

# **PIRMASIS REFORMŲ DEŠIMTMETIS:**

**sveikatos priežiūros sektorius  
socialinių - ekonominių  
pokyčių kontekste**



**Sveikatos ekonomikos centras**

**Pirmasis reformų dešimtmetis:**  
sveikatos priežiūros sektorius  
socialinių-ekonominių  
pokyčių kontekste

Sveikatos ekonomikos centras  
Vilnius 2000

UDK 614 (474.5)  
Pi-118

**Redaktorių kolegija:**

Socialinių mokslų daktaras  
*Gediminas Černiauskas*

Socialinių mokslų daktaras  
*Algis Dobravolskas*

Socialinių mokslų daktarė  
*Liubovė Murauskienė*

© SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS

Knygą remia savaitraštis "LIETUVOS SVEIKATA"



ISBN 9986-806-09-7



## LEIDĖJŲ ŽODIS

Nuoširdžiai dėkojame Sveikatos apsaugos, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų, Valstybinės ligonių kasos, Sveikatos informacijos centro ir kitų Lietuvos organizacijų specialistams bei p. M. Schneider (Vokietija) ir S. Heinen (Nyderlandai), teikusiems informaciją bei dalyvavusiems aptariant pateikiamoje skaitytojams knygoje nagrinėjamas problemas. Esame dėkingi Algiui Dobravolskui (soc. mokslų daktarui, docentui, “Magnus Holdings”, Vilnius), Vilius Grabauskui (hab. daktarui, profesoriui, Kauno Medicinos universiteto rektoriui), Jonas Kairiui (Vilniaus 10-osios poliklinikos direktoriui) šiai knygai parengusiems išsamius analitinius straipsnius. Ypač džiaugiamės, jog straipsnį knygai parengė Sibille Angele, soc. mokslų daktarė (GVG, Kelnas, Vokietija).

Po kelis straipsnius knygai parengė Gediminas Černiauskas (soc. mokslų daktaras, SEC) ir Liubovė. Murauskienė (soc. mokslų daktarė, SEC). Knygos maketą parengė Romualdas Buivydas (SEC).

Knyga baigiama atsakymais į klausimus apie reformų Lietuvoje praeitį, dabartį ir ateitį. Atsakyti į knygos autorių parengtus klausimus maloniai sutiko 1990-ųjų ir 2000-ųjų metų Lietuvos sveikatos ministrai gerb. Juozas Olekas ir Raimundas Alekna bei daug dirbęs tam, kad nacionalinės sveikatos sistemos reforma pajudėtų, o dabar plėtojantis savo ir gausaus mokinių būrio profesines žinias bei įgūdžius prof. Aleksandras Laucevičius.

Leidiny yra pirmasis po nepriklausomybės atkūrimo stambus darbas apie socialinio sektoriaus raidą, parengtas nenaudojant užsienio fondų lėšų.

## ĮVADAS

Praėjo pirmasis atkurtosios nepriklausomybės dešimtmetis, atsitiktinai sutapęs su paskutiniais krikščioniškojo pasaulio antrojo tūkstantmečio metais. Daliai Lietuvos žmonių tas laikotarpis įkūnijo jų viltis ir lūkesčius bei suteikė optimizmo ateičiai. Kitiems teko patirti sunkių išbandymų. Ženkli emigracija bei padidėjęs savižudybių skaičius rodo, kad ne visi sugebėjo šiuos išbandymus pakelti. Daugelis pakėlė, bet tarp jų yra nemaža sulinkusių nuo nepriteklių naštos ir nebegalinčių stabtelėti bei atsigręžus į netolimą praeitį pamėginti atsakyti į kasdieniškus klausimus. Kas pasikeitė? Ko siekta ir kas daryta bei padaryta? Kas atlikta teisingai, o kur privelta klaidų? Ką galima padaryti artimiausiu metu, o ką kiek vėliau? Išvardytus klausimus vengia suformuluoti ir sąžiningai bent jau sau į juos atsakyti ne tik palaužtieji. Atsigręžti į praeitį vengia ir tūlas, sėdintis šiltoje valdininko kėdėje. Gal bijoma, jog laimėjimus teks priskirti eiliniams Lietuvos žmogeliams, daugelį klaidų prisiimant sau. Gal tikima, kad valdininkui reikia ne mąstyti ir vertinti, o tik sprendimus priiminėti ir mokyti savo pavaldinius. Kartais nepasitikima savo jėgomis ir laukiama, kol viską nuspręs protingieji Pasaulio banko, Tarptautinio valiutos fondo, Europos Sąjungos bei kitų tarptautinių organizacijų ekspertai.

Į dalį suformuluotų klausimų bandoma atsakyti pateikiamoje knygoje. Leidinyje siekiama apžvelgti bendriausius pastarojo dešimtmečio Lietuvos socialinės-ekonominės raidos elementus bei įvertinti Lietuvoje vykusią pokyčių įtaką gyventojų sveikatai bei sveikatos priežiūros sistemos valdymui. Daugiausia dėmesio skirta sveikatos priežiūros vidinės struktūros tyrinėjimams politikos, išteklių, organizavimo, valdymo ir finansavimo atžvilgiais. Medžiaga pateikiama istoriniu principu, išsamiau aprašant situaciją, susiklosčiusią Lietuvoje 1999 metų viduryje. Rengiant knygą siekta šią situaciją vertinti kompleksiskai bet, abejojant kolektyvinės visaišnystės egzistavimu, nekeltas uždavinys autorių nuomonės visiškai suderinti. Remdamiesi statistiniais ir sociologinių tyrimų duomenimis, teisiųjų dokumentų analize bei savo patirtimi ir intuicija, autoriai tekstus rengė savarankiškai.

Skaitytoją, kuris nepatingės perskaityti visos knygos, norisi iš anksto įspėti, kad knygoje vyrauja analitinis, o ne vertinamasis pradas. Tikėtina, kad kritiškai nūdienos realijų atžvilgiu nusiteikęs pilietis pasigės baigtinių atsakymų į įvade suformuluotus klausimus. Galimi pasiteisinimai būtų: laiko, skirto medžiagai parengti, ribotumas, apimties statistinės informacijos nepakankamumas bei ... nuoširdus knygos autorių tikėjimas, kad dabartis pernelyg sudėtinga tam, kad galima būtų ją sutalpinti į vienareikšmius teiginius. Netikėdami savo neklystamumu, autoriai nepateikia laikmečio didvyrių bei didžiųjų nusidėjėlių pavardžių, nors dauguma darbe aprašomų sprendimų, be abejo, turi savo autorius.

Knyga nėra sveikatos priežiūros valdymo istorijos vadovėlis. Rengiant

spausdinamą medžiagą, praeities faktai labiausiai domino tiek, kiek jie veikia dabartinį (1999-2000 metais) gyvenimą Lietuvoje. Tikimasi, jog konkrečių darbų aprašymai sumažins į valstybės valdymą ateinančių politikų ir specialistų polinkį išradinėti dviratį bei pratęs praėjusio dešimtmečio, per kurį reforma daryta žvalgantys patirties pas kaimynus, vertinant įvairius veiklos scenarijus, diskutuojant, tradiciją.

## I DALIS. SOCIALINĖ-EKONOMINĖ RAIDA LIETUVOJE 1989-1999 METAIS

Socialinių problemų sprendimas glaudžiai susietas su šalies socialine-ekonominė raida. Turimi bendrieji ištekliai, ekonominėje literatūroje dažniausiai išreiškiami bendrojo vidaus produkto (BVP) rodikliais, lemia, kiek lėšų galima skirti socialinėms (įskaitant sveikatos priežiūrą) gyventojų reikmėms tenkinti. Savo ruožtu, nuo BVP kitimo tempų priklauso socialinių išmokų kitimas, o šių tempų prognozė įgalina apibrėžti tikėtiną socialinės srities finansavimo apimtį ateityje. Neatsitiktinai knyga pradedama socialinės-ekonominės situacijos Lietuvoje aprašymu.

Skyriuje “Lietuvos ekonomikos raida 1989 -1998 metais” siekiama parodyti Lietuvos situaciją, palyginant ją su Vidurio ir Rytų Europos (VRS) bei iš TSRS susiformavusiomis valstybėmis. Atlikta analizė rodo tai, kad Lietuva pastaraisiais metais gali pasigirti kainų pastovumu, bet pagal daugelį kitų ekonominių parametų patenka į lyginamų šalių sąrašo vidurį ar šio sąrašo antrąją pusę. Tarpautiniai palyginimai atliekami remiantis tarptautinių organizacijų bei nacionalinės statistikos duomenimis.

Antrajame knygos skyriuje aptariamos pirmojo Lietuvos nepriklausomybės dešimtmečio socialinės apsaugos raidos kryptys. Pastarojo laikotarpio patirtis rodo, jog reformatoriai dirbo ne bergėdžiai. Socialinės apsaugos priemonės užtikrino bent jau minimalias garantijas seneliams, invalidams, sergantiesiems. Per pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje nebuvo masinio smurto ir griaunamą galią turinčių streikų ar lokautų protrūkių. Kita vertus, šis dešimtmetis susijęs ir su praradimais. Skirtumai tarp turtingųjų ir vargšų pajamų Lietuvoje didesni nei Vakarų Europoje. Šalyje aukštas alkoholizmo lygis, nėra išspręsta nedarbo problema. Norėtusi tikėtis, kad skyriuje pateikta medžiaga stimuliuos diskusijas dėl socialinių reformų veiksmingumo bei paspartins bendrosios socialinės apsaugos politikos ir sveikatos apsaugos integraciją.

Skyriuje “Demografinė situacija Lietuvoje” aprašomi pagrindiniai gyventojų skaičiaus kitimo parametrai. Integruotai socialinę gerovę atspindintis laukiamojo gyvenimo trukmės rodiklis Lietuvoje auga nuo 1995 metų ir 1998 metais viršijo prieš reformas buvusį lygį. Tačiau tapome savižudybių lyderiais Europoje, sunikiai sprendžiami sergamumo tuberkulioze ribojimo uždaviniai.

Egzistuojančios problemos knygoje aprašomos, siekiant apibrėžti darbų, kuriuos teks dar atlikti mastą ir tikintis, kad po dešimties metų pakartojus panašią studiją bus užfiksuota, jog dalis dabartinių problemų bus nebeaktualios.



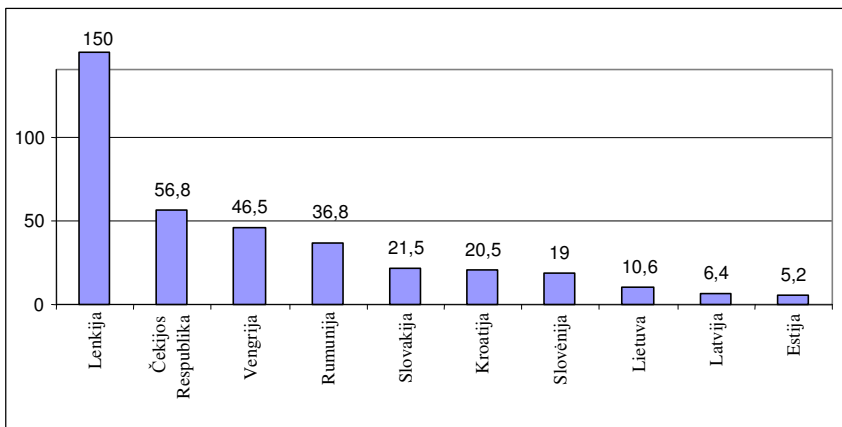
## LIETUVOS EKONOMIKOS RAIDA 1989 -1999 METAIS

*GEDIMINAS ČERNIAUSKAS, socialinių mokslų daktaras*

### BENDROJO VIDAUS PRODUKTO APIMTIS 1998 METAIS

1998 metais Lietuvos BVP sudarė 42,8 mlrd. litų arba 11,1 tūkst. litų 1 gyventojui. 1-6 paveiksluose šis rodiklis palygintas su kitų Europos šalių BVP.

#### *1 paveikslas. Vidurio ir Rytų Europos BVP apimtis 1998 metais (mlrd. JAV dol.)*

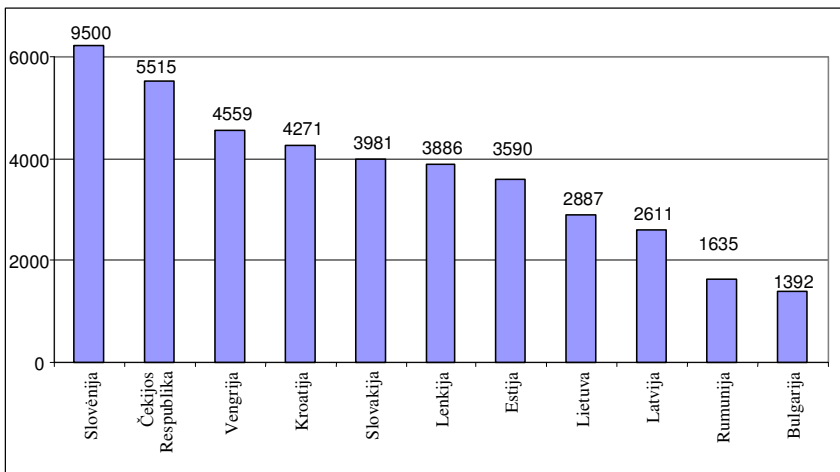


*Šaltinis: Business Central Europe (BCE).*

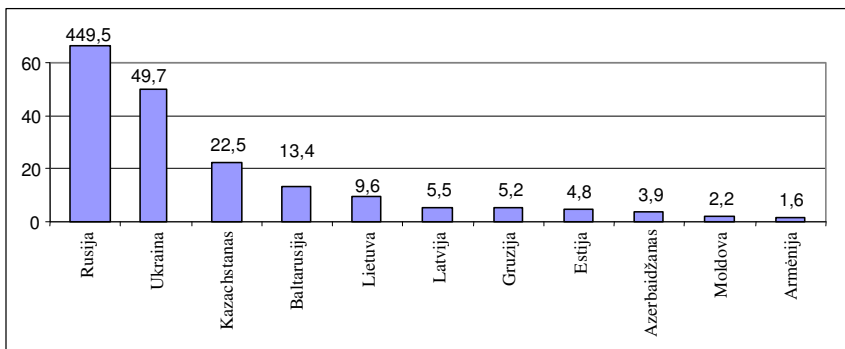
1 paveikslas parodo kaip susiskirsčiusios regiono šalys pagal gamybos apimtį. Kaip didžiausios gamybos apimtį šalis išsiskiria Lenkija, o Čekija, Vengrija bei Slovakija - kaip vidutinio lygio. Bendra paveiksle pateiktų valstybių BVP apimtis 1998 metais sudarė 373 milijardus dolerių. Lietuvai tenka apie 3 procentus bendros regiono gamybos apimtį.

2 paveikslas agreguotai atspindi santykinę šalių išsivystymo lygį. Aiškiai pirmauja Slovėnija bei atsilieka Rumunija ir Bulgarija. Lietuva, 1 gyventojui sukurdamą 72 procentus Lenkijos BVP, yra ties vidurinėsios grupės ir atsilikusiosjų riba.

Lietuvos situacija, palyginti su kitomis buvusiomis TSRS respublikomis, matyti iš 3-4 paveikslų. Kadangi ne visos šalys tuo metu, kai buvo rašomas tekstas, buvo pateikusios 1998 metų skaičius, ši grupė pristatoma remiantis 1997 metų duomenimis. Vidurio Azijos valstybių duomenys nėra pateikiami, nes jie mažai reikšmingi Europos kontekstui.

**2 paveikslas. Vidurio ir Rytų Europos BVP 1 gyventojui 1997 metais (JAV dol.)**

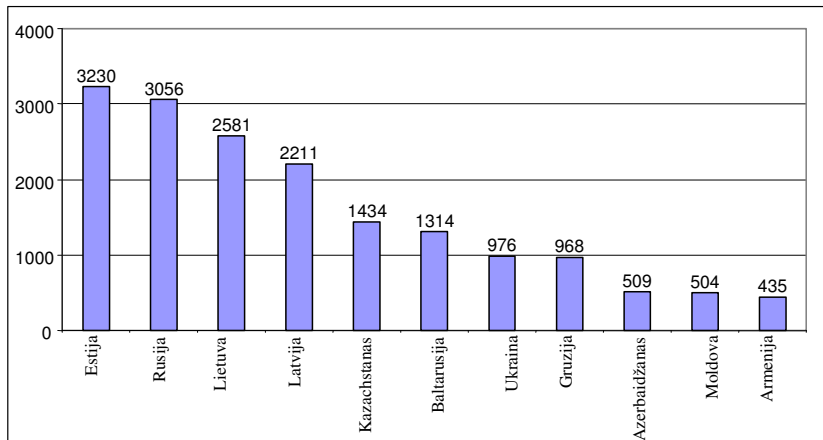
Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

**3 paveikslas. Buvusios TSRS valstybių Vidurio ir Rytų Europos BVP apimtys 1997 metais (mlrd. JAV dol.)**

Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

Rusija, net ir pergryvendama ekonominę krizę, išlieka gamybos apimties atžvilgiu reikšmingiausia ne tik buvusios TSRS, bet ir viso buvusio sovietinio bloko valstybė. Apimtimi taip pat išsiskiria Ukraina ir iš dalies Kazachija. Latvija, Estija, Moldova ir Užkaukazės valstybės atstovauja mažas ekonomikas. Baltarusija ir Lietuva - vidurinei grupei.

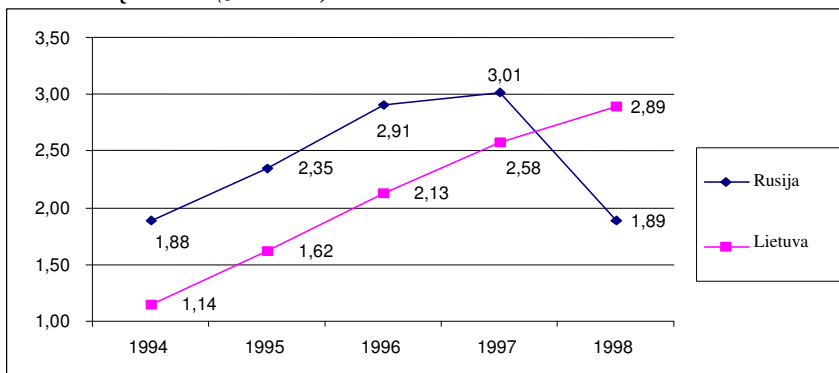
**4 paveikslas. Buvusių TSRS respublikų BVP apimtis 1997 metais (mlrd. JAV dol.)**



Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

Pagal gamybos produktyvumą pirmauja Estija. 1997 metais antroje vietoje buvusi Rusija dėl ekonomikos smukimo bei ženklaus rublio devalvavimo 1998 metų viduryje greičiausia smuktelės į 3 ar 4 vietą paveiksle. Žemiau pateiktas paveikslas, kuriame atspindimi 1998 metų raidos vertinimai, santykinį Rusijos gamybos apimtį mažėjimą Baltijos valstybių atžvilgiu patvirtina.

**4.1 paveikslas. Lietuvos ir Rusijos BVP 1 gyventojui vertinant pagal oficialius valiutų kursus (JAV dol.)**



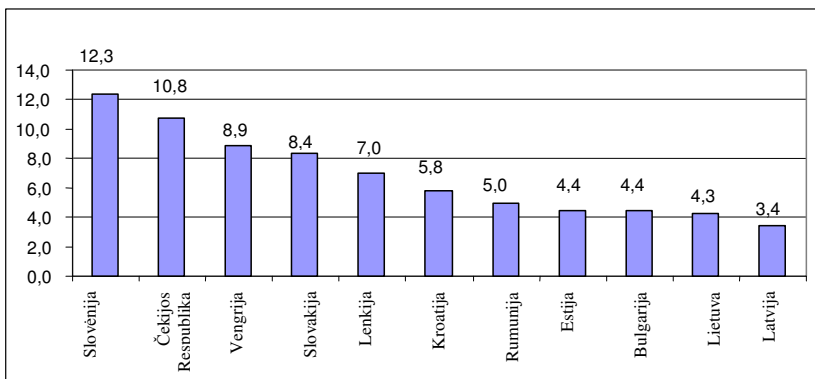
Šaltinis: EBRD.

Palyginę 2 ir 4 paveikslius, matome, jog, išskyrus Rusiją tik Kazachstanas ir Baltarusijos gamybos 1 gyventojui lygiai yra artimi šalių, pretenduojančių tapti ES narėmis, rodikliams. Ukraina ir Gruzija galėtų priartėti prie Vidurio ir Rytų

Europos regiono valstybių, jeigu vidutinės trukmės laikotarpiu ženkliai pagerintų savo rodiklius.

BVP rodikliai, vertinami pagal oficialius nacionalinių valiutų keitimo kursus, atspindi dabartines šalies galimybes dalyvauti tarptautiniame darbo pasidalijime, bet ne visai tiksliai atspindi realų vartojimo lygį valstybėse bei ekonomikos dinamiką. Daugeliui pereinamosios ekonomikos valstybių būdinga situacija, kai vidaus prekių ir ypač paslaugų kainos, vertinamos JAV doleriais, ženkliai atsilieka nuo vidaus kainų JAV ar Vakarų Europoje. Taipogi akivaizdžiai skiriasi pereinamosios ekonomikos valstybių vidaus kainos. Siekiant šiuos skirtumus eliminuoti, yra naudojamos BVP apimties nustatymo, taikant perkamosios galios pariteto (PPP) skaičiavimus, metodikos. Nustatant BVP pagal PPP metodiką, stengiamasi gamybos apimtį šalyje išreikšti kainomis, kuriomis prekes ir paslaugas perka išvystytų šalių (dažniausia JAV) vartotojai. Pateikiame tik gamybos 1 gyventojui vertinimo pagal PPP metodiką rezultatus, nes perskaičiavimas ne ypač ženkliai keičia šalių pasiskirstymą pagal gamybos apimtį.

**5 paveikslas. Vidurio ir Rytų Europos BVP 1 gyventojui pagal PPP metodiką 1998 metais (JAV dol.)**



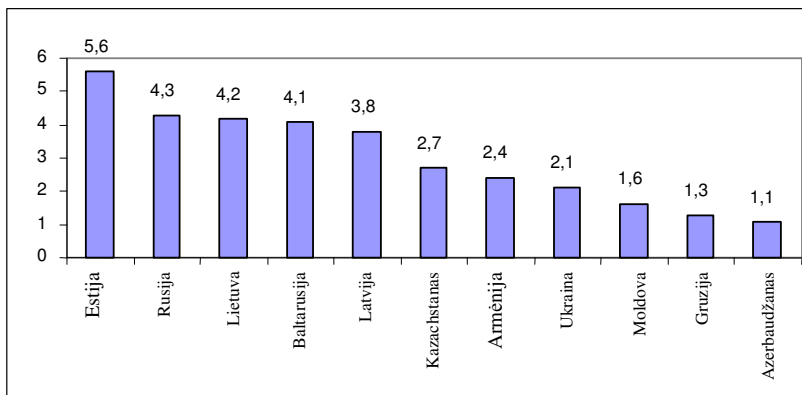
Šaltinis: *Business Central Europe (BCE)*.

Palyginę 2 ir 5 grafikus, matome, kad PPP metodika kiek pakeičia šalių išsivystymo santykį, lyginant su skaičiavimu, pagrįstu valiutų kursais. Santykinai mažėja Slovėnijos pranašumai bei Bulgarijos ir Rumunijos atsilikimas nuo pirmaujančių regiono valstybių. Paveikslas sudarytas naudojant 1999 m. birželio mėn. paskelbtus "Business Central Europe" duomenis. Baltijos valstybių duomenys pateikti 1996 metų ir dabar, matomai, būtų kiek didesni. Kita vertus, PPP metodika iš dalies leidžia paaiškinti, kodėl ES ekspertai Lietuvą vertina tik šiek tiek geriau nei Rumuniją ar Bulgariją.

6 paveiksle pateikti duomenys paimti iš 1999 metų 1 ketvirčio "The Economist Intelligence Unit (toliau EIU) rengiamos leidinių serijos "Country Report" ir nevisiškai sutampa su 1-5 grafikų duomenimis. Jei pastarieji duomenys teisingi ir darysime prielaidą, kad PPP metodika korektiškai atspindi šalies ekonominę po-

tencialą, galėsime teigti, jog Lietuvos išsivystymo skirtumai, palyginti su kaimynėmis Baltarusija, Rusija, Latvija, yra minimalūs. Ekonomikos analitikai atkreipia dėmesį, jog PPP metodika nepajėgia tiksliai įvertinti kokybinių produkcijos parametru pasikeitimo ir yra tikėtina, jog tai kiek paaukština šalių, kuriose ekonominės reformos vyksta lėčiau (mūsų atveju - Baltarusijos ir Rusijos), santykinus rodiklius.

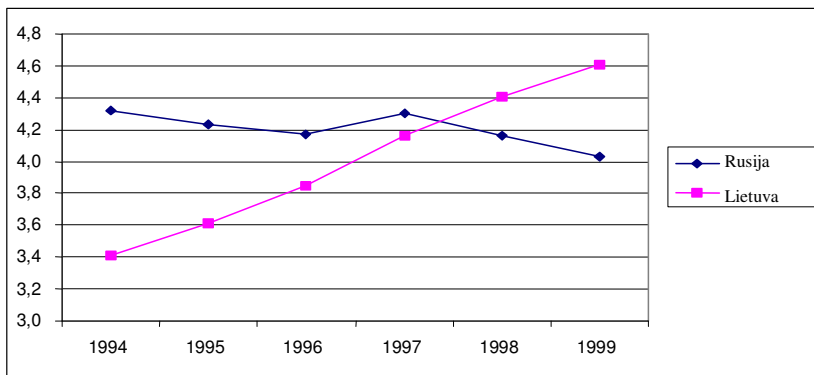
**6 paveikslas. Buvusių TSRS respublikų BVP 1 gyventojui pagal PPP metodiką 1997 metais (1000 JAV dol.)**



Šaltinis: EIU.

Tai, kad buvusių TSRS valstybių gamybos apimtys 1 gyventojui nelabai skiriasi, rodo ne tik 1997 metų vertinimai, bet ir dinamikos analizė.

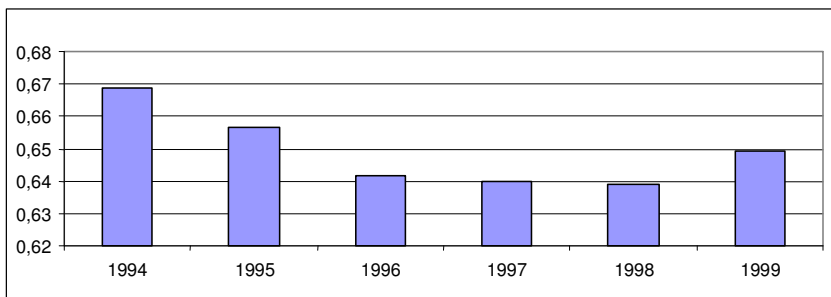
**7 paveikslas. Lietuvos ir Rusijos BVP 1 gyventojui pagal PPP metodiką (1000 JAV dol.)**



Šaltinis: EIU.

7 paveiksle yra pateikti EIU 1999 m. gegužės mėn. paskelbti duomenys apie Rusijos ir Lietuvos ūkio veiksmingumo kitimą 1000 JAV dol. PPP 1 gyventojui bei prognozė 1999 metams. Paveikslas rodo, kad, bent jau dalies Vakarų ekonomistų vertinimu Lietuva tik dėl Rusijos 1998 metų krizės aplenkė Rusiją pagal gamybos 1 gyventojui apimtį. Kita vertus, tų pačių autorių duomenimis, per pastaruosius metus šalis atsiliko nuo kitos didelės kaimyninės valstybės – Lenkijos.

**8 paveikslas. Lenkijos ir Lietuvos BVP 1 gyventojui pagal PPP metodiką (Lenkijos BVP apimtis yra lygi 1)**



Šaltinis: EIU.

Reikia atkreipti dėmesį, kad EIU duomenimis, Lietuvos ir kaimyninių valstybių gamybos 1 gyventojui rodikliai per pastaruosius 10 metų santykinai beveik nepasikeitė (1 lentelė).

**1 lentelė. BVP 1 gyventojui, JAV doleriais pagal PPP metodiką ir rodiklio pokytis nuo 1989 metų (Lietuvos BVP apimtis lygi 100)**

	1989	1997	1997/1989%
<b>Lietuva</b>	100	100	75,6
<b>Baltarusija</b>	87,8	99,2	85,5
<b>Latvija</b>	92,5	92,4	75,5
<b>Rusija</b>	106,6	102,6	72,8

Šaltinis: EIU.

Pastaba, kad PPP metodika netiksliai atskleidžia produkcijos kokybės pasikeitimą, yra ypač reikšminga vertinant rodiklius, buvusius prieš reformą. 1989 metų duomenys, matyt, santykinai padidinti ir dėl netiksliai statistiškai atspindimų prekių ir paslaugų deficito, visuotinai paplitusio nagrinėjamais metais. Kita vertus, gamybos sumažėjimas mus supančiame regione per pastaruosius 10 metų yra beveik visuotinai pripažintas Vakarų Europos autorių darbuose bei nėra paneigtas Lietuvos tyrėjų. Lietuvos statistikos departamento (LSD) 1998 metų duomenimis BVP palyginamosiomis kainomis 1997 metais siekė 65,5 procentus 1990 metų lygio.

**BVP KITIMAS 1989-1998 METAIS**

Tikslus iki reformos buvusio gamybos lygio nustatymas dar laukia sutelktų ekonomistų ir statistikų pastangų. Esamos metodologinės problemos matyti iš visų nagrinėjamo laikotarpio dinaminių eilučių (ypač pirmųjų metų). EIU informacija, palyginta su Lietuvos statistikos departamento (LSD) skelbiamąja, pateikta 2 lentelėje.

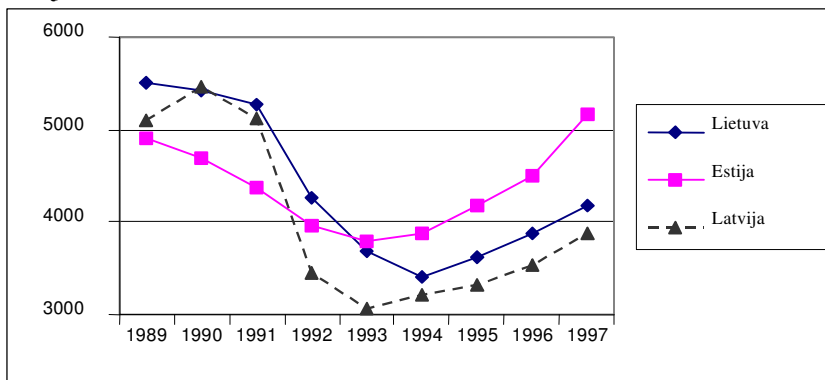
**2 lentelė. Lietuvos BVP dinamika 1989-1998 metais**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>1989 m. lygu 100 (PPP)</b>	99,0	97,0	78,8	67,5	62,6	66,0	70,4	75,9	-
<b>BVP pokyčiai (EIU)</b>	-1,0	-2,0	-18,8	-14,4	-7,3	5,5	6,7	7,7	-
<b>BVP pokyčiai (LSD)</b>		-5,7	-21,3	-16,2	-9,8	3,3	4,7	7,3	5,1

Šaltinis: EIU, LSD.

Iš lentelės aiškiai matyti du šalies vystymosi laikotarpiai. Pirmuosius penkerius reformos metus gamybos apimtis kas metai mažėjo, 1994 metais pasiekė minimumą - apie 2 trečdalius lygio, buvusio iki reformos. Nuo 1995 metų ekonomika ėmė augti. Kaimyninių valstybių ekonomikos kitimas pateiktas 9-9.1 paveiksluose.

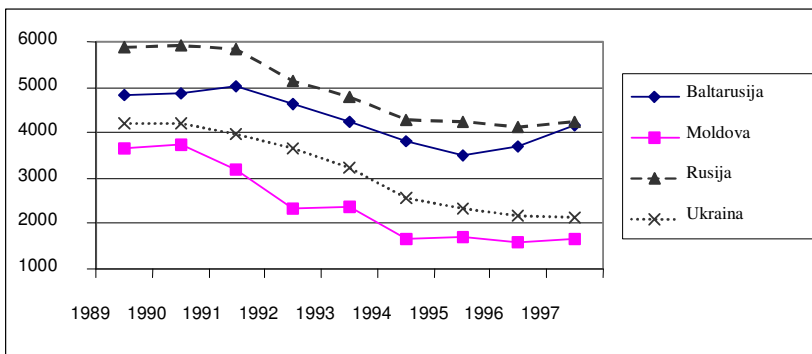
**9 paveikslas. Baltijos valstybių BVP 1 gyventojui (JAV dol. Pagal PPP metodiką) kitimas**



Šaltinis: EIU.

Matome, kad visos valstybės reformos pradžioje pergyveno nuosmukį tik Lietuvoje jis užtruko vieneriais metais ilgiau nei kaimyninėse valstybėse. Estijai būdingas mažiausias nuosmukis ir vėliau prasidėjęs sparčiausias augimas, leidęs 1997 metais pasiekti lygį, buvusį prieš reformą (skaičiuojant pagal PPP metodiką).

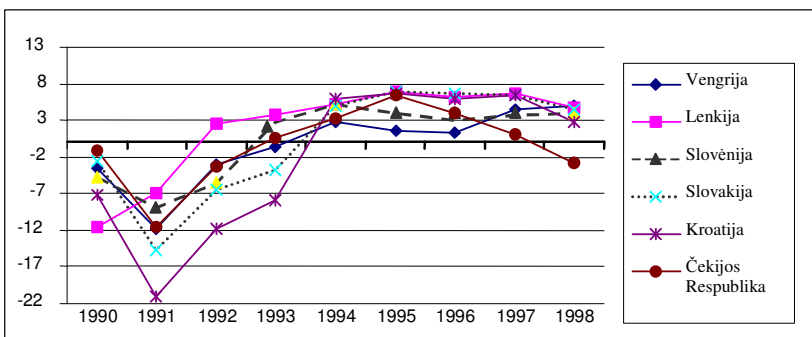
**9.1 paveikslas. Slaviškų buvusios TSRS valstybių ir Moldovos BVP 1 gy-**

**ventoju (JAV dol. Pagal PPP metodiką) kitimas**

Šaltinis: EIU.

Šioms valstybėms būdinga, kad jų ekonomikos nuosmukis prasidėjo tik 1992 metais, bet, išskyrus Baltarusiją, truko visą vėlesnį laikotarpį. Ukrainai ir Moldovai būdingas ypač ženklus gamybos apimtys sumažėjimas. Šių valstybių BVP sumažėjo beveik perpus.

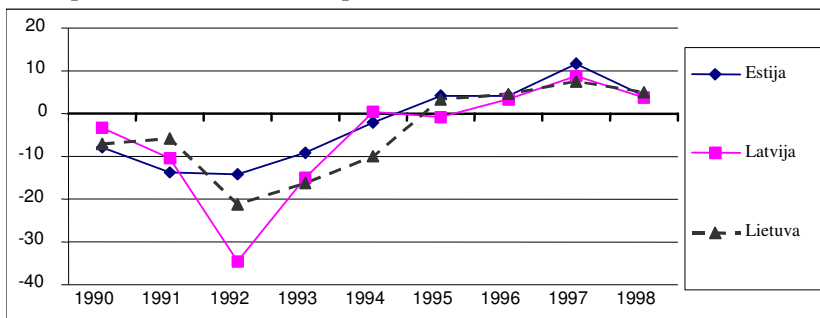
Pastarojo dešimtmečio Vidurio ir Rytų Europos valstybių ekonomikos kitimas pavaizduotas 10-12 paveiksluose. Juose atspindėti BCE pateikti duomenys apie BVP augimą. Siekiant suprastinti grafinį kitimo vaizdavimą, išskirtos trys šalių grupės: Vidurio Europos valstybės ir Slovėnija bei Kroatija (10 paveikslas), Baltijos valstybės (11 paveikslas), Rumunija ir Bulgarija (12 paveikslas).

**10 paveikslas. BVP kitimas procentais**

Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

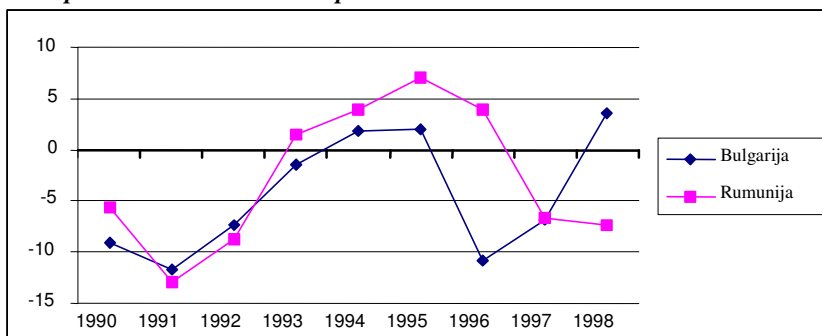
Pirmosios grupės visos valstybės pergyveno ekonomikos nuosmukį 1990-1992 metais, o vėliau prasidėjo jų augimas. Vienintelėje Čekijoje po 1994 metų gamyba buvo ėmusi mažėti ir šios šalies situacija yra rimtas signalas, jog viso regiono valstybės negali būti garantuotos, kad ekonomika augs be perstojo. Sparčiausiai iš aptariamų valstybių augo Lenkijos ekonomika, bet vertėtų atsiminti, jog ši valstybė dalį rinkos ūkio elementų buvo sukūrusi iki 1990 metų.



**11 paveikslas. BVP kitimas procentais**

Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

Baltijos valstybių ekonomikos kitimas jau buvo aptartas BVP gamybos 1 gyventojui (pagal PPP metodika) aspektu. Atkreiptinas dėmesys į gamybos nuosmukį 1992 metais, kuris Lietuvoje buvo artimas, o Latvijoje net viršijo didžiausią nuosmukį Kroatijoje 1991 metais (pastarojoje šalyje tais metais vyko karo veiksmai). Tikėtina, kad Baltijos valstybių nuosmukio lygį iš dalies lemia infliacijos masto pervertinimas.

**12 paveikslas. BVP kitimas procentais**

Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

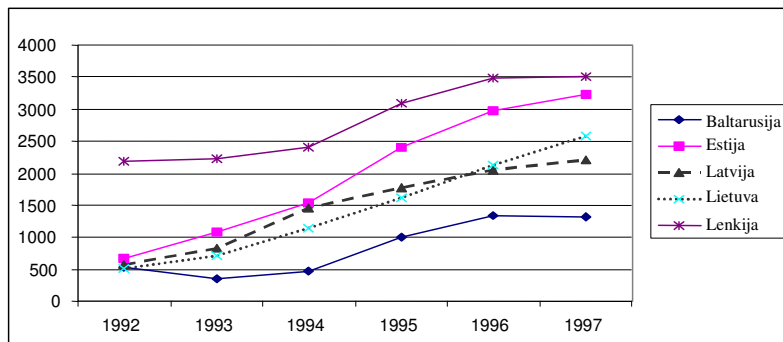
Bulgarijos ir Rumunijos duomenys yra prieštaraujantys. Šalys reformų pradžioje pergyveno nuosmukį, būdingą visoms regiono valstybėms, bet po trumpalaikio ekonomikos stabilizavimo 1993-1995 metais gamyba 2 metus iš eilės vėl ženkliai smuko, atskleidama rinkos ekonomikos kūrimo problemas, o galbūt, ir bendresnius vystymosi cikliškumo dalykus.

Apibendrinant pateiktus duomenis, galima pasakyti, kad visas postsovietinis Europos regionas suskilo į 3 šalių grupes:

- Rusijoje ir Ukrainoje visas dešimtmetis susijęs su gamybos smukimu;
- Vidurio Europa ir Baltijos valstybės pergyveno kelerių metų smukimą, bet nuo 1993-1995 metų gamyba auga (Čekija 1998 metais buvo išimtis);
- Bulgarijoje ir Rumunijoje nuoseklaus augimo laikotarpis dar neprasidėjo.

1999 metų ir artimiausiųjų kelerių metų rezultatai parodys, ar pasikeis ir kiek pasikeis ekonominė šalių situacija.

### 13 paveikslas. BVP kitimas 1 gyventojui JAV dol. pagal galiojusį keitimo kursą



Šaltinis: EBRD.

Pastarasis paveikslas parodo, kokiais tempais keičiasi valstybės rinkos išraiška, vidaus kainoms pradėjus artėti prie tarptautinio kainų lygio. Per 5 metus Baltijos valstybių pajamų perkamoji galia doleriais padidėjo maždaug 5 kartus. Vertinant valiutų kursų atžvilgiu, 1992 metais Baltijos valstybių gamybos 1 gyventojui apimtis buvo tik apie 20 procentų Lenkijos gamybos apimties, o 1997 metais - jau beveik 70 procentų. Baltarusijos - šalies, kurioje rinkos liberalizavimas yra lėtas, tam tikras gamybos augimas taip pat pastebimas, bet jis atsilieka nuo Baltijos valstybių. Baltarusijos BVP (vertinant pagal galiojusius valiutų kursus) 1992 metais sutapo su Baltijos valstybių BVP, o 1997 metais jau buvo maždaug perpus mažesnis.

### BVP KITIMO ŠALTINIAI

Tradicškai BVP kitimas yra vertinamas paklausos (gyventojų ir vyriausybės sektoriaus vartojimo išlaidos, investicijos prekių ir paslaugų eksporto-importo saldas), gamybos struktūros (kokią BVP dalį sukuria ekonomikos sektoriai) ir pajamų struktūros (kokią BVP dalį sukuria darbas, kurdamas darbo apmokėjimo lėšas ir socialinio draudimo įmokas, ir kokią kapitalas, užtikrindamas pelną bei palūkanas ir atkurdamas amortizuotą pagrindinį kapitalą) atžvilgiais. Detaliau knygoje bus nagrinėjami visuminės paklausos ir gamybos struktūros aspektai.

Neabejotina, kad rinkos reformos ženkliai sumažino valstybės vaidmenį ekonomikoje tiek valstybei atsisakant komercinių sektorių administravimo, tiek ir persikirstant lėšas tarp ūkio sektorių. Kita vertus, socialinių sektorių (sveikatos

priežiūra, švietimas, socialinė apsauga) finansavimas žymia dalimi išliko valstybės ar visuomeninių fondų prerogatyva. Kaip keitėsi BVP dalis, kurią sudaro valstybės pajamos, matyti iš 3 lentelės.

**3 lentelė. BVP dalis, kurią sudaro valstybės pajamos**

	Iki reformų pradžios. Daugeliu atveju - 1989 metai	1997 metai, tam tikroms šalims - 1996 metai
<b>Vidurio ir Rytų Europa bei Baltijos valstybės</b>	49,5	39,6
<b>Nepriklausomų valstybių sandrauga (NVS)</b>	34,0	21,8

Šaltinis: "Transition Report" 1998, EBRD.

Bendra valstybės išlaidų mažėjimo tendencija kai kuriose šalyse, EBRD duomenimis (4-5 lentelės), pasireiškė skirtingai:

**4 lentelė. BVP dalis, kurią sudaro valstybės išlaidos. (Vidurio ir Rytų Europa)**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Bulgarija</b>	45,6	43,6	48,1	45,7	41,3	42,3	33,4
<b>Čekija</b>	-	-	41,4	43,3	42,8	41,8	41,6
<b>Estija</b>	-	34,9	40,3	39,2	41,4	40,5	37,4
<b>Vengrija</b>	55,4	59,4	60,6	60,9	53,9	48,3	52,9
<b>Latvija</b>	-	28,2	35,2	38,2	38,2	38	38,2
<b>Lietuva</b>	38,7	31,5	35,1	38,5	36,8	34,1	34,7
<b>Lenkija</b>	49	49,5	50,5	48,9	47,9	47,5	48,1
<b>Rumunija</b>	38,7	42	34,2	33,9	34,5	34,1	34,3
<b>Slovakija</b>	-	-	51	48	47	49	51
<b>Slovėnija</b>	41,1	45,6	46,7	46,1	45,7	44,9	45,7

Šaltinis: EBRD.

**5 lentelė. BVP dalis, kurią sudaro valstybės išlaidos (NVS)**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Armėnija</b>	28	46,7	82,9	42,9	26,6	23,7	24,5
<b>Azerbaidžanas</b>	-	-	55,9	45,9	22,4	20,4	21,4
<b>Baltarusija</b>	-	46	56,2	50	44,6	42,6	46,8
<b>Georgia</b>	33	35,7	35,9	23,5	11,6	14,1	14,4
<b>Kazachstanas</b>	32,9	31,8	25,2	25,9	19,9	18,6	20,3
<b>Moldova</b>	24,7	56,6	29,4	40,6	39,7	38,7	41,8
<b>Ukraina</b>	-	58,4	54,5	45,8	37,4	31,6	34,8
<b>Rusija</b>	-	37,2	40,7	45,9	37	40,1	40,7

Šaltinis: EBRD.

Daugiau nei 10 procentinių punktų sumažėjo Bulgarijos bei Kazachstano ir daugiau nei 20 procentinių punktų - Ukrainos ir Užkaukazės valstybių išlaidos.

Visais atvejais mažėjimą lėmė prieš tai susidaręs didelis biudžeto deficitas, kuris siekė 10,4 procento BVP Bulgarijoje (1996 m.) ir atitinkamai Kazachstane 7,2 (1994 m.), Ukrainoje 16,2 (1993 m.) ir 9,1 (1994 m.), Armėnijoje 54,7 (1993 m.) ir 10,5 (1994 m.), Azerbaidžane 15,3 (1993 m.) ir 12,1 (1994 m.). Būtent siekis mažinti biudžeto deficitą, matyt, atsiradusį dėl valstybinių institucijų nesugebėjimo rinkti mokesčius liberalėjančios ekonominės aplinkos sąlygomis, o ne sąmoningas siekis mažinti pajamų perskirstymą lėmė aptariamąjį mažėjimą.

Šalys (įskaitant Lietuvą), kurios didelių biudžeto deficito problemų neturėjo, santykinų biudžeto išlaidų beveik nemažino. Valstybinio finansavimo stabilumas rodo, jog šiose valstybėse aptariamas veiksnys neturėjo ypatingo vaidmens ekonomikos kitimui. Pažymėtina, kad Rusijoje ir Baltarusijoje valstybės išlaidos aptariamuoju laikotarpiu labai svyravo, atspindėdamos bendrą situacijos šiose valstybėse nestabilumą.

**6 lentelė BVP dalis, kurią sudaro valstybės išlaidos ir biudžeto balansas 1997 metais**

	<b>BVP dalis, kurią sudaro valstybės išlaidos</b>	<b>Balansas % nuo BVP</b>
<b>Vengrija</b>	52,9	-4,9
<b>Slovakija</b>	51	-3,8
<b>Lenkija</b>	48,1	-3,1
<b>Baltarusija</b>	46,8	-2,1
<b>Slovėnija</b>	45,7	-1,1
<b>Čekijos Respublika</b>	41,6	-2,1
<b>Moldova</b>	41,8	-7,5
<b>Rusija</b>	40,7	-7,4
<b>Latvija</b>	38,2	1,4
<b>Estija</b>	37,4	2,2
<b>Ukraina</b>	34,8	-5,6
<b>Lietuva</b>	34,7	-1,8
<b>Rumunija</b>	34,3	-3,6
<b>Bulgarija</b>	33,4	-2,1
<b>Armėnija</b>	24,5	-6,3
<b>Azerbaidžanas</b>	21,4	-1,7
<b>Kazachstanas</b>	20,3	-3,7
<b>Gruzija</b>	14,4	-3,8

*Šaltinis: EBRD.*

6 lentelės duomenys rodo, jog postsovietinės Europos šalys pagal valstybės dalyvavimo perskirstant sukurtą produkciją mastus yra susiskirsčiusios į 3 grupes. Vengrijoje, Slovakijoje ir Lenkijoje yra perskirstoma apie 50 procentų BVP. Kitose Vidurio ir Rytų Europos bei slaviškose NVS valstybėse perskirstoma apie 30-45 procentus BVP. Užkaukazėje ir Vidurinės Azijos valstybėse perskirstoma apie 15-30 procentų BVP.

Dvi iš trijų santykinai daugiausia išlaidų turinčių šalių (Lenkija ir Vengrija)

tarptautinių ekspertų 1998-1999 metais įvardijamos kaip reformų lyderės, o visos trečiosios grupės (šalių, kur BVP perskirstymas saikingas) narės vertinamos gana netinai skeptiškai. Tai paneigia literatūroje pasitaikantį supaprastintą ūkio liberalizavimo vertinimą. Neoliberalai kartais teigia, kad visuomet geriau turėti mažiau valstybės. Tuo tarpu šalių išsivystymo lygio ir perskirstymo procesų sugretinimas rodo, jog ne visuomet mažesnė mokesčių našta reiškia geresnį šalies gyvenimo lygį. Sumažinus valstybinį vartojimą, kiti visuminės paklausos elementai automatiškai nekompensuoja susidariusio paklausos sumažėjimo. 1996-1997 metų nuosmukis Bulgarijoje iš dalies paaiškinamas valstybės vartojimo sumažėjimu atitinkamais metais.

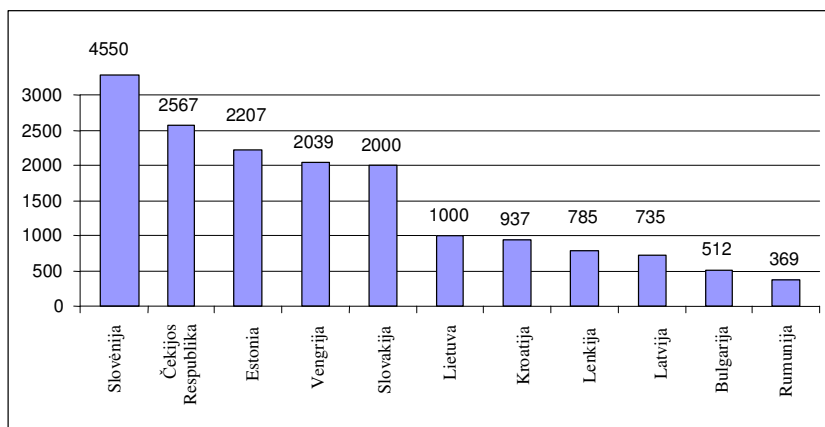
6 lentelėje pateikti duomenis apie biudžetų deficitus rodo, jog Baltijos valstybių situacija (ypač Latvijos ir Estijos) yra santykinai gera. Moldova, Rusija bei, matyt, Armėnija, Ukraina ir Vengrija, spręsdamos deficito problemas turės mažinti santykinės valstybės išlaidas.

Tikėtina, kad, atsižvelgiant į palyginti neaukštą valstybės išlaidų lyginamąjį svorį ir nežymų deficitą, Lietuvoje perskirstymo apimtis ateityje gali nežymiai padidėti. Kita vertus, ši prognozė artimiausiais metais nepasitvirtins, jei Lietuvos vyriausybė 2000 metais sieks subalansuoti valstybės biudžetą nedidindama mokesčių.

## PREKIŲ EKSPORTAS

Prekių eksportas yra ne tik sudedamoji visuminės paklausos dalis, bet ir būdas užsidirbti valiutinių išteklių importo poreikiams patenkinti. Europos postsovietinio regiono valstybių pasiskirstymas pagal eksporto apimtį 1 gyventojui pavaizduotas 14-15 paveiksluose.

**14 paveikslas. Eksporto apimtis 1 gyventojui Vidurio ir Rytų Europos valstybėse 1998 metais (JAV dol.)**

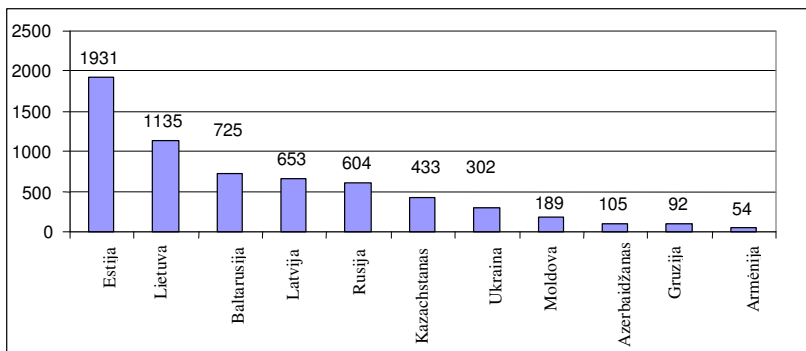


Šaltinis: EBRD.

Matoma, kad pagal eksporto apimtį šalys galima padalyti į 3 grupes, kurių

pirmojoje eksporto apimtis viršija 2000, paskutinėje siekia apie 500 JAV dolerių vienam gyventojui per metus.

**15 paveikslas. Eksporto apimtis 1 gyventojui buvusiose TSRS valstybėse 1997 metais (JAV dol.)**

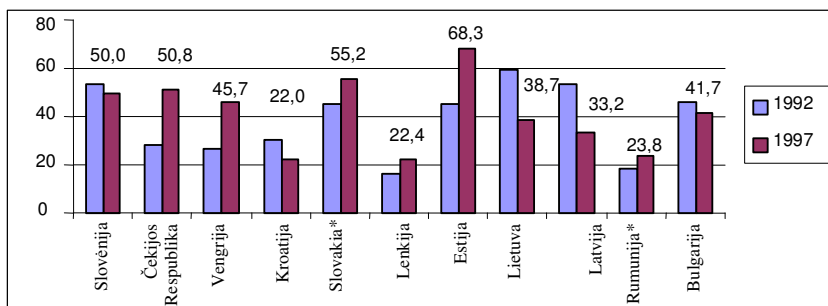


Šaltinis: EBRD.

Buvusių TSRS šalių diferenciacija pagal eksporto rodiklius yra ypač akivaizdi. Rusijos, Baltarusijos ir iš dalies Kazachstano bei Ukrainos duomenys yra artimi Baltijos respublikų duomenims, o Užkaukazės dalyvavimas tarptautiniame darbo pasidalijime šiuo metu yra labai menkas (eksportas nesiekia dešimtadalio Baltijos valstybių lygio).

Per 1992-1997 metus Estijos ir Lietuvos eksportas JAV doleriais išaugo daugiau kaip 3 kartus, daugumos valstybių - apie 2 kartus, o Bulgarijos, Moldovos, Ukrainos ir Azerbaidžano beveik nepasikeitė. Daugeliui šalių būdinga situacija, kuomet spartų eksporto augimą keitė jo sąstingis ar net smukimas.

**16 paveikslas. Prekių eksporto lyginamasis svoris BVP 1992 ir 1997 metais**



\* - 1993 ir 1997 metai

Šaltinis: EBRD 1998.

16 paveiksle atspindėta šalių eksporto lyginamojo svorio BVP atžvilgiu raida

per pastaruosius penkerius metus rodo, jog daugumoje valstybių eksporto dalis BVP augo ir 1997 metais valstybėse, kurių gyventojų skaičius yra apie 10 mln. arba mažiau siekė apie 50 procentų BVP, o valstybėse, kuriose yra daugiau kaip 20 mln. gyventojų, - apie 23 procentus BVP. Lietuvoje, Latvijoje ir Bulgarijoje šis rodiklis mažėjo, tai rodo užsienio ekonominių santykių šiose valstybėse problematiškumą.

Vertinant eksporto raidą BVP kitimo atžvilgiu, galima pasakyti, jog daugumoje regiono valstybių 1992-1997 metais eksportas skatino augimą. Lietuvoje aptariamuoju laikotarpiu pagrindinis veiksnys, plečiantis ekonomikai buvo paklausa šalies viduje. Kaip Lietuvoje pastaraisiais metais keitėsi eksporto dalis BVP parodyta 7 lentelėje.

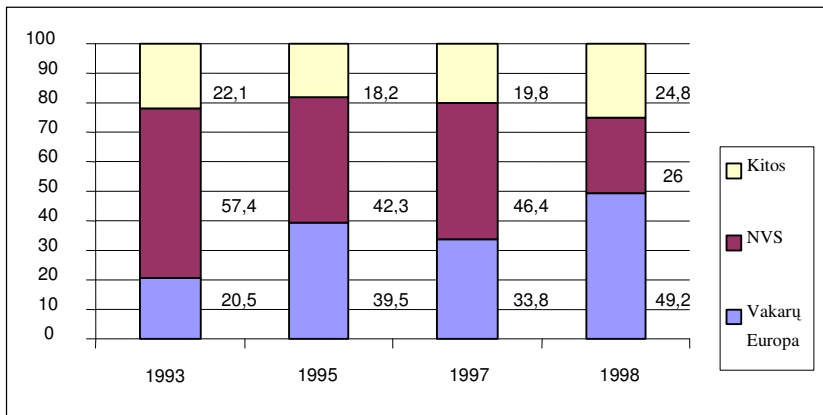
7 lentelė. Prekių ir paslaugų eksporto dalis Lietuvos BVP (procentais)

	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Prekių</b>	48,0	44,9	42,5	43,7	37,0
<b>Paslaugų</b>	7,4	8,1	10,9	10,7	10,3
<b>Prekių ir paslaugų</b>	55,4	53	53,4	54,4	47,3

Šaltinis: Apskaičiuota pagal SD ir Lietuvos banko duomenis.

Paslaugų eksportas nėra labai tiksliai apskaičiuojamas ir tikėtina, kad prekių ir paslaugų dalies BVP lyginamasis svoris gali būti tikslinamas ateityje.

17 paveikslas. Lietuvos eksporto struktūra pagal regionus



Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

17 paveiksle Lietuvos eksporto dalis, tenkanti Vakarų Europai, skaičiuota kaip eksporto į Europos Sąjungos (ES) ir ELPA šalis (Islandija, Lichtenšteinas, Norvegija ir Šveicarija) suma, padidėjo nuo 20,5 procentų 1993 metais iki 49,2 procento 1998 metais. Nors tikėtina, kad, atsigauvant Rusijos ekonomikai, NVS dalis gali išaugti, Vakarų Europa jau tapo pagrindiniu šalies prekybos partneriu.

## INVESTICIJOS

Statistikos departamentas apskaičiuoja materialines investicijas ir skaičiuodamas BVP išlaidų metodu atsargų pasikeitimą. Šių dviejų visuminės paklausos elementų sumą laikysime bendra investicijų apimtimi. Kaip matoma iš 8 lentelės 1993-1997 metais BVP dalis, tenkanti materialinėms investicijoms, augo nuo 10 iki 14,3 procento BVP. Iš viso investicijų lyginamasis svoris daugiau nei padvigubėjo, nes 1993-1994 metais sparčiai mažėjo atsargos. Įvertinant, kad 1993 metais pastatų ir įrengimų nusidėvėjimas sudarė apie 9 procentus BVP, galima teigti, jog 1993-1994 metais investicijų gamybai plėsti praktiškai nebuvo. Labiau tikėtina, jog buvo teisingas priešingas teiginys, t.y., kad pirmaisiais reformos metais buvo pravalgomos ankstesniais laikotarpiais sukauptos lėšos.

*8 lentelė. Investicijų ir BVP santykis (procentais)*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>BVP dalis, tenkanti materialinėms investicijoms</b>	10,01	13,67	13,12	13,87	14,31	15,98
<b>BVP dalis, kurią sudaro atsargų pasikeitimas</b>	-3,93	-4,68	1,68	1,46	1,53	2,49
<b>Iš viso</b>	6,08	8,99	14,80	15,34	15,85	18,47

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Tarptautiniuose ekonominiuose leidiniuose dažniausia akcentuojama užsienio investicijų, ypač tiesioginių (toliau FDI), svarba postsovietinių ekonomikų raidai. Sutinkant, jog šios investicijos kompensuoja vietinių ekonomikų lėšų trūkumą bei atneša vakarietišką vadybos ir rinkodaros patirtį, FDI vaidmuo bendroje investicijų apimtyje nėra aukštas. Lietuvoje aptariamuoju laikotarpiu FDI siekė iki ketvirtadalio visų investicijų arba apie 2 procentus BVP (žr. 9 lentelę).

*9 lentelė. Užsienio investicijos Lietuvoje*

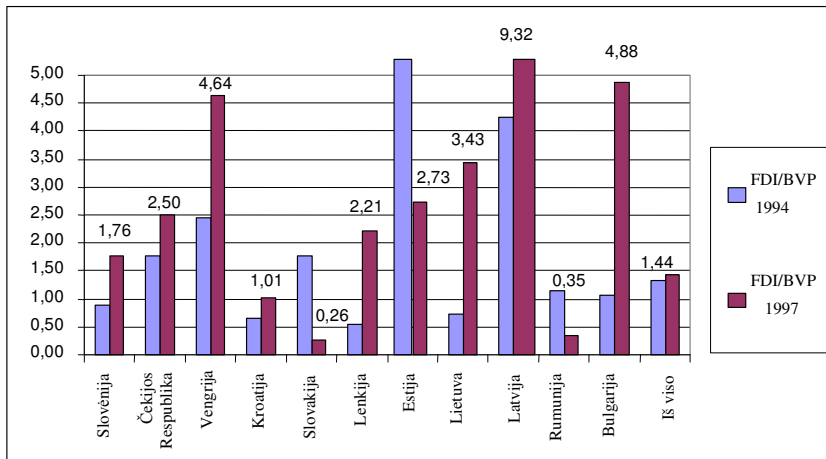
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Tiesioginių užsienio investicijų dalis BVP</b>	1,04	0,73	1,19	1,93	3,42	5,47
<b>Visų investicijų Lietuvoje dalis, tenkanti tiesioginėms užsienio investicijoms</b>	17,03	8,16	8,07	12,56	21,59	29,61

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Regiono valstybių užsienio tiesioginių investicijų dalis BVP parodyta 18 paveiksle.



### 18 paveikslas. Užsienio investicijų ir BVP santykis Vidurio ir Rytų Europos valstybėse (procentais)



Šaltinis: Skaičiuota pagal EBRD.

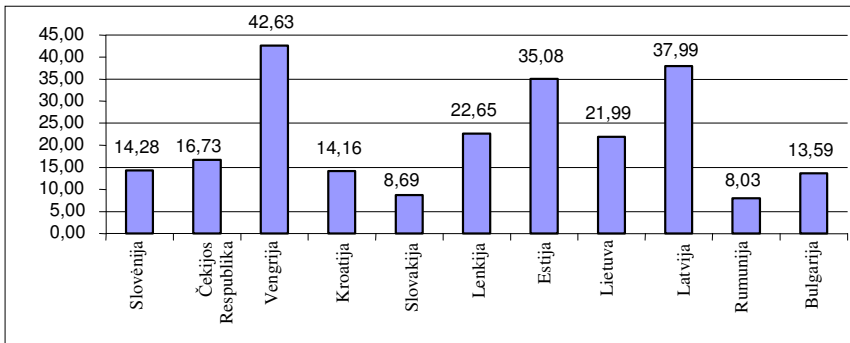
Kaip matoma, neto tiesioginės užsienio investicijos regione sudaro apie 1,5 procento BVP, arba mažiau nei 10 procentų visų investicijų regiono valstybėse. Regione pastebima investicijų augimo tendencija, bet ji neturėtų ženkliai pakeisti bendro vaizdo, neskaitant pavienių (ypač mažų) šalių, kuriose sėkmingas didelis projektas ženkliai keičia situaciją. 1994 metais tokia šalimi buvo Estija, 1997 metais - Latvija, o 1998 metais - Lietuva. Saikingas užsienio dalyvavimas investicijų procese, matyt, paaiškina, kodėl tarp šalių BVP 1 gyventojui bei FDI 1 gyventojui tiesioginio statistinio ryšio beveik nėra. Šių rodiklių koreliacijos koeficientas Vidurio ir Rytų Europos regione yra  $-0,06058$  (naudoti BCE duomenys).

Bendra užsienio investicijų, sukauptų iki 1998 metų imtinai, apimtis atspindėta 19 paveiksle.

19 paveiksle šalys išdėstytos pagal BVP apimtį. Matoma, kad iš 5 turtingiausių valstybių tik Vengrijoje užsienio investicijų lyginamasis svoris viršija regiono vidurkį. Lietuvos rodikliai pagal investicijų ir BVP santykį šį regiono vidurkį taip pat viršija.

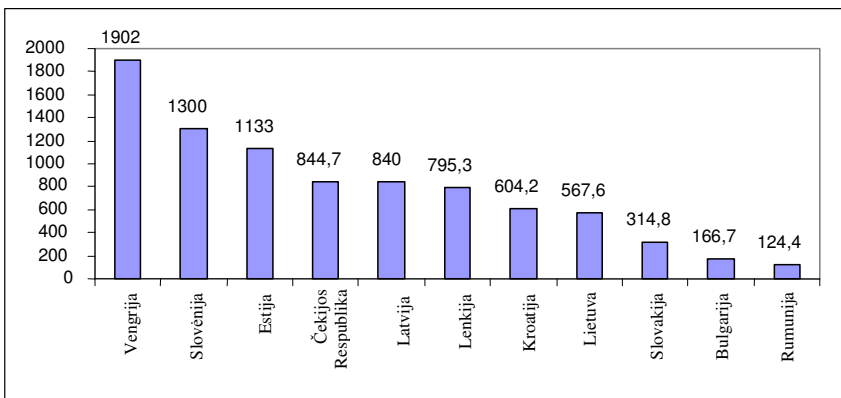
Minėjome, kad įrodyti, jog užsienio investicijos pastarąjį dešimtmetį ženkliai prisidėjo prie ekonomikos augimo, yra sudėtinga. Kita vertus, egzistuoja tam tikras ryšys tarp užsienio investicijų dalies BVP ir eksporto lyginamojo svorio gamybos atžvilgiu. Šių parametų koreliacijos koeficientas yra  $0,351652$  ir jis rodo, kad užsienio kapitalo valdomos įmonės yra greičiausia labiau orientuotos eksportuoti savo produkciją nei vietinio kapitalo valdomos įmonės.

**19 paveikslas. Iki 1998 metų sukauptų tiesioginių užsienio investicijų apimtys ir BVP santykis**



Šaltinis: Skaičiuota pagal EBRD.

**20 paveikslas. Tiesioginės sukauptos užsienio investicijos 1 gyventojui 1998 metais**



Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

Bendra užsienio investicijų apimtis 1 gyventojui Lietuvoje atitinka regiono vidurkį, nors ženkliai atsilieka nuo anksčiau reformas pradėjusių valstybių.

Tarp buvusių TSRS respublikų užsienio investicijų atžvilgiu Lietuva artima Azerbaidžanui ir Kazachstanui, bet jos situacija gerokai palankesnė nei kitų valstybių. Rusijoje, Ukrainoje, Moldavijoje ir Baltarusijoje 1997 metais 1 gyventojui teko mažiau nei 100 JAV dolerių užsienio investicijų (Baltarusijoje - apie 35 JAV dolerius).

## ASMENINIS (NAMŲ ŪKIŲ) VARTOJIMAS

Įvertinti asmeninio vartojimo raidą sudėtinga, nes trūksta reikiamos statistinės informacijos. 10 lentelėje palyginama pastarųjų penkerių metų rodiklių, veikiančių ar atspindinčių asmeninį vartojimą, dinamika su BVP rodiklio kitimu.

**10 lentelė. Asmeninio gyventojų vartojimo kitimas**

	1994	1995	1996	1997	1998
<b>BVP kitimas palyginamomis kainomis</b>	-9,8	3,3	4,7	7,3	5,1
<b>Realusis mėnesinis darbo užmokestis</b>	14,2	3,2	3,3	13,4	12,8
<b>Reali senatvės pensija</b>	12,9	-2,8	3,1	16,6	11,3
<b>Reali mažmeninė prekių apyvarta</b>	0,4	6,2	4,6	10,8	6,1
<b>Reali komercinių paslaugų apimtis</b>	-5,4	4	11,8	19,4	

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis ir Lietuvos ekonominė ir socialinė raida.*

Realaus darbo užmokesčio kitimas pateiktas pagal SD duomenis. Reali pensijos bei prekybos ir suteiktų paslaugų apimtis vertinta naudojant vartojimo kainų indeksus.

Reikia atkreipti dėmesį, kad visi asmeninio vartojimo rodikliai šalyje augo sparčiau nei BVP. Jei rodikliai yra tikslūs, tikėtina, kad šalis negalės išlaikyti spartaus vidinio vartojimo augimo arba net turės sumažinti šį vartojimą artimiausioje ateityje. Lietuvos statistikos departamento duomenys apie prekių bei paslaugų eksporto ir importo santykį šią prielaidą sustiprina. 1993-1998 metais suvartojimas šalyje beveik 10 procentų viršijo gamybą. Papildomas vartojimas, kuris ekonominėje literatūroje dažniausia aptariamas kaip einamosios sąskaitos deficito problema, buvo daugiausia finansuojamas valstybei ir komercinėms institucijoms skolinantis užsienyje. 1998 metais papildomas vidinio vartojimo skatinimo šaltinis taipogi buvo iš valstybinio turto privatizavimo gauti pinigai.

**11 lentelė. Vartojimo perviršis**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Perviršis (mln.Lt.)</b>	905	1017,6	2843,3	3101,4	3914,5	5107,2
<b>BVP dalis, tenkanti perviršiui (procentais)</b>	7,8	6	11,8	9,8	10,2	11,9

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

## AUGIMO PERVIRŠIS

Perviršis yra apskaičiuotas kaip prekių bei paslaugų importo ir eksporto skirtumas.

Apibendrinant Lietuvos BVP augimą 1995-1998 metais skatinusius veiksnius, galima konstatuoti, kad:

- augimą skatino asmeninis gyventojų vartojimo augimas, iš dalies finansuojamas užsienio paskolų pagrindu grindžiamo deficitinio biudžeto;
- teigiamai augimą veikė ir spartėjančios tiek sutaupyto šalies viduje, tiek ir užsienio lėšų investicijos;

- neigiamai augimą veikė mažėjanti BVP dalis, tenkanti eksportui.

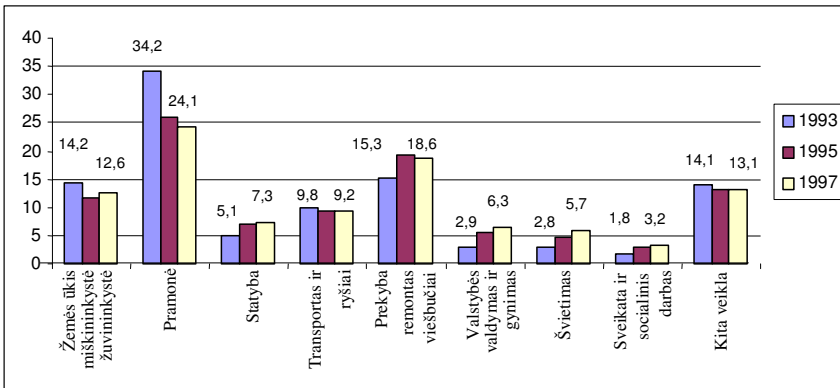
Atsižvelgiant į NVS šalių rinkų paklausos (atitinkamai eksporto į šias šalis galimybių sumažėjimą 1998 metų viduryje) sumažėjimą bei ribotas galimybes pritraukti užsienio kapitalą asmeniniam vartojimui šalyje palaikymui, tikėtina, jog 1999 ir, matyt, 2000 metais visuminė paklausa neigiamai veiks šalies gyventojų vartojimo lygį ir BVP kitimą. Tikėtina, kad 1999 - 2000 metais šalies gyventojų vartojimas bei BVP sumažės 3-5 procentais.

Ši prognozė buvo daryta 1999 metų pradžioje. Išankstiniai duomenys rodo, kad 1999 metais BVP smuko apie 3 procentus. Tikėtina, kad toks ženklus smukimas bei atsigaunantis eksportas ankstesniais metais susikaupusias struktūrines problemas sušvelnins ir 2000 metais Lietuvoje bus nulinis ar net 1-2 procentų teigiamas augimas.

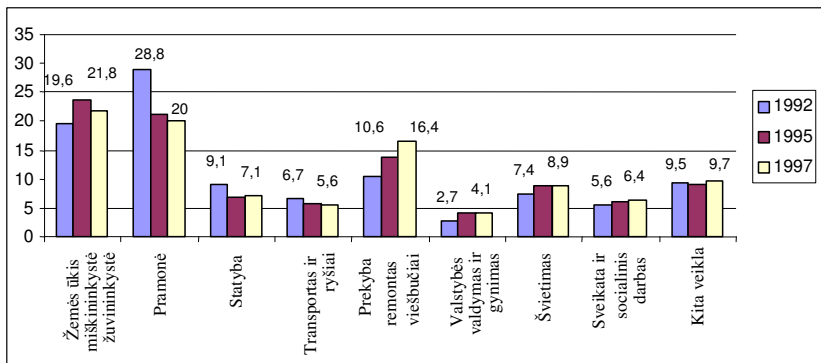
## LIETUVOS ŪKIO STRUKTŪRA

Iš 21 paveiksle pateiktų 1993 ir 1997 metų duomenų aiškiai matyti pramonės ir žemės ūkio lyginamojo svorio mažėjimo, augant komercinių ir socialinių paslaugų reikšmei, tendencija.

**21 paveikslas. Bendrosios pridėtinės vertės struktūra (galiojusiomis kainomis; procentais)**



Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

**22 paveikslas. Užimtumo struktūra (procentais)**

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

Iš užimtumo statistikos matyti panašios tendencijos, išskyrus žemės ūkį, kur užimtumas netgi padidėjo. Užimtumo žemės ūkyje statistika, matyt, nėra visai palyginama su kitų sektorių statistika, nes atspindi ne tik visišką užimtumą, bet ir dalinį ar sezoninį užimtumą mažuose ūkiuose. Atsižvelgiant į tai, jog 1 dirbančiojo žemės ūkyje darbo našumas (skaičiuojant 1 dirbančiojo sukurtą pridėtinę vertę) yra 57 procentai šalies vidurkio, galima teigti, jog didelis dirbančiųjų šiame sektoriuje lyginamasis svoris yra vienas pagrindinių šalies ekonomikos plėtrą stabdančių veiksnių.

12 lentelėje pateikiamas 1 dirbančiojo santykinio darbo našumo pasikeitimas pagal veiklas. Rodiklis gaunamas, dalijant pridėtinės vertės dalį, tenkančią sektoriui, iš tam sektoriui tenkančios užimtumo dalies.

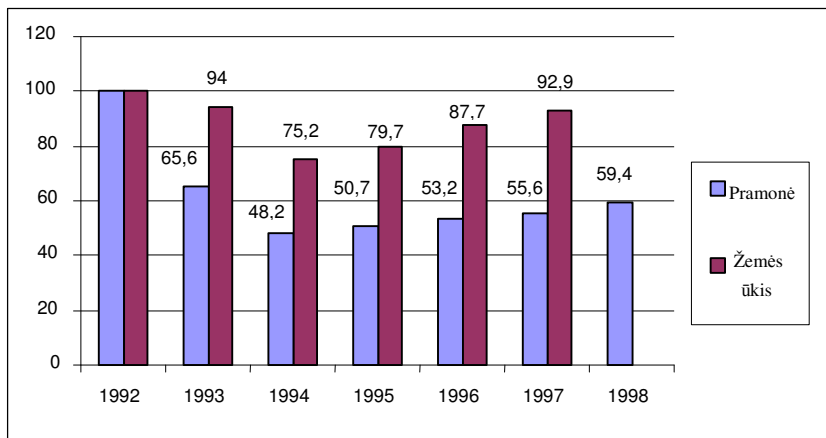
**12 lentelė. Santykinis darbo našumas pagal veiklas. Pridėtinė vertė, vidutiniškai vieno darbuotojo sukuriama šalyje, yra prilyginta 100**

	1993	1997	1998
Žemės ūkis, miškininkystė, žuvininkystė	63,11	57,80	43,1
Pramonė	133,07	120,50	112,17
Statyba	71,83	102,82	111,34
Transportas ir ryšiai	175,00	164,29	131,70
Prekyba, remontas, viešbučiai	141,67	113,41	101,02
Valstybės valdymas ir gynimas	90,63	153,66	124,28
Švietimas	36,36	64,04	58,97
Sveikata ir socialinis darbas	33,33	50,00	51,49
Kita veikla	117,50	135,05	

Šaltinis: Apskaičiuota remiantis SD duomenimis.

12 lentelės duomenys rodo, jog santykinis darbo našumas didėjo socialinių paslaugų ir statybos sektoriuose bei mažėjo žemės ūkio, pramonės, transporto ir prekybos sektoriuose. Švietimo ir sveikatos sektoriuje sukurta pridėtinė vertė (PV) padidėjo beveik 2 kartus. Šis padidėjimas atspindi ne tiek realaus darbo našumo pasikeitimą, kiek dosnesnį socialinių sektorių biudžetinį finansavimą 1998 metais. Valstybinės statistikos duomenimis, darbo našumas sveikatos sektoriuje 1997 metais dar buvo mažesnis nei žemės ūkio, o 1998 metais ši lygi 19 procentų viršijo. Kartais statistikos atspindimas žemas darbo našumas socialiniame sektoriuje aiškinamas darbuotojų pertekliumi šiose srityse. Kita vertus, tarptautiniai palyginimai rodo, jog didžiausias santykinis darbo jėgos perteklius yra būtent žemės ūkyje. Tikėtina, kad žemės ūkio ir socialinių paslaugų sektorių skirtumų priežastis - statistinių skaičiavimų metodikų netikslumas (pvz., skaičiuojant socialinio sektoriaus PV nėra įtraukiami visi amortizaciniai atskaitymai, skaičiuojant žemės ūkio sektoriaus PV nėra eliminuojamos visos subsidijos).

**23 paveikslas. Pramonės ir žemės ūkio apimties kitimas palyginamosiomis kainomis (1992 metai yra prilyginti 100)**



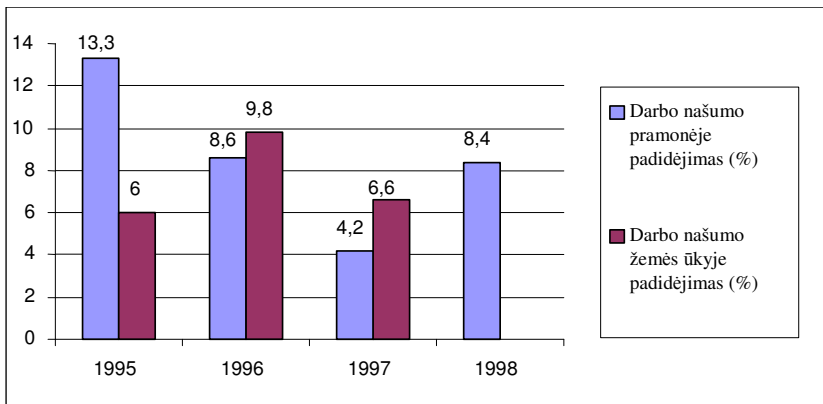
Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

23 grafiko duomenys rodo, kad pagrindinių prekių gamybos sektorių Lietuvoje kitimas atitiko bendrąsias BVP kitimo tendencijas. Reformų pradžioje gamyba smarkiai smuko, ypač pramonėje. SD duomenimis, Lietuvos pramonė 1994 metais pagamino tik 48,2 procento 1992 metų produkcijos apimties, skaičiuojant palyginamosiomis kainomis. Nuo 1995 metų abu sektoriai ėmė augti, tačiau šis augimas dar nekompensavo reformų pradžioje patirtų nuostolių.

## GAMYBOS KONKURENCINGUMAS

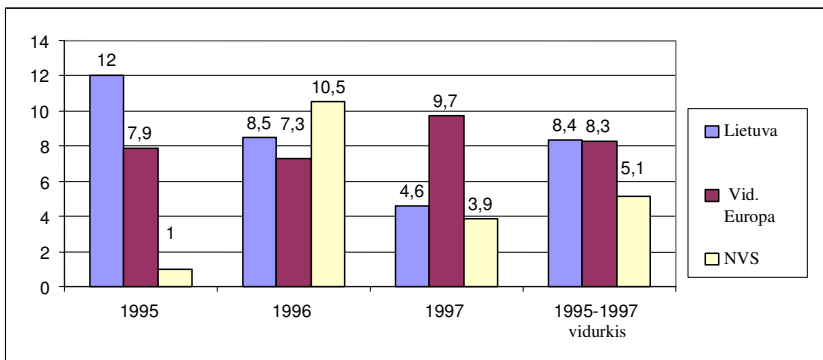
Gamybos darbo našumo kitimas Lietuvos prekių gamybos šakose pavaizduota 24 paveiksle.

**24 paveikslas. Darbo našumo kitimas Lietuvoje (procentais)**



Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

**25 paveikslas. Darbo našumo pramonėje kitimas postkomunistiniame regione (procentais)**



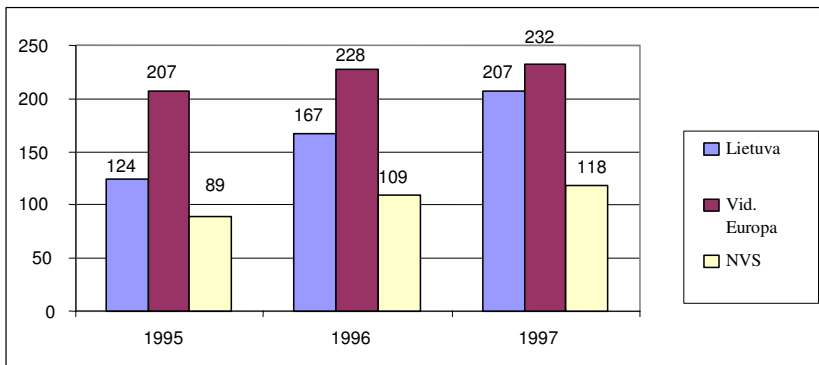
Šaltinis: EBRD.

Visame postkomunistiniame regione pramonės gamybos apimtis pastaruoju laikotarpiu augo, mažėjant sektoriaus darbuotojų skaičiui (t. y. darbo našumo augimo sąskaita). Pasinaudojant ERBD duomenimis, 25 paveiksle palyginamas darbo našumo kitimas Lietuvoje, Vidurio ir Rytų Europoje bei NVS. Duomenys rodo, jog darbo efektyvumo augimas Lietuvoje atitinka Vidurio Europos skaičius ir gerokai lenkia NVS regioną.

Regioniniai duomenys, pateikti 25 paveiksle, yra atskiro regiono šalių rodiklių aritmetiniai vidurkiai. Pagal analogiškai apskaičiuotus duomenis gautas vidutinio darbo užmokesčio pramonėje vertinimas rodo, jog Lietuva jau prarado prieš keletą metų turėtą šalies su santykinai žemu darbo užmokesčiu pranašumą. Jau 1997 metais Lietuvos pramonės darbuotojų užmokesčio vidurkis doleriais buvo beveik toks pat kaip Vidurio ir Rytų Europos regiono valstybių bei beveik

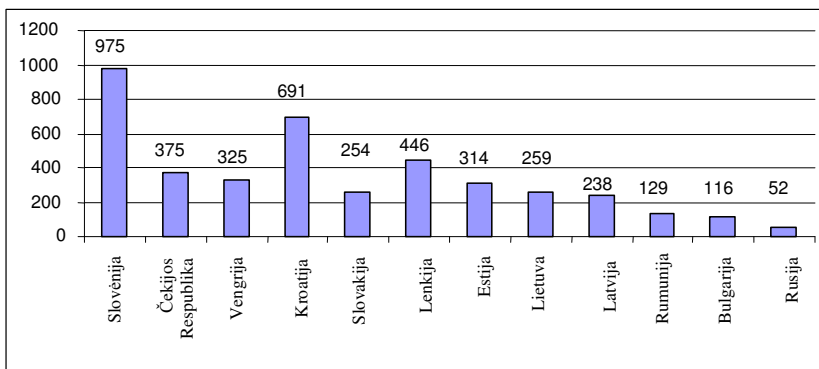
2 kartus didesnis nei NVS. Dėl 1998 metų krizės Rusijoje ir JAV dolerio kurso augimo santykinis Lietuvos pramonės darbuotojų darbo užmokestis 1998 metais ir 1999 metų pirmoje pusėje dar labiau išaugo, nors tam tikri žemo darbo užmokesčio pranašumai kai kurių regiono valstybių atžvilgiu išlieka ir jie atspindėti 26 paveiksle.

**26 paveikslas. Vidutinio darbo užmokesčio kitimas postkomunistiniame regione pagal šalių grupes (JAV dol. per mėnesį)**



Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

**27 paveikslas. Vidutinis darbo užmokestis postkomunistiniame regione pagal šalis 1999 metais (JAV dol. per mėnesį)**



Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

Paveikslas sudarytas pagal BCE 1999m. birželio duomenis ir atspindi situaciją valstybėse 1998 metų pabaigoje ir 1999 metų pradžioje. Taikomas faktinis valiutų kursas. Čekijos ir Slovakijos pateikti darbo užmokesčio pramonėje duomenys, o kitais atvejais atspindimas visas ūkis. 27 paveiksle šalys išdėstytos pagal BVP 1 gyventojui apimtį.

27 grafiko duomenys, patikslindami išvadą apie esminių Lietuvos konkuren-

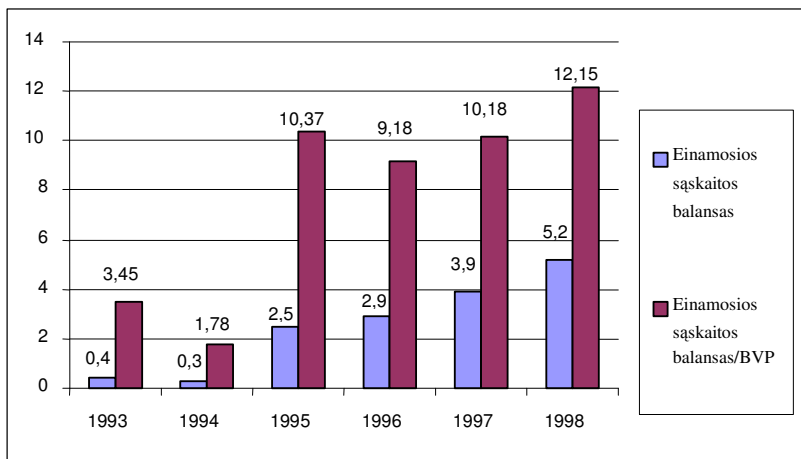


cinių pranašumų darbo jėgos kainos požiūriu nebuvimą, parodo, jog artimiausioje ateityje investicijų į šalį apimtį bei eksporto ir importo santykį lems gamybos efektyvumo veiksniai, o ne veiksniai, susiję su pigiais gamybos ištekliais.

## EINAMOSIOS SĄSKAITOS DEFICITO PROBLEMA

1997-1998 metais dauguma analitikų, vertinančių Lietuvos ekonomikos būklę ir perspektyvas, einamosios sąskaitos deficito problemą nurodo tarp skubiausiai spęstinių klausimų.

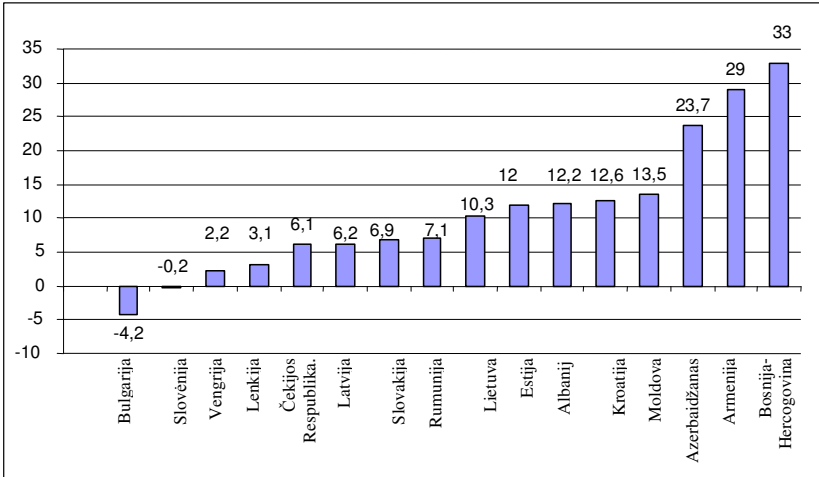
**28 paveikslas. Einamosios sąskaitos deficitais (milijardais litų) bei šio deficito ir BVP santykis (procentais)**



Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

28 paveikslas rodo, jog per pastaruosius 5 metus einamosios sąskaitos deficitas (ESD) padidėjo nuo 0,4 iki 5,2 milijardo litų per metus, o jam tenkanti BVP dalis 1998 metais sudarė 12,2 procento BVP. Lietuva kai kurių tarptautinių organizacijų jau įvardyta kaip prasčiausią ESD rodiklį pasaulyje turinti valstybė. Pastarasis vertinimas yra kiek perdėtas, bet, kaip rodo paveikslas, palyginimai su kitomis postsovietinėmis (nekalbant apie ES) valstybėmis Lietuvai nėra naudingi.

**29 paveikslas. Einamosios sąskaitos deficito ir BVP santykis regione 1997 metais (procentais)**

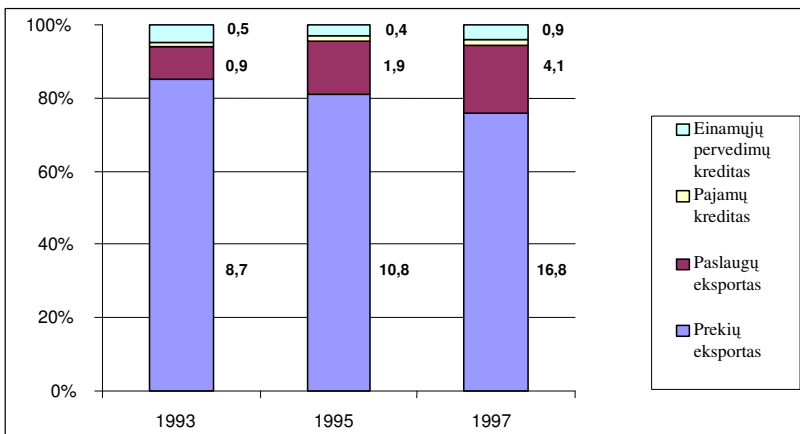


Šaltinis: EBRD. Paveiksle Bulgarijos ir Slovėnijos duomenys įrašyti su minuso ženklų, nes jų einamosios sąskaitos balansas buvo teigiamas.

1997 metais prastesnius nei Lietuva rodiklius iš artimiausių kaimynų turėjo Estija, o iš kitų Europos šalių daug prasčiau atrodė karus pergyvenusios Bosnija, Armėnija ir Azerbaidžanas. Pirminiais BCE 1998 metų duomenimis, Kroatija (7,8) ir Estija (8,9) pagal aptariamąjį rodiklį atrodė geriau nei Lietuva (12,2).

Detaliai neanalizuodami sudedamųjų einamosios sąskaitos balanso dalių, pateiksime kelis valiutinių šalies įplaukų struktūrą atspindinčius grafikus. Skaičiai šalia stulpelio nurodo konkrečios įplaukų rūšies apimtį milijardais litų.

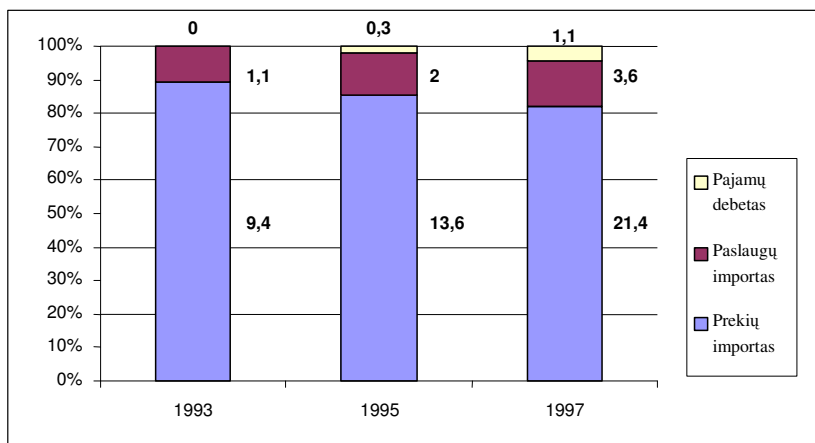
**30 paveikslas. Lietuvos einamosios sąskaitos įplaukų balanso struktūra**



Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

30 paveikslas rodo, jog apie 80 procentų einamųjų valiutinių įplaukų Lietuva gauna iš prekių eksporto. 1997 metais, lyginant su 1993 gan ženkliai - nuo 8,8 iki 18,6 procentų - padidėjo paslaugų lyginamasis svoris einamųjų valiutinių įplaukų atžvilgiu. 1998 metais paslaugų eksporto santykinė reikšmė augo toliau. Einamųjų pervedimų į Lietuvą apimtis sudaro apie 4 procentus visų einamųjų įplaukų ir apie 2 procentus BVP. Einamųjų pervedimų pagrindą sudaro techninės pagalbos Lietuvai projektai ir vis mažėjanti labdara.

