MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS

INDRĖ ŽILĖNAITĖ

LIETUVOS SVEIKATOS SEKTORIAUS VEIKLOS VERTINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
Prof. habil. dr. Ž. Simanavičienė

VILNIUS, 2020

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS

LIETUVOS SVEIKATOS SEKTORIAUS VEIKLOS VERTINIMAS

Verslo sistemų ekonomikos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 6211JX079

Konsultantas

Vadovė
Prof. habil. dr. Ž. Simanavičienė
2020 04

Recenzentas

Atliko
VSEvmis18-01 gr. stud.
I.Žilėnaitė
2020 04 11

VILNIUS, 2020

TURINYS

ĮVADAS **8**
1. SVEIKATOS SEKTORIAUS VEIKLA **10**
1.1. Sveikatos apsaugos modeliai 10
1.2 Sveikatos sektoriaus veiklos rodikliai 16
2. SVEIKATOS SEKTORIAUS TYRIMO METODOLOGIJA **23**
3. LIETUVOS SVEIKATOS SEKTORIAUS VEIKLOS VERTINIMAS **28**
3.1 Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje 28
3.1.1. Lietuvos sveikatos sistemos modelis 28
3.1.2. Sveikatos priežiūros įstaigos 30
3.1.3. Sveikatos draudimas 33
3.1.4. Gydymo paslaugų kainodara 39
3.1.5. Lietuvos sveikatos strategija 2014-2025 m. ir veiklos vertinimo rodikliai 41
3.2 Privalomojo sveikatos draudimo fondo analizė 45
3.3 Sveikatos sektoriaus lovų fondo analizė pagal Pabon Lasso modelį 48
3.4 Lietuvos sveikatos sektorius Europos šalių kontekste 51
IŠVADOS **56**
LITERATŪROS SĄRAŠAS **58**
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS **65**
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA **67**
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA **69**
PRIEDAI **71**

LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos draudimo modelių bruožai 13
2 lentelė. Sveikatos apsaugos sektoriaus veiklą apibūdinantys rodikliai 16
3 lentelė. Europos sveikatos vartotojų indekso rodikliai 21
4 lentelė. Lietuvos sveikatos sistemos modelio bruožai 29
5 lentelė. LNSS ASPĮ teikiamos mokamos ir nemokamos paslaugos 39
6 lentelė. ASPĮ veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas 42
7 lentelė. ASPĮ veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas 42
8 lentelė. Lietuvos 2014–2025 metų sveikatos strategija 44
9 lentelė. Lovų panaudojimo rodiklių duomenys pagal ligoninių lygius 51

PAVEIKSLAI

1 pav. Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimo modelis 23
2 pav. Pabon Lasso modelio matrica 25
3 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas Lietuvoje 31
4 pav. LNSS įstaigų klasifikavimas 32
5 pav. Supaprastinta PSD sistemos schema 34
6 pav. Finansavimo iš PSDF schema 36
7 pav. PSSD schema 38
8 pav. Koeficiento parinkimas faktiniam aktyviojo gydymo atvejo kainos skaičiavimui 41
9 pav. 2010-2018 m. PSDF pajamų struktūra ir dinamika 45
10 pav. 2010-2018 m. PSDF išlaidų struktūra ir dinamika 46
11 pav. 2010-2018 m. PSDF biudžeto dinamika ir įvykdymas 47
12 pav. Pabon Lasso modelio pagrindu atlikto tyrimo matricos pagal ligoninių lygius 49
13 pav. Gydytojų skaičiaus dinamika 53
14 pav. Aktyviojo gydymo lovų skaičiaus dinamika 53
15 pav. Lovų skaičius pagal apskritis ir gyventojų tankis 54

SANTRUMPOS

ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

ASPP – asmens sveikatos priežiūros paslaugos;

EHCI – Europos sveikatos vartotojų indeksas (angl. Europe Health Consumers Index);

HCP – Sveikatos vartotojų „jėgainė“ (angl. Health Consumer Powerhouse);

LA – lovos apyvarta;

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema;

LUK – lovos užimtumo koefiecientas;

PSD – Privalomasis sveikatos draudimas;

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas;

PSSD – papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas;

SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija;

TLK – Teritorinė ligonių kasa;

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

SĄVOKOS

Aktyviojo gydymo atvejis – paciento gydymo laikotarpis (gydymo etapas), kuriuo jam teikiamos aktyviojo gydymo paslaugos (SAM įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija).

Aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas – dydis, parodantis bazinės ir faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainų santykį ir priklausantis nuo gimininių diagnozių grupės, kuriai priskiriamas aktyviojo gydymo atvejis, ir gydymo trukmės. Bazinė aktyviojo gydymo kaina prilyginama vienetui, o gimininių diagnozių grupių kainų koeficientai apskaičiuojami vieneto atžvilgiu (SAM įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija).

Aktyviojo gydymo paslaugos – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo, tęstinio aktyvaus gydymo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis, išskyrus ilgalaikio gydymo ir stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas ir asmens slaugančio vaiką (-us) išlaikymą (SAM įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija).

Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina – kiekvienais metais nustatoma ataskaitinio laikotarpio (praėjusių kalendorinių metų) nekintamoji faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainos dalis, išreikšta balais (SAM įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija).

Gimininių diagnozių grupė – aktyviojo gydymo paslaugų grupė, kurią sudaro medicinos (pagal diagnozes ir kitus kriterijus) ir ekonomikos (pagal sąnaudas) požiūriu panašios paslaugos (SAM įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija).

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2020 m. aktuali redakcija).

ĮVADAS

Pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemos tikslai visose šalyse yra veiklos tvarumo ir paslaugų kokybės užtikrinimas. O Lietuvos sveikatos sektoriuje stebima nestabili aplinka – vykdomos nenuoseklios reformos. Tai riboja sklandų sveikatos sektoriaus vystymąsi ir paslaugų kokybės tobulinimą, trukdo siekti ilgalaikių tikslų ir bendros sveikatos sektoriaus vizijos.

Magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali institucijoms, atsakingoms už sveikatos sistemos veiklos organizavimą ir finansavimą tiek Lietuvoje, tiek užsienyje. Taip pat šis tyrimas naudingas sveikatos įstaigų vadovams, siekiantiems įvertinti valdomos sveikatos įstaigos lovų efektyvumą ar palyginti padalinių veiklą.

Senstančioje visuomenėje bei „jaunėjant ligoms“, vis aktualesni klausimai susiję su sveikatos priežiūros paslaugomis, kurių paklausa auga, o mažėjant darbingo amžiaus piliečių, svarbu išteklius sveikatos sektoriuje naudoti racionaliai ir ekonomiškai, optimizuoti veiklą, kad būtų pasiekti aukščiausi kokybės rezultatai mažiausiomis sąnaudomis. Svarbus rodiklis yra sveikatos paslaugų prieinamumas, o Lietuvoje yra skundžiamasi ilgomis eilėmis pas gydytojus, todėl tai verčia domėtis ar yra pakankamas šių specialistų skaičius šalyje. Taip pat kyla pasipiktinimas, kai esant nemokamai sveikatos priežiūrai Lietuvoje, gydantis sveikatos įstaigoje, iš asmeninių lėšų reikia įsigyti medikamentų ar tvarsliavos, taip pat yra vis dar paplitę neoficialūs mokėjimai personalui. Kadangi kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas galima teikti tik esant pakankamam finansavimui ir efektyviam išteklių valdymui, todėl yra svarbu analizuoti duomenis, identifikuoti silpnąsias šios sistemos struktūras ar neefektyviai veikiančius procesus, domėtis esamu finansavimu, o remiantis gautais rezultatais priimti tinkamus administravimo ir valdymo sprendimus.

Darbas yra sudarytas iš trijų pagrindinių dalių kur pirmoje iš jų, analizuojant mokslinę literatūrą, nagrinėjami pagrindiniai istoriškai susiklostę sveikatos draudimo modeliai bei pristatomos kitos šiuo metu pasaulyje veikiančios sveikatos apsaugos sistemos. Taip pat nagrinėjami mokslininkų naudojami rodikliai sveikatos sektoriaus veiklai analizuoti. Antroje dalyje pateikiama sveikatos sektoriaus tyrimo metodologija: analizių pagal Pabon Lasso modelį ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto metodikos bei sudarytas sveikatos sektoriaus vertinimo modelis. Paskutinėje, trečioje dalyje, remiantis galiojančiais teisės aktais, reglamentuojančiais sveikatos sektoriaus veiklą, analizuojama sveikatos sistema Lietuvoje: struktūra, finansavimas, vykstantys procesai ir ryšiai tarp jų. Veiklos rodiklių ir duomenų analizei pasirinkta aktyvaus gydymo lovų ir gydytojų skaičiaus statistika bei finansavimas (Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas (toliau PSDF), valstybės išlaidos sveikatai). Tyrimui pagal Pabon Lasso modelį atlikti naudojami du pagrindiniai lovų panaudojimo rodikliai – lovos apyvarta (toliau, LA) ir užimtumas. Analizuojamas

gydytojų ir lovų skaičius, jų dinamika. Duomenys lyginami su kitomis Europos sąjungos šalimis. Finansavimui įvertinti atliekama PSDF biudžeto analizė bei valstybės sveikatos sektoriui skiriamų lėšų palyginimas su kitomis Europos šalimis.

Tyrimo problema – kaip vertinti Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklą?

Tyrimo objektas – Lietuvos sveikatos sektoriaus veikla.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti ir atlikti Lietuvos sveikatos sektoriaus vertinimą.

Tyrimo uždaviniai:

1. išanalizuoti sveikatos apsaugos modelius bei sektoriaus rodiklius;
2. parengti Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimo modelį;
3. išanalizuoti Lietuvos sveikatos sistemos veikimo principus;
4. atlikti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir valstybės skiriamų lėšų sveikatos priežiūros sektoriui analizę bei vertinimą;
5. atlikti tyrimą pagal Pabon Lasso modelį ir apskaičiuoti lovų panaudojimo efektyvumą Lietuvoje.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, teisės aktų analizė, analizė ir sintezė, indukcija ir dedukcija, loginio ir grafinio modeliavimo metodai, statistinių duomenų analizė, sisteminimas ir klasifikavimas, rodiklių sisteminė analizė.

1. SVEIKATOS SEKTORIAUS VEIKLA

Šiame skyriuje bus nagrinėjami sveikatos apsaugos modeliai ir sveikatos sektoriaus veiklą apibūdinantys rodikliai.

1.1. Sveikatos apsaugos modeliai

Gerovės valstybė suprantama kaip socialinės gerovės garantas visiems visuomenės nariams ir tai yra piliečio socialinė teisė, kuri užtikrinama per socialinę ir sveikatos apsaugą, švietimo ir socialinės paslaugas, darbo rinkos ir būsto politiką. (Aidukaitė ir kt., 2012).

Neoklasikinė teorija (Arthur Cecil Pigout, Jacques Leon Rueff) teigia, kad socialinė apsauga neigiamai veikia ekonominę plėtrą, kadangi susidaro papildomos darbo sąnaudos, kyla nedarbas ir trukdoma konkurencingumui, todėl reikia mažinti su šia sritimi susijusias išlaidas. John Maynard Keynes teigia priešingai: yra skatinamas ekonomikos kylimas, didėja užimtumas ir darbo produktyvumas. Ir tai tapo, Vakarų Europoje XIX-XX amžiuje susiformavusių socialinės apsaugos modelių pagrindu. Daugelis autorių, Aidukaitė ir kt. (2012), Bitinas ir kt. (2011), Bitinas (2011), Dromantienė ir Česnuitytė (2011), Kutzin (2011) išskiria šiuos:

- *Beveridžo (Beveridgean)* – išmokų (gaunamų naudų) paketas pagrįstas poreikiais, nesiejamas su įmokų dydžiu;
- *Bismarko (Bismarckian)* – išmokų paketas yra siejamas su įmokų dydžiu.

Bismarko modelis. XIX amžiaus pabaigoje, 1884 metais Vokietijos imperijos kancleris Otas fon Bismarkas (Otto von Bismarck) (1815-1898) pirmą kartą pasaulyje pristatė plačiai įgyvendinamą sveikatos draudimo modelį. Bismarko sveikatos draudimas buvo pirmasis iš trijų pagrindinių Vokietijos socialinio draudimo sistemos pamatų, apimantis didelę dirbančiųjų dalį ir tai buvo pirmasis žingsnis į demokratizuotą sveikatos priežiūros prieinamumą. Pramonės revoliucija sukėlė vis didesnę socialinę įtampą tarp kylančios darbininkų klasės ir politinio bei ekonominio elito. (Bauernschuster ir kt., 2019)

Tokį sveikatos paslaugų užtikrinimą buvo siekiama įvesti, norint gerinti įmonių produktyvumą, išlaikant sveikus darbuotojus, aktyvinant motyvaciją darbui ir užkertant kelią kylantiems neramumas dėl prastų darbo sąlygų. Taip nebuvo siekiama visuotinės aprėpties – tai buvo teisė, atsirandanti, įgyjant darbuotojo statusą. (Kutzin, 2011)

Įmokos buvo susijusios su uždarbiu ir sudarė vidutiniškai 1,5% darbo užmokesčio, jas bendrai mokėjo darbdaviai (trečdalis) ir darbuotojai (du trečdaliai), taip formuojamas sveikatos draudimo

fondas. Įstatyme nurodytos tik maksimalios įmokos ir minimalios išmokos, kad ligonių kasos turėtų „didelę nuolaidą nustatyti konkrečias išmokas ir įmokų dydžius“. Ligos atveju apdraustieji turėjo teisę gauti nedarbingumo pašalpą, sudarančią ne mažiau kaip 50% nuo vidutinio darbo užmokesčio, nemokamą medicininę ir dantų priežiūrą, išrašomus vaistus, atsitiktinę priežiūrą ir gydymą ligoninėse. Tačiau šis draudimas negarantavo nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų šeimos nariams. Be to, draudimas suteikė motinystės pašalpas, apimančias nemokamą medicinos pagalbą ir pinigines išmokas, mirties pašalpą apdraustųjų šeimai. Sveikatos draudimo sistemą decentralizuotai administruodavo vietos ligonių kasos. Iki 1905 metų kiekvienas fondas buvo valdomas išrinktosios tarybos, kurią sudarė draudimo įmokų mokėtojai: darbuotojai ir darbdaviai. Kadangi įmokos buvo numatytos įstatymais, fondai jas galėjo surinkti pagal viešosios teisės normas. (Bauernschuster ir kt., 2019). Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) pabrėžia, jog Bismarko sveikatos draudimo sistema yra finansuojama iš socialinio draudimo fondų, kurie formuojami iš darbdavių ir gyventojų mokesčių, vadinasi, gyventojai, nemokantys sveikatos draudimo įmokų, neturi teisės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tačiau kaip ir kiekviena sistema, Bismarko modelis, nėra tobula ir susiduria su tam tikrais iššūkiai. Kintant demografinei padėčiai – senstant visuomenei, vis mažesnė visų gyventojų dalis bus ekonomiškai aktyvi ir galės generuoti su darbo santykiais susijusias pajamas, taigi ir mokėti sveikatos draudimo įmokas, todėl tokio sveikatos draudimo fondo pajamos mažėtų. Todėl norint išlaikyti visuotinę aprėptį, vis daugiau subsidijų reikės iš valstybės biudžeto, mažinti darbdavių darbo mokesčių tarifą, norint išvengti nedarbo ir didinti darbuotojo tarifą, norint išlaikyti tvarias pajamas. (Kutzin, 2011)

Naujausi tyrimai rodo, jog svarbiausi šio modelio laimėjimai atsispindi demografijoje. Nuo XIX amžiaus vidurio industrializuotas pasaulis patyrė precedento neturintį mirtingumo sumažėjimą. Daugelyje literatūros šaltinių aptariama padidėjusių pajamų ir pagerėjusios mitybos įtaka, mokslo pažanga visuomenės sanitarinėje situacijoje, tačiau didžioji medicinos pažanga, tokia kaip antibiotikai ir vakcinos, buvo išrasti tik 1930 metais, o jau iki XIX amžiaus pabaigos apdraustųjų sveikatos draudimu gyventojų skaičius padidėjo keturis kartus (nuo 3 iki 15 procentų). Toks žymus mirtingumo sumažėjimas yra pagrindinis demografinis faktas, liudijantis, pradėjusio veikti sveikatos draudimo, teigiamus padarinius ir, be abejonės, turėjęs įtakos ilgalaikiam šio rodiklio mažėjimui. (Bauernschuster ir kt., 2019)

Kitaip nei JAV, Bismarko tipo sveikatos draudimo sistemos neneša pelno (rūpinasi apdraustaisiais ir teikia jiems naudą). Bismarko šalyse gydytojai ir ligoninės paprastai yra privačios. Šis modelis veikia Vokietijoje, Prancūzijoje, Belgijoje, Olandija, Japonijoje, Šveicarijoje, Liuksemburge ir kt. (Wallace, 2013; Minor, 2010)

Beveridžo modelis. Seras Viljamas Henris Beveridžas (William Henry Beveridge, 1879–1963

m.) – Didžiosios Britanijos ekonomistas, kurio idėjomis buvo paremtas ir 1948 metais įvestas ne tik sveikatos apsaugos modelis, bet ir visas socialinių paslaugų paketas. Tai buvo tam tikras gerovės valstybės modelis, kuris susidarė įvedus socialinį draudimą ir susijusias paslaugas. Tai buvo ir šiuolaikinis britų gerovės planas, paprastai minimas jo autoriaus vardu, W. Beveridžo, kuris apibūdinamas kaip gerovės valstybės įkūrėjas. (Dieterle, 2013)

Antrojo pasaulinio karo metu kilo susirūpinimas, kad tuometinė sistema buvo neveiksminga, nes daugybė institucijų buvo atsakingi už „gerovės administravimą“, o rezultatai nebuvo pastebimi. Reformų pradžiai inicijuoti buvo įkurtas komitetas, turintis ištirti padėtį socialinės apsaugos sistemoje. (Dieterle, 2013)

Beveridžo pranešime visiems piliečiams pasiūlyta sistema „nuo lopšio iki kapo“. Jame buvo pateikti pasiūlymai dėl nacionalinės sveikatos tarnybos, pašalpos šeimai, visiško užimtumo ir universalios socialinio draudimo sistemos, kuri turėjo būti pagrindinis socialinės apsaugos ramstis. Modelis turėjo būti pagrįstas visapusišku socialinio aprūpinimo principu ir bendradarbiavimu tarp asmens ir valstybės. Ji buvo sukurta kaip socialinio draudimo sistema, kuri užtikrintų apsaugą nutrūkus pajamoms ir esant ypatingiems įvykiams, tokiems kaip gimdymas, santuoka ir mirtis. Esminis socialinio draudimo aspektas yra tai, kaip mokamos įmokos. Ataskaitoje griežtai reikalaujama, kad kiekvieno apdraustojo ar jo darbdavio privalomos įmokos būtų vienodo dydžio, neatsižvelgiant į jo turimas lėšas. Visi apdrausti asmenys, turtingi ar neturtingi, mokės tas pačias įmokas ir gaus vienodą naudą (Beveridge, 1942). Jame buvo siūlomos vienodo dydžio įmokos ir lengvatos bei visuotinė aprėptis. Siūlomi pagrindiniai socialinio draudimo principai, įmokas mokėjusiems asmenims: ligos, išėjimo į pensiją, nedarbo ir našlystės metu. (Sugita, 2014)

Taigi, išmokų dydis siejamas su poreikiais, o ne įmokų dydžiu. Šiuo modeliu buvo siekiama visuotinės aprėpties, pagerinti visuomenės sveikatą, garantuoti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas visiems piliečiams. (Švagždienė ir kt, 2011). Taigi, remiantis šiuo modeliu, sveikatos priežiūrą gauna visi piliečiai, o finansuojama iš valstybės biudžeto per mokesčių pajamas (Wallace, 2013). Ligonines valdo valstybė (Minor, 2010).

Šis modelis vyravo Šiaurės Europoje XX amžiaus antroje pusėje. Šiuo metu šis modelis sutinkamas aukštą ekonominio išsivystymo lygį turinčiose šalyse: Airijoje, Danijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Norvegijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje, Suomijoje, Švedijoje, Islandijoje, Naujojoje Zelandijoje (Wallace, 2013; Minor, 2010). Kaip neigiama savybė įvardijama, jog šis modelis yra paremtas solidarumo principu ir yra neteisingai paskirstomos lėšos, kadangi jos skirstomos pagal poreikį, tad asmenų sumokėtos didesnės įmokos nesuteikia tiek naudos kiek buvo „investuota“ (Švagždienė ir k., 2011). Graikija, Italija, Portugalija, Ispanija, Pietų Korėja 1970-1980 metais persiorientavo iš Bismarko į Beveridžo modelį (Minor, 2010).

Taigi socialinės apsaugos modeliai apėmė ir sveikatos apsauga. Todėl ir sveikatos apsaugo

modeliai vadinami pradininkų vardais. Išanalizavus pagrindinių sveikatos apsaugos modelių veikimo principus, galima išskirti jų ypatybes (žr. 1 lent.):

1 lentelė. Sveikatos draudimo modelių bruožai

YPATYBĖ Sveikatos finansavimo projektavimas	BISMARKO MODELIS	BEVERIDŽO MODELIS
TEISIŲ SUTEIKIMO PAGRINDAS Kuo remiasi ši teisė?	Indėlis/įmoka	Pilietybė/gyvenamoji vieta
FINANSAVIMO BAZĖ Kokie yra lėšų šaltiniai, ir kaip jie renkami?	Darbo užmokesčio mokesčiai	Visos valstybės pajamos iš mokesčių
DRAUDIKAS Kas inicijuoja draudimo procesą?	Darbdavys	Valstybė
IŠMOKŲ PAKETAS Kaip skiriamos sukauptos lėšos vartotojui?	Aiškus/tikslus	Pagal poreikį
VALDYMAS Kaip paskirstomos lėšos?	Savarankiškas Decentralizuotas	Valstybinis Centralizuotas
PASLAUGŲ TEIKĖJAI Kas yra paslaugų teikėjai? Kaip jiems mokama?	Privatūs	Valstybiniai

Šaltinis: parengta pagal Kutzin, 2011

Kutzin (2011) teigia, jog pagal naująsias sveikatos sistemas, vienintelis skirtumas tarp modelių yra susijęs su teise, o visose kitose dimensijose stebime kitimą: paslaugų teikėjai, finansavimo bazė, „draudikas“, išmokų paketas, valdymas, teisių suteikimo pagrindas. Taigi, istoriškai (XIX a. pab. ir XX a. vid.) susiklostę sveikatos apsaugos modeliai šiandien yra persipynę ir tarp jų išnykusi aiški riba, siekiant optimaliausių rezultatų: finansavimo valdymo ir norint išvengti lėšų stygiaus paslaugoms apmokėti, paslaugų kokybės, išlaikant teikėjų konkurencingumą, bet išlaikant galimybę piliečiams gauti šias paslaugas, o valstybei garantuoti teisę į sveikatą. Todėl šalių priskyrimas tam tikram modeliui netenka prasme, kadangi jų ypatybės jau yra gerokai pakitusios žvelgiant nuo modelio ištakų. (Kutzin, 2011). Bismarko ir Beveridžo modelių konvergencija – „Bev-Marck“ (kaip suteikia pavadinimą Kutzin (2011)), sudaro sąlygas sistemų tobulėjimui, to teigiami padariniai:

- daugiau galimybių pajamų šaltiniams;
- galimybės paslaugas gauti tiek iš nacionalinių, tiek iš privačių paslaugų teikėjų;
- konkurencingumas didina efektyvumą, o kartu teikiamų paslaugų kokybę.

O perėjimas nuo įgytos darbuotojo teisės prie visuotinės aprėpties, tai „grynos“ Bismarko modelio eros pabaiga. (Kutzin, 2011)

Įvardijamos Bismarko modelio neigiamos savybes, kad ne visi dirba didelėse įmonėse ir gali mokėti pakankamo dydžio įmokas, padengiančias reikalingas paslaugas (jų kainą), tad norint pereiti nuo darbuotojo įgyjamos teisės prie visuotinumo, iškilo būtinybė Bismarko modelio šalyse gauti subsidijų iš bendrų valstybės pajamų. Negaunant šių mokėjimų tokioje draudimo sistemoje dalį savo piliečių valstybė palieka be teisių į sveikatos apsaugą, o visi prisideda prie valstybės pajamų, mokėdami PVM. (Kutzin, 2011). Bet piliečiai, neturintys su darbo santykiais susijusių pajamų, gyvenantys iš pašalpų, niekada neprisidėjo prie pajamų surinkimo, nes visada gyveno tik valstybės lėšų, išmokų ar pašalpų pavidalu. Priimtina, jei tai yra laikinai nerandantys darbo, ar kitos socialiai pažeidžiamos grupės (pvz.: tėvystė, liga, neįgalumas ar kt.).

Yra ir kitų sveikatos apsaugos modelių: Nacionalinio sveikatos draudimo, Semaškos, rinkos. Jie bus trumpai pristatyti.

Nacionalinio sveikatos draudimo arba Tomi Daglaso [Tommy Douglaso] modelis. Nacionaliniame sveikatos draudimo modelyje yra tiek Beveridžo, tiek Bismarko modelių elementų. Jis paremtas privataus sektoriaus paslaugų teikėjais, tačiau mokėjimas gaunamas iš vyriausybės vykdomos draudimo programos, kurią visi piliečiai finansuoja iš įmokos ar mokesčio. Šios universalaus draudimo programos paprastai yra pigesnės ir turi mažesnes administracines išlaidas nei amerikietiško profilio profesinio draudimo planai. Nacionalinis sveikatos draudimas taip pat kontroliuoja išlaidas, ribodami medicinos paslaugas, už kurias yra mokama iš jo lėšų, ir (arba) reikalaudami, kad pacientai gydymo lauktų eilėse. Klasikinį šio modelio pavyzdį galime sutikti Kanadoje, kuris vadinamas “Medicare“. (Wallace, 2013)

Semaškos modelis. Šis sveikatos apsaugos modelis veikė sovietinėse šalyse veikė. Viskas veikė centralizuotai, tačiau nors valstybė rūpinosi šia sritimi ir buvo aptarnaujami visi šalies piliečiais, tačiau tyrimų duomenimis, 1991 metais net 93 procentai gyventojų buvo nepatenkinti veikiančia sistema. Nors gydytojų skaičius buvo pakankamas, tačiau paslaugų prieinamumas buvo prastas, todėl buvo populiarūs neoficialūs mokėjimai (kyšiai). Taip pat sistema turėjo ir kitų trūkumų: stigo medikamentų, menki sveikatos priežiūros personalo atlyginimai, nebuvo specializuotos priežiūros, ligų prevencijos programų, nebuvo skirta dėmesio sveikai gyvensenai. (Matulevičiūtė ir Balžekienė, 2016).

