

SVEIKATOS POLITIKOS ANALIZĖ

PHARE projektas: OSS 98-5320, LI9704/0201

**“PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTRA
LIETUVOJE”**

Gediminas Černiauskas*

Markus Schneider**

1999 m. balandis, Vilnius

*SEC, Savičiaus 6-18, LT-2001 Vilnius, e-mail: sec@takas.lt

** BASYS, Reisingerstr. 25, D-89159 Augsburg, e-mail: basys@basys.de

1. SANTRAUKA

1998 rugsėjo 8 d. ES Delegacija Lietuvoje konsorciui Health Framework pateikė užsakymą išanalizuoti privalomojo sveikatos draudimo srityje susidariusią situaciją ir nedelsiant suorganizuoti mokymo kursus finansų valdymo ir planavimo srityse, kurie būtų skirti tiek vykdomajam, tiek ir strateginiam lygmeniui. Minėtasis užsakymas taip pat apėmė ir prašymą išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros politiką, pagrindinį dėmesį skiriant apskaitos procedūroms ir atskaitomybės klausimams.

Ataskaitoje apie vykdomą sveikatos priežiūros politiką stojimo į Europos Sąjungą kontekste analizuojamos dvi sveikatos priežiūros sritys, t.y. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą sudarančių institucijų tinklas ir galimybė taikyti Europos Sąjungos teisės aktus.

1997-1998 metais įdiegdama sveikatos draudimo sistemą Lietuva ženkliai reformavo institucinę sveikatos sistemos sąrangą. Pagrindinės sveikatos sistemos plėtros gairės yra nustatytos demokratiškai išrinkto Parlamento (LR Seimo). Įstatymu yra nustatyti valdymo sprendimu pasiskirstymo tarp Vyriausybės, privalomojo sveikatos draudimo (PSD) sistemos ir savivaldybių principai. Sukurta ir stiprėja Gydytojų sąjunga bei kitos profesinės medikų sąjungos. Nevyriausybinės organizacijos yra atstovaujamos Nacionalinėje sveikatos taryboje bei Privalomojo sveikatos draudimo taryboje. Bendrosios sveikatos sistemos raidos 1997-1998 metais tendencijos yra vertintinos teigiamai. Kita vertus, dar egzistuoja galimybių patikslinti Vyriausybės, PSD ir savivaldybių atsakomybę investicijų, sveikatos priežiūros strateginio planavimo ir sprendimų įgyvendinimo sferose. PSD ateityje turėtų įgyti daugiau galių investicijų finansavimo bei kokybės kontrolės srityse. Sveikatos apsaugos ministerija matomai pagrindinį dėmesį kreips strategijos formavimui ir kontrolei.

Ataskaitoje yra nagrinėjama sveikatos sektoriaus ekonomikos raida. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos padidėjo nuo 5.8 procento BVP 1996 metais iki 6.6 procento BVP 1997 metais. 1998 metais buvo užtikrintas stabilus PSD finansavimas. Kita vertus, PSD turėtų daugiau akcentuoti kaštų ribojimo, kokybės

kontrolės ir investicines priemones. Atkreiptinas dėmesys į tai, jog 1998 metais savivaldybės sumažino investicijas į sveikatos priežiūrą. Dalis savivaldybių vadovų galvojo, kad PSD turi padengti visus sveikatos priežiūros kaštus ir neatsižvelgė į tai, jog PSD nefinansuoja didžiųjų investicijų. Pageidautina, kad transferų tarp valstybinio valdymo institucijų sistema būtų skaidresnė. Atkreiptinas dėmesys į tai, jog dauguma ūkininkų bei apie 90 procentų kitų asmenų privalančių savarankiškai mokėti PSD įmokas šių įmokų nemoka.

Trečioji nagrinėta sritis yra galimybių integruotis į Europos Sąjungą vertinimas. Vidutinė būsimojo gyvenimo trukmė Lietuvoje išaugo nuo 68.7 metų 1994 metais iki 71.4 metų 1997. Šio rodiklio požiūriu buvo pasiektas 1990 metų lygis Lietuvoje bei Vidurio ir Rytų Europos šalių vidurkis. Kita vertus, kokybės užtikrinimo priemonių diegimas Lietuvoje tik pradedamas.

Nors dar anksti kalbėti apie Lietuvos integraciją į vidinę Europos sąjungos rinką kaip įvykusį faktą yra pageidautina kad būtų kuriama, integracijos į Europos Sąjungos sveikatos sektoriaus darbo, technologijų ir paslaugų rinkas nacionalinė strategija. Iki įstojant į Europos Sąjungą turėtų būti panaikinti egzistuojantys darbo ir kapitalo judėjimo apribojimai.

Ketvirtoji nagrinėta sritis tai valdymo pajėgumai. Sveikatos sektoriaus valdymas Lietuvoje neabejotinai pagerėjo. Kita vertus, valstybinio valdymo kokybė nukenčia dėl nepakankamai tiksliai apibrėžtos atsakomybės, ribotos personalo kvalifikacijos apskrityse ir savivaldybėse, strategijos ir netgi politinės valios spręsti tokias problemas kaip neteisėti pacientų mokėjimai bei medikų klaidos ribotumo. Pažymėtina, jog valstybiniame sveikatos valdyme Lietuvoje dirba gerokai mažiau žmonių nei Europos Sąjungos ir netgi pirmaujančiose Vidurio ir Rytų Europos valstybėse.

Atkreiptinas dėmesys į ribotą bendrą su kitomis Vidurio ir Rytų Europos valstybėmis projektų skaičių. Kooperacija regione turėtų būti ryškiau akcentuojama kaip vienas politikos prioritetų.

Ataskaitoje nebuvo galima apžvelgti visų Lietuvos sveikatos politikos aspektų. Pavyzdžiui, nuodugnai nebuvo analizuojama visuomenės ir proto sveikata, farmacinė politika, ilgalaikė svei-

katos priežiūra. Kita vertus, paaiškėjo, kad Lietuvoje jau sukurti solidūs sveikatos paslaugų teikimo ir finansavimo plėtros instituciniai pagrindai. Dabartiniu metu prioritetas skirtinas reformos konsolidavimui bei valdymo pajėgumų stiprinimui. Konsolidavimas, visu pirma, reiškia būtinybę tolygiai paskirstyti sveikatos finansavimo našta. Šiame kontekste naudinga būtų atlikti išsamią ūkininkų ir laisvųjų profesijų atstovų socialinio draudimo, išskiriant sveikatos draudimą, analizę.

2. ĮVADAS

Žlugus Sovietų Sąjungai ir palaipsniui atkūrus nepriklausomybę, Lietuvos politikos kūrėjai visą dėmesį sutelkė į struktūrinius ir institucinius pokyčius, rinkos mechanizmus ir sveikatos draudimo sistemos kūrimą, pirminės sveikatos priežiūros reformas bei naują požiūrį į visuomenės sveikatą. Žinoma minėtieji bandymai turėjo ir trūkumų, kurių didžiąją dalį lėmė pirmaisiais reformų metais įvykęs ekonominių sunkumų sąlygotas žymus valstybės pajamų sumažėjimas.

1 lentelė: Lietuvos sveikatos priežiūros reformos istorija

1988	<p>Viešos diskusijos apie Semaškos sveikatos priežiūros sistemos transformavimą apėmė šiuos bendruosius politikos aspektus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perėjimą nuo finansavimo iš mokesčių prie finansavimo iš surenkamų sveikatos draudimo įmokų; • principo, jog pinigai turi sekti paskui pacientą, įgyvendinimą; • valstybinio Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus administravimo atskyrimą nuo Sovietų Sąjungos sveikatos priežiūros sektoriaus administravimo; • palaipsnių finansavimo pagal sąmatos straipsnius atsisakymą
1990 kovo 11d.	Lietuvos Respublikos Seimas paskelbė Lietuvos Respublikos nepriklausomybę.
1991	Patvirtintas Farmacijos įstatymas.
1991 gegužė	<p>Patvirtintas Socialinio draudimo įstatymas, davęs pradžią privalomojo socialinio draudimo plėtrai nacionaliniu lygmeniu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 procentiniai punktai socialinio draudimo imokos tarifo (apmokestinamas darbo užmokesčio fondas) skiriami sveikatos

	<p>priežiūrai ir apie 2 procentiniai punktai skiriami išmokoms laikino nedarbingumo dėl sveikatos atveju;</p> <ul style="list-style-type: none"> • įdiegta sistema apėmė dalį su sveikatos priežiūra susijusių išmokų (vaistų ir sanatorinio gydymo kompensavimą); • Įsteigta Valstybinė socialinio draudimo valdyba (SODRA) su vietos padaliniais kiekvienoje savivaldybėje;
1991 spalis	<p>LR Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją, išreiškiančią politinį Valstybės siekį:</p> <ul style="list-style-type: none"> • įgyvendinti aktyvią ir į pirminę sveikatos priežiūrą bei prevenciją orientuotą sveikatos priežiūros politiką; • įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą, sukuriant sistemą, apimančią tiek finansavimą iš bendrai surinkamų mokesčių, tiek ir iš sveikatos draudimo įmokų.
1991	<p>Valstybinio sveikatos priežiūros administravimo decentralizavimas</p> <ul style="list-style-type: none"> • pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir dauguma antrinės sveikatos priežiūros įstaigų perduota savivaldybių kompetencijai; • valstybinis šių įstaigų finansavimas pradėtas vykdyti per savivaldybių biudžetą.
1992	<p>Universitetinio sveikatos priežiūros darbuotojų ruošimo reforma.</p>
1992	<p>LR Vyriausybės nutarimu įkurta Valstybinė ligonių kasa (VLK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • VLK su tretinio lygio ligoninėmis pasirašo nelimituotas sutartis; • minėtose ligoninėse įdiegta mokėjimo už

	gydytų pacientų skaičių sistema.
1993	Įsteigtas Sveikatos apsaugos reformos biuras.
1992-1995	Viešos diskusijos būsimosios sveikatos priežiūros finansavimo ir administravimo sistemos funkcijų ir struktūros klausimais.
1994 liepa	Priimtas Sveikatos sistemos įstatymas, sudaręs teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžęs valstybinių valdymo subjektų vaidmenį.
1995 liepa	Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas.
1995 spalis	Alkoholio kontrolės įstatymas.
1996 sausis	Tabako kontrolės įstatymas.
1996 balandis	Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas.
1996 gegužė	<p>Patvirtintas Sveikatos draudimo įstatymas (SDĮ), 1997 sausio 1d. skelbiantis sveikatos priežiūros finansavimo reformos pradžia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • visi Lietuvos Respublikos gyventojai turi būti apdrausti; • sveikatos draudimo lėšos kaupiamos sveikatos draudimo įmokų ir valstybės biudžeto įmokų pagrindu; • kiekvienoje apskrityje turi būti įkurti regioniniai VLK padaliniai – teritorinės ligonių kasos (TLK) su stebėtojų tarybomis; • už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas turi būti mokama pagal TLK ir tokią pagalbą teikiančios įstaigos pasirašytas sutartis ir vadovaujantis visos šalies

	lygiu nustatytais įkainiais.
1996 birželis	<p>Priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (SPIĮ).</p> <ul style="list-style-type: none"> • valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms šis įstatymas suteikė daug daugiau teisių ir atsakomybės; • Įstaigose turi būti įkurtos stebėtojų tarybos.
1996 ruduo	Rengiami SDĮ ir SPIĮ papildantys poįstatyminiai aktai, vietose įsteigti privalomojo sveikatos draudimo padaliniai (teritorinės ligonių kasos arba TLK).
1996 gruodis	Priimtos SDĮ pataisos, pagal kurias galutinis sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimas atidedamas iki 1997 liepos 1d.
1997 sausis	Iš dalies pradėtas įgyvendinti privalomasis sveikatos draudimas, pavyzdžiui sudarytas atskiras nuo valstybės biudžeto sveikatos draudimo biudžetas.
1997 pavasaris	Priimta dauguma SDĮ papildančių poįstatyminių aktų, daugiau nei 50 procentų gyventojų prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų. Toliau vyksta TLK aprūpinimas darbuotojais.
1997 gegužė	Įsigaliojo 1996 spalį priimtas Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.
1997 liepa	TLK pradėjo pasirašinėti sutartis su paslaugų teikėjais.
1997 spalis	Visos šalies visuomeninės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pradėtos finansuoti sutarčių pagrindu. Pagal prisirašiusių gyventojų skaičių mokama už PSP paslaugas, o už stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas mokama pagal guldytų pacientų skaičių.

1997 ruduo	Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos perorganizuotos į viešąsias (ne pelno) įstaigas.
1998 sausis	Viešosiose (ne pelno) įstaigose diegiami tarptautiniai apskaitos principai.
1998 kovas	Privalomojo sveikatos draudimo sistemoje įdiegta vidinio stebėjimo sistema.
1998 gegužė	Surengta Nacionalinė papildomo sveikatos draudimo konferencija, kurios metu buvo patvirtintos tolimesnės veiklos šioje srityje gairės.
1998 vasara	Daugiau nei 80 proc. gyventojų prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų.
1998 ruduo	VLK ir SAM susitarė dėl nacionalinių tolimesnės privalomojo sveikatos draudimo plėtros gairių: <ul style="list-style-type: none"> • sveikatos priežiūros finansavimo rizikos paskirstymo modelis; • dalinis mokėjimų pagal guldymo į ligoninę atvejų skaičių desagregavimas; • vidinės kontrolės mechanizmų įgyvendinimas (pvz.: gydytojų veiklos protokolai, skirti naudoti institucijos viduje) Patvirtintos medicininio audito taisyklės.
1998 gruodis	Nacionalinės sveikatos tarybos kasmetinės ataskaitos ir sveikatos draudimo reformos įgyvendinimo rezultatų pristatymas LR Seime.