### 31 paveikslas. Lietuvos einamosios sąskaitos išlaidų balanso struktūra

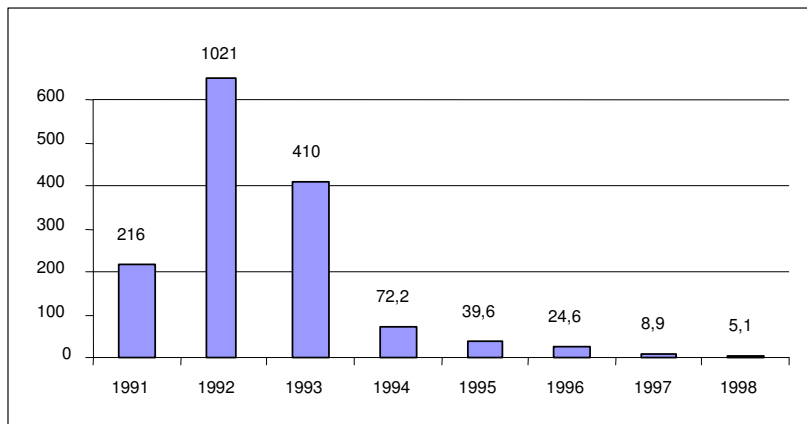


Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

Einamųjų išlaidų struktūroje aiškiai vyrauja prekių importas, kuriam tenkanti išlaidų dalis sudarė 90 procentų 1993 metais ir 82 procentus 1997 metais. Laipsniškai auga paslaugų importas ir sparčiai - pajamų debetas. Pajamų debeto lyginamasis svoris nuo 0 procentų 1993 metais išaugo iki 4 procentų einamųjų išlaidų arba maždaug 2,9 procentų BVP 1997 metais. Daugiausia pajamų debetą formuoja dividendai užsienio investuotojams ir palūkanos už suteiktas paskolas.

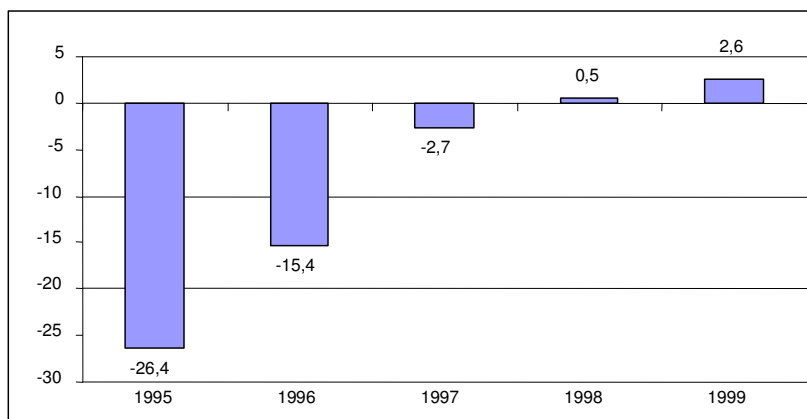
## INFLIACIJA

Reformų laikotarpio pradžioje kainų augimas, kurio kitimas pateiktas 32 paveiksle, buvo viena rimčiausių šalies ekonominių problemų. 1990-1992 metais Lietuva dar buvo rublio zonoje ir jos pinigų politika nebuvo savarankiška. Kita vertus, nuo 1991 metų pradžios iki 1992 metų vidurio Lietuvoje taikyta pajamų ir kainų politika, pagrįsta periodišku, net viršijančiu infliacijos tempus algų kėlimu, infliaciją skatino. 1992 metų pabaigoje pradėjus riboti piniginių pajamų augimą bei 1993 metais įvedus litą situacija pasikeitė ir kainų augimas pradėjo ženkliai mažėti.

**32 paveikslas. Vartotojų kainų augimas (procentais)**

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

Kainų augimo lėtėjimas sudaro sąlygas rinkos dalyviams tiksliau numatyti ateitį ir priimti veiksmingesnius sprendimus. Svarbu yra ir tai, jog infliacijos ribojimas sukuria taupymo prielaidas. Esant aukštai infliacijai, Lietuvoje palūkanos, mokamos gyventojams už terminuotus indėlius, nuolat buvo mažesnės nei pinigų perkamosios galios smukimas dėl infliacijos. Taigi ekonomine prasme taupyti neapsimokėjo ir tik 1998 metais realios palūkanos tapo teigiamos.

**33 paveikslas. Reali metinė palūkanų norma Lietuvoje (procentais)**

Šaltinis: Skaičiuota pagal Lietuvos statistikos metraštyje skelbtus duomenis.

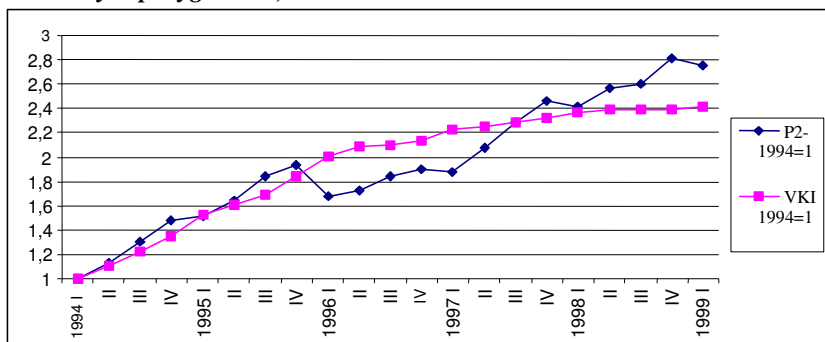
33 paveiksle reali palūkanų norma apskaičiuota kaip terminuotų indėlių palūkanų normos vidurkis ir metinės infliacijos skirtumas kiekvienų metų sausio mėnesį. Iki 1998 metų indėlininkai, net ir gaudami palūkanas, atsiimdavo iš ban-

ko pinigų perkamosios galios atžvilgiu mažiau, nei buvo pradinis indėlis.

Viena iš ekonominės teorijos aksiomų yra ta, jog kitoms sąlygoms esant toms pačioms kainų lygį lemia cirkuliacijoje esančių pinigų kiekis. Ketvirčių duomenys apie pinigų masės P2 (grynieji pinigai, neterminuoti ir terminuoti indėliai) ir vartotojų kainų indekso (VKI) kitimą pateikti paveiksle. Pateikti duomenys rodo, kad abu rodikliai faktiškai kito vienodai (P2 ir VKI koreliacijos koeficientas lygus 0,908).

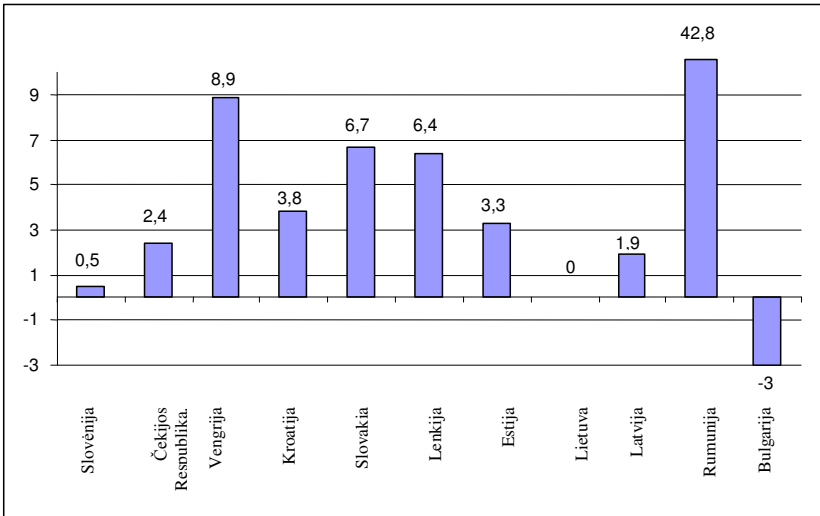
Nuo 1995 metų pabaigos pinigų masė Lietuvoje beveik neauga ir kartu yra stabdomas kainų augimas. Tai kad 1996 metais P2 sumažėjo ir 1997 metais padidėjo, galima paaiškinti dėl 1995 metų pabaigoje vykusios bankų krizės sumažėjusia indėlių apimtimi ir jos atsikūrimu panikai praėjus. 1998 metų antrosios pusės rodikliams įtakos galėjo turėti indėlių atkūrimo procesas. Jei pinigų masė santykinai sparčiau augs ir toliau, 2000 metais gali paspartėti infliacija.

### 34 paveikslas. Pinigų masės ir vartotojų kainų indekso kitimas (1994 metų I ketvirtis yra prilygintas 1)



Šaltinis: Lietuvos ekonominė ir socialinė raida.

Nuosekli į kainų ribojimą orientuota Lietuvos ūkio politika pasireiškė ne tik nuolatinio infliacijos mažėjimu 1992-1998 metais, bet ir tuo, kad dabartiniu metu infliacija šalyje yra viena žemiausių regione. 35 paveiksle pateikti BCE skelbiami duomenys apie regiono valstybių infliacija (vertinta lyginant 1999 metų gegužės arba balandžio mėnesį su atitinkamu 1998 metų mėnesiu). Per vertinamąjį laikotarpį Bulgarijoje kainos smuko 3 procentais, o Lietuvoje nepasikeitė.

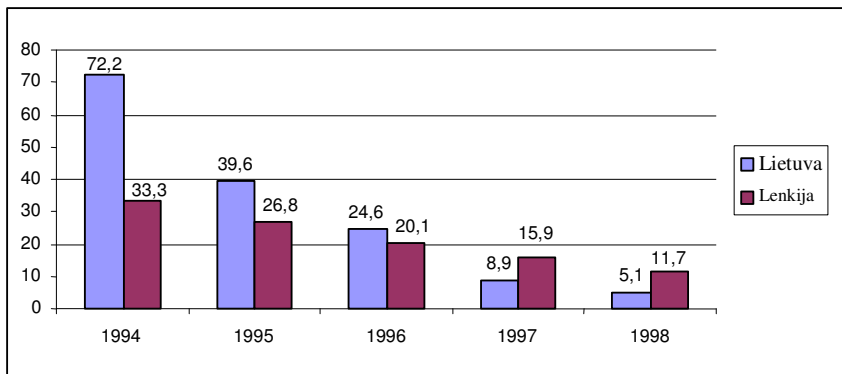
**35 paveikslas. Metinė infliacija regione 1999 metais ( procentais)**

Šaltinis: *Business Central Europe (BCE)*.

Vakarų Europos valstybėse ir JAV pastaruosius 2 dešimtmečius infliacijos ribojimas iki 2-5 procentų per metus buvo ir yra vienas pagrindinių šalių ekonominės politikos prioritetų. Vakarų autoriai, vertindami VRS regione šalių laimėjimus, akcentuoja kitus dalykus. Jei neskaitysime Rumunijos, infliacija buvo didžiausia valstybėse, kurios dažniausia įvardijamos regiono pertvarkos lyderėmis (Vengrijoje ir Lenkijoje). Nėra aišku, kodėl infliacija šiose valstybėse nėra akcentuojama kaip labai didelė problema. Galimos dvi priežastys:

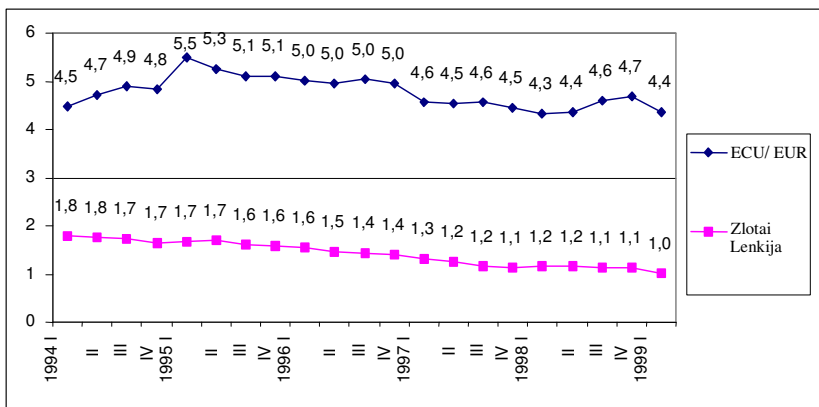
- infliacija pereinamojo laikotarpio ekonomikoms yra mažiau žalinga nei išvystytos rinkos ekonomikoms
- dėl politinių sumetimų reikia įvardyti lyderes nors jos irgi turi vystymosi problemų.

Gali būti, jog pirmasis teiginys turi racionalų pagrindą. Pasikeitus ekonomiškai, neišvengiamai radikaliai keičiasi gamybos ir pajamų paskirstymo struktūra. Struktūrinėms reformoms yra būtina, kad prekių ir gamybos veiksnių santykinės kainos sparčiai keistųsi. Ko gero, politiškai yra lengviau užtikrinti šią kaitą, nekeičiant produktų, kurių paklausa maža, kainų ir didinant perspektyvių produktų kainas.

**36 paveikslas. Metinė infliacija Lietuvoje ir Lenkijoje (procentais)**

Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

37 paveiksle pateikti Lenkijos ir Lietuvos metinės infliacijos pastarųjų penkerių metų palyginamieji rodikliai. Laikotarpio pradžioje Lenkijos rodikliai buvo geresni, bet nuo 1997 metų kainos lėčiau augo Lietuvoje. Matyt, reikšmingą įtaką kainų kitimo pasikeitimui turėjo lito susiejimas su JAV doleriu ir pastarosios valiutos vertės europinių valiutų atžvilgiu išaugimas po 1996 metų bei pastovus zloto kurso dolerio, o kartu ir lito, atžvilgiu mažėjimas.

**37 paveikslas. Lito kurso euro ir zloto atžvilgiu kitimas 1994-1999 metais (litų už atitinkamos valiutos vienetą)**

Šaltinis: Apskaičiuota pagal Lietuvos banko duomenis

Nuo 1994 metų pradžios ekiu (euro) kursas lito atžvilgiu sumažėjo nežymiai, bet zlotas nuvertėjo 1,75 karto. Zloto laipsniškas devalvavimas ne tik paaiškina didesnius infliacijos tempus kaimyninėje šalyje pastaraisiais metais, bet kartu yra ir pavyzdys politikos, kai iš anksto prognozuojamas devalvavimas nesukelia panikos rinkoje. Nėra aišku, ar litas bus devaluotas dolerio atžvilgiu artimiausiu

laikotarpiu. Lietuvos banko vadovams tvirtinant, kad šalies valiutos kursas dolerio atžvilgiu nesikeis, daugelis Vakarų ekonomistų lito devalvavimą prognozuoja. "The Economist" analitikų nuomone, 2000 metais litas bus devaluotas bent 10 procentų. Didelių civilinių sandorių (pvz., butų pirkimo) sudarymas atsiskaitant dažniausiai doleriais bei aukštesnės palūkanos už indėlius litais nei palūkanos už indėlius doleriais rodo, jog ir Lietuvos gyventojai išvelgia lito devalvavimo galimybę. Kita vertus, tas pats "The Economist" 1998 metais prognozavo, jog litas bus devaluotas jau 1999 metų pradžioje ir ši prognozė neišsipildė. Aukštas Lietuvos prekybos balanso deficitas ir santykinai nedideli valiutiniai rezervai yra pagrindiniai argumentai, kuriais ekonomistai grindžia lito devalvavimo tikimybę.

## PROGNOZĖ

Ilgalaikės prognozės nėra labai patikimas ir dėkingas užsiėmimas, nes daugelis veiksnių, kurie turės įtakos šalies ekonomikai ateityje, yra sunkiai numatomi. Lietuvoje ilgalaikiai prognostiniai tyrimai yra menkai išplėtoti ir numatant ekonomikos perspektyvas nėra galimybės remtis patikimais vietiniais šaltiniais. Demografinės prognozės yra išimtis iš bendrosios taisyklės.

1998 metų pabaigoje Pasaulio bankas savo studijoje "Lithuania. An Opportunity for Economic Success" yra pateikęs du galimus šalies vystymosi scenarijus iki 2007 metų. Šie scenarijai įvardyti saikingo ir spartaus augimo scenarijais.

Pagal saikingo augimo scenarijų šalies gamyba augs 3 procentais kasmet ir 2007 metais viršys 1998 metų lygį 30,5 procento. Ši prognozė reiškia, kad 2007 metais Lietuvos gamyba bus 1989 metų lygio, o dabar esantis jos atotrūkis nuo Vakarų Europos nesumažės. Pagrindinės saikingo augimo scenarijaus prielaidos yra tai, kad investicijų lyginamasis svoris BVP atžvilgiu išliks nepasikeitęs (maždaug 21 procentas BVP) visą laikotarpį. Taupymas šalies viduje garantuos apie 75 procentus investicijų, o kitos investicijos bus užsienio kapitalo pagrindu. Valstybės skola užsieniui augs dėl nuolat neigiamo biudžeto deficito (-2,5 procento BVP) ir didėjančio poreikio aptarnauti jau susidariusią valstybės skolą. BVP dalis, kurią sudaro valstybės pajamos išliks pastovi ir lygi 30,5 procento. Nors prekybos deficitas mažės kiek sparčiau augant eksportui nei importui, mokėjimo balanso deficitas išliks aukštas (daugiau kaip 5 procentai BVP) daugiausia dėl poreikio aptarnauti valstybės skolą užsieniui. Periodo pabaigoje paskolų palūkanoms padengti teks išleisti 6,6 procento BVP.

Numatoma, kad litas bus nuolat nuvertinamas dolerio atžvilgiu ir 2007 metais 1 doleris bus keičiamas į 18 litų. Kainos augs 18 procentų kasmet, versdamos litą nuvertėti, o lito nuvertėjimas savo ruožtu skatins tolesnį kainų augimą.

Pagal spartaus augimo scenarijų šalies gamyba augs maždaug 5,5 procento kasmet ir 2007 metais viršys 1998 metų lygį maždaug 55 procentais, o kartu keliolika procentų bus viršytas prieš reformą buvęs lygis. Dėl tokio augimo laikotarpio pabaigoje Lietuvoje vienam gyventojui tektų apie 35-40 procentų dabartinių Europos Sąjungos šalių gamybos. Pagrindinės spartaus augimo scenarijaus prielaidos yra tai, kad investicijų lyginamasis svoris BVP atžvilgiu išaugs iki 23,5 procento ir daugiausia (daugiau nei 90 procentų) bus daromos taupymo ša-



lyje pagrindu. Savo ruožtu, dvigubą taupymo išaugimą laiduos finansinių institucijų, įskaitant pensijų fondus, sustiprėjimas bei ženklus valstybės taupymo ir valstybinių investicijų išaugimas. Nors prognozuojama, kad biudžeto deficitas išliks, jis turėtų būti mažesnis nei saikingo augimo scenarijaus atveju daugiausia dėl BVP dalies, tenkančios valstybės pajamoms išaugimo 2,5 procentinio punkto, lyginant su dabartiniu laikotarpiu. Skolinamasi užsienyje turėtų būti saikingai, o skolos lyginamasis svoris turėtų beveik nepasikeisti, lyginant su 1998 metais (apie 20 procentų BVP). Kainų augimas pagal aptariamąjį scenarijų turėtų lėtėti, kol pasiektų 5 procentus 2007 metais. Scenarijus numato, kad 2007 metais 1 doleris bus keičiamas į 6,75 lito.

Abiem scenarijams yra bendra (tai, matyt, atspindi daugumos vakariečių pozicijų į Lietuvą), kad:

- mūsų šalis sugebės vystytis, bet artimiausius 10-20 metų išliks žymiai silpnesnė nei jos kaimynai vakaruose
- dauguma dabartinių šalies problemų (mokėjimų balanso ir biudžeto deficitas, valstybės skola, infliacija) gali būti sušvelnintos sėkmingos politikos priemonėmis, bet greitai išspręstos nebus.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad greta tradicinių neoliberalių pasiūlymų (sparčiau privatizuoti valstybės turtą bei sukurti kaupiamąjį pensijų draudimą), Pasaulio banko ekspertai siūlo padidinti mokesčius tam, kad investicijoms pakaktų lėšų iš biudžeto.

Daugeliui Vakarų analitikų Lietuva yra per maža, kad investuotų lėšas į jos ilgalaikės plėtros prognozavimą, bet didesnės mūsų kaimynės susilaukia daugiau dėmesio. "The Economist Intelligencia Unit" kas ketvirtį skelbia 5-10 metų Lenkijos, Čekijos, Rusijos, Ukrainos ir kitų didesnių valstybių raidos prognozes. Jei ši institucija vertintų Lietuvos ateitį, matyt, taikytų panašias prielaidas, kaip vertindama kaimynes. Kas numatoma kaimynėms gamybos apimties atžvilgiu pateikta 13 lentelėje.

**13 lentelė. Didžiųjų regiono valstybių vystymosi 1998-2003 metais prognozė atlikta EIU.**

Rodiklis	Šalis	1998	2000	2003
BVP 1994 – 100	Lenkija	121	129,5	158,7
	Čekijos Respublika	108,7	108,7	120,9
	Bulgarija	88,8	92,6	103,9
	Rumunija	96,4	94,4	100,2
	Rusija	89,1	84,2	91,6
BVP vienam gyventojui JAV doleriais pagal keitimo kursą	Lenkija	3880	4360	6060
	Čekijos Respublika	5400	5700	7500
	Bulgarija	1500	1800	2670
	Rumunija	1790	1580	2013
	Rusija	1890	1430	2090
	Ukraina	846	662	859

Šaltinis: EIU atitinkamų šalių "Country Forecast"

13 lentelėje teikiami kiek suapvalinti duomenys iš 1999 metų 2-ojo ketvirčio

"Country Forecast". Lentelė rodo tai, ką jau aprašėme anksčiau (postsovietinės šalys pastaraisiais metais vystosi skirtingai). Lenkijos ir Čekijos Respublikos ekonomikos auga, o kitos mūsų didžiosios kaimynės 1998 metais gamino mažiau nei 1994 metais. Lentelė taip pat rodo ir skeptišką Vakarų ekspertų požiūrį į silpnėsiųjų ekonomikų raidos perspektyvas artimiausiais metais. Manoma, kad jose gamyba augs, bet labai lėtai ir Bulgarijoje bei Rumunijoje 2003 metais užtikrins viso labo 1994 metų lygį, o Rusijoje ir Ukrainoje net šis lygis nebus pasiektas.

Pagal pastarųjų 5 metų ir būsimųjų 5 metų situaciją postsovietinės valstybės tarsi suskyla į 3 grupes, kurias sąlyginai galima įvardyti kaip augimo, stagnacijos ir depresijos zonas. 1998 metais, jei 1994 metų apimtį prilyginsime 100, Lietuvos BVP apimtis sudarė 122 procentus ir šalis pateko į augimo zoną bet ar pasiseks joje išlikti ir ateityje? Atsakymas į šį klausimą gerokai priklausys nuo situacijos Rusijoje ir Ukrainoje. Lietuvai svarbūs ne tiek šių valstybių ekonomikos augimo tempai, kiek Rusijos ir Ukrainos piliečių perkamoji galia užsienyje bei santykiniai darbo jėgos kaštai. Lentelėje pateikti BVP vienam gyventojui duomenys rodo, kad cituojamo leidinio autoriai nenumato artimiausiais penkeriais metais rytinių mūsų kaimynių perkamosios galios išaugimo. Net darant prielaidą, kad pusė Ukrainos gamybos priklausys šešėliniam sektoriui ir neatspindima statistikos, jau dabar Ukraina daugiau nei du kartus pagal BVP 1 gyventojui JAV doleriais atsilieka nuo Lenkijos, o šis atsilikimas padidės iki daugiau nei 3 kartų 2003 metais. Prognozuojama, kad vidutiniai darbo jėgos kaštai 2003 metais Ukrainoje bus tik 0,3 JAV dolerio per valandą (įvertinus šešėlinės pajamas - 0,6), o Lietuvoje jau 1998 metais šie kaštai siekė maždaug 1,5 JAV dolerio.

Pasitvirtinus prognozei, kad darbo jėga slaviškose NVS valstybėse ilgai bus beveik 3 kartus pigesnė nei Lietuvoje, Lietuvos eksportas į Rytus beveik neaugs, o priešingai - importas gali būti pigios ir ganėtinai kvalifikuotos rytinių mūsų kaimynių darbo jėgos paskatintas. Egzistuojantys kaimynų ryšiai veikia vystymąsi, todėl stagnacija Rytuose turėtų stabdyti Lietuvos augimą ir jis gali būti lėtesnis nei mūsų pietvakarių kaimynės Lenkijos.

Tiesa, tikėtina, kad 2000 ir vėlesniais metais politinis ir ekonominis nestabilumas Rusijoje ir Ukrainoje sumažės ir dėl to Ukrainos BVP 2003 metais pasieks 1500 JAV dolerių 1 gyventojui. Mūsų nuomone, ir darbo užmokestis, išreikštas doleriais turėtų šiose valstybėse augti sparčiau, nei numato cituojami Vakarų ekspertai. Kad gamybos išraiška doleriais gali labai greitai išaugti rodo ir Lietuvos patirtis, kuomet aptariamas rodiklis 1994 sudarė 1140, o 1996 metais (laikotarpis kuomet nebuvo ypač sparčios privatizacijos ar ekonomikos augimo) - jau 2130 JAV dolerių.

Jei mūsų hipotezė pasitvirtintų, užsienio prekybos su Rytai sąlygos taptų jau ne ekonomikos vystymosi stabdžiu, bet vienu iš variklių kartu su paklausa Vakaruose ir šalies viduje. Situacijos Rytuose pagerėjimas taipogi paspartintų tranzitinius prekių srautus per Lietuvą, pagerindamas 1998 metais ir 1999 metų pradžioje į stagnaciją patekusio Lietuvos transporto būklę.

Knygoje pateikti optimistiškesni nei Vakarų ekspertų Ukrainos ir Rusijos

vertinimai sietini tik su 2000 ir vėlesniaisiais metais. 1999 metais Lietuvoje dar ženklios 1998 metų krizės Rusijoje pasekmės, kurių, matomai, nesugebės kompensuoti vidaus paklausa.

# SOCIALINĖ RAIDA IR JOS VEIKSNIAI

ALGIS DOBRAVOLSKAS, *socialinių mokslų daktaras*

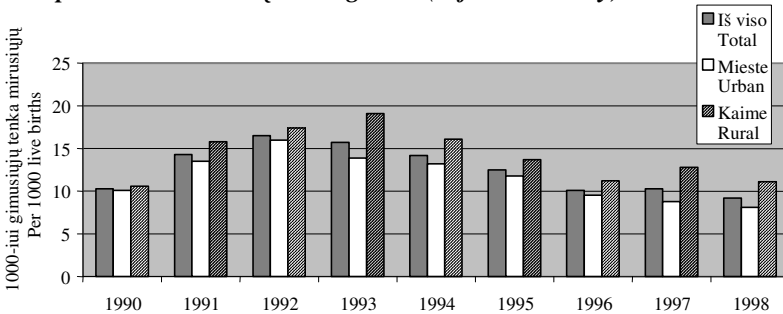
Pagrindiniai socialinės raidos veiksniai – tai gyventojų ekonominis aktyvumas bei valstybės socialinė politika. Gyventojų ekonominis aktyvumas nulemia jų pajamas, valstybės socialinė politika kompensuoja pajamas, negautas dėl rizikos veiksnių (nedarbo, senatvės, invalidumo, skurdo ir t.t.). Todėl gyvenimo lygis, kokybė bei jų raidos tendencijos yra laikomi abiejų socialinės raidos veiksnių padariniais.

## GYVENIMO LYGIO IR KOKYBĖS RAIDA

1990–1999 metų laikotarpį galime padalinti į 2 etapus. Pirmajam, trukusiam iki 1993 metų, būdingas staigus gyvenimo lygio kritimas. Antrajam – laipsniškas jo didėjimas.

Gyvenimo lygį ir kokybę atspindi įvairūs rodikliai. Kartais naudinga panagrinėti netiesioginius rodiklius, pavyzdžiui, *kūdikių mirtingumo* (žr. 1 pav.).

1 paveikslas. *Kūdikių mirtingumas (Infant mortality)*



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Šis grafikas gana tiksliai iliustruoja dvi gyvenimo lygio ir kokybės tendencijas:

- gyvenimo lygio ir kokybės staigų kritimą 1990–1993 metais ir
- blogesnę kaimo situaciją.

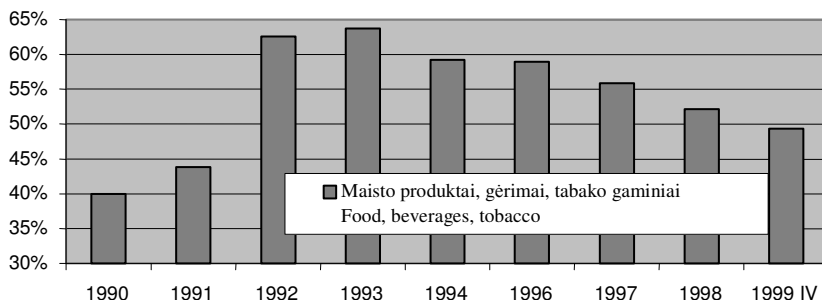
Daugelį metų kaime kūdikių mirtingumas yra didesnis dėl tokių priežasčių, kaip infekcinės ir parazitinės, kvėpavimo organų ligos. Todėl kūdikių mirtingumas glaudžiai susijęs su būsto bei mitybos sąlygomis, t.y. tiesiogiai priklauso nuo gyvenimo lygio bei kokybės ir atspindi jų dinamiką bei skirtumus, o ne tik sveikatos priežiūros būklę.

Vienas iš jautriausių pokyčiams tiesioginių gyvenimo lygio ir kokybės rodik-

lių yra *vartojamųjų išlaidos*. Būsto sąlygų, apsirūpinimo ilgalaikio vartojimo reikmenimis rodikliai mažiau priklauso nuo einamųjų pokyčių ir daugiau atspindi ilgalaikes tendencijas. Vartojamąsias išlaidas skaičiuoja Statistikos departamentas, tirdamas namų ūkių biudžetą. Nuo 1996 m. sausio 1 d. šie tyrimai atliekami pagal naują programą, kuri atitinka pagrindinius EUROSTAT'o reikalavimus.

Vienas iš apibendrinančių vartojamųjų išlaidų rodiklių yra jų struktūra: kuo žemesnis gyvenimo lygis, tuo didesnę šios struktūros dalį užima maisto produktai, tai yra išlaidos, kurių sunkiausia atsisakyti. Be to, didelė išlaidų mitybai dalis riboja kitų poreikių – aprangos, būsto, poilsio ir panašiai – tenkinimą.

## 2 paveikslas. Vartojamųjų išlaidų dalis (Share of consumer expenditure)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys, 1999m., IV ketvirtis.

Gyvenimo lygio staigaus kritimo etapą atspindi labai padidėjusi bendrų vartojamųjų išlaidų dalis, tenkanti maistui visose vartojimo išlaidose. Antruoju etapu, per šešerius nepriklausomybės metus dar nepasiektas tas vartojimas lygis, kuris buvo pradžioje, sprendžiant pagal maisto produktų dalį, tenkančią bendroms vartojamosioms išlaidoms.

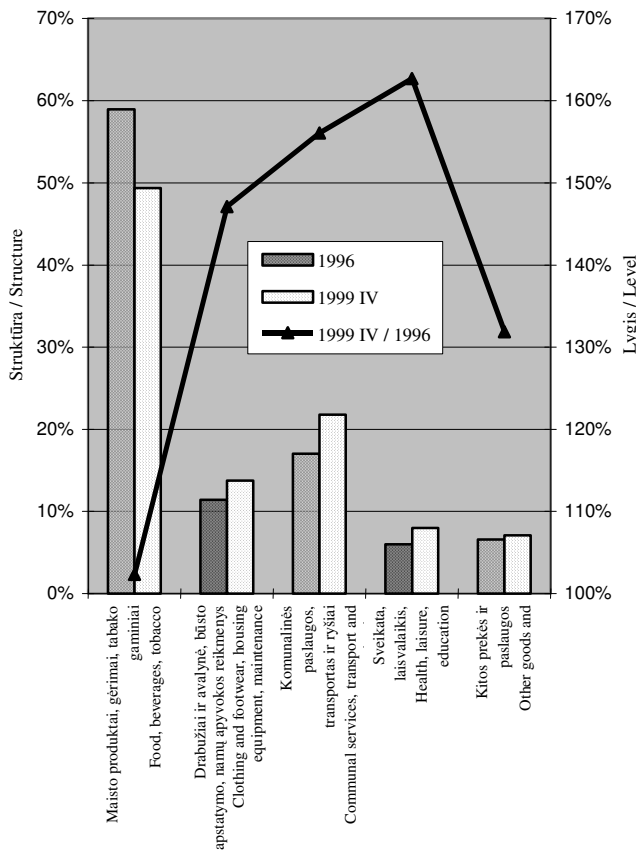
Išlaidų maistui dalies mažėjimą stabilizuoja ne tik žemesnis bendras gyvenimo lygis, bet ir kiti vartojimą sąlygojantys veiksniai. Visam laikotarpiui būdinga tai, kad laipsniškai kuriama nauja vartojamųjų išlaidų struktūra (žr. 3 pav.). Tai nulemia ne tik vartotojų teikiama pirmenybė, bet ir rinkos sąlygų, kainų kaita.

Pavyzdžiui, 1996–1999 metų laikotarpiu visoms vartojamosioms išlaidoms padidėjus 22%, išlaidos maistui padidėjo labai nedaug – tik 2,3%, tuo tarpu drabužiams, avalynei, būsto apstatymui ir namų apyvokos reikmenims – 47%. Išlaidų maisto prekėms stabilizavimasis ir ne maisto prekėms didėjimas rodo, kad mityba nėra daugumos gyventojų rūpestis.

Paslaugoms tenkanti dalis beveik nuolat didėja. Nepriklausomybės pradžioje paslaugoms teko vos 1/10 visų vartojamųjų išlaidų. Dabar didesnę dalį tenka sumokėti vien už komunalines paslaugas. Taip yra pirmiausia dėl to, kad nuolat didėja butų-komunalinių bei transporto ir ryšių paslaugų kainos.

Toliau apžvelgsime, kokią įtaką gyvenimo lygiui turėjo gyventojų ekonominis aktyvumas bei valstybės socialinė politika.

### 3 paveikslas. Vartojamųjų išlaidų struktūros ir lygio kitimas (Changes in consumer expenses structure and level)

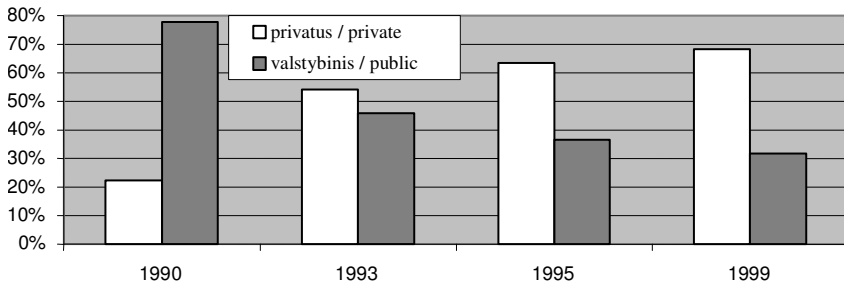


Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

## GYVENTOJŲ EKONOMINIS AKTYVUMAS

Gyventojų aktyvumą 1990–1999 metų laikotarpiu apibūdina 2 pagrindinės tendencijos.

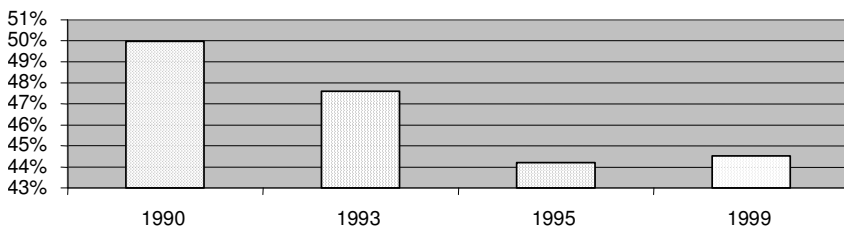
**Pirmoji** – dirbančiųjų privačiame sektoriuje dalies didėjimas valstybinio sektoriaus sąskaita (žr. 4 pav.). Privatus sektorius jau per pirmuosius trejus nepriklausomybės metus tapo dominuojantis ir dešimtmečio pabaigoje jau 7 iš 10 dirbo privačiame sektoriuje.

**4 paveikslas. Užimtumo struktūra sektoriais (Employment structure by sectors)**

Šaltinis: Statistikos departamento duomenys

Dirbančiųjų privačiame sektoriuje daugėjimas turi dvejopą įtaką gyvenimo lygiui ir kokybei. Pelno siekimas privačiame sektoriuje reikalauja taupyti darbo jėgos išlaidas bet kartu didinti gamybą. Taupymas skatina racionalizuoti darbą ir atleisti nereikalingus darbuotojus, gamybos didinimas - kurti naujas darbo vietas. Taupymas stabilizuoja darbo užmokestį, gamybos didinimas reikalauja aukštesnės kvalifikacijos ir brangesnės darbo jėgos. Šie bruožai mažiau būdingi (jeigu apskritai būdingi) valstybiniam sektoriui. Todėl, didėjant užimtųjų dirbančiųjų privačiame sektoriuje daliai, darbo jėgos rinka praranda stabilumą, gyventojų ekonominis aktyvumas ir pajamos tampa darbo jėgos pasiūlos bei paklausos išdava.

Todėl dirbančiųjų privačiame sektoriuje daugėjimas nulėmė **antrąją** tendenciją – mažėjantį gyventojų ekonominį aktyvumą (žr. 5 pav.).

**5 paveikslas. Dirbančiųjų ir apskritai visų gyventojų santykis (Employed and total population ratio)**

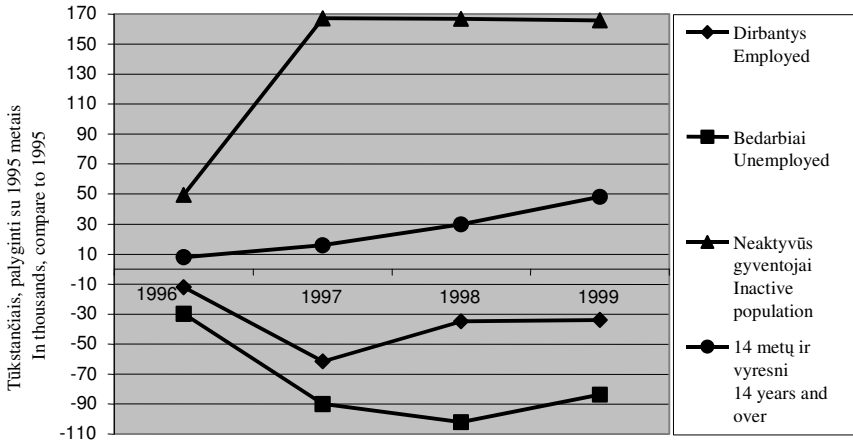
Šaltinis: Statistikos departamento duomenys (apskaičiuota remiantis ataskaitomis).

Gyventojų aktyvumas mažėjo ir tuo laikotarpiu, kai pradėjo kilti gyvenimo lygis, t.y. po 1993 metų. Gyvenimo lygio augimas tapo ne tiek gyventojų ekonominio aktyvumo, kiek ekonomikos efektyvumo didėjimo išdava. Antra vertus, didėjantis gyvenimo lygis leidžia daliai gyventojų (ypač moksleiviams, studentams, namų šeimininkėms, iš dalies ir pensininkams) aktyviai nieieškoti darbo, o pasikliauti valstybės ar kitų šeimos narių išlaikymu.

Šias išvadas, ypač gyventojų ekonominio aktyvumo mažėjimą, patvirtina ir

darbo jėgos tyrimų, kurie atliekami remiantis EUROSTAT'o reikalavimais, duomenys<sup>1</sup> (žr. 6 pav.).

**6 paveikslas. 14 metų ir vyresnių gyventojų skaičiaus pokyčiai (Changes in number of population 14 years and over)**



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys (remiantis darbo jėgos tyrimais).

Kaip matome, šiek tiek didėjant 14 metų ir vyresnių gyventojų skaičiui, neaktyvių gyventojų 1996 ir ypač 1997 metais padaugėjo kur kas daugiau. Bedarbių, t.y. aktyviai darbo ieškančių gyventojų skaičius sumažėjo.

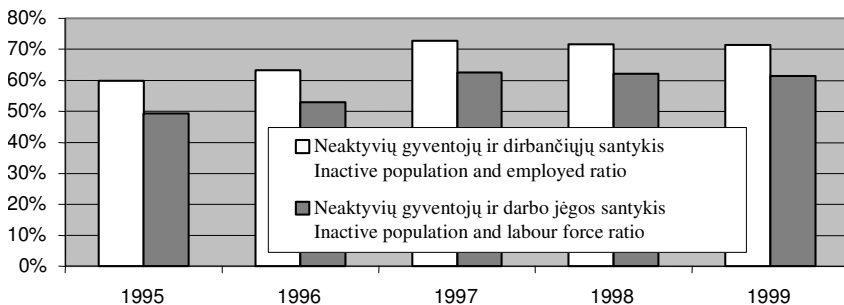
Galima daryti išvadą, kad neaktyvių gyventojų dalis nusistovėjo. Kitais žodžiais, gyventojų pasirinkimas – dirbti ar ne, būti išlaikomam ar ne – matyt, nesisiekia, o priklausomybės (neaktyvių gyventojų ir dirbančiųjų) santykį lems nedarbo lygis (žr. 7 pav.). Šiuo metu 100 dirbančiųjų tenka 70 neaktyvių gyventojų, tai likvidavus nedarbą ši našta gali sumažėti iki 60.

<sup>1</sup> Čia specialiai nenagrinėsime darbo jėgos kiekybinių skirtumų, kurie gaunami remiantis statistikos ataskaitomis ir darbo jėgos tyrimais. Tačiau pažymėtina, kad:

1. skaičiavimai pagal statistikos ataskaitas, individualių įmonių ir pagal patentus dirbančių asmenų duomenis kasmet rodo *didėsni* dirbančiųjų skaičių negu darbo jėgos tyrimai. Faktiškai į tokus skaičiavimus gali būti įtrauktos ir mirusios sielos (pavyzdžiui, registruotos bet neveikiančios individualios įmonės, gauti, bet nenaudojami patentai), be to, tie patys asmenys gali būti skaičiuojami pakartotinai (dirbantys ir pagal darbo sutartį, ir pagal patentą, ir kaip individualios įmonės savininkai);
2. ir atvirkščiai, bedarbių skaičius, Lietuvos darbo biržos duomenimis yra gerokai *mažesnis*, negu rodo darbo jėgos tyrimai. Šis skirtumas kasmet vis mažėja, bet dar vis viršija 100 tūkstančių asmenų. Gyventojų aktyvumo įvertinimo atžvilgiu svarbiau yra žinoti, kiek žmonių aktyviai ieško darbo, o ne kiek jų registruojasi darbo biržoje. Tuo tarpu socialinės apsaugos kontekste svarbesni yra darbo biržų duomenys, nes parodo, kokiai daliai bedarbių reikalinga valstybės parama.



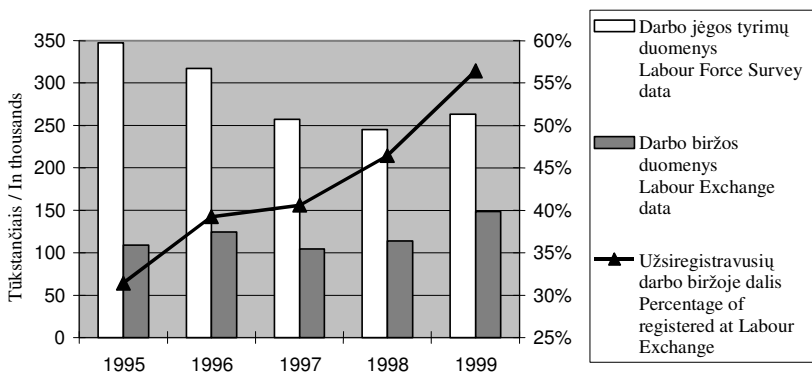
### 7 paveikslas. Priklausomybės santykis (Dependancy ratio).



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys (remiantis darbo jėgos tyrimais).

Neaktyvių gyventojų gali sumažėti, jeigu valstybė imtųsi specialių gyventojų ekonominį aktyvumą skatinančių priemonių. Tačiau tokios priemonės gali būti gana rizikingos ir padidinti įtampą darbo rinkoje, jeigu pastūmėtų į ją jaunimą ar grąžintų pensininkus, nesukurtų papildomų darbo vietų, nes vis didesnę faktiškų bedarbių dalis registruojasi darbo biržoje (žr. 8 pav.).

### 8 paveikslas. Bedarbiai (Unemployed).



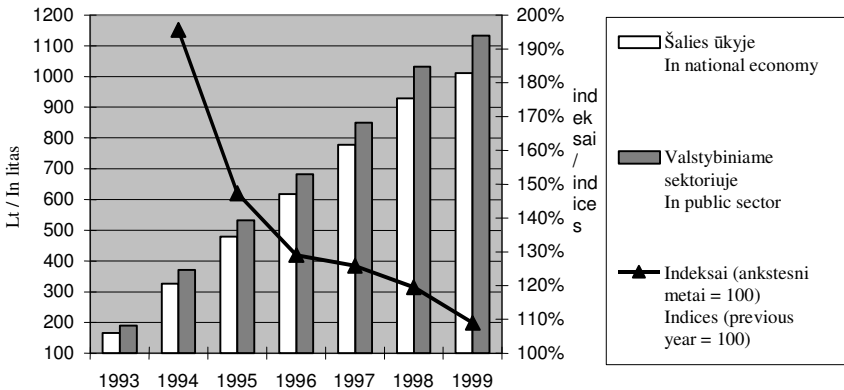
Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Tik verslo skatinimo priemonės gali pagerinti darbo rinkos padėtį, tačiau jos turėtų būti nukreiptos į naujų darbo vietų kūrimo, o ne į gyventojų aktyvumo ieškoti darbo skatinimą. Gyventojų ekonominis aktyvumas gali padidėti tik tuo atveju, jeigu pagerėtų išsidarbinimo ar verslo pradėjimo ir darbo sąlygos, padidėtų atlyginimai ar verslo pelningumas.

Materialinės paskatos, o ne tik Rytų rinkų praradimas, skatino dirbančiųjų mažėjimą pirmaisiais nepriklausomybės metais. Darbo užmokestis tiek valstybiniame, tiek privačiame sektoriuje buvo labai mažas ir neskatino darbuotojų sau-

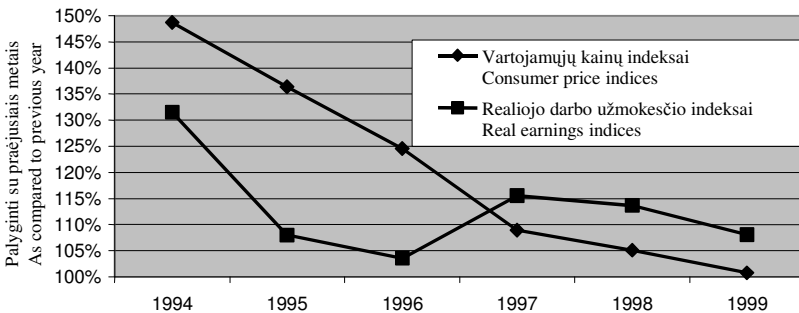
goti darbo vietas, o vertė ieškoti naudingesnės veiklos. Tačiau būtent bendrų ekonominių sąlygų normalizavimas (tarp jų ir lito įvedimas) paspartino ekonomikos kilimą, darbo užmokesčio didėjimą ir sudarė sąlygas gyvenimo lygiui laipsniškai kilti. 1993 metais darbo užmokestis tai kildavo, tai smukdavo, tačiau būtent nuo šių metų prasidėjo spartus jo augimas (žr. 9 pav.). Realusis darbo užmokestis taip pat didėjo, nors, be abejo, gerokai lėčiau negu nominalusis, tai lėmė dėl kainų didėjimas (žr. 10 pav.).

### 9 paveikslas. Vidutinis bruto darbo užmokestis (Average gross monthly earnings)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

### 10 paveikslas. Darbo užmokestis ir kainos (Earnings and prices)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Taip pat matome, kad valstybinio sektoriaus darbuotojų vidutinis darbo užmokestis buvo nuolat didesnis už privataus sektoriaus darbuotojų. Tačiau privataus ir valstybinio sektorių sugretinimas neatskleidžia struktūrinių darbo užmokesčio skirtumų ir jų kitimo.

Iš 11 paveikslas gerai matyti, kad darbo užmokesčio skirtumai turi tendenciją išsilyginti. Yra tik *dvi* išimties.

*Pirmoji.* Per 1995–1999 metų laikotarpį pagal vidutinį bruto darbo užmokestį žemės ūkis bei žuvininkystė užėmė autsaiderių poziciją. Nors darbo užmokestis yra pagrindinis gyvenimo lygį lemiantis veiksnys, tačiau jo reikšmė mieste ir kaime skiriasi: dirbančiųjų samdomąjį darbą mieste darbo užmokestis sudaro didžiausią pajamų dalį, o kaime jis siekia tik 2/3 pajamų.

*Antroji.* Iš geriau mokamų šakų savo dalies, palyginti su šalies vidurkiu, beveik neprarado tik valstybės valdymo ir gynimo bei privalomojo socialinio draudimo šaka.

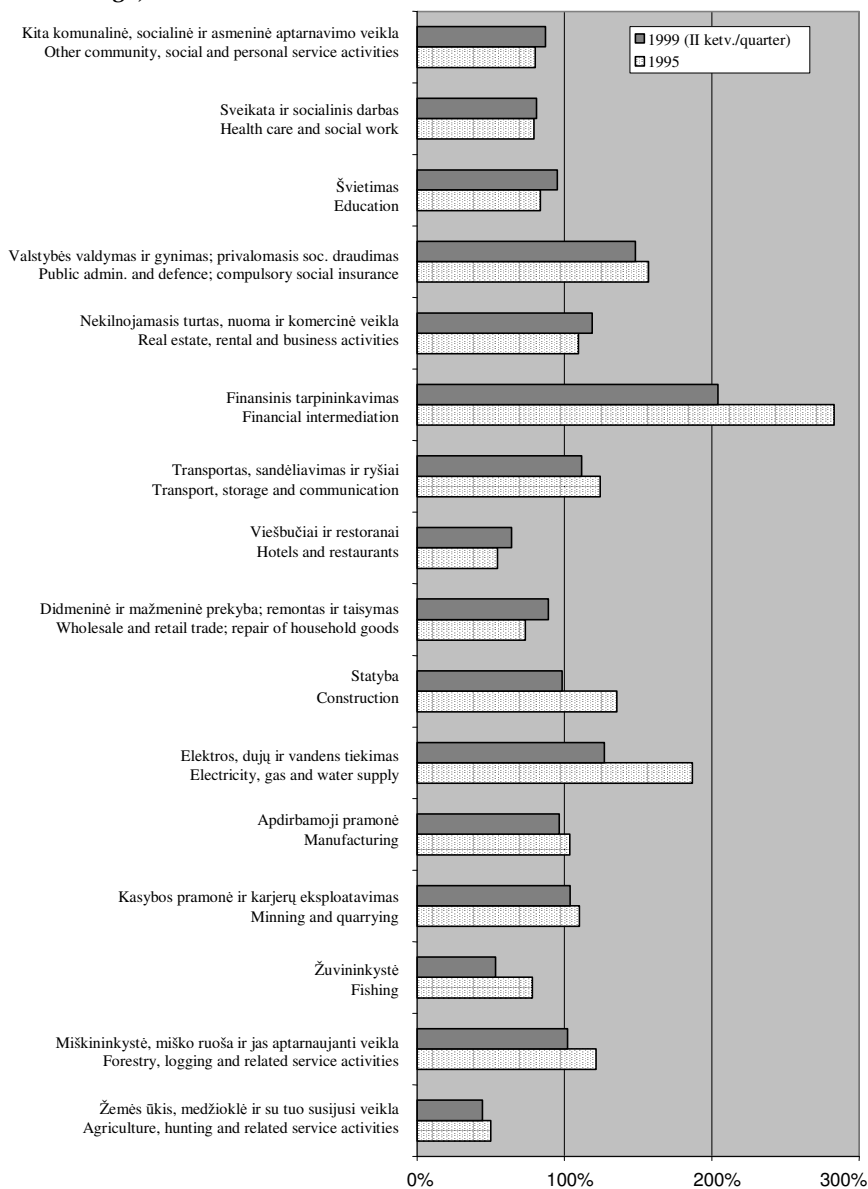
Komerciniame sektoriuje lyderio pozicijas, nors ir gerokai smukusias, išlaiko finansinis tarpininkavimas (beje, paskutinio XX amžiaus dešimtmečio pabaigoje pagal dirbančiųjų skaičių čia dar vis dominavo valstybinis sektorius).

Taigi galima daryti išvadą, kad valstybinio sektoriaus darbuotojų darbo užmokestis lenkia privataus sektoriaus darbuotojų darbo užmokestį dėl šių trijų ūkio šakų veiklos: a) elektros, dujų ir vandens tiekimo; b) finansinio tarpininkavimo; c) valstybės valdymo ir gynimo, privalomojo socialinio draudimo. Dvi pirmąsias privatizavus, persvarą vidutinio darbo užmokesčio atžvilgiu gali įgauti privatus sektorius. Be abejo, valdininkai, matyt, išlaikys savo pozicijas gaudami 1,5 vidutinio šalies darbo užmokesčio, tačiau vargu ar artimiausiu metu pavyks pasiekti vidutinį šalies darbo užmokestį švietimo ir sveikatos priežiūros bei socialinio darbo srityse, jeigu nebus imamasi struktūrinių pertvarkymų, leidžiančių biudžetinį finansavimą papildyti ir pakeisti kitomis formomis.

Darbo užmokestis yra ne tik dirbančiųjų gyvenimo lygio, bet ir valstybės finansų, o drauge ir kitų gyventojų grupių gyvenimo lygio pagrindinis veiksnys: fizinių asmenų pajamų mokeskis, išskaičiuojamas iš darbo užmokesčio, sudaro apie ketvirtadalį nacionalinio biudžeto, o socialinio draudimo įmokos, priskaičiuojamos prie darbo užmokesčio, sudaro beveik visas socialinio draudimo fondo pajamas.

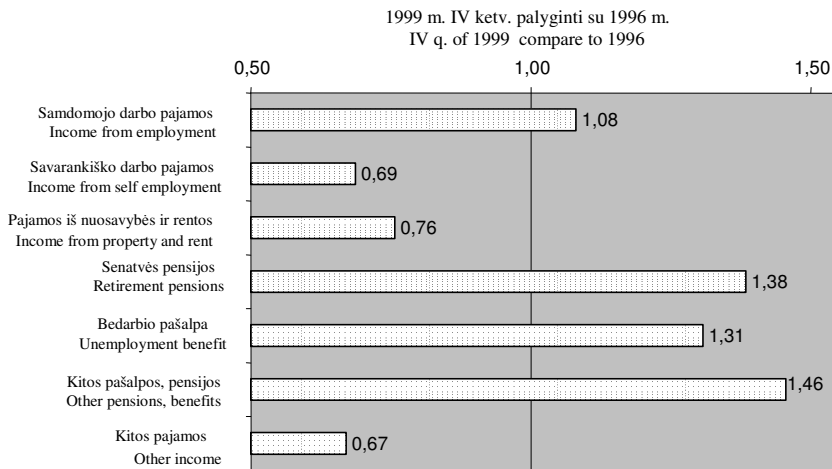
Tačiau, be darbo užmokesčio, yra ir kitų savarankiškų arba išvestinių pajamų rūšių. Namų ūkių biudžeto tyrimai rodo įvairių pajamų santykį su namų ūkių pajamomis (žr. 12 pav.). Kaip matome per palyginti trumpą laikotarpį namų ūkių pajamų sudėtis ryškiai pasikeitė išvestinių (pasyviųjų) pajamų – pašalpų ir pensijų – naudai. Šeimų samdomo darbo pajamos mažai padidėjo, o savarankiško darbo pajamos netgi sumažėjo. Savarankiško darbo ir kitų pajamų dalis, tenkanti visoms namų ūkių pajamoms, visiškai sumažėjo. Tai dar kartą patvirtina natūraliai sumažėjusį gyventojų ekonominį aktyvumą, o ne tik pablogėjusią bendrą ekonomikos padėtį. Bendros ekonomikos padėties pablogėjimą dešimtmečio pabaigoje rodo tai, kad 1998 metais pajamų struktūra aktyviųjų pajamų atžvilgiu buvo kiek geresnė nei 1999 metų pabaigoje, tačiau tendencijos jau buvo tos pačios – pasyviųjų pajamų didėjimo link. Be abejo, pajamų dinamikai taip pat turėjo įtakos ir socialinės politikos priemonės, kurias toliau ir apžvelgsime.

**11 paveikslas. Vidutinis mėnesio darbo užmokestis pagal veiklas, palyginti su šalies vidurkiu (Average monthly earnings by activity as compared with national average)**



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

## 12 paveikslas. Vidutinių namų ūkių disponuojamų pajamų kaita (Changes in average household disposable income)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

### VALSTYBĖS SOCIALINĖS POLITIKOS ĮTAKA PAJAMŲ KAITAI

Šiame skyrelyje panagrinėsime socialines normas ir jų poveikį santykiniam atitinkamų pajamų gavėjų gyvenimo lygiui.

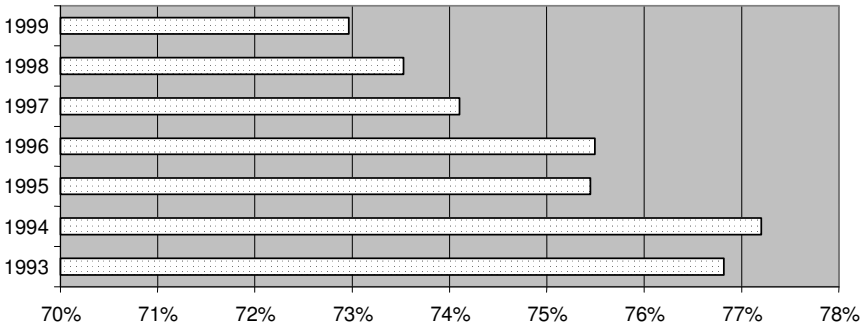
Vienas iš normatyvų, turinčių įtakos gyvenimo lygiui, – fizinių asmenų pajamų mokesčiu neapmokestinamos pajamos bei neapmokestinamasis minimumas.

Svarbu tai, kad, pirma, visos socialinės išmokos (pensijos, pašalpos) nėra apmokestinamos fizinių asmenų pajamų mokesčiu, o samdomojo darbo pajamos apmokestinamos 33% tarifu, atskaičius nuo jų neapmokestinamąjį minimumą<sup>2</sup>. Todėl socialines išmokas tikslinga lyginti su neto darbo užmokesčiu. Antra, neapmokestinamasis minimumas turi socialinių išmokų pobūdį ne tik dėl to, kad kuo mažesnis uždarbis – tuo mažesnis jo apmokestinamasis tarifas, bet ir dėl to, kad neapmokestinamasis minimumas yra diferencijuojamas pagal septynias asmenų grupes (didžiausios normos nustatytos asmenims, turintiems tris ir daugiau vaikų ir I grupės invalidams).

Keičiant neapmokestinamąjį minimumą, kinta ir neto bei bruto uždarbio santykis (žr. 13 pav.).

<sup>2</sup> Šiame straipsnyje nenagrinėsime kitų neapmokestinamų pajamų arba apmokestinamų skirtingais tarifais pajamų rūšių.

### 13 paveikslas. Neto ir bruto darbo užmokesčio santykis šalies ūkyje (Net and gross earnings ratio in national economy)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Kaip matome, per 1993–1999 metų laikotarpį, reguliuodama neapmokestinamąjį minimumą, valstybė grynojo darbo užmokesčio dalį, tenkančią bruto darbo užmokesčiui sumažino 4 procentiniais punktais arba tiek pat padidino fizinių asmenų pajamų mokestį, nekeisdama mokesčio tarifo.

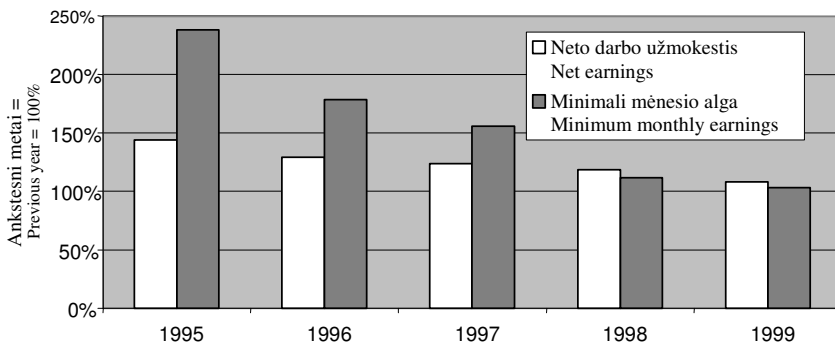
Apskritai, didėjant gyvenimo lygiui, neapmokestinamasis minimumas gali būti pastovus, tačiau, toks būdamas, praranda vertę, kaip socialinis normatyvas, kadangi labai nedaug prisideda prie gyventojų pajamų didinimo. Jo nustatymo procedūros taip pat buvo įvairiai modifikuotos, o tai rodo, kad neapmokestinamojo minimumo socialinė paskirtis nėra labai aiški: pradžioje nustatytas absoliučia suma, 1991 pradėtas didinti, siejant su tvirtinamu minimaliu gyvenimo lygiu (MGL), 1992 metais išreikštas MGL, o 1994 vėl nustatytas absoliučia suma ir indeksuojamas pagal vartojamųjų kainų indeksą.

Nėra didelio skirtumo tarp to, ar neapmokestinamasis minimumas indeksuojamas, ar susietas su MGL, kadangi pastarasis taip pat indeksuojamas. Abiem atvejais jis turėtų stabilizuoti mažų atlyginimų perkamąjį pajėgumą minimalaus vartojamojo krepšelio atžvilgiu ir atlikti pajamų reguliavimo funkciją. Tačiau netgi didžiausia neapmokestinamojo minimumo norma, nustatyta 1999 metais daugiavaikėms šeimoms – 368 Lt – negalėtų užtikrinti minimalaus vartojimo iš minimalios algos gyvenančioms šeimoms ir mažai ką pakeičia didelių atlyginimų ar kitų pajamų atžvilgiu, tačiau abiem atvejais sumažina nacionalinio biudžeto pajamas. Galų gale socialinė pašalpa, mokama priklausomai nuo šeimos pajamų, prieš tai jas patikrinus, būtų apskaičiuojama didesnė toms šeimoms, kurioms pajamų iš tikrųjų trūksta, jeigu nebūtų neapmokestinamojo minimumo. Todėl, neapmokestinamasis minimumas tik apsunkina ir kartu pabrangina gyventojų pajamų reguliavimo administravimą, sumažindamas nacionalinio biudžeto išteklius, kurie galėtų būti skirti šeimoms paremti kitais būdais. Neapmokestinamasis minimumas dar papildomai kainuoja įmonėms, apsunkindamas darbo užmokesčio apskaitą.

Dar vienas iš socialinių normatyvų, susijusių su samdomojo darbo pajamomis, – minimali mėnesio alga. Pagal apibrėžimą, tai turėtų būti atlyginimas pa-

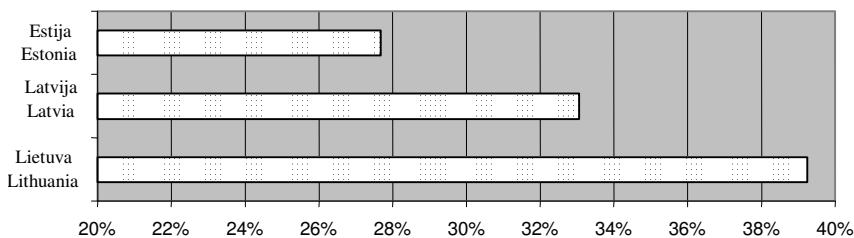
kankamas bent vienam žmogui minimaliai pragyventi. Tačiau 1999 metais jo nustatytas dydis – 430 Lt – daugiau kaip du kartus viršijo skaičiuojamąjį MGL<sup>3</sup> ir daugiau kaip pusantro karto – pagrindinį neapmokestinamąjį minimumą. Tokiu būdu darbdaviai priverčiami mokėti padidintą darbo užmokesį, iš kurio dar išskaitomas fizinių asmenų pajamų mokestis. Ypač sparčiai minimali mėnesinė alga buvo didinama 1995–1997 metų laikotarpiu (žr. 14 pav.), jos santykis su vidutiniu mėnesio neto darbo užmokesčiu padidėjo nuo 22,5% 1994 metais iki 65% 1997-aisiais. 1999 metais Lietuva absoliučiu ir ypač santykinu minimalios mėnesio algos dydžiu gerokai lenkė Latviją bei Estiją (žr. 15 pav.)

#### 14 paveikslas. Darbo užmokesčio dinamika (Dynamics of earnings)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

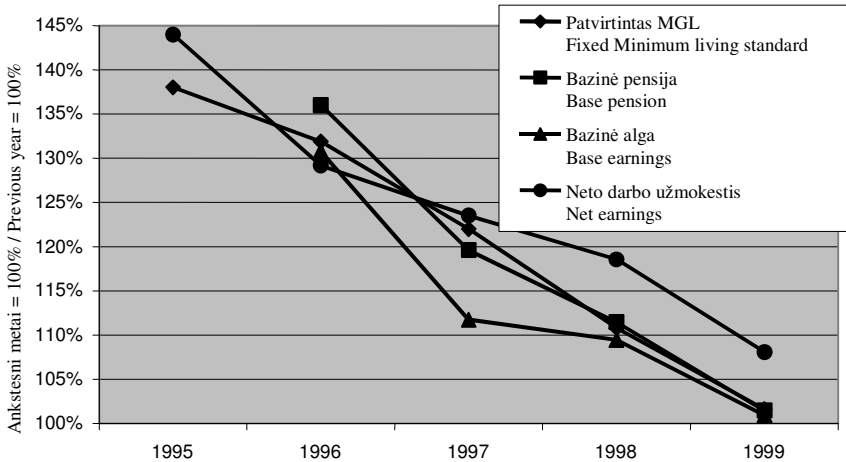
#### 15 paveikslas. Minimalios algos ir bruto darbo užmokesčio santykis (Minimum earnings and gross earnings ratio)



Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Valstybės reguliuojamos kitos išmokos (pensijos, pašalpos) yra siejamos su tam tikrais indeksuojamais ar kitais būdais tvirtinamais dydžiais – MGL, bazine pensija, bazine alga. Šių dydžių dinamika buvo kiek lėtesnė negu neto darbo užmokesčio ir gana tolygi (žr. 16 pav.).

<sup>3</sup> Patvirtintas MGL sudaro apie 62% skaičiuojamojo.

**16 paveikslas. Pagrindinių normatyvų kitimas (Changes of main standards)**

Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Didesni susietų su šiais dydžiais išmokų pokyčiai įvyko dėl išmokų skaičiavimo pakeitimų. Pavyzdžiui, vaiko globos pašalpa nuo 1,5 MGL buvo padidinta iki 2 MGL 1998 metais ir iki 4 MGL 1999 metais; 1995 metais tris kartus buvo keičiama socialinės pašalpos skaičiavimo formulė, kol visiškai pakito šios pašalpos pirminė prasmė. Taip pat buvo įvestos kai kurios naujos pašalpos (pašalpa šeimoms, auginančioms tris ir daugiau vaikų, laidojimo pašalpa, našlaičio stipendija), I ir II laipsnio valstybinės pensijos, našlių ir našlaičių pensijos. Visų išmokų, išskyrus vaiko globos pašalpą, dydžiai minimalios mėnesio algos, kuri buvo be saiko didinama, atžvilgiu – sumažėjo.

Tokie žymesni išmokų pakeitimai apibūdinami kaip politiniai sprendimai, kurių paprastai siekia valdančioji dauguma. Jie santykinai pagerina kai kurių gyventojų grupių gyvenimo lygį, tačiau tikrai nepadidina visų gyventojų gyvenimo lygio ir nepakeičia gyvenimo kokybės, tačiau kartais pridaro finansinių problemų (pvz., padidina biudžeto deficitą). Iš dalies dėl šių pakeitimų, taip pat dėl pensininkų ir bedarbių daugėjimo padidėjo pasyviųjų pajamų dalis namų ūkių disponuojamų pajamų struktūroje.

Iš esmės socialinės politikos priemonėmis buvo nuolat proporcingai didinamos įvairios būtinos gyventojams išmokos.

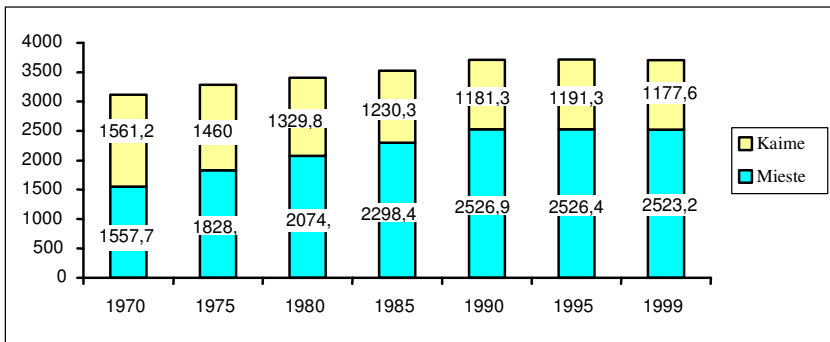


## DEMOGRAFINĖ SITUACIJA LIETUVOJE 1990 – 1999 METAIS

*JONAS KAIRYS*

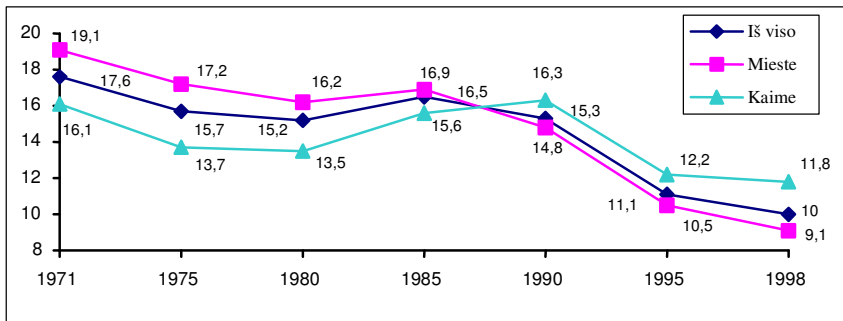
Spartūs ir esminiai pastarųjų metų politiniai, socialiniai, ekonominiai pokyčiai suardė per daugelį metų nusistovėjusias demografines tendencijas ir sukėlė naujų. Aptariamasis laikotarpis yra palyginti trumpas, kad būtų galima daryti išvadas apie ilgalaikius demografinius procesus, tačiau galima išvelti neigiamą socialinių ekonominių pokyčių įtaką. Vienos demografinės tendencijos tebuvo trumpalaikiai demografiniai svyravimai, kitos – naujos demografinės elgsenos pradžia, trečios – jau keletą dešimtmečių vykstančių neigiamų reiškinų sustiprėjimas dėl pablogėjusių gyvenimo sąlygų. 1999 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 3 700 799 žmonės (straipsnyje naudoti Lietuvos statistikos departamento duomenys). Gyventojų Lietuvoje vienais jos istorijos metais daugėjo, kitais mažėjo. Karo ir pokario metais mūsų šalis neteko maždaug trečdaliu gyventojų ir ikikarinį skaičių pasiekė tik 1967 metais. Didžiausias gyventojų prieaugis pokario laikotarpiu buvo septintajame dešimtmetyje, kada jų kasmet pagausėdavo po 37 tūkstančius.

Visi demografiniai procesai pastaraisiais metais įgavo naujų bruožų: gimstamumas staiga labai sumažėjo, mirtingumas padidėjo, migracijos srautai pasuko priešinga linkme – gyventojų migracinį prieaugį pakeitė migracinis mažėjimas. Atkūrus nepriklausomybę, labai padaugėjo išvykstančiųjų į NVS šalis, o atvykstančiųjų iš jų labai sumažėjo. Reemigracija, daugiausia į Rusiją, Baltarusiją ir Ukrainą, apogėjus pasiekė 1992 metais, vėliau šis procesas greitai silpo. Šiuo metu jau nusistovėjo negausių, iš esmės subalansuotų imigracijos ir emigracijos srautų tarp Lietuvos ir NVS šalių būseną, kuri Lietuvos gyventojų skaičiaus pokyčiams įtakos beveik neturi. 1998 metais migracijos saldo su NVS šalimis buvo teigiamas - 891 ( atvyko 2 246, išvyko 1 355 ). Emigracijos srautai į Vakarų šalį politinių pasikeitimų pradžioje, įsigalėjus atvirų durų emigracinei politikai, buvo kiek didesni – iš Lietuvos išvyko nemažai čia gyvenusių žydų (1991 metais į Izraelį išvyko 1 142, 1992 m. – 451, 1998 m. – 171 buvęs Lietuvos gyventojas). Tačiau pastaraisiais metais emigracija į Vakarus taipogi šiek tiek atslūgo – 1998 metais gyventi į Vakarų šalį išvyko tik 775 žmonės, lyginant su 1991 metais, kada gyventi į Vakarų šalį išvyko 3 302 žmonės. Dėl šių aplinkybių nuo 1992 m. Lietuvos gyventojų skaičius ėmė mažėti, bet emigracijos srautai, pastarųjų pasikeitimų pradžioje turėję didžiausios įtakos Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimui, šiuo metu jau menkai veikia šio skaičiaus pokyčius. Dabartiniu metu Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimą ir demografinės būsenos ypatumus labiausiai lemia gimstamumo, šeimos transformacijos ir mirtingumo procesų raida.

***1 paveikslas. Lietuvos gyventojų skaičiaus kitimas 1970 – 1999 metais (tūkst.)*****GIMSTAMUMAS**

Gimstamumas nuo 1990 metų Lietuvoje pastoviai mažėja. Gimusių vaikų nuo 56,9 tūkst. 1990 metais sumažėjo iki 37,7 tūkst. 1998 metais. Vidutinis gimdančių moterų amžius praktiškai nekinta: 1993 m. – 25,69 metų, 1994 m. – 25,5 metų, 1995 m. – 25,63 metų, 1996 m. – 25,79 metų, 1997 m. – 26,02 metų, 1998 m. – 26,34 metų amžiaus. Tačiau susirūpinimą kelia tai, kad didėja nesantuokinių vaikų skaičius. 1990 metais jų gimė 3 977, o 1998 metais net 6 671. Atitinkamai nesantuokinių vaikų dalis iš gimusiųjų skaičiaus 1990 metais sudarė 7%, o 1998 metais – 18%. Dauguma (68%) šių vaikų užregistruojama pagal motinos pareiškimą, o tai leidžia daryti prielaidą, kad plintančios nesantuokinės poros nelinkusios turėti vaikų ir didesnės įtakos gimstamumo lygiui kol kas neturi. Nepilnametės gimdo retai. 1991 metais jaunesnės nei 18 metų pagimdė 1 203 vaikus, 1998 m. – 853.

Pastarųjų metų socialinių, ekonominių sąlygų pasikeitimas, šeimos formavimo strategijos bruožai lėmė greitus ir dramatiškus gimstamumo bei reprodukcinį nuostatų pokyčius. Akivaizdu, kad Lietuvoje prarasta demografinė pusiausvyra ir karta nebepakeičia kartos. Gimstamumas mažėja pirmiausia dėl to, kad šeimose vis rečiau gimsta trečias ir paskesnis vaikas. Tačiau, mažėjant santuokų, mažiau gimsta ir pirmų bei antrų vaikų. Vėliau tuokiamasi, vėliau gimdomi ir vaikai, ilgėja laikas tarp santuokos sudarymo ir pirmo vaiko gimimo, ypač tarp pirmo vaiko ir paskesnių.

**2 paveikslas. Gimusiųjų skaičius 1 000 gyventojų (1971 – 1998 m.)**

Ekonominio nuosmukio metais santuokų ir gimstamumo mažėjimas yra įprastas reiškinys. Tačiau šias tendencijas sąlygojo ir visuomenės pokyčiai. Šiuo metu pirmenybė teikiama konkuruojančioms vertybėms – karjera darbe, materialiniam apsirūpinimui, išvirtinimui gyvenime. Labai sumažėjo norimas vaikų skaičius. 1995 metais atlikto tyrimo “Šeima ir gimstamumas Lietuvoje” duomenimis, norimas vaikų skaičius šeimoje buvo artimas dviems, o 1990 metų tyrimo duomenimis, – artimas trims. Daugėja žmonių, iš viso nenorinčių turėti vaikų. Šių nuostatų plitimas Lietuvoje pastebimas tarp jauniausių kartų.

**MIRTINGUMAS. VIDUTINĖ BŪSIMO GYVENIMO TRUKMĖ.****1 lentelė. Mirtingumo pokyčiai (1990 – 1998 m.)**

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Mirusiųjų skaičius</b>	39760	46486	45306	42896	41130	40757
<b>100 000 gyventojų</b>	10,7	12,5	12,2	11,6	11,1	11,0

Nuo 1989 metų prasidėjo esminiai mirtingumo pokyčiai. Galime išskirti du laikotarpius.

*Mirtingumo didėjimas 1990 - 1994 metais.*

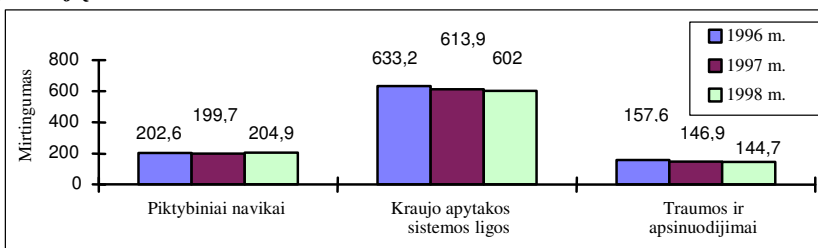
Nuo 1998 iki 1994 metų mirtingumas padidėjo 21,4%, tačiau pagrindinė šio padidėjimo dalis teko 1993 metams, kada mirtingumo rodiklis padidėjo net 12%. Daugiausiai didėjo miesto gyventojų mirtingumas, tačiau ir po minėtų pokyčių kaimo gyventojų mirtingumas išliko gerokai - net 73% aukštesnis negu miesto (pagal standartizuotus mirtingumo koeficientus - 25%). Šis mirtingumo šuolis labiau palietė vyrus nei moteris: vyrų mirtingumas padidėjo 27%, moterų - 14%. Ypač ryškiai išaugo vyrų mirtingumas mieste - net 37%. Galėtume išskirti šiuos esminius mirtingumo didėjimo bruožus: daugiausia padidėjo darbingo amžiaus žmonių mirtingumas (41%); šis mirtingumo šuolis labiau palietė vyrus nei moteris: vyrų mirtingumas padidėjo 27%, moterų - 14% (vyrų mirtingumas mieste - net 37%); apie 30% padidėjusio mirusiųjų skaičiaus sudarė mirusieji dėl nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų ir traumų; sparčiausiai didėjo miesto gyventojų

mirtingumas, tačiau kaimo gyventojų mirtingumas išliko gerokai – net 73% didesnis negu miesto.

*Mirtingumo mažėjimas 1995 - 1998 metais.*

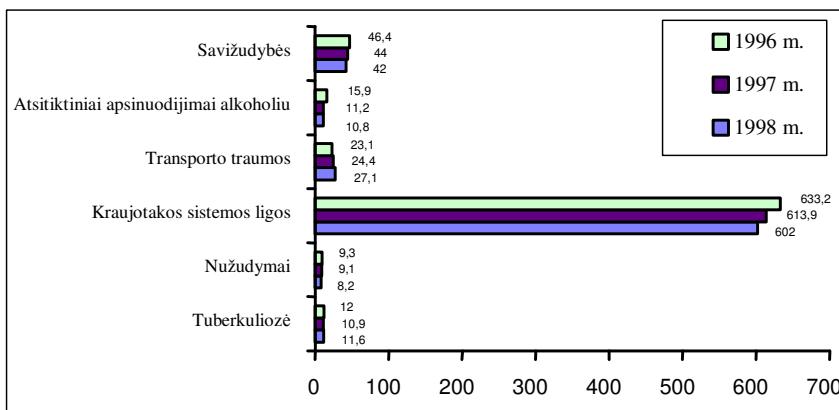
Pastaraisiais metais pastebima jau teigiama tendencija - mirtingumo mažėjimas. 1998 metais mirė 40 757 žmonės, t. y. 5 729 mažiau negu 1994 metais, mirtingumo rodiklis sumažėjo 11,0 – 1 000 gyventojų. Šie mirtingumo pokyčiai padarė įtaką vidutinės būsimo gyvenimo trukmės pailgėjimui – vyrų - iki 66,5 metų, moterų – 76,87 metų. 1995 metais vyrų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė buvo 63,53, moterų - 75,15 metų.

**3 paveikslas. Gyventojų mirtingumas pagal pagrindines priežastis 100 000 gyventojų**



Pagrindinės mirties priežastis – išeminės širdies ligos ir kitų pagrindinių mirties priežasčių santykis: mirtingumas 1997 metais dėl piktybinių navikų 3 kartais mažesnis, dėl traumų ir apsinuodijimų – 4,2 karto mažesnis, lyginant su kraujo apytakos sistemos ligomis.

**4 paveikslas. Mirtingumas pagal priežastis 100 000 gyventojų**

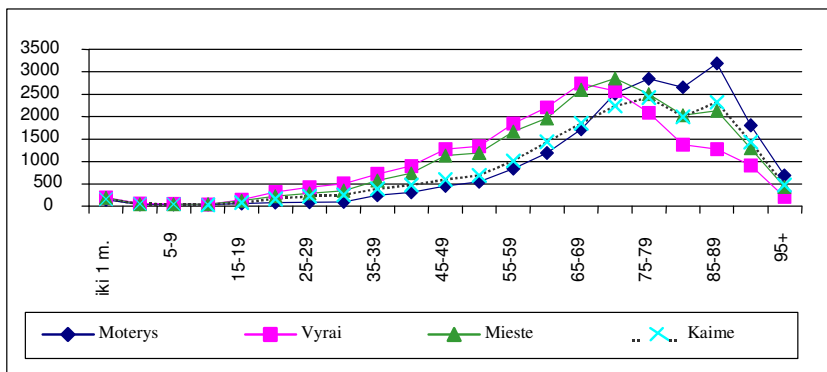


Lyginami mirtingumą dėl išeminės širdies ligos su mirtingumu dėl kitų ligų

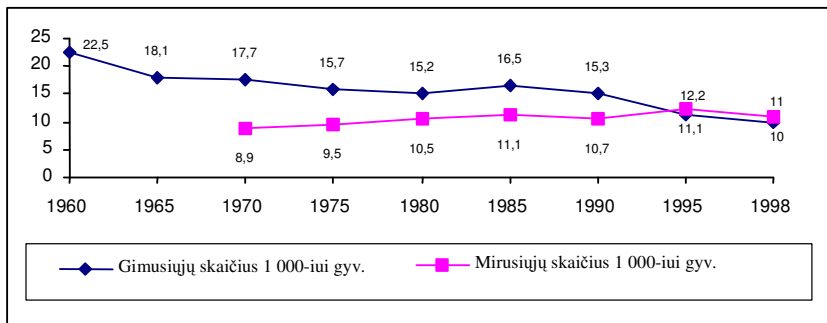
ir priešasčių, matome, kad 1997 metais mirtingumas dėl savižudybių 9,3 karto, dėl atsitiktinių apsinuodijimų – 53,4 karto, dėl transporto traumų – 16,9 karto, dėl hipertenzinės ligos – 65,4 karto, dėl lėtinio alkoholizmo – 34,3 karto, dėl tuberkuliozės – 37,8 karto mažesnis, lyginant su mirtingumu dėl išeminės širdies ligos.

Per 1998 metus Lietuvoje mirė 40 757 žmonės. Vyrų mirė 1 629 daugiau negu moterų (atitinkamai: vyrų – 21 193, moterų – 19 564). Mieste mirė 4 069 žmonėmis daugiau, negu kaime (atitinkamai mieste – 22 413, kaime – 18 344) Skiriasi vyrų ir moterų mirtingumas atskirose amžiaus grupėse.

### 5 paveikslas. Mirusių vyrų ir moterų mieste bei kaime skaičius skirtingose amžiaus grupėse 1998 metais



### 6 paveikslas. Natūralus gyventojų judėjimas 1960 – 1998 metais

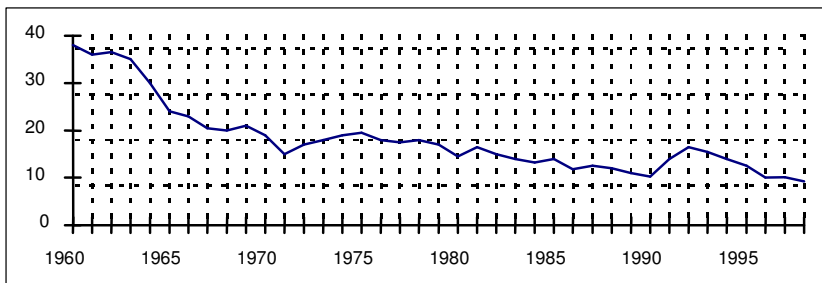


**Kūdikių mirtingumas.** 1998 metais Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, kūdikių mirtingumas – 9,2 (1 000 gimusių). Pagal amžių mirė: 0 - 27 paros – 5,71 1 000 gimusiųjų, iki dviejų mėnesių – 1,03 1 000 gimusiųjų.

Dažniausiai žmonės miršta nuo kraujo apytakos sistemos ligų. 1998 metais dėl šios priežasties mirė 22 288 žmonės - mirtingumas sudaro 602,0 100 000 gyventojų. Kita svarbi mirties priežastis yra onkologinės ligos. 1998 metais nuo piktybinių navikų mirė 7 586 onkologiniai ligoniniai, mirtingumas sudarė 204,9 atvejo 100 000 gyventojų. Vyrų mirtingumo struktūra pagal lokalizaciją, praktiškai-

kai mažai skyrėsi nuo sergamumo struktūrų: 1 vieta – plaučių, 2 vieta – skrandžio, 3 vieta – prostatos vėžys.

### 7 paveikslas. Kūdikių mirtingumas 1 000 gyventojų 1960 – 1998 metais



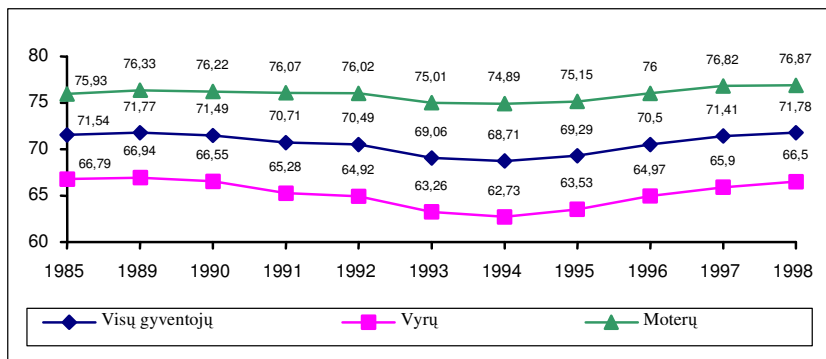
Pastaba. Nuo 1991 01 01 gimimai registruojami pagal naujausias PSO rekomendacijas (nuo 500 g kūno masės ir 22 nėštumo savaičių).

Moterų mirtingumo struktūroje vyravo krūties, skrandžio ir gimdos kaklelio vėžys.

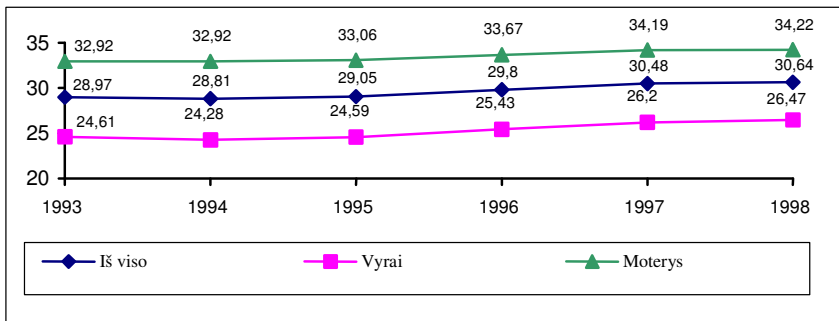
Trečia svarbi mirties priežastis yra nelaimingi atsitikimai, savižudybės, traumos ir apsinuodijimai – tai yra mirtys dėl nemedicinininių priežasčių. Nuo to mirė 5 358 žmonės. Mirtingumas sudaro 144,7 100 000 gyventojų. Dėl šios priežasties dažniausiai žūsta jauni (15 – 29 metų) ir vyresni darbingi vyrai.