Rinkos modelis arba „out-of-pocket“ („iš kišenės“)

Dar yra išskiriamas ir rinkos modelis, kai sveikatos paslaugų teikimas grįstas paklausos-pasiūlos dėsniu. JAV sveikatos priežiūros reforma yra pirmasis bandymas visuotinę sveikatos priežiūrą vykdyti rinkos pagrindu (Minor, 2010). Arba, kaip skambiai vadina, Wallace (2013) – “Out-of-pocket model” (“Iš kišenės“). Modelis, kuris yra „kišenėje“, yra tas, kuris aptinkamas

daugumoje pasaulio. Jis, dažniausiai, veikia šalyse, kurios yra per skurdžios ar netvarkingos, kad galėtų teikti kokią nors nacionalinę sveikatos priežiūrą. Šiose šalyse paslaugas gauna tie, kurie turi pinigų ir gali susimokėti už sveikatos priežiūrą, o geriausia yra – nesirgti. Afrikos, Indijos, Kinijos ir Pietų Amerikos provincijos regionuose šimtai milijonų žmonių visą savo gyvenimą praleidžia niekada nematydami gydytojo. (Wallace, 2013). JAV yra būdinga: privačios draudimo ir paslaugų teikėjų rinkos, prieiga priklauso nuo sugebėjimo mokėti, atskirtis skurdžiausiems ir pažeidžiamiausiems. JAV sveikatos priežiūros reforma yra pirmasis bandymas „visuotinę“ sveikatos priežiūrą, pagrįsti rinkos pagrindu. Minor (2010) skambiai pareiškia: „likusiame išsivysčiusiame pasaulyje yra „Bismarkas“ ir „Beveridžas“, o Amerika turi „bliuzą“ sveikatos apsaugoje“ – neatsakingą, nekoordinuotą sveikatos apsaugos sistemą. Kitos šalys, turinčios rinkos modelį: Pietų Afrika Respublika, Urugvajus, Bahamai, Čilė, Argentina. (Minor, 2010).

Atkreipiamas dėmesys, jog vyko daugybę dabartinės JAV sistemos nuosmukių. Visų pirma tai, kad amerikiečiai patiria didžiausias su sveikatos apsauga susijusias išlaidas lyginant su kitomis industrinėmis šalimis. Vienas pastebimas bruožas buvo toks, jog šalyse, kurios sveikatos apsaugos sistemoje siekia visuotinės aprėpties, sveikatos priežiūrai išleidžia žymiai mažiau lėšų nei JAV. JAV sveikatos priežiūros sistema teikia skirtingas priežiūros rūšis ir aprėptį skirtingiems gyventojų sluoksniams, todėl ji yra suskaidyta ir todėl brangi. Tad geriausia yra ta sistema, kuri apima sveikatos apsaugą visiems asmenims „nuo lopšio iki kapo“. Tai savo ruožtu daro prevencinę priežiūrą tam, į kurią investuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, taigi ilgainiui sumažėja išlaidos ir gerėja sveikata (Wallace, 2013). Minor (2010) pabrėžia faktus: Bismarko modelio šalyse sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui augimas yra didesnis, o Beveridžo turi ekonominį pranašumą bei sveikatos rezultatų pranašumą, susijusių su ligomis, reikalaujančiomis sistemingo, organizuoto visuomenės tikrinimo – prevencinių programų (pvz., krūties vėžio, TBC); pasitenkinimas decentralizuotomis Bismarko modelio sistemomis, paprastai, didesnis nei centralizuotose Beveridžo. Weale (2015) pateikia prieštaringus argumentus kiekvieno modelio atžvilgiu: priklausomai, nuo to, kuriai socialiniai grupei priklauso asmuo, jis skirtingai vertintų, kurią sistemą pasirinkti, tiksliau atsižvelgtų ne į sistemos modelį, tačiau į valstybę, kurioje jo padėties asmeniui yra palankesnės sąlygos, geresni jo ligos gydymo rodikliai. Weale (2015) pateikia pavyzdžius, vertus apmąstymų. Tarkime, penkiasdešimtmetis vyras riktųsi šalį, kurioje prostatos vėžio išgyvenamumas yra aukščiausias, tai būtų Prancūzija ar Vokietija (Bismarko modelis). Kai tuo tarpu, jei spręstų, moteris, susirūpinusi krūties vėžiu – rinktųsi Švediją (Beveridžo modelis) dėl ilgesnio išgyvenamumo. Bet įsivaizduokime, esančio įsčiose, kūdikio apgalvotą sprendimą, žinoma, jis atsižvelgtų į naujagimių išgyvenamumo rodiklius, ir jis taip pat pasirinktų Švediją. (Weale, 2015). Pagal Europos sveikatos vartotojų indeksą (toliau EHCI), šalyse, kuriose veikia Bismarko modelio sveikatos sistemos, teikia aukštesnio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir yra

reitinguojamos aukščiausiose pozicijose, remiantis pacientų požiūriu. O Beveridžo modeliui priskiriamos šalys, sutinkamos sąrašo viduryje. Todėl Europos sveikatos vartotojų indekso rezultatai perša išvadą, jog Bismarko sistemos yra efektyvesnės, nei Beveridžo. (Gurevičius, 2017)

1.2 Sveikatos sektoriaus veiklos rodikliai

Sveikatos sektorių apibūdinančius rodiklius galima suskirstyti į grupes: kiekybinius ir kokybinius. Atlikdami tyrimus, susijusius su sveikatos sektoriaus veikla, mokslininkai naudojasi keletu, labiausiai paplitusių, rodiklių. Apžvelgus mokslinę literatūrą dažniausiai mokslininkų nagrinėjami sveikatos sektoriaus veiklą apibūdinantys rodikliai pateikti lentelėje (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Sveikatos apsaugos sektoriaus veiklą apibūdinantys rodikliai

RODIKLIŲ GRUPĖS	RODIKLIS	MOKSLININKAI	METAI
KIEKYBINIAI	Gimstamumas	Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016
		Martin D., Miller A. P., Quesnel-Vallée A., Caron N. R., Vissandjée B. & Marchildon G. P.	2018
	Gyvenimo trukmė	Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
		Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016
		Petrauskaitė I., Skrobotovas R. ir Želvienė A.	2019
	Mirtingumas	Minor	2010
		Petrauskaitė I., Skrobotovas R. ir Želvienė A.	2019
		Bauernschuster S., Driva A. & Hornung E.	2019
		Weale	2015
		Černiauskas	2014
		Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
	Išgyvenamumas	Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
		Weale	2015
	Gydytojų skaičius	Martin D., Miller A. P., Quesnel-Vallée A., Caron N. R., Vissandjée B. & Marchildon G. P.	2018
	Lovų panaudojimo rodikliai	Gholipour K., Delgoshai B., Masudi-Asl I., Ajinabi K. & Iezadi S.	2013
		Gurevičius	2015
		Masoumi G., Kasnaviyeh M. H., Tahrizadeh A., Panahi M. & Najafi E.	2014
		Tripathi C. H.,& Kumar R., Sharma R. C., Agarwal R.	2016
	Išlaidos sveikatai	Slavickienė ir Novošinskienė	2007
		Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
		Matulevičiūtė ir Balžekienė,	2016
		Weale	2015
		Minor	2010
		Martin D., Miller A. P., Quesnel-Vallée A., Caron N. R., Vissandjée B. & Marchildon G. P.	2018
		Černiauskas	2014
		Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016
	Nelegalūs mokėjimai	Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

2 lentelės tęsinys

RODIKLIŲ GRUPĖS	RODIKLIS	MOKSLININKAI	METAI
KOKYBINIAI	Pasitikėjimas sveikatos sistema	Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
		Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016
	Pasitikėjimas gydytojais	Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
	Pasitenkinimas gydymu	Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
	Sveikatos būklė	Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016
	Paslaugų prieinamumas	Minor	2010
		Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G.	2010
		Matulevičiūtė ir Balžekienė	2016

Šaltinis: parengta autorės

Kiekybiniai rodikliai. Tai rodikliai, kuriuos galima pavaizduoti skaitine išraiška (pavyzdžiui, procentais, absoliučiais skaičiais ar kt.).

Gimstamumas, tai santykis tarp per tam tikrą laiką, pasirinktoje teritorijoje gimusių kūdikių ir vidutinio gyventojų skaičiaus. (Lietuvos statistikos departamentas, „Bendrasis gimstamumas“, 2020).

Gyvenimo trukmė. Tikėtiną gyvenimo trukmę Černiauskas (2014) bei Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) išskiria kaip vieną iš svarbiausių sveikatos rodiklių ir socialinės raidos indekso sudedamąją dalį. Tyrimuose stebimas BVP vienam gyventojui. Nors stipraus ryšio tarp BVP padidėjimo ir tikėtinos gyvenimo trukmės nėra, tačiau tikėtina gyvenimo trukmė yra gerokai ilgesnė šalyse, kur asmenys gauna aukštesnes pajamas (Petrauskaitė ir kt., 2019). Tačiau prastiems sveikatos rodikliams įtakos turi ir mityba, gyvenimo būdas, sanitarinės sąlygos ir higiena, kurie priklauso nuo paties asmens, todėl valstybė turi mažą įtaką, nebent galėtų šviesti žmones šiais klausimais.

Mirtingumas, santykis tarp per tam tikrą laiką mirusių žmonių ir vidutinio gyventojų skaičiaus, būna apibrėžiamas tam tikroje teritorijoje. Mokslininkai pastebi, kad blogai mirtingumo rodiklio reikšmei įtakos turi savižudybių skaičius, jei jis yra nemenkas (Matulevičiūtė ir Balžekienė, 2016). Mirtingumo rodiklis yra nagrinėjamas keliomis dimensijomis: pagal amžių, lytį, ligos pobūdį (dažnai krūties, prostatos vėžys, širdies ligos ir kt.) (Černiauskas, 2014). Taip pat dažnai išskiriamas kūdikių mirtingumas (Petrauskaitė ir kt., 2019; Minor, 2010). Įvardijami ir kiti veiksniai, galintys turėti reikšmės šiam rodikliui, tai: mityba, gyvenimo būdas, higiena ir sanitarinės sąlygos. (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016). Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) bei Petrauskaitė ir kt. (2019) pabrėžia, jog esant netinkamoms sanitarinėms sąlygos gali plisti infekcijos ir tai įtakoja mirtingumo rodiklį, tarp jų, stipriai ir naujagimių. Černiauskas (2014) nagrinėja: standartizuotą mirtingumą,

mirtingumą, prieinamą sveikatos priežiūrai. Kiti autoriai analizuoja neišvengiamas mirtis (Minor, 2010).

Išgyvenamumas. Šis rodiklis analizuojamas pagal ligas, Weale (2015) mini prostatos ar krūties vėžio ir kūdikių išgyvenamumą.

Gydytojų skaičius. Nagrinėjant gydytojų skaičių yra išskiriami keli matai: absoliutus gydytojų skaičius ir gydytojų skaičius tam tikram skaičiui gyventojų. (Martin ir kt., 2018)

Lovų panaudojimo rodikliai. Mokslininkai analizuoja lovos užimtumą, lovos apyvartą, vidutinę gydymo trukmę. Ligoninių veiklos efektyvumo vertinimui gali būti naudojami daugiau nei šimtas hospitalinių rodiklių, kurie modeliuojami tam tikrais metodais: duomenų apsupimo, tikimybinės apribojimo, analizės, Pabon Lasso, Malmqist indeksas. (Gurevičius, 2015)

Išlaidos sveikatai. Tai dažnai mokslininkų analizuojamas rodiklis. Valstybės išlaidas sveikatos priežiūrai lyginant su BVP tiria Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) ir Or. ir kt. (2010). Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) teigia, jog investicijos į sveikatos priežiūrą užtikrina sklandų sistemos veikimą ir paslaugą kokybę, tačiau kita vertus nemenkos valstybės skiriamas lėšos gali rodyti, jog šios srities paslaugos yra brangios. Taip pat didelės išlaidos ne visada užtikrina geriausius sveikatos rodiklius, priežastis gali būti sektoriaus veiklos administravimo klaidos. Mažą rodiklį gali lemti neaukštas šalies ekonominis lygis, o lėšų stygius prastina paslaugų kokybę. Bet priešingai, jei kiti sveikatos rodikliai yra geri, tai rodo puikų sektoriaus valdymą, o sveikatos priežiūros sistemos veikimas užtikrinamas mažesniais kaštais (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016). Gali būti tarpusavyje lyginamos valstybių skiriamos išlaidos sveikatai. Taip pat analizuojami: vidutinės sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui (Minor, 2010; Černiauskas, 2014). Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) tiria sveikatos fondų biudžetų išlaidas vienam gyventojui. Taip pat Černiauskas (2014) nagrinėjama ir absoliučias valstybės išlaidos sveikatai.

Nelegalius mokėjimus sveikatos priežiūros specialistams (kyšius) Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) įvardija kaip Semaškos sveikatos sistemos modelio bruožą. Tai atliekama norint padėkoti ar didesnio gydytojų dėmesio bei geresnės priežiūros.

Kokybiniai rodikliai. Kokybiniai rodikliai leidžia sužinoti gyventojų požiūrį, įvertinti jų gyvensenos ypatybes, pateikti nuomonę įvairiais klausimais, susijusiais su sveikatos apsauga, sužinoti kaip jie vertina paslaugų prieinamumą ir kita. Po to gali būti atliekama koreliacinė analizė tarp kintamųjų, analizuojamas jų ryšys. (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016)

Pastebima, jog *pasitikėjimas* ir *pasitenkinimas sveikatos sistema yra susiję.* Sveikatos apsauga labiau pasitikima tose šalyse, kuriose asmenys jaučia didesnį pasitenkinimą sistema: paslaugos yra prieinamesnės, geras gautų paslaugų įvertinimas, tinkamas valstybinis reguliavimas ir finansavimas, garantas, kad bus galimybė gauti ne tik būtinąją, bet ir visapusišką pagalbą. Taip pat pasitenkinimui sistema įtakos turi pasitikėjimas gydytojais. (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016)

Pasitikėjimas gydytojais, tai svarbus rodiklis, kadangi pacientų sveikatos būklė tiesiogiai priklauso nuo šių asmenų. Įtakojantys veiksniai: pasitenkinimas skirtu gydymu, kvalifikacija, požiūris į pacientą, komunikacija (bendravimas, elgesys). Pasitikėjimą gydytojais visuomenėje kelia ir nuomonė, kad jiems labiau rūpi pacientas, nei uždarbis. Tad, juo visuomenės nuomonė stipresnė, kad gydytojui labiau rūpi užmokestis nei pacientas, tuo pasitikėjimas menkesnis. (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016)

Pasitenkinimas gydymu. Nepatenkinti gydymu asmenys priežastys: informacijos trūkumas, gydytojo skirtas laikas ir dėmesys, nėra galimybių patekti pas norimą specialistą. Taip pat kyla nepasitenkinimas, kai skiriant gydymą, nėra atsižvelgiama į paciento finansines galimybes, gyvenimo ypatybes. (Matulevičiū ir Balžekienė, 2016)

Mokslininkų tyrimai rodo, kad blogas *sveikatos būklės vertinimas* įtakoja asmens laimės lygį. (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016)

Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) pastebi, jog *paslaugų prieinamumas* apibrėžia ne informacijos kiekį apie paslaugas, bet ar esant būtinybei tomis paslaugomis galima pasinaudoti nedelsiant arba artimiausiu metu. Pastebima, jog kai kuriose šalyse piliečiai linkę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis dažniau nei yra būtina, todėl suprastėja paslaugų prieinamumas kitiems suinteresuotiems asmenims. Išskiriamos kelios prasto prieinamumo priežastys: finansinės galimybės (nepakanka lėšų sumokėti už gydymą), organizacinės kliūtys (netinkamas vizito laikas darbo metu, paslaugos teikiamos toli nuo gyvenamosios vietos, ilga eilė pas gydytoj (per daug pacientų ar per mažai gydytojų). Ilgas eiles pas gydytojus lemti gali gydytojų trūkumas arba blogai valdomi pacientų srautai. (Matulevičiūtė ir Balžekienė, 2016; Minor, 2010)

Kadangi Lietuvoje sveikatos draudimas vykdomas per PSDF. Taip pat mokslininkai sveikatos sistemą analizuoja ir vertina per finansavimo prizmę: nustatydami vykdytų reformų privalumus bei trūkumus, parinkdami tinkamą finansavimo modelį, nustatydami finansavimo šaltinius ir veiksnius, kurie įtakoja sistemos pajamas bei išlaidas, atlikdami biudžeto prognozavimą.

Rodiklių analizę ir vertinimą atlieka ne tik mokslininkai, bet tuo užsiima ir privačios institucijos. Europos komisijos pripažįstamas ir gerai žinomas Europos šalių visuomenėms yra ***Europos sveikatos vartotojų indeksas*** **(**angl. Europe Health Consumers Index, (toliau EHCI)). 2004 metais Švedijoje buvo įkurta privati įmonė „Sveikatos vartotojų „jėgainė“, sveikatos statistikos rinkimui ir analizei (angl. Health Consumer Powerhouse Ltd (toliau HCP)), kurios tikslas – atvirai ir skaidriai palyginti skirtingų šalių sveikatos priežiūros sistemas, įgalinti pagerinti sveikatos sektoriaus rezultatus bei efektyvumą taip pat teikti tobulinimo ir pokyčių strategijų rekomendacijas. HCP misija yra sukurti sveikatos priežiūros sistemą, kuri tiktų kiekvienam piliečiui ir kurioje visi turėtų vienodas galimybes gauti geriausią standartinę medicinos priežiūrą. HCP dėmesys sutelkiamas į prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų bei sveikatos priežiūros spragų pašalinimą,

siekiant sumažinti nelygybę tarp šalių ir skirtingų gyventojų grupių. Svarbiausia šios institucijos rengiama ataskaita yra metinis EHCI. Tai yra nepriklausomas nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų stebėjimas 36 šalyse, pradėtas vykdyti nuo 2005 metų. Sveikatos priežiūra analizuojama pagal 46 rodiklius (žr. 3 lent.), nagrinėjant tokias sritis kaip: pacientų teisės ir informacija; sveikatos priežiūros prieinamumas (gydymo laukimo laikas, eilė pas gydytojus); gydymo rezultatai; paslaugų spektras ir pasiekiamumas; ligų prevencija; vaistų vartojimas. Tai įrankis, pagrįstas sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo-paciento požiūriu, leidžiantis pagerinti Europos sveikatos priežiūros supratimą, įgalinti pacientus nors ir netiesiogiai, bet įtakoti veiklos reformas bei pašalinti esamus trūkumus. HCP per EHCI, nustato standartus, kokius rezultatus galėtų ir turėtų pasiekti, kokias paslaugas turėtų tobulinti, šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos, norėdamos veikti efektyviai ir patenkinti vartotojų poreikius. Kaip teigė, buvęs Lietuvos Sveikatos apsaugos ministras, Europos sąjungos sveikatos ir maisto saugos komisaras Vytenis Andriukaitis: „Mes žinome, kad Europos sveikatos vartotojų indeksas (EHCI) šiandien yra pagrindinis visuomenės įvertis, kaip veikia nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos. Europos Komisija, įvertinusi įvairius etalonus, nustatė, kad EHCI yra pats tiksliausias ir patikimiausias palyginimo įrankis“.

Indeksai yra sudaromi keturiais etapais:

- *Pirmas etapas*. Rodiklių pasirinkimas (su srities ekspertais „Delphi“ metodu yra parenkami daugybė tinkamų ir palyginamų kokybės rodiklių. Dėmesys sutelkiamas į rodiklius, atspindinčius sveikatos priežiūros sistemų efektyvumą, mažiau akcentuojant populiarius visuomenės sveikatos rodiklius).
- *Antras etapas*. Tyrimai ir duomenų rinkimas (kaupiami duomenys iš nacionalinės statistikos ir tarptautinių duomenų bazių; atliekamos apklausos nacionaliniu ir Europos lygmenimis; vykdomas dialogas su pagrindinėmis suinteresuotosiomis šalimis; duomenys patvirtinami per suinteresuotųjų šalių atsiliepimus).
- *Trečias etapas*. Taškų sistema (atsižvelgiant į rezultatus, šalis įvertinama balais nuo 1 iki 3 pagal kiekvieną rodiklį).
- *Ketvirtas etapas*. Ataskaitų pristatymas. (Health Consumer Powerhouse, Our mission, 2020)

Institucijos ekspertai, žinodami, jog viešai deklaruojama informacija ne visada atspindi realybę, eliminuoja tuos rodiklius, kuriuos valstybės pateikia kaip siektinus. Su parengta ataskaita šalys yra supažindinamos apytiksliai prieš mėnesį, publikuojant surinktus duomenis viešai, rodiklių reikšmių suderinimui. Jei valstybės pateikia pagrįstos informacijos apie rodiklių netikslumus ir apgina savo rezultatus – jie yra koreguojami. (Gurevičius, 2015)

Trečioje lentelėje pateikiamos EHCI dimensijos bei jose vertinami rodikliai.

3 lentelė. Europos sveikatos vartotojų indekso rodikliai

DIMENSIJA	KODAS	RODIKLIS
I TEISĖS IR INFORMACIJA	1.2	Organizacijų bendradarbiavimas priimant sprendimus dėl paciento
	1.4	Teisė į antrąją nuomonę
	1.5	Galimybė susipažinti su savo ligos istorija
	1.6	Sąžiningų gydytojų registras
	1.7	Sveikatos priežiūros informavimo paslaugos (elektroninės ar telefonu)
	1.8	Galimybė gauti tarpvalstybinę priežiūrą
	1.9	Paslaugų teikėjų sąrašas su kokybės vertinimu
	1.10	Elektroninių ligos istorijų prieinamumas
	1.11	Vizito rezervavimas internetu
	1.12	Išrašomi elektroniniai receptai
II PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS PRIEINAMUMAS (GYDYMO LAUKIMO LAIKAS)	2.1	Prieiga prie šeimos gydytoją tą pačią dieną
	2.2.	Tiesioginis patekimas pas gydytoją-specialistą
	2.3	Planinės operacijos laukimas, mažiau nei 90 dienų
	2.4	Vėžio gydymo laukimas, mažiau nei 21 dieną
	2.5	Kompiuterinės tomografijos laukimas, mažiau nei 7 dienos
	2.6	Laukimo eilė pas vaikų psichiatrą
III SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REZULTATAI	3.1.	Mirtingumas per mėnesį ir visų amžiaus grupių širdies ligų tendencijos
	3.2.	Bet kurio amžiaus insulto atvejų mirtingumas per mėnesį ir tendencijos
	3.3.	Kūdikių mirtingumas
	3.4.	Sergamumas vėžiu ir išgyvenimas
	3.5.	Mirtingumas iki 65 metų amžiaus
	3.6.	Auksinio stafilokoko infekcijos
	3.7.	Abortų 1000 gyvų gimusiųjų
	3.8.	Savižudybių tendencija 100 000 įvairaus amžiaus žmonių
	3.9.	Cukriniu diabetu sergantys pacientai, kurių HbA1c> 7
IV PASLAUGŲ PASIŪLA BEI PASIEKIAMUMAS	4.1.	Sveikatos sistemos teisingumas
	4.2.	Kataraktos operacijos 100 000 gyventojų virš 65 metų amžiaus
	4.3.	Inkstų persodinimas
	4.4.	Dantų priežiūra
	4.5.	Nelegalūs mokėjimai gydytojams (kyšiai)
	4.6.	Ilgalaikės slaugos lovų skaičius 100000 virš 65 metų amžiaus
	4.7.	Atliktos dializės procedūros ne gydymo įstaigoje, %
	4.8.	Atlikti Cezari pjūviai
V PREVENCIJA	5.1.	Kūdikių skiepijimas nuo 8 ligų
	5.2.	Kraujospūdžio ligos
	5.3.	Rūkymo prevencija (cigarečių suvartojimas 1 gyventojui virš 15 metų)
	5.4.	Alkoholio vartojimas
	5.5.	Fizinis aktyvumas
	5.6.	ŽPV įtraukta į skiepijimo programą
	5.7.	Žuvo dėl eismo įvykio
VI FARMACIJA	6.1.	Vaistų kompensavimas
	6.2.	Naujai išrastų vaistų nuo vėžio pasiekiamumas
	6.3.	Prieiga prie naujų vaistų (laikas iki kompensavimo)
	6.4.	Vaistai nuo artrito
	6.5.	Statinų grupės vaistų vartojimas
	6.6.	Antibiotikų suvartojimas 1 gyventojui

Šaltinis: parengta pagal Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018, 2019

Dimensijose vertinami rodikliai kartais kinta, vieni eliminuojami, kiti pridedami. Trečioje lentelėje pateikti 2018 metais vertinti rodikliai. Iš lentelės duomenų galima suprasti, jog Europos

valstybių sveikatos sistemos siekiamos įvertinti visapusiškai, tiriant daug sričių, pasitelkus ne mažiau nei šešis rodiklius kiekvienai iš jų. Sveikatos sektoriaus veiklos vertinimas leidžia didinti sveikatos priežiūros sistemų skaidrumą ir palyginamumą, parodykite silpnąsias ir stipriąsias sveikatos priežiūros sistemos puses, padėti vartotojams suprasti gaunamų paslaugų kokybę, pagerinti standartus pasitelkiant lyginamąją analizę, didinti visuomenės sąmoningumą ir kurti diskusijas, supažindinti su gerąja patirtimi ir padėti ją skleisti. (Health Consumer Powerhouse, Our mission, 2020)

2018 metais Lietuva EHCI užėmė 28 vietą iš 35 reitinguojamų šalių (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018, 2019). Petrauskaitė ir kt. (2019) teigia, jog nepatenkinama Lietuvos padėties priežastis EHCI reitinge yra ta, jog buvo vertinami rodikliai, kurie Lietuvoje ilgą laiką buvo nepatenkinami ir iki šiol dar nepasiekti geri jų rezultatai (lėtai mažėjantis mirtingumas nuo smegenų insulto, išeminės širdies ligos, mirtys dėl eismo įvykių ir kt.) ir kuriems pagerinti reikalinga taikyti ilgalaikes priemones. Taip pat prastas pirminių profilaktikos priemonių taikymo efektyvumas. Ir, tikriausia, greitu metu šių rodiklių įvertinimai nebus aukštesni, kadangi stebėti atitinkamų rodiklių pagerėjimą, nors ir jau taikant tam tikras priemones, galime ne po vienerių metų. O kita rodiklių grupė, kurie neigiamai įtakoja poziciją yra ganėtinai subjektyvus ir remiasi tik nuomone, o ne faktais.

Pasaulyje jau sunku aptikti gryną, vieną iš senųjų (Bismarko ar Beveridžo), sveikatos apsaugo modelį, iki šių dienų jie ne tik praradę dalį savo būdingų bruožų, bet ir pasipildę vienas kito ypatybėmis. Laikui bėgant pradinių istorinių modelių pagrindu, formuojasi, jau galima pavadinti, nauji modeliai – Bismarko ir Beveridžo asimiliacijos.

Yra didelė gausa sveikatos sektoriaus veiklą apibūdinančių rodiklių, kiekybinių ir kokybinių, tačiau norint kuo tiksliau įvertinti sveikatos sistemos veikimą, analizės atliekamos sudarant įvairias jų kombinacijas.

2. SVEIKATOS SEKTORIAUS TYRIMO METODOLOGIJA

Išnagrinėjus mokslininkų naudojamus rodiklius sveikatos sektoriui analizuoti, buvo sudarytas sveikatos sektoriaus veiklos vertinimo modelis (žr. 1 pav.):



Šaltinis: sudaryta autorės

1 pav. Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimo modelis

Sveikatos sektoriaus veiklos vertinimui buvo pasirinkta keletas metodų ir analizė bus vykdoma penkiais etapais. Pirmiausia bus analizuojami teisės aktai, tuomet atliekamas PSDF analizė, tiriant pajamų ir išlaidų dinamiką bei struktūrą (žr. (2) formulę) taip pat įvertinant biudžeto plano įvykdymą (žr. (1) formulę).

