutarimas panaikinti biudžetavimą, visame pasaulyje pasiteisinusio pozityvaus vaistų sąrašo išgijimas iš viešosios diskusijos, visų svertų, skirtų reglamentuoti didelių medicinos prietaisų panaudojimą, panaikinimas rodo, kad siūlančiai pusei pučia kiti vėjai. Ypatingą reikšmę šiuo požiūriu turi suteikiama galimybė ligonių kasų pacientus ateityje gydyti pagal privatų tarifą ir leisti pacientams gauti iš kasos dalį kompensacijos už apmokėtą sąskaitos sumą. Pirmųjų savaičių patirtis įvedus šį įstatymą, daugybė atvejų, kai pacientai buvo suvedžiojami ir gydytojų tiesiogiai verčiami "pasikeisti vaidmenimis", rodo, kad gydytojais žiūri šiuose įstatymuose didžiulį savo pajamų didinimo potencialą. Iš tikrųjų pastaraisiais metais (vidutiniškai) pablogėjusios gydytojų pajamos neretai sukėlė tokią šio profesinio luomo atstovų elgesį, kad vis mažiau vietos lieka etiniams ir socialiniams aspektams. Nors jie elgiasi socialiniu medicininu požiūriu neatsakingai, tačiau motyvuotai. Kodėl bendrosios praktikos gydytojams arba vidaus ligų specialistams turi būti užginta tai, ką stomatologai išsikovojo dantų protezavimo srityje: tai bet kokių stabdžių pašalinimas gaunant ligonių kasos honorarus ir aprašant paslaugas, taip pat laisvas susitarimas su pacientais dėl paslaugų apimtys ir kainų. Geresnes pajamas turinčius piliečius, gavusius stomatologų paslaugas, ateityje bus galima vėl nesunkiai atpažinti iš dantų. Ypač tuos, kurie gimę po 1979 m.

Žvelgiant į privalomojo sveikatos draudimo ateitį, ši paslaugų teikėjams suteikiama nauja galimybė užsidirbti (kompensuojant ar nekompensuojant išlaidas arba kompensuojant tik iš dalies) reiškia prarastas galimybes garantuoti kokybę, valdyti paslaugas, taip pat ir paklausos jėgą. Žengtas dar

vienas žingsnis sukuriant privačių subjektų (paciento ir paslaugų teikėjų) rinką, nepaisant visos turimos informacijos apie čia slypinčias išnaudojimo galimybes, kokybės bloginimą ir norą prasčiau gydyti nepasiturinčius pacientus.

Po viso to negalima naujų įstatymų interpretuoti kaip techniškai nepasisekusių mėginimų taisyti sistemos klaidas. Jei žiūrėsime į padarinius, o ne į sekmadienines kalbas, tai pamatysime, jog tai sveikatos politikos paradigmu pakeitimo demonstravimas, kurio privalomas sveikatos draudimas, kaip solidari sistema, nepakels, jei nebus peržiūrėti įstatymai.

Naujoji paradigma pirmiausia pasižymi trimis elementais, kurie padeda paaiškinti naujų įstatymų formuluotes:

1. Sąnaudų mažinimas netenka prioriteto. Vyriausybė pripažįsta mediciną ir sveikatos priežiūrą kaip augančią šaką ir mano, kad viltys nukreiptos į eksportą ir galbūt į darbo vietas. Kokybės garantavimo priemonės ir socialiniu politiniu požiūriu teiktinas vienodas paskirstymas dažnai traktuojami kaip augimą stabdantis "perreguliavimas", o privalomo sveikatos draudimo sistemos (kartu viso Vokietijos socialinio modelio) socialinės kokybės laikomos pasenusiomis ir veikiau slegiančiomis. Svarbiausias šios strategijos tikslas - pumpuoti į sistemą naujus pinigus. Šie pinigai pirmiausia surenkami iš ligonių, po to iš apdraustųjų ir tik po to - visada susiejant juos su dar didesniu ligonių apsunkinimu - su darbdaviais.

2. Šios augančios šakos variklis, kaip ir apskritai visos ekonomikos, yra ekonominė konkurencija. Šio tvirto ideologinio įsitikinimo, kurį dauguma Vokietijos akademinų sluoksnių sveikatos ekonomistų Vokietijoje gana žemu lygiu pradeda dėstyti savo pranešimo pradžioje ir pabaigoje, negali įveikti net ir empiriniai duomenys apie tai, kad niekur pasaulyje neegzistuoja veikianti konkurencinė sveikatos priežiūros rinka. Ten, kur draudimas ir aprūpinimas organizuoti rinkos ekonomikos principu, visuomet iškyla dilema, kad apdraustieji, turintys mažiausias pajamas, net ir absoliučiai turėtų mokėti didžiausias įmokas. Kelių rinkų strategijų naudotojai (dėl to jomis ir suinteresuoti), be paslaugų teikėjų, pirmiausia yra pasiturintys gyventojų sluoksniai, kuriems nereikia nešti solidararaus išlyginimo naštos.

