MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
EKONOMIKOS IR FINANSŲ VALDYMO FAKULTETO
EKONOMIKOS KATEDRA

KRISTINA BŪDVYTYTĖ
(Finansų rinkos)

SVEIKATOS DRAUDIMO RAIDA LIETUVOJE 1990 – 2005 M.

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas –
doc.dr. Gediminas Černiauskas

Vilnius, 2005

TURINYS

ĮVADAS 3
1. SVEIKATOS DRAUDIMAS IKI 1997 METŲ 5
1.1. Teisės aktai, reglamentavę sveikatos draudimą iki 1996 m. 5
1.2. Sveikatos draudimo įstatymo projektai 7
2. SVEIKATOS DRAUDIMAS PRIĖMUS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMĄ 10
2.1. Privalomasis draudimas 11
2.2. Papildomas (savarankiškas) draudimas 21
2.3. Institucijos, vykdančios sveikatos draudimą 22
2.3.1. Privalomojo sveikatos draudimo taryba 22
2.3.2 Valstybinė ligonių kasa 25
3. SVEIKATOS DRAUDIMO VYKDYMAS 31
3.1. Sveikatos draudimas 1990-1996 metais 31
3.2. Sveikatos draudimas 1997-2005 metais 36
IŠVADOS 48
LITERATŪRA 51
SUMMARY 53

SVEIKATOS DRAUDIMO RAIDA LIETUVOJE 1990 – 2005 M.

ĮVADAS

Kiekvienas Lietuvos gyventojas, dirbantis pagal darbo sutartį ar savarankiškai, valstybei moka nemažus mokesčius. Be to, mokesčius moka ir ūkine komercine veikla užsiimantys ūkio subjektai. Dalis mokesčių iš karto yra skirti konkrečiai sričiai finansuoti, kita dalis skirstoma vėliau, jau surinkus tam tikrą sumą. Tai tiksliniai mokesčiai, kurie yra kaupiami tam skirtuose fonduose, pavyzdžiui, valstybinio socialinio draudimo fonde, Garantiniame fonde. Tačiau didžioji dalis surinktų mokesčių kiekvienais metais LR valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymu paskirstomi įvairioms reikmėms - švietimui, gynybai, socialinėms reikmėms, prie kurių priskiriama ir sveikatos apsauga. Iš komandinės ekonomikos Lietuva paveldėjo gana gremėzdišką ir neefektyvią sveikatos apsaugos sistemą, kuri ir buvo finansuojama iš visų mokėtojų surinktomis lėšomis. Todėl dar prieš nepriklausomybės atkūrimą buvo pradėta formuoti nuostata, kad efektyvią ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą gali užtikrinti tik draudiminis šios srities finansavimas. Buvo analizuojama kitų, jau seniai taikančių draudiminį sveikatos priežiūros finansavimą, šalių patirtis. Tačiau tik 1996 metais buvo parengtas ir Lietuvos Respublikos Seime priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (1996-05-21 Nr. I-1343, nauja redakcija įsigaliojo nuo 2003-01-01. 2002-12-03 Nr. IX-1219, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)). Kaip žinoma, draudimas – tai apsisaugojimas nuo įvairių nuostolių, mokant išankstines įmokas draudimo įmonei, kuri sutinka išmokėti apdraustajam iš anksto sutartą nuostolių, patirtų draudiminio įvykio metu, padengimo sumą. Tuo pačiu metu pastebėtina, kad visais kitais draudimo atvejais – turto, rizikos, nuostolių ir pan., įmokų dydis priklauso nuo norimo žalos atlyginimo ir rizikos laipsnio. Tuo tarpu pagal minimo LR Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas konkretus mokesčių mokėtojas jokio ryšio tarp savo sumokėtų įmokų ir sveikatos priežiūrai finansuoti skiriamų lėšų bei gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų negali įžvelgti. Taigi, jau pats sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas pagal šio įstatymo nuostatas parodo problemą, kad tai nėra tikrasis draudimas, nes įmokos ir išmokos (gaunama nauda) yra neadekvačios. Juk įmokos priklauso nuo gaunamų pajamų, o išmokos, tai yra gydymo išlaidos, priklauso nuo sveikatos sutrikimų, ligų, traumų sunkumo. Tai pat dažniausiai tie, kurie gauna dideles pajamas, renkasi gydymą privačiose gydymo įstaigose, kur patys pacientai turi susimokėti už gydymą, nepriklausomai nuo to kokias sveikatos draudimo įmokas moka valstybei, nors šie asmenys nuo

savo didesnių pajamų daugiau sumoka ir sveikatos draudimo įmokų.

Pasirinkus sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą pagal LR sveikatos draudimo įstatymą buvo siekiama ir kitų tikslų – pagerinus finansavimą turėjo gerėti ir gydymo paslaugų kokybė, tikėtasi išvengti nepagrįsto „atsidėkojimo“ medikams bei surinkti pakankamai lėšų normaliems sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių darbuotojų atlyginimams. Tačiau Įstatymo gyvavimo dešimtmetis parodė, kad šios problemos nebuvo išspręstos ir yra labai aktualios šiandien.

Šio darbo tyrimo objektas yra sveikatos draudimas Lietuvoje. Tyrimo dalykas – sveikatos draudimo Lietuvoje efektyvumas. Darbo tikslas – įvertinti sveikatos draudimo efektyvumą, išskiriant jo trūkumus ir privalumus, taip pat pateikti pasiūlymus, kaip pagerinti sveikatos draudimo sistemos veikimą.

Siekiant numatyto tikslo pirmiausia bus apžvelgti įstatymai, kurie reglamentuoja sveikatos draudimą Lietuvoje, Vyriausybės nutarimai ir sveikatos apsaugos ministro įsakymai, detalizuojantys sveikatos draudimo įgyvendinimą, bei kiti poįstatyminiai aktai, taip pat bus pateikta informacija apie sveikatos draudimo vykdymą. Duomenys apie sveikatos draudimo finansavimą ir sukauptų lėšų panaudojimą pateikiami lentelėse ir diagramose.

1. SVEIKATOS DRAUDIMAS IKI 1997 METŲ

Jau 1988 metais pradėta šnekėti apie sveikatos priežiūros (tuo metu – sveikatos apsaugos) sistemos reformas. Buvo siekiama, kad sveikatos priežiūrai ir kitoms medicinos paslaugoms teikti skirtos lėšos būtų skirstomos tarp šalies regionų atsižvelgiant į jų tikrąjį poreikį, t. y. lėšos skiriamos pagal minimų paslaugų vartotojus – gyventojus. Žinant, kiek realiai gyventojų teks aptarnauti, didėtų sveikatos priežiūros įstaigų savarankiškumas, racionaliau būtų panaudojami turimi ištekliai. 1989 metais pagrindinis reformos tikslas buvo sveikatos draudimo sistemos kūrimas, todėl buvo parengtas pirmasis sveikatos draudimo įstatymo projektas, kuris ir davė pradžią privalomojo sveikatos draudimo teisiniam reglamentavimui.

Iki Nepriklausomybės atkūrimo, kai Lietuva buvo inkorporuota į Tarybų Sąjungos sudėtį, visa ekonomika buvo grindžiama planais. Visos valstybės sritys buvo valdomos centralizuotai, tai pat ir sveikatos priežiūros sistema. Valstybinio valdymo institucijos suplanuodavo, kiek prekių ir paslaugų turi būti pagaminta ir suteikta. Ir kasmet buvo siekiama didinti apimtis, tai turėjo rodyti, kad situacija gerėja, ekonomika auga, kada rinkos ekonomikos sąlygomis kaip tik siekiama mažinti kaštus, kad būtų galima išsilaikyti konkurencinėje kovoje. Todėl nenuostabu, kad iki šiol turime per didelius sveikatos priežiūros išteklius. Tam įtakos turėjo ir finansavimas, kuris vyko pagal sveikatos priežiūros sistemos išteklių rodiklius. Nors Tarybų Sąjungoje ir buvo bandoma gydymo įstaigas finansuoti pagal ligonių skaičių, Lietuvoje šita praktika nebuvo taikoma. Rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėją gyventojai negalėjo. Pacientai gydymo įstaigose buvo registruojami pagal gyvenamąja vietą, kur ir būdavo priskiriamas aptarnaujantis gydytojas. Taigi tokia situacija vertė imtis sveikatos priežiūros sistemos reformų. Pagrindinis reformų tikslas buvo, kad sveikatos priežiūros sektorius taptų savarankiškas, o biudžetinį finansavimą pakeistų privalomasis sveikatos draudimas ir gyventojai turėtų teisę rinktis paslaugų teikėją.

1.1. Teisės aktai, reglamentavę sveikatos draudimą iki 1996 m.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę (1990 m. kovo 11 d.) buvo žengti pirmieji žingsniai šia kryptimi. 1990 m. spalio 23 d. Lietuvos Respublikos Seimas (tuometinė Aukščiausioji Taryba) priėmė Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą. Šiame įstatyme buvo pateikta valstybinio socialinio draudimo samprata - “Valstybinis socialinis aprūpinimas – valstybės nustatytų socialinių ekonominių priemonių sistema, teikianti gyvenimui reikalingų lėšų ir paslaugų

Respublikos gyventojams, kurie negali dėl įstatymų numatytų priežasčių apsirūpinti iš darbo ir kitokių pajamų arba yra nepakankamai aprūpinti."[1] Tame pačiame teisės akte buvo numatyta, kad šalia valstybinio socialinio draudimo gali gyvuoti ir kitos draudimo formos, tačiau valstybė prisiima tam tikrus minimalius įsipareigojimus pasirūpinti visais šalies gyventojais. Aptarta, kam taikomos šios įstatymo nuostatos, kas yra draudžiami valstybiniu socialiniu draudimu. Įstatyme buvo pateikta ir viena svarbiausių nuostatų, kad valstybinio socialinio draudimo biudžetas yra savarankiškas ir nėra traukiamas į valstybės ar savivaldybių biudžetus, o Vyriausybei pavesta nustatyti tarifus, išmokų iš šio savarankiško biudžeto rūšis, jų skyrimo ir indeksavimo tvarką. Valstybės socialinės politikos formavimui ir įgyvendinimui buvo įkurta Socialinės apsaugos ministerija. [1]

Po pusmečio šios bendrosios įstatymo nuostatos buvo išplėtotos Valstybinio socialinio draudimo įstatyme (1991-05-21 Nr. I-1336) ir taip sveikatos draudimas tapo sudedamąja socialinio draudimo dalimi. Trečiasis šio įstatymo skyrius reglamentavo gydymo ir profilaktikos išmokas. Iš valstybinio socialinio draudimo lėšų buvo numatyta finansuoti 100 procentų išlaidų būtiniesiems medikamentams, naudojamiems ambulatorinio gydymo metu ir medicinos pagalbos priemonėms pagal patvirtintą sąrašą, kai gyventojas suserga viena iš ligų, įrašytų į Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ministerijų tvirtinamą ligų sąrašą, ir apdraustųjų vaikams iki vienerių metų amžiaus. Taip pat buvo numatyta kompensuoti visų apdraustųjų ir netekusių darbo bei gaunančių išeitinę arba bedarbio pašalpą dėl laikinojo nedarbingumo prarastas pajamas iki 80 procentų. Be to, buvo numatyta kompensuoti apdraustųjų vaikams nuo vienerių iki septynerių metų amžiaus ir vaikų invalidų iki šešiolikos metų amžiaus visą sanatorinio gydymo kelialapio kainą (100%), arba 90 procentų jeigu vaikas vyksta gydytis pagal bendrą kelialapį kartu su apdraustuoju. Dar buvo numatyta apmokėti visą kelialapio kainą, jeigu gydytis vykstama po sunkaus susirgimo, įrašyto į Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ministerijų patvirtintą sąrašą, apdraustiesiems asmenims, išskyrus individualių įmonių savininkus, ūkininkus ir pilnamečius jų šeimos narius, dirbančius ūkyje. Kiti apdraustieji turėjo patys apmokėti 50 procentų kelialapio kainos, o pensininkai – 20 procentų kainos. Buvo skirta lėšų ir kraujo donorų kompensacijoms. Donorams, davusiems kraujo nemokamai, buvo numatyta mokėti jų trijų dienų vidutinio darbo užmokesčio kompensaciją, o tiems, kurie gaudavo atlygį už kraują, - dviejų dienų vidutinio darbo užmokesčio kompensaciją.

Šiame Įstatyme biudžeto sudarymas buvo reglamentuotas kaip ir Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatyme, tačiau buvo įvesti tam tikri papildymai dėl asignavimų iš Valstybės biudžeto skyrimo, kai dėl nenumatytų priežasčių padidėja socialinio draudimo išmokos

[1] Lietuvos Respublikos Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymas 1990 m spalio 23 d. Nr. I696 // Valstybės žinios. 1990 Nr. 32-761.

arba sumažėja pajamos, kurios yra juridinių ir fizinių asmenų privalomosios valstybinio socialinio draudimo įmokos ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos veiklos pajamos. Be to, šiame Įstatyme buvo nustatyta prievolė sudaryti rezervo fondą.

Sveikatos priežiūros įstaigos buvo finansuojamos tokia tvarka. Savivaldybės sudarydavo sutartis su šiomis įstaigomis dėl medicinos paslaugų pirkimo, ir į jų biudžetus buvo pervedamos lėšos iš valstybės biudžeto proporcingai konkretaus rajono gyventojų skaičiui. Siekiant supaprastinti finansavimą 1991 metų pabaigoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1991-12-17 nutarimu Nr. 562 "Dėl sveikatos apsaugos finansavimo 1992 metais" 1992 m. sausio 10 d. buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa ir nuo 1992 m liepos 1 d. sveikatos priežiūros įstaigos pradėtos finansuoti iš valstybės biudžeto per Valstybinę ligonių kasą. Ji 1993-1996 metais sudarinėjo sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl paslaugų teikimo ir jų išlaidų kompensavimo pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus įkainius. Taigi gydymo įstaigoms buvo mokama už faktiškai gydytą ligonį stacionare ir už gyventoją, priregistruotą poliklinikoje. Per pirmuosius metus vis dėlto išryškėjo keletas tokio finansavimo problemų. Kadangi Valstybinė ligonių kasa finansavo tik respublikines įstaigas, savivaldybių įstaigos ir toliau buvo finansuojamos pagal sąmatas, o ne pagal suteiktas paslaugas, kas nesuteikė motyvacijos joms dirbti efektyviau. Už vaistų ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimą buvo atsakinga Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (toliau - SODRA) ir geresnė jos biudžeto būklė sąlygojo didesnį finansavimą sanatoriniam gydymui. Taigi skirtingi finansavimo šaltiniai apsunkino sveikatos politikos koordinavimą valstybėje, todėl tapo tiesiog būtina diegti atskirą sveikatos draudimo sistemą. Kita problema buvo tai, kad reikėjo tikslinti gydymo išlaidų įkainius, kadangi tuo metu naudoti įkainiai neatspindėjo realių išlaidų. Taip pat išryškėjo valdymo kompleksiškumo problema. Pagrindinė Valstybinių ligonių kasų funkcija buvo gydymo įstaigų finansavimas, o veiklos, biudžeto planavimas, kontrolė liko steigėjams. Tokia sistema mažino atsakomybę ir leido daryti išvadas, kad kuriama draudimo sistema nebus savarankiška ir efektyvi.[18]

1.2. Sveikatos draudimo įstatymo projektai

Kaip minėjome anksčiau, jau 1989 metais buvo paruoštas pirmasis sveikatos draudimo įstatymo projektas. Tačiau priimtas Sveikatos draudimo įstatymas buvo tik praėjus penkiems metams, kai buvo priimtas Valstybinio socialinio draudimo įstatymas, nes jame buvo reglamentuojamas sveikatos draudimas 1991-1996 metais. Iki tol buvo parengtas ne vienas įstatymo projekto variantas. Daug diskusijų kilo dėl sveikatos finansavimo modelio pasirinkimo, nes galima

buvo taikyti vadinamąjį Bismarko modelį (Socialinės apsaugos sistema, sukurta pagal Vokietijos valstybės vadovo Oto Bismarko (Otto von Bismarck, 1815–1898) pasiūlymus, kai valstybės tikslas yra rūpintis visų gyventojų gerove, ypač palaikant labiausiai remtinus gyventojus ir pasitelkiant tam tikras institucijas bei bendruomenės išteklius, kur išmokų dydis paprastai yra susijęs su mokėtų įmokų dydžiu), ar Beveridžo (Socialinės apsaugos sistema, sukurta pagal Didžiosios Britanijos ekonomisto Viljamo Henrio Beveridžo (William Henry Beveridge, 1879–1963) pasiūlymus, kai pašalpų (išmokų) dydis priklauso nuo poreikių ir iš esmės nėra susijęs su mokėtomis įmokomis.)

Tuo metu egzistavusi sistema nemotyvavo gydytojų dirbti intensyviai ir kokybiškai, maži atlyginimai sudarė sąlygas kyšininkavimui. Ir nors buvo gydytojų bei medicinos įstaigų perteklius, tačiau aiškiai jautėsi kokybiškų paslaugų deficitas. Buvo sutarta, kad pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos visiems valstybės gyventojams, todėl per finansinių išteklių perskirstymą žmonės turi remti vieni kitus. Iš pradžių buvo labiau remiamasi Bismarko modeliu, kad finansavimas turi būti grindžiamas surinktomis sveikatos draudimo įmokomis, laikantis tarpukario tradicijų. Buvo siūloma, kad Valstybinė ligonių kasa atliktų rezervo valdytojo funkciją, o kiekvienos savivaldybės teritorinė ligonių kasa formuotų savo biudžetą, atsižvelgdama į gyventojų skaičių. 1992 metais parengtas įstatymo projektas buvo nusiųstas į Vokietiją recenzuoti. Vakarų konsultantai pateikė pasiūlymus įvertinti ligonių kasų administravimo išlaidas ir patarė, kad įmokas rinktų jau egzistuojančios institucijos (Valstybinės mokesčių inspekcijos prie LR finansų ministerijos teritoriniai padaliniai ir SODRA). 1993 metais daug diskusijų sukėlė privačių draudimo kompanijų dalyvavimas privalomajame draudime, buvo ginčijamasi, ar leisti joms lygiomis teisėmis su ligonių kasomis veikti sveikatos priežiūros sistemoje, ar šios kompanijos turėtų užsiimti tik papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu. Dėl šių diskusijų darbo grupė, rengusi įstatymo projektą, suskilo ir tuo pačiu metu buvo rengiami du įstatymo projektai. [18] Šitą skilimą lėmė skirtingi požiūriai į privalomąjį sveikatos draudimą. Galima vieną variantą vadinti socialiniu draudimu, o kitą privačiuoju draudimu. Pagrindinis skirtumas – privačių pelno siekiančių draudimo kompanijų dalyvavimas sveikatos draudime, už ką pasisakė privataus draudimo šalininkai. Socialinio draudimo šalininkams tokia idėja nebuvo priimtina. Jų teigimu, privačių pelno siekiančių įmonių dalyvavimas sveikatos draudime keltų grėsmę. Privačios kompanijos būtų suinteresuotos drausti tik turtingus ir sveikus asmenis, o seni ir ligoti liktų valstybės išlaikymui. Taip pat konkurencija tarp įmonių didintų jų administravimo kaštus ir mažintų išlaidas sveikatos priežiūrai. Be to, abejonių kėlė finansinių institucijų išsivystymo lygis. Pagrindiniai skirtumai tarp kuriamų projektų buvo tokie:

1. *Draudimo organizavimas*. Socialinio draudimo šalininkai siūlė, kad sveikatos

draudimą organizuotų valstybinės institucijos, t.y. Valstybinė ligonių kasa su teritorinėmis ligonių kasomis. Tuo tarpu privačiojo draudimo šalininkai siūlė reorganizuoti Valstybinę ligonių kasą taip, kas ji konkuruotų su pelno siekiančiomis privačiomis draudimo kompanijomis. Buvo teigiama, kad pelno siekiančių kompanijų dalyvavimas sveikatos draudime lemtų sveikatos priežiūros įstaigų konkurenciją, dėl ko gerėtų teikiamų paslaugų kokybė.