Žemiausias mirtingumo lygis buvo septintojo dešimtmečio pradžioje. Vėliau, senėjant gyventojams, didėjant jaunų bei vidutinio amžiaus vyrų mirtingumui, šis rodiklis didėjo. Nuo 1989 iki 1994 metų mirtingumas padidėjo 21%, tačiau pagrindinė šio padidėjimo dalis teko 1993 metams, kada mirtingumo rodiklis padidėjo 11%. Pastaraisiais metais šalyje mirusiųjų skaičius mažėja. 1997 metais mirtingumo rodiklis 1000 gyventojų, lyginant su 1996 metais, sumažėjo nuo 11,6 iki 11,1. **1998 m. visų šalies gyventojų būsimą gyvenimo trukmę viršijo 1989 m. lygį.**

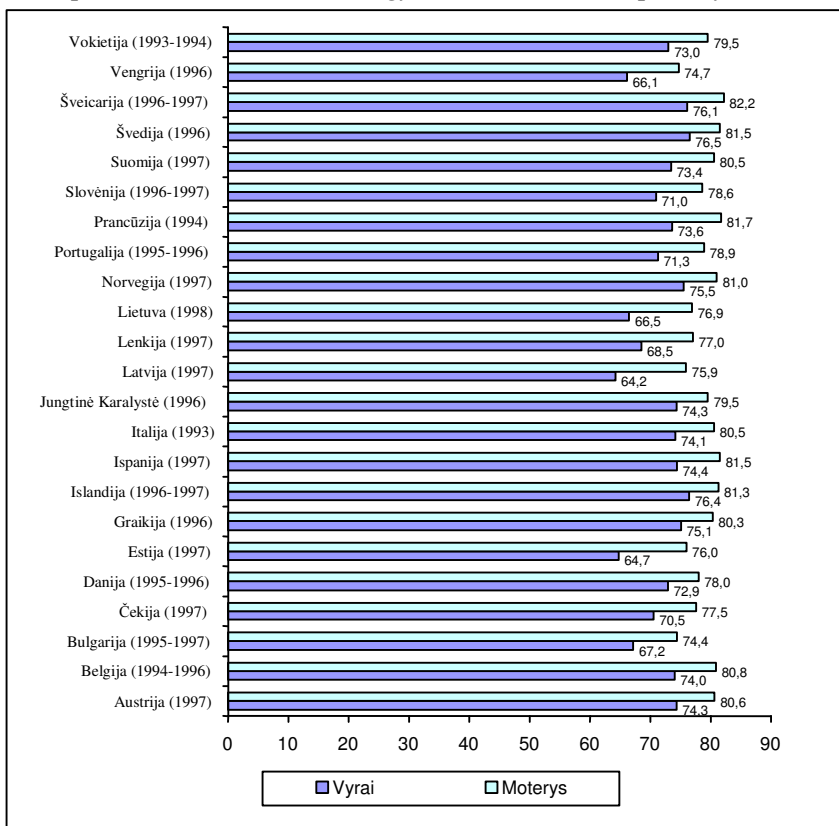
### 8 paveikslas. Vidutinė būsimą gyvenimo trukmė 1985 – 1998 metais



### 9 paveikslas. Vidutinė būsimo gyvenimo trukmė sulaukus 45 metus 1993 – 1998 metais



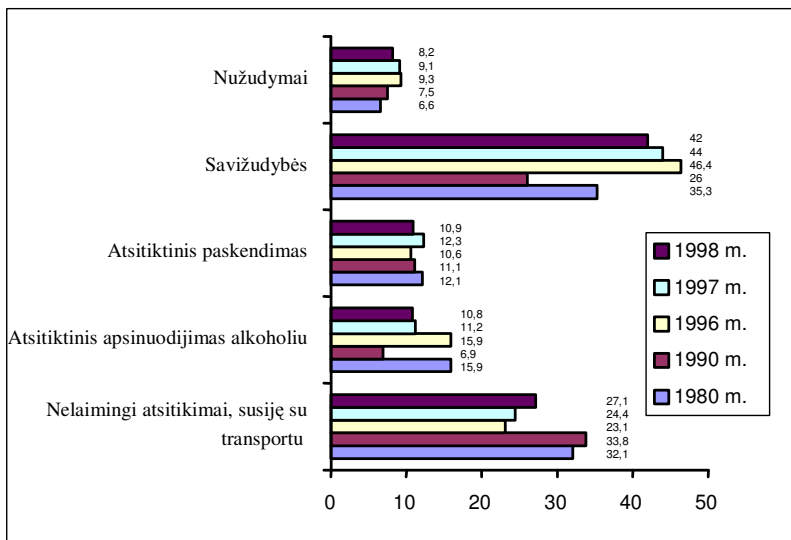
### 10 paveikslas. Vidutinė būsimo gyvenimo trukmė Europos šalyse



**Savižudybės.** Žmogaus, kaip visuomenės nario, svarbiausi poreikiai – jausti bendrumą su kitais, suvokti savo vertę, išitvirtinti bendruomenėje. Bendruomenė saugo žmogų nuo savižudybės. Pagrindinės bendruomenės yra trys: šeima, reli-

ginė bendruomenė ir pilietinė visuomenė. Radikalių reformų laiku būdinga vertybių krizė, padidėjęs psichologinis ir socialinis nesaugumas, bejėgiškumo jausmas, individualizacija, izoliacija. Tokiu laikotarpiu bendruomenė neatlieka jai būdingos apsauginės funkcijos. Pvz., šeimos yra mažos, be to, labai nepastovios. Ekonominės krizės didina žmonių polinkį į savižudybes. Bet tai aiškinti vien gyvenimo lygio nuosmukiu ar skurdu nėra teisinga. Šiandien daugiausia savižudybių įvyksta ne vargingiausiuose kraštuose. Ekonominės krizės sukelia daug savižudybių dėl moralinių priežasčių, nes jos susilpnina socialinę integraciją. Nepaprastai padaugėjo 20 – 24 metų amžiaus vyrų savižudybių. Tai apibūdina pastarųjų metų socialinių procesų ypatumus – daug jaunų vyrų susiviliojo iliuzija, jog išsilavinimas ir profesija šiais laikais nebeturės vertės, yra kitų galimybių greitai ir lengvai praturtėti, ir ėmėsi labai rizikingų avantiūrų, per kurias paskui patys skaudžiai nukentėjo. Šiuo metu Lietuvoje didžiausią savižudybės rizikos grupę sudaro 40 – 49 metų amžiaus kaimo vyrai. Daugiau nei 50% vyrų savižudybių susiję su alkoholio vartojimu. Taigi daugiausia nusižudo darbingo amžiaus kaimo vyrų. Akcentuojant socialines netektis, vertėtų pastebėti, kad mirčių dėl apsinuodijimo alkoholiu ir susijusių su transportu nelaimingų atsitikimų 1998 m. buvo mažiau, nei brežnevinio socializmo klestėjimo laikotarpiu 1980 metais.

**11 paveikslas. Mirtingumas 100 000 gyventojų dėl išorinių priežasčių (nelaimingi atsitikimai, susiję su transportu, atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu, atsitiktinis paskendimas, savižudybės, nužudymai) 1980 – 1998 metais**



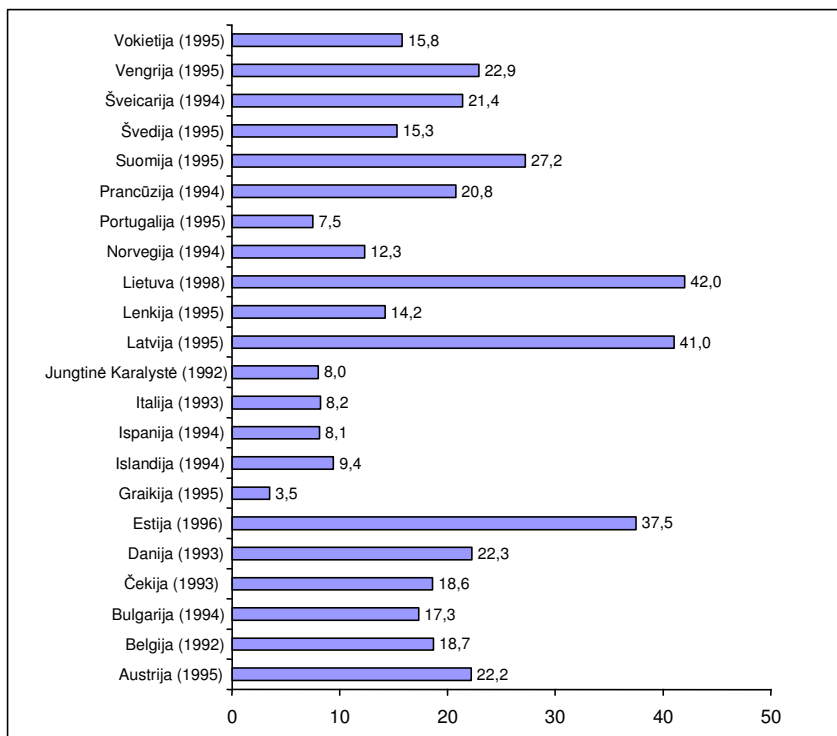
Pastaruosius kelis dešimtmečius Vengrija tvirtai pirmavo Europoje pagal savižudybių skaičių ir buvo įgijusi tiesiog “savižudžių šalies” įvaizdį. Ji garsėjo ypač pozityviu ir romantišku požiūriu į savižudybę, kuris buvo laikomas vienu svarbiausių savižudybes skatinančių veiksnių. Toks požiūris Vengrijoje susiklos-



tė po 1848 metais nepavykusio mėginimo išsikvoti nepriklausomybę nuo Austrijos imperijos. Kaip rodo istoriniai šaltiniai, Lietuvoje savižudybės kritišku karų laikotarpiu taip pat buvo romantizuojamos ir garbinamos. Nors atsargi ir negatyvi lietuvių nuostata savižudybės atžvilgiu susiformavo jau senuosiuose pagoniškosiose tikėjimuose, ji sustiprėjo išgalėjus krikščionybei.

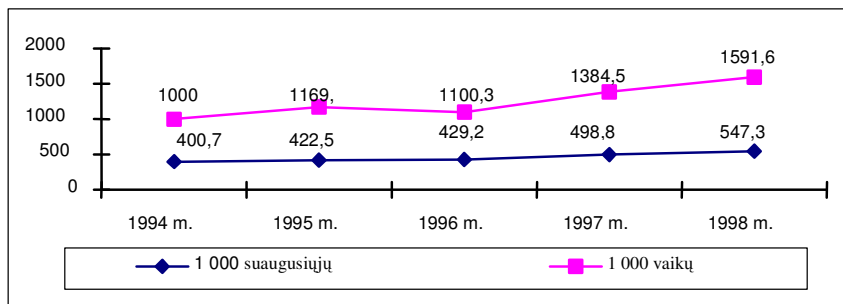
Šiuo metu pirmajame penketuke pagal savižudybių rodiklius yra Lietuva, Rusija, Latvija, Estija, Suomija.

### *12 paveikslas. Savižudybių skaičius 100 000 gyventojų Europos šalyse*

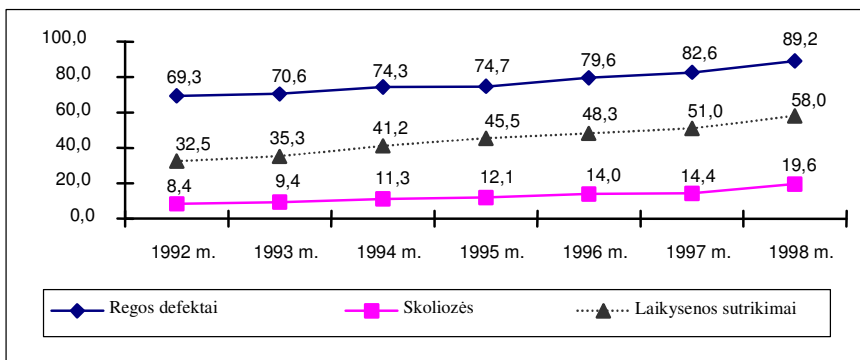


**Sergamumas.** 1997-1998 metais toliau tęsėsi sergamumo tendencijos, susiklosčiusios pastaraisiais metais.

**Bendras sergamumas** 1 000 suaugusiųjų 547,3 atvejo (1994 m. – 400,7). Tai rodo, kad bendras suaugusiųjų sergamumas didėja. Taip pat didėja ir bendras vaikų sergamumas. Kiekvienas Lietuvos vaikas 1998 metais vidutiniškai sirgo 1,6 karto. Taip pat tais metais buvo susirgęs kas antras suaugęs žmogus. Į bendrą sergamumą įtraukti ir virusinių susirgimų, gripo atvejai. Tikėtina, kad spartus sergamumo rodiklių augimas 1997-1998 m. buvo įtakotas sveikatos draudimo įvedimo. Šiuo laikotarpiu gydymo įstaigos pradėjo pilniau registruoti susirgimus. Gali būti, kad statistikų fiksuojamą sergamumo augimą taip pat sąlygojo 1997 m. įvesta mokėjimo už kiekvieną konsultaciją sistema. Detalesni tyrimai turėtų šias hipotezes pagrįsti arba paneigti.

**13 paveikslas. Sergamumas 1 000 vaikų ir suaugusiųjų**

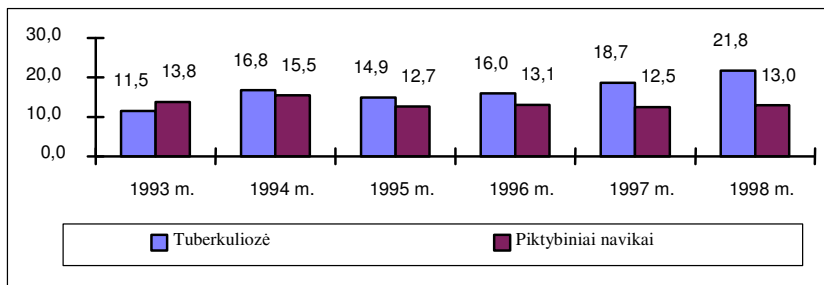
*Vaikų sergamumas.* Bendras vaikų sergamumas išaugo nuo 1 000,0 1994 metais iki 1 871,2 1000 vaikų 1998 metais. Vaikų profilaktinių patikrinimų rezultatai rodo, kokios yra vaikų sveikatos tendencijos.

**14 paveikslas. Diagnozuoti regos defektai, skoliozės, laikysenos sutrikimai 1 000 profilaktiškai patikrintų vaikų**

Šis paveikslas parodo, kad vaikų sveikata blogėja. Matyt tai lemia per mažas fizinis vaikų aktyvumas, didelis krūvis mokantis, aplinkos veiksniai, paveldimumas. Tačiau tiksliai pasakyti, kodėl yra tokia vaikų sveikata, negalima, nes nėra atliktų tyrimų, kad būtų galima atskleisti vaikų sveikatos blogėjimo priežastis.

Vaikų sergamumas tuberkulioze didėja. Sergamumas piktybiniais navikais yra beveik stabilus, jo tendencijos didėti nepastebima.

### 15 paveikslas. Vaikų sergamumas aktyvia tuberkulioze ir piktybiniais navikais 100 000 vaikų 1993 - 1998 metais



Iki 1997 metų spalio mėnesio mokyklose ir specializuotuose lopšeliuose-darželiuose dirbo medicinos personalas: gydytojai pediatrai, stomatologai, medicinos felčeriai ir kiti, kuriems finansavimas buvo skiriamas iš valstybės biudžeto per teritorines vaikų poliklinikas. Nuo minėto laikotarpio tokio finansavimo nėra. Dabar teritorinės poliklinikos gauna finansavimą per ligonių kasas atsižvelgiant į tai, kiek ligonių yra prisirašę gydytis poliklinikoje. Išlaikyti iš savo lėšų buvusį medicinos personalą mokyklose arba lopšeliuose-darželiuose poliklinikos nepajėgios. Tik kai kurios Lietuvos savivaldybės, pavyzdžiui, Vilniaus miesto, skyrė lėšų, kad būtų išsaugota medicininė pagalba vaikams. Jeigu nebus kitokių sprendimų – mokyklose, lopšeliuose-darželiuose ne tik nebus teikiama neatidėliotina pagalba, dirbamas profilaktinis darbas, bet nebus netgi atliekami būtini profilaktiniai skiepėjimai nuo infekcinių ligų. Tokiu atveju galima prognozuoti vaikų infekcinių ligų protrūkį.

Galima pasidžiaugti, kad vaikai profilaktiškai skiepjami gerai. Už tai turėtų būti atsakingi tėvai, tačiau tik medikų dėka (skambučiai telefonu į namus, laiškų rašymas tėvams ir pan.) yra išlaikytas labai geras imunizacijos lygis. 1998 metais naujagimiai pradėti skiepyti nuo hepatito B.

Sergamumas pagal ligas. Onkologinės ligos. Lietuvos kancerregistro duomenimis, sergamumas piktybiniais navikais nuosekliai didėja. Sergamumas padidėja nuo 278,0 atvejų 100 000 gyventojų 1990 m. iki 364,7 1998 m. Labai nežymūs poslinkiai ankstyvoje navikų diagnostikoje, kuri ypač nepalanki Lietuvos vyrams – 55% vyrų piktybiniai navikai diagnozuojami III-IV stadijų. Tarp moterų šis rodiklis mažesnis ir sudarė 42%.

Ši situacija dėl užleistų vėžio atvejų yra greičiausiai dėl to, jog vyrams būdinga navikų lokalizacija yra vadinamoji visceralinė – vidaus organų, diagnozuoti sunkiau prieinama, o moterims diagnozuojama nemažai taip vadinamųjų vizualinių, lengviau diagnozuoti prieinamų formų.

Vyrų sergamumo struktūroje vyravo plaučių, prostatos ir skrandžio vėžys – 1998m. nustatyti atitinkamai 1 404, 708 ir 609 nauji susirgimai. Sergamumas plaučių vėžiu sudarė 80,4, prostatos - 40,5, o skrandžio – 34,9 atveju 100 000 vyrų.

Moterų sergamumo struktūroje vyravo krūties, skrandžio ir gimdos kaklelio piktybiniai navikai. 1998 m. nustatyti atitinkamai 1 151, 472 ir 466 nauji ligoniniai. Sergamumas krūties vėžiu 1998 m. buvo 58,8 atvejo, skrandžio – 24,1 atvejo ir gimdos kaklelio – 23,8 atvejo 100 000 moterų.

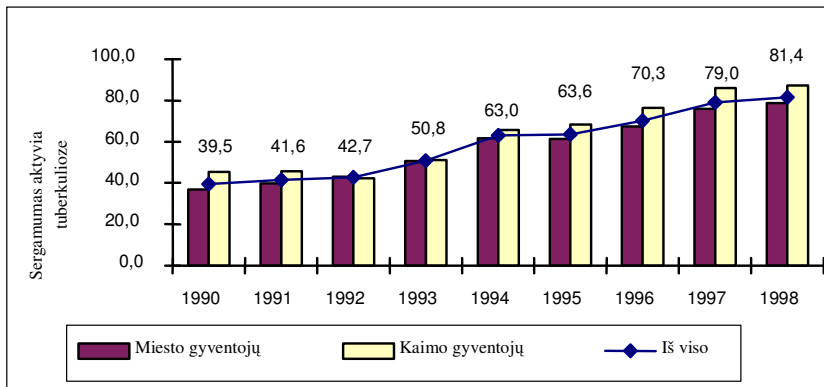
Tokie vyrų ir moterų sergamumo skirtumai paaiškinami pirmiausia genetika ir tuo, kad vyrai žymiai daugiau rūko.

## 2 lentelė. Sergamumas piktybiniais navikais 1990 – 1998 metais

	1990	1995	1996	1997	1998
<b>Iš viso pirmą kartą susirgusių</b>	10347	11723	12287	12882	13502
Vyrų	5298	5874	6131	6379	6578
Moterų	5049	5849	6156	6503	6924
<b>100000 – ių gyventojų tenka pirmą kartą susirgusių piktybiniais navikais</b>					
	278,0	315,6	331,4	347,6	364,7
Vyrų	304,4	334,8	350,5	364,9	376,7
Moterų	254,6	298,4	314,4	332,2	354,0

*Socialinės ligos.* Didžiulį nerimą kelia tuberkuliozės plitimas. Respublikinės tuberkuliozės ir plaučių ligoninės duomenimis, 1998 m. nustatyti 3 016 nauji aktyvios tuberkuliozės atvejai, arba 90 daugiau negu 1997 m. 1998 m. mieste išaiškinti 1986 atveju, kaime – 1030 atvejai. Sergamumas tuberkulioze 1998m. 100 000 gyventojų pasiekė iki 81,4. 1998 m. aktyvi tuberkuliozė nustatyta dar 170 vaikų. Iš viso sergančių tuberkulioze skaičius – 11 401, iš jų - 333 vaikai. Nuo šios ligos 1998 m. mirė 436 žmonės. Pernai didžiausias sergamumas šia liga – Širvintų rajone (129,6 naujo atvejo 100 000 gyventojų), Šalčininkų rajone (122,8), Jonavos rajone (114,5), Kėdainių rajone (109,1). Ši situacija rodo, kad kai kuriuose rajonuose (kur sergamumas didesnis negu 100 100000 gyventojų) jau yra tuberkuliozės epidemija. Tai paaiškinama tuo, kad šiuo metu tuberkuliozės sukėlėjas yra labai atsparus gydymui, nors visi, besikreipiantys į gydymo įstaigas, yra tikrinami profilaktiškai vieną kartą per metus. Kaimo gyventojams sergamumas aktyvia tuberkulioze aiškinamas tuo, kad ten gyvena senesni žmonės, kurie yra mažiau atsparūs.

*Venerinės ligos.* 1998 metais šalyje buvo užregistruoti 2 326 nauji susirgimai sifiliu (1996 m. – 3 761), tačiau tai neatspindi realios situacijos, nes, atsisakius prievartinio gydymo, daug žmonių gydosi privačiai, dirba anoniminiai lytiniu būdu plintančių ligų gydymo kabinetai. 1998 metais sergamumas sifiliu sudarė 62,8 susirgimo 100 000 gyventojų (1996 m. – 104,4). Panaši situacija yra ir kaimyninėse šalyse – Baltarusijoje, Latvijoje, Lenkijoje, Estijoje, Rusijos Kaliningrado srityje.

**16 paveikslas. Sergamumas aktyvia tuberkulioze 100 000 gyventojų**

Serga ne tik asocialūs asmenys, bet ir inteligentai, turtingi žmonės. 1998 metais užregistruoti 1 345 nauji gonorėjos susirgimai, iš jų tik 421 moterų. Tai dar kartą parodo, kad daug žmonių, o ypač moterų, gydosi anonimiškai. Oficialus sergamumas gonorėja yra 36,3 susirgimo 100 000 gyventojų (1996 m. – 70,7). Miesto gyventojai venerinėmis ligomis serga dažniau. Nustatyti sergamumo venerinėmis ligomis priežastis yra sunku – visi, gydomi stacionaruose, yra tikrinami dėl sifilio, yra pakankami literatūros apie venerines ligas, apsisaugojimo priemonės, apie tai informuoja radijas, televizija, spauda. Galima tik spėti, kad tokia padėtis yra dėl beveik atvirai egzistuojančios prostitucijos, ko nebuvo sovietiniais laikais, verslininkų kelionių po įvairias šalis, kada įvyksta atsitiktiniai lytiniai santykiai. Šalyje susirgimus venerinėmis ligomis registruoja Respublikinis odos ir veneros ligų dispanseris, jis taip pat koordinuoja kitų odos ir veneros ligų gydymo įstaigų darbą. Tačiau sunku pasakyti, kiek yra privačiai dirbančių kabinetų arba gydytojų, kurių darbo niekas nekontroliuoja.

**3 lentelė. Sergamumas venerinėmis ligomis 1990 – 1998 metais**

	1990	1995	1996	1997	1998
<b>Sifilis</b>	72	3379	3761	3146	2326
<b>Ūmi gonorėja</b>	2190	3597	2690	1823	1345
<b>Lėtinė gonorėja</b>	761	460	286	198	142
<b>100 000 gyventojų tenka susirgimų:</b>					
sifiliu	1,9	90,8	101,4	84,9	62,8
ūmia gonorėja	58,8	96,6	70,7	49,2	36,3
lėtine gonorėja	20,4	12,4	7,0	5,3	3,8

Pirmas ŽIV viruso nešiotojas Lietuvoje užregistruotas 1988 metais. Iki 1999 m. liepos 1 d. iš viso užregistruota 150 žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) nešiotojų, 21 asmeniui diagnozuota AIDS, 10 nuo šios ligos mirė.

**4 lentelė. Sergantieji žmogaus imunodeficito virusu ( ŽIV ) 1990 – 1999 metais**

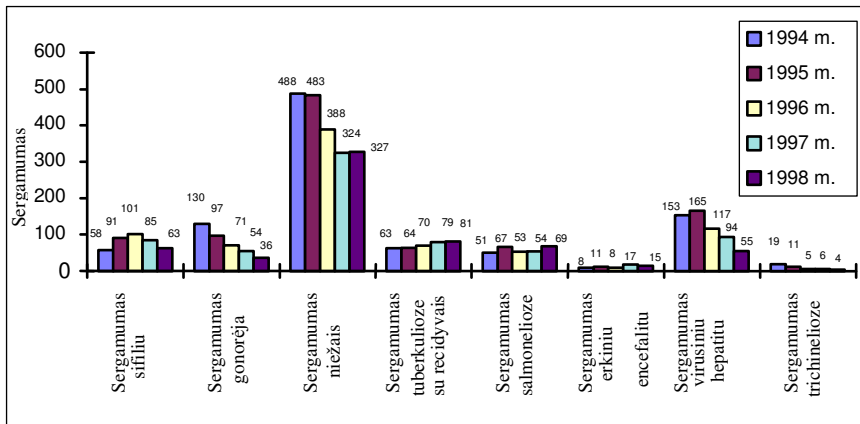
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Užregistruota žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) nešiotojų</b>	8	1	5	4	10	10	12	31	45	22
<b>Diagnozuota AIDS</b>	1	1	1	1	1	1	3	3	7	1
<b>Mirė nuo AIDS</b>	-	-	-	2	-	2	-	-	4	1

*Infekcinės ligos.* Šių ligų plitimą sąlygoja bendras gyvenimo lygis, gyvenimo aplinka, gyvenimo būdas, sveikatos apsaugos sistema. Infekcinėmis ir parazitinėmis ligomis, įskaitant gripą ir ūmias virusines kvėpavimo takų infekcijas, 1998 m. sirgo 95 446 gyventojai, 1997 – 80 437 gyventojai.

**5 lentelė. Sergamumas užkrečiamosiomis ligomis 1995 – 1998 metais**

	1995	1996	1997	1998
<b>100 000 gyventojų tenka susirgimų:</b>				
bakterine dizenterija	142,5	70,2	54,6	47,8
salmonelioze	67,0	53,0	53,7	68,8
kitomis žarnyno infekcijomis	193,1	173,3	198,6	186,9
skarlatina	75,2	67,2	82,8	59,2
vėjaraupiais	574,5	421,2	470,7	417,4
erkiniu encefalitu	11,5	8,4	17,4	14,8
Laimo liga	25,3	21,2	44,8	40,5
virusiniu hepatitu	164,9	116,7	93,8	54,6
ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis	11269,9	9643,4	11958,3	12810,9
gripu	2628,0	1111,8	5130,3	2983,9
enterobioze	1479,0	1479,7	1469,1	1358,1
askaridoze	114,9	117,3	116,0	103,0
pedikuloze	250,1	249,8	160,5	143,0
niežais	483,2	388,2	324,4	327,7

### 17 paveikslas. Sergamumas kai kuriomis infekcinėmis ligomis 100 000 gyventojų



Lietuvos gyventojų socialinių ligų priežastis lemia veiksniai, kurie susiję su ekonomine bei socialine aplinka. Skurdas, nedarbas, netinkama mityba, pablogėjusios gyvenimo sąlygos nulemia bendrąją visuomenės sveikatos būklę. Didėja skaičius narkomanų ir toksikomanų, segančiųjų alkoholine psichoze. 1998 metais į įskaitą įrašyta pirmą kartą susirgusiųjų alkoholine psichoze – 1 021, lėtiniu alkoholizmu – 5 356, narkomanų ir toksikomanų – 499.

#### 6 lentelė. Narkologiniai ligoniai, įtraukti į sveikatos priežiūros įstaigų profilaktinę ir anoniminę įskaitas 1995 – 1998 metais

	1995	1996	1997	1998
<b>Į įskaitą įrašyta pirmą kartą susirgusiųjų:</b>				
alkoholine psichoze	1348	1254	841	1021
lėtiniu alkoholizmu	11301	9420	3778	5356
narkomanų ir toksikomanų	420	820	642	499
<b>Sergantieji</b>				
alkoholine psichoze	1994	2053	1691	2679
lėtiniu alkoholizmu	72371	73606	73418	68713
narkomanai ir toksikomanai	1708	2353	2871	2871
<b>100 000 gyventojų tenka pirmą kartą susirgusiųjų:</b>				
alkoholine psichoze	36,3	33,8	22,7	27,5
lėtiniu alkoholizmu	304,2	253,9	101,9	144,7
narkomanų ir toksikomanų	11,3	22,1	17,3	13,4
<b>100 000 gyventojų tenka sergančiųjų:</b>				
alkoholine psichoze	53,7	55,4	45,6	55,8
lėtiniu alkoholizmu	1949,7	1985,5	1980,4	1871,6
narkomanų ir toksikomanų	46,0	63,5	77,4	77,5

**Gyventojų mobilumas.** Ilgą laiką pagrindiniai migracijos srutai į Lietuvąėjo iš buvusių Sovietų Sąjungos respublikų. Migracijos saldo iš jų kasmet vidutiniškai sudarė po 6-7 tūkstančius žmonių. 1989 metais prasidėjo esminiai migracijos

pokyčiai, keitėsi kryptys bei mastai.

*Migracija su užsienio valstybėmis.* Migracijos apimtys su užsienio valstybėmis mažėja. Jeigu 1990 metais į Lietuvą atvyko 14 744 žmonės, tai 1998 metais – 2 706 žmonės. Žymūs pokyčiai yra su NVS šalių atveju, kur atvykusiųjų skaičius 1990 – 1998 metais sumažėjo nuo 12 031 iki 2 246 žmonių. Migracija su kitomis užsienio valstybėmis taip pat žymiai sumažėjo. Išvykstančių į NVS šalis daugėjo iki 1992 metų, kada emigracija į šias šalis pasiekė beveik 27 tūkstančius žmonių. Pagrindinė išvykimų į NVS šalis priežastis buvo pasikeitęs Lietuvos politinis statusas, dėl ko dalis buvusių imigrantų grįžo į savo šalis. Nuo 1990 metų tarp imigrantų padaugėjo lietuvių ir jų dalis dabar siekia beveik 30%. Rusai, kaip ir anksčiau, sudaro beveik pusę atvykstančiųjų, o ukrainiečių ir baltarusių sumažėjo tiek santykinė, tiek absoliučia išraiška. Į NVS šalis lietuvių emigruoja vis mažiau, o rusai sudaro apie 60% išvykstančiųjų. Nuo 1990 metų gyventojų emigracija iš Lietuvos įstatymiškai neribojama. Dėl užsienio valstybių griežtos imigracinės politikos emigracija yra mažesnė, negu buvo tikėtasi prieš keletą metų. Pastaruoju laikotarpiu vidutiniškai per metus išvyksta apie 800 žmonių, atvykstančiųjų yra perpus mažiau.

Didžiausi imigracijos srautai į Lietuvą yra iš Latvijos, JAV, Lenkijos, Vokietijos, Izraelio. Išvykstama dažniausiai į JAV, Vokietiją, Izraelį, Lenkiją. Tačiau oficialūs statistiniai duomenys neatspindi realios emigracijos apimties. Žinoma tik ta migrantų dalis, kuri išvyksta legaliai nuolat gyventi. Galima daryti išvadą, kad faktinis gyventojų judėjimas yra kelis kartus didesnis.

**7 lentelė. Migracija su užsienio valstybėmis**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Užsienio valstybės</b>									
Atvyko	14744	11828	6640	2850	1664	2020	3025	2536	2706
Išvyko	23592	20703	28855	15990	4246	3773	3940	2457	2130
Migracijos saldo	-8848	-8875	-22215	-13140	-2582	-17753	-915	79	576
<b>Iš to skaičiaus:</b>									
<b>NVS šalys</b>									
Atvyko	12031	9744	5458	2302	1333	1600	2431	2040	2246
Išvyko	18774	17401	26948	14866	3356	2856	2876	1645	1355
Migracijos saldo	-6743	-7657	-21490	-12564	-2023	-1256	-445	395	891
<b>Kitos užsienio valstybės</b>									
Atvyko	2713	2084	1182	548	331	420	594	496	460
Išvyko	4818	3302	1907	1124	890	915	1064	812	775
Migracijos saldo	-2105	-1218	-725	-576	-559	-497	-470	-316	-315

*Gyventojų judėjimas tarp miesto ir kaimo.* Ilgai vyravo gana stabili gyventojų migracija iš kaimo į miestus bei iš mažesnių miestų į didesnius. Dėl migracijos mažėjo kaimo gyventojų skaičius bei didėjo miesto gyventojų dalis. Nuo 1990



metų padėtis labai pasikeitė. Žemės privatizacija, blogėjanti pramonės įmonių situacija, bedarbių skaičiaus didėjimas, gyvenamojo būsto įsigijimo problemos turėjo įtakos gyventojų persikėlimų į didžiuosius ir net vidutinio dydžio Lietuvos miestus sumažėjimui. Nuo 1992 metų šie srautai nebevyrauja vidinėje migracijoje. Pastaraisiais metais jau matomas kaimo gyventojų prieaugis dėl migracijos.

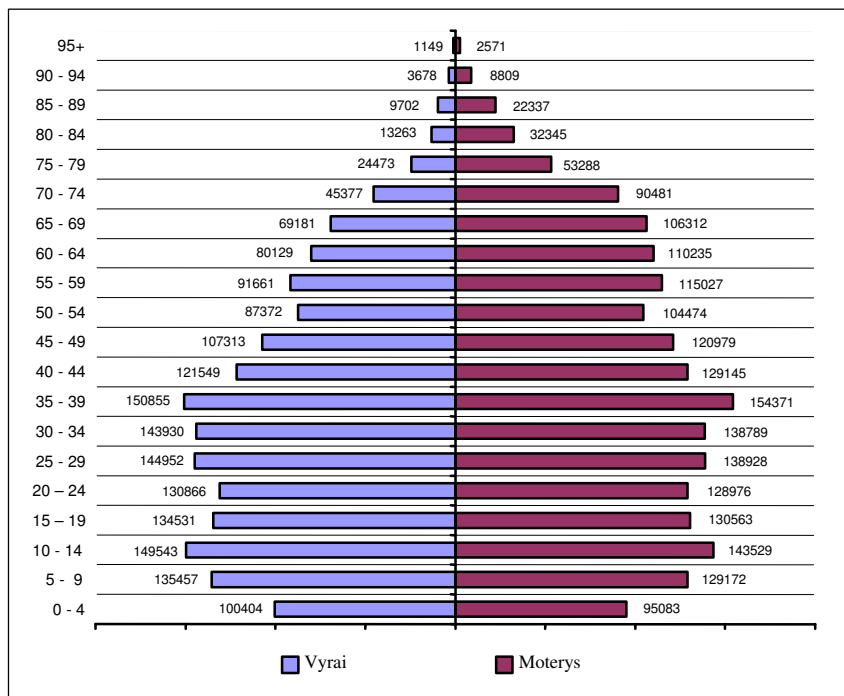
**8 lentelė. Migracijos pokyčiai šalyje ( tūkstančiais )**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Iš viso šalyje</b>									
Atvyko	132,9	102,3	84,7	71,8	75,1	85,8	83,8	81,7	65,4
Išvyko	121,3	107,6	106,9	85,0	77,7	87,5	84,7	81,6	64,8
Migracijos saldo	11,6	-5,3	-22,2	-13,2	-2,6	-1,7	-0,9	0,1	0,6
<b>Mieste</b>									
Atvyko	87,1	63,8	47,0	39,7	43,4	48,8	47,2	47,2	39,5
Išvyko	72,7	68,9	76,2	60,8	52,3	58,6	57,2	53,7	41,3
Migracijos saldo	14,4	-5,1	-29,2	-21,1	-8,9	-9,8	-10,0	-6,5	-1,8
<b>Kaime</b>									
Atvyko	45,8	38,5	37,7	32,1	31,7	37,0	36,6	34,5	25,9
Išvyko	48,6	38,7	30,7	24,2	25,4	28,9	27,5	27,9	23,5
Migracijos saldo	-2,8	-0,2	7,0	7,9	6,3	8,1	9,1	6,6	2,4

**Gyventojų amžiaus struktūra.** Gyventojų amžiaus struktūra yra praeityje vykusių demografinių procesų - natūralios gyventojų kaitos bei migracijos rezultatas. Šalies gyventojų amžiaus struktūra demografiniu atžvilgiu panaši kaip ir kitose Europos šalyse. Kol kas vaikų dalis bendrajame gyventojų skaičiuje didesnė negu vidutinė, o senų žmonių – mažesnė. Vidutinis moterų amžius Lietuvoje 38,4, vyrų – 33,9 metų. Demografinių pokyčių istoriją gerai iliustruoja gyventojų amžiaus struktūros piramidė.

Amžiaus piramidės viršūnė rodo vyrų ir moterų skirtingo mirtingumo rezultatą, kai moterų skaičius yra gerokai didesnis nei vyrų. Toliau matyti įduba, atsiradusi dėl mažesnio 76 - 80 metų amžiaus žmonių skaičiaus. Tai labiausiai karo ir pokario metais nukentėjusi karta. Vyrų skaičiaus mažėjimas apima ir jaunesnes amžiaus grupes (nuo 70 metų). Pokario laikotarpio įtaką rodo ir 48 – 52 metų amžiaus įduba. Tai vaikai, gimę Sibiro tremtyje, kur pirmaisiais tremties metais buvo ypač didelis vaikų mirtingumas. Piramidėje aiškiai matyti iškilumai, iliustruojantys aukšto gimstamumo laikotarpius: 1958 – 1962 bei 1970 – 1972 metai. Piramidės apačioje esantis iškilumas atitinka paskutinį gimstamumo padidėjimą (1985 – 1987 m.), o apatinėje piramidės dalyje labai gerai matyti pastarųjų metų staigus gimstamumo mažėjimas.

Iš gyventojų amžiaus piramidės matyti, kad progresuoja gyventojų senėjimas. Pastaruju metu šis procesas gana spartus, mažėja vaikų ir daugėja senų žmonių. Visuomenės senėjimą lemia gimstamumo mažėjimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas. Ilgą laiką senėjimas vyko dėl šių abiejų veiksnių, tačiau pastaraisiais metais lemiamą įtaką turi žemas gimstamumas.

**18 paveikslas. Gyventojų amžiaus piramidė 1999 m.**

**9 lentelė. Gyventojų sudėtis pagrindinėmis amžiaus grupėmis**

	1959	1970	1980	1990	1999
<b>Tūkstančiai</b>					
0 – 14	729,6	847,0	801,9	838,3	787,1
15 – 59	1659,5	1803,5	2114,4	2278,1	2269,1
60+	322,2	466,6	487,9	591,8	651,0
<b>Iš viso</b>	<b>2711,4</b>	<b>3118,9</b>	<b>3404,2</b>	<b>3708,2</b>	<b>3707,2</b>
<b>Procentais</b>					
0 – 14	26,9	27,2	23,6	22,6	21,2
15 – 59	61,2	57,8	62,1	61,4	61,2
60+	11,9	15,0	14,3	16,0	17,6
<b>Iš viso</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Gyventojų sudėtis pagal amžių pasikeitimai yra lydimi ir jų skaičiaus pokyčių. Šalyje šiuo metu gyvena 37% daugiau žmonių negu prieš 40 metų, tiek pat per šį laikotarpį padidėjo ir 15 – 59 metų amžiaus gyventojų, tuo tarpu 60 metų ir vyresnių žmonių skaičius išaugo 2 kartus. Dėl staigaus gimstamumo kritimo mažėja vaikai iki 15 metų amžiaus – jų šiuo metu tik 8% daugiau negu 1959 metais. Ši mažėjimo tendencija suintensyvės artimiausiu metu, kai vaikai, gimę aukšto gimstamumo laikotarpiu, pereis į kitą amžiaus grupę.

Lietuvoje labai skiriasi miesto ir kaimo gyventojų amžiaus struktūra. Po spar-

tesnio vaikų skaičiaus mažėjimo kaime jų dalis mieste ir kaime jau beveik panaši (mieste 19,7%, kaime 21,8%). Ypač ryškus gyventojų senėjimo procesas kaime, kur 60 metų ir vyresni gyventojai šiuo metu sudaro 23%, tačiau jau keletą metų jų dalis nebedidėja. O mieste šio amžiaus gyventojų dalis kasmet didėja ir šiuo metu sudaro 15,9%, t.y. gyventojų senėjimas mieste vyksta sparčiau ir šiuo metu daugiau negu pusė šio amžiaus žmonių gyvena miestuose.

Demografinis senėjimas būdingas tiek vyrams, tiek moterims, tačiau jų lygis gerokai skiriasi. Šių metų pradžioje Lietuvoje gyveno 247 tūkst. vyrų ir 426 tūkst. moterų, peržengusių 60 metų ribą. 1998 metais 60 metų ir vyresnio amžiaus vyrų dalis buvo 14,1%, o moterų – net 21,8%. Galima teigti, kad vienas iš esminių gyventojų senėjimo bruožų yra tai, kad dauguma (63%) šio amžiaus gyventojų yra moterys. Ypač bloga demografiniu požiūriu kaimo moterų amžiaus sudėtis – čia beveik kas trečia moteris yra 60 ir daugiau metų, t.y. jos sudaro 28% visų moterų. Šio amžiaus vyrų ir moterų santykis yra nepalankus tiek mieste, tiek kaime – 100 moterų tenka 58 vyrai.

Jaunų ir senų gyventojų sąsają gerai iliustruoja skaičiuojamas senėjimo indeksas, kuris parodo vyresnio amžiaus gyventojų ir vaikų santykį.

**10 lentelė. Senėjimo indeksas. (60 metų ir vyresnių gyventojų skaičius, tenkantis 100 vaikų iki 15 metų amžiaus).**

	1959	1970	1980	1990	1999
<b>Mieste</b>	32	41	45	56	81
<b>Kaime</b>	46	69	85	103	106

Tiek mieste, tiek kaime mažėja vaikų, tuo tarpu senų žmonių gana sparčiai daugėja mieste ir gerokai lėčiau kaime. 1959 metais vaikų mieste buvo 3 kartus (kaime 2 kartus) daugiau nei senų žmonių, o šiuo metu tik 24%. Kaime senų žmonių jau daugiau negu vaikų.

**Demografinės plėtros 2000 – 2020 metais prognozės.** Pastarųjų metų ekonominiai ir socialiniai pokyčiai, iš esmės pakeitę susiklosčiusias demografines tendencijas, apsunkino gyventojų skaičiaus ir sudėties prognozavimą kiek ilgesniam laikotarpiui. Nepaisant to, Lietuvos Statistikos departamentas atliko Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozes iki 2020 metų. Pagal visus prognozuojamus variantus gyventojų skaičius kis netolygiai. Tik išsipildžius optimistinėms prielaidoms per artimiausius dvidešimt metų gyventojų skaičius kiek padidės, kitais atvejais – arba stabilizuosis, arba mažės. Keisis ir gyventojų amžiaus struktūra. Vaikų skaičius dėl kompensacinio periodo turėtų padidėti, tačiau neilgam. Pagyvenusių žmonių skaičiaus didėjimo tempai iš esmės visuose variantuose panašūs, toliau progresuos visuomenės senėjimas. Pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus ir dalies didėjimą kiek stabdys tai, kad kasmet vis vyresni žmonės išeis į pensiją. Todėl prognozuojamo laikotarpio pradžioje daugės darbingo amžiaus žmonių.

Šio meto natūralios gyventojų kaitos bei migracijos tendencijos neduoda pagrindo optimistinėms gyventojų skaičiaus kitimo prielaidoms.

## II. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIAUS RAIDA LIETUVOJE

Antroje knygos dalyje apžvelgiami pokyčiai, kurie pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį vyko sveikatos sektoriuje. Analizė pradedama prof. V. Grabausko parengtu skyriumi, nagrinėjančiu sveikatos politikos plėtojimą. Kituose skyriuose yra gvildinami sveikatos priežiūros išteklių kitimo, paslaugų teikimo ir valdymo klausimai. Socialinių mokslų daktarės iš Vokietijos S. Angele straipsnyje yra lyginama socialinių reformų Čekijoje, Lietuvoje, Rumunijoje ir Slovėnijoje patirtis.

Dalis baigiama R. Alekno, A. Laucevičiaus ir J. Olekos atsakymais į knygos leidėjų pateiktus klausimus apie sveikatos priežiūros sektoriaus raidą ir perspektyvas.

Straipsniuose kritiškai vertinami kai kurie socialiniai reiškiniai, bet autoriams būdingas pozityvus bendrųjų tendencijų interpretavimas. Taip, padaryta klaidų, yra akivaizdžių praradimų, bet 2000 metų sistema yra progresyvesnė ir, tikėtina, disponuoja didesniais ištekliais bei yra veiksmingesnė nei paveldėtoji iš TSRS 1990 metais. Knygos autoriai suvokia, jog įmanomas grįžimas į gerai užmirštą praeitį (kurios elementų dar gausu nūdienos gyvenime), bet tokios raidos tikimybė, jų nuomone, yra santykinai maža.

Atskirų straipsnių autorių mintys ne visuomet sutampa, bet dažniausiai šie skirtumai atsiranda dėl to, kad rašiusieji nagrinėjo daugialypį sveikatos priežiūros raidos procesą savitu aspektu. Pavyzdžiui, V. Grabauskas, periodizuodamas reformą, jos etapų išskyrimo kriterijumi laiko institucijų, reikšmingai įtakojusių pažangių minčių generavimą (Sveikatos apsaugos reformos biuras, Nacionalinė sveikatos taryba), veiklą; G. Černiauskas – kokybinius sveikatos valdymo pokyčius (decentralizacija, sveikatos draudimo įvedimas); R. Alekna – medicininių technologijų plėtrą, o J. Olekas – politinių partijų, atitinkamais laikotarpiais formavusių Lietuvos Respublikos Vyriausybę, veiklą. Ar nacionaliniu mastu ilgainiui bus pasirinktas vienas iš minėtųjų periodizacijos kriterijų, parodys ateitis, bet neabejotina, jog visi knygoje atspindėti vertinimo aspektai yra prasmingi ir, reikia manyti, bus išplėtoti kituose sveikatos priežiūros proceso tyrinėtojų darbuose.

## SVEIKATOS POLITIKOS PLĖTOJIMAS LIETUVOJE

VILIUS GRABAUSKAS, *profesorius, habilituotas mokslų daktaras*

### ĮVADAS

Galima įvairiai vertinti, kaip buvo plėtojama sveikatos politika per atkurtos Lietuvos Respublikos dešimtmetį. Visų pirma galima labai tiksliai išanalizuoti sveikatos sistemos bei sveikatos apsaugos sistemos reformos teisinių pagrindų chronologiją, teigiant, kad pagrindiniai teisės aktai priimti. Tačiau, kita vertus, būtent įstatymų leidimo chronologija neleidžia teigti, jog sveikatai mūsų valstybėje teikiamas prioritetas. Juk pirmasis sveikatos priežiūrą bendrąja prasme reguliuojantis įstatymas, LR sveikatos sistemos įstatymas, buvo priimtas tik 1994 m. liepos mėn., LR sveikatos draudimo įstatymas – 1996 m. liepos mėn., o kai kurios svarbios Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje numatytos institucijos bei veiksmų planas (Nacionalinė sveikatos taryba, Lietuvos sveikatos programa) sukurti 1998 m. vasarą.

Antra, prisimenant Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos apibrėžimą, teigiantį, kad “Sveikata yra pilna fizinė, protinė bei socialinė gerovė, o ne vien ligos ar fizinės negalios nebuvimas”, galima būtų paanalizuoti, kaip priimti įstatymai bei teisiniai aktai, visa šalies socialinė-ekonominė raida įtakuoja sveikatos sistemos funkcionavimą. Čia derėtų prisiminti, kad net tarptautiniu mastu gerais pripažintų LR įstatymų, tokių kaip Alkoholio ir Tabako kontrolės, reikalaujančių tarpžinybinių veiksmų koordinavimo, įgyvendinimo spragos nepadaeda spręsti Lietuvos žmonių sveikatos problemų.

Trečia, derėtų prisiminti, kad sveikatos sistemos bei sveikatos priežiūros sistemos tiek konceptualioji, tiek ir struktūrinė bei finansinė reforma turėtų reikšti “daugiau sveikatos Lietuvos žmonėms”. Todėl sveikatos politikos formavimo bei jos įgyvendinimo procesą derėtų sieti bent su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais. Tai labiausiai atitiktų sveikatos politikos sampratą, suvokiant, kad sveikatos politika yra suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti.

Tačiau sąvoka “sveikatos politika” nėra plačiai Lietuvoje paplitusi, o mūsų nacionalinėje kultūroje žodis “politika” dažnai siejamas su šalyje vykstančiais politiniais procesais. Be jokios abejonės, sveikatos politikoje negali neatsispindėti besiklostanti politinė sankloda, ypač kai rinkėjų valia įvyksta ženklūs pokyčiai į vieną ar į kitą politinio spektro pusę.

Vis dėlto būtina pripažinti, kad per prabėgusį dešimtmetį Lietuvos sveikatos politikos suvokimas, jos tarptautiniu mastu pripažinti įgyvendinimo siekiai atlaikė besikeičiančių valdžių kaitą. Todėl išliko pagrindinių sveikatos politikos principų perimamumas, tęstinumas bei dalies darbų nuoseklus įgyvendinimas. Pati sveikatos priežiūros reforma strigo arba daugumoje sričių vangiai vyko dėl kitų priežasčių. Šiame straipsnyje kalbama apie sveikatos politikos vystymo koncep-

tualiąją pusę, jos mokslinį pagrindimą bei priimtos nacionalinės sveikatos politikos postulatų įgyvendinimą.

Kas gi vis dėlto lėmė, kad visais atžvilgiais pakankamai sudėtingame pereinamame laikotarpyje Lietuvos sveikatos politikos vystymo bei įgyvendinimo procesas buvo gana nuoseklus bei pakankamai efektyvus? Ši formuluotė nėra autoriaus vertinimas. Tai daugelio tarptautinių ekspertų ir visų pirma PSO vertinimas. Šis straipsnis jokių būdu nepretenduoja į visa apimančią kritinę vykusių procesų analizę, o tik atkreipia dėmesį į, autoriaus, aktyviai dalyvavusio eilėje sveikatos politikos formavimo etapų, nuomone, svarbiausius šios politikos vystymą įtakojusius sprendimus bei veiksmus. Autoriaus nuomone, sveikatos politikos vystymo nuoseklumą bei jos įgyvendinimo tęstinumą nulėmė trys pagrindiniai veiksniai:

1. Lietuvos sveikatos politikos formavimo moksliniai pagrindai;
2. Aktyvus bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis, visų pirma su PSO bei Europos Sąjungos specialiosiomis programomis (PHARE, TEMPUS, etc.);
3. Bendras LR Seimo sveikatos reikalus koordinuojančių struktūrų (Sveikatos reikalų komiteto, Nacionalinės sveikatos tarybos), LR Sveikatos apsaugos ministerijos ir akademinės medicinos institucijų darbas.

## SVEIKATOS POLITIKOS FORMAVIMO ETAPAI

Atsižvelgiant į mokslinės informacijos, būtinos sveikatos politikos formavimui grįsti, kaupimą Lietuvoje, į šios informacijos realų vartojimą sveikatos politikos vystymui, į šio proceso įteisinimą atitinkamais teisiniais aktais, sveikatos politikos formavimą plačiąja prasme galima suskirstyti į 5 etapus:

- a) iki Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, kurį sąlyginai galima vadinti įdirbio etapu (1970–1990 m.);
- b) Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1989–1993 m.);
- c) Sveikatos apsaugos reformos biuro funkcionavimo etapas (1993–1996 m.);
- d) Nacionalinės sveikatos programos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1996–2000 m.);
- e) Nacionalinės sveikatos tarybos susikūrimo etapas (1998–2000 m.).

**Įdirbio etapas.** Šį etapą tikslinga paminėti dėl dviejų priežasčių:

1. didžioji dalis mokslinių duomenų, vėliau pasitarnavusių sveikatos politikos formavimui, buvo sukaupta būtent šiame etape;
2. sveikatos politikos formavimui Lietuvoje didelės įtakos turėjo tarptautinis bendradarbiavimas, visų pirma su PSO.

Būtent su šia tarptautine organizacija 1971–1972 m. tuometinio Kauno medicinos instituto rektorius prof. Z.Januškevičiaus dėka buvo pradėta bendradarbiauti širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologijos bei profilaktikos srityje. Tai

davė pradžią ilgalaikiams Lietuvos kontaktams ne tik su PSO, bet ir su kitais Europos bei pasaulio sveikatos ir medicinos mokslo centrais (1). Istorinės tiesos dėlei būtina pažymėti, kad iki 1990 m. PSO buvo praktiškai vienintelis langas bei garantas sisteminiam Lietuvos medicinos mokslo bendradarbiavimui tarptautiniu mastu, pasitarnavęs tarptautinių standartų epidemiologijos bei visuomenės sveikatos specialistų rengimui. Būtina pažymėti, kad šias galimybes išradingiausiai išnaudojo Kauno mokykla, pradėjusi nuo atskirų projektų, daugiausia klasiikinės epidemiologijos, vykdytojos vaidmens, vėliau išaugusi iki naujų idėjų bei koncepcijų, kurias pripažino ir PSO, paskleidusi jas tarptautiniam įgyvendinimui, generatoriaus. Tuometinio Kauno medicinos instituto mokslininkus ėmė kviesti ne tik PSO ekspertais bei konsultantais, bet ir ilgalaikiam darbui pačioje PSO. Iki 1990 m. Kauno medicinos institutas, vėliau akademija, dalyvavo bent 15 didelių PSO koordinuojamų projektų bei programų. Ženklesnius iš jų, turėjusių įtakos sveikatos politikos formavimui Lietuvoje, tikslinga trumpai pristatyti.

Kaip minėta, jau nuo 1971-1972 m. Kaune pradėti vykdyti pirmieji PSO koordinuojami projektai:

3. PSO būstinės Ženevoje koordinuojamas Kauno-Roterdamo ischeminės širdies ligos epidemiologijos ir profilaktikos projektas;
4. PSO Europos regioninio biuro koordinuojamas ūmaus miokardo infarkto registro populiacijoje projektas.

Abu šie projektai daug pasitarnavo Lietuvos šiuolaikinės epidemiologijos ir visuomenės sveikatos specialistų rengimui bei sveikatos informacinės sistemos pagrindų kūrimui.

Pirmasis davė pradžią visuomenės sveikatą grindžiančių projektų atsiradimui, tokių kaip Ischeminės širdies ligos daugiafaktorinės profilaktikos programa, Juvenilinės hipertenzijos bei Aterosklerozės rizikos veiksnių vaikų amžiuje projektai, Natūralaus kūdikių maitinimo, Dantų eduonies profilaktikos, Diabeto epidemiologijos ir profilaktikos, Lėtinių plaučių ligų epidemiologijos ir profilaktikos projektai, Lėtinių neinfekcinių ligų integruotos profilaktikos programa. Pastarosios koncepcija gimė Kauno mokslinių duomenų pagrindu, kuri po tarptautinio PSO pasitarimo Kaune 1981 m. lapkritį buvo galutinai pripažinta bei rekomenduota įgyvendinti tarptautiniu mastu. Dar ir šiandien 26 Europos šalyse ši programa, pavadinta CINDI, vyksta aktyviai ją koordinuojant PSO Europos regioniniam biurui bei pasauliniu mastu, pavadinta INTERHEALTH - 18 šalių, koordinuojant PSO štabui Ženevoje. 53-ioji Pasaulio sveikatos asamblėja, vykusį 2000 m. gegužės 15-20 d. Ženevoje, priėmė rezoliuciją, rekomenduojančią integruotos lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos bei kontrolės strategiją įgyvendinti pasauliniu mastu.

Antrojo projekto pagrindu buvo išvystyta PSO koordinuojama širdies ir kraujagyslių ligų bei jų rizikos veiksnių monitoravimo programa (MONICA). Dalyvavimas joje daug pasitarnavo vystant sveikatos informacinę sistemą. Šiandien, kada daugelis pasaulio šalių reformuoja savo sveikatos apsaugos sistemas, kai iš PSO laukiama moksliskai pagrįstų rekomendacijų, kaip pagerinti savo šalių žmonių sveikatą, be rimtos sveikatos informacinės sistemos to padaryti neįma-

noma. Todėl 2000 m. Pasaulio Sveikatos Asamblėjos patvirtintoje lėtinių ligų profilaktikos bei kontrolės strategijoje svarbią vietą užima rizikos veiksnių bei jų sukeltų ligų monitoravimo išvystymas pasauliniu mastu. Lietuva, turėdama pakankamai solidžią sveikatos informacinę sistemą, neturėtų praleisti progos dalyvauti šiame globaliame judėjime.

Taigi, apibendrinant šį įdirbio etapą, galima drąsiai tvirtinti, kad į Nepriklausomos Lietuvos sveikatos politikos formavimą, jos mokslinį pagrindimą Lietuvos mokslininkai atėjo turėdami solidų įdirbį, kuris rėmėsi tarptautine patirtimi, o turimi moksliniai duomenys atitiko tarptautinių standartų reikalavimus. Nepaisydami demografinės bei sveikatos statistikos uždarumo, pasinaudodami dalyvavimu tarptautiniuose projektuose, Lietuvos mokslininkai turėjo tarptautiniu mastu palyginamų mokslinių duomenų apie svarbiausias Lietuvos žmonių sveikatos problemas, ligų bei jas sąlygojančių rizikos veiksnių paplitimą, šių rodiklių kitimų tendencijas, dinamiką, galimybes daryti įtaką sveikatos būklei. Šie duomenys buvo aktyviai naudojami grindžiant pagrindinius sveikatos politikos teiginius.

**Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo bei jos pradinio įgyvendinimo etapas.** Lietuvos gydytojai, susirinkę 1989 m. gegužę į savo sąjungos atkuriamąjį 6-ąjį suvažiavimą, paskelbė, kad siekiant efektyvesnio Lietuvos žmonių sveikatos problemų sprendimo, būtina keisti rigidišką, į ligas orientuotą bei liginėmis besiremiantį sveikatos apsaugos modelį. Bręstančiai sveikatos sistemos reformai buvo būtina parengti atitinkamą sveikatos politikos formavimo principus grindžiantį dokumentą. Atkuriamasis Lietuvos gydytojų sąjungos (LGS) suvažiavimas tai padaryti įpareigojo medicinos bendruomenę, priimdamas rezoliuciją "Apie Nacionalinės sveikatos koncepcijos rengimą". Mišri darbo grupė, atstovaujanti tiek medicinos mokslui, tiek praktikai, vadovaujama šio straipsnio autorius, parengė koncepcijos projektą. Siekiant platesnio tiek medicinos, tiek ir plačiosios visuomenės dalyvavimo diskusijoje, šis projektas buvo paskelbtas "Atgimimo" laikraštyje. Po intensyvaus dialogo nacionaliniu mastu, suredaguotas koncepcijos tekstas buvo priimtas VII-jame LGS suvažiavime Kaune bei pateiktas Atkuriamajam Seimui tvirtinti. Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo Seimo nutarimu Nr. 1-1939 buvo patvirtinta ir tapo pagrindiniu dokumentu, grindžiančiu sveikatos politikos formavimą Lietuvoje.

Svarbu pažymėti, kad ši koncepcija buvo rengiama remiantis PSO "Sveikata visiems" principais. Jos patvirtinimas Atkuriamajame Seime reiškė, jog Lietuva įsipareigojo savo sveikatos sistemą vystyti harmoningai derindama sveikatos ugdymą, ligų profilaktiką bei kokybišką medicinos pagalbos teikimą sveikatai sutrikus. Prioritetas sveikatos sistemos reformoje turėjo būti teikiamas sveikos gyvensenos ugdymui, aplinkos saugai, o sveikatos priežiūros srityje – pirminei sveikatos priežiūros grandžiai. Koncepcijoje aiškiai įvardyta individo atsakomybė už savo sveikatą bei valstybės prievolė sudaryti sąlygas žmonėms sveikai gyventi, o iškilus būtinybei gauti prieinamą bei kokybišką medicinos pagalbą. Pats sveikatos priežiūros modelis įvardytas kaip mišrus, harmoningai derinantis valstybės reguliuojamas, privačiai bei labdaros būdu teikiamos medicinos pagalbos



struktūras. Jų proporcijas realiaame sveikatos priežiūros modelyje turėtų lemti besiklostanti Lietuvos politinė, socialinė bei ekonominė sankloda, t.y. turėtų patikrinti pats gyvenimas.

Priimdamas Nacionalinę sveikatos koncepciją, LR Atkuriamasis Seimas įpareigojo Seimo Sveikatos ir socialinių reikalų komisiją, LR Sveikatos apsaugos ministeriją bei akademinės medicinos institucijas parengti Lietuvos sveikatos programą. Ši programa turėjo būti Nacionalinės sveikatos koncepcijos principų bei Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo programa. Tuometinės Kauno medicinos akademijos ir LR Sveikatos apsaugos ministerijos iniciatyva bei bendradarbiaujant su PSO buvo pradėta rengtis Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos konferencijai. Jos tikslas buvo maksimaliai įtraukti medicinos bei plačiąją visuomenę, vyriausybines bei nevyriausybines organizacijas į Lietuvos sveikatos politikos formavimą. PSO ir kitų tarptautinių ekspertų dalyvavimas šiame procese turėjo priartinti mūsų nacionalines nuostatas prie tarptautinių standartų. Medicinos mokslo, daugiausia tuometinės Kauno medicinos akademijos atstovų, pastangomis buvo parengtas bei išleistas lietuvių ir anglų kalbomis dokumentas, pirmą kartą pokario Lietuvoje objektyviai ir atvirai įvertinęs Lietuvos gyventojų sveikatos būklę bei kitimo tendencijas (2). Šis dokumentas buvo paremtas PSO bei Europos Sąjungos PHARE programos lėšomis ir buvo pagrindiniu dokumentu I-joje Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje, įvykusioje 1993 m. kovo mėn. 29-30 d. Vilniuje.

Šiame leidinyje, pavadintame “Lietuvos Sveikata – MCMXC”, išnagrinėta pagrindinių sveikatos rodiklių raida nuo 1970 iki 1990 m., parodyta, jog širdies-kraujagyslių bei onkologinių ligų sąlygotas sergamumas bei mirtingumas pastoviai augo, pagrindinai nulemdamas ir vidutinės būsimo gyvenimo trukmės kitimus. Lietuvoje atlikti moksliniai epidemiologiniai tyrimai parodė, jog šių tendencijų raidą nulėmė labai išplitę šių ligų rizikos veiksniai (nesveika mityba, rūkymas, alkoholis, sutrikusi lipidų apykaita, pasireiškianti hipercholesterolemija, sutrikęs kraujospūdžio reguliavimas, pasireiškiantis hipertenzija, sumažėjęs fizinis aktyvumas, padidėjęsi kūno masė ir kt.). Labai svarbu, kad šie duomenys buvo palyginti tarptautiniu mastu, aiškiai pademonstravę diametraliai priešingas mirtingumo kitimo tendencijas bei didelius minėtų rizikos veiksnių paplitimo skirtumus. Buvo akivaizdu, jog teigiamiems Lietuvos gyventojų sveikatos būklės pokyčiams pasiekti būtina visų pirma sudaryti sąlygas sveikai gyvensenai bei aplinkos saugai, būtina daugiau dėmesio skirti sveikatos ugdymui bei ligų profilaktikai, o tam būtina pajungti visas šalies socialines-ekonominės struktūras, t.y. būtina sveikatinimo tikslais vystyti tarp sektorinį-tarpžinybinį bendradarbiavimą. Egzistavusį į ligas orientuotą bei ligoninėmis besiremiantį sveikatos apsaugos modelį buvo būtina reorganizuoti į ekonomiškai pagrįstą bei visuotinai prieinamą medicinos pagalbos modelį, besiremiantį stipria pirminės sveikatos priežiūros grandimi. Specializuotos, brangios medicinos pagalbos teikimas turėjo vykti “piramidės” principu, koncentruojant ją specializuotuose universitetiniuose mokslo centruose.

Turėdama pakankamą mokslu pagrįstą nacionalinį įdirbį bei pasinaudodama tarptautine patirtimi, Lietuva gana efektyviai pradėjo formuoti savo nacionalinę sveikatos politiką bei jos įgyvendinimo strategiją (3). Pirmieji reformos kryptimi pajudėjo Kauno medicinos akademija bei Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, pagal tarptautinius standartus pakeisdami tiek iki diplomines, tiek ir podiplomines aukštąsias medicinos studijas. Keičiant studijų programas vadovautasi LGS atkuriamojo suvažiavimo rezoliucija “Dėl aukštųjų medicinos studijų grąžinimo į Europos universitetinį modelį”. Abiejose Lietuvos aukštosiose medicinos mokyklose sumažintas studentų priėmimas į medicinos specialybę, įvesta bendrosios praktikos/šeimos medicinos specialybė, kuri turėjo tapti bazine sveikatos priežiūros reformoje, Kauno medicinos akademijoje atidaryti nauji fakultetai – Slaugos bei Visuomenės sveikatos. Deja, praktinė sveikatos apsaugos sistema pasirodė inertiškesnė, nei tikėtasi.

**Sveikatos apsaugos reformos biuro funkcionavimo etapas.** Siekiant į reformos procesą plačiau įtraukti medicinos bei plačiąją visuomenę (stimuliuojamas “iš apačios”), 1993 m. gruodyje prie LR Sveikatos Ministerijos buvo įkurtas Sveikatos apsaugos reformos biuras (SARB’as). Jo koncepcijai suformuoti bei darbui organizuoti daug padarė išeivijos profesorius E.Varnauskas (Švedija), netgi mobilizavęs šios šalies lėšas SARB’o veiklai remti. Suformuota SARB’o taryba funkcionavo darbo grupių, kurios rengė konkrečius sveikatos sistemos reformos projektus pagrindu, mobilizuodama įvairių sričių medicinos bei kitų specialybių profesionalus. SARB’o tarybos sesijos reguliariai vykdavo kas 1-2 mėnesius, sutraukdamos plačią medicinos specialistų auditoriją, atstovaujančią įvairioms asmenų bei visuomenės sveikatos priežiūros struktūroms ir lygiams. Tokiu būdu natūraliai vyko nacionalinis dialogas sveikatos sistemos reformos klausimais, apimančiais veiksmus, kuriuos būtina padaryti sveikatos bei medicinos personalo rengimo, pirminės sveikatos priežiūros grandies, stacionarinės pagalbos optimizavimo, reabilitacijos sistemos restruktūrizacijos, šių procesų ekonominio pagrindimo srityse. Tokios struktūros kaip SARB’as egzistavimas bei jo stimuliuotos iniciatyvos sveikatos reformos klausimais buvo teigiamai vertinami tarptautiniu mastu. Visų pirma, PSO Lietuvą įvardijo kaip šalį, kuri sumaniai planuoja ir nuosekliai įgyvendina sveikatos sistemos reformą. Deja, dažnai besikeičiant sveikatos apsaugos ministrams, augant medicinos visuomenės susipriešinimui, didžioji dalis SARB’o parengtų projektų liko neįgyvendinti, o atėjęs į ministro postą J.Galdikas visai sustabdė SARB’o veiklą, grąžindamas Sveikatos apsaugos ministerijos darbą į uždaro kabinetinio planavimo modelį.

**Nacionalinės sveikatos programos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas.** Stringančiai sveikatos sistemos, tiksliau, sveikatos priežiūros sistemos, reformai reikėjo naujo postūmio įgyvendinant sveikatos politiką. Dar 1996 m. bendra LR Sveikatos apsaugos ministerijos ir akademinų institucijų iniciatyva sukurta darbo grupė pradėjo rengti Nacionalinę sveikatos programą. Ši programa rengta remiantis PSO sveikatos problemų suvokimu bei šios organizacijos priim-

ta „Sveikatos visiems“ doktrina. Pagrindiniais Lietuvos sveikatos programos tikslais įvardyti Lietuvos žmonių vidutinės būsimos gyvenimo trukmės ilgėjimo, pagrindinių ligų sąlygoto mirtingumo mažėjimo bei gyvenimo kokybės gerinimo siekimas. Šių plačių programos tikslų numatoma siekti mobilizuojant visus visuomenės sektorius, palaipsniui iki 2010 metų mažinant sergamumą bei mirtingumą, sąlygotą širdies-kraujagyslių, onkologinių, infekcinių (visų pirma tuberkuliozės) ligų, traumų, savižudybių, gerinant psichinę sveikatą. Po pakankamai plataus nacionalinio dialogo ši programa buvo pristatyta II-oje Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje, vykusioje 1997 m. balandžio 26-27 d. Vilniuje, dalyvaujant PSO bei Europos Tarybos specialistams. Programą teigiamai įvertinus nacionaliniu bei tarptautiniu lygiu, ji pateikta LR Seimui tvirtinti. Priėmė daugiau nei metų, kol praėjusi visus svarstymų etapus Lietuvos sveikatos programa 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (4) buvo patvirtinta LR Seime. Tarpinis programos tikslų bei siekinių įgyvendinimo vertinimas numatytas 2005 metais.

Nors Lietuvos sveikatos programa gerai įvertinta tarptautiniu mastu, ja dažnai pasinaudojama sprendžiant sudėtingas ribotų išteklių paskirstymo problemas, tačiau pačiai programai įgyvendinti, jai realiai koordinuoti lėšų nenumatyta. Tai derėtų laikyti didžiausiu šios programos įgyvendinimo trūkumu. Bandytas šią problemą spręsti per kelių tikslinių valstybinių bei investicinių programų mechanizmą tik iš dalies palengvina jos įgyvendinimą.

**Nacionalinės sveikatos tarybos susikūrimo etapas.** Sukurti šią LR Seimui atskaitingą tarpžinybinę/tarp sektorinę instituciją, būtiną sveikatos politikos įgyvendinimui koordinuoti nacionaliniu mastu, buvo numatyta Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje. Tarp kitų priežasčių, jos atsiradimui buvo nepalanki dažna valdžių kaita, ypač Sveikatos apsaugos ministerijoje. Tik 1998 m. birželio mėn. 2 d. LR Seimo nutarimu Nr. VII-798 buvo patvirtinti Nacionalinės sveikatos tarybos nuostatai bei jos sudėtis. Būtina pažymėti, kad šios institucijos susikūrimui lemiamos reikšmės turėjo LR Seimo Sveikatos reikalų komiteto nuostata bei pasiryžimas ją sukurti. Palankiai susiklosčiusi situacija, kuriai nemažos reikšmės turėjo pakankamai plati profesinė reprezentacija pačioje taryboje, leido pradėti iš esmės naują Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo etapą. Po ilgos pertraukos visos trys sveikatos politiką formuojančios bei jos įgyvendinimui įtaką darančios institucijos – Nacionalinė sveikatos taryba, LR Seimo Sveikatos reikalų komitetas bei LR Sveikatos apsaugos ministerija – ėmėsi koordinuotos veiklos. Vykdydama vieną iš savo funkcijų, Nacionalinė sveikatos taryba ėmė rengti metinius pranešimus, kuriuos, išanalizuodama Lietuvos gyventojų sveikatos situaciją, pristato LR Seimui. Būtina pažymėti, jog tai, kad sveikatos reikalai išklausomi LR Seime, jau savaime yra didelės svarbos dalykas, atkreipiantis tiek aukščiausios Lietuvos valdžios, tiek ir visuomenės dėmesį į spręstinas sveikatos problemas. Tai ir vėl išskirtinis Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo pavyzdys, nes ne dažna valstybė savo parlamente išklauso savo šalies sveikatos problemas bei apie jas diskutuoja. Pristatydama savo metinį pranešimą Nacionalinė

sveikatos taryba jo pirmąją dalį (standartinę) skiria apibendrintų svarbiausių sveikatos rodiklių analizei, o antrąją – kuriai nors ypač svarbiai specifinei sveikatos problemai, norėdama atkreipti į ją Lietuvos politikų bei visuomenės dėmesį. Tarybos 1998 m. pranešimas buvo skirtas sveikatai įtaką darančioms socialinėms problemoms (5), 1999 m. – jaunosios kartos sveikatos problemoms (6), o 2000 m. planuojama skirti Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimui su Europos Sąjungos reikalavimais.

## **LIETUVA IR TARPTAUTINĖS SVEIKATOS POLITIKOS FORMAVIMAS**

Ilgalaikis Lietuvos bendradarbiavimas su PSO lėmė tai, kad Lietuva viena pirmųjų ne tik iš buvusių sovietinių respublikų, bet ir apskritai naujų Vidurio bei Rytų Europos šalių tapo tikraja PSO nare. Nors narystės paraiška buvo įteikta jau 1991 m. rugsėjo mėn., oficiali narystės PSO data yra 1991 m. lapkritis. Tai įvyko po to, kai Lietuvos delegacija, kurią sudarė LR Sveikatos apsaugos ministras J. Olekas ir šio straipsnio autorius, po dalyvavimo PSO pasitarime Luganoje, Šveicarijoje (1991 m. rugsėjo 25-27 d.), apsilankė PSO būstinėje Ženevoje ir įteikė LR Ministro Pirmininko pasirašytą prašymą narystei. Beje, Lietuva, kaip turinti solidų tarptautinį įdirbį sveikatos ugdymo bei ligų profilaktikos srityse, buvo pakviesta atstovauti sveikatos politikos vystymo procesą subnacionaliniu lygmeniu, beje, kaip ir daugelis kitų Europos šalių regionų. Tačiau Lugano pasitarime Lietuva jau dalyvavo kaip nepriklausoma valstybė, pristatanti savo sveikatos politikos formavimą nacionaliniu lygmeniu. Šiuo PSO pasitarimu prasidėjo naujas Europos sveikatos politikos vystymo etapas, į kurį įtraukiamos ne tik nacionalinės struktūros, bet ir šalių regionai. PSO, norėdama tarp aktyviųjų dalyvių turėti Lietuvą, pasiūlė suformuoti Baltijos regioną, kuris vienintelis naujojoje PSO programoje “Europos sveikatos regionų tinklas” buvo tarpvalstybinis. Trijų Baltijos valstybių Sveikatos ministerijų susitarimu Lietuva paskirta jam atstovauti tarptautinėje veikloje, o šio straipsnio autorius paskirtas regiono koordinatoriumi. 1992 m. gruodyje Diuseldorfe, Vokietijoje, iškilmingai pasirašytas šios programos memorandumas, kurį Baltijos regiono vardu pasirašė Lietuva. Baltijos regionas šioje programoje dalyvavo iki 1997 m., o nuo 1998 m. Lietuva tęsia savo dalyvavimą Kauno apskrities pagrindu.

PSO, dalyvaudama svarbiausiuose Lietuvos sveikatos politikos formavimo etapuose, jiems talkindama bei iš esmės pažindama čia vykstančius procesus, sistemingai naudojasi ir Lietuvos intelektualiuoju potencialu, kviesdama jos ekspertus į įvairius tarptautinius pasitarimus bei konsultacijas. Europos sveikatos politikos konferencijoje, vykusioje 1995 m. gruodyje Kopenhagoje, Lietuvai teko garbė pristatyti savo nacionalinę sveikatos politiką (7), vieną iš programų, moksliskai pagrindusių sveikatos politikos formavimą (8), bei pirmininkauti vienam iš posėdžių. Lietuva buvo pasirinkta pirmoji iš Vidurio ir Rytų Europos šalių kaip pajėgsianti atlikti sudėtingą socialinių bei sveikatos netolygumų studiją, tai ji kol kas vienintelė ir atliko (9). Lietuva buvo pasirinkta kaip pavyzdinė šalis

tarptautinei sveikatos politikos vystymo Europoje studijai (10), sveikatos personalo vystymo politikos studijai (11). Lietuvos pasiekimai nacionalinės sveikatos politikos vystymo srityje lėmė ir tai, jog šio straipsnio autorius 1996 m. buvo išrinktas PSO Europos regiono nuolatinio komiteto vicepirmininku, 1997 m. – pirmininku, o 1998 m. PSO Europos regioninio komiteto (Europos sveikatos asamblėjos) vykdomuoju prezidentu. Būtent šioje 49-ojoje sesijoje prezidentaujant Lietuvai buvo priimtas svarbiausias PSO Europos regiono dokumentas “Sveikata – 21” – Europos sveikatos politika 21-ajame amžiuje. (12)

## IŠVADA

Šiame nedideliame straipsnyje pateikta medžiaga akivaizdžiai įrodo, jog į Nepriklausomos Lietuvos sveikatos politikos formavimą Lietuvos mokslininkai, sveikatos ir medicinos mokslo profesionalai bei praktikai atėjo turėdami solidų įdirbį. Lietuvos sveikatos politikos vystymas buvo grindžiamas tiek nacionaliniais, tiek ir tarptautiniais duomenimis bei patirtimi. Mokslinis sveikatos politikos pagrindimas bei tarptautinis bendradarbiavimas, nepaisant sudėtingo sveikatos reformos proceso ir jo vingių, lėmė tai, jog per Nepriklausomybės dešimtmetį besikeičiant valdžioms išliko sveikatos politikos įgyvendinimo nuoseklumas bei tęstinumas. Tarptautinį Lietuvos sveikatos politikos vystymo pripažinimą rodo aktyvus Lietuvos ir jos atstovų įtraukimas į tarptautinius sveikatos politikos plėtojimo procesus, netgi Lietuvai patikint prezidentauti, kai Europos sveikatos asamblėjoje priimamas 21-ajam amžiui svarbus PSO dokumentas “Sveikata – 21”.

## BIBLIOGRAFIJA

1. Grabauskas V. Kauno-Roterdamo epidemiologinės programos indėlis plėtojant tarptautinius Kauno medicinos akademijos ryšius. *Medicina*, t.3.3, pr. 9, 1997: 3-8.
2. Lithuanian Health Report-1990's (eds. V.Grabauskas et al.), A Background Document for National Conference on Health Policy, Vilnius, Lithuania, 29-30 March 1993, Medical Academy Press, Kaunas, p. 95.
3. Grabauskas V. Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. *Medicina*, t. 33, pr. 11, 1997: 3-10.
4. Lietuvos sveikatos programa, (red. Grabauskas V. et al.), Vilnius, 1998, p.48.
5. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 1998, Vilnius, p. 44.
6. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 1999, Vilnius, p. 49.
7. Grabauskas V. Health policy development in Lithuania: experience and lessons. In: Harrington P. and Ritsatakis A., ed. European Health Policy Conference: opportunities for the future, 5-9 December 1994. Vol.V. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995: 141-150.
8. Grabauskas V. The CINDI Programme in Lithuania – its contribution to national health policy development. In: Harrington P. and Ritsatakis A., ed. European Health Policy Conference: opportunities for the future, 5-9 December 1994, Vol. III. Copenhagen, WHO Regional Office for Euro-

- pe, 1995: 214-218.
9. Equity in Health and Health Care in Lithuania: a situation analysis, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998, p. 95.
  10. Grabauskas V. Health policy development in Lithuania. In: Ritsatakis A. et al., Exploring Health Policy Development in Europe, European Centre for Health Policy, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000: 82-93.
  11. Human Resources for Health. Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems, Egger D., et al, (eds). WHO/EIP/OCD/00.2, WHO, Geneva, 2000: p. 53.
  12. Health – 21: Health for all policy and strategy for Europe in the 21-st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998, p. 286.

# LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠTEKLIAI IR JŲ STRUKTŪRA

*GEDIMINAS ČERNIAUSKAS, socialinių mokslų daktaras*

## MEDICINOS IR KITAS PERSONALAS

Darbuotojai yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos išteklius. Jų skaičius ir pasiskirstymas pagal specialybę atspindėti 1 lentelėje.

*1 lentelė. Užimtumas sveikatos sektoriuje (tūkst. darbuotojų)*

	1992	1994	1996	1998
<b>Gydytojai</b>	14,6	15,0	14,8	14,6
<b>Stomatologai</b>	2,1	1,9	1,7	2,3
<b>Provizoriai</b>		1,5	1,6	2,1
<b>Felčeriai</b>	3,8	3,4	3,3	2,9
<b>Akušerės</b>	1,8	1,8	1,8	1,6
<b>Medicinos seserys</b>	29,3	29,5	29,1	28,1
<b>Kiti darbuotojai</b>	45,9	39,7	45,2	57,0
<b>Iš viso sveikata ir socialinis darbas</b>	<b>103,2</b>	<b>98,2</b>	<b>102,9</b>	<b>108,6</b>

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Lentelės duomenys rodo, kad nei bendrasis darbuotojų skaičius, nei jų procentinė struktūra (bendrasis darbuotojų skaičius yra beveik 100 tūkstančių, todėl procentinė išraiška beveik atitinka lentelėje pateiktas absoliučias reikšmes) reformų laikotarpiu ženkliai nesikeitė. Vienintelis aiškiai mažėjantis specialistų būrys yra felčeriai. Smulkiau dirbančiųjų pasiskirstymą nagrinėsime vėliau, o dabar norime atkreipti skaitytojų dėmesį į sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus dinamiką bendrame užimtumo raidos Lietuvoje kontekste. Bendrasis užimtųjų skaičius 1992-1997 metais Lietuvoje sumažėjo nuo 1 mln. 855 tūkst. iki 1 mln. 669 tūkst., arba beveik 10 procentų. Kadangi užimtųjų skaičius sveikatos sektoriuje saikingai augo, mūsų nagrinėjamo sektoriaus lyginamasis svoris išaugo. 1992 metais sveikatos sektoriuje dirbo apie 5,6%, o 1997 metais - apie 6,4% visų šalies dirbančiųjų. Taip pat augo švietimo, prekybos ir valdymo sektorių darbuotojų lyginamasis svoris, o pastebimai mažėjo dirbančiųjų pramonėje ir statyboje.

Naujausieji Lietuvos statistikos departamento duomenys rodo, kad 1998 ir 1999 metais užimtumo struktūros kitimo tendencijos išlieka beveik nepasikeitusios. Dėl 1999 metų krizės sumažėjo prekybos darbuotojų, bet švietimo ir sveikatos bei socialinio darbo sektorių darbuotojų skaičius didėjo toliau.

**2 lentelė. Užimtumas Lietuvoje pagal veikas (procentais nuo bendro dirbančiųjų kiekio)**

	1992	1993	1995	1997	1999 II ketvirtis
Žemės ūkis, miškininkystė, žuvininkystė	19,6	22,5	23,8	21,8	20,5
Pramonė	28,8	25,7	21,2	20	19,6
Statyba	9,1	7,1	7	7,1	6,7
Transportas ir ryšiai	6,7	5,6	5,8	5,6	6,6
Prekyba, remontas, viešbučiai	10,6	10,8	13,9	16,4	15,7
Valstybės valdymas ir gynimas	2,7	3,2	4,1	4,1	4,3
Švietimas	7,4	7,7	8,8	8,9	10
Sveikata ir socialinis darbas	5,6	5,4	6,2	6,4	6,7

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis ir "Lietuvos ekonominė ir socialinė raida".

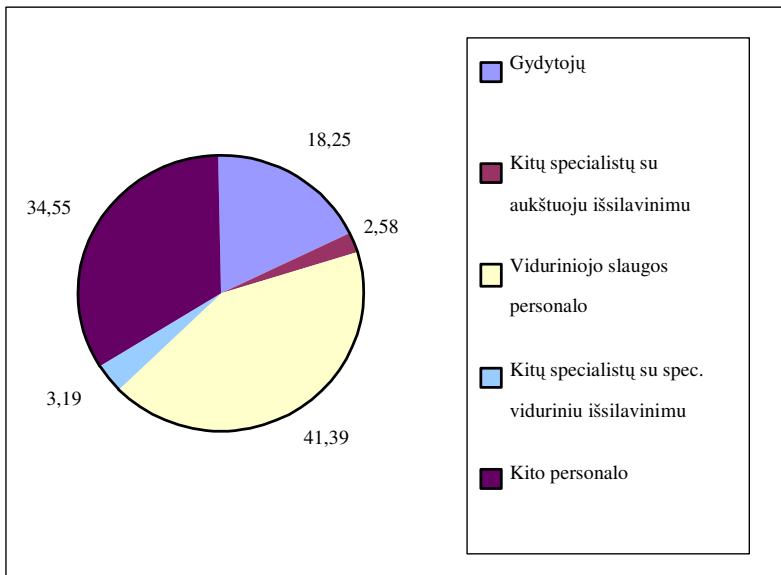
Lietuvos statistikos metraštis duomenų apie užimtumą tik sveikatos sektoriuje nepateikia. Tikėtina, kad iš dalies šio užimtumo augimas paaiškinamas socialinių darbuotojų skaičiaus didėjimu, bet galima neabejojant teigti, kad po 1990 metų sveikatos sektoriaus darbuotojų ženkliai tikrai nemažėjo.

Nuo 1998 metų pradžios ligonių kasos pradėjo kas ketvirtį rinkti informaciją apie privalomojo sveikatos draudimo (PSD) finansuojamų įstaigų darbuotojų skaičių. Ligonų kasų ir Lietuvos statistikos departamento taikomos metodikos ne visiškai atitinka, bet santykiniai rodikliai, matyt, yra palygintini. Toliau pateiktame grafike parodyta užimtumo sveikatos sektoriuje struktūra, nustatyta ligonių kasų turimos informacijos pagrindu.

1 lentelės ir 1 grafiko duomenys rodo, kad gydytojai sudaro kiek mažiau nei penktadalį sveikatos sektoriaus dirbančiųjų. Gydytojai nėra gausiausia medicinos darbuotojų grupė, bet tradiciškai šios grupės raida yra nagrinėjama analizės pradžioje. Daugumoje Vakarų Europos valstybių gydytojų darbo analizei skiriamas pagrindinis dėmesys ne tik dėl išskirtinės šios profesijos vietos gydymo procese, bet ir dėl to, kad gydytojų pajamos sudaro didžiąją dalį darbo jėgos kaštų. Lietuvoje, VLK duomenimis, 1998 metų birželio mėnesį gydytojų darbo užmokestis sudarė 27,2 %, o viduriniojo slaugos personalo - 40,5 % bendrojo įstaigų darbo užmokesčio fondo. 1998 metais visų tipų sveikatos priežiūros įstaigose gydytojų algos augo sparčiau nei slaugos personalo. Tikėtina, kad ši spartesnio gydytojų algų augimo tendencija išliks ir ateityje, o gydytojų algų lyginamasis svoris sveikatos priežiūros kaštuose augs.



**1 paveikslas. Ligonių kasų finansuojamų įstaigų personalo pasiskirstymas 1998 m. birželio 1 d.**



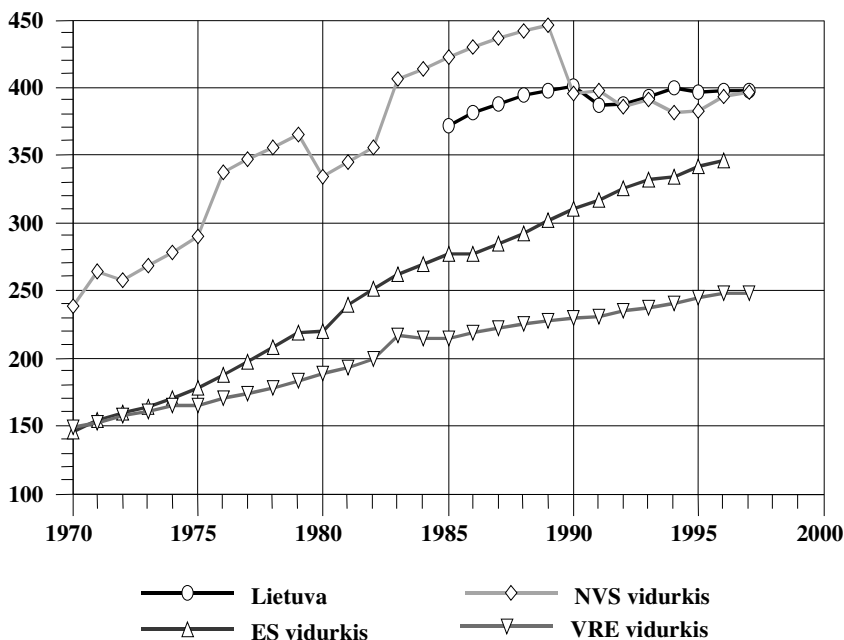
Šaltinis: VLK duomenų bazė.

## GYDYTOJAI, JŲ SKAIČIUS IR RENGIMAS

Gydytojų bendrojo skaičiaus dinamiką per pastaruosius tris dešimtmečius atspindi 2 paveikslas.

Statistiniai duomenys, atspindėti 2 grafike, rodo, kad iki 1990 metų buvusioje TSRS (įskaitant Lietuvą) gydytojų skaičius sparčiai didėjo. ES šalyse gydytojų skaičiaus augimo tempas beveik atitiko tempą NVS šalyse, o VRE šalyse buvo ženkliai mažesnis. Dėl tokios dinamikos 1990 metais Lietuvoje, skaičiuojant vienam gyventojui, buvo maždaug 1,7 karto daugiau gydytojų nei VRE ir 1,3 karto daugiau nei ES valstybėse. Po 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius stabilizavosi, o ES valstybėse augo. Nepaisant to, kad mažėja skirtumas tarp Lietuvos ir besiplečiančio ES regiono valstybių, artimiausią dešimtmetį Lietuva tebebus viena iš daugiausia gydytojų turinčių pasaulio šalių. Ši santykinė gydytojų gausa rodo, jog jų skaičiaus didinimas nėra ir artimiausiais dešimtmečiais nebus tarpe prioritetinių sveikatos priežiūros plėtros uždavinių. Pokario Lietuvai būdingą gydytojų trūkumo problemą dabartiniu metu yra pakeitusi gydytojų profesinės kvalifikacijos kėlimo problema.

**2 paveikslas. Gydytojų skaičius Lietuvoje, ES, TSRS (NVS) bei VRE 1970-1997 metais (gyd. skaičius/10 000 gyventojų)**



Šaltinis: PSO duomenų bazė.

Lietuvoje 1990-1998 metais kelis kartus mėginta sukurti nacionalines nuostatas dėl optimalaus gydytojų šalyje skaičiaus bei politikos kaip ši skaičių keisti ateityje. Rengiant šias nuostatas buvo plačiai nagrinėta gydytojų pasiskirstymas pagal amžių, atliekamas funkcijas, bet sutarti aptariamais klausimais nepavyko, nes nacionalinio lygio dokumentuose nėra fiksuojama nei gydytojų skaičiaus, nei apsirūpinimo jais, nei studentų medikų rengimo aukštosiose mokyklose normatyvų.

Viena iš menko nacionalinių diskusijų dėl medikų skaičiaus rezultatyvumo priešasčių yra prieštaringi diskusijos dalyvių interesai. Jau dirbantys gydytojai ir jų interesams atstovaujanti organizacijos yra ekonomiškai suinteresuoti riboti medikų rengimą. Šių interesų pagrindas yra tai, kad mažesnis gydytojų skaičius, kitoms sąlygoms esant lygioms, užtikrina santykinai aukštesnį gydytojų darbo užmokestį. Aukštosios mokyklos - priešingai, yra suinteresuotos didinti savo teikiamų paslaugų apimtį ir bent jau nemažinti rengiamų gydytojų skaičiaus. Sveikatos apsaugos ministerijos pozicija 1991-1998 metų diskusijų metu dažniausiai buvo nusakoma siekimu riboti naujai rengiamų gydytojų skaičių. Kita vertus, pastaroji pozicija nebuvo absoliuti. SAM aktyviai pasisakė už bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus didinimą bei konkuruodama su kitais sektoriais dėl visuomeninių išteklių beveik neviešindavo savo pasiūlymų riboti gydytojų skaičių. Diskusijos dėl gydytojų skaičiaus mažinimo dažniausiai buvo organizuojamos

santykiškai uždaroje medikų visuomenėje.

Gydytojų rengimo dinamika pateikta 3 lentelėje.

### 3 lentelė. Medicinos darbuotojų rengimas Lietuvoje

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Baigė aukštąsias mokyklas</b>	496	532	620	649	684	655	664	583	458

*Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys.*

Nagrinėjant gydytojų skaičiaus problemas jų darbo paklausos atžvilgiu, pastaraisiais metais pastebimas gydytojų poreikio mažėjimas gydamosios medicinos srityje, bet formuojasi paklausa kitose medicinos sektoriaus dalyse (pvz., darbo vietos asmenims, turintiems gydytojo diplomą yra kuriamos farmacijos sektoriuje). Didėja medikų užimtumas valstybinio valdymo srityje (pvz., privalomojo sveikatos draudimo sistemoje) bei gydytojų emigracija. Minėtos papildomos įsidarbinimo galimybės bei tai, kad specialistų poreikis beveik nesikeitė gydomajame sektoriuje, lėmė, kad pesimistinės gydytojų užimtumo prognozės Lietuvoje nepasitvirtino. 1993-1997 metais vidutiniškai 75 asmenys, įgiję aukštąjį medicininį išsilavinimą, buvo registruoti kaip bedarbiai, bet medikai bedarbiai 1997 metais sudarė tik 1% bedarbių, baigusių aukštąsias mokyklas. Ribotus nedarbo sveikatos sektoriuje mastus rodo ir duomenys apie ankstesnę bedarbių profesinę veiklą. 1997 metais 2,6% bedarbių nurodė, kad darbo neteko dirbdami sveikatos ir socialinio darbo sektoriuje (palyginimui priminsime 2 lentelės duomenis, kad 1997 metais nagrinėjamame sektoriuje dirbo 6,4% darbuotojų).

Esant stabiliam gydytojų skaičiui pagrindiniai kvalifikuotų sveikatos darbo išteklių srities pokyčiai buvo susiję su gydytojų rengimo reforma. Vienareikšmiškai atsakyti į klausimą, ar bendras gydytojų kvalifikacijos lygis Lietuvoje per pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį išaugo, nėra paprasta. Tikėtina, kad pradiname reformų etape 1990-1993 metais šis lygis smuko, nes ankstesnioji kvalifikacijos kėlimo sistema buvo iš dalies suardyta (pvz., neliko galimybių stažuotis reikšmingiausiose Rusijos gydymo įstaigose, panaikintas periodiško kvalifikacijos kėlimo privalomumas), o naujoji sistema sukurta dar nebuvo.

