

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
EKONOMIKOS IR FINANSŲ VALDYMO FAKULTETO
EKONOMIKOS KATEDRA

RŪTA KIRŠIENĖ

SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMO NEAKIVAIZDINIŲ STUDIJŲ
PROGRAMA

**DALINIAI MOKĖJIMAI UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS: JŲ
PRIEŽASTYS IR PASEKMĖS**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas:
Dr.doc. Gediminas Černiauskas

Vilnius,
2006

TURINYS

TERMINŲ SANTRUMPOS.....	3
IVADAS.....	5
1 skyrius SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS BŪTINUMAS LIETUVOJE.....	7
2 skyrius DISKUSIJŲ IR TEISĖS AKTŲ APIE SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMO REFORMĄ, LIEČIANČIŲ DALINIUS MOKĖJIMUS UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS, APŽVALGA.....	8
3 skyrius TEISĖ Į NEMOKAMĄ GYDYMĄ.....	23
3. 1. Teisė į nemokamą gydymą Lietuvos Respublikos Konstitucijoje ir įstatymuose.....	23
3. 2. Teisė į nemokamą gydymą tarptautiniuose teisės.....	26
dokumentuose ir kitų šalių konstitucijose.....	26
4 skyrius SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMAS.....	27
4. 1. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje.....	27
4. 2. Sveikatos priežiūros finansavimas Lietuvoje.....	30
4. 3. Lietuvos aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais vertinimas.....	39
5 skyrius VAISTŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMAS.....	40
6 skyrius NETEISĖTI MOKĖJIMAI MEDIKAMS.....	44
7 skyrius PRIVATI MEDICINA LIETUVOJE.....	45
8 skyrius TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	46
8. 1. Mokamų paslaugų apžvalga VšĮ Vilniaus universitetinėje Antakalnio ligoninėje ir VšĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje.....	46
8. 1. 1. Mokamos paslaugos VšĮ Vilniaus universitetinėje Antakalnio ligoninėje (VšĮ VUAL).....	48
8. 1.2. Mokamos paslaugos VšĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje.....	50
8. 2 Anketinė apklausa.....	52
8. 2. 1. Tiriamųjų atranka.....	52
8. 2. 2. Duomenų rinkimas ir tyrimo organizavimas.....	53
8. 2. 3. Apklausos anketa.....	53
8. 2. 4. Rezultatai ir jų aptarimas.....	54
PABAIGA.....	68
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	68
LITERATŪROS SARAŠAS.....	70
SANTRAUKA.....	75
PRIEDAI.....	

TERMINŲ SANTRUMPOS

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

SA – sveikatos apsauga

TSRS (SSSR) – tarybų (sovietų) socialistinių respublikų sąjunga

LSIC – Lietuvos sveikatos informacijos centras

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

VLK – Valstybinė ligonių kasa

SODRA – Valstybinė socialinio draudimo valdyba

LR – Lietuvos Respublika

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SARB – Sveikatos apsaugos reformos biuras

TLK – teritorinė ligonių kasa

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

AIDS – įgyto imunodeficito sindromas

Lt – litai

Mln – milijonai

Proc. - procentai

Mlrd. – milijardai

BVP – bendras vidaus produktas

ES – Europos Sąjunga

JT – Jungtinės tautos

EK – Europos komisija

LGS – Lietuvos gydytojų sąjunga

SDĮ – Socialinio draudimo įstatymas

PSD – Privalomasis sveikatos draudimas

TILS - „ Transparency international“ Lietuvos skyrius

STT – Specialiųjų tyrimų tarnyba

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

UAB – uždara akcinė bendrovė

SPI – sveikatos priežiūros įstaiga

SP – sveikatos priežiūra

VšĮ – viešoji įstaiga

VUAL – Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė

PSA – prostatos specifinis antigenas

DNR – dezoksiribonukleininė rūgštis

Tūkst.- tūkstančiai

VMUL – Vilniaus miesto universitetinė ligoninė

KMU – Kauno medicinos universitetas

PSP - pirminė sveikatos priežiūra

IVADAS

Visi sutinka, kad sveikata yra didžiausias turtas, kad jos neturint, visi kiti turtai pasidaro nereikalingi, todėl kiekvienas žmogus turėtų siekti kuo geresnės savo sveikatos būklės, kad galėtų kiek galima kokybiškiau gyventi. Tačiau sveikatos apsaugai niekada neskiriama tiek lėšų, kiek pacientai ir medicinos bendruomenė pageidautų sveikatos sistemai plėtoti, todėl kuo toliau, tuo aktualesnės darosi ir mokamos medicininės paslaugos. Viena svarbiausių problemų yra optimalus, ir kiek įmanoma teisingesnis, tų kad ir nedidelių sveikatos sektoriaus resursų paskirstymas. Šią problemą padėtų spręsti ir daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas.

Temos aktualumas

Su sveikatos apsauga yra susijęs kiekvienas žmogus nuo pat jo gimimo iki mirties. Todėl sveikatos apsaugos sistema, sveikatos politika, sveikatos apsaugos finansavimas liečia ir yra aktualus visiems piliečiams.

Tarybiniais laikais bent jau formaliai visos medicininės paslaugos buvo teikiamos nemokamai. Teko mokėti tik už kosmetologiją, dantų protezavimą brangiaisiais metalais, abortus. Vaistai ambulatoriniam gydymui buvo apmokami gyventojų, bet mažomis kainomis, nes valstybė subsidijavo importą. Privati medicina buvo draudžiama ir egzistavo už įstatymo ribų, kaip ir gyventojų padėkos medikams.

Per pastaruosius 16 metų įvyko gana ženklūs pokyčiai:

- susikūrė privatus sveikatos sektorius, kuris dalį pajamų gauna iš PSDF, o likusius iš gyventojų. Ypač ženklūs pokyčiai stomatologijoje;
- sugriuvus TSRS, valstybė nustojo subsidijuoti medikamentų pirkimą ir dabar dengia tik dalį išlaidų;
- sanatorinės – kurortinės paslaugos palaiptiesniui iš valstybės apmokamų, o vėliau apmokamų iš PSDF, perėjo į privačias rankas;
- Sveikatos sistemos įstatymu, Sveikatos draudimo įstatymu valstybė aiškiai apibrėžė atvejus, kada galima imti pinigus valstybinėse gydymo įstaigose;
- įteisintas papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas, tiesa, juo apsidraudusiųjų dar labai mažai.

Tačiau išlieka maži medikų atlyginimai ir nemaži neoficialūs mokėjimai medikams.

Daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas naudojami, siekiant įvairių tikslų:

- pritraukti papildomų lėšų į sveikatos sektorių;
- subalansuoti pasiūlą ir paklausą sveikatos paslaugoms;
- apriboti perteklinį paslaugų vartojimą;

- padidinti piliečių atsakomybę už sveikatą;
- legalizuoti neteisėtus mokėjimus medikams;
- sumažinti valstybės išlaidas, siekiant subalansuoti biudžetą ir sumažinti mokesčius.

Daliniai mokėjimai turi ir daug minusų:

- aukštas jų lygis gali sumažinti paslaugų prieinamumą;
- dalis žmonių abejoja dėl jų moralumo;
- paslaugų vartojimo ribojimas gali atnešti nuostolių dėl uždelstos gydymo pradžios;
- šie mokėjimai nėra labai patrauklūs politiškai;
- jei daroma daug išimčių (vaikams, pagyvenusiems, neįgaliesiems, nėščiosioms ir t.t.) dalinių mokėjimų administravimas gali tapti brangiu ir priemonė neatsipirks.

Tyrimo objektas:

Daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. mokamos medicininės paslaugos ligoninėse, vaistų kompensavimo tvarka, žmonių požiūris į dalinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas.

Hipotezės:

- daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas nėra žmonėms labai patrauklūs;
- ligoninėse atliekama nedaug mokamų medicininių paslaugų ir už jas gaunamos lėšos sudaro tik labai mažą ligoninių biudžeto dalį;
- yra išstobulintos vaistų kompensavimo metodikos, kurias galbūt būtų galima pritaikyti ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms.

Darbo tikslas:

Ištirti dalinių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas priežastis ir pasekmes.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti įstatymus ir kitus teisės aktus, reglamentuojančius mokamas medicininės paslaugas.
2. Apžvelgti vaistų kompensavimo tvarką.
3. Ištirti kokios mokamos paslaugos teikiamos, kiek jų teikiama ir kaip kinta jų apimtys dviejose Vilniaus ligoninėse.
4. Išsiaiškinti atskirų grupių (medikų, pacientų, studentų medikų, teisininkų) požiūrį į šiuo metu esantį sveikatos apsaugos finansavimą, dalinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas.

Šaltiniai naudoti darbo tikslui pasiekti ir uždaviniams įgyvendinti- tai įstatymai, kiti teisės aktai, mokslinė literatūra, straipsniai, ligoninių finansinės ataskaitos, kasos čekiai, taip pat anketinė respondentų apklausa.

1 skyrius SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS BŪTINUMAS LIETUVOJE

Šiuolaikinis sveikatos mokslas įrodo, kad žymiai pigiau ir efektyviau ligų išvengti, negu jas gydyti. Sveikatos ugdymas ir jos išsaugojimas tapo svarbiausia sveikatos politikos sritimi.

Per pastaruosius du dešimtmečius sveikatos politika pasaulyje susidūrė su didele paslaugų kaštų augimo problema. Išlaidų sveikatos apsaugai augimą sukėlė gyventojų senėjimas, gausėjančios lėtinės ligos ir invalidumas, o iš kitos pusės- gerėjančios medicinos technologijos, nauji ligų gydymo metodai, nauji vaistai bei vis didėjantys visuomenės reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei [69].

Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, mažėja gimstamumas, didėja migracija, daugėja pagyvenusio amžiaus žmonių. 2005 m. sausio 1 d. šalyje gyveno 3 milijonai 425 tūkstančiai gyventojų, tai 20,5 tūkst. mažiau negu 2004 m. pradžioje. Nuo 1992 m. gyventojų skaičius Lietuvoje sumažėjo 281 tūkstančiu arba 7,6 proc. Gyventojų senėjimo procesą nulemia dvi pagrindinės priežastys- dėl mažo gimstamumo mažėja vaikų, o dėl pailgėjusios vidutinės gyvenimo trukmės gausėja pagyvenusio ir senyvo amžiaus gyventojų. Per penkiolika metų gimstamumas Lietuvoje sumažėjo beveik 2 kartus. Mirtingumas per penkiolika metų labai svyravo: 1990-1994 m. mirtingumas padidėjo 17,6 proc., 1995-2000 m. sumažėjo 11,2 proc., 2001-2004 m. vėl padidėjo. 2004 m. mirė 350 asmenų daugiau negu 2003 m., mirtingumo rodiklis viršijo 1996 m. lygį ir pasiekė 12/1000 gyventojų. 2004 m. vyrų mirtingumas buvo beveik trečdaliu (28,3 proc.) didesnis negu moterų. Natūralusis gyventojų prieaugis jau daugelį metų yra neigiamas ir 2004 m. jis buvo -3,2/1000 gyventojų (šaltinis- LSIC)[71].

Rytų ir Vidurio Europos šalyse resursų efektyvumu susirūpinta pereinamuoju į rinkos ekonomiką laikotarpiu. Apie 1990 m. visoje Europoje prasidėjo dideli sveikatos politikų debatai, kaip vadovaujantis solidarumo principu ir laikant sveikatą didžiausia socialine vertybe, kontroliuoti sveikatos paslaugų kainų augimą, kad nepablogėtų paslaugų prieinamumas. Todėl visos Europos šalys vykdo sveikatos reformas. Labai svarbu, kad būtų užtikrinta geresnė išlaidų kontrolė, aukštesnis produktyvumas bei efektyvumas, taip pat, kad pasikeistų žmonių mąstysena ir moralė. Būtina išsaugoti visapusiškai prieinamą būtinąją medicinos pagalbą, pagerinti sveikatos santykių socialinį teisingumą taip, kad visoms gyventojų socialinėms grupėms būtų užtikrinama vienoda sveikatos priežiūra.

Sveikatos sistemos reformos vykdomos tada, kai sistema nepatenkina gyventojų poreikių, kai sistema yra ekonomiškai neefektyvi dėl per didelių kaštų, kai ji neefektyvi dėl neteisingo valdymo bei, kai sistema nesprendžia esminių sveikatos problemų. Reformos sėkmė

priklauso ne tik nuo to, kiek sutaupoma biudžeto, bet ir nuo to, kiek pagerėja žmonių sveikata[69].

Reformų Europos šalyse vyksmo turinys yra Liubianos chartijos, kuri priimta 1996m. Slovėnijoje, atspindys. Šios chartijos būtinumą padiktavo Centrinės ir Rytų Europos šalių vyriausybės reikalavimas Pasaulinei sveikatos organizacijai ieškoti naujų mokslo įrodymų reformų vykdymui, pereinant į rinkos ekonomikos sąlygas. Todėl PSO paraginti mokslininkai ir praktikai suformulavo pagrindinius principus, kuriuos rekomendavo naudoti šalių vyriausybėms planuojant ir vykdant sveikatos reformas. Chartijoje išvardinti svarbiausi sveikatos reformų proceso elementai: struktūriniai pertvarkymai, o ne paprasti evoliuciniai pasikeitimai, nauji sveikatos politikos tikslai pertvarkant institucijas, o ne atsitiktiniai pokyčiai ar vienkartinė „iš viršaus į apačią“ nukreipta politika, bet dėsninga, patikima ir ilgalaikė pertvarka, be to pabrėžiama, kad ją turi remti nacionalinės, regioninės ir vietinės valdžios struktūros.

Liubianos chartijoje buvo nubrėžti tokie pagrindiniai principai- kad sveikatos reformos Europoje turi:

- remtis etinėmis vertybėmis;
- siekti sveikatos gerėjimo;
- tenkinti gyventojų poreikius;
- gerinti kokybę;
- remtis patikima finansavimo sistema;
- orientuotis į pirminę sveikatos priežiūrą [69].

2 skyrius DISKUSIJŲ IR TEISĖS AKTŲ APIE SVEIKATOS APSAUGOS FINSANSAVIMO REFORMĄ, LIEČIANČIŲ DALINIUS MOKĖJIMUS UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS, APŽVALGA

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, sveikatos politikos kūrėjai visą dėmesį sutelkė į struktūrinius ir institucinius pokyčius, rinkos mechanizmus, sveikatos draudimo sistemos kūrimą, pirminės sveikatos priežiūros reformas bei naujo požiūrio į visuomenės sveikatą formavimą.

Net ir sovietinės okupacijos metais Lietuvos mokslininkai sugebėjo palaikyti santykius su užsienio šalimis, nes turėjo gerus ryšius su Pasauline sveikatos organizacija (PSO) ir gerą sveikatos informacinę sistemą

Bendradarbiauti su PSO pradėta 1971-1972 m. širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologijos bei profilaktikos srityje. Tai davė pradžią ilgalaikiams kontaktams ne tik su

PSO, bet ir su kitais Europos bei pasaulio sveikatos ir medicinos mokslo centrais. Sovietmečiu bendradarbiavimas su PSO buvo vienintelis būdas užmegzti ilgalaikius tarptautinius ryšius [45].

1988 m. įsteigtas Tarpžinybinis komitetas, kuriam vadovavo tuometinis Sveikatos apsaugos ministras dr. J. Platūkis. Komiteto veikloje dalyvavo socialinių reikalų, švietimo, žemės ūkio, aplinkos apsaugos, pramonės, vidaus reikalų ministrų pavaduotojai, bei žiniasklaidos ir bažnyčios atstovai. Tai buvo bandymas sveikatos problemoms suteikti politinį pagrindą bei pasidalinti atsakomybe su kitomis žinybomis. Deja, tuometinės politinės struktūros nepalaikė sveikatos apsaugos politikos orientavimo į ligų išvengimą, tausojant gyventojų sveikatą ir sudarant sąlygas ja rūpintis, į sveikatos mokymą ir ugdymą, bei ligų profilaktiką [69]. Tačiau medikai pradėjo plačias diskusijas apie sveikatos priežiūros sistemos pertvarką, pabrėždami bendruosius būsimos sveikatos politikos aspektus: pereiti nuo finansavimo iš smunkančių mokesčių prie finansavimo iš sveikatos draudimo įmokų, pagal principą „pinigai seka paskui pacientą“, atskirti valstybinį Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus administravimą nuo Sovietų sąjungos administravimo, laipsniškai atsisakyti finansavimo pagal sąmatas [41].

Į nepriklausomybę Lietuva įžengė turėdama Semaškos sveikatos apsaugos organizavimo modelį. Sveikatos apsaugos sistema buvo labai brangi, centralizuoto valdymo, vietos valdžios iniciatyvos ir atsakomybės neskatinanti, be sveikatos įstatymų, superspecializuota, ydingai ir nepakankamai finansuojama. Sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimai buvo labai maži (mažesni už pramonės sektoriuje dirbančiųjų algą), o imtis privačios praktikos nebuvo leidžiama. Taip pat buvo prastos medicinos technologijos, nepakankamas sveikatos mokymas, sveikos gyvensenos ir ligų profilaktikos trūkumas [69]. Nepaisant to, kad, atsižvelgiant į gyventojų skaičių, gydytojų skaičius Lietuvoje maždaug dvigubai viršijo Europos vidurkį, medicinos paslaugos nebuvo lengvai prieinamos. Buvo įprasta neoficialiai mokėti medikams už suteiktas paslaugas. Tokie mokėjimai sudarė net 10% visų išlaidų sveikatos priežiūrai [37]. Nuolatos trūko vaistų. Be to, egzistavo nelygybė, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, nes nomenklatūra ir kai kurių ūkio šakų darbuotojai turėjo galimybę naudotis specialiomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Svarbų vaidmenį tuomet suvaidino PSO koncepcija „Sveikata visiems-2000“, reikalavusi Lietuvos politikų reakcijos į šią strategiją.

1990 m. kovo 11 d. atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, visų sričių specialistai pradėjo planuoti ateitį sekant, išsivysčiusių šalių pavyzdžiu. Todėl PSO koncepcija „Sveikata visiems-2000“ tapo akstinu medikų dialogui. Pradėta diegti modernioji visuomenės sveikatos samprata, grindžiama sveikatos tausojimu ir ugdymu [69].

Tikraja Pasaulinės sveikatos organizacijos nare Lietuva tapo 1991 m., viena pirmųjų iš buvusių sovietinių šalių.

1991 m. sausio 31 d. išleistas įstatymas Nr. I-1025 „Lietuvos Respublikos Farmacinės veiklos įstatymas“, reglamentuojantis farmacinę veiklą Lietuvos Respublikoje [2].

1991 m. gegužės 3 d. priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 169 „Dėl savanoriškojo sveikatos draudimo“, kuriuo LR Vyriausybė nutaria leisti „valstybinėms ir privačioms sveikatos draudimo įstaigoms bei įmonėms kurti savanoriškojo sveikatos draudimo sistemas; valstybinėms gydymo ir profilaktikos įstaigoms teikti papildomas, privačioms gydymo ir profilaktikos įmonėms- visas sveikatos apsaugos paslaugas savanoriškojo sveikatos draudimo pagrindu“ [14].

1991 m. gegužės 21 d. išleistas „Lietuvos Respublikos Valstybinio Socialinio draudimo įstatymas“, kuris davė pradžią privalomojo socialinio draudimo plėtrai nacionaliniu lygmeniu [3]. Jame nustatyta:

- 3 procentiniai punktai socialinio draudimo įmokos, tarifo (apmokestinamas darbo užmokesčio fondas) skiriami sveikatos priežiūrai ir apie 2 procentiniai punktai skiriami išmokoms laikino nedarbingumo dėl sveikatos atveju;

- įdiegta sistema apėmė dalį su sveikatos priežiūra susijusių išmokų (vaistų ir sanatorinio gydymo kompensavimą);

- įdiegta valstybinė socialinio draudimo valdyba (SODRA) su vietos padaliniais kiekvienoje savivaldybėje [41].

1991 m. birželio 6 d. išleistas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Sveikatos apsaugos įstaigų teikiamų, mokamų medicininių paslaugų maksimalios kainos“ [20].

Lietuvos gydytojų VI suvažiavimas, įvykęs 1989 m. gegužės 18-20 dienomis, atkūręs Lietuvos gydytojų sąjungą ir įvertinęs Lietuvos žmonių sveikatos problemas bei sveikatos apsaugos būklę, priėmė rezoliuciją, įpareigojusią Lietuvos gydytojus parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją pagal naujuosius visuomenės sveikatos principus, kuriuos pateikė PSO.

Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba 1991 m. spalio 30 d. priėmė nutarimą „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. Koncepcijoje išreikštas politinis valstybės siekis įgyvendinti aktyvią ir į pirminę sveikatos priežiūrą bei prevenciją orientuotą sveikatos politiką. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje nurodyta, kad „nacionalinė sveikatos politika įgyvendinama, naudojant ekonominius švertus“. „Medicinos pagalba yra mokama - tai pagrindinis sveikatos apsaugos politikos ekonominis teiginys. Apmokėjimas faktiškai yra mišrus: per nacionalinį ar vietinį biudžetą, per draudimo instancijas arba apmokant tiesiogiai. Lėšos į gydymo įstaigas patenka tiesiai iš paciento draudimo sąskaitos“. „Egzistuojantis centralizuotas biudžetinis finansavimas keičiamas mišriu biudžetiniu-draudiminiu, papildytu lėšomis už specialiuųjų paslaugų teikimą bei labdaros įplaukomis.

Sveikatos draudimas yra privalomasis ir savanoriškasis.“ „Didinant sveikatos apsaugos įstaigų darbo efektyvumą, joms suteikiamas ūkinės bei ekonominės veiklos savarankiškumas.“ „Greta privalomojo ir savanoriškojo draudimo, sudaromi medikų ir medicinos įstaigų draudimo fondai. Jų tikslas- mokėti kompensacijas pacientams medicininės klaidos atvejais“ [13].

Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje galima išskirti dvi pagrindines idėjas, kurios prasiskverbė į visus vėliau priimtus politinius dokumentus, įstatymus bei iki šiol truncančias diskusijas apie sveikatos apsaugos reformą:

- rinkos (pvz., pasirinkimas, efektyvumas, ekonominė laisvė, konkurencija ir pan.) idėjos;

- socialinio solidarumo (teisingumas, lygybė, garantijos, rėmimas, išteklių perskirstymas ir pan.) idėjos [54].

1991 m. pradėtas valstybinio sveikatos priežiūros administravimo decentralizavimas- pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir dauguma antrinės sveikatos priežiūros įstaigų perduota savivaldybių kompetencijai ir šių įstaigų finansavimas pradėtas vykdyti per savivaldybių biudžetą.

1992 m. gegužės 26 d. priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl ne pelno organizacijų (įmonių) įstatų pagrindinių nuostatų patvirtinimo“. Jame sveikatos apsaugos įstaigos priskirtos ne pelno organizacijoms ir 4.2 str. nurodyta, kad jos kaip ir kitos ne pelno organizacijos, gali nustatyti savo produkcijos ir teikiamų paslaugų kainas, įkainius ir tarifus [15].

1992 m. sausio 10 d. įkurta Valstybinė Ligonių kasa. Ji įkurta 1991 m. pabaigoje priimtu LR Vyriausybės nutarimu „Dėl sveikatos apsaugos finansavimo 1992 metais“. Valstybinės ligonių kasos pagrindiniai veiklos principai yra šie:

- Valstybinė ligonių kasa (VLK) finansuoja respublikinio pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigas, naudodama valstybinio biudžeto asignavimus;

- asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansuojamos pagal sutartis su VLK, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį;

- stacionariųjų paslaugų, kurios sujungtos į grupes pagal tarptautinę ligų klasifikaciją, kainos nustatomos SAM. Ambulatorinės paslaugos apmokamos pagal SAM nustatytą įkainį kiekvienam gyventojus. Į kainas, kurios yra diferencijuotos pagal įstaigų tipus (universitetinės, didžiosios regionų ir kt. ligoninės), siekiama įtraukti visas einamąsias išlaidas;

- finansuojant įstaigas avansiniai mokėjimai derinami su atsiskaitymais už suteiktas paslaugas. Bendra visų įstaigų metinio finansavimo apimtis turi sutapti su biudžetiniais asignavimais [42].

1993 m. gruodžio mėn., siekiant į sveikatos reformos procesą plačiau įtraukti medicinos ir plačiąją visuomenę, prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos įkurtas Sveikatos apsaugos

reformos biuras (SARB). SARB tarybos sesijos vykdavo kas 1-2 mėnesius, sutraukdamos plačią medicinos specialistų auditoriją. Tokiu būdu, vyko nacionalinis dialogas sveikatos sistemos reformos klausimais, apimančiais veiksmus, kuriuos būtina padaryti sveikatos bei medicinos personalo rengimo, pirminės sveikatos priežiūros grandies, stacionarinės pagalbos optimizavimo, reabilitacijos sistemos restruktūrizacijos, šių procesų ekonominio pagrindimo srityse. SARB veikla buvo teigiamai vertinama tarptautiniu mastu [45].

1994 m. liepos 19 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą, sudariusį teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai. Sveikatos sistemos įstatymo 11 str. numatyta, kad „Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia šių rūšių sveikatos priežiūros paslaugas:

1. Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai tiesiogiai nemoka sveikatos priežiūros įstaigoms, o jos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų;

2. Mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija“ [4].

Šio įstatymo pakeitimo įstatyme [5] 47 str. nurodoma, kad valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių sveikatos fondų lėšų.

49 str. 5 dalyje nurodoma „valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Jei pacientai turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų, bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys“ [5].

1996 m. gegužės 21 d. išleistas Lietuvos Respublikos Sveikatos Draudimo įstatymas, kuris nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomo sveikatos draudimo sistemą. Jame nurodyta, kad visi Lietuvos Respublikos gyventojai turi būti apdrausti. Jeigu asmuo neapdraustas, už sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas, moka pats. Sveikatos draudimo lėšos kaupiamos sveikatos draudimo įmokų ir valstybės biudžeto įmokų pagrindu. Šio įstatymo 8 str. nurodoma, kokios asmens sveikatos priežiūros paslaugos

apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. 9 str. nurodyta vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas draudžiamiesiems.

1. „Draudžiamiesiems kompensuojamos išlaidos būtiniams vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, išrašytiems ambulatoriniam gydymui. Būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Išlaidos, skirtos ambulatoriniam gydymui būtiniams vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti, kompensuojamos pagal bazines kainas, kurias apskaičiuoja Sveikatos apsaugos ministerija Vyriausybės nustatyta tvarka.“

2. Visa bazinė būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kaina kompensuojama:

2.1. vaikams iki 3 m;

2.2. I gr. invalidams;

2.3. draudžiamiesiems, susirgusiems ligomis, įrašytomis į Sveikatos apsaugos ministerijos bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos patvirtintą sąrašą [6].

1997 m. birželio 19 d., Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 5, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34, 40, 45 str. pakeitimo ir papildymo įstatyme“ praplėstas sąrašas, kam yra kompensuojama visa bazinė būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kaina. 9 str. 2 dalis papildyta:

2.4. vaikams invalidams iki 16 m.;

2.5. vaikams, nukentėjusiems Černobylio atominės elektrinės avarijos metu ir kt.

3. 80 proc. bazinės vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainos kompensuojama:

3.1. vaikams nuo 3 iki 16 m.

3.2. II ir III gr. invalidams bei kitiems nedirbantiems asmenims, gaunantiems arba turintiems teisę gautą valstybinio socialinio draudimo pensiją.“[7].

Šiame įstatyme praplėstas sąrašas, kam yra kompensuojama 80 proc. bazinės vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainos.

3.3. nedirbantiems pensinio amžiaus asmenims [7].

1999 m. liepos 1 d. „Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. pakeitimo ir papildymo įstatymo“ 9 str. 3 dalis papildyta:

„3.4. apdraustiesiems kuriems diagnozuotos ligos, sindromai ir būklės, įrašyti į Sveikatos apsaugos patvirtintą sąrašą“.

Taip pat 9 str. papildytas 4 dalimi: „50 proc. bazinės kompensuojamų vaistų ambulatoriniam gydymui kainos kompensuojama apdraustiesiems, kuriems diagnozuotos ligos, sindromai ir būklės, įrašyti į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą“.

9 str. 5 dalyje skelbiama, kad „vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos draudžiamiesiems, hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose

apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai draudžiamasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju draudžiamasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir draudžiamąjį pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonės kainų skirtumą.“

10 str. nurodyta sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidų kompensavimo išlaidų tvarka.

11 str.- galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensavimas.

Taip pat šio įstatymo 32 str. ir 35 str. nustatyta, kad kiekvienoje apskrityje turi būti įkurti regioniniai Valstybinės ligonių kasos padaliniai-po vieną teritorinę ligonių kasą (TLK) su stebėtojų tarybomis.

Šio įstatymo IX skyrius reglamentuoja papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą [8].

1996 m. liepos 3 d. išleistas „Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymas“. Jo 4 str. „Viešosios įstaigos teisės ir pareigos“ rašoma: „įstatuose numatyti veiklai vykdyti viešoji įstaiga gali teikti mokamas paslaugas, atlikti sutartinius darbus, bei nustatyti jų kainas“. 13 str. „Viešosios įstaigos lėšos“ šalia kitų lėšų pažymėtos ir „ pajamos už paslaugas ir sutartinius darbus“ [9].

1996 m. birželio 6 d. priimtas „ Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas“, nustatantis sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus [10].

1996 m. spalio 3 d. priimtas „ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, reglamentuojantis paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą, paciento teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą, diagnostikos bei gydymo metodikas, paciento teisę į informaciją, teisę atsisakyti gydymo, paciento teisę nežinoti, teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, teisę skųstis, taip pat paciento teisę į žalos atlyginimą ir šios teisės įgyvendinimo tvarką [11].

1997 m. birželio 24 d. „Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į Valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas“ nustato sveikatos priežiūros reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros

viešąsias įstaigas tvarką ir nurodo, kad šis reorganizavimas turi būti baigtas iki 1997 m. spalio 1 d. [12].

1995 m. rugsėjo 18 d. Sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme Nr. 483 „Dėl mokamų paslaugų ir patarnavimų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose sąrašų patvirtinimo“ nurodomos mokamos papildomos paslaugos teikiamos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurios yra nebūtinės ligonių gydymui ir tiesiogiai nesusijusios su medicinos paslaugomis bei procedūromis, tai: stacionaro lovos nuoma ligonio slaugymui, vienvietė palata ligoniui, papildomas maistas, sveikatos priežiūros inventoriaus nuoma, transporto paslaugos, kitos papildomos paslaugos. Taip pat šio įsakymo 2 priede nurodytas mokamų paslaugų ir patarnavimų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose ligoniui mirus, sąrašas [21].

1995 m. gruodžio 8 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybė priėmė nutarimą „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų nustatymo darbingiems bet be svarbių priežasčių nedirbantiems asmenims, kuris paskelbtas „Valstybės žiniuose“ 1995-12-15, Nr. 102 [16].