1996-1998 metais Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus reformų srityje buvo padaryta žymi pažanga. Po 1991-1996 metais vykusių diskusijų, Lietuvos Respublikos Seimas priėmė pagrindinius teisės aktus (Sveikatos draudimo įstatymą, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą), kurie, kartu su Sveikatos priežiūros sistemos įstatymu sudarė tvirtą teisinį pagrindą reformoms įgyvendinti. Prasidėjo minėtųjų įstatymų įgyvendinimas nacionali-

niu lygmeniu. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos finansavimas buvo susietas su jų teikiamomis paslaugomis, o valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms buvo suteikta daugiau veiklos laisvės ir atsakomybės. Po minėtųjų veiksmų teisės aktų priėmimo ir reformų institucinės sąrangos srityse sekė radikalūs pokyčiai sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje (žr. 2 lentelę). Dabartiniu metu apie 84 procentai visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo administruojama PSD

2 lentelė. Pagrindiniai visuomeniniai sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai

	Socialinio draudimo fondas		Valstybės biudžetas		Savivaldybių biudžetas	
	Tūkst. Lt.	% dalis	Tūkst. Lt.	% dalis	Tūkst. Lt.	% dalis
1992	6225	5	399989	31	81800	64
1993	50151	12	136681	32	239316	56
1994	121733	15	263608	33	407112	51
1995	185128	17	315602	29	570252	53
1996	252433	19	436342	33	645012	48
1997	1572465*	84	298175**	16		

- *įskaitant sveikatos draudimą
- **iš valstybės ir savivaldybių biudžetų kartu paėmus

Paslaugų pirkėjai ir paslaugų teikėjai oficialiai suvokiami kaip atskiri ūkio subjektai. Pastebėti teigiami veiklos produktyvumo pokyčiai (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Lietuvos ligoninių sektoriaus veikla

	1993	1995	1997
Ligoninių lovų skaičius 10 000 gyv.	117,3	108,5	98,4
Vidutinė gulėjimo trukmė	16,7	14,7	12,9

Dėl sveikatos priežiūros srityje vykdomos reformos ir bendro socialinės bei ekonominės situacijos pagerėjimo gyventojų sveikatos būklė nustojo blogėti, o paskutiniaisiais metais net išaugo (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Būsimojo gyvenimo vidutinė trukmė

	1990	1994	1996	1997
Numatoma būsimojo gyvenimo vidutinė trukmė, metais	71,5	68,7	70,5	71,4

Tačiau sveikatos priežiūros sistemos valdyme problemų kelia ne tik ekonominė krizė Rusijoje bet ir iš anksčiau paveldėta nepakankamai finansuojama ir struktūriškai nesubalansuota sveikatos priežiūros sistema. Toliau vykdant reformas pažymėtini šie tikslai:

- Pakeisti sveikatos priežiūros sistemos orientaciją, kad dėmesio centru vietoj gydymo taptų prevencija.
- Restruktūrizuoti sveikatos priežiūros sistemą ir racionalizuoti teikiamas paslaugas.
- Gerinti teikiamų paslaugų kokybę.
- Gerinti sistemos teisinę bazę ir sveikatos sistemos valdymą.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reforma yra tęstinis procesas, todėl 1998 rugsėjo 8 d. ES Delegacija Lietuvoje konsorciui Health Framework pateikė užsakymą išanalizuoti privalomojo sveikatos draudimo srityje susidariusią situaciją ir nedelsiant suorganizuoti mokymo kursus finansų valdymo ir planavimo srityse, kurie būtų skirti tiek vykdomajam, tiek ir strateginiam lygmeniui. Minėtasis užsakymas taip pat apėmė ir prašymą išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros politiką, pagrindinį dėmesį skiriant apskaitos procedūroms ir atskaitomybės klausimams.

Ataskaitoje apie vykdomą sveikatos priežiūros politiką stojimo į Europos Sąjungą kontekste analizuojamos dvi sveikatos priežiūros sritys, t.y. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą sudarančių institucijų tinklas ir galimybė taikyti Europos Sąjungos teisės aktus.

3. METODOLOGINIS POŽIŪRIS

3.1 Sveikatos priežiūros sistemos analizė

Teisingas sveikatos priežiūros sistemoje susidariusios situacijos suvokimas yra sėkmingos sveikatos priežiūros reformos politikos plėtros garantas. Analizuojant sveikatos priežiūros sistemą didžiausias dėmesys skiriamas pagrindinių šios sistemos dalyvių tarpusavio sąveikai, atsakomybei, sugebėjimui atlikti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo funkcijas, bei su rizika sveikatai susijusių įstatyminių nuostatų įgyvendinimui. Restruktūrizuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų finansavimo šaltinius siekiama pagerinti Vyriausybės ir savivaldybių, Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų pajėgumą atlikti jiems priskirtas finansavimo funkcijas. Tačiau visos priemonės turi poveikio taip pat ir namų ūkių bei įmonių perkamajai galiai. Visose sveikatos priežiūros sistemose riziką dalinasi skirtingi sistemos dalyviai. Norint užtikrinti fiskalinį sistemos balansą, sveikatos priežiūros finansavimo riziką reikia paskirstyti atsižvelgiant į suinteresuotųjų asmenų perkamąją galią.

Analizuojant sveikatos draudimo sistemos ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sutartinius santykius naudojamas institucinis požiūris¹ geriausiai padeda apibūdinti informacijos asimetriškumo, nuosavybės teisių ir sveikatos priežiūros rinkose sudaromų sandorių kaštus bei jų sutartinio ir organizacinio valdymo poveikį. Šalyje veikiančių institucijų tinklas, kaip kad įrodė Douglas North'as, Robertas Thomas ir kiti ekonomistai, yra svarbi išankstinė sąlyga, garantuojanti veiklos efektyvumą ir nenutrūkstamą ekonominį augimą. Šis teiginys galioja ir sveikatos priežiūros sektoriuje, kuriam dėl rinkos nesėkmių, išorinių faktorių ir informacijos asimetriškumo reikalingas ypatingas valstybės reguliavimas.

¹ Žr. Williamson O.E. Markets and Hierarchies, Free Press 1975; Richter R., Furubotn E.G., Neue Institutionenökonomik, Mohr Siebeck, 1996.

3.2 Nuosavybės teisės

Ekonomikos teorijoje visuotinai pripažįstama, kad bet kokio produkto tiekėjui privati nuosavybė yra veiksminga paskata siekti maksimalaus pelno, o tai, esant reikiamai sistemai, tuo pačiu įgalina ir iki minimumo sumažinti sąnaudas bei maksimaliai pagerinti visuomenės gerovę. Tačiau stipriu polinkiu į rinkos nesėkmes pasižyminčiame sveikatos priežiūros sektoriuje privatizacijos rezultatai toli gražu nėra tokie vienareikšmiški. Privatiems ūkio subjektams tinkančią paskatų sistemą nėra taip lengva apibrėžti, be to ji priklauso nuo daugybės šiam konkrečiam sektoriui būdingų ir bendruomenėje egzistuojančių bendro pobūdžio kintamųjų.

Ligoninių ir poliklinikų veiklą reglamentuoja šių įstaigų vadovų sprendimai, darbo įstatymų kodeksas, bendrosios nuosavybės teisės ir visuomenėje priimtose elgesio taisyklės. Valstybės reguliavimas, įgijęs sveikatos priežiūros ir darbo saugos srityje galiojančių teisės aktų formą, sudaro dalį taisyklių, reglamentuojančių sveikatos priežiūrą sveikatos priežiūros institucijose. Visos kitos sukakčių šventimą, atsakomybę už netinkamą elgesį ir kitas panašias sritis reglamentuojančios taisyklės remiasi kultūrinio paveldu. Valstybės reguliavimas daro poveikį privačiame sektoriuje nusistovėjusioms taisyklėms, jas remia arba modifikuoja. Kadangi didžioji dalis elgesio taisyklių yra užkoduota bendrosios teisės arba civilinės teisės nuostatose, riba tarp valstybinio ir individualaus reguliavimo ne visuomet aiškiai junta.

Taigi, suteikti valstybinėms įstaigoms autonomiją reiškia ne suteikimą joms visiškos autonomijos naudotis nuosavybės teisėmis. Tai reiškia duoti joms daugiau autonomijos dviejose konkrečiose srityse. Visų pirma, autonomiją turinčių įstaigų vadovai gauna daugiau laisvės savarankiškai tvarkytis įstaigos viduje. Tokiu būdu įstaigos vadovybei suteikiama daugiau galimybių savarankiškai plėtoti žmogiškuosius išteklius, o tai liečia darbuotojų samdymą, atleidimą iš užimamų pareigų, vidinę drausmę, kėlimą pareigose, skatinimo priemones ir mokymą. Antra, autonomiją turinčios valstybinės įstaigos gauna daugiau laisvės ir finansinės veiklos srityje, t.y. jos gali savarankiškai spręsti

kaip joms geriausiai panaudoti, tarkim, ligoninės gautas pajamas.

Valdymo pajėgumų ir kontrolės procedūrų lygiagrečiai plėtra yra reikšmingi įstaigų savarankiškumo vystymosi elementai.

3.3 Atskaitomybė

Atskaitomybė yra vienas pagrindinių tikslų ir įrankių, padedančių užtikrinti rinkos dalyvių patikimumą vieni kitų atžvilgiu. Tuomet iškyla klausimas kas, kam ir už ką yra atskaitingas. Būtų naudinga išskirti klinikinę, finansinę ir valstybinę atskaitomybę. Pirmoji iš trijų ką tik paminėtų sąvokų yra susijusi su veiklos efektyvumu, antroji - su ekonominiu efektyvumu, o trečioji - su teisumu.

3.3.1 *Klinikinė atskaitomybė*

Klinikinė atskaitomybė turi teigiamos įtakos efektyvumui. Tradicinės profesinės etikos gairės skatina gydytojus užsiimti gera medicinos praktika. Etikos gairės, visų pirma, svarbios tuo, kad jos veikia tarsi vidinė sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios institucijos kontrolė. Profesinės sveikatos priežiūros darbuotojų etikos normų taikymas padeda užtikrinti, kad sveikatos priežiūros specialistų darbas geriausiai atitiktų paslaugų vartotojų poreikius. Reikėtų pabrėžti, kad terminas "etika" šiame kontekste yra vartojamas turint omenyje medicininį, o ne ekonominį jo aspektą. Tiesą sakant, profesinės etikos kodeksas tik dar kartą leidžia patikinti pacientą, kad medicininis priežiūros aspektas yra atskirtas nuo ekonominio. Toks požiūris lemia tai, kad sveikatos priežiūros proceso rezultato prigimtį sąlygojantis profesinis sveikatos priežiūros darbuotojų elgesys, silpnai susieti su šiam procesui reikalingų išteklių sąnaudomis. Tokiu būdu, tarp paciento ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo susiklostę institucinio pobūdžio ryšiai gali sąlygoti skirtumą tarp etinių normų ir ekonominių apribojimų (McGuire et. al. p. 17).

Tarptautinių ir šalies viduje atliekamų tyrimų rezultatai rodo, kad didžioji dalis teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų yra visiškai neefektyvios, o kartais net ir kenkia pacientų sveikatai. Todėl greta etikos gairių reikalinga ir klinikinė atskaitomybė.

Tačiau pastaroji yra artimai susijusi su patikimos informacijos įsigijimu, analize ir platinimu. Kolegų atliekama analizė, kokybės užtikrinimo sistema, ir reikalavimai, kuriuos vyriausybė kelia ataskaitiniam procesui, darosi vis griežtesni ir reiklesni. Atliekant tyrimus vis dažniau naudojami epidemiologiniai duomenys, duomenys apie didelės rizikos pacientų grupes ir ligų prevenciją. Naujų medicininių technologijų atsiradimas ir besiformuojančios socialinės ir medicininės sistemos sąlygoja vis didesnių ir platesnių sveikatos priežiūros duomenų bazių formavimąsi. Medicininių duomenų ir informacinių sistemų reguliavimas tapo sudėtinga sritimi.

Auditas yra suvokiamas kaip cikliška veikla, apimanti standartų kūrimą, veiklos stebėjimą, nuokrypių identifikavimą, pokyčių įgyvendinimą, siekiant pagerinti susidariusią padėtį, bei standartų peržiūrą, atliekamą prieš pakartotinai pereinant visą ciklą nuo pat pradžių.

Lietuvos sveikatos politika pabrėžia kokybės užtikrinimo sistemos reikšmingumą. Kita vertus, kompleksinis šios sistemos diegimas tik prasidėjo.

3.3.2 *Finansinė atskaitomybė*

Finansinė atskaitomybė padeda užtikrinti ekonominį efektyvumą. Norint atlikti išorinį palyginimą, visose ūkio šakose ir visose valstybinio sektoriaus srityse vykdoma finansinė atskaitomybė yra reguliuojama. Informacinių sistemų kūrimas laikytinas vienu iš atskaitomybės sistemos pažangumo lygio rodikliu. Tradiciškai minėtosios sistemos yra orientuotos į finansinę atskaitomybę (t.y. į tai, ar pinigai buvo panaudoti tam, kam jie buvo skirti), o ne į tai, kad būtų užtikrintas reikiamų ir reikiamos kokybės paslaugų teikimas reikiamomis sąnaudomis. Informacija apie ligoninių veiklą paprastai renkama lėtai, yra netiksli ir netinkama. Tačiau ligoninės ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos priskiriamos grupei organizacijų, kurių valdymas yra itin sudėtingas, o pačiam valdymo procesui reikalingi patikimi duomenys apie veiklą ir išlaidas. Informacinių sistemų pasiūla rinkoje egzistuoja. Dauguma šių sistemų yra geros, tačiau jos gali netenkinti visų vietose egzistuojančių poreikių. Vadovams reika-

lingos informacijos surinkimą garantuojančių duomenų rinkimo procedūrų kūrimas reikalauja daug laiko sąnaudų ir finansinių išteklių bei pastangų.