Didžiausias kokybinis pokytis pertvarkant gydytojų rengimą yra 1991-1993 metais Kauno medicinos universitete ir Vilniaus universitete įvesta privaloma rezidentūra. Rezidentūros įvedimas mokymosi trukmės atžvilgiu suvienodino gydytojų rengimą Lietuvoje ir Europos Sąjungos valstybėse. 1991 metais pradėtas bendrosios praktikos gydytojų rengimas taip pat atspindi medikų rengimo priartinimą prie Vakarų Europos tradicijų. Tuo laikotarpiu pradėjo formuotis Lietuvos gydymo įstaigų ryšiai su Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos gydymo įstaigomis bei medicinos universitetais. Teigiamu poslinkiu laikytinas gydytojų profesinių draugijų kūrimasis ir plėtra. Tam, kad būtų galima nustatyti, kiek teigiami gydytojų kvalifikacijos srities pokyčiai persvėrė neigiamus, reikalingi specialūs tyrimai, bet tikėtina, kad 1993-1995 metais prieš reformą buvęs medikų

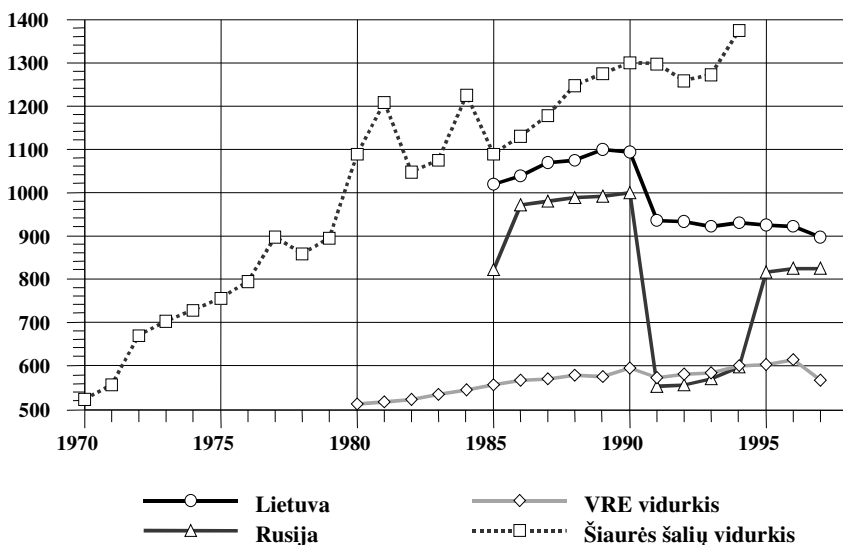
kvalifikacijos lygis buvo atkurtas ir augo vėlesniais metais.

Dalis kvalifikacijos kėlimo srities pokyčių vertintina prieštaringai. Aptariamuoju laikotarpiu ženkliai sustiprėjo farmacijos įmonių ir medicininę aparatūrą gaminančių bei ją prekiaujančių įmonių vaidmuo keliant gydytojų kvalifikaciją. Specialiuose kursuose supažindindami medikus su naujausiais medikamentais ir medicinine įranga šių įmonių atstovai, be abejonės, kelia profesinį gydytojų lygį. Kita vertus, naujųjų technologijų pardavėjai, siekdami finansinių rezultatų, ne visuomet derina pateikiamą informaciją su Lietuvos finansinėmis galimybėmis.

## SLAUGOS PERSONALAS IR JO RENGIMAS

Slaugos personalo dinamika Lietuvoje yra pateikta 3 paveiksle.

**3 paveikslas. Slaugos personalo skaičius Lietuvoje, ES, TSRS (NVS) bei VRE. 1970-1997 metais (skaičius 1000 gyventojų).**



Šaltinis: PSO duomenų bazė.

Grafiko duomenys rodo, kad slaugos personalo kiekis Lietuvoje sparčiai augo iki 1990 metų, o pastarąjį dešimtmetį atsirado šio personalo mažėjimo tendencijos. Dešimtmečio viduryje medicinos seserų skaičius vienam gyventojui buvo artimas Vokietijos ir Rusijos rodikliams, 1,5 karto viršijo VRE vidurkį, bet, kita vertus, sudarė apie 65 proc. Šiaurės šalių vidurkio. Vienareikšmių nuostatų, kiek Lietuvoje turėtų dirbti medicininės slaugos darbuotojų, nėra suformuluota. 3 grafiko duomenys rodo, kad užsienio patirtis rengiant vidurinėsios grandies medicinos specialistus labai prieštaringa ir ją nėra lengva taikyti rengiant nacionalinę politiką. Diskusijų apie sveikatos reformas pradžioje (1987-1989 metai) šalyje vyravo nuomonė, kad slaugos personalo (tuo metu apibrėžiamo kaip vidurinis)

medicinos personalas) santykinai nepakanka. Tokia nuostata, matyt, formavosi dėl to, kad dalis medicinos seserų darbo vietų (etatų) Vilniaus ir Kauno ligoninėse paskutiniaisiais sovietinio laikotarpio metais nebuvo užimta. Kita vertus, jau tuo metu buvo konstatuota, kad kvalifikuotas slaugos personalas dažnai atlieka jam nebūdingas, specialios medicininės kvalifikacijos nereikalingas funkcijas. Vėlesniaisiais metais nacionaliniu lygiu viešų diskusijų dėl bendro slaugos personalo poreikio beveik nebuvo, o faktinį dirbančiųjų vidurinėsios grandies specialistų skaičių lėmė medicinos mokyklų pajėgumai ir gydymo įstaigų paklausa.

Slaugos personalo rengimas pateiktas 4 lentelėje.

#### *4 lentelė. Slaugos darbuotojų rengimas Lietuvoje*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Baigė aukštesniausias mokyklas</b>	2110	2093	773	1741	1558	1314	1008	884	800

*Šaltinis: "Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla".*

Lentelės duomenys rodo, kad slaugos personalo rengimas reformų laikotarpiu sumažėjo beveik perpus. Tikėtina, kad toks ženklus sumažėjimas atspindi ne tik objektyvius sveikatos sistemos poreikius, bet ir žemą slaugos darbuotojų socialinį statusą.

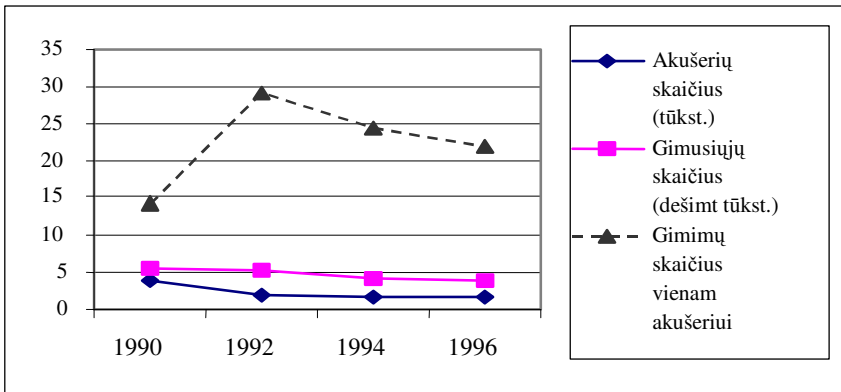
Jau minėta, kad pastarąjį dešimtmetį trūko diskusijų dėl bendro slaugos personalo poreikio ir jo rengimo mastų. Kita vertus, diskusijos apie felčerių vietą Lietuvos sveikatos politikoje vyko visus 10 sveikatos priežiūros reformos metų. 1990-1991 metais Sveikatos apsaugos ministerijoje vyravo nuostata, kad, esant gerai išvystytam ambulatorijų ir poliklinikų tinklui, felčerių paslaugos daugelyje šalis vietovių tampa neberekalingomis. Ši nuostata lėmė tai, kad buvo nutrauktas felčerių rengimas medicinos mokyklose bei jų skaičius 1992 metais sumažėjo iki 58% 1990 metų lygio. 1993 metais daugiausia dėl sveikatos apsaugos ministro J. Brėdikio požiūrio SAM nuostata kardinaliai pasikeitė. Apie felčerus ir medicinos punktus pradėta kalbėti kaip apie vieną Lietuvos sveikatos priežiūros ramsčių. Šis pasikeitimas neatkūrė dirbančiųjų felčerių skaičiaus, bet jo mažėjimą sustabdė. Vėl buvo pradėta rengti felčerus. 1995-1998 metais aiškios SAM nuostatos dėl felčerių nebuvo. Dažniausiai ši profesinė grupė vertinta skeptiškai, tai lėmė pakartotinį felčerių rengimo nutraukimą 1998 metais. Teisės aktuose - priešingai, medicinos punktams skirtas ženklus dėmesys. Šis smulkus paslaugų teikimo padalinys 1996 metais įvardijamas Sveikatos sistemos įstatyme, o iš jo patenka į daugumą poįstatyminių aktų (pvz., tipinius pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos įstatus). Įgyvendinant sveikatos draudimą, medicinos punktams skirtas ypač išskirtinis dėmesys 1997-1998 metais. Tais metais buvo nustatytas papildomas mokėjimas iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų toms gydymo įstaigoms, kuriose yra felčerių paslaugas teikiančių medicinos punktų. Šis mokėjimas dažnai viršydavo medicinos punkto išlaikymo išlaidas ir buvo tapęs ekonominiu stimulu steigti naujus felčerių punktus. 1999 metais minėtą mokėji-

mą įtraukus į įkainį už aptarnaujamus kaimo gyventojus ekonominių stimulų plėsti felčerių punktus nebeliko ir tikėtina, kad felčeriai greitai laiku integruosis į bendrąjį pirminės sveikatos priežiūros tinklą.

Felčeriai buvo reikšminga sveikatos sistemos išteklių dalis visą pokario laikotarpį. Jų funkcijų nenykimas per pastarąjį dešimtmetį yra tarsi vieno iš didelių sveikatos priežiūros istorijos puslapių pabaiga. Daugelį pokario metų felčeriai sudarė medicinos paslaugų kaime pagrindą ir jų veiklos tyrimas yra, be abejo, vertas išskirtinio dėmesio. Reikia pasakyti, kad Lietuvoje daugelio reformų kryptis, net jei jos reformos yra abejotino veiksmingumo (pvz., čekinė privatizacija arba nuvertėjusių indėlių bankuose atkūrimas), pasikeitus vyriausybei nėra keičiama. Felčerių rengimas šiuo atžvilgiu yra išimtis ir iš dalies dėl to jam mūsų analizėje skirtas ypatingas dėmesys.

Pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį ženkliai sumažėjo ir akušerių skaičius. Šios specialistų grupės mažėjimą lėmė tiek tam tikra gydytojų ir slaugos personalo konkurencija dėl darbo krūvių ir pajamų (tokia konkurencija buvo pagrindinė felčerių veiklos siaurėjimo priežastis), tiek ir ženklus gimdymų mažėjimas.

#### 4 paveikslas. Akušerių skaičiaus ir gimimų dinamika



Grafiko duomenys rodo, kad reformų pradžioje akušerių skaičius sumažėjo labai ženkliai, o vėlesniaisiais metais stabilizavosi. Gimimų skaičius vienam akušeriui padidėjo 1992 metais, o vėliau kiek sumažėjo ir pastaraisiais metais stabilizavosi ties 20 gimimų vienam akušeriui. Šis lygis beveik tiksliai atitinka Vidurio ir Rytų Europos vidurkį.

Statistiniai duomenys apie pagrindinių viduriniojo medicinos personalo grupių skaičiaus dinamiką pateikti 5 lentelėje.

**5 lentelė. Vidurinis medicinos personalas pagal specialybes (tūkst.)**

	1990	1992	1994	1996	1998	1998/1990 (%)
<b>Felčeriai</b>	6,57	3,82	3,38	3,27	2,93	44.5
<b>Medicinos laborantai</b>	2,50	3,67	3,65	3,70	3,49	139.6
<b>Akušerės</b>	3,97	1,84	1,76	1,79	1,61	40.6
<b>Medicinos seserys</b>	30,08	29,29	29,51	29,13	28,12	93.5
<b>Kiti darbuotojai</b>	4,21	1,99	1,75	1,69	1,81	43.0
<b>Iš viso</b>	47,32	40,62	40,05	39,59	37,97	80.2

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Felčerių ir akušerių dinamiką jau nagrinėjome. Daugiausia dėl šių specialistų skaičiaus mažėjimo smuko bendrieji apsirūpinimo slaugos personalu rodikliai. Tikėtina, kad artimiausiais metais slaugos personalo mažės toliau. Tokią prognozę lemia keli veiksniai:

1. Lietuva tebėra viena iš daugiausia slaugos personalo turinčių Vidurio ir Rytų Europos valstybių
2. Sveikatos finansavimo reforma skatina gydymo įstaigas mažinti savo išlaidas. Daugeliu atveju atleisti iš darbo slaugos darbuotoją yra paprasčiau nei gydytoją, o dėl nedidelio šių specialistų algų skirtumo lėšų abiem atvejais sutaupoma panašiai.
3. Tikėtina, kad privatizuojant pirminę sveikatos priežiūrą dalis gydytojų, siekdami padidinti savo pajamas, nuspręs dirbti su mažesniu slaugos personalu. Tokia praktika būdinga Pietų Europos valstybėms.
4. Lietuvoje nėra sukurtos stiprios profesinės sąjungos, ginančios slaugos darbuotojų interesus.

## **VIDURINIOJO MEDICINOS PERSONALO RENGIMO REFORMA**

Viduriniojo personalo rengimas pastarąjį dešimtmetį keitėsi ne taip radikaliai kaip gydytojų, bet ganėtinai sparčiai. Jau minėta, kad aptariamuoju laikotarpiu buvo nutrauktas felčerių rengimas. Taip pat reikšminga, kad:

1. Dešimtmečio pradžioje pradėta į medicinos mokyklas priiminti tik vidurinę mokyklą baigusius jaunuolius. Anksčiau studijas pradėti galėjo baigusieji 8 ar 9 vidurinės mokyklos klases.
2. Antroje dešimtmečio pusėje pradėta diegti slaugos personalo mokymo sistema, pirmaisiais metais suteikianti bendras slaugytojui būtinas žinias ir įgūdžius, o specialias žinias akcentuojanti paskutiniuosiuose studijų kursuose. Anksčiau specializacija (akušeris, laborantas, med. sesuo ir pan.) prasidėdavo pirmaisiais studijų metais.
3. Pradėta rengti socialinius darbuotojus, užpildančius spragą, susidarančią tarp medicininių paslaugų ir komunalinių paslaugų (maitinimas, skalbimas).
4. Įvestos aukštojo mokslo studijos slaugos personalo darbuotojams Kauno medicinos universitete. Šis žingsnis atspindi vadybos poreikius gydymo

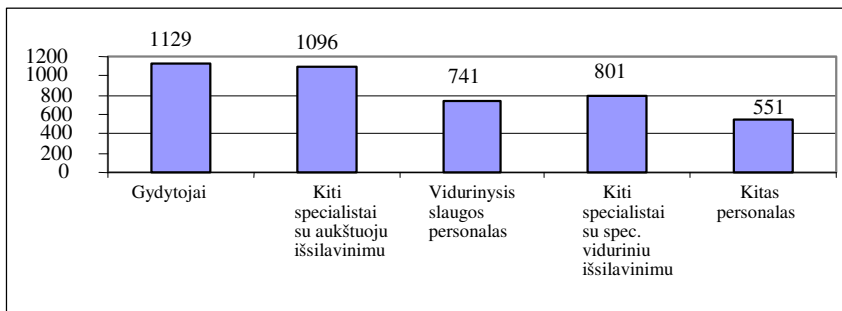
įstaigose, kur vyr. medicinos sesuo atsakinga už dešimčių ar net šimtų vidurinėsios grandies specialistų darbą bei ženklus materialinius išteklius.

Nagrinėdami gydytojų darbo apimtį su tam tikromis išlygomis esame padarę išvadą, kad per pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį dėl gerėjančio gydytojų rengimo ir stabilaus jų skaičiaus bendrieji sveikatos ištekliai augo. Slaugos personalo rengimą gerinti pradėta vėliau nei gydytojų ir iš esmės tai tebedaroma. Slaugos darbuotojų skaičius gana pastebimai mažėjo. Šie argumentai leidžia mums teigti, kad bendra šių išteklių (slaugos personalas) apimtis sumažėjo. Tikėtina, kad nagrinėjamos grupės darbuotojų skaičiaus mažėjimą iš dalies kompensavo pagerėjęs gydymo įstaigų darbo organizavimas ir išaugusi darbinė moralė. Specialūs tyrimai turėtų parodyti, ar tikrai pastaraisiais (1995-1999) metais gerėjo darbo organizavimas ir darbo drausmė bei kokios buvo pokyčių priežastys. Prie specialistų išteklių panaudojimo dar sugrįšime, nagrinėdami išteklių panaudojimo efektyvumo pokyčius.

### KITAS PERSONALAS BEI JO KVALIFIKACIJOS KĖLIMAS

Kaip buvo nurodyta 1 lentelėje ir 1 grafike, asmenys, neturintys aukštojo ar aukštesniojo medicininio išsilavinimo sudaro apie 40% sveikatos sektoriaus darbuotojų. Iš šių 40% apie 6 procentiniai punktai tenka ne medicinos specialistams, įgijusiems aukštąjį arba aukštesnįjį išsilavinimą ir apie 30% - žemesnės kvalifikacijos aptarnaujančiam personalui.

**5 paveikslas. Vidutinis sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokestis 1998 m. birželio mėn. (litas)**



Šaltinis: VLK duomenų bazė.

5 grafiko duomenys rodo įvairių profesinių grupių privalomojo darbo užmokesčio santykį draudimo lėšomis finansuojamame sveikatos sektoriuje. Pateikti duomenys atspindi ne tik pajamų skirtumus, bet ir šių grupių reikšmę sveikatos priežiūros įstaigų veikloje. Tai, kad inžinierių, ekonomistų ir kitų aukštąjį išsilavinimą įgijusių specialistų algos beveik sutampa su gydytojų algomis, rodo santykinai aukštą specialistų ne medikų statusą gydymo įstaigose. Jei algas laikytume pagrindiniu socialinio statuso rodikliu, ne medikai, įgiję specialųjį vidurinį išsilavinimą, yra vertinami aukščiau nei medicinos seserys. Santykinai aukštus



nagrinėjamos grupės atlyginimus paaiškina ne tik šių darbuotojų darbo įstaigų administracijoje ir aptarnaujančiuose padaliniuose reikšmingumas, bet ir bendra darbo rinkos situacija. Gydomo įstaigos dėl inžinierių ir ekonomistų konkuruoja su privačiomis įmonėmis bei valstybės valdymo įstaigomis.

1989-1999 metais buvo daug diskutuota, koks optimaliomis sąlygomis turėtų būti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų bazinis išsilavinimas ir kaip šie asmenys turėtų kelti savo kvalifikaciją. Šios diskusijos ir bendras sutarimas, kad vadovo darbas nėra tolygus gydytojo darbui arba įsakymų rengimui, turėjo įtakos sprendimams įvesti privalomąjį draudimą kaip pagrindinę visuomeninio sveikatos sistemos valdymo formą bei pradėdant rengti visuomenės sveikatos vadybos specialistus Kauno medicinos universitete. Kita vertus, valdymo praktikoje visiškai išsilaikė sovietiniu laikotarpiu nusistovėjusi taisyklė, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros įstaigų bei visos sistemos valstybinio valdymo atstovai turi turėti medicininį išsilavinimą. 1999 metais, kaip ir 1989 metais, visi ligoninių, poliklinikų ir pirminės sveikatos priežiūros centrų pirmieji vadovai buvo asmenys, įgiję aukštąjį medicininį išsilavinimą. 1999 metais Valstybinės ligonių kasos bei visų 10-ies teritorinių ligonių kasų direktoriai buvo medikai pagal bazinį išsilavinimą. Aptariama taisyklė iš dalies teisiškai įtvirtinta Sveikatos sistemos įstatyme numatant, kad už sveikatos priežiūros valdymą apskrityse ir savivaldybėse atsakingi atitinkamos apskrities ar savivaldybės gydytojai.

Bendro medikų vyravimo, valdant sveikatos priežiūrą, išimtis buvo apie metus 1998-1999 metų sandūroje trukęs p. Mindaugo Stankevičiaus darbas sveikatos apsaugos ministru. Ši išimtis yra unikali visame postsovietiniame regione.

Tipiškas regionui buvo bendras sveikatos priežiūros sistemos vadybininkų susidomėjimo vadybos studijomis augimas. Reformų pradžioje bendras vadybos lygis sveikatos sektoriuje, kaip ir daugumoje ekonomikos sferų, smuko. Buvo sunaikinta senoji vadybininkų rengimo sistema dar nesukūrus jos pakaitalo bei nepagrįstai dažnai kaitaliojant įstaigų, ypač valstybinio valdymo įstaigų, personalą. 1991-1995 metais vadybos studijos sveikatos sektoriuje beveik išimtinai rėmėsi Vakarų Europos valstybių finansuojamais bei užsienio specialistų dėstomais trumpalaikiais kursais. 1995-1999 metais pradėta rengti visuomenės sveikatos vadybininkus Kauno medicinos universitete, parengtos kvalifikacijos kėlimo programos su vadybos elementais Kaune ir Vilniuje, daugiausia Sveikatos ekonomikos centro pastangomis prasidėjo vadybinės literatūros leidyba Lietuvoje. Subalansuota sveikatos sektoriaus vadybininkų rengimo ir jų kvalifikacijos kėlimo sistema Lietuvoje dar nėra parengta. 1998 metais, finansuojant Pasaulio Bankui, buvo formuluojamos pirmosios nacionalinės šios sistemos kūrimo nuostatos. 1999 metais, finansuojant Europos Sąjungai, šios nuostatos buvo gilinamos, bet nacionaliniu lygiu nebuvo galutinai apsispręsta dėl daugelio esminių dalykų:

Kokio pobūdžio bazinis išsilavinimas reikalingas vadybininkams.

Ar universitetinis rengimas, ar vadybininkų kvalifikacijos kėlimas turi būti šios sistemos pagrindas artimiausią dešimtmetį.

Ar sveikatos sektoriaus vadybininkų kvalifikacijos kėlimas yra išimtinė universitetų (ypač medicininių) privilegija, ar tai mokymas, kurį mokymo paslaugų rinkoje gali siūlyti tiek universitetai, tiek ir konsultacijų firmos.

Kita vertus, tyrimai, atlikti 1999 metais sudaro galimybę kiekybiškai išreikšti dalį sveikatos sektoriaus vadybininkų veiklos parametrų bei numatyti kai kurias sprendimas problemas. Tyrimų metu, apklausiant sveikatos priežiūros vadybininkus, buvo siekiama išsiaiškinti, kokia vadybos kultūra ir kokios kvalifikacijos kėlimo formos vyrauja Lietuvoje. Taip pat buvo siekiama nustatyti įstaigų vadovų bei vyriausiųjų finansininkų požiūrį į tai, kokios vadybos mokymo formos yra efektyviausios. Pagrindinė šio tyrimo ataskaita įtraukta į PHARE 1998-1999 metų projektą "Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje" ir ją galima rasti internete. Toliau pateikiami apdoroti 1998-1999 metų žiemą atliktos apklausos dalyvių atsakymai į klausimus. Apklausa buvo atlikta paštu siunčiant anketas, į kurių klausimus prašyta atsakyti ligoninių bei poliklinikų administracijos vadovų. Iš 65 įstaigų gauti atsakymai reprezentatyviai atspindi rajonų centrinių ligoninių (atsakė beveik 50 proc. įstaigų) ir atspindini kitų sveikatos priežiūros įstaigų vadybinį potencialą. Visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadybinis potencialas yra saikingas. Į anketos klausimus atsakiusias įstaigas sąlyginai suskirsčius į stambias, vidutines ir mažas, matyti, kad jų administracijos branduolį sudaro 3-6 žmonės.

Vadybininkų sluoksnio struktūra pateikta 5.1 lentelėje. "+" reiškia, kad atitinkama pareigybė įstaigoje yra.

### 5.1 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų administracija

	Vadovas	Vyr. buhalteris (finansininkas)	Pav. slaugai (vyr. sesuo)	Pav. medicinai	Pav. ūkiui	Pav. ekonomikai
<b>Stambios</b>	+	+	+	+	+	+
<b>Vidutinės</b>	+	+	+	+	+	-
<b>Mažos</b>	+	+	+	-	-	-

Lentelės duomenys (atsižvelgiant į tai, kad vyr. buhalteriai daugiausia atlieka ne finansų vadybos, o sąskaitybės bei atskaitomybės rengimo funkcijas) rodo, kad prioritetas įstaigose teikiamas personalo vadybai. Šios išvados pagrįstumą patvirtina informacija apie vadybininkų kvalifikaciją bei šios kvalifikacijos kėlimą.

**5.2. lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų vadybininkų kvalifikacija**

	Vadovas	Vyr. buhalteris (finansininkas)	Pav. slaugai (vyr. sesuo)	Pav. medicinai	Pav. ūkiui	Pav. Ekonomikai
<b>Išsilavinimo tipas</b>	Medicininis	80 % ekonominis-finansinis	Medicininis	Medicininis	80% inžinerinis	60% ekonominis finansinis
<b>Išsilavinimo lygis</b>	Aukštasis	50% aukštasis 50% spec. vidurinis	10%. Aukštasis 90 % spec. vidurinis	Aukštasis	50% aukštasis 50% spec. vidurinis ir žemesnis	60% aukštasis 40% spec. vidurinis
<b>Bendrasis darbo stažas</b>	23,4	22,7	25,4	21,4	25,8	20,0
<b>Stažas einant dabartines pareigas</b>	7,3	7,1	10,3	6,3	6,9	7,5

**5.3. lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų vadybininkų kvalifikacijos kėlimas pagal žinių pobūdį 1997-1998 metais (vidutiniškai dienomis vienam vadybininkui)**

	Vadovas	Vyr. buhalteris (finansininkas)	Pav. slaugai (vyr. sesuo)	Pav. medicinai	Pav. ūkiui	Pav. Ekonomikai
<b>Bendroji vadyba</b>	6,1	0,2	3,3	1,9	-	-
<b>Ekonomika ir finansai</b>	1,6	8,2	0,1	0,2	0,0	7,4
<b>Teisė</b>	0,7	0,2	0,1	0,2	-	0,3
<b>Medicina</b>	16,0	0,1	17,1	17,7	0,1	0,2
<b>Kita</b>	0,6	0,6	1,9	2,9	2,4	3,5
<b>Iš viso</b>	25,0	9,3	22,5	22,9	2,5	11,4

5.2 ir 5.3 lentelės rodo, kad:

- Įstaigų vadovų tarpe absoliučiai vyrauja gydytojo profesiją turintys asmenys;
- Visi medicininę kvalifikaciją turintys vadybininkai (vadovai, jų pavaduotojai medicinai, vyr. seserys) daugiau nei 60 procentų kvalifikacijai kelti skirto laiko plėtoja savo bazinę medicininę kvalifikaciją.
- Beveik 50 procentų finansų bei materialinės infrastruktūros vadybininkų neturi universitetinio išsilavinimo, be to šie specialistai kvalifikacijai kelti skiria perpus mažiau laiko nei vadovai medikai.
- Apklausos duomenimis, nė vienas pavaduotojas ekonomikai 1997-1998 metais negavo bendrosios vadybos, o pavaduotojas ūkiui - teisinių žinių. Šį faktą galima komentuoti įvairiai, bet tikėtina, kad jis atspindi žemą ne medikų statusą sveikatos priežiūros sistemos vadybinėje piramidėje.

**5.4. lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų vadybininkų kvalifikacijos kėlimas pagal mokymosi formą 1997-1998 metais (mokymų skaičius vienam vadybininkui)**

	Vadovas	Vyr. buhalteris (finansininkas)	Pav. slaugai (vyr. sesuo)	Pav. medikai	Pav. ūkiui	Pav. ekonomikai
Kursai universitete	0,5	0,1	0,2	0,4	-	0,0
Stażuotė užsienyje	0,2	0,0	0,1	0,1	-	-
Neuniversitetiniai kursai	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3
SAM ir kitų valstybinių institucijų mokomieji renginiai	0,6	0,5	0,7	0,6	0,2	0,5
Savišvieta ir bendravimas su kolegomis	0,6	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5
Iš viso	2,7	1,4	1,9	1,9	0,8	1,3

Nėra lengva interpretuoti tai, kaip respondentai atsakinėjo apie savo kvalifikacijos kėlimą savišvieta forma, bet vertinant kitus atsakymus galima pasakyti, kad atsakymai, rodantys, jog vadovai medikai yra monopolizavę brangesnias mokymo formas, gali būti vertinami kaip patvirtinantys išvadas, pateiktas aptariant 5.2-5.3 lentelių duomenis. Duomenys rodo ir tai, kad Lietuvoje nepakankamai išvystytos neuniversitetinio mokymo formos.

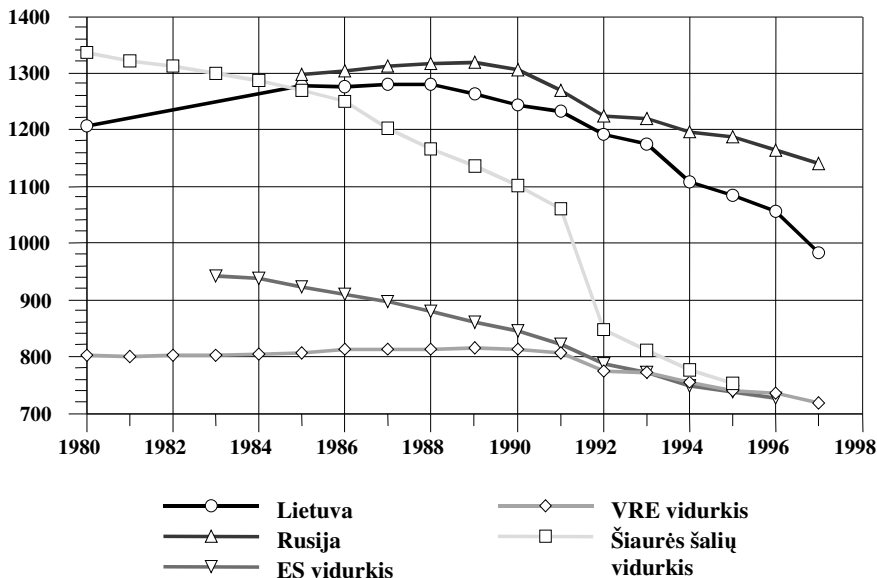
Prie vadybininkų darbo problemų dar grįšime, nagrinėdami bendrąjį sveikatos sistemos valdymą, o dabar aptarsime gydymo įstaigų išteklių raidos dinamiką pirmuoju nepriklausomybės dešimtmečiu.

### **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠTEKLIAI, SUKAUPTI LIGONINIŲ SEKTORIJE (LIGONINIŲ LOVŲ SKAIČIUS, DINAMIKA, PASISKIRSTYMAS)**

Vienu didžiausių 20-o amžiaus pradžios ir vidurio sveikatos paslaugų skirtumų buvo išplėtotas ligoninių sektorius. Ligoninių skaičiaus ir jų potencialo augimas daugelį metų buvo suvokiamas kaip akivaizdaus sveikatos priežiūros progreso rodiklis. Ligoninių potencialas yra stacionarinio sektoriaus darbo, materialinių, finansinių ir organizacinių išteklių sąveikos rezultatas. Kompleksiškai išmatuoti ligoninių potencialą bei palyginti pagal šį kriterijų įvairias valstybes sudėtinga. Kad būtų paprasčiau lyginti, tarptautinėje praktikoje pagrindiniu stacionarinio sektoriaus potencialo rodikliu laikomas lovų skaičius ir su juo susiję išvestiniai rodikliai (pvz., ligoninių lovų skaičius 1000 gyventojų). Daugelyje šalių šis rodiklis yra labai reikšmingas nacionalinių sveikatos priežiūros tinklo išvystymo planų elementas.

6 paveiksle pateikiamas lovų skaičiaus Lietuvoje dinamika, palyginant su Europos regionų statistiniais rodikliais.

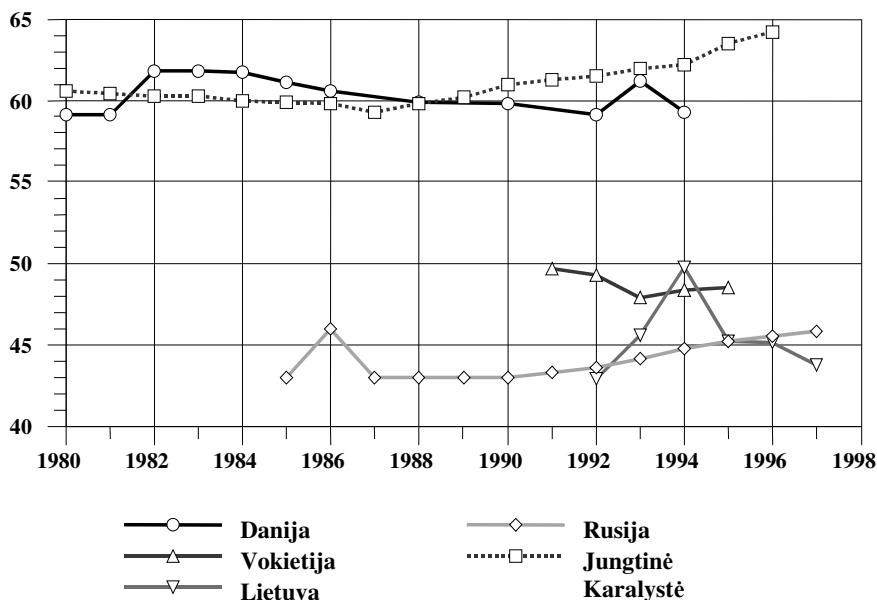
### 6 paveikslas. Lovų skaičius Europos regione (100 000 gyventojų)



Šaltinis: PSO duomenų bazė.

Požiūrio į lovų skaičiaus dinamiką pasikeitimas yra vienu iš ryškiausių mąstymo stereotipų kaitos sveikatos sektoriuje pavyzdžių. Pokario metais didėjanti lovų ligoninėse skaičių dauguma sveikatos priežiūros organizatorių bei šio sektoriaus analitikų laikė neabejotinos pažangos ženklu. 1970-1980 metais bendras lovų skaičiaus didėjimas Europoje liovėsi. Jis šiuo laikotarpiu mažėjo Vakarų Europoje, bet dar didėjo buvusioje TSRS ir nuo jos priklausančiose valstybėse. 1980-1990 metais lovų skaičiaus didėjimas baigėsi Vidurio ir Rytų Europos valstybėse, bet tebesitęsė buvusioje TSRS. Paminėti aptariamojo rodiklio dinamikos skirtumai lėmė TSRS pirmavimą pagal 1000 gyventojų tenkantį lovų skaičių. Po 1990 metų lovų skaičius mažėjo visose postsovietinėse valstybėse. Priešingai nei prieš 30 metų, dabar dažnai pasigirsta pasisakymų, kad lovų ligoninėse skaičiaus mažinimas yra vienas iš tiksliausių sveikatos priežiūros reformos veiksmingumo rodiklių. Įvykęs kardinalus nuostatų dėl optimalaus ligoninių lovų skaičiaus pasikeitimas atspindi ambulatorinės pagalbos bei visuomenės sveikatos įtakos bendram sveikatinimo procesui išaugimą pastaraisiais dešimtmečiais. Kita vertus, lovų skaičius pastaraisiais dešimtmečiais Europoje mažėja augant arba bent jau išliekant stabiliai bendrai stacionarinės sveikatos priežiūros išteklių apimčiai. Pastarasis faktas rodo, kad lovų skaičius pastaraisiais metais nebeatlieka integruojančio sveikatos išteklių, priklausančių stacionariniam sektoriui, rodiklio funkcijos.

**7 paveikslas. Bendrojo šalies gydytojų skaičiaus dalis, tenkanti ligoninėse dirbantiems gydytojams (%)**



Šaltinis: PSO duomenų bazė.

7 grafike pateikti duomenys rodo, kad daugumoje Europos valstybių mažėjant lovų skaičiui bendrojo šalies gydytojų skaičiaus dalis, tenkanti ligoninėse dirbantiems gydytojams išlieka pastovi. Jungtinėje Karalystėje ir Danijoje (šalyse, kurios tradiciškai laikomos pirminės sveikatos priežiūros plėtros lyderėmis) ligoninėse dirba apie 60 procentų visų gydytojų ir atitinkamai suvartojama apie 60-70% visų sveikatos priežiūros išteklių. Valstybių statistiniai duomenis nėra visiškai palyginami, nes ligoninėse yra iš dalies teikiama specializuota ambulatorinė pagalba, bet šios pagalbos teikimo mastai nėra vienodi įvairiose valstybėse. Kita vertus, grafike parodytas ligoninių aprūpinimo personalu Lietuvoje atsilikimas nuo Danijos ir Jungtinės Karalystės yra ganėtinai reikšmingas bent jau tam, kad būtų galima skeptiškai vertinti kartais diskusijose išsakomus kategoriškus teiginius, jog ligoninių sektorius, kad ir kaip bežiūrėtum, ištekliais apsirūpinęs pernelyg gerai, lyginant su ambulatoriniu sektoriumi.

Net ir atsiribojant nuo ligoninių lovų skaičiaus, kaip integruojančio stacionarinio sektoriaus išteklių rodiklio, šio rodiklio reikšmė planuojant ir valdant sveikatos sektorių išlieka didelė. Sveikatos priežiūros sistemos turi užtikrinti, kad asmenys, kuriems indikuotinas stacionarinis gydymas, tokį gydymą gautų. Vertinant gyventojų skaičiaus ir lovų pakankamumo santykio kitimą kaip pusiausvyros tarp stacionariųjų paslaugų poreikių (paklausos) ir šių paslaugų teikimo (pa-

siūlos) nusistatymo procesą, galima mėginti nustatyti optimalų ligoninių lovų skaičių šalyje. Šis skaičius yra sąlygojamas mediciniškai indikuotinių hospitalizacijų skaičiaus (Q), padauginto iš vidutinės gydymo trukmės (VGT) ir padalinto iš optimalaus lovos užimtumo per metus (U). Savo ruožtu, mediciniškai indikuotinių hospitalizacijų skaičius Q yra sąlygojamas gyventojų skaičiaus šalyje (G) ir mediciniškai indikuotinių hospitalizacijų skaičiaus vienam gyventojui per metus (Hi).

1 formulė

$$\text{Lovų skaičius} = \frac{Q \times VGT}{U} = \frac{G \times Hi \times VGT}{U}$$

Ši paprasta formulė realiame gyvenime tampa sunkiai nustatoma, nes nėra lengva apibrėžti hospitalizacijos kriterijų, o juos apibrėžus - pasiekti, kad pacientai ir medikai šių kriterijų laikytųsi. Jei nustatydami mediciniškai indikuotinių hospitalizacijų skaičiaus vienam gyventojui per metus rodiklį (Hi) laikytumės daugiamečio šalies vidurkio - 0,20 hospitalizacijų vienam gyventojui per metus, - VGT nustatytume lygią 10 dienų (skaičius artimas faktiniams 1999 metų rodikliams), o optimalų lovos užimtumą per metus - 270 dienų, gautume, kad optimalus lovų skaičius Lietuvoje turėtų būti 27 400, arba 74 lovos 10 000 gyventojų. Jei nustatydami mediciniškai indikuotinių hospitalizacijų skaičiaus vienam gyventojui per metus rodiklį (Hi) laikytumės Vakarų Europos vidurkio (0,17), o kitų prielaidų nekeistume, - lovų skaičius Lietuvoje turėtų būti 23 300, arba 63 lovos 10 000 gyventojų. Papildę pastarąją prielaidą siekiu, kad kiekviena lova būtų užimta 290 dienų, gautume lovų skaičiaus normatyvą, lygų 59 lovoms 10 000 gyventojų. Reikia atkreipti dėmesį, kad Europos sąjungos šalyse 1995 metais 10 000 gyventojų teko apie 70 lovų.

Lovų skaičius Lietuvoje per pastaruosius 10 metų ženkliai sumažėjo (6 lentelė), o anksčiau pateikti skaičiavimai rodo, kad tikėtinas ir tolimesnis aktyvaus gydymo lovų skaičiaus mažėjimas. Kita vertus, kaip matyti iš 1 formulės, pagrindinė gydymo technologijų sąlygota lovų skaičiaus kitimo priežastis yra VGT mažėjimas. Jį sąlygoja geresnis išteklių ligininėse panaudojimas bei didesnės išteklių apimties koncentravimas likusioms lovoms. Pastarasis faktas rodo, kad lovų skaičiaus mažėjimas automatiškai nereiškia bendrųjų stacionarinio sektoriaus naudojamų išteklių mažėjimo.

Bendrieji stacionarinio sektoriaus išteklių bus nagrinėjami vėliau. O dabar norėtumėsi dar kartą grįžti prie lovų skaičiaus dinamikos. Šis rodiklis netiksliai atspindi bendrųjų stacionarinio sektoriaus išteklių dinamiką, bet, kita vertus, pakankamai korektiškai nusako išteklių pasiskirstymą stacionarinio sektoriaus viduje.

6 lentelė. Lovų skaičius ligoninėse pagal specializaciją (metų pabaigoje, tūkst.)

	1990	1992	1994	1996	1998	1998/1990 (%)
<b>Terapijos</b>	11,9	12,0	11,2	9,2	6,5	54,6
<b>Chirurgijos</b>	7,5	7,6	7,2	6,9	6,4	85,3
<b>Onkologijos</b>	1,2	1,2	1,3	1,2	1,1	91,7
<b>Otolaringologijos</b>	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	70,0
<b>Akušerijos</b>	2,8	2,8	2,4	2,2	1,8	64,3
<b>Ginekologijos</b>	2,1	2,2	1,8	1,7	1,4	66,7
<b>Neurologijos</b>	2,9	3,2	3,0	3,1	2,2	75,9
<b>Dermatovenerologijos</b>	1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	50,0
<b>Infekcinės</b>	2,9	2,1	1,9	1,7	1,3	44,8
<b>Tuberkuliozės</b>	2,4	2,4	2,1	2,1	1,9	79,2
<b>Pediatrijos</b>	3,0	2,7	2,5	2,3	1,9	63,3
<b>Psichiatrijos</b>	6,1	5,5	4,9	4,4	4,1	67,2
<b>Slaugos</b>	0			1,4	3,4	
<b>Iš viso</b>	46,2	44,6	41,3	39,2	35,6	77,1

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.

Kaip matome iš lentelės, 1990-1992 metais lovų skaičius mažėjo tik infekcinių, pediatrijos ir psichiatrijos skyrių lovų sąskaita. 1992-1996 metais lėtai, bet nuosekliai mažėjo daugumos specialybių lovų skaičius. 1996-1998 metais šis mažėjimas tęsėsi, bet ypač ženklus buvo terapinių lovų skaičiaus mažėjimas, iš dalies paaiškinamas terapinių lovų reorganizavimu į slaugos lovas. Reikia atkreipti dėmesį, kad jau 1990 metais iš dalies atsisakyta ligoninių finansavimo, atsižvelgiant į lovų skaičių. Iki įvedant privalomąjį sveikatos draudimą šis ryšys dalinai dar egzistavo, nes nuo lovų skaičiaus priklausė etatų skaičius, o pastarasis lėmė rajoninių ligoninių finansavimą. Galutinai ryšys tarp turimų lovų skaičiaus ir bendros finansavimo apimties buvo modifikuotas 1997 metais.

Aptariamuoju laikotarpiu jau 1990-1991 metais buvo suformuluota nuostata, kad naujos ligoninės neturi būti statomos, bei daug diskutuojama apie dalies ligoninių uždarymą. Iš dalies ši nuostata buvo realizuota, sustabdant naujų gimdymo namų statybą Vilniuje bei sanatorijų plėtrą. Kita vertus, gausios lėšos, investuotos į naujų korpusų statybą Mažeikiuose bei naujos ligoninės statyba Anykščiuose, rodo, kad griežtos politikos dėl investicijų laikomasi nebuvo. Per pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį nebuvo uždaryta nė viena savarankiška ligoninė. Lovų skaičius daugiausia buvo mažinamas mažinant lovų skaičių palatose. Savo ruožtu, prielaidas lovų skaičiui palatose mažinti sudarė ženkliai sutrumpėjusi vidutinė gydymo ligoninėje trukmė.

Kaip panaudojamas ligoninių potencialas, pasakojama kitame poskyryje.

Lietuvoje skelbiama periodinė statistika neleidžia tiksliai atsakyti, kiek per dešimtmetį keitėsi bendrieji ligoninių išteklių, neatspindimi apsirūpinimo lovomis rodiklio. Dėl statistikos ribotumo apsiribosime tik rodiklių, kurių kompleksinis vertinimas suteiktų galimybę nustatyti ligoninių sektoriaus išteklius, apžvalga.



<b>Ištekliai</b>	<b>Rodiklio rūšis</b>	<b>Būklė 2000 metų pradžioje</b>	<b>Pastabos</b>
<b>Darbo ištekliai</b>	Ligoninių darbuotojų skaičius	Nuo 1998 metų PSD duomenų bazėje duomenys kaupiami kas ketvirtį	Duomenys neišskiria ambulatorines paslaugas bei nemedicininės paslaugas teikiančių darbuotojų
	Darbuotojų pasiskirstymas	Tas pats	Tas pats
<b>Materialiniai ištekliai</b>	Lovų skaičius ir struktūra	Viešai skelbiami metiniai duomenys	
	Intensyvaus gydymo lovų skaičius		Nėra tikslaus aparatūros, reikalingos intensyvaus gydymo lovų funkcionavimui užtikrinti apibrėžimo. Dėl sparčios techninės pažangos skirtingų metų rodikliai sunkiai palyginami
	Ligoninių patalpų plotas ir tūris	Reikalingi specialūs tyrimai, kuriuos vertėtų kartoti kas dvejus metus	Pakanka atrankinio tyrimo. Nebūtina tirti visas įstaigas
	Didžiųjų aparatų skaičius (litoriptoriai, angiografai, MG ir t.t.)	Duomenys periodiškai nėra skelbiami	Duomenis galėtų skelbti Sveikatos informacijos centras
	Mažesniųjų aparatų skaičius (inkubatoriai, ultragarso aparatai ir pan.)	Reikalingi specialūs tyrimai, kuriuos vertėtų kartoti kas dvejus metus	Pakanka atrankinio tyrimo. Nebūtina tirti visas įstaigas
	Pagrindinės aparatūros vidutinis naudojimo laikas	Reikalingi specialūs tyrimai, kuriuos vertėtų kartoti kas dvejus metus	Pakanka atrankinio tyrimo. Nebūtina tirti visas įstaigas
<b>Finansiniai rodikliai</b>	Stacionarinių paslaugų valstybinio finansavimo apimtys	Nuo 1998 metų PSD duomenų bazėje duomenys kaupiami kas ketvirtį	
	Stacionarinių paslaugų privataus finansavimo apimtys	Nuo 1998 metų PSD duomenų bazėje kas ketvirtį duomenys kaupiami	Neišskiriami mokėjimai ligoninėms už nestacionarines paslaugas bei neatspindimi nelegalūs mokėjimai
	Investicijų į ligoninių sektorių apimtys	Statistikos departamentas skelbia tik bendrus investicijų į sveikatos ir socialinio darbo sektorių rodiklius	Investicijų į sveikatos sektorių struktūrą būtų galima nagrinėti kas dvejus metus
	Ligoninių turtas ir jo struktūra	Nuo 1998 metų PSD duomenų bazėje duomenys kaupiami kas ketvirtį	Yra spręstina ilgalaikio turto apskaitos problema. Šis turtas daugiausia atspindimas steigėjų, o ne įstaigų balansuose

Daugumą vertinimui reikalingų finansinių bei darbo išteklius nusakančių rodiklių PSD sistema jau kaupia. Ankstesniųjų metų duomenis reikėtų atkurti eksperto modelio pagrindu. Gauta informacija padėtų atsakyti į daugelį klausimų:

- Kaip keičiasi ligoninių išteklių lyginamasis svoris sveikatos sektoriuje
- Kokia bendrojo vidaus produkto (BVP) dalis tenka ligoninių finansavimui ir kaip ji kinta
- Kiek darbuotojų tenka vienai stacionarinei lovai bei vienam ligoniui ir pan.

Jau kelerius metus Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija (kaip ir daugelio mūsų regiono valstybių profilinės ministerijos) deklaruoja siekį perskirstyti sveikatos priežiūros išteklius iš ligoninių sektoriaus pirminei sveikatos priežiūrai. Neturint atsakymų į ką tik įvardintus klausimus, negalima atsakyti, ar šios nuostatos pasiekia tikslą.

Atsižvelgiant į tai, kad ligoninės uždarnos nebuvo, akivaizdžiai nemažėjo darbuotojų skaičius ligoninėse, o apsirūpinimas medicinine įranga, tikėtina, tapo geresnis arba bent jau nesmuko, galima teigti, kad išteklių, tenkančių vienai gydymo lovai, per pirmąjį nepriklausomybės dešimtį padaugėjo.

### **LIGONINIŲ IŠTEKLIŲ PANAUDOJIMAS (VGT, HOSPITALIZACIJŲ SKAIČIUS, LOVADIENIŲ SKAIČIUS, MEDICININIO VEIKSMINGUMO DINAMIKA)**

Jau aptarėme faktą, kad 1990 - 1999 metais kardinaliai pasikeitė lovų skaičiaus ligoninėse dinamika. Didėjimas, vykęs visą šimtmetį sustojo bei prasidėjo ženklus lovų skaičiaus mažėjimas. Dabar panagrinėkime, kaip keitėsi suteiktų stacionariųjų paslaugų apimtis.

*7 lentelė. Pagrindiniai stacionariųjų paslaugų apimtys ir efektyvumo rodikliai*

	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1998/ 1990 (%)
<b>Hospitalizacijų skaičius (100 gyventojų)</b>	19,1	20,2	21,6	18,6	20,7	20,80	21,81	24,17	129,9
<b>Lovadienių skaičius (100 gyventojų)</b>	361	394	402	333	304	291	281	283	78,4
<b>Vidutinė gydymo trukmė (dienomis)</b>	18,9	19,5	18,6	17,9	14,7	14,0	12,9	11,7	65,4
<b>Lovos užimtumas (%)</b>	92,6	92,5	91,5	76,5	76,3	75,87	76,82	80,44	105,2

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Kaip matoma iš lentelės, 1975 - 1985 metais vidutinė gydymo trukmė buvo

stabili, beveik nesikeitė ir lovos užimtumas. 1975 -1985 metais hospitalizacijų skaičius 100 gyventojų padidėjo 13% ir šis padidėjimas lėmė maždaug 65% lovų skaičiaus augimo. Kitus 35% lėmė gyventojų skaičiaus Lietuvoje didėjimas. Po 1990 metų ligoninių sektoriaus pokyčiai tapo žymiai spartesni. Ypač yra pažymėtinas vidutinės gydymo trukmės (VGL) sumažėjimas nuo 17,9 dienos 1990 metais iki 11,7 dienos 1998 metais. Atsižvelgdami į toki radikalų VGL pasikeitimą, kurį galima įvardyti kaip kokybinį gydymo ligoninėse technologijos lūžį, jį panagrinėsime kiek detaliau.

#### 8 lentelė. VGL dinamika 1990-1998 metais

	1990	1992	1994	1994/1990 (%)	1996	1998	1998/1996 (%)
<b>Vidutinė gydymo trukmė (dienomis)</b>	17,9	17,1	16,0	89,4	14,0	11,7	83,6

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Suskaldžius reformų laikotarpį į 4 periodus po 2 metus matyti, kad VGL trumpėjimas vis greitėjo ir maksimumą pasiekė 1996-1998 metais. Per pastaruosius 2 metus, kuomet buvo pradėta ligoninių sektoriuje įgyvendinti sveikatos draudimo sistema, VGL sutrumpėjo 2,3 dienos. Lietuvoje nėra išsamiai nagrinėtos priežastys, lėmusios toki ženklių VGL sumažėjimą. Kelis veiksnius, kurie galėjo padaryti įtaką VGL dinamikai, galima įvardyti:

5. Naujos kartos medicininė aparatūra sutrumpino diagnozei nustatyti bei tikslinti reikalingą laiką.
6. Aukštesnės kokybės medikamentai, gydant naudojamos medžiagos ir gydymo aparatūra sutrumpino gydymo stacionare trukmę.
7. Pasikeitė gydytojų profesinės nuostatos dėl būtino paciento gydymo stacionare laiko.
8. Pasikeitė hospitalizuojamų ligonių struktūra.
9. Ligoninių administracija, taupydama išlaidas maitinimui, medikamentams ir komunalinėms paslaugoms, pradėjo skatinti gydytojus sparčiau išrašyti pacientus.
10. Darbingo amžiaus pacientai, kurių dauguma dirba privačiame sektoriuje, siekia, kad juos išleistų į namus kiek galima anksčiau.
11. Įvedus draudiminę mediciną, ligoninės siekia dirbtinai didinti hospitalizacijų skaičių. Hospitalizuojant ambulatorinius ligonius VGT mažėja

Deja, dabar negalime pasakyti, kokios kiekybinės įtakos šie bei dar neįvardyti veiksniai turėjo VGT pasikeitimui. Tarptautiniai palyginimai rodo, kad VGT nėra tiesiogiai susieta su medicininių technologijų kaita. Tradicijos bei paslaugų teikėjų ir vartotojų socialiniai bei ekonominiai interesai kartais svarbūs ne mažiau (ar net svarbesni) nei medicininių technologijų išsivystymas. Pavyzdžiui, mažiausia VGT mūsų regione yra Albanijoje (šalyje, kurią sunku priskirti prie pirmaujančiųjų).

Ši tarptautinė patirtis bei faktas, kad VGT ypač sumažėjo prasidėjus draudimui ligoninių finansavimui, verčia VGT trumpėjęmą pastaraisiais metais vertinti šiek tiek skeptiškai. Tikėtina, kad VGT iš dalies trumpėja dėl to, kad ligoninės nuo 1996 metų pradėjo hospitalizuoti ir tuos ligonius, kuriems tradiciškai buvo indikuojamas ambulatorinis gydymas. Taipogi galimi ir pakartotinių hospitalizacijų padažnėjimo atvejai. Šios prielaidos grindžiamos ne tik ekonominių interesų, kuriuos formuoja dabartinė finansavimo sistema, vertinimu, bet ir statistiškai ženkliu hospitalizacijų skaičiaus 100 gyventojų padidėjimu 1990-1998 metais beveik 30%. Vien 1996 -1998 metais šis rodiklis išaugo 16,2 % bei didėjo toliau 1999 metais. Hospitalizacijų dinamikos analizė pagal profilius prielaidą, kad hospitalizacijų skaičius pastaraisiais metais yra dirbtinai didinamas, dar labiau sustiprina.

**9 lentelė. Hospitalizacijų skaičius pagal profilius (1000 gyventojų)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1998/1993 (%)
<b>Iš viso</b>	198,8	201,4	205,3	206,3	216,2	241,5	121,5
<b>Terapijos</b>	47,9	48,1	50,4	49,7	48,8	51,60	107,7
<b>Chirurgijos</b>	36,0	36,3	37,6	44,7	47,0	52,46	145,7
<b>Onkologijos</b>	<b>4,2</b>	<b>4,5</b>	<b>5,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>7,74</b>	<b>184,3</b>
<b>Otolaringologijos</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,5</b>	<b>6,8</b>	<b>7,4</b>	<b>8,82</b>	<b>176,4</b>
<b>Oftalmologijos</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,8</b>	<b>5,60</b>	<b>180,6</b>
<b>Akušerijos</b>	12,8	11,0	11,4	14,8	14,4	-	112,5*
<b>Ginekologijos</b>	14,8	14,3	15,3	15,9	16,4	-	110,8*
<b>Neurologijos</b>	13,5	13,0	13,3	16,5	16,3	17,39	128,8*
<b>Infekcinės</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>5,2</b>	<b>10,0</b>	<b>10,5</b>	-	<b>218,8</b>
<b>Tuberkuliozės</b>	2,6	2,6	2,6	2,9	3,0	3,41	131,2
<b>Psichiatrijos</b>	<b>5,7</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>7,4</b>	<b>8,5</b>	<b>9,43</b>	<b>165,4</b>
<b>Narkologijos</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,76</b>	<b>160,0</b>

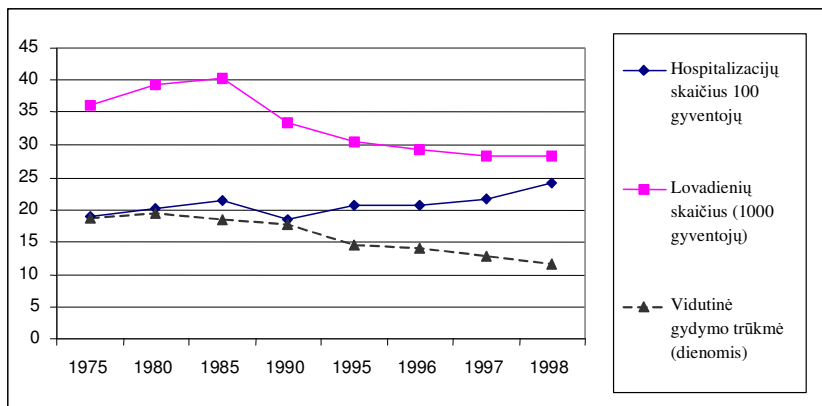
\* - 1997/1993 (%)

*Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.*

Tamsiau lentelėje išryškinti profiliai, kuriuose hospitalizacijų skaičius per penkerius metus padidėjo daugiau nei pusantro karto. Tik vieno jų (narkologijos) atveju tikėtina, kad hospitalizacijų dinamiką lėmė sveikatos problemų protrūkis. Visi kiti pajudinti profiliai yra arba skyriai, kurie santykinai nesunkiai gali išplėsti savo paslaugų apimtį nesunkių ambulatorinių ligonių sąskaita, arba skyriai, kuriuose suteikiama pagalba praktiškai nepagydomiems ligoniams.

Pastarųjų dvejų metų ligoninių paslaugų apimties dinamikos problematiškumą labai ryškiai apibūdina VGT, hospitalizacijų skaičiaus ir lovdienių skaičiaus palyginimas, pateiktas 8 grafike.

### 8 paveikslas. Ligoninių paslaugų apimties dinamika



Iki 1997 metų VGT mažėjimas vyko lygiagrečiai su lovdienių skaičiaus mažėjimu, bet 1998 metais, ženkliai išaugus hospitalizacijų skaičiui, lovdienių skaičius pradėjo didėti. 8 paveikslas įdomus ir tuo, kad parodo ženkliai paspartėjusią procesų sveikatos sektoriuje dinamiką. Nuo 1975 metų iki 1995 metų viena grafiko padala atitinka penkerius kalendorinius metus. 1995-1998 metų viena padala atitinka vienerius metus. Tai, kad grafike ankstesniųjų penkmečių pokyčiai panašūs į dabar kiekvienais metais vykstančius pasikeitimus, rodo, kaip smarkiai gyvenimą (arba bent jau statistinius rodiklius) gali paveikti socialinės reformos.

Palikę nuodugnesnę finansinių mechanizmų, suformavusių paskatas didinti hospitalizacijų skaičių, bei šio didėjimo ekonominių pasekmių analizę kitiems skyriams, panagrinėkime pastarojo dešimtmečio stacionarų veiklą išteklių naudojimo efektyvumo atžvilgiu.

Efektyvumas nusakomas kaip išteklių apimties ir paslaugų teikimo apimties santykis. Ankstesnėje analizėje parodėme, kad personalo skaičius pastarąjį dešimtmetį greičiausiai nesikeitė, o jo kvalifikacija iš dalies išaugo. Vienas iš tradicinių darbo sąnaudų efektyvumo nustatymo metodų yra darbo našumo skaičiavimas. Tai labai populiarus sovietinio laikotarpio ekonominės analizės rodiklis, kuris plačiai taikomas Vakarų ekonomistų, nagrinėjančių pramonės, transporto, žemės ūkio veiksmingumo dinamiką. Lietuvoje pirmaisiais reformų metais statistikai bei valstybinio valdymo institucijos darbo našumo dinamikos beveik neskaičiavo net sektoriuose, kurių darbo našumo skaičiavimo patirtis yra didelė. Tuo labiau nebuvo skaičiuotas sveikatos sektoriaus darbo našumas. Mūsų nuomone, ligoninių darbo našumo skaičiavimai yra be reikalo nuvertinti. Šis sektorius, vertinant darbo našumą, turi net tam tikrą santykinę privalumą pramonės atžvilgiu. Vertinant pramonės efektyvumą beveik išimtinai taikomi tik vertiniai (piniginiai) gamybos

rodikliai, o ligoninių paslaugų apimtį galima išreikšti ir natūriniais dydžiais.

Darbo našumas (DN) skaičiuojamas kaip suteiktų paslaugų apimtys (Qp) ir darbuotojų skaičiaus (D) santykis.

2 formulė

$$DN = \frac{Qp}{D}$$

Stacionariųjų paslaugų kiekį galima išreikšti kaip hospitalizacijų skaičių. Jei manoma, kad pastaraisiais metais dalis hospitalizacijų nebuvo indukuotinos, hospitalizacijų skaičių galima koreguoti. Neturint tikslių duomenų apie stacionariųjų paslaugų sektoriaus darbuotojų dinamiką, tenka pripažinti, kad kiekybinių darbo našumo pokyčių skaičiavimas yra būsimų tyrimų dalykas. Vertinant praėjusį dešimtmetį, galima suformuluoti kelias prielaidas apie stacionariųjų paslaugų apimtys dinamiką:

12. Hospitalizacijų skaičius padidėjo.
13. Stacionarinės paslaugos tapo prieinamesnis.
14. Vidutinė gydymo trukmė sumažėjo net ir teikiant paslaugas, nesudarančias nepagrįstai pakartotinos hospitalizacijos galimybių (pvz., gimdymų priėmimas).
15. Bendra gydymo stacionaruose kokybė nesumažėjo, o gal net padidėjo.

Baigiant nagrinėti stacionarų išteklių panaudojimo efektyvumo problemas, norėtusi pateikti keletą argumentų, kuriais grindžiama ketvirtoji prielaida - "Bendra gydymo stacionaruose kokybė nesumažėjo, o gal net padidėjo". Medicininė statistika periodiškai skelbia keletą stacionarinio gydymo kokybę atspindinčių rodiklių.

### 10 lentelė. Stacionarų paslaugos

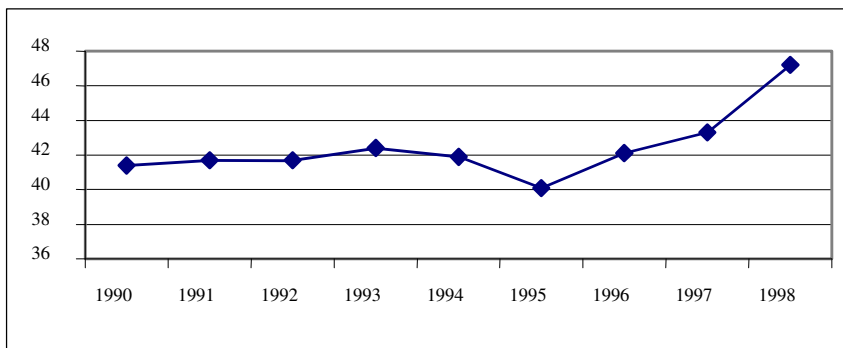
	1990	1993	1996	1997	1998
<b>Operacijų skaičius (tūkst.)</b>	177,9	175,8	204,0	214,2	235,3
<b>Mirė po operacijų</b>	1792	2300	2159	1509	1481
<b>Mirusių stacionare skaičius (tūkst.)</b>	14,10	15,57	14,09	13,86	14,97
<b>Mirusiųjų stacionare %</b>	41,7	42,4	42,1	43,3	47,2

*Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla.*

1990-1993 metais operacijų skaičius stacionaruose buvo stabilus, bet mirčių skaičius po operacijų ir bendras mirčių skaičius ligoninėse augo. Pastaraisiais metais ženkliai išaugo operacijų skaičius, bet mirčių po operacijų tapo mažiau. 1998 metais ligoninėse po operacijų mirė 36 procentais žmonių mažiau nei 1993 metais ir 17,4 procentais mažiau žmonių nei 1990 metais.

Siekiant įvertinti prielaidą, kad 1996-1998 metais mirčių dinamiką galėjo įtakoti lengvesnių ligonių gydymas 10 lentelėje ir 9 grafike atspindėta mirusiųjų stacionare lyginamojo svorio tarp visų mirusiųjų dinamika.

## 9 paveikslas. Mirusiųjų stacionare lyginamojo svorio tarp visų mirusiųjų dinamika



Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla.

Skelbiami duomenys, kiek procentų sudaro mirtys namuose ir kiek stacionaruose, rodo, kad pastaraisiais metais daugiau sunkiausių ligų atvejų teko stacionarams. Pastarasis faktas didina tikimybę, kad duomenys apie pooperacinį mirtingumą pastaraisiais metais korektiškai atspindi gydymo kokybę (stacionaruose nevengiama gydyti sunkių ligonių), bei sustiprina prielaidą, kad pastaraisiais metais paslaugos tapo prieinamesnis.

Jei dauguma anksčiau išvardytų prielaidų yra teisingos bei tikėtina, kad ligo-ninių sektoriaus darbuotojų skaičius liko stabilus, galima teigti, kad **ligoninių sektoriaus darbo našumas pirmojo nepriklausomybės dešimtmečio pabaigoje buvo aukštesnis arba bent jau nežemesnis kaip paskutiniais TSRS laikotarpio metais**. Išvada, kurią, be abejo, verta tikslinti, sąmoningai išryškinkome nes ji prieštarauja Lietuvos statistikos ir daugumos Vakarų analitikų skelbiamiems duomenims, kad darbo našumas Lietuvoje 1998 metais dar apie 20 - 30 procentų atsiliko nuo 1989 metų lygio.

Knygoje neturime galimybių apžvelgti visų sveikatos priežiūros paslaugų posisteminių veiksmingumo dinamikos. Preliminari ir nepretenduojanti į išvadų tikslumą analizė leidžia teigti, kad pirmojo nepriklausomybės dešimtmečio metais:

- Mažėjo sanatorijų ir greitosios pagalbos tarybos darbo apimtis bei išteklių naudojimo šiuose sektoriuose efektyvumas.
- Augo farmacijos paslaugų apimtis.
- Prieštarai keitėsi stomatologinių paslaugų teikimas, nes, viena vertus, daliai gyventojų šios paslaugos tapo nebepricinamos, o kita vertus, suteikiamų paslaugų kokybė ženkliai išaugo.

Vakarų valstybių gydymo standartų atžvilgiu Lietuvoje prieš reformas buvo perteklinis sanatorių ir greitosios pagalbos paslaugų teikimas bei nepakankamai išvystytas farmacinių paslaugų sektorius. Vykstantys pakitimai rodo, kad aptariamąjį dešimtmetį buvo artėjama prie vakarietiško standartų.

Ambulatorinių paslaugų teikimo dinamiką įvertinti sudėtinga. Vizitų pas gydytojus skaičius sumažėjo nuo 9,5 apsilankymo vienam gyventojui per metus 1990 metais iki 7,2 apsilankymo 1997 metais. Dalies kaimo gyventojų galimybės apsilankyti pas gydytoją ribota, nes smukęs visuomeninio transporto lygis. Kita vertus, ambulatorinė grandis pradėjo teikti sudėtingesnių medicininių tyrimų paslaugas bei tikėtina, kad dešimtmečio pabaigoje pacientas buvo aptarnaujamas mandagiai nei dešimtmečio pradžioje, be to, gal būt, pirmuosius rezultatus pradėjo duoti bendrosios praktikos įgūdžių plėtra.

Atsižvelgiant į tai, kad paslaugų apimtis ir ligoninių sektoriaus darbo efektyvumas per pastarąjį dešimtmetį greičiausiai išaugo, kad ligoninių sektorių naudoja apie 50 procentų sveikatos priežiūros išteklių, kad kituose sveikatos priežiūros posistemėse paslaugų apimtys ir darbo veiksmingumas kito prieštarinai, galima padaryti išvadą:

**Sveikatos sektoriaus paslaugų teikimo apimtis ir darbo našumas pirmojo nepriklausomybės dešimtmečio pabaigoje buvo artimas arba net kiek viršijo paskutiniams TSRS laikotarpio metais pasiektą lygį.**

Vieniems skaitytojams mūsų pateikta išvada bus pernelyg optimistinė, kitiems gali atrodyti priešingai. Tikimės, kad tolimesni tyrimai patikslins, kiek kito paslaugų mastas ir jų teikimo veiksmingumas aptariamuoju bei kitais pasibaigusio amžiaus dešimtmečiais.

## **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO LYGIS**

### **Finansavimo šaltiniai**

Pirmajame nepriklausomybės dešimtmetyje sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo plėtojimuisi įtaką darė palikimas, sukauptas sovietiniu laikotarpiu, bei reformų metu prasidėję pokyčiai. Sovietinis laikotarpis sveikatos priežiūros srityje nebuvo absoliutaus "nemokamos medicinos" viešpatavimo periodas. Gyventojai pirkė daugumą ambulatoriškai vartojamų vaistų, mokėjo už kosmetologines, o iš dalies už dantų protezavimo paslaugas. Vien mokėjimas už vaistus darė sovietinę sistemą santykinai mažiau dosnią nei labiausiai socializuotos Vakarų sistemos. Vartojame žodį "santykinai", nes vaistai, ypač importiniai, buvo valstybės subsidijuojami gamybos arba didmeninės prekybos lygmeniu. Šie oficialūs mokėjimai nebuvo labai dideli, bet juos papildė neoficialiais mokėjimais medicinos personalui, su maisto į ligonines nešimu susijusiomis bei kitomis išlaidomis gausime, kad asmeninės gyventojų išlaidos sveikatos sektoriuje buvo ganėtinai reikšmingos. Deja, tuo metu specialūs gyventojų išlaidų sveikatos apsaugai tyrimai atliekami nebuvo, o statistika periodiškai skaičiuodavo tik visuomenines išlaidas, tenkančias sveikatos sektoriui. Tradiciją skaičiuoti tik visuomenines išlaidas sveikatai Statistikos departamentas išlaikė ir pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį. Dėl šios priežasties bei todėl, kad visuomeninis finansavimas sudaro Lietuvos, taip pat absoliučios daugumos Europos valstybių (gal Albanija yra išimtis) sveikatos apsaugos finansavimo pagrindą, analizuoti pradėsime nuo visuomeninio finansavimo tyrimo.

Mūsų analizuojami visuomeninio sveikatos sektoriaus finansavimo duome-



nys pagrįsti Lietuvos statistikos metraštyje skelbiamais skaičiais ir taikant tam tikras prielaidas:

- 1990 metais į visuomeninio finansavimo apimtį (VFA) įtraukiamos valstybinių įmonių išlaidos sveikatos priežiūrai iš šių įmonių socialinio vystymo fondų;
- Vėlesniais metais VFA apskaitoma kaip nacionalinio biudžeto ir socialinio draudimo biudžetų (SODROS bei nuo 1997 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo) išlaidų sveikatos priežiūrai suma;
- 1990-1992 metų išlaidos veikusiomis kainomis rubliais bei talonais yra prilyginamos litui santykiu 100 rublių (talonų) lygu 1 litui;
- Išlaidos perskaičiuojamos palyginamosiomis kainomis, taikant Lietuvos statistikos departamento skelbiamą vartotojų kainų indeksą (VKI).

**10 lentelė. Visuomeninis sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas (mln.Lt)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Finansavimo apimtis veikusiomis kainomis</b>	4,11	14,24	128	426	751	1073	1325	1871	2078
<b>Finansavimo apimtis palyginamosiomis 1993 metų kainomis</b>	744	814	653	426	436	446	442	574	670
<b>Finansavimas, palyginus su 1990 metais (1990 = 100)</b>	100	109,4	87,8	57,3	58,6	59,9	59,4	77,2	90,5

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

10 lentelėje pateikiami visuomeninio finansavimo raidą atspindintys skaičiai, kurie rodo, kad veikusiomis kainomis finansavimas labai sparčiai augo. Palyginamosiomis kainomis išreikštas finansavimas išaugo 1991 metais, labai ženkliai mažėjo iki 1993 metų, mažai kito 1994-1996 metais ir nuo 1997 metų pradėjo augti, artėdamas prie iki reforminio lygio. Tokia dinamika, matyt, korektiškai atspindi labai dideles 1992-1993 metų finansines problemas. Tais metais įstaigoms trūko lėšų patalpoms šildyti, būtiniausiems medikamentams įsigyti, buvo ženkliai sumažėjęs medikų realus darbo užmokestis. Sugretinus šiuos duomenis su praeito skyriaus skaičiais, rodančiais, kad matuojant pagrindinius natūrinius sveikatos sektoriaus išteklių parametrus didelio nuosmukio 1990-1994 metais sveikatos sektoriuje nebuvo, galima teigti, kad: pirmaisiais reformos metais:

- pacientai kentėjo daugiausia dėl aprūpinimo medikamentais problemų ir smunkančios sveikatos įstaigose teikiamų komunalinių paslaugų (pvz., šildymo) kokybės;
- medikai turėjo pergyventi jų realaus darbo užmokesčio smukimo laikotarpį.

Lentelės duomenys teisingai parodo ir bendrą finansinės situacijos pagerėjimą 1997-1998 metais. Tai buvo metai, kuomet augo medikų atlyginimai bei įstaigos sugebėjo grąžinti savo tiekėjams daugelį skolų, susikaupusių 1993-1996 metais.

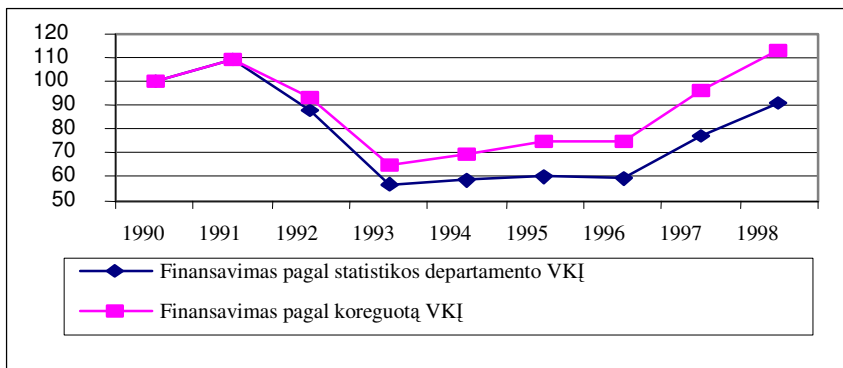
11 lentelės duomenys neblogai parodo bendriausius visuomeninio finansavimo raidos etapus, bet mes nesiryžtume teigti, jog 1998 metais visuomeninis sveikatos sektoriaus finansavimas sudarė lygiai 90,5 procentų 1990 metų lygio. Tikėtina, kad Lietuvos statistikos departamentas pervertino kainų augimą 1992-1993 metais. Tuo laikotarpiu nyko deficitinės ekonomikos, būdingos tarybiniam laikotarpiui bei 1990-1991 metams, reiškiniai kuomet, dalis įstaigų bei gyventojų turimų pinigų nebuvo padengta prekėmis (plačiau žr. "Lietuvos sveikatos priežiūra pereinamuoju laikotarpiu").

**11 lentelė. Visuomeninis sveikatos sektoriaus finansavimas, palyginus su 1990 metais (1990 = 100)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Finansavimas pagal statistikos departamento VKI</b>	100	109,4	87,8	57,3	58,6	59,9	59,4	77,2	90,5
<b>Finansavimas pagal koreguotą VKI</b>	100,0	109,4	93,3	64,5	69,6	74,9	74,3	96,5	113,1

11 lentelės 3 eilutėje pabandyta koreguoti visuomeninio finansavimo apimties dinamiką koreguojant VKI. Koreguojama, siekiant panaikinti deficitinės ekonomikos nykimo įtaką kainų indeksui. Jau tarybinio laikotarpio darbuose yra skaičiavimų, jog tik apie 80% paskutiniojo sovietinio laikotarpio piniginių išteklių (įstaigų pajamų, gyventojų darbo užmokesčio ir pan.) buvo padengta prekėmis. Ši nuostata reiškia, kad liberalizavus kainas, kitoms sąlygoms esant lygioms, kainos turi pakilti 20%. Mes darėme prielaidą, kad 80 procentų lygio pinigų padengimas prekėmis išliko 1990 ir 1991 metais (tai, kad deficito problema 1991 metais buvo labai reikšminga, patvirtina tuo metu veikusi maisto produktų kortelių sistema), o vėlesniais metais mažėjo 5 procentiniais punktais per metus. Pagal pastarąją prielaidą deficitas prekių rinkoje išnyko 1995 metais. 11 lentelės 2 eilutės perskaičiavimas į 3 eilutės duomenis atliktas 20 procentų sumažinus absoliučias 1990-1991 metų finansavimo apimtis, 15 procentų sumažinus 1992 metų, 10 procentų – 1993 metų, 5 procentais - 1994 metų ir nepakeitus absoliučių vėlesnių metų duomenų. Šių skaičiavimo rezultatai pateikti 10 grafike.

### 10 paveikslas. Visuomeninis sveikatos sektoriaus finansavimas, palyginus su 1990 metais (1990 = 100)



Be jokios abejonės, VKI perskaičiuoti taikytos prielaidos yra tikslintinos, bet galvojame, kad jos jau dabar korektiškiau nei Lietuvos statistikos departamento skaičiavimai atspindi ekonominių rodiklių dinamiką reformų laikotarpiu. Panašu, kad 1998 metais visuomeninis finansavimas palyginamosiomis kainomis viršijo 1990 metų lygį. Analizuodami natūrinius išteklius taip pat pastebėjome, jog pasutiniuosius dešimtmečio metus lyginant su 1990 metais tikėtinas šių išteklių augimas. Tais pačiais metais buvo viršyti ir 1989-1990 metų vidutinės gyvenimo trukmės rodikliai.

**Apibendrinant visus paminėtus skaičius galima teigti, kad apie 1997-1998 metus Lietuvos sveikatos priežiūra išsiropštė iš didžiulės poreforminės duobės, kad bent jau išteklių, naudojamų sveikatos sektoriuje apimties požiūriu, pereinamasis laikotarpis baigėsi.** Dar neturime galutinių 1999 metų duomenų. Be abejo, 1999 metų ekonominė krizė atsiliepė ir sveikatos sektoriui. Kita vertus, preliminarūs duomenys rodo, kad gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė, nors ir saikingai, bet ir 1999 metais padidėjo, o bendroji sektoriaus finansavimo apimtis 1999 metais, lyginant su 1998 metais, ženkliai nesumažėjo.

Jau minėjome, kad oficialioji statistika tiesioginių gyventojų mokėjimų už medicininės paslaugas specialiai neskaičiuoja. Privачios gyventojų bei įmonių išlaidos sveikatai nėra įtraukiamos ir į skelbiamus duomenis apie sveikatos priežiūros išlaidas ar jų dalį BVP. Kita vertus, kiekvienais metais atliekamuose namų ūkių tyrimuose duomenys apie gyventojų išlaidas sveikatos apsaugai yra kaupiami. Namų ūkių tyrimus (NŪT) laikome pakankamai reprezentatyviais tam, kad galėtume vertinti visas nevisuomenines sveikatos priežiūros išlaidas. Analogiškos nuostatos laikosi ir Lenkijos bei Latvijos specialistai. 12 lentelėje yra pateikta bendrųjų sveikatos apsaugos išlaidų dinamika. Privatus finansavimas įvertintas pagal NŪT.

**12 lentelė. Bendrosios sveikatos apsaugos išlaidos galiojusiomis kainomis (mln. Lt)**

	1990	1994	1998
<b>Visuomeninis finansavimas iš jo:</b>	4,11	751,4	2078
<b>Nacionalinis biudžetas</b>	3,92	629,7	209
<b>Socialinis draudimas</b>	0,19	121,7	1869
<b>Privatus finansavimas</b>	0,46*	129,5	657
<b>Labdara iš užsienio</b>	0	40,8**	90
<b>Iš viso</b>	4,57	921,7	2825

\* - autoriaus vertinimas

\*\* - 1996 m. duomenys

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis; Labdara ir parama Lietuvoje.

Nenorėdami vėl veltis į diskusijas dėl VKI korektiškumo, lentelėje neteikiame duomenų apie bendrųjų išlaidų dinamiką palyginamosiomis kainomis. 13 lentelėje atspindėta sveikatos priežiūros finansavimo struktūra pagal šaltinius ir šio finansavimo dalis BVP.

**13 lentelė. Bendrųjų sveikatos apsaugos išlaidų struktūra**

	Finansavimo struktūra (%)			Finansavimo dalis BVP (%)		
	1990	1994	1998	1990	1994	1998
<b>Visuomeninis finansavimas iš jo:</b>	90,0	81,5	73,6	3,1	4,4	4,9
<b>Nacionalinis biudžetas</b>	85,8	68,3	7,4	2,9	3,7	0,5
<b>Socialinis draudimas</b>	4,2	13,2	66,2	0,2	0,7	4,4
<b>Privatus finansavimas</b>	10	14,1	23,2	0,3	0,8	1,5
<b>Labdara iš užsienio</b>	0	4,4	3,2	0	0,2	0,2
<b>Iš viso</b>	100	100	100	3,4	5,4	6,6

Šaltinis: skaičiuota autoriaus.

Lentelės duomenys rodo, kad pastarąjį dešimtmetį ženkliai išaugo bendrųjų sveikatos priežiūros išteklių dalis, kurią sudaro privatus sveikatos finansavimas, bei didėjo sveikatos priežiūros finansavimo lyginamasis svoris BVP. BVP procentas skirtas sveikatos priežiūrai Lietuvoje yra artimas regioniniam vidurkiui, kuris 1995 metais siekė apie 6 procentus.

**VAISTŲ VARTOJIMAS SVEIKATOS SEKTORIJE**

Farmacijos sektorius buvo vienas iš dinamiškiausių sveikatos sektorių praėjusį dešimtmetį. Institucinės raidos atžvilgiu galima išskirti kelis etapus. Pirmajam reformos laikotarpiui 1990 -1994 metais būdingas didmeninės prekybos vaistais dereguliavimas, pasireiškęs tarybinių laikų monopolistinio "Farmacijos" susivienijimo suskaldymu į regioninius sandėlius (atskiriant nuo didmeninių įmonių daugumą vaistinių) bei privačių didmeninių įmonių kūrimu.

1994 metais veikusio didmeninės prekybos tinklo sistema apibūdinta 14 lentelėje.

**14 lentelė. Vaistų tiekimo įmonės 1994 metais**

	<b>Iš viso</b>	<b>Valstybinės</b>	<b>Privačios</b>
<b>Vaistų tiekimo įmonių skaičius</b>	89	5	84
<b>Darbuotojų skaičius</b>	1090	470	620
<b>Metinė prekių apyvarta (mln. Lt)</b>	248,7	63,7	185,0

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Šiuo laikotarpiu įvyko kardinalus vaistų vartojimo pasikeitimas. Iki 1990 metų daugiausia naudotas TSRS gamybos vaistus išstūmė Vidurio ir Rytų Europos bei Vakarų Europos farmacijos produkcija. Šis pasikeitimas turėjo labai ženklios įtakos išlaidų vaistams lyginamojo svorio bendroje išlaidų sveikatos apsaugai apimtyje išaugimui. 15 lentelės duomenys rodo, kad 1994 metais mažmeninė prekybos vaistais ir kitomis medicinos prekėmis apyvarta sudarė 34,5% visuomeninio ir 29,4% bendro sveikatos sektoriaus finansavimo apimties. Pridėję prie mažmeninės prekybos vaistų pardavimą gydymo įstaigoms, gautume, kad 1994 metais apie 37% bendrojo sveikatos sektoriaus finansavimo buvo skirta medikamentams ir kitoms medicinos prekėms.

**15 lentelė. Mažmeninės prekybos vaistais ir medicinos prekėmis apyvarta**

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>Mažmeninė prekybos vaistais, medicinos ir ortopedinėmis prekėmis apyvarta (mln. Lt)</b>	104,3	259,2	351	450,7	517,6	676,3
<b>Visuomeninis sveikatos priežiūros finansavimas (mln. Lt)</b>	426	751	1073	1325	1871	2078
<b>Mažmeninės prekybos ir visuomeninio finansavimo santykis (%)</b>	24,48	34,51	32,71	34,02	27,66	32,55
<b>Bendrasis sveikatos priežiūros finansavimas (mln. Lt)</b>	-	881	-	-	-	2825
<b>Mažmeninės prekybos ir bendrojo finansavimo santykis (%)</b>	-	29,4	-	-	-	23,9

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

15 lentelėje nurodytas tendencijas galima apibendrinti kaip vieną iš reikšmingiausių pirmojo nepriklausomybės dešimtmečio sveikatos priežiūros sistemos raidos rezultatų. Atsižvelgiant į tai, kad lito ir dolerio santykis nesikeičia jau nuo 1992 metų, Lietuvos farmacijos rinką galima apibūdinti kaip vieną sparčiausiai augančių rinkų pasaulyje. 1993 metais pardavimai vienam gyventojui sudarė tik 7 JAV dolerius, o 1998 metais šis rodiklis išaugo, lyginant su 1993 metais 6,5 karto, ir pasiekė 46 JAV dolerius. Norint tiksliai atsakyti, kiek pasikeitė per nagrinėjamąjį laikotarpį suvartojamų vaistų apimtis, reikėtų koreguoti vaistų pardavimus atsižvelgiant į vaistų kainų indekso dydį. Būtent tokio indekso Lietuvos statistikai neapskaičiuoja, bet galima taikyti VKI arba sveikatos apsaugos prekių ir paslaugų kainų indeksą. Pagal sveikatos apsaugos indekso metodiką nuo 1993 metų vidurio iki 1998 metų pabaigos apskaičiuotas kainų augimas sudarė maž-

daug 2,5 karto, o skaičiuojant pagal VKI metodiką - maždaug 2,9 karto. Sumažinę vaistų pardavimo išaugimą pagal kainų išaugimo lygį, gauname, kad penkerius metus nuo 1993 metų vaistų vartojimas palyginamosiomis kainomis išaugo maždaug 2,5 karto, arba didėjo vidutiniškai 20 procentų per metus.

1990-1998 metais vaistų vartojimo pobūdis pasikeitė, atsisakant buvusios TSRS teritorijoje gaminamų vaistų ir pereinant prie Vakarų bei Vidurio Europos produktų vartojimo. Šis pokytis kaštų atžvilgiu sąlygojo tai, kad išlaidos vais-tams beveik susilygino su sveikatos sektoriaus darbo jėgos kaštais.

Sveikatos priežiūros išlaidų struktūra 1995 metais atspindėta 16 lentelėje.

**16 lentelė. Sveikatos priežiūros išlaidų struktūra 1995 metais (%)**

	Darbo kaštai	Medikamentai	Pastatų išlaikymas ir mityba	Investicijos
<b>Nacionalinio biudžeto išlaidų struktūra</b>	55	12	25	8
<b>Bendrųjų išlaidų struktūra</b>	40	32	24	5

*Šaltinis: Sveikatos ekonomikos centras.*

Po 1995 metų bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis, tenkanti medikamentams nežymiai sumažėjo, bet ir 1995-1998 metų laikotarpiui būdinga tai, kad medicinos prekėms naudojama apie 25-30 procentų sveikatos priežiūros sistemos išteklių. 1994-1995 metais iš esmės buvo baigta privatizuoti farmacijos sektorių.

**17 lentelė. Privataus sektoriaus plėtra vaistinių sektoriuje (%)**

	1993		1994		1995	
	Valstybinis	Privatus	Valstybinis	Privatus	Valstybinis	Privatus
<b>Vaistinių skaičius</b>	90	10	63	37	26	74
<b>Vaistinių apyvarta</b>	94	6	71	29	27	73

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

1994-1998 metais stabilizavosi didmeninių prekybininkų, bet augo vaistinių skaičius bei farmacijos sektoriaus įmonių darbuotojų skaičius (žr. 18 lentelę).

**18 lentelė. Farmacijos įmonių skaičius**

	1994	1995	1996	1997
<b>Vaistinės</b>	551	686	643	696
<b>Didmeninės farmacijos įmonės</b>	89	125	93	95
<b>Farmacijos įmonių darbuotojų skaičius</b>	5718	6726	6420	6823

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

1993-1996 metais vis daugiau vaistų gyventojai pirko už savo lėšas. 19 lente-

lėje matome, kad ši gyventojų dalis per tą laikotarpį padidėjo nuo 33,6 iki 48,5 procento, o gydymo įstaigų sumažėjo beveik du kartus.

**19 lentelė. Medikamentų vartojimo struktūra pagal mokėtoją (%)**

	1993	1994	1995	1996
<b>Gyventojai</b>	33,6	41,9	45,9	48,5
<b>Socialinis draudimas</b>	25,6	28,6	25,8	29,2
<b>Gydymo įstaigos</b>	40,8	29,4	28,2	22,8

*Šaltinis: Sveikatos ekonomikos centras.*

1997-1998 metais gyventojų išlaidų dalis, atsiradus dosnesniam sveikatos draudimo finansavimui, pradėjo mažėti, ką parodo socialinio draudimo išlaidų ir mažmeninės apyvartos vaistais santykio augimas, atspindėtas 20 lentelėje.

**20 lentelė. Mažmeninė prekyba medicinos prekėmis ir jos finansavimas socialinio draudimo lėšomis**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Mažmeninės prekybos vaistais, medicinos ir ortopedinėmis prekėmis apyvarta (mln.Lt)</b>	104,3	259,2	351,0	450,7	517,6	676,3
<b>Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensacijos socialinio draudimo lėšomis (mln.Lt)</b>	31,9	78,4	116,3	159,3	283,1	318,2
<b>Socialinio draudimo išlaidų ir apyvartos santykis (%)</b>	30,5	30,3	33,1	35,3	54,7	47,1

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

**IŠTEKLIŲ DINAMIKOS 2000-2010 METAIS PROGNOZĖ**

Ištekliaus prognozuoti nėra labai dėkingas užsiėmimas. Tai darbas, reikalaujantis patikimos informacijos apie išteklių būklę dabartiniu metu bei jų dinamiką praeityje, prognostinių modelių bei intuicijos. Rašėme, kad toli gražu ne viskas žinoma apie sveikatos apsaugos procesus praėjusį dešimtmetį. Iki šiol buvo keli Sveikatos ministerijos bandymai prognozuoti gydytojų skaičiaus dinamiką, bet niekas nenagrinėjo ligoninių lovų kaitos perspektyvų. Nėra bandyta numatyti ir finansinių išteklių raidos 10 metų į priekį. Šis žinių ribotumas neabejotinai apsunkena ateities numatymą. Toliau pateikiami prognostiniai skaičiai nepretenduoja į labai didelį tikslumą. Kita vertus, manome, kad šiame, praėjusiam dešimtmetyje vykusią sveikatos priežiūros evoliuciją atspindinčiame, leidinyje į ateitį žvilgtelėti yra privalu. Prognostinius duomenis pateikiame 21 lentelėje.