2. *Teisė rinktis draudiką*. Socialinio draudimo atveju tokio pasirinkimo nėra arba jis labai ribotas, privatus draudimas suteikia galimybė žmonėms rinktis draudimo kompaniją.

3. *Teikiamos paslaugos.* Socialinis draudimas teikia vienodas paslaugas, nepriklausomai nuo indėlio. Privatusis draudimas per draudimo kompanijas siūlo skirtingus paslaugų planus.

4. *Regioninis išteklių paskirstymas.* Socialinio draudimo lėšas Valstybinė ligonių kasa per teritorines ligonių kasas paskirsto regionams pagal poreikius. Privatusis draudimas suteikia laisvę draudimo kompanijoms disponuoti surinktomis lėšomis.

5. *Individualių įnašų kaupimas.* Socialinio draudimo sistemoje tai neįmanoma, o privačiojo draudimo sistemoje tai pageidautina, siekiant šiuos įnašus investuoti, dėl ko ateityje į sveikatos paslaugų rinką grįžtų daugiau finansinių išteklių.

Socialinio ir privačiojo draudimo šalininkų idėjos dėl sveikatos draudimo aprėpties, įmokų mokėjimo, savarankiško biudžeto, įstatymo nustatytų tarifų, teisės rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus ir kad bazines gydymo paslaugų kainas nustato valstybė, sutapo.[16]

1995 metais buvo pritarta valstybės reguliuojamam ir einamaisiais mokėjimais paremtam modeliui, o tam turėjo įtakos tais metais įvykę privačių bankų ir draudimo kompanijų bankrotai, kas parodė, kad finansų sektorius Lietuvoje dar yra silpnas. Dar patikslinus kai kurios terminus ir nustačius, kad sveikatos draudimo biudžetas turi būti savarankiškas, 1996 m. gegužės 21 d. Seimas patvirtino galutinį įstatymo variantą. Nuo pradinių variantų pasirinktasis skyrėsi tuo, kad savyje jungė abiejų modelių savybes: iš Beveridžo modelio buvo pasirinktas lėšų skyrimas tvirtinant valstybės biudžetą, kai Seimas, tvirtindamas metų biudžetą, nustato konkrečią pajamų mokesčio dalį, skiriamą sveikatos draudimo įmokoms, taip pat tvirtina įmokos dydį asmenims, draudžiamiems valstybės biudžeto lėšomis. Pažymėtina, kad tokių asmenų – daugiau kaip pusė gyventojų. Be kita ko, buvo numatyta centralizuota medicinos paslaugų kainodara ir kontrolė. O panašumą į Bismarko modelį rodo tai, kad medicinos paslaugų apmokėjimas vyksta remiantis Teritorinių ligonių kasų ir medicinos įstaigų kontraktais. [18]

2. SVEIKATOS DRAUDIMAS PRIĖMUS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMĄ

Toliau pristatysime LR sveikatos draudimo įstatymo (1996-05-21 Nr. I-1343, nauja redakcija įsigaliojo 2003-01-01, 2002-12-03 Nr. IX-1219, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)) pagrindines nuostatas bei kitus teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos draudimą. Pats įstatymas įsigaliojo 1997 m. sausio 1 d. pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymą (1996-05-23 Nr. I-1344). Tačiau pats įgyvendinimo įstatymas buvo pakeistas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymu 1996-12-23 Nr. VIII-54. Pagal šį įstatymą tik nuo 1997 m. liepos 1 d. įsigaliojo Sveikatos draudimo įstatymo 7, 9, 10, 16, 17 ir 18 straipsniai. Šiuose straipsniuose reglamentuojami šie klausimai:

1. privalomojo sveikatos draudimo galiojimo patikrinimas;
2. vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas draudžiamiesiems;
3. sanatorinio – kurortinio gydymo išlaidų kompensavimas draudžiamiesiems;
4. privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžiai;
5. privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka;
6. atsakomybė už privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimą.

Per 1997 – 2005 metus šis įstatymas daug sykių buvo keičiamas, todėl nuo 2003 m. sausio 1 d. įsigaliojo jo nauja redakcija. Pastebėtina, kad pagal LR įstatymų ir kitų norminių teisės aktų rengimo tvarkos įstatymo (1995-05-02 Nr. I-872) nuostatas, tai reiškia, kad per šešerius metus pasikeitė net pusė įstatymo straipsnių. Taigi net kelis metus ruoštą įstatymą reikėjo dar ne kartą taisyti ir papildyti. Šitame skyriuje apžvelgsime visą įstatymą ir svarbiausius jo pasikeitimus.

Sveikatos draudimo įstatymo pirmasis straipsnis apibrėžia šio įstatymo paskirtį: "…nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą: privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto formavimo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kompensavimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindus, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančias institucijas, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant privalomąjį sveikatos draudimą bei ginčų nagrinėjimo tvarką,

papildomojo (savarankiškojo) sveikatos draudimo pagrindus."[2] Pirmoje įstatymo redakcijoje nebuvo užsiminta apie papildomojo sveikatos draudimo pagrindus, nors apie šią draudimo rūšį įstatyme buvo atskiras skyrius.

Sveikatos draudimas yra dviejų rūšių. Tai privalomasis draudimas, kai juo draustiems asmenims garantuojamos sveikatos priežiūros paslaugos bei vaistų ir paslaugų kompensavimas, ir papildomasis (savanoriškasis) draudimas, kai už asmens, sudariusio tokio draudimo sutartį, sveikatos priežiūros paslaugas draudikas apmoka jų teikėjui.

2.1 Privalomasis draudimas

Pagal įstatymą privalomąjį sveikatos draudimą vykdo šios institucijos: Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinės ligonių kasos. Per įstatymo veikimo metus pasikeitė tik institucijų oficialūs pavadinimai. Iki 2003 metų buvo Privalomojo sveikatos draudimo taryba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Valstybinė ligonių kasa. Pavadinimai atspindi, kokioms institucijoms jos yra atskaitingos. Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai - tai draustiems asmenims gydytojų diagnozuoti susirgimai, kai būtina teikti sveikatos priežiūros paslaugas.

Šeštame sveikatos draudimo įstatymo straipsnyje (pirmoje redakcijoje penktas straipsnis) nustatyta, kas yra draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu. Šiuo draudimu yra draudžiami Lietuvos Respublikos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, taip pat laikinai gyvenantys užsieniečiai, jeigu jie teisėtai dirba Lietuvoje. Šalyse, su kuriomis Lietuva yra sudariusi tarptautines sutartys dėl privalomojo sveikatos draudimo, Lietuvos piliečiai, ten gyvenantys laikinai, yra apdrausti, tas pats taikoma ir tų šalių piliečiams, laikinai gyvenantiems Lietuvoje. Šitos nuostatos apie užsieniečius pirmoje įstatymo redakcijoje nebuvo. Šie žmonės yra apdrausti, jeigu už juos yra mokamos draudimo įmokos, ar jie patys jas susimoka. Nemaža dalis žmonių yra draudžiami valstybės lėšomis. Tai asmenys, gaunantys bet kurios rūšies pensijas, darbingi asmenys užsiregistravę darbo biržoje, moterys, esančios nėštumo ir gimdymo atostogose, vienas iš tėvų auginantis vaiką iki 8 metų, arba du ir daugiau nepilnamečių vaikų, valstybės remiami asmenys, asmenys, pripažinti neįgaliais, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, slaugantys asmenį, kuris pripažintas nedarbingu, kol jam sueis 24 metai,

[2] Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287, 1996-05-21 Nr. I-1343, nauja redakcija nuo 2003 m. sausio 1 d.: Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)

pasipriešinimo (rezistencijos) dalyviai, asmenys, dalyvavę Černobylio avarijos likvidavime, Afganistano karo dalyviai. Valstybės lėšomis yra apdrausti visi nepilnamečiai asmenys, bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai, tai pat Lietuvos piliečiai, studijuojantys Europos Sąjungos aukštųjų mokyklų dieniniuose skyriuose. Vėliau buvo numatyta, kad valstybės lėšomis draudžiami turintys būtinąjį valstybinio socialinio pensijų draudimo stažą, tradicinių religinių bendrijų dvasininkai, nelydimi nepilnamečiai užsieniečiai, papildomą ir laikiną apsaugą Lietuvos Respublikoje gavę užsieniečiai: asmenys iki 18 metų, asmenys, kuriems nustatyta liga iš Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinto sąrašo, vieniši tėvai, moterys nėštumo ir gimdymo laikotarpiu, asmenys sulaukę pensijinio amžiaus pagal Lietuvos Respublikos įstatymus.

Lietuvos Respublikos karių, kitų užsieniečių, kurie yra pateikę prašymus dėl prieglobsčio Lietuvoje, ar kuriems suteikta papildoma ar laikina apsauga, taip pat teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, esančių kardomojo kalinimo vietoje, ir nuteistųjų laisvės atėmimu suteiktas sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš valstybės biudžeto. Šių draudžiamųjų registrą tvarkė teritorinės ligonių kasos, dabar Valstybinė ligonių kasa.

LR Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnyje numatyta, kad Valstybinė mokesčių inspekcija administruoja privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Šis straipsnis vienas iš tų, kurių įsigaliojimas buvo nukeltas pusmečiui. Teritorinės valstybinės mokesčių inspekcijos ir Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigos surenka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, ir teikia informaciją apie juridinių ir fizinių asmenų sumokėtas ir nesumokėtas įmokas Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms. Jei draudžiamajam asmeniui per kalendorinius metus suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kaina viršija 100 MGL (1 minimalus gyvenimo lygis – 125 litai), yra patikrinama ar šis asmuo sumokėjęs visas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Tik priėmus sveikatos draudimą buvo nustatyta 25 MGL, tuo metu 1MGL buvo lygus 110 Lt (nuo 1997 m. lapkričio 1d. – 120 Lt ir nuo 1998 m. balandžio 1d. – 125 Lt), tačiau ši riba buvo pakeista dar net nepradėjus šiam įstatymo straipsniui veikti, 1997-06-19 d. įstatymu Nr. VIII-281.

Antrajame Sveikatos draudimo įstatymo skyriuje reglamentuojamas privalomojo sveikatos draudimo paslaugų ir jų išlaidų kompensavimas. Iš sveikatos draudimo biudžeto yra apmokamos tokios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicininė pagalba, profilaktinis patikrinimas, medicininė reabilitacija, slauga, sveikatos ekspertizės paslaugos. Tokių paslaugų sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Tačiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas gali būti detalizuojamas ir konkrečioje sutartyje tarp teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų. Taip pat kompensuojamos išlaidos vaistams. Kompensuojamų vaistų

sąrašą irgi tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija ir vaistai yra kompensuojami pagal bazines kainas Vyriausybės nustatyta tvarka. 100 procentų vaistai ir medicinos pagalbos priemonės ambulatoriniam gydymui kompensuojami vaikams iki 3 metų ir nedarbingais pripažintiems asmenins ar tiems, kuriems sukakęs senatvės pensijos amžius ir nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis. 50 procentų kompensuojami vaistai gaunantiems senatvės ar šalpos pensijaą ir asmenims, kuriems nustatytas 30-40 procentų darbingumo lygis. Pagal Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą vaistai gali būti kompensuojami 100, 90, 80 ar 50 procentų bazinės kainos, tai priklauso nuo diagnozuotos ligos, asmens sveikatos būklės. Tokios vaistų ir medicinos paslaugų išlaidų kompensavimo nuostatos galioja dabar, nuo įstatymo įsigaliojimo jos yra pasikeitusios. Ankstesnėje redakcijoje asmenų, kuriems kompensuojama visa bazinė vaistų kaina, sąrašas buvo daug ilgesnis. Buvo numatyta kompensuoti visą bazinę vaistų kainą:

1. “ vaikams iki 3 metų;
2. I grupės invalidams;
3. draudžiamiesiems, susirgusiems ligomis, įrašytomis į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą;
4. vaikams invalidams iki 16 metų;
5. vaikams, nukentėjusiems Černobylio atominės elektrinės avarijos metu;
6. asmenims, dalyvavusiems likviduojant Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinius (atsargos ir būtinosios karinės tarnybos kariams, laikinai pasiųstiems dirbti į šios elektrinės 30 km zoną);
7. pasipriešinimo (rezistencijos) dalyviams - kariams savanoriams ir laisvės kovų dalyviams; reabilituotiems politiniams kaliniams ir jiems prilygintiems asmenims, tremtiniams ir jiems prilygintiems asmenims bei jų vaikams, gimusiems kelyje į tremtį ir tremtyje;
8. buvusiems geto ir fašistinių prievartinio mažamečių įkalinimo vietų kaliniams ir asmenims, išvežtiems priverstiniams darbams;
9. asmenims, kurie nukentėjo 1991 m. sausio 11 – 13 dienomis ir vėlesnių įvykių metu gindami Lietuvos valstybingumą;
10. kitiems įstatymais ar Vyriausybės nutarimais nustatytų kategorijų asmenims.”[3]

80 procentų bazinės kainos buvo kompensuojama vaikams nuo 3 iki 16 metų, II ir III grupės invalidams, asmenims, nedirbantiems ir gaunantiems (ar turintiems teisę) valstybinę

[3] Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 05 21 Nr, I-1343// Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287. Nauja įstatymo redakcija nuo 2003 m. sausio 1 d.: Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-1224)

socialinio draudimo pensiją ir nedirbantiems pensinio amžiaus asmenys. Ir 90, ir 50 procentų išlaidų kompensuojama asmenims, kuriems būdavo diagnozuotos ligos, sindromai ir būklė pagal patvirtintą Sveikatos apsaugos ministerijos sąrašą.

Taip pat pasikeitė medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skirtų išlaidų kompensavimas. Pirmame LR sveikatos draudimo įstatymo variante buvo nustatyta, kad visa sanatorinio gydymo kaina kompensuojama vaikams iki 7 metų ir vaikams invalidams iki 16 metų, tačiau ši nuostata buvo pakeista dar iki šio straipsnio įsigaliojimo ir buvo numatyta, kad kompensuojama vaikams iki 16 metų. Dabar medicininės reabilitacijos išlaidos pilnai kompensuojamos vaikams iki 18 metų bei asmenims, asmenims, kurie yra nedarbingi ar yra sulaukę senatvės pensijos amžiaus. O 90 procentų sanatorinio gydymo – vaikams iki 7 metų ir neįgaliems iki 18 metų.

Išlaidos vaistams, medicininėms priemonėms, santoriniam gydymui kompensuojamos tiems žmonėms, kurie negauna jokių pajamų. Tačiau sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas turėtų priklausyti ir nuo gaunamų pajamų kiekio, kad mažas pajamas turintiems gyventojams sveikatos priežiūros paslaugos būtų labiau prieinamos.

Trečiasis skyrius yra apie privalomojo sveikatos draudimo finansus. Privalomojo sveikatos draudimo biudžetas yra savarankiškas ir nėra traukiamas į valstybės ir savivaldybių biudžetus. Jis yra sudaromas vieneriems metams. Jo projektą ir apyskaitą apie vykdymą rengia Valstybinė ligonių kasa. Vyriausybė apsvarsto prarengtą projektą bei ateinančių dviejų metų prognozuojamus rodiklius, kuriuos irgi ruošia Valstybinė ligonių kasa, ir Sveikatos apsaugos ministerija juos teikia svarstyti Seimui. Biudžetas yra patvirtinamas įstatymu. Ne vėliau kaip iki kitų metų balandžio 15 dienos Sveikatos apsaugos ministerija Vyriausybei teikia praėjusių metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinę apyskaitą, kurią tvirtina Seimas. Per vidutinės trukmės laikotarpį biudžetas turi būti subalansuotas.

Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymą Lietuvos Respublikos Vyriausybė yra patvirtinusi Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisykles, kurios kaip ir įstatymas įsigaliojo nuo 1997 m. sausio 1 d. ir 2003 m. gegužės 14 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 589 buvo pakeistos naujomis. Šiomis taisyklėmis privalo vadovautis Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės, kurios sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėtojai, taip pat draudžiamieji ir apdrausti asmenys.

Pirmųjų taisyklių bendrojoje dalyje dar buvo paaiškinta kas yra draudėjai, draudžiamieji ir apdraustieji, dabar galiojančiose taisyklėse to nėra, nes tai reglamentuoja pats

Sveikatos draudimo įstatymas. Kita taisyklių dalis apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymą. Biudžetas sudaromas vieneriems metams nuo sausio 1 d iki gruodžio 31 d. įskaitytinai ir nuo 2003 metų Valstybinė ligonių kasa kartu su biudžeto projektu rengia jo pajamų ir išlaidų prognozuojamus rodiklius ateinantiems dvejiems metams. Biudžeto pajamos ir išlaidos apskaičiuojamos atsižvelgiant į sveikatos draudimo įmokų dydį, apdraustųjų skaičių, statistinius rodiklius, prognozes bei į kitus rodiklius, kurie padeda įvertinti būsimas pajamas ir išlaidas. Taip pat biudžete išlaidų dalyje turi būti numatytas rezervas, skirtas biudžeto stabilizavimui. Iki 2003 metų buvo nustatyta, kad rezervas negali būti didesnis kaip 10 procentų metinių biudžeto pajamų ir sudaromas iš pajamų dalies, kuri viršija išlaidas. Dabar galiojančiose taisyklėse rezervo dydis nėra ribojamas. Jis formuojamas taip: "Atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų plano vykdymą, atskaitymai į rezervą atliekami I kalendorinių metų pusmetį. Į rezervo sąskaitą pervedamos planinės rezervo lėšos ir jų likutis, viršijantis planines kasos apyvartos lėšas, nepanaudotas iki ataskaitinių metų pabaigos. Jeigu kalendoriniais metais Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų planas nevykdomas daugiau negu 3 procentais, planinės rezervo lėšos į atskirą sąskaitą nepervedamos ir naudojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidoms apmokėti."[4] Jeigu iki metų pradžios Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas nepatvirtinamas, tai mėnesio išlaidos iki patvirtinimo negali būti didesnės nei praėjusių metų 1/12 metinių išlaidų dalis. Patvirtintas biudžetas paskirstomas ketvirčiais.