(1)

$$k = \frac{P_f}{P_p} \times 100\%$$

Čia:

k – plano įvykdymas procentais;

P_f – faktinės biudžeto pajamos/išlaidos;

P_p – planinės biudžeto pajamos/išlaidos;

Skaičiuojant pagal (1) formulę galima bus įvertinti biudžeto plano įvykdymą procentais, kur 100 procentų reiškia visišką faktinio biudžeto sutapimą su biudžeto planu. Rodiklio reikšmei esant didesnei – faktas viršija planą, o mažesnei – priešingai.

Vienas pajamų struktūros vienetas bus lyginamas su bendra pajamų visuma, atitinkamai analizuojamos bus ir išlaidos (žr. (2) formulę) (Slavickienė ir Novošinskienė, 2007):

(2)

$$y = \frac{y_n}{\sum_t^n y_n} \times 100\%$$

Čia:

y – pajamų/išlaidų struktūros vieneto dalis procentais;

y_n – pajamų/išlaidų struktūros vieneto piniginė išraiška;

(3)

$$\sum_t^n y_n = y_1 + y_2 + y_3 + \cdots + y_n$$

Čia:

$\sum_t^n y_n$ – visų pajamų/išlaidų struktūros vienetų piniginė suma;

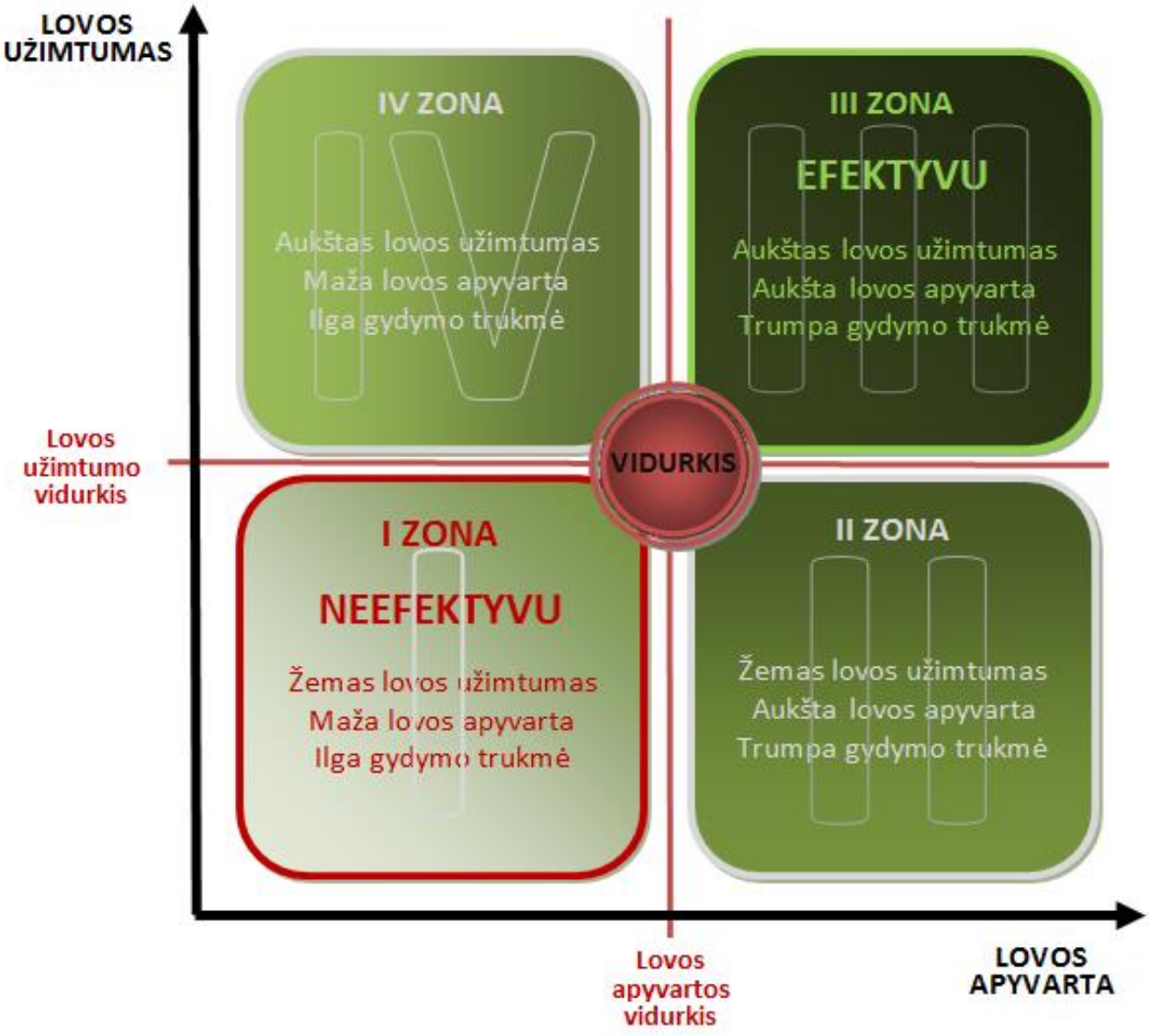
$y_1, y_2, y_3 \ldots y_n$ – pajamų/išlaidų struktūros vienetų piniginės išraiškos.

Antra formulė parodo struktūros vienetų svorį – galime matyti kas daugiausia ar mažiausia įtakos turi PSDF pajamoms ar išlaidoms, tai įgalina priimti sprendimus dėl fondo valdymo, imtis priemonių suvaldyti neigiamai situacijai

Tuomet bus atliekama ligoninių lovų panaudojimo efektyvumo analizė pagal Pabon Lasso modelį. Gholipour ir kt. (2013) ir Gurevičius (2015) modelį įvardina kaip vieną paprasčiausių, bet informatyviausių ligoninių veiklos vertinimo modelių, kurį 1986 metais pasiūlė Pabon Laso (Pabon Lasso) kur yra naudojami trys lovų panaudojimo rodikliai: vidutinė gydymo trukmė (toliau VGT) (žr. (7) formulę), LA (žr. (4) formulę), lovos užimtumo koeficientas (toliau LUK) (žr. (5) formulę). Gurevičius (2015), Gholipour ir kt. (2013), Tripathi ir kt. (2016) teigia, jog šio metodo pagalba

patogu tarpusavyje lyginti ligonines, padalinius, palatas ar taip vertinant bendrą sektoriaus efektyvumą. Gauti duomenys gali būti naudojami nustatant stipriąsias ir silpnąsias sritis kiekvienoje ligoninėje, kuriuos galima naudoti svarbiems politikos formavimo, išteklių planavimo tikslams pasiekti ir valdyti. Taip pat kurti tinkamas strategijas, kaip ištaisyti neveiksmingumą, padėti ribotus išteklius naudoti ekonomiškiau (Tripathi, 2016). Ligoninių veikla laikoma efektyvi, kai lovos užimtumo koeficientas yra 0,85-0,90 (Gurevičius, 2015).

Duomenys interpretuojami pagal specialų grafiką, kurį dvi susikertančios linijos dalina į keturias zonas. Horizontalioji rodo lovų apyvartos koeficiento vidurkį, o vertikalioji – lovų užimtumo. Remiantis apskaičiuotais rodikliais kiekviena ligoninė atvaizduojama tam tikroje grafiko zonoje, taip jas padalinant į keturias kategorijas (2 pav.). (Gurevičius, 2015; Tripathi, 2016)



Šaltinis: parengta pagal Masoumi G. ir kt., 2014

2 pav. Pabon Lasso modelio matrica

Pirmoje zonoje atsiduria ligoninės, turinčios žemą LA ir LUK, nurodantį ligoninių lovų perteklių, palyginti su esama paklausa ir tai rodo, jog infrastruktūra naudojama neefektyviai. Antroje zonoje ligoninių LA yra aukšta, o LUK žemas, todėl būdingas bereikalingas hospitalizavimas, perteklinis lovų naudojimas ar lovų naudojimas paprastam pacientų stebėjimui. Į trečią zoną patenka ligoninės, turinčios aukštą LA ir LUK, jos pasiekia reikiamą efektyvumo lygį su palyginti nedaug laisvų lovų bet kuriuo metu. Ketvirtoje zonoje išsidėsto ligoninės, kurių žemas LA ir aukštas LUK, aptarnaujančios pacientus, sergančius sunkiomis, ilgo gydymo reikalaujančiomis ligomis, arba turi bereikalingai ilgą gydymo trukmę. Pagal gautus rezultatus, galima įvertinti esamą sveikatos įstaigos situaciją ar priimti atitinkamus valdymo sprendimus dėl efektyvumo gerinimo. (Tripathi, 2016).

Grafike abscisių ašyje vaizduojama ligoninės LA, o ordinačių – LUK. Šie rodikliai yra apskaičiuojami taip (žr. (4) ir (5) formules):

(4)

$$LA = \frac{P_I + P_M}{L}$$

Čia:

LA – lovos apyvarta;

P_I – išrašytų pacientų skaičius;

P_M – mirusių pacientų skaičius;

L – bendras lovų skaičius.

(5)

$$LUK = \frac{L_{DP}}{L_D}$$

Čia:

LUK – lovos užimtumo koeficientas;

L_{DP} – panaudotų lovadienių skaičius;

L_D – bendras lovadienių skaičius.

(6)

$$L_D = L \times 365$$

Čia:

L_D – bendras lovadienių skaičius;

L – bendras lovų skaičius;

365 – dienų skaičius metuose.

(7)

$$VGT = \frac{L_{DP}}{P_I + P_M}$$

Čia:

VGT – vidutinė gydymo trukmė;

L_{DP} – panaudotų lovadienių skaičius;

P_I – išrašytų pacientų skaičius;

P_M – mirusių pacientų skaičius.

Toliau bus analizuojama gydytojų skaičiaus dinamika Lietuvoje: absoliutus gydytojų skaičius ir gydytojų skaičius 10 000 tūkstančių gyventojų. Atitinkamas tyrimas bus atliekamas ir analizuojant lovų skaičių.

Sekančiame analizės etape gydytojų ir lovų skaičius, valdžios išlaidos sveikatai nuo BVP bus lyginami su Europos šalių atitinkamais rodikliais, stebint jų dinamiką bei Lietuvos rodiklių reikšmes lyginant su Europos vidurkiu.

Atlikus tyrimus, pagal pasirinktus metodus, bus aiškinami gauti rezultatai, o po to pateikiamos rekomendacijos ir išvados.

Sveikatos sektorius vertinimas susideda iš keturių dalių: tyrimo metodų pasirinkimas, duomenų analizės ir tyrimo atlikimas pagal pasirinktus metodus ir modelius, gautų rezultatų interpretavimas bei išvadų ir rekomendacijų parengimas.

3. LIETUVOS SVEIKATOS SEKTORIAUS VEIKLOS VERTINIMAS

Šioje darbo dalyje bus atliekama Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos analizė.

3.1 Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje

Šiame poskyryje bus analizuojama Lietuvos sveikatos sektoriaus struktūra bei veikimo principai, remiantis galiojančiais teisės aktais, reglamentuojančiais sistemos veiklą, bei atsakingų institucijų viešinama informacija. Bus identifikuoti sveikatos priežiūros sistemos struktūriniai vienetai, jų tipai, klasifikavimas. Ši informacija leis įsigilinti ir suvokti vykstančius procesus, jų ryšius sveikatos apsaugos sektoriuje bei padės pagrindus veiklos vertinimui.

3.1.1. Lietuvos sveikatos sistemos modelis

Vykdydama sveikatinimo veiklą valstybė siekia: mažinti sveikatos netolygumus tarp skirtingų socialinių grupių; saugoti piliečius nuo ligų, mirties ir neįgalumo; ilginti sveiko gyvenimo trukmę (be ligų ir traumų) ir gerinti jo kokybę; didinti gyvenimo našumą (ekonominį ir socialinį); užtikrinti saugias medicinos priemones (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2020 aktuali redakcija).

Lietuvai priklausant SSRS veikė Semaškos sveikatos apsaugos modelis. Tačiau labai didelė visuomenės dalis buvo nepatenkinta esama situacija, todėl po nepriklausomybės paskelbimo buvo imtasi sektoriaus reformų.

Šiuo metu Lietuvoje veikiantį sveikatos apsaugos modelį apskritai būtų sunku iškarto priskirti kuriam nors iš aptartų ankstesniuose skyriuose: Beveridžo ar Bismarko (žr. 1 skyrių, 1.1 poskyrį). Todėl verta išanalizuoti kurio modelio bruožų daugiausia turi Lietuvos sveikatos draudimo sistema (žr. 4 lent.)

4 lentelė. Lietuvos sveikatos sistemos modelio bruožai

YPATYBĖ	BISMARKO MODELIS	BEVERIDŽO MODELIS	LIETUVOJE
TEISIŲ SUTEIKIMO PAGRINDAS	Įmoka	Pilietybė, gyvenamoji vieta	Bismarko
FINANSAVIMO BAZĖ	Darbo užmokesčio mokesčiai	Visos valstybės pajamos iš mokesčių	Bismarko
DRAUDIKAS	Darbdavys	Valstybė	Bismarko
IŠMOKŲ PAKETAS	Aiškus, tikslus	Pagal poreikį	Beveridžo
VALDYMAS	Savarankiškas, decentralizuotas	Valstybinis, centralizuotas	Bismarko
PASLAUGŲ TEIKĖJAI	Privatūs	Valstybiniai	Beveridžo

Šaltinis: sudaryta autorės pagal Kutzin, 2011

Pagal ketvirtoje lentelėje nurodytas ypatybes, buvo priskirtas Lietuvos sveikatos sistemai labiau būdingas modelio bruožas. Matome, jog daugiausia jų perėmėme iš Bismarko modelio. Tačiau nagrinėjant detaliau, nors ir daugiausia lėšų į PSDF yra surenkama iš PSD įmokų (žr. 3 skyrių, 3.2 poskyrį, 9 pav.), tačiau net beveik trečdalis PSDF pajamų yra gaunamos iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Taigi, anot, Aukščiausiojo audito išvadų (2019) sveikatos sistemos pagrindą sudaro ir sveikatos draudimo įmokos (Bismarko), ir bendrieji mokesčiai (Beveridžo). Taigi, pagal teisių suteikimo pagrindą, finansavimo bazę ir draudiką sveikatos draudimą garantuoja ne tik tiesioginis mokesčių mokėjimas nuo darbo užmokesčio pajamų, tačiau esant tam tikroms sąlygoms (pvz.: motinystė, neįgalumas, nedarbas ir kt.) valstybės piliečiai yra draudžiami ir valstybės, kuri už juos moka įmokas ir nėra būtina turėti darbo santykių. Todėl tik labai maža visuomenė dalis liekas neapdrausta sveikatos draudimu. Visuotinė aprėptis – tai Beveridžo modelio bruožas. Taip pat teisės aktai numato ir PSSD, kur veikia, bet nėra toks populiarus. Tai jau visai kito tipo finansavimo schema, pagrįsta asmeninėmis įmokomis, kur draudikas ir apdraustasis nėra susiję darbo santykiais (žr. 3 skyrių, 3.1 poskyrį, 3.1.3 skyrelį, 7 pav.) ir draudikas yra privatus subjektas. Išmokų paketas, kitaip tariant paslaugos, kuriomis gali naudotis apdraustasis yra teikiamos pagal iškilusį poreikį, o ne nurodant konkrečias paslaugas ar lėšų sumą

(žr. 3 skyrių, 3.1 poskyrį, 3.1.3 skyrelį, 5 lent.). Ryškus Bismarko modelio bruožas yra finansavimo valdymas per savarankišką fondą, tai yra PSDF, kuris Lietuvoje yra autonominis, atskirtas nuo nacionalinio biudžeto ir už suteiktas ASPP yra mokama tiesiogiai iš PSDF lėšų. Tačiau už jo veiklą taip pat yra atsakingi ir valdžios institutai (seimas, vyriausybė). Matulevičiūtė ir Balžekienė (2016) PSDF taip pat priskiria valstybei ir įvardija, jog jis yra vienas, neturi konkurentų ir todėl veikia valstybės monopolijos sąlygomis. Tačiau Lietuvoje sveikatos sektorius yra remiamas ir iš valstybės biudžeto lėšų, taip prisideda prie sveikatos apsaugos sektoriaus funkcionavimo, pavyzdžiui per valstybės investicines programas: infrastruktūrai gerinti, paslaugoms asortimentui plėsti ir kita. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai šalyje daugiausia yra valstybinio pavaldumo, tačiau teisės aktais yra reglamentuota, ir veikia nemažai privačių įmonių (pavyzdžiui, labai išplėtotos privačios odontologų paslaugos ar kt.) (žr. 3 skyrių, 3.1 poskyrį, 3.1.2 skyrelį, 3 pav.). Nustačius tokias sąlygas, daugėjant privačių sveikatos priežiūros įstaigų, didėja konkurencija tarp paslaugų teikėjų, kas įtakoja aukštesnę paslaugų kokybę. Taigi, sveikatos apsaugos modelių konvergencija yra kur kas didesnė, nei gali atrodyti iš pirmo žvilgsnio.

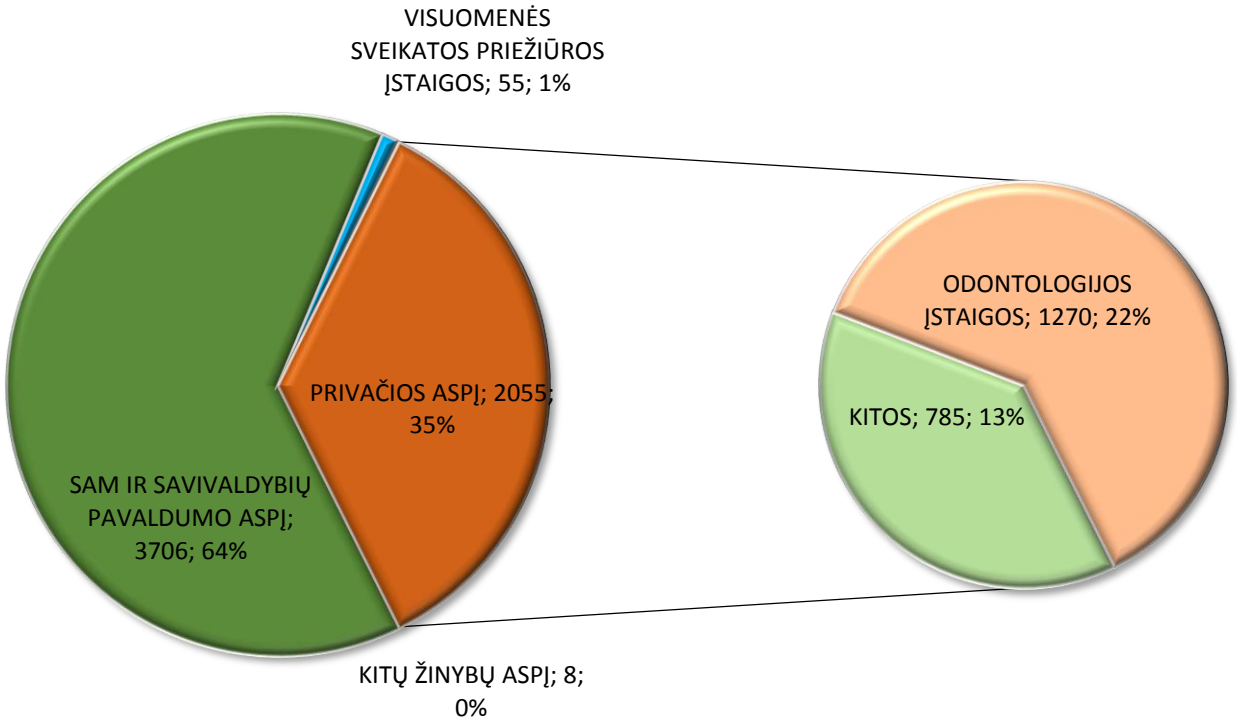
3.1.2. Sveikatos priežiūros įstaigos

Kaip apibrėžia LR Sveikatos sistemos įstatymas (2020, aktuali redakcija) LNSS yra sudaryta iš: vykdomųjų ir sveikatinimo veiklos valdymo subjektų, išteklių, teikiamų paslaugų. Vykdomieji subjektai yra sveikatos ar farmacijos veiklos licencijas turinčios įstaigos ar įmonės.

Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų tinklą sudaro:

- Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau LNSS) įstaigos;
- laikinai LNSS priklausančios įstaigos (galiojančių sutarčių su LNSS veiklos užsakovais metu) (LR Sveikatos įstaigų įstatymą (2018, aktuali redakcija);
- LNSS nepriklausančios įstaigos (privačios įstaigos ir įmonės, kurios nėra sudariusios sutarčių su LNSS veiklos užsakovais ir veikia savarankiškai pagal rinkos sąlygas).

Lietuvoje veikia tokios sveikatos priežiūros įstaigos (žr. 3 pav.):

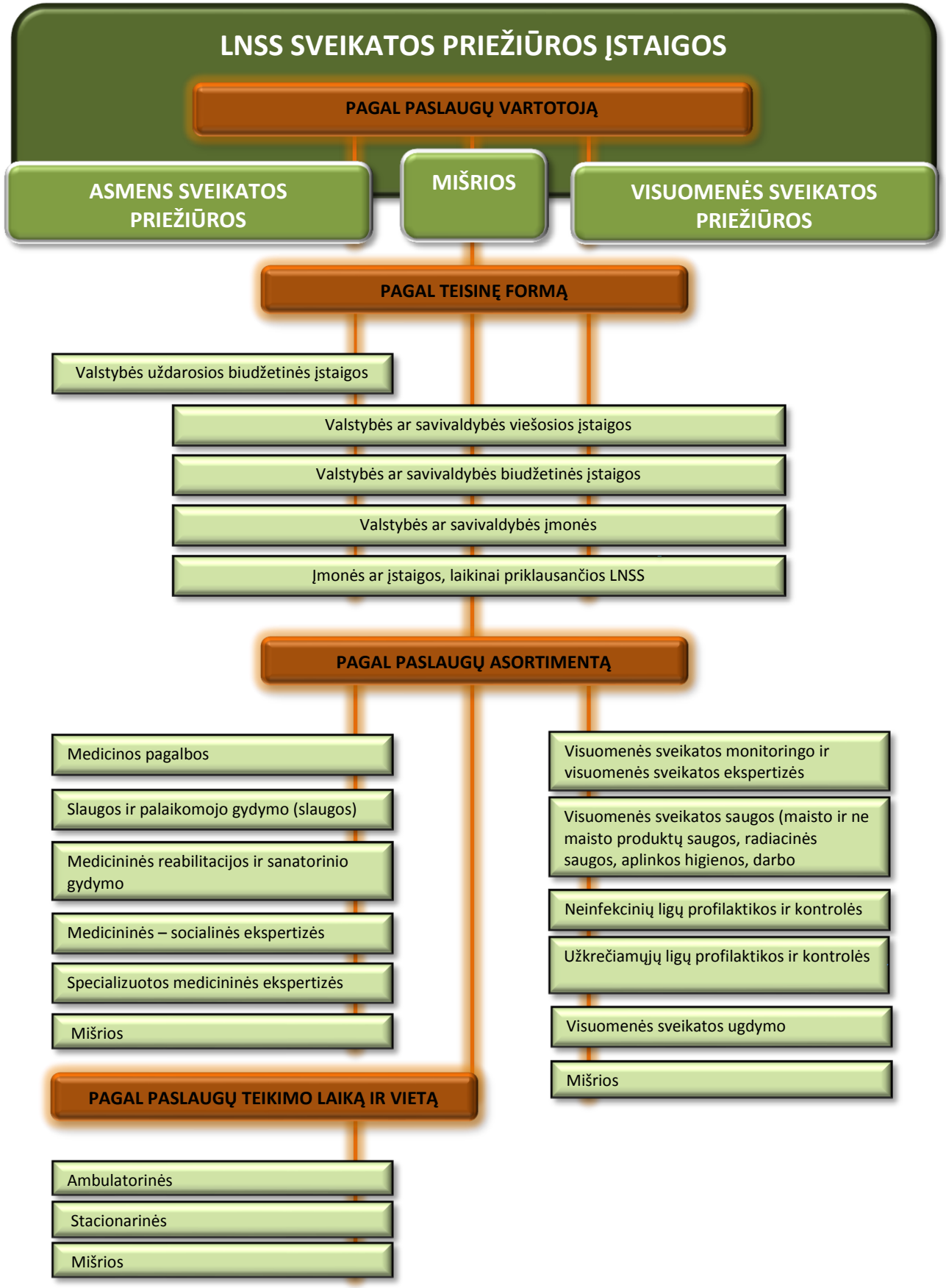


Šaltinis: sudaryta pagal Higienos institutas, Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, 2018

3 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas Lietuvoje

Šioje diagramoje galime matyti kaip yra pasiskirsčiusios sveikatos priežiūros įstaigos. SAM ir savivaldybėms pavaldžios ASPĮ sudaro didžiausią dalį. Bet net trečdalį sveikatos paslaugų rinkos užima privatus sektorius, kur daugiausia yra teikiamos odontologijos paslaugos. SAM ir savivaldybių pavaldumo, kitų žinybų ASPĮ ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos priklauso LNSS. Dalis privačių ASPĮ laikinai priklauso LNSS, kai turi sudarytas sutartis su LNSS veiklos užsakovais.

Kadangi didžioji dalis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų priklauso LNNS (biudžetinės uždarosios, biudžetinės ir viešosios įstaigos, valstybės ar savivaldybės įmonės), todėl šio tinklo įstaigos bus nagrinėjamos detaliau (LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2018, aktuali redakcija). LNSS įstaigų klasifikacija gali būti ir smulkesnė skirstant jas pagal teikiamų paslaugų vartotoją, asortimentą, teikimo vietą ir laiką bei teisinę formą (žr. 4 pav.):



Šaltinis: parengta pagal LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2020, aktuali redakcija

4 pav. LNSS įstaigų klasifikavimas

4 paveiksle matome, jog pagal sveikatos paslaugų vartotoją, visuomenė, asmuo ar mišrus, LNSS išskiriamos trys įstaigų rūšys: asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros ir mišrios. Jos gali būti įvairių teisinių formų, tačiau valstybės uždarosios biudžetinės įstaigos formą gali turėti tik ASPĮ. Nuo to, kas yra paslaugų vartotojas priklauso ir paslaugų asortimentas. Asmens sveikatos priežiūros ir mišrios įstaigos paslaugas gali teikti ambulatoriškai, stacionare ar mišriai. Minimalius reikalavimus dėl paslaugų įvairovės, struktūros bei išdėstymo LNSS įstaigoms pateikia Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (toliau SAM) ir Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau VLK) (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2020, aktuali redakcija).

3.1.3. Sveikatos draudimas

LR Sveikatos draudimo įstatyme (2020, aktuali redakcija), reglamentuojančiame Lietuvos sveikatos draudimo sistemą, apibrėžiami: sveikatos draudimo rūšys (privalomasis ir papildomas (savanoriškasis)), draudžiami asmenys, PSDF biudžeto formavimas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimas iš PSDF lėšų, susijusių, fizinių ir juridinių, asmenų teisės ir pareigos taip pat privalomąjį sveikatos draudimą vykdančios institucijos.