1996 m. kovo 5 d. priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 308 „Dėl valstybės ir savivaldybių remiamų (nemokamų) bei mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikimo, kainų nustatymo ir mokėjimo už jas laikinosios tvarkos ir mokamų paslaugų sąrašo“. Jame nurodyta, kad valstybės ir savivaldybių remiamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, yra tos, už kurias apmokama iš Lietuvos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžeto. Už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose, susimoka Lietuvos Respublikos piliečiai, asmenys, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje, ir užsienio piliečiai. Teisę į valstybės ir savivaldybių remiamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą turi Lietuvos Respublikos piliečiai, asmenys, nuolat gyvenantys Lietuvoje, ir nepilnamečiai jų vaikai. Kiekvienas nuolatinis gyventojas, apsilankęs valstybinėje ar savivaldybės poliklinikoje pagal gyvenamąją vietą, pasirenka pirminės sveikatos priežiūros gydytojus- bendros praktikos gydytoją, bendros praktikos gydytoją stomatologą, akušerį-ginekologą, psichiatrą. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojais nemokamai organizuoja kiekvieno paciento sveikatos tyrimą, diagnozės nustatymą, gydymą valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose ir lankymą namuose. Dantų protezavimo paslaugos, išskyrus dantų protezavimą, naudojant tauriuosius metalus ir mokesčių už šiuos protezus, teikiamos nemokamai tik Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatytoms gyventojų grupėms. Visi kiti nuolatiniai gyventojai apmoka visas dantų protezavimo išlaidas. Gydytojais ir slaugos specialistais pirmąją medicinos pagalbą ir nestacionarinę ar stacionarinę skubią medicinos pagalbą visose valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose visiems asmenims teikia nemokamai.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos išskyrus, pirmąją ir skubią medicinos pagalbą, teikiamos valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, yra mokamos, kai:

1. Pacientas, neturėdamas pirminės sveikatos priežiūros gydytojo, gydytojo specialisto-konsultanto siuntimo, pats pasirenka:

1.1. valstybinę ar savivaldybių antrinio ar tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigą;

1.2. medicininės reabilitacijos paslaugas;

1.3. papildomas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Kreipiasi darbingi, bet be svarbių priežasčių nedirbantys asmenys.

3. Kreipiasi asmenys be pilietybės ir užsienio valstybių piliečiai, kurie nėra nuolatiniai Lietuvos Respublikos gyventojai (jeigu tarptautinėse sutartyse nenurodyta kitokia sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka).

Prie papildomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, pasirenkamų paties paciento, kuris gydomi sveikatos priežiūros įstaigoje, priskiriamos paslaugos nesusijusios su pagrindinės ligos gydymu, taip pat kai nėra ūmaus kito susirgimo ir jis nereikalauja stacionarinio gydymo. Pacientas gali naudotis visomis mokamomis ne medicinos paslaugomis, teikiamomis asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Sveikatos apsaugos ministerija gali leisti, atliekant diagnostinius tyrimus ar kitokias medicinos procedūras, imti iš paciento mokestį už brangius reagentus, jei šių reagentų, reikalingų vienam tyrimui ar gydymo procedūrai atlikti, kaina yra didesnė už nustatytą išlaidų medikamentams ir tvarsliavai, skirtiems vienam pacientui per parą, sumą.

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, suderinusi jas su Valstybine konkurencijos ir vartotojų teisių gynimo tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Sveikatos apsaugos ministerija, apskaičiuodama šių paslaugų kainas, gali taikyti balų sistemą.

Informacija apie teikiamas mokamas paslaugas, galiojančias jų kainas, apmokėjimo už šias paslaugas tvarką, naudojamų medžiagų ir kitų gydymo priemonių kainas, kurios nėra įtrauktos į bendrą asmens sveikatos priežiūros paslaugos kainą, skelbia valstybinės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Prieš suteikiant pacientui tam tikrą mokamą paslaugą, jam turi būti pasakyta jos kaina ir naudojamų medžiagų bei kitų priemonių kaina, jeigu jos neįtrauktos į bendrą paslaugos kainą. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas privalo sudaryti galimybę pacientams susipažinti su kainynu ar jo dalimis.

Mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose:

- nėštumo nutraukimas, kai nėra medicininių indikacijų;

- ankstyvas nėštumo diagnozavimas pagal šlapimo tyrimą;

- nevaisingumo priežasčių tyrimas;
- akupunktūra ir manualinė terapija;
- sveikatos tikrinimas;
- papildoma individuali ligonio priežiūra ir slauga;
- budėjimas ligonio namuose;
- greitosios medicinos pagalbos melagingas iškvietimas, arba iškvietimas, esant lengvam ar vidutiniam girtumui;
- medicininis girtumo laipsnio nustatymas;
- anoniminis piktnaudžiaujančių alkoholiu, narkotikais ir kitomis nuodingosiomis medžiagomis gydymas;
- AIDS sertifikato išdavimas;
- kosmetinės chirurginės operacijos;
- dermatologo kosmetinės procedūros;
- kosmetologinės procedūros;
- pirmosios pagalbos suteikimas ir kitoks mokymas;
- užsienio piliečių gydymas;
- stomatologinės paslaugos:
 - dantų protezavimas;
 - dantų implantacija;
 - terapinės ir chirurginės stomatologo paslaugos suaugusiems;
 - stomatologinės paslaugos užsienio piliečiams (paslaugos kaina apskaičiuojama Lietuvoje galiojančias stomatologinių paslaugų kainas padauginus iš koeficiento 4);
- paslaugos ligoniui mirus:
 - mirusiojo paruošimas laidoti;
 - mirusiojo audinių fiksavimas;
 - ir kt.
- ne medicinos paslaugos:
 - vienvietė palata ligoniui;
 - stacionaro lovos nuoma ligoniui slaugyti;
 - papildomas maistas;
 - sveikatos įstaigos inventoriaus nuoma;
 - kitos papildomos paslaugos [17].

1996 m. kovo 21 d. išleistas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 164 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainyno ir vieno balo

kainos patvirtinimo“. Jame patvirtintos mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikiamų valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose kainos ir vieno balo kaina - 0,0143 Lt, kuri taikoma valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose skaičiuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas [22].

1996 m. liepos 18 d. išleistas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 390 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apskaitos ir panaudojimo tvarkos tvirtinimo“. Jame nurodyta, kad lėšos, gautos už teikiamas asmens sveikatos priežiūros mokamas paslaugas ir patarnavimus, apskaitomos specialiuju lėšų sąskaitoje. Pinigai už asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokami į įstaigos kasą, išrašant kvitą. Už mokamas paslaugas ligonis sumoka visą sumą. Jei gydymo eigoje pacientas norės papildomo tyrimo ar gydymo, jis mokės papildomai [23].

Dar 1996 m. bendra LR Sveikatos apsaugos ministerijos ir akademinų institucijų iniciatyva sukurta darbo grupė pradėjo rengti Nacionalinę sveikatos programą. Ši programa rengta remiantis PSO sveikatos problemų suvokimu bei šios organizacijos priimta doktrina „Sveikata visiems“ [45]. 1996 m. birželio mėn. Lietuvos sveikatos programą aprobavo SAM kolegija. 1996 m. spalio mėn. jai pritarė Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje ši programa aptarta dalyvaujant PSO bei kitų Europos šalių ekspertams, po to pateikta svarstyti Seimui [55].

„Sveikata visiems XXI a.“ – tai pasaulinė sveikatos deklaracija, priimta 1998 m. gegužės mėn. PSO penkiasdešimt pirmojoje asamblėjoje. Joje PSO valstybės narės, tame tarpe ir Lietuva, dar kartą patvirtino savo įsipareigojimus, išdėstytus PSO Konstitucijoje, kad siekis būti kuo geresnės sveikatos yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių. Todėl ir toliau skatinama gerbti ir vertinti kiekvieną žmogų, turintį lygias teises bei pareigas ir besidalijanti atsakomybe už visuomenės sveikatą [69][60].

1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 Lietuvos sveikatos programa buvo patvirtinta Seime.

Lietuvos sveikatos programoje numatyta, kad įgyvendinant sveikatos draudimą, tolesnę išteklių paskirstymo strategiją lemia du principai:

1) tolygus gyventojų finansavimas. Tokiu būdu galėtų būti sprendžiamos problemos, susijusios su gyventojų sveikatos būklės gerėjimo užtikrinimu. Būtina didesnę lėšų dalį nukreipti į gyventojus kaip į potencialius pacientus. PSP plėtra (ypač prevencijos bei prieinamumo aspektais) kartu su sveikatos priežiūros integravimu į socialinių paslaugų plėtros programą – tai prielaida, kad potencialūs pacientai netaps realiais pacientais. Toks problemos sprendimas užtikrina santykinį išlaidų minimizavimą, mažėjant pacientų, gydomų stacionaruose srautui;

2) sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas atsižvelgiant į naudingumą. Prioritetiškai turi būti finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos ir atitinkamos medicinos technologijos, kurios užtikrina kuo didesnę naudą pacientams. Priimant sprendimus dėl prioritetų, vertėtų analizuoti, kiek papildomų paciento kokybiško gyvenimo metų užtikrina alternatyvios sveikatos priežiūros technologijos.

Tolygus gyventojų finansavimas turi būti užtikrintas privalomojo sveikatos draudimo lėšas skirstant teritorinėms ligonių kasoms pagal jų aptarnaujamą gyventojų skaičių [55].

1998 m. birželio mėn. LR Seimo nutarimu Nr. VII-798 buvo patvirtinti Nacionalinės sveikatos tarybos nuostatai bei jos sudėtis. Nacionalinė sveikatos taryba ėmė rengti metinius pranešimus, kuriuos, išanalizuodama Lietuvos gyventojų sveikatos situaciją, pristato Seimui. Tai, kad sveikatos reikalai išklausomi Seime, yra labai svarbu, nes atkreipia tiek aukščiausios Lietuvos valdžios, tiek ir visuomenės dėmesį į spręstinas sveikatos problemas [45].

1999 m. liepos 30 d. priimtas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. Jame patikslintas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, sąrašas ir nustatytos naujos kainos, taip pat nurodyta mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarka. Šiame įsakyme nurodyta, kad už mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios suteikiamos sveikatos priežiūros įstaigoje moka patys pacientai arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys ir savanoriškojo draudimo įstaigos. Sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra išvardintos mokamų paslaugų sąrašė ir nepriskirtos būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms, teikiamoms sveikatos priežiūros įstaigose nuolatiniams šalies gyventojams, apmoka patys pacientai, arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys bei savanoriškojo draudimo įstaigos, kai:

1) pacientas yra neapdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl paslaugų suteikimo;

2) pacientas, neturėdamas pirminės sveikatos priežiūros gydytojo ar gydytojo specialisto siuntimo, pats kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą. Tuo atveju, jei pacientas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir gydytojas specialistas nustato, kad pacientas kreipėsi pagrįstai, tolimesnio gydymo išlaidos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;

3) paciento pageidavimu teikiamos papildomos paslaugos. Prie papildomų priskiriamos paslaugos, kurias pasirenka pacientas ir jos nėra susijusios su pagrindinės ligos gydymu, o

priklauso kitam lydinčiam susirgimui ir gali būti teikiamos tik leidus tuo metu pacientą gydančiam gydytojui;

4) sudarytų tarpusavio sutarčių pagrindu, privačių įstaigų gydytojų siuntimu pacientams teikiamos paslaugos valstybės ir savivaldybių viešosiose įstaigose;

5) sveikatos priežiūros įstaiga yra išnaudojusi lėšas, numatytas sutartyje su teritorine ligonių kasa, ir įstaigos administracija matomoje vietoje yra paskelbusi, kad laikinai, dėl lėšų trūkumo, negali teikti tam tikrų planinio gydymo paslaugų, o apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu pacientas, norėdamas gauti paslaugą skubos tvarka, sutinka pats už ją sumokėti;

6) sveikatos priežiūros įstaigose paslaugos teikiamos užsienio piliečiams, jei tarptautinėse sutartyse nenurodyta kitokia sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka.

Teikiant asmens sveikatos priežiūros įstaigose stomatologijos paslaugas:

1) gyventojai (išskyrus vaikus ir paauglius iki 18 m.) moka už plombines medžiagas, atsižvelgiant į sunaudotų šių medžiagų kiekį ir tuo metu galiojančias kainas;

2) nustatytų gyventojų kategorijų dantų protezavimo išlaidos vienam gyventojui gali būti kompensuojamos ne dažniau kaip 3 m.- nuimami plokšteliniai protezai, 5 m.- tiltiniai protezai.

Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas privalo užtikrinti, kad pacientai būtų informuoti apie mokamų paslaugų teikimo tvarką ir galėtų naudotis mokamomis sveikatos priežiūros ir ne medicinos paslaugomis, kurios yra teikiamos jo vadovaujamoje sveikatos priežiūros įstaigoje, taip pat užtikrinti įstaigoje teikiamų mokamų paslaugų kokybę, sudaryti galimybę pacientam susipažinti su kainynu ar jo dalimi ir apmokėjimo tvarka [24].

1999 m. rugpjūčio 23 d. priimtas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 386 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos pakeitimo ir papildymo“, kuriame nurodyta, kad už stomatologijoje naudojamas plombines medžiagas nemoka ne tik vaikai ir paaugliai iki 18 m., bet ir socialiai remtini asmenys, kai jie pateikia gyvenamosios vietos savivaldybės Socialinės paramos skyriaus atitinkamą pažymą [25].

2000 m. rugpjūčio 29 d. išleistas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 476 „Dėl 1999 -07-30 sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. 375 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ papildymo“, kuriame mokamų paslaugų sąrašas papildytas asmens girtumo, apsvaigimo laipsnio nustatymu, atliekant laboratorinį kraujo ištyrimą [26].

2000 m. gruodžio 6 d. priimtas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 712 „Dėl 1999-07-30 Sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. 357 dalinio pakeitimo“, jame patikslintas mokamų sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymas [27].

2002 m. sausio 15 d. priimtas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 20 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 dalinio pakeitimo“, kuriame kainynas papildytas magnetinio rezonanso tomografija (kaina-531, 83 Lt).[28]

2002 m. lapkričio 22 d. išleistas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 574 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo“ pakeitimo“, kuriame nurodyta, kad Valstybinė medicininio audito inspekcija prie SAM, vykdydama Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemai priklausančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės (tinkamumo) ir prieinamumo valstybinę kontrolę bei ekspertizę kontroliuoja kaip vykdoma mokamų paslaugų apskaita ir finansinė atskaitomybė ir teikia asmens sveikatos priežiūros įstaigoms bei jų steigėjams pasiūlymus dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės bei prieinamumo [29].

2003 m. kovo 18 d. priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. Sveikatos priežiūros restruktūrizacijos strategijos pagrindiniai tikslai gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bei optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą, pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Numatoma restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų tinklą, suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą, perduoti atitinkamą valstybės ir savivaldybių turtą sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti, naudoti ir disponuoti juo pasitikėjimo teise bei didinti sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų efektyvumą. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas vykdomas šiomis prioritetinėmis kryptimis:

1. Ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros plėtra.
2. Stacionarių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų (dienos stacionaro, dienos chirurgijos) plėtra.
3. Medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, daugiausiai dėmesio skiriant vyresniojo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui [18].

2003 m. gruodžio 22 d. priimtas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“ [30].

2004 m. spalio 15 d. priimtas LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V- 718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo“. Šio įsakymo VI. dalies „Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių vertinimo rodikliai“ 29.9 skyriuje numatyti rodikliai finansavimui vertinti, tai :

- nacionalinės sveikatos sąskaitos rezultatų kaita;
- išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo bendrojo vidaus produkto;
- valstybės finansavimo apimčių dinamika;
- privataus sektoriaus lėšų sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų įsigijimui kaita;
- išlaidų sveikatos apsaugai, tenkančių vienam gyventojui, kaita;
- išlaidų sveikatos apsaugai dalies namų ūkių išlaidų struktūroje kaita;
- išlaidų sveikatos apsaugos finansavimui palyginimas su kitomis valstybėmis [31].

2006 m. birželio 29 d. priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, jame nustatyti antrojo restruktūrizavimo etapo uždaviniai:

1. Plėtojant ir artinant prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, siekti, kad iki 2008 m. pabaigos ne mažiau kaip 60 proc. pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai, sudarantys su teritorinėmis ligonių kasomis teikiamų paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis.

2. Plačiai paplitusias ligas gydant arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, o naujausias technologijas koncentruojant universitetinėse ligoninėse ir ligoninėse kuriose pacientų daugiausia, tobulinti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą.

3. Plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 m. ne mažiau 80 proc. šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau 50 proc. slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis.

4. Gerinant greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, reorganizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugų sistemą.

5. Gerinant reabilitacijos paslaugų kokybę, siekti, kad kiekvienos savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose būtų kuriami ambulatorinės reabilitacijos skyriai, o stacionarinė reabilitacija optimizuojama.

6. Siekiant tinkamiau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų turto valdymą.

7. Siekiant geresnės paslaugų kokybės ir adekvataus apmokėjimo už paslaugas, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą šiomis priemonėmis:

- 7.1. palaipsniui didinant sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas;

7.2. skatinant konkurenciją ir suteikiant sveikatos priežiūros įstaigoms teisę teikti paslaugas kainomis, mažesnėmis už valstybės nustatytas sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas;

7.3. rengiamuose mokamų paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų pakeitimo (papildymo) projektuose numatant mokamų paslaugų kainų liberalizavimo principus ir tvarką.

8. Skatinant papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą, parengti ir įgyvendinti šiam tikslui reikalingų teisinių priemonių ir finansinių svertų kompleksą:

8.1. nustatyti papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu draudžiamų arba privalomojo sveikatos draudimo lėšomis apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų krepšelį;

8.2. skatinti gyventojus, jų darbdavius ir draudimo bendroves plėtoti papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą ir tobulinti jo formas.

9. Stiprinant mokslo ir mokymo plėtros bazę, pagal išgales numatyti didesnę finansavimą sveikatos moksliniams tyrimams, plačiau juos diegti, tobulinti specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo sistemą [19].

3 skyrius TEISĖ Į NEMOKAMĄ GYDYMĄ

3. 1. Teisė į nemokamą gydymą Lietuvos Respublikos Konstitucijoje ir įstatymuose

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje teisė į nemokamą gydymą įtvirtinta 53 straipsnyje, kur nurodoma, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą ir paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką [1].

Konstitucinis Teismas yra nurodęs, kad rūpinimasis žmonių sveikata ir medicinos pagalbos bei paslaugų žmogui susirgus laidavimas traktuotini kaip valstybės funkcija [32]. Iš LR Konstitucijos 53 str. nuostatos, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata, išplaukia, kad žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas [33]. Taigi, asmens negalėjimas pasinaudoti medicinos pagalba dėl lėšų trūkumo, kai kyla grėsmė asmens gyvybei, negali būti traktuojama, kaip tinkamas šios valstybės funkcijos įgyvendinimas. Pagal LR Konstituciją galima teigti, kad valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą žmogui susirgus apima ir nemokamos medicinos pagalbos teikimą, tik tokios nemokamos medicinos pagalbos teikimo tvarką ir apimtį turi nustatyti įstatymas [52].

Nagrinėjant konstitucinę teisę į nemokamą gydymą ir nagrinėjant nemokamo gydymo apimtį, reikėtų atsižvelgti ir į tai, kad nemokamo gydymo užtikrinimas yra glaudžiai susijęs su valstybės ekonomine padėtimi ir finansinėmis galimybėmis - siekiant užtikrinti šios teisės įgyvendinimą, valstybė turi garantuoti, kad nemokamas gydymas būtų apmokamas iš valstybės

biudžeto, ir atitinkamai privalo skirti biudžeto asignavimus nemokamam gydymui užtikrinti. Tačiau valstybės finansinės galimybės nėra ir negali būti beribės, ir todėl tarp žmogaus teisėtų interesų ir visuomenės bei valstybės reikmių turi būti tam tikra pusiausvyra [35]. Atsižvelgiant į tai, garantuojamo nemokamo gydymo apimtis priklauso ir nuo to, kokį finansavimą šiai funkcijai įgyvendinti valstybė yra pajėgi skirti ir kokį finansavimą skiria. Todėl, įstatyme nustatant nemokamos medicinos pagalbos apimtį, turėtų būti atsižvelgiama ir į galimybes finansuoti tokios nemokamos pagalbos teikimą [52].

Analizuojant teisę į nemokamą gydymą, kaip į konstitucinę teisę, svarbu išsiaiškinti:

- valstybės įsipareigojimų dėl nemokamo gydymo pobūdį;
- asmenis, kuriems ši teisė taikoma;
- nemokamos medicinos pagalbos apimtį;
- įvertinti realias teisės į nemokamą gydymą įgyvendinimo galimybes.

Pagal LR Sveikatos draudimo įstatymą [6] nemokama asmens sveikatos priežiūra teikiama visiems apsidraudusiems privalomuoju sveikatos draudimu gyventojams tose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurios yra sudariusios sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Už šias sutartimi apibrėžtas paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Šiame įstatyme numatyta ir atvejai, kai pacientas turi mokėti už medicininės paslaugas ar kitas medicinos priemones.

Sveikatos sistemos įstatymo [4] 49 str. nustato, kad teisę gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą turi Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje, o užsienio šalių piliečiams, asmenims be pilietybės, nepriskiriamiems nuolatiniais gyventojams, būtinoji medicinos pagalba teikiama Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Taigi minimali (būtinoji) nemokama medicinos pagalba turėtų būti suteikiama visiems Lietuvoje esantiems asmenims - tiek LR piliečiams, tiek užsienio valstybių piliečiams, tiek asmenims be pilietybės, kadangi tai išplaukia iš Konstitucijos 53 str. įtvirtintos pareigos rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Sveikatos sistemos įstatymo [4] 47 str. pateikiamas išsamus valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sričių sąrašas, tai:

- būtinoji medicinos pagalba;
- LR karių asmens sveikatos priežiūra;
- papildomai per programas remiama policijos ir kitų vidaus reikalų pareigūnų asmens sveikatos priežiūra;
- teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, kardomojo kalnimo vietose esančių asmenų, nuteistųjų bei užsieniečių, pateikusių prašymą suteikti jiems

prieglobstį Lietuvos Respublikoje, užsieniečių, gavusių laikinąją ar papildomą apsaugą Lietuvos Respublikoje, asmens sveikatos priežiūra;

- apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu, nurodytų Sveikatos draudimo įstatyme, asmens sveikatos priežiūra;
- asmenų, sergančių ligomis, kurių sąrašą tvirtina SAM, galūnių, sąnarių, kitų organų protezavimas;
- asmenų, sergančių tuberkulioze, lytiniu keliu plintančiomis ligomis, ŽIV (AIDS), užkrečiamosiomis, endokrininėmis, psichikos, onkologinėmis ligomis, priklausomybės nuo alkoholio sindromu, narkomanijomis, toksikomanijomis ir kitomis SAM nustatyto sąrašo ligomis, asmens sveikatos priežiūra;
- nėščiąjų asmens sveikatos priežiūra;
- SAM nustatyto sąrašo vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kompensuojamų iš privalomojo sveikatos draudimo biudžeto, kompensavimas apdraustiesiems;
- visuomenės sveikatos priežiūra pagal SAM patvirtintą būtinųjų visuomenės sveikatos priežiūros priemonių ir paslaugų nomenklatūrą;
- kraujo donorystė.

Taigi, pateikiamas gana platus valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sričių sąrašas. Dauguma nemokamos sveikatos priežiūros sričių yra susiję su tam tikromis asmenų grupėmis, kurių sveikatos priežiūra dėl jų specifinės padėties, sergamų ligų ar einamų pareigų yra apmokama iš valstybės biudžeto lėšų.

Labiau viską apimančios nemokamos sveikatos priežiūros sritys yra:

- būtinoji medicinos pagalba, kuri galėtų būti laikoma pagrindine nemokamos sveikatos priežiūros sritimi;
- apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų priežiūra [52].

Svarbiausia valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sritis yra būtinoji medicinos pagalba, kuriai priskiriama:

- pirmoji medicinos pagalba;
- skubi medicinos pagalba, teikiama asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

3. 2. Teisė į nemokamą gydymą tarptautiniuose teisės dokumentuose ir kitų šalių konstitucijose

1966 m. gruodžio 16 d. Jungtinių Tautų Organizacijos priimto Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 str. 1 dalis teigia, kad valstybės, šio Pakto

dalyvės, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę į aukščiausią jo pasiekiamą fizinę ir psichinę sveikatos lygį. To paties straipsnio 2 dalis teigia, kad priemonės, kurių valstybės šio Pakto dalyvės, imsis šiai teisei visiškai įgyvendinti, turi apimti priemones, kurių reikia siekiant garantuoti, kad būtų sudarytos sąlygos, kurios garantuotų visiems medicinos pagalbą ir medicininę priežiūrą susirgus [67]. Prie šio pakto, kaip ir prie kitų Tarptautinės žmogaus teisių chartijos dokumentų, Lietuva prisijungė 1991 m. kovo 12 d.

1961 m. Europos Taryba priėmė Europos socialinę chartiją, kuri garantuoja pagrindines teises, tame tarpe ir susijusias su sveikata. 1996 m. gegužės mėn. buvo priimta nauja socialinė chartija- Europos socialinė chartija (pataisyta), kuri įsigaliojo 1999 m. liepos mėn. Pataisytoje socialinėje chartijoje reglamentuota daugiau socialinių teisių, kai kurių teisių standartai aukštesni. Abi šios chartijos galioja: valstybės gali pasirinkti, kurią chartiją ratifikuoti. Lietuva 2001 m. gegužės 15 d. ratifikavo Pataisytą Europos socialinę chartiją. Šios chartijos 13 str., „Teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą“ skelbia: siekdamas užtikrinti, kad būtų veiksmingai įgyvendinta teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą, Šalys įsipareigoja užtikrinti, kad kiekvienas asmuo, kuris neturi pakankamai lėšų pragyvenimui ir kuris negali gauti tokių lėšų savo pastangomis ar iš kitų šaltinių, ypač iš socialinės apsaugos sistemos, gautų reikiamą paramą, o susirgęs – priežiūrą, būtiną pagal jo sveikatos būklę [44].

Kai kuriose valstybėse teisė į nemokamą gydymą nėra įtvirtinta konstitucijoje ir reglamentuojama vien tik įstatymų lygmeniu (Vokietija, JAV). Kitose valstybėse ši teisė įvairių nuostatų pavidalu įtvirtinama konstitucijose [52].

Suomijos Respublikos Konstitucijos 19 str. numatyta, kad viešoji valdžia pagal įstatymą kiekvienam garantuoja pakankamą socialinį, sveikatos ar medicinos aptarnavimą, jį rūpinasi gyventojų sveikata.

Estijos Respublikos Konstitucijos 28 str. nustato, kad kiekvienas asmuo turi teisę į sveikatos apsaugą.

Latvijos Respublikos Konstitucijos 111 str. nustato, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir garantuoja medicinos pagalbą.

Lenkijos Respublikos Konstitucijos 68 str. nustatyta, kad kiekvienas turi teisę į sveikatos apsaugą; piliečiams, neatsižvelgiant į jų materialinę padėtį, viešoji valdžia užtikrina vienodas galimybes gauti medicinos pagalbą, finansuojamą iš viešųjų lėšų; medicinos pagalbos teikimo sąlygas ir apimtį nustato įstatymas; viešoji valdžia privalo ypač rūpintis vaikų, nėščių moterų, neigalių ir pagyvenusių asmenų sveikata.

Rusijos Federacijos Konstitucijos 41 str. nustatyta, kad kiekvienas turi teisę į sveikatos apsaugos ir medicinos pagalbą, o medicinos pagalba valstybinėse ir municipalinėse sveikatos

priežiūros įstaigose teikiama nemokamai, atitinkamo biudžeto, draudimo ir kitų įmokų lėšomis [46].

4 skyrius SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMAS

4. 1. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje

Vakarų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos yra skirstomos į dvi grupes: Bismarko ir Beveridžo modelių.

Beveridžo arba Nacionalinė sveikatos apsaugos tarnyba susiformavo pagal 1942 m. Beveridžo paskelbtą ataskaitą, kurioje buvo susistemintos 30-aisiais metais Švedijoje įgyvendintos sveikatos apsaugos sistemos. Pagal šį modelį medicininis aptarnavimas finansuojamas iš bendrų mokesčių ir kontroliuojamas Parlamento; finansuojamas iš valstybės biudžeto; nustatyti įnašai ir iš privataus sektoriaus; medicinos paslaugos prieinamos kiekvienam šalies piliečiui ir šalyje gyvenančiam asmeniui; valstybės tarnautojai atsako už vadovavimą sveikatos apsaugos tarnyboms, o neretai ir patys teikia praktinę medicinos pagalbą. Bendrosios praktikos gydytojų atlyginimas tokiose sistemose paprastai priklauso nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus, o stacionarai gauna bendrą biudžetą, numatytas ir kai kurios priemokos iš pacientų asmeninio biudžeto. Visos Šiaurės Europos šalys (Danija, Airija, Norvegija, Jungtinė Karalystė, Suomija, Švedija) įdiegė ir išsaugojo šį modelį po Antrojo Pasaulinio karo. Pietų Europos šalys (Graikija, Ispanija, Italija, Portugalija) prisijungė prie šios grupės 80-aisiais metais. Šio modelio privalumai- visuotinis prieinamumas, išlaidų kontrolė, lygiateisiškumas, galimybė rinktis- paaiškina jo paplitimą.

Bismarko arba medicininio draudimo sveikatos apsaugos sistemos apsaugos pagrindu buvo 1883m. Vokietijoje priimti socialiniai įstatymai. Šio modelio sistemos tarpukario laikotarpiu veikė Centrinėje ir Rytų Europoje, o po Antrojo Pasaulinio karo jos buvo vystomos toliau. Šios sistemos medicininis aptarnavimas finansuojamas iš privalomų įmokų, kurias įmonės (darbdaviai) ir darbuotojai moka į įstatymu nustatytus fondus, arba/ir iš bendrų mokesčių. Šie fondai dažniausiai yra nevyriausybiniai, tačiau įstatymu įteisinti, finansinio valdymo organai. Jie paprastai kuriami pagal profesinį principą ir juos valdo pačių apdraustųjų atstovai. Šie fondai sudaro kontraktus su ligoninėmis, šeimos gydytojais ir kt. dėl medicinos pagalbos, kuri gali būti teikiama fiksuotą biudžetą numatančių kontraktų arba honorarų pagrindu. Privačia praktika užsiimančių gydytojų paslaugos sistemos gyvavimo laikotarpiu dažniausiai buvo apmokamos honorarų principu, o stacionarai gaudavo bendrą biudžetą. Piliečiai, kuriems tokie fondai neprieinami, naudojami apmokestinimo sistemomis (yra apmokami iš mokesčių) arba privačių

draudimo kompanijų paslaugomis. Šis modelis veikia Austrijoje, Belgijoje, Vokietijoje, Olandijoje, Prancūzijoje.

Sovietiniu laikotarpiu Rytų Europos šalių (visų SSSR sudėtyje buvusių ir kitų sovietų sąjungos įtakoje buvusių šalių) sveikatos apsaugos sistemos buvo pagrįstos Semaškos 20-ųjų metų idėjomis, kurios panašios į Beveridžo modelio principus. Semaškos modelio sistemai būdinga, kad tai centralizuota sistema; finansuojama iš valstybės biudžeto; kontroliuojama vyriausybės, remiantis centrine planavimo sistema; teikiama visiems nemokamai; visi sveikatos apsaugos darbuotojai gauna atlyginimus; nėra privataus sektoriaus; nėra prioritetiška, nes sveikatos apsauga neįeina į gamybinį sektorių.