**21 lentelė. Sveikatos priežiūros išteklių dinamikos prognozė**

<b>Būklė 1990-1998 metais</b>	<b>Prognozės prielaidos</b>	<b>Būklė 2005 metais</b>	<b>Būklė 2010 metais</b>
<b>Gydytojų skaičius</b>			
Svyruoja apie 15 tūkstančių	Gydytojų rengimas saikingai augs, vyks gydytojų įtraukimas į nemedicininis sektorius bei ribota emigracija	15 200	15 500
<b>Medicinos seserys</b>			
Svyruoja apie 29 tūkstančius	Mažėja rengimas, bet jis turėtų pradėti didėti. Tikėtina, kad didės emigracija	26 000	25 500
<b>Lovos ligoninėse</b>			
Mažėjo nuo 46 iki 36 tūkstančių	Saikingai mažės VGT bei pradės mažėti hospitalizacijų skaičius	31 000	28 000
<b>Bendrojo finansavimo dalis BVP</b>			
Išaugo nuo 4 iki 6,6 procentų	Bendrasis finansavimas augs kiek greičiau nei BVP dėl gydytojų algų bei farmacijos sektoriaus išlaidų augimo, mažėjant sanatorijų daliai	7,0	7,2



## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZACINĖ STRUKTŪRA IR PASLAUGŲ TEIKIMAS

*LIUBOVĖ MURAUŠKIENĖ, socialinių mokslų daktarė*

### ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TINKLAS IR JO RAIDA

Sveikatos priežiūros (SP) paslaugos teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose bei įmonėse. Sveikatos priežiūros įstaigų sąvoka bei jų veiklos pagrindai nustatyti LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme. SP paslaugų teikėjas – teisė (licencija) teikti SP paslaugas ir patarnavimus turinti įstaiga ar įmonė (arba kitų veiklos rūšių įstaigos ar įmonės padalinys, filialas).

Asmens sveikatos priežiūros (ASP) įstaigas grupuoti galima įvairiai, atsižvelgiant į:

- Paslaugų teikimo laiką ir vietą. Šiuo požiūriu asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvoje tradiciškai sudaro ambulatorinių bei stacionarinių įstaigų tipai. Taip įstaigos grupuojamos remiantis vyraujančiais paslaugų teikimo būdais.
- Teikiamų paslaugų rūšis. Šiuo atžvilgiu išskiriamos medicinos pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo, medicininės-socialinės bei specializuotos ekspertizės įstaigos.
- Nuosavybės formas bei pavaldumo statusą. Taip galime atskirti privačias bei visuomenines SP įstaigas. Pastarosios dar grupuojamos atsižvelgiant į jų steigėjus (pvz., savivaldybės ir valstybės viešosios ir biudžetinės įstaigos, taip pat įstaigos, pavaldžios skirtingoms ministerijoms).
- Prienamumo sąlygas. Šuo atžvilgiu išskiriamos uždarnosios SP įstaigos, aptarnaujančios tik tam tikras gyventojų grupes.

Pagal įstaigų skaičių ambulatorinės SP įstaigos sudaro didžiausią asmens sveikatos priežiūros teikėjų dalį tiek visuomeniniame, tiek ir privačiame sektoriuose.

Duomenys, pateikti 1 lentelėje, atspindi tiek faktinius ambulatorinių SP įstaigų tinklo pokyčius, tiek statistinės informacijos skelbimo ypatumus:

- 1997 m. baigta ambulatorines įstaigas atskirti nuo stacionarų. Didelė dalis poliklinikų bei ambulatorijų iki tol veikė kaip ligoninių padaliniai. Organizacinis ir teisinis ambulatorinių įstaigų forminimas yra reikšminga sąlyga planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros reformą. Iki 1997 m. vargu kas galėjo tiksliai pasakyti, kiek ir kokių išteklių turime, kaip juos naudojame ambulatoriniame sektoriuje. Dabar su panašiomis problemomis susidūrė pirminės sveikatos priežiūros reforma. Tokioje situacijoje skatinamas “grynų” PSP įstaigų formavimas. Taip atsiranda pirminės sveikatos priežiūros (PSP) centrai, bendrosios praktikos gydytojų (BPG) kabinetai...
- Tačiau pastebima ir atvirkštinė tendencija, kai ligoninės plečia ambulatorines konsultacines paslaugas. Todėl faktiškai pradėjo augti ambulatorinių padalinių prie ligoninių skaičius.

**1 lentelė. Ambulatorinių SP įstaigų tinklas Lietuvoje**

	1991	1993	1995	1996	1997	1998
<b>Poliklinikos, iš jų:</b>		109	105	105	110	100
• savarankiškos miesto poliklinikos	12	14	31	31		
• savarankiškos vaikų poliklinikos	5	3	3	3		
• poliklinikos prie ligoninių		92	71	71		
<b>Poliklinikos prie specializuotų ligoninių</b>		24	36	36	38	39
<b>PSP centrai</b>					46	64
<b>BPG* kabinetai</b>						4
<b>Medicinos punktai</b>	1040	1025	1010	1010	1015	1028
<b>Ambulatorijos, iš jų:</b>	191	261	268	268	241	226
• Savarankiškos ambulatorijos		199	207	207		
• Ambulatorijos prie ligoninių		62	61	61		
<b>Stomatologinės poliklinikos</b>	8	8	7	-	-	4
<b>Iš viso stambesnių ambulatorinių įstaigų</b>		403	403	417	435	437
<b>Greitosios medicinos pagalbos įstaigos, iš jų:</b>	54	54	56	58	64	62
• GMP** skyriai	48	48	50	52	58	55
• GMP stotys	6	6	6	6	6	7

\* - bendrosios praktikos gydytojas (BPG); \*\* - greitoji medicinos pagalba  
Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

- SP paslaugų teikimo privatizavimas didžiausią įtaką padarė stomatologinių įstaigų tinklo pokyčiams. 1998 m. ambulatorinės stomatologinės paslaugos buvo teikiamos ne tik, kaip anksčiau, poliklinikose (tarp jų savarankiškose) ir ambulatorijose, bet ir 566 privačios praktikos kabinetuose.
- Bendras poliklinikų bei medicinos punktų skaičius praktiškai nepakito. Tai galima suvokti kaip tylą prieš audrą: kol kas nėra aiškaus apsisprendimo ir juo labiau konkrečios programos, numatančios jų ateitį. Aišku, kad šios įstaigos, paveldėjusios piramidinės sovietinės SP organizavimo sistemos pavidalą, nėra ekonomiškai efektyvios. Tačiau ryžtingai jų pertvarkai reikia ir politinės drąsos, ir piniginių injekcijų.
- Matyti laipsniški ir greitosios medicinos pagalbos (GMP) infrastruktūros pokyčiai, ypač didėjant GMP skyrių skaičiui. 1998-1999 m. toliau buvo pertvarkomos šios įstaigos, kai GMP tarnybų statusas pasikeitė iš SP įstaigų padalinio į atskiros įstaigos statusą. Šis procesas buvo sąlygotas GMP paslaugų finansavimo pakeitimu, įvedus sveikatos draudimą.

Stacionariųjų įstaigų tinklas – tai stambiausių SP paslaugų teikėjų infrastruktūra.

## 2 lentelė. Stacionariųjų SP įstaigų tinklas Lietuvoje

	1991	1995	1998
<b>Bendro pobūdžio ligoninės iš jų:</b>	158	144	76
◆ Miestų ligoninės	23	20	17
◆ Respublikinės-universitetinės ligoninės bei MTI klinikos	16	12	8
◆ Gimdymo namai	5	4	4
◆ Rajono centrinės ligoninės	42	42	42
◆ Rajoninės ir apylinkės ligoninės	72	66	5
<b>Specializuotos ligoninės</b>	24	23	38
<b>Dispanseriai</b>	16	16	
<b>Slaugos ligoninės</b>		5	68
<b>Reabilitacijos ligoninės</b>		7	5
<b>Iš viso</b>	198	195	187

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

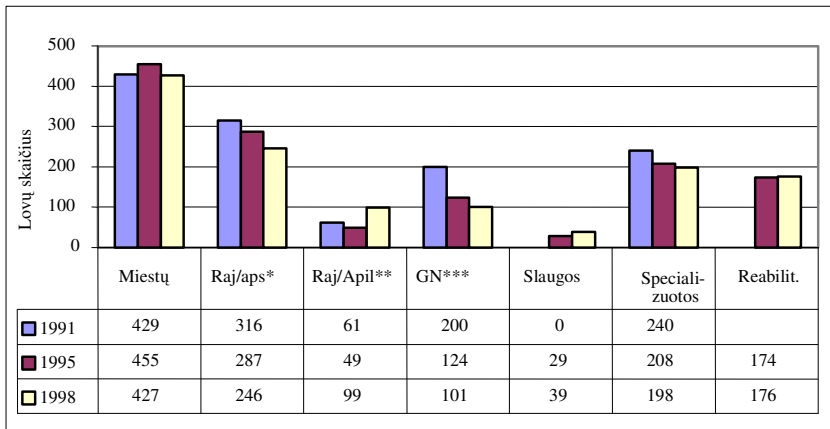
Kaip matyti iš 2 lentelės, 1991-1998 metais:

- Beveik nepasikeitė bendras stacionariųjų įstaigų skaičius. Apskritai, ligoninių infrastruktūra yra pati inertiškiausia, kadangi moderniai ligoninei pastatyti bei įrengti reikia stambių investicijų. Skirtingai nuo didžiųjų miestų rajonų ligoninėms būdingi “natūralios monopolijos” bruožai. Nesant konkurencijos tarp geografiškai tolimų ligoninių, nerimtai skamba nuostatos, kad laisvoji rinka “sutvarkys” stacionariųjų paslaugų teikimą.
- Toliau specializavosi stacionarinės SP įstaigos. Įstaigų “žemėlapyje” atsirado slaugos bei reabilitacijos ligoninių (slaugos profilį įgijo daugiausia rajoninės bei apylinkės ligoninės iš bendro pobūdžio ligoninių grupės). 68 slaugos ligonėse ir 5 reabilitacijos ligonėse 1998 m. buvo sukonzentruota apie 80 % atitinkamos specializacijos lovų.
- Papildžius specializuotų ligoninių grupę “dingo” dispanseriai. Lovų skaičius specializuotose ligoninėse sumažėjo 21 % nuo 1991 m. 1998 m. 11 psichiatrijos ir 2 narkologijos ligoninėse buvo sukonzentruotos visos atitinkamos specializacijos lovos; 13 tuberkuliozinių ligoninių, 4 onkologijos ligoninėse bei 5 odos ir veneros ligų ligoninėse buvo apie 88 % atitinkamos specializacijos lovų, o 3 infekcinėse ligoninėse buvo 39 % infekcinių ligų gydymo lovų.
- Respublikinių-universitetinių ligoninių bei MTI klinikų grupėje įvyko daug organizacinių pakeitimų. Susiformavo ypatingas universitetinės ligoninės statusas, tokių ligoninių steigėjai yra Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) ir valstybiniai universitetai. Tačiau universitetinių ligoninių pavadinimą turi ir kai kurie kiti, kartu su specializuotomis ligoninėmis statistiškai grupuojami, stacionarai (pvz., universitetinė infekcinė ligoninė, universitetinė slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė, “Vaiko rai-

dos centras”).

Dėl įstaigų pertvarkymo bei ligoninių lovų sumažinimo pastebimos ligoninių dydžio pokyčio tendencijos (1 pav.).

### 1 paveikslas. Vidutinis SP stacionarų dydis (lovų skaičius vienoje įstaigoje)



\* - rajonų ir apskričių centrinės ligoninės

\*\* - rajoninės ir apylinkinės ligoninės

\*\*\* - gimdymo namai

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

Lovų skaičiaus požiūriu tapo mažesnės beveik visos „įprastos“ ligoninės (beveik perpus sumažėjo gimdymo namai, 22 % - rajono ir apskričių centrinės ligoninės, 17 % - specializuotos ligoninės), tačiau pusantrą karto išaugo universitetinių ligoninių vidutinis dydis. 1998 m. stambiausios Lietuvos ligoninės buvo Kauno medicinos universiteto klinikos (2125 lovos), Šiaulių ligoninė (1081 lova), Panevėžio ligoninė (1033 lovos), respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (949 lovos) ir Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (874 lovos). Mažiausios yra privačios ligoninės bei slaugos įstaigos ir stacionariniai PSP centrų padaliniai.

Į SP įstaigų tinklą neseniai „įsiliejo“ 2 Vidaus reikalų ministerijai (VRM) priklausančios ligoninės (476 lovos), Krašto apsaugos ministerijai (KAM) pavaldžiusių įstaigų pajėgumai ir veikla neskelbiama, tačiau abiejų ministerijų SP įstaigų finansavimo apimtys jau nebe paslaptis.

Kadangi trūksta informacijos, sunku analizuoti pokyčius dviejose įstaigų grupėse:

1. Teikiančiose besiribojančias su medicina paslaugas įstaigose. Šioje grupėje, daugiausia apimančioje sanatorinio-kurortinio gydymo įstaigas, istoriškai atsirado skirtingo pavaldumo įstaigų (todėl informacija apie jas buvo išmėtyta skirtingų žinybų statistiniuose duomenyse), be to, per dešimtmetį vyko nuosavybės ir funkcijų keitimo procesas. SAM sistemoje

- 1993 m. buvo 47, 1995 m. - 43, 1996 m. - 42, 1997 m. - 42, 1998 m. - 38 sanatorijos. Pažvelgę į Lietuvos medicinos 1998-1999 m. katalogo puslapius, surasite 76 įstaigas, siūlančias antirecidyvinių, reabilitacinių bei sveikatą gražinančių gydymą (iš jų 28 AB, UAB ir individualios įmonės).
2. Privačių SP įstaigų tinkle. Nuo 1997 m. LR statistikos departamentas renka duomenis apie veikiančias privačias SP praktikas. Pasak šio šaltinio, 1997 m. Lietuvoje buvo 673 privačios SP įstaigos (iš jų 71 % stomatologijos), 1998 m. užregistruota 837 įstaigų veikla. Per metus 20 % išaugo stomatologinių privačių praktikų skaičius bei 37 % padaugėjo kitų gydymo įstaigų.

1997 m. privačiose SP įstaigose dirbo 605, o 1998 m. - 703 gydytojai, iš jų dirbo tik privačiai 34 % 1997 m. ir 26 % 1998 m. Tik privačiai dirbančių stomatologų buvo 538 ir 697 atitinkamai 1997 m. ir 1998 m. Tai sudarė apie 20 % ir 24 % visų stomatologų. Dar 170 ir 187 stomatologai 1997 m. bei 1998 m. dirbo ir visuomeninėse, ir privačiose įstaigose. 1998 m. privačiose gydymo ir stomatologijos įstaigose 70 % (268 žmonės) ir 87 % (526 žmonės) vidurinio medicinos personalo dirbo tik privačiai. Tik privačiai dirbantis vidurinis medicinos personalas sudarė apie 2 % viso vidurinio medicinos personalo. Privačiame sektoriuje 1998 m. buvo 3465 žmonės, įskaitant ir darbuotojus, dirbančius ir visuomeninėse, ir privačiose įstaigose.

Privačiame sektoriuje daugiausia veikia nedidelės ambulatorinės įstaigos. Tarp privačių SP įstaigų vyrauja mono praktikos (70 % gydymo įstaigų ir 75 % stomatologijos įstaigų dirba 1-2 darbuotojai). Gydymo įstaigų, kur dirba daugiau nei 21 darbuotojas, yra 6 %.

Tam, kad gautume detalų vaizdą apie privataus sektoriaus veiklą ir skelbiant medicininio pobūdžio informaciją, būtina ne tik tobulinti duomenų surinkimo procesą, bet ir išspręsti metodologines problemas: kokios įstaigos laikytinos SP paslaugų teikėjomis (vėl kyla klausimai dėl sanatorijų, liaudies ir netradicinės medicinos praktikų priskyrimo ir pan.), kas yra ligoninė, kaip išskirti privačią praktiką (kol kas taikoma mažiau nei pusės valstybinio kapitalo dalyvavimo sąlyga). Dabar sunku patikėti, žinant apie tokias privačias įstaigas kaip Vilniaus širdies chirurgijos centras, Sana Vita ligoninė, "Motinos ir vaiko" klinika, UAB "Bendroji medicinos praktika", Baltijos ir Amerikos sveikatos priežiūros centras ir pan., kad 1998 m. Lietuvoje buvo tik 6 lovos privačiose ligoninėse (Sveikatos informacijos centro duomenimis).

## TERITORINIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IŠDĖSTYMAS

Prieš dešimtmetį SAM pavaldžių SP įstaigų infrastruktūra buvo kuriama pagal griežtus planavimo normatyvus. Tačiau sunku nustatyti, kiek dar buvo įsteigta žinybinių arba įmonių SP paslaugų teikimo padalinių. Šiuo metu pastarųjų vietą užėmė gan chaotiškai įsisteigusios privačios praktikos.

SP paslaugų teikėjų tinklas buvo orientuotas į penkias paslaugų teikimo zonas, kai įstaigų piramidžių viršūnės buvo pagrindiniuose didžiuosiuose miestuose. Nagrinėjant SP įstaigų tinklą pagal pasikeitusią administracinį-teritorinį Lietuvos suskirstymo modelį, kyla diskusijos apie socialinį SP infrastruktūros išdėstymo teisingumą.

*3 lentelė. Teritorinis kai kurių visuomeninių bei privačių SP įstaigų pasiskirstymas Lietuvoje 1998 m.*

Apskritis	Bendro pobūdžio ligoninės	Privačios įstaigos (gydymo/stomatologijos)
<b>Alytaus apskritis,</b>	4	18/47
iš jų miestuose	2	14/38
<b>Kauno apskritis,</b>	13	63/166
iš jų miestuose	6	43/119
<b>Klaipėdos apskritis,</b>	9	37/48
iš jų miestuose	4	26/29
<b>Marijampolės apskritis,</b>	5	10/29
iš jų miestuose	1	3/11
<b>Panevėžio apskritis,</b>	5	14/30
iš jų miestuose	1	10/16
<b>Šiaulių apskritis,</b>	7	39/73
iš jų miestuose	1	33/44
<b>Tauragės apskritis</b>	4	16/28
<b>Telšių apskritis</b>	3	16/33
<b>Utenos apskritis</b>	6	8/28
<b>Vilniaus apskritis,</b>	20	50/84
iš jų miestuose	13	36/60

*Šaltiniai: LR statistikos departamentas, Sveikatos informacijos centras.*

SP įstaigos išsidėsčiusios netolygiai, ženkliai skiriasi privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) finansavimo lėšos, tenkančios vienam tam tikros teritorijos gyventojui, kadangi:

- Faktinis pirminės sveikatos priežiūros (PSP) ambulatorinių įstaigų finansavimas priklauso ne tik (ir ne tiek) nuo PSP įstaigas pasirinkusių gyventojų skaičiaus, bet ir nuo tose įstaigose dirbančių gydytojų, kurie sudaro PSP gydytojų komandą, skaičiaus.
- Tam tikroje teritorijoje esančių ligoninių pajėgumai ir specializacija sąlygoja hospitalizuotų ligonių skaičių bei struktūrą, kas ir nulemia faktinio finansavimo apimtį.

Jeigu pinigai “sektų” paskui ligonį (stebint pacientų srautus bei įdiegus atskiškaitumus tarp teritorinių ligonių kasų (TLK), kaip numatoma tolimesnio PSDF

plėtojimosi planuose, finansavimo išlyginimo problema techniškai išsispresų nesunkiai ir greitai. Tačiau tikrai reikės daug laiko, kad nors iš dalies pasikeistų įprasti naudojimosi SP paslaugomis bei ligonių siuntimo modeliai. Juk kreipimasis į SP įstaigą priklauso ir nuo atstumo iki jos (pvz., kurortinių miestų gyventojai žymiai dažniau gauna sanatorines paslaugas nei kitų teritorijų gyventojai).

Dabartinis SP įstaigų tinklo formavimas priklauso nuo eilės veiksnių, įskaitant:

- Vyriausybės sprendimus dėl SP įstaigų statybos, įtraukiant jas į investicinių objektų sąrašus, šio lygio sprendimų pagrindu (finansuojant per valstybės investicinę programą arba iš valstybės ekstra biudžetinių fondų) Lietuvos žemėlapyje atsiranda naujos ligoninės ir poliklinikos.
- Akreditavimo tarnybos sprendimus. Akreditavimas pradiniam etape buvo suvokiamas kaip griežto, privalomo normatyvinio planavimo bei reguliavimo mechanizmas. Tačiau pirmi akreditavimo bandymai neatnešė patenkinamų rezultatų, jie daugiau priminė infrastruktūros “inventorizavimą”. Taigi dabar (pagal 1998 m. LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą) akreditavimas apibūdinamas kaip įstaigų savanoriškai inicijuojamas įvertinimas, nusakantis, ar ši įstaiga arba įmonė atitinka nustatytus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas.
- Tai, kad privalomu tapo ne tik privačių, bet ir visuomeninių SP įstaigų licencijavimas, suvokiamas kaip konstatavimas, kad įstaigos ar įmonės veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti SP paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas.
- Kitų valstybinių institucijų (pvz., Valstybinio medicininio audito inspekcijos, Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos bei Valstybinės higienos inspekcijos) sprendimus, kuriais gali būti inicijuojamas įstaigos ar įmonės licencijos galiojimo panaikinimas ar sustabdymas.
- Didelę įtaką SP įstaigų tinklo formavimui turi įvairūs SAM sprendimai. Tai, pvz., privačių BPG praktikų skatinimo nuostatai. Arba PSP bei GMP paslaugų teikimo normatyvai, kurie didele dalimi apsprendžia įstaigų infrastruktūros išdėstymą. Tai yra 2 000 gyventojų 1 BPG, 2 000 suaugusių vienam apylinkės terapeutui, 800 vaikų vienam apylinkės pediatrai, 4 000 pacientų vienam BPG stomatologui, 20 000 pacientų vienam psichiatrai. Tie patys normatyvai taikomi ir apmokant paslaugų teikimą (pvz., jei BPG teikia pagalbą daugiau nei 2 000 gyventojų, apmokėjimas mažinamas, kadangi sunku užtikrinti paslaugų kokybę turint per didelį darbo krūvį). Pažvelgus į šiuos normatyvus teritorinių įstaigų tinklo išdėstymo požiūriu, kyla klausimas apie jų taikomumą kaimo rajonuose. Siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ne tik didmiesčiuose, reikalingas detalesnis infrastruktūros planavimas atsižvelgiant į gyventojų tankumo rodiklius, kelių ir transporto sistemas bei finansinius įstaigų veiklos rodiklius.
- Tai, kad remiantis Lietuvos įstatymais bene didžiausią įtaką SP įstaigų tinklo formavimui turi visuomeninių įstaigų steigėjai. Savivaldybės pagal teisės aktus yra atsakingos už pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą savo teritorijose, apskritis – už antrinio lygio ligoninių funkcionavimą. Tačiau kol kas jų vaidmuo tiesiogiai planuojant tinklą yra gan ribotas ir dėl pajėgumų tai daryti ir dėl disponuojamų finansinių

lėšų, be kurių vargu ar įmanoma įgyvendinti bet kokį planą, stokos.

- Tai, kad PSDF sprendimai dėl SP priežiūros paslaugų pirkimo – tai netiesioginis, bet gerai juntamas signalas, kokias paslaugas verta plėsti (ir kurti SP priežiūros įstaigas).
- Pačių SP įstaigų iniciatyvą, pvz., kuriant padalinius arba kitaip pertvarkant veiklą.

Formuojantis įvairesniems įstaigų tipams (pvz., plintant pelno nesiekiančioms įstaigoms) bei vis sudėtingesniems įstaigų reguliavimo metodams (pvz., plėtojant ekonominio reguliavimo būdus), SP įstaigų tinklo pokyčiai gali įvykti ir be išskirtinai centralizuoto nurodinėjimo “iš viršaus”. Visuomeninių įstaigų likvidavimui ir pertvarkymui reikalingas sudėtingas įvairių interesų derinimo procesas. Šiandien yra išmoktos tik pirmosios tokios veiklos pamokos. Daug mokymosi valdyti tokį tinklą problemų susiję su tuo, kad toks valdymas stipriai skiriasi nuo iš sovietmečio paveldėto planavimo suvokimo. Jam buvo būdingi vienusiškai normatyviniai sprendimai bandant realybę išprausti į valdininkų norus. Nekeista, kad ir iki šiol kartais iš pradžių sugalvojamas “žavus rezultatas” arba surandamas “gražiai skambantis žodis”, o paskui atsiranda siekis beveik nevaldomą procesą pateikti lyg konstruktyvų kelią į užsibrėžtą “grožybę”. Pavyzdžiui, jau finansuojame ligonines pagal profilius, o dar neaišku, kas tai – ligos diagnozė ar stacionaro skyrius. Panašiai ilgai aiškinamasi apie antrinio ir tretinio lygio paslaugas, kadangi neaiškiems terminams kiekvienas aiškinantysis suteikia savo prasmę.

Sveikatos priežiūros sistema yra labai sudėtingas ir nuolat besikeičiantis (kai, pvz., medicininių technologijų pažanga nuolat keičia paslaugų turinį) organizmas. Be to, šis organizmas turi “įgimtas”, todėl sunkiai pakeičiamas plėtojimosi tendencijas. Todėl, manome, vienintelis kelias jį sėkmingai plėtoti yra remtis realybe ją tyrinėjant ir analizuojant, o ne išspraudinėti tokią sudėtingą sistemą į pasiskolintus modelius.

## PASLAUGŲ TEIKIMO FAKTINĖS TENDENCIJOS

### Ambulatorinių SP paslaugų teikimas

Pagrindinis ambulatorinių paslaugų teikimo rodiklis yra apsilankymų SP įstaigose skaičius. Jų (be greitosios medicinos pagalbos ir ekstra konsultacijų) raida pateikta 4 lentelėje. 1990-1998 metais sumažėjo tiek bendras apsilankymų pas gydytojus skaičius, tiek ir vidutinis apsilankymų skaičius vienam gyventojui per metus: nuo 9,5 (kartu su apsilankymais pas stomatologus) 1990 m. iki 7,8 (6,6 be apsilankymų pas stomatologus) 1998 m. 1998 m. kiekvienas gyventojas apsilankė pas stomatologus (įskaitant privatinius) beveik 1,5 karto.

#### 4 lentelė. Apsilankymų pas gydytojus ir stomatologus raida Lietuvoje

	1990	1992	1994	1996	1997	1998
Apsilankymai pas gydytojus, tūkst. **	35428,3*	31979,1*	28001,8	25266,2	25916,1	24490,1
Apsilankymai pas stomatologus, tūkst. **			4810,2	4346,6	5224,1	4438,3



<b>Apsilankymai pas privačius gydytojus, tūkst.</b>					18,7	32,9
<b>Apsilankymai pas privačius stomatologus, tūkst.</b>					746,8	1007,9

\* - Kartu su apsilankymais pas stomatologus.

\*\* - 1990 ir 1992 m. apsilankymai SAM sistemoje, nuo 1994 m. apsilankymai visose žinybose.

Šaltiniai: LR statistikos departamentas, Sveikatos informacijos centras.

Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus mažėjimas vargu ar rodo žmonių sergamumo mažėjimo tendenciją. Tik specialūs tyrimai (gyventojų apklausos) leistų matyti sergamumo pokyčius, kadangi ambulatorinio sergamumo statistika rėmėsi gydytojų (apsilankymų metu) fiksuotais skaičiais.

Tarp veiksnių, sąlygojančių apsilankymų skaičiaus mažėjimą 1990-1996 metais, galima paminėti:

- Sumažėjo siekis rodyti kuo daugiau “popierinių” apsilankymų, kas buvo skatinama sovietmečiu.
- Ambulatorinio darbo krūvio dalis buvo perimta privačiai dirbančių medikų, kas nebuvo tiksliai fiksuojama statistikoje.
- Mažėjant darbuotojų skaičiui bei augant sandomų darbuotojų siekiui neprarasti darbo ir pajamų, žmonės rečiau kreipiasi pas gydytojus norėdami gauti laikinojo nedarbingumo lapelius.

1990-1998 m. mažėjo apsilankymų dėl vienos ligos skaičius. 1990 m. suaugusiųjų ligonių ir vaikų apsilankymų dėl vienos ligos buvo atitinkamai 6,9 ir 4,3, o 1998 m. suaugusiųjų ligonių ir vaikų apsilankymų dėl vienos ligos buvo atitinkamai 4,1 ir 2,7. Be anksčiau minėtų veiksnių, tam tikros įtakos turėjo naujų terapinių medicininių technologijų (ypač dėl didėjančios vaistų pasiūlos) įdiegimas.

Nagrinėjant ambulatorinių paslaugų kitimo tendencijas, svarbu paminėti, kad visuomeninėse ambulatorinėse SP įstaigose nebuvo stipriai keičiamos gydytojų darbo apmokėjimo sistemos. Tačiau, įvedus skirtingus PSP tipus ir ambulatoriškai dirbančių specialistų paslaugų apmokėjimą pagal PSDF taisykles, atsirado viešųjų įstaigų paskatos didinti specialistų konsultacijų skaičių (dažniausiai to buvo siekiama administracinėmis priemonėmis). Kadangi nebuvo įmanoma daryti radikalių įtakos ambulatorinių SP įstaigų pajamų dydžiui už PSP paslaugas taikant perspektyvinį “už prisirašiusius gyventojus” finansavimo būdą, liko *de facto* formuojamas uždardis, priklausantis nuo specialistų suteiktų konsultacijų skaičiaus, bendras ambulatorinių SP įstaigų pajamas buvo galima didinti “auginant” konsultacijų skaičių. Apie tai, pavyzdžiui, liudija sparčiai nuo 12 % iki 30 % išaugusi konsultacijų be siuntimo pas II lygio ambulatorinius specialistus dalis (bendrame konsultacijų skaičiuje) 1998 metais.

Finansinės paskatos didinti būtent specialistų konsultacijų skaičių, kuris yra

apmokėjimo pagrindas, be abejo turėjo įtakos “pagreitintam” vienos ligos gydymui. 1998 m. II lygio konsultacijai vidutiniškai teko 1,7, o III lygio konsultacijai – 1,5 apsilankymo.

1998 m. bendras apsilankymų skaičius pas II ir III lygio specialistus visuomeninėse ambulatorinėse įstaigose buvo 1 020 tūkst., arba 2840 apsilankymų 1000 gyventojų. Apsilankymų skaičius pas II lygio ambulatorinius specialistus sudarė 92 % visų apsilankymų pas ambulatorinius specialistus. Panašus apsilankymų pas II ir III lygio specialistus ambulatorinėse SP įstaigose skaičių santykis (9:1) buvo pastebimas beveik visų ligų profilių atvejais, išskiriant tik medicininę genetiką (2:8) ir onkologiją (7:3).

Įvertinę visų ambulatorinių apsilankymų struktūrą visuomeniniame sektoriuje, matome, kad 1998 m. 63 % apsilankymų Lietuvoje buvo pas PSP gydytojus (jų 14,3 % pas BPG stomatologus), 34 % - pas II lygio specialistus (įskaitant 1,3 % pas stomatologus) ir 3 % pas gydytojus, teikiančius III lygio ambulatorines paslaugas.

Ambulatorinių apsilankymų struktūra pateikta 5 lentelėje, iš kurios galima teigti, kad 1998 m. apsilankymai pas privačius gydytojus ir stomatologus sudarė atitinkamai apie 1,5% ir beveik vieną ketvirtadalį visų apsilankymų.

**5 lentelė. Ambulatorinių paslaugų teikimas Lietuvoje 1998 m.**

	Gydytojų skaičius*	Apsilankymų skaičius (tūkst.)
<b>Visuomeninis sektorius:</b>		
PSP gydytojai	3484	13918
BPG stomatologai	1168	4061
II lygio gydytojai	4083	9418
II lygio stomatologai	154	356
III lygio gydytojai	512	724
III lygio stomatologai	23	21
Iš viso gydytojų	8079	24061
Iš viso stomatologų	1345	4438
<b>Privatus sektorius:</b>		
Gydytojai**	703, iš jų 179 dirbo tik privačiai	330
Stomatologai	884, iš jų 697 dirbo tik privačiai	1008

\* - Kadangi skiriasi surinkti duomenys (gydytojų etatų skaičius viršija dirbančių fizi-nių asmenų skaičių), pateikti skaičiai nėra labai tikslūs.

\*\* - Prielaida, kad visi privačiai praktikuojantys gydytojai dirba ambulatoriškai.

Šaltiniai: LR statistikos departamentas, PSDF duomenų bazė.

1997 m. pavasarį šalyje buvo pradėta gyventojų prirašymo prie PSP gydytojų kampanija. Šis darbas vyko palyginti sklandžiai ir 1997 m. pabaigoje PSP įstaiga buvo pasirinkę 86% šalies gyventojų. 1998 m. pabaigoje prie PSP gydytojų buvo prisirašę 3,4 mln. gyventojų, arba 92% nuolatinių šalies gyventojų.

Nuo 1996 metų nacionalinėje sveikatos politikoje yra deklaruojamas bendrosios praktikos plėtros prioritetas. Ši plėtra vyksta, bet jos tempai nėra labai spartūs. 1998 m. BPG gydytojai aptarnavo apie dešimtadalį prisirašiusių prie PSP

įstaigų (apie 3 % šalies vaikų). Vidutiniškai 1998 m. 1 BPG teikė paslaugas apie 1 700 gyventojų, apylinkės terapeutas – 2 300 gyventojų, apylinkės pediatras – 750 vaikų, BPG stomatologas – 2 900, psichiatras – apie 18 000 gyventojų. Iki šiol terapeutai ir pediatrai yra pagrindiniai PSP specialistai visose apskrityse. Apskrityse apylinkės pediatrai aptarnavo nuo 20 % iki 24 % gyventojų, apylinkės terapeutai - nuo 48 % (Telšių apskritis) iki 78 % (Utenos apskritis) gyventojų. BPG aptarnaujamų gyventojų dalis svyravo nuo 0 % (Utenos apskritis) iki 28 % (Telšių apskritis) gyventojų. Mažai BPG aptarnaujamų gyventojų buvo Marijampolės ir Alytaus apskrityse (1 % ir 3 % atitinkamai), o santykinai daug – Šiaulių ir Panevėžio apskrityse (23 % ir 14 % atitinkamai).

Didelius ambulatorinės pagalbos teikimo skirtumus galima pastebėti analizuojant apsilankymų skaičių apskrityse. Kaip matyti iš 6 lentelės, gyventojai dažniausiai apsilanko pas gydytojus, dirbančius visuomeninėse SP įstaigose, Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskrityse, o pas privačiai praktikuojančius gydytojus - Kauno, Klaipėdos ir Telšių apskričių gyventojai. Stomatologinės paslaugos visuomeninėse įstaigose daugiausia teikiamos Kauno, Alytaus bei Panevėžio apskrityse, o privatūs stomatologai dažniausiai lankomi Tauragės, Kauno ir Alytaus apskrityse.

**6 lentelė. Ambulatoriniai apsilankymai 100 gyventojų Lietuvoje 1998 m.**

Apskritis	Apsilankymai pas gydytojus		Apsilankymai pas stomatologus	
	Visuomeniniame sektoriuje	Privačiame sektoriuje	Visuomeniniame sektoriuje	Privačiame sektoriuje
Alytaus apskritis	590,0	5,2	137,6	42,1
Kauno apskritis	650,0	14,5	148,5	42,1
Klaipėdos apskritis	610,0	12,4	102,6	15,9
Marijampolės apskritis	500,0	9,6	103,7	20,8
Panevėžio apskritis	590,0	3,2	122,3	25,0
Šiaulių apskritis	550,0	7,5	114,1	25,6
Tauragės apskritis	520,0	7,4	113,2	43,4
Telšių apskritis	530,0	9,4	112,0	30,0
Utenos apskritis	540,0	3,7	92,1	23,4
Vilniaus apskritis	700,0	7,2	113,4	17,5
<b>Iš viso Lietuvoje</b>	<b>610,0</b>	<b>8,9</b>	<b>121,2</b>	<b>27,2</b>

*Šaltiniai: LR statistikos departamentas, Sveikatos informacijos centras.*

### **Greitoji medicinos pagalba**

Panašiai kaip ženkliai skiriasi ambulatorinės pagalbos teikimas Lietuvoje, taip GMP suteiktos medicininės pagalbos rodikliai apskrityse smarkiai skiriasi nuo Lietuvos vidurkio, pasiekdami 1998 m. -28 % Marijampolės apskrityje ir +10 % Klaipėdos apskrityje.

1990-1998 metais GMP suteiktos pagalbos apimtis palaipsniui mažėjo nuo 892 353 suteiktos pagalbos atvejų 1990 m. iki 830 740 atvejų 1998 m. Teiginys

apie suteiktos pagalbos sumažėjimą lieka teisingas ir perskaičiavus GMP paslaugų teikimo apimtį 100 gyventojų: 1998 m. jos suteikta 7 % mažiau nei 1990 m., be to žymiausias pagalbos apimties sumažėjimas pastebimas rajonuose, lyginant su miestais. Tuo pačiu laikotarpiu 20 % išaugo pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų atvejais (32 % miestuose ir 16 % rajonuose).

Tačiau net paviršutiniškas žvilgsnis į 1998 m. GMP teikiamų paslaugų struktūrą provokuoja diskusijas apie šios tarnybos dabartines funkcijas ir reformavimo kryptis: daugiau kaip 13 % suteiktos pagalbos buvo susijusi su ligonių pervežimais, dar 12 % atvejų – pagalbos suteikimas sergantiems lėtinėmis ligomis, 11 % suteiktos pagalbos teko nelaimingų atsitikimų atvejams ir 64 % suteiktos pagalbos buvo ūmių susirgimų atvejais. Akivaizdu, kad GMP tarnyba “pridengia” pirminės sveikatos priežiūros nepakankamumą (juk nedarbo metu daugelis PSP įstaigų smarkiai sumažina arba išvis neteikia pagalbos) bei “sprendžia” socialines-ekonomines problemas, tokias kaip visuomeninio transporto sutrikimai arba jo brangumas gyventojams.

Tačiau įvertinus, kad:

- GMP pagalba – santykinai brangus paslaugų teikimo būdas (1998 m. GMP pagalbos suteikimo atvejis PSDF vidutiniškai kainavo apie 95 Lt),
- Trūksta įrodymų, kad GMP dabartiniu savo pavidalu su nusistovėjusiu, aiškiai per plačiu, įvairių funkcijų krūviu pajėgi tinkamai vykdyti pagrindinę savo užduotį – kuo skubiau suteikti žmogui kvalifikuotą pagalbą, kai brangi kiekviena minutė. Pvz., 1995 m. gyventojų apklausos duomenimis, daugiau nei trečdalis respondentų, gyvenančių kaimo vietovėse, tvirtino, kad iškviatę GMP laukė ilgiau negu pusę valandos,

leistina suabejoti tokių paslaugų teikimo organizavimo būdo racionalumu.

Daug vilčių siejama su BPG funkcijų plėtimu, kad BPG užtikrintų neatidėliotinos pagalbos prieinamumą. Kad taip būtų, reikia detaliai planuoti BPG tinklą ir darbo krūvį, reikalingos konkrečios priemonės, įskaitant transporto ir ryšių priemones. Todėl ir šiuo atveju klausimai, susiję su GMP organizavimu bei finansavimu, nepraranda aktualumo.

### Diagnostiniai tyrimai bei fizioterapijos procedūros

Norėtusi detaliau aptarti tokią reikšmingą ir atsižvelgiant į sąnaudas brangią SP įstaigų padalinių veiklą kaip diagnostinis ligonių ištyrimas.

1992-1998 metais pastebimi ryškūs diagnostinio tyrimo apimties svyravimai (7 lentelė).

**7 lentelė. Diagnostinių tyrimų bei fizioterapijos procedūrų teikimas Lietuvoje (1992-1998 m.)**

	1992	1995	1998	1998/1992 paslaugų teikimo vienam gyventojui pokyčiai (%)
<b>Ligoninėse:</b>				
Laboratoriniai tyrimai	21446683	25143414	24798730	16
Rentgenologiniai tyrimai	705483	74388	1040468	47
Funkcinės diagnostikos pro-	1128773	1041443	1040468	-8

cedūros				
Fizioterapijos procedūros	3597963	3496274	2861288	-20
<b>Ambulatorinėse įstaigose:</b>				
Laboratoriniai tyrimai	36671443	31812899	29446805	-20
Rentgenologiniai tyrimai	1484935	1370564	2158524	45
Funkcinės diagnostikos procedūros	1517216	1449635	1226950	-19
Fizioterapijos procedūros	8812768	6668321	4430654	-50
<b>Iš viso:</b>				
<b>Laboratoriniai tyrimai</b>	58118123	56956313	54244635	-7
<b>Rentgenologiniai tyrimai</b>	2190418	214452	3198992	46
<b>Funkcinės diagnostikos procedūros</b>	2645989	2491078	2267419	-14
<b>Fizioterapijos procedūros</b>	12410731	10164595	7291942	-41

*Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.*

Apskaičiavę laboratorinių tyrimų vienam gyventojui vidurkį gauname, kad 1998 m. jų buvo atlikta 14,64.

1998 m. Lietuvos ambulatorinėse SP įstaigose 100 apsilankymų teko 129,6 laboratorinių tyrimų (apie 114 tyrimų 1992 m.), 9,5 rentgenologinių tyrimų (4,6 tyrimai 1992 m.) ir 5,4 funkcinės diagnostikos tyrimų (4,7 tyrimai 1992 m.). Diagnostinių tyrimų apimtis stacionaruose buvo dar išpūdingesnė: kiekvienam gulėjusiam ligoniui padaryta 28,6 laboratoriniai tyrimai (30,4 tyrimai 1992 m.), 1,2 rentgenologiniai tyrimai (1 tyrimas 1992 m.), 1,2 funkcinės diagnostikos tyrimai (1,6 tyrimai 1992 m.).

Diagnostinių tyrimų apimtis keitėsi skirtingai ambulatorinėse įstaigose ir ligoninėse. 1992 m. du trečdaliai diagnostinių tyrimų buvo atliekami ambulatoriškai, 1998 m. stacionaruose buvo daroma beveik pusė laboratorinių bei funkcinės diagnostikos tyrimų: tyrimų, atliekamų stacionaruose, padaugėjo nuo 37 % iki 46 % visų laboratorinių tyrimų, išaugo ir rentgenologinių bei funkcinės diagnostikos tyrimų, atliekamų ligoninėse, dalis (iki 33 % ir 46 % atitinkamai).

1992-1998 m. kasmet sparčiai mažėjo fizioterapijos apimtis, ypač ambulatorinėse įstaigose. Viena iš svarbių šios tendencijos priežasčių buvo santykinai dideli fizioterapijos procedūrų kaštai. Dėl šio proceso 1998 m. vidutiniškai vienam gyventojui teko ne 3,3 fizioterapijos procedūros kaip 1992 m., o tik 1,97 procedūros.

Diagnostinių tyrimų teikimo apimtį gali smarkiai paveikti jų apmokėjimo sistemos pokyčiai. Kaip rodo papildomo apmokėjimo iš PSDF už tam tikrus diagnostinius tyrimus įvedimo patirtis, ištyrimo apimtis pradėjo sparčiai augti (tai rodo išlaidų augimas 2,4 karto per 1998 m. ir pirmą 1999 m. pusmetį). Keičiant įkainius už diagnostinius tyrimus, jų atlikimas gali tapti svariu papildomu pajamų uždirbimo šaltiniu. Jau 1998 m. 6 mln. Lt pajamų atiteko SP įstaigoms, kurios atliko kitų įstaigų užsakytus diagnostinius tyrimus.

1998-1999 metais bandymas tvarkyti laboratorinį ūkį buvo susijęs su laboratorijų atestavimu. Kitas įtaką darantis laboratorijų darbui veiksnys yra ekono-

minio pobūdžio: laboratorijų tinklas per daug išplėstas ir pasižymi žemu laboratorinės įrangos apkrovimu bei pasenusių prietaisų naudojimu, kas lemia santykinai dideles tyrimų sąnaudas. Galima tikėtis, kad laboratorijų koncentravimo procesas bus paskatintas, plečiant bendrosios praktikos gydytojų kabinetų tinklą. BPG gydytojai naudosis portatyvine aparatūra, turėtų būti ambulatoriškai atliekama pagrindinė laboratorinių tyrimų dalis, o sudėtingi tyrimai bus koncentruojami. Antra vertus, sunku prognozuoti, ar ateityje išaugs stacionaruose dirbančių gydytojų pasitikėjimas ambulatoriškai atliktų tyrimų rezultatais. Daugelį metų ligoninėse buvo įprasta pakartoti diagnostinius tyrimus, anksčiau atliktus ligoniui poliklinikose.

## SP PASLAUGŲ TEIKIMAS STACIONARINĖS PRIEŽIŪROS ISTAIGOSE

Statistika, kaip matyti iš 8 lentelės, rodo augantį hospitalizacijų skaičių (prieaus 1990-1998 metais sudarė 27%). Pašalinę gyventojų skaičiaus kitimo įtaką, pastebėsime, kad 1990-1994 metais hospitalizavimo dažnumas palaipsniui mažėjo, bet vėliau tendencija pasikeitė ir 1998 m. hospitalizavimo dažnumas jau 19 % viršijo 1994 m. rodiklį.

*8 lentelė. Pagalbos Lietuvos ligoninėse raida (1990-1998 metais)*

	1990	1992	1994	1996	1998
<b>Hospitalizacijos</b>	679500	671468	727763	752019	867057
<b>Hospitalizacijos 1000 gyventojų</b>	183,2	179,2	166,1	202,6	234,1
<b>Lovadieniai 1000 gyventojų</b>	3280,0	3064,4	3087,7	2836,4	2738,8
<b>Operacijos 1000 gyventojų</b>	48,0	48,0	48,9	55,0	63,5
<b>Operacijų skaičiaus santykis su hospitalizacijų skaičiumi (%)</b>	26,2	26,8	29,4	27,1	27,1

*Šaltiniai: LR statistikos departamentas, Sveikatos informacijos centras.*

Iš statistinių duomenų apie hospitalizacijas negalima daryti išvados, kad pastaraisiais metais kas penktas Lietuvos gyventojas per metus kartą gulėjo ligoninėje. Nėra duomenų, kiek žmonių buvo hospitalizuota pakartotinai (daugiau nei vieną kartą) per metus. Tokią labai vertingą informaciją ligonių kasos pradėjo rinkti tik 2000 m.

Kadangi 1990-1998 metais ryškiai sumažėjo pacientų vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėse, nuo 1990 m. bendras lovadienių skaičius sumažėjo 17 %, nepaisant hospitalizacijų skaičiaus padidėjimo.

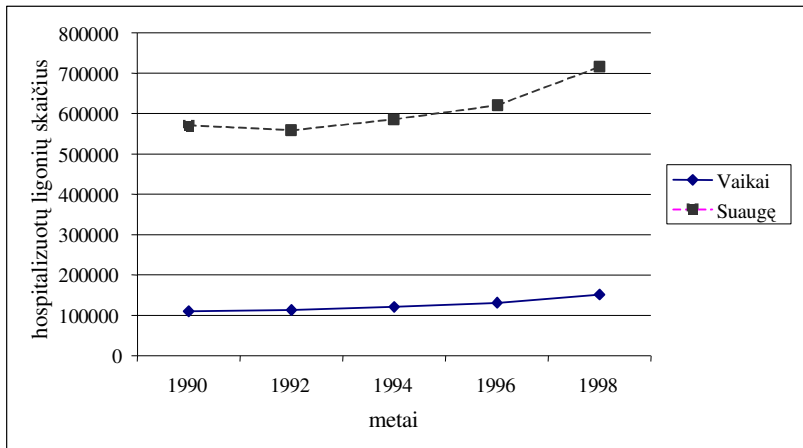
Absolūtus chirurginių operacijų skaičius 1990-1998 metais išaugo trečdaliu. Tačiau 1990-1994 metais buvo operuota vis didesnė hospitalizuotų ligonių dalis, o 1996-1998 metais šis procentas ėmė mažėti.

Ligoninėse mirusių pacientų skaičius truputi išaugo nuo 13 465 1990 m. iki 15 012 1998 m., bet šiek tiek sumažėjo mirusiųjų dalis bendrame gydytų ligoninėse žmonių skaičiuje.

Ir organizacinių, ir statistinių duomenų atžvilgiu sveikatos priežiūra Lietuvo-

je skiriama į dvi grupes: SP paslaugos teikiamos vaikams bei paaugliams ir atskirai suaugusiems žmonėms. Nors abejotina, ar tai racionalu, tačiau iš dalies tokio pasidalijimo šaknys siekia komunistų deklaruojamos vaikų interesų pirmenybės laikus.

## 2 paveikslas. Stacionarinės pagalbos teikimo raida



Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

Nuo 1990 iki 1998 m. stacionarinės pagalbos vaikams apimtis išaugo 38%, o suaugusiems ir paaugliams - 26%. Taigi stacionarų suteiktų paslaugų dalis, tenkanti suaugusiems bei paaugliams, sumažėjo nuo 83,9% iki 82,5%.

Panašiai, galėtume pamatyti stacionarinės pagalbos teikimo tendencijas teritoriniu atžvilgiu (kadangi duomenų grupavimas pagal apskritis prasidėjo priėmus naują administracinę-teritorinę šalies suskirstymo schemą, galime lyginti tik 1994-1998 metų pokyčius (9 lentelė).

Daugiausia stacionariųjų paslaugų buvo teikiama Vilniaus ir Kauno apskrityse, mažiausiai – Tauragės, Telšių ir Utenos apskrityse. Pažvelgę į stacionarinės pagalbos teikimo rodiklius 1000 gyventojų, pastebėsime, kad didžiausi rodikliai 1998 m. buvo Palangoje (829), Klaipėdoje (398), Kaune (362), Šiauliuose (335), Vilniuje (323) ir Panevėžyje (319) bei Klaipėdos (305), Kauno (271) ir Vilniaus (260) apskrityse. Žemiausiai rodikliai 1998 m. buvo Telšių (166), Tauragės (167) ir Utenos (177) apskrityse. Tokia situacija atspindi ne tiek sergamumą, kiek ligoninių tinklą (ir atitinkamai ligonių pritraukimą).

**9 lentelė. Stacionariųjų paslaugų teikimas Lietuvos teritorijoje (%)**

<b>Apskritis</b>	<b>1994</b>	<b>1998</b>
Alytaus apskritis,	4,87	4,09
Kauno apskritis	22,21	22,90
t.t. Kaune	15,57	16,79
Klaipėdos apskritis	13,30	14,16
t.t. Klaipėdoje	9,83	10,84
Marijampolės apskritis	4,55	4,40
Panevėžio apskritis	8,51	8,54
t.t. Panevėžyje	4,48	4,75
Šiaulių apskritis	10,29	10,18
t.t. Šiauliuose	5,42	5,50
Tauragės apskritis	2,56	2,42
Telšių apskritis	3,44	3,38
Utenos apskritis	4,48	3,98
Vilniaus apskritis	24,98	25,95
t.t. Vilniuje	19,38	20,88
<b>Iš viso Lietuvoje</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

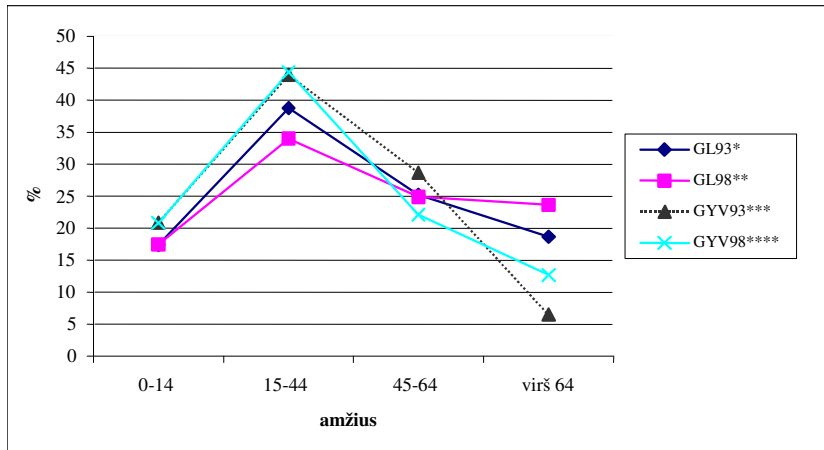
*Šaltiniai: LR statistikos departamentas, Sveikatos informacijos centras.*

Bendra stacionarinės pagalbos apimtis 1994-1998 metais padidėjo 19%. Augimas buvo pastebėtas praktiškai visose apskrityse, išskyrus Alytaus apskritį. Tačiau 1998 m., lyginant su 1994 m., stacionarinės pagalbos teikimas daugiausia augo būtent teritorijose bei miestuose, kur sukonzentruoti didžiausi stacionarų pajėgumai: stacionariųjų paslaugų apimtis daugiausiai išaugo Klaipėdos (27%), Vilniaus (24%) ir Kauno (23%) apskrityse, tarp miestų – Klaipėdoje (32%), Vilniuje (29%), Kaune (29%), Panevėžyje (27%) ir Šiauliuose (21%). Nežymiai stacionariųjų paslaugų teikimas didėjo Utenos (6%), Tauragės (13%), Marijampolės (16%) ir Telšių (17 %) apskrityse.

Grįždami prie bendros stacionariųjų paslaugų situacijos Lietuvoje, panagrinėsimė, kaip pasikeitė skirtingų amžių žmonių grupių hospitalizavimas 1993-1998 metais.



### 3 paveikslas. Gyventojų ir gydytų ligoninėse pacientų pasiskirstymas pagal amžius



\* - gydytų ligonių ligoninėse 1993 m.;

\*\* - gydytų ligonių ligoninėse 1998 m.;

\*\*\* - gyventojai 1993 m.;

\*\*\*\* - gyventojai 1998 m.

Šaltiniai: LR Statistikos departamentas, Sveikatos informacijos centras.

3 paveiksle matome, koks buvo procentinis gyventojų pasiskirstymas amžiaus grupėse ir kiek stacionarizuota ligonių pagal gyventojų amžiaus grupes (procentais) 1993 ir 1998 metais.

Vaikų grupėje niekas nepasikeitė: 1998 m., kaip ir 1993 m., jų lyginamasis svoris demografiškai bei tarp gydytų ligoninėse buvo panašus. 15-44 metų grupėje sumažėjo santykinė stacionaruose gydytų ligonių dalis. 45-64 metų žmonių dalis populiacijoje išaugo, bet ligoninėse gydytų ligonių procentas nepasikeitė. Smarkiausi pokyčiai įvyko daugiau kaip 64 metus turinčių gyventojų grupėje: išaugo šitos grupės lyginamasis svoris bei padidėjo ligoninėse gydytų žmonių dalis. 1998 m., įvedus privalomojo sveikatos draudimo sistemą, galima pradėti analizuoti teikiamą pagalbą kitais aspektais, kadangi finansuodamos ligonines ligonių kasos renka duomenis apie paslaugų teikimą pagal ligų gydymo profilius. Pabandykime sugrupuoti tokią informaciją įvairiais būdais.

10 lentelėje matyti paslaugų, suteiktų visiems šalies gyventojams, struktūra (hospitalizacijų atvejų bei lovdienių struktūros lyginamieji svoriai 1998 m. pagal gydymo profilius). Beveik pusė pagalbos buvo suteikta terapijos ir pediatrijos srityse, trečdalis – chirurgijoje. Dėl skirtingų gulėjimo trukmės vidurkių įvairiuose profiluose lovdienių lyginamasis svoris skiriasi nuo hospitalizacijų pasiskirstymo, ypač slaugoje, reanimacijoje ir akušerijoje.

**10 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvos stacionaruose (1998 m.)**

<b>Profiliai</b>	<b>Hospitalizacijų dalis (%)</b>	<b>Lovadienių dalis (%)</b>
<b>Terapija ir pediatrija</b>	49	46
<b>Chirurgija, (vaikų) traumatologija ir ortopedija</b>	28	24
<b>Reanimacija</b>	8	2
<b>Oftalmologija ir otolaringologija</b>	5	3
<b>Onkologija, chemoterapija, radioterapija</b>	2	3
<b>Dermatovenerologija</b>	1	1
<b>Psichiatrija</b>	0.3	0.7
<b>Naujų gimimų patologijos</b>	1	4
<b>Tuberkuliozės gydymas</b>	0.3	1
<b>Akušerija</b>	4	2
<b>Ginekologija</b>	3	2
<b>Slauga</b>	6	21

*Šaltinis: Vertinimas atliktas PSDF duomenų bazės pagrindu.*

Kitose lentelėse (11 ir 12 lentelės) pabandome apytiksliai įvertinti stacionarines paslaugas pagal lygius ir tipus.

Kaip minėta anksčiau, nėra visiškai aišku, ką reiškia “ligų gydymo profiliai”. 11 lentelėje kategorinių gydymo paslaugų grupę įskaitomi tokie profiliai, kurių pavadinimuose figūruoja arba ligų diagnozė (pvz., tuberkuliozė), arba specializuotos gydymo technologijos (pvz., hemodializė arba radioterapija).

Kaip matyti, 1998 m. stacionaruose daugiausiai buvo teikiama I lygio stacionarinių paslaugų, trigubai mažiau II lygio paslaugų ir tik dešimtadalis paslaugų buvo III lygio. Ilgalaikis gydymas (įskaitant psichiatriją) ir kategorinės paslaugos kartu paėmus sudarė irgi vieną dešimtąją dalį visų hospitalizacijos atvejų.

**11 lentelė. Stacionarinių ASPĮ paslaugos Lietuvoje 1998 m. (be slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių paslaugų)**

<b>Paslaugų grupės</b>	<b>Hospitalizacijų dalis (%)</b>	<b>Lovadienių dalis (%)</b>
<b>I lygis</b>	60	57
<b>II lygis</b>	22	18
<b>III lygis</b>	9	10
<b>Ilgalaikis gydymas</b>	2	8
<b>Reabilitacija ir sveikatos grąžinimas</b>	0.1	0.7
<b>Motinių slauga</b>	4	3,5
<b>Kategorinės gydymo paslaugos</b>	3	3

*Šaltinis: Vertinimas atliktas PSDF duomenų bazės pagrindu.*

Nagrinėdami 1998 m. stacionaruose teikiamas paslaugas kitaip jas sugrupavus (12 lentelė), gauname, kad ilgalaikio gydymo dalis (įskaitant I ir II lygio

psichiatrijos paslaugas ir tuberkuliozės gydymą) sudarė 18% visų paslaugų, I lygio paslaugų dalis buvo 54% (pridėjus paslaugas teikiamas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, motinų slaugą, bet atmetus psichiatrinį gydymą), II lygio paslaugų (be psichiatrijos) dalis buvo 15%. Kategorinėse paslaugose dabar apjungtos paslaugos, susiję su specializuotomis gydymo technologijomis, ir jų dalis buvo 3%.

**12 lentelė. Stacionariųjų ASPĮ paslaugos Lietuvoje 1998 m.**

<b>Paslaugų grupės</b>	<b>Lovadienių dalis (%)</b>
<b>I lygis</b>	54,4
<b>II lygis</b>	15,2
<b>III lygis</b>	8,9
<b>Kategorinės gydymo paslaugos</b>	3,1
<b>Ilgalaikis gydymas</b>	18,3
<b>Reabilitacija ir sveikatos grąžinimas stacionaruose</b>	0,1

*Šaltinis: Vertinimas atliktas PSDF duomenų bazės pagrindu.*

Slaugos paslaugų teikimą Lietuvoje įvertinti gana sudėtinga, kadangi jo būdai, vietos bei pobūdžiai yra įvairūs:

1. Dalis slaugos paslaugų teikiamos slaugos ir palaikomojo gydymo lovose tiek stacionaruose, tiek ir PSP įstaigose. 1998 m. ligoninėms buvo apmokėta apie 51 tūkst. ligonių slauga (neįskaitant ligonių, hospitalizuotų dėl psichikos sutrikimų).

Viena iš sveikatos reformos užduočių yra padidinti slaugos lovų skaičių savivaldybių teritorijose. 1998 m. buvo patvirtintas medicinos slaugai ir palaikomajam gydymui skirtų stacionaro lovų skaičiaus normatyvas – viena lova 1 000 gyventojų. Kadangi tokios lovos funkcionavimo normatyvas yra 320 lovadienių per metus, 1998 m. šalyje galėjo būti (Valstybinės ligonių kasos (VLK) vertinimu) beveik 1 186 tūkst. PSDF lėšomis apmokamų lovadienių, o faktiškai tokių lovadienių buvo suteikta 92% nuo normatyvinio lygio. Beveik 1,5 karto normatyvą viršijo Marijampolės apskritis, apie 18% Panevėžio apskritis, viršijimas pastebėtas Šiaulių, Telšių ir Tauragės apskrityse. O Kauno, Alytaus ir Vilniaus apskrityse normatyvas nebuvo pasiektas (buvo suteikta 30%, 24% ir 22% paslaugų mažiau atitinkamose apskrityse). Aprašyta situacija didele dalimi susiklostė dėl ligoninių lovų išdėstymo teritorijose.

2. PSDF SP stacionarams padengė išlaidas, atsirandančias, kai motinos slaugo savo vaikus gydomus ligoninėse. Tokių atvejų 1998 m. buvo apie 38 tūkstančius (beveik kas ketvirtą ligoninėje gulintį vaiką slaugė jo motina).

3. Slaugos paslaugos teikiamos ir globos įstaigose, kuriose gyvena senyvo amžiaus žmonės ir žmonės su negalia.

Kaip matyti iš 13 lentelės, 1995-1998 metais Lietuvoje pagausėjo senų žmonių globos įstaigų (41%) ir padaugėjo jų gyventojų (27%). 1998 m. 13% daugiau žmonių su negalia gyveno globos įstaigose nei 1995 m.

**13 lentelė. Globos įstaigų tinklas Lietuvoje**

	<b>1995</b>	<b>1998</b>
<b>Bendras senų žmonių globos įstaigų skaičius,</b>	64	90
<b>jų gyventojų</b>	3282	4173
<b>Bendras suaugusių neįgaliųjų globos įstaigų skaičius,</b>	20	23
<b>jų gyventojų</b>	4365	4942
<b>Bendras vaikų su negalia globos įstaigų skaičius,</b>	5	5
<b>jose vaikų</b>	822	844

*Šaltinis: LR statistikos departamentas.*

Kadangi globos įstaigos, kaip ir apskritai socialinių paslaugų teikimas, priklauso Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos kompetencijai, o slauga ir palai komasis gydymas kuruojamas SAM, koordinuojant slaugos pobūdžio paslaugų teikimą neišvengta įprastos Lietuvoje tarpžinybinio nesuderinamumo ligos. Neįgaliųjų bei senų žmonių globos įstaigos atlieka įvairias funkcijas: subsidijuoja pajamas (žmogus gauna aprūpinimą, kurio dėl nepakankamų pragyventi lėšų negalėjo užsitikrinti savarankiškai), aprūpina būstu (jei žmogus negali įsigyti arba išlaikyti nuosavą gyvenimo plotą) ir užtikrina priežiūrą. Be abejo, šios priežiūros dalis – tai ta pati slauga ir palai komasis gydymas. Pavyzdžiui, sendami žmonės vis dažniau susiduria su sveikatos sutrikimais, ima sirgti lėtinėmis ligomis. Todėl globos įstaigų personalui tenka spręsti nemažai globojamų žmonių medicininio pobūdžio problemų. Tad nekeista, kad 1997 m. daugiau kaip 30% globos įstaigų darbuotojų buvo medikai<sup>4</sup>.

**SP PASLAUGŲ TEIKIMO PIRMENYBĖS NUSTATYMAS**

Kiek ir kokių SP paslaugų reikia Lietuvai? Apie tai nuolat plačiai diskutuojama. Vos ne dažniausiai vartojamas žodis yra “poreikis”. Bet, panašu, šis žodis kaip rūbai “be dydžio” tinka visiems, o faktiškai kiekvienas savaip tuos poreikius supranta.

Nepretenduodami į išsamią analizę, pabandydysime apžvelgti kai kuriuos šios miglotos sąvokos aspektus.

Sveikatos priežiūros paslaugų poreikis atspindi (yra išvestinis) gyventojų sveikatos būklės gerinimo poreikį (kuriam, be SP paslaugų teikimo, turi įtakos dar daug veiksnių). Apie poreikį gerinti sveikatos būklę sprendžiama ir iš:

1. mirtingumo arba lauktino gyvenimo trukmės vidurkio;
2. sergamumo (kadangi sergamumo statistikai įtaką daro SP paslaugų prieinamumas, ji tik netiesiogiai atspindi SP paslaugų poreikį).

<sup>4</sup> Socialinis pranešimas. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vilnius, 1997.

Atidžiau pažiūrėkime į mirtingumo, ambulatorinio ir stacionarinio sergamumo bei kitą susijusią su gyventojų sveikatos būkle statistiką pagal sveikatos sutrikimų priežastis.

**14 lentelė. Gyventojų sveikatos būklės rodikliai pagal sveikatos sutrikimo priežastis 1998 m. (procentais)**

	Mirtingumas	Ambulatorinis sergamumas	Hospitalinis sergamumas	Pirmą kartą pripažintų invalidiais	Laikinis nedarbingumas**
<b>Infekcinės ligos</b>	1,31	4,63	4,22		
<b>Navikai</b>	18,61	1,88	6,07	15,05	
<b>Kraujotakos ligos</b>	54,69	11,87	16,16	28,66	5,87
<b>Psichikos ligos</b>	1,97*	4,25	5,51	7,28	1,66
<b>Kvėpavimo ligos</b>	4,10	28,80	13,67	3,84***	32,07****
<b>Virškinimo ligos</b>	2,79**	9,23	9,60	1,76	4,72
<b>Nelaimingi atsitikimai, traumos ir pan.</b>	13,15	6,19	8,81	9,30	10,09
<b>Kitos</b>	8,14	33,15	35,96		

\* - 1996 m. duomenys.

\*\* - 1997 m. duomenys.

\*\*\* - be TBA, kurį tapo dar 3% visų pirminio invalidumo atveju priežastimi 1998 m.

\*\*\*\* - be gripo ir TBA, kurios buvo dar 1,27% ir 0,31% visų laikinojo nedarbingumo atveju priežastimi 1997 m.

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, SODROS duomenų bazė.

14 lentelėje bandoma apytiksliai (nes skirtingi statistikos rinkimo metodai) palyginti, dėl kokių priežasčių miršta, praranda darbingumą bei yra gydomi Lietuvos gyventojai.

Kaip matyti, dažniausiai pasitaikanti gyventojų mirties priežastis yra kraujotakos, onkologijos ligos bei išorinės priežastys. Kartu tai yra ir svarbiausios pirminio invalidumo priežastys. Ambulatorinio sergamumo bei laikinojo nedarbingumo atvejais pirmąją kvėpavimo ligos. Virškinimo ligoms atiteko vos ne dešimtadalis gydymo atveju, o traumos, nelaimingi atsitikimai turi didesnę lyginamąją svorį kaip mirtingumo ir nedarbingumo, o ne sergamumo priežastys. Daugiau nei trečdalis gydymo atveju susiję su kitomis nei lentelėje išvardytos priežastimis. Beveik 12% visų laikinojo nedarbingumo atveju susiję su ligonių (šeimos narių, dažniausiai vaikų) slaugymu.

Taip pat pabandome suvesti 9 metų duomenis apie gyventojų sveikatos būklės sutrikimus.

**15 lentelė. Mirtingumas, sergamumas ir invalidumas Lietuvoje**

Metai	1990	1992	1994	1996	1998
<b>Mirtingumas Lietuvoje (tūkst.)</b>					
<b>IŠ VISO:</b>	39,76	41,46	46,49	42,90	40,76
<b>Ir jo priežastys:</b>					
<b>Infekcinės ligos</b>	0,34	0,39	0,54	0,54	0,53
<b>Piktybiniai navikai</b>	6,96	7,31	7,47	7,52	7,59
<b>Kraujotakos ligos</b>	23,04	22,32	24,35	23,49	22,29
<b>Psichikos ligos</b>	0,30	0,41	0,89	0,84	0*
<b>Kvėpavimo ligos</b>	1,82	1,54	1,83	1,69	1,67
<b>Virškinimo ligos</b>	0,86	1,02	1,11	1,10	0*
<b>Nelaimingi atsitikimai, apsi- nuodijimai, traumos</b>	4,46	5,21	6,92	5,85	5,36
<b>Kitos</b>	1,99	3,26	3,38	1,87	3,32
<b>Ambulatorinis sergamumas (tūkst.)</b>					
<b>IŠ VISO:</b>	3082,48	3372,00	3601,34	3820,90	4810,73
<b>Ir jo priežastys:</b>					
<b>Infekcinės ligos</b>	126,03	154,09	212,19	205,94	222,94
<b>Piktybiniai navikai</b>	76,13	76,58	81,57	83,27	90,44
<b>Kraujotakos ligos</b>	411,25	375,36	418,01	471,31	570,98
<b>Psichikos ligos</b>	165,80	155,70	145,99	173,00	204,36
<b>Kvėpavimo ligos</b>	831,83	934,13	1010,78	1024,02	1385,62
<b>Virškinimo ligos</b>	394,42	405,27	299,15	302,83	443,96
<b>Nelaimingi atsitikimai, apsi- nuodijimai, traumos</b>	269,97	267,68	282,66	290,87	297,69
<b>Kitos</b>	807,06	1003,20	1151,99	1269,64	1594,74
<b>Hospitalinis sergamumas (tūkst.)</b>					
<b>IŠ VISO:</b>	689,50	671,47	743,89	752,02	867,06
<b>Ir jo priežastys:</b>					
<b>Infekcinės ligos</b>	27,14	31,10	36,94	35,38	36,61
<b>Navikai</b>	34,00	32,51	39,37	43,75	52,61
<b>Kraujotakos ligos</b>	99,37	92,97	113,81	120,47	140,12
<b>Psichikos ligos</b>	29,79	30,81	39,17	42,21	47,77
<b>Kvėpavimo ligos</b>	88,70	79,30	89,95	92,98	118,51
<b>Virškinimo ligos</b>	70,22	71,66	72,83	77,69	83,21
<b>Nelaimingi atsitikimai, apsi- nuodijimai, traumos</b>	56,07	60,79	69,70	69,42	76,39
<b>Kitos</b>	274,21	272,34	282,13	270,11	311,84
<b>Pirmą kartą pripažinti invalidais (tūkst.)</b>					
<b>IŠ VISO:</b>	23,08	28,26	24,35	24,86	28,57
<b>Ir jo priežastys:</b>					
<b>Tuberkuliozė</b>	0,42	0,77	0,83	1,04	0,86
<b>Navikai</b>	2,67	3,53	3,30	3,69	4,30
<b>Kraujotakos ligos</b>	6,68	9,66	7,52	7,09	8,19
<b>Psichikos ligos</b>	1,84	1,90	1,90	2,01	2,08
<b>Kvėpavimo ligos</b>	1,09	1,33	1,00	0,92	1,10
<b>Virškinimo ligos</b>	0,35	0,40	0,51	0,55	0,50
<b>Nelaimingi atsitikimai, apsi- nuodijimai, traumos</b>	2,28	2,83	2,67	2,69	2,66
<b>Kitos</b>	7,76	7,84	6,62	6,87	8,89

\*Statistiniai duomenys neskelbiami.

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

Nepaisant duomenų rinkimo metodikų pokyčių, galima apytiksliai palyginti susiklosčiusias tendencijas. 16 lentelėje parodyta, kiek pasikeitė mirtingumo ir sergamumo rodikliai, lyginant 1998 ir 1990 metus.

**16 lentelė. Sveikatos būklės rodiklių pokyčiai 1998 m. (1990 m. rodiklius priimant už 1)**

	Mirtingumas	Ambulatorinis sergamumas	Hospitalinis sergamumas	Pirmą kartą pripažinti invalidais
<b>Iš viso</b>	1,03	1,56	1,28	1,24
<b>Priežastys:</b>				
<b>Infekcinės ligos</b>	1,57	1,77	1,35	
<b>Navikai</b>	1,09	1,19	1,55	1,61
<b>Kraujotakos ligos</b>	0,97	1,39	1,41	1,23
<b>Psichikos ligos</b>	2,84*	1,23	1,60	1,13
<b>Kvėpavimo ligos</b>	0,92	1,67	1,34	1,01***
<b>Virškinimo ligos</b>	1,33**	1,13	1,19	1,45
<b>Nelaimingi atsitikimai, traumos ir pan.</b>	1,22	1,10	1,36	1,16
<b>Kitos</b>	1,15	1,98	1,14	1,15

\* - lyginant 1996 m. lygi su 1990 rodikliu; \*\* - lyginant 1997 m. lygi su 1990 rodikliu; \*\*\* - be tuberkuliozės.

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

Matyti, kad tendencijos yra įvairios. Teigiami koreliaciniai ryšiai randami lyginant visų gyventojų mirtingumo, sergamumo ir invalidumo raidos eilutes (per 1990-1998 metų laikotarpį) tarp ambulatorinio sergamumo ir hospitalinio sergamumo skaičių, ambulatorinio sergamumo ir pirmą kartą pripažintų invalidais skaičių bei tarp hospitalinio sergamumo ir pirmą kartą pripažintų invalidais skaičių. Tuo tarpu mirtingumo duomenys (primename, kad tai vienas svarbiausių gyventojų sveikatos būklės rodiklių) praktiškai nekoreliuoja su kitais rodikliais.

SP paslaugomis naudojimosi duomenys. Noras ir būtinybė naudotis paslaugomis priklauso nuo daugelio sąlygų, tokių kaip gyventojų amžius, lytis, socialinė-ekonominė padėtis ir, be abejo, nuo žmonių sveikatos būklės.

Anksčiau minėjome, kad tokio pobūdžio informacijos Lietuvoje renkama mažai. Todėl tenka vertinti SP kitais būdais, atsižvelgiant ir į netiesioginius įrodymus. Vieną iš tokių įrodymų, kad senyvo amžiaus gyventojai dažnai naudojasi SP paslaugomis nei kitoms amžiaus grupėms priklausantys gyventojai, duoda prisirašymo prie PSP įstaigų analizė. VLK duomenimis, prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) prisirašiusių 65 metų ir vyresnių gyventojų yra net šiek tiek daugiau nei statistikos skelbiamas nuolatinių gyventojų skaičius. Skirtingai nuo 16-64 metų amžiaus gyventojų, kurių dalis nuo 1997 m. vidurio iki 1998 m. gruodžio mėn. taip ir nepasirinko ASPI (ir dėl to, kad neturėjo sveikatos problemų), praktiškai visiems vyresnio amžiaus grupės asmenims teko kreiptis dėl SP paslaugų.

Naudojimąsi SP paslaugomis sąlygoja ir žmonių su negalia skaičius. 1990-1998 metais tiek pirminis, tiek bendras invalidumas padidėjo daugiau nei 1,5 karto. Socialinės apsaugos ekspertai teigia, kad 1998 m. Lietuvoje buvo apie 350-370 tūkst. neįgaliųjų asmenų, iš jų 240 tūkst. buvo oficialiai nustatyta invalidumo grupė<sup>5</sup>.

Sprendžiant apie SP paslaugų poreikį labai reikšmingas yra dar vienas veiksnys – efektyvių medicinos (plačiaja šio žodžio prasme, įskaitant prevencines bei diagnostines priemones) technologijų buvimas. SP paslaugų poreikius vertinti, taikant tikėtinos naudos dėl medicinos technologijų panaudojimo įrodymus, Lietuvoje tik pradama. Tai ilgas, sudėtingas, tačiau būtinas metodas, kai planuojama SP paslaugų pasiūla ateičiai.

Tačiau ir šiandien, dar neturint daug patirties ir informacijos apie medicinos technologijų veiksmingumą, vos ne kasdien priimant sprendimus susijusius su SP paslaugų teikimu galima ir verta nagrinėti SP paslaugas šiais aspektais:

### 1. Paslaugų prieinamumas ir lygybė

Nemažai pastaraisiais metais šnekama apie teritorinį lėšų bei paslaugų pasiskirstymą, dažniausiai lyginant paslaugų teikimą apskrityse. Tačiau vertėtų šį pasiskirstymą nagrinėti miestų, mažų miestelių bei kaimo vietovių aprūpinimo SP paslaugomis aspektu.

Iš 17 lentelėje pateiktų duomenų apie SP paslaugų teikimą ir su paslaugų teikimu susijusių rodiklių galima daryti išvadas apie nemažus SP paslaugų teikimo miestuose ir rajonuose skirtumus.

**17 lentelė. Kai kurie su SP paslaugų teikimu susiję rodikliai Lietuvoje 1998 m.**

	Apsilankymų pas gydytoją 1000 gyventojų	Apsilankymų namuose (% nuo visų apsilankymų)	Apsilankymų pas stomatologą (apsilankiusių % nuo visų gyventojų)	GMP suteikta pagalba 1000 gyventojų	Hospitalizacijų skaičius 1000 gyventojų	Mirusių namuose (% nuo visų mirusiųjų)
<b>Miestuose</b>	7,8	7,7	43	242,7	345,2	39,7
<b>Rajonuose</b>	4,9	6,2	31,8	211,1	166,6	61,6
<b>Iš viso Lietuvoje</b>	6,1	7	36,1	224,4	241,7	52,8

*Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.*

Kaip matyti, rajonuose SP paslaugų teikiama daug mažiau nei miestuose.

Tuo pat metu galima teigti, kad rajonuose gyvenančių žmonių poreikis naudotis SP paslaugomis yra didesnis, nes santykinai daugiau pagyvenusių žmonių gyvena kaime nei mieste (pvz., atlikus vyresnių nei 65 metų žmonių dalies lyginamojo svorio analizę, lyginant kaimo gyventojų dalį apskrityse su bendru gyventojų skaičiumi, 1998 m. gautas teigiamas koreliacinis ryšis), o būtent pagyve-

<sup>5</sup> Socialinis pranešimas. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vilnius, 1998.



nusiems žmonėms dažniau prireikia sveikatos priežiūros paslaugų.

Lyginant ambulatorinės pagalbos teikimą miestuose ir rajonuose 1990 m. ir 1998 m. pastebima, kad gydytojų apsilankymų namuose dalis, tenkanti visiems ambulatoriniams apsilankymams, sumažėjo (miestuose 23 %, o rajonuose 8 %). Tačiau miestuose šiek tiek išaugo GMP pagalbos apimtys, o rajonuose GMP suteikė net 12 % mažiau pagalbos.

## 2. Socialinė-ekonominė ligų „kaina“

Anksčiau pateikti duomenys apie ligų padarinius turi nemažą vertę aiškinantis galima visuomeninę naudą, siekiant sumažinti sergamumą arba mirtingumą nuo tam tikrų priežasčių. Išvengtos išlaidos – tai vienas reikšmingiausių teigiamų SP reformų efektų.

Kokie nuostoliai buvo patirti 1998 m. dėl sutrikusios gyventojų sveikatos?

Visuomenės požiūriu, pagrindinės nuostolių sudedamosios dalys yra:

- gydymo išlaidos. Išsamesnė gydymo išlaidų analizė pateikta kituose šios knygos skyriuose;
- nuostoliai, susiję su laikinuoju bei nuolatiniu darbingumo praradimu. Į nuostolius, patirtus dėl nedarbingumo, įskaitomos išmokos dėl laikinojo nedarbingumo (jų dalies, išmokamos iš Sodros, raida parodyta 18 lentelėje) bei invalidumo pensijos (jų dalies, išmokamos iš Sodros, dinamika parodyta 18 lentelėje). Taip pat 18 lentelėje pateikti duomenys apie nacionalinio biudžeto išlaidas neįgaliųjų asmenų globos įstaigoms. Tai tik dalis su nedarbingumu susijusių išlaidų, kadangi nuo 1995 m. darbdavys iš dalies apmoka laikinojo nedarbingumo pašalpas, o slaugos priedas prie I grupės invalidumo pensijos įvestas tik nuo 1997 m. ir įskaitomas į pagrindinę pensijos dalį ir pan.;

### 18 lentelė. Nedarbingumo išmokos Lietuvoje (tūkst. Lt)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Sodros laikinojo nedarbingumo išmokos</b>	45409	75382	74835	124930	192987	221840
<b>Sodros invalidumo pensijos</b>	82600	163555	235944	314601	407053	507870
<b>Neįgaliųjų globos įstaigų išlaidymas</b>	18200	37375	60549	61510	82962	96574

Šaltinis: LR statistikos departamentas.

- Nuostoliai, susiję su ankstyvomis gyventojų mirtimis. Kaip vieną iš galimų vertinimo variantų, pateiksime 1998 m. apskaičiavimus, kai dėl mirčių Lietuvoje (atsižvelgiant į 40 757 mirusių žmonių amžių) buvo „prarasta“ apie 508 tūkst. gyvenimo metų;
- sunkiai apčiuopiama, bet labai svari žala, susijusi su sveikatos sutrikimais ir mirtimi (pvz., fizinės ir moralinės kančios).

Vertinant nuostolius susiduriama su daugybe metodologinių problemų, ne visus nuostolius galima išreikšti pinigais. Vis dėlto pateiksime gautus apytikslius piniginio nuostolių vertinimo rezultatus 1998 m.

### 19 lentelė. Ligų „kaina“ Lietuvoje 1998 m.

Nuostolių grupė	Nuostolių tipų apibūdi-	Išlaidų šaltiniai	Bendra nuostolių
-----------------	-------------------------	-------------------	------------------

	<b>nimas</b>		<b>suma (mln. Lt)</b>
<b>Gydymo išlaidos</b>	Asmens SP paslaugos	PSDF ir nacionalinis biudžetas	1480
	Asmens SP paslaugos (mokamos paslaugos visuomeniniame, ir privačiame sektoriuose)	Gyventojų tiesioginiai mokėjimai	120
	Išlaidų vaistams kompensacijos	PSDF	318
	Išlaidos vaistams	Gyventojų tiesioginiai mokėjimai	220
	Sanatorinio gydymo išlaidų kompensacijos	PSDF	94
	Sanatorinio gydymo išlaidos	Gyventojų tiesioginiai mokėjimai	20
<b>Išlaidos, susijusios su nedarbingumu</b>	Laikinojo nedarbingumo išmokos	Darbdaviai bei Sodra	254
	Nuolatinio nedarbingumo išmokos	Sodra bei valstybės biudžetas	673
	Neįgalųjų žmonių institucinė priežiūra	Nacionalinis biudžetas	97
<b>Iš viso:</b>			3276

*Šaltinis: Vertinta remiantis LR statistikos departamento duomenimis.*

Tokio pobūdžio vertinimai yra naudingi:

- Planuojant ir įgyvendinant prevencines priemones, pvz., ligų protrūkio rizikos valdymo. Juk būtent tikėtini, bet išvengti nuostoliai charakterizuoja tokių priemonių naudą.
- Priimant investicinius sprendimus dėl naujų medicinos technologijų įdiegimo bei pertvarkant SP paslaugų teikimą. Pasirinkdami kurį nors iš galimų SP paslaugų teikimo būdų, privalome atsižvelgti ne tik į tiesiogines paslaugų teikimo sąnaudas bet ir į "išvengtus" neįgijamus socialinius-ekonominius padarinius. Pasiiekta ekonomija gali labiau pasireikšti skirtingų institucijų arba gyventojų grupių atžvilgiu. Tam tikrų ligų finansinė našta gali būti sumažinta, pavyzdžiui, pasirenkant tinkamą išmokėtų laikinojo nedarbingumo pašalpų ir sanatorinio gydymo išlaidų santykį.

## VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

Lietuvoje visuomenės sveikatinimas pamažu suvokiamas kaip mokslinė ir praktinė veikla, susijusi su užkrečiamųjų ligų profilaktika, higiena, epidemiologija ir sveikatos statistika. Pagal LR sveikatos sistemos įstatyme išdėstytą koncepciją visuomenės sveikatos priežiūros pagrindiniai uždaviniai yra visuomenės sveikatos ugdymas ir stiprinimas, visuomenės sveikatos sauga, visuomenės sveikatos monitoringas, ekspertizė ir kontrolė.

1996 m. Sveikatos apsaugos ministerija sukūrė visuomenės SP įstaigų struktūrą vietoje buvusios sanitarinės-epidemiologinės tarnybos (20 lentelė).

**20 lentelė. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvoje**

	1991	1993	1995	1996	1997	1998
<b>Visuomenės SP centrai ir filialai</b>				50	50	50
<b>Visuomenės sveikatos mokymo centrai</b>	6	6	6	6	6	6
<b>Dezinfekcijos stotys (nuo 1995 m. ir skyriai)</b>	6	5	50	50	50	50
<b>Higienos centrai</b>	53	51	51			

*Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.*

Atitinkamai keičiasi visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, jų funkcijos, pertvarkomas šios srities valdymas. Visuomenės sveikatos priežiūra dabartiniu metu rūpinasi:

- Nacionalinė sveikatos taryba, kurios “pagrindinis tikslas – skatinti visuomenės sveikatos plėtrą, užtikrinti visuomenės dalyvavimą, sprendžiant sveikatos problemas, bei koordinuoti įvairių institucijų bendradarbiavimą šiais klausimais”<sup>6</sup>;
- Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie LR vyriausybės;
- Sveikatos apsaugos ministerija. Jai priklauso Visuomenės sveikatos departamentas, jungiantis Sveikatos aplinkos, Sveikatos programų bei Užsienio ryšių ir Europos integracijos skyrius;
- Valstybinis visuomenės sveikatos centras, Ekstremalių sveikatos situacijų centras, Radiacinės saugos centras, Respublikinis mitybos centras, Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras, Visuomenės sveikatos ugdymo centras, Respublikinis AIDS profilaktikos centras, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Valstybinė higienos inspekcija, Sveikatos teisės ir ekonomikos centras bei Higienos institutas, veikiantys valstybės lygmeniu;
- Apskirtyse įkurti visuomenės sveikatos centrai su filialais savivaldybėse.

Iš šių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų pavadinimų galima suvokti jų atliekamas funkcijas.

Kaip matyti, visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų yra daug. Tai, viena vertus, susiję su visuomenės sveikatos koncepcijos sudėtingumu bei kompleksiskumu ir su daugybe uždavinių derinant valstybės reguliavimą šioje srityje integravimosi į Europą procese. Kita vertus, atsirado biurokratizavimo pavojus bei nemažai šių institucijų veiklos derinimo problemų. Reikalingas konstruktyvesnis visuomenės SP įstaigų ir kitų valstybės tarnybų, atliekančių artimas funkcijas, pvz., aplinkos apsaugos srityje, bendradarbiavimas. Todėl galima prognozuoti tolimesnę visuomenės SP įstaigų reorganizavimą, jų darbuotojų kvalifikacijos

<sup>6</sup> 1998 m. Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas. 1998. Vilnius, 1999.

kėlimą. Kadangi tarp pagrindinių visuomenės sveikatos priežiūros uždavinių yra ligų profilaktika, bei alkoholio ir narkotikų vartojimo kontrolė ir profilaktika vis aktualesnis tampa visuomenės sveikatos priežiūros ir asmens sveikatos priežiūros (ypač PSP srityje) įstaigų veiklos koordinavimas.

Lietuvos visuomenės SP įstaigos glaudžiai bendradarbiauja su Pasauline sveikatos organizacija. Tai vyksta tiek visuomenės sveikatos priežiūros koncepcijos plėtojimosi srityje (pvz., rengiant Lietuvos sveikatos programą bei kitas visuomenės sveikatos programas), tiek ir dalyvaujant įvairiose tarptautinėse programose bei renginiuose: Lietuva dalyvauja Sveikatą stiprinančių mokyklų projekte nuo 1993 m. (1999 m. į sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą įsitraukė 53 bendrojo lavinimo ir 34 ikimokyklinės vaikų įstaigos), taip pat “Sveiko miesto” projekte ir Lėtinųjų neinfekcinių ligų integruotos profilaktikos programoje CINDI.

Nuolat renkama iš visuomeninių SP įstaigų statistinė informacija pateikiama Sveikatos informacijos centro leidiniuose. Tobulinamas specialistų mokymas visuomenės sveikatos priežiūros klausimais bei atliekami moksliniai tyrimai (pvz., gyventojų sveikatos būklės skirtumų šalyje vertinimai, analizuojamas tam tikrų profilaktinių priemonių veiksmingumas).

Apie sveikatos mokymo veiklos mastus iš dalies galima spręsti pažvelgus į šią informaciją: Respublikinio sveikatos mokymo centro duomenimis, 1995 m. Lietuvoje buvo 163 068, 1996 m. 330 746, 1997 m. 119 005 sveikatos mokymo renginių, 1997 m. išleisti 1 617 leidinių sveikatos mokymo temomis.

Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centro duomenimis, vaikų profilaktinių skiepimų (kuriuos atlieka apylinkės pediatrai) mastai 1998 m. viršijo 90% atitinkamose vaikų grupėse (21 lentelė).

### **21 lentelė. Vaikų profilaktiniai skiepimai (procentais)**

	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>Tuberkuliozė</b>	93,9	96,6	98,3	98,4	99,1
<b>Hepatitis B</b>	-	-	-	-	95,7
<b>Difterija</b>	78,4	97,3	92,1	92,1	93,5
<b>Kokliušas</b>	70,2	95,8	91,2	92,0	93,1
<b>Poliomielitas</b>	77,1	89,3	92,6	94,8	96,6
<b>Tymai</b>	89,0	93,7	96,3	95,9	96,5
<b>Epideminis parotitas</b>	73,9	76,8	93,4	94,9	96,7

*Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.*

Neprivalomi suaugusių žmonių skiepimai, kaip ir dalis higienos paslaugų yra mokami, tai lemia tam tikras veiksmingos infekcinių ligų profilaktikos kliūtis, bet bendros sergamumo infekcinėmis ligomis tendencijos yra teigiamos. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centro duomenimis, sergamumas užkrečiamomis ligomis 100 000 gyventojų mažėjo arba buvo stabilus, išskyrus erkinį encefalitą, Laimo ligą bei gripą 1995-1998 metais.

Pradėta veikla hospitalinių infekcijų profilaktikos srityje, tačiau ši sritis išlie-

ka problemiška (oficialios statistikos duomenimis, 1998 m. užregistruota 402 hospitalinių infekcijų atvejai).

Išsamiai įvertinti visuomenės SP įstaigų veiklos efektyvumą nėra galimybių dėl šių priežasčių:

- Pirmą, visuomenės sveikatos pokyčiai tik iš dalies priklauso nuo visuomenės sveikata besirūpinančių įstaigų veiklos.
- Antra, dažnai svarbios yra ne tiek taikomos priemonės, kiek katastrofinių situacijų nebuvimas visuomenėje (tai teigiamai charakterizuoja visuomenės sveikatos įstaigų darbą ir nepritraukia didelio susidomėjimo, kaip būna atsitikus nelaimei). Tuo požiūriu, pavyzdžiui, palyginti su kaimyninėmis šalimis, nedidelis ŽIV infekuotų ir AIDS sergančių žmonių skaičius (1999 m. viduryje 150 ir 21 gyventojas atitinkamai) liudija apie atitinkamą įstaigų veiksmingą, nors ir “nematomą” darbą. Visuomenės dėmesio šioje srityje paprastai susilaukia prastai dirbančios sistemos grandys.

Kita vertus, didelį nerimą kelia tam tikrų, specializuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų dėmesio centre esančių, užkrečiamųjų ligų paplitimas Lietuvoje. Tai yra tuberkuliozė ir kai kuriuos lytiniu būdu plintančios ligos.

*22 lentelė. Tuberkuliozė Lietuvoje*

	1970	1980	1990	1994	1998
<b>Sergamumas aktyviaja tuberkulioze 100 000 gyventojų</b>	96,2	47,7	39,5	63,0	81,4
<b>Ligotumas tuberkulioze 100 000 gyventojų</b>	573,2	258,7	202,5	240,1	308,0
<b>Mirtingumas nuo tuberkuliozės 100 000 gyventojų</b>	17,8	8,7	6,9	11,2	11,8
<b>Profilaktiškai patikrintų tuberkuliozei nustatyti asmenų (% nuo visų gyventojų)</b>	65,4	70,7	41,2	29,9	31,8
<b>Aktyviaja tuberkulioze sergančių ligonių, nustatytų profilaktinių tikrinimų metu, dalis (%)</b>	74,1	52,9	45,2	30,9	30,5

*Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.*

Pavyzdžiui, kaip matyti iš 22 lentelės, sergamumo tuberkulioze, ligotumo bei mirtingumo rodikliai 1998 m. grįžo prie septinto dešimtmečio verčių. Iki 1990 m. kova su šia liga, įskaitant profilaktinių tikrinimų apimtį, buvo žymiai sėkmingiau nei 1990-1998 metais, nors, mūsų vertinimu, tuberkuliozės gydymas stacionare šiame laikotarpyje išaugo 34%.