Tačiau net ir puikiausia duomenų bazė bus bevertė, jei neatsiras vadovo, kuris sugebėtų ja tinkamai pasinaudoti. Vadovų rengimas yra vienas pagrindinių uždavinių, su kuriais susiduria daugelis šalių, ir reikalauja didelių laiko sąnaudų. Jei kuri nors valstybė planuoja per penketą metų savo sveikatos priežiūros sistemą pradėti finansuoti sveikatos draudimo pagrindu, tai jai tikriausiai prireiks penkerių metų, kad suformuotų tinkamai paruoštą sveikatos priežiūros institucijų vadovų branduolį. Atsižvelgiant į vietose turimus išteklius, kai kuriuos vadovus gali prireikti nusiųsti pasimokyti ir padirbti užsienyje.

Neturint gerai veikiančių apskaitos ir finansavimo sistemų, savalaikės ir tikslios informacijos apie įstaigų veiklą bei gerai paruošto personalo, nėra ko nė svajoti apie galimybę turėti efektyvią autonomiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sistemą. Vietoj pastarosios, tikriausiai, matytumėme aibės finansinių problemų prislėgtus paslaugų teikėjus ir to sąlygotą nutrūkstamą paslaugų teikimo grandinę.

3.3.3 Valstybinė atskaitomybė

Reguliavimas įdiegiant atskaitomybės procedūrą yra apibūdinamas kaip mechanizmas, kuriam esant individai ir organizacijos atsako už savo pačių veiksmus. Valstybinė atskaitomybė apima tuos mechanizmus, kuriems esant valstybės subjektai, o mūsų atveju, įstatymų pagrindu veikiančios valstybinio reguliavimo subjektai, atsako už savo pačių veiksmus. Tai, jog valstybinį reguliavimą vykdančios subjektai privalo atsiskaityti už savo veiklą visuomenei yra įprastas reiškinys. Paprastai valdininkų ataskaitos būna teigiamos, todėl yra naudinga turėti nepriklausomas institucijas, galinčias kontroliuoti reguliavimą vykdančių subjektų veiklą bei pateikiamus rodiklius ir informacijos apie sveikatos priežiūros sistemos, kaip visumos, plėtrą bei konkrečią sveikatos priežiūros rinką objektyvumą.

Šiuolaikiniuose pasvarstymuose apie administracinę teisę ir procedūras atskaitomybė artimai siejama su tokiomis vertybėmis

kaip skaidrumas ir dalyvavimas. Reguliuojančio pobūdžio sprendimų priėmimo procese skaidrumas reiškia, jog individai, kuriems tie sprendimai turės įtakos:

- yra informuojami apie minėtuosius sprendimus dar prieš juos priimant;
- turi galimybę stebėti sprendimų priėmimo procesą;
- turi galimybę susipažinti su reikšmingais dokumentais.

Visa tai reikalauja oficialios bazinės informacijos apie valstybinį reguliavimą. Skaidrumas natūraliai siejasi su antruoju administracinės teisės ir praktikos srityje gerbiamu terminu – dalyvavimu. Pacientų organizacijų ir paslaugų teikėjų interesus atstovaujančių grupių dalyvavimas, kaip ir viešosios veiklos skaidrumas, demokratinei visuomenei yra gyvybiškai būtinas komponentas. Tai, kad Lietuvos statistika kas ketvirtį skelbia SODROS ir VLK finansinės veiklos rezultatus padeda visuomenei kontroliuoti socialinio draudimo raidą.

Pokomunistinėse valstybėse skaidrumas ir dalyvavimas yra naujos vertybės. Janosas Kornai pabrėžia skaidrumo svarbą pokomunistinėje visuomenėje. Jis teigia, kad “Ištisus dešimtmečius į žmonių sąmonę buvo brukama doktrina, kad už sveikatos priežiūrą ir švietimą nereikia mokėti.² Pasipriešinimas reformai, kurios pagrindinis tikslas yra decentralizacija, bus žymiai mažesnis, jei piliečiai supras, jog visa valstybės finansuojamų paslaugų našta gula ant jų pečių, ir jei suvoks tikrąją šios naštos svorį”. Jis taip pat pabrėžia spaudos, kaip nepriklausomos institucijos, galinčios kontroliuoti valstybinio reguliavimo funkciją atliekančius subjektus, vaidmenį.

Yra keletas tvirtų argumentų, išryškinančių atskaitomybės svarbą sveikatos priežiūros rinkų ir sveikatos draudimo reguliavimo srityje. Vienas iš svarbių klausimų yra privačiame sektoriuje veikiančių organizacijų pasitelkimas teikti valstybės finansuojamas paslaugas. Antrasis svarbus klausimas yra tai, kad už teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas paprastai moka ta su-

² Vengrijoje atliktų viešosios nuomonės tyrimų rezultatai parodė, kad tik penktadalis visų apklaustųjų sugebėjo nemokamos sveikatos priežiūros sąlygotos ir mokesčių mokėtojams tenkančios naštos dydį nustatyti 25 proc. tikslumu. Likusieji apklausos dalyviai atsakė dar netiksliau arba visai neatsakė į jiems pateiktą klausimą.

tarties šalis, kuri tiesiogiai pačiame paslaugų pirkimo procese nedalyvauja. Trečioji problema yra ta, kad pacientai yra lengvai emociškai pažeidžiami, ir paprastai aptariamą sritį išmano žymiai silpniau nei iškilusią problemą nustatanti ir patarančioji šalis (gydytojai) (Gray, 1991). Todėl atskaitomybės reguliavimo srityje imamasi įvairių priemonių, siekiant garantuoti skaidrų paslaugų teikėjų veiklos fiksavimą.

Reguliavimas per atskaitomybę turi padėti siekti trijų jau anksčiau minėtų tikslų, t.y. veiklos efektyvumo, ekonominio efektyvumo ir teisingumo. Akivaizdu, kad norint įgyvendinti minėtuosius tikslus, prireiks įgyvendinti keletą skirtingų priemonių derinį.

Šios priemonės tai: 1) finansuojančios institucijos finansuojamų paslaugų paketas; 2) nuosavybės teisių apribojimai; 3) patekimo į rinką taisyklės; 4) audito gairės; 5) mokėjimo už paslaugas metodas; 6) apskundimo procedūros, ir t.t. Turint omenyje sveikatos priežiūros rinkos reguliavimą ir paslaugų teikėjų bei reguliavimo funkciją atliekančių subjektų turimos informacijos asimetriją, kyla klausimas, kaip galima būtų motyvuoti paslaugų teikėjus dirbti efektyviai ir teikti aukštos kokybės paslaugas. Viena svarbių priemonių, padedančių užpildyti susidariusią informacijos spragą, yra specialių žinių kaupimas reguliavimo funkciją atliekančių subjektų lygmenyje. Specialiosios institucijos, užsiimančios konkrečių sveikatos priežiūros rinkos segmentų veiklos kokybės klausimų reguliavimu, būtų vienas iš galimų atsakymų į anksčiau pateiktą klausimą. Antrasis galimas atsakymas yra paslaugų teikėjų savivalda.

3.4 Reikalavimai, kuriuos privalu tenkinti, norint tapti Europos Sąjungos nare

Sveikatos priežiūros sektorių reglamentuojančiuose teisės aktuose, kuriuose ypatingas dėmesys skiriamas šios srities organizacinei struktūrai, finansavimui ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, yra nurodoma, jog sveikatos priežiūros sektorius yra viena iš Europos Sąjungos ūkio sričių, kurioje visų pirma galioja subsidiarumo principas. Nepaisant to, 1997 metų liepos mėnesį Europos Komisija savo atsakyme į dešimties Vidurio ir Rytų

Europos valstybių prašymus priimti jas į Europos Sąjungą pareiškė, jog devynios iš dešimties narystės prašymus padavusios valstybės, norėdamos tapti ES narėmis, privalo patobulinti savo sveikatos priežiūros sistemas. Nors ir plėtojant stojimo partnerystės ryšius, iki šiol dar nėra sukurta nė vieno plano, kuriuo remiantis būtų galima organizuoti darbą sveikatos priežiūros sektoriuje Komisijos nuomonėje apibrėžta linkme, tačiau yra skirta piniginių lėšų, kurios turėtų padėti kandidatėms į Europos Sąjungą patenkinti su naryste ES susijusius prioritetus ir sąlygas. Todėl mes daugiausiai dėmesio skiriame Europos Komisijos pateiktame šalies vertinime minimiems kriterijams, bei kriterijams, suformuluotiems 1998 gegužės mėnesį vykusios *Consensus* konferencijos metu.

Europos Komisijos pateiktuose narystės kriterijuose daugiausiai dėmesio skiriama keturioms pagrindinėms sritims:

1. Politiniams kriterijams (demokratijai ir teisės viešpatavimui, žmogaus ir mažumų teisėms).
2. Ekonominiais kriterijams (makroekonominėi plėtrai ir struktūrinėms reformoms, veikiančiai rinkos ekonomikai ir sugebėjimui atlaikyti konkurencinį spaudimą).
3. Gebėjimui prisiimti narystės įsipareigojimus (vidaus rinkai be sienų, naujovėms, ekonominei ir socialinei sanglaudai, prekybos ir tarptautiniams ekonominiams ryšiams, finansinei kontrolei).
4. Administraciniam pajėgumui taikyti ES teisės aktus (struktūriniam ir teisiniam pajėgumui, partnerystės projektams).

4. INSTITUCINĖ SĄRANGA

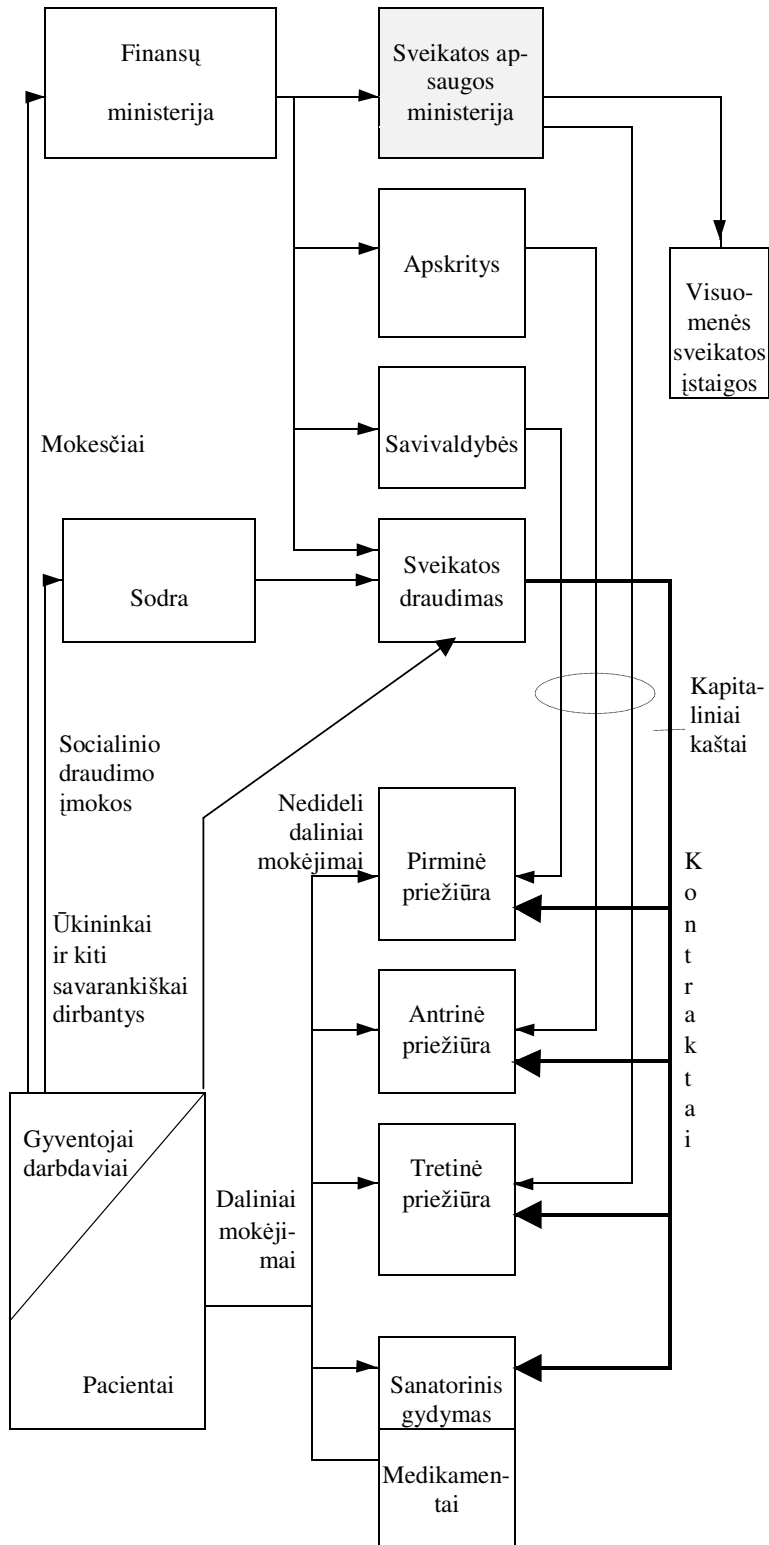
4.1 Įstatyminė bazė

Naujos įstatymų nuostatos buvo pradėtos formuluoti tuojau pat po nepriklausomybės atkūrimo. Tačiau dėl politinio ir ekonominio nestabilumo, diskusijos apie šaliai priimtinausią sprendimo variantą užsitęsė.

Vienas pirmųjų žingsnių kuriant sveikatos priežiūros sistemos įstatyminę bazę buvo 1994 metais priimtas LR Sveikatos priežiūros sistemos įstatymas. Nuo to laiko Seimas priėmė arba šiuo metu svarsto daugiau nei 16 įstatymų ir sveikatos priežiūros sektoriuje galiojančių teisės aktų pataisų ir papildymų. Tačiau SAM bei jai pavaldžios tarnybos dar galutinai nesuformulavo minėtųjų įstatymų nuostatų įgyvendinimui reikalingų veiklos planų. Atsirado poreikis formuoti įgūdžius, kadangi visuose administravimo lygmenyse trūksta pažangiosios valdymo patirties. Reikia mokytis ir teikti paramą skirtingos kvalifikacijos darbuotojams, kad jie taptų pokyčių šaukliais.