Toliau taisyklėse aprašomas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymas. Sveikatos paslaugų, medicinos pagalbos priemonių, vaistų ir kitų kompensuojamų išlaidų apmokėjimas vyksta pagal teritorinių ligonių kasų ir atitinkamų įstaigų sudarytas sutartis. Valstybinė ligonių kasa piniginės lėšas perveda proporcingai teritorinių ligonių kasų biudžetams. O teritorinės ligonių kasos apmoka pateiktas sąskaitas ne vėliau kaip per 30 dienų nuo sąskaitos gavimo. Sąskaitos pateikiamos kartą per mėnesį. Jeigu pinigai laiku nepervedami, turi būti mokami delspinigiai. Teritorinės ligonių kasos yra atsakingos už teisingą ir teisėtą lėšų, gaunamų iš Valstybinės ligonių kasos, naudojimą, todėl turi patikrinti sąskaitų išrašymo pagrįstumą. Taip pat savo veiklos zonoje turi kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kokybę, kurios yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Jeigu nustatoma, kad sveikatos priežiūros įstaigos ar vaistinės neteisėtai naudoja lėšas, gautas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ar jam padarė žalą, teritorinės ligonių kasos turi reikalauti grąžinti lėšas arba jas

[4] Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarymas Nr. 589 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo" // Valstybės žinios 2003. Nr. 82-2946

išieškoti, vadovaujamosios Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu ir kitais įstatymais. Paskutinė taisyklių dalis reglamentuoja privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo atskaitomybę. Kai gruodžio 31 d. baigiamas vykdyti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, teritorinės liginių kasos iki sausio 5 d. pateikia duomenis Valstybinei ligonių kasai apie biudžeto lėšų naudojimą ir lėšų likutį sąskaitose, kurį iki sausio 10 d. turi grąžinti į Valstybinės ligonių kasos einamąją sąskaitą. Iki 2003 metų nepanaudotas lėšų likutis likdavo teritorinių ligonių kasų sąskaitose ir būdavo naudojamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidoms padengti. Įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymus iš gyventojų pajamų mokesčio apskaito ir į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą perveda Valstybinė ligonių kasa pagal Finansų ministerijos nustatyta tvarka. Metinę biudžeto vykdymo apyskaitą rengia Valstybinė ligonių kasa, o iki balandžio 15 dienos sveikatos apsaugos ministerija ją teikia svarstyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei. Biudžeto metinę apyskaitą sudaro biudžeto pajamų ir išlaidų ataskaita ir išlaidų sąmatų vykdymo balanso ataskaita. Lyginant taisykles priimtas 1996 metais ir 2003 metais, dabar galiojančios yra daug konkretesnės, nekartojamos LR Sveikatos draudimo įstatymo nuostatos, kuriuo remiantis jos ir yra sudarytos.

Biudžeto pajamos – privalomojo sveikatos draudimo įmokos, kurias moka darbdaviai už apdraustuosius, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius valstybės lėšomis, papildomi valstybės asignavimai, sveikatos draudimo institucijų veiklos pajamos, iš sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ar fizinių ir juridinių asmenų išieškotos sumos už žalą, neteisėtą veiklą. Nuo 2003 metų už kiekvieną asmenį, apdraustą valstybės lėšomis iš valstybės biudžeto pervedama suma, lygi 35 procentams Valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo nustatyta tvarka patvirtintų einamųjų metų draudžiamųjų pajamų. Visi kiti asmenis įmokas moka valstybinėms mokesčių inspekcijoms ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybai, šios įstaigos gautas lėšas perveda į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas, išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti kompensavimas bei sveikatos draudimą vykdančių įstaigų administravimo išlaidos. Iki dviejų procentų biudžeto lėšų galima skirti Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų veiklos išlaidoms. Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymą (1996-05-21 Nr. I-1344), Valstybinei ligonių kasai buvo skirta 10 mln. Lt. materialinei bazei sukurti. Biudžeto stabilizavimui yra numatytas rezervas, kurį sudaro ne daugiau kaip 10 procentų metinių pajamų. Ir pirmame įstatymo variante buvo numatyti, kad rezervas sudaromas iš išlaidas viršijančios pajamų dalies, vėliau šios nuostatos neliko. Šis rezervas naudojamas esant pajamų trūkumui arba nenumatytų išlaidų dengimui. Už

operacijas su laisvomis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis iki 2003 m. sausio 1 d. atsakinga buvo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, dabar Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos apsaugos ministerija nustato bazines kainas asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Nuostatos dėl kainų indeksavimo keitėsi priklausomai nuo valstybės ekonominės padėties. 1996 m. gegužės 21 d. patvirtintame įstatymo variante buvo nustatyta, jeigu infliacija per ketvirtį viršytų 10 procentų, kainos turėtų būti indeksuotos., kadangi dar 1995 metais infliacija buvo 35,7 procento, o 1994 metais – 45,1 procento. Nuo 1997 m. liepos 1 d. buvo nustatyta, kad kainos indeksuojamos, jeigu infliacija viršija 5 procentus[5]. 1997 metai infliacija siekė 8,4 procento, o 1998 m. tik 2,4 procento ir 1999 m. – 0,3 procento. O naujoje Sveikatos draudimo įstatymo redakcijoje apie kainų indeksavimą nekalbama, nes tuo metu buvo defliacija.

Teritorinės ligonių kasos yra sudariusios sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis. Šios sutartys yra pagrindas atsiskaitymams. Sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės pateikia sąskaitas už suteiktas paslaugas ir išduotus kompensuojamus vaistus, kurias privalo apmokėti teritorinės ligonių kasos, neviršydamos patvirtinto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų. Tokios sąskaitos pateikiamos kartą per mėnesį ir jos turi būti apmokėtos per 30 dienų, iki 2003 m. sausio 1 d. apmokėti reikėjo ne vėliau kaip per 21 kalendorinę dieną, už vėlavimą mokami delspinigiai.

Sveikatos draudimo įstatymo draudimo 17 ir 18 straipsnis (senoje redakcijoje 16 ir 17 straipsnis) reglamentuoja Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarką. Detaliau tai reglamentuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 m. liepos 4 d. nutarimas Nr. 727 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo terminų ir tvarkos patvirtinimo" (nauja redakcija 2004-04-12, Žin., 2004, Nr. 78-2723). Šios taisyklės nustato įmokų mokėjimo į valstybinių mokesčių inspekcijų biudžeto pajamų surenkamąsias sąskaitas, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinių skyrių valstybinio socialinio draudimo lėšų surenkamąsias sąskaitas ir Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitas terminus ir tvarką. Naujoje taisyklių redakcijoje, skirtingai nei senoje, išvardinti ne tik mokėtojai, bet ir kokio dydžio įmokas jie privalo mokėti, senojoje redakcijoje tik išvardinti mokėtojai ir nuorodos į Sveikatos draudimo įstatymą dėl įmokų dydžių. Įmokų mokėtojai:

1. įmonės, įstaigos, organizacijos ir fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla

[5] Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 5, 7, 8, 9, 10, 16 ,17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 30, 31 33, 34, 40, 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas, 1997 m. birželio 19 d. Nr.VIII-281 (1997,"VŽ „ Nr. 61-1441)

moka 3 procentų įmokas nuo darbo užmokesčio ir ne mažiau kaip 30 procentų apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos, tiksliau jie sumoka nustatytą gyventojų pajamų mokestį ir 30 procentų tos sumos patenka į privalomojo sveikatos fondo biudžetą;

2. ūkinės bendrijos už narius ir individualių įmonių savininkai moka 2 procentų nuo Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio dydžio įmokas;

3. fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, ar gaunantys autorinį atlyginimą moka įmokas, sudarančias 30 procentų apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos, bet per mėnesį ne mažiau 1/12 metinės valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis einamaisiais mokestiniais metais. Ankščiau buvo nemažiau kaip 5 procentų minimalios mėnesinės algos;

4. ūkininkai, turintys iki 3 hektarų žemės naudmenų už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius šeimos narius moka 1,5 procentų minimalios mėnesinės algos įmokas, o turintys daugiau kaip 3 hektarus žemės naudmenų – 3,5 procentų minimalios mėnesinės algos įmokas;

5. Asmenys, kurie nebuvo paminėti anksčiau ir nėra draudžiami valstybės lėšomis, už save moka įmokas, kurios yra 10 procentų Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio.

Metinė valstybės biudžeto įmoka už kiekvieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį nustatoma kiekvieniems metams LR valstybės ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymu.

Jeigu asmuo priklauso kelioms grupėms, tai turi mokėti visas priklausančias įmokas, kurių bendra suma per metus turi būti ne mažesnė, kaip metinė valstybės biudžeto įmoka už kiekvieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį.

Kita taisyklių dalis „Įmokų mokėjimas“ reglamentuoja įmokų mokėjimo terminus. Į Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinių skyrių valstybinio socialinio draudimo lėšų surenkamąsias sąskaitas 3 procentų nuo darbo užmokesčio įmokos turi būti sumokėtos iki kito mėnesio 15 dienos. Gyventojų pajamų mokestis mokamas pagal Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymo nuostatas. Ūkinės bendrijos, individualių įmonių savininkai, fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, bei ūkininkai įmokas turi sumokėti iki mėnesio pabaigos arba gali mokėti ir už ateinančius laikotarpius. Fiziniai asmenys, gaunantys autorinį atlyginimą, trūkstama įmokų dalį (iki metinės valstybės biudžeto įmokos dydžio) turi apskaičiuoti patys ir sumokėti iki kitų metų gegužės 1d. Teritorinės valstybinės mokesčių inspekcijos ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai per 3 dienas surinktas lėšas perveda į

Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitas. Kai Valstybinės mokesčių inspekcijos gauna mokėtojų metines pajamų mokesčio deklaracijas, ji galutinai atsiskaito su Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu. Valstybinio socialinio fondo valdyba galutinai atsiskaito su Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu iki kito ketvirčio antrojo mėnesio 15 dienos, kai jau turi atitinkamo ketvirčio duomenis. Naujoje taisyklių redakcijoje neliko punkto, kad mokėtojas privalo mokesčio kvito šaknelę saugoti visą draudžiamąjį laikotarpį. [10]

Ketvirtas Sveikatos draudimo įstatymo skyrius yra apie institucijas, kurios vykdo privalomąjį sveikatos draudimą. Tai Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos. Pirmoji yra kolegiali patariamoji institucija, kurios sudėtį ir nuostatus tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Svarbiausias tarybos uždavinys yra privalomojo sveikatos draudimo vykdymas remiantis įstatymais ir kitai teisės aktais. Taip pat ji teikia pasiūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai dėl sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir jų bazinių kainų, dėl kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašų ir jų įsigijimo išlaidų kompensavimo, dėl bazinės medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kainų, dėl biudžeto paskirstymo, dėl sutarčių sudarymo tvarkos tarp teritorinių ligonių kasų ir gydymo įstaigų. Ši institucija rengia biudžeto vykdymo metines apyskaitas, nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą bei kitus sveikatos draudimo klausimus. Taryba, atlikdama savo funkcijas, kontroliuoja finansines operacijas su laikinai laisvomis lėšomis, gali gauti jai reikalinga informaciją iš valstybinės, teritorinių ligonių kasų ar kitų institucijų. Privalomojo sveikatos draudimo tarybą sudaro šeši valstybės valdymo institucijų atstovai, penki apdraustųjų atstovai ir penki sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugų teikėjų atstovai. Tarybos pirmininkas renkamas balsų dauguma, dalyvaujant ne mažiau kaip 2/3 narių. Ne rečiau kaip kartą per ketvirtį Taryba rengia posėdžius.

Kita institucija, kuri vykdo privalomąjį sveikatos draudimą, yra Valstybinė ligonių kasa. Nors ji buvo įkurta keli metai prieš Sveikatos draudimo įstatymo priėmimą, jos veiklą dabar reglamentuoja būtent šis įstatymas. Taip pat ji veikia pagal Biudžetinių įstaigų įstatymą ir Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus nuostatus. Ji yra išlaikoma iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir yra atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai. Dabar Valstybinė ligonių kasa atlieka šias funkcijas: rengia ir vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, prižiūri teritorinių ligonių kasų veiklą, tvarko draudžiamųjų registrą, sudaro bei teisės aktų nustatyta tvarka naudoja biudžeto rezervą, atlieka teritorinių ligonių kasų auditą. Taip pat Valstybinė ligonių kasa turi teisę teisės aktų nustatyta tvarka naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas

bei kitas teisėtas gautas lėšas ir turtą, įgyvendinti Privalomojo sveikatos draudimo tarybos siūlomas priemones papildomoms pajamoms gauti, gali įsigyti Vyriausybės ir Lietuvos Banko vertybinių popierių ir jais disponuoti, nustatyti Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų sandarą, kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir kiekį, nustatyti jos reikalavimus, tikrinti, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūris ir vaistinių sąskaitos, atlikti finansinę ir ekonominę biudžeto lėšų panaudojimo analizę.

Valstybinė ligonių kasa steigia teritorines ligonių kasas, kurios yra atskaitingos jai. Įsigaliojus Sveikatos draudimo įstatymui buvo įsteigtos 10 teritorinių ligonių kasų – Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Alytaus, Utenos, Telšių, Tauragės ir Marijampolės, t. y. kiekvienoje apskrityje. Tačiau nuo 2003 m. sausio 1 d. jų yra penkios: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio, kurios aptarnauja visas 10 Lietuvos apskričių. Jų direktorius skiria ir atleidžia Valstybinės ligonių kasos direktorius. Teritorinių ligonių kasų funkcijos yra sudaryti sutartis su gydymo įtaigomis ir vaistinėmis, laikų apmokėti už suteiktas paslaugas ir išduotus kompensuojamus vaistus, tvarkyti draudžiamųjų primalamuoju sveikatos draudimu įskaitą, finansuoti savivaldybių sveikatos programas, analizuoti ir vertinti duomenis apie gyventojų sveikatos būklę, kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir kiekį, paslaugų prieinamumą ir tinkamumą, skelbti informaciją apie savo veiklą, pranešti draudžiamiesiems apie teikiamas paslaugas, jų teikimo tvarką ir sąlygas. Atlikdamos savo funkcijas teritorinės ligonių kasos turi teisę teisės aktų nustatyta tvarka naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas bei kitas teisėtai gautas lėšas ir turtą, teikti pasiūlymus dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų sandaros, o tais atvejais, kai paslaugos neatitinka teisės aktų nustatytų reikalavimų, gali inicijuoti, kad įstaigos administracija patikrintų asmens sveikatos priežiūros specialisto kvalifikaciją. Taip pat teritorinės ligonių kasos gali teikti pasiūlymus dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, Valstybinei ligonių kasai ir kitoms institucijoms, teikti ieškinius dėl neteisėtai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų išieškojimo.

Kiekvienoje teritorinėje ligonių kasoje yra sudaroma stebėtojų taryba. Tai kolegialus patariamasis organas, kuris sudaromas 3 metams. Ši taryba prižiūri, kaip sudaromos ir vykdomos sutartys, teikia pasiūlymus skirti ir atleisti teritorinės ligonių kasos direktorių, tvirtina darbuotojų etatus ir išlaidų sąmatas, prižiūri administracijos veiklą. Stebėtojų taryba gali organizuoti teritorinės ligonių kasos auditą.

Iškilus ginčams tarp draudžiamųjų asmenų, sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir teritorinių ligonių kasų, juos sprendžia teritorinės ligonių kasos taikinimo komisija. Šią komisiją sudaro trys asmenys, kurie renkami 3 metams teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos teikimu.

Teritorinėje ligonių kasoje yra dar viena komisija. Tai medicininio audito komisija, kurią taip pat sudaro trys sveikatos priežiūros specialistai, renkami 3 metams teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos teikimu. Ši komisija kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą arba sudaro sutartys su nepriklausomai ekspertais šiai kontrolei atlikti.

Penktajame Sveikatos draudimo įstatymo skyriuje reglamentuojamos draudžiamųjų ir sveikatos priežiūros įstaigų, kurios sudariusios sutartys su teritorinėmis ligonių kasomis, teisės ir pareigos. Draudžiamieji gali pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas paslaugas, gauti kompensaciją už asmens sveikatos priežiūros įstaigų padarytą žalą bei kreiptis į teritorinių ligonių kasų komisijas, Valstybinę ligonių kasą, teismą dėl privalomojo sveikatos draudimo pažeidimų. Sveikatos priežiūros įstaigos privalo užsitikrinti paslaugų teikimą ir jų prieinamumą, informacijos apie asmens sveikatą konfidencialumą, užtikrinti draudžiamųjų lygias teises, kai jiems teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. Nuo 2003 m. sausio 1d. papildyta, kad vaistinės, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, turi užtikrinti aprūpinimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis, teikti teritorinėms ligonių kasoms ataskaitas ir informaciją apie vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išdavimą, bei privalo atlyginti privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, kai neteisėtai išduodami kompensuojami vaistai ar medicinos pagalbos priemonės.

Šeštas Sveikatos draudimo įstatymo skyrius yra apie ginčų dėl Privalomojo sveikatos draudimo vykdymo sprendimo tvarką. Tokius ginčus tarp draudžiamųjų ir teritorinių ligonių kasų nagrinėja ir sprendžia teritorinės ligonių kasos taikinimo komisija. Iki 2003 m. sausio 1 d. tokius ginčus nagrinėjo teritorinės ligonių kasos direktorius, o draudžiamasis, gavęs sprendimą, galėjo kreiptis į teritorinės ligonių kasos talkinimo komisiją. Ginčus, kilusius tarp draudžiamųjų ir sveikatos priežiūros įstaigų dėl privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų paslaugų, iki 2003 m. sausio 1 d. sprendė Sveikatos apsaugos ministerija, dabar ši funkcija priklauso teritorinėms ligonių kasoms. Bet kuri pusė sprendimus gali apskųsti teismui įstatymų nustatyta tvarka.

2.2. Papildomas (savarankiškas) draudimas

Paskutiniajame Sveikatos draudimo įstatymo skyriuje kalbama apie papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą. Šį draudimą vykdo draudimo įmonės, turinčios licenciją sveikatos draudimo veiklai. “Papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas – papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal

šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio."[6] Apsidraudus savanorišku sveikatos draudimu negarantuojamos visos gydymo paslaugos, todėl svarbu apsidrausti ir privalomuoju sveikatos draudimu. Draudimo kompanijos apsidraudusiems savanorišku sveikatos draudimu apmoka tokias paslaugas: ambulatorinį gydymą, ambulatorinį chirurginį gydymą, bendrosios praktikos gydytojo konsultacijas, gydymą ir iškvietimą į namus; specialistų (kardiologo, ginekologo, neuropatologo, okulisto) konsultacijas, gydymą; diagnostinius tyrimus, reikalingus diagnozei nustatyti; slaugos personalo paslaugas; vaistus ir tvarsliavą; terapinį stomatologinį gydymą; profilaktines priemones; fizioterapiją; stacionarinį gydymą.