3. Ekonominės politikos centre "gamybos teritorija" žymi samdomų darbuotojų paskirstymo pozicijos pablogėjimo tikslą, taigi atlyginimo sąnaudų ir visų su tuo susijusių paslaugų bei saugos sumažėjimą. Šio tikslo Vokietijoje buvo siekiama daugiau kaip dešimtmetį labai sėkmingai,

aiškinant, kad tik taip bus galima sumažinti nedarbą. Bet nedarbas per tą patį laikotarpį išaugo keleriopai ir nematyti to augimo pabaigos, ypač todėl, kad dėl šios politikos pelnas (ypač besiorientuojančių į eksportą stambių įmonių), užsienio prekybos perviršis ir biržų kursai smarkiai kyla, tačiau visuomenės perkamoji galia, kaip ekonomikos stabilizatorius, priešingai, nuolat grėsmingai mažėja; nepaisant to, imperatyvas mažinti atlyginimų pridėtines išlaidas tapo ir sveikatos politikos dogma, neatsižvelgiant į Vokietijos socialinio modelio, įskaitant ir privalomą sveikatos draudimą, pasiteisinusius ir galinčius tobulėti pagrindus.

IŠVADOS

Naujų įstatymų įgyvendinimas ir dėl to atsiradę paklausos pokyčiai padarys neatitaisomą žalą pasiteisusiam, ir galinčiam tobulėti privalomo sveikatos draudimo valdymo modeliui ir ypač solidarumo principui. Buvo leista veikti stimulams, kurie nuolat skatins apdraustųjų atranką ir diferencijuos labiausiai socialinės saugos reikalingų gyventojų grupių draudimą bei aprūpinimą. O tai yra neturtingi, senyvo amžiaus, lėtinėmis ligomis sergantys apdraustieji. Visi apdraustieji praras peršviečiamą, stabilų ir paprastai valdomą draudimą ir naudos jį jo paslaugomis, taip pat būtinybę nuolat stebėti rinkoje esantį draudimo bei aprūpinimo santykį. Apdraustųjų grupėms, kurioms labiausiai reikalinga sauga, be žeminančių sąlygų gauti draudimo paslaugas, dar prisidės ir realus aprūpinimo pablogėjimas. Lieka neišnaudotos visos aprūpinimo sistemos galimybės valdyti kokybę ir sąnaudas. Įvedant orientuotus į pelną, pagal individualią riziką apskaičiuotus privataus draudimo logikos elementus į privalomą sveikatos draudimą, išaugo draudimo kompanijų ir paslaugų teikėjų reklamos bei administracijos sąnaudos, kurių neteks aprūpinimo sferai. Struktūros bei paslaugų naujovės - pagal stimulus - bus orientuotos į reklamos veiksmingumo kriterijus, bet ne į sveikatos kriterijus. Jei valstybė norėtų rimtai sustabdyti nepageidautiną jos pačios sukulto proceso poveikį, tai išaugtų biurokratų skaičius. Privačiam sveikatos draudimui atsiveria viliojančios verslo erdvės teikti papildomo draudimo paslaugas privalomu sveikatos draudimu apsidraudusiems apdraustiesiems, taip pat tiems apdraustiesiems, kurie nusivylę palieka privalomą sveikatos draudimą. Išsamiai neperžiūrėjus šių įstatymų, ateityje šie įstatymai pavers privalomą sveikatos draudimą savotišku vargšų draudimu, kuris, kaip rodo patirtis, bus socialiai diskriminuojantis, nekokybiškas ir nemaža dalimi priklausys nuo dotacijų, skiriamų iš mokesčių.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BIUDŽETAI

Teorija. Įgyvendinimas. Problemos

Christoph Straub

Prancūzų politikas Talleyrand kartą pasakęs: joks kitas dalykas pasaulyje nebūtų galėjęs užkirsti kelio tokiai gausybei nesąmonių, tik pinigų trūkumas. Žinoma, ne šiuo požiūriu vadovaujantis visose pramoninėse šalyse buvo įgyvendintos skirtingos sveikatos priežiūros sistemos išlaidų reguliavimo (biudžetavimo) formos. Kita vertus, nėra taip, kad vien lėšų apkarpymas būtų užkirtęs kelią medicinos nesąmonėms ir skatintų medicinos atžvilgiu prasmingas paslaugas.

Tad kokios priežastys paskatino įvesti sveikatos aprūpinimo sistemų biudžetus? Kokie esminiai jų skirtumai? Kokios problemos buvo pastebėtos?

6-ajame ir 7-ajame dešimtmečiuose išsivysčiusiose pramoninėse valstybėse **labai sparčiai plėtojosi sveikatos priežiūros sistema**. Tai buvo politiškai pageidautina. Vieną vertus, plėtrą lėmė noras prisitaikyti prie spartaus ekonomikos bei gerovės augimo pokario metais, o kita, - tai buvo greito medicinos plėtojimosi rezultatas ir gyventojų vartotojiško elgesio sąlygojamos galimybės.