Yra tokie finansavimo mechanizmai:

- mokesčiai;
- iš atlyginimo išskaitomi privalomi įnašai;
- su rizikos laipsniu susiję įnašai, kuriuos moka įmonės ar firmos, jei darbas jose susijęs su rizika, arba moka patys rizikuojantys asmenys;
- savanoriškas privatus draudimas.

Daugelyje Europos šalių taikomi visi šie mechanizmai, tačiau jų santykis gana ryškiai skiriasi.

Vienas iš finansavimo metodų yra apmokestinimas. Jis pagrįstas solidarumo principu ir yra parlamento kontroliuojamas. Tai stabilus sveikatos apsaugos finansavimo šaltinis. Apmokestinimu pagrįstas sveikatos apsaugos sistemos finansavimas daro sistemą prieinamą visiems gyventojams ir įtvirtina teismo principą sveikatos santykiuose, o tai ypač svarbu šalims, kur yra didelis nedarbas. Apmokestinimas- tai persikirstyminis finansavimo metodas, nes dalis lėšų paimama iš pajamų kaip progresyvinė atskaitymų norma, o likusi apmokestinimo dalis yra proporcinga pridėtosios vertės išraiškai. Didėjant žmonių asmeninėms pajamoms, išlaidos sveikatos apsaugai didėja gana nežymiai, ir atskaitymai iš turtingesnių visuomenės grupių padengia išlaidas neturtingųjų sveikatos apsaugai. Iš mokesčių dengiamos sveikatos apsaugos išlaidos nereiškia, kad tik valstybinė tarnyba yra atsakinga už sveikatos apsaugos sistemą. Mokesčių pinigais gali būti finansuojamos ne tik valstybinės, bet ir privačios (tame tarpe, pelno nesiekiančios) įstaigos.

Bismarko modelio sveikatos apsaugos sistemų finansavimo šaltinis yra privalomieji darbdavių ar dirbančiųjų įnašai. Įmokos mokamos, remiantis įstaigų ekonominiais rodikliais (pagrindė darbo užmokesčio fondu) ir nukreipiamos darbuotojų bei jų išlaikytinių poreikiams tenkinti. Jei leidžiama fondą pasirinkti, inicijuojama konkurencija, kuri fondų valdytoją verčia siekti, kad būtų sumažintos valdymo išlaidos ir efektyviau būtų naudojamos lėšos. Finansavimas iš įmokų sukelia kai kuriuos pavojus tiek ekonomine, tiek socialine prasme, nes bendras

draudimo ligos atvejui fondų finansinis balansas remiasi darbuotojų, priklausančių šiam fondui, skaičiumi, tuo tarpu kiekvieno atskiro fondo balansas priklauso nuo indėlininkų ir jų išlaikytinių santykio. Bedarbiams, nedirbančioms moterims ir pensininkams reikia surasti kitokius medicininio draudimo mechanizmus. Darbuotojai, negaunantys pastovaus atlyginimo, dažniau negu gaunantys, vengia mokėti savo įnašus, nes sunkiau gauti informaciją apie jų pajamas. Iš kitos pusės, šios grupės yra menkiau apsaugotos. O tai prieštarauja teisingumo principui.

Privataus draudimo sistemos, apimančios visas apdraustųjų išlaidas (pagal JAV taikomą modelį) Europoje nėra populiarios. Sveikatos apsaugą finansuojant privataus draudimo pagrindu, žymi dalis gyventojų, kuriems būdinga padidinta rizika, nepatenka į sistemą, be to, smarkiai auga išlaidos, kurių privačios draudimo kompanijos nesugeba kontroliuoti. Nacionalinėse sveikatos apsaugos sistemose iš privačių draudimo fondų finansuojama neskubi ir paliatyvinė medicinos pagalba, kuri nėra sveikatos apsaugos prioritetas [51].

Gydytojų bei kitų medicinos darbuotojų darbo apmokėjimo sistemos yra tokios:

1. Retrospektyvinė apmokėjimo sistema. Jai priskiriama nepriklausomų praktikuojančių gydytojų honorarai už suteiktas paslaugas ir ligoninių dienos normas. Pinigai gali būti mokami tiesiogiai medicinos pagalbą suteikusiems asmenims ar įstaigoms, arba atlyginama pacientams, avansu sumokėjusiems už gautas paslaugas. Pacientas gali pasirinkti gydytoją, „pinigai eina paskui pacientą“, ir gydytojai daugiau dėmesio skiria savo pacientų poreikiams.

2. Sutartinis apmokėjimas (prospektyvinis), kurį taikant užtikrinama išlaidų kontrolė, tačiau gali suprastėti medicinos pagalbos kokybė. Šiai kategorijai priklauso klasikiniai apmokėjimo metodai (bendri ligoninių biudžetai ir atlyginimai gydytojams) ir mokėjimai, vykdomi atsižvelgiant į aptarnaujamų žmonių skaičių, bei honorarinių mokėjimų limitai. Šios sistemos minusai yra, tai, kad gydytojai, gaunantys pajamas, nesusijusias su jų realiu darbu, nėra suinteresuoti skirti daugiau dėmesio savo pacientų poreikiams ir pageidavimams; pacientams dažniausiai tenka kreiptis į jų rajone dirbantį gydytoją, jie neturi pasirinkimo laisvės. Kadangi gydymo įstaiga turi teisę gauti finansavimą nepriklausomai nuo darbo apimtys ir kokybės, prastėja gydymo ligoninėse sąlygos ir kokybė.

3. Sutartinio (prospektyvinio) apmokėjimo ir principo „pinigai seka paskui pacientą“ derinimas, siekiant užtikrinti išlaidų kontrolę ir gerą medicinos pagalbos kokybę. Taikant šią sistemą bendra išlaidų suma yra ribota, bet gydytojai, turintys daugiau pacientų, uždirba daugiau.

4. Pacientų mokėjimai (priemokos iš asmeninio biudžeto) [51].

Labai svarbu, kad būtų laikomasi teisingumo ir prieinamumo principų.

4. 2. Sveikatos priežiūros finansavimas Lietuvoje

Po nacionalinės sveikatos koncepcijos patvirtinimo Lietuvoje buvo nuosekliai einama draudiminės medicinos link. Valstybinio socialinio draudimo įstatymo trečiame skyriuje reglamentuotos išmokos susijusios su išlaidų medikamentams bei sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimo. Įstatyme numatyta, jog iš valstybinio socialinio draudimo lėšų apdraustiems sergantiems ligomis, įrašytomis į sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos ministerijų patvirtintą sąrašą, bei visiems apdraustųjų vaikams iki vienerių metų kompensuojama 100% ambulatoriškai vartojamų būtinų medikamentų įsigijimo išlaidų. Apdraustųjų vaikams nuo vienerių iki septynerių metų, pensininkams, sulaukusiems 65 ir vyresniems, pirmos ir antros grupių invalidams buvo numatyta atitinkamas išlaidas kompensuoti 80 % [3]. Lietuvos Vyriausybė, visuomeninėmis lėšomis negalėdama kompensuoti visų medikamentinio gydymo išlaidų, sprendė vaistų prieinamumo problemą, turėjo dvi alternatyvas:

- remti visus gyventojus, kompensuodama labai riboto skaičiaus vaistų įsigijimo išlaidas;
- dosniau remti socialiai pažeidžiamiausias žmonių grupes, atsisakydama turtingesnių gyventojų išlaidų kompensavimo.

Dabartinė socialinė politika suformuota remiantis antrąja alternatyva.

Įstatymas taip pat numatė apdraustiesiems ir jų vaikams kompensuoti nuo 50% iki 100% standartinės sanatorinio gydymo kainos.

1992 m. įsteigus Valstybinę ligonių kasą, dauguma SAM pavaldžių ligoninių pradėjo funkcionuoti pagal naujus lėšų skirstymo principus. Iš pradžių ligoninės ir SAM finansuojamos sanatorijos pagal teikiamų paslaugų sudėtingumą buvo suskirstytos į keturias kategorijas, jose teikiamos paslaugos pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją – į 30, o vėliau į 50 pagal diagnozę susijusių grupių. Kiekvienos pagal diagnozę susijusios grupės ligoms buvo apskaičiuota lovodienio kaina. Ir kiekvienos kategorijos ligoninei nustatytas vidutinės gydymosi trukmės standartas. Jei pacientas gulėdavo ligoninėje trumpiau, ligoninė pagal kas ketvirtį tikslinamas sutartis vis tiek buvo finansuojama pagal standartinę vidutinę gydymosi trukmę. Šis finansavimo būdas buvo pirmas žingsnis draudimo medicinos link. Jis skatino planuoti lėšas pagal išgydytų ligonių skaičių bei taupyti pinigus. Tačiau, kol nebuvo Sveikatos draudimo įstatymo, išliko sena lėšų surinkimo sistema, ir reikiamo lėšų kiekio surinkti niekaip nepavyko. Kasmet gydymo įstaigų skolos sudarydavo apie 13 % biudžeto. Šiuo laikotarpiu buvo bandyta įdiegti pirkėjo – pardavėjo principu pagrįstą finansavimą, kai savivaldybės pagal sutartis su respublikinėmis ligoninėmis turėjo savo teritorijos gyventojams pirkti trūkstamas paslaugas. Tai dar labiau skatino planuoti ir skaičiuoti resursus. Deja, dėl nuolatinio lėšų stygiaus savivaldybės ėmė nepaisyti gyventojų interesų ir gydytojai nepagrįstai atsisakydavo siųsti ligonius aukštesnio lygio pagalbai [69].

1993 m. paaiškėjo, kad egzistuoja du skirtingi požiūriai į privalomąjį sveikatos draudimą- tai socialinio draudimo ir privačiojo draudimo šalininkai. Jų nuomonės sutapo šiais klausimais:

- turi būti draudžiami visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai;
- sveikatos draudimo įmokas turi mokėti darbdaviai ir darbuotojai, kai kuriais atvejais valstybė;
- sveikatos draudimo biudžetas turi būti savarankiškas;
- įmokų tarifą turi nustatyti įstatymas;
- apdraustieji turi turėti teisę rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus;
- bazines kainas turi nustatyti valstybė;
- papildomasis sveikatos draudimas turi būti privataus savanoriškojo draudimo objektas.

Nuomonės kardinaliai skyrėsi dėl galimybės privalomajame sveikatos draudime dalyvauti privačioms pelno siekiančioms draudimo kompanijoms. Natūralu, kad privačiojo draudimo šalininkai, akcentavo privačių draudimo kompanijų dalyvavimo privalomojo sveikatos draudimo rinkoje pranašumus:

- konkurencija tarp draudikų didins jų dėmesį gyventojams bei teikiamų paslaugų kokybei;
- privatus interesas užtikrins geresnį įmokų surinkimą iš gyventojų. Nelegaliai dirbantys asmenys mokės privatiems draudikams įmokas, nebijodami sankcijų už kitų mokesčių slėpimą;
- dalį draudimo įmokų investavus, bus galima ateityje į sveikatos priežiūros paslaugų rinką grąžinti daugiau finansinių išteklių, nei buvo sumokėta draudimo įmokų.

Socialinio draudimo šalininkai nurodė ne tik tai, kad Vakarų Europos privalomojo sveikatos draudimo tradicijai nėra būdingas privačių, pelno siekiančių kompanijų dalyvavimas, bet ir šio dalyvavimo privalomojo sveikatos draudimo rinkoje grėsmes:

- privačios draudimo kompanijos sieks prisivilioti turtingiausius ir sveikiausius gyventojus, palikdamos senyvus ir ligotus žmones valstybei išlaikyti. Dėl tokios atvirkštinės atrankos gyventojų grupėms teikiama sveikatos priežiūra gali labai skirtis;
- draudimo kompanijų konkurencija padidins sveikatos priežiūros sistemos administravimo kaštus. Šis padidėjimas gali ne tik eliminuoti galimą teigiamą dalies įmokų investavimo efektą, bet ir sumažinti bendrąją piniginių išteklių, skitų mokėti už medicininės paslaugas, apimtį;

- nepakankamas finansinių institucijų išsivystymas bei didelė investicinė rizika gali lemti dalies privačių draudimo kompanijų investicijų nuostolingumą, o tai gali neigiamai veikti bendruosius sveikatos priežiūros finansus [42].

Diskusijos tarp socialinio draudimo ir privatačiojo draudimo šalininkų buvo permainingos ir baigėsi 1996 m. priėmus Sveikatos draudimo įstatymą, įtvirtinusi socialinio draudimo šalininkų remtus principus[36].

Sveikatos draudimo įstatymas numato visų nuolatinių Lietuvos gyventojų privalomąjį sveikatos draudimą. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas sudaro:

- apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos;
- valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- papildomi valstybės biudžeto asignavimai;
- savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos;
- kitos įmokos.

Valstybės biudžeto lėšomis yra draudžiami:

- asmenys, gaunantys bet kurios rūšies pensiją;
- darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę darbo biržoje, kaip norintys ir galintys dirbti tarp tikrą darbą;
 - nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, turintys įstatymų nustatytą būtinąjį valstybinio socialinio draudimo stažą valstybinei socialinio draudimo senatvės pensijai gauti;
 - moterys, kurioms suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos;
 - vienas iš tėvų auginantis vaiką iki aštuonių metų, taip pat vienas iš tėvų auginantis du ir daugiau vaikų iki jų pilnametystės;
 - asmenys iki 18 metų;
 - LR bendrojo lavinimo, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai;
 - valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą;
 - invalidai;
 - asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamomis ligomis, kurios yra įtrauktos į SAM nustatytą sąrašą;
 - pasipriešinimo (rezistencijos) dalyviai;
 - asmenys, prisidėję prie Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimo;
 - buvusieji geto ir buvusieji mažamečiai fašistinio įkalinimo vietų kaliniai;

- valstybės pripažįstamų tradicinių religinių bendrijų dvasininkai, dvasininkų rengimo mokyklų studentai ir vienuolių noviciatuose atliekantys vienuolinę formaciją naujokai;

- Afganistano karo dalyviai.

Seimas, kiekvienais metais tvirtindamas valstybės biudžetą, Vyriausybės teikimu tvirtina į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervedamos įmokos vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis dydį. Įmokos dydis negali būti mažesnis kaip 35% Valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo nustatytų vidutinių mėnesinių draudžiamųjų pajamų.

Įmonės, įstaigos bei organizacijos ir fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, moka 3 % darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas už asmenis:

- dirbančius pagal darbo sutartis, einančius renkamąsias pareigas, narystės pagrindu dirbančius ūkinėse bendrijose, žemės ūkio bendrovėse, viešojo administravimo valstybės tarnautojus;

- valstybės politikus, teisėjus, prokuratūros pareigūnus, Lietuvos banko valdybos pirmininką, jo pavaduotojus ir kitų valstybės institucijų ar įstaigų vadovus, jų pavaduotojus ir narius.

Įmonės, įstaigos bei organizacijos iš aukščiau nurodytiems asmenims apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos moka ne mažesnes, kaip 30% privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Ūkinės bendrijos už ūkinės bendrijos narius bei individualios įmonės už įmonės savininkus kas mėnesį moka įmokas, kurios sudaro 2% Statistikos departamento paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio.

Fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, įskaitant asmenis, gaunančius pajamų už honorarus ir pagal autorines sutartis, moka įmokas, sudarančias 30% apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos.

Ūkininkai bei žemės naudotojai, turintys 3 ha ir daugiau žemės ūkio naudmenų, už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius ūkio narius moka po 3,5 % minimalios mėnesinės algos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Ūkininkai, turintys iki 3 ha žemės ūkio naudmenų, už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius šeimos narius, moka po 1,5 % minimalios mėnesinės algos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

Asmenys, nepriklausantys aukščiau išvardintiems, kas mėnesį moka už save 10% Statistikos departamento paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas [8].

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos 2005 m. sudarė 2,61 mlrd. Lt. Didžiausią fondo biudžeto pajamų dalį – 53% - sudarė įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių

asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio, 27% - valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, 20% - dirbančiųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos [61].

1995 -1997 metais Lietuvoje buvo intensyviai diskutuojama dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis kompensuojamų prekių ir paslaugų krepšelio formavimo. Diskutuojant susitarta, kad bent jau artimiausiais metais visuomenė remis visas valstybinių įmonių teikiamas medicininės paslaugas, išskyrus tas, kurios įtrauktos į mokamų paslaugų sąrašą (negatyvaus sąrašo principas). Priešingai – bus kompensuojami tik į atitinkamą sąrašą įtraukti vaistai (pozityvaus sąrašo principas).

1997-1999 metais PSDF beveik nefinansavo privačiai teikiamų medicininių paslaugų vartojimo, bet visuomeninėmis lėšomis buvo be didesnių apribojimų mokama už privačių įmonių teikiamas sanatorines, dantų protezavimo ir farmacinės paslaugas.

Lyginant Lietuvos sveikatos priežiūros valdymo organizavimo modelį su tarptautiniais modeliais (Bismarko, kuris yra Vokietijoje, ir Beveridžo, kuris yra taikomas Jungtinėje Karalystėje), matyti, kad finansavimo sistemos pavadinimą perėmėme iš Vokietijos – socialinio draudimo sistema. Vokietijoje taikoma sistema ir lietuviškasis sveikatos priežiūros finansavimo modelis turi penkis sutampančius bruožus, tai:

- pavadinimas;
- visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos;
- yra konkurencija tarp paslaugų teikėjų;
- paslaugų teikėjai finansuojami atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį;
- negalimas individualių įnašų kaupimas.

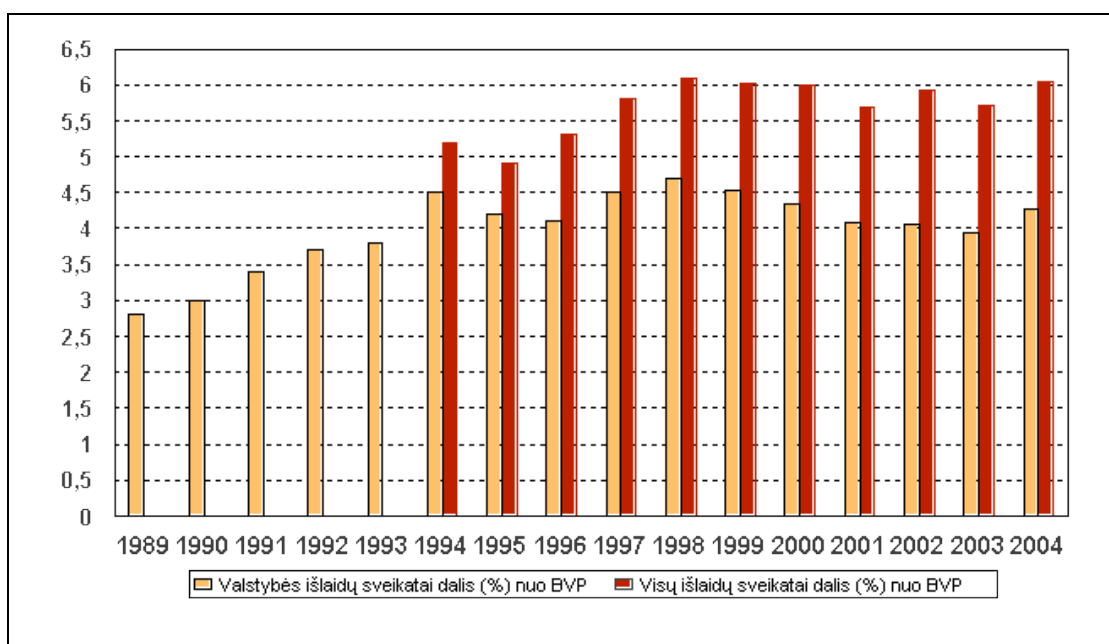
Su Jungtine Karalyste, kuri išlaiko biudžetinio finansavimo sistemą, Lietuvą sieja aštuoni bendri bruožai, tai:

- garantijos teikiamos visiems nuolatiniams gyventojams;
- įmokas (mokesčius) nustato valstybė;
- visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos (išmokos);
- nėra finansuojančių institucijų konkurencijos, yra valstybinė monopolija;
- yra konkurencija tarp paslaugų teikėjų;
- paslaugų teikėjai finansuojami, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį;
- išteklius regionams perskirsto nacionalinė institucija;
- negalimas individualių įnašų kaupimas [42].

Remiantis Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 1 priede pavaizduota, kaip kito valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai ir kiti su jomis susiję rodikliai 1994 – 2004 metais.

2004 metais valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai (valstybės ir savivaldybių biudžetai bei privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos) sudarė 2,65 mlrd. Litų. Palyginti su 2003 m., jos padidėjo beveik 19 proc., ir tai buvo pirmas per kelerius metus didesnis valdžios sektoriaus išlaidų sveikatai augimas. Lyginant su 1994 metais (1994 m. valstybės išlaidos sveikatai buvo 751,4 mln. Lt), 2004 metais valstybės išlaidos sveikatai padidėjo 3,53 karto (2004 metais – 2650,7 mln. Lt). Valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo bendrojo vidaus produkto (BVP) mažėjusi nuo 1998 m., 2004 m. išaugo beveik iki 4,3 proc. 1994 metais valstybės sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP buvo 4,5 %, 2003 m.- 3,94 %, 2004 m.- 4,26 % . Valdžios išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui 2004 m. buvo 771,5 Lt , 1994 m. – 205,5 Lt , taigi padidėjo 3,75 karto.

2006 m. LR SAM leidinyje „Sveikatos apsauga Lietuvoje“ nurodyta, kad 2005 m. valdžios išlaidos sveikatos priežiūrai (valstybės ir savivaldybių biudžeto bei Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos) sudarė 2,8 mlrd. litų. Valdžios išlaidos vieno gyventojų sveikatos priežiūrai 2005 m. buvo 835,8 Lt.



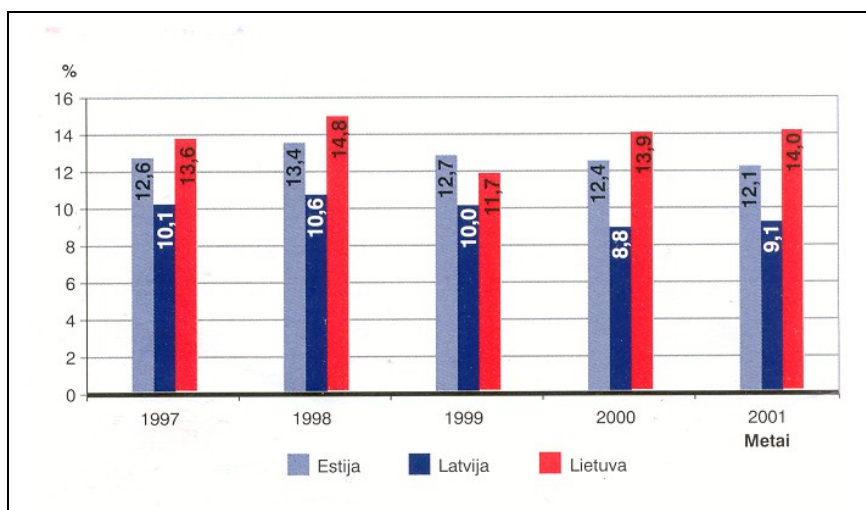
1 pav. Išlaidų sveikatai dalis nuo bendrojo vidaus produkto (BVP)

Lietuvos sveikatos informacijos centro ir Statistikos Departamento prie LR Vyriausybės duomenys

Visos išlaidos sveikatai 2004 m. sudarė 3,75 mlrd. litų arba 6,03 proc. BVP.

Pasaulinės sveikatos organizacijos 2004 m. ataskaitos duomenimis Lietuvos Respublikos valstybės išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dalis, skaičiuojant nuo visų valstybės išlaidų, yra didžiausia, lyginant su kaimyninėmis šalimis – Latvija ir Estija. 1997 m. Lietuvoje ši dalis sudarė 13,6 %, Estijoje 12,6 %, Latvijoje 10,1 %. 2001 m. sudarė atitinkamai – Lietuvoje 14,0 %, Estijoje 12,1 %, Latvijoje 9,1%. Taigi Lietuvoje valstybės sveikatos

priežiūrai skiriama dalis yra didesnė už Estijos 1,9 punkto, už Latvijos – 4,9 punkto [63]. Tai matyti 2 pav.



2 pav. Valstybės išlaidų sveikatos apsaugai dalis (%) nuo visų valstybės išlaidų (PSO ataskaita 2004 m.)

Privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF) - pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis. PSDF išlaidos sveikatos priežiūrai 2004 m. sudarė 90 proc. valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai ir siekė 2390,3 mln. litų. 1997 m. PSDF išlaidos sveikatos priežiūrai buvo 1202,5 mln. Lt, taigi padidėjo beveik 2 kartus. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūrai siekė 1465,5 mln. litų arba 61,3 proc. visų PSDF išlaidų, išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti - 389,9 mln. litų arba 16,3 proc. PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai struktūra per pastaruosius metus keitėsi nežymiai: šiek tiek sumažėjo stacionarų paslaugoms apmokėti skirtų išlaidų dalis, padidėjo ambulatorinės specializuotos pagalbos paslaugoms apmokėti skirtų išlaidų dalis. Išlaidos stacionaro paslaugoms apmokėti 2004 m. sudarė 57,6 proc., pirminės sveikatos priežiūros - 20,9 proc., greitosios medicinos pagalbos - 5,2 proc., slaugos ir palaikomojo gydymo - 3,1 proc., ambulatorinės specializuotos pagalbos - 13,1 proc. visų PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai [71].

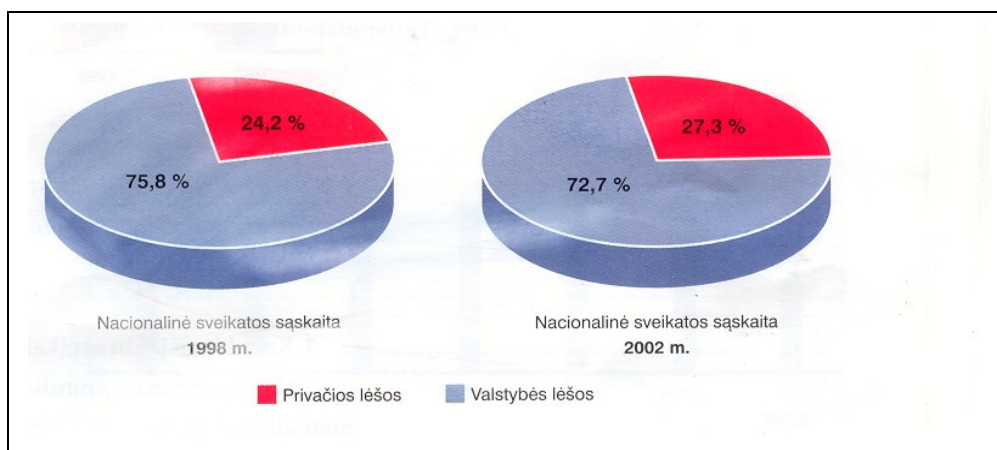
PSDF išlaidos sveikatos priežiūrai 2005 m. buvo 2,5 mlrd. litų : asmens sveikatos priežiūrai – 1,67 mlrd. litų, vaistams ir medicinos pagalbos įsigijimo išlaidoms kompensuoti – 450 mln. Lt. [61].

2006 m. valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai PSDF biudžete sudaro 844349 tūkstančius litų ir, palyginti su 2005 m., padidėjo 138845 tūkst. Lt, arba 19,68 proc. Valstybės biudžeto įmokų suma už asmenis, draudžiamus valstybės lėšomis (jų yra 2007,2 tūkst.), sudaro 611081 tūkst. Lt, ir palyginti su 2005 m., padidėjo 41000 tūkst. Lt, arba 7,19 proc. Valstybės biudžeto įmoka už draudžiama asmenį nuo 264,2 Lt 2005m. padidėjo iki 304,4 Lt (didėja 40,2 Lt, arba 15,2 proc.) 2006 m. Tikimasi, kad 2006 m. PSDF biudžeto pajamos iš privalomojo

sveikatos draudimo įmokų už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą (3 proc.) palyginti su 2005 m., bus didesnės 13,1 proc., o įmonių, įstaigų ir organizacijų atskaitymų iš gyventojų pajamų mokesčių į 2006 m. PSDF biudžetą pateks 28,4 proc. daugiau, palyginti su ankstesniais metais.

2006 m., kaip ir kasmet, didžiausia PSDF biudžeto lėšų dalis – 1894999 tūkst. Lt. skiriama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (tai 24,8 proc. daugiau nei 2005 m.). Pirminės sveikatos priežiūros išlaidos 2006m., palyginti su 2005m., bus didesnės 11,9 proc., greitosios medicinos pagalbos – 9,6 proc., slaugos ir palaikomojo gydymo – 17,6 proc., ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių paslaugų – 18,7 proc.

Išlaidoms vaistų ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti skirta 507170 tūkst.Lt (arba 15,3 proc. daugiau, negu buvo planuota 2005 m.[66].

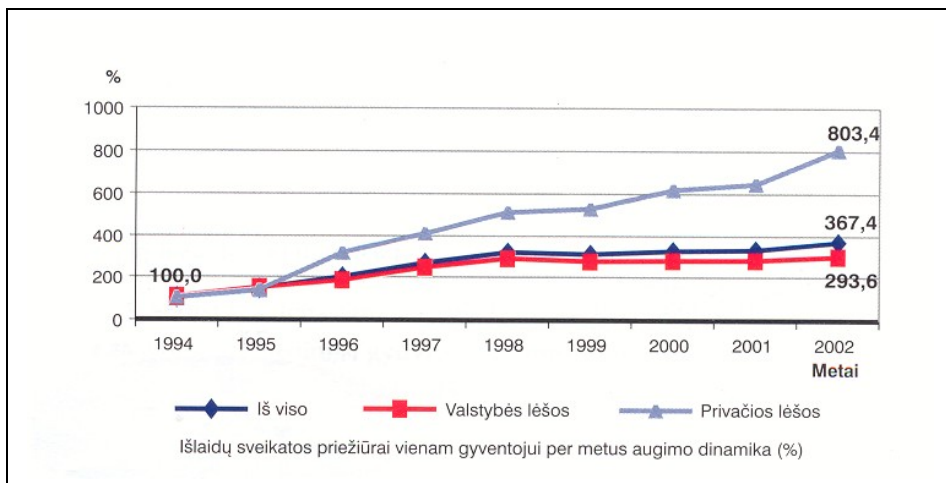


3 pav . Valstybinio ir privataus finansavimo apimčių santykis sveikatos sektoriuje.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos programa [63]

3 pav. pateikta valstybinio ir privataus finansavimo apimčių santykis ir jų pokyčiai. 1998 m. ir 2002 m. 1998 m. gyventojų privačios lėšos sveikatos sektoriaus išlaidoms finansuoti sudarė 24,2 % visų išlaidų, 2002 m. išaugo iki 27,3 %.

Gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai apskaičiuojamos remiantis Statistikos departamento duomenimis apie namų ūkių vartojimo išlaidas (įskaitant pinigines ir natūrinės) vienam gyventojui ir demografinės statistikos duomenimis apie vidutinį metinį gyventojų skaičių. 1998 - 2004 m. tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatai padidėjo beveik du kartus (nuo 177,6 Lt vienam gyventojui 1998 m. iki 321,6 Lt 2004 m.) , o lyginant su 1994 m. tiesioginės išlaidos vienam gyventojui padidėjo 9,24 karto (1994 m. jos buvo 34,8 Lt) Iš viso 2004 m. Lietuvos gyventojai sveikatai išleido 1,1 mlrd. litų, lyginant su 1994 m. šios išlaidos padidėjo 8,68 karto (1994 m. buvo 34,8 mln. Lt). Tai sudarė 29,4 proc. visų išlaidų sveikatai.

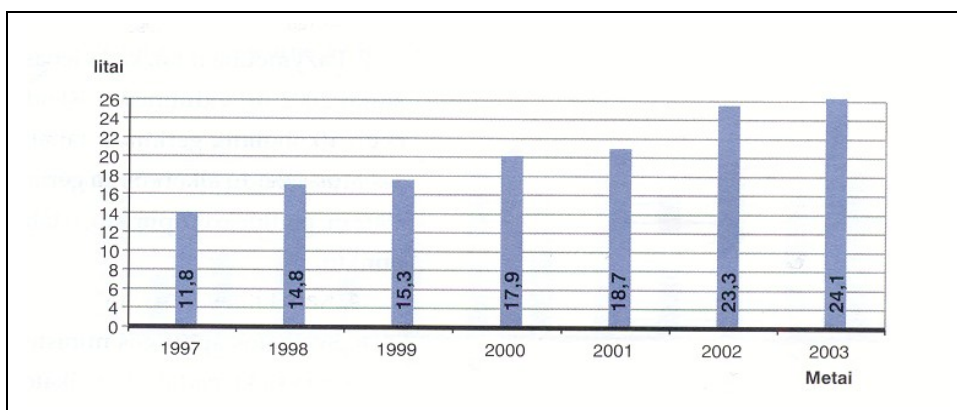


4 pav. Išlaidų sveikatos priežiūrai, tenkančių vienam gyventojui per metus, dinamika

Šaltinis Valstybės ilgalaikės raidos strategija [63].

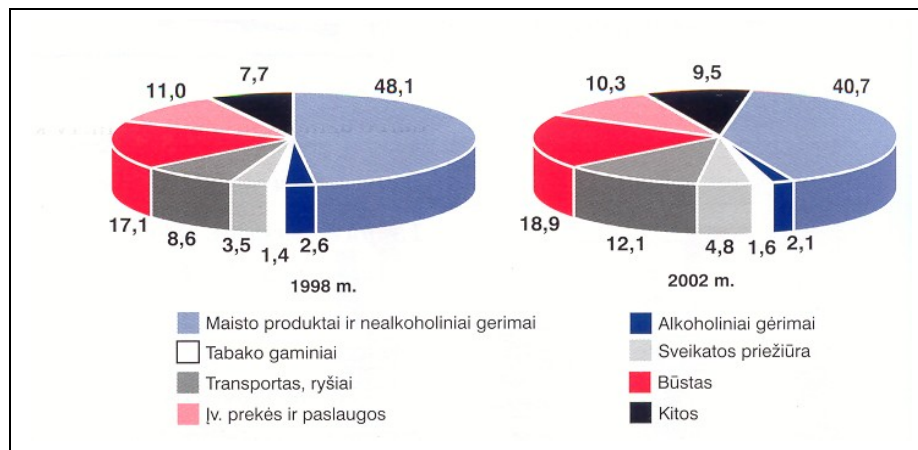
Statistikos departamento prie LR Vyriausybės namų ūkio tyrimo duomenimis, nuo 1994 m. bendros išlaidos sveikatos priežiūrai, tenkančios vienam gyventojui, išaugo 3,3 karto, iš jų valstybės lėšos padidėjo 2,8 karto, privačios – 6,4 karto. Tai matyti 4 pav.

1997 m. kiekvienas Lietuvos gyventojas vidutiniškai per mėnesį sveikatos priežiūrai išleido 11,8 Lt., 2003 m. – 24,1 Lt. arba 2,04 karto daugiau. Tai matyti 5 pav.



5 pav. Vieno Lietuvos gyventojų išlaidos sveikatos apsaugai per mėnesį [63].

Augant tiesioginėms gyventojų išlaidoms sveikatos priežiūrai, labai svarbu, kokią namų ūkio biudžeto dalį šios išlaidos sudaro ir kaip ta dalis kinta dinamikoje.



6 pav. Namų ūkio vartojimo išlaidų struktūra procentais [63]

6 pav. pateikiama namų ūkių vartojimo išlaidų struktūra 1998 m. ir 2002 m. Nors sveikatos priežiūros išlaidų dalis bendrame namų ūkio biudžete nuo 3,5 % 1998 m. padidėjo iki 4,8 % 2002 m., ji palyginti nėra tokia didelė, kad sukeltų grėsmę vidutinio socialinio sluoksnio gyventojui patenkinti sveikatos priežiūrai paslaugų poreikius. Pažymėtina ir tai, kad vienas gyventojas sveikatos priežiūrai 2002 m. vidutiniškai išleido tik 30 % daugiau, negu alkoholinių gėrimų ir tabako gaminių įsigijimui kartu paėmus [63].

4. 3. Lietuvos aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais vertinimas

ES šalys yra priverstos mažinti visuomenines išlaidas, kad pagal Mastrichto sutartį sumažintų savo biudžeto deficitą. ES direktyvoje 1408/71 numatyta nemaža finansinė našta būsimums ir esamoms ES valstybėms narėms. Reikalaujama taikyti makroekonominį spaudimą, mažinti visuomeninio sektoriaus išlaidas, kad būtų galima skirti daugiau lėšų kapitalinėms ir privačioms investicijoms [69].

Antrame priede pavaizduoti kai kurie Europos šalių aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais rodikliai. Matome, kad gydytojų skaičiumi, odontologų, slaugytojų skaičiumi, o ypač stacionarų lovų skaičiumi 100000 tūkst. gyventojų Lietuva lenkia ES šalių vidurkį. Tačiau išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (proc.) nuo BVP Lietuvoje yra daug mažesnė, nei ES vidurkis (Lietuvoje – 6,0, ES – 8,87).

2000 m. PSO išleido „Pasaulio sveikatos raportą“ (World Health Report 2000, Health systems: improving performance) [68], kuriame buvo atliktas tarptautinis sveikatos sistemų vertinimas pagal nustatytą trijų dimensijų metodologiją: sveikatos tikslų pasiekimas, sistemos atsako efektyvumas, finansavimo teisumas. PSO, pritaikiusi naujai išvystytus statistinės analizės

metodus, paskelbė savo 192 šalių – narių rikiuotę pagal kiekvienos šalies sveikatos sistemos funkcionavimo efektyvumą.

Lietuva pagal sveikatos tikslų pasiekimą, vertinamą dviem integruotais rodikliais (negalios koreguota vidutine būsimo gyvenimo trukme bei vaikų išgyvenamumo tolygumu) reitinge užėmė atitinkamai 63 ir 48 vietas. Pagal sistemos atsako efektyvumą yra 45 – 47 vietoje, o pagal suminį sistemos tikslų pasiekimą – 52. Ir, nors Lietuva, pasauliniame reitinge klasifikuota tarp ketvirtadalio turtingiausių, bei geriausiai sveikatos reikaluose besitvarkančių šalių, sistemos finansavimo teisingumo požiūriu dalijasi tik 131 -133 vieta su Uzbekija ir Kipru. Sistemos finansavimo teisingumo rodiklis nustatomas atlikus namų ūkio tyrimus ir matuojamas pagal tai, kiek iš viso gyventojai išleidžia lėšų sveikatos apsaugai, įskaitant mokesčių mokėjimą ir asmenines gyventojų išlaidas (ir privačiose, ir valstybinėse sveikatos priežiūros įmonėse: išlaidas vaistams, mokamoms paslaugoms bei dovanoms medikams). Šis rodiklis matuojamas pagal vidutines vieno gyventojų pajamas įvairių socialinių grupių gyventojų tarpe ir pagal tai, ar išlaidos sveikatos apsaugai vienodai teisingai pasiskirsto tarp minėtų socialinių grupių gyventojų. Įvertinama rizika, kad gaunantiems mažas pajamas gyventojams gali tekti santykinai per daug asmeninių lėšų skirti sveikatos apsaugai, todėl kitiems gyvybiniais poreikiais (pvz., maistui, laisvalaikiui ir kt.) jų gali stigti. PSO nuostata tokia: jeigu žmogus apie 50 proc. savo pajamų turi skirti sveikatos apsaugai, tai reiškia kritinę ribą ir rodo, kad kiti poreikiai labai nukenčia, o gyvenimo kokybė tampa apgailėtina. Valstybė to neturėtų leisti. Kuo daugiau tokių žmonių šalyje, tuo prasčiau vertinamas sveikatos priežiūros finansavimo teisingumas. 131 – 133 vieta pasaulyje liudija, kad Lietuvoje nesilaikoma teisingo sveikatos apsaugos finansavimo principo, ir, vargingai gyvenantys gyventojai, kurių sveikatos poreikiai ir šiaip yra didesni dėl socialinių priežasčių, gali gauti mažiau sveikatos priežiūros paslaugų. Vienu litu padidėjusios išlaidos sveikatos apsaugai, sukelia visiškai skirtingas pasekmes mažas ir dideles pajamas turinčių gyventojų sveikatai. Atkreipiame dėmesį, kad asmeniniai gyventojų pinigai ir taip sudaro ketvirtadalį sveikatos apsaugos išlaidų [69]. Tai matyti ir 3 pav.

2006 m. Europos komisija, vertindama sveikatos apsaugos sistemas, pripažino, kad pagal įvairius paslaugų teikimo kriterijus Lietuvos sveikatos apsaugos sistema yra blogiausia ES šalių tarpe [56]. Tai, žinoma, nėra Europos Komisijos verdiktas, tačiau vis dėlto verčia sunerimti ir į šį vertinimą reaguoti.

Komentuodama šį neigiamą Briuselio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos vertinimą, prof. R. Nadišauskienė sakė, „vertinimo pagrindinis tikslas buvo palyginti sveikatos paslaugų „draugiškumą“ vartotojui – patekimo pas gydytoją trukmę, paciento informuotumą, gydymo riziką, gydymo baigtis, vartotojo pasitenkinimą suteikta paslauga ir kt. Kad sveikatos apsaugos reforma būtų efektyvi reikėtų neignoruoti ekonomikos ir visuomenės sveikatos vadybos bei

administravimo dėsnių. Sveikatos priežiūra yra labai brangi šalies ūkio dalis. Negalima tikėtis stabiliai gerų rezultatų neįvardinant ir neskiriant lėšų tikrajai paslaugos kainai padengti. Reformos sprendimai turėtų būti grindžiami objektyviais mokslo įrodymais. Pasitenkinimas sveikatos priežiūra padidės, kai lygiagrečiai žymiai pagerės socialinių, ekonominių gyventojų problemų sprendimas bei visuomenės sveikatos raštingumas, kai pacientai bus įtraukiami į sprendimų priėmimą.“

LGS viceprezidentė V. Lukšienė sako, kad „pirmiausia turi būti didinamas finansavimas, atsižvelgiant į prioritetus sveikatos apsaugoje, realius paslaugų įkainius. Esant ribotoms galimybėms, turi būti aiškiai įvardinta, kokių paslaugų gali pacientai tikėtis už esamą finansavimą“.

Kauno 2 – osios klinikinės ligoninės direktorius T. Jankauskas sako, kad „tyrimo rezultatai yra dėsningi, nes rodikliai, kurie buvo vertinami, yra priklausomi nuo finansavimo. Vertinant tai, kad pagal sveikatos sektorių tenkantį BVP proc. Lietuva yra priešpaskutinėje vietoje, tai ir vieta tyrimo rezultatų sąrašė yra dėsninga. Reforma vyksta, bet ne taip sparčiai, kaip norėtūsi. Vis dar negalime atsikratyti sovietinės sistemos palikimo. Turi pasikeisti 1 – 2 kartos, kad suvoktume, kad sveikatos paslaugos taip pat yra mokamos ir turi savo kainą. Reforma stringa ir todėl, kad dažnai keičiasi strategai, formuojantys sveikatos politiką, įskaitant ir ministrus. Bet pirmiausia reikia pakeisti žmonių požiūrį į savo sveikatą“ [56].

5 skyrius VAISTŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMAS

Senstant populiacijai, daugėjant lėtinių ligų, kyla sveikatos paslaugų poreikis, siekiama naujų efektyvesnių preparatų įdiegimo. Tai skatina vaistų išlaidų augimą. Lietuvos PSDF biudžete vaistams kompensuoti 2002 m. buvo patvirtinta 326 mln. Litų, arba 18% visų PSDF biudžeto išlaidų, o 2005 m.- jau 440 mln. Lt.

Vaistų kompensavimas priklauso socialinio solidarumo principams, juo siekiama palengvinti išlaidų našta nelaimę patyrusiems, susirgusiems asmenims kitų visuomenės narių sąskaita. Socialinės gerovės valstybės įgyvendino didelės apimties kompensavimo iš biudžeto modelius, siekia įdiegti metodus, kurie leistų efektyviausiai suderinti bendruomenės narių poreikius, kaštų augimą, biudžeto galimybes. Šalyse, kur vyrauja privatus draudimas, valstybė savo indėliu garantuoja išlaidų vaistams kompensavimą per alternatyvias draudimo schemas ar tiesiog drausdama atskirų socialinių grupių atstovus. Egzistuojant sveikatos draudimo ir vaistų kompensavimo sistemų įvairovei, daug šalių susiduria su kompensavimo sistemos reguliavimo problemomis, tai:

- nekontroliuojamas išlaidų augimas;
- optimalios kompensavimo apimties ir schemų nustatymas;

- neracionalaus medikamentų išrašymo kontrolė;
- kainų disproporcijos;
- konkurencijos pažeidimai [47].

Remiantis ekonomikos teorija, sveikatos priežiūra yra prekė, pasižyminti visuomeninei gėrybei būdingomis savybėmis, t.y. vartojant ją vienam individui ekonominę naudą gauna visuomenė [53].

Vaistų, kaip ir kitų medicinos paslaugų rinka, neatitinka idealios rinkos sąlygų, nes yra informacijos simetriškumo, informuoto laisvo pasirinkimo negalimumo, gamintojo ir pirkėjo monopolijos, vaistų išrašymo įtaka.. Sveikatos paslaugų pirkėjas nėra įprastinis vartotojas, kuris elgiasi rinkoje pagal tam tikrus pasirinkimo kriterijus ir turimą informaciją. Sveikatos paslaugų, tame tarpe ir vaistų, pasirinkimą lemia paslaugų teikėjas- sveikatos specialistas, kuris suinteresuotas plėsti paslaugų paklausą ir siūlyti sau palankius variantus. Šiuo atveju įprastiniai rinkos mechanizmai neefektyvūs.

Yra įvairūs vaistų kompensavimo sistemos reguliavimo metodai, veikiantys išlaidų apimtį, paskirstymą ir kontrolę, tai:

- kompensuojamųjų vaistų kainų valstybinis patvirtinimas (bazinės vaistų kainos);
- kompensuojamųjų vaistų sąrašas („teigiamas ir neigiamas sąrašai“);
- metinių kompensuojamųjų vaistų išlaidų limito nustatymas gydytojams ir įstaigoms, regionams („indikatyviniai biudžetai, kvotos“);
- informacinės vaistų apyvartos ir išlaidų stebėsenos sistemos;
- priemokos už vaistus;
- gydytojų elgesio motyvavimas ir kontrolė;
- derybos su gamintojais, pelno ribojimas;
- ekonominio efektyvumo vertinimo ir kt. priemonės.

ES valstybėse nėra vieningos kompensavimo reguliavimo sistemos, nėra reglamentacijų dėl reguliavimo tvarkos ar metodų taikymo, rekomendacijų, kaip tobulinti reguliavimo metodus. Tai nacionalinės politikos sritis.

LR vaistų kompensavimo teisiniai pagrindai sukurti priėmus Sveikatos draudimo įstatymą 1996 m. ir jam įgyvendinti skirtus poįstatyminius aktus [6].

Šiuo metu veikiančios vaistų išlaidų kompensavimo sistemos visumą sudaro šie sudėtiniai elementai:

- patvirtintas kompensuojamųjų vaistų sąrašas ir jo sudarymo tvarka (tiksliau A ir B sąrašas; A sąrašas - kompensuojamųjų vaistų ir ligų, kurioms esant kompensuojami ambulatoriškai gydyti skirti vaistai, B sąrašas - kompensuojamųjų vaistų ir

socialinių kategorijų, pagal kurias visiškai ar dalinai kompensuojamas ambulatorinis gydymas vaistais);

- kompensuojamų vaistų bazinių kainų kainynas, kainų nustatymo tvarka;
- metinių biudžeto išlaidų vaistams kompensuoti patvirtinimas ir kitos kiekybinio reguliavimo priemonės;
- vaistų išrašymo ir pardavimo tvarka, informacinė apskaitos sistema.

Kompensuojamųjų vaistų sąrašas nuolat keičiamas, papildant naujais preparatais ir pašalinant kai kuriuos vaistus. Bendras vaistų skaičius svyruoja apie 2000 pozicijų. Dėl sąrašo keitimo išleista ne mažiau kaip 20 SAM įsakymų.

Sveikatos draudimo rėmuose įteisintas ir vaistų kompensavimo pagal bazinę kainą modelis, kasmet išleidžiant SAM patvirtintą vaistų kainyną. Vaisto bazinė kaina – tai vaisto mažmeninės kainos dalis, kuri yra kompensuojama iš PSDF lėšų [6]. Bazinės kainos apskaičiavimo principui įgyvendinti vaistai yra grupuojami pagal SAM nustatytus kriterijus į panašiai veikiančių preparatų grupes, kiekvienai šių grupių yra nustatoma bazinė kaina. To paties cheminio pavadinimo vaistus skirtingų šalių gamintojai išleidžia įvairiais prekiniais pavadinimais. Vaistinėje išgydamas pagal gydytojo išrašytą specialų receptą, pacientas sumoka bazinės ir mažmeninės vaisto kainos skirtumą. Tai yra priemoka už vaistus.

Kompensuojamųjų vaistų sąrašą sudaro du sąrašai – A ir B, kuriuos patvirtino SAM 2002m. gegužės mėn. 14 d. įsakymu Nr. 209 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ [47] sąrašai sudaromi pagal skirtingus principus.

Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (sąrašas A) sudarymo esmė – visiems apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu kompensuoti tam tikrų ligų gydymą. Gydytojų specialistų komisija parengė bendrus kriterijus, leidžiančius nuspręsti, kokių ligų atvejais vaistų bazinė kaina turi būti kompensuojama 100, 80 arba 50 proc. Atsižvelgiant į ligų paplitimą, jų įtaką gyventojų sveikatai, sudaromas ligų, kurių gydymas kompensuojamas, sąrašas. Kiekvienai ligai gydyti numatomi kompensotini vaistai.

Į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą (sąrašą B) įtraukiami dažniau vartojami vaistai. Šis sąrašas sudaromas atsižvelgiant į atskirų socialinių grupių pacientų finansines galimybes įsigyti vienus ar kitus vaistus. Prie tokių pacientų socialinių grupių priskiriami vaikai, pensininkai, neįgalūs asmenys. Pvz., vaikams iki 18 m. ir I gr. invalidams pagal kompensuojamųjų vaistų sąrašus A ir B kompensuojama 100 proc. vaistų bazinės kainos.

Ligų, kurių ambulatorinis gydymas kompensuojamas 100 proc. sąrašo sudarymo kriterijus nustatė PSD taryba 2001 m. 100 proc. kompensuojama: lėtinės (nepagydomos) nuolat progresuojančios ligos ir būklės, reikalingos specialaus gydymo gyvybinėms funkcijoms palaikyti, kurio netaikant pacientas neišvengiamai mirtų per labai trumpą laiką (kelias dienas);

skausmą malšinantys narkotiniai analgetikai; ligos ir būklės, kurių negydant pacientai kelia grėsmę aplinkinių ir savo gyvybei [65].

Gydantis ligoninėje, vaistai kompensuojami kitu būdu – jų išlaidos sudaro dalį lovodienio kainos, kompensuojant pagal stacionaro paslaugų profilius.

Techninę išlaidų kompensavimo įgyvendinimo tvarką, kompensuojamųjų vaistų išrašymo procedūras ir reikalavimas apibūdina specialūs teisės aktai, kuriuos vadovaudamasi SDĮ 9 str., išleidžia SAM.

LR Seimas kasmet patvirtina PSDF biudžetą, priimdamas PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą, kuriame nustatomos PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų apimtys pagal atskiras kategorijas, tarp jų išlaidos kompensuojamiems vaistams.

Kaip matome, yra gana tobula vaistų kompensavimo sistema. Manau, kad šios sistemos principus galima būtų pritaikyti ir kitoms sveikatos priežiūros paslaugoms, t. y. nustatyti bazines kainas, sudaryti sąrašus ligų, kurioms esant būtų visiškai ar dalinai kompensuojamos paslaugų kainos. Taip pat reikėtų nustatyti, kokių socialinių grupių žmonėms būtų kompensuojamos paslaugos, o kurie turėtų už jas mokėti. Bet svarbiausia, manau, kad reikia daugiau informacijos, kad pacientas žinotų, kiek kainuoja jam teikiama paslauga. Turi atsirasti visų paslaugų kainos, kurios paslaugų rinkoje iki šiol neegzistuoja, o kol jų neturime, negalime kalbėti apie efektyvumą teikiamų paslaugų rinkoje, kuris pasiekiamas konkuruojant atskirų gydymo išlaidų paslaugų kainoms. Vaistų rinkoje kainas turime – nuėję į vaistinę galime sužinoti [62]. Gydantis stacionare, matomoje vietoje (pvz. skelbimų lentoje) turėtų būti nurodoma procedūrų, lovodienio, procedūrų kainos, kad kiekvienas žinotų, kiek kainuoja jo gydymas.

6 skyrius NETEISĖTI MOKĖJIMAI MEDIKAMS

Visą laiką spaudoje, televizijoje, kitose žiniasklaidos priemonėse, privačiuose pokalbiuose girdime apie korupciją gydymo įstaigose. 2002 – 2004 m. „Transparency international“(TILS) Lietuvos skyrius ir Specialiųjų tyrimų tarnyba (STT) atliko korupcijos Lietuvos savivaldybėse tyrimus, kurie įrodo, kad sveikatos priežiūros sritis yra viena iš labiausiai korumpuotų Lietuvoje. Šio tyrimo duomenimis: respublikinėse ligoninėse 36 asmenys iš 100 suprato, kad iš jų norima neteisėto atlygio, rajono ligoninėse 26 iš 100, o poliklinikose -15 iš šimto.

TILS direktorius, komentuodamas šio tyrimo rezultatus, sako, kad vienas iš būdų padėčiai gerinti yra asmens sveikatos draudimo sistemos diegimas, kai, pvz. 2 proc. fizinių asmenų pajamų mokesčio būtų skirti sveikatos draudimui. Jeigu žmogus neserga, lėšos kaupiamos jo sąskaitoje. Taip pat turi būti didinami medikų atlyginimai. Kodėl medikai, dirbantys daug ir gerai, negauna savo darbo vertų atlyginimų oficialiai? Privačiame sektoriuje,

kur visos paslaugos turi savo vertę, pacientai moka pagal nustatytus įkainius. Ir valstybiniame sektoriuje gana veidmainiauti dangstantis nemokamos medicinos šūkiais. Taikant paslaugų įkainius, visa sistema turi būti skaidri.

Šio tyrimo rezultatus komentuodamas „Northway“ medicinos centrų generalinis direktorius prof. V. Basys sako, kad pirmiausia valstybė turi pasakyti, kad kompensuojamos ne visos sveikatos priežiūros išlaidos, ir žmonėms už dalį jų reikia mokėti. Gana dažnai taikomas modelis „privati įstaiga valstybinėje“, ypač akušerijos, chirurgijos ir kt. srityse. Taip pat sudarytos skirtingos veiklos sąlygos privačioms ir valstybinėms įstaigoms. Taigi turi būti aišku: kokią savo atlyginimo (mokesčių) dalį įvairių socialinių grupių asmenys skiria sveikatos priežiūrai, kas turi mokėti papildomai, kokios kainos (tiek valstybinėse, tiek privačiose įstaigose jos turi būti oficialios ir pagrįstos). Kiekvienam asmeniui valstybės skirti pinigai (pirminei, antrinei sveikatos priežiūrai) turi keliauti paskui jį [48].

Manau, kad korupcijai įtakos turi ir LR Civilinis Kodeksas, kurio šeštosios knygos XXVII skyriaus 6.470 str. Galėjimas dovanoti ir galėjimas priimti dovanas 4 dalyje parašyta „Draudžiama priimti dovanas sveikatos priežiūros, gydymo ar globos (rūpybos) institucijų vadovams ir kitiems darbuotojams iš asmenų, kurie šiose institucijose gydomi ar išlaikomi, bei jų artimųjų, giminaičių, išskyrus simbolines dovanas, kurių vertė neviršija vieno minimalaus gyvenimo lygio dydžio sumos“ [34].

7 skyrius PRIVATI MEDICINA LIETUVOJE

Privatus sektorius sveikatos apsaugos sistemoje kasmet užima vis svaresnes pozicijas, nes auga tokių įstaigų ir prisiregistravusių jose gyventojų skaičius. 2005 m. privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose prisiregistravo apie 20 proc. gyventojų. Prisiregistravusiųjų skaičius pas vieną gydytoją valstybiniame sektoriuje – 1338, privačiame – 1033.

Pagal dabartines SAM nuostatas numatyta iki 2008 m. pasiekti, kad nemažiau kaip 80 proc. pirminio lygio paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai. Tai reikšmingas posūkis, proporcijų pasikeitimas pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje ir valstybė turi sudaryti sąlygas, kad įstaigos pačios norėtų pereiti į privatų sektorių. Dėl to būtina supaprastinti gyventojų priregistravimo ASPĮ, įstaigų sutarčių pasirašymo su TLK ir leidimų steigti privačias pirminės sveikatos priežiūros įstaigas išdavimų tvarką [58].

Visame pasaulyje privatus sektorius skatina gerinti paslaugų kokybę ir efektyvumą viešosiose gydymo įstaigose, nes privačios įstaigos persivilioja viešųjų įstaigų klientus būtent geresne kokybe. Stiprinant privatų sektorių būtų „nušauti du zuikiai“ - didelė dalis pacientų galėtų ten gydytis, kita vertus – jos yra katalizatorius, didinantis valdiškų gydymo įstaigų

efektyvumą. Priešingai nei viešosios įstaigos, privačios gydymo įstaigos turi didesnę motyvaciją efektyviau dirbti, nes jos turi išsilaikyti [62].

UAB „Medicinos diagnostikos centras“ direktorius L. Paškevičius nurodo šias privačios medicinos problemas ir jų sprendimo galimybes:

- privačių SPI pacientai moka du kartus: moka mokesčius į PSDF biudžetą nors paslaugomis nesinaudoja, ir moka už paslaugas privačiose SPI, kuriose gauna paslaugą. Norint šią problemą išspręsti, reikėtų patvirtinti tesės aktų paketą ir pagaliau įgyvendinti principą „pinigai paskui ligonį“

- nėra nustatytų ir viešai paskelbtų kriterijų, pagal kuriuos ligonių kasos skelbtų viešus konkursus sveikatos priežiūros paslaugoms pirkti.

- sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai yra maži ir neatitinka realios paslaugų kainos. Būtina įvardyti bazinį paslaugų krepšelį už kurį mokama iš PSDF lėšų. Už nepatekusias į šį krepšelį paslaugas turėtų mokėti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo bendrovės.

- valstybinės SPI, tvarkydamos buhalterinę apskaitą, neskaičiuoja nusidėvėjimo, nevertina ilgalaikio turto, o privačioms, kurios visa tai įskaičiuoja, akivaizdžiai kyla paslaugų kaina. Būtina suvienodinti valstybinių ir privačių medicinos įstaigų buhalterinės apskaitos pagrindus.

- nesudarytos realios sąlygos privataus (savanoriško) sveikatos draudimo veiklai ir plėtrai, todėl išlieka tiesioginių mokėjimų už gautas paslaugas praktika.

- būtina sudaryti vienodas konkurencines sąlygas ir galimybes privačioms bei valstybinėms SPI steigti ir veikti, nes planinis SPI finansavimas be aiškių kriterijų stabdo konkurencijos SP paslaugų rinkoje atsiradimą.

Lietuvoje papildomas sveikatos draudimas sudaro tik 0,1 proc. bendro sveikatos sektoriaus finansavimo, nors jis padėtų spęsti didėjančias sveikatos sistemos problemas (finansavimą, sveikatinimo paslaugų apimtis, apdraustųjų individualią atsakomybę) [58].

3 priede pavaizduota Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2005 m. Yra 1521 privati sveikatos priežiūros įstaiga. Iš jų 12 ligoninių, 163 PSP įstaigos, 3 GMP įstaigos, 928 odontologijos įstaigos ir 15 sanatorijų, taigi matyti, kad didžioji dalis SPI, išskyrus sanatorijas ir odontologijos įstaigas, yra valstybinės.

8 skyrius TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

8. 1. Mokamų paslaugų apžvalga VŠĮ Vilniaus universitetinėje Antakalnio ligoninėje ir VŠĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje

Norint išsiaiškinti mokamųjų paslaugų apimtį, už jas gaunamas pajamas, buvo tiriama dvi labai skirtingos Vilniaus ligoninės.

VŠĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė tarybiniais laikais buvo specializuota SAM IV valdybos ligoninė. Joje anksčiau galėjo gydytis tik komunistų partijos ir pagrindinės valdžios struktūrų vadovai bei jų šeimos nariai. Ligoninė perorganizuota 1992 m. [43]. Tai šiuo metu bene vienintelė Lietuvoje gydymo įstaiga, kurioje poliklinika neatskirta nuo stacionaro. Šiuo metu ligoninėje dirba 144 gydytojai ir 236 slaugos specialistai [70]. Yra poliklinika ir 7 stacionariniai skyriai: Vaikų alergologijos; Darbo terapijos ir bendras vidaus ligų; Kardiologijos; Reabilitacijos ir palaikomojo gydymo; Nefrourologijos; Angiochirurgijos ir dienos chirurgijos ir Neurologijos skyriai, taip pat Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrius, operacinė ir pooperacinė palata. Padaroma virš 1000 operacijų per metus. Daromos laparoskopinės, angiochirurginės, smulkios ginekologinės bei urologinės operacijos. Yra didelis hemodializės skyrius bei peritoninės dializės poskyris. Ligoninių ištyrimui taikomi radiodiagnostikos, echoskopijos metodai, echoskopijų metu atliekamos įvairių organų biopsijos, nefrostomos. Ligoninėje atliekama gana daug fizioterapinių procedūrų: masažas, povandeninis masažas, vertikalios vonios, akupunktūra, gimnastika, yra baseinas. Taip pat yra odontologinis ir dantų protezavimo skyrius. Ligoninės laboratorijoje atliekami imunologiniai, alergologiniai tyrimai, bendri laboratoriniai tyrimai, PSA tyrimas. Plačiai taikomas hiperbarinės oksigenacijos metodas. Atliekami profilaktiniai patikrinimai, skiepai, išduodamos pažymos dėl ginklų, vairuotojų pažymėjimų, vykstant į užsienį.

VŠĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė šiuo metu yra didžiausia Vilniaus miesto savivaldybės gydymo įstaiga bei viena iš pagrindinių Vilniaus universitetinio medicinos fakulteto mokymo bazių. Joje yra 675 lovų. Dirba 7 habilituoti daktarai, 27 medicinos mokslų daktarai, 274 gydytojai, 525 slaugytojai, 386 kt. darbuotojai. Ligoninės struktūroje yra 2 klinikos ir 3 centrai: Akušerijos ir ginekologijos, Chirurgijos klinikos, Propedeutikos ir slaugos studijų, Bendrosios ir ambulatorinės pediatrijos, Kraujagyslių chirurgijos centrai. Kasmet ligoninėje gydoma apie 23 tūkst. ligonių, atliekama apie 11 tūkst. operacijų, gimsta apie 3 tūkst. naujagimių. Ligoninių ištyrimui ir gydymui taikomi modernūs diagnostikos ir gydymo būdai: kardiostimuliacija, kardioversija, ultragarsiniai echoskopiniai, radiodiagnostikos ir intervencinės radiologijos tyrimai, echoskopijų metu atliekamos įvairių organų biopsijos, nefrostomos, cholecistostomos, diagnostinės ir gydomosios intervencinės radiologijos paslaugos, hemodializės, inkstų akmenlige sergančiųjų gydymui naudojamas ekstrakorporinės šoko bangos litotriptorius. Atliekamos laparoskopinės, angiochirurginės operacijos. Daromi kepenų, žarnyno fermentų, imuniniai, DNR, hormoniniai, bakteriologiniai, virškinamojo trakto motorinių funkcijų tyrimai. Ligoninėje tiriami ir gydomi vaikai, sergantys įvairiomis kvėpavimo, virškinimo, širdies

ir kraujagyslių sistemų ligomis. Akušerijos ir ginekologijos klinikoje veikia Vilniaus perinatologijos centras, konsultuojamos ir gydomos nėščiosios, gimdyvės su vidutine ir didele nėštumo ir gimdymo rizika. Ligoninėje gydomi ligoniai dėl nudegimų, nušalimų, proktologiniai ligoniai, visi Vilniaus miesto ir apskrities ligoniai, sergantys dujine gangrena [70].

Šios ligoninės buvo pasirinktos, nes VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė yra tipiška respublikos ligoninė ir manau, kad mokamų paslaugų apžvalga joje atspindėtų tikrąją padėtį, kuri yra ir kitose respublikos ligoninėse. VšĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė buvo pasirinkta todėl, kad joje aš dirbu, be to tai buvusi uždara ligoninė ir joje poliklinika neatskirta nuo stacionaro.

Buvo nagrinėtos mokamos paslaugos 1995, 2000 ir 2005 m. Stebėta pokyčiai ir bandyta padaryti išvadas.

8. 1. 1. Mokamos paslaugos VšĮ Vilniaus universitetinėje Antakalnio ligoninėje (VšĮ VUAL)

1995 m.

Nežiūrint to, kad 1992 m. ligoninė buvo perorganizuota iš specializuotos SAM IV valdybos ligoninės, 1995 m. atskiri piliečiai, įvairios Lietuvos įmonės, diplomatinės tarnybos, kt. įstaigos mokėjo už jų darbuotojų gydymą šioje ligoninėje ir poliklinikoje. Tai sudarė didžiąją dalį pajamų už mokamas paslaugas (apie 80 proc.). Už gydymą atskiri asmenys mokėjo nuo 40 iki 600 Lt, o įstaigos ir organizacijos – nuo kelių šimtų iki kelių tūkstančių.

Kitą dalį (apie 20 proc. visų pajamų už mokamas paslaugas) sudarė pajamos už fizioterapines procedūras, patalpų nuomą, dantų protezavimą, kosmetologines paslaugas ir kt. Kaina priklausė nuo paskirtų procedūrų skaičiaus ir kokia buvo atliekama procedūra:

- už masažą buvo mokama 15 – 35 Lt;
- už parafino procedūras – 7,5 Lt;
- už povandeninį masažą -7 – 70 LT;
- už ozokeritą – 6 – 60 Lt;
- už vertikalias vonias – 20 - 40 Lt;
- už sūkurines vonias – 4 – 10 Lt;
- už purvo terapiją - 15 – 40 Lt;
- už inhaliacijas – 3 – 15 Lt;
- už jodo – bromo vonias – 30 – 35 Lt;
- už karpų gydymą – 1 – 5 Lt;
- už rentgenogramas – 3,2 - 9,2 Lt;
- už nuospaudų šalinimą – 4Lt;

- už perlines vonias – 35 Lt.

Kadangi pacientai už gydymą ir fizioterapines procedūras mokėjo į ligoninės kasą, nei tarybiniais metais, nei tiriamais 1995 m. neteisėtą mokėjimą medikams ligoninėje nebuvo. Tą pavyko sužinoti iš seniau toje ligoninėje dirbančių medikų. Tarybiniais metais ligoninės dirbantieji (tiek gydytojai, tiek slaugytojos ir kiti) būdavo pamaloninami (motyvuojami) greitai gaudami butus, paskyras automobiliams, sodo sklypus ar dažnai gaudami deficitinių taisy laikais maisto bei kt. prekių.

VšĮ VUAL 1995 m. buvo gauta:

- už gydymą- 208 489,5 Lt, tame tarpe: už fizioterapines procedūras ir kosmetologo – odos gydytojo paslaugas – 34 748,25 Lt.;
- už patalpų nuomą – 6 732 Lt.;
- už dantų protezavimą – 14 396,03 Lt.

Viso už gydymą, dantų protezavimą ir patalpų nuomą gauta 229617,53 Lt.

2000 m.

Už gydymą gauta 457 842,06 Lt. Iš jų:

- didžiausia dalis – 23,7 proc.- pajamų gauta už baseiną;
- už laboratorinius tyrimus - 9,6 proc.;
- už stomatologines medžiagas – 8,5 proc.;
- už pažymas dėl vairuotojo pažymėjimo - 8,5 proc.;
- už masažą – 6,4 proc.;
- už akupunktūrą - 6 proc.;
- už povandeninį masažą – 5,5 proc.;
- už PSA tyrimus – 5,3 proc.;
- už imunologinius tyrimus – 5,2 proc.
- už fizioterapines procedūras - 4,2.proc;
- už vertikalias vonias - 4,1 proc.;
- už rentgeno nuotraukas – 4 proc.;
- už pažymas dėl ginklų – 2,5 proc.;
- už gydytojų konsultacijas – 2,4 proc.;
- už gimnastiką - 2,2 proc.;
- už likusias paslaugas – (sergančių vaikų motinų maitinimą, kardiologinius tyrimus, odos kabineto procedūras, pažymas vykstant į užsienį, nėštumo nutraukimus, telefoninius pokalbius ir kt.) – iki 2 proc.

Už dantų protezavimą sumokėta 301 675,5 Lt.

Viso už gydymą ir dantų protezavimą gauta 759517,56 Lt.

1995 m. ir 2000 m. pajamų už gydymo paslaugas suvestinės padarytos iš ligoninės archyvo paėmus ir skaičiuojant kasos čekius.

2005 m.

2005 m., pagal kasos pajamų už gydymo paslaugas suvestinę, gauta 847 010,43 Lt. už mokamas medicinos paslaugas. Tai sudaro 6,355 proc. viso 2005 m. ligoninės biudžeto (ligoninės biudžetas 13 327 913 Lt).

- daugiausia pajamų gauta už baseiną – 18,91 proc.;
- už dantų protezavimą – 18,03 proc.;
- už imunologinius tyrimus – 15,09 proc.;
- už laboratorinius tyrimus – 9,16 proc.;
- už patalpų nuomą – 6,19 proc.;
- už PSA - 5,3 proc.;
- už pažymas – 3,36 proc.;
- už stomatologines medžiagas - 3,21 proc.;
- už profilaktinius tikrinimus – 3,19 proc.;
- už masažą – 2,97 proc.;
- už fizioterapines procedūras – 2,46 proc.;
- už alergologinius tyrimus – 1,19 proc.;
- už skiepus – 1,13 proc.;
- už gydytojų konsultacijas, povandeninį masažą, kardiologinius tyrimus, rentgeno nuotraukas – po 1,1 proc.;
- už kitas paslaugas (gydymąsi stacionare, vertikalias vonias, kompensuojamųjų vaistų pasus ir kt.) – mažiau, kaip po 1 proc.

Palyginus mokamas paslaugas 1995, 2000 ir 2005 m. matome, kad pajamos, gaunamos už mokamas paslaugas, didėja. 2000 m. mokamų paslaugų buvo atlikta už 3,31 karto didesnę sumą nei 1995 m., o 2005 m. už mokamas paslaugas gauta 10,33 proc. daugiau pajamų nei 2000 m. Daugiausia pajamų gauta už fizioterapines procedūras, ypač už baseiną. Taip pat nemažai lėšų (1995 m.- 6,27 proc. visų lėšų, gautų už mokamas paslaugas, 2000 m.- 39,7 proc., 2005 m. – 18,03 proc.) gauta už dantų protezavimą.

8. 1.2. Mokamos paslaugos VšĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje

1995 m.

Tais metais buvo gaunamos lėšos už šias mokamas paslaugas:

- už profilaktinį sveikatos patikrinimą .Už vairuotojų sveikatos patikrinimą, taip pat už sveikatos patikrinimą priimant į darbą imamas 21 Lt mokestis. Viso gauta 40 000 Lt (19,8 proc. visų mokamų paslaugų);

- už gydymą poliklinikoje. Kaina už gydymą ne teritorinėje poliklinikoje respublikos gyventojams - 30 Lt metams. Viso gauta 22 100 Lt (10,9 proc.);

- už kosmetologines paslaugas (veido valymas kainavo 12,71 Lt; masažas 8,47 – 11,86 Lt, kaukės 6,78 – 8,47 Lt) gauta 8 830 Lt (4,4 proc.);

- už nėštumo nutraukimą (moterų konsultacijoje - 30 Lt, stacionare - 90 Lt). Pajamos 55 000 Lt (27.2 proc.);

- už pažymų išrašymą buvo gauta 10 000 Lt (4,9 proc.);

- už kitas paslaugas (patalpų nuoma, automobilių saugojimo aikštelę, patalpų nuoma bufetui) gauta 66 351 Lt (32,8 proc.).

Viso gauta 202 281 Lt.

1995 m. stacionaro biudžetas buvo 13 236 900 Lt., poliklinikos – 5 054 800 Lt. Viso ligoninės biudžetas – 18 291 700 Lt.

Taigi matome, kad mokamos paslaugos sudarė 1,1 proc. viso ligoninės biudžeto.

2000 m.

Ligoninės biudžetas tais metais – 27774,4 tūkst. litų. Atlikta paslaugų, finansuojamų iš PSDF už 27467,6 tūkst. litų (tai sudaro 98,8 proc. ligoninės biudžeto), mokamų paslaugų už 141,6 tūkst.Lt ir gautos kt. lėšos (automobilių aikštelės, patalpų nuoma ir kt.) – 165.2 tūkst. litų (1,2 proc. viso ligoninės biudžeto).

Už mokamas medicininės paslaugas gauta 141,6 tūkst. Lt (jos sudaro 0,51 proc. viso ligoninės biudžeto):

- ginekologijos skyrius atliko mokamų medicininių paslaugų už 37,2 tūkst. Lt (26,3 proc. mokamų medicininių paslaugų);

- mikrobiologinių tyrimų laboratorija – už 54,0 tūkst. Lt (38,1 proc.);

- patologoanatomijos sk.- už 20,1 tūkst. Lt (14,2 proc.);

- laboratorija – už 14.9 tūkst. Lt (10,5 proc.);

- angiochirurgijos sk. – 6,7 tūkst. Lt (4,7 proc.);

- kiti skyriai – 8,7 tūkst. Lt (6,1 proc.).

2005 m.

Ligoninės biudžetas – 34 658,8 tūkst. Lt. Mokamų paslaugų atlikta už 327,5 tūkst. Lt. Tai sudaro 0,9 proc. viso ligoninės biudžeto. Iš jų daugiausia pinigų – 71,1 tūkst. Lt – 21,7 proc. visų mokamų paslaugų gauta už laboratorinius tyrimus;

- už patologinius tyrimus – 44,2 tūkst. Lt – 13,5 proc;
- už mikrobiologinius tyrimus -37,6 tūkst. Lt -11,5 proc;
- už karių gydymą ir konsultavimą – 36,2 tūkst. Lt – 11,1 proc;
- už užsieniečių ir kt. gydymą - 34,3 tūkst. Lt -10,5 proc;
- už nėštumo nutraukimus – 32,9 Tūkst. Lt – 10 proc.
- už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas – 30,1 tūkst. Lt – 9,2 proc.
- už radiologinius tyrimus 13,4 tūkst. Lt – 4 proc;
- už klinikinius tyrimus – 12,5 tūkst. Lt -3,8 proc.
- už II lygio ambulatorines konsultacijas – 6,7 tūkst. Lt -2 proc.
- už III lygio ambulatorines konsultacijas 4,3 tūkst. Lt – 1,3 proc.
- už instrumentų sterilizavimą – 1,8 tūkst. Lt – 0,5 proc
- už hiperbarinę oksigenaciją - 1,0 tūkst. Lt - 0,3 proc.
- už biopsinius tyrimus ir diagnostinę intervencinę radiologiją po 0,2 proc. visų mokamų paslaugų

Taip pat gauta lėšų už kitą veiklą (patalpų nuomą, patanatomines paslaugas, komunalines paslaugas ir kt.) – 93,3 tūkst. Lt, tai sudaro 0,3 proc. ligoninės biudžeto.

Palyginus lėšų, gaunamų už mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, matome, kad šioje ligoninėje mokamų paslaugų beveik nedaugėja – 1995 m. lėšos už mokamas paslaugas sudarė 1,1 proc. ligoninės biudžeto (202281 Lt), 2000 m. – 1,2 proc. (vien tik mokamos medicininės paslaugos sudarė tik 0,51 proc. – 141,6 tūkst.Lt), 2005 m. – 1,2 proc. (vien tik medicininės paslaugos sudarė- 0,9 proc. viso ligoninės biudžeto). Daugiausia lėšų gauta už laboratorinius tyrimus (patologinius, mikrobiologinius ir kt.). 1995 m. didžiausią dalį visų mokamų medicininių paslaugų sudarė nėštumo nutraukimai (už juos gauta 55 tūkst. Lt). 2005 m. atsirado naujos mokamos paslaugos – karių gydymas ir konsultavimas, užsieniečių gydymas ir kt.

Lyginant abi ligonines, matome, kad jose teikiamos mokamos medicininės paslaugos yra labai skirtingos – VšĮ VUAL daugiau teikiama mokamų fizioterapinių paslaugų (baseinas ir kt.). Abiejose ligoninėse gana nemažai padaroma mokamų laboratorinių tyrimų (imunologiniai, PSA, alergologiniai ir kt. tyrimai – VšĮ VUAL ir mikrobiologiniai, patologiniai ir kt. – VšĮ VMUL). VšĮ VUAL nemažai lėšų gauna už stomatologines medžiagas ir dantų protezavimą.

8. 2 Anketinė apklausa

8. 2. 1. Tiriamųjų atranka

Tyrimas buvo atliktas VšĮ VUAL, vienoje iš Vilniaus advokatų kontorų, taip pat buvo apklausiami KMU studentai – medikai, gyvenantys viename iš KMU bendrabučių. Buvo

apklausti visi dienos chirurgijos, angiochirurgijos ir nefrourologijos skyriuose besigydantys ligoniai, medikai dirbantys operacinėje, angiochirurgijos ir dienos chirurgijos, nefrourologijos skyriuje (gydytojai, slaugytojos).

Medikai ir pacientai apklausti siekiant išsiaiškinti nuomonę žmonių, tiesiogiai susijusių su medicinos sistema. Studentai medikai apklausti, siekiant išsiaiškinti jaunimo nuomonę, taip pat bandant išsiaiškinti ateities medikų požiūrį į nurodytas problemas ir gal būt šiek tiek prognozuoti ateitį. Teisininkai apklausti kaip labiausiai Lietuvos teisinę sistemą išmanantys žmonės, taip pat kaip viena iš geriausiai Lietuvoje materialiai apsirūpinusių gyventojų grupių.

8. 2. 2. Duomenų rinkimas ir tyrimo organizavimas

Šio tyrimo duomenys buvo renkami anketinės apklausos metodu. Anoniminės anketos buvo įteikiamos pacientams, studentams medikams, teisininkams, medikams. Siekiant gauti patikimesnius duomenis, anketas išdalino ir surinko visiškai su medicina nesusijęs žmogus.

8. 2. 3. Apklausos anketa

Anketa sudaryta iš atskirų dalių. Anketos įžangoje buvo paaiškintas anketos tikslas: sužinoti nuomonę apie dalinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas, kad išsamiau ir tiksliau būtų galima išnagrinėti šią temą, taip pat buvo paaiškinta, kad apklausa anoniminė ir naudojama mokslo tikslams.

Anketos pavyzdys pateiktas 4 priede.

Pagrindinėje anketos dalyje pateikiama 18 uždarų klausimų (pacientui reikėjo pasirinkti 1 atsakymo variantą) arba parašyti savo nuomonę (šešiuose iš nurodytų klausimų).

Baigiamąją anketos dalį sudarė klausimai apie tai, kaip apklausiamasis susijęs su sveikatos apsaugos sistema, taip pat demografiniai duomenys apie amžių, lytį ir išsilavinimą.

Atsakymų kaupimui buvo naudojama MS EXCEL lentelės. Duomenys analizuoti statistinių analizių paketu SPSS ir MS Excel. Skaičiuotas parametų aritmetinis vidurkis, imties kvadratinis nuokrypis (df). Statistinio įvertinimo tikslumui ir patikimumui nustatyti skaičiuojami pasikliautiniai intervalai, atsižvelgiant į pasikliautinumo lygmenį ($p < 0,05$ – statistiškai reikšminga, $p < 0,01$ – labai reikšminga ir $p < 0,001$ – ypač reikšminga). Nepriklausomų ir priklausomų parametų vidurkių statistikai reikšmingi skirtumai vertinti pagal Studento t kriterijų ir Pirsono X^2 kriterijų.

8. 2. 4. Rezultatai ir jų aptarimas

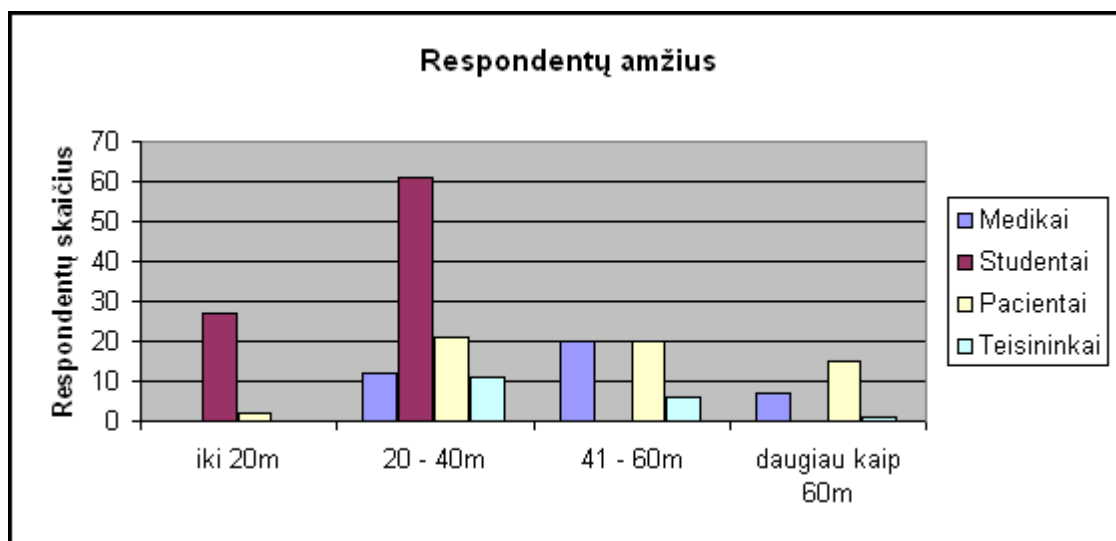
Buvo išdalinta 250 anketų, gauta 203 užpildytos anketos. Sulaukto atsako dažnis 81,2 proc. Analizė atlikta remiantis 203 užpildytų anketų duomenimis.

Bendra tiriamųjų charakteristika

Apklausoje dalyvavo 39 medikai, 88 studentai medikai, 58 pacientai ir 18 teisininkų. Pagal amžių respondentai pasiskirstė taip:

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

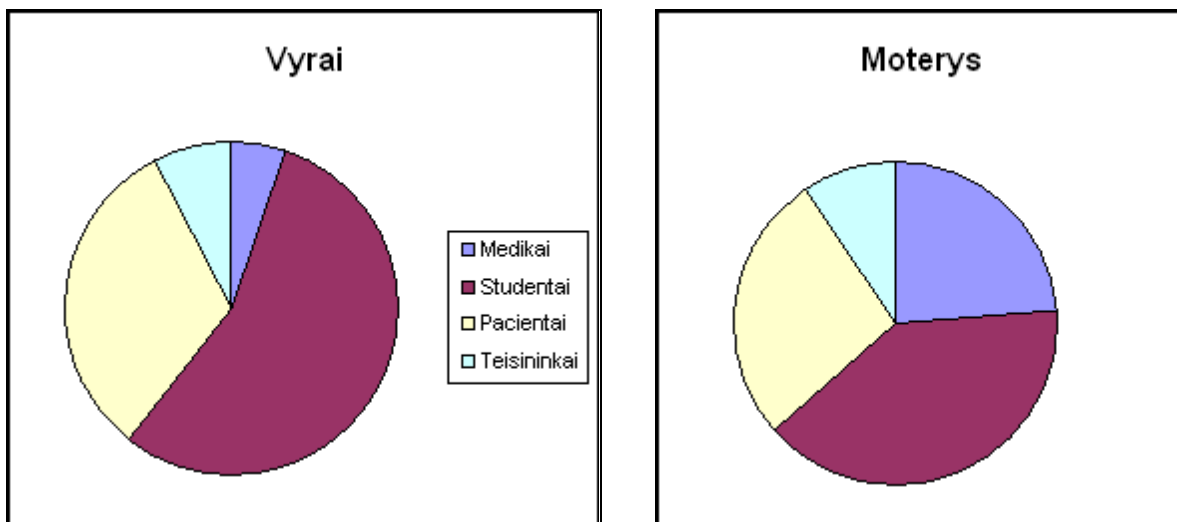
Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
iki 20m		0	27	2	0	29
20 - 40m		12	61	21	11	105
41 - 60m		20	0	20	6	46
daugiau kaip 60m		7	0	15	1	23



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Vyras		3	29	17	4	53
Moteris		36	59	41	14	150



8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Respondentams buvo užduotas klausimas, ar šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra pakankamas. 88,7 proc. visų respondentų mano, kad finansavimas yra per mažas: taip mano visi medikai, 88,9 proc. teisininkų, 90,9 proc. studentų medikų ir 77,6 proc. pacientų.

3 lentelė. Respondentų nuomonė apie sveikatos apsaugos finansavimą

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Pakankamas	0	4	8	0	0	12
Per mažas	39	79	45	16	16	179
Per didelis	0	1	1	0	0	2
Nežinau	0	4	4	4	2	10

X² testo rezultatai: X² = 15,830; df = 9; p<0,001



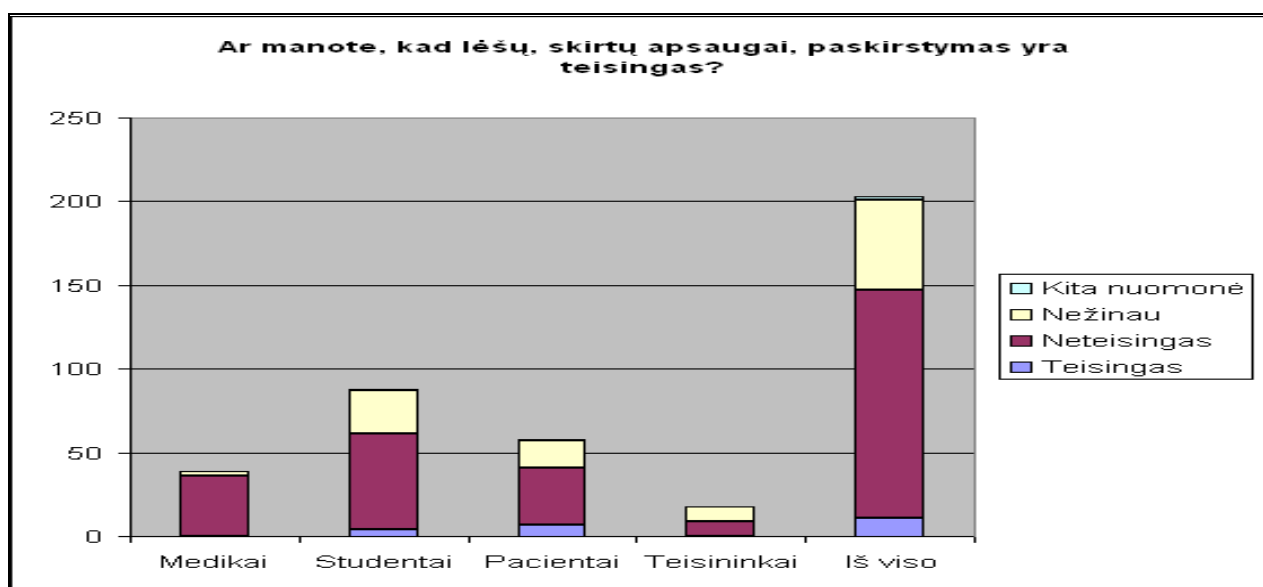
9 pav. Respondentų nuomonė apie sveikatos apsaugos finansavimą

Į klausimą ar lėšų, skirtų sveikatos apsaugai, paskirstymas yra teisingas neigiamai atsakė 67 proc. respondentų, 26,6 proc. apklaustųjų į šį klausimą atsakė, kad nežino. Kad lėšų paskirstymas yra teisingas nemano nė vienas medikas nei teisininkas.

4 lentelė. Respondentų nuomonė apie lėšų pasiskirstymą

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Teisingas		0	4	7	0	11
Neteisingas		36	57	34	9	136
Nežinau		3	26	16	9	54
Kita nuomonė		0	1	1	0	2

X² testo rezultatai: X² = 23,282; df = 9; p < 0,001

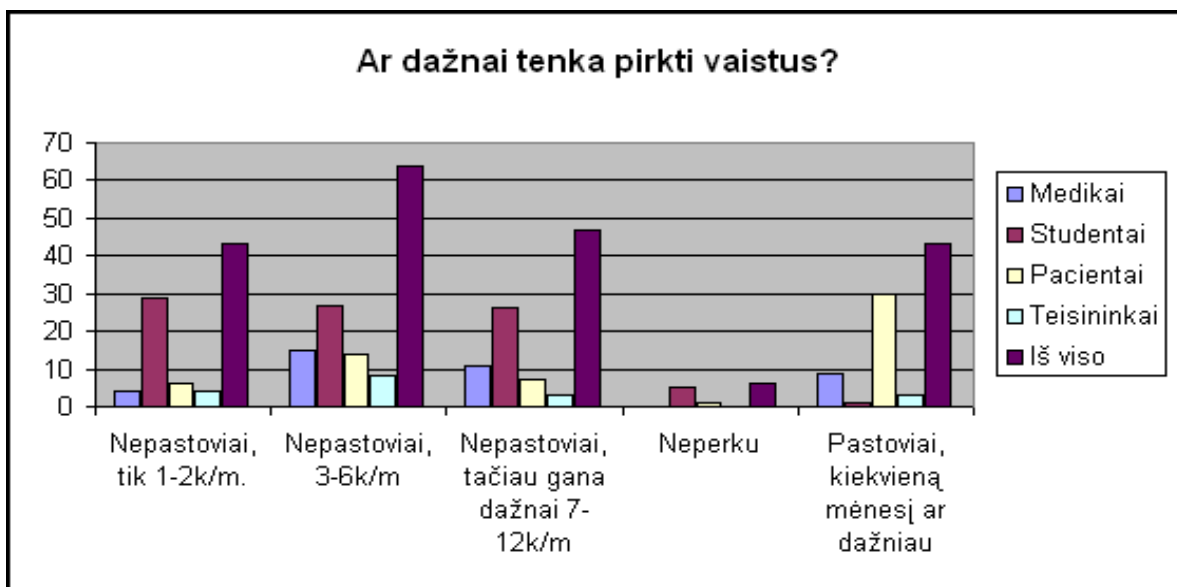


10 pav. Respondentų nuomonė apie lėšų pasiskirstymą

Paklausus, ar dažnai tenka pirkti vaistus, 31,5 proc. respondentų atsakė, kad 3 - 6 kartus per metus, 23,1 proc. atsakė, kad vaistus perka nepastoviai, tačiau gana dažnai – 7 – 12 kartų per metus, po 21,2 proc. respondentų atsakė, kad vaistus perka nepastoviai, tik 1 – 2 kartus per metus, ir, kad vaistus perka pastoviai, kiekvieną mėnesį ar dažniau. Beje, vaistus pastoviai – kiekvieną mėnesį ar dažniau perka net 51,7 proc. apklaustųjų pacientų.

5 lentelė. Respondentų naudojimų vaistų įsigijimo dažnis

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Nepastoviai, tik 1-2k/m.		4	29	6	4	43
Nepastoviai, 3-6k/m		15	27	14	8	64
Nepastoviai, tačiau gana dažnai 7-12k/m		11	26	7	3	47
Neperku		0	5	1	0	6
Pastoviai, kiekvieną mėnesį ar dažniau		9	1	30	3	43



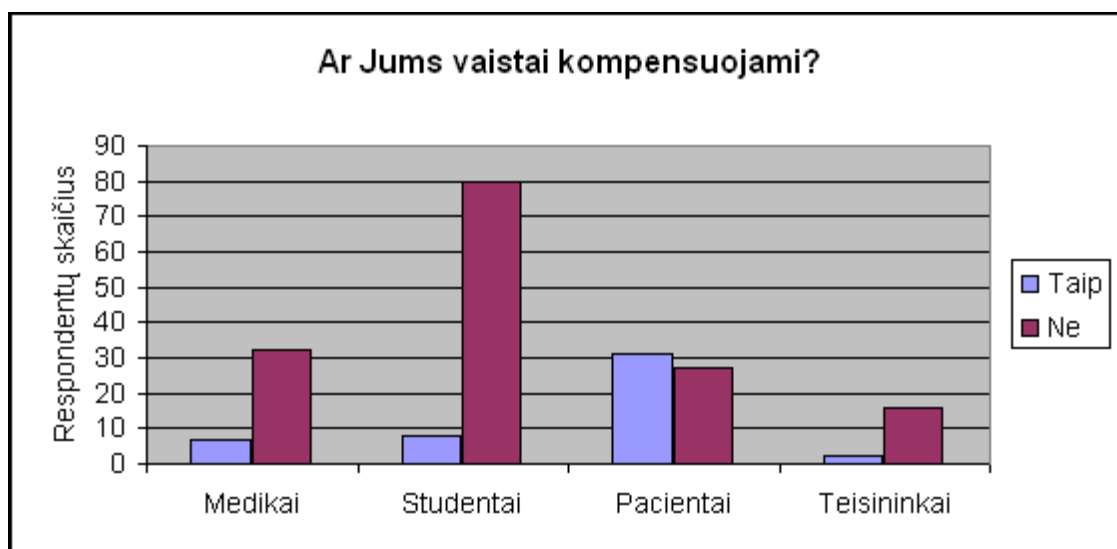
11 pav. Respondentų naudojamų vaistų įsigijimo dažnis

Vaistai kompensuojami buvo 23,6 proc. ir nekompensuojami 76,4 proc. apklaustųjų. Vaistai nekompensuojami 90,9 proc. studentų, 88,9 proc. apklaustųjų teisininkų ir 82 proc. medikų. Kompensuojami – 53,4 proc. apklaustųjų pacientų.