## APRŪPINIMAS VAISTAIS

Iki 1990 metų visas farmacijos sektorius buvo valstybės nuosavybė. Vaistai nebuvo brangūs, nes juos subsidijavo valstybė, tačiau jų nuolat trūkdavo. Tyrimas, atliktas 1989-1991 metais, parodė, kad iki 75% apklaustųjų medikamentų trūkumą laikė pagrindine sveikatos priežiūros sektoriaus problema. Kai po 1991 metų Lietuva nusprendė suderinti savo standartus su Vakarų Europos standartais, vaistų rinkoje pagausėjo brangesnių, Vakarų šalių gamybos, vaistų, o pigesnis importas iš buvusios Sovietų Sąjungos buvo apribotas. 1995-1999 metais įsigyti medikamentų vėl tapo nelengva, bet jau ne dėl vaistų stokos rinkoje, o dėl finansinių galimybių. Įrodymu gali būti bendra valstybės išlaidų vaistams ir tiesioginių gyventojų mokėjimų už nekompensuojamus vaistus apimtis. 1995 m. gyventojų apklausos duomenimis, išlaidų vaistams dydis pažymėtas kaip svarbiausia problema sveikatos priežiūros sektoriuje, o 1998 m. 5% elito atstovų (įskaitant 7% verslininkų, 5,9% žiniasklaidos atstovų ir 2,5% Seimo narių) įvardijo vaistų bei gydymo pabrangimą kaip vieną iš pagrindinių socialinių problemų.

Sparčiai vaistų prekybos sektorius buvo privatizuojamas 1992-1995 metais, lygiagrečiai privatizuojant valstybines įmones bei steigiant naujas didmenines ir mažmenines įmones: 1994 m. iš 89 vaistų tiekimo įmonių tik 5 buvo valstybinės įmonės, o 1995 m. iš 686 vaistinių tik 175 (26%) priklausė valstybei. Kaip matyti iš 23 lentelės, vaistinių skaičius pamažu augo nuo 1991 m. ir 1998 m. Lietuvoje vidutiniškai buvo viena vaistinė 3800 gyventojų. Tačiau teritorinį vaistinių išdėstymą charakterizavo jų didesnė koncentracija didmiesčiuose, kur gyventojai nesunkiai randa vaistinę 1 km atstumu nuo jų namų. Kaimo vietovėse vaistinių tinklas žymiai retesnis, o netoli namų PSP įstaigose galima nusipirkti tik vaistų be receptų.

**23 lentelė. Vaistų prekybos įmonės**

	1991	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Vaistinės</b>	470	465	551	686 (700*)	643 (689*)	696 (781*)	970*
<b>Metinė mažmeninė apyvarta, mln. Lt</b>		73,6	192,6	322,8 (351**)	423,2 (450,3**)	517,6**	676,3**
<b>Vaistų tiekimo įmonės</b>		52	89	125	93	95	

\* Įskaitant optikas ir veterinarijos vaistines.

\*\* Vaistai, medicininės ar ortopedinės prekės.

Šaltinis: Statistikos departamento duomenys.

Siekdama užtikrinti vaistų kokybę, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos registruoja siūlomus rinkoje vaistus. 1999 m. buvo užregistruota apie 5 500 vaistų. SAM nustato kompensuojamų vaistų sąrašus bei rengia kompensuojamų vaistų bazinių kainų nustatymo metodikas.

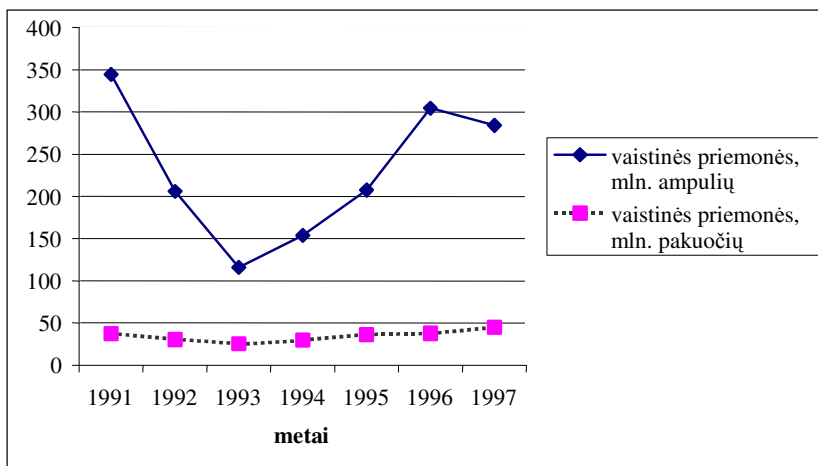
2000 m. sausio mėn. buvo patvirtinti nauji ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti bei kompensuojamų vaistų sąrašai. Išlaidos gydytojų paskirtiems ambulatoriniams gydymui vaistams kompensuojamos 50%, 80% ir 100% bazinės vaistų kainos.

Sėkmingas valstybinis galingo, aktyvaus ir gerai perėmusio rinkos mechanizmus privataus farmacinio sektoriaus reguliavimas ir kontrolė yra nepaprastai sudėtingas uždavinys. Klaidos šioje srityje, kaip ir neracionalus gydytojų skirtų kompensuojamų vaistų sąrašo sudarymas, nemažai kainuoja visuomeninei sveikatos priežiūros sistemai. Taip pat susirūpinimą kelia ir galimi dabartinės valstybės finansų krizės padariniai farmaciniam sektoriui. Dėl vėluojančių ligonų kasų atsiskaitymų su ligoninėmis ir pastarųjų vis senėjančių ir augančių skolų vaistų teikėjams tikėtina vaistų prekybininkų bankrotų banga, tai savo ruožtu gali neigiamai atsiliiepti vaistų prieinamumui. Stipriausiai tai paveiktų nuo centrinių miestų nutolusius rajonus. Jei ligininių finansavimo sutrikimai įsisenės, pacientai bus priversti vis daugiau mokėti už “nemokamus” stacionarinio gydymo vaistus.

Viena iš vilčių sušvelninti aprūpinimo vaistais problemą buvo susieta su vietinės farmacinių preparatų (santykinai pigesnių ir pakankamai geros kokybės) gamybos plėtra. 1997 m. Vyriausybės programoje įrašytas tikslas taip skatinti vietinę vaistų gamybą, kad iki 2000 m. būtų pasiekta, jog Lietuvoje pagaminti vaistai sudarytų ne mažiau kaip 10 procentų vartojamų vaistų apimtį.

Vaistinių priemonių gamybos raida, pateikta 4 paveiksle, palieka mažai vilčių, kad šis tikslas bus pasiektas. 1999 m. tik 419 iš visų registruotų Lietuvoje vaistų buvo vietinės gamybos. 1999 m. vietinių gamintojų farmaciniai preparatai užėmė tik 4% rinkos jos pinigine išraiška bei 15% pagal nomenklatūrą.

#### 4 paveikslas. Vaistų gamyba Lietuvoje.



Šaltinis: LR statistikos departamentas.

Didžiausios Lietuvos farmacijos pramonės įmonės yra AB “Sanitas”, UAB “Il-santa”, BĮ UAB “Norfachema”, AB “Vilniaus farmacijos fabrikas”, UAB “Liuks”, AB “Bakteriniai preparatai”, UAB “Biofa”, AB “Endokrininiai preparatai”, UAB “Švenčionių vaistažolės”. Lietuvoje gaminami tam tikri generiniai vaistai (askorbini-nė rūgštis, analginas, ampicilinas, acetilsalicilo rūgštis ir kt.), žmogaus leukocitinis interferonas, bifidumbakterinas, tuberkulinas, heparinas, insulinas semilongas, mono-su insulinas, gliukozė, natrio chloridas, ringeris, pertusinas, valerijonų tinktūra, vita-minai, vaistažolės ir kt. 5 iš 9 išvardytų įmonių nuo 22% iki 85% savo produkcijos eksportuoja daugiausia į NVS šalis, Latviją ir Estiją<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Lietuvos verslo lyderiai. 1999/2000. Vilnius, 2000.



# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VALDYMAS

*LIUBOVĖ MURAUSKIENĖ, socialinių mokslų daktarė*

## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMŲ IDEOLOGIJA

Apie būtinybę keisti bei plėtoti sveikatos apsaugos sistemą buvo prabilta jau 1988 metais. Praėjo reformų dešimtmetis, tačiau ir šiandien mes daug dėmesio skiriame sveikatos priežiūros reformavimui. Pažvelgę atgal, pamatysime, kad įvyko nemažai pokyčių sveikatos apsaugos sektoriaus. Pesimistas pasakys: "Per mažai", optimistas atsakys: "Rytoj kalnus nuversime". Tačiau kyla dar vienas klausimas: "Kiek sveikatos priežiūros pokyčių įvyko savaime, pasikeitus socialinei-ekonominei sektoriaus aplinkai (gal būtent tai ir vadiname reforma), ir kiek jų buvo suplanuota bei sąmoningai įgyvendinta?"

Taigi panagrinėsime pagrindines reformų idėjas ir jų valdymo aspektus.

Sveikatos apsaugos, sveikatos priežiūros arba sveikatinimo veiklos plėtojimosi ideologija suprantama kaip platus ir ilgalaikis susitarimas dėl esminių ir reikšmingiausių pokyčių kryptis bei jų įgyvendinimo priemonių.

Pačioje reformų pradžioje susitarti dėl reformų krypties ir metodų buvo lengviausia, nes visi norėjo pokyčių. Be to, didžiajai daugumai buvo priimtinos tokios pagrindinės idėjos:

- Atsisakyti sovietinio organizavimo būdo, nuo Semaškos modelio, nuo visiems gerai matomų jos trūkumų ir ydų.
- Atkurti tai, kas buvo iki sovietinės okupacijos, pavyzdžiui, vėl sukurti ligonių kasų sistemą, organizuoti privalomąjį sveikatos draudimą pagal Bismarko modelį.
- Priartėti prie vakarų šalių visuomenės organizavimo modelių, įdiegiant pradžioje platesnį visuomenės sveikatos suvokimą, o vėliau ir konkrečias paslaugų apmokėjimo sistemas.

Tačiau bandant pereiti nuo bendrų idėjų prie jų įgyvendinimo gauti platesnį pritarimą šioms idėjoms darėsi vis sunkiau, kadangi kuo tiksliau buvo formuluojamos užduotys bei priemonės joms pasiekti, tuo aiškiau ryškėjo įvairių institucijų, įstaigų bei grupių interesų skirtumai.

Formuluojant pagrindines reformavimo idėjas, didelę reikšmę turėjo Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, patvirtinta LR Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio mėn. Šis dokumentas buvo parengtas pagal Lietuvos gydytojų VI suvažiavimo, įvykusio 1989 m. gegužės mėn., rezoliuciją.

Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išvardyti pagrindiniai sveikatos sistemos plėtojimo tikslai ir aspektai (dalis šiame dokumente suformuluotų užduočių buvo įgyvendinta 1991-1998 metais):

1. Teisinės sistemos kūrimas. Integruojant valdymo funkcijas į sistemą siekiama teisinio valstybės reguliavimo būdo. Turi būti priimtas Lietuvos sveikatos įstatymas, nustatantis visų valstybinių, visuomeninių ir privačių struktūrų įtraukimą į nacionalinės sveikatos programos vykdymą.

## 2. Valdymo ir organizavimo srityje:

- nacionalinės sveikatos programos rengimo ir vykdymo svarba;
- valdymo decentralizavimas;
- sveikatos draudimo įdiegimas;
- tarpžinybinis ir įvairių institucijų bei organizacijų bendradarbiavimas;
- privataus sektoriaus kūrimas;
- tam tikras valstybės ir savivaldos institucijų funkcijų padalijimas.

## 3. Finansavimo srityje:

- prioritetinių sričių programinis planavimas bei finansavimas;
- prioritetinis finansavimas pirminės grandies medicinos įstaigų bazei stiprinti, medicinos personalo kvalifikacijai kelti ir jų skatinimo sistemai įdiegti;
- profilaktinių priemonių prioritetinis finansavimas;
- pakankamas valstybinis finansavimas, siekiant medicinos ir farmacijos mokslo pažangos.

Tarp svarbiausių sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo principų koncepcijoje pažymėta:

- socialinės ir ekonominės garantijos piliečių sveikatai. Už sveikatos išsaugojimą atsakingi valstybė, Vyriausybė, darbdaviai ir piliečiai;
- aktyvus informuotas visuomenės dalyvavimas, valdant sveikatos sistemą;
- ekonominių paskatų taikymas.

Iš esmės jau šiame sveikatos reformavimo dokumente galima išskirti dvi pagrindines idėjas, kurios įvairiais aspektais bei skirtingai interpretuotos prasiškerbė į visus vėliau priimtus politinius dokumentus, įstatymus bei iki šiol trunčias diskusijas apie sveikatos apsaugos reformą:

- Rinkos (pvz., pasirinkimas, efektyvumas, ekonominė laisvė, konkurencija ir pan.) idėjos;
- Socialinio solidarumo (teisingumas, lygybė, garantijos, rėmimas, išteklių perskirstymas ir pan.) idėjos.

Pažvelgus į dešimties metų pagrindinius Lietuvos sveikatos apsaugos reformavimo dokumentus susidaro įspūdis, kad rinkos idėjos geriausiai išplėtotos būtent Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, kurioje daug rašoma apie ekonominio reguliavimo svertus, funkcionavimo efektyvumą, įstaigų savarankiškumą, mišraus finansavimo sistemas ir pan.

Šioje koncepcijoje detaliam aprašyti valstybinį reguliavimą papildantys ekonominio reguliavimo principai, įskaitant šiuos:

- valstybė užtikrina ligų profilaktikos priemonių ir programų finansavimą;
- valstybė įteisina nacionalinių pajamų prieaugio, sąlygoto sveikatos sistemos efektyvaus funkcionavimo, grįžimą į sveikatos sistemos biudžetą;
- valstybė skatina ūkinių subjektų investicinį aktyvumą sveikatos apsaugos prioritetų atžvilgiu; lėšų mobilizavimą sveikatos apsaugos tikslams; donorystės plėtojimą; įvairių nuosavybės formų kūrimą sveikatos sistemoje bei ekonominėmis paskatomis sti-

muliuoja mokslo ir technikos pažangą.

Dar viename reikšmingame įstatyme – LR sveikatos draudimo įstatyme – nuosekliai bandoma suderinti rinkos vertybes, sąveikos mechanizmus (pvz., draudimas pagal įmokų mokėjimą, paslaugų pirkimo sutartiniu būdu modelis, SP paslaugų apmokėjimo sistemos) ir socialinio solidarumo principus (pvz., apdraustųjų valstybės lėšomis grupės formavimas arba įmokų gavimo lengvatos, atsižvelgiant į socialinį padėtį).

Tam tikri žingsniai SP įstaigų, kaip rinkos subjektų, formavimo link pastebimi LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme, kuriame viešųjų įmonių statusas pritaikytas sveikatos priežiūros sektoriui.

Taip pat Lietuvos nacionalinėje sveikatos programoje (sveikatos priežiūros finansavimo dalyje) išteklių pasiskirstymo strategijoje pažymimas tolygaus gyventojų ir SP paslaugų finansavimo, atsižvelgiant į pastarųjų naudingumą, principas.

Kituose teisės aktuose ir politiniuose dokumentuose vyrauja solidarumo idėjos, o išteklių panaudojimo optimizavimo arba ekonominio efektyvumo priemonės minimos žymiai rečiau.

Pavyzdžiui, apibrėžiant sveikatinimo veiklos reguliavimo principus LR sveikatos sistemos įstatyme (1998 m. redakcija, 5 straipsnis) akcentuoti lygybė, prieinamumas, parama, pagalbos užtikrinimas ir garantavimas bei visuomenės dalyvavimas.

Vargu ar galima būtų šiuos požiūrių poslinkius susieti su skirtingų partijų vyrvime Lietuvos politiniame gyvenime. Kaip įrodymas 1 lentelėje palyginamos dviejų Vyriausybių programos sveikatos apsaugos srityje. Nesunku pastebėti, kad 1997-2000 metų konservatorių rengtoje programoje vos ne daugiau pabrėžiami būtent tam tikrų gyventojų arba įstaigų grupių prioritetai ir lengvatos, o apie ekonominę laisvę ar efektyvumą kalbama labai nedaug (tik minint pasirinkimo laisvę savanoriško draudimo atveju).

**1 lentelė. Nacionalinės nuostatos dėl sveikatos pertvarkos**

<b>Dokumentas</b>	<b>Valdymas ir organizavimas</b>
<b>Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija</b>	Parengti ir vykdyti nacionalinę sveikatos programą. Vyriausybės funkcijų apibrėžimas, įskaitant tarpžinybinio bendradarbiavimo užtikrinimą. SAM, Lietuvos gydytojų sąjunga ir savivaldybės nustato specializuotos medicinos pagalbos įstaigų skaičių bei jų profilius.
<b>1993 m. Vyriausybės programa</b>	Parengti sveikatos programą, kurioje bus suformuluoti nacionalinės sveikatos politikos ir strategijos tikslai, prioritetai, jų įgyvendinimo būdai. Reglamentuoti valstybinio valdymo organų kompetenciją ir atsakomybę už tarpžinybinį bendradarbiavimą sveikatos politikos srityje, pavedant SAM pirmiausia koordinavimo ir kontrolės funkcijas. Parengti ir įgyvendinti sveikatos įstaigų optimalaus išdėstymo, ligoninių ir sanatorijų dalinio pertvarkymo į slaugos reabilitacines ligonines bei sveikatos centrus schemas. Peržiūrėti miestų ir rajonų sveikatos sistemos funkcionavimo reikalavimus, peržiūrėti miestų ir rajonų savivaldybių sveikatos organizacijų ir įstaigų pavaldumą ir atskaitomybę SAM.

<b>1997 m. Vyriausybės programa</b>	Decentralizuoti įstaigų valdymą, perduoti savivaldybėms visuomenės sveikatos centrus; sujungti ambulatorijas ir medicinos punktus į vieną SP įstaigą, turinčią juridinio asmens teises. Pertvarkyti pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigas, siekiant kuo geriau patenkinti gyventojų poreikius, susijusius su slauga ir globa.
<b>Dokumentas</b>	<b>Finansavimas</b>
<b>Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija</b>	Prioritetinis finansavimas pirminės grandies medicinos įstaigų bazei stiprinti, medicinos personalo kvalifikacijai kelti ir jų skatinimo sistemai. Profilaktinių priemonių prioritetinis finansavimas.
<b>1993 m. Vyriausybės programa</b>	Plėtoti sutartinius santykius sveikatos apsaugoje.
<b>1997 m. Vyriausybės programa</b>	Įvesti papildomą individualų draudimos mokestį ne vėliau kaip 1998 01 01, kai bus mažinamas pajamų mokestis. Papildomas dirbančių kaimo vietovėse materialinis skatinimas. Paslaugų finansavimas pagal sutartis. III lygio paslaugas papildomai finansuoti per valstybines programas ir investicijų projektus.
<b>Dokumentas</b>	<b>Visuomenės sveikata</b>
<b>Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija</b>	Sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo bei ligų profilaktikos prioritetas.
<b>1993 m. Vyriausybės programa</b>	Pirmiausia rūpintis ligų profilaktika ir visuomenės sveikatos priežiūra, motinystės ir vaikystės sauga. Ekonomiškai skatinti sveikatos ugdymą bei jos apsaugą. Parengti valstybinę sveiko gyvenimo būdo mokymo programą. Parengti ir įgyvendinti naują maisto produkcijos kokybės vertinimo ir kontrolės sistemą. Įsteigti Lietuvos sveikatos fondą, skatinti rėmėjus sudaryti sveikatos rėmimo sutartis, derinti jų teikiamą finansinę paramą su savivaldybių lėšomis.
<b>1997 m. Vyriausybės programa</b>	Vykdyti pradėtas valstybines programas (ypač narkomanijos ir lytiniu būdu plintančių ligų profilaktikos bei gydymo).
<b>Dokumentas</b>	<b>Farmacija</b>
<b>Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija</b>	Valstybės garantijos aprūpinant gyventojus būtinais vaistais, skatinant racionalų vaistų vartojimą; plėtojant nacionalinės farmacijos produktų gamybą.
<b>1993 m. Vyriausybės programa</b>	Reguluoti vaistų kainas, ateityje liberalizuoti kainodarą vaistų prekybos srityje. Parengti ir įgyvendinti gyventojų aprūpinimo vaistais programas.
<b>1997 m. Vyriausybės programa</b>	Iki 2000 metų pasiekti, kad Lietuvoje pagaminti vaistai sudarytų ne mažiau kaip 10 procentų vartojamų vaistų. Vaistų, kai ligonis gydosi namie, išlaidas kompensuoti atsizvelgiant į ligonio socialinę padėtį. Kartą per metus tikslinti sąrašą vaistų ir ligų, kurių išlaidas dengia PSD ar biudžetas. Lengvatos už vaistus ir protezus politiniams kaliniams ir tremtiniams.

Esminis susidomėjimas socialiniais SP aspektais pastebimas pažvelgus į

1999 m. Seimo patvirtintą rezoliuciją dėl sveikatos politikos, kurioje ypatingas dėmesys skiriamas:

- aktyvesnei veiklai visuomenės sveikatos srityje;
- aktyvesniam gyventojų vaidmeniui sprendžiant sveikatos būklės problemas;
- lygioms teisėms gauti sveikatos priežiūros paslaugas (mažinant skirtumus tarp skirtingo amžiaus, išsilavinimo žmonių bei žmonių, disponuojančių skirtingomis pajamomis, gyvenančių kaimuose ir miestuose);
- medicinos darbuotojų atlyginimų didinimui.

Gal todėl ir nekeista, kad retkarčiais, ypač kai kyla sunkumų valstybės finansų srityje, staiga aktyvizuojasi kraštutinio “laisvosios rinkos”, totalinės privatizacijos ir socialinio solidarumo neigimo rėmėjai? Prisiminkime vieną iš siūlytų išskirtinai privataus sveikatos draudimo įstatymo variantą arba 2000 m. pradžios gausius pasiūlymus viską radikalčiai pakeisti, tikintis rinkos stebuklingos lazdelės galios.

Nepaisant to, kad sveikatos priežiūros sistema veikia toli gražu ne tobulai, abejotina, jog verta pasiduoti “revoliuciniam” ideologiniam priepuoliui. Nors, tiesą sakant, tai žymiai paprasčiau nei, įsigilinus į realias šio sudėtingo organizmo funkcionavimo problemas, ieškoti ne tokių drastiškų, o “evoliucinių” sprendimų.

Pastebėtina, kad radikalūs pasiūlymai turi vieną bendrą bruožą – formuluojami gražūs tikslai, kurie lyg privalo ateiti savaime (juos įgyvendinti turi stebukladare įvardijama rinka ar kitos neaiškios jėgos). Ar tai ne sovietinio planavimo recidyvas, kai ideologija bei plėtojimosi tikslai mažai ką bendro turėjo su gyvenimu?

Pastaraisiais metais pavyko konkrečiau suformuluoti SP reformų tikslus. LR sveikatos sistemos įstatyme sveikatinimo veiklos tikslai apibūdinti taip:

1. Mažinti pavienių visuomenės ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio;
2. Saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir invalidumo;
3. Ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę;
4. Didinti gyvenimo ekonominį ir socialinį našumą.

Šių tikslų siekiama rengiant ir įgyvendinant programas, kaip ir buvo numatyta Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvoje buvo parengta nacionalinė sveikatos programa. Ją rengiant svarbų vaidmenį atliko 1993 m. kovo mėn. įvykusi I nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Pagal šioje konferencijoje pateiktus 1991-1993 metų Lietuvos sveikatos duomenis įvertinus pagrindines gyventojų sveikatos problemas ir remiantis PSO suformuotais sveikatos politikos tikslais, buvo nustatyti šalies sveikatos programos pradmenys. Toliau rengiant programos rengime dalyvavo specialistų darbo grupės ir Sveikatos apsaugos reformų biuras. 1996 m. Lietuvos sveikatos programą svarstė SAM kolegija ir jai pritarė Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje programa buvo aptarta dalyvaujant šalies, PSO ir kitiems Europos šalių ekspertams. Seimas patvirtino Lietuvos nacio-

nalinę sveikatos programą 1998 m. liepos mėn.

Pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai yra:

- gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
- sveikatos santykių teisumas;
- gyvenimo kokybės pagerinimas.

Šiose programoje išskirtose srityse numatyti iki 2010 metų siektini gyventojų sveikatos būklės rodikliai.

Be to, 12 metų laikotarpiui nustatyti specialieji tikslai ir siekiamas gyventojų sveikatos lygio rodikliai šiose srityse:

- širdies ir kraujagyslių ligos;
- onkologinės ligos;
- nelaimingi atsitikimai ir traumos;
- psichikos ligos ir savižudybės;
- užkrečiamosios ligos;
- burnos sveikata;
- diabetas.

Tarp pagrindinių integruotų poveikio būdų gyventojų sveikatai išvardyti:

- sveika gyvensena (priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo mažinimas ir prevencija, sveika mityba, fizinio aktyvumo didinimas);
- aplinkos kokybės gerinimas;
- tinkama sveikatos priežiūra.

Šios programos pagrindu nustatomi prioritetai valstybinėms bei vietinėms sveikatos programoms kurti. 1999-2000 m. pirmenybė teikiama:

- motinos ir vaiko sveikatai;
- sveikatos politikos srityje – visuomenės sveikatai, gyvenimo kokybei, sveikatos ugdymui, alkoholio ir narkotikų vartojimo kontrolei;
- sveikatos priežiūros reformos srityje – pirminės sveikatos priežiūros plėtrai, sveikatos priežiūros pertvarkai ir energijos išteklių taupymui;
- sveikai aplinkai;
- ligų kontrolei.

Taip buvo pastatyta prioritetų piramidė: nuo pagrindinių sveikatos politikos tikslų apibrėžimo, iki konkrečių programų formavimo.

Nacionalinė sveikatos programa turi svarbų vaidmenį kaip politinis dokumentas, koncentruojantis dėmesį į šalies gyventojų sveikatos būklės problemą. Nustatant šio strateginio dokumento reikšmę galima pasakyti:

- pirmą kartą sudarant strateginį Lietuvos sveikatos sistemos planą, dalis siekiamų tikslų išreiškta skaičiais, tai sudaro galimybę juos įvertinti ir sekti, kaip tai įgyvendinama;
- akcentuojamas įvairių ministerijų ir tarnybų darbo koordinavimas. Nors akivaizdu, kad nuo kitų ūkio sektorių veiklos priklauso nemaža sėkmės dalis siekiant gyventojų

sveikatos rodiklių pagerėjimo, tarpžinybinis bendradarbiavimas išlieka viena iš sudėtingiausių valstybės valdymo problemų;

- vykdamas valstybės investicijų politiką, siekiama jas tiesiogiai susieti su deklaruojamų tikslų siekimu.

Tačiau programinių tikslų įgyvendinimo sėkmė nėra garantuojama, nes:

- deklaratyviai atmetę direktyvinio planavimo metodus ir tik mokydami netiesioginio ekonominio reguliavimo gudrybių, vargu ar greitai sugebėsime subtiliai ir tiksliai valdyti sveikatos paslaugų sistemą;
- dokumente suformuluoti tikslai, pažymėtos šalintinos gyventojų sveikatos būklės problemos, tačiau tai nepakankamai susieta su visuomenės galimybėmis ir ūkio pajėgumu;
- nėra aiškiai atsakyta į klausimą, kiek pasirengėme perimti Vakaruose sukuriamas efektyvias medicinos technologijas ir metodus, kiek galime ir kiek tam reikia skirti papildomų lėšų bei kieno sąskaita tai daryti?

Svarbu pažymėti, kad ne tik nuo programos tobulumo priklauso pažanga. Galutinį rezultatą lemia sprendimų paieška, neužmirštant, kad reformos apima ne tik bendrąjį planavimą, bet ir jo įgyvendinimą. Programų įgyvendinimas – tai ilgas ir sudėtingas mokymosi procesas, ieškant kelių “iš gerų norų padangių į sergančią žemę”. Tą procesą skatina ekonominis mąstymas, kai žinai, kad tavo norams pildyti skirta tam tikro svorio (dar geriau, kad tik tavo) piniginė. Pamiršus apie ekonominius apribojimus atsiranda per didelis pavojus kiekviename planavimo etape nukeliauti miražų link, o ne savo pasirinktu keliu.

## TEISINĖ SISTEMA

Socializmas buvo sistema, kurią valdo žmonės, o ne įstatymai. Šiuo požiūriu sveikatos priežiūros srityje priimti įstatymai – tai svarus žingsnis teisinės visuomenės kūrimo vietoj individualių sprendimų valdomos sistemos link.

Priimtų pagrindinių teisės aktų ir dokumentų sąrašas tikrai yra išpūdingas.

Matome, kad dalis paminėtų įstatymų susiję su bendros SP sistemos struktūros formavimu (pvz., Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas, Pacientų teisių įstatymas), o dalis pasižymi specifinių sveikatos priežiūros sričių reguliavimo pobūdžiu (pvz., Stomatologinės arba Psichikos sveikatos priežiūros įstatymai). Akivaizdu, kad sveikatos priežiūra yra ypatinga nacionalinio ūkio dalis, tačiau galima diskutuoti, ar visada verta ją reguliuoti atskirai nuo kitų sektorių, “išimant” iš bendro nacionalinio plėtojimosi konteksto (pvz., apibrėžiant viešųjų įmonių statusą arba plečiant varotojų teisių gynimo sistemą).

Priėmimo data	Įstatymo pavadinimas
1991 m. sausis	Farmacinės veiklos įstatymas

1991 m. gegužė	Valstybinio socialinio draudimo įstatymas
1991 m. spalio	Patvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija
1994 m. liepa	Sveikatos sistemos įstatymas
1995 m. balandis	Alkoholio kontrolės įstatymas
1995 m. birželis	Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas
1995 m. gruodis	Tabako kontrolės įstatymas
1996 m. kovas	Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas
1996 m. gegužė	Sveikatos draudimo įstatymas
1996 m. birželis	Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas
1996 m. rugsėjis	Gydytojo medicinos praktikos įstatymas
1996 m. rugsėjis	Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas
1996 m. spalio	Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas
1996 m. spalio	Ekonominių sankcijų už visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų pažeidimus įstatymas
1996 m. lapkritis	Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas
1996 m. lapkritis	Vaistų įstatymas
1996 m. lapkritis	Kraujo donorystės įstatymas
1997 m. sausis	Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas
1997 m. kovas	Narkologinės priežiūros įstatymas
1997 m. kovas	Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių įstatymas
1998 m. liepa	Lietuvos nacionalinė sveikatos programa
1998 m. sausis	Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas
1999 m. kovas	Profesinės sveikatos priežiūros įstatymas
2000 m. balandis	Maisto įstatymas

Įstatyminės bazės formavimo problemos nemaža dalimi susijusios su pačių įstatymų rengimo tvarka, kada nebuvo užtikrinti taip dažnai deklaruojamas “visuomenės dalyvavimas” ar “įvairių grupių interesų derinimas” bei stokojama platesnio susitarimo dėl esminių nuostatų. Todėl:

- nemažai įstatymų normų yra nesuderintos arba net prieštaringos;
- įstatymuose permelyg daug nuorodų į lengvai keičiamus ar neegzistuojančius poįstatyminius aktus. Pavyzdžiui, ir po ketvirčių metų LR sveikatos sistemos įstatymo tobulinimo 1998 m. redakcijoje suradome daugiau kaip 150 atvejų, kai reguliavimas vyksta “nustatyta tvarka”. Daugiau kaip 100 panašių nuorodų yra ir LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme.

Kaip to rezultatas:

- dalis įstatyminių normų neveikia arba jas sunku taikyti sprendžiant konkrečius klausimus, nes atsiranda dviprasmybių;
- stiprėja biurokratinio aparato galia, juk nuo reguliuojančių ir “nustatančių tvarką” institucijų (arba, paprasčiau, valdininkų) priklauso įstatymo veikimas;
- daugumai piliečių sunku susigaudyti komplikuojuose tekstuose ir rasti poįstatyminius aktus. Tai trukdo suvokti svarbiausią - tai, kad įstatymai saugo piliečio teises.



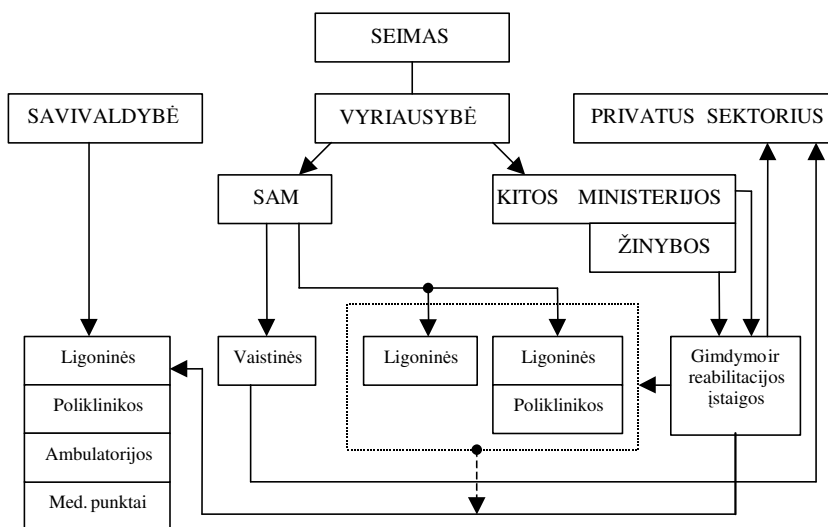
## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS IR VALDYMAS 1990-1995 METAIS

Paveldėta sveikatos priežiūros sistema buvo vientisa valstybinė integruota sistema, kurią sudarė valstybės finansuojamos ir valstybei priklausančios SP įstaigos.

Egzistavo viena pagrindinė, Sveikatos apsaugos ministerijos valdoma, įstaigų sistema. Ją sudarė “gydymo ir profilaktikos įstaigos”, “sanitarijos ir profilaktikos įstaigos” bei vaistinės. Lygiagrečiai kitos ministerijos, žinybos bei pavienės valstybinės įmonės arba žemės ūkio bendrovės kūrė bei reguliavo savo sveikatos priežiūros įstaigas.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, pradėta pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemą (1 pav. ).

### 1. paveikslas. Sveikatos priežiūros sistema (iki 1997 m.)



Kaip du reikšmingiausias pertvarkymo procesus, galima išskirti:

4. Decentralizavimą;
5. Perėjimą nuo integruoto paslaugų teikimo modelio prie sutartinio modelio.

### Decentralizavimas

Decentralizavimas (suprantamas kaip nacionalinės vyriausybės funkcijų perdavimas žemesnio nei nacionalinio lygio institucijoms) gali vykti įvairiomis formomis įskaitant delegavimą, devoliuciją, dekoncentravimą ir privatizavimą. Lietuvoje ryškiausi devoliuciniai bei dekoncentravimo procesai. Delegavimas (funkcijų perdavimas netiesiogiai kontroliuojamoms nevyriausybiniams organizacijoms) bei privatizavimas (valdymo srityje tai nuosavybės bei funkcijų perda-

vimas privačioms organizacijoms) sveikatos sektoriuje beveik nepastebimi. Pavyzdžiui, numatytą Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje numatytas svarbus vaidmuo profesionalioms medikų organizacijoms (specializuotos medicinos pagalbos planavime), jų dalyvavimas planuojant ir kontroliuojant yra labai ribotas.

1990-1992 metais Lietuvoje vykstant devoliucijos procesui didelės sveikatos priežiūros įstaigų dalies valdymo ir finansavimo funkcijos buvo perduotos savivaldybėms. Savivaldybės sprendė, kokios turi būti jų pavaldumo sferoje esančių įstaigų išlaidų sąmatos, pirkto įrangą už vietos biudžetų lėšas. Toks finansinis planavimas buvo pagrindinė infrastruktūros ir paslaugų planavimo forma, kadangi apie ilgalaikį veiklos, tuo labiau finansų, planavimą nacionaliniu lygiu buvo tik diskutuojama.

Dėl neigiamų asociacijų su sovietinės sistemos centralizuoto planavimo metodais sveikatos priežiūros planavimo šalies mastu 1990-1995 metais faktiškai buvo atsisakyta. Ir tik vėliau, po gausių diskusijų dėl sveikatos priežiūros paslaugų ateities, kuriose dalyvavo medikai, Vyriausybės, vietos savivaldos bei plačios visuomenės atstovai, buvo apsispręsta dėl nacionaliniu mastu valdomos laipsniškos sveikatos apsaugos reformos, numatytos tam tikros plėtojimosi koncepcijos bei prioritetai (pvz., būtinybė plėtoti ir stiprinti pirminės sveikatos priežiūrą).

Kai nėra planavimo, neįmanoma efektyviai kontroliuoti bei koordinuoti įstaigų veiklos. Sveikatos priežiūros valdymo dekoncentravimas (suvokiamas kaip administravimo funkcijų perdavimas iš centrinių valdžios institucijų jos regioniniams atstovams) prasidėjo dėl naujo teritorinio-administracinio Lietuvos suskirstymo modelio, kai atsirado papildomas tarpinis valdymo lygis – apskritis. Kita vertus, tikėtina, kad ne tik objektyvus poreikis dalį valdymo sprendimų atlikti apskrities lygmeniu, bet ir viešojo valdymo dezorganizavimas nacionaliniu lygmeniu lėmė tai, kad sveikatos apsaugos sistemoje buvo priimtas sprendimas dėl dekoncentravimo. Kad ir kaip būtų, 1995 m. pabaigoje pradėjo formuotis jau ne dviejų lygių (centrinis ir vietos), o trijų lygių sveikatos apsaugos sistemos organizavimas.

1993-1994 metais sparčiai vyko nekontroliuojamas farmacijos sektoriaus privatizavimas. Taip pat atsirado privačiai dirbančių gydytojų bei stomatologų. Iki 1995 m. buvo privatizuotos kelios stomatologijos poliklinikos, dalis sanatorijų, tačiau ligoninių privatizavimo procesas praktiškai nepalietė. Valdžios požiūris į galimybę privačioje praktikoje naudotis valstybės ar savivaldybės SP įstaigų patalpomis bei įranga keitėsi ne vieną kartą. Galų gale privatus sektorius susiformavo kaip atskiras, rinkos mechanizmų reguliuojamas, farmacijos produktų, medicininės technikos bei SP paslaugų teikimo sektorius. 1995 m. pabaigoje privatus SP paslaugų sektorius buvo nedidelis, jame vyravo stomatologijos paslaugos, kosmetinė chirurgija, ginekologija, psichoterapija.

1995 m. sveikatos priežiūros sistema atrodė taip:

- Savivaldybės buvo atsakingos maždaug už 60% sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jų pavaldume buvo 27 647 stacionarų lovų, dirbo 9335 gydytojai, 1498 stomatologai ir 29 883 vidurinio medicinos personalo darbuotojai. Dažniausiai vietinė sveika-

tos priežiūros infrastruktūra buvo organizuota piramidės principu. Savivaldybės ligoninė buvo šios valdymo ir finansavimo hierarchijos viršūnėje, žemiau – specializuotos vietos medicinos įstaigos ir kaimų ligoninės, ambulatorijos ir galiausiai medicinos punktai.

- SAM tiesiogiai valdė respublikines, universitetines ir kitas regioninės reikšmės ligonines bei joms priklausančias poliklinikas (12 155 lovos stacionaruose, 3130 gydytojų, 123 stomatologai, 8025 vidurinio medicinos personalo darbuotojai), sanatorijas (254 gydytojai, 27 stomatologai, 929 vidurinio medicinos personalo darbuotojai), neprivatizuotas vaistines (175 iš 686) bei visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklą. Taip pat SAM turėjo bendras reguliavimo ir kontrolės funkcijas savivaldybės SP įstaigų atžvilgiu.
- Išliko dvi lygiagrečios sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos (460 lovų stacionaruose, 2018 gydytojų, 94 stomatologai, 904 vidurinio medicinos personalo darbuotojai). Viena priklauso Vidaus reikalų ministerijai (VRM) ir aptarnauja jos darbuotojus, policininkus bei kalinius. Kita - Krašto apsaugos ministerijai (KAM) ir aptarnauja kariškius.

## **PERĖJIMAS NUO INTEGRUOTO PASLAUGŲ TEIKIMO MODELIO PRIE SUTARTINIO MODELIO**

Jau nuo 1991 m. pradėjo formuotis “trečias dalyvaujantis asmuo” – paslaugų pirkėjas. Pirmą apmokančią dalį sveikatos priežiūros išmokų iš atskirto nuo valstybės biudžeto (ir prižiūravimo trišalės tarybos, kurią sudaro Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, profesinių sąjungų bei darbdavių organizacijų atstovai) fondo institucija tapo SODRA. Valstybinė socialinio draudimo valdyba administravo ambulatorinio gydymo vaistams bei sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidų kompensavimą. Sprendimus dėl kompensuojamų vaistų sąrašo bei išlaidų kompensavimo sąlygų priiminėjo Socialinės apsaugos ir darbo ministerija kartu su Sveikatos apsaugos ministerija.

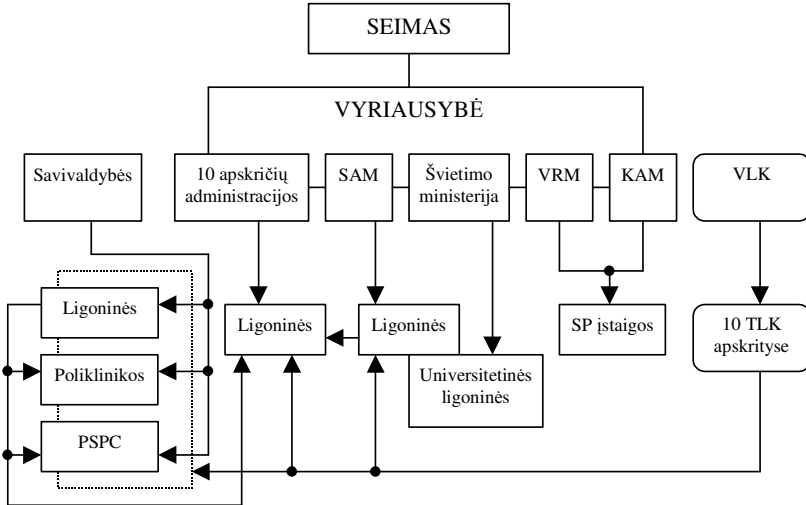
1992 m. Vyriausybė įsteigė Sveikatos apsaugos ministerijos žinioje esančią Valstybinę ligonių kasą (VLK). Ši įstaiga sutartiniu pagrindu finansavo respublikinių sveikatos priežiūros įstaigų paprastąsias išlaidas, buvo pervedamos lėšos iš Sveikatos apsaugos ministerijos. Skirtingai nuo griežto normatyvinio sąmatinio finansavimo, stacionarinės bei ambulatorinės paslaugos buvo apmokamos pagal SAM nustatytas kainas. Ši įstaiga įgijo nemažai patirties paslaugų pirkimo srityje ir tai padėjo kuriant privalomojo sveikatos draudimo sistemą.

## **SVEIKATOS VALDYMAS 1996-1999 METAIS**

### **Apskričių stiprėjimas**

1996 metais pradėta įgyvendinti dekoncentravimo nuostatas. Susiformavo apskrities gydytojų institucija. Į apskričių pavaldumą perėjo dalis SAM bei savivaldybės pavaldžių SP įstaigų. Šis procesas dar nesibaigė, kadangi nemaža dalis ligoninių, priešingai nei buvo numatyta, dar kuruojamos vietiniu lygiu (2 paveikslas).

## 2 paveikslas. Sveikatos priežiūros sistema (1997-2000 m.)



Atsiradus tarpiniam apskrities valdymo lygiui, reikėjo aiškiau apibūdinti kiekvieno lygio kompetencijos ir atsakomybės ribas. Dėmesio centre kurį laiką buvo apskričių bei savivaldybių organų funkcijos valdant sveikatos priežiūrą. Savivaldybėse, kaip ir apskrityse, buvo įvestos savivaldybės gydytojų pareigos. Dabar pertvarkymo (dalinio centralizavimo) pastangos nukreiptos į tai, kad savivaldybės rūpintųsi PSP ir slaugos paslaugų teikimo gyventojams užtikrinimu, o ligoninių infrastruktūrą siekiama palikti pavaldžią apskritims. Aišku, kad įstaigų, aptarnaujančių kelių savivaldybių gyventojus, tinklą logiškiau planuoti regiono, o ne vietos lygiu. Tačiau tikėtina, kad žengus šį žingsnį vis garsiau skambės klausimas: "O kaip suderinti šių tinklų plėtrą, juk sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai labai priklauso vienas nuo kito (pvz., PSP centrų, stacionarų bei GMP)?"

Antra vertus, sunku įsivaizduoti planavimą ir, kas svarbiausia, planų įgyvendinimą be pinigų permainoms finansuoti. Tuo tarpu nei apskričių administracija, nei savivaldybės tam lėšų neturi (kadangi savivaldybių biudžetai skurdūs, jose priimant sprendimus visiškai nuo savivaldybės finansavimo priklausančios bei politiškai jautrios sritys nuolat nukonkuruoja sveikatos apsaugą).

Realiai sveikatos priežiūroje apskrities ir savivaldybių organų darbo krūvis daugiausia susijęs su kasdieninėmis steigėjų funkcijomis (ūkinį klausimų sprendimas arba sąmatų kontrolė), o ASPĮ paslaugų teikimo apimties pokyčiai daugiau priklauso nuo ligonių kasų finansavimo.

Tiesa, apskrities gydytojas bei kai kurių savivaldybių atstovai yra TLK stebėtojų tarybų nariai, tačiau tai vos ne vienintelis būdas daryti įtaką paslaugų teikimo pokyčiams.

## Ligonių kasų formavimasis

Pradėjus įgyvendinti Sveikatos draudimo įstatymą, 1997 m. susiformavo ligonių kasų sistema (Valstybinė ligonių kasa ir 10 teritorinių ligonių kasų apskrityse). Privalomojo sveikatos draudimo sistema perėmė SODRos funkcijas (vaistų ir sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidų kompensavimas bei kraujo donorystės palaikymas) šioje srityje, išskyrus įmokų rinkimą.

Privalomojo sveikatos draudimo fondas, atskirtas nuo valstybės biudžeto, tapo pagrindiniu SP įstaigų finansavimo šaltiniu. Prasidėjo naujas reformų etapas - bandymas šalies mastu taikyti netiesioginio ekonominio reguliavimo metodus. Jų esmę sudaro sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir SP įstaigų sudarymas (Sveikatos draudimo įstatymas leidžia sudaryti sutartis ir su privačiais SP paslaugų teikėjais, vadinasi, įmanomas konkurencijos tarp teikėjų pagyvinimas) bei paslaugų apmokėjimo sistemos pokyčiai (kai finansuojama atsižvelgiant ne į įstaigos buvimo faktą, o į jos veiklos rezultatus). Privalomojo sveikatos draudimo sistema susilaukė tiek šalininkų (kurių, atrodo, yra dauguma), tiek kritikų.

Pastebėtina, kad iki šiol nėra išspręsta dilema, ar ligonių kasoms lemta:

- tapti “nekaltu” finansų perskirstymo mechanizmu (ir, tikėtina, susilaukti klausimų, o kuo pranašesnė 11 finansinių įstaigų sistema už mažus skyrius Finansų bei Sveikatos apsaugos ministerijose, kurie kadaise buvo atsakingi už įstaigų biudžetinį finansavimą);
- ar judėti realios socialinio draudimo sistemos, kuri savivaldos principo pagrindu balansuoja išmokas su įmokomis atstovaudama ne tik medikų ir ligonių, bet ir įmokų mokėtojų interesams, link. Būtent įmokų mokėtojai (o ne abstraktūs “visi gyventojai”) suinteresuoti, kad sistema veiktų racionaliai ir efektyviai išteklių bei rezultatų atžvilgiu.

## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VALDYMO PERTVARKYMAS

Reikšmingi pokyčiai vyko SP įstaigose, įskaitant:

- pagrindinės įstaigų dalies statuso pakeitimą iš biudžetinių į viešąsias įstaigas;
- naujų steigėjų (savininkų) atsiradimas keičiant įstaigų pavaldumą (pvz., pertvarkant apskričių ligonines bei universitetines klinikas) bei privatizuojant sanatorijas;
- ambulatorinių SP įstaigų atskyrimą nuo stacionarų jų pertvarkymą į pirminės sveikatos priežiūros centrus, savarankiškų GMP įstaigų bei psichikos sveikatos centrų kūrimą;
- dalies stacionarų pertvarkymą į slaugos bei palaikomojo gydymo ligonines;
- dalies SP įstaigų akreditavimą (pvz., pagal akreditavimo normas buvo vertinti medicinos punktai, moterų konsultacijos, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės) bei SP įstaigų licenzijavimą.

Kaip vieną svarbiausių (tolimesnių reformų sąlygų atžvilgiu) teigiamą šių pokyčių pasekmę galime išskirti prasiplėtusias viešųjų SP įstaigų galimybes už-

dirbant pajamas reaguoti į finansinius signalus. Tam, be abejo, padeda viešosiose SP įstaigose įvesta sukauptų duomenų apskaita.

## **NACIONALINIO SVEIKATOS SISTEMOS VALDYMO LYGIO PERTVARKA**

Nagrinėdami nacionalinio SP sistemos organizavimo ir valdymo lygio pokyčius, tarp svarbiausių galime pažymėti valdymo institucijų tinklo plėtrą ir jų funkcijų pertvarkymą.

Seimas priima pagrindinius teisės aktus, susijusius su sveikatos priežiūra. Seime taip pat veikia Sveikatos reikalų komitetas.

Dar 1991 m. Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo siūloma įsteigti nuo SAM nepriklausomą Nacionalinę sveikatos tarybą, kaip patariamąją instituciją, formuojant nacionalinę sveikatos politiką ir nustatant prioritetines sveikatos sistemos veiklos sritis. 1998 m. ši Seimui atsiskaitanti sveikatos politikos koordinavimo institucija buvo įsteigta. Jos nariai - 5 Lietuvos savivaldybių bendruomenės sveikatos tarybų, 5 visuomeninių organizacijų, Vilniaus universiteto ir Kauno medicinos universiteto atstovai bei 3 visuomenės sveikatos priežiūros specialistai. Nacionalinės sveikatos tarybos pagrindinis tikslas – “skatinti visuomenės sveikatos plėtrą, užtikrinti visuomenės dalyvavimą, sprendžiant sveikatos problemas, bei koordinuoti įvairių institucijų bendradarbiavimą šiais klausimais”<sup>8</sup>.

Koordinuoti Seimo sprendimų įgyvendinimą, užtikrinti tarpžinybinį bendradarbiavimą sudarant prielaidas išsaugoti sveikatą bei siekiant racionalaus išteklių panaudojimo – taip Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo apibūdintas LR Vyriausybės vaidmuo sveikatos apsaugoje. LR sveikatos sistemos įstatyme sveikatos politikos priemonėms planuoti ir įgyvendinti buvo numatyta Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie LR Vyriausybės. Tačiau ir šiuo metu pagrindinis vaidmuo Vyriausybės lygiu priklauso Sveikatos apsaugos ministerijai. Akivaizdu, kad būtent skirtingų ūkio sektorių bei įvairių ministerijų koordinavimas taip ir liko rimta valdymo problema, kurios negali išspręsti viena ministerija (pvz., prisiminkime “medicininę” Lietuvos sveikatos programos pakraipą, kurioje kitų reikšmingų sektorių dalyvavimas atspindėtas gan miglotai). Kita vertus, ar tikrai pagerėtų padėtis atsiradus dar vienai valdymo institucijai, juk toli gražu ne visada pasiteisina stereotipas “problema – ją sprendžiančios institucijos steigimas – nėra problemos”?

Per dešimtmetį Sveikatos apsaugos ministerija pamažu prarado SP įstaigų tiesioginio finansavimo bei administravimo funkcijas. Tačiau, panašu, tai nesumenkino jos galios valdant SP sistemą. Be bendros SP politikos bei įstatymų rengimo, SAM turi reikšmingą vaidmenį investicijų srityje, taip pat begalę reguliavimo įgaliojimų ir funkcijų, įskaitant tas, kurios įteisina ministerijos sprendimų įtaką kitoms valdymo institucijoms (pvz., paslaugų bei kainų nustatymas ligonių kasų atžvilgiu).

<sup>8</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 1998 m. Vilnius, 1999.

Jau 1995 m. SAM buvo atsakinga už teisinių aktų rengimą, sveikatos priežiūros darbuotojų registravimą ir licencijavimą, įstaigų akreditavimą, brangios įrangos pirkimą, vaistų registravimą, paslaugų bei vaistų kainų nustatymą ir pan. Be to, dar buvo ryšių su užsienio valstybėmis ir organizacijomis palaikymas, įprastas ligonių skundų nagrinėjimas bei darbas su “dokumentų srautais” iš kitų valdymo institucijų..

Priėmus įstatymus sveikatos priežiūros srityje, ministerijos veikla turėjo dar išsiplėsti. LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas SAM adresavo paslaugų kontrolės, biudžetinių bei viešųjų įstaigų steigimo funkcijas. O LR sveikatos sistemos įstatyme SAM numatyta keliasdešimt užduočių, tarp jų: įgyvendinti gydymo įstaigų pasirinkimą, nustatyti siuntimo tvarką į SP įstaigas, disponuoti valstybinio sveikatos fondo lėšomis, sudaryti įmonių bei asmenų, kurie privalo turėti higienos pasą, sąrašus; nustatyti neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarką, įvesti traumatizmo profilaktikos priemones ir laikinojo nedarbingumo nustatymo tvarką, derinti dokumentus su kitomis ministerijomis, įgyvendinti visuomenės sveikatos kontrolę, nustatyti tikslines dotacijas, rengti sveikatos programas, nustatyti sveikatos programų finansavimo ir įgyvendinimo tvarką; nustatyti ligonių priemokas, kai viršijamos bazinės paslaugų ir vaistų kainos, registruoti specialistus ir nustatyti jų kvalifikacijos kėlimo tvarką; nustatyti asmens sveikatos paslapties kriterijus; atlikti medicininį ir visuomenės sveikatos priežiūros auditą; sukurti sveikatos priežiūros technologijų įvertinimo ir aprobavimo tvarką; nustatyti gyventojų rizikos grupių rėmimo tvarką; rengti visuomenės sveikatos normatyvinius dokumentus ir pan.

Kai kurios SAM vykdomos valdymo funkcijos atsispindi jos organizacinėje struktūroje (2 lentelė).

**2 lentelė. SAM padaliniai (2000 m.)**

	Ryšių su visuomene skyrius
Administravimo departamentas	Personalo skyrius
	Kanceliarija ir sekretoriatas
	Finansų skyrius
	Teisės skyrius
	Ūkio skyrius
Asmens sveikatos departamentas	Pirminės sveikatos priežiūros skyrius
	Antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros skyrius
	Sveikatos ekonomikos skyrius
Visuomenės sveikatos departamentas	Sveikatos aplinkos skyrius
	Sveikatos programų skyrius
	Užsienio ryšių ir Europos integracijos skyrius
Farmacijos departamentas	Vaistų politikos skyrius
	Vaistų kainodaros skyrius

Tačiau SAM, būdama viena mažiausių Lietuvos ministerijų, negalėjo susidoroti su tokiu darbo krūviu, todėl nekeista, kad sparčiai pridygo eilė SAM pavaldžių institucijų (dalis jų išvardyta LR sveikatos sistemos įstatyme kaip sveikati-

nimo veiklos specialieji valdymo ir kontrolės subjektai).

Be anksčiau išvardytų visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų, kaip priklausančias bendrojo reguliavimo sričiai paminėsime:

- Lietuvos medicinos etikos komitetą;
- Valstybinį akreditavimo sveikatos priežiūros veiklos tarnybą (įsteigta 1996 m.);
- Valstybinį medicinos audito inspekciją (įsteigta 1997 m.),
- Valstybinį vaistų kontrolės tarnybą (įsteigta 1995 m.).
- Tarp pavaldžių SAM institucijų yra valstybinės teismo medicinos bei psichiatrijos ir narkologijos tarnybos, Respublikinis patologinės anatomijos centras, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras, dar dvi institucijos (Sveikatos informacijos centras ir Sveikatos teisės ir ekonomikos centras) talkininkauja SAM rengiant ir priimančias sprendimus.

Todėl nekeista, kad auga valdymo išlaidos (3 lentelė), nors šie skaičiai ne tokie įspūdingi, lyginant su uždavinių bei funkcijų apimties didėjimu. Kita vertus, kaip rodo vis brangstantis savivaldybių institucijų išlaikymas, valdymo išlaidos turi tendenciją augti nepriklausomai nuo atliekamų funkcijų apimties pokyčių (tais metais dalis savivaldybėms pavaldžių stambių ligoninių perėjo į apskrities kompetencijos sritį, o finansavimas iš savivaldybių biudžeto, įvedus privalomojo sveikatos draudimo sistemą, smarkiai sumažėjo).

**3 lentelė. Sveikatos priežiūros valdymo išlaidos 1996-1998 metais**

	1996	1997	1998
<b>Centrinių institucijų išlaikymas:</b>			
tūkst. Lt	1889	2939	5705
% nuo valstybės biudžeto išlaidų sveikatos priežiūrai	0,4	0,6	0,9
<b>Savivaldybių institucijų išlaikymas:</b>			
tūkst. Lt	387	780	1008
% nuo savivaldybių biudžetų išlaidų sveikatos priežiūrai	0,1	0,5	2,3
<b>PSDF administravimas:</b>			
tūkst. Lt	x	9341	16058
% nuo visų PSDF išlaidų	x	0,8	0,9

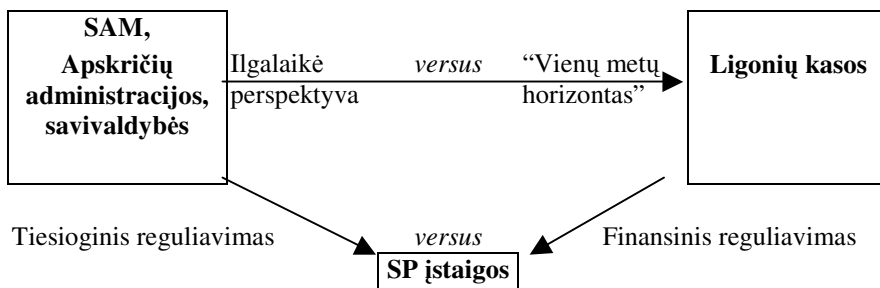
*Šaltinis: LR statistikos departamentas*

Apibendrinami galime pastebėti, kad kuo sudėtingesnė ir mažiau centralizuota tampa valdymo sistema, tuo daugiau lėšų tenka skirti valdymo funkcijoms palaikyti. Tačiau administravimo išlaidų santykinis dydis – ne pats skaudžiausias valdymo sistemos reformų aspektas. Žymiai svarbiau – valdymo veiksmingumas ir efektyvumas. O šiuo požiūriu Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos dar laukia daug būtinų perrainių.



Kaip matyti iš 3 paveikslo, 1996-1999 metais SP srityje susiformavo sistema iš trijų pagrindinių dalyvių (valdymo institucijos, ligonių kasos ir SP paslaugų teikėjai). SP įstaigos reguliuojamos tiek tiesiogiai, tiek per “finansinius signalus” paslaugų apmokėjimo srityje. Tačiau šių veiksmų įtaką SP sistemai pavadinti harmoninga, arba bent neprieštaringa, sunku. Nėra suderinti ilgalaikiai ir trumpalaikiai sistemos plėtojimosi tikslai (pvz., investicinė politika ir einamųjų išlaidų kompensavimas). Be to, skirtingai nei buvo prognozuota, valdymo institucijos skęsta einamosiose (ne retai ir praeties) smulkmenose. Perkrautame ir sudėtingame reguliavimo mechanizme neretai nugalė lobistiniai teikėjų interesai, tuo labiau kad sveikatos priežiūra taip ir liko gan uždara, išskirtinai medicinos profesijų atstovų valdoma sistema. Kita vertus, ir stipriai reguliuojamų SP įstaigų galimybės adekvačiai reaguoti į reforminius siekius nėra didelės.

3 pav. Sveikatos priežiūros valdymo sistema



Valdymo profesionalizavimas bei demokratizavimas turėtų gydyti dabartines sveikatos priežiūros valdymo ligas. Manome, kad, atsižvelgiant į kitų šalių patirtį, daugiau tikėtina, jog pasiseks išsauginti atsakomybę už sprendimus bei veiksmus būtent sveikatos draudimo sistemoje, kur ribotas pinigų kiekis neleidžia galutinai atitrūkti nuo realybės ir taip skatinamas profesionalaus darbo poreikis. Draudimo sistemoje teoriškai įmanoma mokesčių ir įmokų mokėtojų kontrolė derinant išteklius su apdraustųjų poreikiais (o tai vienas svarbiausių demokratizavimo aspektas).

Tiesa, egzistuoja ir kitokia nuomonė, kad reikia ligonių kasų sistemą padaryti SAM įrankiu skirstant lėšas pagal politinius prioritetus. Bet ar tai nėra iliuzija - tikėtis, kad po 10 probleminių metų valdininkai stebuklingai taps atsakingai ir veiksmingai dirbančiais valstybinės nuosavybės šeimininkais?

## **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO REFORMA**

*GEDIMINAS ČERNIAUSKAS, socialinių mokslų daktaras*

### **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO REFORMOS PRIELAIDOS: FINANSAVIMAS TSRS BEI PIRMIEJI PASIŪLYMAI REFORMUOTI**

Prieš pradėdami analizuoti sveikatos finansavimo raidą 1990-1999 metais, trumpai apibūdinsime TSRS veikusios sistemos pagrindus. Šioje sistemoje sprendžiant pagrindinius bet kurios, neišskiriant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, veiklos klausimus (ką? kiek? kaip?) buvo ženklus centralizuoto valdymo primatas.

Kokių ir kiek prekių gaminti nurodydavo valstybinio valdymo institucijos, tiesiogiai nustatydamos planines produkcijos gamybos užduotis (pvz., pagaminti n milijonų porų batų). Kadangi paslaugų apimtį išreikšti tiesiogiai sudėtinga, ji dažniausiai buvo nustatoma, planuojant išteklių apimtį (lovų, apsilankymų poliklinikoje skaičius, gydytojų parengimo) pakeitimus. Planavimo institucijos siekė, kad kiekvienais metais prekių ir paslaugų būtų pateikiama daugiau. Dabar mums nėra taip svarbu, kokių motyvų šis gamybos plėtojimas buvo skatinamas (aplenkti Vakarų Europą ir JAV ar padidinti karinį potencialą, ar pakelti gyventojų vartojimo lygį). Gamybą plėsti siekė ir prekių gamintojai bei paslaugų teikėjai. Didesnė gamybos apimtis, kitoms sąlygoms esant vienodoms, reiškė, kad įmonė ar įstaiga turės daugiau išteklių, didės šių organizacijų vadovų atlyginimas bei socialinis prestižas. Taigi, daugeliu atveju įstaigų vadovų ir planinio valdymo institucijų interesai plėsti gamybą sutapdavo. Lietuvoje turime per daug lovų ne tik dėl Maskvoje padarytų klaidų, bet ir dėl to, kad įstaigų administratoriai palaikydavo, o kartais net skatindavo nustatomas didesnes paslaugų teikimo užduotis.

Sovietiniu laikotarpiu valstybė sprendė ne tik su gamybos apimtimi, bet ir su gamybos technologija susijusius klausimus. Kaip veiksmingai paskirstyti ribotus išteklius, yra pagrindinis bet kurios ekonominės sistemos klausimas. Rinkos ekonomikos sąlygomis gamintoją taupyti verčia konkurencija (išteklius neveiksmingai naudojančios įmonės bankrutuoja, o veiksmingai dirbančios gauna pelną ir plečiasi). Sovietinėje sistemoje šis klausimas buvo sprendžiamas normuojant išteklių apimtį ir struktūrą. Sveikatos sektoriuje normuota nustatant natūrinius ir piniginius išteklių apimčių rodiklius. Buvo nustatomi darbuotojų skaičiaus (etatų) pagal grupes, kalorijų, kuro (tonomis) bei daug kitų natūrinių rodiklių, kuriuos papildydavo piniginiai apribojimai. Darbuotojams TSRS mastu buvo nustatomos algos bei papildomos darbo apmokėjimo sąlygos, piniginės normos maitinimui bei vieno lovodienio medikamentams ir t.t. Šie piniginiai apribojimai veikė tiek tiesiogiai, tiek ir agreguota forma. Agreguoti piniginiai apribojimai dažnai buvo įvardijami kaip sąmatos straipsniai arba fondai (pinigų kiekis, kurį galima per metus išleisti darbo užmokesčiui, maitinimui, medikamentams, šil-

dymui, komandiruotėms ir t. t.). Jau minėjome, kad tiek planinio valdymo institucijų, tiek įstaigų interesai didinti gamybą iš esmės sutapo. Šių sovietinio valdymo proceso šalių interesai dėl gamybai naudojamų išteklių buvo ganėtinai priešingi. Nors, matyt, prieš dešimtmetį valstybinio valdymo institucijose vyravo nuostatos, kad viskas, kas pagaminta, turi būti sunaudota, šios institucijos stengėsi minimizuoti išteklių apimtį produkcijos vienetui pagaminti. Įmonės ir biudžetinės įstaigos - priešingai, stengėsi išteklių sunaudoti kuo daugiau. Buvo stengiamasi natūriniais ir pinigiais normatyvais priversti įmones ir įstaigas išteklius taupyti arba bent jau neišlaidauti – neišleisti daugiau, nei leidžia nustatyta norma.

Taikant aptartą planinių rodiklių sistemą, susidurta su labai reikšmingu prieštaravimu. Kadangi planinė sveikatos sektoriaus teikiamų paslaugų apimtis buvo matuojama daugiausia išteklių rodikliais (pvz., lovų skaičius), sovietinio meto planuotojai negalėjo suformuoti intensyvesnio darbo paskatų. Šioms paskatos formuoti devintajame dešimtmetyje TSRS buvo pradėtas eksperimentas: ligoninės finansuotos, atsižvelgiant į gydytų pacientų skaičių. Šis eksperimentas buvo žinomas, bet netaikomas Lietuvoje.

Reikšmingu TSRS laikų gamybos ir paslaugų teikimo valdymo bruožu buvo ir materialinio-techninio tiekimo (MTT) sistema. Šios sistemos pagrindą sudarė tai, kad dauguma sprendimų, kokius išteklius (vaistai, aparatūra, automobiliai, patalinė, kuras ir t.t.), kiek šių išteklių ir iš ko įsigyti, buvo priimami ne savarankiškai įstaigų, o derinant su valstybinio valdymo organais (Valstybinio plano komitetu, Valstybinio materialinio-techninio tiekimo komitetu, šakinėmis ministerijomis). Vadinasi, piniginių limitų (išreikštų suderinta su Sveikatos ir Finansų ministerija nuostata, kad konkrečiai ligoninei per metus leista sunaudoti 100 tūkstančių rublių angliai pirkti) įstaigų darbui užtikrinti nepakako. Papildomai reikėjo valdymo institucijų sprendimo, kad įstaiga turi teisę iš tam tikros didmeninės prekybos bazės anglies nusipirkti už 100 tūkstančių rublių. Pastarasis sprendimas buvo vadinamas prekių fondo išskyrimu. Didmeninės prekybos įmonės savo ruožtu sprendimais dėl fondų buvo susiejamos su įmonėmis prekių gamintojomis bei didmeninės prekybos įmonėmis, turinčiomis teisę importuoti prekes iš už tuometinės TSRS ribų. Didmeninės prekybos įmonės beveik negalėjo savarankiškai spręsti, iš ko pirkti produkciją ir kam ją parduoti. Šis didmenininkų savarankiškumo ribotumas atsispindėjo net terminijoje, vadinant šias įmones dažniausiai tiekimo, o ne prekybos įmonėmis.

Mažmeninė prekyba (ir vaistinėse) tiekimu niekad nebuvo vadinama. Nors mažmeninę prekybą valstybė reguliavo nustatydamą kainas, planuodama vaistinių skaičių, plotą, jose dirbančių darbuotojų skaičių ir daugelį kitų rodiklių, vartotojas pats sprendė, į kurią vaistinę jam eiti ir kiek vaistų, parduodamų be recepto (jei tuo metu jų būdavo), pirkti. Analogiškos laisvės pacientas neturėjo medicinos paslaugų atžvilgiu. Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų regiono valstybių, pacientas turėjo būti registruotas poliklinikoje pagal savo gyvenamąją vietą, o gydytis pas atitinkamą medicininę apylinkę aptarnaujantį gydytoją.

Dalinė darbo jėgos rinka egzistavo. Tik, baigus aukštąjį mokslą, reikėdavo

atidirbti trejus metus, bet po šio laikotarpio darbuotojai galėjo keisti darbo vietą. Kadangi darbo apmokėjimo sistema nebuvo lanksti, įstaigos, konkuruodamos dėl darbo išteklių, stengėsi sukurti nepinigines paskatas (paspartintas buto suteikimas, paskyros deficitinėms prekėms ir pan.).

Diskusijos dėl sveikatos sektoriaus finansavimo reformos vyko 1988-1989 metais. Tuo metu buvo suformuotos ir pagrindinės nuostatos, lėmusios per pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį ekonominės praktikos raidą sveikatos sistemoje. Šios nuostatos buvo:

- Sveikatos sektoriaus valdymo savarankiškumas, nepriklausymas nuo Maskvos institucijų;
- Nuoseklus privalomojo sveikatos draudimo įvedimas, žymia dalimi pakeičiantis biudžetinį finansavimą;
- Teisių vartotojams rinktis paslaugų teikėją išplėtimas;
- Valdymo decentralizavimas, suteikiant daugiau teisių savivaldybėms;
- Teisinio sveikatos priežiūros įstaigų statuso pakeitimas, reorganizuojant biudžetines įstaigas į pelno nesiekiančias įstaigas;
- Nuoseklus valstybinio valdymo institucijų teisių darbo užmokesčio bei investicinės politikos srityse perdavimas įstaigoms.

Diskusijų metu nebuvo apsiribota vien konceptualiais dalykais, bet bandyta formuluoti šių strateginių nuostatų įgyvendinimo mechanizmus bei sukurti tam tikrų teisinių dokumentų (pvz., sveikatos draudimo įstatymo) metmenis.

Teorinio reformų rengimo laikotarpiu išstudijavus Vakarų Europos patirtį nebuvo manoma, kad sveikatos sektorius bus masiškai privatizuojamas, bet daugiausia akcentuotas paslaugų teikėjų ir pacientų laisvėjimas.

1 lentelėje palyginame TSRS laikotarpiui būdingą sveikatos priežiūros finansavimo tradiciją su paskutiniais aštuntojo dešimtmečio metais suformuluotais pasiūlymais bei reformų eiga 1990-1999 metais.

### *1 lentelė. Reformų pasiūlymai*

<b>Finansinio valdymo aspektas</b>	<b>Būklė 1980-1989 metais</b>	<b>Programinė nuostata</b>	<b>Nuostatos ir reformos eigos atitikimas</b>
<b>Aukščiausios politiką formuojančios institucijos</b>	Institucijos Maskvoje	Sveikatos politika turi būti Lietuvos jurisdikcijoje	Įgyvendinta paskelbus Lietuvos nepriklausomybės atkūrimą 1990 metais
<b>Visuomeninio sveikatos sektoriaus finansavimo tipas</b>	Biudžetinis finansavimas	Mišrus finansavimas, vyrauja įmokomis finansuojamas draudiminis finansavimas	Socialinio sveikatos draudimo elementai 1991 metais, sveikatos draudimas, išlaikantis biudžetinio finansavimo elementus nuo, 1997 metų
<b>Teisė rinktis paslaugų teikėją</b>	Nėra	Turi būti suteikta	Pamažu įsigali 1991-1997 metais
<b>Valdymo decentralizavimas iki savivaldybės lygio</b>	Labai ribotas	Savivaldybė kartu su ligonių kasomis savivaldybėse turi būti	Teisės plečiamos iki 1995 metų, o po to siaurėja, kuriantis apskritims ir centrali-

		pagrindinė valstybinio valdymo sveikatos sektoriuje grandis	zuotam sveikatos draudimui
<b>Sveikatos įstaigų finansavimas</b>	Pagal turimus išteklius	Turi būti susietas su suteiktų paslaugų kiekiu	Pirmieji bandymai 1992 metais, įkuriant VLK, naudojančią valstybės biudžeto asignavimus. Visame sektoriuje įgyvendintas 1997 metais
<b>Įstaigų savarankiškumas tvarkant savo biudžetą</b>	Labai ribotas	Įstaigos lėšos turi būti naudojamos laisvai. Gali būti ribojamos tik darbo užmokesčiui skirtos lėšos	Natūrinio normavimo valstybės mastu atsisakyta 1990-1991 metais, o sąmatinių straipsnių nuostatos pamažu ėmė nykti 1991 metais, radikaliai sumažėjo 1997 metais, bet dalis elementų (pvz., darbo užmokesčio bei medikamentų normatyvai) išliko ir 1999 metais
<b>Prekių ir paslaugų įsigijimas</b>	Tvarkomas materialinio-techninio tiekimo forma	Perkama turi būti rinkoje, o investuojama derinant įstaigos lėšas ir centralizuotus pirkimus	MTT ne medicinos prekėmis nunyko 1990-1991 metais bei privatizuojant didmeninę prekybą. Centralizuoti medicinos prekių pirkimai fragmentiškai egzistuoja, o centralizuotos investicijos vyrauja 1999 metais
<b>Darbo užmokesčio liberalizavimas</b>	Tarifai nustatomi Maskvoje	Fiksuoja tik minimalus darbo užmokesčius ir darbo užmokesčio normatyvas	1991 metais Vyriausybė leido įstaigoms nustatinėti algas tam tikrame intervale. 1992 metais leista rengti savarankiškas sistemas. Nuo 1997 metų tiesioginis valstybinis atlyginimų (išskyrus minimalų) reguliavimas panaikinamas
<b>Nuosavybės forma</b>	Vyrauja valstybinė nuosavybė	Privačiai iniciatyvai netrukdyti, bet privatizacijos ženkliai neskatinami	Valstybinė nuosavybė tebevyrauja 1999 metais, o pridėtinės vertės mokesčio taikymas tik privačioms įstaigoms rodo, kad privati iniciatyva yra diskriminuojama

Palyginus prieš dešimtmetį reformos iniciatorių suformuluotas nuostatas ir realybę po dešimties metų, galima padaryti bent jau 3 išvadas:

- Dauguma nuostatų buvo įgyvendinama nepaisant to, kad keitėsi vyriausybės, ministrai, žemesnieji valdininkai. Ženklesnis pirmųjų reformos projektų ir realybės neatitikimas buvo vertinant savivaldybių reikšmę (reformos nenumatė apskrities lygio valdymo);

- Ganėtinai korektiškas reformos planų ir realiai susiklostančios situacijos atitikimas ne tik rodo, kad sveikatos sektoriuje reformos buvo ganėtinai kokybiškai rengiamos, bet ir leidžia daryti išvadą apie santykinai geras galimybes prognozuoti net ir radikalius pokyčius;
- Dauguma nuostatų buvo įgyvendinta tarsi šuoliais. Darbai pradėti 1990-1992 metais, jų tempas sulėtėjo 1993-1995 metais ir vėl ženkliai paspartėjo 1996 metais. Šiuos 3 šuolius (etapus) prisiminsime vėliau, periodizuodami reformas.

Fiksuojant kokybinį pirmųjų reformų projektų ir realybės po 10 reformų metų atitikimą būtina paminėti, kad tie projektai nebuvo absoliučiai pilnai parengti. Taip pat svarbu ir tai, kad dauguma to meto reformų iniciatorių apie reformas galvojo kaip apie darbų, kuriuos galima užbaigti per 2-3, o esant sunkinančioms aplinkybėms - per 5 metus, visumą. Laikas realiame reformų pasaulyje slinko bent jau 2 kartus greičiau nei reformatorių vizijose. Tiesa, Lietuvos nepriklausomybės atžvilgiu pokyčiai buvo žymiai spartesni ir radikalesni, nei daugumos Lietuvos gyventojų manyta 1988 metais.

### **REFORMOS EIGA 1990-1992 METAIS (SAVIVALDYBIŲ IR ĮSTAIGŲ TEISIŲ IŠPLĖTIMAS, VLK ĮSTEIGIMAS, NAUJOS ŪKININKAVIMO SĄLYGOS)**

Atkūrus nepriklausomybę, savarankiškumas nuo Maskvos vystėsi labai sparčiai, o paskutiniai vadybinio pobūdžio ryšiai nutrūko 1991 metais atsisakius ankstesniosios, TSRS lygyje centralizuotos materialinio-techninio tiekimo (MTT) sistemos. Kadangi teisės aktai bei vadybos praktika iš dalies išlaikė buvusius prieš reformą bruožus, TSRS vadybos paveldas, be abejo, veikė ir vėlesniais metais. Dalis šio reliktinio palikimo išliko net 1999 metais. Kaip vieną pavyzdžių galima paminėti nuo trečiojo dešimtmečio TSRS galiojusį sprendimą dėl trumpesnės medikų darbo savaitės. Šis sprendimas iš esmės buvo Stalino laikų propagandos elementas, nes, skelbiant apie sutrumpintą darbo dieną, medikams buvo nustatyti santykinai žemi atlyginimai ir medikai buvo ekonomiškai verčiami dirbti daugiau nei vieną darbo dieną (etata). Kol egzistavo TSRS, medikai dirbo 1,2 -1,5 etato krūviu. Ši darbo praktika būdinga ir dabatinei sveikatos priežiūros sistemai. Reliktinių pavyzdžių pateikimas padeda rasti sąsajas tarp dabarties ir praeities. Šių sąsajų yra daugybė ir analizuodami reformos eigą jas kartkartėmis minėsime.

Nepriklausymo nuo Maskvos siekimas atsispindėjo ir decentralizacijos tendencijose Lietuvos viduje. Siekis sumažinti Vilniuje koncentruotą valstybinio valdymo aparatą 1990-1992 metais pasireiškė ministerijų ir komitetų skaičiaus mažinimu (sveikatos sektoriaus veiklai įtakos turėjo MTT komiteto nenykimas), dalies ministerijų vadybinių funkcijų perdavimu savivaldybėms bei šalies mastu veikusių susivienijimų suskaldymu (pvz., susivienijimas "Farmacija" dešimtmečio pradžioje buvo suskaidytas į respublikinę ir teritorines ekonomiškai nepriklausomas įmones). Dalis vaistinių taip pat tapo savarankiškomis įmonėmis bei

buvo perduotos savivaldybių jurisdikcijai.

Pirmųjų nepriklausomybės metų teisės aktuose savivaldybėms numatoma santykinai daug teisių sveikatos priežiūros finansavimo srityje. Biudžetinės sandaros įstatymas 1990 m. suteikė savivaldybėms teisę tvirtinti savivaldybės sveikatos biudžeto bei pavaldžių sveikatos įstaigų biudžetų apimtį, savivaldybės, kaip steigėjos, ėmė nustatinėti pavaldžių įstaigų vadovų algas. 1990 metais, skirtingai nei ankstesniaisiais, nebereikėjo važiuoti į Vilnių derinti etatų ligininėse ar poliklinikose skaičius. 2 lentelėje pateikti duomenys rodo nacionalinio sveikatos priežiūros biudžeto dalį, tenkančią savivaldybėms.

**2 lentelė. Nacionalinio sveikatos biudžeto struktūra (procentais)**

	1992	1994	1996	1997	1998
<b>Valstybės biudžetas</b>	32,6	38,8	39,9	76,5	93,3
<b>Savivaldybių biudžetas</b>	67,4	61,2	60,1	23,5	6,7

*Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys*

Matome, kad nagrinėjamojo dešimtmečio pradžioje savivaldybių sveikatos priežiūros biudžetai sudarė daugiau kaip 60 procentų nacionalinio sveikatos priežiūros biudžeto. Savivaldybės turėjo teisę bendrą sveikatos priežiūros biudžeto apimtį koreguoti prisilaikydamos socialinėms išlaidoms numatytų lėšų ribų. Be sveikatos sektoriaus, socialinėms išlaidoms priskiriamos kultūros ir švietimo išlaidos. Savivaldybių vaidmuo finansuojant sveikatos priežiūrą nunyko 1997 metais įvedus privalomąjį sveikatos draudimą.

Iš 2 lentelėje pateiktų duomenų gali susidaryti įspūdis, kad savivaldybės, 1990-1992 metais finansuodamos pagrindinius sveikatos priežiūros sistemos kaštus, kartu sprendė ir pagrindinius sveikatos priežiūros struktūros klausimus. Toks požiūris nėra visai tikslus, visu pirma, dėl Lietuvos nacionalinio biudžeto pajamų formavimo politikos. Visų mokesčių, nuo kurių smarkiai priklauso biudžeto apimtį, lygi Lietuvoje nustato nacionaliniai įstatymai. Kitaip nei Skandinavijos šalys, Lietuvos savivaldybės negali pagal savo poreikius koreguoti fizinių asmenų pajamų ar žemės mokesčių. Antra, įstatymas numato, kad tik išdui nereikšmingi mokesčiai (pvz., žemės mokestis) 100 procentų atitenka savivaldybei, kurios teritorijoje šis mokestis surenkamas. Dėl visų kitų mokesčių pajamų paskirstymo savivaldybėms Seimas kiekvienais metais priima atskirą nutarimą. Vadinasi, iš esmės Seimas nustato bendrąją kiekvienos savivaldybės biudžeto pajamų apimtį, o savivaldybei suteikiama teisė jas paskirstyti pagal asignavimų valdytojus bei sąmatos straipsnius. Jau minėjome, kad savivaldybės 1990-1992 metais turėjo (turi ir 1999 metais) teisę pakoreguoti sveikatos apsaugos išlaidas švietimo ir kultūros išlaidų sąskaita. Panagrinėkime, kokias teises 1990-1992 metais savivaldybės turėjo nulemdamos pavaldžių sveikatos priežiūros įstaigų finansus.

**3 lentelė. Savivaldybių funkcijos valdant sveikatos priežiūros išteklius 1990-1992 metais**

<b>Funkcija</b>	<b>Sprendimų priėmimo algoritmas</b>	<b>Savivaldybės vaidmuo</b>
<b>Investicijos</b>	Didžiosios investicijos derinamos su Sveikatos apsaugos (SAM) ir Ekonomikos ministerija. Laikotarpio pradžioje ir fondus reikėjo derinti su SAM	Tarpininkauti dėl investicinių projektų bei finansuoti mažus pirkimus
<b>Darbo užmokestis</b>	1990 metais darbo užmokestis pagrindinėms darbuotojų kategorijoms buvo nustatomas Vyriausybės. 1991-1992 metais Vyriausybė tvirtino intervalus, kuriuos tikslino Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, SAM bei Finansų ministerija	Vykdyti Vyriausybės sprendimus bei prisilaikant nustatyto intervalo ribų tvirtinti įstaigų vadovų pareigybinius atlyginimus
<b>Medikamentai</b>	Medikamentų normas, išreikštas pinigais, lovdieniui bei vizitui tvirtino SAM ir Finansų ministerija	Vykdyti ministerijų sprendimus bei tarpininkauti dėl labdaros
<b>Maitinimas</b>	Maitinimo normas, išreikštas pinigais, lovdieniui tvirtino SAM ir Finansų ministerija	Vykdyti ministerijų sprendimus bei tarpininkauti dėl labdaros
<b>Kitos išlaidos</b>	Sprendžia savivaldybė kartu su Finansų ministerija	Rengti sąmatą bei derinti su Finansų ministerija
<b>Darbuotojų skaičius</b>	Sprendžia sveikatos priežiūros įstaigos	Rekomenduoti pakeitimus
<b>Finansiniai rezervai</b>	Metų pabaigoje nepanaudotos lėšos grįžta į valstybės biudžetą	Siekti visiškai sunaudoti turimus asignavimus

3 lentelėje apžvelgtos finansinio valdymo funkcijos, kurios daro įtaką didžiausiai sveikatos sektoriaus išlaidų daliai (darbo apmokėjimas, medikamentai, maitinimas, investicijos). Matome, kad dauguma jų buvo arba ministerijų, arba įstaigų kompetencija. Tai, kad pačioje sveikatos priežiūros reformų pradžioje daugumoje savivaldybių buvo panaikinti sveikatos apsaugos skyriai, rodo savivaldybių vaidmens valdant sveikatos priežiūrą ribotumą. Daugumoje savivaldybių bendrieji finansų skyriai aptarnaudavo sveikatos sektoriaus visuomeninio valdymo poreikius.

Daugumos savivaldybių sveikatos apsaugos skyrių panaikinimą lėmė tiek reformų pradžioje vyravusios kovos su visų lygių biurokratija nuostatos, tiek ir sveikatos priežiūros įstaigų struktūra. TSRS laikotarpiu kiekvienoje savivaldybėje (išskyrus didžiuosius miestus) veikė viena integruotas sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga. Ši įstaiga buvo įvardijama kaip rajono centrinė ligoninė (RCL), kurios padaliniai buvo poliklinika rajono centre bei ambulatorijos mažuose miesteliuose. Pirmaisiais nepriklausomybės metais paslaugų teikimo integralumas išaugo RCL perimant sveikatos priežiūros organizavimo funkcijas, kurias ankstesniais metais atliko kolūkiai bei kitos įmonės. Plačiau sveikatos priežiūros teikimo organizavimas aprašytas atskirame skyriuje. Finansavimo atžvilgiu aprašytoji struktūra yra reikšminga tuo, kad daugelyje rajonų 1990-



1992 metais veikė tik viena gydymo įstaiga (RCL).

Siekdami išlaikyti bendrąją knygos skyriaus chronologiją, tiek 3 lentelėje, tiek ir tekste fiksavome 1990-1992 metus. Dauguma šio laikotarpio bruožų išliko iki sveikatos draudimo įvedimo 1997 metais.

Respublikinio pavaldumo įstaigų finansinį valdymą 1990-1992 metais nagrinėsime vėliau, o dabar norėtūsi atsakyti į klausimą, ar galima pirmaisiais nepriklausomybės metais įžiūrėti decentralizaciją? Pagrindinis finansinio valdymo decentralizavimą pajutęs subjektas buvo gydymo įstaigos (kaimiškuosiuose rajonuose tai buvo minėtosios RCL). Šių įstaigų finansinio savarankiškumo padidėjimas paaiškinamas:

- išlaidų reglamentavimo sumažėjimu. Mažiau nei TSRS laikais sąmatos straipsnių. Darbo užmokesčio išlaidos ne griežtai fiksuojamos, o nustatomas intervalas. Neliko teisiškai privalomų natūrinių normų;
- sprendimų derinimų sumažėjimu. Nebereikėjo su SAM derinti etatų skaičiaus;
- kontrolės sumažėjimu. Panaikinus savivaldybių sveikatos skyrius bei sumažinus SAM darbuotojų skaičių, valstybinio valdymo organų atliekamos kontrolės galimybės objektyviai susiaurėjo. Daugelį finansinio valdymo klausimų RCL sprendė tiesiogiai su Finansų ministerija, bet pastaroji institucija, kurioje tik vienas darbuotojas betarpiškai rūpinosi sveikatos sektoriumi, be abejoj, kontroliuoti išlaidų panaudojimo veiksmingumą negalėjo.
- savivaldybių pajungimu savo valiai. Daugumoje savivaldybių tarybų sveikatos komitetų nariais dažniausiai tapdavo RCL darbuotojai.

Vertinant dešimtmečio pradžios įvykius pagal pateiktus 1-4 punktus, nesunku sudaryti įspūdį, kad reformų pradžia būdinga situacija, kuomet decentralizuojant sveikatos valdymą vystėsi tam tikri anarchijos elementai. Matyt, jų kasdieninio išteklių valdymo srityje tikrai buvo. Kita vertus, gydymo įstaigų administracija pirmuoju reformų laikotarpiu negalėjo džiaugtis savarankiškumu sprendžiant strateginius klausimus. Šį strateginio valdymo ribotumą, be jau anksčiau minėto reikalavimo investicines programas derinti su valstybinio valdymo organais lėmė šie veiksniai:

- spartūs infliacijos tempai 1991-1992 metais. Įstaigos, besisaugodamos nuo turimų lėšų nuvertėjimo, buvo verčiamos gautus pinigus išleisti kuo greičiau. Įvairių rūšių išlaidų kainos augo skirtingu tempu. 1990-1992 metais sparčiausiai brango kuras ir medikamentai;
- valdymo institucijos labai griežtai nekontroliavo išlaidų pagal sąmatos straipsnius, bet reikalavimas šių straipsnių laikytis atšauktas nebuvo;
- finansavimo apimtys pinigine išraiška didėjo labai sparčiai, bet sektoriaus gaunamų piniginių išteklių perkamoji galia bent jau 1992 metais ženkliai sumažėjo. Aptariamam laikotarpiui dar buvo būdingas iš planinės ekonomikos laikų paveldėtas bei prekybos su rytiniais kaimynais sutrikimo, nekompensuojamo prekybos su Vakarais, padidintas prekių deficitas;
- iki 1997 metų sveikatos sektoriuje galiojo biudžetiniai finansavimui būdinga nuostata, kad per kalendorinius metus nepanaudotos lėšos turi būti grąžinamos į biudžetą.

## SVEIKATOS DRAUDIMO ELEMENTŲ FORMAVIMASIS

### Socialinio draudimo sistemos suformavimas

Jau minėta, kad sveikatos priežiūros pertvarka Lietuvoje pradėta tikintis spartaus privalomojo sveikatos draudimo įvedimo bei manant, kad ši finansavimo forma ne tik kardinaliai padidins įstaigų savarankiškumą, bet ir sukurs jų atsakomybės už pakankamos apimties ir kokybės paslaugų suteikimą sistemą. 1990 metais, dar iki nepriklausomybės paskelbimo, pradėtas rengti Sveikatos draudimo įstatymo projektas buvo tobulinamas, bet, Lietuvos Respublikos atkuriamajam Seimui pradėjus svarstyti Socialinio draudimo įstatymo projektą, Sveikatos draudimo įstatymo tekstas dar nebuvo visiškai parengtas. Viena iš šio vėlavimo priežasčių buvo tai, kad Lietuvos sveikatos priežiūros organizatoriai, susipažinę su Vakarų Europos valstybių sveikatos valdymo praktika, pamatė, kad daugelis mūsų kaimynų Vakaruose gerai tvarko sveikatos sektorių, taikydami biudžetinį finansavimą. Ypač reikšmingas buvo Danijos ir Švedijos, šalių, kurios pirmos užmezgė intensyvius kontaktus su Lietuvos sveikatos priežiūros vadybininkais, pavyzdys. Šis pavyzdys kartu su einamaisiais rūpesčiais buvo kiek atšaldęs SAM siekį sparčiai sukurti kompleksinį privalomąjį sveikatos draudimą. 1991 m. gegužės mėn. priimtame Valstybinio socialinio draudimo įstatyme buvo tik vienas skyrius, reglamentuojantis sveikatos draudimo išmokas (dalinį vaistų bei sanatorinių kelialapių įsigijimo išlaidų kompensavimą).