Steigtos naujos medicinos įstaigos, padidėjo mokymosi vietų, ligoninių, medicinos technikos prietaisų skaičius, į medicinos aprūpinimo sistemą įtrauktos naujos paslaugos, daugėjo asmenų, turinčių teisę jas gauti. Visa tai išsivysčiusiose Vakarų valstybėse 7-ojo dešimtmečio viduryje sukėlė **sveikatos priežiūros sąnaudų krizę**. Nuo tada visos šalys intensyviai ieško būdų, kaip sveikatos priežiūros srityje sukurti veiksmingą sąnaudų mažinimo strategiją.

Panagrinėjus daugybę per tą laikotarpį sukurtų ir įgyvendintų sveikatos priežiūros sistemos biudžetų, galima sudaryti tokią schemą:

- biudžetų tipai pagal privalomumą ir pagal poveikio lygį;
- sveikatos priežiūros biudžetai pagal administratorių arba derybų partnerį;
- sveikatos priežiūros biudžetų nustatymo arba sudarymo metodika;
- sveikatos priežiūros biudžetų prognozavimas.

Dabar pamėginsime apibūdinti kiekvieno iš šių biudžetų tipų empyriškai nustatytus poveikius.

Daugelyje valstybių iš pradžių buvo suformuluoti daugiau ar mažiau privalomi **išlaidų tikslai**. Pavyzdžiui, Vokietijoje tos rekomendacijos buvo teikiamos pagal 1977 m. parengtą "**Suderintą sveikatos sistemos priežiūros akciją**". Kartą per metus medicinos paslaugų teikėjai ir **sąnaudų mokėtojai**, vadovaujami politikų, rengdavo rekomendacijas kiek padidinti būsimo medicinos aprūpinimo sektoriaus išlaidų procentą. Konsultacijose dalyvaudavo profesinių sąjungų, darbdavių ir pramonės atstovai. Šių išlaidų tikslų dažniausiai nebuvo laikomasi. Pati ši priemonė apskritai nebuvo veiksminga.

Kitoje pakopoje įvesti dar griežtesni **išlaidų "lubų"** apribojimai. Vokietijoje iš pradžių teisiniai aktai buvo numatę galimybę, pvz., ambulatorinio medicinos aprūpinimo srityje kompensuoti viršytus iš anksto sutartus biudžetus vėlesnių derybų metu, bet 1993 m. ateinantiems trejiems metams numatyti griežti išlaidų ribojimai **be jokios galimybės kompensuoti**. Šis kategoriškas išlaidų apribojimas buvo visų anksčiau numatytų priemonių padarinys.

Sveikatos priežiūros biudžetus galima suskirstyti į tris tipus:

- **globalūs biudžetai**, apimantys visas ambulatorines ir stacionarines paslaugas ir visus šių paslaugų teikėjus;
- **sektorių biudžetai**, pvz., biudžetai, apimantys ligoninių sektorių, ambulatorinį gydymą arba medikamentus;
- **individualūs biudžetai**, pvz., biudžetai, apimantys pavienę ligoninę, pavienę privačią praktiką (gydytoją), pavienį pacientą (atvejį) ar pavienį techninį instrumentą.

Toliau pateiksime konkrečių šių finansų valdymo formų pavyzdžių. Kaip bus laikomasi biudžeto ir koks bus jo poveikis, labai priklauso nuo to, kas jį valdys. Žinoma, griežčiau kontroliuoti biudžetus gali valstybė, kai yra centralizuota valstybinė sveikatos priežiūros sistema. Tai padaryti ligonių kasoms ir paslaugų teikėjų korporacijoms, esant nepriklausomai, savarankiškai sistemai, sunkiau. Empyriškai galima nustatyti, kad valstybinis biudžeto valdymas kontroliuojantis iš mokesčių finansuojamas medicinos paslaugas, pvz., Didžiosios Britanijos nacionalinė sveikatos tarnyba (NSAS), geriau garantuoja biudžeto laikymąsi nei **biudžeto kontroliavimas**, kurį atlieka savivaldos korporacijos, valdančios įmokų lėšas. Šis palyginti nelankstus biudžeto valdymas, pritaikytas centralizuotu būdu valdomai ir iš

mokesčių finansuojamai Didžiosios Britanijos nacionalinei sveikatos sistemai, galų gale lėmė tai, kad apdraustieji privalėjo sudaryti papildomus privačius poliusus, apdraudžiančius ypatingų ligos rizikų atvejais.