Sveikatos draudimo įstatymas sukuria sveikatos priežiūros sutartinio finansavimo pagrindus. Įstatymas buvo efektyviai įdiegtas 1997 metais santykinai trumpu laikotarpiu. Tolesnė sutartinio finansavimo plėtra yra susieta su atsakomybės delegavimu teritorinėms ligonių kasoms. 1 schemeje yra pateikta finansinių srautų, įdiegus sveikatos draudimą, struktūra.

1 schema. Finansų srautai



4.1.1 Nuosavybės teisės

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų nuosavybės teises naujai reglamentuoja 1994 liepos 19 d. priimtas LR Sveikatos priežiūros sistemos įstatymas (SSI) ir 1996 birželio 6 d. priimtas LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (SPII)*. Šių įstatymų nuostatos iš dalies sutampa. SSI 1 straipsnyje teigiama, kad šis įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą (LNSS), jos struktūrą, sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo ribas, sveikatos stiprinimą ir reabilitaciją, sveikatos priežiūros veiklos ribų nustatymą, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimą ir valdymą, sveikatinimo veiklą, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sutarčių sudarymą, atsakomybę už sveikatos priežiūros srityje galiojančių teisės normų pažeidimus, gyventojų ir sveikatos priežiūros veiklos subjektų teises bei pareigas. Tačiau visus apibrėžimus ir reguliavimą konkrečiau reglamentuoja SPII. SPII 1 straipsnyje teigiama, kad šis įstatymas nustato sveikatos priežiūros institucijų tipus, reglamentuoja jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo principus, veiklą, valstybės reguliavimą, kontrolės priemones, ypatingus administravimo ir finansavimo aspektus, o taip pat ir Lietuvos nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos nomenklatūrą, Nacionalinei sveikatos sistemai priklausančioms sveikatos priežiūros institucijoms taikomą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procedūrą, sveikatos priežiūros institucijų ir pacientų tarpusavio santykius bei atsakomybės už šio įstatymo nuostatų nevykdymą principus.

Abiejų (SSI ir SPII) įstatymų sudėtingumą lemia tai, kad juose siekiama apibūdinti visas LNSS institucijas, ryšius ir veiklą. LNSS apibūdinimas sudaro esminę SSI dalį.

- 1998.11.24 yra priimtos SPII, o 1998.12.01 SSI naujos redakcijos. Tolimesniame tekste (jei nenurodoma kitaip) nuorodos daromos į naująją redakciją.

Lietuvos sveikatos priežiūros politika pirminės sveikatos priežiūros srityje apima pirminės sveikatos priežiūros privatizavimą ir valstybiniam sektoriui priklausančių poliklinikų restruktūrizavimą. Pirmiausiai prasidėjo stomatologijos sektoriaus privatizavimas. Tai paskatino daugiau investuoti į minėtąjį sektorių ir teikti geresnės kokybės paslaugas.

SPIĮ 14 straipsnis reglamentuoja LNSS priklausančių ir galinčių savarankiškai funkcionuoti bei nelicenzijuojamų įstaigų privatizavimą.

Vyriausybės teikimu, LR Seimas tvirtina sprendimą privatizuoti LNSS priklausančias įstaigas. Siūlymą privatizuoti LNSS pirminiam ar antriniam lygmeniui priklausančią viešąją įstaigą Vyriausybei teikia savivaldybės taryba, prieš tai šį žingsnį suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija. Siūlymą privatizuoti LNSS tretiniam lygmeniui priklausančią viešąją įstaigą teikia Sveikatos apsaugos ministerija. Pagrindinė prielaida privatizavimo procese yra garantija, kad LNSS priklausančių įstaigų privatizavimas nepadarys žalos įvairiais teisės aktais įteisintai privalomai sveikatinimo veiklai.

1998 metų rudenį SAM patvirtino pirminės sveikatos priežiūros paslaugų privatizavimo gaires. Vienintelė galima privatizavimo forma yra sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų privatizavimas valstybinio sveikatos priežiūros finansavimo kontekste. SAM nuomone, grupinė praktika yra pagrindinė sveikatos priežiūros įstaigos veiklos organizavimo forma. Individuali praktika pageidautina kaimo vietovėse, kur gyventojų tankumas itin mažas, ir priemiesčiuose. Dokumente taip pat užsimeinama ir apie veikiančių viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų kabinetų nuomą (galima nuomoti net mažesnėmis nei rinkos kainomis). Dokumento rengėjų nuomone, dabartinės poliklinikos turėtų tapti sudėtingos įrangos (rentgeno, ultragarso aparatų, laboratorinės įrangos) turinčiais diagnostikos centrais ir prarastų šiuo metu ambulatoriniame sektoriuje atliekamą vaidmenį. Be to, reikėtų atsisakyti privataus sektoriaus diskriminacijos PVM taikymo ir akreditacijos srityse.

Šiame SAM paruoštame dokumente nepateikiamas tikslus PSP privatizavimo tvarkaraštis. Dėl techninių (nepakankama įstatyminė bazė, neparuoštas privatizavimo vadovas, reikia organizuoti ryšių su visuomene kampanijas) ir politinių (2000 metais Lietuvoje vyks visuotiniai rinkimai) priežasčių mažai tikėtina, kad ši reforma bus greitai įgyvendinta. Tačiau, kadangi pagrindinės privatizavimo gairėse dėstomos idėjos yra pažangios, tampa svarbu ir toliau tęsti privatizavimo reformą.

4.2 Nemokamai pacientui teikiamų paslaugų krepšelis

Lietuvos gyventojai turi teisę į gana didelį bazinių paslaugų krepšelį. SSĮ vadinamos nemokamai pacientams teikiamos paslaugos. “Valstybės ir savivaldybių laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama: 1) būtinoji medicinos pagalba; 2) asmenų, sergančių tuberkulioze, AIDS, psichikos, onkologinėmis ir kitomis teisės aktais nustatytais ligomis sveikatos priežiūra; 3) apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu sveikatos priežiūra; 4) nuteistųjų, pabėgėlių, nelegaliųjų migrantų sveikatos priežiūra; 5) būtiniosios visuomenės sveikatos paslaugos bei kaikurios kitos paslaugos

4.3. Savivalda ir demokratija

Lietuvos įstatymų leidėjai pastaraisiais metais radikaliai skatina savivaldą sveikatos sektoriuje. Savivaldybėse veikia sveikatos komisijos, 1996 metais įkurta privalomojo sveikatos draudimo taryba, kurioje atstovaujama Vyriausybė, profesinės sąjungos ir darbdaviai. 1998 metais puvo sudarytos viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų stebėtojų tarybos. Naujovės (net jei dabartiniu metu naujosios demokratinės institucijos nėra labai įtakingos) suteiks sveikatos reformai gaivumo.

Reikšmingu yra laikytinas sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimas iš biudžetinių į viešąsias. Dėl pastarosios reformos sveikatos sektorius tapo institucinių reformų Lietuvos valstybiniame sektoriuje lyderiu.

4.4. Tolimesnės reformos

1998 metais, prie Sveikatos apsaugos ministerijos veikusio Sveikatos apsaugos reformų biuras (SARB) susijungė su Sveikatos priežiūros programų koordinavimo centru. Tokiu būdu atsirado nauja institucija – Sveikatos teisės ir ekonomikos centras. Reformų įgyvendinimą tęsia SAM. Vyriausybė pareiškė, kad šiuo metu svarbiausi prioritetai yra užbaigti gerai funkcionuojančios sveikatos priežiūros finansavimo sistemos įgyvendinimą ir išplėsti savivaldos institucijų kompetenciją. Be to, nuolatiniais

reformos tikslais išlieka institucinė ir organizacinė priminės sveikatos priežiūros reforma.

Lietuvos dabartinis sveikatos priežiūros finansavimo modelis ir institucinė sveikatos draudimo sąranga turi tiek nacionalines sveikatos tarnybos (Beveridžo modelis), tiek Socialinio sveikatos draudimo (Bismarko modelis) elementų. Nėra aišku kaip ateityje atrodys valdžios ir konkrečių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų tarpusavio santykiai. Šiuo metu tikimybė, jog Lietuva pasirinks liberalųjį sveikatos priežiūros valdymo modelį prilygsta tikimybei, jog prioritetas atiteks normatyviniam modeliui. Toliau pateikiami pagrindiniai abiejų minėtųjų modelių bruožai:

4.4.1 Liberalusis modelis

- Paslaugų teikėjai ir pacientai patys sprendžia kokias paslaugas ir kiek jų reikėtų teikti. Paslaugų teikėjai tarpusavyje konkuruoja dėl ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų.
- Kainos yra nestipriai administruojamos ir nėra taikomi įstaigų išlaidų ribojimai.
- Sutartys pasirašomos su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, sugebančiais užtikrinti reikiamą paslaugų kokybę.
- Biudžetas subalansuojamas naudojant pagrindinai ekonomines paskatas. Šios paskatos tai nefiksuota balo vertė, bazinės kainos, ribinės kainos, įkainiai už įrašytą į sąrašą asmenį, papildomi pacientų mokėjimai (co-payment)..
- Kokybės kontrolės funkcija pagrindinai deleguojama medikų ir pacientų sąjungoms bei asociacijoms.

4.4.2 Normatyvinis modelis

- Valstybinės tarnybos (SAM, savivaldybės, paslaugų pirkėjai) nusprendžia kiek ir kokių paslaugų reikia teikti.

- Investiciniai sprendimai bei sprendimai dėl kainų yra priimami valstybinių institucijų
- Sveikatos priežiūrai skirtas biudžetas subalansuojamas pasitelkiant bendrus sveikatos priežiūros įstaigų biudžetus ir paslaugų teikimo sutartyse numatant tam tikras ribas.
- Už kokybės kontrolę atsako valstybinės tarnybos (SAM, savivaldybės, paslaugų pirkėjai).

Dabartinė Lietuvos valdžia yra liberali vartotojų pasirinkimo ir sutarčių sudarymo požiūriais bet kaip ir dauguma Europos valstybių pasisako už normatyvinio požiūrio taikymą kainodaros ir kokybės kontrolės srityse. Privatus paslaugų teikimas nėra išvystytas.

1998 metų rudenį Pasaulio bankas pasiūlė TLK į sutarčių su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais pasirašymo procedūrą įdiegti normatyvinio modelio elementų (pvz., numatyti teikiamų paslaugų apimtį). Šis pasiūlymas turi savų privalumų, tačiau prieš pradėdant jį taikyti visos šalies mastu rekomenduotina surengti visuotines diskusijas būsimą sveikatos priežiūros administravimo modelio tema. Pasirinkus normatyvinį modelį, padidės spaudimas ganėtina silpnai valstybinio administravimo sistemai, o tai gali turėti neigiamos įtakos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros specialistų atsakomybės aspektui.

4.5. Santrauka

1998 metų lapkričio 4 dieną Europos sąjungos komisija politinių kriterijų požiūriu reformas Lietuvoje įvertino teigiamai. Sveikatos sistemos analizė šią išvadą patvirtina aptariamojo sektoriaus plėtros lygmenyje. Pagrindiniai analizės elementai yra atspindėti lentelėje.

Politiniai Kriterijai	Sveikatos priežiūros sistemos privalumai ir trūkumai
Demokratija ir teisės viešpatavimas	<p>Pagrindines sveikatos priežiūros sistemos plėtros gaires tvirtina demokratiškai išrinktas Parlamentas (Seimas). Sprendimų priėmimo galią dalijasi Vyriausybė, privalomojo sveikatos draudimo sistema ir savivaldybės. Sveikatos priežiūros srityje sukurtos ir veikia Gydytojų sąjunga bei keletas kitų profesinių organizacijų. Nevyriausybines organizacijas atstovaujamos Nacionalinėje sveikatos taryboje ir Privalomojo sveikatos draudimo taryboje. 1997-1998 metais pastebėtos teigiamos tendencijos.</p> <p>Tačiau galima būtų aiškiau atskirti Vyriausybės, privalomojo sveikatos draudimo sistemos ir savivaldybių galią svarstant sveikatos priežiūros paslaugų planavimo ir investicijų į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą klausimus. Tam tikrų abejonių kelia sveikatos priežiūros finansavimą reglamentuojančių teisės aktų įgyvendinimo preciziškumas (žr.5 pranešimo skyrių).</p>
Žmogaus ir mažumų teisės	<p>Lietuvoje žmonių diskriminacija dėl tautybės, lyties ar rasės yra uždrausta. Net ir laikantis nuostatos, jog LR pilietybė yra suteikiama kiekvienam, kas gyvena Lietuvoje 1990 metais, socialinė apsauga yra garantuojama visiems nuolatiniais Lietuvos Respublikos gyventojams. Skubi pagalba (itin dosniai apibrėžta) teikiama visiems. Kitokia priežiūra teikiama tik apdraustiesiems. Vyresnio amžiaus žmones, bedarbius ir vaikus draudžia valstybė. LR Seimas priėmė Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą (teigiama išimtis Vidurio ir Rytų Europos regione). Pagal galiojančius įstatymus, didžioji dalis sveikatos priežiūros sistemos plėtrą charakterizuojančios informacijos yra skelbiama viešai. Įrašai pacientų kortelėse yra laikomi konfidencialia informacija, o 1997-1998 metais nebuvo užfiksuota nė vieno piktnaudžiavimo minėtąja informacija atveju.</p> <p>Vis dėlto, nerimą kelia tai, jog pacientai už jiems teikiamas paslaugas vis dar papildomai moka tiesiai gydytojui į kišenę; sveikatos priežiūros sektorius yra per daug specializuotas ir procedūros, taikomos medikų aplaidumo atveju, nėra aiškiai nustatytos.</p>

5. EKONOMINIS VYSTYMASIS

5.1 Sveikatos draudimo fondo finansavimas

Kaip buvo nurodyta 2-oje lentelėje sveikatos draudimo pagrindu yra finansuojama apie 84 procentus visuomeninio sveikatos sektoriaus išlaidų. Dar per anksti vertinti kaip PSD įvedimas pakeis viso sveikatos sektoriaus pajamas. 1992-1997 metų duomenys leidžia kalbėti apie saikingą valstybinio sveikatos sektoriaus finansavimo dalies BVP augimą. Ar ši tendencija išliks priklausys ne tik nuo įstatymdavių sprendimų, bet ir nuo visuomeninių finansų būklės.