1997-1998 metais Lietuvoje vyko gana politizuotos diskusijos, katrą datą (1997 m. sausio 1-ąją ar 1997 m. liepos 1-ąją) pripažinti privalomojo sveikatos draudimo pradžia. Apie 1997 metų įvykius rašysime kiek vėliau, o dabar norėtume pasiūlyti vieną išvadą:

**Atsižvelgiant į tai, kad pirmajame Socialinio draudimo įstatyme teisiškai reglamentuojami reikšmingi sveikatos draudimo santykių elementai, kad šie elementai 1996 metais buvo perkelti į Sveikatos draudimo įstatymą, taip pat į tai, kad kompleksinis sveikatos draudimas, įsigaliojęs dešimtmečio pabaigoje yra pagrįstas socialinio draudimo sistemoms būdingais principais, pripažinti 1991 metų gegužės 26 dieną (Socialinio draudimo įstatymo priėmimo data) privalomojo sveikatos draudimo santykių pradiniu atskaitos tašku.**

1991-1996 metais įstatymu reglamentuoti sveikatos draudimo elementai veikė valstybinio socialinio draudimo (Sodros administruojamoje) sistemoje. Pagrindiniai šios sistemos bruožai yra:

- finansavimas pagrįstas darbdavių ir darbuotojų privalomai mokamomis socialinio draudimo įmokomis. Įmokos tarifą nustato Vyriausybė. 1991-1999 metais jis buvo pastovus, darbdaviai ir darbuotojai mokėjo atitinkamai 30 ir 1 proc. nuo darbo užmokesčio;
- socialinio draudimo fondas atskirtas nuo valstybės biudžeto tiek pajamų formavimo pagrindinių šaltinių atžvilgiu, tiek ir tuo, kad metų pabaigoje likę rezervai nėra perdujami į valstybės biudžetą;

- dauguma išmokų (įskaitant ir sveikatos draudimo) daromos jas apibrėžus įstatymuose. Be dalinio sveikatos draudimo administravimo, Sodra atsakinga už pensinį draudimą, draudimą nuo ligų bei įmokų surinkimą nedarbo draudimo sistemai;
- sistema yra valdoma monopolinėmis sąlygomis veikiančios valstybinės institucijos - Valstybinio socialinio draudimo valdybos (Sodros), turinčios skyrius savivaldybių teritorijose.

Plačiau apie socialinį draudimo sistemą bei Sodros administruotas sveikatos draudimą rašoma atskirai. Mums minėti principai svarbūs ir dėl to, kad dalis jų (fondo naudojimo atskirtumas nuo biudžeto, fondo valdymas įkuriant nacionalinę instituciją su skyriais regionuose) buvo integruota į 1996 metais patvirtintą Sveikatos draudimo įstatymą.

### **Valstybinės ligonių kasos įsteigimas**

Nesuspėjus 1991 metais parengti kompleksiško Sveikatos draudimo įstatymo, buvo nuspręsta pradiniam sveikatos reformos etape finansavimo pokyčius sieti su įstaigomis, finansuojamomis valstybės biudžeto lėšomis per SAM. Respublikinio pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų finansavimui pertvarkyti užteko Vyriausybės nutarimo ir toks nutarimas buvo priimtas 1991 metų pabaigoje ("Dėls sveikatos apsaugos finansavimo 1992 metais"). Nutarimo pagrindu 1992 m. sausio 10 d. įkuriamą Valstybinę ligonių kasa (VLK), kurios pagrindiniai veiklos principai:

- VLK finansuoja respublikinio pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigas, naudodama valstybinio biudžeto asignavimus;
- įstaigos finansuojamos pagal sutartis su VLK, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį;
- stacionariųjų paslaugų, kurios sujungtos į grupes pagal IX tarptautinę ligų klasifikaciją, kainos nustatomos SAM. Ambulatorinės paslaugos apmokamos pagal SAM nustatytą įkainį kiekvienam gyventojui. Į kainas, kurios yra diferencijuotos pagal įstaigų tipus (universitetinės, didžiosios regionų ir kitos ligoninės), siekiama įtraukti visas einamąsias (biudžetinio finansavimo terminu - "paprastąsias") išlaidas;
- Finansuojant įstaigas avansiniai mokėjimai derinami su atsiskaitymais už suteiktas paslaugas. Bendra visų įstaigų metinio finansavimo apimtis turi sutapti su biudžetinėmis asignavimais.

Respublikinės įstaigos finansuoti valstybės biudžeto lėšomis per VLK buvo pradėtos 1992 m. liepos 1 d. Tai truko iki 1997 metų, kai daugelį gydymo įstaigų finansavimo funkcijų perėmė Sveikatos draudimo įstatymo pagrindu įkurtos teritorinės ligonių kasos. Siekdami atskirti VLK, įkurtą 1992 metais, nuo VLK, kuri veikia Sveikatos draudimo įstatymo pagrindu, 1992 metais Vyriausybės nutarimu įkurtą VLK įvardysime VLK1, o veikusiąją nuo 1996 metų pabaigos - tiesiog VLK.

Kai veikė VLK1, respublikinių įstaigų finansavimas iš dalies kito. 1992 metų antrąjį pusmetį respublikinės įstaigos buvo finansuojamos ne tiesiogiai VLK1,

bet per savivaldybes. Savivaldybėms lėšos buvo paskirstytos pagal istoriškai susiklosčiusią respublikinių įstaigų paslaugų gavimo apimtį ir savivaldybės mokėjo ligoninėms už į jas nusiųstus pacientus. Keletą mėnesių savivaldybėms buvo deleguota teisė spręsti, su kuriomis respublikinėmis įstaigomis ir dėl kokių ligonių gydymo sudaryti sutartis. Sutartyse buvo nurodomas ir ligonių, už kurių gydymą bus sumokėta, skaičius. Savivaldybės privalėjo pervestus pinigus naudoti tik respublikinėms įstaigoms finansuoti, o nepanaudotas lėšas grąžinti į valstybės biudžetą. Nepaisant pastarojo apribojimo, 1992 metų antrasis pusmetis - tai didžiausios (pastarąjį dešimtmetį) savivaldybių įtakos sveikatos priežiūros finansavimui laikotarpis.

VLK1 įsteigimas bei 1992 metais įvykęs faktinis beveik visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo decentralizavimas iki savivaldybės lygio didino respublikinių įstaigų konkurenciją dėl pacientų ir, matyt, kūrė prielaidas paslaugų prieinamumui kelti. Kita vertus, 1992 metais sistema neveikė labai sklandžiai, nes:

- sparti infliacija lėmė periodišką sveikatos priežiūros biudžeto peržiūrėjimą bei savivaldybių ir įstaigų sutartyse numatytų sumų koregavimą. Pusmečio pabaigoje SAM ėmė dalį biudžeto praeugio pradėjo pervedinėti įstaigoms tiesiogiai;
- dauguma savivaldybių, neturėdamos atsakingų už sveikatos sektorių darbuotojų, sutarčių su respublikinėmis įstaigomis rengimą pavedė RCL administracijai, kartu sukurdamos prielaidas interesų konfliktui;
- nebuvo sukurta skaidri valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžeto lėšų atskyrimo apskaita ir kartu atsirado Vyriausybės nutarimo, reikalavusio deleguotas lėšas naudoti tik respublikinėms įstaigoms finansuoti, pažeidimo rizika.

Svarstant 1992 metų reformos eigą Sveikatos apsaugos ministerijoje, buvo nuspręsta, kad viso sveikatos sektoriaus finansavimo delegavimas savivaldybėms turi daugiau neigiamų nei teigiamų pusių, ir 1993-1996 metais respublikinės įstaigos buvo finansuojamos tik per VLK1. Pažymėtina, kad 1992-1996 metais nuosekliai didėjo įstaigų finansuojamų VLK1, skaičius ir valstybės biudžeto dalis, paskirstoma per pirmąją pokarinę Lietuvoje ligonių kasą.

1992 metai sveikatos draudimo santykių plėtros atžvilgiu buvo reikšmingi ne tik tuo, kad pradėjo veikti VLK1, bet ir tuo, kad tų metų pavasarį Vyriausybė apsvartė, o vasarą įregistravo Seime pirmąjį Sveikatos draudimo įstatymo variantą. Šio varianto svarstymas dėl sutrikusio atkuriamojo Seimo darbo bei prieš laikinių rinkimų 1992 metais pradėtas nebuvo. Diskusijas dėl Sveikatos draudimo įstatymo, vykusias 1993-1996 metais, aprašysime vėliau, o dabar norėtusi paminėti tik tai, kad pirmajame Sveikatos draudimo įstatymo variante buvo nuostata steigti ne mažiau kaip vieną teritorinę ligonių kasą savivaldybės teritorijoje. Estai 1992 metais priimtame Sveikatos draudimo įstatyme beveik analogiška nuostata buvo įtvirtinę. Jau rašėme, kad realiaame gyvenime Lietuvos savivaldybių vaidmuo finansuojant sveikatos priežiūrą nebuvo labai reikšmingas. Kita vertus, VLK1 funkcionavimo patirtis 1992 metais bei siekiai, atspindėti pirmajame draudimo įstatymo variante, rodė, kad bent jau koncepcijų lygmeniu 1992

metais sveikatos priežiūros sistemos organizatoriai Lietuvoje (kaip beje, ir estai) tikėjo savivaldybių reikšmingumu.

### **Teisinių aktų, įteisinančių sveikatos priežiūros įstaigų finansinės veiklos savarankiškumo augimą, rengimas**

Nagrinėdami savivaldybėms pavaldžių įstaigų finansavimą 1990-1992 metais, minėjome egzistavusį reikalavimą, kad įstaigos naudotų biudžetinius asignavimus neperžengdamos biudžetinės sąmatos ribų. Pirmaisiais nepriklausomybės metais padidinti sveikatos priežiūros įstaigų ekonominį savarankiškumą buvo bandoma dviem kryptimis. 1991 metais pradėtas rengti Nepelno įmonių įstatymas, tikintis, kad tokį statusą įgaus dauguma sveikatos priežiūros, socialinės apsaugos, kultūros ir švietimo įstaigų. Įstatymo rengimas vyko lėčiau, nei tikėtasi. Rengiant buvo apsispręsta įteisinti nepelno įstaigų statusą Vyriausybės nutarimu, o vėliau vėl grįžta prie įstatymo rengimo. Viešųjų įstaigų įstatymas, aprašantis nepelno įmonių steigimo bei veiklos pagrindus, buvo patvirtintas 1996 metais. Neapsiribojant minėtojo įstatymo rengimu, išimtinai sveikatos sektoriui buvo ruošiami taip vadinamieji Naujųjų ūkininkavimo sąlygų (NŪS) nuostatai. Šiuos nuostatus ir Vyriausybė patvirtino 1992 metais. Pagal NŪS asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų sąmatos straipsniai prarado direktyvinį pobūdį. Šis ekonominio valdymo liberalizavimas gyvavo apie vienerius metus ir 1993 metais buvo panaikintas Finansų ministerijos iniciatyva. 1992 metais įgyto savarankiškumo neprarado tik valstybinės sanatorijos, jos 1993 metais gavo nepelno įmonių statusą.

Paminėjome NŪS kaip iš dalies realizuotą projektą. Stomatologijos įstaigų privatizavimo 1992 metais patirtis yra neįgyvendinto projekto pavyzdys. SAM jau 1991 metų pabaigoje buvo nusprendusi, kad dėl saikingo visuomeninio finansavimo nėra galimybių visiems gyventojams garantuoti nemokamą bei kokybišką sveikatos priežiūrą. 1992 metų rudenį buvo parengtas Vyriausybės nutarimo projektas, numatantis, kad:

- daugumai pageidaujančių dirbti privačiai stomatologų yra suteikiama jų ankstesnių darbo vietų poliklinikose lengvatinė nuoma (vartojant 1999 metų terminiją, "panauda")
- vaikams teikiamos stomatologinės paslaugos kompensuojamos visuomeninėmis lėšomis, o dirbantieji privalo mokėti už paslaugas pagal valstybės nustatytus įkainius.

Projektui Vyriausybė nepritarė, motyvuodama tuo, kad darbo funkcijos privatizavimas (SAM siūlė, kad pirmame reformos etape stomatologijos aparatūra išlieka valstybės nuosavybė ir nuomojama lengvatinėmis sąlygomis) nėra "tikrojo" privatizavimo forma.

Nepretenduodami į aiškinimą, kad SAM 1992 metais parengti stomatologinės pagalbos reformos principai buvo optimalūs, pažymėsime, kad vėlesniais metais strateginių nacionalinių nuostatų dėl stomatologijos ateities priimta nebuvo.

1991-1999 metais visuomeninis finansavimas buvo skirtas tik valstybinei stomatologijai (išimtį sudarė dalinis protezavimo paslaugų, suteiktų privačių klinikų, kaštų kompensavimas). Kita vertus, visų stomatologinių paslaugų dalis, tenkanti paslaugoms, suteiktoms valstybinėse įstaigose, mažėjo. Gyventojai 1993-1999 metais stomatologiją įvardija kaip vieną problematiškiausių sveikatos sektoriaus sričių.

1991-1992 metais Lietuvoje buvo dažnai diskutuojama dėl įvairių sveikatos sektoriaus sričių reformavimo santykinės spartos ir iš dalies kokybės. Palyginimų rezultatas visuomet priklauso nuo taikomų vertinimo kriterijų. Dešimtmečio pradžioje šiais kriterijais dažniausiai buvo privatizavimo bei senųjų institucijų keitimo naujomis apimtis. Radikalūs valdymo personalo pakeitimai ar bent jau grandiozinių, nors ir nelabai suprantamų (pvz., nacionalinės mokyklos ar greitųjų traukinių į Rygą), vizijų formulavimas taip pat laikytas reikšmingais pažangos rodikliais. Minėtieji kriterijai lėmė, kad 1991-1992 metais dažniausiai džiaugtasi žemės ūkio, pramonės, socialinio bei švietimo sektorių reformomis, nurodant sveikatos sektoriaus atsilikimą. Vyraujančias politikų nuostatas iš dalies skatino ir paprastų medikų nepasitenkinimas santykinai mažomis pajamomis bei tuo, kad net ir tais atvejais, kai pasikeitimai sąlygodavо didesnę gydymo įstaigų savarankiškumą, šis savarankiškumas dažniausiai apsiribodavo padidėjusiomis įstaigų administracijos, bet ne paprastų gydytojų, tuo labiau - medicinos seserų, teisėmis.

Reformų vertinimo kriterijai pradėjo keistis 1992-1994 metais. Kaupiantis reformų patirčiai Lietuvoje bei Vakarų ekspertams suvokus, kad Lietuva ir kitos regiono valstybės yra ne tik sovietinio planinio ūkio naikinimo poligonas, bet ir šalis, kurios po 10-15 metų taps Europos Sąjungos narėmis, reformų veiksmingumas pradėtas vertinti ne remiantis griovimo sparta, bet taikant reikšmingesnius (sistemos stabilumo, dinamiškumo, veiksmingumo) kriterijus. Šiais kriterijais remiantis, žemės ūkio reformą nustota šlovinti, atsižvelgiant į akivaizdų gamybos ir darbo našumo nuosmukį. Balsų, abejojančių privatizavimo, atliekamo bet kuria forma, privalumais, pasigirdo jau 1992 metais bei daugėjo vėlesniais laikotarpiais. Dalies buvusių reformų lyderių diskreditavimas, matyt, kiek pagerino santykinį sveikatos sektoriaus pertvarkos vertinimą nors, be abejo, 1990-1992 metais daugelis darbų buvo tik pradėta ir jų poveikį paprastas medikas bei pacientas jautė labai silpnai. Paprastas Lietuvos gyventojas 1992-1993 metų žiemą akivaizdžiai jautė ne padidėjusį medikų dėmesį jo sveikatai, o diskomfortą beveik nešildomose ir vaistų stokojančiose gydymo įstaigose.

### **1993-1995 metai: sąstingis ar teigiama evoliucija? Diskusijos dėl sveikatos priežiūros reformos eigos**

1993-1995 metais didelių pokyčių sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje lyginant su 1992 metais neįvyko. Vyriausybei kiekvienais metais pratęsiant nutarimo dėl VLK1 funkcionavimo galiojimą, ši organizacija, beveik nesikeičiant kainų nustatymo metodikai, tebefinansavo respublikines asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Tuo tarpu, kai respublikinių įstaigų darbuotojai mokėsi gyventi savo finansavimo apimtį siedami su teikiamų paslaugų kiekiu, savivaldybių

įstaigos beveik kaip ir TSRS laikais tebesiderėjo su steigėjais bei Finansų ministerija dėl didesnio sąmatos straipsniais suskaidyto biudžeto. Naujuosius ūkininkavimo nuostatus 1993 metais panaikinus, iki 1996 metų pradžios rimtesnių bandymų liberalizuoti sveikatos priežiūros finansų valdymą nebuvo.

Nagrinėjamu laikotarpiu sveikatos sektoriaus finansinio valdymo plėtra kenkė ne tik aprašytasis reformų sąstingis, bet ir prasta valstybės finansų būklė. 1993-1995 metais buvo beveik normaliais laikomi reiškiniai, kai įstatymu numatytų asignavimų pervedimas gydymo įstaigoms vėluodavo arba dalis numatytų asignavimų visai nebūdavo pervedama. (Neidealizuojame valstybės finansų būklės ir 1991-1992 metais. Formaliai pirmaisiais reformos metais biudžeto pajamos ir išlaidos net viršydavo įstatymu numatytas, bet įvertinus infliaciją nesunku būtų pamatyti, kad perkamosios galios apimtimi biudžetiniai asignavimai atsilikdavo nuo numatytų atitinkamų metų biudžeto įstatyme.) Stringant atsiskaitymams tarp Finansų ministerijos ir SAM, VLK1 bei savivaldybių, pastarosios ėmė nesilaikyti savo finansinių išipareigojimų gydymo įstaigoms. Savo ruožtu įstaigos negaudamos viso biudžeto ar sutartyje su VLK1 numatyto finansavimo, ėmė nebepervedinėti dalies mokesčių bei vėlavo atsiskaitydamos su paslaugų teikėjais ir prekių tiekėjais. Pagrindiniai valstybės finansus reglamentuojantys įstatymai buvo pažeidžiami tiek nepervedant numatytų asignavimų, tiek ir užsimerkiant prieš privalomųjų mokesčių nemokėjimo faktus. Tam tikru paradoksu galima laikyti tai, kad aptariamuoju laikotarpiu, pažeidinėjant metų finansų srautus reglamentuojančius įstatymus, propaguojant sveikatos draudimo idėjas sakyta, jog vienas iš draudos medicinos pranašumų yra įstatymu ilgam laikotarpiui apibrėžta sveikatos draudimo įmokų apimtis.

Tai ką minėjome rodo, kad 1993-1995 metais sveikatos priežiūros finansavimo reformos plėtra pradėjo strigti bei atsirado tam tikrų regresio požymių. Kita vertus, aptariamuoju laikotarpiu vyko ir teigiamų tiek makroekonominių, tiek sveikatos sektoriaus pokyčių. Tarp pagrindinių makroekonominių dalykų paminėtinas gamybos smukimo sustabdymas 1994-1995 metais ir sparčiai mažėjanti infliacija. Kainos 1991 metais išaugo 11 kartų, o 1994 metais "tik" 1,7 bei 1995 metais 1,4 karto. Kainų augimo pažabojimas ir lito, susieto su JAV doleriu, įvedimas ženkliai pagerino galimybes planuoti sveikatos išlaidas bei sudarė ekonomines prielaidas medicininiams prekėms (ypač medikamentams) pirkti Vakarų rinkose. Norėdami parodyti 1993-1995 metais įvykusį kardinalų sveikatos sektoriaus galimybių pirkti prekes užsienio rinkose pasikeitimą, pateikiame kiek modifikuotą lentelę, kurią pateikėme aprašydami sveikatos priežiūros išteklius.

**4 lentelė. Visuomeninis sveikatos priežiūros finansavimas (mln.Lt)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Finansavimo apimtis galiojusiomis kainomis</b>	4,11	14,24	128	426	751	1073	1325	1871	2078
<b>Finansavimo apimtis palyginamosiomis 1993 metų kainomis</b>	744	814	653	426	436	446	442	574	670
<b>Finansavimas, palyginus su 1990 metais (1990 = 100)</b>	100	109,4	87,8	57,3	58,6	59,9	59,4	77,2	90,5
<b>Finansavimas pagal galiojusį valiutų kursą (mln. JAV dolerių)</b>			64	106,5	187,75	268,25	331,25	467,75	519,5

*Šaltinis: Remiantis Lietuvos statistikos metraščio duomenimis skaičiuota autoriaus.*

Matome, kad vertinant sveikatos priežiūros finansavimo dinamiką pagal palyginamąsias kainas bei taikant oficialų vartotojų kainų indeksą (VKI), sveikatos priežiūros finansavimas 1993-1995 metais buvo beveik perpus mažesnis nei 1990-1992 metais ir tik 1997 metais pradėjo augti. Vertindami finansavimą pagal galiojusį valiutų kursą JAV doleriais, gauname visiškai kitą rezultatą. 1995 metais visuomeninis sveikatos finansavimas, išreikštas JAV doleriais, buvo 4 kartus didesnis nei 1992 metais. Per 1995-1998 metus šis rodiklis padidėjo dar du kartus. Vėl nepradėdami diskusijų, kiek tiksliai VKI atspindi išteklių dinamiką atkreipsime dėmesį tik į vieną faktą. 1994 metais Lietuva importavo 75 milijonų JAV dolerių vertės farmacijos produktų. Viso 1992 metų visuomeninio sveikatos biudžeto nebūtų užtekę šiam importui finansuoti.

Importuojamų medikamentų apimčių didėjimas aptariamuoju laikotarpiu sustiprino Sodros vaidmenį visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo srityje. 1991 metais Sodra daugiausia finansavo sanatorinį gydymą tam skirdama beveik 75 procentus savo sveikatos draudimo išlaidų. Medikamentų įsigijimui finansuoti tais metais buvo skirta apie 25% Sodros sveikatos draudimo išlaidų. Vėlesniais metais medikamentų finansavimo reikšmingumas ženkliai padidėjo ir 1995 metais jau sudarė apie 70% Sodros sveikatos draudimo išlaidų. Aptariamuoju laikotarpiu didėjo ir bendrųjų Sodros išteklių dalis, skirta sveikatos priežiūrai finansuoti. Iš viso sveikatos draudimo išlaidos 1991 metais buvo 2,3% Sodros išlaidų, o 1996 metais šis rodiklis padidėjo iki 10%.



**5 lentelė. Sveikatos priežiūros finansavimas socialinio draudimo lėšomis per Sodrą**

	1991			1993			1995		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<b>Sanatorinio gydymo kompensacijos</b>	0,6	75,0	4,2	15,6	32,8	3,7	53,0	31,4	4,9
<b>Medikamentai ir medicininės pagalbos priemonės</b>	0,2	25,0	1,4	31,9	67,2	7,5	116,0	68,6	10,8
<b>Visos socialinio draudimo sveikatos priežiūros išmokos</b>	0,8	100,0	5,6	47,5	100,0	11,2	169,0	100,0	15,8

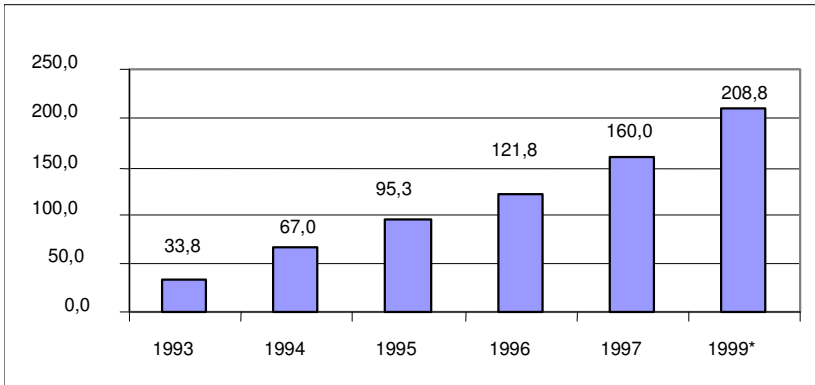
1. finansavimo apimtis (milijonais litų)
2. Sodros sveikatos draudimo išlaidoms tenkanti sveikatos draudimo išlaidų dalis (procentais)
3. visoms visuomeninėms išlaidoms sveikatos apsaugai tenkanti sveikatos draudimo išlaidų dalis (procentais)

5 lentelėje atspindėtus Sodros išlaidų struktūros pasikeitimus (mažėja sanatorinio gydymo finansavimo reikšmingumas, augant medikamentų finansavimo svarbai) jau aptarėme. Papildomai norėtusi atkreipti skaitytojų dėmesį į Sodros finansavimo reikšmingumo, palyginus su bendru visuomeniniu sveikatos priežiūros finansavimu išaugimą. 1991 metais socialinis draudimas finansavo tik 5,6 %, o 1995 metais šis rodiklis padidėjo beveik trigubai iki 15,8%. Taip pat pastebėtina, kad:

- sanatorinio gydymo kompensavimo lyginamasis svoris, palyginti su visu visuomeniniu sveikatos priežiūros finansavimu 1991 metais sudarė 4,2 procento, o 1995 metais išaugo iki 4,9 procento. Oficiali sveikatos priežiūros pertvarkos doktrina nuo nepriklausomybės pradžios suponavo sanatorinio gydymo siaurinimo aktualumą. Tai, kad realus gyvenimas neatitiko propaguojamų siekių paaiškinama politikos nenuoseklumo sąlygota socialinės įtampos augimo kurortiniuose miesteliuose baimę bei asmeniais politikų ir kurortų vadovų ryšiais. Be šio nenuoseklumo, egzistavo ir objektyvus poreikis Lietuvos lėšomis kompensuoti dėl pacientų iš Rusijos srautų sumažėjimo išaugusius sanatorių eksploatavimo kaštus;
- medikamentų ir medicininės pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo Sodros lėšomis kaštai 1991 metais sudarė 1,4 procento viso visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo apimties, o 1995 metais išaugo iki 10,8 procento ir tapo vienu reikšmingiausių visuomenės išlaidų sveikatos priežiūrai elementu. Šis išaugimas atspindėjo ne tik tai, kad 1994-1995 metais Lietuvos valstybiniai finansai sustiprėjo tiek, kad jau galėjo iš dalies apmokėti importą iš Vakarų, bet ir tai, kad sveikatos sektoriaus administratoriams prastai sekėsi riboti vaistų kainų augimą. Aptariamuoju laikotarpiu nuolat vyko trintis tarp SAM, siekusios plėsti kompensuojamųjų medikamentų sąrašą, ir Sodros, kuri buvo linkusi taupyti savo biudžeto lėšas. Ši trintis buvo viena iš priežasčių, paaiškinančių, kodėl svarstant Sveikatos draudimo įstatymo projektus Sodra visuomet būdavo už kompensacijų vaistams perdavimą sveikatos draudimo sistemai.

Aptariamuoju laikotarpiu gerėjo ne tik importinių medicininių prekių įsigijimo galimybės. Šalies gyventojų pajamos doleriais auga gana ženkliai, pirmą kartą pokarinėje Lietuvos istorijoje suteikdamos galimybę samdomiesiems darbuotojams pirkti Vakaruose pagamintų vartojimo reikmenų. 1 grafike pateikti duomenis rodo, kad 1995 metais vidutinė mediko alga JAV doleriais buvo beveik 3 kartus didesnė nei 1993 metais. 1992 metų rodikliai 1995 metais buvo viršyti 4 kartus.

**1 grafikas. Vidutinis mėnesinis medikų darbo užmokestis (JAV dol.)**



\* *preliminarūs duomenys*

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis

Per ketverius metus po 1995-ųjų metų vidutinė alga augo taip pat ganėtinai sparčiai, bet bendras algų JAV doleriais išaugimas 2,2 karto buvo nepalyginamai mažesnis nei augimas, vykęs reformų "sąstingio" metais.

### **Sveikatos draudimo įstatymo rengimas 1993-1995 metais**

Jau minėjome, kad 1991-1992 metais pirmieji teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros finansavimo strategiją (Sveikatos draudimo ir Nepelno įmonių įstatymai), projektai buvo parengti, bet nepradėti svarstyti Seime. 1993-1995 metais sveikatos priežiūros sistemos organizatoriai Nepelno įmonių įstatymo rengimu nesirūpino, bet sukonzentravo dėmesį į Sveikatos draudimo įstatymą, kurio svarstymas užtruko maždaug trejus metus. Svarstymas vyko ilgai ir permainingai dėl kelių priežasčių, kurių viena iš reikšmingiausių buvo diskusijoje dalyvavusių grupių nesutarimas esminiais sveikatos priežiūros organizavimo klausimais. Šiai diskusijai skirsime kiek daugiau dėmesio tiek dėl to, kad jos rezultatai reikšmingai veikė sveikatos priežiūros finansavimo raidą, tiek ir dėl to, kad ilgos, argumentuotos, plačius visuomenės sluoksnius įtraukiančios diskusijos (būtent tokia buvo diskusija dėl sveikatos draudimo) nėra dažnas reiškinys Lietuvos reformų praktikoje. Svarbu pažymėti, kad diskusija vyko ne dėl sveikatos

draudimo įvedimo būtinumo (jau 1992 metais dauguma politinių jėgų sutarė, kad tikslinga pertvarkyti sveikatos finansavimą privalomojo sveikatos draudimo pagrindu), bet dėl draudimo turinio.

Jau 1993 metų viduryje paaiškėjo, kad egzistuoja du skirtingi požiūriai į privalomąjį sveikatos draudimą. Per diskusijas šie požiūriai buvo dažniausia įvardijami jiems karščiausiai atstovaujančių asmenų pavardėmis. Šioje apžvalgoje, siekdami išvengti asmeniškumo, pavardžių neminėsime, o diskusijos šalis įvardysime kaip socialinio draudimo ir privačiojo draudimo šalininkus. Toliau pateiktoje lentelėje atspindėti abiejų grupių požiūriai į pagrindinius sveikatos draudimo organizavimo aspektus. Kadangi per diskusiją šie požiūriai iš dalies keitėsi, nesiekėme lentelėje atspindėti visų svarstymo metu išsakytų minčių. 1992 metų projektas ideologiškai buvo artimesnis socialinio draudimo projektui, nors dalis pirmojo projekto pasiūlymų (įmokų kaupimo, teritorinių ligonių kasų konkurencijos numatymas) buvo panašūs į idėjas dėstytas privačiojo draudimo projekte.

#### 6 lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo koncepcijos 1993-1995 metais

Aspektas	Socialinis draudimas	Privatusis draudimas
Aprėptis	Draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai	Draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai
Sveikatos draudimo įmokų mokėjimas	Moka darbdaviai ir darbuotojai bei kai kuriais atvejais valstybė	Moka darbdaviai ir darbuotojai bei kai kuriais atvejais valstybė
Santykis su valstybės biudžetu	Sveikatos draudimo biudžetas yra savarankiškas	Sveikatos draudimo biudžetas yra savarankiškas
Draudimo organizavimas	Sveikatos draudimą organizuoja visuomeninės institucijos (reformų pradžioje valstybinė ligonių kasa (VLK) su filialais)	Sveikatos draudimą organizuoja VLK, konkuruojanti su privačiomis pelno siekiančiomis draudimo kompanijomis
Gyventojų teisė rinktis draudiką	Nėra arba labai ribota	Kiekvienas gyventojas gali rinktis draudimo kompaniją
Įmokų tarifo nustatymas	Nustato įstatymas	Nustato įstatymas
Teikiamos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Draudimo kompanijos konkuruoja siūlydamos skirtingus paslaugų planus
Įstaigų pasirinkimas	Apdraustieji turi teisę rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus	Apdraustieji turi teisę rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus
Regioninis išteklių paskirstymas	Lėšas pagal gyventojų poreikius tarp TLK perskirsto VLK	Kiekviena draudimo kompanija visiškai disponuoja surinktomis įmokomis
Individualių įnašų kaupimas	Negalimas	Nusprendus draudimo kompanijai galimas ir net pageidautinas, siekiant šiuos įnašus investuoti
Paslaugų kainodara	Bazines kainas nustato valstybė	Bazines kainas nustato valstybė
Papildomasis sveikatos draudimas	Privataus savanoriškojo draudimo objektas	Privataus savanoriškojo draudimo objektas

Lentelėje įvardyti 12 esminių sveikatos draudimo organizavimo aspektų. 7 atvejais diskusijos šalių nuostatos iš esmės sutapo ir tai rodo tam tikrą vertybinių vertinimų bendrumą (nebuvo abejojančių, kad visi šalies gyventojai turi būti apdrausti) bei atspindi korektišką keitimąsi informacija. Nuomonės kardinaliai skyrėsi dėl galimybės privalomajame sveikatos draudime dalyvauti privačioms pelno siekiančioms draudimo kompanijoms. Natūralu, kad privačiojo draudimo šalininkai akcentavo privačių draudimo kompanijų dalyvavimo privalomojo sveikatos draudimo rinkoje pranašumus:

- konkurencija tarp draudikų didins jų dėmesį gyventojams bei teikiamų paslaugų kokybei;
- privatus interesas užtikrins geresnį įmokų surinkimą iš gyventojų. Nelegaliai dirbantys asmenys mokės privatesiems draudikams įmokas, nebijodami sankcijų už kitų mokesčių slėpimą;
- dalį draudimo įmokų investavus, bus galima ateityje į sveikatos priežiūros paslaugų rinką gražinti daugiau finansinių išteklių, nei buvo sumokėta draudimo įmokų.

Savo ruožtu socialinio draudimo šalininkai nurodė ne tik tai, kad Vakarų Europos privalomojo sveikatos draudimo tradicijai nėra būdingas privačių pelno siekiančių kompanijų dalyvavimas, bet ir šio dalyvavimo privalomojo sveikatos draudimo rinkoje grėsmės:

- privačios draudimo kompanijos sieks prisivilioti turtingiausius ir sveikiausius gyventojus, palikdamos senyvus ir ligotus žmones valstybei išlaikyti. Dėl tokios "atvirkštinės atrankos" gyventojų grupėms teikiama sveikatos priežiūra gali labai skirtis;
- draudimo kompanijų konkurencija padidins sveikatos priežiūros sistemos administravimo kaštus. Šis padidėjimas gali ne tik eliminuoti galimą teigiamą dalies įmokų investavimo efektą, bet ir sumažinti bendrąją piniginių išteklių, skirtų mokėti už medicines paslaugas, apimtį;
- nepakankamas finansinių institucijų išsivystymas bei didelė investicinė rizika gali lemti dalies privačių draudimo kompanijų investicijų nuostolingumą, o tai, savo ruožtu gali neigiamai veikti bendruosius sveikatos priežiūros sistemos finansus.

Diskusijos tarp socialinio draudimo ir privačiojo draudimo šalininkų buvo permainingos ir baigėsi 1996 metais priėmus Sveikatos draudimo įstatymą, įtvirtinusi socialinio draudimo šalininkų remtus principus. Galutiniam apsisprendimui įtakos turėjo ne tik argumentacija bei didžiųjų politinių partijų sprendimas kurti Europos tradicijomis grindžiamą socialinio draudimo sistemą, bet ir privačias finansų institucijas 1993-1995 metais sukrėtusios krizės. "Sekundės" banko žlugimas parodė privačių investicijų nepatikimumą, o Lietuvos akcinio inovacinio banko bankrotas patvirtino privataus, bet prastai administruojamo verslo rizikingumą.

**1996-1999 metai. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos įdiegimas*****Įstatymu reglamentuoto finansavimo už suteiktas paslaugas įdiegimas***

Sveikatos draudimo įstatymas buvo patvirtintas Seime praėjus lygiai penkeriems metams nuo Socialinio draudimo įstatymo priėmimo 1996 m. gegužės 21 d. Šis sutapimas turi ir simbolinę reikšmę, nes dauguma Sveikatos draudimo įstatyme fiksuotų nuostatų plėtoja darbus, pradėtus diegiant privalomąjį pensinį draudimą.

***7 lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo ir socialinio draudimo palyginimas***

<b>Aspektas</b>	<b>Socialinis draudimas</b>	<b>Privalomasis sveikatos draudimas</b>
<b>Aprėptis</b>	<b>Draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai</b>	<b>Draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai</b>
Draudimo įmokų mokėjimas	Moka darbdaviai ir darbuotojai	Yra derinamos valstybės biudžeto įmokos, darbdavių ir savarankiškai dirbančiųjų mokamos įmokos bei fizinių asmenų pajamų mokestis
Įmokų tarifo nustatymas	nustato Vyriausybė	Nustato įstatymas
Draudimo išmokų (teikiamų paslaugų) nustatymas	Nustato įstatymas	Atsižvelgdama į įstatymą nustato Vyriausybė bei privalomojo sveikatos draudimo taryba (PSDT)
Santykis su valstybės biudžetu	Socialinio draudimo biudžetas yra savarankiškas	Sveikatos draudimo biudžetas išlaidų atžvilgiu yra savarankiškas
<b>Draudimo organizavimas</b>	<b>Organizuoja visuomeninės institucija (Sodros valdyba Vilniuje ir skyriai visose savivaldybėse). Socialinio draudimo taryba atstovauja darbdaviams, darbuotojams ir vyriausybei</b>	<b>Organizuoja visuomeninė institucija (VLK Vilniuje ir TLK visose apskrityse). PSDF taryba atstovauja Vyriausybei, medikams ir darbuotojams</b>
<b>Gyventojų teisė rinktis draudiką</b>	Nėra	Nėra
<b>Teikiamos paslaugos</b>	<b>Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos (išmokos)</b>	<b>Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos (išmokos)</b>
<b>Regioninis išteklių paskirstymas</b>	<b>Lėšas pagal gyventojų poreikius tarp skyrių perskirsto Sodros valdyba</b>	<b>Lėšas pagal gyventojų poreikius tarp TLK paskirsto VLK</b>
<b>Individualių įnašų kaupimas</b>	<b>Negalimas (numatoma, kad kaupimas bus įteisintas)</b>	<b>Negalimas</b>
Paslaugų kainodara	Kainas nustato rinka ir iš dalies valstybė	Bazines kainas nustato SAM ir VLK

6 aspektai iš 11 aspektų, pagal kuriuos 7 lentelėje vertinti socialinio ir privalomojo sveikatos draudimo organizavimo bendrieji bruožai bei skirtumai beveik visiškai sutampa. Sutapimai lentelėje yra pajuodinti. Dviejų sistemų skirtumai

taip pat nėra labai dideli, nes, pavyzdžiui, Vyriausybės teisė tvirtinti socialinio draudimo įmokų tarifus, esant Seimo daugumos Vyriausybei, galutinių sprendimų požiūriu mažai kuo skiriasi nuo situacijos, kuomet išimtinę tarifų tvirtinimo teisę turi Seimas.

Tikėtina, kad ateityje aptariamąsias sistemas gali dar labiau suartėti, nes jau dabar diskutuojama, ar nevertėtų uždaryti dalį Sodros skyrių mažose savivaldybėse (mažinant Sodros skyrių skaičių, panašėtų socialinio ir privalomojo sveikatos draudimo valdymo regioninė struktūra) arba PSDF taryboje korektiškiau reikšti darbdavių interesus (mažinant medikų įtaką sveikatos draudimo valdymui, vienodesnę taptų dviejų draudimo sistemų valdymo visuomeninė kontrolė).

Kita vertus, yra galima ir priešinga tendencija, kuomet besivystantis kaupiamasis pensinis draudimas apribos socialinio draudimo sritį tik išmokomis bazinėms pensijoms arba dalis socialinio draudimo išmokų bus perduota nacionaliniam biudžetui.

Lietuvoje 1996 metais įteisintą sveikatos draudimo sistemą galima vertinti lyginant ją ne tik su Sodra, bet ir su tarptautiniais sveikatos priežiūros valdymo organizavimo modeliais. Tarptautinėje literatūroje dažnai pastarieji modeliai įvardijami kaip Bismarko ir Beveridžo. Atsižvelgdami į tai, kad šie modeliai, kurių pirmasis egzistuoja jau daugiau nei 100, o antrasis - daugiau nei 50 metų, nuo savo egzistavimo pradžios ženkliai keitėsi, Lietuvos draudiminę mediciną palyginsime su dabartine padėtimi šalyse, kuriose klasikiniai modeliai buvo sukurti.

Iš 8 lentelės matyti, kad finansavimo sistemos pavadinimą perėmėme iš Vokietijos. Šios šalies taikoma sistema ir Lietuviškas modelis turi 5 sutampančius bruožus (sutapimai pajuodinti). Su JK, kuri išlaiko biudžetinio finansavimo sistemą, Lietuvą sieja 8 bendri bruožai. Tik pavadinimo atveju bruožai, kurie sieja Lietuvą su Vokietija, nesutapo su tais, kurie sieja Lietuvą su JK. Nagrinėjant sveikatos priežiūros sistemos finansavimo šaltinius matyti, kad Lietuvoje derinama tiek Vokietijos, tiek Anglijos patirtis, nors reikia pasakyti, kad 1997-1999 metais darbdavių mokamų sveikatos draudimo įmokų dalis nesiekė nė ketvirčio visų Lietuvos sveikatos draudimo biudžeto pajamų. Jei 8 lentelę papildytume 5 stulpeliu, kuriame būtų atspindėti "Semaškos" modeliui būdingi bruožai, pamatytume, kad dabartinės Lietuvos sistemos 6 bruožai sutampa su tais, kurie buvo būdingi sovietinei (o kartu ir Lietuvos) sveikatos priežiūrai iki 1990 metų. Šie 6 atvejai išskirti kursyvų Lietuvos stulpelyje. Lentele nepretenduojama sudėti paskutinius taškus diskusijoje, ką sveikatos priežiūros finansavimo srityje kūrė ir sukūrė Lietuva. Galima diskutuoti tiek dėl aspektų, pagal kuriuos lyginamos sistemos, skaičiaus, tiek ir dėl palyginimų turinio, kokybės bei santykinio šių aspektų reikšmingumo.

**8 lentelė. Lietuvos, Vokietijos ir Jungtinės Karalystės sveikatos priežiūros finansavimo sistemos**

	<b>Lietuvos</b>	<b>Vokietijos</b>	<b>Jungtinės Karalystės</b>
<b>Sistemos pavadinimas</b>	<b>Socialinio draudimo</b>	<b>Socialinio draudimo</b>	Biudžetinė
<b>Aprėptis</b>	<i>Draudžiami visi nuolatiniai gyventojai</i>	Privalomai draudžiami visi, išskyrus labiausiai pasiturinčius	<b>Garantijos teikiamos visiems nuolatiniams gyventojams</b>
Finansavimas	Sveikatos draudimo įmokos, derinamos su biudžetiniu finansavimu	Sveikatos draudimo įmokos	Biudžetinis finansavimas
<b>Įmokas (mokesčius) nustato</b>	<i>Valstybė</i>	Draudimo kompanijos (ligonių kasos)	<b>Valstybė</b>
Įmokų (mokesčių) surinkimas	Sodra ir Mokesčių inspekcija. Iš dalies ligonių kasos	Ligonių kasos	Valstybė
<b>Teikiamos paslaugos</b>	<i>Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos (išmokos)</i>	<b>Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos (išmokos)</b>	<b>Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos (išmokos)</b>
<b>Finansuojančių institucijų konkurencija</b>	<i>Nėra. Valstybinė monopolija</i>	Yra. Ligonių kasos yra nepelno, bet tarpusavyje konkuruojančios organizacijos	<b>Nėra. Valstybinė monopolija</b>
<b>Konkurencija tarp paslaugų teikėjų</b>	Yra	Yra	Yra
<b>Teikėjų finansavimas</b>	<b>Atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį</b>	<b>Atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį</b>	<b>Atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį</b>
<b>Regioninis išteklių paskirstymas</b>	<i>Išteklius perskirsto nacionalinė institucija</i>	Išteklius iš dalies perskirsto nacionalinė institucija	<b>Išteklius perskirsto nacionalinė institucija</b>
<b>Individualių įnašų kaupimas</b>	<i>Negalimas</i>	<b>Negalimas</b>	<b>Negalimas</b>
Kainodara	Kainas nustatomos valstybė	Kainos nustatomos derantis ligonių kasoms ir paslaugų teikėjams	Kainas pagal valstybės nustatytas taisykles sudera pirkimo agentūros ir paslaugų teikėjai

Jei sutiktume, kad 8 lentelėje pateikta informacija yra patikima, būtų galima padaryti šias išvadas:

- lyginant Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemą su vokiškąja, matyti, kad per pirmuosius dešimt metų buvo perimti dalis terminų bei teisės aktuose ir valdymo praktikoje iš dalies panaudoti finansavimo, naudojant sveikatos draudimo įmokas, elementai;

- su buvusiąja sovietine sistema dabartinį Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelį sieja tiek vertybinės nuostatos, būdingos visai Europai, tiek ir aukštas finansinių sprendimų priėmimo centralizacijos laipsnis. Kita vertus, tikėtina, kad pamažu besiformuojantys skirtumai daro Lietuviškąją sistemą artimesnę Vakarams būdingiems modeliams nei “Semaškos” modeliui, kuris vyravo reformų pradžioje;
- Lietuvos ir Jungtinės Karalystės sistemos yra ganėtinai artimos tiek dėl santykinai aukšto sprendimų priėmimo centralizacijos laipsnio, tiek ir dėl bendro šioms sistemoms, bet nebūdingo “Semaškos” modeliui paslaugų pirkimo iš paslaugų teikėjų.

Reikia pasakyti, kad Lietuvos teisės aktų vertimo į anglų kalbą praktikoje priimta versti ligonių kasos terminą terminu *health insurance fund*, bet *ne sickness fund* nors pastarasis terminas kalbos požiūriu labiau atitiktų vokiškojo ligonių kasų pavadinimo vertimą į anglų kalbą bei lietuviškąjį terminą. Ko gero, teisinių dokumentų vertėjai sugebėjo pajusti esminius skirtumus tarp lietuviškos ir vokiškos sveikatos draudimo sistemų. Yra Lietuvoje žmonių, manančių, kad dėl šių skirtumų Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemą vadinti draudimine yra netikslu. Atsižvelgiant į tai, kad daugeliui šalies gyventojų draudimos medicinos terminas yra priimtinas, bei į tai, kad, pavyzdžiui, Kanadoje iš biudžeto finansuojama sveikatos priežiūra yra įvardijama draudimine, pernelyg jaudintis dėl terminijos tikslumo nėra labai aktualu.

Jau rašėme, kad praktiniai sveikatos priežiūros paslaugų pertvarkymo žingsniai Lietuvoje prasidėjo 1991 metais priėmus Socialinio draudimo įstatymą ir 1992 metais Vyriausybės nutarimu įkūrus VLK bei bandant (dažnai nelabai nuosekliai) didinti sveikatos priežiūros įstaigų finansinį savarankiškumą. 1996 metais priimti įstatymai perėmė Socialinio draudimo įstatyme užfiksuotas sveikatos draudimo normas, veikusias Vyriausybės nutarimų nuostatas pakeitė aukštesnio lygio teisinėmis normomis bei išplėtė šių normų veikimo apimtį. Pasikeitė ne tik aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros finansavimą, lygis. Lyginant 1992-1996 metų sveikatos finansavimo sistemą su sistema, įdiegta 1996 metais priimto įstatymo pagrindu, galima matyti tiek panašumus, tiek skirtumus. Išskirkime bent jau 3 esminius bruožus.

Pirma, 1992 –1996 metais daugelis respublikinių ligoninių buvo finansuojamos VLK, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų kiekį, bet savivaldybių įstaigų finansavimas buvo pagrįstas finansavimu pagal sąmatos straipsnius. Po 1997 metų beveik visos asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajamos susidarė iš ligonių kasų sumokėtų lėšų. Vien šis įstaigų, finansuojamų per ligonių kasas, skaičiaus padidinimas daugiau nei dvigubai padidino sveikatos priežiūros finansavimo pagal suteiktų paslaugų apimtį mastus.

Antra, 1991-1996 metais išlaidos ambulatoriškai vartojamiems vaistams bei sanatoriniams kelialapiams įsigyti buvo kompensuojamos Sodros. Šias funkcijas perėmus ligonių kasoms, buvo sukurta vieninga visuomeninių išlaidų asmens sveikatos priežiūrai sistema.



Trečia, iki 1997 metų sveikatos priežiūros finansavimo administravimą Lietuvoje tvarkė keliasdešimt žmonių, dirbančių VLK1 bei Sodroje. 1998 metais Valstybinėje ir teritorinėse ligonių kasose dirbo apie 300 darbuotojų. Šis sveikatos priežiūros finansų administratorių skaičiaus padidėjimas sukūrė prielaidas sudėtingesnėms nei iki 1997 metų sveikatos paslaugų finansavimo sistemoms diegti, nors, be abejo, galima šį faktą interpretuoti ir kaip bereikalingą sveikatos priežiūros sistemos našta. Atsakymą į klausimą, ar diegiamos sudėtingesnės sveikatos finansų valdymo sistemos Lietuvoje pasiteisina, duos gyvenimiška patirtis, bet pažymėtina, kad visose Vakarų Europos valstybėse dabartiniu metu sveikatos finansus valdo daugiau žmonių (vertinama pagal šalies gyventojų ir sveikatos valdymo įstaigų darbuotojų santykį) nei Lietuvoje.

**9 lentelė. Pagrindiniai visuomeniniai sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai (%)**

Finansavimo šaltinis	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nacionalinis biudžetas	100	85	83	81	16	10	8
Sveikatos draudimas	–	15	17	19	84	90	92

*\*[skaitant Sodros ir ligonių kasų išlaidas.*

*Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis.*

Nagrinėdami 5 lentelės duomenis, minėjome laipsnišką socialinio sveikatos draudimo lyginamojo svorio, palyginti su visuomeniniu sveikatos priežiūros finansavimu, augimą nuo 1991 metų. 9 lentelės duomenys rodo, kad 1997 metais sveikatos draudimas tapo absoliučiai vyraujančia visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo forma. Dabartiniu metu valstybės ir savivaldybių biudžetai tiesiogiai finansuoja visuomenės sveikatos įstaigas, dalį investicijų bei labai ribotai per nacionalines ir savivaldybių sveikatos programas remia asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

Tikėtina, kad artimiausiais metais visuomeninių sveikatos priežiūros finansų dalis, tenkanti privalomojo sveikatos draudimo fondui (PSDF), gali sumažėti. Tokią tendenciją skatina savivaldybių nepasitenkinimas tuo, kad 1997 metais jos prarado daugumą finansinių sveikatos priežiūros valdymo svertų, bei visuomenėje plintantis suvokimas, kad dalį sveikatos priežiūros valdymo problemų (pvz., slaugos ligoninių finansavimas) sudėtinga spręsti draudiminio finansavimo pagrindu. Egzistuoja ir priešinga tendencija. Jau nuo 1998 metų rudens diskutuojama, ar nevertėtų į privalomojo sveikatos draudimo sistemos bazines (referentines) kainas įtraukti dalį įstaigų investicinių kaštų. Jei tai bus padaryta, visuomeninių sveikatos priežiūros finansų dalis, tenkanti PSDF, gali padidėti, nors mažėjimo tendencija greičiau yra stipresnė.

**Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimas 1996-1997 metais**

1996 metų pavasarį patvirtinus Sveikatos draudimo įstatymą, šio įstatymo įgyvendinimas tapo aktualesnis nei bendro pobūdžio agitacija bei diskusijos dėl

kai kurių įstatymo straipsnių turinio. Tų metų vasarą ir rudenį buvo parengti daugelio poįstatyminių teisės aktų projektai bei metų pabaigoje įkurtos teritorinės ligonių kasos visose apskrityse. Valstybinė ligonių kasa buvo pertvarkyta iš Vyriausybės nutarimu įkurtos VLK (kurią tekste vadinome VLK1) į įstaigą, veikiančią Sveikatos draudimo įstatymo pagrindu.

Įstatymas reikalavo visos apimties sveikatos draudimo nuo 1997 m. sausio 1 d.. Tam tikras atsilikimas rengiant poįstatyminius dokumentus ir kuriant institucinę sveikatos draudimo struktūrą bei po 1996 metų rinkimų į Seimą suformuotos SAM vadovybės asmeninės ambicijos lėmė, kad 1997 metų gruodį Sveikatos draudimo įstatymas buvo pakoreguotas, numatant dalį sveikatos draudimo elementų pradėti įgyvendinti 1997 m. sausio 1 d., o dalį - tų metų liepos 1 d. Sausio 1 d. įsigaliojo PSDF biudžeto atskirimas nuo nacionalinio biudžeto, bet dar pusmetį savivaldybės iš dalies finansavo paprastąsias asmens sveikatos priežiūros teikėjų išlaidas, o Sodra kompensavo medikamentų ir sanatorinių kelialapių įsigijimo kaštus.

1997 metų pirmąjį pusmetį TLK mažai dirbo sutartinio įstaigų finansavimo plotmėje, bet, kita vertus, pradėjo ir ganėtinai sėkmingai vykdė gyventojų prisirašymo prie PSP įstaigų kampaniją. Savo ruožtu SAM ir VLK rengė poįstatyminius aktus, kurie, juos tų metų vasarą priėmus, konkretizavo įstatymo nuostatas. Didelė darbų apimtis bei tam tikra patirties stoka lėmė tai, kad medicinos įstaigų finansavimas su jų atliekamo darbo apimtimi buvo susietas 1997 m. lapkričio mėn. Tuo metu PSP įstaigų sąrašuose jau buvo įregistruoti apie 85 procentai šalies gyventojų bei sukurta automatizuota kontrolės sistema, įgalinanti išvengti dvigubos to paties asmens registracijos keliose vienos apskrities PSP įstaigose. Vienu iš reikšmingų PSDF kūrimo 1997 metais rezultatų laikytinas beveik 100 mln. litų siekiančio rezervo fondo suformavimas. Šis, beveik 7 procentus 1997 metų išlaidų siekiantis, rezervo fondas įgalino PSDF iki 1999 metų vidurio be sutrikimų finansuoti paslaugų teikimą. Fondo suformavimas turi reikšmės ir valstybės finansų reformai. Tiek nacionalinis, tiek Sodros biudžetai 1990-1999 metais ženklėsnį iš vieno metų į kitus pereinančių rezervų neturėjo. Pabrėžtina, kad tarptautinės finansų institucijos 1999 metų pabaigoje pradėjo spausti Lietuvą sudaryti rezervų fondus. Ar šis spaudimas bus rezultatyvus ir ar sudarant "stabilizacijos fondus" bus atsižvelgta į PSDF veiklos patirtį, parodys gyvenimas.

1998 metų pradžioje pagrindinės privalomojo sveikatos draudimo įstatymo nuostatos jau veikė. Galima pasakyti, kad Sveikatos draudimo įstatymui įgyvendinti prireikė 1,5 metų. Be abejo, dokumentai bei ypač valdymo praktika tebederintą 1998 metais, tai daroma ir dabartiniu metu.

## **PAGRINDINIAI LIETUVOS DRAUDIMINIO FINANSAVIMO BRUOŽAI**

### **Sveikatos draudimo įmokos**

Sveikatos draudimo įmokų tarifai bei šių įmokų administravimo tvarka yra diferencijuoti pagal gyventojų grupes ir apibrėžiami taip:

- darbuotojų mokamos sveikatos draudimo įmokos sudaro 30 proc. fizinių asmenų pajamų mokesčio. Pajamų mokesčio tarifas Lietuvoje yra 33 proc., tačiau dėl išskirto neapmokestinamųjų pajamų minimumo mokesčiai tampa progresyviniai. Dabar biudžeto pajamos iš fizinių asmenų pajamų mokesčio sudaro maždaug 25 proc. atlyginimų. Darbdavys atsako už įmokos dydžio apskaičiavimą ir sumokėjimą. Mokesčių inspekcija atsako už šių įmokų surinkimo bei surinktų lėšų pervedimo Valstybinei ligonių kasai administravimą;
- sveikatos draudimo įmokos už darbuotojus, mokamos darbdavio, skaičiuojamos atsižvelgiant į atlyginimą; dabar šis mokeskis sudaro 3 proc. darbo užmokesčio. Už įmokos dydžio apskaičiavimą ir sumokėjimą atsako darbdavys; šias įmokas surinkti ir surinktas lėšas perversi į Valstybinę ligonių kasą yra Sodros funkcija. 3 proc. darbo užmokesčio sudarė 9,68 proc. socialinių draudimo įmokų tarifo 1991-1996 metais. 1996 metais sveikatos apsaugos išlaidos sudarė 9,5 proc. visų socialinio draudimo išlaidų. Taigi, Sveikatos draudimo įstatymas įteisino sveikatos apsaugos išlaidų atskyrimą nuo Sodros išlaidų;
- visa darbuotojo sveikatos draudimo įmoka, kurią moka darbuotojas ir darbdavys, sudaro maždaug 10 proc. atlyginimo;
- maždaug 55 proc. gyventojų (pensininkus, vaikus, bedarbius, vaikus auginančias motinas) draudžia valstybė. Valstybės apdraustų asmenų sveikatos draudimo įmokos dydį kiekvienais metais nustato Seimas ir iš surinktų bendrųjų mokesčių perveda Valstybinei ligonių kasai. 1997 metams nustatytas įmokos dydis yra 119 litų kiekvienam apdraustajam, arba 1,59 proc. 1996 metų vidutinio atlyginimo. 1999 metais ši metinė įmoka sudarė 242,5 lito, arba apie 2 proc. 1999 metų vidutinio daro užmokesčio;
- ūkininkai už save ir pilnamečius šeimos narius, dirbančius ūkyje, privalo mokėti 3,5 proc. minimalaus darbo užmokesčio kaip sveikatos draudimo įmoką, arba apie 1,5 proc. 1999 metų vidutinio atlyginimo. 1999 m. minimalus darbo užmokeskis sudarė maždaug 43 proc. vidutinio atlyginimo. Ūkininkas turi apskaičiuoti draudimo įmokos dydį ir sumokėti įmoką tiesiogiai į Valstybinės ligonių kasos sąskaitą;
- kiti nuolatiniai gyventojai turi mokėti 10 proc. vidutinio mėnesinio atlyginimo dydžio įmokas; apdraustieji patys atsakingi už įmokos dydžio apskaičiavimą ir sumokėjimą tiesiogiai į Valstybinės ligonių kasos sąskaitą.

Iš šių punktų matyti, kad įvairių draudžiamųjų gyventojų grupių įmokų tarifai yra skirtingi. Šie skirtumai aiškintini tiek valstybės socialine politika (siekis sumažinti ūkininkų mokesčių našta), tiek ir fiskalinėmis priemonėmis (biudžetas finansuoja valstybės lėšomis apdraustuosius, vertindamas savo galimybes bei normatyvinius sveikatos sistemos priežiūros poreikius, bet ne vaikų ar senyvo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros kaštus). Įvairių pajamų rūšių lyginamasis svoris, palyginti su PSDF biudžetu, atspindėtas 10 lentelėje.

**10 lentelė. PSDF pajamos 1997-1998 metais**

	1997		1998	
	Mln. Lt	%	Mln. Lt	%
<b>Draudėjų įmokos (3% socialinio draudimo mokesčiai)</b>	136,5	10,4	363,1	19,8
<b>Atskaitymai (30%) nuo fizinių asmenų pajamų mokesčio</b>	822,5	62,8	1012,7	55,1
<b>Savarankiškai apsidraudžiančiųjų įmokos</b>	0,4	0,0	7,1	0,4
<b>Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis</b>	344,4	26,3	444,6	24,2
<b>Kitos pajamos</b>	5,7	0,0	3,3	0,2
<b>Iš viso</b>	1309,4	100,0	1837,1	100

Iš 10 lentelės duomenų matyti, kad PSDF pajamų struktūroje vyrauja pajamų mokesčiai, biudžeto asignavimai ir Sodros administruojamos sveikatos priežiūros įmokos.

Valstybinės ligonių kasos administruojamos ūkininkų ir kitų apdraustųjų įmokos (savarankiškai apsidraudžiančiųjų įmokos) 1998 metais sudarė 3,3 mln. litų, arba 0,4 proc. visų PSDF pajamų. Apytiksliai skaičiavimai rodo, kad bendra savarankiškai apsidraudžiančiųjų įmokų apimtis 1998 metais turėjo viršyti 30 mln. litų. Tai, kad ligonių kasos surenka tik apie 10 proc. privalomų įmokų, rodo sunkumus, su kuriais susiduriama renkant įmokas iš ūkininkų bei kitų savarankiškai besidraudžiančiųjų asmenų.

Problematiškas ne tik ūkininkų draudimo įmokų surinkimas. Sodra ir mokesčių inspekcijos susiduria su problemomis rinkdamas socialinio draudimo įmokas iš darbuotojų bei kitus mokesčius. Dalis darbuotojų nėra oficialiai registruoti, o įregistruotų darbuotojų darbo užmokesčiai ne visada tinkamai fiksuojamas. Dėl tokių pažeidimų sumokėtų įmokų suma 1996-1997 metais, mūsų vertinimu, mažėjo maždaug 20-30 proc. Šešėlinė ekonomika yra viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl Lietuvoje, kur sveikatos draudimo įmokų dydis panašus į Vokietijos (maždaug 10 proc. darbo užmokesčio fondo), valstybinės ir privataus sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro maždaug 6 proc. bendrojo vidaus produkto; sveikatos apsaugos išlaidos Vokietijoje 1994 metais sudarė 9,4 proc. BVP.

Galima prognozuoti bendrųjų ir sveikatos draudimo mokesčių administravimo kokybės pasikeitimus bei šių pasikeitimų įtaką privalomojo sveikatos draudimo pajamoms. Jei įstatymu nustatyti PSD įmokų tarifai nepasikeis, o įmokų administravimas gerės, BVP dalis, tenkanti sveikatos priežiūros išlaidoms turėtų artėti prie lygio, atitinkančio situaciją Vokietijoje. Jei dėl anksčiau įvardytų priežasčių 2010 metais sveikatos priežiūros išlaidos pasiektų 8,5 proc. BVP (tai pasiekama, kai surenkamos sveikatos draudimo įmokos atitinka maždaug 90 proc. Vokietijos lygio), matyt, būtų galima kalbėti apie tai, kad Lietuvos valstybiniai finansai atitinka Europos Sąjungos lygį.

## Sveikatos draudimo išmokos

Lietuvoje teikiamas ir iš PSDF bei kitomis visuomeninio ir privataus finansavimo formomis finansuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas apibūdina 11 lentelė.

*11 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas 1999 metais*

PSDF	Nacionalinis biudžetas	Privatusis finansavimas
<b>Ambulatorinės medicininės paslaugos</b>		
Pagrindinis finansavimo šaltinis	Dalis investicijų skiriama iš savivaldybių biudžetų	Dauguma privačiųjų paslaugų teikėjų paslaugų; valstybinių įstaigų paslaugos įrašytos į mokamų paslaugų sąrašus (kosmetologija, pavieniai tyrimai); saikingos apimtys neoficialūs mokėjimai valstybinėse įstaigose
<b>Stomatologinės paslaugos</b>		
Reikšmingas gydymo paslaugų finansavimo šaltinis. Iš dalies finansuojamas protezavimas senyvo amžiaus žmonėms	Iš dalies finansuojamas protezavimas senyvo amžiaus žmonėms; saikingos investicijos į valstybines įstaigas	Reikšmingas gydymo ir pagrindinis protezavimo paslaugų finansavimo šaltinis. Dauguma privačiųjų paslaugų teikėjų paslaugų; medžiagos ir neoficialūs mokėjimai valstybinėse įstaigose
<b>Stacionarinės paslaugos</b>		
Pagrindinis finansavimo šaltinis	Didžioji dalis investicijų	Abortai nesant medicininių indikacijų; hospitalizavimas be siuntimo; vitaminai; ženkliūs neoficialūs mokėjimai; labdara
<b>Sanatorinio gydymo paslaugos</b>		
Reikšmingas finansavimo šaltinis. Daugeliu atvejų kompensuojama 50–100 proc. bazinės kainos	Beveik nefinansuojama	Reikšmingas finansavimo šaltinis. Padengia apie 50 proc. sanatorijų kaštų
<b>Medikamentai ir kitos medicininės prekės</b>		
Reikšmingas finansavimo šaltinis. Vaikams, pensinio amžiaus ir sunkiomis ligoomis sergantiems asmenims kompensuojama 50–100 proc. kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos	Centralizuoti pirkimai	Reikšmingas finansavimo šaltinis. Padengia daugumą darbingo amžiaus gyventojų ambulatorinio medikamentinio gydymo kaštų

1995-1997 metais Lietuvoje buvo intensyviai diskutuojama dėl PSDF lėšomis kompensuojamų prekių ir paslaugų krepšelio formavimo. Diskutuojant susitarta, kad bent jau artimiausiais metais visuomenė rems visas valstybinių įmonių

teikiamas medicininės paslaugas, išskyrus tas, kurios įtrauktos į mokamų paslaugų sąrašą (negatyvaus sąrašo principas). Priešingai - bus kompensuojami tik į atitinkamą sąrašą įtraukti vaistai (pozityvaus sąrašo principas). Šie sprendimai paaiškina, kodėl lentelėje privačiam paslaugų finansavimui aprašyti tenka skirti daugiau vietos nei išteklių atžvilgiu žymiai reikšmingesniai visuomeniniam finansavimui.

Pastebėtina, kad 1997-1999 metais PSDF beveik nefinansavo privačiai teikiamų medicininių paslaugų vartojimo, bet visuomeninėmis lėšomis buvo be didesnių apribojimų mokama už privačių įmonių teikiamas sanatorines, dantų protezavimo ir farmacines paslaugas.

Paminėtina, kad dėl stacionariųjų paslaugų finansavimo daugiausia PSDF lėšomis didelių diskusijų Lietuvoje nebuvo. Žymiai daugiau ginčų sukėlė klausimas, ar reikia ir, jei reikia, tai kokia apimtimi, PSDF lėšomis finansuoti PSP priežiūrą. 1996 metais rengiant paskutinės Sveikatos draudimo įstatymo projekto redakcijas, egzistavo nuomonė, kad verta PSP finansuoti iš savivaldybių biudžetų, suteikiant savivaldybėms finansinius PSP valdymo svertus bei užtikrinant santykinį pirminės sveikatos priežiūros savarankiškumą – kad ji nepriklausytų nuo stacionariųjų paslaugų sektoriaus. Balsuojant Seime dėl atitinkamų įstatymo nuostatų buvo nuspręsta, kad visi asmens sveikatos priežiūros lygiai turi būti finansuojami daugiausia PSDF lėšomis. Pastarąjį sprendimą lėmė siekimas išsaugoti sveikatos priežiūros finansavimo integralumą bei abejonės savivaldybių vadybininkų pasirengimo kokybe.

Sveikatos draudimo įstatymas numato, kad daugumos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą finansuoja PSDF. Šią įstatymo nuostatą išplečia negatyvaus sąrašo principo taikymas detalizuojant kompensuojamąsias paslaugas. Kita vertus, Lietuvoje taikomi mokėjimo už paslaugas metodai (mokėjimai PSP įstaigoms už asmenį, o stacionarams - už hospitalizaciją) lemia tai, kad ne teisės aktai, o medikų ir pacientų bendradarbiavimas gydymo procese sąlygoja vizito pas gydytoją bei hospitalizacijos metu suteiktų paslaugų apimtį. Plačiau apie mokėjimą už suteiktas paslaugas bus rašoma kitame skyriuje.

### **Paslaugų kainodara**

1991–1995 metais SAM, Sodra ir VLK1 buvo sukaupusios tam tikrą mokėjimų už respublikinių ligoninių bei sanatorijų teikiamas paslaugas patirtį. Apibendrinant sukauptą patirtį bei rengiantis įgyvendinti Sveikatos draudimo įstatymą, 1995-1996 metais, PHARE ekspertams padedant, vyko intensyvios diskusijos dėl paslaugų apmokėjimo formų, kaštų, kainodaroje atspindimų paslaugų turinio, sprendimų priėmimo kainodaros srityje laipsnio. Diskusijose aktyviai dalyvavo ne tik valstybinio valdymo institucijų, bet ir Gydytojų sąjungos atstovai. Šios diskusijos rezultatai yra skelbti knygoje “Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas draudimo sąlygomis” (Vilnius, 1996). Juos galima trumpai apibūdinti kaip bendrą sutarimą dėl šių nuostatų:

- finansuojant PSP, mokėjimas už asmenį turėtų būti derinamas su mokėjimu pagal de-

talius įkainius už paslaugas, užtikrinančias prioritetinių sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimą (stacionariųjų paslaugų mažinimas, imunizacija, visuomenės švietimas sveikatos klausimais, naujų veiksmingų paslaugų plėtra). Kasdienių tyrimų kaštai įtraukiami į PSP įkainį;

- antrinio lygio specialistų darbas, diegiant draudos mediciną, finansuojamas pagal įkainius už pirminį ir pakartotinį vizitą bei iki 10 papildomų manipuliacijų kiekvienam specialistui. Daugelio specialiųjų tyrimų kaštai įtraukiami į specialisto paslaugų įkainį. Baigus kainodaros reformą, turėtų vyrauti honorarai;
- stacionarinės paslaugos – pagal suprastintą DGG modelį pradiniam reformos etape taikant iki 100 kainų;
- ilgalaikio gydymo paslaugos – derinant mokėjimą už lovdienius, DGG ir įstaigos biudžeto fiksavimą.

1996-1997 metais buvo ne tik diskutuojama dėl kainodaros modelių, bet ir rengiami paslaugų kainynai. Jie beveik nepasikeitę išliko iki 2000 metų pradžios. Šie kainynai buvo pagrįsti šiomis nuostatomis:

- PSP finansavimas PSDF lėšomis užtikrinamas tik mokėjimais už asmenį. Mokėjimai diferencijuojami, atsižvelgiant į asmenų, įrašytų PSP įstaigos sąrašą, amžių bei į PSP paslaugas teikiančių gydytojų specializaciją. PSP paslaugos prilyginamos BPG bei daugelio terapeutų, pediatrų, akušerių-ginekologų, bendro profilio chirurgų ir stomatologų teikiamoms ambulatorinėms paslaugoms. Elementariųjų tyrimų kaštai įtraukiami į PSP įkainį. Papildomai pagal detalius įkainius už paslaugas, užtikrinančias, kad bus įgyvendinami prioritetiniai sveikatos priežiūros tikslai, nėra mokama;
- antrinio lygio ambulatorinės grandies specialistų darbas, finansuojamas beveik tik pagal įkainius už konsultaciją. Konsultacija apibrėžiama kaip vienos specialybės gydytojo teikiamos paslaugos vieno susirgimo atveju. Visų specialybių gydytojų teikiamų konsultacijų įkainis yra vienodas. Daugelio specialiųjų tyrimų kaštai įtraukiami į konsultacijos įkainį;
- stacionarinės paslaugos – pagal nustatytus gydymo profilio įkainius, kurių yra apie 40. Gydymo profilio rūši daugiausia lemia ligininės skyrius, kuriame gydomas pacientas;
- ilgalaikio gydymo paslaugos – pagal lovdienio įkainį;
- nustatant visų lygių paslaugų įkainius, vertinami tiek gydytojų ir kito įstaigų personalo darbo, tiek kitų su investicijomis nesusiję įstaigų kaštai (maitinimas, medikamentai, šildymas, komunalinės paslaugos ir kt.). Įkainiai nustatomi SAM, suderinus su Privalojimo sveikatos draudimo taryba ir VLK, bei yra vienodi visoje šalyje.

Palyginus kainodaros sistemą, dėl kurios buvo susitarta 1996 metais, su sistema, veikusia 1997-1999 metais, matyti, kad įdiegtoji sistema yra paprastesnė. Sunku tiksliai prognozuoti, kaip keisis kainodara artimiausią dešimtmetį, bet tikėtina, kad dalis paslaugų finansavimo elementų, numatytų 1996 metų idėjose (pvz., mokėjimas už asmenį derinamas su mokėjimu pagal detalius įkainius už paslaugas, užtikrinančias kad bus įgyvendinami prioritetiniai sveikatos priežiūros

tiksmai), bus įdiegta sveikatos priežiūros finansų valdymo praktikoje. Taipogi tikėtina, kad sprendžiant PSDF biudžeto subalansavimo ir paslaugų prieinamumo laidavimo gyventojams klausimus bus įvedami tam tikri įstaigų bendrųjų pajamų biudžetavimo elementai, o sustiprėjus VLK ir TLK vadybiniam potencialui - nuo kainų, vienodų visoje šalyje, nustatymo bus iš dalies pereita prie TLK ir paslaugų teikėjų derybų metu nustatomų kainų.

12 lentelėje pateikiamas lietuviškosios 1997-1999 metų mokėjimo už paslaugas sistemos vertinimas pagal tam tikrus kriterijus. Kriterijai - bendri sveikatos apsaugos sistemos reformos tikslai. Sistema įvertinta teigiamai, jei Lietuvos sveikatos paslaugų apmokėjimo modelis padeda pasiekti tikslą, neigiamai - jei Lietuvos šių paslaugų apmokėjimo modelis prieštarauja tam tikram reformos tikslui. Ženklas +/- reiškia, kad teigiami veiksniai persveria neigiamus, o ženklas -/+ - neigiami veiksniai persveria teigiamus.

**12 lentelė. Mokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas sistemos vertinimas**

<b>Kriterijai</b>	<b>Vertinimas pagal kriterijus</b>	<b>Pastabos</b>
1. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo restruktūrizavimas. Finansinių išteklių perskirstymas iš stacionaro į ambulatorinį (daugiausia PSP) sektorių	-	PSP įstaigos bei ligoninės yra suinteresuotos didesniu hospitalizacijų skaičiumi.
2. Didesnis dėmesys sveikatinimo veiklai	-	Nėra finansinių sveikatinimo veiklos paskatų. Laimi PSP įstaigos, kurios mažina indėlį į visuomenės sveikatą
3. Sveikatos sektoriaus išlaidų mažinimas	-	Skatinamas brangiausių, specializuotų ambulatorinio bei stacionarinio sektorių produktyvumas, o PSP įstaigos nesuinteresuotos savo paslaugomis keisti medicinškai nereikalingos antrinės priežiūros. Kuo daugiau pacientų BPG siunčia konsultacijoms ir(ar) į ligoninę, tuo mažesnės PSP įstaigų kintamosios išlaidos.
4. Sveikatos draudimo fondo balansavimas	-/+	Dėl anksčiau minėtų priežasčių vertinimas neigiamas, bet mokėjimas pagal pacientų skaičių PSP įstaigose ir VLK šalies lygiu atlikti finansinio planavimo veiksmai kuria tam tikras PSDF pajamų ir išlaidų balansavimo prielaidas
5. Administravimo išlaidų taupymas	+	Labai paprastas sutarčių sudarymo ir sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sveikatos priežiūros teikėjams metodas (remiamasi pacientų skaičiumi, vienoda visų konsultacijų kaina, tik 40 stacionarinių atvejų, kuriuos apmoka TLK); 1997–1999 metais sveikatos draudimo įstaigų administravimo išlaidos



		sudarė mažiau nei 1 proc. Sveikatos draudimo fondo išlaidų.
6. Produktyvumas	+/-	Mokėjimas už kiekvieną atvejį skatina konkurenciją bei antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros sektorių veiklos gerinimą, bet beveik neskatina PSP sektoriaus produktyvumo. Mokėjimo pagal pacientų skaičių metodas riboja paskatas produktyviai dirbti, nes dauguma PSP įstaigų aptarnauja visus savivaldybės gyventojus, tad jas, bent jau kurį laiką, galima laikyti "natūraliomis monopolijomis".
7. Sveikatos priežiūros išlaidų vienodinimas rajonuose	-/+	Apie 70 proc. sveikatos priežiūros išlaidų sudaro antrinio ir tretinio lygio paslaugų išlaidos. Kadangi nėra metinio TLK biudžeto ir mokėjimas už šias paslaugas neribojamas, yra didelė tikimybė, kad pinigai plauks į tuos rajonus, kur istoriškai susikonglomeravusios antrinio ir tretinio lygio įstaigos. Nepaisant šios neigiamos tendencijos, PSP mokėjimas pagal pacientų skaičių padeda perskirstyti išteklius ne taip gerai išsivysčiusių rajonų naudai.
8. Aiškumas	+/-	Sistema gana paprasta ir aiški paslaugų teikėjams bei plačiajai visuomenei. Kita vertus, "gydymo profilio" ir "konsultacijos" sąvokos nėra tiksliai apibrėžtos bei sunkiai integruojasi į medicininę statistiką bei visuomeninio sveikatos priežiūros valdymo praktiką.

Jei sutiktume, kad pagrindiniai sveikatos apsaugos reformos tikslai, atsispindintys šalies sveikatos priežiūros politikoje, yra sveikatinimas, sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas, išlaidų mažinimas, produktyvumo didinimas, galėtume daryti išvadą, jog 1997 metais įdiegta mokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas sistema daro neigiamą įtaką 3 iš 4 šių pagrindinių sveikatos apsaugos reformos tikslų. Taigi, 1997 metų sistema nėra finansiškai ir politiškai tinkama ilgalaikės perspektyvos požiūriu.

Lietuviškosios kainodaros sistemos vertinimas artimas vertinimui, aprašytam 12 lentelėje, buvo pateiktas knygoje "Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje" (Vilnius, 1998). Vieša problemų analizė ženkliai nepakeitė 1998-1999 metais taikytos kainodaros sistemos, bet kūrė prielaidas šias problemas švelninančioms priemonėms diegti:

- siekiant perskirstyti finansinius išteklius iš stacionarinio į PSP sektorių, PSP paslaugų įkainiai 1998 metais buvo indeksuojami sparčiau nei stacionariųjų paslaugų įkainiai;
- 1999 metų gydymo įstaigų ir TLK sutartyse dėl paslaugų teikimo buvo numatomi suteiktų paslaugų, už kurias moka TLK, limitai. Šiai priemonei pasirodžius nepakan-

- kamai veiksmingai, stacionariųjų paslaugų įkainiai per metus buvo sumažinti;
- reformuojant gydytojų mokymo procesą, bandoma formuoti racionalaus stacionari-  
nio ir PSP lygių derinimo profesines nuostatas.

Detalesnė 1999 metų PSDF finansinio valdymo analizė atspindėta 1999-2000 metų PHARE sveikatos plėtros projekto darbinuose dokumentuose ir, matyt, bus pateikta plačiau visuomenei, kai ši knyga jau bus išleista.

### Viešųjų įstaigų steigimas

Baigiant asmens sveikatos priežiūros finansavimo reformos aprašymą, norė-  
tusi paminėti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 1996 metų vasarą įteisintą  
įstaigų finansinio savarankiškumo padidinimą. Jau rašėme, kad naujos ūkininka-  
vimo sąlygos sveikatos sektoriuje buvo atšauktos 1993 metais. 1997 metais dau-  
guma valstybinių paslaugų teikėjų, įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų  
įstatymą, buvo pertvarkytas į viešąsias įstaigas. Viešosios įstaigos, nors išlikda-  
mos valstybinės ženkliai skiriasi nuo savo pirmtakių biudžetinių įstaigų.

*13 lentelė. Viešosios ir biudžetinės Lietuvos įstaigos*

	<b>Viešoji įstaiga</b>	<b>Biudžetinė įstaiga</b>
<b>Finansinių išteklių formavimas</b>	Finansavimo apimtį daugiausia lemia suteiktų paslaugų kiekis	Finansavimo apimtį daugiausia lemia naudojamų išteklių kiekis
<b>Išteklių panaudojimas per metus</b>	Pajamų naudojimas yra įstaigos kompetencija	Pajamos naudojamos pagal steigėjo patvirtintą sąmatą
<b>Grynosios pajamos</b>	Per metus sukurtomis grynosiomis pajamomis (pelnu) įstaiga disponuoja	Metų pabaigoje finansinių išteklių likučiai pervedami į nacionalinį biudžetą
<b>Įstaigos valdymas</b>	Įstaigos administracijos ir steigėjo veiklą yra papildoma įstaigos stebėtojų tarybos veikla	Stebėtojų tarybos paprastai nėra
<b>Darbo apmokėjimas</b>	Lemia administracijos ir darbuotojų susitarimas	Pagrindinius kriterijus ir sąlygas nustato Vyriausybė
<b>Finansų apskaita</b>	Atitinka komercinių įmonių apskaitą, kuri savo ruožtu atitinka tarptautinius apskaitos standartus	Reglamentuojama Finansų ministerijos

1999 metais Lietuvoje dar buvo daug su sveikatos priežiūros įstaigų valdymu susijusių problemų, bet neabejotina, kad bent jau įstaigų administracijos teisės ir atsakomybė už tinkamus finansinius sprendimus pastaraisiais metais ženkliai išaugo. Šios problemos gana išsamiai aprašytos šios knygos autorių parengtuose 1999-2000 metų PHARE projekto darbinuose dokumentuose.

## LIETUVOS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS TARPTAUTINĖ APLINKA

*SIBYLLE ANGELE, socialinių mokslų daktarė*

Sveikatos sistemos reformos Vidurio ir Rytų Europoje vyksta nuo 1990m. pradžios. Vienas iš pagrindinių reformos aspektų yra finansavimo sistemos pertvarka. Pradėjusios reformas, Rytų Europos valstybės dažniausiai bendradarbiauvo su Vakarų valstybėmis. Pastaraisiais metais vis svarbiau šalims, pretenduojančioms tapti Europos Sąjungos narėmis (šalims kandidatėms), keistis įgyta patirtimi. Šiame straipsnyje Lietuvos sveikatos draudimo sistema lyginama su kitų valstybių kandidačių draudimo sistemomis. Siekiama sudominti palyginamaisiais tyrimais bei paskatinti diskusijas tarp Vidurio ir Rytų Europos (VRE) valstybių.

Analizuotos 5 valstybių, kurių 2 (Čekija ir Slovėnija) priėmė sveikatos draudimo įstatymą 1992 metais, viena (Lietuva) -1996 metais ir 2 (Lenkija ir Rumunija) - 1997 metais, patirtis.

### **BENDROJI APŽVALGA**

Pasirinktos šalys yra skirtingos. Lenkijos ir Rumunijos teritorija bei gyventojų skaičius ženkliai viršija Lietuvos ir Slovėnijos rodiklius. BVP vienam gyventojui (skaičiuojant pagal perkamosios galios pariteto metodiką) Slovėnijoje siekia 14 800 JAV dolerius per metus, o Lietuvoje – 4 255 JAV dolerius. Nedarbo lygis svyruoja nuo 8 procentų Lietuvoje iki 13 procentų Slovėnijoje.

Visame regione pirmaisiais reformų metais sveikatingumo rodikliai smuko, o vėliau pradėjo gerėti. Kita vertus, panaši rodiklių kaita nereiškia, kad nėra skirtumų tarp valstybių. Šie skirtumai yra labai ženkliūs. 1998 metais moterų būsimojo gyvenimo trukmė (BGT) Slovėnijoje buvo 78,7 metų, o Rumunijoje - 73 metai. Lietuvos moterų būsimojo gyvenimo trukmė tais pačiais metais buvo 76,9 metų. Čekijos ir Slovėnijos vyrų BGT buvo 71 metai, o Lietuvos - 66,5. Vertinant kūdikių mirtingumą pastebimi panašūs skirtumai tarp šalių. Rumunijoje pirmaisiais gyvenimo metais miršta 22 iš 1000 gyvagimių kūdikių, o Lietuvoje 9. Šie rodikliai yra atitinkamai 4 ir 2 kartus blogesni nei Čekijoje ir Slovakijoje. Vienas iš nurodytus skirtumus lėmusių veiksnių yra sveikatos priežiūros išlaidos. 1998 metais Rumunijoje visuomeninės sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 2,6 % BVP, Lietuvoje - 5,3%, o Čekijoje ir Slovėnijoje daugiau nei 7%. Jei prie šių rodiklių pridėtume privačias išlaidas, išlaidų dalis BVP padidėtų, bet dėl nedidelio privačių išlaidų lyginamojo svorio santykis tarp šalių pasikeistų mažai. Ši preliminarinė apžvalga rodo, kad šalys kandidatės skiriasi. Ypač skiriasi Čekija, Slovakija ir Lietuva, Rumunija.

Aiškinantis skirtumų priežastis, verta panagrinėti, ar šie skirtumai atsiranda dėl to, kad valstybės pasirinko nacionalinius sveikatos sistemos pertvarkos planus. Kita vertus, gal panašūs uždaviniai (transformuoti Semaškos modelį) lėmė tokių pačių

---

pertvarkos planų (šalies kandidatės sveikatos draudimo sistemos) taikymą.

## ŠALIES KANDIDATĖS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA

Visos lygintos šalys pasirinko visuomenines sistemas, kuriuose dalyvavimas privalomas visiems gyventojams. Visų šalių sveikatos draudimo įstatymuose tiesiogiai įvardyta papildomojo privataus draudimo galimybė. Čekija, Lietuva, Lenkija, Slovakija ir Slovėnija savąsias visuomenines sistemas įstatymuose vadiną draudiminėmis. Koks yra draudiminių sistemų ir nacionalinės sveikatos tarnybos pagrindu suformuotų sistemų skiriamasis bruožas? Abiejų rūšių sveikatos sistemos turi daugybę modifikacijų, bet draudiminių sistemų skiriamuoju bruožu laikytinos draudiminės įmokos, skaičiuojamos procentais nuo darbo užmokesčio ar kitų apibrėžtų pajamų. Šios įmokos dažnai paskirstomos tarp darbdavių ir darbuotojų ir mokamos nuo biudžeto nepriklausomiems fondams. Pastarieji moka už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas arba kompensuoja su sveikatinimo veikla susijusias gyventojų išlaidas.

Visos nagrinėtos sistemos (išskyrus Lietuvos) atitinka įmokų, kaip pagrindinio sveikatos sektoriaus finansavimo šaltinio, kriterijų. Išskirtinis Lietuvos bruožas yra tai, kad įmokos už ženklią gyventojų dalį mokamos iš valstybės biudžeto. Šių įmokų lygį Seimas tvirtina kiekvienais metais, tiesiogiai nesiedamas su gyventojų pajamų kaita.

Minėjome, jog visose šalyse socialinis sveikatos draudimas yra privalomas visiems gyventojams. Iš to, kas bus parašyta vėliau, matysime, kad visi kiti vertinti visų nagrinėtų šalių sveikatos finansavimo organizavimo aspektai nėra vienodi. Šie skirtumai įrodo, kad "šalies kandidatės sveikatos draudimo sistema" neegzistuoja.

Nedaug artimo turi sveikatos sistemos ir tų šalių, kurias bendroje apžvalgoje apibūdinom kaip artimas pagal socialinio-ekonominio išsivystymo lygį (Čekija, Slovėnija bei Lietuva, Rumunija).

## SVEIKATOS DRAUDIMO STRUKTŪRA

Lietuva ir Rumunija pasirinko valstybines sveikatos draudimo sistemas: Valstybinis sveikatos draudimo fondas atsako už bendrąją politiką, veiklos koordinavimą ir piniginių lėšų persikirstymą, o regioniniai sveikatos draudimo fondai atlieka pagrindines draudimo sistemos funkcijas. Čekija ir Lenkija sukūrė lygiagrečiai veikiančias tarpusavyje konkuruojančių teritorinių ir ekonomikos sektoriaus ar įmonės pagrindu veikiančių draudimo fondų sistemas. Slovėnijos sveikatos draudimo sistema veikia kaip centrinis fondas su skyriais. Šis fondas papildomai atsako už draudimą nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimo profesinėmis ligomis.

Visų lygintų fondų valdymo struktūra yra daugiapakopė. Visose šalyse darbdaviai ir apdraustieji yra atstovaujami fondų tarybose ar komitetuose. Plačiai paplitęs trišalis atstovavimas, kai valstybei atstovauja sveikatos, finansų, socialinių reikalų ir(ar) savivaldybių atstovai. Lietuvoje draudimo fondų valdančiųjų

komitetų nariais yra net sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai. Šių tarybų ir komitetų nariai yra renkami arba skiriami.

## **FINANSAVIMAS**

Draudimo įmokos mokamos iš darbo užmokesčio, apmokestinamųjų pajamų ir socialinio draudimo išmokų. Tam tikrų gyventojų grupių įmokos apskaičiuojamos pagal minimalų (Lietuva, Rumunija), vidutinį (Lenkija) ar sąlyginį (Čekija) darbo užmokestį.

Tik Čekijoje yra nustatytas lygis, kurį viršijančios pajamos neapmokestinamos.

Įmokų lygis nagrinėjamosiose šalyse skiriasi tiek dydžiu, tiek ir taikymu. Čekijoje bei Rumunijoje nustatytas vienodas visų apdraustųjų draudimo įmokų lygis (atitinkamai 13,5 ir 7 procentai), o Lietuvoje ir Lenkijoje ūkininkų mokamos įmokos yra mažesnės nei įmokos, kurias moka kitų sektorių darbuotojai. Slovėnijoje parlamentas, atsižvelgdamas į teikiamų draudiminių paslaugų (krepšelio) apimtį, kasmet nustato 4 įmokų tarifus.

Jau minėta, kad didelė Lietuvos gyventojų dalis draudžiama valstybės. Panašiai yra ir Čekijoje, bet Čekijoje biudžeto subsidija apskaičiuojama kaip 13,5 procento nuo sąlyginio darbo užmokesčio, o Lietuvoje nėra apibrėžtų šios subsidijos nustatymo kriterijų.

Lenkijoje 100 procentų sveikatos draudimo įmokas moka darbdavys, o kitose valstybėse įmokas už apdraustuosius moka tiek darbdavys, tiek ir dirbantysis. Kaip paskirstomos įmokos tarp darbdavio ir darbuotojo, Lietuvoje nėra fiksuota, nes darbuotojai moka sveikatos draudimo įmokas kaip procentą nuo fizinių asmenų pajamų mokesčio, o darbdavių mokamos įmokos susietos su darbo užmokesčiu.

Sveikatos draudimo įmokas už socialinių išmokų gavėjus dažniausiai (Lenkija, Rumunija, Slovėnija) moka šias išmokas administruojančios institucijos, bet Čekijoje ir Lietuvoje šias įmokas moka valstybė. Visose šalyse savarankiškai dirbantieji patys atsako už sveikatos draudimo įmokų mokėjimą.

## **PASLAUGŲ SĄRAŠAS**

Visos nagrinėtos valstybės neturi pozityvaus paslaugų sąrašo. Teikiamos paslaugos netiesiogiai apibrėžiamos kainynuose bei nurodant nekompensuojamas paslaugas. Visose šalyse kompensuojama būtinoji pagalba, ambulatorinės ir stacionarinės, taip pat tam tikros sveikatos stiprinimo, diagnostinės ir rehabilitacinės paslaugos. Pastarosios paslaugos kartais teikiamos tik tam tikroms apdraustųjų grupėms.

Nevienodai teikiamos nemedicininės paslaugos. Daugelis šalių turi kompensuojamų vaistų sąrašus, o Čekija turi ir stomatologinių bei kitų medicininių prekių pozityvų sąrašą. Lietuvoje, Lenkijoje bei iš dalies Rumunijoje draudiminių paslaugų gavimą sąlygoja draudiminių įmokų mokėjimo.

Visoms sistemoms būdingas dalinis tiesioginis mokėjimas už vaistus, medicinines prekes ir medžiagas. Didžiausia aprėptis yra Slovėnijoje, kur Sveikatos

draudimo institutas dalies prekių ir paslaugų įsigijimą kompensuoja 100 procentų, bet dažnai kompensacijos lygis svyruoja nuo 50 iki 80 procentų, susidaranti skirtumą dengiant kiekvienam apdraustajam prieinamo papildomojo privataus draudimo lėšomis.

## **PASLAUGŲ TEIKIMAS**

Paslaugos teikiamos sutarčių tarp sveikatos draudimo fondų ir paslaugų teikėjų pagrindu. Sutartys sudaromos su akredituotais teikėjais arba (Čekijos savitumas) konkurso tarp teikėjų būdu.

Paslaugų teikimo privatizacijos lygis nagrinėtose valstybėse labai skirtingas. Čekijoje privatūs teikėjai užtikrina daugumą ambulatorinių bei ženkliai dalį stacionarinių paslaugų. Lietuvoje, Lenkijoje, Rumunijoje ir Slovėnijoje daugumą medicininių paslaugų teikia gydytojai, kurie darbo sutarties pagrindu dirba valstybinėse institucijose.

## **MOKĖJIMAS UŽ PASLAUGAS**

Šeimos gydytojų teikiamos paslaugos dažniausiai apmokamos derinant mokėjimą už asmenį (šis mokėjimas koreguojamas atsižvelgiant į paciento amžių) ir honorarus. Lietuva, kurioje taikomas grynas (koreguotas atsižvelgiant į paciento gyvenvietės tipą) mokėjimas už asmenį, yra išimtis.

Specialistų teikiamos ambulatorinės paslaugos apmokamos honorarais. Lietuva, kurioje mokama už konsultaciją ir brangias manipuliacijas, vėlgi laikytina išimtimi.

Stacionarinių paslaugų apmokėjimas yra labai nevienodas:

- Čekija: mokėjimas už lovdienius ir honorarai;
- Lietuva: mokėjimas už ligos atvejus ir brangias procedūras;
- Lenkia: mokėjimas pagal gyventojų skaičių atsižvelgiant į pacientų amžių;
- Rumunija: istoriškai susiklostęs biudžetas (70 procentu) ir papildomas biudžetas sudaromas atsižvelgiant į hospitalizacijų skaičių, lovdienius, darbuotojų skaičių, teikiamų paslaugų sudėtingumą.