Apskritai galima daryti išvadą, kad lig šiol nė vienoje šalyje nebuvo pasiektas patenkinamas sveikatos priežiūros sistemos valdymas per biudžetus. Paprastai po kurio laiko vis dažniau įvedami valdymo elementai iš kitų, visiškai priešingais principais grindžiamų, sistemų, o tai lemia **sistemų konvergenciją**. Pvz., Didžiosios Britanijos Nacionalinės sveikatos tarnybos centralizuotoje sistemoje buvo įvestas "Fund Holding Practices", vadinasi, atsakomybę už biudžetą perima pavienės privačių praktikų grupės. Kita vertus, decentralizuotose sistemose, tokiose kaip Vokietijos, esama tendencijų atsakomybę už biudžetą laikymąsi perkelti aukštesniam administravimo lygmeniui. Pvz., Vokietijoje pastaraisiais metais Ligoninių asociacijai buvo daromas politinis spaudimas, kad ji prisiimtų atsakomybę už stacionarinio sektoriaus išlaidų augimą (anksčiau ligoninė pati tvarkė individualų biudžetą).

Taigi iš to, kas pasakyta, matome, jog tebeieškoma ir optimalaus biudžeto poveikio, ir kaip suderinti skirtingas biudžeto formas.

Empiriškai galima įrodyti, kad sveikatos priežiūros biudžetai dažniausiai nustatomi pagal pateiktą ankstesnių išlaidų apimtį, gali būti atsižvelgiama į tam tikru laiku suteiktų paslaugų pobūdį ir kiekį. Būtent šio "**Status quo**" **patvirtinimas** yra problematiškas, nes esant tokioms biudžeto sąlygoms vėliau vis labiau spaudžiamas biudžeto valdytojas.

Jei nustatomi tik individualių ligoninių ar gydytojų praktikų biudžetai, tokiu atveju būtina priimti **specialius norminius aktus**, ypač **didelių išlaidų atvejams**, nes tokio brangaus gydymo negali padengti biudžetas, apskaičiuotas palyginti mažų išlaidų atvejams. Savo ruožtu būtų problematiška išbraukti šiuos didelių sąnaudų reikalaujančius atvejus iš individualaus biudžeto, nes sąnaudos vienam atvejui, skaičiuojant vidutiniškai apdraustųjų gyventojų grupei, pasiskirsčiusios labai nevienodai. Vadinasi, palyginti mažam pacientų (atvejų) skaičiui tenka didžioji dalis išlaidų. Jei jas išbrauktume iš individualių biudžetų, kiltų tokio valdymo sistemos racionalumo klausimas.

Žinomas tik vienas pavyzdys, kai buvo mėginta gyventojų grupei sukurti biudžetą, pagrįstą demokratišku sprendimų priėmimo metodu "bottom up" (iš apačios į viršų). Oregono valstijoje (JAV), vykdant valstybinę medicinos aprūpinimo programą "medicaid" apdraustiems gyventojams buvo sudarytas atskiras galimų kompensuoti paslaugų sąrašas. Oregono plano esmė: per

gyventojų apklausas nustatytos reikalingiausios paslaugos, jos išdėstytos tam tikra tvarka (pirmiausia pateikiant reikalingiausias ir baigiant mažiausią naudą teikiančiomis paslaugomis). Valstybės pateikiamas biudžetas nustato, kokios paslaugos, t.y. iki kokios vietos sąraše apmokamos valstybės lėšomis. Oregono plano tikslas buvo racionaliai paskirstyti sveikatos priežiūros paslaugas, užuot mažinus asmenų, turinčių teisę gauti tas paslaugas, skaičių.

Siekiant nustatyti ar sudaryti sveikatos priežiūros biudžetus, numatyti kaip paskirstyti lėšas įvairiems paslaugų teikėjams, būtina įvertinti daugybę **veiksnių**. Sveikatos priežiūros biudžetai gali būti susieti su infliacijos lygiu, bendrojo vidaus produkto, atlyginimų ar tam tikrų darbuotojų grupių atlyginimų **didėjimu**. Kitas biudžetams darantis įtaką veiksnys yra apdraustų gyventojų **skaičiaus** ir **amžiaus struktūros** kitimas. Nustatant medikamentų biudžetus, dažnai atsižvelgiama į **vaistų kainas ir jų kitimą**. Sudarant globalius biudžetus būtina atsižvelgti į medicinos paslaugų pokyčius (**teisę gauti paslaugas**). Esant individualiems ligoninių biudžetams, reikia atsižvelgti į jų struktūrą, pvz., atidarant naujus skyrius. Ypač daug diskusijų keliantys veiksniai yra **sergamumo**, arba **pareikio**, pokyčiai, taip pat medicinos aprūpinimo **racionalizavimo galimybės**. Sudarant sveikatos priežiūros biudžetus, ypač sunku paskirstyti pastaruosius veiksnius kiekybės atžvilgiu.