5 Lentelė. Visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo ir BVP santykis (procentais)

	1992	1995	1996	1997
Visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo ir BVP santykis	3.5	4.8	4.5	4.9

Bet kuri sveikatos priežiūros sistema suteikia gyventojams garantijas susirgus. Šias garantijas grupuodamos rizikas gali suteikti tiek integruoto paslaugų tekimo modeliu, tiek sutarčių modeliu grindžiamos sistemos. Lietuva pasirinko socialinio sveikatos draudimo pagrindu atliekama rizikų grupavimą pagrįstą tiek sveikatos draudimo įmokomis, tiek bendraisiais mokesčiais. PSD administruojama Valstybinės ir 10 teritorinių ligonių kasų. TLK buvo suformuotos 1997 metais.

Sveikatos draudimo įmokų lygį ir mokėjimo tvarką nustato sveikatos draudimo įstatymas ir einamųjų metų valstybės biudžetas (įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis dalyje). LR vyriausybės tvirtinamas privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžetas fiksuoja:

- valstybės išipareigojimą kiekvieną mėnesio dekadą pervesti į sveikatos draudimo fondą fiksuotą įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis sumą
- prognostinius duomenis apie numatomas Sodros, Valstybinės mokesčių inspekcijos (VMI) ir VLK administ-

ruojamas sveikatos draudimo įmokas. Šiuos duomenis įvardinome prognostiniais, nes einamųjų metų eigoje faktinių įmokų atitikimas biudžeto skaičiams priklauso nuo draudimo biudžete įteisintos prognozės apie apmokestinamų sveikatos draudimo įmokomis pajamų augimą ir įmokų administravimo kokybę atitikimo realiam gyvenimui.

5.2 Finansinis sveikatos draudimo pagrindas.

Atsižvelgiant į tai, jog PSDF formuojamas iš trijų pagrindinių šaltinių (įmokos iš valstybės biudžeto, pajamų mokesčio dalies ir socialinio draudimo įmokų dalies), šiuos šaltinius nagrinėsime atskirai.

Pirmąjį 1998 metų pusmetį įmokų iš valstybės biudžeto mėnesinės apimtys svyruoja, įmokos, administruojamos VMI, auga, o įmokos, administruojamos Sodros yra santykinai pastovios. Suvestiniai duomenys parodo aukštą tikimybę, jog formuojant sveikatos draudimo finansus atsiskaitymai tarp institucijų atsakingų už sveikatos draudimo finansus yra problematiški, nes:

1. Laikantis 1998 metų valstybės biudžeto įstatymo raidės mėnesinių įmokų iš valstybės biudžeto apimtys svyruoti neturėtų
2. Sodros administruojamos įmokos turėtų keistis beveik analogiškai VMI administruojamų įmokų dinamikai.

Siekdami pagrįsti arba paneigti abejones, atsiradusias peržvelgiant suvestinius duomenis, panagrinėkime šiuos tris šaltinius atskirai. Lietuvos Statistikos departamentas teikia ketvirtinius statistinius duomenis apie valstybės biudžeto ir socialinio draudimo biudžeto pajamas ir išlaidas ir tai sąlygoja ketvirtinių duomenų naudojimą detalizuotoje analizėje.

5.2.1 Valstybės biudžeto įmokos

Valstybės biudžeto įmokų apimtį metams nustato Seimas, o pagal mėnesius - finansinių metų pradžioje Vyriausybė. Normaliai funkcionuojant valstybės finansams, planuota ir faktinė vals-

tybės įmokų apimtis privalo sutapti. 1 lentelė rodo, kad skirtumai tarp planuotų ir įmokėtų įmokų egzistuoja. 1 ketvirtyje, esant nedideliam atsilikimui nuo planinių skaičių, valstybės įmokų apimtis svyravo. 2 ketvirtyje akivaizdžiai pasireiškė įmokų mažėjimo tendencija. Nenagrinėjant atsilikimo priežasčių (valstybės biudžeto galimybių ribotumas ar valdininkų neapsižiūrėjimas), galima konstatuoti, jog finansų ministerija aptariamuo laikotarpiu griežtai nesilaikė įstatymo ir Vyriausybės nustatytų sveikatos priežiūros finansavimo taisyklių. Bendras valstybės biudžeto įsiskolinimas PSDF per 6 1998 metų mėnesius sudarė 27.8 mln. Lt.

5.2.2 Pajamų mokesčio dalis

Sveikatos draudimo įstatymas ir 1998 metų valstybės biudžeto įstatymas numato, jog sveikatos draudimo įmokas sudaro 30 procentų asmenų, dirbančių pagal darbo sutartis, savarankiškai dirbančių asmenų, ūkinių bendrijų ir individualių (personalinių) įmonių fizinių asmenų pajamų mokesčio. Šios fizinių asmenų pajamų mokesčio rūšys sudaro absoliučią daugumą visų pajamų mokesčių Lietuvoje. Lentelėje pateikiame atitikimą tarp faktiškai 1998 metų pirmąjį pusmetį surinktų fizinių asmenų pajamų mokesčių ir PSDF pervestos jų dalies.

5.2.3 Susijusių su pajamų mokesčiais PSDF administravimas

6 lentelėje atspindėti skaičiai rodo, jog VMI atsiskaito su PSDF žymiai korektiškiau nei finansų ministerijos išdo departamentas, bet tam tikras atsilikimas egzistuoja. Atsilikimas, kuris 1998 metų liepos pradžiai sudarė 11.9 mln. Lt., paskaičiuotas padarius prielaidą, jog PSDF turi būti pervesta lygiai 30 procentų fizinių asmenų pajamų mokesčio (prielaida yra pagrįsta 1998 metų valstybės biudžeto įstatymo nuostata. Absoliučiai tiksliai teigti, jog VMI dalies privalomų sveikatos draudimo įmokų nepavedė, nėra galima nes dalis fizinių asmenų pajamų mokesčio (pvz., pajamos nuomojant turta) pagal sveikatos draudimo įstatymą neturi būti pervedamos PSDF. Tiksliam atsakymui apie atsiskaitymo korektiškumą reikalinga papildoma analizė.

Iš 6 lentelės matome, jog PSDF pajamos, sąlygotos 30 procentų pajamų mokesčio pervedimo, 1998 metais auga žymiai sparčiau nei prognozuota PSDF biudžete (per 6 mėnesius pajamų mokesčio pervesta 63.24 mln. Lt. daugiausiai planuota). Kartais šis neabejotinai teigiamas rezultatas yra interpretuojamas kaip viena iš priežasčių sumažinti kitų PSDF įmokų (pvz., įmokų iš valstybės biudžeto) apimtį, bet tokio tipo argumentai neatspindi teisinio PSDF biudžeto pajamų dalies statuso turinio. Einamiesiems metams yra griežtai fiksuota tik PSDF pajamų, susijusių su valstybės įmoka, dalis. Tvirtinamame Vyriausybės PSDF biudžete pajamų mokesčio (Socialinio draudimo įmokos) dalis yra prognostinė. Įstatymas numato, kad turi būti pervesta tiek įmokų kiek surinkta. Įstatymas nenumato galimybės nepervestų įmokų iš valstybės biudžeto kompensuoti geriau nei prognozuota renkamų pajamų mokesčiu.

5.2.4 Socialinio draudimo įmokų dalis

3 lentelės duomenys rodo, jog Socialinio draudimo valdyba pirmąjį 1998 metų ketvirtį nepavedė PSDF 11.9 mln.Lt., o antrąjį ketvirtį - 25.0 mln. Lt. viso įsiskolindama 36.8 mln. Lt. Įsiskolinimas apskaičiuotas remiantis sveikatos draudimo įstatymo nuostata, kad draudėjai privalomajam sveikatos draudimui per Sodrą moka 3 procentus darbo užmokesčio dydžio įmokas arba (esant 30 procentų socialinio draudimo įmokų dabartiniam tarifui) lygiai 10 procentų visų Sodrai sumokėtų draudėjų privalomojo draudimo įmokų. 1998 metų pirmąjį pusmetį Sodra nepavedė 20.4 procento sveikatos draudimui priklausančių lėšų. Šis įsiskolinimas yra lygus 1.9 procentams Sodros pajamų per apžvelgiamąjį laikotarpį.

6 lentelė PSDF pajamos iš įvairių šaltinių 1998 metų pirmąjį pusmetį (mln Lt)

		I ketv.	II ketv.	Viso
1	Lietuvos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis (planas)	126.9	128.14	255.04
2	Valstybės įmokos (faktas)	121.2	106.03	227.23
3	Plano ir fakto skirtumas	5.7	22.11	27.81

4	30 procentų pajamų mokesčio dalis	217.85	255.26	473.10
5	PSD pervesta pajamų mokesčio	211.95	249.26	461.21
6	Skirtumas tarp 30 procentų pajamų mokesčio ir pervestos apimties	5.9	6.0	11.9
7	Sodros surinktos PSD įmokos	83.06	97.06	180.12
8	Sodros pervestos PSD įmokos	71.2	72.10	143.3
9	Surinktų ir pervestų lėšų skirtumas	11.86	24.96	36.82
10	Faktinės PSD įplaukos (2+5+8)	404	427	831
11	Bendra gautinų lėšų apimtis (3+6+9)	23.5	53.1	76.5
12	Faktinių įmokų santykis su BVP	4.34	3.94	4.1
13	Įstatymų reglamentuotų įmokų santykis su BVP	4.95	4.43	4.5

Šaltinis. Statistikos departamento ir VLK duomenys. Eilutės 3, 4, 6, 9, 11-13 skaičiuotos autorių.

Iš duomenų, pateiktų 13 lentelės eilutėje matyti, jog tiksliai laikantis sveikatos draudimo įstatymo raidės PSDĮ sudarytų 4.5 procentus BVP. Jei laikytis prielaidos, jog kaip ir 1997 metais PSD lėšos sudaro 84 procentus visuomeninio sveikatos finansavimo, bendras sveikatos priežiūros finansavimas 1998 metų pirmą pusmetį turėjo siekti 5.36 procentus BVP.

Nediskutuojant ar toks Sodros elgesys buvo racionalus nacionalinių socialinės politikos prioritetų požiūriu, galima teigti, jog bent jau sveikatos draudimo įstatymo raidė ir dvasia (sveikatos priežiūros finansavimas turi remtis pastoviomis ir skaidriomis PSDF pajamų formavimo taisyklėmis) 1998 metų pirmą pusmetį buvo pažeisti. Atsižvelgiant į tai, jog Sodros išsipareigojimai pensijų ir draudimo nuo nedarbo srityse yra tęstiniai, prognozuotina, kad, įsiskolinimui PSDF atsiradus, šį įsiskolinimą likviduoti 1998 metais bus beveik neįmanoma. Įstatymai numato, kad socialinio draudimo ir sveikatos draudimo sistemų tarpusavio išsipareigojimai neišnyksta pasibaigus kalendoriniams metams. 1997 metais buvo sukurtas precedentas neperkelti Sodros tais metais susidariusių išsipareigojimų ligonių kasų sistemai į

1998 metus. Jei 1998 metų Sodros įsiskolinimai PSDF biudžetui (šio įsiskolinimo tikimybė yra labai didelė) bus “nurašyti” kaip ir 1997 metais, 1999 ir vėlesniais metais pasitikėjimą tarp nagrinėjamų fondų bus labai sunku atstatyti.

5.2.5 PSDF finansinis stabilumas ir išteklių paskirstymas regionams

PSDF gautinos lėšos pirmaisiais 1998 metų ketvirčiais sudarė iki 76,5 mln. Lt. (žodelis “iki” yra panaudotas atspindinti tam tikrą informacijos apie pajamų mokesčių pervedimo tikslumą nepibrėžtumą). Pirmąjį ketvirtį savo įsipareigojimus prasčiausia vykdė Sodra, o antrąjį prie socialinio draudimo valdybos santykių problematiškumu priartėjo ir valstybės išdas.

Didėjantis įsiskolinimas darė privalomojo sveikatos draudimo veiklą sudėtingesne, bet 1998 metų pirmąjį pusmetį nesutrikdė PSDF atsiskaitymų su sveikatos priežiūros įstaigomis už suteiktas paslaugas. Vienas iš savalaikius atsiskaitymus su ligoninėmis, vaistinėmis ir PSP įstaigomis laidavusių veiksnių buvo 1997 metų pabaigoje VLK sukauptas 106 mln. Lt. lėšų likutis (VLK rezervas). Šio rezervo apimtis 1998 metų sausio - birželio mėnesiais bei šio rezervo trumpalaikė tiesinė (linear) prognozė yra pavaizduota 4 grafike. Grafikas rodo, jog VLK rezervas nagrinėjamu laikotarpiu, švelnindamas dėl nepilno sveikatos draudimo įmokų pervedimo susidarantiąs problemas, mažėja.

7. Lentelė. Rezervų ir neįvykdytų įsipareigojimų dinamika

	98 01 01	98 04 01	98 07 01
Lėšų likutis ataskaitinio laikotarpio pabaigai	106.1	91.2	36.5
Neįvykdytas lėšų pervedimas	0.0	23.5	76.5
Viso rezervai ir įsipareigojimai	106.1	114.7	113.0

7 lentelė pateikia vaizdą kaip sveikatos draudimo rezervas atrodytų 1998 metų pirmąjį pusmetį, jei visos žinybos tvarkingai atsiskaitintų su PSDF, o ligonių kasų išlaidos nesikeistų. Matome, kad aptariamam hipotetiniui atveju VLK rezervas 1998 liepos 1 dienai kiek išaugtų lyginant su būkle 1998 metų sausio 1 dienai ir sudarytų 113 mln. Lt. Sveikatos draudimo įstatymas

numato, kad VLK rezervas gali siekti 10 procentų metinių PSDF biudžeto pajamų arba apie 150 mln.Lt. 1998 metais.