Papildomojo (savarankiškojo) sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai – tai diagnozuoti sveikatos sutrikimai, kurie sudaro pagrindą teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Šitų paslaugų išlaidas apmoka draudėjas pagal papildomojo sveikatos draudimo sutartyse numatytas sąlygas. Iki 2003 metų įstatyme buvo nustatyta, kad papildomo (savarankiškojo) sveikatos draudimo sutartis sudaroma tarp papildomąjį (savarankiškąjį) sveikatos draudimą vykdančios draudimo įstaigos ir sveikatos priežiūros įstaigos. Taip pat, kad sutartyje turi būti nurodyti šalių rekvizitai, paslaugų tiekimo tvarka ir jų apmokėjimo sąlygos, šalių atsakomybė ir sutarties keitimo ir nutraukimo sąlygos. Taip pat įstatyme buvo reglamentuota papildomo sveikatos draudimo vykdymo tvarka. Sveikatos priežiūros įstaiga pateikia draudimo įstaigai ir apdraustajam informaciją apie suteiktas paslaugas, jų išlaidas ir draudimo kompanija apmoka šias išlaidas pagal sutartyje numatytas sąlygas. Arba draudimo įstaiga gali atsiskaityti ir su apdraustuoju, jeigu jis pats pagal sąskaitą apmokėjo už suteiktas paslaugas sveikatos priežiūros įstaigai. Nuo 2003 metų LR Sveikatos draudimo įstatymo dalis apie Papildomojo (savarankiškojo) sveikatos draudimo draudiminiai įvykius papildyta nuostata, kad papildomo sveikatos draudimo lėšomis kompensuojamos ir išlaidos vaistams. Taip pat gali būti kompensuojamos sveikatos priežiūros išlaidos, kurių neapmoka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, valstybės ar savivaldybės biudžetai, be to apie papildomo (savarankiškojo) sveikatos draudimo sutartis pasakyta tik tiek, kad jomis grindžiamas papildomas (savarankiškasis) draudimas. Juridinių ir fizinių asmenų piniginės įmokos už šios rūšies draudimą sudaro papildomo (savarankiškojo) sveikatos draudimo lėšas.

Palyginus su Privalomuoju sveikatos draudimu savanoriškasis sveikatos draudimas įstatyme reglamentuotas labai apibendrintai.

[6] LR sveikatos draudimo įstatymas //1996 05 21 Nr, I-1343 Nauja įstatymo redakcija nuo 2003 m. sausio 1 d.: Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)

2.3. Institucijos, vykdančios sveikatos draudimą

LR sveikatos draudimo įstatymo (1996-05-21 Nr. I-1343, nauja įstatymo redakcija nuo 2003 m. sausio 1 d.: Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)) ketvirtame skyriuje yra pristatytos institucijos, kurios vykdo privalomąjį sveikatos draudimą, tai privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos. Šis teisės aktas yra pagrindas, pagal kurį jos vykdo savo veiklą. Sveikatos apsaugos ministerija taip pat tvirtina jų nuostatus, kuriuos aptarsime šitame skyriuje.

2.3.1. Privalomojo sveikatos draudimo taryba

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatai sudaryti vadovaujantis LR sveikatos draudimo įstatymo 28 straipsniu. 1996 m. rugsėjo 30d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 1136 buvo priimti Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatai. Po naujos LR sveikatos draudimo įstatymo redakcijos (1996-05-21 Nr. I-1343, nauja įstatymo redakcija nuo 2003 m. sausio 1 d.: Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)) šie nuostatai nebegalioja, naujausi nuostatai yra patvirtinti LR sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 18 d. įsakymu Nr. V-230. Čia bus apžvelgti tarybos nuostatai, jų pasikeitimai iki 2005 metų.

Pagal pirmąją LR Sveikatos draudimo įstatymo redakciją Privalomo sveikatos draudimo tarybos sudėtį ir nuostatus tvirtino Vyriausybė, dabar tai atlieka Sveikatos apsaugos ministerija.

Privalomojo sveikatos draudimo taryba – tai institucija, kuri vykdo ir koordinuoja privalomąjį sveikatos draudimą. Ji privalo vadovautis Lietuvos Respublikos Konstitucija, įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Ministro Pirmininko potvarkiais, sveikatos apsaugos ministro įsakymais bei kitais teisės aktais. Taip pat paskutiniuose nuostatuose pažymėta, kad "Tarybos darbas grindžiamas kolegialiu klausimų svarstymu, teisėtumo ir viešumo principais." [7]

Toliau yra išskirti Tarybos uždaviniai ir funkcijos. Pirmuosiuose nuostatuose buvo numatytos tik funkcijos. Privalomo sveikatos draudimo vykdymas, remiantis įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka yra pagrindinis Tarybos uždavinys. Įgyvendindama šiuos uždavinius Taryba atlieka tam tikras funkcijas. Nors funkcijų skaičius liko toks pats, tačiau jos yra pasikeitusios.

[7] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2003 04 18 Nr. V-230 "Dėl privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo" // Valstybės žinios. 2003, Nr. 70-3202

Perspektyvinių ir einamųjų privalomojo sveikatos draudimo uždavinių ir klausimų svarstymas, Valstybinės ligonių kasos finansinės ir ekonominės veiklos nagrinėjimas – tai tos Tarybos funkcijos, kurios liko nepakitusios. Taip pat nepakitusios liko funkcijos dėl sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo biudžeto, sąrašo, bazinių kainų bei kompensavimo tvarkos pasiūlymų teikimo Sveikatos apsaugos ministerijai. Dabar šios funkcijos konkretesnės. Apie trečdalį funkcijų, kurios buvo pirmuosiuose nuostatose, dabar Taryba neatlieka, tai privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo sudarymo tvarkos ir nuostatų tvirtinimas, konkursų rengimo tvarkos nustatymas, pagal kuriuos Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos pasirenka bankus, teritorinių ligonių kasų veiklos audito atlikimo tvarkos tvirtinimas, pasiūlymų dėl Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų direktoriaus skyrimo ir atleidimo teikimas Vyriausybei bei ligonių kasų darbuotojų etatų, darbo apmokėjimo sąlygų tvirtinimas. Kitos funkcijos pasikeitė tik iš dalies. Tai pavyzdžiui, iš pradžių Taryba kartu su Valstybine ligonių kasa rengė privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą ir metinę apyskaitą bei teikė ją tvirtinti Vyriausybei. Dabar ji teikia tik išvadą dėl biudžeto projekto ir jo vykdymo metinės apyskaitos bei ateinančių dvejų metų prognozuojamų rodyklių bei dar teikia nuomonę Sveikatos apsaugos ministerijai dėl fondo biudžeto tikslinimo, jeigu išlaidos ar pajamos yra mažesnės nei patvirtintame biudžete. Taip pat jeigu seniau Taryba tvirtino privalomąjį sveikatos draudimą reglamentuojančius teisės aktus, dabar ji teikia tik pasiūlymus dėl jų. Naujos funkcijos yra tokių pasiūlymų teikimas:

1. dėl lėšų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skyrimo valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti;
2. dėl valstybinės ir teritorinių ligonių kasų struktūros bei veiklos išlaidų normatyvų ir fondo biudžeto paskirstymo;
3. dėl sutarčių sudarymo tvarkos tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei vaistinių.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teisių kaip ir funkcijų dalis pasikeitė, dalis – ne. Taryba nuo pat pradžių turi teisę:

1. kontroliuoti finansinių operacijų su laisvomis biudžeto lėšomis vykdymą;
2. gauti informaciją iš juridinių ar fizinių asmenų, kuri reikalinga Tarybos funkcijoms atlikti;
3. valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms teikti pasiūlymus dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo.

Kai kurios teisės truputi pasikeitė, jeigu iš pradžių Taryba galėjo leisti naudoti biudžeto

rezervo lėšas, tai dabar ji gali tik teikti siūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai dėl biudžeto rezervo lėšų naudojimo. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų valstybinėms ar savivaldybių sveikatos programoms finansuoti skyrimas pirmuosiuose nuostatuose buvo Tarybos teisė, dabar pasiūlymo teikimas dėl programų finansavimo yra vieną iš funkcijų. Taip pat Taryba turi teisę teikti siūlymus dėl priemonių papildomoms pajamoms gauti bei joms panaudoti, gali svarstyti teritorinių ligonių kasų siūlymus dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo ir svarstyti rengiamus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektus ir vykdymo apyskaitas. Be paminėtų teisių Taryba jų gali turėti ir daugiau, jei tai numato kiti įstatymai ar teisės aktai.

Senuosiuose nuostatuose paskutinis skyrius buvo “Tarybos formavimas ir valdymas”. Naujuose nuostatuose yra du atskyri skyriai “Tarybos formavimas” ir “Tarybos darbo organizavimas”. Iš pradžių Privalomojo sveikatos draudimo tarybos sudėtį tvirtino LR Vyriausybė, dabar sveikatos apsaugos ministras. Pradžioje kaip Vyriausybės atstovai į Tarybos sudėtį įėjo Sveikatos apsaugos ministras, Socialinės apsaugos ir darbo ir Finansų ministerijų atstovai. Dabar į Tarybos sudėtį neįeina sveikatos apsaugos ministras, tik šios ministerijos atstovai. Taip pat į Tarybos sudėtį įeina Valstybinės ligonių kasos atstovas ir Teritorinių ligonių kasų atstovas, kuriuos deleguoja Valstybinės ligonių kasos direktorius bei penki apdraustųjų atstovai ir penki sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugų teikėjų atstovai. Anksčiau į Tarybą įėjo atstovai iš sveikatos priežiūros specialistų profesinių sąjungų, kitų profesinių sąjungų, po vieną pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros įstaigų, Savivaldybių asociacijos ir Draudimo reikalų tarybos atstovą.

Pats Tarybos darbas pirmuosiuose nuostatuose buvo trumpai apibrėžtas. Buvo pažymėta, kad Jos darbui vadovauja pirmininkas, kuris renkamas balsų dauguma esant 2/3 tarybos narių, kad posėdžiai rengiami ne rečiau kartą per ketvirtį ir Tarybos priimti sprendimai neturi prieštarauti įstatymams ir kitiems teisės aktas bei privalomi juose nurodytiems asmenims. [6] Naujuose nuostatuose Tarybos darbas reglamentuotas daug smulkiau, ypač Tarybos posėdžių eiga. Tam skirta visa nuostatų dalis “Tarybos darbo organizavimas”. Kaip ir anksčiau Tarybos pirmininkas renkamas paprasta balsų dauguma, kai dalyvauja ne mažiau kaip du trečdaliai Tarybos narių. Posėdžiai šaukiami ne rečiau kaip kartą per ketvirtį, jie yra atviri ir teisėti, jai dalyvauja bent pusė Tarybos narių. Nesant Tarybos pirmininkui, posėdžiui gali vadovauti jį pavaduojantis įgaliotas kitas Tarybos narys. Tarybai teikti klausimus gali Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, apskričių administracijos, savivaldybių gydytojai, medikų visuomenės organizacijos ir kitos institucijos, kurios kompetentingos teikti pasiūlymus dėl sveikatos draudimo. Klausimai turi būti tiksliai suformuluoti, esant būtinybei turi būti pateikta juos

pagrindžianti medžiaga. Ir visi svarstomi klausimai yra registruojami specialiame žurnale. Posėdžius organizuoja posėdžio sekretorius, kuris 5 dienos prieš posėdį Tarybos pirmininkui turi pateikti medžiaga dėl numatomų svarstyti klausimų. Suderinus dėl svarstytinų klausimų sekretorius parengia posėdžio dienotvarkės projektą. Tarybos pirmininko patvirtinta dienotvarkė pateikiama visiems nariams. Tarybos nariai, kurie dėl pateisinamų priežasčių nedalyvauja posėdyje, gali raštu pateikti savo nuomonę apie svarstytinus klausimus. Pats posėdis prasideda patvirtinus dienotvarkę, į kurią galima įtraukti ir naujus papildomus klausimus, jeigu pritaria Tarybos nariai. Svarstomo klausimo pristatymui skiriama iki 20 minučių ir pasisakymams – iki 5 minučių. Protokolu įforminami posėdžio rezultatai. Per 7 dienas sekretorius turi pateikti visiems Tarybos nariams Tarybos posėdžio protokolus. Tarybos protokolai saugomi ne mažiau kaip penkerius metus. [13] Taigi palyginus pirmus ir dabar galiojančius nuostatus, matyti, kad dabar jie daug smulkiau reglamentuoja Privalomojo sveikatos draudimo tarybos darbą. Tarybos posėdžių eiga aprašyta ypač smulkiai.

2.3.2 Valstybinė ligonių kasa

Valstybinės ligonių kasos veiklą reglamentuoja LR Sveikatos draudimo įstatymas, Biudžetinių įstaigų įstatymas ir sveikatos apsaugos ministro patvirtinti nuostatai. Kaip reglamentuoja Valstybinės ligonių kasos veiklą LR Sveikatos draudimo įstatymas, aprašyta skyriuje "Sveikatos draudimas priėmus sveikatos draudimo įstatymą", šitame skyriuje bus apžvelgti Sveikatos apsaugos ministro patvirtinti nuostatai.

Nors LR sveikatos draudimo įstatymas įsigaliojo 1997 m. sausio 1d., Valstybinių ligonių kasa veiklą pradėjo nuo 1992 m. sausio 10 d. pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1991-12- 17 nutarimą Nr. 562 "Dėl sveikatos apsaugos finansavimo 1992 metais". Patys pirmieji Valstybinės ligonių kasos nuostatai buvo patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 28d. nutarimu Nr. 575 "Dėl Valstybinės ligonių kasos nuostatų patvirtinimo", kurie galiojo iki LR Sveikatos draudimo įstatymo priėmimo, kai juos pakeitė nauji. Juos Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino 1996 m. rugsėjo 16 d. nutarimu Nr.1068 "Dėl Valstybinės ligonių kasos nuostatų patvirtinimo", kurie galioj iki Sveikatos apsaugos ministro įsakymo 2003 m. sausio 23 d. Nr. V-35 "Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo" įsigaliojimo. Pirmiau apžvelgsime 1993 metų nuostatus, po to palyginsime kiek skiriasi 1996 ir 2003 metų nuostatai.

Pirmųjų nuostatų bendrojoje dalyje paaiškinta, kad Valstybinė ligonių kasa yra valstybės įstaiga, kurios steigėjas yra Sveikatos apsaugos ministerija. Ji disponuoja iš Lietuvos

valstybės biudžeto sveikatos apsaugai skirtomis lėšomis bei labdaros ir kitomis įstatymo numatytomis lėšomis.

Toliau yra pateiktos Valstybinės ligonių kasos funkcijos. Ji gautomis lėšomis dengia gydymo ir profilaktikos įstaigų paprastąsias išlaidas pagal patvirtintus įkainius. Atsiskaitymai vyksta pagal sutartis, kuriuos yra sudarytos su gydymo įstaigomis. Taip pat Valstybinė ligonių kasa pagal šiuos nuostatus vykdė tokias funkcijas:

1. organizavo ekspertizę;
2. išieškodavo neapmokėtas gydymo išlaidas, kai būdavo pažeistos ar nevykdomos sutartys;
3. teikė pasiūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai dėl sveikatos draudimo veiklos;
4. kaupė ir nagrinėjo informaciją apie įvairius teisės aktus dėl Lietuvos Respublikos ir užsienio valstybių piliečių sveikatos draudimo;
5. galėjo sudarinėti sutartis su kitomis įstaigomis ar įmonėmis dėl papildomų paslaugų.

Valstybinės ligonių kasos turėjo teisę gauti informaciją, reikalingą sutarčių sudarymui iš gydymo ir profilaktikos įstaigų pagal tam tikras formas. Taip pat galėjo didinti ar mažinti finansavimą, atsižvelgiant į suteikiamų paslaugų apimtį, teikti pasiūlymus dėl sutarčių koregavimo.

Apie Valstybinės ligonių kasos finansavimą pasakyta tiek, kad turimomis lėšomis gali disponuoti kasos direktorius, pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą išlaidų sąmatą, kurioje atskirai numatytos lėšos sutartims vykdyti ir kasos veiklai. Dalyje “Ligonių kasos valdymas” nustatyta, kad Valstybinės ligonių kasos direktorių skiria ir atleidžia sveikatos apsaugos ministras. Direktorius organizuoja įstaigos veiklą ir už ją atsako, sudaro Valstybinės ligonių kasos išlaidų sąmatą, disponuoja jos lėšomis, tvirtina įstaigos organizacinę struktūrą, taip pat priima ir atleidžia darbuotojus.Be to, šituose nuostatuose numatyta, kad Valstybinė ligonių kasa likviduojama įstatymo nustatyta tvarka. [6]

Po LR Sveikatos draudimo įstatymo naujos redakcijos patvirtinimo ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 16 d. nutarimo Nr. 1068 “Dėl Valstybinių ligonių kasos įsteigimo” (1996, Žin., Nr. 88-2083) įsigaliojimo pirmieji nuostatai neteko galios. Taip pat šituo nutarimu buvo įsteigta Valstybinė ligonių kasa, reorganizuojant tuo metu buvusią Valstybinę ligonių kasą. Taigi ir buvo patvirtinti ir nauji nuostatai. Naujai įsteigtos Valstybinės ligonių kasos steigėjas buvo Lietuvos Respublikos Vyriausybė ir už savo veiklą Valstybinė ligonių kasa atskaitinga LR Vyriausybei ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybai. Nuo 2003 m. sausio 1 d. oficialus pavadinimas – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, tai yra juridinis asmuo, išlaikomas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Kaip ir iki 1997 metų Valstybinė

ligonių kasa vėl tapo pavaldi ir atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai, o už finansinę veiklą – Finansų ministerijai.

Kita 1996 metų nuostatų dalis yra apie Valstybinės ligonių kasos atliekamas funkcijas, kurios yra tokios:

1. kompensuoja draudžiamųjų asmenų sveikatos priežiūros paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;
2. apmoka sąskaitas, kurias pateikia teritorinės ligonių kasos už sveikatos priežiūros paslaugas;
3. rengia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;
4. tvirtina teritorinių ligonių kasų išlaidų sąmatas;
5. sudaro ir naudoja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų rezervo fondą;
6. kontroliuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, taip pat kontroliuoja ir atlieka finansinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto analizę;
7. bent kartą per pusmetį organizuoja teritorinių ligonių kasų stebėtojų tarybų atstovų visuotinius susirinkimus;
8. Valstybinei mokesčių inspekcijai ir Valstybinio socialinio draudimo įstaigai teikia informaciją apie nesumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas;
9. organizuoja teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų medicininę ir finansinę ekspertizę;
10. sprendžia ginčus tarp teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros bei kitų įstaigų;
11. Privalomojo sveikatos draudimo tarybai teikia pasiūlymus;
12. nagrinėja prašymus ir pareiškimus, kuriuos pateikia juridiniai ar fiziniai asmenys.