6 lentelė. Duomenys apie vaistų kompensavimą

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Taip		7	8	31	2	48
Ne		32	80	27	16	155

X^2 testo rezultatai: $X^2 = 41,127$; $df = 3$; $p < 0,001$



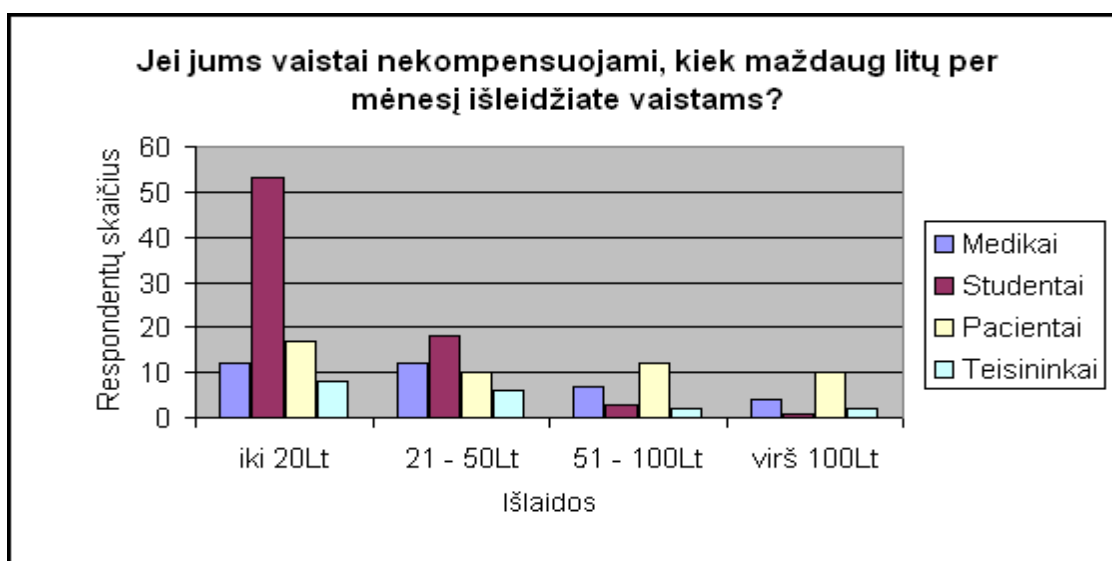
12 pav. Duomenys apie vaistų kompensavimą

Į klausimą: jei jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litų per mėnesį išleidžiate vaistams, 50,8 proc. respondentų atsakė, kad iki 20 Lt, 26 proc. apklaustųjų išleidžia 21 – 50 Lt ir 9,6 proc. išleidžia virš 100 Lt per mėn. vaistams, iš jų 58,8 proc. pacientai.

7 lentelė. Jei jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litų per mėnesį išleidžiate vaistams?

Reikšmės	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
iki 20Lt	12	53	17	8	90
21 - 50Lt	12	18	10	6	46
51 - 100Lt	7	3	12	2	24
virš 100Lt	4	1	10	2	17

X² testo rezultatai: X² = 34,327; df = 9; p<0,001



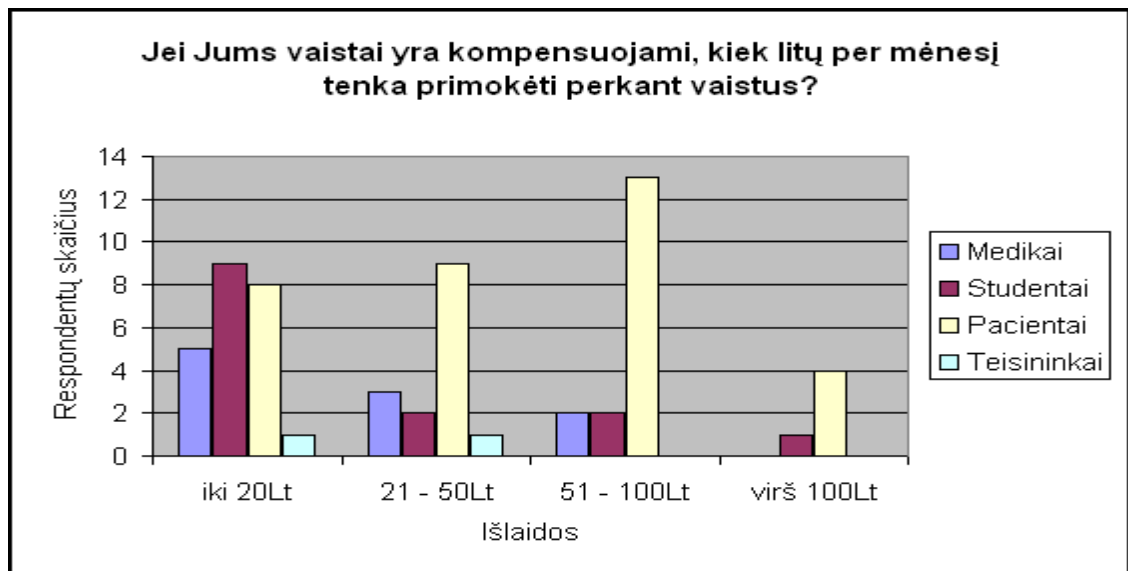
13 pav. Jei jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litų per mėnesį išleidžiate vaistams?

Esant vaistams kompensuojamiems, 38,3 proc. apklaustų žmonių reikėjo primokėti iki 20 Lt, 28,3 proc. – 51 – 100 Lt, 25 proc. – 21 – 50 Lt.

8 lentelė. Jei Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litų per mėnesį tenka primokėti perkant vaistus?

Reikšmės	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
iki 20Lt	5	9	8	1	23
21 - 50Lt	3	2	9	1	15
51 - 100Lt	2	2	13	0	17
virš 100Lt	0	1	4	0	5

X² testo rezultatai: X² = 10,570; df = 9; p<0,001



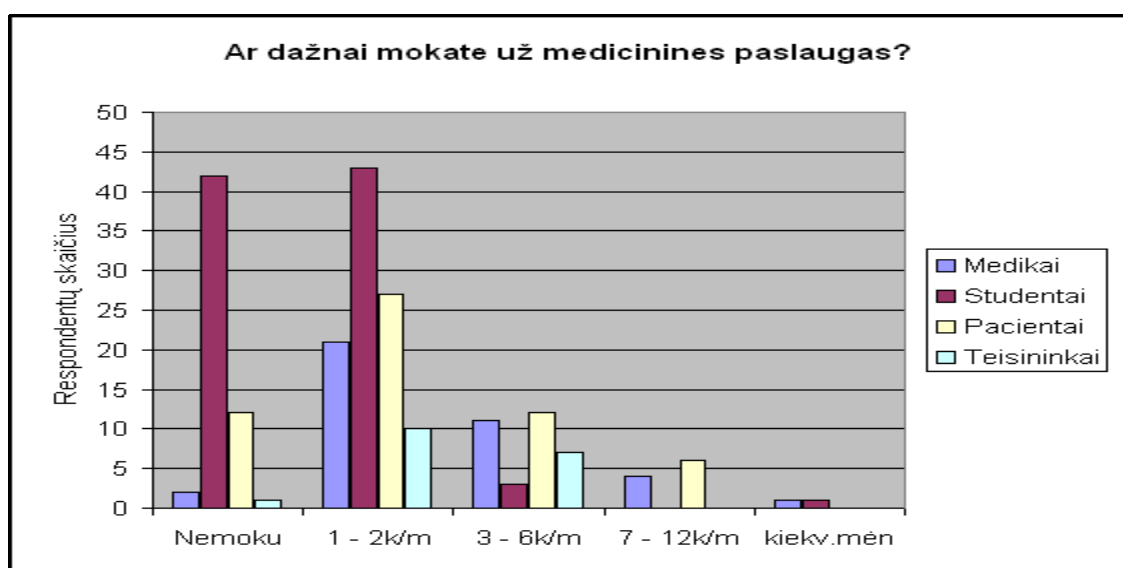
14 pav. Jei Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litų per mėnesį tenka primokėti perkant vaistus?

Paklausus, ar dažnai mokate už medicininės paslaugas, 49,7 proc. respondentų atsakė – nepastoviai, tik 1 – 2 kartus per metus, 28,1 proc.- nemoka, 16,3 proc. – moka 3 – 6 kartus per metus, 4,9 proc. moka 7 – 12 kartų per metus ir pastoviai kiekvieną mėnesį ar dažniau moka 1 proc. apklaustųjų.

9 lentelė. Respondentų mokėjimo už medicininės paslaugas dažnis

Reikšmės	Respondentai				Iš viso
	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	
Nemoku	2	42	12	1	57
1 - 2k/m	21	43	27	10	101
3 - 6k/m	11	3	12	7	33
7 - 12k/m	4	0	6	0	10
kiekv.mėn	1	1	0	0	2

X2testo rezultatai: $X^2 = 53,775$; $df = 12$; $p < 0,001$



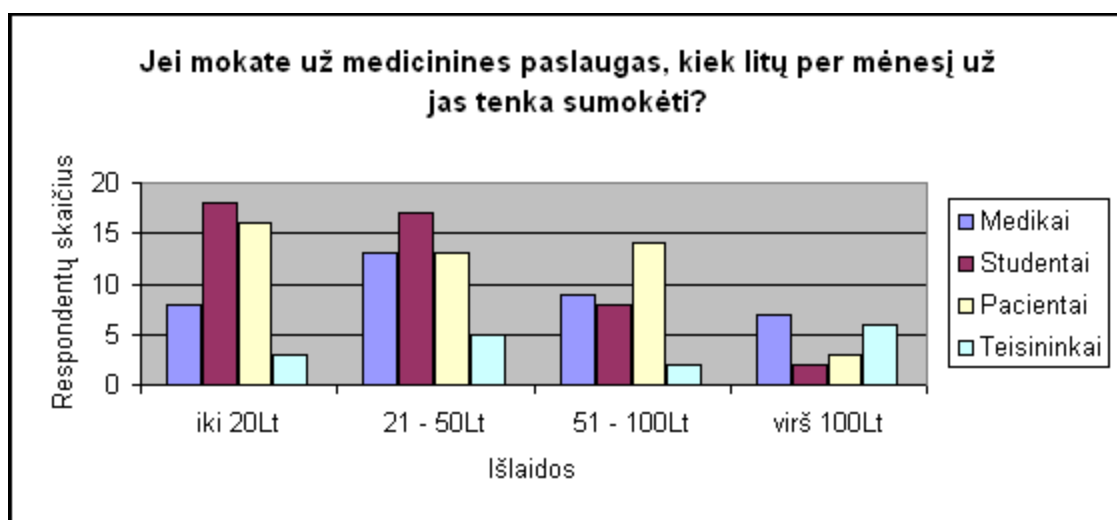
15 pav. Respondentų mokėjimo už medicininės paslaugas dažnis

I klausimą: jei mokate už medicininės paslaugas, kiek litų per mėnesį jums tenka už jas mokėti, 33,3 proc. atsakiusių nurodė, kad 21 – 50 Lt, 31,3 proc. – iki 20 Lt, 22,9 proc.- 51 – 100 Lt, 12,5 proc. – virš 100 Lt

10 lentelė. Kiek litų per mėnesį respondentai moka už medicininės paslaugas

Reikšmės	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
iki 20Lt	8	18	16	3	45
21 - 50Lt	13	17	13	5	48
51 - 100Lt	9	8	14	2	33
virš 100Lt	7	2	3	6	18

X² testo rezultatai: X² = 19,176; df = 9; p<0,001



16 pav. Kiek litų per mėnesį respondentai moka už medicininės paslaugas

Kad ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms (vizitams pas gydytoją, procedūroms ir kt.), kaip šiuo metu vaistams, būtų nustatomos bazinės kainos, kurios būtų apmokamos valstybės (ligonių kasų), o likusią kainos dalį reikėtų apmokėti patiems, sutiktų 45,3 proc. apklaustųjų (51,3 proc. visų medikų ir 50 proc. visų advokatų), nesutiktų 37,4 proc. apklaustųjų.

11 lentelė. Respondentų nuomonė apie bazinių kainų nustatymą visoms medicininėms paslaugoms

Reikšmės	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Sutinku	20	39	24	9	92
Nesutinku	8	37	27	7	79
Nežinau	10	10	8	2	30
Kita nuomonė	1	2	2	0	5

X² testo rezultatai: X² = 9,042; df = 9; p<0,001

Ar sutiktumėte, kad ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms (vizitams pas gydytoją, procedūroms ir kt.), kaip šiuo metu vaistams, būtų nustatomos bazinės kainos, kurios būtų apmokamos valstybės, o likusią kainos dalį reikėtų apmokėti patiems?



17 pav. Respondentų nuomonė apie bazinių kainų nustatymą visoms medicininėms paslaugoms

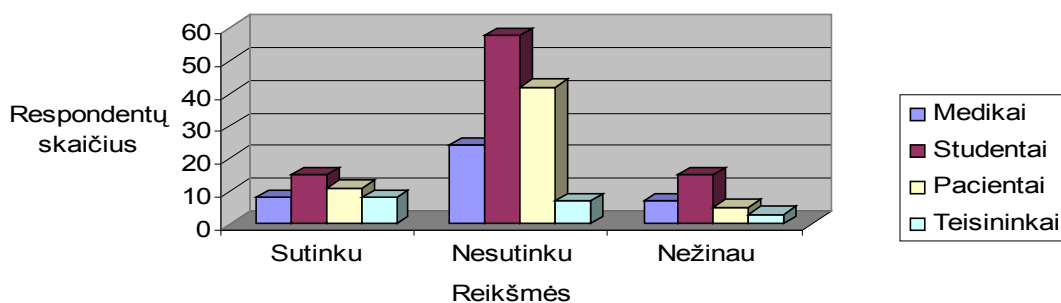
Už vizitą pas gydytoją ar gydymąsi ligoninėje nesutiktų mokėti 64,5 proc. respondentų (61,5 proc. visų apklaustų medikų ir 72,4 proc. apklausiamųjų pacientų), sutiktų mokėti tik 20,7 proc. visų apklaustųjų (tarp sutinkančių mokėti didžiausia dalis teisininkų – 44,4 proc. visų apklaustų teisininkų).

12 lentelė. Ar sutiktumėte mokėti už vizitą pas gydytoją, ar gydymąsi ligoninėje?

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Sutinku		8	15	11	8	42
Nesutinku		24	58	42	7	131
Nežinau		7	15	5	3	30

X2 testo rezultatai: X2 = 10,133; df = 6; p<0,001

Ar sutiktumėte mokėti už vizitą pas gydytoją, ar gydymąsi ligoninėje?



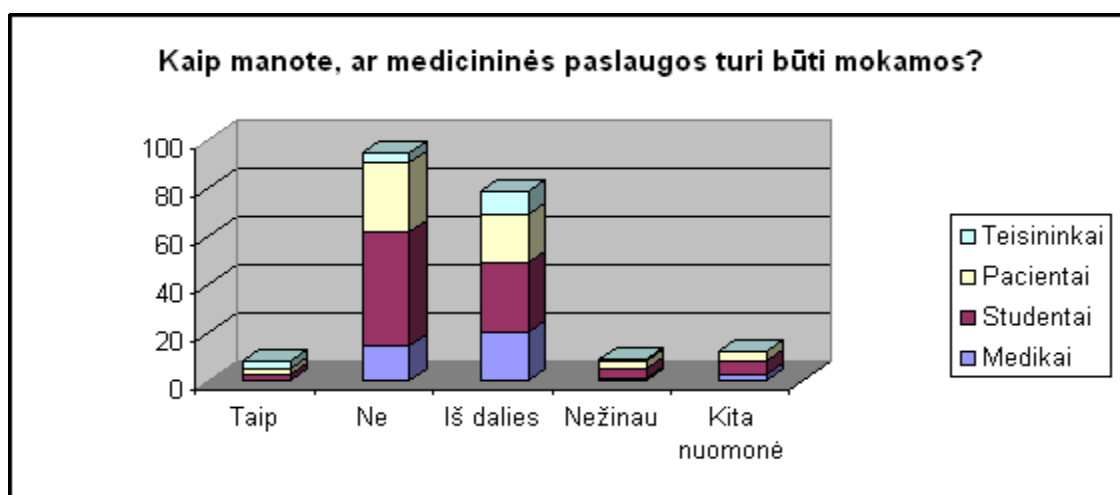
18 pav. Ar sutiktumėte mokėti už vizitą pas gydytoją, ar gydymąsi ligoninėje?

46,8 proc. visų apklaustųjų mano, kad medicininės paslaugos turi būti nemokamos, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos mano 38,9 proc. respondentų ir tik 3,9 proc. – mano, kad turi būti mokamos. Beje, beveik visi apklaustieji, galvojęntys, kad medicininės paslaugos turi būti nemokamos, nurodė, kad, taip parašyta LR Konstitucijoje, todėl rašant šį darbą buvo, buvo įtrauktas skyrius apie konstitucinę teisę į nemokamą gydymą.

13 lentelė. Respondentų nuomonė, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos

Reikšmės	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Taip	0	3	2	3	8
Ne	15	47	29	4	95
Iš dalies	20	29	20	10	79
Nežinau	1	4	3	1	9
Kita nuomonė	3	5	4	0	12

X² testo rezultatai: X² = 18,602; df = 12; p < 0,001



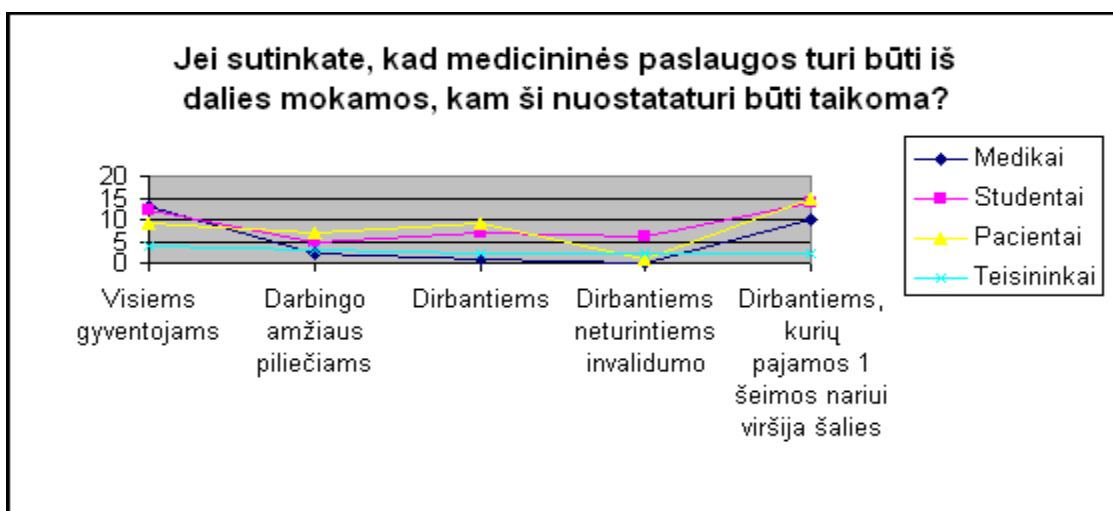
19 pav. Respondentų nuomonė, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos

Į klausimą: jei sutinkate, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, kam ši nuostata turėtų būti taikoma, 33 proc. atsakiusių mano, kad tik dirbantiems, kurių pajamos vienam šeimos nariui viršija šalies vidurkį, 30,6 proc.- kad visiems gyventojams.

14 lentelė. Kas už medicininės paslaugas turėtų mokėti?

Reikšmės	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Visiems gyventojams	13	12	9	4	38
Darbingo amžiaus piliečiams	2	5	7	3	17
Dirbantiems	1	7	9	2	19
Dirbantiems neturintiems invalidumo	0	6	1	2	9
Dirbantiems, kurių pajamos 1 šeimos nariui viršija šalies vidurkį	10	14	15	2	41

X² testo rezultatai: X² = 18,288; df = 12; p < 0,001



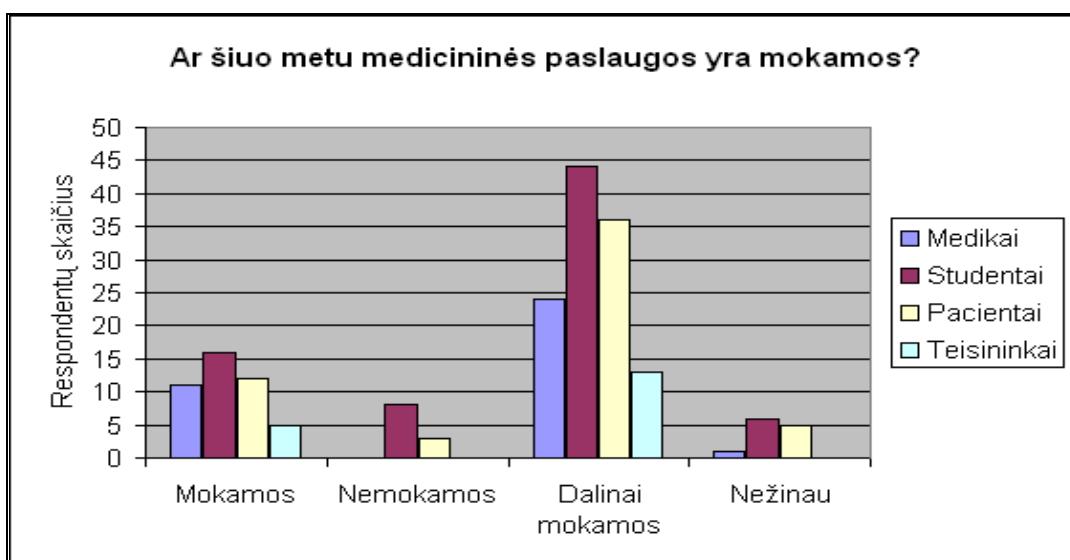
20 pav. Kas už medicininės paslaugas turėtų mokėti?

Kad šiuo metu medicininės paslaugos yra dalinai mokamos mano 57,9 proc., mokamos – 21,8 proc., nemokamos – 5,4 proc. visų apklaustųjų (kad nemokamos nemano nė vienas medikas nei teisininkas).

15 lentelė. Respondentų nuomonė apie šiuo metu esančias medicininės paslaugas

Reikšmės	Respondentai					Iš viso
	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai		
Mokamos	11	16	12	5		44
Nemokamos	0	8	3	0		11
Dalinai mokamos	24	44	36	13		117
Nežinau	1	6	5	0		12
Kita nuomonė	3	13	2	0		18

X2 testo rezultatai: $X^2 = 18,408$; $df = 12$; $p < 0,001$



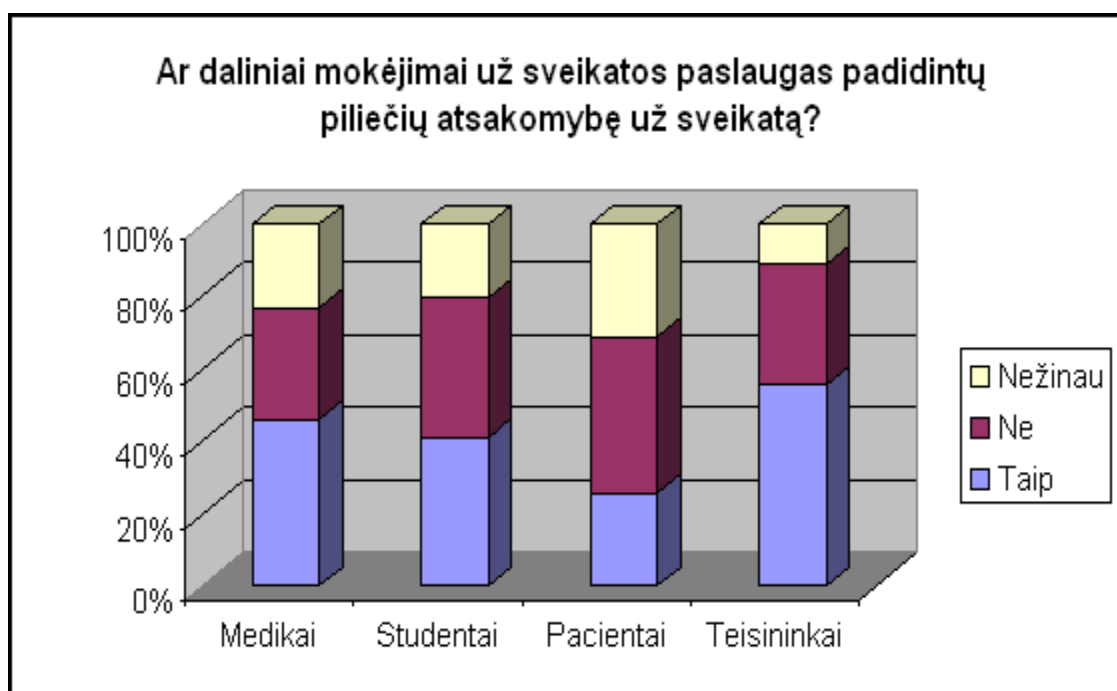
21 pav. Respondentų nuomonė apie šiuo metu esančias medicininės paslaugas

Daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas gali padidinti piliečių atsakomybę už sveikatą – taip mano 38,9 proc. visų apklaustųjų (55,55 proc. visų apklaustų teisininkų, 46 proc. medikų, 25,9 proc. pacientų ir 41 proc. studentų). Kad daliniai mokėjimai negali padidinti atsakomybės už sveikatą, mano 37, 9 proc. visų respondentų (didžiausia dalis taip manančių yra tarp pacientų – net 43,1 proc. visų pacientų).

16 lentelė. Mokamų paslaugų įtaka piliečių atsakomybei už sveikatą

Reikšmės	Respondentai				Iš viso
	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	
Taip	18	36	15	10	79
Ne	12	34	25	6	77
Nežinau	9	18	18	2	47

X² testo rezultatai: X² = 8,444; df = 6; p<0,001



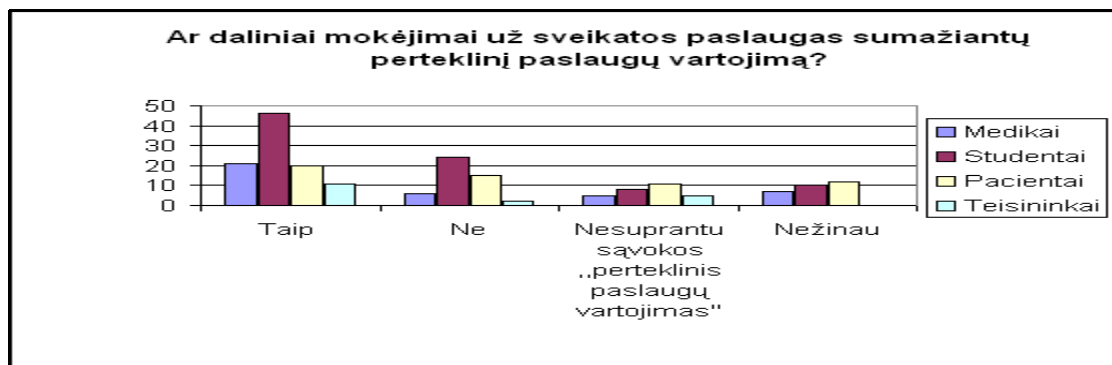
22 pav. Mokamų paslaugų įtaka piliečių atsakomybei už sveikatą

48,3 proc. apklaustųjų mano, kad daliniai mokėjimai sumažintų perteklinių paslaugų vartojimą. Didžiausia dalis taip manančių yra tarp teisininkų – net 61,1 proc. Medikų – 53,8, studentų – 52,3 proc. 23,2 proc. respondentų mano, kad daliniai mokėjimai nesumažintų perteklinio paslaugų mokėjimo.

17 lentelė. Dalinių mokėjimų įtaka pertekliniam paslaugų vartojimui

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Taip		21	46	20	11	98
Ne		6	24	15	2	47
Nesuprantu sąvokos „perteklinis paslaugų vartojimas“		5	8	11	5	29
Nežinau		7	10	12	0	29

X² testo rezultatai: X² = 16,447; df = 9; p<0,001



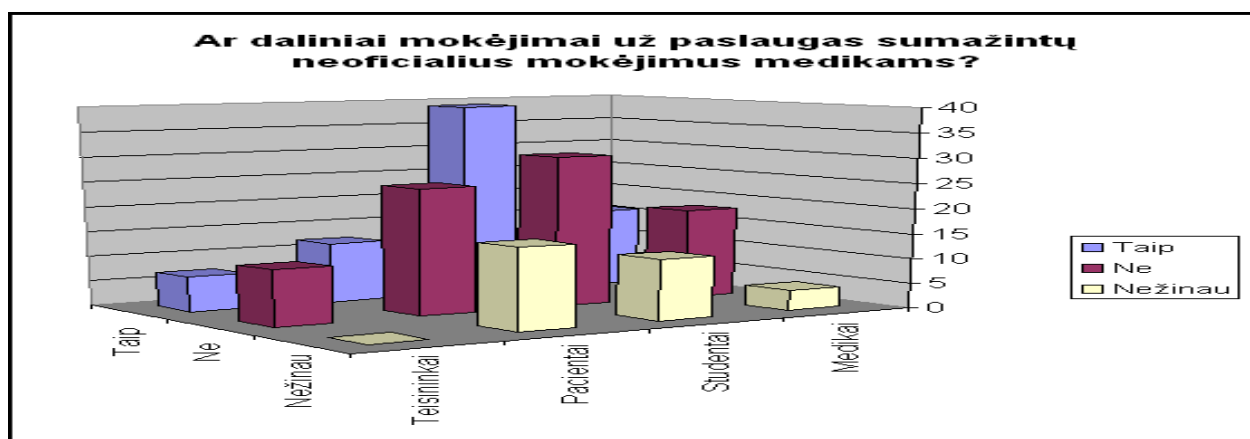
23 pav. Dalinių mokėjimų įtaka pertekliniam paslaugų vartojimui

Į klausimą, ar daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų neoficialius mokėjimus medikams, 41,4 proc. atsakė neigiamai, 36,5 proc. atsakė teigiamai. Tarp neigiamai atsakusiųjų daugiausiai teisininkai – 61,1 proc. visų teisininkų, medikai – 46,2 proc., pacientų – 43,1 proc. Tarp teigiamai atsakusiųjų daugiausia studentų, taigi, ateityje turbūt turėsime daugiau mokamų paslaugų ir mažiau neoficialių mokėjimų.