Sėkmingi VLK atsiskaitymai su gydymo įstaigomis 1998 metų pradžioje įrodė įstatyminių nuostatų dėl VLK rezervo racionalumą. Kita vertus, grafike atspindėta situacija kuomet rezervas tampa vis labiau pagrįstas ne realiais pinigais, o netesėtais kitų žinybų išipareigojimais kelia nerimą dėl galimybių ligonių kasoms atsiskaityti už suteiktas paslaugas 1998 metų 4 ketvirtį kuomet tikėtinas paslaugų apimties sezoninis padidėjimas bei 1999 metų pradžioje kuomet žiemos sukeltas problemas dar labiau paaštrins kelerius pastaruosius metus pasikartojantis pajamų mokesčio ir socialinio draudimo įmokų surinkimo mažėjimas.

5.3. Kaštų ribojimas

5.3.1 Išlaidų dinamika

Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos padidėjo nuo 5.8 procento BVP 1996 metais iki 6.6 procento BVP 1997 metais. 1998 metais buvo užtikrintas stabilus PSD finansavimas. Kita vertus, PSD turėtų daugiau akcentuoti kaštų ribojimo, kokybės kontrolės ir investicines priemones.

Dėl lėšų stokos naujos statybos bei remontai Lietuvoje vykdomi mažesnėje apimtyje nei reikėtų. Ligonų kasos priverstos finansuoti sparčiai augančias farmacijos išlaidas. Beveik 90 procentų Lietuvoje vartojamų vaistų yra importuojama pagrindinai iš Vakarų Europos ir šių vaistų kainos neatitinka šalies perkamosios galios.

5.3.2 Kainodara

Siekiant neleisti sveikatos priežiūros įstaigoms nusistatyti nepagrįstai aukštų paslaugų kainų, SPIĮ 13 straipsnyje numatoma, kad LNSS įstaigų teikiamų paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

LNSS priklausančių įstaigų teikiamų paslaugų kainodara remiasi šiais principais: 1) teisinga konkurencija; 2) prieinama informacija apie teikiamų paslaugų kainas; 3) išlaidų mažinimu.

LNSS nepriklausančių įstaigų teikiamų paslaugų kainos yra nereguliuojamas.

Keleto rūšių paslaugas teikiančioms institucijoms draudžiama vienos paslaugos kaštus įtraukti į kitos teikiamos paslaugos kainą. Paslaugų pirkimas privalomojo sveikatos draudimo lėšomis yra grindžiamas mokėjimais už įrašytą į sąrašą gyventoją (PSP lygmuo) ir pagal ligų grupes nustatytais kainomis (ligoninių sektorius). Atsisakius finansavimo pagal išlaidas yra siekiama sukurti konkurencija, kuri prisidės prie neefektyvių įstaigų teikiamų paslaugų mažinimo ir uždarymo. Naudojami metodai dar tobulintini. Lietuvoje prasidėjo diskusijos dėl naujų išteklių paskirstymo metodų taikymo.

5.4. Dalyvavimas rinkoje ir konkurencija

PSD įdiegimas sukūrė tam tikrą konkurenciją tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Dabartiniu metu sudaromos sutartys su visais valstybiniais paslaugų teikėjais.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas reglamentuoja teisę dalyvauti sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje. Šiame įstatyme skirtingai reglamentuojama akredituotų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ir minėtųjų paslaugų neteikiančių institucijų veikla. Valstybiniame sektoriuje skirtingos teisės suteikiamos iš valstybės ar savivaldybių biudžeto finansuojamoms biudžetinėms įstaigoms ir valstybinėms arba savivaldybių pelno nesiekiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, didžiąja dalimi finansuojamoms iš privalomojo sveikatos draudimo.

Privataus sektoriaus pagrindą sudaro privačios stomatologinės klinikos ir vaistinės. Privačiose įstaigose dirbančiųjų dalis bendrame sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiuje 1993 metais sudarė 2 procentus, o 1997 metais šis rodiklis pasiekė 14 procentų, bet yra dar ganėtinai mažas tarptautinių palyginimų kontekste.

Norint gauti akreditavimo dokumentą arba licenciją, prie Sveikatos apsaugos ministerijos esančiai Akreditavimo tarnybai reikia pateikti deklaraciją ir dokumentus, įrodančius įstaigos pasirošimą teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Informacija apie akreditavimo dokumento ir (ar) licencijos išdavimą skelbiama "Valstybės žiniuose". Akreditavimo kriterijai nėra aiškiai api-

brėžti. Tačiau minėtoji Akreditavimo tarnyba konkrečios institucijos ar struktūrinio padalinio neakredituoja tik tuomet, kai taip elgtis pagrįstai rekomenduoja jos įgalioti specialistai bei Valstybinio medicininio audito inspekcijos įgaliotas inspektorius arba pagrįstą sprendimą tvirtinantis Sveikatos apsaugos. Be to įstatymas vardina Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas Lietuvos medicinos normas, higienos normas, ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas sveikatos priežiūros metodikas.

5.5 Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reorganizavimas

Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų sistemą sudaro ligoninės ir ambulatorijos, dažniausiai poliklinikos, bei specializuoti sveikatos priežiūros centrai ir reabilitacijos įstaigos. Palyginus su ES, Lietuvoje yra per daug ligoninių lovų ir per ilga vidutinė gulėjimo trukmė. Ligoninių lovos perorganizuojamos į slaugos lovas, nors tokio reorganizavimo proceso mastai yra riboti, o stomatologijos sektoriuje sparčiai vyksta privatizavimo procesas. Norint sukurti ekonominiu tęstinumu pasižyminčią ir kokybiškai veikiančią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą, ypač svarbu racionalizuoti turimą sistemą, didžiausią dėmesį skiriant pirminės sveikatos priežiūros sektoriaus funkcionavimui ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugoms.

Vienas sveikatos priežiūros sistemos plėtros procese aptinkamų trūkumų yra atsakomybės už investicijas į sveikatos priežiūros sektorių pasidalinimas ir reguliavimas.

Valstybinė sveikatos reikalų komisija ir Nacionalinė sveikatos taryba savo kompetencijos ribose koordinuoja ne tik valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų vykdomos visuomenės sveikatinimo veiklos; aplinkos higienos, darbo saugos, darbo higienos ir darbo medicinos; mitybos higienos ir darbo medicinos aspektų; alkoholio, tabako ir vaistų kontrolės; traumų prevencijos; užkrečiamų ligų profilaktikos ir kontrolės veiklą, bet ir atlieka vyriausybinių investicijų programų bei įstatymų rengimo ekspertizę. Savivaldybių lygmenyje panašias funkcijas atlieka savivaldybių sveikatos tarybos.

Dar nesukurta skaidri už investicijas į sveikatos priežiūros sektorių atsakingų tarnybų politika ilgajam laikotarpiui. 1990-1996 metais už tokios politikos kūrimą buvo atsakingos savivaldybės ir SAM. SAM turėjo parengti investavimo strategiją, o Ekonomikos ministerija buvo atsakinga už stambių valstybės investicijų koordinavimą. Minėtosios politikos silpnosios vietos išryškėja pažvelgus į tuo laikotarpiu vykdytus investicinius projektus:

- Anykščių ligoninė. 1993 metais pradėtos statybos prieštaravo oficialiai vykdomai politikai nestatyti naujų ligoninių.
- Privatus Širdies chirurgijos centras Vilniuje. Ketvirtojo širdies chirurgijos centro Lietuvoje statybos buvo finansuojamos iš 1995-1997 metais su valstybės garantija gautų paskolų, nors tai ir prieštaravo oficialiai vykdomai politikai riboti investicijas į modernias technologijas ir pastatus tose srityse, kurių pajėgumas dėl ribotų valstybės galimybių padengti paslaugų teikėjų einamąsias išlaidas nėra visiškai išnaudojamas.
- 1990-1996 metais dauguma sveikatos priežiūros institucijų buvo finansuojamos iš biudžeto lėšų, sąmatų pagrindu. Planuojant investicijas buvo remiamasi prielaida, kad valdžios atstovai šioje srityje turi pakankamai įgūdžių ir kad visų sistemos dalyvių veikla yra tinkamai koordinuojama. Abi šios prielaidos buvo iš dalies klaidingos:
- Planavimo pajėgos buvo nepakankamos. SAM veikė nedidelis investicijų planavimo skyrius (1-3 darbuotojai), tačiau daugumoje savivaldybių ir apskričių administracijų nebuvo konkrečiai už investicijų į sveikatos priežiūros sektorių planavimą atsakingų pareigūnų. Ekonomikos ministerijoje taip pat nebuvo tiesiogiai už šią sritį atsakingų darbuotojų.
- Vykdoma veikla buvo koordinuojama prastai, nes nebuvo aiškios nacionalinės investavimo strategijos, savivaldybės sprendavo atsižvelgdamos tik į vietos porei-

kius, situaciją drumstė nesuderinti interesai vietose ir nekoordinuojama, labdaros principu organizuojama investavimo veikla.

- Dėl neefektyvaus sektoriaus administravimo, sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų trūkumo ir valdžios politinio noro pabrėžti, jog daugiau dėmesio skiriama atlyginimų didinimui nei papildomoms investicijoms, investicijos į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir efektyvumą gerinimą tapo viena labiausiai ribojamų sričių.
- 1997 metais, pradėjus įgyvendinti sveikatos draudimą, einamosios išlaidos sveikatos priežiūrai nebebuvo planuojamos skiriant biudžeto eilutes joms finansuoti, tačiau tokiu būdu vis dar planuojama didžioji investicijų dalis. Iš lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad 1997 metais investicijų dydis beveik prilygo per ankstesnįjį laikotarpį investuotoms sumoms.

8 Lentelė. Kapitalinės investicijos į visuomeninį sveikatos priežiūros sektorių

	1994	1995	1996	1997
Kapitalinės investicijos* (mln. Lt.)	65,2	54,7	74,2	109,9
Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai (mln. Lt.)	751	1073	1334	1870
Investicijų dalis išlaidose sveikatos priežiūrai (%)	8,7	5,1	5,6	5,9

*įskaitant socialinį darbą

1998 metais dauguma savivaldybių nusprendė sumažinti investicijas į sveikatos priežiūros sektorių, darydamos prielaidą, kad sveikatos draudimas privalo padengti visas šiame sektoriuje patiriamas išlaidas. Tokių investicijų sumažėjimą iš dalies kompensavo pelno nesiekiančių sveikatos priežiūros įstaigų investicijos.

Sprendžiant iš oficialių pranešimų, Lietuvos vadovybė formuoja sistemą, kuriai esant sprendimai dėl strateginių investicijų (brangios įrangos, naujų statybų ir sveikatos priežiūros įstaigų

modernizavimo iš esmės) bus priimami nacionaliniame lygmenyje, o sprendimus dėl mažesnės apimties investicijų priiminės savivaldybės ir sveikatos priežiūros įstaigos. Kad tokia politika duotų naudos, reikia iš esmės sustiprinti nacionalinio lygmens pajėgumą planuoti (kai kurie įgaliojimai galėtų būti deleguoti sveikatos draudimo sistemai) ir aiškiau nustatyti savivaldybių ir sveikatos priežiūros įstaigų atsakomybės ribas.

5.6. Santrauka

1997-1998 metais Lietuva reformuodama sveikatos sistemą pasiekė ženklų progresą. Ypač pažymėtinas privalomojo sveikatos draudimo pagrindu sukurta institucinė ir administracinė struktūros. Kita vertus, sutarčių sudarymas bei privatizavimas tik prasideda. Investicijos restruktūrizuojant ligonines ir poliklinikas yra per mažos tam, kad vidutinės trukmės laikotarpiu likviduoti ženklius skirtumus tarp Lietuvos ir Vakarų valstybių.

1998 lapkričio 4 dieną vertindama Lietuvos pažangą ekonominių kriterijų pagrindu kriterijų Europos Komisija pareiškė pastebėjusi padarytą pažangą, tačiau nusprendė, jog dar reikėtų 1-2 intensyvaus darbo metų, kad šioje srityje keliami reikalavimai būtų visiškai patenkinti

Ekonominiai kriterijai:	
Makroekonominė plėtra ir struktūrinė reforma	Pagerėjo valstybės finansai. Sveikatos priežiūrai skiriama BVP dalis išaugo. Įvyko teigiami poslinkiai, atitolinantys 1993-1996 metais susiklosčiusią situaciją, kai sveikatos priežiūros įstaigoms tekdavo laukti vėluojančių joms iš valstybės biudžeto skirtų pinigų. 1998 metais nebuvo atvejų, kad finansavimas iš PSDF vėluotų. Kita vertus pirmojoje 1998 metų pusėje sveikatos draudimo fondo rezervas sumažėjo nuo 5 proc. metinio biudžeto dydžio iki 3 procentų. Sveikatos priežiūros įstaigų finansinė būklė pagerėjo ne tik dėl laiku gaunamo valstybinio finansavimo, bet ir dėl to, jog sumažėjo energijos išteklių santykinės kainos ir pagerėjo