Be išvardintų anksčiau Valstybinė ligonių kasa gali atlikti ir kitas jai pavestas funkcijas.

2003 metų Valstybinės ligonių kasos nuostatų antroje dalyje pateiktas ir svarbiausias jos uždavinys. Tai – "…teisės aktų nustatyta tvarka vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatas šioje srityje."[8] Dalis funkcijų išliko nepakitusios, bet atsirado nemažai naujų funkcijų. Kai kurių jų negalima vadinti visai naujomis, jos tiesiog aiškiau apibrėžtos. Tai tokios funkcijos kaip, kad Valstybinė ligonių kasa kompensuoja išlaidas kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, galūnių, sąnarių ir

[8] Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23d. Nr. įsakymas V-35 "Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo" // Valstybės žinios. Nr. 13-533

organų protezavimui, protezų ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimui bei apmoka asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Visai naujos funkcijos būtų tai, kad Valstybinė ligonių kasa tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą. Taip pat kai Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos ar pajamos yra mažesnės nei buvo patvirtinta, ji rengia ir teikia Sveikatos apsaugos ministerijai biudžeto tikslinimo projektą. Rengia savo veiklos strateginius planus (programas), įgyvendina ir teikia apyskaitas apie jų vykdymą. Valstybinė ligonių kasos strateginius veiklos planus tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. 1996 metų nuostatuose net kelios funkcijos buvo dėl teritorinių ligonių kasų, 2003 metų nuostatuose jų liko mažiau, tačiau iš esmės tokios pačios, nedetalizuotos. Pagal naujausius nuostatus Valstybinė ligonių kasa steigia teritorines ligonių kasas, tvirtina jų nuostatus ir prižiūri jų veiklą, prieš tai suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija ir dar atlieka jų auditą arba sudaro sutartis su įmonėmis, kurios jį atliks. Tokios funkcijos kaip sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų išlaidų kompensavimas privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projekto ir jo vykdymo apyskaitos rengimas, jo vykdymas, biudžeto lėšų rezervo sudarymas ir naudojimas, disponavimas laisvomis fondo biudžeto lėšomis liko nepakitusios. Valstybinė ligonių kasa gali vykdyti ir kitas jai pavestas funkcijas.

Kita nuostatų dalis „Ligonių kasos valdymas“ apie Valstybinės ligonių kasos teises. Iš 1996 metų nuostatų neliko tik vienos Valstybinė ligonių kasos teisės - per kiekvieno mėnesio pirmąsias 10 dienų avansu pervesti ne daugiau kaip 50 procentų sumos, gautos praėjusį mėnesį, teritorinėms ligonių kasoms. Visos kitos teisės liko tos pačios. Tai - Valstybinė ligonių kasa gali naudoti jai perduotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir kitas įgytas lėšas ir turtą, sudarinėti sutartis, įsigyti ir disponuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Lietuvos banko vertybiniais popieriais, o iš jų gautas pajamas naudoti privalomojo sveikatos draudimo reikmėms, įgyvendinti priemones papildomoms lėšoms gauti bei gauti reikiama informaciją iš kitų įmonių, įstaigų ar organizacijų. Be šių teisių, Valstybinė ligonių kasa po 2003 m. sausio 23 d. nuostatų priėmimo gali:

1. kontroliuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kokybę;
2. kontroliuoti vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą;
3. tikrinti, ar teisingi sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių buhalteriniai ir kiti dokumentai;
4. atlikti finansinę ir ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų

naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų kitimo tendencijų analizę;

5. dalyvauti tarptautinių sutarčių projektų rengime;

6. Sveikatos apsaugos ministerijai teikti informaciją apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymą;

7. rūpintis Valstybinės ligonių kasos struktūrinių padalinių specialistų tobulinimusi ir kvalifikacijos kėlimu, dalyvauti seminaruose bei konferencijose;

8. bendradarbiauti su kitų valstybių ir tarptautinėmis institucijomis sveikatos draudimo klausimais;

9. nagrinėti draudžiamųjų skundus.[12]

Valstybinė ligonių kasa gali turėti ir kitas teisės aktais nustatytas teises.

Toliau nuostatuose aptartas Valstybinės ligonių kasos finansavimas. 1996 m. priimtuose nuostatuose yra tik du punktai, kuriais nustatyta, kad Valstybinė ligonių kasa yra įstaiga, kuri išlaikoma iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir kad lėšos išlaikymui skiriamos pagal patvirtintą sąmatą. 2003 metų nuostatai apie Valstybinės ligonių kasos finansavimą papildyti tokiais punktais. Tik iki 2 procentų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto galima skirti Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų veiklos išlaidoms. Lėšos, skirtos kasų išlaikymui, laikomos Lietuvos bankuose. Valstybinė ligonių kasa už savo finansinę veiklą atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai ir Finansų ministerijai, atsiskaito joms pateikdama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ketvirtinę ir metinę apyskaitas.

Kita nuostatų dalis apie Valstybinės ligonių kasos direktoriaus skyrimą ir jo atliekamas funkcijas. Iki 2003 metų Valstybinės ligonių kasos direktorių skirdavo ir atleisdavo Ministras Pirmininkas Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu. Dabar tai atlieka sveikatos apsaugos ministras Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymo nustatyta tvarka. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus atlieka tokias funkcijas:

1. vadovauja, organizuoja darbą ir asmeniškai atsako už Valstybinės ligonių kasos uždavinių ir funkcijų atlikimą;

2. tvirtina Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų išlaidų sąmatas bei teikia sveikatos apsaugos ministrui;

3. nustato Valstybinės ligonių kasos struktūrą, skyrių ir padalinių funkcijas, etatus, priima ir atleidžia darbuotojus bei nustato jų atlyginimus neviršydamas įstatymo nustatyto darbo užmokesčio fondo;

4. pagal Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymo nuostatas skiria ir atleidžia Valstybinės ligonių kasos tarnautojus ir teritorinių ligonių kasų direktorius;

5. tvirtina darbuotojų pareigybių aprašymus;
6. leidžia įsakymus pagal savo kompetenciją;
7. pagal sąmatą naudoja lėšas ir turtą bei teikia išlaidų sąmatos vykdymo apyskaitą Sveikatos apsaugos ir Finansų ministerijoms;
8. atstovauja Valstybinę ligonių kasą santykiuose su juridiniais ir fiziniais asmenimis;
9. koordinuoja ir kontroliuoja Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų veiklą.

Nuo 2003 metų dalyvauja rengiant ir sudarant Sveikatos apsaugos ministerijos strateginius veiklos priemonių planus bei įgyvendinant Sveikatos apsaugos ministerijos strateginio veiklos plano priemones numatytiems tikslams pasiekti sveikatos draudimo srityje.

Ir paskutinė nuostatų dalis apie Valstybinės ligonių kasos reorganizavimą ir likvidavimą. Tai vyksta Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.

3. SVEIKATOS DRAUDIMO VYKDYMAS

Pirmoje šio darbo dalyje apžvelgta kaip buvo kuriama sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje, kodėl buvo pasirinktas sveikatos draudimo modelis, koks yra teisinis Sveikatos draudimo reglamentavimas, kokie pagrindiniai teisės aktai reglamentuoja Sveikatos draudimo veikimą bei kaip jie keitėsi. Šioje dalyje bus apžvelgta. kaip Sveikatos draudimas buvo įgyvendinamas 1990–2005 metais. Bus aptarti du laikotarpiai atskirai, tai 1990-1996 metai, kai sveikatos draudimas buvo kaip sudėtinė socialinio draudimo dalis ir 1997-2005 metai, kai sveikatos draudimas jau veikė savarankiškai, turėdamas atskirą privalomojo sveikatos draudimo biudžetą.

3.1. Sveikatos draudimas 1990-1996 metais

1990 metais atkūrus Lietuvos nepriklausomybę sveikatos priežiūros sistema buvo finansuojama pagal sąmatos straipsnius. Ir iš karto buvo keliama idėja, kad "pinigai turi sekti paskui ligonį". Motyvai pasirinkti sveikatos draudimą buvo tokie, kad būtų aiški finansavimo sistema, būtų galima prognozuoti būsimas pajamas ir kartų planuoti išlaidas, o principą "pinigai turi sekti paskui ligonį" galima įgyvendinti būtent sveikatos draudimu. Taigi buvo prieitas susitarimas, kad sveikatos priežiūra turi būti finansuojama iš surinktų sveikatos draudimo įmokų. Kilo diskusijos, kaip rinkti sveikatos draudimo įmokas nepadidinant bendros mokesčių naštos, nes ir taip buvo siūloma mažinti gyventojų pajamų ir socialinio draudimo mokesčius Taip pat nebuvo sutarta, kas turėtų administruoti sveikatos draudimo įmokų rinkimą – mokesčių inspekcijos ar Valstybinė socialinio draudimo taryba.

1991 metais buvo priimtas Socialinio draudimo įstatymas, taigi galima sakyti, kad tada ir prasidėjo sveikatos draudimo įgyvendinimas Lietuvoje. Iki 1997 metu sveikatos draudimas buvo socialinio draudimo dalis. Ir jau nuo 1991 metų surinktos lėšos sveikatos draudimo įmokomis sudarė vis didesnę dalį visų lėšų skirtų sveikatos priežiūrai. (1 lentelė)

1 lentelė. *Pagrindiniai visuomeniniai sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai (%)*

Finansavimo šaltinis	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**
Nacionalinis biudžetas	100	95	92	88	85	83	81
Sveikatos draudimas	-	5	8	12	15	17	19

Šaltinis: [18. P.25; 20. P.26]

Prieš pradedant nagrinėti sveikatos priežiūros sistemos finansavimą reiktų apžvelgti šios sistemos išteklius ir struktūrą. Pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos ištekliusyra darbuotojai. Jeigu per 1992-1997 metus Lietuvoje bendrasis užimtųjų skaičius sumažėjo apie 10 procentų, tai sveikatos sektoriuje net truputį augo, 1992 metais jie sudarė 5,6 procento visų šalies dirbančiųjų, o 1997 metais – apie 6,4 procento. 1990 metais Lietuvoje gydytojų skaičius, skaičiuojant vienam gyventojui, buvo 1,3 karto didesnis nei Europos Sąjungos (ES) šalyse. Ir nors ES šalyse jų skaičius augo, o Lietuvoje stabilizavosi, skirtumas vis tiek egzistuoja. Mėginimai sukurti nuostatas dėl optimalaus gydytojų skaičiaus nebuvo sėkmingos. Dirbantys medikai buvo suinteresuoti, kad būtų mažinamas naujai rengiamų medikų skaičius, kas leistų augti jau dirbančių darbo užmokesčiui, o mokymo įstaigos kaip tik linko didinti savo paslaugų apimtis arba bent jų nemažinti. Kaip kito gydytojų kvalifikacija, sunku pasakyti, tačiau galima teigti, kad 1990-1993 metais bendras lygis smuko, nes buvo suardyta buvusi kvalifikacijos kėlimo sistema, o nauja dar nebuvo sukurta. Tačiau vėliau kvalifikacijos lygis kilo, nes buvo įvesta privaloma rezidentūra, Lietuvos gydymo įstaigos užmezgė ryšius su Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos gydymo įstaigomis bei medicinos universitetais. Slaugos personalo skaičius ir rengimas iki 1990 metų sparčiai augo, o po to pradėjo mažėti. Tam įtakos turėjo sveikatos priežiūros sistemos finansavimas, nes taupant lėšas lengviau yra atsisakyti slaugos darbuotojų, o gydytojai, siekdami padidinti savo pajamas, dirba su mažesniu slaugos personalu. Bet Lietuva išliko viena iš daugiausiai slaugos personalo turinčių Vidurio ir Rytų Europos valstybių. Ilgą laiką ligoninių lovų skaičiaus didėjimas buvo laikomas pažangos rodikliu, tačiau dabar šio skaičiaus mažinimas tapo vienu iš pagrindinių sveikatos priežiūros reformos veiksmingumo rodiklių. Tačiau asmenimis, kuriems reikalingas stacionarinis gydymas, turi būti sudarytos sąlygos jį gauti. Nustatant optimalų ligoninių lovų skaičių reikia atsižvelgti į tokius veiksnius, kaip mediciniškai indikuotų hospitalizacijų skaičius, vidutinė gydymo trukmė, optimalus lovos užimtumas per metus. 1990-1996 metais lovų skaičiaus mažėjimą lėmė sutrumpėjusi vidutinė gydymo ligoninėje trukmė, nors hospitalizavimų skaičius didėjo. (2 lentelė)

2 lentelė. *Lovų skaičius ligoninėse (metų pabaigoje, tūkst.) ir vidutinė gydymo trukmė*

	1990	**1992**	**1994**	**1996**
Lovų skaičius	46,2	44,6	41,3	39,2
Vidutinė gydymo trukmė (dienomis)	17,9	17,1	16,0	14,0
Hospitalizavimų skaičius 100 gyv.	18,6	18,9	20,1	20,8

Šaltinis: [20. P.24]

Veiksniai, lėmę vidutinės gydymo trukmės trumpėjimą:

1. naujos kartos medicininė aparatūra diagnozei nustatyti;
2. aukštesnės kokybės medikamentai ir gydymo aparatūra;
3. pasikeitusi nuostata dėl paciento gydymo stacionare laiko;
4. pasikeitusi hospitalizuojamų ligonių struktūra;
5. lėšų taupymas skatina gydytojus greičiau išrašyti pacientus;
6. pacientai dirbantys privačiame sektoriuje siekia anksčiau išeiti iš ligoninių.

Kitas rodiklis, kuris gali apibūdinti padėtį sveikatos priežiūros sistemoje, yra darbo našumas, tačiau aptariamu laikotarpiu jis nebuvo skaičiuojamas ir galima daryti išvadas, kad sveikatos priežiūros sektoriaus darbo našumas buvo artimas buvusiam iki Nepriklausomybės atkūrimo, ar net jį viršijo [16], remiantis anksčiau aptartais faktais.

Pirmaisiais nepriklausomybės metais valstybė pergyveno nuosmukį, kuris palietė visas gyvenimo sritis, ne išimtis ir sveikatos priežiūros sektorius. 1993-1995 metais beveik tapo norma, kad įstatymų nustatyti asignavimai gydymo įstaigoms vėlavo arba dalis jų iš viso nebuvo pervedama. Atitinkamai gydymo įstaigos vėluodavo atsiskaityti su paslaugų ir prekių tiekėjais. Apžvelgiant nagrinėjamą laikotarpį, tik 1991 metais finansavimas buvo didesnis nei prieš metus. Toliau lyginant su 1990 metais, finansavimas sparčiai mažėjo, nors absoliutine išraiška ir didėjo, tačiau tai lėmė buvusi didžiulė infliacija (3 lentelė). Taigi tais metais egzistavo tokios problemos, kaip lėšų trūkumas veiklos išlaidoms, medikamentams bei medikų darbo užmokesčiui. Tik nuo 1995 metų ekonomika vėl ėmė augti.

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

	1990	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**
Finansavimo apimtis veikusiomis kainomis[9]	4,11	14,24	128	426	751	1073	1325
Finansavimas palyginus su 1990 metais (1990=100)	100	109,4	87,8	57,3	58,6	59,9	59,4

Šaltinis: [16. P.184]

Šiuo laikotarpiu sustiprėjo SODROS vaidmuo visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo srityje. Pirmaisiais metais SODRA tris ketvirtadalius sveikatos draudimo išlaidų skyrė sanatorinio gydymo kompensacijoms. Ir sveikatos draudimas sudarė apie 5,6 procento visų išlaidų,

[9] 1990-1992 metais valiuta buvo rubliai ir talonai, 100 rublių (talonų) = 1 litas

tenkančių sveikatos priežiūrai. 1995 metais ši dalis pasiekė beveik 16 procentų ir didžioji dalis buvo skirta medikamentų ir medicininės pagalbos priemonėms įsigyti (4 lentelė).

4 lentelė. *Sveikatos priežiūros finansavimas socialinio draudimo lėšomis per Sodrą*

	1991			**1993**			**1995**		
	1	***2***	***3***	***1***	***2***	***3***	***1***	***2***	***3***
Sanatorinio gydymo kompensacijos	0,6	75,0	4,2	15,6	32,8	3,7	53,0	31,4	4,9
Medikamentai ir medicininės pagalbos priemonės	0,2	25,0	1,4	31,9	67,2	7,5	116,0	68,6	10,8
Visos socialinio draudimo sveikatos priežiūros išmokos	0,8	100,0	5,6	47,5	100,0	11,2	169,0	100,0	15,8

1. *finansavimo apimtis (milijonais litų)*
2. *SODROS sveikatos draudimo išlaidoms tenkanti sveikatos draudimo išlaidų dalis (procentais)*
3. *visoms visuomeninėms išlaidoms sveikatos apsaugai tenkanti sveikatos draudimo išlaidų dalis (procentais)*

Šaltinis: [16. P183]

Siekiant, kad prasidėtų sutartimis paremti santykiai tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir finansavimo institucijų, 1992 metais buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa. Ji sudarinėjo sutartis su respublikinėmis gydymo įstaigomis ir skirstė iš valstybės biudžeto gautas lėšas sveikatos priežiūros finansavimui už gydytus ligonius. Tokiu principu 1992-1996 metais buvo skirstoma apie 25 procentus Lietuvos nacionalinio sveikatos priežiūros biudžeto, likusi dalis skirstyta pagal sąmatos straipsnius. Iki 1993 metų sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas buvo toks:

1. “savivaldybių biudžetams buvo pervedamos lėšos, įgalinančios savivaldybes sudaryti sutartis su Sveikatos apsaugos ministerijai priklausančiomis įstaigomis dėl medicinos paslaugų pirkimo konkretaus miesto (rajono) gyventojams;
2. lėšos, skirtos sveikatos priežiūros paslaugoms iš respublikinių įstaigų pirkti, iš valstybės biudžeto savivaldybėms skirstomos proporcingai gyventojų skaičiui;
3. savivaldybės sudaro sutartis su įstaigomis dėl medicinos paslaugų pirkimo, besiremdamos Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintais įkainiais.”[10]

Valstybinė ligonių kasa sudarinėjo sutartis pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus įkainius, kurie nustatyti remiantis istoriškai susiklosčiusiais statistikos rodikliais. Galutinis

[10] Sveikatos draudimas Lietuvoje. PHARE Sveikatos priežiūros reformos projektas Buivydas R. Černiauskas G. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1996. P.26

apmokėjimas vyko už ligonį, kuris gydėsi stacionare, ir už asmenį priregistruotą teritorinėje poliklinikoje. 1995 metais atlikus apklausą, buvo nustatyta kad apie 80 procentų gydymo įstaigų vadovų tokia sistemą vertino teigiamai palyginus su sąmatiniu finansavimu.