Visose išsivysčiusiose pramoninėse valstybėse egzistuoja bendrojo vidaus produkto ir išlaidų sveikatai ryšys. Šios išlaidos, skaičiuojant vienam gyventojui, yra tuo didesnės, kuo didesnis bendrasis vidaus produktas. Tuo pat metu dėl **darbo našumo didėjimo** mažėja atlyginimų dalis bendrajame vidaus produkte. Todėl mažėja visų sveikatos priežiūros sistemų, kuriose sveikatos draudimo įmokų surinkimas grindžiamas samdomų darbuotojų atlyginimais, finansų ištekliai. Siekiant užpildyti atsiradusią spragą, daugelyje sveikatos priežiūros sistemų ieškoma išeičių, papildomai iš apdraustųjų reikalaujant tiesioginių mokėjimų. Todėl galima teigti, kad orientavimasis į bendrąjį vidaus produktą dabartinėmis pasaulinėmis ekonomikos plėtojimosi sąlygomis reikš nuolatinį sveikatos draudimo įmokų didėjimą, tuo tarpu sveikatos priežiūros biudžetų priklausomybė nuo atlyginimų augimo iš esmės sukels sveikatos priežiūros sistemų mažėjimą.

Labai svarbus klausimas, ar bus kompensuojamos viršplaninės išlaidos, o jei taip, tai kokia forma. Vokietijoje buvo konstatuota, kad paslaugų teikėjų ir mokėtojų derybos dėl viršytų išlaidų dažnai baigdavosi tuo, kad jos vis dėlto būdavo kompensuojamos visos. Reikalavimas einamųjų metų biudžeto

deficitą dengti iš vėlesnio laikotarpio biudžetų gali deficito padarinius sušvelninti.

Kaip atskiro sektoriaus biudžeto pavyzdį galima paminėti Vokietijos ambulatorinio aprūpinimo sektoriaus medikamentų biudžetą. Visi 1993-1996 m. vaistai išrašyti gydytojų, priklausančių Ligonių kasų gydytojų susivienijimui, buvo įtraukti į vieną biudžetą. Visi gydytojai buvo vienodai atsakingi, kad būtų laikomasi numatyto biudžeto. Viršijus biudžete numatytas išlaidas, turėtų atsakyti visi gydytojai kolektyviai. Per tuos trejus metus sukaupta įdomi patirtis. Viena vertus, paaiškėjo, kad struktūrizuota Vokietijos sveikatos draudimo sistema sunkiai aprėpia, kas ir kokius vaistus paskiria, o tai padaryti (ir tiksliai) labai svarbu, norint įrodyti biudžeto įvykdymą. Antra vertus, politinis spaudimas lėmė, kad viršijus biudžeto išlaidas, nebuvo galima išreikalauti perviršio iš gyventojų ir farmacijos sektoriaus.

Individualių biudžetų pavyzdys gali būti pavienėms **ligoninėms** skirti **prospektyviniai lankstūs biudžetai**, sudaryti 1984-1993 m., arba privačios praktikos (pavienių gydytojų) biudžetai ambulatorinėje grandyje, kurią reglamentuoja gydytojų sutartys. Sudarydami prospektyvinius lanksčius biudžetus, skirtus ligoninėms, ligoninių vadovai ir ligonių kasų atstovai suderėjo **vienodą lovadienio kainą**, remdamiesi numatoma **lovadienių apimtimi**. Jei buvo nukrypta nuo manomos lovadienių apimties ir iš anksto sutartas biudžetas nebuvo visas įvykdytas arba buvo viršytas, jis buvo kompensuojamas tik iš dalies, atitinkamai padengiant kintamąsias sąnaudas. 1997 m. II pusėje buvo nustatyti atskiri ambulatoriškai dirbančių gydytojų specialistų biudžetai ir suskirstyti į "žalią", "geltoną" bei "raudoną" sritis. Pagal specializuotų grupių vidurkius nustatyti individualūs biudžetai skirtingai valdomi trijose srityse. Už pagrindines paslaugas, esančias žalia spalva pažymėtoje srityje, vėlesnė kompensacija nepriklauso. Geltona spalva pažymėtos paslaugos, kurioms teikti būtina ypatinga gydytojo kvalifikacija, gali būti kompensuojamos žalia spalva pažymėtos srities neišnaudotų biudžetų sąskaita. Raudona spalva pažymėtos tos paslaugos, kurių teikimas skatintinas, todėl joms skiriamų pinigų kiekis nėra neribojamas (pvz. ambulatorinės operacijos arba skiepai).

Ypatingų problemų Vokietijoje iškilo valdant lygegrečius individualių sektorių biudžetus. Pirma, tai nėra taip paprasta, pvz., sunku lešas perkelti iš stacionarinio į ambulatorinį sektorių (ir atvirkščiai), jei paslaugos perkeliamos iš vieno sektoriaus į kitą. Taigi sistema nelanksti, turint galvoje principą "**pinigai seka paskui paslaugą**". Antra, sudėtinga, vedant derybas dėl lygegrečių sektorių biudžetų, suderinti, kad būtų laikomasi visų sveikatos

priežiūros sistemos išlaidų **visuotinio tikslo**. Trečia, pasirodė esą sunku realizuoti papildomus **sveikatos priežiūros tikslus**, esant įstatymiškai numatytoms pavienių biudžetų įgyvendinimo galimybėms.

