



## PRIVALOMO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO FINANSINIŲ SRAUTŲ FORMAVIMO YPATUMAI

Evelina Matkevičiūtė<sup>1</sup>, Jonas Žaptorius<sup>2</sup>

*Vilniaus Gedimino technikos universitetas, Saulėtekio al. 11, LT-10223 Vilnius, Lietuva*

*El. paštas: <sup>1</sup>mevelinute@gmail.com, <sup>2</sup>jonas@4teamcorp.com*

**Santrauka.** Sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje susiduria su ribotais finansiniais ištekliais. Tačiau, jokia valstybė nėra pajėgi padengti visų sveikatos priežiūros išlaidų. Būtent šių ribotų išteklių optimalus panaudojimas ir yra vienas iš valstybių sveikatos apsaugos sistemos tikslų. Straipsnyje nagrinėjami Privalomo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) finansinių srautų formavimo ypatumai, sveikatos sistema Lietuvoje, pristatoma PSDF pajamų ir išlaidų analizė 2008 – 2012 m.

**Reikšminiai žodžiai:** Privalomasis sveikatos draudimo fondas, finansiniai srautai, sveikatos sistema, pajamų ir išlaidų analizė.

### 1. Sveikatos sistema

1948 metais Pasaulio sveikatos organizacija savo konstitucijoje deklaravo, jog „Sveikata yra visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas“. Šis apibrėžimas atspindi pasikeitusį sveikatos politikų požiūrį visoje sveikatos politikoje į santykį tarp ligų gydymo bei jų išvengimo būtinybės (Jankauskienė, Pečiūra 2007).

Privalomojo sveikatos draudimo modelį Lietuva įdiegė pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį. Šį modelį palaiko daugelis sveikatos organizatorių, palankiai vertina tarptautiniai ekspertai ir didžiosios šalies politinės partijos.

Tačiau Lietuva per dvidešimt nepriklausomybės metų nesukūrė optimalaus sveikatos modelio. Išbaigto sveikatos sistemos modelio neturi nė viena pasaulio valstybė.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesugriuvo labai sudėtingu nepriklausomybės kūrimo laikotarpiu – 1990-1992 metais. Sukurtosios sveikatos sistemos tvarumą įrodo faktas, kad ji nesubyrėjo ir siaučiant pasaulį ir Lietuvą skaudžiai pažeidusiai 2008-2009 m. krizei (Buivydas et al. 2010).

#### 1.1. Lietuvos sveikatos sistema

Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą (1

paveikslas), sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas.

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (LNSS) – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema.

Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą sudaro:

- 1) LNSS vykdomieji subjektai (sveikatinimo paslaugų teikėjai);
- 2) Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai (sveikatinimo veiklos valdymo, koordinavimo ir kontroliavimo institucijos);
- 3) LNSS ištekliai (materialiniai, finansiniai, žmogiškieji ir informaciniai);

LNSS veikla ir teikiamos paslaugos (asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos ir farmacinė veikla) (Valst. žin., 1994, Nr. 63-1231). Šių dienų Lietuvos sveikatinimo sistema – tai socialinės – ekonominės šalies plėtros bei vykusių sveikatos sektoriaus pokyčių ir reformų rezultatas. Sveikatos sistema funkcionuoja ne pati sau, o pastoviai besikeičiančioje visos šalies aplinkoje, kur egzistuoja skirtingi, dažnai visiškai priešingi interesai.

Sveikatos sistemą, kaip ir bet kurią kitą sritį, veikia du pagrindiniai veiksniai: paklausa ir pasiūla. Tačiau, kai kalbame apie sveikatos sistemą ar jos reformas, dažniausiai mintyse turime pasiūlos aspektą – sveikatinimo paslaugų sistemą ir jos problemas, t.y., dažniausiai sistemą vertiname paslaugų teikėjų požiūriu, nes būtent paslaugų teikėjai turi didžiausią įtaką sveikatos sistemos valdymui.

Būtinybę atsižvelgti į pacientų poreikius pastaruoju metu akcentuoja visi: politikai, sveikatos sektoriaus administratoriai, žiniasklaida. Teigiama, kad reikia gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę, išplėsti paslaugų sąrašą. Tai labai svarbūs sveikatos funkcionavimo rodikliai, tačiau, ar jie patys svarbiausi gyventojams. Nebūtina, nes bet kuris šalies gyventojas siekia nesusirgti ir būti sveikas. Paslaugų kokybė ir prieinamumas labai svarbūs yra pacientams, nes pagrindinis pacientų tikslas – pasveikti. Todėl paklausos aspektu sveikatinimo sistemą reikėtų vertinti kaip visumą, apimančią tiek gyventojų interesą būti sveikiems, tiek pacientų poreikį susirgus gauti tinkamą gydymą.

Šalies gyventojų sveikatinimo poreikiai, o tuo pačiu ir išlaidos šių poreikių tenkinimui nuolat auga. Poreikių augimą lemia, visų pirma, pati besikeičianti visuomenė – jos demografinė struktūra. Gerėjant gyvenimo sąlygoms visuomenė natūraliai „sensta“, tai yra vis didesnę jos narių dalį sudaro vyresniojo amžiaus gyventojai. Jų poreikiai sveikatai didesni, sveikatos problemos sudėtingesnės, labiau komplikotos, o dažnai ir daugybinės.