Per 1993-1996 metus išryškėjo ir Valstybinės ligonių kasos veiklos problemų. Viena iš problemų buvo finansavimo sistemos vientisumas. Per Valstybinę ligonių kasą buvo finansuojamos tik respublikinės sveikatos priežiūros įstaigos, o savivaldybių įstaigos ir toliau buvo finansuojamos pagal sąmatos straipsnius. Taigi savivaldybių gydymo įstaigos neturėjo motyvacijos teikti daugiau paslaugų ir taupydamos lėšas sunkesnius ligonius siųsdavo į respublikines sveikatos priežiūros įstaigas. Tai pat sveikatos priežiūros sistema buvo finansuojama iš trijų skirtingų šaltinių. Savivaldybės buvo atsakingos už pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą, Sveikatos apsaugos ministerija už tretinio lygio ir visuomenės sveikatos priežiūrą, ir Valstybinė socialinio draudimo taryba – už vaistų ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimą. Tokia finansavimo sistema trukdė sveikatos politikos koordinavimui valstybės mastu. Ši situacija ypač skatimo sukurti sveikatos draudimo sistemą. Kita problema buvo įkainių, kurie buvo sudaryti pagal 17 tarptautinėje ligų klasifikacijoje išskirtų ligų grupių. Vienoje grupėje yra ir brangaus gydymo reikalaujančios ligos, ir nesudėtingos, tačiau mokama už jas vienodai, o tai sudaro prielaidas vengti sunkių ligonių gydymo. Ir dar viena problema atsiranda dėl Valstybinės ligonių kasos funkcijų. Jeigu ji tik atliks apmokėjimus, o veiklos planavimas ir kontrolė liks kitoms institucijoms, tai nebus atsakomybės ir dėl to sveikatos draudimo sistema nebus savarankiška.

Per šį 1990-1996 metų laikotarpį buvo sukurta apdraustųjų socialinių draudimu registravimo sistema ir suformuota sveikatos išlaidų kontrolė. Valstybinės ligonių kasos patirtis leido toliau plėtoti sutartinius santykius su savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigomis. Atsirado ir konkurencija tarp didžiųjų ligoninių dėl pacientų. [18]

Šiuo laikotarpių pasikeitė ir vaistų vartojimo pobūdis. Buvo atsisakoma vaistų, pagamintų TSRS teritorijoje, ir perkami iš Vakarų ir Vidurio Europos valstybių. Taip pat 1994-1995 buvo baigtas privatizuoti farmacijos sektorius. Jeigu 1993 metais valstybinių vaistinių buvo 90 procentų, o privačių 10 procentų, tai jau 1995 metais valstybinės vaistinės sudarė 26 procentus, atitinkamai privačios – 74 procentus. Gyventojai vis daugiau vaistų pirko už savo lėšas, todėl gydymo įstaigų išlaidos medikamentams sumažėjo dvigubai. (5 lentelė) [16]

5 lentelė. *Medikamentų vartojimo struktūra pagal mokėtojus (%)*

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

Šaltinis: [16.P 117}

Savanoriškąjį sveikatos draudimą reglamentavo 1990 metais priimtas Draudimo įstatymas. Šiuo draudimu galėjo draustis bet kas, kas sutiko mokėti įmokas, o drausti galėjo Valstybės draudimo įstaiga, akcinė bendrovė, draudimo organizacijos ar savidraudos draugijos, kurios turėjo draudimo komisijos išduotą licenciją. 1996 metais 16 kompanijų turėjo savanoriškojo sveikatos draudimo licencijas. [18]

3.2. Sveikatos draudimas 1997-2005 metais

Nuo 1997 m. sausio 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nauja redakcija. Nors iki tol sveikatos draudimas egzistavo kaip socialinio draudimo dalis, nuo pat Nepriklausomybės atkūrimo vyko pasirengiamieji darbai kuriant sveikatos draudimo sistemą. Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos yra institucijos, kurios vykdo Privalomąjį sveikatos draudimą. Valstybinė ligonių kasa buvo reorganizuota pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 16 d. nutarimą Nr. 1068 "Dėl Valstybinių ligonių kasos įsteigimo" (1996, Žin., Nr. 88-2083). Privalomojo sveikatos draudimo taryba vykdo ir koordinuoja privalomąjį sveikatos draudimą. Ji sprendžia perspektyvinius ir einamuosius sveikatos draudimo klausimus. Taip pat teikia pasiūlymus ir nuomonę Sveikatos apsaugos ministerijai dėl sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo tvarkos, lėšų skyrimo sveikatos programoms finansuoti bei dėl teisės aktų, kurie reglamentuoja privalomąjį sveikatos draudimą. Ir nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą.

Ne visos įstatymo nuostatos įsigaliojo nuo 1997 m. sausio 1 dienos, o taip atsitiko dėl pasikeitusios Sveikatos apsaugos ministerijos vadovybės po 1996 metų Seimo rinkimo. 1996 m. gruodžio mėnesį Sveikatos draudimo įstatymas buvo pakoreguotas ir tik nuo 1997 m. liepos 1 d. įstatymas įsigaliojo pilnai. Nuo 1997 m. sausio 1 d. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas buvo atskirtas nuo nacionalinio biudžeto, tačiau dar pusę metų savivaldybės finansavo sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų išlaidas ir SODRA kompensavo medikamentų ir sanatorinio

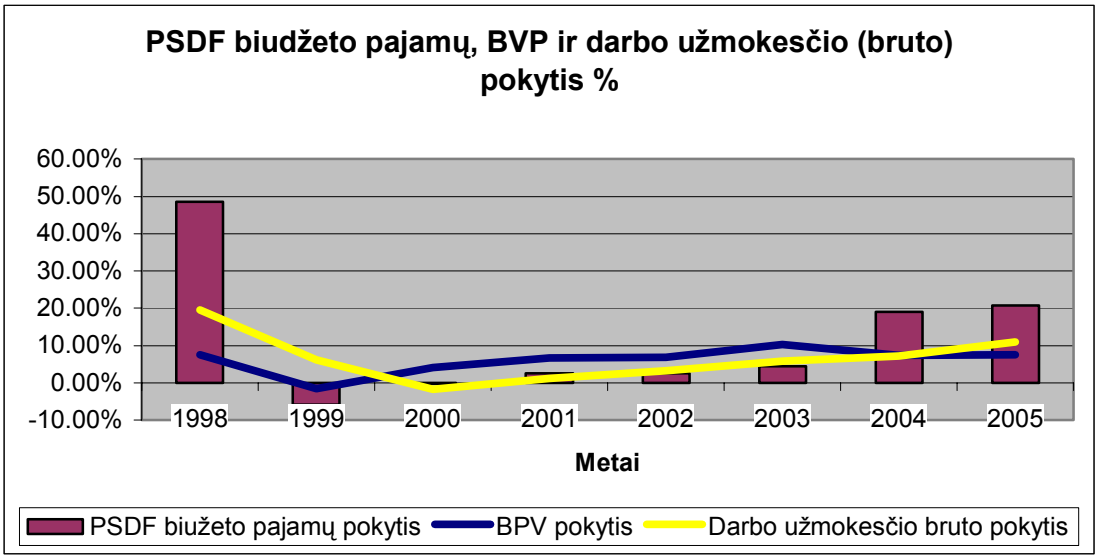
gydymo kelialapių įsigijimą. Iš karto suformuotas 100 mln. Litų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas (apie 7 procentus 1997 metų išlaidų) leido iki 1999 m. vidurio be problemų finansuoti paslaugų teikimą. Taip pat ir teritorinės ligonių kasos pagrindinis darbas buvo tik gyventojų prisirašymo prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kampanijos vykdymas. Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa tuo metu rengė poįstatyminius aktus, kurie konkretizavo sveikatos draudimo įstatymo nuostatas. Apie 1,5 metų užtruko LR Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimas, kol pradėjo veikti visos jo nuostatos. [16]

Privalomojo sveikatos draudimo taryba vykdo ir koordinuoja privalomąjį sveikatos draudimą. Ji spendžia perspektyvinius ir einamuosius sveikatos draudimo klausimus. Taip pat teikia pasiūlymus ir nuomonę Sveikatos apsaugos ministerijai dėl sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo tvarkos, lėšų skyrimo sveikatos programoms finansuoti bei dėl teisės aktų, kurie reglamentuoja privalomąjį sveikatos draudimą. Ir nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą valdo Valstybinė ligonių kasa. Teritorinės valstybinės mokesčių inspekcijos ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai perveda surinktas įmokas į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitas. Toliau Valstybinė ligonių kasa lėšas perveda teritorinėms ligonių kasoms, kurios atsiskaito su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis, su kuriomis yra sudarytos sutartys. Todėl norint apžvelgti kaip veikia Privalomojo sveikatos draudimo sistema tikslinga susipažinti su Valstybinės ligonių kasos veikla.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas planuojamas derinant reikalingą lėšų kiekį sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti su planuojamu mokėtojų skaičiumi, valstybiniais ir sveikatos draudimo mokesčiais. Taip pat įtakos turi bendra ekonominė šalies padėtis. Bendrojo vidaus produkto ir priskaičiuoto darbo užmokesčio bei nedarbo mažėjimas sukuria prielaidas, kad didesnis dėmesys bus skirtas gyventojų socialinėms ir sveikatinimo reikmėms. 1 pav. puikiai matyti, kad egzistuoja ši priklausomybė. Įvairių draudžiamųjų gyventojų grupių įmokų tarifai yra skirtingi. To priežastys yra valstybės socialinė ir fiskalinė politika, siekiant sumažinti mokesčių naštą, taip pat vertinant valstybės biudžeto galimybes finansuoti sveikatos priežiūros sistemą.

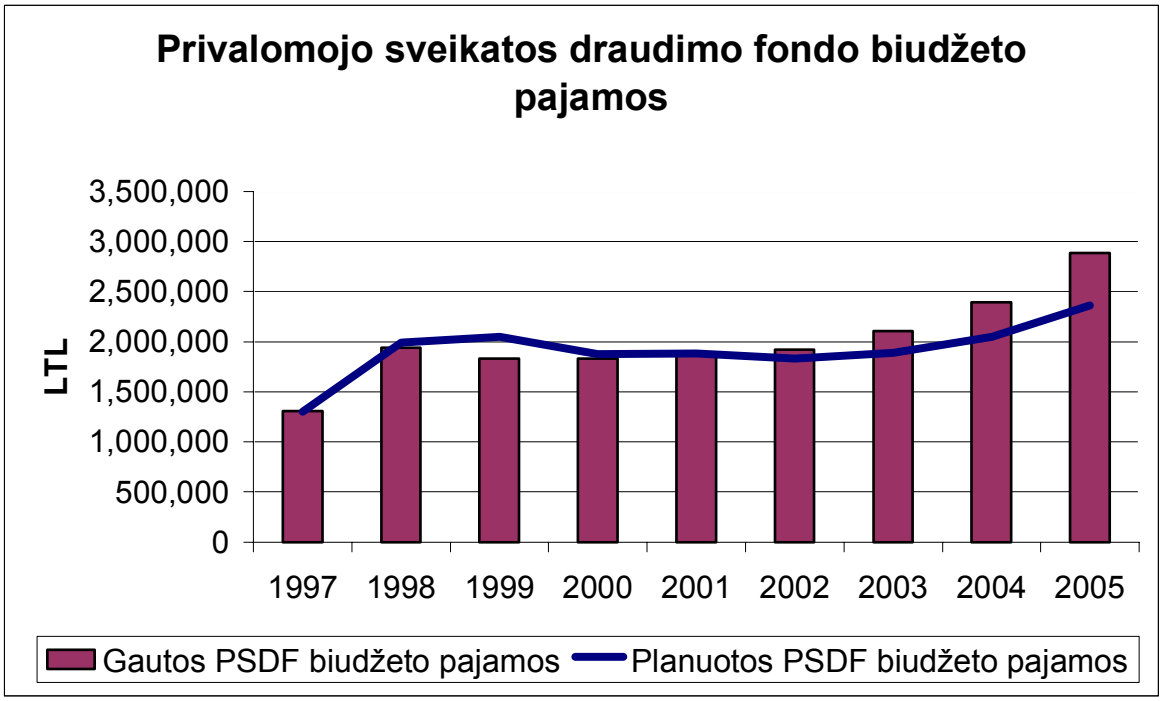
1 pav.



Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Pirmaisiais sveikatos draudimo metais Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto planuotos ir faktiškai gautos pajamos mažai skyrėsi. 1997 metais tik 0,58 procento daugiau buvo surinkta pajamų, nei planuota, o 1998 metais 2,22 procento surinkta netgi mažiau. 1999-2001 metais planuotos biudžeto pajamos nebuvo gautos, ypač paminėtini 1999 metai, kai negauta net 10,47 procento planuotų pajamų dėl buvusios Rusijos krizės įtakos Lietuvos ekonomikai. Atitinkamai dėl ekonominės krizės 2000 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto planuojamos pajamos buvo 8,15 procento mažesnės nei 1999 metais ir surinkta jų buvo dar 2,69 procento mažiau nei planuota. Tačiau nuo 2002 metų prasidėjo ekonomikos augimas, kas atsispindėjo ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto planuose, o ypač faktuose apie gautas pajamas. 2002 metais Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas gavo 4,98 procento daugiau pajamų, atitinkamai 2003 m. – 6,39%, 2004 m. – 16,64% ir 2005 m. – 22,33%. (2 pav.)

2 pav.



Šaltinis: PSDF biudžetai ir biudžeto vykdymo ataskaitos 1997-2005 metų

Taigi šalies darbuotojų darbo užmokestis ir jo kitimas tiesiogiai susijęs su Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamomis. Pajamų mokesčio atskaitymai ir privalomojo sveikatos draudimo įmokos (3 procentai nuo darbo užmokesčio) sudaro didžiąją gaunamų biudžeto pajamų dalį, nors ji ir po truputi ir mažėja, tačiau lieka reikšminga (6 lentelė). Ateityje atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio dar labiau mažės dėl gyventojų pajamų mokesčio tarifo mažinimo (nuo 2006 m. liepos 1 d. – 27%; nuo 2008 m. sausio 1 d. – 24%). Dėl to bus mažesnis ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų augimas, nors jeigu bendra šalies ekonominė padėtis ir bus gera.

6 lentelė. *Draudėjų įmokų ir atskaitymų iš gyventojų pajamų mokesčio PSDF biudžeto pajamų dalis (%)*

	1997	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Draudėjų įmokos (3% socialinio draudimo mokestis)	10,42	18,68	16,57	19,49	18,91	19,29	18,99	18,66	17,52
Atskaitymai nuo gyventojų pajamų mokesčio	62,82	52,09	56,43	55,75	54,08	53,07	50,57	50,47	47,94

Šaltinis: 1997-2005 metų PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų dalį, susijusią su samdomųjų darbuotojų pajamomis galima išreikšti funkcija, kuri priklauso nuo vidutinio samdomų darbuotojų skaičiaus, vidutinio realaus darbo užmokesčio bei vartotojų kainų indekso.

7 lentelė. *Neto ir bruto darbo užmokestis (Lt.)*

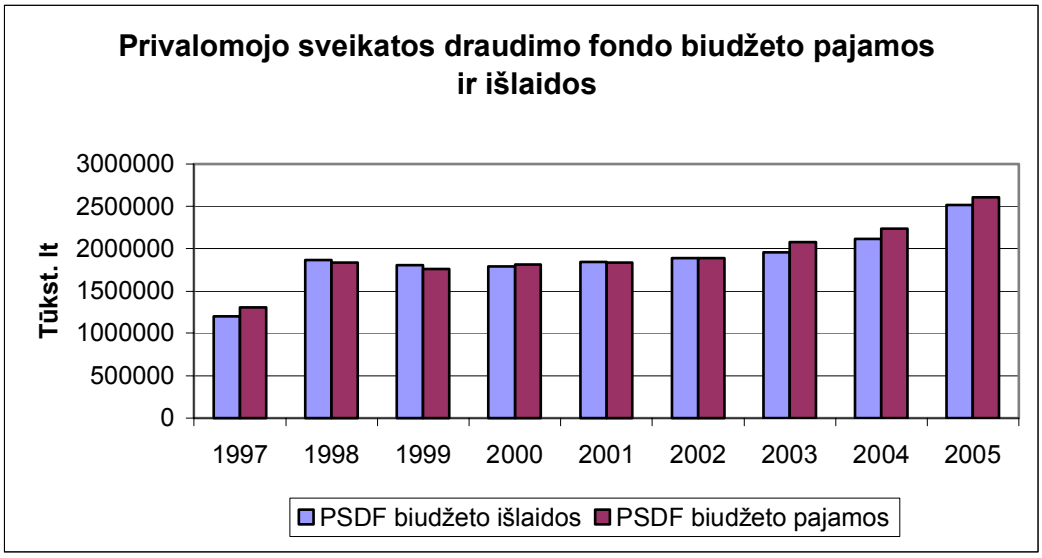
	1997	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis	778,1	929,8	987,4	970,8	982,3	1013,9	1072,6	1149,3	1289,5
Vidutinis mėnesinis neto darbo užmokestis	576,6	683,7	722,4	692,2	699,4	728,4	786,4	835,5	916,7
Neto ir bruto darbo užmokesčio santykis (%)	74,1	73,5	74,4	71,3	71,2	71,8	73,3	72,7	71,1

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Pagal 7 lentelės duomenis matyti, kad apie 27 procentus darbo užmokesčio sudaro valstybei sumokami mokesčiai. Kadangi nuo pajamų mokesčio 30 procentų ir 3 procentai nuo bruto darbo užmokesčio skiriami sveikatos draudimui, tai vidutiniškai apie 10 procentų bruto darbo užmokesčio yra privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Taigi augantis darbo užmokestis sąlygoja ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų augimą.

Toliau bus aptartos Privalomojo sveikatos biudžeto išlaidos. Kaip jau buvo anksčiau minėta, Valstybinė ligonių kasa gautomis Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto pajamomis per teritorinės ligonių kasas atsiskaito su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Valstybinės ligonių kasos strateginis tikslas ir yra kuo efektyviau naudoti asmens sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, gerinant paslaugų kokybę ir sutaupytas lėšas investuoti į naujas technologijas, kas ateityje gerins visuomenės sveikatos rodiklius.

3 pav.