	<p>jų panaudojimo efektyvumas. Pakankamai nedidelis infliacijos lygis (1997 metais VKI siekė 8,4 proc., o 1998 metais planuojama, jog VKI bus tik 6 proc.) sudaro pakankamą pagrindą kurti planus vidutinio ilgumo laikotarpiui.</p> <p>Ligoninių sektoriaus pajėgumas vis dar išlieka perteklinis, tačiau jau pradėtas mažinti nereikalingų lovų skaičius. Prasidėjo pirminės sveikatos priežiūros reforma. 1992-1996 metais išlaidos vaistams stipriai išaugo, nes buvo pradėti vartoti ES pagaminti vaistai. Vaistų sektoriuje vis dar egzistuoja nemaža infliacija, tačiau jau yra požymių, jog imtasi priemonių, kuriomis siekiama mažinti patiriamas išlaidas.</p> <p>Norint restruktūrizuoti šį sektorių reikia patobulinti struktūrinį planavimą, daug į jį investuoti ir koordinuoti nacionaliniame, apskričių ir savivaldybių lygmenyse veikiančių institucijų veiklą. Privalumu galima būtų laikyti ir dalinį ambulatorinio sektoriaus privatizavimą bei galutinį farmacijos sektoriaus privatizavimą. Daug ką lemtų ir skaidri bei optimaliomis ir logiškai pagrįstomis prielaidomis paremta vaistų kompensavimo politika, bei aiškūs valstybės prioritetai dalinių mokėjimų bei papildomo sveikatos draudimo srityse.</p>
<p>Veikianti rinkos ekonomika ir sugebėjimas atlaikyti konkurencinį spaudimą</p>	<p>Sveikatos priežiūros sektorių sunku būtų laikyti grynai konkurencijos principais grindžiama rinka, tačiau kai kurie veiksmai, kurių jau buvo imtasi, turi tam reikšmės:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nacionaliniu lygmeniu įgyvendinus privalomą sveikatos draudimą, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai iš dalies pradėjo tarpusavyje konkuruoti; • didmeninė ir mažmeninė vaistų rinkos iš da-

	<p>lies mažiau reguliuojamos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • sveikatos priežiūros draudimo įmokos pakankamai tolygiai paskirstytos (daugiausiai problemų kelia ūkininkai ir savo paties versle dirbantys individai); • sveikatos priežiūros darbuotojus ruošiančių aukštųjų mokyklų programos atitinka ES šalių to paties profilio įstaigų programas (1991-1992 metais buvo įdiegtos rezidentūros studijos). <p>Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sugebėjimą konkuruoti tarptautiniu mastu įvertinti gana sunku, tačiau nepastebėta, jog žmonės masiškai vyktų į artimiausias ES šalis (Švediją, Daniją ar Vokietiją) pasigydyti. Beveik visos bazinės ir naujausių technologijų reikalaujančios paslaugos teikiamos šalies viduje.</p> <p>Gerėja šalyje gaminamų vaistų ir vaistinių medžiagų kokybė, tačiau dauguma gamintojų vis dar netenkina <u>GGP(GMP)</u> reikalavimų.</p> <p>Privatus sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra įteisintas, bet teisiškai diskriminuojamas (privačiam sektoriui priklausantys sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai apmokestinami PVM, tuo tarpu kai dirbantieji valstybiniame sektoriuje yra atleisti nuo PVM).</p>
--	---

6. VIDAUS RINKA IR SANGLAUDA

6.1 Sveikatos priežiūra ES ribose

ES reglamente 1408/71 numatyta nemaža finansinė našta, tenkanti būsimosioms ES valstybėms narėms, tačiau vidutiniuoju laikotarpiu šiose šalyse yra neįmanoma išlaidas sveikatos priežiūrai padidinti tiek, kad jos pasiektų dabartinę ES valstybių narių išlaidų šiam sektoriui lygį. Teikiamas finansavimas privalo užtikrinti sveikatos priežiūros sistemos veiklos tęstinumą, gali-

mybę teikti priimtina įvairovę kokybės standartų reikalavimus tenkinančių sveikatos priežiūros paslaugų

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sugebėjimą konkuruoti tarptautiniu mastu įvertinti gana sunku, tačiau nepastebėta, jog žmonės masiškai vykta į artimiausias ES šalis (Švediją, Daniją ar Vokietiją) pasigydyti. Beveik visos bazinės ir naujausių technologijų reikalaujančios paslaugos teikiamos šalies viduje. Gerėja šalyje gaminamų vaistų ir vaistinių medžiagų kokybė, tačiau dauguma gamintojų vis dar netenkina GGP(GMP) reikalavimų. Privatus sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra įteisintas, bet teisiškai diskriminuojamas (privačiam sektoriui priklausantys sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai apmokestinami PVM, tuo tarpu kai dirbantieji valstybiniame sektoriuje yra atleisti nuo PVM).

6.2 Apdraustųjų įmokos

1997 metų rudenį PHARE finansuojamas “Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo reformos” projektas pateikė kritišką ūkininkų ir savo versle dirbančių individų mokamų sveikatos draudimo įmokų administravimo vertinimą. Pagrindiniai minėtojo projekto atstovų pateikti siūlymai vis dar išlieka aktualūs, nes pažanga šioje srityje itin maža. Didžioji dalis ūkininkų ir apie 90 proc. kitų privalančių savarankiškai į PSDF mokėti asmenų vis dar nemoka jokių sveikatos draudimo įmokų. Lietuvos Respublikos Vyriausybė privalo suformuoti strategiją, pagerinsiančią šios socialinės grupės mokamų įmokų surinkimą, arba sukurti specialią ūkininkams skirtą sveikatos priežiūros finansavimo programą.

1998 metais pateiktoje tyrimo ataskaitoje, pavadintoje “Lietuva. Ekonominės sėkmės galimybės”, Pasaulio bankas kritikavo Lietuvos Respublikos įstatyminę bazę už joje įtvirtintą nuostatą, jog 30 proc. asmens pajamų mokesčio turi būti panaudojama sveikatos draudimo įmokai. Minėtame dokumente rašoma, kad “tokios nuostatos neduoda jokios ekonominės naudos ir neturi loginio pagrindo”, todėl jų reikėtų atsisakyti. “Sveikatos draudimo fondas turėtų būti finansuojamas iš bendrųjų biudžeto pajamų ar su darbo užmokesčio fondu susietų įmokų” (2 tomas, 84

psl.). Cituojami teiginiai pateikiami dalyje, pavadintoje “Savivaldybių finansai”, tačiau net ir kalbant apie savivaldybių finansus būtų tiesiog per daug paprasta ignoruoti penketą metų visoje šalyje vykusių diskusijų metu pasiektus susitarimus dėl sveikatos priežiūros finansavimo.

6.3 Teritorinis finansinių išteklių paskirstymas

Siekdama užtikrinti vienodą sveikatos priežiūros prieinamumą, Lietuvos valdžia stengiasi teritoriniu aspektu teisingai paskirstyti sveikatos priežiūros išteklius. Sveikatos draudimo srityje teisingą paskirstymą planuojama garantuoti pritaikant TLK finansavimo formulę. Vadovaujantis naujausiu VLK pasiūlymu, minėtoje formulėje turėtų atsispindėti apskrities gyventojų struktūra pagal amžių ir kai kurie socialinio pobūdžio kintamieji (neįgaliųjų ir bedarbių skaičius). Pagrindinis siūlomos reformos tikslas yra įdiegti daugiau paskatų, skatinančių mažinti išlaidas TLK lygmenyje. Dar nėra aišku, kaip siūloma naujovė įtakos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio sektoriaus efektyvumą.

6.4. Santrauka

1998 lapkričio 4 dieną vertindama Lietuvos pažangą narystės įsipareigojimų pagrindu Europos Komisija pareiškė pastebėjusi padarytą pažangą. Komisijos dokumentuose buvo nagrinėta tik visuomenės sveikata. Asmens sveikatos priežiūros sektoriuje atkreiptinas dėmesys į problemas susijusias su migruojančiais dirbančiaisiais, turizmu, profesionalų darbo rinka, medikamentais ir medicininėmis technologijomis.

Gebėjimas prisiimti narystės įsipareigojimus	
Vidaus rinka be sienų	Vietinę sveikatos priežiūros paslaugų rinką galima apibūdinti kaip ganėtinai uždara rinką: Užsienio universitetų išduoti sveikatos priežiūros darbuotojų diplomai nėra pripažįstami. Užsienio investicijų į pramonę ar didmeninį sektorių politika yra gana liberali, tačiau užsienio kapitalo judėjimui farmacijos sektoriuje taikomi teisiniai apribojimai.

	<p>Užsienio investicijoms į sveikatos priežiūrą netaikoma jokių teisinių apribojimų, tačiau, iš dalies dėl perteklinio valstybinio sveikatos priežiūros sektoriaus pajėgumo ir privačios sveikatos priežiūros praktikos diskriminavimo, tiesioginės užsienio investicijos į šį sektorių yra nežymios. Iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų finansuojamos pagrindinai šalies viduje teikiamos paslaugos.</p> <p>Nors apie veiksmingą įsiliejimą į vidinę ES sveikatos priežiūros rinką kalbėti dar anksti, tačiau nacionalinės šiai sričiai skirtos strategijos kūrimas būtų laikomas privalumu. Dar iki narystės ES privalu panaikinti visus darbo jėgos ir kapitalo judėjimui taikomus apribojimus. ES reglamente 1408/71 numatyta nemaža finansinė našta, tenkanti būsimosioms ES valstybėms narėms, tačiau vidutiniu laiku yra neįmanoma išlaidas sveikatos priežiūrai padidinti tiek, kad jos pasiektų dabartinių ES valstybių narių išlaidų šiam sektoriui lygį. Teikiamas finansavimas privalo užtikrinti sveikatos priežiūros sistemos veiklos tęstinumą, galimybę teikti priimtina įvairovę kokybės standartų reikalavimus tenkinančių sveikatos priežiūros paslaugų</p>
Ekonominė ir socialinė sanglauda	<p>Šio kriterijaus turinio sąsajoje su sveikatos priežiūros klausimais ES valstybės narės nėra tiksliai apibrėžusios, tačiau kai kuriais minėtųjų klausimų aspektais yra diskutuojama. 1995 metais vidutinė gyvenimo trukmė buvo 77 metai (Švedijoje 79,1; o Portugalijoje – 75), o Vidurio ir Rytų Europos šalyse vidutinė gyvenimo trukmė tuo metu buvo 71 metai. Kaip matome vidutinės gyvenimo trukmės skirtumai, kaip ir teikiamų paslaugų (mokymo, licencijavimo, kon-</p>

	<p>trolės, etikos gairių, vartotojų teisių gynimo) kokybės skirtumai, egzistuoja. Lietuvoje vidutinė gyvenimo trukmė pailgėjo nuo 68,7 (1994) iki 71,4 (1997). Tokiu būdu Lietuva pasiekė 1990 metais buvusius rodiklius ir Vidurio bei Rytų Europos šalių regiono vidurkį.</p> <p>Visuomenės sveikatos srityje pabrėžiama kovos su užkrečiamomis ligomis svarba, skatinama sveikatinimo ir ligų prevencijos veikla. Pažangą šioje srityje rodo tai, kad mirties nuo dizenterijos atvejų skaičius sumažėjo nuo 5295 atvejų 1995 metais iki 2025 atvejų 1997 metais, nuo virusinio hepatito, atitinkamai, nuo 6126 iki 3476, o nuo sifilio, atitinkamai, nuo 3379 iki 3146. Tačiau daugėja naujai užregistruotų atviros formos tuberkuliozės atvejų skaičius. 1993 metais buvo užregistruota 1628 tokių atvejų, o 1995 – jau 2116, tuo tarpu kai 1997 metais net 2627.</p>
--	---

7. INSTITUCINIS PAJĖGUMAS

7.1. Įstatymų įgyvendinimas

7.1.1. Sveikatos priežiūros kokybė

Lietuva ėmėsi priemonių, siekdama ginti pacientų teises, užtikrinti prekių saugumą, sveikatos priežiūros kokybę ir pagerinti pacientų poreikių tenkinimą.

Vadovaujantis SPIĮ 52 straipsnio nuostatomis, sveikatos priežiūros įstaigų valstybinę kontrolę vykdo:

- Sveikatos apsaugos ministro paskirti pareigūnai;
- Valstybinė medicininio audito inspekcija (ji kontroliuoja visas sveikatos priežiūros įstaigas, įvertindama jų teikiamų paslaugų prieinamumą, kokybę ir ekonominį efektyvumą);
- Valstybinė ir teritorinė ligonių kasa (kontroliuoja per privalomojo sveikatos draudimo sistemą finansuojamą

paslaugų apimtis ir kokybę, gali atlikti ekonominę ir finansinę sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis pasirašytos sutartys dėl paslaugų teikimo ir kurios yra finansuojamos per privalomojo sveikatos draudimo sistemą, analizę);

- Lietuvos Medicininės etikos komitetas (kontroliuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, visą dėmesį sutelkdamas į medicininės etikos aspektą);
- Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba (kontroliuoja visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų prieinamumą, kokybę ir efektyvumą);
- Valstybinė higienos inspekcija (vykdo visų sveikatos priežiūros įstaigų higieninę kontrolę).

Valstybinė medicininio audito inspekcija, Akreditavimo tarnyba, Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba ir Valstybinė higienos inspekcija turi teisę sustabdyti keliamų reikalavimų neatitinkančios institucijos veiklą. Vėliau gali būti sustabdomas licenzijos galiojimas, o Sveikatos apsaugos ministras gali paskirti laikinąjį įstaigos administratorių.

Siekiant užtikrinti gerą sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, SPIĮ 52-54 straipsniais Akreditacijos tarnybai šioje srityje suteikiama nemažai laisvės ir teisių. Vadovaujantis minėtais SPIĮ straipsniais, Akreditacijos tarnyba turi teisę įspėti sveikatos priežiūros įstaigas apie pastebėtus pažeidimus ir trūkumus ir pareikalauti, kad rasti pažeidimai ir trūkumai per nustatytą laikotarpį būtų pašalinti; vadovaudamasi įstatymų numatytais procedūromis, įstaigų vadovams skirti administracines nuobaudas; reikalauti, kad būtų patikrinta konkrečios institucijos sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikacija; panaikinti akreditaciją visoms ar daliai paslaugų teikti.

Kaip jau buvo minėta, SAM Akreditavimo tarnybai suteikta nemažai teisių kontrolės srityje. Jau pradėtos įgyvendinti kontrolės ir atsiskaitymo priemonės, tačiau šioje srityje dar reikia pamos ir tolimesnės plėtros.

SPĮ 53 straipsnyje rašoma: Jei sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas neteisėtais veiksmais sukėlė pavojų arba padarė žalą paciento sveikatai ar gyvybei, 52 šio įstatymo straipsnyje išvardintos institucijos turi teisę: 1) reikalauti, kad minėtasis specialistas mėnesiui būtų nušalintas nuo užimamų pareigų, siekiant patikrinti jo profesinę kompetenciją; už visą nušalinimo laiką jam nebus mokamas atlyginimas; 2) reikalauti, kad būtų patikrinta minėtojo specialisto profesinė kompetencija ne- nušalinant jo nuo užimamų pareigų; 3) siūlyti panaikinti šio specialisto licenziją sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.