Atsižvelgiant į daugybę sunkumų, kylančių dėl Vokietijos globalių, sektorių ir individualių biudžetų valdymo, atsirado nauja tendencija - siekti perkelti atsakomybę už biudžeto valdymą mažoms paslaugų teikėjų grupėms. Šiose nedidelėse **medicinos aprūpinimo grandyse** sudaromos nuo 25 iki 100 gydytojų grupės, jos valdo bendrą biudžetą, iš kurio finansuojamos ambulatorinio ir stacionarinio gydymo paslaugos (**mišrūs biudžetai**).

Dar vertėtų paminėti keletą kitų svarbių veiksnių, darančių įtaką sėkmingam biudžetų valdymui. Apdraustųjų juridinę teisę gauti medicinos paslaugas būtina suderinti su įstatymais, pagal kuriuos sudaromi biudžetai. Vokietijoje to nebuvo padaryta. Šia prasme ypatinga reikšmė tenka juridinei apdraustųjų teisei (visiškai nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros sistemos) pateikti ieškinį dėl tam tikrų paslaugų.

Empiriniai JAV duomenys rodo, kad vykdant biudžetavimą, paslaugų teikėjai maždaug vienodai paskirsto pageidautinas ir nepageidautinas paslaugas. Dar pastebėta, kad šio skirstymo forma yra socialiai netolygi. Todėl sveikatos priežiūros išlaidų biudžetiniame valdyme, būtina **teikiamų paslaugų kontrolė iš šalies**, kad nebūtų pažeistas socialinis teisingumas. **Kokybės garantavimas iš šalies** privalo užkirsti kelią paslaugų teikėjų mėginimams rinktis pacientus pagal rizikos laipsnį.

Svarbu atsiminti, kad sveikatos priežiūros išlaidų reguliavimas reikalauja **etinių ir politinių sprendimų** dėl siūlomų sveikatos priežiūros paslaugų pobūdžio ir apimtys. Tokių sprendimų neturėtų tiesiogiai priimti ligonių kasos. Paskutinis, vargiai išvengiamas, sveikatos biudžetų sudarymo padarinys yra **medicinos naujovių diegimo sulėtėjimas**.

Sveikatos priežiūros išlaidų valdymas per biudžetus parodė, kad lig šiol tai vienintelė priemonė, suteikianti galimybę veiksmingai kontroliuoti sveikatos sistemos išlaidas. Sveikatos priežiūros sistemos biudžetų (prasmingai sudarytų) pranašumas tas, kad jie lengvai suprantami, suderami ir administruojami. Tam galima priešinti kai kuriuos sveikatos priežiūros biudžetų trūkumus. Kaip ką tik buvo pažymėta, sveikatos priežiūros biudžetams būtina priimti etinius ir politinius sprendimus visuomeniniu lygiu. Jie privalo garantuoti paslaugų kokybę ir socialinę lygybę.

Otto von Bismarck, Vokietijos kancleris, privalomojo sveikatos draudimo tėvas yra pasakęs, jog visais socialinio draudimo valdymo klausimais jis nelaiko svarbiu nei mokslo, nei kitų visuomenės organinių darinių. Ši citata

turėtų priminti, kad biudžetus galų gale, kaip ir visus kitus sveikatos priežiūros dalykus, valdo politika, o ne mokslas.

**Sveikatos priežiūros paslaugų biudžetai
Teorija. Įgyvendinimas. Problemos**

Med. dr. Christoph Straub

VASAROS MOKYKLA

Jungtinis seminaras Estijai, Latvijai ir Lietuvai

1997 09 16 - 19, Pernu (Estija)

**Kodėl reikalingi sveikatos priežiūros
biudžetai?**

**Niekas kitas pasaulyje nepadedą išvengti tokios
gausybės nesąmonių, tik pinigų trūkumas**

**C.M. de Talleyrand
1754 - 1838**

Kodėl reikalingi sveikatos priežiūros biudžetai?

- Septintajame ir aštuntajame dešimtmečiuose vyko EBPO šalių sveikatos priežiūros sistemų plėtra
- Septintojo dešimtmečio viduryje visose EBPO šalyse prasidėjo sveikatos priežiūros sąnaudų krizė
- Pradėta intensyviai ieškoti veiksmingos sąnaudų sumažinimo strategijos

Sveikatos priežiūros biudžetai

- Sveikatos priežiūros biudžetų tipai
- Sveikatos priežiūros biudžetų administratoriai
- Sveikatos priežiūros biudžetų sudarymas
- Sveikatos priežiūros biudžetų prognozavimas
- Empiriniai rezultatai ir padariniai

Griežtą sveikatos priežiūros biudžetą garantuojantys veiksniai

- Išlaidų tikslai
(pvz., 1977 metais parengtos Suderintos veiklos akcijos rekomendacijos)
- Išlaidų “lubos” (didžiausios išlaidos)
 - a) prospektyviai sutartinės, **kompensuojamos**
 - b) prospektyviai fiksuotos, **nekompensuojamos**