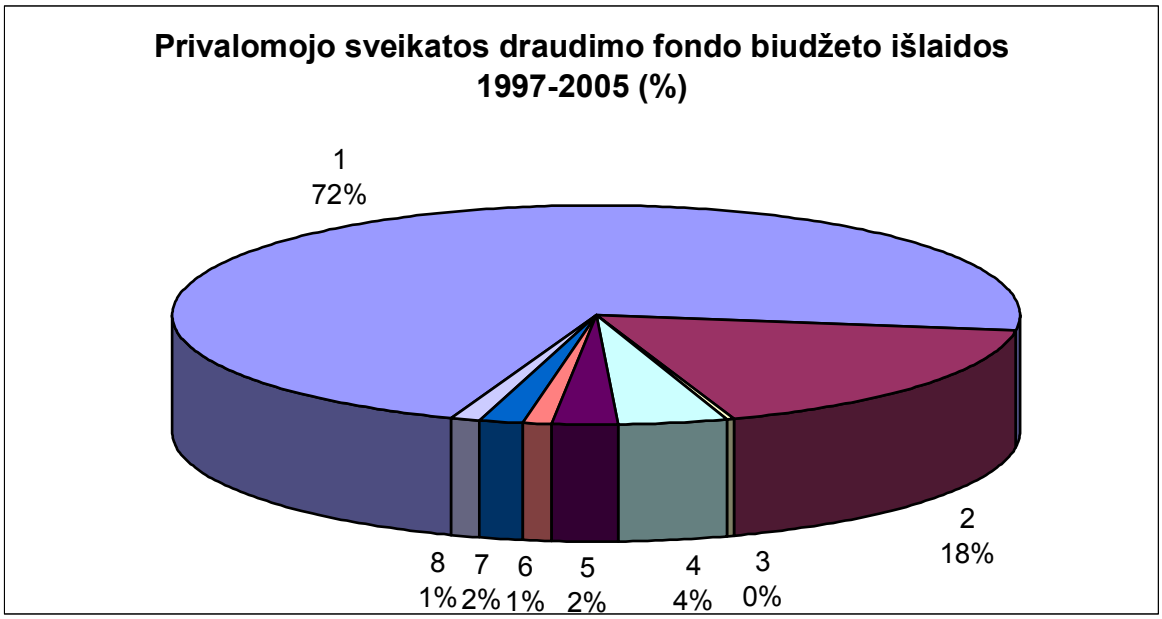
Šaltinis: 1997-2005 metų PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos

Kaip matyti 3 pav., Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos beveik visus metus buvo mažesnės už pajamas. Tai leido formuoti rezervus ir turėti daugiau negu planuota kasos apyvartinių lėšų. Tik 1998, 1999 ir 2001 metais išlaidos viršijo pajamas. Tai ekonominio nuosmukio metai dėl Rusijos krizės, kai Privalomojo sveikatos biudžetas nesurinko planuotų pajamų.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidas yra skirtos:

1. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;
2. vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti;
3. kompensacijoms kraujo donorams (iki 2004 metų)
4. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti;
5. galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir kitų Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatytų centralizuotai įsigyjamų vaistų ir medicinos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti;
6. išlaidos ortopedijos technikos priemonėms įsigyti;
7. sveikatos programoms finansuoti;
8. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos;
9. kitos išlaidos.

4 pav.



Šaltinis: PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos 1997-2005 metų

Daugiausia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų yra panaudojama asmens sveikatos priežiūrai, tai vidutiniškai sudaro daugiau nei du trečdalius viso biudžeto išlaidų. Didelės išlaidos šiai sričiai reikalingos dėl naujų brangių bei greitai kintančių technologijų diegimo. Taip pat didelė dalis lėšų skiriama stacionarų paslaugoms ir tai yra didžiausias Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos trūkumas. Ir pagrindiniai sveikatos priežiūros sektoriaus rodikliai vis dar yra prasti. 2004 metais 100000 gyventojų teko 396 gydytojai, Europos Sąjungoje daugiau gydytojų yra tik Graikijoje, kai tuo tarpu senųjų narių vidurkis yra 278 gydytojai, o visų Europos Sąjungos šalių vidurkis – 348 gydytojai. Ligoninių lovų skaičius Lietuvoje buvo 625 lovos 100000 gyventojų, kai Europos Sąjungos vidurkis – 419 lovų. Tačiau, nors ir po truputi šitie rodikliai Lietuvoje gerėja, mažėja hospitalizavimų skaičius, trumpėja gydymo trukmė.

7 lentelė. *Sveikatos priežiūros sektoriaus rodikliai*

	1997	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Hospitalizavimų skaičius *1000 gyv.*	226.0	252.1	256.9	246.6	240.3	236.2	234.9	238.0	238.0
Vidutinis gulėjimo laikas	12.9	11.8	11.3	11.2	10.9	10.7	10.3	10.2	10.19
Lovos apyvarta	21.7	25.0	25.9	25.1	25.5	25.9	26.6	28.2	29.0
Lovos funkcionavimas	281.1	294.2	293.3	280.5	277.5	276.2	275.7	287.8	295.6

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras

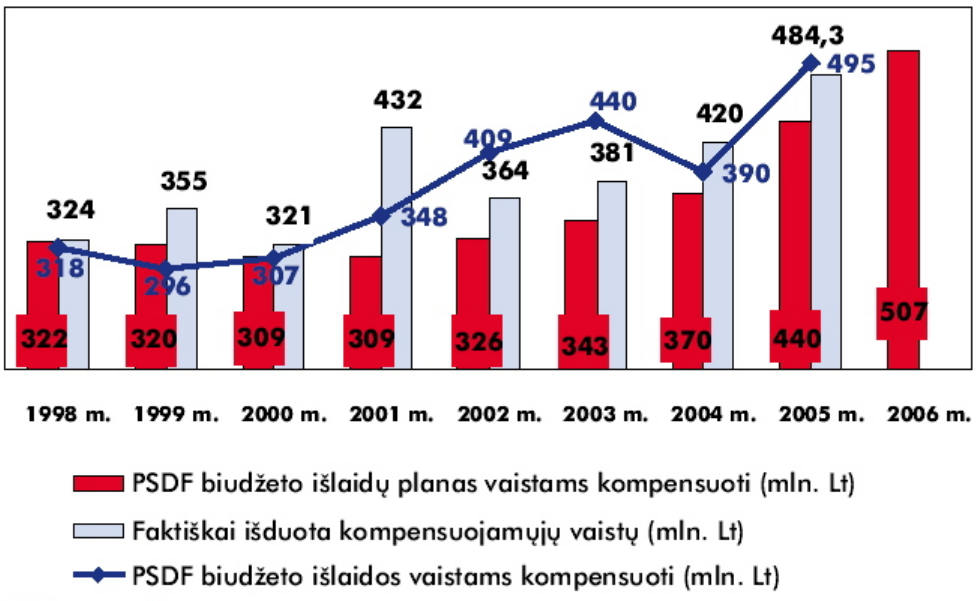
Šiuo metu yra įgyvendinama Vyriausybės patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, kurios pagrindinės kryptys yra ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, bei dienos stacionaro ir dienos chirurgijos plėtra; stacionarinių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtojimas; medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, ypač daug dėmesio skiriant vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūrai tobulinti ir kt. Įgyvendinant šias priemones padidėja ne tik medikų darbo užmokestis, bet suteikia ir daugiau paslaugų. Paskutiniais metais daugėja privačių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir šios paslaugos tampa labiau prieinamos gyventojams. 2001 metai tokių privačių įstaigų buvo 85, o 2005 m. jau 197, tai skatina jų konkurenciją ir verčia gerinti paslaugų kokybę. Pagal užsienio patirtį apie 80 procentų sveikatos problemų turėtų spręsti pirminės sveikatos priežiūros grandis. Tam skatinti nuo 2003 metų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos tik už aptarnautus gyventojus, tačiau įdiegta ir skatinimo sistema už veiklos rezultatus. Iš pradžių buvo skatinama už onkologinį budrumą bei racionalų kompensuojamųjų vaistų skyrimą, nuo 2004 metų - ir už kraujo krešumo būklės ištyrimą, o nuo 2005 metų už fiziologinio nėštumo priežiūros, vaikų iki 1 metų, neįgaliųjų sveikatos priežiūros, vaikų imunoprofilaktikos, moksleivių paruošimo mokyklai bei slaugos personalo paslaugas namuose. Ir atitinkamai skatinimo sistemai buvo išleista 2003 m. – 2,4 mln. Lt, 2004 m. – 3,7 mln. Lt ir 2005 m. – 4,5 mln. Lt. Efektyviau naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas padeda ir dienos stacionaro paslaugos, kurių suteikia vis daugiau. Nuo 2003 m. liepos 1 d. pradėtos teikti dienos chirurgijos paslaugos, tai gydomoji chirurgija, vaikų chirurgija, urologija, plastinė ir rekonstrukcinė chirurgija, ortopedijos, traumatologijos, akušerijos-ginekologijos, oftalmologijos, otorinolaringologijos sveikatos priežiūros veikla, kai pacientui užtikrinama priežiūra iki 24 valandų ir suteikiamos chirurginės paslaugos naudojant šiuolaikines technologijas. Nuo 2003 m. liepos 1 d. sveikatos priežiūros įstaigos finansiškai skatinamos už hospitalizacijos apimčių mažinimą ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimą. Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę greičiau nustatant diagnozę, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto daugiau lėšų skiriama brangiems tyrimams ir procedūroms. Didžiausia poreikis yra hemodializės procedūrų ir kompiuterinės tomografijos tyrimų, šioms paslaugoms apmokėti tenka daugiau kaip pusė lėšų, skirtų brangiems tyrimams.

Nuo 2005 m. iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriama papildomai lėšų sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio didinimui pagal 2005 m. gegužės 3 d. Lietuvos Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos bei profesinių medicinos darbuotojų sąjungų susitarimą “Dėl medikų darbo užmokesčio didinimo“. Šiam tikslui nuo 2005 m. sausio 1 d.

buvo skirta 37 mln. Lt, nuo 2005 m. gegužės 1 d. – 135 mln. Lt ir nuo 2005 m. lapkričio 1 d. – 33 mln. litų.

Apie 18 procentų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų skiriama vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimui. Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kasmet viršija planuotas (5 pav.)

5 pav.



Šaltinis: Ligonių kasos: 2005-ųjų apžvalga

Daugiausia kompensuojami kardiologiniai vaistai, jų kompensavimui skiriama beveik ketvirtadalis lėšų, skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms padengti. Apie 17 procentų lėšų tenka nervų sistemą veikiantiems vaistams. Taip pat didelė dalis lėšų tenka antinavikiniams ir virškinimo traktą ir metabolizmą veikiantiems vaistams. Vaistai kompensuojami pagal bazines kainas. Bazinė kaina turi būti mažesnė arba ne daugiau kaip 5 procentai didesnė už mažiausią tų vaistų gamintojo Europos Sąjungos šalyse kainą. Vidutinė recepto kaina kasmet didėja. 1997 metais vidutinė recepto kaina buvo mažesnė kaip 30 Lt., 2005 metais ji jau viršijo 45 Lt.,nes per 2005 metus recepto kaina padidėjo 5 litais, kai per 2004 metus padidėjo tik 1 litu, tai lėmė, kad nuo 2005 m. pradėta kompensuoti daug naujų vaistų. Tuo tarpu išrašomų receptų skaičius labai nekinta, per 1997-2005 metus vidutiniškai per metus išrašoma apie 10 mln. receptų. Taupant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, vaistai ir medicinos pagalbos priemonės perkamos centralizuotai. Valstybinė ligonių kasa rengia atvirus pirkimo konkursus, 2004 m. jų buvo surengta 25, 2005 m. – 23 konkursai. Vis dėlto centralizuotai perkamų vaistų ir pagalbos priemonių

poreikis nėra visiškai patenkinamas.

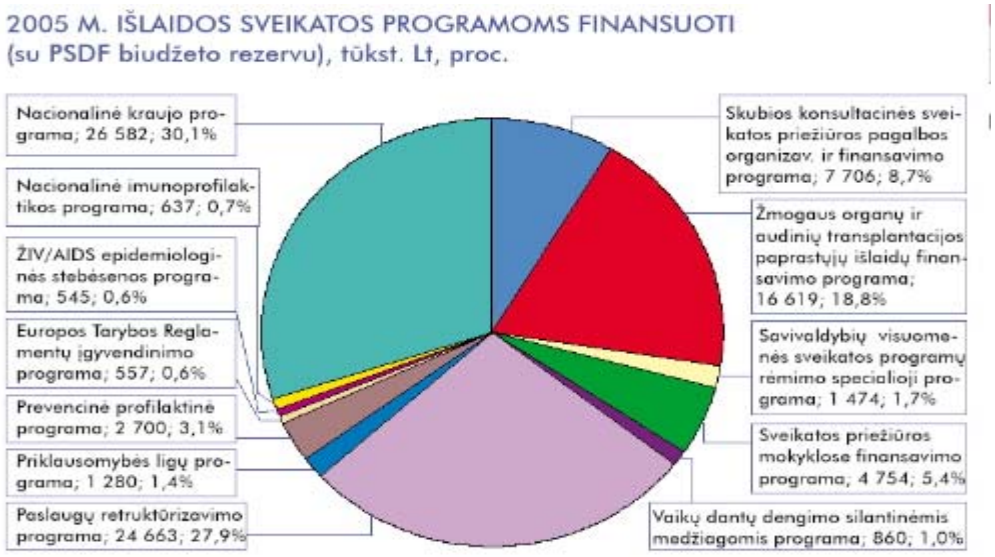
Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidos sudaro apie 4 procentus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Kasmet vis daugiau ligonių pasinaudoja medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugomis, aišku ir išlaidos viršija planuotas. Nors įvertinus Lietuvos gyventojų sergamumą ir neįgalumo rodiklius šių paslaugų per metus reiktų suteikti 200000 – 215000 ligoniams, faktiškai suteikiama tik 2003 m. – 56 tūkst. ligoniams, 2004 - 62 tūkst. ir 2005 m. – 72 tūkst. Todėl šios paslaugos pirmiausia teikiamos ūmių susirgimų ir traumų atvejais.

Likusi Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto dalis naudojama galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų, ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti, sveikatos programoms finansuoti, Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms, rezervo formavimui bei kitoms išlaidoms.

Ortopedijos technikos priemonėms įsigijimo išlaidų kompensavimas prasidėjo nuo 2004 m. sausio 1 d., kai per 2001 metų gyventojų surašymą paaiškėjo, kad 7,5 procento Lietuvos gyventojų yra neįgalūs ir kasmet vis daugiau gyventojų reikia pripažinti neįgaliais.

Iš lėšų, skirtų sveikatos programoms kompensuoti trečdalis tenka Nacionalinei kraujo programai (2004 m. – 23388 tūkst. Lt, 2005 m. 26582 tūkst. Lt.). Kitų programų finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pavaizduota 6 paveiksle.

6 pav.



Šaltinis: Ligonių kasos: 2005-ųjų apžvalga

Sveikatos draudimas buvo įvestas siekiant pagerinti sveikatos apsaugos finansavimą, efektyviau panaudoti turimas lėšas, pagerinti paslaugų kokybę. Buvo siekiama susieti įmokas ir gaunamas išmokas (paslaugas), tačiau kol kas šių siekų visiškai įgyvendinti nepavyko. Viena iš priežasčių yra Lietuvos gyventojų demografinė sudėtis, nes asmenų, už kuriuos sveikatos draudimo įmokas moka valstybė, yra daugiau nei tų, kurie patys už save moka. Taip pat visuomenės senėjimas tik didins asmenų skaičių, kurie draudžiami valstybės lėšomis. Todėl kol kas Lietuvoje taikoma sveikatos draudimo sistema yra draudiminio ir biudžetinio finansavimo mišinys, kadangi draudimas yra privalomas ir jo įmokos nėra siejamos su sergamumo rizika bei asmeninėmis įmokomis. Deja, kol kas tai tik lėšų perskirstymas.

Sveikatos draudimas buvo pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos reformos elementas. Per šiuos metus sveikatos priežiūros įstaigų skaičius mažai pasikeitė, tačiau ženkliai išaugo privačių gydymo įstaigų skaičius. Pažymėtina, kad daugiau kaip pusė iš jų yra odontologijos kabinetai. Paprastai privačios įstaigos yra vieno ar kelių gydytojų kabinetai, ir didžioji specialistų dalis, be darbo nuosavame kabinete, dar dirba ir valstybinėse įstaigose. Tokia tvarka, kai nuvykęs į privačią gydymo įstaigą gyventojas sutinka tą patį specialistą, kaip valstybinėje poliklinikoje, menkina gyventojų pasitikėjimą valstybės galimybėmis užtikrinti jam prieinamas ir kokybiškas medicinines paslaugas be papildomų paties gyventojo išlaidų.

Įsigaliojus LR Sveikatos draudimo įstatymui be privalomojo sveikatos draudimo yra ir papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas. Jeigu privalomasis sveikatos draudimas pilnai neatitinka draudimo sąvokos, tai papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas veikia būtent pagal draudimo apibrėžimą: “Sveikatos draudimas - turtinių interesų, susijusių su fizinio asmens sveikata, draudimas, kai dėl draudiminių įvykių, susijusių su asmens sveikata, mokama draudimo išmoka, lygi draudimo sumai ar jos daliai arba dėl draudiminio įvykio patirtiems nuostoliams. Sveikatos draudimas apima draudimą nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimą ligos atvejui.”[11]

Privačios draudimo bendrovės, kurios turi licenciją versti sveikatos draudimu, draudžia norinčius ir sutinkančius mokėti draudimo įmokas ir išmoka atitinkamas išmokas, įvykus draudiminiam įvykiui. Galima sakyti, kad draudimo kompanijos sveikatos draudimo įmokų surenka panašiai kiekvienais metais. Tik 2005 metais sveikatos draudimo įmokų gauta penktadaliu daugiau nei praeitais metais. Vidutiniškai šių įmokų suma sudaro apie du procentus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir apie 3-4 procentus visų ne gyvybės draudimo įmokų sumos. 2002 metais draudimo ligos atvejui įmokų dalis visų ne gyvybės draudimo įmokų sumos sumažėjo

[11] Draudimo priežiūros komisija // http://www.dpk.lt/zodynas.php

visu procentu. Tačiau taip atsitiko dėl to, kad nuo 2002 m. balandžio 1 d. tapo privalomas transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės draudimas. Ir draudimo kompanijos surinko beveik dvigubai daugiau ne gyvybės draudimo įmokų. (8 lentelė)

8 lentelė. *Sveikatos draudimas*

Pasirašytos draudimo įmokos (tūkst. LTL)	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Draudimas ligos atvejui	23,373	14,310	14,942	18,118	19,493	18,332	18,811	22,711
Dalis visame ne gyvybės draudime (%)	6.1%	3.9%	4.1%	4.7%	3.1%	3.0%	2.7%	3.0%
Draudimas nuo nelaimingų atsitikimų	17,048	17,707	16,161	18,127	20,554	23,414	25,963	32,763
Dalis visame ne gyvybės draudime (%)	4.5%	4.8%	4.5%	4.7%	3.2%	3.8%	3.7%	4.3%

Šaltinis: Draudimo priežiūros komisija

Papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartį galima sudaryti su draudimo kompanijomis, kurios turi draudimo licencijas. Galima pasirinki standartinį sutarties variantą, tačiau įmanomos ir derybos, norint kad sutartis atitiktų poreikius, būtų kuo palankesnės sąlygos. Bet norint sudaryti gerą sutartį būtinos ne tik draudimo, bet sveikatos priežiūros sistemos žinios. Taigi apsidraudusiems papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu, draudimo kompanijos gali apmokėti tokias sveikatos priežiūros paslaugas: ambulatorinį gydymą, ambulatorinį chirurginį gydymą, bendrosios praktikos gydytojo konsultacijas, gydymą ir iškvietimą į namus, specialistų (kardiologo, ginekologo, neuropatologo, okulisto) konsultacijas, gydymą, diagnostinius tyrimus, reikalingus diagnozei nustatyti, slaugos personalo paslaugas; vaistus ir tvarsliavą, terapinį stomatologinį gydymą, profilaktines priemones, fizioterapiją, stacionarinį gydymą. Šių paslaugų apmokėjimas vyksta pagal sąlygas, numatytas draudimo sutartyse, kurios kiekviena gali būti individuali. Gydymo įstaigoje, kuri yra sudariusi sutartį su draudimo kompanija, suteikus paslaugas pacientui užpildoma draudimo knygelė, kurioje nurodoma paslaugų kaina. Draudimo kompanija už suteiktas paslaugas su gydymo įstaiga atsiskaito tiesiogiai. Sutartyje gali būti numatyta, kad dalį paslaugų kainos sumoka pats pacientas. Perkant vaistus vaistinėje taip pat reikia su savim turėti draudimo knygelę ir reikia mokėti pusę vaistų kainos. Už kitą pusę kainos draudimo kompanija atsiskaito tiesiogiai su vaistine. Jeigu sveikatos draudimo sutartyje aptarta, galima gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir tokioje gydymo įstaigoje, kurio nėra pasirašiusi sutarties su draudimo kompanija. Tokiu atveju, pacientas už paslaugas atsiskaito pats, o po to draudimo kompanijai pateikia medicininę dokumentaciją ir

sveikatos priežiūros įstaigos išrašytą sąskaitą kartu su savo draudimo knygele, o draudimo kompanija kompensuoja gydymo išlaidas pagal sutarties sąlygas. Tas pats galioja ir perkant vaistus vaistinėse.