18 lentelė. Dalinių mokėjimų įtaka neoficialiems mokėjimams medikams

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Taip		16	39	12	7	74
Ne		18	30	25	11	84
Nežinau		4	12	16	0	32
Kita nuomonė		1	7	5	0	13

X² testo rezultatai: X² = 20,589; df = 9; p<0,001



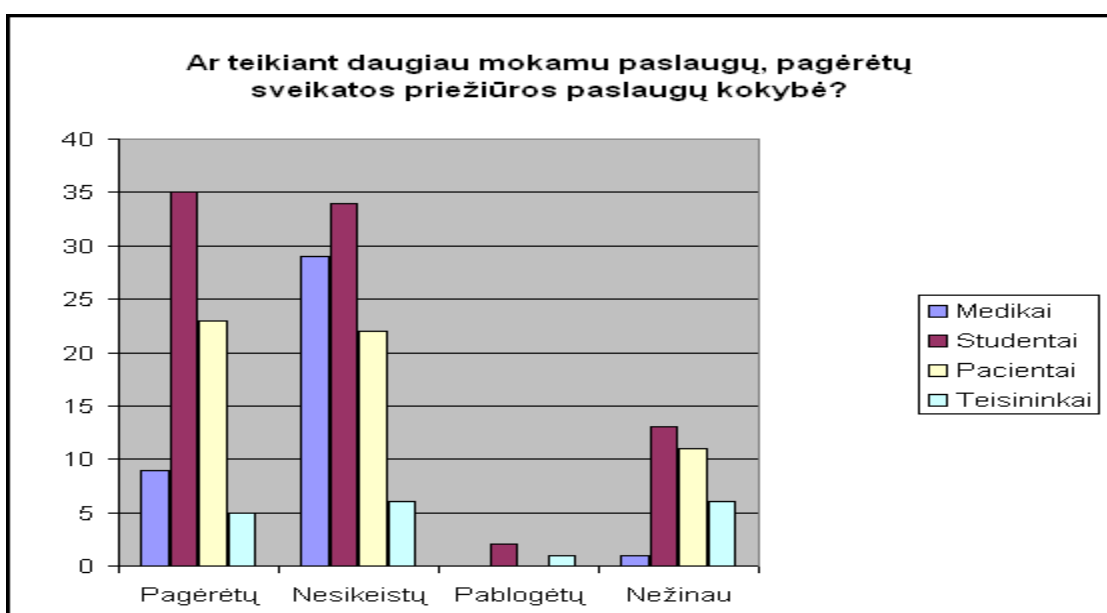
24 pav. Dalinių mokėjimų įtaka neoficialiems mokėjimams medikams

Teikiant daugiau mokamų paslaugų, nesikeistų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – taip mano 44,8 proc. visų apklaustųjų, pagerėtų – 35,5 proc. Kad nesikeistų mano net 74,4 proc. visų medikų.

19 lentelė. Mokamų paslaugų įtaka paslaugų kokybei

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Pagerėtų		9	35	23	5	72
Nesikeistų		29	34	22	6	91
Pablogėtų		0	2	0	1	3
Nežinau		1	13	11	6	31
Kita nuomonė		0	4	2	0	6

X² testo rezultatai: X² = 27,042; df = 12; p<0,001



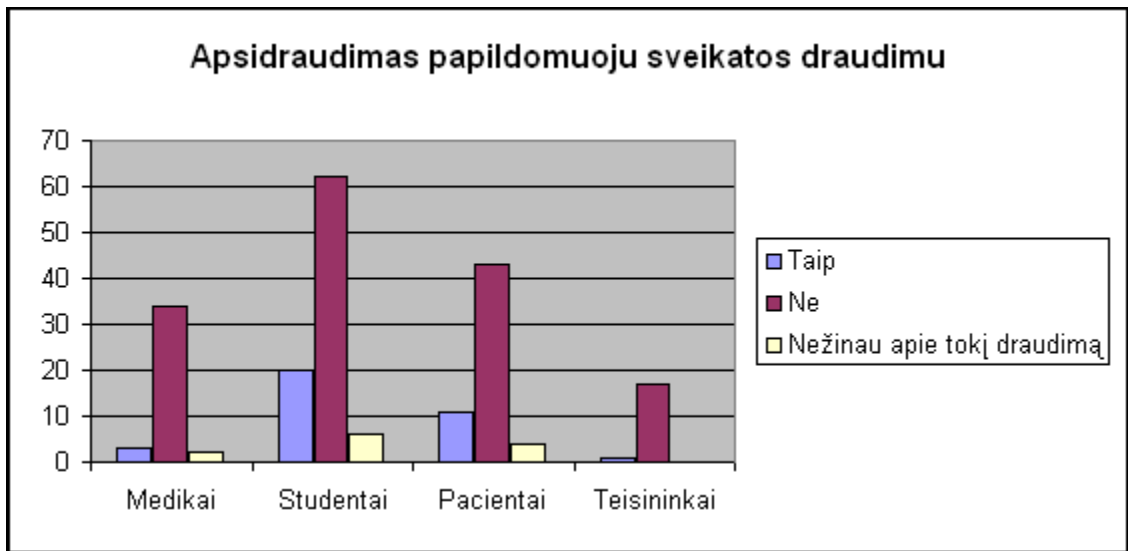
25 pav. Mokamų paslaugų įtaka paslaugų kokybei

Net 76,8 proc. visų apklaustųjų neapsidraudę papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu, 17,2 proc. apsidraudusiųjų. Tarp apsidraudusiųjų daugiausia studentų – 22,7 proc. visų studentų. 19 proc. pacientų, 7,7 proc.- medikų, 5,6 proc. – teisininkų.

20 lentelė. Papildomojo sveikatos draudimo paplitimas respondentų tarpe

Reikšmės	Respondentai	Medikai	Studentai	Pacientai	Teisininkai	Iš viso
Taip		3	20	11	1	35
Ne		34	62	43	17	156
Nežinau apie tokį draudimą		2	6	4	0	12

X² testo rezultatai: X² = 8,237; df = 6; p<0,001



26 pav. Papildomojo sveikatos draudimo paplitimas respondentų tarpe

Taigi, apibendrinant atsakymus į du pirmuosius klausimus, galima teigti, kad respondentų nuomone, šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra per mažas ir lėšų paskirstymas yra neteisingas.

54,6 proc. visų apklaustųjų vaistus perka 3-12 kartų per metus, o 21,2 proc. perka nepastoviai, tik 1-2 kartus per metus ir tiek pat respondentų vaistus perka kiekvieną mėnesį ar dažniau.

Didžiajai daliai apklaustųjų (76,4 proc.) vaistai nekompensuojami.

Esant vaistams nekompensuojamiems 76,8 proc. apklaustųjų išleidžia iki 50 Lt per mėnesį, o virš 100 Lt per mėnesį vaistams išleidžia 9,6 proc. respondentų. Už kompensuojamus vaistus 63,3 proc. apklaustųjų moka iki 50 Lt, o 8,4 proc. išleidžia virš 100Lt per mėnesį.

Už medicininės paslaugas nemoka arba moka nepastoviai, tik 1-2 kartus per metus, 77,8 proc. respondentų. Pastoviai, kiekvieną mėnesį ar dažniau moka tik 1 proc. apklaustųjų. 64,6 proc. atsakiusių į anketos klausimus nurodė, kad už medicininės paslaugas moka iki 50 Lt per mėnesį, o 12,5 proc. virš 100 Lt per mėnesį.

Kaip jau minėta tekste, dauguma respondentų nesutiktų mokėti už vizitą pas gydytoją ar gydymąsi ligoninėje (64,5 proc.), apie pusę respondentų (45,3 proc.) sutiktų, kad ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms (vizitams pas gydytoją, procedūroms ir kt.), kaip šiuo metu vaistams, būtų nustatomos bazinės kainos, kurios būtų apmokamos valstybės (ligonių kasų), o likusią kainos dalį reiktų apmokėti patiems. Taip pat apie pusę visų apklaustųjų (46,8 proc.) mano, kad medicininės paslaugos turi būti nemokamos, dar 38,9 proc. galvoja, jog jos turi būti iš dalies mokamos. Kad medicininės paslaugos šiuo metu yra mokamos ar dalinai mokamos, mano 79,7 proc. respondentų. Dauguma manančių, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies

mokamos, galvoja, kad jos turi būti mokamos tik dirbantiesiems, kurių pajamos vienam šeimos nariui viršija šalies vidurkį arba visiems gyventojams.

PABAIGA

Darbe išnagrinėti daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas, išanalizuoti įstatymai, kiti teisės aktai, reglamentuojantys šiuos mokėjimus, išnagrinėta teisė į nemokamą gydymą tarptautiniuose teisės dokumentuose, kitų šalių konstitucijose ir Lietuvos Respublikos Konstitucijoje, apžvelgtas sveikatos apsaugos finansavimas Europoje ir Lietuvoje, jo vertinimas, taip pat peržiūrėta vaistų kompensavimo tvarka, privačios medicinos problemos, neteisėtų mokėjimų medikams problema.

Siekiant išsamiau ir tiksliau išnagrinėti šią temą, buvo tiriama mokamos paslaugos dviejose Vilniaus miesto ligoninėse, jų apimtis, kiek lėšų gaunama už mokamas paslaugas, vertinami šių paslaugų pokyčiai dešimties metų laikotarpiu. Buvo atliekama anketinė apklausa, norint išsiaiškinti skirtingų žmonių grupių požiūrį į dalinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas, į sveikatos apsaugos sistemos finansavimą, vaistų kompensavimo tvarką.

Visos iškeltos hipotezės pasitvirtino: daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms nepatrauklūs; ligoninėse atliekama nedaug mokamų paslaugų ir lėšos, gaunamos už jas sudaro tik nedidelę dalį ligoninių biudžeto; šiuo metu esančias vaistų kompensavimo metodikas galima būtų pritaikyti ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Išanalizavus įstatymus, kitus teisės aktus, mokslinę literatūrą, straipsnius, ištyrus mokamas paslaugas, kurios atliekamos dvejose Vilniaus ligoninėse ir išnagrinėjus anketinius duomenis, galima daryti šias išvadas:

1. LR įstatymuose, kituose teisės aktuose yra aiškiai nurodyta, kada gyventojai turi mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, kokios paslaugos jiems turi būti teikiamos nemokamai.

2. Peržiūrėjus vaistų kompensavimo tvarką, išsiaiškinta, kad yra sukurtos gana tobulos vaistų kompensavimo metodikos (nustatytos bazinės kainos, sudaryti sąrašai, kokie vaistai ir kam turi būti kompensuojami, nustatyta labai aiški kompensavimo tvarka). Manau, kad šiuos principus galima būtų pritaikyti ir kitoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Kiekviena prekė ir paslauga, kaip šiuo metu vaistai, turi turėti savo kainą ir pacientai privalo tas kainas žinoti, taip pat jie privalo žinoti, ar jam kompensuos ir kokią paslaugos dalį jam kompensuos, o kokią paslaugos dalį reikės apmokėti pačiam.

3. Išanalizavus mokamas paslaugas, kurios atliekamos dviejose Vilniaus ligoninėse, matyti, kad mokamų paslaugų atliekama labai mažai (vienoje ligoninėje iki 1,2 %, kitoje 6,355 %). Manau, kad mokamų paslaugų būtų žymiai daugiau, jeigu ligoniai turėtų daugiau informacijos apie jas- nė vienoje iš nurodytų ligoninių nei skelbimų lentose, nei skyriuose nebuvo nurodyta, kokios mokamos paslaugos teikiamos, kiek jos kainuotų. Manau, kad tikrai atsirastų, norinčių pagerinti savo gerbūvį ligoninėje, pacientų, tačiau jie nežino, kad tą gali padaryti. Kiekvieno skyriaus pacientai turėtų būti informuoti kiek kainuoja jų gydymas, nes šiuo metu yra susiformavusi nuostata, kad viskas yra nemokama.

Kad sumažėtų neteisėti mokėjimai medikams būtina padidinti jiems atlyginimus, kad aukščiausios kvalifikacijos specialistai, kurie ruošiami ne mažiau, kaip 10 metų, gautų atitinkantį jų darbą atlyginimą. Tai padidintų ir mokamų paslaugų kiekį ligoninėse, nes šiuo metu medikai nesuinteresuoti mokamų paslaugų daugėjimu, juos labiau tenkina neoficialūs atlyginimai. Medikai turėtų būti skatinami, teikti kuo daugiau mokamų paslaugų (gali būti priedai prie atlyginimo ar panašiai).

Ligoninės turėtų plėsti mokamų paslaugų asortimentą, pačios nustatyti jų kainas, gerinti kokybę, kad atsirastų konkurencija.

4. Ištyrus anketų duomenis matyti, kad didžioji dalis respondentų mano, kad sveikatos sistemos finansavimas yra nepakankamas ir neteisingas. Apie pusę apklaustųjų mano, kad daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas padidintų atsakomybę už sveikatą, sumažintų perteklinį paslaugų vartojimą, tačiau didesnė dalis apklaustųjų mano, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nesikeistų ir neoficialūs mokėjimai medikams nesumažėtų, teikiant daugiau mokamų paslaugų. Tai patvirtina 3 išvados teiginiai, kad neoficialius mokėjimus medikams ženkliai sumažintų tik jų atlyginimų padidinimas. Apie 30 proc. manančių, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, mano, kad ši nuostata turi būti taikoma visiems gyventojams, o 33 proc. tik dirbantiesiems, kurių pajamos vienam šeimos nariui viršija šalies vidurkį.

Per mažai informacijos apie papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą, nes tik 17, 2 proc. respondentų buvo juo apsidraudę. Reikia jį padaryti patrauklesnį. Lietuvoje papildomas sveikatos draudimas sudaro tik 0,1 proc. bendro sveikatos sektoriaus finansavimo, nors jis padėtų spręsti didėjančias sveikatos sistemos problemas. Man patiko TILS direktoriaus mintis, kad reikėtų gerinti asmens sveikatos draudimo sistemą, kai, pvz. 2 proc. fizinių asmenų pajamų mokesčio būtų skirti sveikatos draudimui- jei žmogus neserga, lėšos kaupiamos jo sąskaitoje.(išsamiau aprašyta 6 skyriuje)

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija 53 str. Vilnius: Mūsų saulužė. 2005. 48 psl.
2. Lietuvos Respublikos Farmacinės veiklos įstatymas // Valstybės žinios. 1991, Nr.6-161.
3. Lietuvos Respublikos Valstybinio socialinio draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1991, Nr.17-447.
4. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr.63-1231.
5. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo 2, 11, 40 ir 47 str. pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 2000, Nr.92-2876.
6. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr.55-1287.
7. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 5, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34, 40, 45 str. pakeitimo ir papildymo įstatymas“// Valstybės žinios. 1997, Nr.61-1441.
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. pakeitimo ir papildymo įstatymas // Valstybės žinios. 1999, Nr.62-2035.
9. Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 68-1633.
10. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 66-1573.
11. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 102-2317.
12. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas // Valstybės žinios. 1997, Nr. 62-1463.
13. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ // Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos ir Vyriausybės žinios. 1991, Nr. 33-1574.
14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1991 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. 169 „Dėl savanoriško sveikatos draudimo“// Valstybės žinios. 1991, Nr.15-402.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1992 m. gegužės 26 d. nutarimas Nr. 393 „Dėl nepelno organizacijų, (įmonių) įstatų, pagrindinių nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1992, Nr.21-628.
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995 m. gruodžio 8 d. nutarimas Nr. 1543 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų nustatymo darbingiems bet be svarbių priežasčių nedirbantiems asmenims“ // Valstybės žinios. 1995, Nr. 102-2288.

17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. kovo 5 d. nutarimas Nr. 308 „Dėl valstybės ir savivaldybių remiamų (nemokamų) bei mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikiamų valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikimo, kainų nustatymo ir mokėjimo už jas laikinosios tvarkos ir mokamų paslaugų sąrašo“ // Valstybės žinios. 1996, Nr. 22-578.
18. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2003, Nr.28-1147.
19. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr.74-2827.
20. Sveikatos apsaugos ministro 1991 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. 11-41-6 „Sveikatos apsaugos įstaigų teikiamų mokamų paslaugų maksimalios kainos“.
21. Sveikatos apsaugos ministro 1995 m. rugsėjo 18 d. įsakymas Nr. 483 „Dėl mokamų paslaugų ir patarnavimų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose sąrašų patvirtinimo“.
22. Sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. 164 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainyno ir vieno balo kainos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1996, Nr.35-891.
23. Sveikatos apsaugos ministro 1996 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. 390 „Dėl mokamų sveikatos priežiūros paslaugų apskaitos ir panaudojimo tvarkos tvirtinimo“ // Valstybės žinios.1996, Nr.70-1702.
24. Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ // Valstybės žinios. 1999, Nr.67-2175.
25. Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. rugpjūčio 23 d. įsakymas Nr. 386 „Dėl mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos pakeitimo ir papildymo“ // Valstybės žinios.1999, Nr.71-2238.
26. Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. rugpjūčio 29 d. įsakymas Nr. 476 „Dėl 1999-07-30 SAM įsakymo NR. 357 „Dėl mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos, bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ papildymo“ // Valstybės žinios. 2000, Nr.76-2317.
27. Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 6 d. įsakymas Nr. 712 „Dėl 1999-07-30 SAM įsak. Nr. 357 dalinio pakeitimo“ //Valstybės žinios. 2000, Nr.107-3400.

28. Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. sausio 15 d. įsakymas Nr. 20 „Dėl mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikiamų valstybinėse ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 dalinio pakeitimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr.9-332.
29. Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. lapkričio 22 d. įsakymas Nr. 574 „Dėl SAM 1999-07-30 įsak. Nr. 357, pakeitimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr.115-5168.
30. Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2004, Nr.7-153.
31. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksnių bei priemonių plano patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2004, Nr.160-5860
32. Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 m. valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo (2000 m. gruodžio 19 d. redakcija), LR savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir LR žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 str. atitikties LR Konstitucijai // Valstybės žinios. 2002, Nr. 5- 186.
33. Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl LR Farmacinės veiklos įstatymo 11 str. 2 d. atitikties LR Konstitucijai // Valstybės žinios. 2002, Nr. 28-1003.
34. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 74-2262.P. 257.
35. Beliūnienė L. Teisė į sveikatos apsaugą // Žmogaus teisės Lietuvoje. Vilnius: Naujos sistemos, 2005.
36. Buivydas R., Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje. Phare sveikatos priežiūros reformos projektas. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998.
37. Buivydas R. Sveikatos priežiūros reforma Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998.
38. Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai. I d. Vilnius: TEV, 2001.
39. Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai II d. Vilnius: TEV, 2002.
40. Čepinskis J., Raškinis D. Draudimas. Kaunas. 1999.
41. Černiauskas G. Sveikatos politikos analizė. Vilnius: Phare projektas. 1999.
42. Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma// Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

43. Daktaro disertacija. Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas. Vilnius. 2000.
44. Europos Žmogaus teisių normų įgyvendinimas Lietuvoje. Vilnius: Lietuvos žmogaus teisių centras, 2004.
45. Grabauskas V. Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje // Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
46. Jarašiūnas E., Mesonis G. Užsienio šalių konstitucijos. Vilnius: LTU, 2004.
47. Jokimaitis K. Vaistų išlaidų kompensavimo sistemos reguliavimas //Gydymo menas. 2006, Nr. 02 (125).P. 105-107.
48. Kam tenka atsakomybė už sveikatos priežiūros ydas // Gydymo menas. 2005, Nr. 03 (115). P. 4-5.
49. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, 2002.
50. Macroeconomics and Health: investing in Health for Economic Development. Ed. By Jeffrey Sachs, Cambridge, USA, 2001, 202 p.
51. Majnoni d'Intignano Beatrice. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje. PSO Europos regiono biuras. Kopenhaga. 1990.
52. Markauskas L. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija. 2005, Nr. 64 (56). P.132- 139.
53. Medicina. 38 tomas. 2002, Nr. 9.
54. Murauskienė L. Sveikatos priežiūros valdymas // Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
55. Nacionalinė sveikatos priežiūros programa. Vilnius. 1998.
56. Neigiamas Briuselio Lietuvos sveikatos apsaugos vertinimas- rimtas signalas sveikatos politikams // Gydytojų žinios, 2006 liep. 18, Nr. 14 (407). P. 3-5.
57. Petrauskienė J., Stankuvienė S., Kalėdienė R. ir kt. Sveikatos ir jos netolygumų vertinimo pradžienys. Kaunas: KMU, 2006.
58. Privačios medicinos problemos Lietuvoje // Gydymo menas. 2006, Nr.04 (127). P. 9.
59. Sapagovas J., Vitkauskas ir kt. Informatikos ir matematinės statistikos pradžienys. Kaunas. 2000.
60. Sveikata visiems XXI amžiuje. WHO. 1999.
61. Sveikatos apsauga Lietuvoje. Vilnius: LR SAM, 2006.
62. Sveikatos apsaugos reforma turi paisyti ekonomikos dėsnų //Gydytojų žinios, 2006 kov. 31, Nr. 6 (400).P. 3 .

63. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija. Vilnius. 2004.
64. Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius: LTU, 2003.
65. Vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašus kriterijai // Gydytojas. 2006, Nr.04 (127) . P. 5.
66. Valstybinės ligonių kasos prie SAM 2006m. PSDF biudžeto išsklaidymas // Gydytojas. 2006, Nr. 02 (125).P. 6.
67. Žmogaus teisės. Tarptautinių dokumentų rinkinys. Vilnius: Mintis, 1991.
68. World Health report 2000, Health systems improving performance.
69. <http://webct.liedm.lt/sveikatospolitika> arba <http://distance.nsc.vu.lt/medicinosfakultetas/> sveikatos priežiūros vadyba / Danguolė / 1568 / sveikatos politikos modulis
70. www.sam.lt
71. www.lsic.lt
72. www.who.dk
73. www.vlk.lt
74. www.finmin.lt
75. www.transparency.lt

SANTRAUKA

Magistrantė **Rūta Kiršienė** Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo neakivaizdinių studijų programa

Magistro baigiamojo darbo tema: DALINIAI MOKĖJIMAI UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS: JŲ PRIEŽASTYS IR PASEKMĖS

Raktiniai žodžiai: daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas, nemokama medicinos pagalba, mokamos medicininės paslaugos, sveikatos sistemos reforma, sveikatos apsaugos finansavimas, sveikatos apsaugos finansavimo modeliai, privalomasis sveikatos draudimas, teisė į nemokamą gydymą, būtinoji medicinos pagalba, privalomojo sveikatos draudimo fondas, išlaidos sveikatos apsaugai, vaistų išlaidų kompensavimas, kompensuojamieji vaistai, privati medicina, valstybinis sveikatos apsaugos sektorius, papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas, neteisėti mokėjimai medikams.

Darbo vadovas: dr. doc. Gediminas Černiauskas

Magistro baigiamąjį darbą sudaro: įvadas, 8 skyriai, 7 poskyriai. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos, naudotos literatūros sąrašas, santrauka lietuvių ir anglų kalba bei priedai.

Darbo uždaviniai:

- išnagrinėti įstatymus ir kitus teisės aktus, reglamentuojančius mokamas medicininės paslaugas;
- apžvelgti vaistų kompensavimo tvarką;
- ištirti, kokios medicininės paslaugos, kiek jų teikiama ir kaip kinta jų apimtys dviejose Vilniaus ligoninėse;
- išsiaiškinti atskirų grupių žmonių (medikų, pacientų, studentų- medikų, teisininkų) požiūrį į šiuo metu esantį sveikatos apsaugos finansavimą, daiktinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas.

Metodika. Naudojantis finansinėmis ligoninių ataskaitomis, skaičiuojant kasos čekius, tirtos mokamos paslaugos ligoninėse. Atlikta anketinė respondentų apklausa. Duomenys apdoroti naudojant programas MS Excell ir SPSS for Windows 12.0.

Išvados. LR įstatymuose ir kt. teisės aktuose yra aiškiai nurodyta, kada gyventojai turi mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas ir kokios paslaugos jiems turi būti atliekamos nemokamai.

Yra sukurtos gana tobulos vaistų kompensavimo metodikos, kurių pagrindinius principus būtų galima pritaikyti ir kt. medicininėms paslaugoms.

Lėšos už mokamas medicininės paslaugas sudaro tik labai mažą dalį ligoninių biudžeto.

Daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas yra žmonėms nepatrauklūs. Labai mažai apsidraudusiųjų papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu.

SUMMARY

Master degree student **Rūta Kiršienė**, Health Care Institutions' Administration Extra-mural Study Programme

Subject of the Master Degree thesis: PARTIAL PAYMENTS FOR HEALTH CARE SERVICES: CAUSES AND CONSEQUENCES

Key words: partial payments for health care services, free medical aid, paid medical services, health system reform, health care funding, health care funding models, obligatory health insurance, right to free-of-charge treatment, necessary medical aid, obligatory health insurance fund, health care costs, compensation for expenses relating to drugs' acquisition, drugs covered by a compensation programme, private medicine, governmental health care sector, additional (volunteer) health insurance, illegal payment to medical people.

Scientific advisor: Prof. Ass.Dr. Gediminas Černiauskas

The master degree thesis consists of introduction, 8 chapters, and 7 units. Conclusions, recommendations, a list of literature, a summary in Lithuanian and English, and supplements are given in the closing part of the thesis.

Goals of the thesis:

- to examine laws and other legal acts regulating paid medical services;
- to provide an overview of paying out compensations for expenses relating to drug acquisition;
- to investigate into the range, number, and dynamics of volume of paid services provided by two hospitals in Vilnius;
- to reveal the attitude of groups of people (medical people, patients, medical students, and lawyers) towards the current funding of health care system and partial payments for health care services.

Methodology. Paid medical services provided by the hospitals were analysed on the basis of relevant financial statements and cash-register receipts. To reveal people's attitude to partial payments for health services, a questionnaire-based survey was carried out. Data were processed by MS Excell and SPSS for Windows 12.0 programs.

Conclusions: LR laws and other legal acts specify the cases when residents are to pay for health care services and what services are to be provided to them free of charge. Quite perfect techniques for the compensation of expenses relating to drugs' acquisition have been developed. The basic principles of these techniques might be applied in the area of other medical goods and services. Moneys received from paid medical services account for a tiny portion of hospitals' budget. The greater part of respondents thinks that health care funding is inadequate and unfair. The number of people covered by additional (volunteer) health insurance is very insignificant.

PRIEDAI

1 priedas. Išlaidos sveikatos priežiūrai[LSIC]

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Išlaidos sveikatai iš viso	878.7	1242.7	1718.4	2283.2	2708.2	2608.9	2727.4	2750.3	3063.0	3226.9	3755.6
Valstybės išlaidos iš viso	751.4	1072.9	1325.1	1772.7	2077.9	1961.9	1975.2	1973.3	2093.0	2227.9	2650.7
iš jų:											
Valstybės ir savivaldybių biudžetas	629.7	887.7	1072.7	307.0	208.9	152.5	184.6	181.9	199.5	270.9	260.4
Socialinio draudimo fondas	121.7	185.1	252.4	263.1	-	-	-	-	-	-	-
Privalomojo sveikatos draudimo fondas	-	-	-	1202.5	1869.0	1808.9	1791.1	1791.5	1893.5	1957.0	2390.3
Tiesioginės išlaidos 1-am gyventojui (pagal namų ūkio tyrimo duomenis)	34.8	46.8	109.2	142.8	177.6	183.6	214.8	223.2	279.6	289.2	321.6
Tiesioginės išlaidos iš viso	127.3	169.8	393.3	510.5	630.4	647.0	751.7	777.0	970.0	999.0	1104.9
Bendrasis vidinis produktas (BVP)	16904	25568	32290	39378	44377	43359	45526	48379	51643	56533	62257
Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	5.2	4.9	5.3	5.8	6.1	6.02	5.99	5.69	5.93	5.71	6.03
Valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	4.5	4.2	4.1	4.5	4.7	4.52	4.34	4.08	4.05	3.94	4.26
Valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis visose išlaidose sveikatai (%) 1-am	85.5	86.3	77.1	77.6	76.7	75.2	72.4	71.8	68.3	69.0	70.6

gyventojui tenka valstybės išlaidų sveikatai:											
Litais	205.5	295.6	367.9	495.8	585.4	556.7	564.4	566.8	603.3	645.0	771.5
JAV doleriais	51.4	73.9	92.0	124.0	146.4	139.2	141.1	141.7	165.3		
Eurais										186.8	223.4
1-am gyventojui tenka visų išlaidų sveikatai:											
Litais	240.3	342.4	477.1	638.6	763.0	740.3	779.4	790.0	882.9	934.2	1093.1
JAV doleriais	60.1	85.6	119.3	159.7	190.8	185.1	194.8	197.8	220.7		
Eurais										270.6	316.

2 priedas. Kai kurių Europos šalių aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais rodikliai.
[LSIC]

Šalis	Gydytojų skaičius 100000-ių gyv.	Odontologų skaičius 100000- ių gyv.	Slaugytojų skaičius 100000-ių gyv.	Stacionaro lovų skaičius 100000- ių gyv.	Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (%) nuo BVP
Airija	275,51	55,32	1880,55	347,7	7,2
Albanija	118,28	43,51	356,09	300,74	6,6
Andora	320,39	60,32	289,55	276,15	7,1
Armėnija	327,19	27,38	406,13	443,65	5,6
Austrija	345,25	50,31	601,41	834,07	7,5
Azerbaidžanas	360,54	27,59	722,98	827,25	3,7
Baltarusija	460,9	45,36	1174,2	1071,31	6,3
Belgija	447,78	90,67	1341,31	679,42	9,3
Bosnija ir Hercogovina	139,63	16,12	432,31	296,83	9,3
Bulgarija	352,43	83,42	382,58	613,13	7,7
Čekija	347,57	67,04	853,17	847,44	7,2
Danija	295,37	82,83	701,65	398,72	9
Estija	315,98	83,26	651,25	581,79	5,5
Graikija	474,67	118,65	343,53	471,27	9,8
Gruzija	489,44	30,68	342,67	407,32	4
Islandija	360,92	98,09	924,39	750,8	10,8
Ispanija	322,11	50,13	367,16	368,82	7,8
Italija	618,52	62,08	296,15	411,8	8,7
Izraelis	365,24	111,34	599,46	611,22	8,7
Jungtinė Karalystė	212,61	43,84	498,59	397,65	8,1
Kazachstanas	364,74	36,05	633,1	776,91	3,9
Kipras	260,77	93,12	425,91	427,86	6,2
Kirgizstanas	261,96	24,58	624,78	528,51	5,4
Kroatija	249,88	71,92	513,56	552,98	7,9
Latvija	311,22	60,1	529,57	773,56	6,4
Lenkija	229,39	28,11	474,64	547,04	6,4
LIETUVA (2005 m.)	401,1	72,1	745,3	814,7	6,0 (2004)
Luksemburgas	275,53	74,78	946,17	676,74	6,9
Makedonija	219,13	55,29	518,61	493,64	7
Malta	324,47	45,11	508,64	464,28	9,2
Moldova	308,44	39,93	703,95	641,33	7,5
Monakas	664,29	121,43	1621,43	1957,14	9,9
Nyderlandai	314,91	47,82	1400,24	457,73	9,8
Norvegija	345,54	79,77	1476,49	428,77	9,9
Portugalija	328,79	52,54	418,62	363,9	9,8
Prancūzija	337,7	67,88	726,1	760,03	10
Rumunija	198,22	23,13	400,64	655,32	5,7
Rusija	422,09	31,9	798,74	987,92	5,3
San Marinas	251,7	36,36	507,7	716	7,8
Serbija ir Juodkalnija	268,08	46,76	602,75	598,9	10,1
Slovakija	312,31	45,2	661,84	698,74	5,8
Slovėnija	226,27	60,25	717,89	479,92	8,7
Suomija	319,07	86,84	763,17	690,15	7,5
Švedija	326,3	152,12	1016,9	522	9,5
Šveicarija	375,42	49,79	832,84	588,28	11,6
Tadžikistanas	201,98	15,37	446,95	630,72	4,5
Turkija	139,2	25,73	247,68	263,93	7,7

3 priedas [LSIC]
Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2005m.
 (SAM sistemoje)

Įstaigos tipas	Įstaigų skaičius
Ligoninės	159
iš jų:	
Bendrojo pobūdžio ligoninės	67
iš jų:	
- miesto ligoninės	23
- centrinės rajonų ir apskričių ligoninės	44
Slaugos ligoninės	59
Specializuotos ligoninės	29
iš jų:	
- infekcinės	2
- tuberkuliozės	9
- onkologijos	2
- psichiatrijos	11
- narkologijos	5
Reabilitacijos	4
Ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos	438
iš jų:	
- poliklinikos	88
- pirminės sveikatos priežiūros centrai	90
- ambulatorijos	183
- bendrosios praktikos gydytojo kabinetai	30
- specializuotos poliklinikos	44
Medicinos punktai	839
Greitosios ir neatidėliotinos medicinos pagalbos skyriai/stotys	42 / 16
Kraujo donorytės skyriai/centrai	7 / 1
Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos	
iš jų:	
- visuomenės sveikatos centrai ir filialai	36 / 11
- specializuotos visuomenės sveikatos įstaigos	8
- sveikatos ugdymo centrai	5
- privalomojo profilaktinio aplinkos kenksmingumo šalinimo įmonės	51
Sanatorijos	15
Privačios sveikatos priežiūros įstaigos	1521
iš jų:	
- ligoninės	12
- pirminės sveikatos priežiūros įstaigos	163
- greitosios medicinos pagalbos įstaigos	3
- odontologijos įstaigos	928
- sanatorijos	15

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenys

4 priedas

A N K E T A

Daliniai mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas : jų priežastys ir pasekmės

Mykolo Romerio universitete yra rašomas magistrinis darbas aukščiau nurodyta tema. Šios anketos tikslas – sužinoti Jūsų nuomonę apie dalinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas, kad išsamiau ir tiksliau būtų galima išnagrinėti šią temą.