Sveikatos priežiūros biudžetų tipai

- **Globalūs biudžetai (visi paslaugų teikėjai, visos paslaugos)**
- **Sektorijų biudžetai, pvz.:**
 - stacionarinės paslaugos (ligoninėse teikiamos paslaugos)
 - ambulatorinės paslaugos (priežiūra ambulatorinėse įstaigose)
 - Medikamentai
- **Individualūs biudžetai, skirti pvz.:**
 - viena ligoninė
 - vienas gydytojas (privati praktika)
 - vienas atvejis

Sveikatos priežiūros sistemų konvergencija

- Centralizuotose sistemose (pvz., NSAS) buvo įvesta individuali atsakomybė už biudžetą - “Fund Holding Practices” sistema
- Decentralizuotose sistemose (pvz., Vokietija) atsakomybės ribos išplėtos - Ligoninių asociacija buvo priversta prisiimti atsakomybę už sąnaudų mažinimą.

Sveikatos priežiūros biudžeto sudarymas I

- Daugeliu atvejų SP biudžetas sudaromas įvertinant ankstesnes išlaidas - “iš viršaus į apačią”
 - atsižvelgiama į ankstesnių išlaidų apimtį
 - atsižvelgiama į suteiktų paslaugų apimtį
- Tik Oregono plane buvo siekiama sudaryti demokratišką, (“iš apačios į viršų”) suformuotą, iš griežto biudžeto finansuojamą paslaugų rinkinį

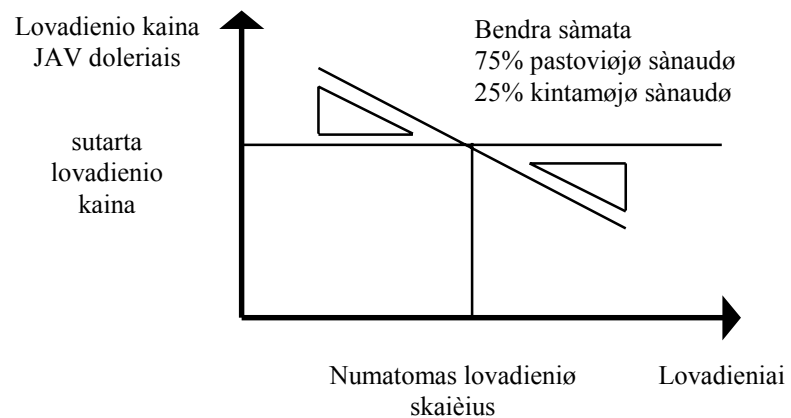
Sveikatos priežiūros biudžeto sudarymas II

- **SP biudžetui darantys įtaką veiksniai (numatymas)**
 - infliacijos lygio ir bendrojo vidaus produkto kitimas
 - apdraustųjų skaičiaus ir amžiaus struktūros kitimas
 - sergamumas (paklausa)
 - kainų kitimas (medikamentai)
 - paslaugas apmokančių struktūrų (ligonių kasos) pokyčiai
 - paslaugas teikiančių struktūrų (ligoninės) pokyčiai
 - medicininės inovacijos (medikamentai)
 - sveikatos priežiūros racionalizavimo galimybės

Sektorių ir individualių SP biudžetų pavyzdžiai

- **Sektorių biudžetas**, pvz.:
 - ambulatorinės sveikatos priežiūros sektoriaus biudžetas 1993-1996 m. (medikamentams)
- **Individualūs biudžetai**, pvz.:
 - prospektyvinis lankstus vienos ligoninės biudžetas 1984-1993 m.
 - “Praxisbudget”, 1997 m. II pusė
 - “Regelleistungsvolumina” 1998 m.

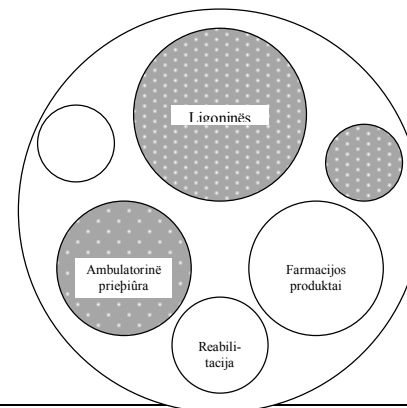
Prospektyviniai lankstūs ligoninių biudžetai 1984-1993 m.