Iki 2005 metų liepos mėn. savanoriško draudimo plėtrą Lietuvoje stabdė tai, kad darbdaviai savo darbuotojus galėjo drausti tik įmonės pelno sąskaita. Pakeitus šią nuostatą tikimasi, kad tai skatins savanorišką sveikatos draudimą, o kartu tai prisidės prie teigiamų sveikatos priežiūros pokyčių. Kad suteikiamos lengvatos veikia skatinimai, parodo ir mokesčių lengvatos gyvybės draudimui, kai galėdami pasinaudoti LR gyventojų pajamų mokesčio įstatymo 21 straipsnyje nustatyta galimybe susigrąžinti sumokėtą pajamų mokestį nuo draudimui sumokėtos sumos, daugiau žmonių pradėjo draustis gyvybės draudimu. Sveikatos draudimo rūšies plitimą stabdo ir tai, kad nėra aiškiai apibrėžta, kokių paslaugų išlaidas kompensuoja privalomasis sveikatos draudimas, tuomet ir privačioms draudimo bendrovėms yra sunkiau apibrėžti jų apmokamas paslaugas. Tačiau paklausa tokiam draudimui auga, nes dabartinė sveikatos apsaugos sistema nėra efektyvi, didėja priemokos už kai kuriuos vaistus, reikia primokėti ar pilnai sumokėti už kai kurias paslaugas. Dėl šių trūkumų, kurių kol kas neįmanoma išvengti, savanoriškas sveikatos draudimas tapo puikia darbuotojų motyvacijos priemone darbdaviams. Lietuvos laisvosios rinkos institutas yra pateikęs keletą pasiūlymų, kurie skatintų savanoriškojo sveikatos draudimo plitimą.[17] Ligonių kasos turėtų kompensuoti sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas neatsižvelgiant į įstaigos, kuri suteikė šias paslaugas, nuosavybės formą. Visos sveikatos įstaigos turėtų nustatyti konkrečias savo paslaugų kainas ir jas skelbti viešai. Sveikatos priežiūros įstaigos turėtų būti finansuojamos tik iš ligonių kasų. Reikėtų keisti Pelno mokesčio ir Gyventojų pajamų mokesčio įstatymų nuostatas, kad darbdaviams mokantiems draudimo įmokas už darbuotojus, tai būtų leidžiami atskaitymai apskaičiuojant apmokestinamąjį pelną, o gyventojams tokios darbdavio sumokėtos sumos nebūtų apmokestinamos, be to, apmokestinamos sumokėjimo momentu, neatsižvelgiant į tai, naudojosi gyventojas tomis paslaugomis ar ne. Pastebėtina, kad šiuo metu darbdavio įmokos draudžiant darbuotojus savanoriškuoju sveikatos draudimu, laikomos gyventojo pajamomis ir apmokestinamos taikant 15 procentų gyventojų pajamų mokesčio tarifą.

IŠVADOS

1. Tik atkūrus Lietuvos nepriklausomybę valstybė vykdydama socialinį draudimą prisiėmė tam tikrus minimalius įsipareigojimus pasirūpinti šalies gyventojais. 1990 m. spalio 23 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą. Vėliau buvo priimtas Valstybinio socialinio draudimo įstatymas (1991-05-21 Nr. I-1336) ir taip sveikatos draudimas tapo sudedamąja socialinio draudimo dalimi.

2. 1992 m. sausio 10 d. buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa. Nuo 1992 m liepos 1 d. sveikatos priežiūros įstaigos pradėtos finansuoti iš valstybės biudžeto per Valstybinę ligonių kasą. Iki tol sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis sudarinėjo savivaldybės.

3. Rengiant Sveikatos draudimo įstatymą buvo paruoštas ne vienas projektas. Daug diskusijų kilo dėl draudimo modelio pasirinkimo, ar Bismarko (valstybė rūpinasi gyventojų gerove ir išmokų dydis paprastai yra susijęs su mokėtų įmokų dydžiu), ar Beveridžo (kai išmokų dydis priklauso nuo poreikių ir iš esmės nėra susijęs su mokėtomis įmokomis). Vienu metu buvo ruošiami net du įstatymo projektai, ką lėmė nesitarimai dėl privačių draudimo kompanijų dalyvavimo sveikatos draudime. Priimtas įstatymas turi abejų modelių savybių ir privačios draudimo kompanijos gali dalyvauti tik savanoriškajame sveikatos draudime.

4. Lietuvos Respublikos Seimas 1996 m. gegužės 21 priėmė Sveikatos draudimo įstatymą, kuris turėjo įsigalioti nuo 1997 m. sausio 1d. Tačiau dalies įstatymo įsigaliojimas buvo nukeltas pusmečiui, siekiant, kad jo nuostatos būtų kuo aiškesnės. Ir vėliau buvo padaryta nemažai įstatymo pakeitimų. Nuo 2003 m. sausio 1 d. įsigaliojo nauja Sveikatos draudimo įstatymo redakcija, o tai reiškia, kad per 1996-2002 metus pasikeitė bent pusę šio įstatymo nuostatų.

5. LR Sveikatos draudimo nuostatoms pokyčiai palietė ir institucijas, vykdančias Privalomąjį sveikatos draudimą - Privalomojo sveikatos draudimo tarybą ir Valstybinę ligonių kasą. Keitėsi jų funkcijos, teisės, atskaitomybę kitoms institucijomis. Iki Sveikatos draudimo įstatymo įsigaliojimo Valstybinė ligonių kasa buvo atskaitinga savo steigėjai Sveikatos apsaugos ministerijai. Priėmus Sveikatos draudimo įstatymą Privalomojo sveikatos draudimo taryba ir Valstybinė ligonių kasa už savo veikla atsiskaitė Lietuvos Respublikos Vyriausybei. O nuo 2003 m. sausio 1 d. šios institucijos vėl tapo priklausomos Sveikatos apsaugos ministerijai.

6. 1991 metais buvo priimtas LR Valstybinio socialinio draudimo įstatymas Ir jau nuo 1991 metų surinktos lėšos sveikatos draudimo įmokomis sudarė vis didesnę dalį visų lėšų skirtų

sveikatos priežiūrai.

7. Pirmaisiais nepriklausomybės metais valstybė pergyveno nuosmukį, kuris palietė ir sveikatos priežiūros sektorių. 1993-1995 metais asignavimai gydymo įstaigoms vėlavo arba dalis jų iš viso nebuvo pervedama. Gydymo įstaigos vėluodavo atsiskaityti su paslaugų ir prekių tiekėjais. Sveikatos priežiūros finansavimas sparčiai mažėjo, nors absoliutine išraiška ir didėjo, tai lėmė buvusi didžiulė infliacija Tuo metu egzistavo tokios problemos, kaip lėšų trūkumas veiklos išlaidoms, medikamentams bei medikų darbo užmokesčiui.

8. 1997 m. sausio 1d įsigaliojo LR sveikatos draudimo įstatymas ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas buvo atskirtas nuo nacionalinio biudžeto, tačiau dar pusę metų savivaldybės finansavo sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų išlaidas ir SODRA kompensavo medikamentų ir sanatorinio gydymo kelialapių įsigijimo. Iš karto suformuotas 100 mln.rezervas leido iki 1999 m. vidurio be problemų finansuoti paslaugų tiekimą. Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimas užtruko apie 1,5 metų.

9. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamoms įtakos turi bendra ekonominė šalis padėtis. Bendrojo vidaus produkto ir priskaičiuoto darbo užmokesčio didėjimas bei nedarbo mažėjimas sukuria prielaidas, kad didesnis dėmesys bus skirtas gyventojų socialinėms ir sveikatinimo reikmėms.

10. Daugiausia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų yra panaudojama asmens sveikatos priežiūrai, tai vidutiniškai sudaro daugiau nei du trečdalius viso biudžeto išlaidų. Apie 18 procentų biudžeto lėšų skiriama vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimui. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidos sudaro apie 4 procentus biudžeto lėšų.

11. Sveikatos draudimo tikslas susieti įmokas su išmokomis lieka sunkiai įgyvendinamas, kai daugiau kaip puse šalies gyventojų draudžiami iš valstybės lėšų. Ir ateityje tokių asmenų skaičius gali augti.

12. Papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas savo veikimo principu atitinka draudimo sąvoka, kadangi išmokos priklauso nuo įmokų. Tačiau ši draudimo rūšis nėra populiari. Tai lemia senos nuostatos, kad sveikatos priežiūros paslaugas valstybė turi garantuoti ir teikti nemokamai, nors tuo pačiu metu nevengiama eiti į privačias gydymo įstaigas ir susimokėti už suteiktas paslaugas, pvz. stomatologo paslaugos.

13. Populiarinant papildomą (savanoriškąjį) sveikatos draudimą, efektyvi priemonė būtų mokesčiai. Pelno mokesčio atžvilgiu papildomo sveikatos draudimo įmokos turėtų būti priskiriamos leidžiamiems atskaitymams.

14. Siekiant paskatinti gyventojus aktyviai dalyvauti sveikatos draudime, sveikatos draudimui turėtų būti taikomos lengvatos, analogiškos gyvybės draudimui, o darbdavio sumokėtos įmokos draudžiant darbuotojus papildomu sveikatos draudimu, neturėtų būti laikomos gyventojo pajamų mokesčio objektu.

LITERATŪRA

1. Lietuvos Respublikos Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymas 1990 m spalio 23 d. Nr. I696 // Valstybės žinios. 1990 Nr. 32-761.

2. Lietuvos Respublikos Valstybinio socialinio draudimo įstatymas 1991 m. gegužės 21d. Nr. I-1336, //Valstybės žinios. 1991 Nr.17-447

3. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287. Nauja įstatymo redakcija nuo 2003 m. sausio 1 d.: Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24)

4. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 1996 m. gruodžio 23 d. Nr. VIII-54 // Valstybės žinios 1996. Nr. 126-2943.

5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1991 m. gruodžio 17 d. nutarimas Nr. 562 "Dėl sveikatos apsaugos finansavimo 1992 metais" // Valstybės žiniose Skelbta nebuvo.

6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 28d. nutarimas Nr.575 "Dėl Valstybinės ligonių kasos nuostatų patvirtinimo" // Valstybės žinios. 1993, Nr. 34-780.

7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 16d. nutarimas Nr.1068 "Dėl Valstybinės ligonių kasos nuostatų patvirtinimo" // Valstybės žinios. 1996, Nr. 88-2083

8. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 30d. nutarimas Nr. 1136 "Dėl privalomojo sveikatos draudimo tarybos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės nuostatų patvirtinimo" // Valstybės žinios. 1996, Nr. 93-2194

9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. lapkričio 29 d. nutarimas Nr. 1426 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo" // Valstybės žinios 1996. Nr. 118-2747

10. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 m. liepos 4 d. nutarimas Nr. 727 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo terminų ir tvarkos patvirtinimo" // Valstybės žinios 1997. Nr. 66-1629 Nauja redakcija nuo 2004 m. gegužės 12 d. "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo terminų ir taisyklių patvirtinimo" // Valstybės žinios 2004 Nr. 78-2723.

11. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo" // Valstybės žinios 2003. Nr. 82-2946.

12. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2003 m. sausio 23d. Nr. V-35 "Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo" //

Valstybės žinios. 2003, Nr. 13-533.

13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2003 m. balandžio 18 d. Nr. V-230 “Dėl privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2003, Nr.70-3202.

14. Ligonių kasos: 2004-ųjų apžvalga

15. Ligonių kasos: 2005-ųjų apžvalga

16. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000

17. Privatus sveikatos draudimas: reali alternatyva vieninteliam finansavimo šaltiniui – PSDF „Gydymo menas“ 2005 m. Nr. 11 // http://www.medicine.lt/straipsnis.asp?StraipsnioID=6778

18. Sveikatos draudimas Lietuvoje. PHARE Sveikatos priežiūros reformos projektas Buivydas R. Černiauskas G. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1996

19. Sveikatos peržiūros finansavimo reforma Lietuvoje Sveikatos priežiūros reformos projektas Buivydas R. Černiauskas G. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998

20. Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. Buivydas R. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998

SUMMARY

Health system reforms have been talked about since 1988. The aim of these reforms was development of health insurance; therefore the first draft Law on Health Insurance was passed. It gave the start to legal regulations of mandatory health insurance.

After restoration of independence in Lithuania, the first steps in this direction were made. On October 23, 1990 the Seimas of the Republic of Lithuania (the then Supreme Board) adopted a law on the basics of social welfare. Six months later, these general provisions of the law were further developed in the Law on Social Insurance. In this way health insurance became a constituent part of social insurance. Since July 1, 1992, health institutions started to be financed from national budget through State Patient Fund. In 1993-1996 it entered into agreements with health institutions regarding service provision and remuneration of expenses pursuant to the prices established by the Ministry of Health. Law on Health Insurance was adopted five years after adoption of the Law on Social Insurance. Previously numerous draft laws were passed. Selection of model for health financing was discussed much, as there was an option to apply the so-called Bismark's or Beveridge's model. On May 21, 1996, the Seimas adopted final version of the Law. Since the very first versions, the selected version could be distinguished for its ability to integrate properties of both the models. The Beveridge's model offered distribution of finance by adopting national budget, where the Seimas establishes particular income tax portion to be allocated for health insurance contributions and contribution amount for the individuals insured by means of national budget. It should be noted that nearly half of all population may be attributed to this particular group of individuals. Moreover, it was decided to centralize price making and control of medical services. Analogy with Bismark's model may be evidence by the fact that payment for health services is carried out with reference to the contracts made by and between the territorial patient funds and health institutions. Within 1997-2005 the above Law was undergoing changes and therefore, since January 1, 2003 a new edition of this Law entered into force. It should be noted that within the terms of legislation of the Republic of Lithuania it means that within six years more than half of all the provisions of this Law were changed. Consequently, the Law had to be amended and supplemented once more despite of the fact that it took several years to develop this Law. Health insurance is both mandatory and supplementary. Services of mandatory health insurance, National Patient Fund and Territorial Patient Funds were assigned the function of implementation of mandatory health insurance.

Before 1997, health insurance tended to be only a part of social insurance. And since 1991, accumulated financial means for health insurance contributions tend to constitute a constantly increasing part of all financial means allocated for health care purposes. Within this period, SODRA started to gain a major role in health care financing. To induce contractual relations between the providers of health services and financing institutions, National Patient Fund was established in 1992. It's function was to sign agreements with national health institutions and allocate means received from budget for health care financing related with patient treatment. As much as 25 percent of health care budged was allocated in this way in 1992-1996. The remaining portion was allocated on the basis of estimates. Within 1990-1996, a system for registration of patients covered by social insurance was developed and control of health-related expenses was introduced. Experience of National Patient Fund enabled further development of contractual relations with municipality-owned health institutions. It was also the start of fight for patients among the major hospitals.

Mandatory health insurance fund budget is planned by coordinating funds required for payment for health services with forecasted number of payers as well as with state and health insurance taxes. It is also influenced by general economical condition of the country. Within the first years of health insurance, there was little difference between forecasted and actual income earned by mandatory health insurance fund budget. In 1997 earned income exceeded forecasted income by 0.58 percent only. In 1998 actually earned income was by 2.22 percent below the forecasted level. Within 1999-2001 the forecasted income was not earned and especially in 1999, when the budget failed to earn 10.47 percent of forecasted income. This was a result of Russian crisis. In 2002, earnings of mandatory health insurance fund budget exceeded the forecasted level by 4.98 percent, in 2003- 6.39 percent, 2004- 16.64 percent and in 2005- 22.33 percent respectively. A major portion of mandatory health insurance fund budget is used for the purposes of personal health care. In average, it makes over 2/3 of the total budget expenses. 1/5 of the budget is used for compensations for medicines and health care accessories.

Health insurance has been targeted to improve health care financing, use available resources more effectively and improve quality of health services. Attempts were made to integrate contributions and allowances (services). Nevertheless, implementation of these tasks has been a failure yet. Demographic composition of the Lithuanian population may serve as one of the reasons of this failure. The number of individuals who require public assistance in paying for health services considerably exceeds the number of individuals who can pay for health services by themselves. Consequently, current Lithuanian health insurance system is a kind of mixture of insurance-based and budget-financed resources, because health insurance is mandatory and health insurance

installments have not been associated with morbidity risk and personal installments. Spread of supplementary (independent) insurance is disturbed by such circumstances as absence of particular determination of which expenses should be compensated by mandatory health insurance. As a result, it is more complicated for privately owned health institutions to determine services that should be compensated by them. Nevertheless, demand for this kind of insurance is constantly growing as current health system is far from being effective. Surcharges on medicines and certain health services are constantly growing too.