Privalomasis sveikatos draudimas. Pagrindiniame Lietuvos Respublikos įstatyme – konstitucijoje – nurodoma „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“ (LR Konstitucija, 2019, aktuali redakcija) Taigi, viena iš pagrindinių valstybei pavestų funkcijų yra rūpintis piliečių sveikata, kurią ji vykdo per privalomąjį sveikatos draudimą. Draudimas, tai rizikos pasidalinimas su fiziniais ar juridiniais asmenimis, o išmokų paketas gali būti didesnis už sumokėtas įmokas, taip apimdamas kitų draudėjų dalis (Lezgovko ir kt., 2014).

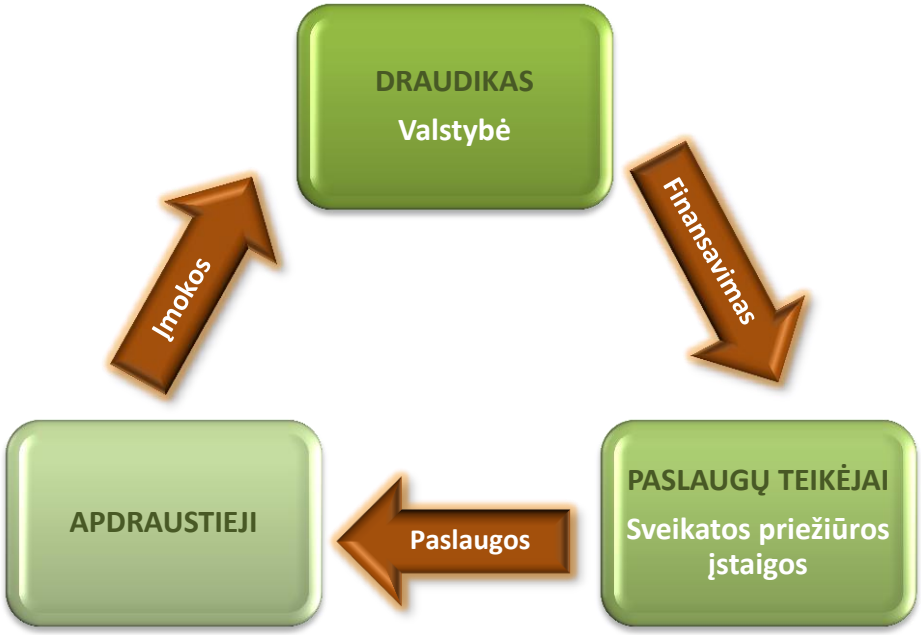
Socialinės apsaugos principus, kategorinį ir nuopelnų, galima pritaikyti ir PSD. Remiantis pirmuoju, numatoma tam tikro dydžio parama žmonių kategorijai susidūrusiai su tam tikromis aplinkybėmis. Pavyzdžiui, ligos atveju, tai ne konkreti piniginė išmoka susirgusiajam, o sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas, tai ir yra parama – nustatyta ligos gydymo kaina. Antrasis principas numato, jog norint įgyti tam tikras teises, reikia „nusipelnyti“, o jas suteikia įnašas. PSD atveju, į PSDF mokamos dirbančiųjų asmenų įmokos (Dromantienė ir Čepulytė, 2011).

Norint visuotinės aprėpties, sveikatos priežiūros sistemos finansavimas Lietuvoje yra vykdomas per PSD (Valstybės kontrolė, Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas, 2019).

PSDF yra atskirtas nuo nacionalinio biudžeto, o PSD yra paremtas visuotinumo ir solidarumo principais. Arba kartų solidarumo principas, kaip nurodo Bitinas ir kt. (2011). Skirtingos socialinės grupės yra siejamos įsipareigojimų, išskiriant materialinę ir moralinę atsakomybes, siekiant vienodų

tikslų. PSD įmokų mokėjimas, nutikus draudžiamajam įvykiui, suteikia teisę naudotis PSDF lėšomis apmokamomis paslaugomis Pabrėžtina, jog PSD sistemoje, bet kuriuo momentu, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nėra galimas, nes tai siejama su draudžiamojo įvykio fakto buvimu. Paslaugų teikimas numatomas pagal poreikį visiems dalyvaujantiems PSD, bet ne pagal mokamų įmokų dydį ar jau sumokėtą bendrą sumą. Valstybės garantuojama sveikatos apsauga yra būtina, kad palengvintų netikėtai atsiradusią finansinę naštą jau prastą sveikatą turintiems piliečiams, kadangi su pelno siekiančiomis privačiomis įmonėmis draudimo sutarčių sudaryti nepavyktų arba įmokos būtų per didelės. (VLK, Apie draudžiamuosius..., 2018).

Besigydantieji sveikatos priežiūros įstaigose, dažniausiai net nesusimąsto, kiek kainuoja viena ar kita procedūra, kadangi jų vardu nėra išrašomos sąskaitos už suteiktas paslaugas. Nors Lietuvoje sveikatos priežiūra yra nemokama, tačiau vis tiek už jas netiesiogiai yra sumokama PSD įmokų pavidalu. Lėšos perskirstomos per PSDF iš kurio yra sumokama medicinos personalo darbą, naudojamą medicininę įrangą, medikamentus ar kt. (VLK, Apie draudžiamuosius..., 2018). Tokia sistema iš pirmo žvilgsnio veikia gan paprastai (žr. 5 pav.):



Šaltinis: sudaryta autorės

5 pav. Supaprastinta PSD sistemos schema

Nors penktame paveiksle schema primityvi, tačiau realūs procesai yra kur kas sudėtingesni. Norint įgyti apdraustojo statusą, privalu mokėti įmokas į PSDF fondą. Nors ir nesusietas su nacionaliniu biudžetu, tačiau fondo veiklos organizavimu rūpinasi VLK, vyriausybė ir seimas, todėl šis darinys yra valstybės atsakomybėje, o valstybė apmoka už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, po jų suteikimo fakto. PSDF biudžetą vieneriems metams rengia VLK, derindama

išlaidas sveikatos priežiūros reikmėms su būsimomis pajamomis, aprobuoja Vyriausybė, o tvirtina Seimas. Yra ne vienas PSDF pajamų šaltinis, kurie yra išskiriami LR Sveikatos draudimo įstatyme (2020, aktuali redakcija):

- PSD įmokų dalys iš apdraustųjų ir draudėjo;
- įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis (iš valstybės biudžeto);
- asignavimai iš valstybė biudžeto (ortopedijos priemonėms, gyvybės gelbėjimui, išsaugojimui, Nacionalinės imunoprofilaktikos programoms; sveikatos priežiūros paslaugoms, teikiamas kariams, užsieniečiams (turintiems LR prieglobstį), būtinosioms sveikatos priežiūros paslaugoms PSD neapdraustiems asmenims; papildomi valstybė biudžeto asignavimai išlaidų perviršiui eliminuoti);
- PSD vykdančių institucijų pajamos;
- savanoriškos įmokos (fizinių ir juridinių asmenų);
- lėšos, kurios buvo išieškotos, grąžintos iš sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių, ūkio subjektų, fizinių ir juridinių asmenų už: už neteisėtas paslaugas, vaistus, medicinos priemones;
- pajamos iš vaistų gamintojų (pagal gydymo prieinamumo gerinimo bei rizikos pasidalijimo sutartis);
- kita;

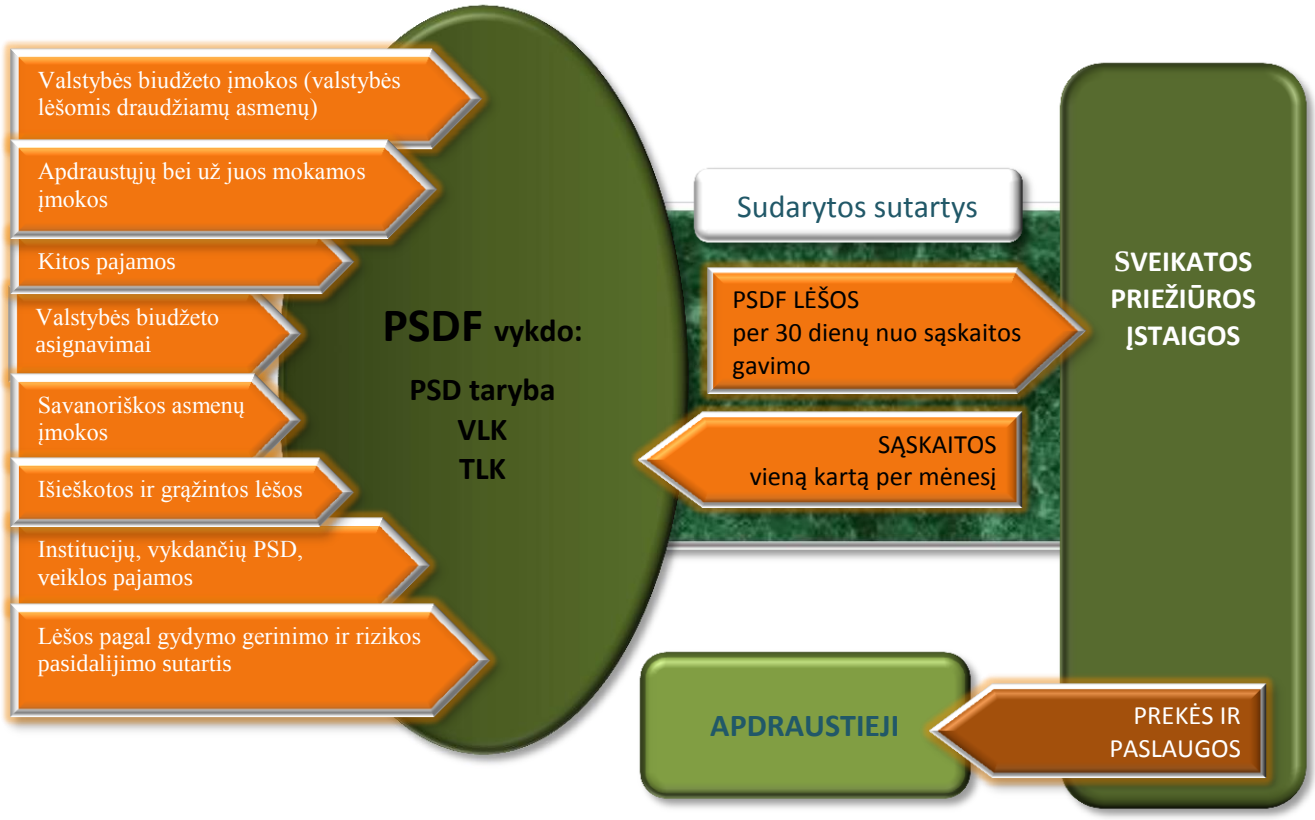
PSDF biudžeto išlaidos gali būti skiriamos:

- asmens sveikatos priežiūros paslaugoms;
- medikamentams, medicinos priemonėms, jų nuomai;
- sanatoriniam gydymui, reabilitacijai;
- ortopedijos priemonėms;
- sveikatos programoms, kitoms sveikatos draudimo išlaidoms;
- PSD įmokų surinkimui (Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms);
- PSD sistemos funkcionavimui ir PSD vykdančių institucijų išlaidoms;
- PSDF biudžeto rezervui sudaryti.
- išlaidoms kompensuoti (LR Sveikatos draudimo įstatymas, 2020 aktuali redakcija).

Veiksmingą PSD sistemą sudaro:

- kolegialios institucijos (PSD taryba);
- valstybinės institucijos (VLK, TLK, VMI, SODRA ir kt.);
- įstaigos ir įmonės (visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, ASPĮ, vaistinės);
- finansiniai instrumentai (PSDF);
- apdraustieji;

Šeštame paveiksle galima susipažinti kaip veikia finansavimas iš PSDF:



Šaltinis: parengta pagal LR Sveikatos draudimo įstatymas, 2020, aktuali redakcija

6 pav. Finansavimo iš PSDF schema

Iš skirtingų šaltinių yra surenkamos įplaukos į PSDF biudžetą. Kas mėnesį išrašomos sąskaitos už ASPĮ suteiktas paslaugas ir prekes apdraustiesiems iš vaistinių, su kuriomis yra sudarytos sutartys. Per 30 dienų turi būti gautas apmokėjimas iš PSDF. Šios išlaidos neturi viršyti suplanuoto biudžeto, todėl suteikus daugiau paslaugų nei numatytą sutartyse (jos pasirašomos metams), jos nėra sumokamos einamuoju mėnesiu, kompensacijos vykdomos metų pabaigoje, įvertinus nepanaudotų lėšų kiekį ar surinktas viršplanines pajamas. (LR Sveikatos draudimo įstatymas, 2020, aktuali redakcija).

Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas. Sveikatos draudimo įstatyme (2020, aktuali redakcija) savanoriškasis (papildomasis) sveikatos draudimas apibrėžiamas kaip „papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio“.

Jis suteikia galimybę profilaktiniam sveikatos tikrinimui, gydymuisi pasirinktose ASPĮ, vaistų pirkimui ir kitoms, sutartyse numatytoms paslaugoms.

Tokio draudimo taisykles, kai draudikas yra privati įmonė, taip pat reglamentuoja valstybė. Yra numatyta, kad draudiku gali būti tik licencijuotos įmonės, o draudėju – fizinis ar juridinis asmuo. O PSSD lėšos yra surenkamos iš įmokas mokančių draudėjų. (LR Sveikatos draudimo įstatymas, 2020, aktuali redakcija). Draudėjas yra asmuo, kuris savanoriškai ar turintis tam pareigą, sudaro su draudiku (draudimo įmone) sutartį, o naudos gavėjas gali būti pats draudėjas arba kitas asmuo. (Lezgovko ir kt., 2014). Buivydas ir kt. (2010) įvardija, jog, pagrindinė PSSD funkcija yra PSD papildymas, išplėtimas, nes neįmanoma sukurti visapusiško valstybinio draudimo modelio, kuris atitiktų visus poreikius ir finansines galimybe. PSSD, tai galimybė patenkinti naudotis pageidaujamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, o ne tik apsiriboti valstybės siūlomu paslaugų paketu, kuris, kartais, sveikatos vartotojų netenkina. Tačiau šie PSSD privalumai priimtini ne visiems, kadangi šis draudimas yra ne visiems finansiškai prieinamas, taigi, išryškėja socialinė nelygybė.

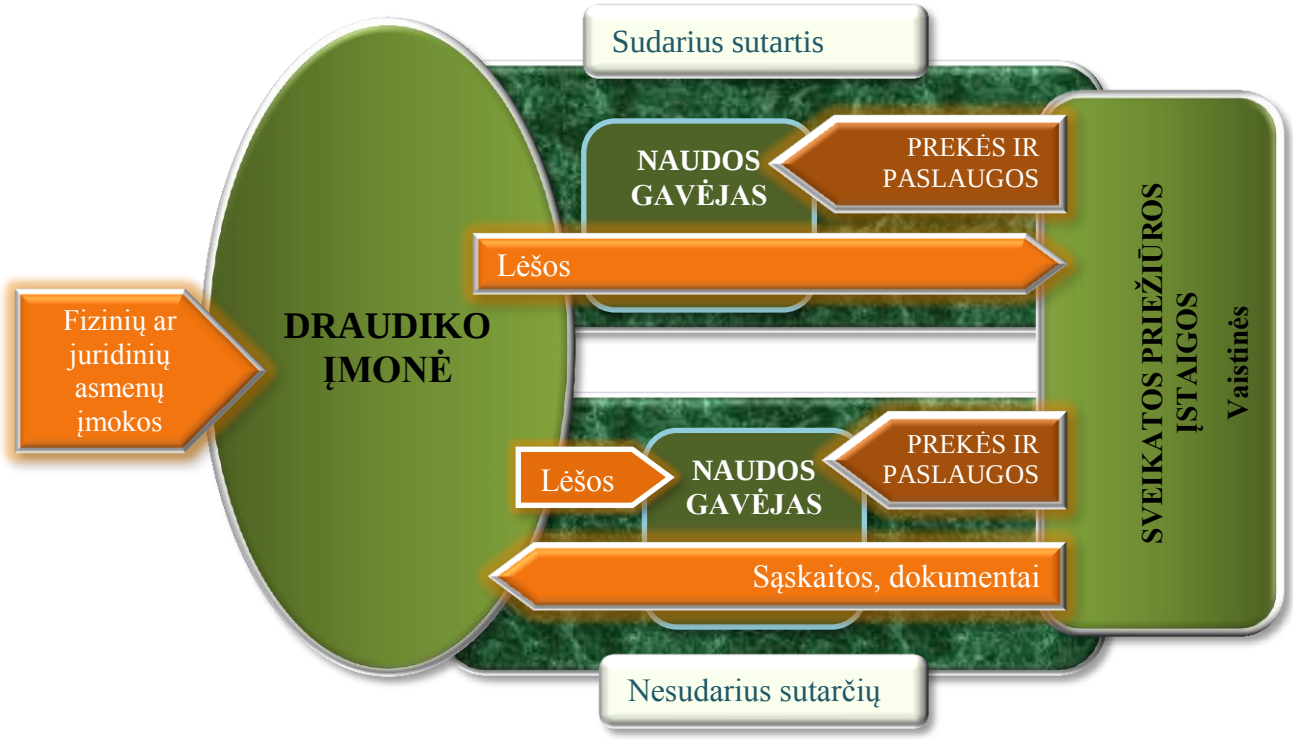
PSSD gali būti:

- ligos (ambulatorinio ar stacionaraus gydymo išlaidų kompensavimas);
- gydymo įstaigų dienpinigių (mokama nustatyta suma už kiekvieną gydymosi dieną stacionare);
- ligos dienpinigių (kompensuojama negautų pajamų suma);
- slaugos dienpinigių (kompensuojamos slaugos išlaidos);
- kelionių sveikatos draudimas (kompensuojamos užsienio gydymo įstaigose patirtos išlaidos);
- kolektyvinis ligos (kai draudėjai yra juridiniai asmenys). (Bitinas ir kt., 2011).

LR Sveikatos draudimo įstatyme (2020, aktuali redakcija) apibrėžiami PSSD draudiminiai įvykiai:

- sveikatos sutrikimas, kurį diagnozuoja gydytojas ir jis yra numatytas draudimo sutartyje;
- sveikatos priežiūros paslaugų, medikamentų įsigijimo išlaidų ar jų dalies neapmokėjimas iš PSDF.

PSSD sistema yra sudaryta iš struktūrų ir procesų (žr. 7 pav.):



Šaltinis: parengta pagal Bitinas ir kt., 2011

7 pav. PSSD schema

PSSD lėšos yra formuojamos iš fizinių ar juridinių asmenų, draudėjų, įmokų draudikui (draudžiančiai įmonei). Draudiminio įvykio metu susidaro sąlygos kreiptis į sveikatos priežiūros institucijas. Kai paslaugų teikėjas yra sudaręs sutartis su draudiku, atsiskaitymas vyksta per naudos gavėją, kadangi lėšas valdo pats draudžiamasis (pavyzdžiui kortelėje esanti, sutartyje numatyta, lėšų suma. Jei sutartys nesudarytos, pagal pateiktus dokumentus (sąskaitas, dokumentus, liudijančius sveikatos sutrikimą) draudikas įvertina draudiminio įvykio faktą ir kompensuoja patirtas išlaidas.

Paslaugos skirstomas į teikiamas apdraustiems PSD ir neapdraustiems PSD asmenims (žr. 5 lent.):

5 lentelė. LNSS ASPĮ teikiamos mokamos ir nemokamos paslaugos

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGA	APDRAUSTIESIEMS PSD	NEAPDRAUSTIEMS PSD
Būtinoji medicinos pagalba	nemokama	nemokama
Paslaugų teikimas nemokamai (didžioji dalis asmens sveikatos priežiūros paslaugų, numatytų teisės aktais)	nemokama	mokama
• Gydytojo konsultacija (neturint siuntimo) • Skubus paslaugų teikimas (be eilės) • Pasirinkus brangesnį gydymą (medžiagas, paslaugas, procedūras) • Gydytojo konsultacija (turint siuntimą, bet gydytojui dirbant ne LNSS įstaigoje)	mokama	mokama
• Profilaktinis sveikatos tikrinimas • Nėštumo priežiūra ir gimdymas (asmeniškai pasirinkus gydytoją ar akušerį) • Priklausomybių gydymas (nuo alkoholio, narkotikų ar kt.) • Girtumo nustatymas • Chirurgijos operacijos (kosmetinės) • Kosmetinės (dermatologo), kosmetologijos (masažai, gydymo procedūros, kaukės), akupunktūros ir manualinės terapijos, nėštumo nutraukimo ir diagnozavimo, kai kurios dantų protezavimo procedūros	mokama	mokama

Šaltinis: parengta pagal SAM įsakymą „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo...“, 2017, aktuali redakcija

Asmenims, kurie nėra apdrausti PSD, visos išvardintos paslaugos yra mokamos, išskyrus būtinąją medicinos pagalbą. Nors apdraustiesiems PSD didžioji dalis paslaugų yra nemokamos, tačiau taip pat yra išlygų. Pageidaujant išskirtinių sąlygų, ne pagal numatytą tvarką už tai galima susimokėti papildomai.

3.1.4. Gydymo paslaugų kainodara

Kad dalis teikiamų ASPP nebūtų nuostolingos, reikia apskaičiuoti, kuo tikslesnes gydymo kainas, kurių pagrindą sudarytų realiai patirtos sąnaudos. Todėl nuo 1997 iki 2012 metų galiojusi skaičiavimo metodika buvo pakeista ir pradėta taikyti nauja kainodara, pagal veiklos sąnaudų apskaitą. Anksčiau taikytas paslaugų grupavimas pagal profilius, buvo pakeistas į grupavimą pagal giminingas diagnozių grupes (angl. DRG – diagnosis-related-groups) (toliau DRG). (VLK, Gydymo paslaugų kainų..., 2009). Tai įtakojo bazinių kainų apskaičiavimą, kurios yra naudojamos faktinėms gydymo kainoms apskaičiuoti. (SAM „Dėl aktyviojo gydymo stacionarinėms...“, 2018, aktuali redakcija).

„DRG sistema – tai tarptautinė ligoninių paslaugų apmokėjimo sistema, užtikrinanti tikslų šių paslaugų teikimo išlaidų kompensavimą, atitinkantį paciento sveikatos būklės sunkumą ir atliktų diagnostinių bei gydomųjų veiksmų visumą.“ (VLK „Nuo birželio...“, 2011)

Informacinė sistemoje „Sveidra“ vykdoma ASPĮ suteiktų ASPP, kurios yra apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, automatizuota apskaita. Į „Asmenims suteiktų stacionarinių paslaugų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto, apskaitos posistemį“ kiekviena ASPĮ pateikia duomenis, reikalingus apskaitai ir paslaugų apmokėjimo pagrindimui. Tai naudinga ir ASPĮ, kadangi duomenys gali būti naudojami veiklai analizuoti bei paslaugoms tobulinti. Remiantis „Sveidra“ duomenimis ir taikant DRG metodą, apskaičiuojama ASPĮ suteiktų paslaugų, apmokamų iš PSDF, piniginė išraiška. (VLK „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo..., 2019, aktuali redakcija).

Sąnaudų duomenis VLK perduoda, visos, teikiančios aktyviojo gydymo paslaugas, ASPĮ. Jie yra reikalingi gydymo kainų koeficientams ir bazinėms kainoms apskaičiuoti, užpildydamos „Aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąnaudų apskaitos ir priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą modelis“ matricą. (VLK „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo..., 2019, aktuali redakcija).

Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina yra skaičiuojama aktyviojo gydymo ASPP. (SAM įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija). Aktyviajam gydymui nepriskiriamos, tačiau taip pat iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos paslaugos: paslaugos slaugantiems vaikus; ilgalaikė ir specialioji psichiatrija, tuberkuliozės gydymas, ftiziochirurgija. Taip pat slaugos ir paliatyvaus gydymo paslaugos. (SAM įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145...“, 2019, aktuali redakcija).

Faktinę aktyviojo gydymo atvejo kainą galima apskaičiuoti taip (žr. (8) formulę):

(8)

$$F = B \times k + E$$

Čia:

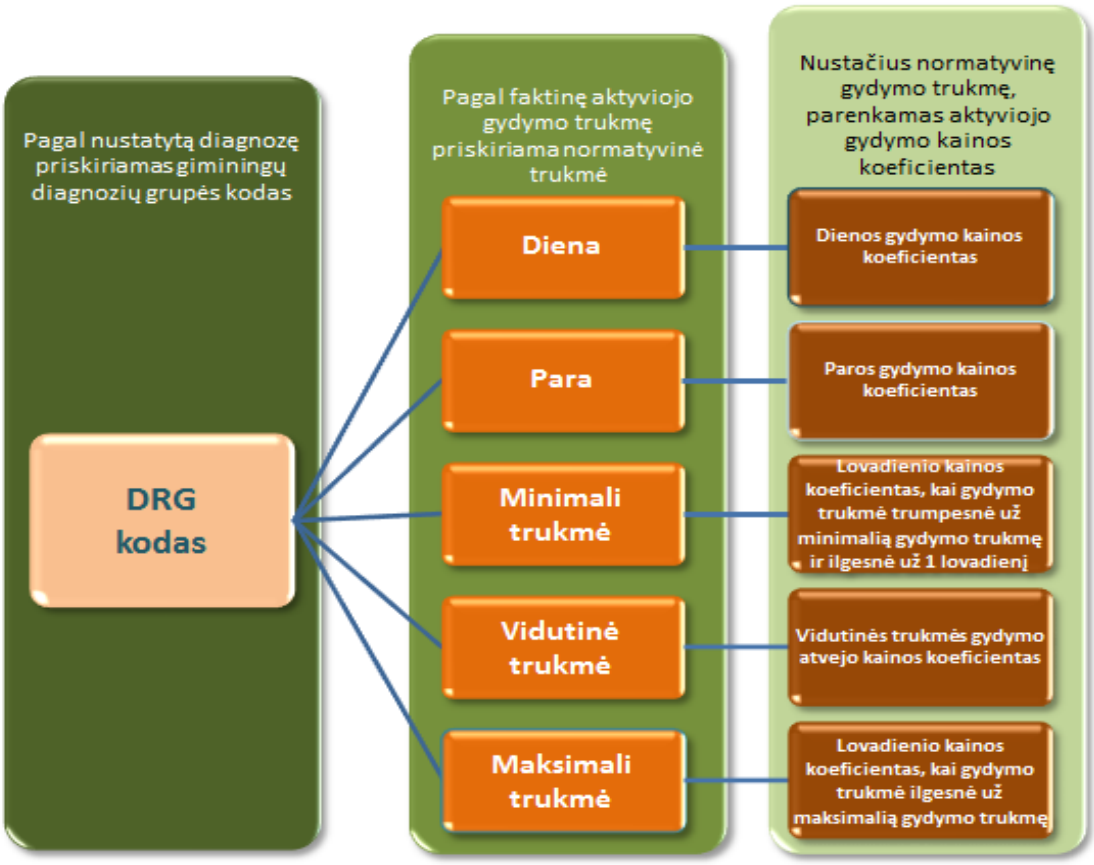
F – faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina;

B – bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina;

k – aktyviojo gydymo kainos koeficientas;

E – papildomai naudotų elementų kaina.

Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina išreiškiama balais ir yra nekintanti dalis, kuri nustatoma metams (SAM įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145...“, 2019, aktuali redakcija). Gydymo atvejis yra priskiriamas giminingų diagnozių grupei, tuomet parenkamas koeficientas ir gydymo trukmė (žr. 8 pav.):



Šaltinis: parengta pagal SAM įsakymą „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija

8 pav. Koeficiento parinkimas faktiniam aktyviojo gydymo atvejo kainos skaičiavimui

Skirtingoms DRG grupėms vidutinė gydymo trukmė skiriasi. Vidutinę normatyvinę trukmę padauginus iš trijų, apskaičiuojama maksimali gydymo trukmė, o padalinus iš trijų – minimali. Jei buvo naudoti papildomi elementai (medicinos reikmenys, medikamentai, kraujo komponentai ir kt.), jų kaina yra pridedama. Pagal tokiu būdu apskaičiuotas kainas sužinoma suteiktų paslaugų vertė, yra išrašomos sąskaitos TLK ir gaunas apmokėjimas (žr. 3 skyrių, 3.1 poskyrį, 3.1.3 skyrelį, 7 pav.). (SAM įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų...“, 2020, aktuali redakcija).

3.1.5. Lietuvos sveikatos strategija 2014-2025 m. ir veiklos vertinimo rodikliai

Lietuvoje teisės aktai taip pat apibrėžia pagal kokius rodiklius vertinamas ASPĮ, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas stacionare, veiklos efektyvumas (žr. 6 lent.) ir paslaugų kokybė (žr. 7 lent.) bei pateikiama jų skaičiavimo metodika:

6 lentelė. ASPĮ veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas

EIL. NR.	RODIKLIO PAVADINIMAS	MATO VIENETAI
1.	Vidutinė gydymo trukmė atliekant:	dienomis
	1.1. klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	
	1.2. kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	
2.	Dienos chirurgijos paslaugų dalis atliekant:	procentais
	2.1. kataraktos operacijas	
	2.2. cholecistektomijos operacijas	
	2.3. flebektomijos operacijas	
	2.4. adenoidektomijos operacijas	
	2.5. hernioplastikos operacijas	
	2.6. kelio artroskopines operacijas	
	2.7. laparoskopines ginekologines operacijas	
3.	Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų 1-ąją hospitalizavimo dieną, dalis	procentais
4.	Operacinės užimtumo vidurkis	procentais

Šaltinis: parengta pagal SAM įsakymą „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m...“, 2015

SAM įsakyme nurodoma, jog vertindamos savo veiklos efektyvumą ASPĮ vidutinę gydymo trukmę galima skaičiuoti ir kitoms operacijoms. O operacinės užimtumo vidurkį rekomenduojama stebėti automatiškai, informacinių technologijų pagalba (SAM įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m...“, 2015). Kokybės rodiklių sąrašas yra ilgesnis (žr. 7 lent.):

7 lentelė. ASPĮ veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas

EIL. NR.	RODIKLIO PAVADINIMAS	MATO VIENETAI
1.	Cezario pjūvių dažnis	procentais
2.	Mirštamumas aktyvaus gydymo ASPĮ metu:	procentais
	2.1. nuo miokardo infarkto	
	2.2. nuo galvos smegenų insulto	
3.	Pragulų išsivystymo dažnis:	procentais
	3.1 ASPĮ aktyvaus gydymo padaliniuose	
	3.2 palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	
	3.3 paliatyviąją pagalbą teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	
4.	Infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis	lovų skaičius, tenkantis vienam specialistui
5.	Pacientų pasitenkinimo lygis	balai
6.	Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis	Teigiamai/neigiamai
7.	Antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis	Teigiamai/neigiamai
8.	Vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis	Teigiamai/neigiamai
9.	Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis	Teigiamai/neigiamai
10.	Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis	Teigiamai/neigiamai
11.	Miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis	Teigiamai/neigiamai
12.	Personalo rankų higienos	Teigiamai/neigiamai

Šaltinis: parengta pagal SAM įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m...“, 2015

Rodiklio „Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis“ įvertinimas teigiamas, jei nuo praėjusio infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo nėra praėję daugiau nei metai bei duomenys pateikti Higienos institutui. Norint įvertinti pacientų nuomonę apie gydymą yra patvirtinta „Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa“ (žr. 1 priedą), kurios atsakymai įvertinami balais. ASPĮ turi būti patvirtintos atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos ir racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarkos. Rodikliu „Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis“ ASPĮ, norėdama gauti teigiamą įvertinimą, įpareigojama registruoti ir analizuoti papildomų, daugiau nei SAM įsakyme numatyta – vienuolikai grupių priskiriamų, nepageidaujamų įvykių. (SAM įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. Lapkričio 29 d...“, 2015; SAM įsakymas „Dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos aprašo patvirtinimo...“, 2020 aktuali redakcija). Kai kurie rodikliai vertinami tik tas specifines paslaugas teikiančiose ASPĮ, kaip pavyzdžiui Cezario pjūvių dažnis arba „Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis“, tik akušerijos paslaugas teikiančiose įstaigose. Pastarasis rodiklis palankiai vertinamas, kai ligoninė yra pripažinta naujagimiams palankia gydymo įstaiga arba yra siekiamybė tokia tapti. Teigiamus įvertinimus ligoninei lemia kasmetinis vidaus auditas dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo atitikties teisės aktų reikalavimus bei personalo rankų higienos atitiktis procedūrai. Įsakyme minima, jog galima praplėsti mirštamumo priežasčių fiksavimo sąrašą. (SAM įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. Lapkričio 29 d...“, 2015)

Turi vykti nenutrūkstamas procesas, norint pasiekti geriausius sveikatos ir sektoriaus veiklos rodiklius: vykti tyrimai, pagal atliktus tyrimus organizuojama prevencija ar numatomos strategijos žmonių sveikatos būklei ar veiklos rodikliams pagerinti.

Gerinti sveikatos sektoriaus produktyvumui Kutzin (2011) siūlo:

- panaikinti neveiksmingas ir netinkamas paslaugas;
- skirti daugiau specialistų pirminei ir ambulatorinei priežiūrai ligoninių sąskaita;
- investuoti į infrastruktūrą, kurios eksploatavimas yra pigesnis;
- sumažinti pigiausiai kainuojančių paslaugų apimtį;
- sumažinkite nepagrįstas administracines išlaidas;
- išteklių paskirstymo paslaugų teikėjams susiejimas su jų veiklos rezultatais ir aptarnaujamų gyventojų sveikatos poreikiais.

Siekiant gerinti visuomenės narių sveikatą, ilginti gyvenimo trukmę, sukurti sveikatai palankią aplinką, formuoti sveiką gyvenseną o taip pat užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų orientuotos į pacientą, Lietuvoje sudaryta sveikatos strategija, nurodant siektinų rodiklių reikšmes. (žr. 8 lent.) (LR nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo, 2019):

8 lentelė. Lietuvos 2014–2025 metų sveikatos strategija

VERTINIMO RODIKLIS, MATAVIMO VIENETAS	BŪKLĖ (METAI)	VERTINIMO RODIKLIO REIKŠMĖ 2020 M.	VERTINIMO RODIKLIO REIKŠMĖ 2025 M.
Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė,	73,98 m. (2012 m.)	75,8 metų	77,5 metų
Vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumo tarp vyrų ir moterų mažinimas, ilgėjant vyrų vidutinei būsimo gyvenimo trukmei (metais)	11,06 m. (2012 m.)	9,5 metų	8 metai
Mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų,	31,03 (2012 m.)	19,5	12,0
Skurdo riziką ar socialinę atskirtį patiriančių asmenų dalis, procentais,	32,5 (2012 m.)	Sumažinti 15% nuo 2012 m.	Pasiekti ES vidurkį
Asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, susiduriančiuose su ekonominiais sunkumais, dalis (negali sau leisti bent kas antrą dieną valgyti mėsos, žuvies ar analogiško vegetariško maisto)	23 (2012 m.)	Sumažinti 15 % nuo 2012 m.	Sumažinti 10 % nuo 2020 m.
Šiltnamio efektą sukeliančių dujų kiekis (CO_2 ekvivalentas), tūkst. tonų	21 622	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
Gyventojų, teigiančių, kad jie kenčia nuo triukšmo, dalis (procentais),	13,3 (2012 m.)	Sumažinti 5 % nuo 2012 m.	Sumažinti 5 % nuo 2020 m.
Mirtingumas dėl išorinių priežasčių 100 tūkst. gyventojų	122,47 (2012 m.)	77,3	51,7
Legalaus alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus, litrais absoliutaus alkoholio	13,0 (2012 m.)	9,5	8,5
Tabako suvartojimas vienam gyventojui per metus	907 (2012 m.)	Sumažinti vartojimą 3 % nuo 2012 m.	Sumažinti vartojimą 3 % nuo 2020 m.
Mirčių dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičius (abs. sk.)	95 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
Nutukusių vyrų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus vyrų, procentais	18 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
Nutukusių moterų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus moterų, procentais,	19 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
Kūdikių mirtingumas 1 000 gyvų gimusių kūdikių Lietuvoje	3,9 (2012 m.)	Pasiekti ES vidurkį	Pasiekti ES vidurkį
Šeimos gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų	6,4 (2012 m.)	7,0	7,54
Slaugytojų (įskaitant akušerius), tenkančių vienam gydytojui, skaičius,	1,75b(2012 m.)	2,0	Pasiekti ES vidurkį
Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų,	451,1 (2012 m.)	368,7	310,4
Mirtingumas nuo piktybinių navikų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų	182,1 (2012 m.)	172,8	165,5
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, procentais nuo BVP	6,7 (2012 m.)	7,5	8,0
Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais	65,3 (2011 m.)	75	78
Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais	1,1 (2012 m.)	2,0	3,0

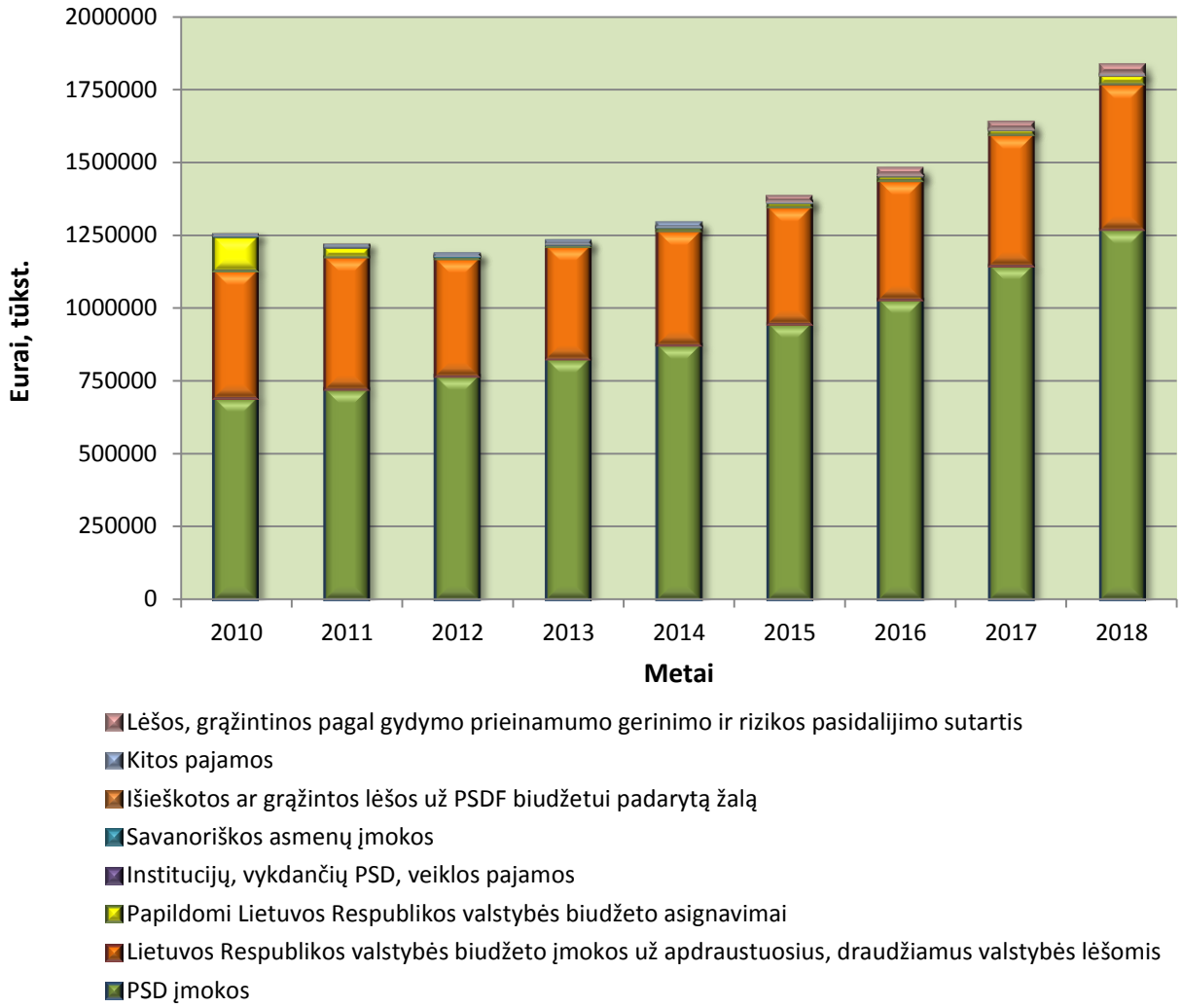
Šaltinis: LR nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“, 2019

Lietuvos strategijos plane yra rodiklių, kuriuos siekiama pagerinti, sutampančių su EHCI nagrinėjamais rodikliais. (žr. 1 skyrių, 1.2 poskyrį). Tai reiškia, kad yra siekiama pagerinti Lietuvos reitingą EHCI tarp Europos valstybių.

3.2 Privalomojo sveikatos draudimo fondo analizė

Analizuojant PSDF biudžetą, skaičiavimai buvo atliekami pagal antrame skyriuje pateiktas formules.

Verta panagrinėti kokie elementai PSDF pajamų struktūroje sudaro didžiausią dalį bei kokios yra pajamų tendencijos 2010-2018 metais (žr. 9 pav.).



Šaltinis: parengta pagal VLK 2010-2018 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitas, 2011-2019

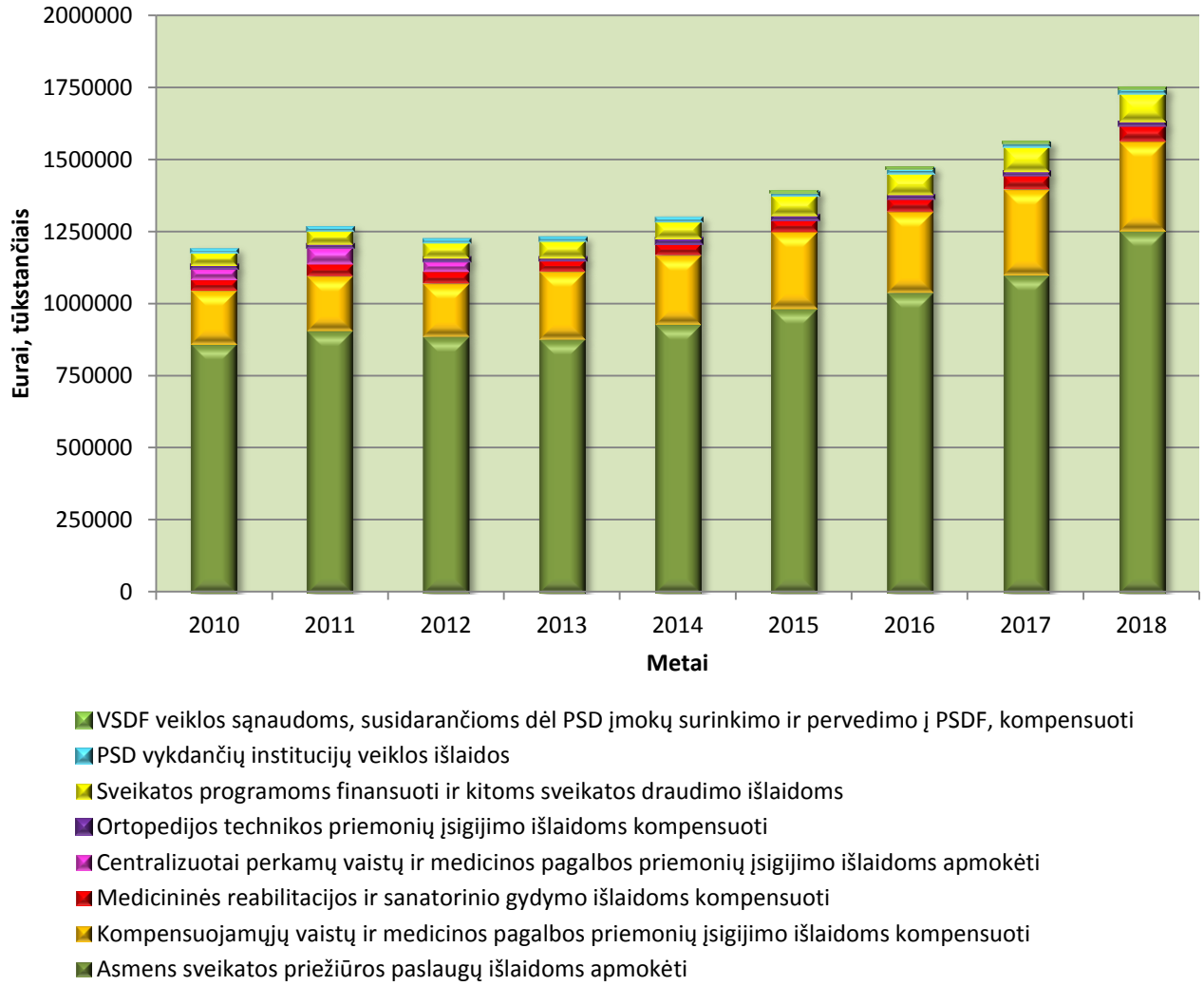
9 pav. 2010-2018 m. PSDF pajamų struktūra ir dinamika

Devintame paveiksle aiškiai matoma PSDF pajamų augimo tendenciją. Nagrinėjamu laikotarpiu pajamos išaugo 46 procentų. Visu periodu didžiausią pajamų dalį, vidutiniškai apie 70 procentų, sudaro PSD įmokos, kurias sumoka dirbantys valstybės piliečiai, išskaičiuojamą jas iš atlyginimo. Taip pat didelė dalis, apytiksliai trečdalis, yra sumokama iš valstybės biudžeto lėšų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. O pajamos iš kitų šaltinių 2011-2018 metais vidutiniškai

sudaro apie 4 procentus nuo bendrų pajamų tik 2010 metais buvo 18 procentų, kadangi buvo didesni asignavimai iš valstybės biudžeto.

LR Sveikatos draudimo įstatyme (2020, aktuali redakcija) yra numatyta didinti įmoką už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis ir tai nuo vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio sudarys: 2018 metais – 41 procentą, 2019 metais – 44 procentus, 2020 metais – 47 procentus. O nuo 2021 metų 6,98 procento nuo minimalios metinės algos.

Susipažinus su pajamų dinamika ir struktūros elementų sudarančia dalimi, atitinkamai bus nagrinėjamos ir išlaidos (žr. 10 pav.):



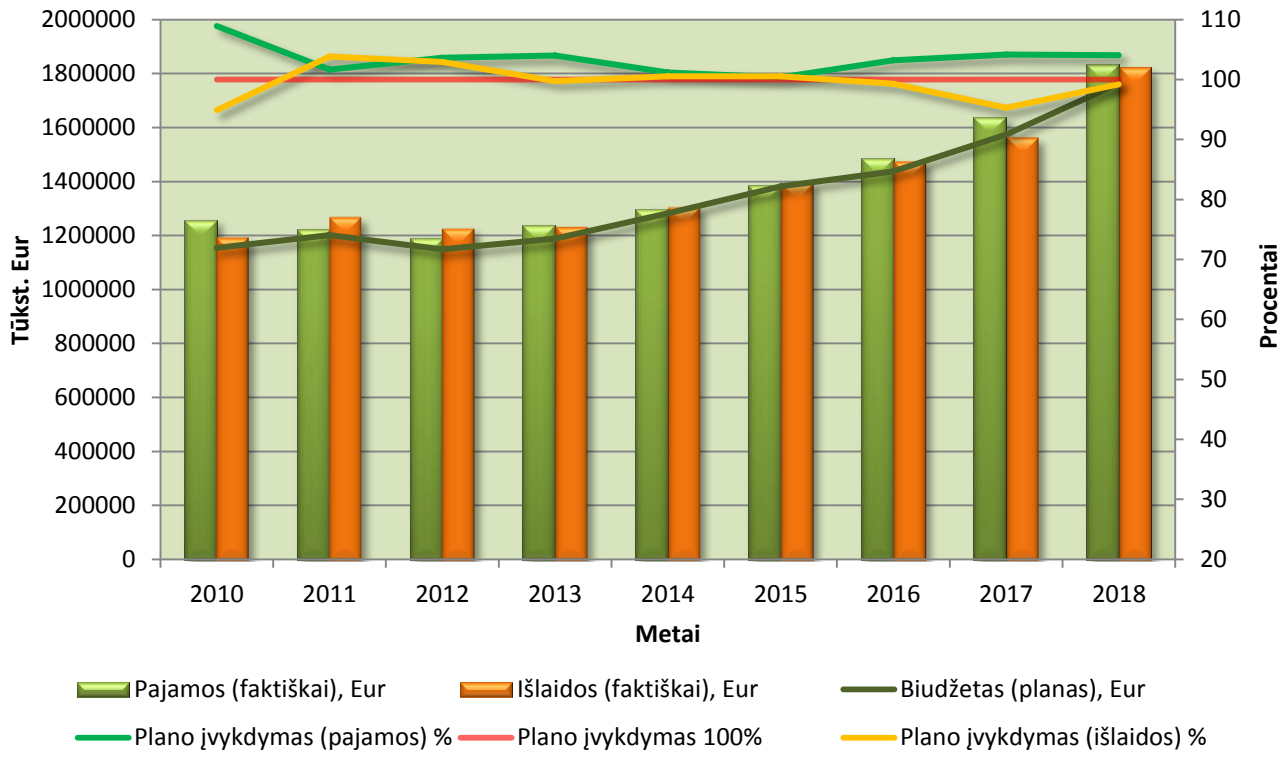
Šaltinis: parengta pagal VLK 2010-2018 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitas, 2011-2019

10 pav. 2010-2018 m. PSDF išlaidų struktūra ir dinamika

Devynių metų laikotarpyje PSDF auga ir nuo 2010 iki 2018 metų jos pakito 48 procentais, tai yra apie 592 milijonai eurų. Visu laikotarpiu didžiausią jų dalį, apie 70 procentų, sudaro apmokėjimas už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kas ir yra šio fondo pagrindas. Antroje vietoje pagal išlaidų apimtį yra medikamentų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimas, visu

tiriamuoju periodu tai su daro vidutiniškai apie 17 procentų nuo visų išlaidų. Iš diagramos matome, jog kiekvienais metais auga išlaidos sveikatos programoms finansuoti.

Išnagrinėjus PSDF biudžeto faktines pajamas ir išlaidas, svarbu jas palyginti su biudžeto planu bei įvertini jo pajamų ir išlaidų įvykdymą (žr. 11 pav.):



Šaltinis: VLK 2010-2018 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitas, 2011-2019 m.

11 pav. 2010-2018 m. PSDF biudžeto dinamika ir įvykdymas

Po DRG metodikos įvedimo 2012 metais stebimas tolygus PSDF biudžeto augimas. Nuo mažiausios reikšmės 2012 metais iki didžiausios – 2018 metais, biudžetas išaugo 1,5 karto. Skirtumas tarp surenkamų pajamų ir patiriamų išlaidų svyruoja nežymiai. Diagramoje akivaizdžiai matome, kad 2010 ir 2017 metais pajamos viršija išlaidas, tačiau nors didžiausias skirtumas 2017 metais yra 77 milijonai eurų, tačiau tai sudaro tik 4,7 procentus nuo pajamų sumos. Diagramoje raudona linija žymi ribą, kai biudžetas įvykdomas 100 procentų. Visame 9 metų periode faktiškai gautos pajamos viršija planuojamas, apytiksliai 3 procentus, o didžiausi skirtumai buvo 2010 metais – 102,8 milijono eurų (apie 8,9 procento), o 2017 metais – 65,8 milijono eurų (apie 4,2 procento) ir 2018 m. – 72 milijonai eurų. Taigi, pajamų surinkimo planas, visu laikotarpiu yra įvykdomas daugiau nei 100 procentų, didžiausia reikšmė, 2010 metais, beveik 109 procentai. Didesnis pajamų surinkimas leidžia sukaupti PSDF rezervus ir padengti išlaidas, tačiau biudžeto augimas nors ir yra gera tendencija, tačiau nebūtinai garantuoja paslaugų gerėjimą ar infrastruktūros plėtrą. 2011, 2012,

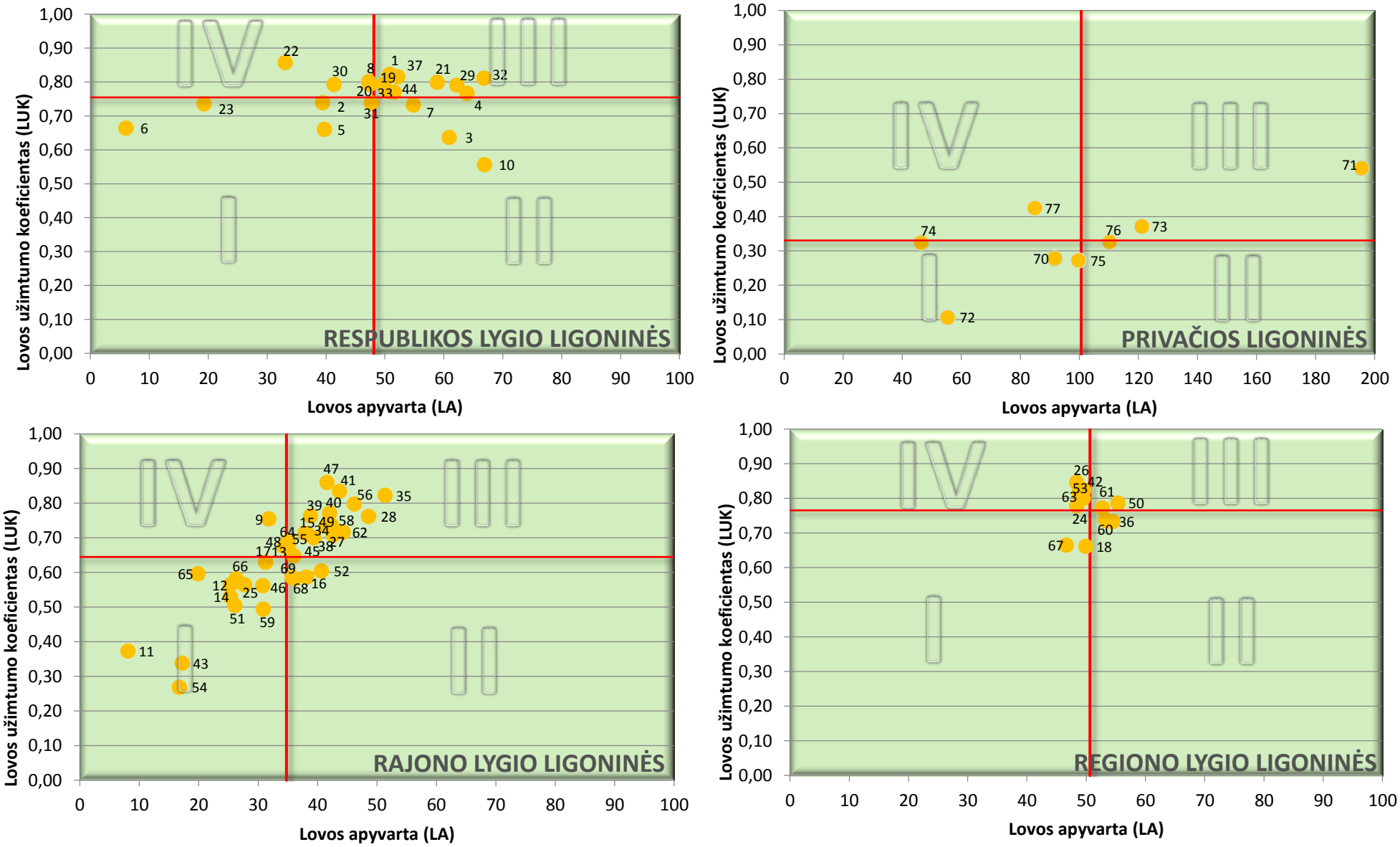
2014 ir 2015 metais patirto išlaidos viršijo suplanuotas. Tačiau visu tiriamuoju laikotarpiu išlaidų planas vidutiniškai vykdomas 99,6 procento. Tai rodo, jog planuojamos patirti išlaidos nėra faktiškai didesnės. Matome, jog 2010 metais pajamos šiek tiek ženkliau viršija išlaidas, kadangi, kaip jau buvo minėta, tada buvo skirti didesni nei įprasta asignavimai iš valstybės PSDF biudžetui subalansuoti, tačiau tais metais buvo gauta viršplaninių pajamų, o išlaidų buvo patirta mažiau, nei planuota (žr.11 pav.). (Valstybės kontrolė, Valstybinė ligonių kasa taupė gydymo įstaigų sąskaita, 2011)

3.3 Sveikatos sektoriaus lovų fondo analizė pagal Pabon Lasso modelį

Tyrimui buvo pasirinktos ligoninės kaip didžiausias ir brangiausiai kainuojantis sveikatos priežiūros sistemos padalinys. (Masoumi ir kt. 2014). Norint ekonomiškai efektyvaus ir tuo pačiu kokybiško bei produktyvaus sveikatas priežiūros paslaugų teikimo, ligoninių veiklą reikia organizuoti remiantis tam tikrais rodikliais. Šiame tyrime bus naudojama Pabon Lasso modelis, siekiant įvertinti ligoninių veiklos efektyvumą, kaip sveikatos sektoriaus infrastruktūros dalį ir teikiant pasiūlymus dėl geresnės ligoninių darbo strategijos.