Sveikatos priežiūros kokybės srityje dirbama trimis pagrindinėmis kryptimis:

1. *Peržiūrimi teisės aktai*, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos priežiūros sistemos dalyvių teisių ir pareigų apibrėžimui, bei institucinio tinklo kūrimui.

2. *Siekiama užtikrinti reikiamą sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikaciją*. Pagrindą šiai veiklai sudaro Gydytojų medicininės praktikos įstatymas ir Licencijavimo taisyklės. Licencijas sveikatos priežiūros personalui išduoda SAM Licencijavimo komisija. SAM Licencijavimo komisijos išduotą licenciją privaloma privačia praktika užsiimantiems sveikatos priežiūros darbuotojams.

3. *Asmens sveikatos priežiūros įstaigose vykdoma kokybės kontrolė*. 1998 spalį, SAM patvirtino Valstybinės medicininio audito inspekcijos sukurtus medicininio audito plėtros vietose reikalavimus ir taisykles. Už sukurtos sistemos įgyvendinimą atsako Apskričių/Savivaldybių gydytojai ir įstaigų vadovai. Minėtoji sistema apima kokybės vadovo rengimą; kokybės kontrolės procedūrų diegimą; pareigybinių instrukcijų ir medicininės veiklos gairių sąvadų rengimą; teikiamų paslaugų kokybę kontroliuojančių audito grupių steigimą vietose.

7.1.2 Konkurencija

Kai teritorinės ligonių kasos su pasirinktais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais pradės sudarinėti sutartis paslaugoms teikti, ypatingos svarbos įgaus susiformavę rinkos ir konkurencija dėl sveikatos priežiūros sektoriuje teikiamų paslaugų kokybės ir ekonominio efektyvumo. Bendrai tariant, ruošiamame Konkurencijos įstatymo projekte (1996) atsispindi reikšmingos ES galiojančių taisyklių nuostatos, o pats įstatymo projektas yra orientuotas į ES taikomas konkurencijos taisykles. Konkurenciją reglamentuojančių teisės aktų derinimo procesas gerokai pasistūmėjo į priekį.

Lietuvos Respublikos Valstybinė konkurencijos ir vartotojų teisių gynimo tarnyba prie LR Vyriausybės įkurta 1995 metais. Jos veiklą galima suskirstyti į dvi sritis: konkurencijos skatinimą ir gynimą bei vartotojų teisių apsaugą.

7.2 Valdymo kultūra

Pereinamuoju laikotarpiu Lietuvai, kaip ir daugumai Vidurio bei Rytų Europos valstybių, trūksta reikiamos valdymo struktūros. Tokią situaciją ji paveldėjo iš ankstesnės Semaškos sistemos. Nors Sveikatos draudimo įgyvendinimas ir sutarčių su sveikatos priežiūros institucijomis sudarymo procedūra padėjo susiformuoti valdyme dalyvaujančių žmoniškųjų išteklių grupei, šioje srityje dar tik žengiami pirmieji žingsniai.

Daugumą valdymo sprendimų valstybinėse institucijose priima medicininį išsilavinimą turintys direktoriai. Ekonominių tarnybų personalo skaičius yra santykinai mažas, o šių darbuotojų kvalifikacijos kėlimas dažniausiai vyksta informacinių susitikimų SAM ar TLK metu bei diskutuojant kolegų tarpe.

1998 metų sausį dauguma asmens sveikatos priežiūros įstaigų iš biudžetinių buvo reorganizuotos į viešąsias (ne pelno) įstaigas. Sveikatos priežiūros srityje pradėjus taikyti konkrečius įstatymus, skubiai prisireikė konsultacijų ir standartizuotos buhalterinės apskaitos bei finansinių ataskaitų formų.

7.3. Galių suteikimas pacientams

7.3.1. Pacientų teisės

1996 metais priimtas Pacientų teisių apsaugos įstatymas įsigaliojo 1997 metų gegužės mėnesį. Įstatyme numatyta, jog pacientas gali pateikti skundą jį gydžiusiai sveikatos priežiūros įstaigai, Sveikatos apsaugos ministerijai, kitai kontroliuojančiai institucijai ir teismui. Paciento teisė gauti informaciją yra grindžiama įstatymu.

7.3.2. Seimo kontrolierius

1994 kovo mėnesį prie LR Seimo įkurta Seimo kontrolieriaus tarnyba (1994 gruodžio mėnesį LR Seimas ketverių metų kadencijai paskyrė penkis kontrolierius). Minėtieji kontrolieriai turi teisę nagrinėti skundus, susijusius su valstybės tarnautojų, karo ir vietinės valdžios pareigūnų veiksmais, remdamiesi savo pačių atliktais tyrimais gali inicijuoti teisminį prasižengusiojo valstybės tarnautojo nušalinimo nuo užimamų pareigų procesą. Tačiau šie kontrolieriai nenagrinėja skundų, susijusių su LR Prezidento, Vyriausybės ar teismų sistemos veikla.

1998 gruodį priimtas įstatymas, sudaro institucinį pagrindą kontrolieriaus institucijos veiklai ir pagerina administracinį skundų nagrinėjimo pajėgumą.

7.3.3 Pacientų informavimas

Numatyta keletas priemonių, padėsiančių patobulinti atskaitomybės pacientams procedūrą. SPIĮ straipsniuose teigiama, kad sveikatos priežiūros įstaigos privalo informuoti visuomenę apie nemokamai teikiamas paslaugas ir tokių paslaugų apimtį. Minėtosios informacijos teikimo procedūrą nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Be to, kiekvienas asmuo turi teisę gauti informacijos apie privalomojo sveikatos draudimo rėmuose garantuojamų paslaugų mastus ir kainas.

Teisę į informaciją taip pat reglamentuoja Pacientų teisių apsaugos įstatymo 6 straipsnis.

7.4. Santrauka

1998 lapkričio 4d. paskelbtoje Europos Komisijos nuomonėje apie reformų eigą Lietuvoje teigiama, kad vienas didžiausių Lietuvos trūkumų yra nepakankamas administracinis pajėgumas taikyti ES teisės aktų nuostatas. Tačiau nekyla jokių abejonių, jog Lietuva sugebėjo sukurti visaapimančią institucijų tinklą, todėl belieka tik sutvirtinti jo diegimo procesą. Be to, kartu su reikiamomis informavimo priemonėmis bei profesiniu mokymu reikėtų tobulinti ir valdymo pajėgas.

Administracinis pajėgumas taikyti ES teisės aktus.	
Struktūrinis ir teisinis pajėgumas	1997-1998 metais pastebėta pažanga privalomojo sveikatos draudimo (PSD) sistemos funkcionavimo srityje. 1998 metų rudenį 10 regioninės ir valsstybinės reikšmės privalomojo sveikatos draudimo institucijų buvo įdarbinta 300 žmonių. Dar 1996 metų rudenį sveikatos draudimo sistema turėjo tik 50 darbuotojų. Sistemoje įkurtos darbo vietos gerai įrengtos, sudarytas ir vedamas apdraustųjų registras, veikia supaprastintas kompiuterizuotos vaistų kompensavimo sistemos variantas. Nepaisant to, kad, vadovaujantis ES ir Vidurio bei Rytų Europos standartais, PSD sistemai vis dar trūksta darbuotojų ir aiškiai juntamas medikų dominavimas (visi aukšto rango sistemos administratoriai turi medicininį išsilavinimą), ši sistema jau tapo nacionalinės sveikatos priežiūros reformos varomąja jėga. Šiuo metu PSD sistema daugiausiai atsako už finansavimo klausimus, tačiau patobulinus sutarčių sudarymo procedūras jos atstovai galės dalyvauti nacionaliniame ir vietiniame lygmenyse vykstančiame sveikatos priežiūros planavimo procese. PSD sistemai būdingi šie trūkumai: nėra pajėgi administruoti ūkininkų ir savo versle dirbančių individų įmokų (turimas omenyje darbuotojų skaičius ir jų įgūdžiai); nesukurta ilgalaikė strategija, apibrėžianti priemones, naudotinas planuojant

	<p>sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, sveikatos priežiūros paslaugų kontrolę ir išlaidų mažinimą; nepakankamai išplėtotos plačiosios visuomenės informavimo ir ginčų tarp pacientų bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų procedūros.</p> <p>Nacionaliniame, apskričių ir savivaldybių lygmenyse įkurtos specialios valstybinės institucijos, atsakingos už sveikatos priežiūros planavimą ir teikiamų paslaugų</p> <p>Kokybės užtikrinimą (atitinkamai SAM ir jai pavaldžios tarnybos, Apskritis gydytojo administracija ir Savivaldybės gydytojo administracija). Įgyvendinami svarbūs pokyčiai, skirti įtraukti plačiąją visuomenę į savivaldybės ir bendruomenės lygmenyse vykstančius procesus. Pastebėti šie valstybinio administravimo sistemos trūkumai: neaiškus atsakomybės pasidalinimas bei įgūdžių lygis regioniniame ir vietos lygmenyse, trūksta strategijų (ar net politinio noro), skirtų tokioms egzistuojančioms problemoms, kaip papildomas mokestis už paslaugas tiesiai gydytojui į kišenę ar sveikatos priežiūros darbuotojų aplaidumas, spręsti. Nacionalinė sveikatos informacijos sistema dažniausiai naudojama tarptautinės atskaitomybės srityje (PSO) keliamiems reikalavimams tenkinti, o ne kaip sveikatos priežiūros sistemos valdymo priemonė. Vis dar reikia daugiau pastangų įgyvendinant jau priimtų teisės aktų nuostatas (pvz., sveikatos priežiūros finansavimo srityje. Vėlavimas įgyvendinti su sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo tvarkaraščiu ir pacientų teisių apsauga susijusius teisinius reikalavimus taip pat yra svarbus rodiklis).</p>
Partnerystės projektai	Kartu su partneriais iš Šiaurės šalių, Vokietijos, Olandijos ir, šiek tiek rečiau, iš Prancūzijos, DB bei Viduržemio jūros regiono vykdomuose partne-

rystės projektuose, dalyvauja daugelis sveikatos priežiūros institucijų bei savivaldybių. Tam tikras minėtųjų projektų ribose vykdomos veiklos (ypač tais atvejais, kai kalbama apie sveikatos priežiūros planavimą nacionaliniu lygmeniu) koordinavimas būtų laikomas privalumu. Tačiau kartu su Vidurio ir Rytų Europos šalių įstaigomis ir tarnybomis vykdomų partnerystės projektų pavyzdžių nėra daug. Todėl regioninio bendradarbiavimo plėtra turėtų tapti vykdomos politikos prioritetu.

8. PADĖKA

Dėkojame visiems, radusiems laiko diskutuoti su mumis Lietuvos sveikatos priežiūros politikos ir sveikatos priežiūros sektoriaus plėtros klausimais. Norėtumėme ypatingai padėkoti už didelį pasiryžimą remti projektą ir draugišką bei nuoširdžią atmosferą, kurioje įgyvendinama šio projekto veikla.

TURINYS

1. SANTRAUKA	3
2. ĮVADAS	6
3. METODOLOGINIS POŽIŪRIS	13
3.1 Sveikatos priežiūros sistemos analizė	13
3.2 Nuosavybės teisės	14
3.3 Atskaitomybė.....	15
3.3.1 Klinikinė atskaitomybė	15
3.3.2 Finansinė atskaitomybė	16
3.3.3 Valstybinė atskaitomybė	17
3.4 Reikalavimai, kuriuos privalu tenkinti, norint tapti Euro- pos Sąjungos nare	19
4. INSTITUCINĖ SĄRANGA.....	20
4.1 Įstatyminė bazė.....	20
4.1.1 Nuosavybės teisės	23
4.2 Nemokamai pacientui teikiamų paslaugų krepšelis	25
4.3. Savivalda ir demokratija	25
4.4. Tolimesnės reformos	25
4.4.1 Liberalusis modelis	26
4.4.2 Normatyvinis modelis	26
4.5. Santrauka.....	27
5. EKONOMINIS VYSTYMASIS	29
5.1 Sveikatos draudimo fondo finansavimas	29
5.2 Finansinis sveikatos draudimo pagrindas.	30
5.2.1 Valstybės biudžeto įmokos	30
5.2.2 Pajamų mokesčio dalis.....	31
5.2.3 Susijusių su pajamų mokesčiais PSDĮ administravi- mas.....	31
5.2.4 Socialinio draudimo įmokų dalis	32
5.2.5 PSDF finansinis stabilumas ir išteklių paskirstymas regionams	34
5.3. Kaštų ribojimas	35
5.3.1 Išlaidų dinamika	35
5.3.2 Kainodara	35
5.4. Dalyvavimas rinkoje ir konkurencija	36
5.5 Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reorganizavimas	37
5.6. Santrauka.....	40

6. Vidaus rinka ir sanglauda.....	42
6.1 Sveikatos priežiūra ES ribose	42
6.2 Apdraustųjų įmokos	43
6.3 Teritorinis finansinių išteklių paskirstymas	44
6.4. Santrauka.....	44
7. Institucinis pajėgumas	46
7.1. Įstatymų įgyvendinimas.....	46
7.1.1. Sveikatos priežiūros kokybė	46
7.1.2 Konkurencija	49
7.2 Valdymo kultūra	49
7.3. Galių suteikimas pacientams	50
7.3.1. Pacientų teisės	50
7.3.2. Seimo kontrolierius	50
7.3.3 Pacientų informavimas.....	50
7.4. Santrauka.....	51
8. Padėka.....	54
TURINYS	55

**SVEIKATOS POLITIKOS
ANALIZĖ**

1999

Išleido:

Sveikatos Ekonomikos Centras
Savičiaus 6-18, Vilnius. SL 2217

E-mail: sec@takas.lt

Parengta 1999 04 10