Individualūs SP biudžetai

- “Praxibudget”, 1997 m. II pusė
-Privačios praktikos biudžetai, kurių pagrindą sudaro vidutinės tam tikros specialistų grupės išlaidos, susidariusios už suteiktas “žalias”, “geltonas” ir “raudonas” paslaugas, kompensacijos už brangiai kainavusius atvejus / specialūs siūlymai
- “Regelleistungsvolumina”, 1998 m.
- Privačios praktikos biudžetai, kurių pagrindą sudaro vidutinės tam tikros specialistų grupės išlaidos ir atvejų skaičius, gradavimas pagal atvejus ir technines paslaugas

Lygiagrečių SP biudžetų valdymo problemos



Naujovės

- Esant mišriam biudžetui, biudžetinė atsakomybė perduodama vietos lygmeniu veikiančiai paslaugų teikėjų grupei (privati praktika + stacionarinės paslaugos)
- 25-100 paslaugų teikėjų grupė valdo visoms ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms, farmacijos produktams, reabilitavimui skirtą biudžetą

SP biudžetų numatymo problemos (BVP ir atlyginimai)



Įprasti kompensavimo būdai

- **Kompensuojama tais pačiais išdo metais**
 - perspektyviniai lankstūs lovadienių pagrindu sudaryti biudžetai
 - apmokėjimo gradacija atsižvelgiant į atvejų arba techninių paslaugų skaičių
- **Kompensuojama kitais išdo metais**
- **Kompensuojami brangiai kainavę atvejai (individualūs biudžetai)**

Svarbūs sėkmingą SP biudžeto įgyvendinimą lemiantys veiksniai

- Juridinė apdraustųjų teisė ir teisminiai ieškiniai dėl apmokamų iš sveikatos draudimo paslaugų apimties
- Apdraustųjų galimybės imtis teisinių veiksmų, siekiant garantuoti sau konkrečių paslaugų teikimą

Empirinis SP biudžeto poveikis

- Esant biudžetavimui, gydytojai yra linkę nustatyti vienodą pageidautinų ir nepageidautinų paslaugų santykį
- Taip skirstyti paslaugas sudarant biudžetą socialiniu atžvilgiu neteisinga

SP biudžetų sudarymo padariniai

- Nepriklausoma kontrolė, siekiant išvengti socialinės nelygybės
- Nepriklausomas kokybės garantavimas, siekiant išvengti pacientų atrankos pagal rizikos laipsnį
- [Etiniai ir politiniai sprendimai sveikatos draudimo kompensuojamų paslaugų apimtį ir skaičiaus klausimais]
- Sulėtėjęs SP sektoriaus inovacijos procesas

SP biudžetų privalumai

- SP biudžetų sąlygomis galima veiksmingai kontroliuoti išlaidas
- SP biudžetus nesudėtinga suprasti, suderėti ir administruoti

SP biudžetų trūkumai

- SP biudžetai reikalauja etinių ir politinių sprendimų visuomenės lygmeniu
- SP biudžetai reikalauja priemonių, garantuojančių vienodą prieinamumą ir pakankamą paslaugų kokybę
- Įgyvendinant individualius SP biudžetus, diskriminuojami “geresni” paslaugų teikėjai

Apibendrinimas

- Buvo įrodyta, kad tik SP biudžetai padeda veiksmingai kontroliuoti išlaidas,

TAČIAU

- SP biudžeto poveikis paslaugų teikimui labai priklauso nuo paties biudžeto prigimties (tikslai, “lubos”, globalus, sektoriaus, individualus), biudžeto administratoriaus ir teisinės terpės
- SP biudžetai lėtina inovacijos procesą

Reikėtų įsiminti

- Biudžetai, kaip ir visa kita sveikatos priežiūros srityje, valdomi ne mokslo, o politikos

TURINYS

IŽANGINIS ŽODIS	3
SVEIKATOS DRAUDIMAS ESTIJOJE VAKAR, ŠIANDIEN IR RYTOJ	5
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA LATVIJOJE.....	11
Sveikatos priežiūros finansavimo reforma latvijoje	11
Latvijos sveikatos priežiūros pietryčių regionas	12
Vieno miesto centralizuoto vaistų ir medicininės įrangos pirkimo patirtis	13
Sveikatos priežiūros reforma latvijoje: regioninės ligonių kasos	13
Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas latvijos ir estijos pasienio zonoje	14
Sveikatos priežiūros reformos problemos jelgavos rajone	15
LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA IR SVEIKATOS DRAUDIMAS	16
DABARTINĖ LIETUVOJE ĮGYVENDINAMO SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTRA, TENDENCIJOS IR PROBLEAMOS.....	30
Įmokos	30
Ligonių kasos.....	31
Sveikatos draudimo biudžeto planavimas ir sudarymas	32
Savanoriškas sveikatos draudimas	33
Sveikatos draudimo informacinė duomenų bazė.....	33
VOKIETIJOS PRIVALOMO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS POKYČIAI 1996/1997 METAIS.....	36
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BIUDŽETAJ	48
TURINYS.....	67

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA:
ESTIJA, LATVIJA, LIETUVA, VOKIETIJA
1998

Leidinių parengė:
Romualdas Buivydas

Išleido:
Sveikatos Ekonomikos Centras
Gedimino pr. 27, Vilnius. SL 2217
E-mail: buivydas@pub.osf.lt.

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

Spausdino Lietuvos informacijos instituto spaustuvė,
Totorių 27, 2001, Vilnius
Parengta spaudai 1998 24 02. Tiražas 500 egz. Užsakymo nr. 51