Analizė buvo atliekama, remiantis aktyvaus gydymo lovų statistika, kadangi kito tipo lovų panaudojimo rodikliai yra specifiniai ir iškreiptų rezultatus, palyginamumas būtų nevalidus: rodikliai būtų prastesni, kadangi specialiosios psichiatrijos, tuberkuliozės, slaugos, reabilitacijos gydymo trukmė yra palyginti ilga, o apyvartos menkos. O LUK ir LA vidurkiai būtų skaičiuojamas imant visą duomenų imtį.

Norint gauti tikslesnius rezultatus analizė buvo atlikta suskirsčius ligonines į grupes: respublikines, regionines, rajonines bei privačias. Grafikai dvyliktame paveiksle buvo sudaryti pagal antro priedo (žr. 2 priedą) 1, 3-5 stulpelio duomenis, o skaičiavimai buvo atlikti pagal antrame skyriuje nurodytas formules (žr. 2 skyrių, (4) (5) (6) ir (7) formules), remiantis antro priedo, 6-11 stulpelių duomenimis. Grafikuose atvaizduoti numeriai atitinka ligoninės eilės numerį antrame priede, 1 stulpelis (žr. 2 priedą). Lovų panaudojimo tyrimas buvo atliktas pagal 2018 metų duomenis, kadangi vėlesni dar nėra skelbiami (žr.12 pav.).



Šaltinis: sudaryta autorės pagal Higienos institutas, Stacionaro lovų skaičius pagal lovų profilių grupes ir gydymo įstaigas, 2018

12 pav. Pabon Lasso modelio pagrindu atlikto tyrimo matricos pagal ligoninių lygius

Kiekvieno lygio ligoninių apskaičiuoti LA ir LUK vidurkiai dalina grafikus į keturias efektyvumo zonas.

Respublikos lygio ligoninės. Apskaičiavus gauta, kad LA vidurkis yra 47,5 , o lovos užimtumo koeficiento vidurkis – 0,66 , kurių reikšmės padalina grafiką į keturias zonas. 2, 5, 6, 23, 31 numeriu pažymėtos ligoninės patenka į pirmą ketvirtį, tačiau 2, 5 ir 31 ligoninės nėra labai nutolusios nuo vidurkio, todėl jų veiklos negalima laikyti labai neefektyvia. Tačiau labai išsiskiria 6 ligoninė, kur LA yra žema ir ilga VGT, taip yra dėl įstaigos specifiškumo, kadangi joje teikiamos psichiatrijos paslaugos, kur tokio tipo ligų gydymas užtrunka ilgai, ir su esamu lovų skaičiumi aptarnaujama labai mažai pacientų, kurie yra gydomi ilgą laiką. Antrame ketvirtyje, labiausiai nuo vidurkio nutolusios 3, 10 ligoninės, tai yra odontologijos paslaugas teikianti įstaiga ir gimdymo namai. Šioms ligoninėms būdinga aptarnauti daug pacientų, juos gydant trumpą laiką. Ketvirtoje zonoje atsidūrusioms ligoninėms (8, 22, 30) yra būdingi sunkūs ligoniai, ilgas gydymas.

Privačios ligoninės. Pagal lovų panaudojimo rodiklius ligoninės yra išsisklaidžiusios grafiko plote ir į antrą zoną beveik nepatenka. Tik dvi ligoninės (71,73) patenka į trečią ketvirtį, kur palyginti su privačiame sektoriuje veikiančiomis įstaigomis jų veikla yra efektyviausia, tačiau nei vienos iš jų lovos užimtumas nesiekia 60 procentų. Itin išsiskiria 71 numeriu pažymėta ligoninė, kuriai būdingas didelis aptarnaujamų pacientų skaičius, kuris vidurkį viršija dvigubai. Iš privačių įstaigų vertinant pagal šį modelį blogiausiai veikia 72 ligoninė, kurios LUK yra itin žemas ir lovos būna naudojamos tik apie 10 procentų per metus.

Rajono lygio ligoninės daugiausia išsidėsto pirmoje ir trečioje zonose, jos svyruoja tarp efektyvumo ir neefektyvumo. Kadangi pirmame ketvirtyje atsidūrusios ligoninių ir LUK, ir LA yra žemas, tai rodo, jog lovų paklausa yra mažesnė nei pasiūla, susidaro lovų perteklius. O trečio ketvirčio ligoninės turi aukštus LUK ir LA rodiklius palyginti su šalies rajono ligoninių vidurkiu, taip pat matome, jog kai kurių iš jų (35, 41, 46, 47) lovos būna užimtos daugiau nei 80 procentų. Neefektyviausiai iš šio lygio ligoninių veikia pažymėtos 11, 43, 54 numeriais.

Regiono lygio ligoninės. Iš dvylikto paveikslo matome, jog visos regiono lygio ligoninės yra išsidėsčiusios aplink LUK ir LA vidurkį, vadinasi, jų veiklos rodikliai ir efektyvumas yra panašūs. Jų lovų skaičius ir svyruoja nuo 66 iki 237 vietų, tai rodo, kad vienodai efektyviai valdomos gali būti įvairaus dydžio ligoninės.

Lengviau apibendrinti gautus ligoninių lovų fondo panaudojimo duomenis pagal lygius, pateikus juos lentelėje (žr. 9 lent.):

9 lentelė. Lovų panaudojimo rodiklių duomenys pagal ligoninių lygius

LIGONINIŲ LYGIS	LOVOS APYVARTOS VIDURKIS	LOVOS UŽIMTUMO KOEFICIENTO VIDURKIS	LOVOS APYVARTOS STANDARTINIS NUOKRYPIS	LOVOS UŽIMTUMO KOEFICIENTO STANDARTINIS NUOKRYPIS
Respublikos lygio ligoninės	48,08	0,76	15,07	0,07
Regiono lygio ligoninės	50,61	0,77	2,84	0,06
Rajono lygio ligoninės	34,75	0,65	9,42	0,13
Privačios ligoninės	100,55	0,33	46,07	0,13
VISOS ĮSTAIGOS	58,50	0,63	25,99	0,17

Iš devintoje lentelėje pateiktų duomenų apibendrintai galime apžvelgti įvairių lygių ligoninių veiklą. Taigi, vidutinis lovos užimtumo koeficientas rodo, jog visų lygių ligoninėse lovų panaudojimas nėra efektyvus – nesiekia net 0,80 reikšmės. Kai, anot Gurevičiaus (2016), jis turėtų būti 0,85-0,90. Tačiau galima vertinti teigiamai, kad respublikos ir regiono lygio ligoninių rodiklis yra labai arti šios reikšmės. Todėl Lietuvos sveikatos sistemoje turime gerų pavyzdžių, kaip reikėtų organizuoti ligoninių veiklą, norint pasiekti gerų rezultatų. Nors privačioje sveikatos sektoriaus dalyje lovos apyvartos rodiklis yra didelis, tai reiškia, jog yra aptarnaujama dvigubai daugiau pacientų nei valstybinėse ligoninėse, tačiau lovos užimtumas yra itin žemas, pats mažiausias iš tiriamųjų ligoninių lygių. Reiškia, kad net apie tris ketvirtadalius laiko metuose, jos yra nenaudojamos. Bendras aktyvaus gydymo lovų užimtumas šalyje yra tik 63 procentai ir nesiekia efektyvumo standarto.

3.4 Lietuvos sveikatos sektorius Europos šalių kontekste

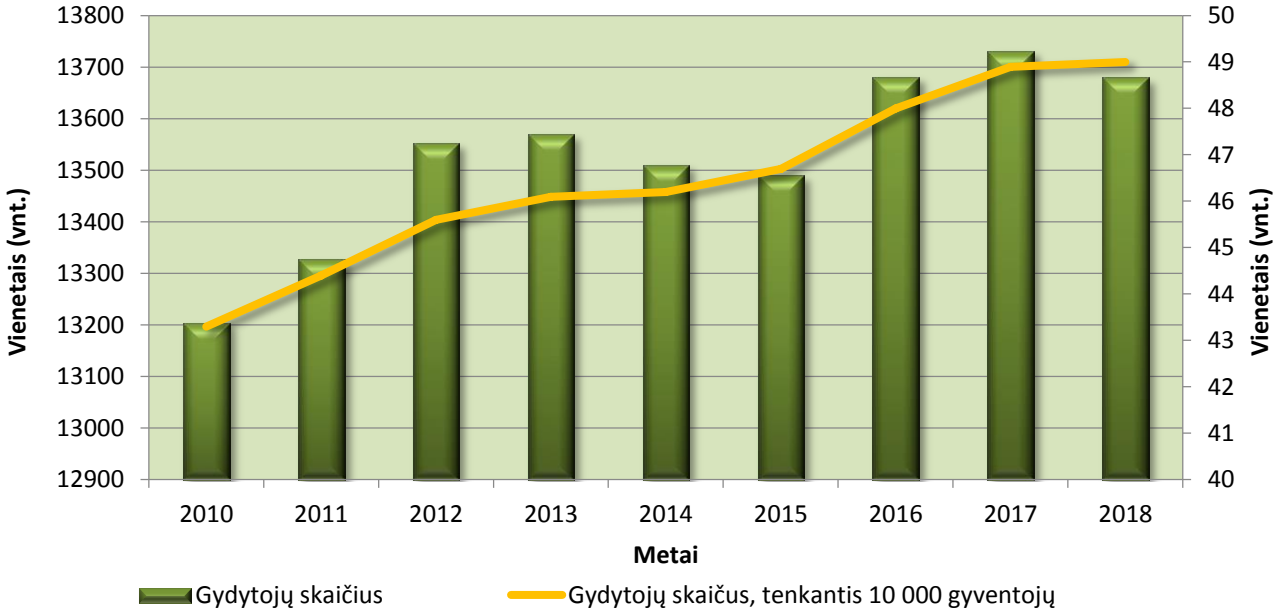
Svarbu Lietuvos rodiklius lyginti ir su kitų šalių, tai leidžia įvertinti. Šioje darbo dalyje bus analizuojami gydytojų ir lovų skaičius, valstybės išlaidos sveikatai nuo BVP.

Trečio priedo stulpelinėje diagramoje pateikiama praktikuojančių gydytojų statistika Europos sąjungos šalyse. Visu nagrinėjamu periodu ES valstybėse stebimas gydytojų skaičiaus augimas. Per

visą laikotarpį gydytojų skaičiaus vidurkis išaugo beveik 5 procentais. Daugiau praktikuojančių gydytojų dirba tik Norvegijoje, o Lietuva užima antrą vietą. 2017 metais Lietuvos gydytojų skaičiaus vidurkis palyginti su ES buvo 69 procentais didesnis. Nors ir pagal šį rodiklį taip pat esame vieni iš pirmųjų, tačiau vis tiek visuomenė skundžiasi prasta paslaugų kokybe, jų prieinamumu. Tai gali lemti keletas veiksnių: žymiai didesnis sergamumas ir paslaugų paklausa nei likusioje Europoje, kad gan didelis gydytojų skaičius nepatenkina pacientų poreikių; netinkamas paslaugų administravimas; nekorektiškas įstaigų tinklo išdėstymas. Taip pat garsiai kalbama apie gydytojų apkrovimą biurokratizmu, ką, paskutinėmis žiniomis, siekiama mažinti ir perkelti dalį šio darbo slaugytojams. Paslaugų poreikio augimą galima būtu sieti ir su visuomenės senėjimu, kadangi senjorai turi daugiau sveikatos problemų nei jauno amžiaus žmonės. Taip pat reikėtų gilintis ir į kito sveikatos įstaigų personalo skaičių.

Ketvirtame priede vaizduojamas gydymo lovų (išskyrus psichiatrijos, reabilitacijos ir slaugos) skaičius ir jų dinamika Europos šalyse. Šalys išdėstytos mažėjančia tvarka, pagal analizuojamo laikotarpio šalių vidurkius. Diagramoje išryškėja bendra lovų mažėjimo tendencija daugumoje ES šalių. Gydymo lovų skaičiaus vidurkis Europos sąjungoje 2017 metais buvo 372 lovos 100 000 gyventojų, kai tuo tarpu Lietuvoje – 547 ir pagal šį rodiklį yra antroje vietoje Europoje. O skirtumas su mažiausiai lovų 100 000 gyventojų turinčia valstybe, Lichtenšteinu, yra 307 lovomis daugiau. Matome, kad Lietuvoje nuo 2012 metų lovų skaičius itin krenta, tačiau vis tiek išlieka vienas aukščiausių bendrijoje.

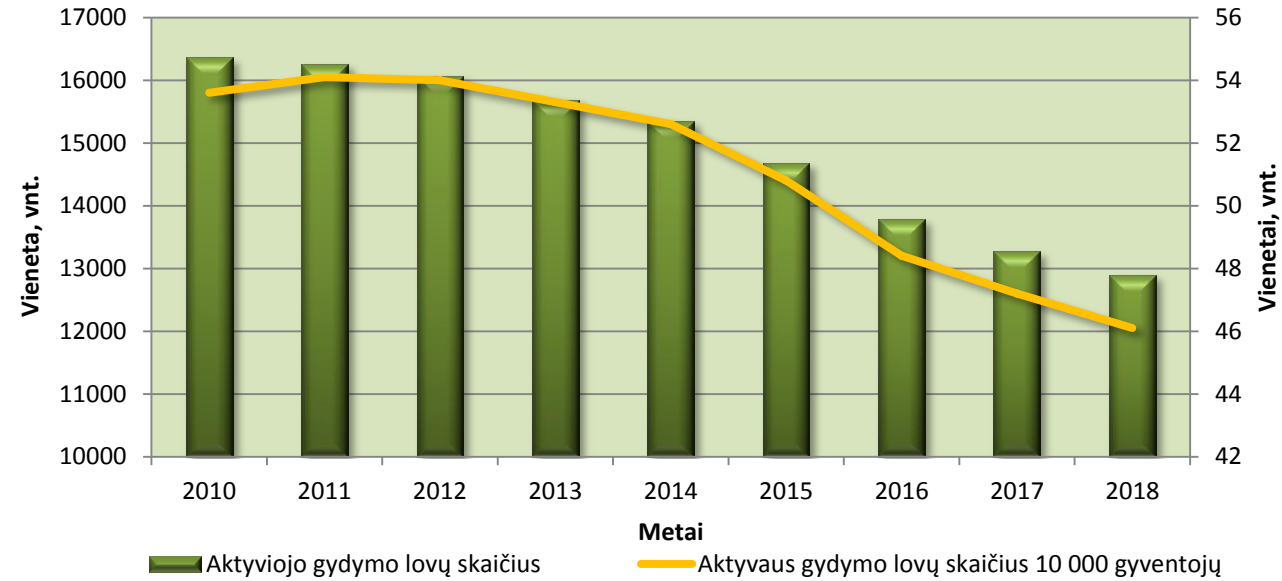
Stulpelinė diagrama penktame priede vaizduoja valdžios sektoriaus išlaidas sveikatai Europos sąjungos šalyse, išskyrus visuomenės sveikatos paslaugoms. Šalys išdėstytos mažėjančia tvarka, pagal analizuojamo laikotarpio išlaidų vidurkius šalyse. Žvelgiant į visas ES šalis bendros tendencijos įžvelgti negalima, kadangi skiriamos išlaidos kinta skirtingai: auga, mažėja, išlieka stabilios ar stebimas staigus kritimas, kilimas. 2018 metais Lietuvoje išlaidos sveikatai buvo 5,9 procento ir nesiekė Europos sąjungos vidurkio, kuris buvo 6,15 procento. Nors 2010 metais siekė net 7 procentus, kai tuo tarpu ES vidurkis buvo 6,28 procento, o didžiausia reikšmė Danijoje – 8,6 procento. Tačiau lenkia kitas Baltijos šalis – Estiją bei Latviją. Nuo 2012 metų stebimas žymus skiriamų išlaidų sumažėjimas, kurį galima sieti ir su tais metais stipriai sumažėjusiu lovų skaičiumi šalyje.



Šaltinis: parengta pagal Lietuvos statistikos departamentas, 2010-2018

13 pav. Gydytojų skaičiaus dinamika

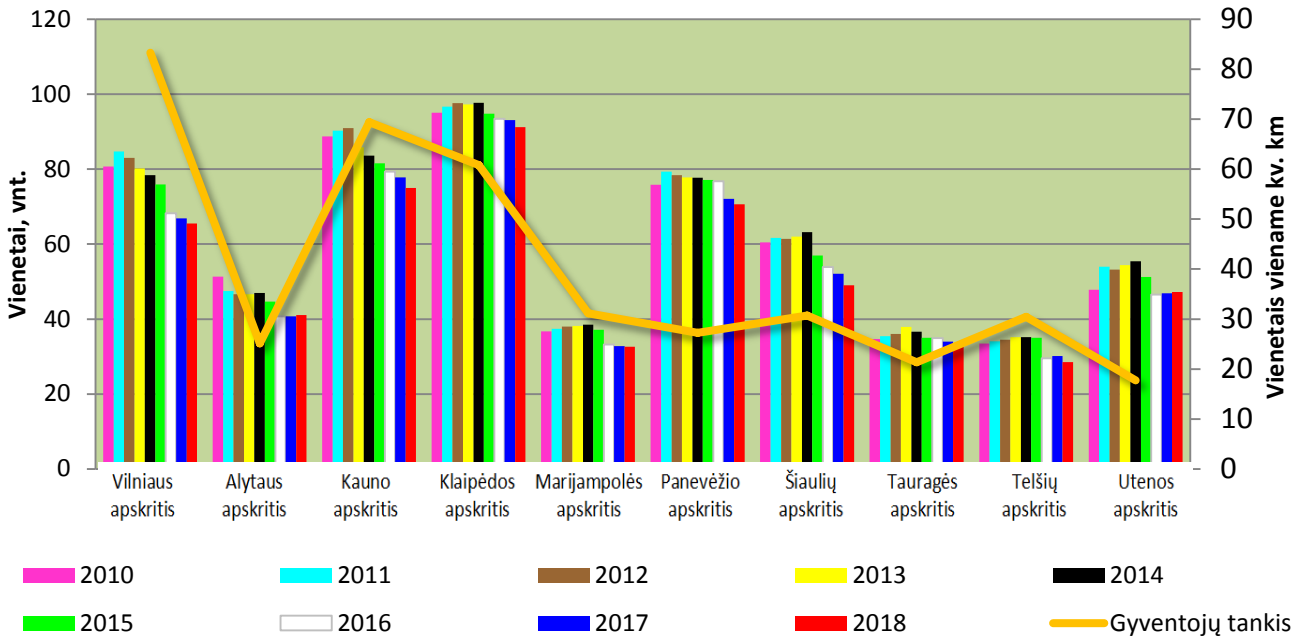
Norint įsitikinti ar gydytojų skaičius tikrai auga, buvo palyginta su gydytojų skaičiumi, tenkančiu 10 000 tūkstančių gyventojų. Vadinasi, kad gydytojų skaičius auga, o aptarnaujamų gyventojų skaičius taip pat nemažėja. Nors šis rodiklis yra vienas geriausių (žr. 14 pav.) tarp Europos sąjungos šalių, tačiau visuomenė reiškia nepasitenkinimą dėl ilgų patekimo pas gydytojus eilių. Galime daryti prielaidą, jog yra blogas administravimas, o ne specialistų trūkumas Lietuvoje.



Šaltinis: parengta pagal Lietuvos statistikos departamentas, Gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. Gyventojų, Gydytojų skaičius, 2010-2018

14 pav. Aktyviojo gydymo lovų skaičiaus dinamika

Keturioliktame paveiksle pavaizduota aktyviojo gydymo lovų dinamika dviem rodikliais: absoliučiu lovų skaičiumi ir lovų skaičiumi, tenkančiu 10 000 tūkstančių gyventojų. Matome, kad nagrinėjamu periodu lovų mažėja atsižvelgiant ir į gyventojų skaičių.



Šaltinis: parengta pagal Lietuvos statistikos departamentas, Lovų ligoninėse (be slaugos lovų) skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 2010-2018, Gyventojų tankis metų pradžioje 2019

15 pav. Lovų skaičius pagal apskritis ir gyventojų tankis

Penkioliktame paveiksle matome lovų (be slaugos lovų) skaičiaus mažėjimo tendenciją Lietuvos apskrityse nuo 2010 metų ir gyventojų tankį pagal apskritis 2019 metais. Stebimas, lovų skaičius mažėjimas – tai atitinka ir tendencijas kitose Europos šalyse (remianti statistikos departamento duomenimis Lietuvoje bendras lovų skaičius mažėja nuo pat 2001 metų, apytiksliai apie 500 lovų per metus). Didžiausias lovų skaičius 10 000 gyventojų tenka Klaipėdos apskrityje, o antroje vietoje – Kauno. Vilniaus apskritis pagal lovų skaičių, tik trečioje vietoje dėl to, kad gyventojų tankis Vilniuje yra didžiausias iš visų analizuojamų apskričių. Diagrama tai aiškiai rodo ir tankis yra 83 gyventojai kvadratiniame kilometre. Tačiau nors gyventojų tankis likusiose apskrityse panašus, tačiau tenkančių lovų skaičius gyventojams Panevėžyje žymiai išsiskiria (beveik dvigubai didesnis nei Marijampolės, Tauragės ir Telšių apskrityse).

Lietuva daugiausia turi Bismarko sveikatos apsaugos modelio bruožų. Didžiausią gydymo įstaigų dalį Lietuvoje sudaro valstybei pavaldžios struktūros. LNSS susideda iš įvairių įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas: jos skiriasi teisine forma, teikiamų paslaugų asortimentu, paslaugos yra teikiamos skirtingoms vartotojų grupėms. Svarbu pabrėžti, jog įstaigų skaičius nerodo suteiktų paslaugų kiekio ar aptarnautų pacientų skaičiaus. PSD ir PSSD sieja solidarumo

principas. Įmokos mokamos, tačiau nėra garantuota, kad ASPP tikrai prireiks, ar bus draudiminio įvykio faktas. Kiekvienas, kuris tuo momentu nesinaudoja paslaugomis, remia tuo pačiu laiku patyrusį žalą sveikatai, jei jo sumokėtų įmokų dalis nėra pakankama gydymui kompensuoti. PSD, kaip ir PSSD, besidraudžiančiojo įmokų dydis yra ne vienodas, tačiau tai lemia skirtingos priežastys: PSD finansinis pajėgumas priklausomai nuo atlyginimo dydžio, o PSSD dėl skirtingos rizikos (pvz, įtakoja sveikatos būklė) ir pasirinktų paslaugų paketo. PSD atveju paslaugos visiems apdraustiesiems numatomos vienodos. Todėl sunkios sveiktos būklės žmonėms draustis PSSD neparanku. Aktyvaus gydymo paslaugų kainodara yra sudėtinga ir apima daug etapų, tačiau taip siekiama gryninti paslaugų apmokėjimo įkainius. Lietuvoje taip pat yra vertinama ASPĮ veikla pagal, teisės aktais numatytus, efektyvumo ir kokybės rodiklius. Taip pat stengiamasi kryptingai organizuoti veiklą ir siekti užsibrėžtų tikslų, sudarant sveikatos strategiją.

PSDF pajamos ir išlaidos auga, didžiausią jų dalį atitinkamai sudaro, PSD įmokos ir ASPP apmokėjimas. Pajamos dažniausiai viršija išlaidas. Pajamų surinkimo planas įvykdomas daugiau nei 100 procentų.

Pabon Lasso grafikuose dažniausiai nuo vidurkio yra nutolusios specifines paslaugas teikiančios ligoninės, kadangi jų rodikliai skiriasi nuo kitų, veikiančių tame pačiame lygyje. Taigi, lovų rodiklius įtakojantys veiksniai yra susiję su teikiamų paslaugų specifiškumu.

Lietuva pagal lovų ir gydytojų skaičiaus rodiklius užima antrą vietą tarp Europos šalių ir stebimos analogiškos skaičiaus kitimo tendencijos kaip ir kitose valstybėse. Tačiau valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai nesiekia Europos šalių vidurkio. Lietuvoje stebimas netolygus lovų skaičiaus pasiskirstymas apskrityse pagal gyventojų tankį.

IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros analizė parodė, kad yra du pagrindiniai, istoriškai susiklostę sveikatos apsaugos modeliai, Bismarko ir Beveridžo, kurie padėjo pagrindus šiuolaikinėms šalių sveikatos apsaugos sistemoms visame pasaulyje. Tačiau nebėra ryškių skirtumų tarp skirtingus sveikatos apsaugos modelius taikančių šalių, nes šiuo metu pasaulyje veikiančios sistemos yra daug bruožų perėmusios viena iš kitos. Paslaugų kokybę ir sveikatos rodiklius lemia ne sveikatos apsaugos modelio pasirinkimas, o kiti veiksniai, kadangi valstybėse, taikančiose skirtingus sveikatos apsaugos modelius sveikatos sektoriaus veiklą apibūdinančių rodiklių reikšmės yra skirtingos (ir aukšti, ir žemi). Todėl lygiagrečiai reikia nagrinėti rodiklių kombinacijas, sujungiant juos į visumą, kadangi vienas rodiklis nenusako realios padėties nagrinėjamame sektoriuje. Taip pat analizė parodė, kad yra didelė gausa kiekybinių ir kokybinių rodiklių. Mokslininkai dažniausiai naudoja keletą pasirinktų rodiklių vienu metu, kurie vienas kitą papildo arba kitų tyrimo modelių ar metodų pagalba yra sujungiami pilnaverčiams rezultatams gauti.
2. Atlikus mokslinės literatūros analizę, sudarytas vertinimo modelis kuris leidžia atlikti sveikatos sektoriaus veiklos vertinimą.
3. Situacijos analizė parodė, kad Lietuvoje veikianti sveikatos apsaugos sistema yra pagrįsta Bismarko modelio ypatybėmis, tačiau, kad pasiektų geriausių rezultatų dalį bruožų, yra perėmusi ir iš Beveridžo. Šios asimiliacijos praplečia finansavimo galimybes, didina konkurencingumą, tuo pačiu sudarydamos sąlygas gerėti paslaugų kokybei. Nors ir plėtojasi privatus sveikatos paslaugų teikimo sektoriaus, tačiau didžiausioji dalis vis dar išlieka valstybinio pavaldumo. Sveikatos strategijos sudarymas, rodo, kad Lietuvoje yra puoselėjama sveikata ir siekiama geresnės visuomenės sveikatos. Išanalizavus teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos sektoriaus veiklą, buvo pastebėta, kad sveikatos sektoriaus veiklos efektyvumo ir kokybės vertinime yra sutampančių, su Europos sveikatos vartotojų indeksu, rodiklių, tačiau jų gausa gerokai skiriasi (EHCI – 46, Lietuvos – 26 (11 – efektyvumo, 15 – kokybės). Tad Lietuva, norėdama geriau administruoti ir valdyti šio sektoriaus veiklą turėtų praplėsti tyrimų mastą.
4. Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto analizė parodė, kad visu periodu faktinės pajamos visada viršijo planuojamas surinkti lėšas, o analizuojamo periodo pabaigoje faktinės pajamos viršija ir išlaidas. Todėl galima daryti išvadą, jog finansavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo Lietuvos sveikatos sektoriaus veikla yra pakankamai sklandi, tačiau augantis biudžetas gali rodyti didėjančią šių paslaugų kainą, bet nebūtinai gerėjančią paslaugų kokybę ar infrastruktūros plėtrą, nors išlaidų dalis, skirta sveikatos programoms finansuoti nežymiai auga.

5. Tyrimas, atliktas pagal Pabon Lasso modelį parodė, kad bendras aktyvaus gydymo lovų užimtumas šalyje yra tik 63 procentai, tad sveikatos paslaugų pasiūla neatitinka paklausos, ištekliai naudojami neracionaliai, todėl reikia mažinti lovų skaičių. Lietuva tinkama linkme, kadangi lovų skaičiaus rodikliai, nuo 2010 metų tendencingai mažėja. Taip pat reikia siekti, kad lovų užimtumas būtų tolygus visus metus. Valdymo sprendimai gali turėti reikšmingą vaidmenį ligoninių, su panašiais rodikliais, veiklos efektyvume. Tyrimas parodė, kad nors lovų skaičius ligoninėse stipriai skiriasi, tačiau galima pasiekti vienodai aukšto efektyvumo tiek mažose, tiek didelėse ligoninėse.

   Statistinių duomenų analizė parodė, kad lovų ir gydytojų skaičius Lietuvoje, lyginant su Europos šalimis, yra vienas iš didžiausių (antra vieta), bet visuomenė reiškia nepasitenkinimą paslaugų kokybe dėl prasto paslaugų prieinamumo, nors pagrindiniai infrastruktūros ir personalo elementai yra pakankami. Tačiau valdžios skiriamos išlaidos sveikatai nuo BVP, nors ir auga, tačiau nesiekia Europos šalių vidurkio, todėl galime daryti išvadą, kad paslaugų kokybei gali turėti įtakos nepakankamas finansavimas ir kiti veiklos organizavimo veiksniai. Taip pat reikėtų detaliau analizuoti geografinį ligoninių išsidėstymą ir lovų skaičių, kadangi atliktas statistinių duomenų tyrimas parodė, kad lovų skaičius apskrityse pagal gyventojų tankį yra pasiskirstęs netolygiai, tai gali neigiamai įtakoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aidukaitė J., Bogdanova N., Guogis A. (2012). *Gerovės valstybės kūrimas Lietuvoje: mitas ar realybė?* Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras, Sociologijos institutas. Prieiga per internetą: https://lstc.lt/download/Geroves_valstybes_kurimas_visas.pdf, [žiūrėta 2020 03 22]
2. Bauernschuster S., Driva A. & Hornung E. (2019). *Bismarck's health insurance and the mortality decline.* Oxford: Oxford University Press on behalf of European Economic Association. Prieiga per ineternetą: https://academic.oup.com/jeea/article-abstract/doi/10.1093/jeea/jvz052/5584847?redirectedFrom=fulltext, [žiūrėta 2020 03 28]
3. Beveridge W. H. (1942). *Beveridge Report: Social Insurance and Allied Services.* New York: The Macmilan Company.
4. Bitinas A. (2011). *Socialinė apsauga Europos sąjungoje: pensijų sistemų modernizavimas.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas
5. Bitinas A., Tartilas J. Ir Litvaitienė J. (2011). *Socialinės apsaugos teisė*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas
6. Buivydas R., Černiauskas G., Schneider M. ir Zeleckienė D. (2010). Papildomo savanoriškojo sveikatos draudimo analizė. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras. Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2010_papildomo__savanoriskojo_sveikatos_draudimo_modeliu_analize.pdf, [žiūrėta 2020 04 03]
7. Černiauskas G. (2014) *Sveikatos ir socialinės gerovės ekonomika*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Norvegijos_parama/Tarptautine_konferencija_PPT/Gediminas%20%C4%8Cerniauskas.pdf, [žiūrėta 2020 01 25]
8. Dieterle D. A. (2013). *Economic Thinkers: A Biographical Encyclopedia.* Santa Barbara: ABC-CLIO. Prieiga per internetą: https://books.google.lt/books?id=qWyjAQAAQBAJ&pg=PA27&dq=william+beveridge+biography&hl=lt&sa=X&ved=0ahUKEwiOs67mi_zoAhWNtIsKHbEeBmQQ6AEIMTAB#v=onepage&q=william%20beveridge%20biography&f=false, [žiūrėta 2020 03 19]
9. Dromantienė L. ir Česnuitytė V. (2011). *Europos sąjungos socialinė politika.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas
10. European Statistics (2010-2018). *General government expenditure by function* (COFO). Prieiga per internetą:

https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_10a_exp&lang=en, [žiūrėta 2020 03 16]

11. European Statistics (2010-2018). *Health personnel (excluding nursing and caring professionals).* Prieiga per internetą: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prs1&lang=en, [žiūrėta 2020 03 16]
12. European Statistics (2010-2018). *Hospital beds by type of care*. Prieiga per internetą: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bds&lang=en, [žiūrėta 2020 03 11]
13. Gholipour K., Delgoshai B., Masudi-Asl I., Ajinabi K. & Iezadi S. (2013). *Comparing performance of Tabriz obstetrics and gynaecology hospitals managed as autonomous and budgetary units using Pabon Lasso method.* Australasian Medical Journal. Prieiga per internetą*:* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877853/, [žiūrėta 2020 02 21]
14. Gurevičius R. (2015). *Lietuvos rajoninių ligoninių veikla kartu vertinant kelis rodiklius pagal Pabon Lasso modelį.* Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2015.3(70)/VS%202015%203(70)%20ORIG%20Rajonu%20ligonines.pdf, [žiūrėta 2020 03 08]
15. Health Consumer Powerhouse (2019). *„Euro Health Consumer Index 2018".* Prieiga per internetą: https://healthpowerhouse.com/publications/#200118, [žiūrėta 2020 04 03]
16. Health Consumer Powerhouse (2020). *„Our Mision".* Prieiga per internetą: https://healthpowerhouse.com/about-us/#our-mission, [žiūrėta 2020 04 03]
17. Higienos institutas (2018). *Stacionaro lovų skaičius pagal lovų profilių grupes ir gydymo įstaigas*. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=254, [žiūrėta 2020 04 03]
18. Higienos institutas (2018). *Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas Lietuvoje 2018 m.* Prieiga per internetą: http://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt, [žiūrėta 2019 12 02]
19. Kutzin J. (2011) *Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?* Paris: World Health Organization. Prieiga per internetą: https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf, [žiūrėta 2020 03 20]
20. Lezgovko A., Doronina-Koltan N., Tautkus T. ir Malakaitė D. (2014). *Draudimo paslaugų pardavimo proceso valdymas.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas
21. *Lietuvos Respublikos Konstitucija* (2019, aktuali redakcija). Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.47BB952431DA/asr, [žiūrėta 2020 03 25]
22. Lietuvos Respublikos seimas (2019). *Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo.* Prieiga per internetą: https://e-

seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr#part_9bbb1302c3fb470dadcddd0df94cef63, [žiūrėta 2020 03 25]

23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2015*). Įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. Lapkričio 29 d. Įsakymo nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo 2015 m. Rugpjūčio 10 d. Nr. V-929.* Prieiga per internetą: *https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b5f911c045e311e59cf1cfda14b526c5*, [žiūrėta 2020 04 01]
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2017, aktuali redakcija). *Įsakymas Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos*. Prieiga per internetą: https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.21897F4DD271/DUAhPxbqaX, [žiūrėta 2020 04 01]
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2019, aktuali redakcija). *Įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo*. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/5840cde046bf11e8ade598b2394a491d, [žiūrėta 2020 03 14]
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020, aktuali redakcija). *Įsakymas Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo*. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6DC7ED40268/RYyEbooavP, [žiūrėta 2020 03 14]
27. *Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas* (2020, aktuali redakcija). Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr, [žiūrėta 2020 03 01]
28. *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas* (2020, aktuali redakcija). *Įsakymas Dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos aprašo patvirtinimo*. Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.372118/asr, [žiūrėta 2020 04 05]
29. *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas* (2020, aktuali redakcija). Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr, [žiūrėta 2020 04 02]
30. Lietuvos statistikos departamentas (2010-2019). *Lovų skaičius ligoninėse (be slaugos lovų); Lovų ligoninėse (be slaugos lovų) skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų; Gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų; Gydytojų skaičius; Gyventojų tankis metų pradžioje, 2018 m.*

Prieiga per internetą: https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?theme=all#/, [žiūrėta 2020 03 01-2020 03 01]

31. Lietuvos statistikos departamentas (2019). *Lietuvos gyventojai. Gimstamumas.* Prieiga per internetą: *https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai/lietuvos-gyventojai-2019/gimstamumas,* [žiūrėta 2020 04 05]
32. Martin D., Miller A. P., Quesnel-Vallée A., Caron N. R., Vissandjée B. & Marchildon G. P. (2018). *Canada's global leadership on health 1. Canada's universal health-care system: achieving its potential.* Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/profile/Bilkis_Vissandjee/publication/328055890_Canada's_Universal_Health-Care_System_Achieving_Its_Potential/links/5bcab739458515f7d9cba661/Canadas-Universal-Health-Care-System-Achieving-Its-Potential.pdf, [žiūrėta 2020 03 30]
33. Masoumi G., Kasnaviyeh M. H., Tahrizadeh A., Panahi M. & Najafi E. (2014). *Hospital Performance Based on Pabon Lasso Model.* International Journal of Hospital Research. Prieiga per internetą: http://ijhr.iums.ac.ir/&url=http://ijhr.iums.ac.ir/article_6113_baa5bda3d4217c1f2bad095aa95e115b.pdf , [žiūrėta 2020 02 20]
34. Matulevičiūtė E. ir Balžekienė A. (2016). *Sveikatos priežiūros sistemų Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė.* Kaunas: Kauno technologijos universitetas. Prieiga per internetą: https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14611/4324-9512-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y, [žiūrėta 2020 03 10]
35. Minor L., (2010). *Bismarck, Beveridge and "The Blues".* Bologna: John Hopkins University. Prieiga per internetą: http://web.jhu.edu/administration/provost/docs/101014%20Minor%20Speech%20PP.pdf, [žiūrėta 2020 03 26]
36. Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U. & Bevan G. (2010). *Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems.* Cambridge: Cambridge University Press. Prieiga per internetą: https://www-cambridge-org.skaitykla.mruni.eu/core/services/aop-cambridge-core/content/view/47867AB3A077D537DC27DE7705B573C2/S1744133110000034a.pdf/are_health_problems_systemic_politics_of_access_and_choice_under_beveridge_and_bismarck_systems.pdf [žiūrėta 2020 03 24]
37. Petrauskaitė I., Skrobotovas R. ir Želvienė A. (2019). *Lietuvos visuomenės sveikatos pokyčių apžvalga.* Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą: http://hi.lt/informaciniai-leidiniai.html, [žiūrėta 2020 03 12]

38. Slavickienė A. ir Novošinskienė A. (2007). *Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavimo įvertinimas.* Akademija: Lietuvos Žemės ūkio universitetas. Prieiga per internetą: https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2007~1371809762767/J.04~2007~1371809762767.pdf [žiūrėta 2020 01 20]
39. Sugita Y. (2014). *The Beveridge Report and Japan.* Social Work in Public Health. Prieiga per internetą: https://www-tandfonline-com.skaitykla.mruni.eu/doi/full/10.1080/19371918.2013.775883#aHR0cHM6Ly93d3ctdGFuZGZvbmxpbmUtY29tLnNrYWl0eWtsYS5tcnVuaS5ldS9kb2kvcGRmLzEwLjEwODAvMTkzNzE5MTguMjAxMy43NzU4ODM/bmVlZEFjY2Vzcz10cnVlQEBAMA, [žiūrėta 2020 03 30]
40. Švagždienė. B., Bradauskienė K., Perkumienė D. ir Čepienė K. (2011). *Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė.* Prieiga per internetą: http://www.su.lt/bylos/mokslo_leidiniai/ekonomika/2011_1_21/svagzdiene_bradauskiene_perkumiene_cepiene.pdf, [žiūrėta 2020 03 30]
41. Tripathi C. H.,& Kumar R., Sharma R. C., Agarwal R. (2016). *Assessment of Performance of Services in a tertiary care Neuropsychiatric Institute using Pabon Lasso Model.* New Delhi: Asian Journal of Medical Sciences. Prieiga per internetą: https://pdfs.semanticscholar.org/245b/a237302854a17cc8385a0493fb9eb9f1801f.pdf?_ga=2.203004049.1851061371.1582563177-695913310.158256317, [žiūrėta 2020 03 18]
42. Valstybės kontrolė (2011). *Valstybinė ligonių kasa taupė gydymo įstaigų sąskaita*. Prieiga per internetą: https://www.vkontrole.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=16479
43. Valstybės kontrolė (2019). *Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas.* Prieiga per internetą: https://www.vkontrole.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=25074, [žiūrėta 2020 04 05]
44. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2009). *Gydymo paslaugų kainų pagrįstumui ir skaidrumui*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/GYDYMO-PASLAUG%C5%B2-KAIN%C5%B2-PAGR%C4%AESTUMUI-IR-SKAIDRUMUI-.aspx, [žiūrėta 2020 03 21]
45. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2011). *2010 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita.* Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Puslapiai/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2010-m--Biud%C5%BEeto-suvestin%C4%97s.aspx, [žiūrėta 2020 03 22]
46. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2012). *2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita.* Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-

rinkiniai/Puslapiai/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2011-m--Biud%C5%BEeto-suvestin%C4%97s.aspx, [žiūrėta 2020 03 22]

47. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2013). *2012 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita.* Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Puslapiai/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2012-m--Biud%C5%BEeto-suvestin%C4%97s.aspx, [žiūrėta 2020 03 22]
48. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2014). *2013 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo apyskaita.* Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Puslapiai/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2013-m--Biud%C5%BEeto-suvestin%C4%97s.aspx, [žiūrėta 2020 03 22]
49. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2015). *2014 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2014%20m.%20Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/0605%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdymo%20ataskaita.pdf, [žiūrėta 2020 03 22]
50. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2016). *2015 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2015%20m.%20Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/0504%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdymo%20ataskaita.pdf, [žiūrėta 2020 03 22]
51. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2017). *2016 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/0609%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdymo%20ataskaita%202016%20m.pdf, [žiūrėta 2020 03 22]
52. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2018). *2017 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/2017%20m.%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdymo%20ataskaita.pdf, [žiūrėta 2020 03 22]
53. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2019). *2018 m. Privalomojo*

sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdymo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/5.pdf, [žiūrėta 2020 03 22]

54. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2018). *Apie draudžiamuosius privalomuoju sveikatos draudimu*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/ApiePrivalomajiSveikatosDraudimaLietuvoje/Puslapiai/Apie-draudproc.C5proc.BEiamuosius-privalomuoju-sveikatos-draudimu.aspx, [žiūrėta 2020 03 22]
55. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2011). *Nuo birželio 1 dienos gydymo įstaigos teiks daugiau duomenų apie savo paslaugas*. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Nuo-bir%C5%BEelio-1-dienos-gydymo-%C4%AFstaigos-teiks-daugiau-duomen%C5%B3-apie-savo-paslaugas.aspx, [žiūrėta 2020 03 30]
56. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas (2019, aktuali redakcija). *Dėl Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų pakeitimo.* Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/3791f5e0ec9d11e3bb22becb572235f5, [žiūrėta 2020 03 22]
57. WALLACE L. S. (2013). *A View of Healthcare around the World.* Annals of family medicine. Prieiga per internetą: http://www.annfammed.org/content/11/1/84.1.full.pdf+html, [žiūrėta 2020 03 30]
58. Weale A. (2015). *Reflecting on 'Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems'.* Cambridge: Cambridge University Press. Prieiga per internetą: https://www-cambridge-org.skaitykla.mruni.eu/core/services/aop-cambridge-core/content/view/FC8A3586FCE910DACF82FC9378353180/S1744133115000171a.pdf/reflecting_on_are_health_problems_systemic_politics_of_access_and_choice_under_beveridge_and_bismarck_systems.pdf, [žiūrėta 2020 03 24]

ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS

Žilėnaitė I. (2020). *Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimas* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe buvo išanalizuoti sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimo modeliai, pateikti sveikatos sektoriaus veiklą apibūdinantys rodikliai. Atliktas sveikatos sektoriaus infrastruktūros, personalo ir finansavimo tyrimas. Darbas suskirstytas į tris pagrindines dalis:

- Pirmoje dalyje nagrinėjami istoriškai susiklostę sveikatos draudimo modeliai bei šiuo metu šalyse veikiančios sistemos. Išanalizavus mokslinę literatūrą buvo identifikuoti ir suklasifikuoti dažniausiai mokslininkų naudojami rodikliai sveikatos sektoriaus veiklai tirti ir vertinti.
- Antroje darbo dalyje pateikiama sveikatos sektoriaus tyrimo metodologija: sudarytas sveikatos sektoriaus vertinimo modelis, pateikiamos analizės pagal Pabon Lasso modelį ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tyrimo metodikos ir kiti nagrinėjami rodikliai.
- Trečioje – remiantis galiojančiais teisės aktais ir atsakingų institucijų medžiaga, išanalizuota Lietuvos sveikatos sistema: identifikuoti jos struktūriniai vienetai bei procesai, finansavimo schemos. Atliktas Lietuvos ligoninių aktyvaus gydymo lovų panaudojimo tyrimas pagal Pabon Lasso modelį, apskaičiuojant ligoninėse funkcionuojančių lovų apyvartą, jų užimtumo koeficientą. Atlikta Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto 2010-2018 metų dinamikos bei struktūros analizė, įvertintas plano įvykdymas. Taip pat išanalizuoti Lietuvos ir Europos sąjungos šalių statistiniai duomenys: lovų ir gydytojų skaičius, sveikatos išlaidos nuo BVP.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos apsaugos modeliai, sveikatos sektoriaus rodikliai, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema, Lietuvos Privalomasis sveikatos draudimo fondas, sveikatos sektoriaus veiklos vertinimas, Pabon Lasso modelis, lovos apyvarta, lovos užimtumas.

Žilėnaitė I. (2020) *The Performance Assessment of the Lithuanian Healthcare Sector* (master thesis). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

ANNOTATION

The Master's thesis covers the analysis of the health care sector financing models and the measures used to describe the effectiveness of the health care sector were presented. An analysis of health care sector infrastructure and financing has been conducted. The work is divided into three main parts:

- The first part examines the historical health insurance models and compares them with the systems currently in place across various countries. After analyzing the scientific literature, the most frequently used measures used by scientists to assess and evaluate the effectiveness of the health care sector were identified and classified.
- The second part of the thesis presents the methodology of the health care sector research: a health care sector assessment model is designed, analysis of the Pabon Lasso model is performed and the budget research methodologies of the Compulsory Health Insurance Fund are also presented.
- In the third section, based on the current legal acts and the data provided by the institutions involved, the Lithuanian health care system is analyzed: its structural units and processes are identified along with financing schemes. An analysis of the use of active treatment beds in Lithuanian hospitals was carried out using the Pabon Lasso model, calculating the turnover of beds operating in hospitals and the rate of occupancy. An analysis of the dynamics and structure of the budget of the Compulsory Health Insurance Fund for 2010-2018 has been competed, and the implementation of the plan has been assessed. The statistical data of Lithuania and the European Union countries were also analyzed: the number of beds, doctors and health expenses from GDP.

Key words: health care models, health care sector measures, Lithuanian health care system, Lithuanian Compulsory Health Insurance Fund, health sector performance assessment, Pabon Lasso model, bed turnover, bed use.

SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA

Žilėnaitė I. (2020) *Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimas* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

SANTRAUKA

Magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali institucijoms, atsakingoms už sveikatos sistemos veiklos organizavimą ir finansavimą. Taip pat šis tyrimas naudingas sveikatos įstaigų vadovams, kuriose veikia stacionarios gydymo vietos.

Senstant visuomenei, auga sveikatos priežiūros paslaugų paklausa, mažėja dirbančiųjų, todėl svarbu sveikatos sektoriuje išteklius naudoti racionaliai ir ekonomiškai. O norint išlaikyti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, reikia užtikrinti pakankamą finansavimą ir efektyvų išteklių valdymą. Visuomenė skundžiasi prastu sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, taip pat yra pasipiktinusi, neva, nemokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kai tuo tarpu, gydantis sveikatos įstaigose reikia iš savo lėšų įsigyti papildomų medikamentų ar tvarsliavos, taip pat neoficialiai papildomai yra mokama ir personalui.

Todėl buvo iškelta tyrimo problema – kaip vertinti Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklą? Tyrimo objektu pasirinkta Lietuvos sveikatos sektoriaus veikla, o tyrimo tikslas yra išanalizuoti ir atlikti Lietuvos sveikatos sektoriaus vertinimą. Norint pasiekti tikslą buvo išsikelti uždaviniai: išanalizuoti sveikatos apsaugos modelius ir sektoriaus rodiklius bei Lietuvos sveikatos sistemos veikimo principus; parengti Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimo modelį; atlikti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir valdžios sektoriaus skiriamų lėšų sveikatos priežiūros analizę ir vertinimą bei tyrimą pagal Pabon Lasso modelį taip pat apskaičiuoti lovų panaudojimo efektyvumą Lietuvoje.

Mokslinės literatūros ir teisės aktų tyrimui buvo naudojami analizės ir sintezės, indukcijos ir dedukcijos, loginio ir grafinio modeliavimo metodai. Buvo analizuojami, sisteminami, klasifikuojami statistiniai duomenys.

Atliekant mokslinės literatūros analizę buvo identifikuoti sveikatos apsaugos modeliai ir jų bruožai, sudarytas mokslininkų dažniausiai naudojamų rodiklių, sveikatos sektoriui tirti ir vertinti, sąrašas. Ištirta pagal kokius rodiklius vertinamos valstybės, sudarant Europos sveikatos vartotojų indeksą, taip pat kaip sveikatos sektoriaus veikla yra vertinama Lietuvoje. Parengus sveikatos sektoriaus vertinimo modelį, jo pagrindu, buvo atlikti Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos analizė ir vertinimas. Pasirinkus tris Lietuvos sveikatos sistemos sritis, infrastruktūrą, personalą ir finansavimą, pirmoji buvo analizuojama ir vertinama atliekant tyrimą pagal Pabon Lasso modelį ir

tiriant lovų skaičiaus duomenis Lietuvoje ir Europos sąjungoje, atlikta analogiška gydytojų skaičiaus analizė, o trečioji – nagrinėjant Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto struktūrą, dinamiką ir biudžeto plano įvykdymą, taip pat valdžios sektoriaus skiriamas lėšas sveikatai nuo BVP.

Mokslinės literatūros analizė parodė, jog istoriškai susiklostę Bismarko ir Beveridžo sveikatos apsaugos modeliai suteikė pagrindus šiuo metu pasaulyje veikiančioms sistemoms, tačiau dabar jos yra persipynusios ir įgavusios abiejų modelių bruožų, taip užtikrinant jų efektyvumą.

Atlikus tyrimą pastebėta, kad nors Lietuva tarp Europos sąjungos šalių, pagal gydytojų ir lovų skaičių užima aukštas pozicijas, bet paslaugų prieinamumas šalyje išlieka ribotas. Taip pat didžiojoje dalyje Lietuvos ligoninių lovų naudojimas nėra efektyvus – jų paklausa yra mažesnė nei pasiūla. Privalomojo sveikatos draudimo fondas valdymas yra tinkamas, kadangi visu tiriamuoju periodu faktiškai surenkamos įplaukos viršija biudžeto planą, o išlaidos dažniausiai yra mažesnės ar nežymiai viršija pajamas ir susidaro fondo rezervas, tačiau valstybės sveiktos išlaidos lyginant su BVP, nors ir turi tendenciją augti, bet dar nesiekia Europos sąjungos šalių vidurkio. Taip pat reikalinga atlikti detalesnius tyrimus dėl geografinio ligoninių išsidėstymo, kadangi lovų skaičius apskrityse neatitinka gyventojų tankio. Taigi, nors nagrinėjami elementai (lovų ir gydytojų skaičius) yra pakankami ir netgi viršija paklausą, tai rodo, jog ištekliai yra naudojami neracionaliai ir reikia juos perskirstyti. Taigi, vis dėl to sveikatos sektorius Lietuvoje veikia nepakankamai efektyviai, tą patvirtina visuomenės nepasitenkinimas esama situacija.

Darbas sudarytas iš trijų pagrindinių dalių: teorinės, metodinės bei analitinės.

SANTRAUKA ANGLŲ KALBA

Žilėnaitė I. (2020) *The Performance Assessment of the Lithuanian Healthcare Sector* (master thesis). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

SUMMARY

The subject of this Mater‘s theses is most pertinent to the institutions that are responsible for organising and financing of national health care system activities. The research is also useful for managers/directors who supervise inpatient treatment facilities.