Tikiuosi ši anketa Jums bus įdomi. Anketa anoniminė.

Atsakinėdami į anketos klausimus, Jums tinkantį atsakymą pažymėkite arba parašykite savo nuomonę nurodytu klausimu.

1. Jūsų nuomone, ar šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra pakankamas?

1. Pakankamas.
2. Per mažas.
3. Per didelis.
4. Nežinau.

2. Ar manote, kad lėšų, skirtų sveikatos apsaugai, paskirstymas yra teisingas?

1. Teisingas.
2. Neteisingas.
3. Nežinau.
4. Kita nuomonė _____.

3. Ar dažnai tenka pirkti vaistus?

1. Vaistų neperku.
2. Vaistus perku nepastoviai, tik 1-2 kartus per metus.
3. Vaistus perku dažniau – 3-6 kartus per metus.
4. Vaistus perku nepastoviai, tačiau gana dažnai – 7-12 kartų per metus.
5. Vaistus perku pastoviai – kiekvieną mėnesį ar dažniau.

4. Ar Jums vaistai yra kompensuojami?

1. Kompensuojami.
2. Nekompensuojami.

5. Jeigu Jums vaistai yra nekompensuojami, kiek maždaug litų per mėnesį išleidžiate vaistams?

1. Iki 20 litų.
2. 21-50 Lt.
3. 51-100 Lt.
4. Virš 100 Lt

6. Jeigu Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litų per mėnesį Jums tenka primokėti, perkant vaistus?

1. Iki 20 litų.
2. 21-50 Lt.
3. 51-100 Lt.
4. Virš 100 Lt.

7. Ar dažnai mokate už medicininės paslaugas?

1. Už paslaugas nemoku.
2. Už paslaugas moku nepastoviai, tik 1-2 kartus per metus.
3. Už paslaugas moku dažniau – 3-6 kartus per metus.
4. Už paslaugas moku nepastoviai, tačiau gana dažnai – 7-12 kartų per metus.
5. Už paslaugas moku pastoviai – kiekvieną mėnesį ar dažniau

8. Jei mokate už medicininės paslaugas, kiek litų per mėnesį Jums tenka už jas sumokėti

6. Iki 20 litų.
7. 21-50 Lt.
8. 51-100 Lt.
9. Virš 100 Lt.

9. Ar sutiktumėte, kad ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms (vizitams pas gydytoją, procedūroms ir kt.), kaip šiuo metu vaistams, būtų nustatomos bazinės kainos, kurios būtų apmokamos valstybes (ligoniu kasų), o likusią kainos dalį reikėtų apmokėti patiems?

1. Sutinku.
2. Nesutinku.
3. Nežinau.
4. Kita nuomonė _____

10. Ar sutiktumėte mokėti už vizitą pas gydytoją ir/ar gydymąsi ligoninėje?

1. Sutinku.
2. Nesutinku.
3. Nežinau.

11. Kaip manote, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos?

1. Taip.
2. Ne.
3. Iš dalies mokamos.
4. Neturiu nuomonės.
5. Kita nuomonė _____

12. Jei sutinkate, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, kam ši nuostata turėtų būti taikoma?

- a. Visiems gyventojams.

- b. Tik darbingo amžiaus piliečiams.
- c. Tik dirbantiesiems.
- d. Tik dirbantiesiems, neturintiems invalidumo.
- e. Tik dirbantiesiems, kuriu pajamos vienam šeimos nariui viršija šalies vidurkį.

13. Kaip manote, ar šiuo metu medicininės paslaugos yra mokamos?

- 1. Mokamos.
- 2. Nemokamos.
- 3. Dalinai mokamos
- 4. Nežinau.
- 5. Kita nuomonė _____

14. Jūsų nuomone, ar daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas padidintų piliečių atsakomybę už sveikatą?

- 1. Taip.
- 2. Ne.
- 3. Nežinau.

15. Ar galvojate, kad daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų perteklinį paslaugų vartojimą?

- 1. Taip.
- 2. Ne.
- 3. Nesuprantu sąvokos „perteklinis paslaugų vartojimas“.
- 4. Nežinau.

16. Jūsų nuomone, ar daliniai mokėjimai už medicininės paslaugas sumažintų neoficialius mokėjimus medikams?

- a. Taip.
- b. Ne.
- c. Nežinau.
- d. Kita nuomonė _____.

17. Kaip manote, ar teikiant daugiau mokamų paslaugų, pagerėtų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?

- 1. Pagerėtų.
- 2. Nesikeistų.
- 3. Pablogėtų.
- 4. Nežinau.
- 5. Kita nuomonė _____.

18. Ar esate apsidraudęs (apsidraudusi) papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu?

- 1. Taip.
- 2. Ne.
- 3. Nežinau apie tokį draudimą.

19. Kaip Jūs esate susijęs (susijusi) su Sveikatos apsaugos sistema?

1. Esu pacientas.
2. Dirbu gydymo įstaigoje.
3. Studijuoju vieną iš medicinos specialybių (mediciną, odontologiją, farmaciją ir kt.)
4. Niekaip nesusijęs.

15. Jūsų amžius:

1. Iki 20 metų.
2. 20-40 metų.
3. 41-60 metų.
4. Daugiau kaip 60 metų.

16. Jūsų lytis:

1. Vyras.
2. Moteris.

17. Jūsų išsilavinimas:

1. Nepilnas vidurinis.
2. Vidurinis.
3. Nebaigtas aukštasis.
4. Aukštasis neuniversitetinis.
5. Aukštasis universitetinis.

DĖKOJAME UŽ ATSAKYMUS

5 priedas

Anketinės apklausos rezultatų apdorojimas SPSS programa:

1 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra pakankamas?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra pakankamas? Crosstabulation

Count

		Ar šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra pakankamas?				Total
		pakankamas	per mažas	per didelis	nežinau	
Klasifikacija	studentai	4	79	1	4	88
	pacientai	8	45	1	4	58
	medikai	0	39	0	0	39
	teisėninkai	0	16	0	2	18
Total		12	179	2	10	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,830(a)	9	,071
Likelihood Ratio	19,549	9	,021
Linear-by-Linear Association	,252	1	,615
N of Valid Cases	203		

a 11 cells (68,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

2 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar manote, kad lėdž, skirtø sveikatos apsaugai, paskirstymas yra teisingas?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar manote, kad lėdž, skirtø sveikatos apsaugai, paskirstymas yra teisingas? Crosstabulation

Count

		Ar manote, kad lėdž, skirtø sveikatos apsaugai, paskirstymas yra teisingas?				teisingas
		teisingas	neteisingas	kita	4	
Klasifikacija	studentai	4	57	26	1	88
	pacientai	7	34	16	1	58
	medikai	0	36	3	0	39
	teisininkai	0	9	9	0	18
Total		11	136	54	2	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,282(a)	9	,006
Likelihood Ratio	26,632	9	,002
Linear-by-Linear Association	,000	1	,999
N of Valid Cases	203		

a 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

3 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar dabnai tenka pirkti vaistus?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar dabnai tenka pirkti vaistus? Crosstabulation

Count		Ar dabnai tenka pirkti vaistus?					Total
		nepastoviai, tik 1-2 k/m	nepastoviai, 3-6 k/m	nepastoviai, taciau gana daznai 7-12 k/m	neperku	pastoviai, kiekvienu men ar dazniau	
Klasifikacija	studentai	29	27	26	5	1	88
	pacientai	6	14	7	1	30	58
	medikai	4	15	11	0	9	39
	teisininkai	4	8	3	0	3	18
Total		43	64	47	6	43	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	65,810(a)	12	,000
Likelihood Ratio	73,333	12	,000
Linear-by-Linear Association	6,230	1	,013
N of Valid Cases	203		

a 7 cells (35,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,53.

4 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar Jums vaistai kompensuojami?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar Jums vaistai kompensuojami? Crosstabulation

Count

		Ar Jums vaistai kompensuojami?		
		kompensuojami	nekompensuojami	kompensuojami
Klasifikacija	studentai	8	80	88
	pacientai	31	27	58
	medikai	7	32	39
	teisininkai	2	16	18
Total		48	155	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,127(a)	3	,000
Likelihood Ratio	39,054	3	,000
Linear-by-Linear Association	1,026	1	,311
N of Valid Cases	203		

a 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,26.

5 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Jei Jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litø per mėnesá iðleidþiate vaistams?	177	87,2%	26	12,8%	203	100,0%

klasifikacija * Jei Jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litø per mėnesá iðleidþiate vaistams?
Crosstabulation

Count

		Jei Jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litø per mėnesá iðleidþiate vaistams?				iki 20
		iki 20	21-50	51-100	virs 100 Lt	
Klasifikacija	studentai	53	18	3	1	75
	pacientai	17	10	12	10	49
	medikai	12	12	7	4	35
	teisininkai	8	6	2	2	18
Total		90	46	24	17	177

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,327(a)	9	,000
Likelihood Ratio	36,823	9	,000
Linear-by-Linear Association	11,758	1	,001
N of Valid Cases	177		

a. 6 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73.

6 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Jei Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litø per mėnesá tenka primokëti perkant vaistus?	60	29,6%	143	70,4%	203	100,0%

klasifikacija * Jei Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litø per mėnesá tenka primokëti perkant vaistus?
Crosstabulation

Count

		Jei Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litø per mėnesá tenka primokėti perkant vaistus?				iki 20
		iki 20	21-50	51-100	virs 100	
Klasifikacija	studentai	9	2	2	1	14
	pacientai	8	9	13	4	34
	medikai	5	3	2	0	10
	teisininkai	1	1	0	0	2
Total		23	15	17	5	60

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,570(a)	9	,306
Likelihood Ratio	12,067	9	,210
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	60		

a 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

7 klausimas Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar daznai mokate uz medicininės paslaugas?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar daznai mokate uz medicininės paslaugas? Crosstabulation

Count

		Ar daznai mokate uz medicininės paslaugas?					Total
		uz paslaugas nemoku	uz paslaugas moku nepastoviai, tik 1-2 k/m	uz paslaugas moku dazniau - 3-6 k/m	uz paslaugas moku nepastoviai, gana daznai 7-12 k/m	uz paslaugas moku pastoviai- kiekviena menesi ar dazniau	
Klasifikacija	studentai	41	43	3	0	1	88
	pacientai	13	27	12	6	0	58
	medikai	2	21	11	4	1	39
	teisininkai	1	10	7	0	0	18
Total		57	101	33	10	2	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,775(a)	12	,000
Likelihood Ratio	63,723	12	,000
Linear-by-Linear Association	31,040	1	,000
N of Valid Cases	203		

a 9 cells (45,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

8 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Jei mokate uz medicininės paslaugas, kiek litu per menesi Jums tenka uz jas sumoketi?	144	70,9%	59	29,1%	203	100,0%

klasifikacija * Jei mokate uz medicininės paslaugas, kiek litu per menesi Jums tenka uz jas sumoketi? Crosstabulation

Count

		Jei mokate uz medicininės paslaugas, kiek litu per menesi Jums tenka uz jas sumoketi?				iki 20 Lt
		iki 20 Lt	21-50 Lt	51-100 Lt	virs 100 Lt	
klasifikacija	studentai	18	17	8	2	45
	pacientai	16	13	14	3	46
	medikai	8	13	9	7	37
	teisininkai	3	5	2	6	16
Total		45	48	33	18	144

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,176(a)	9	,024
Likelihood Ratio	17,518	9	,041
Linear-by-Linear Association	10,491	1	,001
N of Valid Cases	144		

a 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

9 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar sutikume, kad ir kitoms medicininems prekems ir paslaugoms (vizitams pas gydytoja, proceduroms ir kt.), kaip siuo metu vaistams, b8t7 nustatomos bazin4s kainos. kurios b8t7 apmokamos valstyb4s, o likusi1 kainos dal5 reik4t7 apmok4ti patiems?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar sutikume, kad ir kitoms medicininems prekems ir paslaugoms (vizitams pas gydytoja, proceduroms ir kt.), kaip siuo metu vaistams, b8t7 nustatomos bazin4s kainos. kurios b8t7 apmokamos valstyb4s, o likusi1 kainos dal5 reik4t7 apmok4ti patiems? Crosstabulation

Count

		Ar sutiktumēte, kad ir kitoms medicīniskām precēm ir paslaugoms (vizitams pas gydytoją, procedūroms ir kt.), kaip šiuo metu vaistams, būt nustatomos bazin4s kainos. kurios būt apmokamos valstyb4s, o likusi1 kainos dal5 reik4t7 apmok4ti pacientams?				
		sutinku	nesutinku	nezinau	kita nuomone	sutinku
klasifikacija	studentai	39	37	10	2	88
	pacientai	24	24	8	2	58
	medikai	20	8	10	1	39
	teisininkai	9	7	2	0	18
Total		92	76	30	5	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,042(a)	9	,433
Likelihood Ratio	9,525	9	,390
Linear-by-Linear Association	,001	1	,977
N of Valid Cases	203		

a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

10 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar sutiktumēte mokēti up vizitā pas gydytoją, ar gydmasi ligoninėje?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar sutiktumēte mokēti up vizitā pas gydytoją, ar gydmasi ligoninėje? Crosstabulation

Count

		Ar sutiktumēte mokēti up vizitā pas gydytoją, ar gydmasi ligoninėje?			
		sutinku	nesutinku	nezinau	sutinku
klasifikacija	studentai	15	58	15	88
	pacientai	11	42	5	58
	medikai	8	24	7	39
	teisininkai	8	7	3	18
Total		42	131	30	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,133(a)	6	,119

Likelihood Ratio	9,463	6	,149
Linear-by-Linear Association	1,980	1	,159
N of Valid Cases	203		

a 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,66.

11 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Kaip manote, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Kaip manote, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos? Crosstabulation

Count

		Kaip manote, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos?					taip
		taip	ne	is dalies mokamos	neturiu nuomones	kita nuomone	
klasifikacija	studentai	3	47	29	4	5	88
	pacientai	2	29	20	3	4	58
	medikai	0	15	20	1	3	39
	teisininkai	3	4	10	1	0	18
Total		8	95	79	9	12	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,602(a)	12	,099
Likelihood Ratio	18,236	12	,109
Linear-by-Linear Association	,424	1	,515
N of Valid Cases	203		

a 11 cells (55,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,71.

12 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Jei sutinkate, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, kam šį nuostata turėtų būti taikoma?	124	61,1%	79	38,9%	203	100,0%

klasifikacija * Jei sutinkate, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, kam šį nuostata turėtų būti taikoma? Crosstabulation

Count

		Jei sutinkate, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, kam ši nuostata turėtų būti taikoma?					Total
		visiems gyventojams	tik darbingo amžiaus pilieciams	tik dirbantiems	tik dirbantiems, neturintiems invalidumo	tik dirbantiems, kurių pajam 1 šeimos nariui viršija šalies	visiems gyventojams
klasifikacija	studentai	12	5	7	6	14	44
	pacientai	9	7	9	1	15	41
	medikai	13	2	1	0	10	26
	teisininkai	4	3	2	2	2	13
Total		38	17	19	9	41	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,288(a)	12	,107
Likelihood Ratio	20,528	12	,058
Linear-by-Linear Association	1,549	1	,213
N of Valid Cases	124		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

13 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Kaip manote, ar 6iuo metu medicinin4s paslaugos yra mokamos?	202	99,5%	1	,5%	203	100,0%

klasifikacija * Kaip manote, ar 6iuo metu medicinin4s paslaugos yra mokamos? Crosstabulation

Count

		Kaip manote, ar 6iuo metu medicinin4s paslaugos yra mokamos?					
		mokamos	nemokamos	dalinai mokamos	nezinau	kita nuomone	mokamos
klasifikacija	studentai	16	8	44	6	13	87
	pacientai	12	3	36	5	2	58
	medikai	11	0	24	1	3	39
	teisininkai	5	0	13	0	0	18
Total		44	11	117	12	18	202

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,408(a)	12	,104

Likelihood Ratio	23,824	12	,021
Linear-by-Linear Association	3,559	1	,059
N of Valid Cases	202		

a 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

14 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Jūsø nuomone, ar daliniai mokėjimai up sveikatos paslaugas padidint7 pilie2i7 atsakomyb3 u= sveikat1?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Jūsø nuomone, ar daliniai mokėjimai up sveikatos paslaugas padidint7 pilie2i7 atsakomyb3 u= sveikat1? Crosstabulation

Count

		Jūsø nuomone, ar daliniai mokėjimai up sveikatos paslaugas padidint7 pilie2i7 atsakomyb3 u= sveikat1?			
		taip	ne	nezinau	taip
klasifikacija	studentai	36	34	18	88
	pacientai	15	25	18	58
	medikai	18	12	9	39
	teisininkai	10	6	2	18
Total		79	77	47	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,444(a)	6	,207
Likelihood Ratio	8,760	6	,188
Linear-by-Linear Association	,690	1	,406
N of Valid Cases	203		

a 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,17.

15 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar galvojate, kad daliniai mokėjimai up sveikatos paslaugas sumapintø perteklinà paslaugø vartojimà?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar galvojate, kad daliniai mokėjimai up sveikatos paslaugas sumapintø perteklinà paslaugø vartojimà? Crosstabulation

Count

		Ar galvojate, kad daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų pertekliną paslaugų vartojimą?				
		taip	ne	nesuprantu s1vokos „perteklinis paslaugų vartojimas“	nezinau	taip
klasifikacija	studentai	46	24	8	10	88
	pacientai	20	15	11	12	58
	medikai	21	6	5	7	39
	teisininkai	11	2	5	0	18
Total		98	47	29	29	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,447(a)	9	,058
Likelihood Ratio	19,049	9	,025
Linear-by-Linear Association	,046	1	,831
N of Valid Cases	203		

a. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,57.

16 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Jūsø nuomone, ar daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų neoficialius mokėjimus medikamentams?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Jūsø nuomone, ar daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų neoficialius mokėjimus medikamentams? Crosstabulation

Count

		Jūsø nuomone, ar daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų neoficialius mokėjimus medikamentams?				taip
		taip	ne	nezinau	kita nuomone	
klasifikacija	studentai	39	30	12	7	88
	pacientai	12	25	16	5	58
	medikai	16	18	4	1	39
	teisininkai	7	11	0	0	18
Total		74	84	32	13	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,589(a)	9	,015

Likelihood Ratio	24,425	9	,004
Linear-by-Linear Association	,940	1	,332
N of Valid Cases	203		

a 4 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,15.

17 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Kaip manote, ar teikiant daugiau mokamø paslaugø, pagërètø sveikatos prieþiūros paslaugø kokybë?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Kaip manote, ar teikiant daugiau mokamø paslaugø, pagërètø sveikatos prieþiūros paslaugø kokybë? Crosstabulation

Count

		Kaip manote, ar teikiant daugiau mokamø paslaugø, pagërètø sveikatos prieþiūros paslaugø kokybë?					
		pageretu	neskeistu	pablogetu	nezinau	kita nuomone	
klasifikacija	studentai	35	34	2	13	4	88
	pacientai	23	22	0	11	2	58
	medikai	9	29	0	1	0	39
	teisininkai	5	6	1	6	0	18
Total		72	91	3	31	6	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,042(a)	12	,008
Likelihood Ratio	29,445	12	,003
Linear-by-Linear Association	,089	1	,765
N of Valid Cases	203		

a 9 cells (45,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

18 klausimas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikacija * Ar esate apsidraudæs papildomuoju sveikatos draudimu?	203	100,0%	0	,0%	203	100,0%

klasifikacija * Ar esate apsidraudæs papildomuoju sveikatos draudimu? Crosstabulation

Count

		Ar esate apsidraudæs papildomuoju sveikatos draudimu?			
		taip	ne	nezinau	taip

klasifikacija	studentai	20	62	6	88
	pacientai	11	43	4	58
	medikai	3	34	2	39
	teisininkai	1	17	0	18
Total		35	156	12	203

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,237(a)	6	,221
Likelihood Ratio	10,149	6	,119
Linear-by-Linear Association	2,084	1	,149
N of Valid Cases	203		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,06.

6 priedas

Anketinės apklausos rezultatų apdorojimas EXCEL programa:

Medikai Studentai Pacientai Teisininkai

X2 testo rezultatai: X2 = 15,830; df = 9; p<0,001

1. Ar šiuo metu esantis sveikatos apsaugos finansavimas yra pakankamas?

Pakankamas	0	4	8	0
Per mažas	39	79	45	16
Per didelis	0	1	1	0
Nežinau	0	4	4	2
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 23,282; df = 9; p<0,001

2. Ar manote, kad lėšų, skirtų sveikatos apsaugai, paskirstymas yra teisingas?

Teisingas	0	4	7	0
Neteisingas	36	57	34	9
Nežinau	3	26	16	9
Kita nuomonė	0	1	1	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 65,812; df = 12; p<0,001

3. Ar dažnai tenka pirkti vaistus?

Nepastoviai, tik 1-2k/m.	4	29	6	4
Nepastoviai, 3-6k/m	15	27	14	8
Nepastoviai, tačiau gana dažnai 7-12k/m	11	26	7	3
Neperku	0	5	1	0
Pastoviai, kiekvieną mėnesį ar dažniau	9	1	30	3
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 41,127; df = 3; p<0,001

4. Ar Jums vaistai kompensuojami?

Taip	7	8	31	2
Ne	32	80	57	16
Viso	39	88	28	18

5. Jei Jums vaistai nekompensuojami, kiek maždaug litų per mėnesį išleidžiate vaistams?

iki 20Lt	12	53	17	8
21 - 50Lt	12	18	10	6
51 - 100Lt	7	3	12	2
virš 100Lt	4	1	10	2

X2 testo rezultatai: X2 = 34,327; df = 9; p<0,001

Viso	35	75	49	18
------	----	----	----	----

X2 testo rezultatai: $X^2 = 10,570$; $df = 9$; $p < 0,001$

6. Jei Jums vaistai yra kompensuojami, kiek litų per mėnesį tenka primokėti perkant vaistus?

iki 20Lt	5	9	8	1
21 - 50Lt	3	2	9	1
51 - 100Lt	2	2	13	0
virš 100Lt	0	1	4	0
Viso	10	14	34	2

X2testo rezultatai: $X^2 = 53,775$; $df = 12$; $p < 0,001$

7. Ar dažnai mokate už medicininės paslaugas?

Nemoku	2	41	13	1
1 - 2k/m	21	43	27	10
3 - 6k/m	11	3	12	7
7 - 12k/m	4	0	6	0
kiekv.mėn	1	1	0	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: $X^2 = 19,176$; $df = 9$; $p < 0,001$

8. Jei mokate už medicininės paslaugas, kiek litų per mėnesį už jas tenka sumokėti?

iki 20Lt	8	18	16	3
21 - 50Lt	13	17	13	5
51 - 100Lt	9	8	14	2
virš 100Lt	7	2	3	6
Viso	37	45	46	16

X2 testo rezultatai: $X^2 = 9,042$; $df = 9$; $p < 0,001$

9. Ar sutiktumėte, kad ir kitoms medicininėms prekėms ir paslaugoms (vizitams pas gydytoją, procedūroms ir kt.), kaip šiuo metu vaistams, būtų nustatomos bazinės kainos, kurios būtų apmokamos valstybės (ligonių kasų), o likusią kainos dalį reikėtų apmokėti patiems?

Sutinku	20	39	24	9
Nesutinku	8	37	24	7
Nežinau	10	10	8	2
Kita nuomonė	1	2	2	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: $X^2 = 10,133$; $df = 6$; $p < 0,001$

10. Ar sutiktumėte mokėti už vizitą pas gydytoją, ar gydymąsi ligoninėje?

Sutinku	8	15	11	8
Nesutinku	24	58	42	7
Nežinau	7	15	5	3
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: $X^2 = 18,602$; $df = 12$; $p < 0,001$

11. Kaip manote, ar medicininės paslaugos turi būti mokamos?

Taip	0	3	2	3
Ne	15	47	29	4
Iš dalies	20	29	20	10
Nežinau	1	4	3	1
Kita nuomonė	3	5	4	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: $X^2 = 18,288$; $df = 12$; $p < 0,001$

12. Jei sutinkate, kad medicininės paslaugos turi būti iš dalies mokamos, kam ši nuostata turėtų būti taikoma?

Visiems gyventojams	13	12	9	4
Darbingo amžiaus piliečiams	2	5	7	3

Dirbantiems	1	7	9	2
Dirbantiems neturintiems invalidumo	0	6	1	2
Dirbantiems, kurių pajamos 1 šeimos nariui viršija šalies vidurkį	10	14	15	2
Viso	26	44	41	13

X2 testo rezultatai: X2 = 18,408; df = 12; p<0,001

13. Kaip manote, ar šiuo metu medicininės paslaugos yra mokamos?

Mokamos	11	16	12	5
Nemokamos	0	8	3	0
Dalinai mokamos	24	44	36	13
Nežinau	1	6	5	0
Kita nuomonė	3	13	2	0
Viso	39	87	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 8,444; df = 6; p<0,001

14. Jūsų nuomone, ar daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas padidintų piliečių atsakomybę už sveikatą?

Taip	18	36	15	10
Ne	12	34	25	6
Nežinau	9	18	18	2
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 16,447; df = 9; p<0,001

15. Ar galvojate, kad daliniai mokėjimai už sveikatos paslaugas sumažintų perteklinių paslaugų vartojimą?

Taip	21	46	20	11
Ne	6	24	15	2
Nesuprantu sąvokos „perteklinis paslaugų vartojimas“	5	8	11	5
Nežinau	7	10	12	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 20,589; df = 9; p<0,001

16. Jūsų nuomone, ar daliniai mokėjimai už medicinos paslaugas sumažintų neoficialius mokėjimus medikams?

Taip	16	39	12	7
Ne	18	30	25	11
Nežinau	4	12	16	0
Kita nuomonė	1	7	5	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 27,042; df = 12; p<0,001

17. Kaip manote, ar teikiant daugiau mokamų paslaugų, pagėrėtų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?

Pagėrėtų	9	35	23	5
Nesikeistų	29	34	22	6
Pablogėtų	0	2	0	1
Nežinau	1	13	11	6
Kita nuomonė	0	4	2	0
Viso	39	88	58	18

X2 testo rezultatai: X2 = 8,237; df = 6; p<0,001

18. Ar esate apsidraudę papildomuoju sveikatos draudimu?

Taip	3	20	11	1
Ne	34	62	43	17
Nežinau apie tokį draudimą	2	6	4	0
Viso	39	88	58	18

Pagal lytį:

vyrų moterų viso

X2 testo rezultatai: X2 = 6,825; df = 3; p<0,001

48	131	179
2	0	2
4	6	10
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 2,422$; $df = 3$; $p < 0,001$

4	7	11
35	101	136
19	35	54
1	1	2
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 23,037$; $df = 4$; $p < 0,001$

17	26	43
20	44	64
7	40	47
6	0	6
9	34	43
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 0,146$; $df = 1$; $p < 0,001$

15	33	48
44	11	155
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 1,962$; $df = 3$; $p < 0,001$

29	61	90
11	35	46
5	19	24
4	13	17
49	128	177

X2 testo rezultatai: $X^2 = 0,744$; $df = 3$; $p < 0,001$

9	14	23
6	9	15
6	11	17
1	4	5
22	38	60

X2 testo rezultatai: $X^2 = 5,958$; $df = 4$; $p < 0,001$

16	41	57
34	67	101
8	25	33
0	10	10
1	1	2
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 4,919$; $df = 3$; $p < 0,001$

17	28	45
13	35	48
6	27	33
3	15	18
39	105	144

X2 testo rezultatai: $X^2 = 1,113$; $df = 3$; $p < 0,001$

29	63	92
21	55	76
7	23	30
2	3	5
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 0,986$; $df = 2$; $p < 0,001$

14	28	42
35	96	131
10	20	30
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 6,061$; $df = 4$; $p < 0,001$

5	3	8
25	70	95
21	58	79
4	5	9
4	8	12
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 6,825$; $df = 3$; $p < 0,001$

13	25	38
7	10	17
6	13	19
5	4	9
10	31	41
41	83	124

X2 testo rezultatai: $X^2 = 7,584$; $df = 4$; $p < 0,001$

13	31	44
7	4	11
29	88	117
4	8	12
5	13	18
58	144	202

X2 testo rezultatai: $X^2 = 2,393$; $df = 2$; $p < 0,001$

27	52	79
22	55	77

10	37	47
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 5,835$; $df = 3$; $p < 0,001$

36	62	98
11	36	47
7	22	29
5	24	29
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 1,557$; $df = 3$; $p < 0,001$

24	50	74
22	62	84
8	24	32
5	8	13
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 14,073$; $df = 4$; $p < 0,001$

27	45	72
15	76	91
2	1	3
13	18	31
2	4	6
59	144	203

X2 testo rezultatai: $X^2 = 3,209$; $df = 2$; $p < 0,001$

8	27	35
45	111	156
6	6	12
59	144	203