## **SIUNTIMŲ POLITIKA (GATEKEEPING)**

Siuntimų gauti ambulatorines ir stacionarines specialistų paslaugas taisyklės nagrinėjamose valstybėse yra skirtingos. Lenkija ir Slovėnija turi griežtas siuntimo sistemas. Slovėnijoje šios paslaugos teikiamos tik turintiems šeimos gydytojo siuntimą. Lietuvoje taip pat reikalaujama, kad pacientas, norėdamas gauti specialistų paslaugas turėtų šeimos gydytojo siuntimą, bet atskiroms specialybėms (pvz., dermatologijai) yra padarytos išimtys. Rumunijoje reikalaujama, kad apdraustasis registruotųsi pas šeimos gydytoją, bet jį keisti galima kas 3 mėnesius. Kita vertus, ambulatorinio lygio specialistų prieinamumas nėra ribojamas siuntimo (šeimos gydytojas tik "rekomenduoja" gydymąsi pas specialistą). Siuntimą į ligoninę gali išrašyti ne tik šeimos gydytojas, bet ir specialistas. Čekijoje specialistų paslaugų prieinamumas santykinai mažai reguliuojamas. Registruotis pas šeimos gydytoją nėra privaloma, siuntimai pas ambulatorinės grandies spe-

cialistus yra rekomendacinio pobūdžio, o ligininės paslaugos teikiamos turint bet kurio gydytojo (BPG ar specialisto) siuntimą.

## IŠVADOS

Iš Čekijos, Lietuvos, Lenkijos, Rumunijos ir Slovėnijos sveikatos draudimo sistemų palyginimo matyt, kad jų struktūrai įtaką daro daugelis veiksnių, kurių negalima paaiškinti vien remiantis bendraisiais šalių bruožais (šalies dydis, gamybos apimtis).

Visos nagrinėtos valstybės (kaip ir dauguma kitų Vidurio bei Rytų Europos šalių) kuria socialinio sveikatos draudimo sistemas, bet šios sistemos nėra tapачios. Kartais sistemos iš pirmo žvilgsnio panašios (pvz., valstybinio ir regioninių draudimo fondų pagrindu sudarytos Lietuvos ir Rumunijos sistemos arba konkuruojančių fondų sistemos Čekijoje ir Lenkijoje). Tačiau, palyginę kitus šių sistemų bruožus, matome skirtumus, verčiančius pripažinti, kad sistemos yra skirtingos.

Ganėtinai skirtingo išsivystymo lygio valstybėms (Lietuva ir Slovėnija) būdingas sistemų centralizavimas ir ženkli valstybės įtaka. Čekijoje, Lenkijoje ir iš dalies Rumunijoje sukurtos savaveiksmės sistemos, kuriose valstybės dalyvavimas yra ribotas.

Išskirtinis Lietuvos sveikatos draudimo sistemos bruožas yra ne tik ženklus valstybės dalyvavimas valdyme, bet ir ženklios, teisiškai neapibrėžtos įmokos iš valstybės biudžeto, paslaugų teikėjų dalyvavimas valdant sveikatos draudimo fondą bei visų lygių paslaugų teikėjų paslaugų apmokėjimas.

Nepaisant struktūrinių skirtumų, šalių kandidačių į Europos Sąjungą sveikatos draudimo sistemos sprendžia panašias problemas (dalis šių problemų būdingos ir dabartinėms Europos Sąjungos narėms):

<b>Sveikatos draudimo sistema</b>	<b>Sveikatos priežiūros sistema</b>
Finansinių išteklių stoka	Kokybė
Draudžiamųjų registracija ir įmokų rinkimas	Neteisėti mokėjimai
Neapibrėžta atsakomybė/struktūros	Pajėgumų planavimas
Kvalifikacijos stoka	Nepakankamos informacinės sistemos
Nepakankamos informacinės sistemos	Regioniniai skirtumai

Iš analizės matyti, kad nagrinėtų šalių kandidačių sveikatos draudimo sistemos skirtingos ir nėra vieno absoliučiai gero modelio. Kita vertus, ši išvada ne-reiškia, jog nėra pagrindo keistis regione sukaupia patirtimi. Priešingai - atsi-žvelgiant į panašias problemas, su kuriomis susiduria šalys, įgyvendindamos sveikatos reformas, regioninį bendradarbiavimą reikia skatinti.

Esu dėkinga R. Buivydui, G. Černiauskui, C. Posea ir L. Prudil už patarimus, gautus rengiant šį straipsnį.

**1. lentelė. Penkių Rytų Europos šalių sveikatos draudimo sistemų apžvalga**

	Čekijos Respublika	Lietuva	Lenkija	Rumunija	Slovėnija
<b>Plotas km<sup>2</sup> (2)</b>	78,866	65,301	312,685	238,391	20,253
<b>Gyventojai (mln.) (3)</b>	10,3	3,7	38,7	22,4	2,0
<b>BVP 1 gyventojui JAV dol. PPP 1998 m. (1)</b>	12,900	4,255	8,430	4,990	14,880
<b>Nedarbas 1999 m. (1)</b>	9,0%	8,1%	12,5%	11,1%	13,0%
<b>Moterų vidutinė būsimąjo gyvenimo trukmė 1998m.</b>	78 (3)	76,9 (5/1999)	77 (3/1996)	73 (7)	78,7 (8)
<b>Vyrų vidutinė būsimąjo gyvenimo trukmė 1998 m.</b>	71,2 (3)	66,5 (5/1999)	68,2 (3/1996)	65,2 (7)	71,1 (8)
<b>Kūdikių mirtingumas 1998 m. (1000 gimusiųjų)</b>	5,2 (3)	9,3 (5/1999)	10,2 (6)	22 (7)	5,2 (8)
<b>Visuomeninės sveikatos priežiūros išlaidos 1995 m. (% BVP) (3)</b>	7,2	5,3	5,2 (1997)	2,6	7,7



**1. lentelė. Penkių Rytų Europos šalių sveikatos draudimo sistemų apžvalga (tęsinys)**

	<b>Čekijos Respublika</b>	<b>Lietuva</b>	<b>Lenkija</b>	<b>Rumunija</b>	<b>Slovėnija</b>
<b>Sveikatos draudimo struktūra</b>	Valstybinė sveikatos draudimo kompanija Ūkio šakų, įmonių bei kitos draudimo kompanijos (konkurencija)	Valstybinis fondas (Valstybinė ligonių kasa - VLK) Regioniniai fondai (teritorinės ligonių kasos -TLK)	Regioniniai baziniai fondai (ne mažiau kaip 1000 000 gyventojų) su teritoriniais skyriais Alternatyvūs įmonių fondai (ne daugiau 500 000 narių)	Valstybinis fondas (Nacionaliniai sveikatos draudimo namai NHIH) Fondai (Regioniniai sveikatos draudimo namai -DHIH) su skyriais (ne mažiau kaip 100 000 gyventojų) Transporto ministerijos sveikatos draudimo namai Armijos ir policijos sveikatos draudimo namai	Slovėnijos sveikatos draudimo institutas (IHS) su skyriais
<b>Įmokų tarifai (nėra išskirtos specialios grupės)</b>	13,5%	30% fizinių asmenų pajamų mokesčio (pajamų mokesčio vidurkis: 25% nuo bruto darbo užmokesčio) mokamas samdomų ir savarankiškai dirbančių gyventojų; 3% nuo bruto darbo užmokesčio (mokama darbdavių kaip socialinio draudimo įmokų dalis). Visas socialinio draudimo įmokų tarifas - 34%	7,5%	14%	Instituto siūlymu 4 tarifų lygius, atsižvelgiant į teikiamų paslaugų kiekį, kasmet nustato parlamentas
<b>Įmokų paskirstymas tarp darbuotojo ir darbdavio</b>	75% darbdavys 25% darbuotojas	apie 30% darbdavys apie 70% darbuotojas	100% darbdavys	50% darbdavys 50% darbuotojas	50% darbdavys 50% darbuotojas

**1. lentelė. Penkių Rytų Europos šalių sveikatos draudimo sistemų apžvalga (tęsinys)**

	Čekijos Respublika	Lietuva	Lenkija	Rumunija	Slovėnija
<b>Dalinai kompensuojamos (ribojamos) paslaugos</b>	prevencija		prevencija diagnostika	prevencija diagnostika	diagnostika operacijos terapija tęstinis gydymas ligoninėje reabilitacija dirbtinis apvaisinimas, sterilizacija, abortai
	vaistai, medicinos priemonės	vaistai ir medicinos priemonės ambulatoriniai protezai, akiniai, klausos aparatai	vaistai ir medicininės medžiagos ortopedinė įranga, klausos aparatai	vaistai ir medicininės medžiagos protezai ortopedinė įranga regos korekcijos priemonės, klausos aparatai kita	vaistai ortopedinė įranga klausos aparatai ir kitos priemonės, regos korekcijos priemonės
	stomatologiniai produktai  sanatorinis gydymas priemonės prieš užkrečiamąsias ligas  medicininis patikrinimas  transportavimas gydymas užsienyje	dantų protezavimas  sanatorinis gydymas slauga senelių namuose  invalidumo nustatymas  transportavimas gydymas užsienyje	bazinė stomatologija    sveikatos tikrinimas	stomatologija   slauga paliatyvinė ir hospisų priežiūra  transportavimas namų ruoša	ortodontinis gydymas  gydymas ir slauga namuose institucinė slauga prevencija užkrečiamųjų ligų gydymas  transportavimas gydymas užsienyje

**1. lentelė. Penkių Rytų Europos šalių sveikatos draudimo sistemų apžvalga (tęsinys)**

	<b>Čekijos Respublika</b>	<b>Lietuva</b>	<b>Lenkija</b>	<b>Rumunija</b>	<b>Slovėnija</b>
<b>Negatyvus sąrašas/ nekompensuojamos paslaugos</b>	negatyvus paslaugų sąrašas negatyvus priemonių sąrašas	terapinis abortas sveikatos lygio sertifikavimas akupunktūra gydymas nuo alkoholio kosmetinės procedūros  dantų protezai  stomatologinės medžiagos		sveikatos priežiūra profesinių ligų ir nelaimingų atsitikimų darbe atveju dalis aukštųjų technologijų paslaugų priežiūra darbo vietoje kokybiškos viešbučio paslaugos  vyresniems nei 18 metų: vaistai sergantiems nesudėtingomis ligomis plastinė chirurgija elementai klausos aparatams akiniai	tam tikriems apdraustiesiems, profesinės ligos ir traumos
<b>Mokėjimas BPG</b>	už gyventoją honorarai	už gyventoją, atsižvelgiant į amžių kaimo priedai	už gyventoją, atsižvelgiant į amžių honorarai	už gyventoją, atsižvelgiant į amžių honorarai	už gyventoją, atsižvelgiant į amžių honorarai
<b>Mokėjimas už ambulatorines paslaugas specialistams</b>	honorarai	už konsultaciją brangūs tyrimai (procedūros)	honorarai	honorarai	honorarai
<b>Mokėjimas už ligoninės paslaugas</b>	lovadieniai  honorarai	už atvejų grupes  brangūs tyrimai (procedūros)	už gyventoją atsižvelgiant į diagnozę ir paciento amžių	Metų biudžetas: 70% istorinis biudžetas papildomas biudžetas atsižvelgiant į hospitalizaciją, lovadienių, personalo skaičių bei suteiktą paslaugų sudėtingumą	už lovadienius  papildomai mokama už tam tikrus chirurginius ir terapinius veiksmus bei vaistus

## **BIBLIOGRAFIJA**

1. Business Central Europe, Vienna, February 2000
  2. Die Zeit Nr. 43, 21. Oktober 1999
  3. Health for All Statistical Database European Region, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, January 2000
  4. MISSCEECEC – Mutual Information System on Social Protection in the Central and Eastern European Countries, Czech Republic,, Estonia, Hungary, Poland, Slovenia, Jyväskylä, 1999
  5. Statistical yearbook Lithuania, 1999
  6. Statistical yearbook Poland, 1998
  7. Statistical yearbook Romania, 1998
  8. Statistical yearbook Slovenia, 1998
  9. Act of Public Health Insurance, Czech Republic 1997
  10. Law on Health Insurance, Lithuania 1996
  11. General Health Insurance Act, Poland 1997
  12. Health Insurance Law, Romania 1997
  13. Law on Health Care and Health Insurance, Slovenia 1992
- 6.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG)  
Hansaring 43  
D-50670 Köln

## Į KLAUSIMUS ATSAKO SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS RAIMUNDAS ALEKNA

*Praėjo pirmasis Lietuvos sveikatos sektoriaus reformų dešimtmetis. Ką, Jūsų manymu, dėl įvykusių pokyčių laimėjo, o ką pralošė eilinis šalies gyventojas medicininių paslaugų apimties ir kokybės, pacientų aptarnavimo kultūros požiūriu? Ką, Jūsų nuomone, turi galvoje gyventojai (taip atsako apie 60 procentų apklaustųjų), teigdami, jog pasitiki sveikatos priežiūra?*

Pastaraisiais metais, palyginti su nepriklausomybės laikotarpio pradžia, pacientui gydymasis (tiek stacionarinis, tiek ambulatorinis) atsieina daug mažiau (jie turi mažiau atsinešti vaistų, ar kitų priemonių, kurios reikalingos gydymuisi). Tą galimybę suteikia įvestas privalomas sveikatos draudimas. Sveikatos draudimas sveikatos sistemą padarė labiau prognozuojamą. Nepriklausomybės pradžioje ligoninės buvo įklampusios skolose. Biudžetas sistemingai neatsiskaitydavo su gydymo įstaigomis. Apskritai sveikatos sistemai lėšų buvo skiriama gerokai mažiau nei dabar. Nepertraukiamas finansavimas pastaraisiais metais leido gydymo įstaigoms lengviau atsikvėpti, nes jos gali planuoti savo darbus. Kai įstaigos dirba stabiliai, pacientams sumažėja rūpesčių, pacientai jaučiasi saugesni, todėl padidėja gydymo veiksmingumas.

Be jokios abejonės, per tą dešimtmetį gydymo įstaigose iš esmės pasikeitė medicininės technologijos. Jos tapo modernios, kokybiškos. Universitetinės ir kai kurios apskričių ligoninės turi tokią pačią aparatūrą kaip ir visos išsivysčiusios Europos šalys. Ši aparatūra naudojama vėžio gydymui, kardiologijoje ir kitose srityse. Per dešimtmetį daug įsigijome ko anksčiau neturėjome, dėl ko mūsų pacientai būdavo priversti kentėti. Pavyzdžiui, kaulų čiulpų persodinimo operacijos tapo įmanomos būtent įsigijus tokias technologijas.

Konkurencija skatina aptarnavimo kultūrą. Aišku, apie ją geriausiai pasakytų patys pacientai, tačiau bent jau stomatologijos srityje aptarnavimo, darbo kultūra tikrai keičiasi. Žinoma, turi įtakos ir darbo sąlygų pasikeitimas.

Ar žmonės pasitiki sveikatos sistema, ar nepasitiki? Manau, kad pasitikėjimas auga visų pirma todėl, kad vis daugiau sudėtingų operacijų medikai gali atlikti Lietuvoje ir kad iš esmės keičiasi galimybės. Tai tinka onkologijai, kardiologijai, kardiologijai ir kt. Šiuos pasikeitimus pacientai vertina teigiamai. Jie pasitiki, nes gauna pakankamai informacijos apie tai, kas yra įdiegiama į Lietuvos sveikatos sistemą, ką įsigyja gydymo įstaigos – be jokios abejonės, tai yra pozityvu. Pasitikėjimas savo ruožtu kuria prielaidas greitesniam ligonių sveikimui, nes pats didžiausias pasveikimo garantas – tai žmogaus pasitikėjimas tuo, kas jį gydo, saugumo jausmas ir dvasinė ramybė.

*Iki 1990 metų veikusiai paslaugų teikimo sistemai buvo būdingos eilės poliklinikoje, medikamentų ir kitų medicininių prekių deficitas. Per praėjusį dešimt-*

*metį vaistinių prekystaliai gerokai papildėjo, vartotojas nesunkiai gauna vienkartinį švirkštą, šiuolaikinių higienos priemonių. Kita vertus, sociologinės apklausos rodo, kad beveik 70 procentų šalies gyventojų pajamos neleidžia jiems įsigyti geidžiamų prekių, atsiradusių vaistinėse po to, kai Lietuvos rinka tapo atvira pasaulinėms medicininėms technologijoms. Ar šalyje susiklosčiusi situacija Jus bent iš dalies tenkina? Jei manote, jog naujų medicininių technologijų taikymas neturi būti daugiausia turtingųjų privilegija, ką siūlytumėte daryti, kad padėtis pagerėtų?*

Iki 1990 m. sistemai iš tikrųjų buvo būdingos eilės, deficitai, blatas ir visa, kas buvo būdinga socialistinei santvarkai apskritai. Per šį dešimtmetį padėtis pasikeitė iš esmės, nes vaistinėse gauni visa, kas reikalinga. Man sunku pasakyti, kodėl vis dėlto sociologinės apklausos rodo, kad beveik 70% šalies gyventojų gaunamos pajamos neleidžia jiems įsigyti geidžiamų prekių, atsiradusių vaistinėse, po to, kai Lietuvos rinka tapo atvira naujoms medicininėms technologijoms. Tik galėčiau pasakyti, kad, rimtai susirgus, išlaidos dėl įsigyjamų medikamentų ar kitokių priemonių iš dalies kompensuojamos: kai kurios 100%, kai kurios 80%, 50%. Iš tikrųjų dėl medicininių technologijų prieinamumo neturėtų būti didelių nesklaidumų. Tačiau gal dar esame pripratę savarankiškai gydytis, nesvarbu, reikia to ar ne. Yra medikamentų, kurių poveikis, kaip teigia farmakologai, abejotinas, bet jie populiarūs gyventojų tarpe. Tie vaistai, kurie nėra būtini vienai ar kitai patologijai gydyti, negali būti kompensuojami, nes iš esmės valstybė nepakelia tokių finansinių krūvių, tokios naštos. Bet jei žmogus suserga ir kreipiasi į stacionarą, praktiškai visi vaistai jam yra nemokami.

Manau gerai, kad medikai siekia labiau kontroliuoti, kaip vartojami vaistai, nes, kaip rodo Vakarų šalių patirtis, nekontroliuojant vaistų vartojimo pasekmės neigiamos – tai kenkia ne tik ekonomikai, bet ir sveikatai. Pavyzdžiui, pastaraisiais metais vis populiareesnės tampa antibiotikų vartojimo racionalizavimo programos. Susiduriame su problema, kad, be saiko vartojant antibiotikus organizmai tampa jiems atsparūs, todėl vaistai būna neveiksmingi. Todėl vaistų kontrolė privalo būti griežta, o vaistai turi būti vartojami tada, kai būtina.

Ar susiklosčiusi situacija mane tenkina? Darome viską, kad ji gerėtų. Manau, kad niekada tas procesas nesustos, nes mokslas vystosi, atsiranda naujų technologijų, naujų medikamentų, kurie įtraukiami ir į Lietuvos sveikatos sistemą. Tai nuolatinis procesas, ir jam reikalingas dėmesys: būtina sekti, kas vyksta kitose šalyse ir kas Lietuvoje.

Naujos medicininės technologijos nėra tik turtingųjų privilegija, nes praktiškai pačias naujausias ir brangiausias technologijas turi gydymo įstaigos, kurios yra prieinamos visiems Lietuvos gyventojams. Nėra dirbtinai ribojama galimybė patekti pas specialistą. Patekimo pas specialistus ir hospitalizavimo tvarka ypač liberali. Net jei medikas nepasiunčia pas specialistą konsultuotis, sumokėjęs simbolinę sumą pacientas gali pats pas jį patekti. Tai padaryta tam, kad būtų išvengta socialinės, psichologinės įtampos, konfliktų tarp gyventojų, tarp gyventojų ir medikų. Manau, kad siuntimų tvarka ateityje turėtų būti griežtesnė. Norėdami racionaliau naudoti visus žmogiškuosius ir techniškuosius materialinius

resursus, turėtume daugiau kontroliuoti pacientų srautus. Vertėtų riboti prestižinių naujų technologijų vartojimą: įsigijus vieną ar kitą populiarių gydymo aparatą, reikėtų išvengti mados skatinamų eilių, sunkinančių diagnostiką ir gydymą tų pacientų, kuriems šios naujos technologijos būtinos.

*Yra manančių, kad sveikatos priežiūros sektorius keitėsi stichiškai ir ta kaita geriausiu atveju atspindėjo periodiškai besikeičiančių valdininkų asmenines ambicijas bei užgaidas. Jei manote, kad pokyčiais buvo sprendžiamos realiai egzistuojančios problemos, gal galėtumėte įvardinti jas? Kokie turėtų būti sveikatos reformos uždaviniai bei tikslai ir kurie šių tikslų buvo suformuluoti Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose?*

*Ar galima teigti, kad pastarąjį dešimtmetį buvo tęsiami sveikatos priežiūros sistemos pertvarkos darbai, pradėti 1989-1990 metais? Gal jau yra darbų, kuriuos pasisekė sėkmingai užbaigti?*

Mano giliu įsitikinimu, sveikatos sektorius keitėsi planingai. Pasikeitimai prasidėjo po 6-ojo gydytojų sąjungos suvažiavimo. Buvo parengta šiuo metu pavyzdine laikoma nacionalinė sveikatos koncepcija, po to pradėta kurti įstatymus, reglamentuojančius sveikatos sistemą, ir palaipsniui visą sistemą pertvarkyti. Manau, kad sveikatos sektoriaus pertvarka vyko nuosekliau nei kitų sričių reformos. Daug kas sektoriuje keitėsi nepriklausomai nuo ministrų kaitos.

Vis dėlto pertvarka vienur vyko sparčiau, kitur lėčiau. Tai priklausė nuo to, kaip vietiniai sveikatos priežiūros organizatoriai vertino reformą, kaip ją suprato. Mūsų sveikatos priežiūros sistemos kaita priklausė nuo savivaldos, gydymo įstaigų vadovų požiūrio į reformą.

Turime gerų pavyzdžių. Štai Šiaulių Rekyvos ambulatorija. Pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbantys medikai yra mylimi, populiariūs ir netgi džiaugiasi, kad gretimų bendruomenių gyventojai užsirašo pas juos. Geras šios ambulatorijos darbas sukėlė Šiaulių apskrities ligoninėje nuogaštavimų, kad, jei atsirast dar dvi trys tokios ambulatorijos, ligoninei teks užsidaryti. Tokie nuogaštavimai iš tiesų atspindi pozityvius pokyčius, kuriais realizuojamos pagrindinės nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatos, deja, turim ir tokių savivaldybių, vietų, kur nėra nė vieno bendrosios praktikos gydytojo, kur dar stengiamasi išlaikyti siauros specializacijos struktūrą, kur pacientas siuntinėjamas nuo vieno specialisto pas kitą. Galbūt atsiliekantieji laukia, kad, pasikeitus vienam ar kitam valdininkui, vienam ar kitam ministrui, nereikės reformuoti PSP. Tačiau ten, kur bendrosios praktikos institucijos dirba taip, kaip turėtų dirbti, problemų žymiai sumažėja. Šios institucijos atlieka ne tik gydymo funkcijas, bet ir prevencinį darbą: paaiškina žmonėms, kaip jie turėtų gyventi, kad būtų sveiki.

Sveikatos išlaikymas - pagrindinė sėkmės sąlyga, siekiant tikslų, kurie numatyti nacionalinės sveikatos koncepcijoje. Iki reformos mūsų sveikatos sistema buvo orientuota į tai, kad visi esame ligoniai. Manau, jog pagrindinė nacionalinės sveikatos koncepcijos idėja – viską orientuoti į tai, kad žmogus nesusirgtų. Reikia stengtis padaryti viską, kad žmogus žinotų, kaip turi gyventi, kad būtų svei-

kas, darbingas, kūrybingas.

Jei dėl tam tikrų priežasčių nepavyko išlaikyti sveikatos, būtina, kad gyventojui visų pirma padėtų šeimos gydytojas, o pagalba turėtų būti suteikta, kai liga tik prasidėjo. Tačiau jeigu susergama tokia liga, kad bendrosios praktikos gydytojas nepajėgia pagydyti, ligonis be jokių dvejonių turi konsultuotis su specialistais, kurie dirba ligoninėse bei pakankamai aprūpinti medicinine įranga. Be jokios abejonės, neišvengsime ypač sunkių ligų, jas reikia gydyti labai intensyviai, naudojant šiuolaikinę aparatūrą. Reikėtų, kad žmogus be jokių apribojimų patektų į gydymo įstaigą, teikiančią aukšto lygio paslaugas. Vėlgi būtina, kad gydymas neužtruktų, nebūtų vilkinamas, o tam reikalinga turėti ypač aukšto lygio medicininių technologijų, ko praktiškai Lietuvoje ir yra siekiama. Turime universitetinės ligoninės, kurios baigia apsirūpinti pačia moderniausia įranga; po truputį ta įranga pradeda aprūpinti kitas ligonines.

2000 metais praddami įgyvendinti keli projektai, kurie sustiprins pirminės sveikatos priežiūros materialinę bazę. Tai Pasaulio banko projektas, kuriame numatyta 34 mln. dolerių; tai 7 mln. litų pirminės sveikatos priežiūros projektas, kuriame numatyta pirkti įrangą šeimos gydytojams, ypač kaimo teritorijose, kad jie būtų arčiau savo aptarnaujamų gyventojų. Ambulatorijos turi sudaryti visas galimybes, kad šeimos gydytojas galėtų operatyviai pasiekti savo globojamus žmones. Manau, po kelerių metų pirminė sveikatos priežiūra bus daug geresnė.

Taipogi pradami projektai, kurie sudarys geresnes galimybes diagnozuoti savivaldybių ligoninėse. Šiais metais bus atnaujinama rentgenologinė aparatūra. Dauguma šios aparatūros šiuo metu yra susidėvėjusi, sena, nesaugi, o juk tai vienas iš pagrindinių diagnostikos instrumentų antrinio lygio paslaugas teikiančiose savivaldybių gydymo įstaigose.

*Iki 1990 metų buvo įprasta pokyčius matuoti penkmečiais. Kokia, Jūsų nuomone, galėtų būti pastarojo dešimtmečio periodizacija?*

Nėra didelio skirtumo, kaip matuosime: penkmečiais, pamečiui, dešimtmečiais. Manau, kad turi būti etapai, po kurių įvertintume tai, ką padarėme, kad galėtume koreguoti ateičiai numatytą programą. Be jokios abejonės, technologijos šiuo metu sparčiai keičiasi, ir tai, kas prieš penkerius metus ar dešimt metų atrodė sunkiai pasiekiami, šiandien jau yra arba tuoj bus. Dėl to reikalavimus turime kelti nuolat, bet tolygiai, kad nebūtų disproporcijų tarp sveikatos sistemos sektorių. Manau, kad lygį, kurį pasiekėme, pavyzdžiui, kaulų čiulpų persodinimo arba transplantologijos, chirurgijos, kardiologijos srityse, turime pasiekti ir psichiatrijoje bei visose kitose srityse, nes visos jos vienodai svarbios žmonėms.

*Nuo 1989 iki 1994 metų būsimoji gyvenimo trukmė Lietuvoje mažėjo. 1995 metais šiuo rodikliu matuojamas šalies gyventojų sveikatingumas pradėjo augti ir 1998 metais viršijo 1989 metų lygį. Ką, Jūsų nuomone, reiškia šie skaičiai?*

Demografiniai rodikliai atspindi gyventojų požiūrį į mūsų valstybės padėtį. Nepriklausomybės pradžioje buvo begalė stresų, abejonų, neuztikrintumo, grėsmių, daugelis gyventojų, ko gero, abejojo, ar sugebėsime išlikti, ar leis val-



tybei išgyventi politinės sąlygos. Tas, be jokios abejonės, atsiliepė žmonių sveikatai. Šiandien nediskutuojame, o jei ir diskutuojam, tai ne taip karštai, ar mes dar būsime nepriklausomi, ar pajėgsime savarankiškai tvarkytis. Jau gyvename nepriklausomoje valstybėje, nors ir sunkiai, bet mūsų vežimas rieda. Kad ir kaip skeptiškai vertintume padėtį, bet jei atsisuksime ir palyginsime, kas buvo prieš dešimt, penkerius metus, pamatysime pažangą. Ši pažanga teikia optimizmo numatant, kas bus po penkerių ar dešimties metų. Jei tiek pasistūmėsime į priekį, kiek per pastaruosius penkerius ar dešimt metų, mūsų valstybės lygis bus visai kitas. Be jokios abejonės, bendra pažanga turės įtakos mūsų ilgaamžiškumui; reikia tikėtis, jis bus didesnis. Demografiniai rodikliai priklauso nuo ekonominės situacijos, socialinių veiksnių, o socialinės struktūros iš esmės keisis.

*Kaip vertintumėte sveikatos priežiūros sistemoje naudojamų išteklių (darbuotojai, medikamentai, pastatai, aparatūra, piniginės lėšos) apimtį ir kokybę pasikeitimą per pastarąjį dešimtmetį?*

Kokybė per pastarąjį dešimtmetį tikrai keitėsi. Išteklių apimtys, be jokios abejonės, šiek tiek neadekvačios tiems kokybės pasikeitimams. Kita vertus, atsirado naujų informacinių technologijų, leidžiančių veiksmingiau propaguoti sveiką gyvenimą.

Teikiamų paslaugų apimtys (jei matuotume lovardieniais ar ligoninių skaičiumi) turės mažėti. Šiandien, ko gero, Lietuvoje gydymo įstaigų nė kiek ne mažiau nei prieš kokį dešimt metų, jei ne daugiau. Tai šiek tiek nelogiška, nes, gerėjant pacientų gydymui, be jokios abejonės, gydymo įstaigų reikės mažiau. Privalome sekti valstybėmis, kurios, įdiegusios pačias naujausias technologijas, gydymo įstaigų skaičių sumažino. Šiandien turime apie 9-10 lovų tūkstančiui gyventojų, o Švedija ar kitos Skandinavijos valstybės lovų turi gerokai mažiau net ir įskaitant po 3 lovas pagyvenusiems žmonėms. Ateis laikas, kai turėsime kokias 5 lovas tūkstančiui gyventojų. Be jokios abejonės, turėsime daugiau nei dabar lovų pagyvenusiems. Poreikis jau šiandien didesnis nei galimybės.

Teikiamų paslaugų kokybė gerėja sparčiai, bet įstaigų restruktūrizacija atsilieka. Tai vyksta dėl suprantamų priežasčių: socialinių, medikų užimtumo problemų, stengiantis išvengti tos įtampos, kuri gali kilti, jei būtų uždarinėjamos gydymo įstaigos, atleidžiami medikai. Manau, santūrumas įgyvendinant reformas - iš dalies teisinga politika, bet, kita vertus, pernelyg trypčioti vienoje vietoje nėra gerai.

*Panašu, kad daugelis Lietuvos gyventojų gėdė draudos medicinos įvedimo. Ko Jūs tikėjotės iš sveikatos finansavimo reformos? Kuriuos iš Jūsų lūkesčių reforma pateisino, o kurių ne?*

Pirmiausia atsirado daugiau tvarkos ta prasme, kad gydymo įstaigų vadovai gali daugiau prognozuoti, planuoti. Pirmas akivaizdus pasiekimas po to, kai Lietuva įvedė draudos mediciną, buvo tai, kad gydymo įstaigos atidavė skolas šilumos, elektros, vaistų tiekėjams. Kai kurios įstaigos dar yra įsiskolinusios, bet tai

lėmė ne draudos medicinos nepakankamai geras funkcionavimas, bet atskirų gydymo įstaigų vadovų nepagrįsti sprendimai.

Manau, kad draudos medicinos sistema turėtų būti tobulinama. Vis kalbame, kad turi būti papildomas sveikatos draudimas, bet tarsi ir neatsiranda norinčių. O kartais tie, kurie pritaria papildomajam draudimui, nelabai įsivaizduoja, kas tai turėtų būti. Šiandien intensyviai dirbame, ieškodami kas galėtų diegti papildomą sveikatos draudimą. Tai, be jokios abejonės, būtų didžiulis žingsnis į priekį, nes įgalintų optimizuoti sveikatos sistemą, leistų gydymo įstaigoms geriau planuoti savo veiklą.

Verta tobulinti medicininių paslaugų įkainių struktūrą ir juose numatyti įrenginių amortizaciją. Sveikatos draudimo sistema turėtų tapti savarankiškesnė, draudimo kompanijos turėtų galėti laisviau pasirinkti, su kuo sudaryti sutartis, o su kuo ne. Dabar egzistuoja tam tikri pseudodraudimo sistemos elementai. Dar suvokiama, kad ligonių kasos privalo sudaryti sutartis su visomis gydymo įstaigomis. Lietuvos draudimo sistema, sudarydama sutartis su visomis gydymo įstaigomis, yra viena dosniausių pasaulyje. Ši nuostata suponuoja gydymo įstaigų, o ne pacientų viršenybę. Draudimas turi tarnauti pacientui, ir ligonių kasos turi pirkti paslaugas iš tų įstaigų, kurios gali pasiūlyti pačias geriausias paslaugas. Sveikatos vadybininkai turi žmonėms aiškinti, jog geriau turėti ne ligoninę pašonėje (tai atitinka bet kokias paslaugas), bet teikiančią kokybiškiausias paslaugas ligoninę (net jei ji bus viena Lietuvoje). Pacientams reikšmingas ne ligoninių skaičius, o kokybiškų paslaugų prieinamumas.

*Sutinkame ne tik pirmojo posovietinio dešimtmečio, bet ir šimtmečio pabaigą. Kokie buvo reikšmingiausi socialinės raidos ir sveikatos priežiūros plėtros XX amžiuje bruožai?*

Pirmiausia vyko išsivadavimas, tautiniu pagrindu kūrėsi naujos valstybės, – tas yra reikšmingiausia. Turėjo reikšmės vykusios revoliucijos bei karai, sparti socialinė raida. Manau, kad per praėjusį šimtmetį susiskaidymas į turtuolius ir skurdžius sumažėjo, visuomenė tapo homogeniška. Stengiamasi, kad visa, kas geriausia, būtų prieinama įvairiausių socialinių sluoksnių atstovams. Ir tam visų pirma turėjo įtakos demokratijos atsiradimas. Manau, kad socialinės raidos įtaka sveikatos priežiūros plėtrai pasireiškė per solidarumo principų įteisinimą. Buvo apsispręsta, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama neatsižvelgiant į tai, ar esi turtingas, ar vargšas. Ji turi būti prieinama, jei reikalingos medicininės paslaugos. Manau, kad visame pasaulyje solidarumas nėra pakankamai gerai išsivystęs, bet Europoje problemos neblogai sprendžiamos. Mums, kaip valstybei, esančiai Europoje, tas yra reikšminga. Socialinė raida, demokratijos vystymasis bent jau pastarąjį dešimtmetį buvo ypač reikšmingas. Dar, mano galva, labai svarbu, kad po Antrojo pasaulinio karo Europos valstybės jungėsi į sąjungas tikrai savo noru, demokratiškai, laisvai, rengdamos referendumus. Demokratinis pertvarkymus įtakėjo amžiaus vidurio diktatūrų sukurta neigiama patirtis. Diktatūros egzistavo ir ankstesniais amžiais, bet 20-ojo amžiaus diktatorių sukelti karai, kurie nusinešė milijonus, dešimtis milijonų gyvybių, buvo ypač pamokomi. Dar vienas teigiamas šių dienų bruožas yra tai, kad šiandien kalbasi ne tik valstybių vadovai, bet

bendrauja ir tų valstybių gyventojai. Stabilumui palaikyti ir visai socialinei raidai yra svarbu užmegzti ir palaikyti, plėtoti ryšius tarp nevyriausybinų organizacijų.

*Socialinės transformacijos Lietuvoje vyksta kartu su radikaliais pokyčiais Europoje. Ko vertėtų pasimokyti iš kitų valstybių? Gal išvelgiate sričių, kuriose Lietuvos patirtis rekomenduotina artimiems ir tolimesniems kaimynams?*

Turėtume pasimokyti nevyriausybinų organizacijų darbo metodų, kaip kitos valstybės įtraukia šias organizacijas į procesus, būtinus socialinei–ekonominei valstybės raidai. Reikia riboti mūsų visuomenėje plačiai paplitusias išlaikytinių nuotaikas, diegti suvokimą, kad visi valstybės piliečiai daro įtaką socialinei–ekonominei raidai ir kad kiekvieno jų darbas reikšmingas. Mano manymu, pastaraisiais metais buvo daroma didelė klaida, kad valdžioje esantys ir einantys į valdžią aiškino, jog sukurs darbo vietų. Darbo vietas kuria žmonės, valdžia tik surenka mokesčius ir juos paskirsto.

Turime ką rekomenduoti Vidurio ir Rytų Europos valstybėms. Užsieniečiai teigiamai vertina ir kaip sektiną pavyzdį pateikia mūsų nacionalinę sveikatos koncepciją, kuri yra aiški ir nuosekli. Daugelis realiai atliktų darbų beveik visiškai sutampa su tuo, kas parašyta nacionalinėje sveikatos koncepcijoje. Būtent to nuoseklumo siekiant užsibrėžto tikslo verta iš Lietuvos mokyti. Antra, pastarųjų metų Lietuvos istorija parodė, kad iš tikrųjų mokame kovoti dėl savo interesų. Lietuva viena pirmųjų pradėjo naują išsivaduojamosios kovos etapą Europoje ir mūsų pavyzdžiu pasekė kitos valstybės.

*Skaitytojų teismui rengiama knyga bus pateikta 2000 metais. Kokios, Jūsų nuomone, dabar yra spręstinos problemos Lietuvoje ir kaip šias problemas siūlytumėte spręsti ar bent jau švelninti?*

Spręstinos problemos - mūsų ekonomika ir apskritai valstybės įtaka ekonomikai, ūkio vystymui ir t.t. Jau įsitikinome, kad valstybė iš tiesų nėra pats geriausias ūkininkas. Ką įmanoma padaryti - tai leisti dirbti tiems, kurie dirba kaip sau. Vyriausybė, be jokios abejonės, turi skirti dėmesį socialinei sričiai: švietimui, sveikatos, socialinei apsaugai, globai tų žmonių, kurie nepajėgūs patys sukurti darbo vietų ar net savęs aptarnauti. Turime skirti dėmesio krašto, valstybės apsaugai. Turime mažinti valstybės įtaką ekonomikai. Kitų valstybių praktika rodo, kad privatus kapitalas yra žymiai geriau panaudojamas, atneša pelną. Vyriausybė turi užtikrinti savo gyventojų saugumą ta prasme, kad jie turi būti pavalgę, apsirėngę, apginti, turėtų garantijas į visas svarbiausias socialines paslaugas.

*Šalyje plačiai diskutuojama dėl PSP reformos, dalinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo privatizacijos, poliklinikų ateities, ligoninių restruktūrizacijos. Kokios, Jūsų nuomone, šių diskusijų priežastys bei kaip paslaugų teikimo organizavimas keisis artimiausiais metais?*

Privačių gydytojų PSP kabinetai daugeliu atveju veikia racionaliau nei valstybiniai. Jie turi perspektyvą. Manau, kad daugumą PSP įstaigų be papildomų didžiulių investicijų galima privatizuoti. Kitų valstybių patirtis rodo, jog privati

praktika pasiteisina. Didelės poliklinikos, mano manymu, perspektyvos neturi. Turim gražių pavyzdžių, kai konsultacinės poliklinikos kuriasi prie stacionarų, kuriuose dirbantys gydytojai konsultuoja ir ambulatoriškai. Žinome, kad sovietiniam periodui būdingas atotrūkis tarp stacionarinio ir ambulatorinio darbo atsiliepė specialistų kvalifikacijai. Skatintina tai, kad konsultantai, dirbantys ambulatoriniu lygiu, turėtų nuolatinę praktiką stacionare. Visų pirma siekiame, kad žmonės gautų kokybiškas paslaugas iš aukštos kvalifikacijos gydytojų. Kaip minėjau, ligoninių restruktūrizacija neišvengiama, o ligonių kasos ilgainiui pirsks paslaugas iš tų paslaugų teikėjų, kurie įrodys, kad gali teikti pačias kokybiškiausias palyginti su kitais. Siekiame optimaliausio gydymo įstaigų skaičiaus ir jų išdėstymo. Kai bus pasiektas šis tikslas, bus galima daug veiksmingiau panaudoti sektoriaus išteklius.

Abejonių reformos veiksmingumu priešastys visų pirma tos, kad medikai nerimauja dėl savo darbo vietų, perspektyvos, ar jiems neiškils nedarbo problemų. Tai suprantama. Viena didžiausių problemų ta, kad lietuviai yra sėslūs. Šiandien turim per daug vienos ar kitos srities specialistų viename mieste, o už 50 – 60 km. jų trūksta. Darbuotojai žūtbūt stengiasi išsilaikyti ten, kur yra (net jeigu jų teikiamos paslaugos nėra paklausios), bet kategoriškai atsisako vykti ten, kur jie būtų itin naudingi.

*Kaip atrodo Lietuvos socialinis sektorius ir ypač sveikatos priežiūra po dešimties metų?*

Prieš dešimtmetį numatyti dabartinę situaciją buvo sunku. Kai kurių sektorių teigiami pokyčiai labai dideli, o tik pradėjus reformą buvo labai sunkiai tikėtini ar apskritai neįsivaizduojami.

Dabar gal šiek tiek lengviau prognozuoti, kaip atrodo Lietuvos sveikatos priežiūra po dešimties metų. Manau, po 10 metų padėtis bus šiek tiek geresnė arba, drįstu teigti, iš esmės geresnė nei šiandieninė. Ypač tobulės medicininės technologijos, nes jos yra ta sritis, kuri lengviausiai nuperkama, atvežama, įdiegiama. Be jokios abejonės, po 10 metų turėsime specialistų, kurie mokės virtuosiškai dirbti su nauja aparatūra, galės atlikti tas pačias manipuliacijas, kurias atliks jų kolegės užsienyje. Šiek tiek kitokia padėtis bus ir gydymo įstaigų tinklo bei įstaigų skaičiaus atžvilgiu.

Plėtosis bendroji praktika, per 10 metų ženkliai daugės baigusiujų rezidentūrą gydytojų, bus kitoks gyventojų požiūris į šeimos gydytojus (nebus dabartinio skepticizmo). Daugelis nelinkusių persikvalifikuoti pagyvenusių gydytojų bus jau pensininkai. Žymiai susilpnės medikų siekis išlaikyti senąją struktūrą, o šeimos gydytojų tinklo dėka gydymas po 10 metų bus iš esmės geresnis. Žmonių sveikata bus taip pat geresnė, jie daug labiau rūpinsis savo sveikata, stengsis išlikti sveiki, o ne tuo, kad vieni ar kiti vaistai būtų įtraukti į kompensuojamųjų sąrašą, vienas ar kitas gydytojas būtų netoliese. Manau, pasikeis požiūris į save, padidės dėmesys savo sveikatos išlaikymui.

*Ko linkėtumėte Lietuvos medikams, jų pacientams, politikams, rašantiesiems sveikatos priežiūros vadybos temomis?*

Palinkėčiau saugumo jausmo, dvasinės ramybės, geros savijautos, kūrybingumo.

## Į KLAUSIMUS ATSAKO PROFESORIUS ALEKSANDRAS LAUCEVIČIUS

*Praėjo pirmasis Lietuvos sveikatos sektoriaus reformų dešimtmetis. Ką, Jūsų manymu, dėl įvykusių pokyčių laimėjo, o ką pralošė eilinis šalies gyventojas medicininių paslaugų apimties ir kokybės, pacientų aptarnavimo kultūros požiūriu?. Ką, Jūsų nuomone, turi galvoje gyventojai (taip atsako apie 60 procentų apklaustųjų), teigdami, jog pasitiki sveikatos priežiūra?*

Atgimimo laikotarpiu keičiantis sistemai, galėjome atlikti daug reformų. Tai, kas buvo tuomet padaryta, sukūrė bazę visiems kitiems laikotarpiams, metams. Manau, kad padaryta buvo per mažai, palyginus su mūsų kaimynais. Tuo metu reikėjo ženkliai redukuoti stacionarinių lovų skaičių, drąsiau leisti kurtis privačiai ambulatorinei medicinai, ją paremti. Buvo galima išvengti universiteto kliniškų išsibarstymo įvairiose Vilniaus miesto ligoninėse – tuomet per daug taikėmės prie pavienių asmenybių.

Labai didelis reformos minusas – likęs vienpakopis sveikatos draudimas, iš esmės atitinkantis tik socialiai remtinų pacientų sveikatos priežiūrą. Jau seniai vertėjo kurti dar dvi savanoriško draudimo pakopas: tarpinio lygio, valstybės garantuotą – kiek brangesnę, skirtą vidutinės klasės asmenims, ir brangią – privataus pagrindo, skirtą turtuoliams. Dalis iš abiejų šių pakopų surinktų lėšų turėtų tekti pirmajai privalomojo draudimo grandžiai. Panaši sistema sėkmingai veikia Slovėnijoje.

Labai didelis laimėjimas - nuo š.m. (2000 m.) kovo mėnesio pradėjęs funkcionuoti kompensuojamųjų vaistų sąrašas. Mano žiniomis, tai viena geriausių Europoje tokio tipo sąrašas. Nesinorėtų manyti, jog atsiras “juodosios” jėgos, norinčios sunaikinti šį pasiekimą.

Esminis teigiamas poslinkis – pagerėjusi pacientų aptarnavimo kultūra stacionare, įdiegtos šiuolaikinės diagnostikos ir gydymo metodikos, iš esmės atitinkančios Europos standartus, išaugusi Lietuvos gydytojų kvalifikacija, bendrosios praktikos gydytojo institucijos atsiradimas. Europoje šalia išsivysčiusių šalių (Vokietijos, Italijos, Prancūzijos) egzistuoja ir besivystančios: Slovėnija, Čekija, Lenkija, Baltijos regiono šalys. Tačiau yra ir beviltiškai atsilikusių sveikatos sektoriaus atžvilgiu šalių - Rusija, Baltarusija, Ukraina, Moldavija, Rumunija.

Be abejo, visų peripetijų, kurios vyksta sveikatos sistemoje, paprasti žmonės ir nežino, o patys medikai kritiškiau vertina daugelį dalykų. Aš manau, kad pasikeitus sistemoms sveikatos apsauga tikrai nepablogėjo, gal kiek ir pagerėjo.

*Iki 1990 metų veikusiai paslaugų teikimo sistemai buvo būdingos eilės poliklinikose, medikamentų ir kitų medicininių prekių deficitas. Per praėjusį dešimtmetį vaistinių prekystaliai gerokai papildėjo, vartotojas nesunkiai gauna vienkartinį švirkštą, šiuolaikinių higienos priemonių. Kita vertus, sociologinės apklausos rodo, kad beveik 70 procentų šalies gyventojų pajamos neleidžia jiems įsigyti geidžiamų prekių, atsiradusių vaistinėse po to, kai Lietuvos rinka tapo atvira pasaulinėms medicininėms technologijoms. Ar šalyje susiklosčiusi situaci-*

*ja Jus bent iš dalies tenkina? Jei manote, jog naujųjų medicininių technologijų taikymas neturi būti daugiausia turtingųjų privilegija, ką siūlytumėte daryti, kad padėtis pagerėtų?*

Nesutikčiau su tuo, kad mūsų gyventojams neprieinamos naujosios technologijos. Didžiosiose Lietuvos ligoninėse, visų pirma – universitetų, prieinamos praktiškai visos pasaulinės diagnostikos ir gydymo technologijos, o laboratorinė diagnostika turi visus būtinus tarptautinio pripažinimo sertifikatus. Sveikatos investicinės programos – tai valstybinio masto parama atskiroms medicinos sritims. Valdžia neturi bijoti investicijų į socialinę sferą – tai parodo, kiek valstybė rūpinasi savo piliečiais. Tik pajutę tą rūpestį, piliečiai gerbs valdžią. Kita vertus, kaip traukinių judėjimui ar statybai, taip ir medicinai taikomi bendrieji Europos Sąjungoje priimti reikalavimai. Investicijų būdu sutvarkius kokią vieną sritį, ji sėkmingai veiks dešimtmečius. Galbūt Vilniuje ar Kaune šiandien geresnės sąlygos pacientui gydytis nei Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje ar Marijampolėje, bet vykdant investicines programas, tie skirtumai nyks. Nemanau, kad dabar medicininės technologijos yra tiktai turtingųjų privilegija. Galbūt galima sakyti, kad tai šiandien vilniečių ar kauniečių privilegija, bet jokių būdu nesakyčiau, kad vien turtingųjų. Turtingesniems gal lengviau patekti pas kokią garsų specialistą, gal jiems sudarytos geresnės sąlygos ligoninėje, gal nereikia laukti eilėse poliklinikoje.

*Yra manančių, kad sveikatos priežiūros sektorius keitėsi stichiškai ir ta kaita geriausiai atveju atspindėjo periodiškai besikeičiančių valdininkų asmenines ambicijas bei užgaidas. Jei manote, kad pokyčiais buvo sprendžiamos realiai egzistuojančios problemos, gal galėtumėte įvardinti jas? Kokie turėtų būti sveikatos reformos uždaviniai bei tikslai ir kurie šių tikslų buvo suformuluoti Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose?*

Tai, kad nėra reikalų perimamumo, keičiantis valdžiai, - pagrindinė ne tik medicinos, bet ir kitų ūkio šakų problema. Visose šalyse, kuriose teko apsilankyti yra darbų perimamumas ir strateginis planavimas, nepolitizuojant medicinos. Logiška būtų strategija, sudaryta 20 metų, nesvarbu kuri partija ją vykdytų. Galbūt tai galėtų būti 20 klausimų: konservatoriai spręstų vienus, o socialistai - kitus, bet visi iš esmės turėtų judėti viena kryptimi. Būtų logiška, jeigu buvęs ir galimas būsimas darbuotojas kurį laiką padirbėtų kartu. Buvęs valdininkas neturėtų būti atleistas, iki naujas perima visus reikalus. Kita problema – į valdžią veržiasi nekompetentingieji.

Kokie turėtų būti artimiausi sveikatos reformos uždaviniai? Manau, kad svarbiausia įvesti kelių pakopų draudimą. Tai esminis dalykas. Kai draudimas savo pinigais kontroliuos mediciną, visa kita susitvarkys: lovų bus tiek, kiek reikia ir kokių reikia, neliks per didelių klinikų, susitvarkys privačios ir valstybinės medicinos santykis.

*Ar galima teigti, kad pastarąjį dešimtmetį buvo tęsiami sveikatos priežiūros sistemos pertvarkos darbai, pradėti 1989-1990 metais? Gal jau yra darbų, kuriuos pasisekė sėkmingai užbaigti?*

Manau, kad dar nėra vienas darbas nebaigtas. Net tokie darbai, kurius laikome mūsų pasiekimas ir kuriais galime didžiuotis, kad pirmieji iš besivystančių šalių pradėjome - rezidentūra ir universiteto klinikų bei ligoninių steigimas, iki šiol galutinai nebaigti.

*Iki 1990 metų buvo įprasta pokyčius matuoti penkmečiais. Kokia, Jūsų nuomone, galėtų būti pastarojo dešimtmečio periodizacija?*

Aš penkmečiais neperiodizuočiau. Išskirčiau pirmąjį atgimimo laikotarpį ir paskesnius. Atgimimo laikotarpis buvo unikalus. Tuomet buvo galima padaryti daug, nes buvome bendraminčiai, nesuskaidyti politinių partijų. Manau, tai buvo ypatingas periodas. Tolimesnį laikotarpį gal būtų galima skaldyti iki G. Vagnoriaus ir po jo. Vagnoriaus periodas gal ir nebuvo sėkmingas, tačiau medicinai jis gana reikšmingas: gana didelis medikų autoritetas, dėmesys medicinai, investicijos. Vėliau (1998-1999 metais) situacija tapo ženkliai sunkesnė dėl ekonominių priežasčių. Šiandien (2000 metai) jaučiami pirmieji atsigavimo po krizės požymiai

*Nuo 1989 iki 1994 metų būsimoji gyvenimo trukmė Lietuvoje mažėjo. 1995 metais šiuo rodikliu matuojamas šalies gyventojų sveikatingumas pradėjo augti ir 1998 metais viršijo 1989 metų lygį. Ką, Jūsų nuomone, reiškia šie skaičiai?*

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, gyvenimo trukmės tendencijos panašios. Pereinamoju laikotarpiu buvo iškilę labai daug problemų: ir psichologinių, ir materialinių, stresai ir depresijos, galbūt netinkamo lygio medicina. Šiuo metu gyvenimo trukmė didėja, tai būdinga daugeliui pasaulio šalių. Civilizuotame pasaulyje gyvenimo trukmės ilgėja žymiai ženkliau nei Lietuvoje. Ką reiškia šitie skaičiai. Jie nereiškia, kad viskas gerai ir viskas mums pigiau kainuos. Tai reiškia, kad mums viskas brangiau kainuos. Paciento, kuris ilgiau gyvena ir sulaukia vyresnio amžiaus, medicinos priežiūra brangesnė. Dėl to reikia prognozuoti, jog medicina brangs: vyresni pacientai, naujos technologijos, nauji ir brangesni vaistai...

*Kaip vertintumėte sveikatos priežiūros sistemoje naudojamų išteklių (darbuotojai, medikamentai, pastatai, aparatūra, piniginės lėšos) apimties ir kokybės pasikeitimą per pastarąjį dešimtmetį?*

Nedriščiau sakyti, jog per daug ar per mažai medikų. Viena vertus, daugelis darbuotojų yra pensinio amžiaus. Antra, daugelis gydytojų dirba medicinos technikų darbą - neturi šalia savęs pakankamai pagalbinių personalo, kaip kad yra Vakaruose. Be to, gana daug specialistų dirba administratorių darbą.

Pastatų būklė yra apverktina. Daugelį tų pastatų, mano galva, reikėtų sugriauti ir statyti iš naujo, nes juos rekonstruoti yra brangiau negu naujus šiuolaikinius pastatus pastatyti. Esu tikras, jog rinkos kainomis realizavus daugelį pastatų, esančių prestižinėse Vilniaus vietose (Žvėryne, Sapiegos rajone), už gautus pinigus galėtume baigti kurti Santariškių universiteto miestelį ir Lazdynų greitosios

pagalbos ligoninė. Tereikia valstybinio sprendimo...

Norėtuši, kad piniginės lėšos medicinai išaugtų nuo 4,9 iki kokių 6 % bendrojo vidaus produkto.

*Sutinkame ne tik pirmojo posovietinio dešimtmečio, bet ir šimtmečio pabaigą. Kokie buvo reikšmingiausi socialinės raidos ir sveikatos priežiūros plėtros XX amžiuje bruožai?*

Manau, kad XX a. pabaiga buvo aukso amžius medicinai, nes tiek naujų technologijų ir apskritai naujovių, kiek įvyko pasaulyje per XX a. antrą pusę, nėra buvę istorijoje. Dar keli naujojo amžiaus dešimtmečiai bus kupini didžiulių atradimų ir perversmų: angiogenezė, genų terapija...

*Socialinės transformacijos Lietuvoje vyksta kartu su radikaliais pokyčiais Europoje. Ko vertėtų pasimokyti iš kitų valstybių? Gal išvelgiate sričių, kuriose Lietuvos patirtis rekomenduotina artimiems ir tolimesniems kaimynams?*

Teko lankytis Europos kardiologų prezidento sukviestame nacionalinių draugijų prezidentų susitikime ir išklausti, kas darosi Europoje. Europa yra nevienalytė ir tiek yra skirtingų sveikatos apsaugos sistemų įvairiose šalyse, net nuostabu. Ko gero, Slovėnijos ir Suomijos medicina labiausiai imponuoja. Abi šalys labai rūpinasi savo piliečių sveikatos priežiūra. Suomijos sveikatos rodikliai be galo pagerėjo per pastaruosius metus. Ši šalis labai sparčiai auga ekonomiškai ir jos gyventojų pragyvenimo lygis nepaprastai išaugęs. Kuomet surenkami dideli mokesčiai, sistema veikia labai gerai. Suomiai per pastarąjį laikotarpį pasiekė fantastinių sveikatinimo rezultatų: iš blogais rodikliais pasižyminčios šalies ji tapo vos ne sveikiausia Europos visuomene. Manau, verta iš jų daug ko pasimokyti. Man imponuoja tvarkinga vokiška sistema, turinti senas tradicijas. Manau, kad ji pakankamai efektyvi, bet ir pakankamai brangi. Man patinka tos sistemos, kurios lygiateisiškumo pagrindais derina privačią ir valstybinę mediciną. Netikiu, kad Lietuvoje yra didelės privačios stacionarinės pagalbos perspektyvos, bet esu tikras, jog 80% visų ambulatorinės grandies gydytojų turėtų dirbti privačiai. Nemanau, jog beatodairiškas bendrosios praktikos gydytojų tiražavimas - teisingas žingsnis. Lietuvoje senos specialistų darbo tradicijos ir ne tik siaurų sričių specialistų, bet ir terapeutų, pediatrų, chirurgų bei moterų ligų gydytojų. Nemanau, kad Lietuva turėjo šias tradicijas griauti. Apie vieningą Europos modelį nėra ko ir šnekėti. Nėra tokio modelio ir niekas nesistengia jo padaryti.

*Kaip atrodys Lietuvos socialinis sektorius ir ypač sveikatos priežiūra po dešimties metų?*

Manau, kad po dešimties metų Lietuva atrodys gerai. Jau dabar mūsų medicina gera. Mes atitrūkome nuo daugelio besivystančių šalių, ir aš manau, kad dabar einame koja į koja su Slovėnija, Čekija, Lenkija. Esu tikras, kad Lietuvos perspektyva gera jeigu neatsiras jėgos, kurios sugriautų tai, kas sukurta...



## **Į KLAUSIMUS ATSAKO PIRMASIS ATKURTOS NEPRIKLAUSOMOS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS JUOZAS OLEKAS**

*Praėjo pirmasis Lietuvos sveikatos sektoriaus reformų dešimtmetis. Ką, Jūsų nuomone, dėl įvykusių pokyčių laimėjo, o ką pralošė eilinis šalies gyventojas medicininių paslaugų apimties ir kokybės, pacientų aptarnavimo kultūros požiūriu? Ką, Jūsų nuomone, turi galvoje gyventojai (taip atsako apie 60 procentų apklaustųjų), teigdami, jog pasitiki sveikatos priežiūra?*

Dešimtmetis yra pakankamas laiko tarpas, kad galėtume atsigręžti ir įvertinti, kas per jį įvyko. Drįstu teigti, jog kai ką sveikatos apsaugos sistemoje reikia vertinti teigiamai. Tą yra pajutę šalies gyventojai ir medikai. Per praėjusį nepriklausomybės dešimtmetį Lietuvoje įdiegta daug naujų technologijų. 1990 m. niekas nė nesvajavo apie kompiuterinį tomografą mūsų tėvynėje. Dabar kompiuterinė tomografija prieinama daugelyje stambesnių Lietuvos miestų. Lietuvoje atsirado ir magnetinis rezonansas. Išsiplėtė paslaugų spektras, teikiamos net ir pačios sudėtingiausios, kaip antai: dirbtinis apvaisinimas, kaulų čiulpų transplantacija, sąnarių endoprotezavimas, įvairių įgimtų ligų tiek chirurginis gydymas, tiek pakeitinė terapija ir kt. Anksčiau tokių galimybių nebuvo. Taip pat teigiamu dalyku laikytina, kad Lietuvą pasiekia žymiai daugiau medikamentų - turbūt daugelis prisimena laikus, kai Bayerio aspirinas amerikietiškaše siuntinyje buvo didžiausia vertybė. Šiandien ne tik aspirinas, bet ir kiti naujausi vaistai yra Lietuvoje registruojami, jais gydomos sudėtingos ligos.

Pamažu gerėja pacientų aptarnavimo kultūra, bendravimas su jais. Žmogus turi galimybę pasirinkti specialistą, gali laisvai pakeisti savo gydytoją, todėl kiekvienas medikas turi stengtis, kad jo santykiai su pacientu būtų nuoširdūs, draugiški, kad tas pacientas rinktųsi jį, o ne greta praktikuojantį kolegą.

Santykiai tarp pacientų ir medikų gerėja, nors galbūt ir ne tokiais tempais, kaip norėtusi, bet teigiamų poslinkių tikrai yra.

*Iki 1990 metų veikusiai paslaugų teikimo sistemai buvo būdingos eilės poliklinikose, medikamentų ir kitų medicininių prekių deficitas. Per praėjusį dešimtmetį vaistinių prekystaliai gerokai papildėjo, vartotojas nesunkiai gauna vienkartinį švirkštą, šiuolaikinių higienos priemonių. Kita vertus, sociologinės apklausos rodo, kad beveik 70 procentų šalies gyventojų pajamos neleidžia jiems įsigyti geidžiamų prekių, atsiradusių vaistinėse po to, kai Lietuvos rinka tapo atvira pasaulinėms medicininėms technologijoms. Ar šalyje susiklosčiusi situacija Jus bent iš dalies tenkina? Jei manote, jog naujųjų medicininių technologijų taikymas neturi būti pagrindinai turtingųjų privilegija, ką siūlytumėte daryti, kad padėtis pagerėtų?*

Įvykčius pokyčius turime įvertinti ir paslaugų prieinamumo atžvilgiu. Manau, kad iki 1990 m. buvusios eilės poliklinikose - organizacinio darbo trūkumai.

Kita galima buvusiųjų eilių priežastis - žmonės labiau norėjo "sirgti" ir turėti nedarbingumo lapelį, nes ne taip vertino savo darbo vietą. Dabar žmonės dirba intensyviau ir kartais net ypač sunegalavę nesikreipia į medikus. (Reikia atkreipti dėmesį į tokių reiškinių kaip netrauminių mirčių darbo vietose skaičiaus didėjimą. Statistika rodo, kad ši kreivė iki pat pastarųjų metų kyla.) Kita eilių priežastis buvo pastovus gerų vaistų trūkumas, tai vertė pacientus dažniau kreiptis į medikus, nebuvo visiško išgyjimo efekto.

Šiuo metu Lietuvoje beveik nėra problemos pristatyti reikiamų vaistų, tiktai iškyla tų vaistų įperkamo problema. Manau, taikomą vaistų kompensavimo sistemą iš esmės reikėtų laikyti teigiamu dalyku, bet toli gražu ne visada kompensuojami būtiniausi vaistai, kurie reikalingi. Tai, kad būtų atsižvelgiama į žmonių socialinę padėtį, tebelieka siektinu dalyku. Nors net ir konservatorių 1996 m. vyriausybės programoje buvo įrašyta, jog bus kompensuojami ambulatoriškai skiriami vaistai atsižvelgiant į žmonių socialinę padėtį, šio principo nepavyko įgyvendinti. Tiek labai turtingas, tiek sunkiai galą su galu suduriantis žmogus turi vienodomis sąlygomis dar primokėti už jam skiriamus vaistus ar apsimokėti už tuos vaistus, kuriuos vartoja. Taigi galima sakyti, kad šiuo socialiniu aspektu išgyjamų vaistų išlaidų kompensavimo mechanizmai neveikia ar dar labiau iškreipia situaciją.

Pačių naujausių technologijų prieinamumas, be abejo, turėtų būti susijęs ne su finansinėmis pacientų galimybėmis, bet su liga, nes jeigu diagnozei nustatyti reikalingas magnetinis rezonansas, tai jo panaudojimo galimybė neturėtų priklausyti nuo to, ar žmogus turtingas, ar vargšas.

*Yra manančiųjų, kad sveikatos priežiūros sektorius keitėsi stichiškai ir ta kaita geriausiu atveju atspindėjo periodiškai besikeičiančių valdininkų asmenines ambicijas bei užgaidas. Jei manote, kad pokyčiais buvo sprendžiamos realiai egzistuojančios problemos, gal galėtumėte įvardinti jas? Kokie turėtų būti sveikatos reformos uždaviniai bei tikslai ir kurie šių tikslų buvo suformuluoti Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose?*

*Ar galima teigti, kad pastarąjį dešimtmetį buvo tęsiami sveikatos priežiūros sistemos pertvarkos darbai, pradėti 1989-1990 metais? Gal jau yra darbų, kuriuos pasisekė sėkmingai užbaigti?*

Dėl periodiškumo ir pokyčių. Manau, kad gera pradžia buvo padaryta dar 1988, 1989 m., paskutiniiais metais prieš nepriklausomybę, kada egzistavusi sovietinė sistema leido parodyti tam tikrą iniciatyvą. Ir nors mažai kas tada buvo įdiegta, bet susibūrė grupės entuziastų. Mokslų akademijos ekonomikos instituto darbuotojai, Kauno medicinos instituto, Vilniaus universiteto jaunosios kartos dėstytojai, Sąjūdžio dalyviai, profsąjungų veikėjai, kai kurie suskubę suprasti permainas Sveikatos ministerijos darbuotojai jau tuo metu ieškojo naujovių. Formavosi tam tikras kolektyvas, kuris nebuvo labai susirūpinęs didelėmis politizuotomis nuostatomis, bet ieškojo tam tikro racionalaus grūdo egzistavusioje sistemoje, ir žvelgė į ateitį. Juk pirmi decentralizavimo įsakymai, leidžiantys savivaldybei skirti lignoninės vyr. gydytoją, ir suteikiantys pacientui teisę pasi-

rinkti apylinkės gydytoją, buvo išleisti dar sovietiniais laikais, paskui jie tik pakartoti kaip nauji mūsų valstybės aktai. Be abejo, dažnai keičiantis sveikatos ministrams, ypač po 1992 m. (turbūt, tada pasikeitė daugiausia ministrų, lyginant su kitomis ministerijomis), buvo daromos tam tikros korekcijos. Kai kada bandyta būtinai paneigti tai, kas buvo padaryta prieš tai. Čia iš tikrųjų buvo neišvengta tam tikrų stabtelėjimų ir perlenkimų. Kai kurie darbai, kurie spėjo įsibėgėti 1990-1992m., buvo tęsiami. Visų pirma, kaip vienas iš svarbiausių dalykų, minėtinas gydytojų rengimas, nuo kurio pradėjome reformą 1990 m., atsisakyę nuo bendros sovietinės sistemos. Tada aiškiai pajutome, kad turime sutvarkyti medikų rengimą ir ypač jų kvalifikacijos kėlimą, kadangi nutrūko ryšiai Rytuose, o Vakaruose niekas mūsų nei laukė išskėstomis rankomis, nei buvo pasiruošę priimti. Vakaruose galėjome pasisemti tik teorinės patirties. Įvyko esminiai pakitimai, susiję su universitetinių ligoninių kūrimu, mokslo, mokymo, klinikų integracija, buvo pakeistos programos, įdiegta rezidentūra. Tai iš esmės užbaigta, bet, aišku, tobulintina.

Po 1992 m. kai kuriais atžvilgiais grįžta atgal: vėl pradėti rengti felčeriai, pediatrai mokomi nuo pirmo kurso.

Dar viena sritis, kur sėkmingai dirbama toliau - tai farmacijos, arba aprūpinimo vaistais, pertvarka. Buvo centralizuota farmacijos įmonė, kuri aprūpino vaistais visą Lietuvą ir reguliavo kiekvienos vaistinės steigimąsi arba darbą joje. Naujų savarankiškų vaistinių steigimasis, naujų farmacijos didmeninių įmonių atsiradimas padarė negrįžtamą įtaką, aprūpinant vaistais mūsų šalį. Prasidėjo konkurencija tarp tiekėjų, deja, kai kur peraugusi į nesveiką, reikalaujančią griežtos reglamentacijos. Pavyko sumažinti kai kurių vaistų kainas, pačios vaistinės stengiasi dirbti išradingiau, kad pritrauktų pacientų.

*Iki 1990 metų buvo įprasta pokyčius matuoti penkmečiais. Kokia, Jūsų nuomone, galėtų būti pastarojo dešimtmečio periodizacija?*

Vertindami periodus, ko gero, kiekviename iš jų galėtume ką nors rasti. Ir dabar, aptariant dešimtmetį, galima pažiūrėti iš perspektyvos, kas buvo padaryta, kas tęsiama, prie ko net sugrįžtama. Tačiau, ko gero, norom nenorom vis tiek geriausia būtų vertinti atsižvelgiant į tam tikrą politinę valdančiąją daugumą, nes tai yra tas ketverių metų periodas, kuris vyksta, antrasis Seimas, kurio kadencija turbūt bus visa. Tai, mano manymu, geriausias laiko matas, kada galėtume pasakyti, ką valdančioji dauguma įdiegė, kaip modifikavo ir pertvarką, ir sistemą, kas pasiekta, už ką atsakinga, kaip galų gale žmonės gali įvertinti visą tą periodą. Aš, ko gero, sutrumpinčiau terminą nuo penkmečio iki keturmečio, taigi reikėtų įvertinti 1990 – 1992, 1992 - 1996 ir 1996-2000m. tarpsnius.

*Nuo 1989 iki 1994 metų būsimojo gyvenimo trukmė Lietuvoje mažėjo. 1995 metais šiuo rodikliu matuojamas šalies gyventojų sveikatingumas pradėjo augti ir 1998 metais viršijo 1989 metų lygį. Ką, Jūsų nuomone, reiškia šie skaičiai?*

Kalbant apie tokį rodiklį, kaip būsimo gyvenimo trukmė, reikėtų pasakyti, kad šį faktorių lemia daug dalykų. Reiktų išigilinti į daugelį veiksnių, kurie galėjo turėti įtakos. Kylantis traumatizmas. Galbūt 1990, 1991, 1992 m., kada buvo

įdiegta nauja naujagimių registravimo tvarka, kuri kilstelėjo naujagimių mirtinumą, taip pat darė įtaką tam tikram būsimo gyvenimo trukmės sumažėjimui. Šitų rodiklių augimas po 1994 m. atspindi tai, kad iš tikrųjų yra tam tikra pažanga ir pačiame medicininiame bei sveikatos paslaugų sektoriuose, o antra - visados po tam tikro kritimo prasideda kilimo periodas.

Kadangi žymiai sumažėjo gimstamumas, labiau saugojami gyventojai ir stengiamasi jaunąją kartą daugiau puoselėti. Kai kurios priemonės yra veiksmingos. Paminėtina visuotinė vakcinacija, kuri dėl Imunoprofilaktikos centro veiklos stabilizavosi ir aprūpinimas vakcinomis pagerėjo. Kai ką lėmė ir sumažėjusi gamyba - sumažėjo traumatizmo, ypač vyrų, rodikliai, o tai yra vienas iš gyvenimo trukmei turėjusių teigiamos įtakos veiksnių.

*Kaip vertintumėte sveikatos priežiūros sistemoje naudojamų išteklių (darbuotojai, medikamentai, pastatai, aparatūra, piniginės lėšos) apimties ir kokybės pasikeitimą per pastarąjį dešimtmetį?*

Vienas iš tikrai svarbių žingsnių, kurie ypač dabar pradeda duoti teigiamus rezultatus, yra rezidentūros įvedimas bei gydytojų rengimo dalykai, kurie iš tikrųjų tiek patiems medikams, tiek pacientams užtikrins žymiai aukštesnės kokybės saugumą, pasitikėjimą darbe ir žymiai geresnes darbo kokybės garantijas. Apie medikamentų prieinamumą galima būtų pasakyti tą patį ką ir apie technologijų diegimą. Galbūt, šiame procese kiek atsilieka pastatų renovacija, nes jie atnaujinami priešokiais. Kai kuriuose stacionaruose skyriai paremontuojami ir tampa šiuolaikinio lygio. Tačiau, kažin, ar tai pats geriausias kelias. Galbūt reiktų statyti naujus, šiuolaikiškus pastatus ir į juos perkelti kai kurias įstaigas, o senuosius panaudoti ne medicininėms reikmėms. Tai turėtų būti vienas iš variantų, galbūt net pigesnis nei remontuoti tuos visai senus pastatus. Dvejoju ką reiktų daryti su kaimo ambulatorijomis, kurios 1950-1960 m. buvo didelė pažanga, mat statytos tipinės ir į jas iš klebonijų perkelti medikai. Dabar jos per didelės. Galbūt reiktų visai šalia pastatyti kokią tipinį naują pastatą, kuriame įsikurtų ambulatorija, o ambulatorijos pastatą atiduoti to kaimo seniūnijai. Jame ji galėtų įsikurti kaip įstaiga, organizacija. Medicininei įstaigai tiek ploto, patalpų, kiek yra dabar, tikrai nebereikia.

Pažangą stabdo tai, kad toli gražu ne visada racionaliai naudojamos piniginės lėšos. Manau smarkiai išaugę pačios sistemos valdymo kaštai, nors jie galbūt matuojant procentais nėra dideli, lyginant su kitais kraštais. Bet jie dideli. Be to, kai kurie centralizuoti pirkimai ar centralizuotos investicijos nepasiekia vietų, kur jų labiausiai reikia. Lėšos švaistomos. Akivaizdžiausias pavyzdys galėtų būti privatus širdies chirurgijos centras, į kurį sukišti 66 mln. litų, dabar valstybė už privatininkus moka palūkanas ir rekonstruoja analogiškus skyrius universiteto ligoninėse.

*Panašu, kad daugelis Lietuvos gyventojų geidė draudos medicinos įvedimo. Ko Jūs tikėjotės iš sveikatos finansavimo reformos? Kuriuos iš Jūsų lūkesčių reforma pateisino, o kurių ne?*

Draudos medicinos įvedimą reiktų vertinti palankiai. Manau, kad kai kurie

aspektai yra tikrai teigiami. Visų pirma, biudžetinių įstaigų pavertimas viešosiomis įstaigomis, didesnės finansinės laisvės suteikimas pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Galbūt, ne visos įstaigos yra tam pasiruošusios, kai kurie administratoriai ne visada sugeba racionaliai tas galimybes išnaudoti, kad jas pajustų tiek dirbantys medikai, tiek pacientai. Yra galimybė šiek tiek kaupti lėšas, perkelti iš vienu metų į kitus ką nors išsigyjant, galų gale galimybė paimti kreditus tam tikram laikui. Didžiausias neatitikimas yra tas, kad daugelis tikėjosi (iš dalies ir aš) jog įvedus draudos mediciną, gerai dirbanti gydymo įstaiga galės daugiau užsidirbti lėšų ir investuoti į technologijų atnaujinimą, didesnis pacientų pritraukimas suteiks daugiau lėšų. Dabar reikalai pakrypo taip, kad dalies pacientų tiesiog reikia nenorėti priimti, pritraukti, nes jų gydymas yra nuostolingas. Ir kuo daugiau suteiki paslaugų, tuo labiau gali grimzti į skolas. Klaidinga dabartinė valstybinės ligonių kasos ir Sveikatos apsaugos ministerijos pozicija sumažinti įkainį, o ne kvotas. Sprendimas 5% sumažinti įkainį verčia gydymo įstaigas tiesiog išlaidauti, guldyti 5% daugiau ligonių ir suteikti jiems mažiau paslaugų, nes paslauga kainuoja, o jeigu už ją nemokama, tai jos negalima ir suteikti. Galbūt reikėjo mažinti kvotas, o didinti įkainį, kad gydymo įstaigose būtų kuo mažiau tokių pacientų, kurie paguldomi tik tam, kad būtų gautas iš valstybinės arba teritorinės ligonių kasos finansavimas.

Manau, kad draudos medicina buvo per plačiai įdiegta. Kai kur, pavyzdžiui, pirminėje grandyje, galbūt net ir slaugos, palaikomojo gydymo įstaigoms reikėjo palikti bent jau mišrų finansavimą, t.y. tik dalis paslaugų būtų apmokama iš draudos, o kita turėtų būti apmokama iš biudžeto, nes tose srityse negali būti konkurencijos, būtiniausias paslaugas privalu suteikti. Tai irgi tam tikra prasme išskleidė galimybes sukcentruoti draudos medicinos dėmesį. Kartais draudos medicinos įstaigos, pavyzdžiui, valstybinė ligonių kasa, dirba tik sau. Sakysim, visuotinis statistikos vedimas ir statistikos lapų, kurie pildomi, įvedami į kompiuterį, saugomi toje pačioje kaimo ambulatorijoje. Tų lapų, kuriais niekas nesidomi, kai kur jau pilnos spintos, kyla problemų, tenka daryti bereikalingas išlaidas.

Nuo 1994 m. visiškai užleista visuomenės sveikatos pertvarka ir ši sritis praranda savo įtaką žmonių sveikatinimui.

*Sutinkame ne tik pirmojo posovietinio dešimtmečio, bet ir šimtmečio pabaigą. Kokie buvo reikšmingiausi socialinės raidos ir sveikatos priežiūros plėtros XX amžiuje bruožai?*

Jei prisimintume šimtmečio pradžią, matytume, kad per pirmąjį Nepriklausomos Lietuvos ir net pokarinio sovietmečio laikotarpius buvo diegiama socialinė kryptis. Prieškarinėje Lietuvoje pastatytos apskričių ligoninės, kurios faktiškai sudarė galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas visiems žmonėms, steigėsi įvairios ligonių kasos, tam tikrų visuomenės sluoksnių savišalpos kasos. Nesvarbu, kokios valdžios buvo, pagrindine kryptimi išliko socialinio teisingumo kryptis. Įvairiais periodais būta visai, pavyzdžiui: socialinės globos paslaugos prieškarinėje Lietuvoje buvo daugiau bažnyčios, vienuolynų rūpestis; pokario metu

tos paslaugos buvo labai išplėtotos ir teikiamos bendrai visos šalies žmonėms; paskui apie jas pradėta kalbėti sveikatos priežiūros prieinamumo ir kvalifikuotos medicininės pagalbos prasme. Nors ir nepakankamo lygio, ši priežiūra buvo priartinama prie žmogaus, prieinamumas buvo gana geras. Per pirmąjį pokomunistinį dešimtmetį ši prieinamumą mes gerokai sumažinom, bet gerokai kilstelėjome paslaugų kokybę tiek per medikamentų įvairovę, tiek per medikų kvalifikacijos kėlimą, tiek per technologines galimybes.

*Socialinės transformacijos Lietuvoje vyksta kartu su radikaliais pokyčiais Europoje. Ko vertėtų pasimokyti iš kitų valstybių? Gal išvelgiate sričių, kuriose Lietuvoje patirtis rekomenduotina artimiems ir tolimesniems kaimynams?*

Lygindami su Europos valstybių socialinėmis kaitomis, matome tam tikrus prieštaravimus. Socialinė sritis Vakaruose žymiai labiau išstobulinta ir tam tikra prasme daugmaž socializuota, paslaugų teikiamo socialinis kontekstas labai skirtingas. Iš tikrųjų, mūsųose, ypač dabar, per daug diegiama rinkos ekonomikos elementų tiek socialinėje, tiek sveikatos srityje, o daugumas Europos valstybių šių elementų yra atsisakiusios. Griaudami sovietinę patirtį, labai daug tikėdamiesi iš rinkos ekonomikos, bandome tą patį daryti socialinėje srityje. Manau, kad mes turėtumėme iš Europos, konkrečiai - iš Skandinavijos valstybių, kurios yra arčiau mūsų, pasimokyti, kad to, kas buvo gera net ir buvusioje sovietinėje sistemoje, reikėtų neatsisakyti, ypač paslaugų prieinamumo. Tą patį galėčiau pasakyti ir apie mūsų sveikatos įstaigų tinklą. Manau, kad poliklinikos daugeliui Europos valstybių siektinas dalykas, nes jie ėjo nuo labai individualios prie grupinės praktikos. Dar ne visi priėjo iki grupinės praktikos, nors kai kuriose valstybėse tai jau įdiegta, o kai kuriose diegiama dabar. Taigi tokius darinius mes galėtumėme išsaugoti, tai pavyzdys, kad tokį modelį galima pritaikyti ir kitose valstybėse kaip gana ekonomiškai pagrįstą ir pacientui patogų bei prieinamą.

*Skaitytojų teismui rengiama knyga bus pateikta 2000 metais. Kokios, Jūsų nuomone, dabar yra spėjtinios problemos Lietuvoje ir kaip šias problemas siūlytumėte spręsti ar bent jau švelninti?*

Manychiau, kad ties 2000-ųjų metų riba viena iš spėjstinausių problemų yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas žmonėms. Ypač kaimo žmogui nelengva pasiekti sveikatos priežiūros įstaigas. Kai kuriose rajonuose autobusai į kaimus važiuoja tik vieną kartą per savaitę ir tai sėkmadienį. Taigi galima nuvažiuoti papoteriauti už sveikatą, bet ne surasti dirbantį gydytoją ir gauti paslaugas.

Diegiant rinkos ekonomikos elementus, labai susilpnėjo profilaktinis darbas. Ypač vaikų, moksleivių sveikatos priežiūra gerokai pablogėjo. Mokyklose turėtų būti visuomenės sveikatos specialistai bei medicinos seserys ar slaugytojos, kad būtų galima prižiūrėtų tokį didelį vaikų kolektyvą ir teikti tam tikras paslaugas. Tų paslaugų stygius ypač matyti stomatologijos srityje - nemažai daliai stomatologinių paslaugų tapus privačiomis, iš mokyklų pasitraukė gydytojai stomatologai, suteikdavę bent būtiniausias pagalbą. O toli gražu ne visi tėvai gali vaikus nuvesti į komercines stomatologines įstaigas. Todėl turime žymų karieso šuolį,

padidėjusį dantų traukimą vietoje dantų gydymo. Numatomas mokamų stomatologinių paslaugų platus diegimas padėtų gali dar labiau pabloginti.

*Šalyje plačiai diskutuojama dėl PSP reformos, dalinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo privatizacijos, poliklinikų atėties, ligoninių restruktūrizacijos. Kokios, Jūsų nuomone, šių diskusijų priežastys bei kaip paslaugų teikimo organizavimas keisis artimiausiais metais?*

Pirminės sveikatos priežiūros reformą vertinu teigiamai. Pirminės sveikatos priežiūros išskyrimas leido kai kur šioms įstaigoms atsigauti: buvo susiklosčiusios tradicijos rajonuose, kur egzistavo viena centrinė rajono ligoninė didesnę dėmesį skirti pačiai ligoninei o ne pirminės sveikatos priežiūros grandžiai. Nors, aišku, kiek pirminei sveikatos priežiūrai besiktum, vis tiek daugiau lėšų bus sunaudota antrinei ir tretinei grandžiai, nes tai tiesiog finansams imlesnės technologijos ir išlaidos didesnės. Bet ir PSP grandyje neapsieita be perlenkimų: išskaidymas į daugelį įstaigų, steigimas visiškai atskirų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, antrinių, konsultacinių poliklinikų, psichinės sveikatos centrų, stomatologinių kabinetų, ligoninių. Įprastu reiškiniu tampa, kad tas pats žmogus turi bent keturias ar penkias ambulatorines korteles. Ne tik didėja išlaidos kiekvienai kortelei, bet ir niekas negali gauti integruotos informacijos apie žmogaus sveikatą. Vėl kuriasi biurokratiniai mechanizmai: anksčiau žmogus persinešdavo tą pačią kortelę iš vieno kabineto į kitą, o dabar tame pačiame pastate yra po keturias registratūras.

Dėl ligoninių. Manau, kad apsisprendimas dėl administracinio padalijimo, iš dalies SAM funkcijų perdavimas apskritims turėtų tą dalyką sureguliuoti. Kiekvienoje apskrityje turėtų būti garantuotos tam tikro lygio minimalios, bet kokybiškos paslaugos. Ir jei pacientų yra pakankamai, neturėtų būti slopinamas naujų skyrių bei paslaugų diegimas tose apskrityse. Aukščiausio lygio įstaigose turėtų likti tik tai, kas dėl labai mažo pacientų kiekio ar specifiškumo būtina sukonzcentruoti. O visa kita tose gydymo įstaigose, kur yra specialistai, pakankamas ligonių kontingentas, turėtų būti leista.

Manau, kad privatizuojama turėtų būti planingai. Jei nematome reikalo steigti viešąją valstybinę ar savivaldybės įstaigą, jas galima pakeisti privačiomis įstaigomis. Bet tai turėtų būti apgalvota, kad nesukeltų "juodos" konkurencijos, kai siekiant pelno kartais kurį laiką paslaugos teikiamos dempingo kainomis, kad būtų sužlugdyta greta esanti įstaiga. Arši konkurencija neatitinka socialinės sveikatos sistemos paskirties. Kai kur viešos įstaigos gali būti pakeistos privačiomis, bet turi būti sudaryta sutartis su teritorinėmis ligoninių kasomis dėl aptarnaujamų teritorijos. Lietuvoje padaryta klaidų steigiant vaistines vieną šalia kitos ar virš kitos, stomatologinius kabinetus. Daugelyje pasaulio šalių steigimas siejamas su gyventojų skaičiumi. Steigiant naują sveikatos įstaigą reikėtų šia patirtimi pasinaudoti labai nekreipiant dėmesio, ar tai privati, ar viešoji įstaiga. Manau, kad viešosios įstaigos mūsų šalyje dominuos dar gana ilgai.

*Kaip atrods Lietuvos socialinis sektorius ir ypač sveikatos priežiūra po dešimties metų?*

Perspektyva graži. Tikiu, jog ir technologijos, ir suteikiamų paslaugų kokybė kils. Manau, kad per dešimt metų pasikeis (į gerąją pusę) mūsų įstaigų pastatų išvada. Gydytojų kvalifikacija aukšta, medikamentai efektyvūs, technologijos naujoviškos, bet aplinka, kur pacientas priimamas, taip pat labai svarbi. Per dešimt metų gali sugrįžti į Lietuvą tam tikra sveikatinimo, sveikatos išsaugojimo vertė. Rūkymo bumas irgi stabtelės tiek tarp moterų, tiek tarp vaikų. Dalis žmonių sugrįš į stadionus, sporto sektorius – ekonomikai pradėjus augti žmonės laisvalaikiui pasirinks aktyvesnį gyvenimo būdą. Madingas turėtų tapti svorio reguliavimas ir kiti dalykai, kurie teigiamai paveiktų žmogaus sveikatą ir jo gyvenimo trukmę.

*Ko linkėtumėte Lietuvos medikams, jų pacientams, politikams, rašantiems sveikatos priežiūros vadybos temomis?*

Palinkėčiau pacientams – sveikatos, medikams - pacientų (gan prieštaringas linkėjimas) ir neįveikiamų ligų išgydymo, politikams - likti politikais ir įgyvendinti socialinį teisingumą, rašantiems - kuo daugiau pateikti objektyvios informacijos ir naujų idėjų.



## TURINYS

Leidėjų žodis.....	3
Įvadas.....	4
I dalis. Socialinė-ekonominė raida Lietuvoje 1989-1999 metais.....	6
Lietuvos ekonomikos raida 1989 -1999 metais.....	7
Bendrojo vidaus produkto apimtis 1998 metais.....	7
BVP kitimas 1989-1998 metais.....	12
BVP kitimo šaltiniai.....	16
Prekių eksportas.....	19
Investicijos.....	22
Asmeninis (namų ūkių) vartojimas.....	24
Augimo perviršis.....	25
Lietuvos ūkio struktūra.....	26
Gamybos konkurencingumas.....	28
Einamosios sąskaitos deficito problema.....	31
Infliacija.....	33
Prognozė.....	38
Socialinė raida ir jos veiksniai.....	42
Gyvenimo lygio ir kokybės raida.....	42
Gyventojų ekonominis aktyvumas.....	44
Valstybės socialinės politikos įtaka pajamų kaitai.....	51
Demografinė situacija Lietuvoje 1990 – 1999 metais.....	55
Gimstamumas.....	56
Mirtingumas. Vidutinė būsimo gyvenimo trukmė.....	57
II. Sveikatos priežiūros sektoriaus raida Lietuvoje.....	74
Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje.....	75
Įvadas.....	75
Sveikatos politikos formavimo etapai.....	76
Lietuva ir tarptautinės sveikatos politikos formavimas.....	82
Išvada.....	83
Bibliografija.....	83
Lietuvos Sveikatos priežiūros išteklių ir jų struktūra.....	85
Medicinos ir kitas personalas.....	85
Gydytojai, jų skaičius ir rengimas.....	87
Slaugos personalas ir jo rengimas.....	90
Viduriniojo medicinos personalo rengimo reforma.....	93
Kitas personalas bei jo kvalifikacijos kėlimas.....	94
Sveikatos priežiūros išteklių, sukaupti ligoninių sektoriuje (ligoninių lovų skaičius, dinamika, pasiskirstymas).....	98
Ligoninių išteklių panaudojimas (VGT, hospitalizacijų skaičius, lovdienų skaičius, medicininio veiksmingumo dinamika).....	104
Sveikatos priežiūros finansavimo lygis.....	110
Finansavimo šaltiniai.....	110
Vaistų vartojimas sveikatos sektoriuje.....	114

Išteklių dinamikos 2000-2010 metais prognozė .....	117
Sveikatos priežiūros organizacinė struktūra ir paslaugų teikimas.....	119
Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas ir jo raida.....	119
Teritorinis sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymas .....	124
Paslaugų teikimo faktinės tendencijos .....	126
Ambulatorinių SP paslaugų teikimas .....	126
Greitoji medicinos pagalba.....	129
Diagnostiniai tyrimai bei fizioterapijos procedūros .....	130
SP paslaugų teikimas stacionarinės priežiūros įstaigose .....	132
SP paslaugų teikimo pirmenybės nustatymas .....	138
Visuomenės sveikatos priežiūra.....	144
Aprūpinimas vaistais .....	148
Sveikatos priežiūros valdymas.....	151
Sveikatos priežiūros reformų ideologija .....	151
Teisinė sistema.....	157
Sveikatos priežiūros organizavimas ir valdymas 1990-1995 metais .....	159
Decentralizavimas .....	159
Perėjimas nuo integruoto paslaugų teikimo modelio prie sutartinio modelio ...	161
Sveikatos valdymas 1996-1999 metais.....	161
Apskričių stiprinimas.....	161
Ligonių kasų formavimasis .....	163
Sveikatos priežiūros įstaigų valdymo pertvarkymas .....	163
Nacionalinio sveikatos sistemos valdymo lygio pertvarka.....	164
Sveikatos priežiūros finansavimo reforma.....	168
Sveikatos priežiūros finansavimo reformos prielaidos: finansavimas TSRS bei pirmieji pasiūlymai reformuoti .....	168
Reformos eiga 1990-1992 metais (savivaldybių ir įstaigų teisių išplėtimas, VLK įsteigimas, naujos ūkininkavimo sąlygos) .....	172
Sveikatos draudimo elementų formavimasis.....	176
Pagrindiniai Lietuvos draudiminio finansavimo bruožai.....	192
Lietuvos sveikatos draudimo sistemos tarptautinė aplinka .....	201
Bendroji apžvalga.....	201
Šalies kandidatės sveikatos draudimo sistema .....	202
Sveikatos draudimo struktūra.....	202
Finansavimas.....	203
Paslaugų sąrašas.....	203
Paslaugų teikimas .....	204
Mokėjimas už paslaugas.....	204
Siuntimų politika (gatekeeping).....	204
Išvados .....	205
Bibliografija.....	210
Į klausimus atsako sveikatos apsaugos ministras Raimundas Alekna .....	211
Į klausimus atsako profesorius aleksandras laucevičius .....	219
Į klausimus atsako pirmasis atkurtos nepriklausomos lietuvs respublikos sveikatos apsaugos ministras Juozas olekas .....	223
Turinys.....	231

PIRMASIS REFORMŲ DEŠIMTMETIS:  
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUS  
SOCIALINIŲ-EKONOMINIŲ POKYČIŲ KONTEKSTE

2000

Išleido:

**UAB Sveikatos ekonomikos centras**

Vileišio 18, Vilnius SL 2217

Telefonas: 346370, faksas: 346369

E-mail: [sec@takas.lt](mailto:sec@takas.lt)

Spausdino:

**PIF agentūra**

Neries kr. 16-111, Kaunas

tel: 362173

Parengta spaudai 2000 09 05. Tiražas 1000 egz. Užsakymo nr. 553