Due to rapidly aging population, less people are working and the demand for health care services is increasing. Consequently, it is important to use resources sensibly and effectively. In oder to ensure a high quality of health care services, sufficient financing and effective resource management is essential. The public is not satisfied with the accessibility of the health care services in Lithuania. It also resents the concept of allegedly free services, as patients are still required to purchase medicines and/or bandages by themselves, as well as there is a wide spread practice of unofficial pay to the health care staff.

As per considerations above, the research subject was determined: how should the evaluation of the Lithuanian health care sector be done? The object chosen for the research is Lithuanian health care activities. The aim of the research is to analyse and evaluate the functionality and efficiency of the Lithuanian health care sector. In order to achieve the goal, the following tasks were completed: health care models and sector measures as well as the Lithuanian health system operating principles were analysed; performance evaluation model of the Lithuanian health sector was developed; analysis and evaluation of the budget of the Compulsory Health Insurance Fund and the national expenses on health was competed; the Pabon Lasso model was used to perform the analysis and to assess the efficiency of hospital bed use in Lithuania.

To study the scientific literature and legislation the methods of analysis and synthesis, induction and deduction, logical and graphical modeling were used; statistical data was analyzed, systematized and classified.

Whilst performing the analysis of the scientific literature, health care models and their features were identified and the list of the most commonly used measures for assessing and evaluating the heath care sector was compiled. It was investigated what measures are used to determine the European Health Consumer Index and how the health care sector activities are assessed and evaluated in Lithuania. Having developed the health care sector assessment model, the evaluation and analysis of the Lithuanian health care sector activities was completed.

After selecting three areas of the Lithuanian health care system, infrastructure, personnel and financing, the first was analyzed and evaluated using a Pabon Lasso model and bed number data in Lithuania and the European Union, a number of doctors was analyzed similar, and the third - was the structure, dynamics and execution of the compulsory health insurance budget, along with public spending on the health sector as a share of GDP.

An analysis of the scientific literature has shown that the historical health care models of Bismarck and Beveridge have provided the basis for the systems currently in operation across the world, but they are now intertwined and have the features of both models, thus ensuring the overall effectiveness of it. The analysis showed that whilst Lithuania is among the leaders by the number of beds and doctors within European Union, the availability and accessibility of the health care services for the public remains limited. It has also been established that the use of hospital beds in Lithuania is not economical, i.e. the supply of beds is higher than the demand for them. The analysis showed that the use of the Compulsory Health Insurance Fund is efficient; the revenue exceeds the budgetary plan for the period in most years, expenditure is generally lower or only just above the revenue and thus a reserve can be accumulated. However, the national expenses on the health care system compared to GDP has not yet achieved the European Union countrie‘s average. This indicates that whilst the infrastructure units are sufficient and even exceed the demand, the resources are being used ineffectively and need to be reallocated. In conclusion, the health care sector in Lithuania is not operating efficiently enough, and it is evidenced by dissatisfaction with the current situation expressed by the public.

The thesis consists of three main parts: theoretical, methodological and analytical.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VERTINIMO ANKETA

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Jūs baigiate gydymą ligoninėje. Maloniai prašytume užpildyti šią anketą. Anketa anoniminė. Pagal jos duomenis bus vertinama asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Visų Lietuvos ligoninių duomenys bus lyginami ir skelbiami. Tai padės Jums ir kitiems pacientams apsispręsti renkantis ligoninę.

Paciento amžius (pilnais metais):

Paciento lytis (tai, kas tinka, pabraukti): Vyras Moteris

Paciento socialinė padėtis (tai, kas tinka, pabraukti): Vaikas Studentas Dirbantis asmuo Bedarbis Pensininkas

Eil. Nr.	**Klausimas**	**Atsakymai (žymėti tik vieną)**		
		Taip	**Iš dalies (galbūt)**	**Ne**
1.	Ar Jūs patenkinti ligoninės gydytojų darbu?			
2.	Ar Jūs patenkinti ligoninės slaugytojų ir (ar) akušerių darbu?			
3.	Ar Jus gydę gydytojai suprantamai suteikė Jums svarbią informaciją?			
4.	Ar Jus slaugiusios slaugytojos ir (ar) akušerės suprantamai suteikė Jums svarbią informaciją?			
5.	Ar jautėte personalo pagarbą gydymo ligoninėje metu?			
6.	Ar personalas atsižvelgė į Jūsų nuomonę, priimdamas sprendimus dėl tyrimų ir gydymo eigos?			
7.	Ar Jus tenkino ligoninės maisto kokybė?			
8.	Ar, Jūsų nuomone, ligoninės patalpos pakankamai švarios, jaukios?			
9.	Ar Jūs rinktumėtės šią ligoninę dar kartą?			
10.	Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje savo artimam žmogui?			
Anketos balų suma				
Anketos vertinimo data ir ją vertinusio asmens vardas, pavardė, parašas ir pareigos				

2 PRIEDAS

LIGONINIŲ LOVŲ PANAUDOJIMO DUOMENYS IR RODIKLIAI

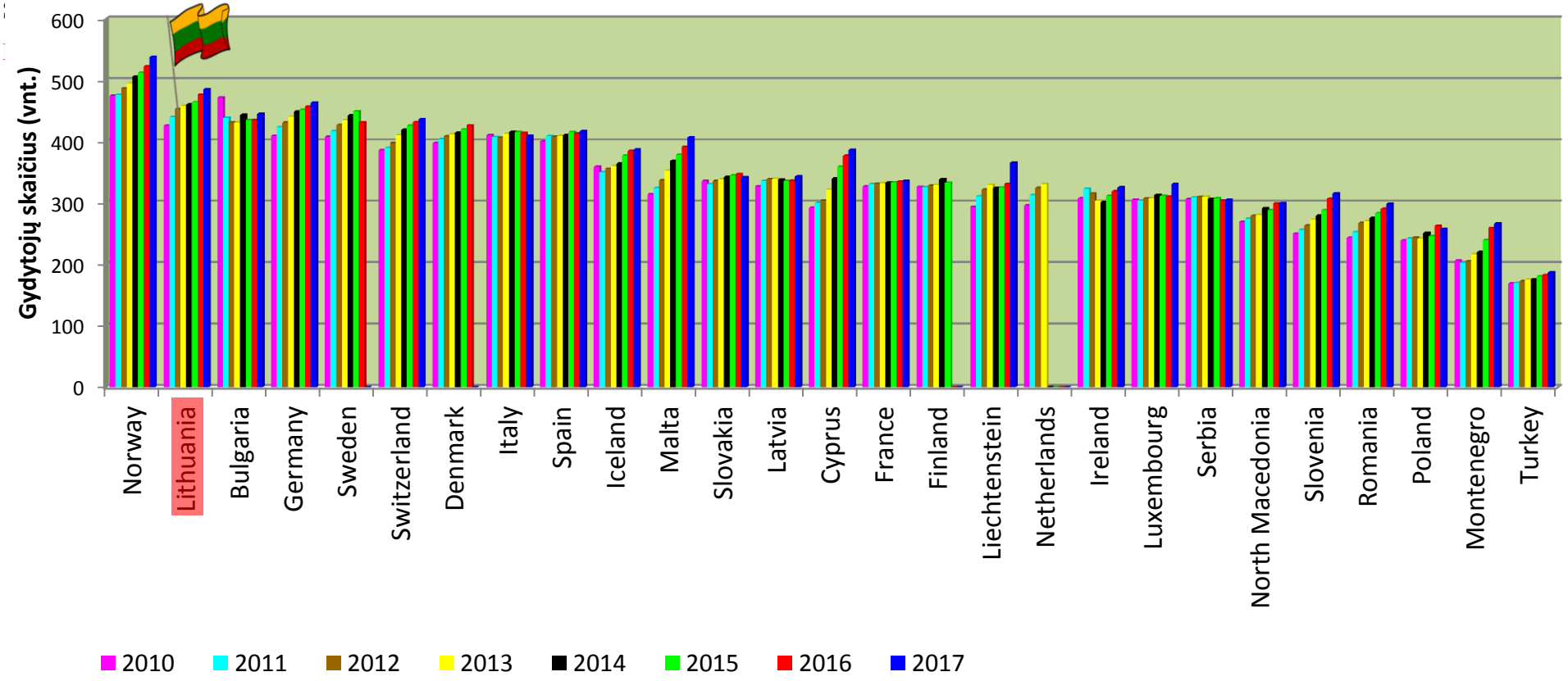
	Ligoninė	Lygis	Lovos užimtumo koeficientas	Lovos apyvarta	Vidutinė gydymo trukmė	Lovadienių skaičius	Panaudotų lovadienių skaičius	Vidutinis metinis lovų skaičius	Išrašyti ligoniai	Mirę ligoniai
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Vilniaus Universiteto ligoninė Santaros klinikos	Respublikinė	0,82	50,78	5,9	319626	319810,2	1063,9	53090	932
2.	Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialas	Respublikinė	0,74	39,39	6,9	48021	48025,4	178,0	6821	190
3.	Vilniaus Universiteto ligoninės Žalgirio klinika	Respublikinė	0,64	60,88	3,8	13471	13488,4	58,0	3530	1
4.	VU ligoninės Santaros klinikos filialas vaikų ligoninė	Respublikinė	0,77	63,92	4,4	94660	94603,6	337,9	21564	35
5.	Nacionalinis vėžio institutas	Respublikinė	0,66	39,68	6,1	76922	76875,5	318,7	12569	75
6.	Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	Respublikinė	0,66	6,00	40,4	1455	1455,1	6,0	21	15
7.	Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	Respublikinė	0,73	54,78	4,9	134566	134609,9	503,5	27066	518
8.	Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	Respublikinė	0,80	47,2	6,2	177143	177041,0	605,0	27745	810
9.	M.Marcinkevičiaus ligoninė	Rajoninė	0,75	31,78	8,7	46270	46289,1	168,0	5171	168
10.	Vilniaus gimdymo namai	Respublikinė	0,56	66,85	3,0	21960	21948,8	108,0	7219	1
11.	Laisvės atėmimo vietų ligoninė	Rajoninė	0,37	8,06	16,9	6401	6401,3	47,0	370	9
12.	LR VRM Medicinos centras	Rajoninė	0,56	25,34	8,1	10301	10300,7	50,0	1263	4
13.	Šalčininkų r. ligoninė	Rajoninė	0,67	35,02	7,0	21146	21144,2	86,0	2937	75
14.	Širvintų ligoninė	Rajoninė	0,53	25,30	7,7	6388	6387,8	33,0	785	50
15.	Švenčionių r. ligoninė	Rajoninė	0,71	37,86	6,9	16790	16801,0	64,5	2330	112
16.	Trakų ligoninė	Rajoninė	0,59	38,15	5,6	16726	16725,1	78,0	2892	84
17.	Elektrėnų ligoninė	Rajoninė	0,63	31,23	7,4	12178	12180,8	53,0	1577	78
18.	Ukmergės ligoninė	Regioninė	0,66	49,91	4,8	25065	25051,8	103,7	5004	172
19.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Respublikinė	0,79	49,75	5,8	474558	474481,3	1638,7	80273	1253
20.	Kauno klinikinė ligoninė	Respublikinė	0,79	47,45	6,1	206791	206762,4	713,2	33060	780
21.	Respublikinė Kauno ligoninė	Respublikinė	0,80	58,83	5,0	91142	91055,7	312,1	17699	659
22.	LSMUL Kauno klinikų filialas Onkologijos ligoninė	Respublikinė	0,86	33,02	9,5	55085	55097,8	176,0	5186	626
23.	LSMUL Kauno klinikų filialas Vaikų reabilitacijos ligoninė Lopšelis	Respublikinė	0,74	19,24	14,0	5643	5643,9	21,0	404	0
24.	Jonavos ligoninė	Regioninė	0,78	48,38	5,9	29015	29017,8	102,0	4741	194
25.	Kaišiadorių ligoninė	Rajoninė	0,56	27,71	7,4	11552	11546,9	56,0	1493	59
26.	Kėdainių ligoninė	Regioninė	0,85	48,35	6,4	38321	38314,4	124,0	5735	261
27.	Prienų ligoninė	Rajoninė	0,71	42,57	6,1	13176	13178,0	51,0	2077	94
28.	Raseinių ligoninė	Rajoninė	0,76	48,55	5,7	25310	25315,1	91,0	4292	126
29.	Respublikinė Klaipėdos ligoninė	Respublikinė	0,79	62,21	4,6	86616	86591,7	300,0	18386	276
30.	Klaipėdos jūrininkų ligoninė	Respublikinė	0,79	41,31	7,0	96770	96717,0	334,0	13525	272
31.	Klaipėdos universitetinė ligoninė	Respublikinė	0,74	47,66	5,7	227228	227384,8	843,0	39306	868
32.	Klaipėdos vaikų ligoninė	Respublikinė	0,81	66,75	4,4	46040	46087,2	155,5	10378	2
33.	Klaipėdos Jūrininkų ligoninės Palangos departamentas	Respublikinė	0,77	50,39	5,6	5077	5079,2	18,0	893	14
34.	Gargždų ligoninė	Rajoninė	0,71	38,38	6,8	11523	11529,0	44,5	1689	19
35.	Kretingos ligoninė	Rajoninė	0,82	51,35	5,9	25402	25400,7	84,6	4231	111
36.	Šilutės ligoninė	Regioninė	0,73	54,42	4,9	26398	26400,7	98,6	5194	172
37.	Respublikinė Šiaulių ligoninė	Respublikinė	0,82	52,14	5,7	202805	202733,6	681,0	34414	1091

38.	Naujosios Akmenės ligoninė	Rajoninė	0,70	39,32	6,5	7153	7156,5	28,0	1063	38
39.	Joniškio ligoninė	Rajoninė	0,76	38,79	7,2	16166	16155,0	58,0	2154	96
40.	Kelmės ligoninė	Rajoninė	0,77	42,01	6,7	23093	23081,5	82,0	3353	92
41.	Pakruojo ligoninė	Rajoninė	0,83	43,65	7,0	9446	9443,9	31,0	1332	21
42.	Radviliškio ligoninė	Regioninė	0,82	49,55	6,1	19858	19848,9	66,0	3146	124
43.	Kuršėnų ligoninė	Rajoninė	0,34	17,20	7,2	3087	3087,4	25,0	419	11
44.	Respublikinė Panevėžio ligoninė	Respublikinė	0,77	51,51	5,5	170911	170767,0	607,2	30411	865
45.	Biržų ligoninė	Rajoninė	0,65	35,97	6,6	20362	20351,9	86,0	3013	80
46.	Kupiškio ligoninė	Rajoninė	0,56	30,77	6,7	7181	7183,6	35,0	1016	61
47.	Pasvalio ligoninė	Rajoninė	0,86	41,59	7,6	22908	22921,8	73,0	2943	93
48.	Rokiškio ligoninė	Rajoninė	0,68	34,32	7,2	23899	23902,2	97,0	3213	116
49.	Druskininkų ligoninė	Rajoninė	0,73	41,38	6,5	17625	17617,8	65,8	2642	81
50.	Alytaus apskr. S.Kudirkos ligoninė	Regioninė	0,79	55,33	5,2	67976	67968,2	236,7	12794	302
51.	Lazdijų ligoninė	Rajoninė	0,51	26,07	7,1	12348	12351,3	67,0	1692	55
52.	Varėnos ligoninė	Rajoninė	0,60	40,63	5,4	14771	14780,5	67,0	2626	96
53.	Marijampolės ligoninė	Regioninė	0,82	48,75	6,1	60613	60568,4	203,3	9560	353
54.	Kalvarijos ligoninė	Rajoninė	0,27	16,73	5,9	1471	1470,9	15,0	246	5
55.	Kazlų Rūdos ligoninė	Rajoninė	0,70	37,00	6,9	2549	2549,3	10,0	368	2
56.	Šakių ligoninė	Rajoninė	0,80	46,16	6,3	18524	18526,2	63,6	2834	102
57.	Vilkaviškio ligoninė	Rajoninė	0,72	42,49	6,2	27987	27969,8	106,0	4368	136
58.	Jurbarko ligoninė	Rajoninė	0,74	42,26	6,4	20875	20880,9	77,6	3168	110
59.	Šilalės ligoninė	Rajoninė	0,49	30,84	5,9	9013	9020,7	50,0	1517	25
60.	Tauragės ligoninė	Regioninė	0,74	53,24	5,1	31961	31991,8	119,0	6116	219
61.	Viešoji Įstaiga Mažeikių ligoninė	Regioninė	0,77	52,69	5,4	33816	33828,1	120,0	6150	173
62.	Plungės r. ligoninė	Rajoninė	0,72	44,26	5,9	26013	25998,1	99,4	4266	133
63.	Regioninė Telšių ligoninė	Regioninė	0,80	49,48	5,9	31210	31198,9	106,7	5099	180
64.	Anykščių r. ligoninė	Rajoninė	0,69	35,07	7,2	23907	23892,4	94,8	3147	176
65.	Ignalinos ligoninė	Rajoninė	0,60	19,83	11,0	7843	7839,7	36,0	659	55
66.	Molėtų ligoninė	Rajoninė	0,58	26,28	8,1	6796	6795,3	32,0	781	60
67.	Utenos ligoninė	Regioninė	0,67	46,61	5,2	47381	47348,5	195,0	8806	282
68.	Zarasų ligoninė	Rajoninė	0,58	36,06	5,9	7642	7645,2	36,0	1283	15
69.	Visagino ligoninė	Rajoninė	0,59	35,70	6,0	25236	25235,9	118,0	4097	116
70.	UAB „Baltijos ir Amerikos terapijos ir chirurgijos klinika"	Privati	0,28	91,58	1,1	2443	2439,8	24,0	2197	1
71.	UAB SK Impeks medicinos diagnostikos centras	Privati	0,54	195,56	1,0	3164	3160,3	16,0	3129	0
72.	AB Ortopedijos technika""	Privati	0,11	55,30	0,7	771	774,2	20,0	1106	0
73.	UAB Bendrosios medicinos praktika""	Privati	0,37	121,08	1,1	1628	1627,4	12,0	1453	0
74.	UAB Kardiolita"	Privati	0,32	46,33	2,6	5671	5671,2	48,0	2224	0
75.	UAB „Tautrimo Aštrausko klinika"	Privati	0,27	99,60	1,0	498	498,0	5,0	498	0
76.	UAB Sauliaus Vikšraičio plastinės chirurgijos centras	Privati	0,33	110,17	1,1	714	713,9	6,0	661	0
77.	UAB Artmedica	Privati	0,43	84,80	1,8	775	775,9	5,0	424	0
	VIDURKIS	-	0,66	47,49	6,4	46270	46266,4	168,2	7934	188
	STANDARTINIS NUOKRYPIS	-	0,17	25,99	4,6	77361	77358,9	265,2	13177	277

Šaltinis: sudaryta autorės pagal Higienos instituto duomenis, Stacionaro lovų skaičius pagal lovų profilių grupes ir gydymo įstaigas, 2018

3 PRIEDAS

GYDYTOJŲ SKAIČIUS EUROPOS SĄJUNGOS ŠALYSE, TENKANTIS 100 000 GYVENTOJŲ

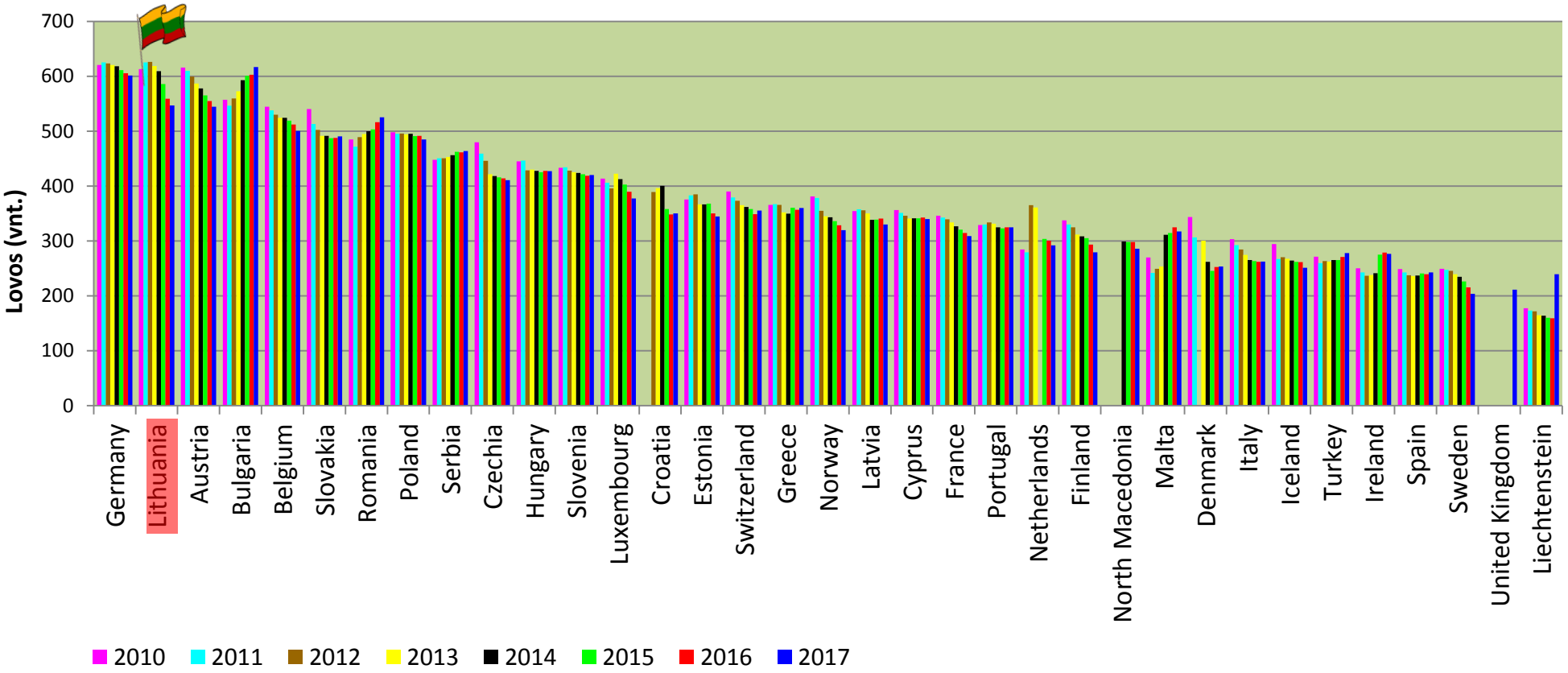


Pastaba: tušti diagramos stulpeliai reiškia, jog statistiniai duomenys tuo laikotarpiu neteikiami.

Šaltinis: European Statistics, Health personnel (excluding nursing and caring professionals), 2010-2018

4 PRIEDAS

LOVŲ SKAIČIUS EUROPOS ŠALYSE, TENKANTIS 100 000 GYVENTOJŲ

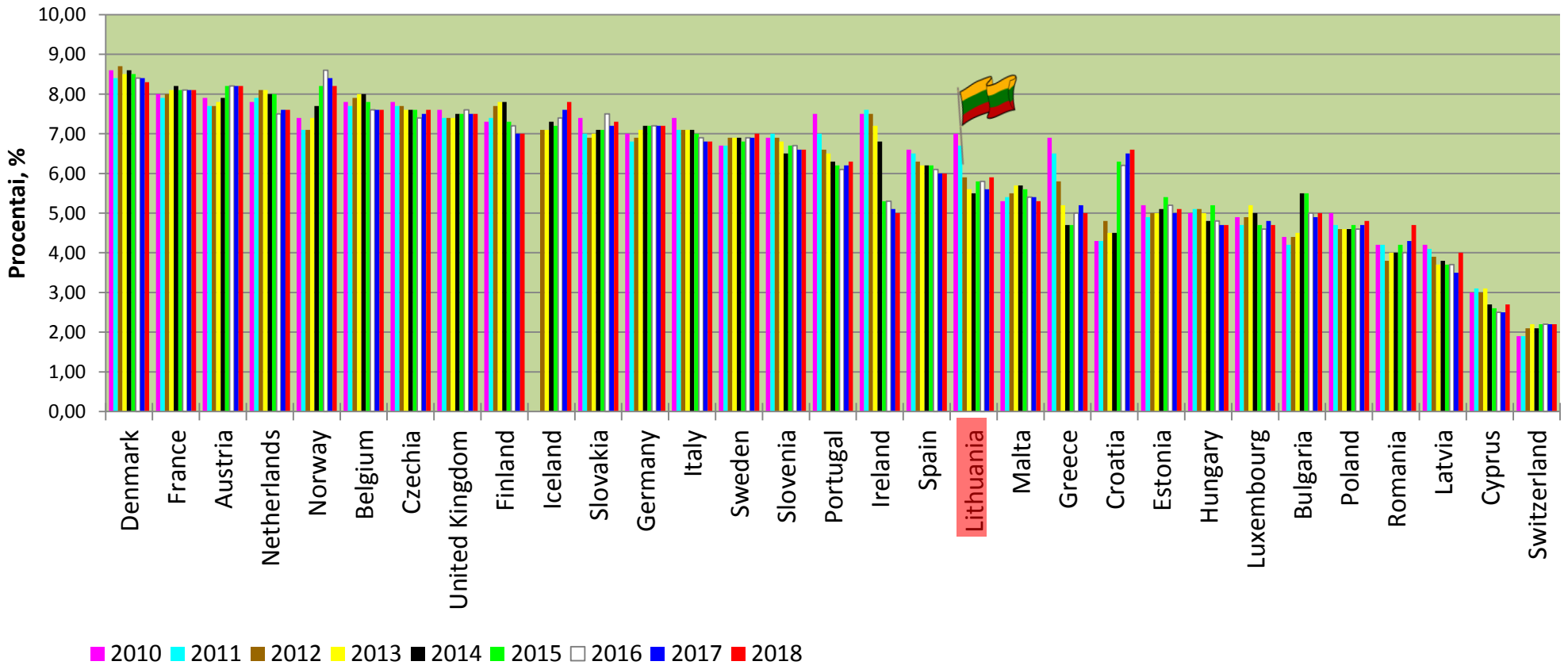


Pastaba: tušti diagramos stulpeliai reiškia, jog statistiniai duomenys tuo laikotarpiu neteikiami.

Šaltinis: European Statistics, Hospital beds by type of care, 2010-2018

5 PRIEDAS

VALDŽIOS SEKTORIAUS IŠLAIDOS SVEIKATAI EUROPOS ŠALYSE LYGINANT SU BVP



Pastaba: tušti diagramos stulpeliai reiškia, jog statistiniai duomenys tuo laikotarpiu neteikiami.
Šaltinis: European Statistics, General government expenditure by function (COFO), 2010-2018

Forma patvirtinta

Mykolo Romerio universiteto
Senato 2016 m. gegužės 9 d. nutarimu Nr. 1SN-44

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2020 m. balandžio mėn. 11 d.
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),

Ekonomikos ir verslo fakulteto, Ekonomikos instituto, Verslo sistemų ekonomikos programos .
(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

Studentas (-ė) . Indrė Žilėnaitė .
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / bakalauro / magistro baigiamasis darbas

. „Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimas“
(*baigiamojo darbo pavadinimas*)
:

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už šiurkštų akademinės etikos pažeidimą.

_____ . Indrė Žilėnaitė
(parašas) *(vardas, pavardė)*