Antras svarbus poreikių augimo veiksnys – naujovės. Iš vienos pusės tai – nauji vaistai, naujos dažnai brangesnės gydymo ir diagnostikos technologijos, nauji gydymo metodai. Iš kitos pusės – atsiranda naujos „brangios“ ligos: AIDS, „paukščių“, „kiaulių“ gripas, ar su gyventojų viršsvoriu susiję susirgimai ir kt. Nemažą įtaką paslaugų paklausai turi šalies sveikatinimo politika – politiniai susitarimai taikyti solidarumo, teismo ar sveikatinimo sąnaudų pasidalinimo principus, prioritetinių sveikatinimo sričių nustatymas, įsipareigojimas apsaugoti gyventojus nuo finansinės rizikos susirgus, apmokėjimų už suteiktas paslaugas taisyklės.

Sveikatinimo išlaidų apimtis priklauso nuo ekonominės šalies situacijos ir mokesčių sistemos pasikeitimų; naujų gydymo ir diagnostikos technologijų bei metodų; dirbančiųjų, iš kurių mokesčių finansuojama

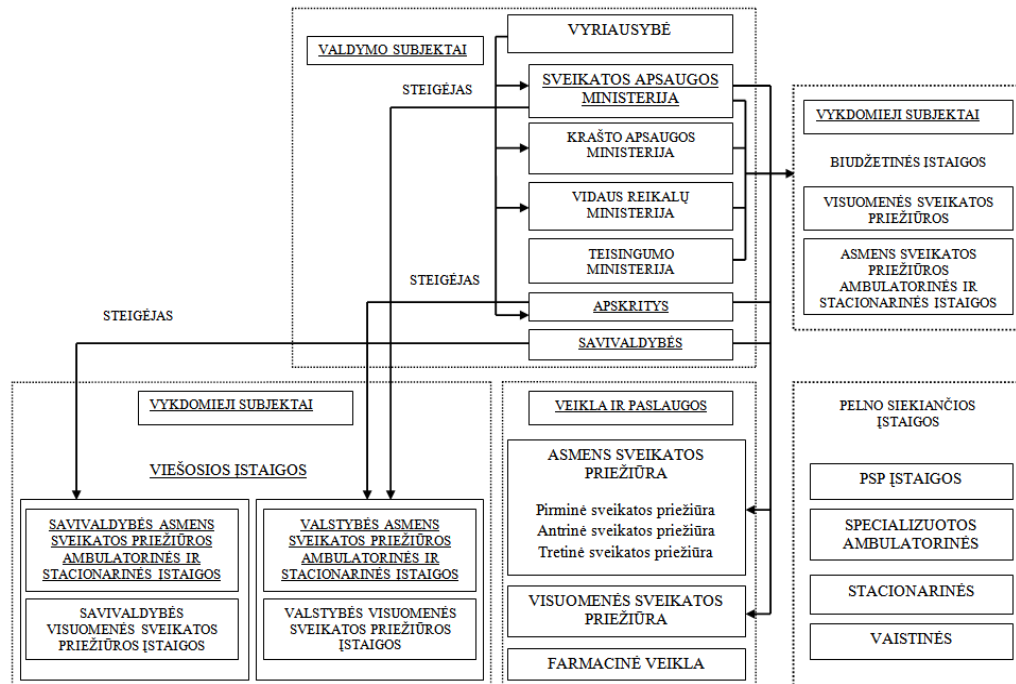
sveikatos sistema, skaičiaus; taip pat nuo to, kokią procentą nuo BVP valstybė gali skirti sveikatai (Buivydas et al. 2010).

## 1.2. Sveikatos politikos principai

Ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse atlikti tyrimai akivaizdžiai rodo, jog sveikata - didžiausia žmogaus vertybė. Tačiau sprendžiant dėl resursų paskirstymo tarp sektorių sveikatos sektoriui niekuomet neskiriama tiek, kiek reikėtų sveikatos sistemai pertvarkyti ir plėtoti. Optimalus sveikatos sektoriaus resursų paskirstymas tarp bendros sveikatos (asmens ir visuomenės fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės) ir sveikatos apsaugos yra didelė problema. Savo ruožtu ypač aktualus lėšų sveikatos apsaugai paskirstymas tarp ligų prevencijos ir gydymo, tarp stacionarinio ir ambulatorinio gydymo, tarp valstybinio ir privataus sektoriaus. Todėl priimant sprendimus dėl sveikatos politikos įgyvendinimo praktikoje, dėl jos santykio su rinkos ekonomika yra labai svarbu išmanyti sveikatos politikos principus (Jankauskienė, Pečiūra 2007).

Lietuvos valstybės sveikatos sistemos politika turėtų būt formuojama ir įgyvendinama remiantis šiais principais:

- teismo – kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės;
- solidarumo – sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų nediferencijuojant pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį, užtikrinant kryžminį subsidiarumą (sveikas padeda sergančiajam, turtingas – neturtingam, jaunas – senam, dirbantysis – nedirbančiajam);
- prieinamumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;
- priimtumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;



1 pav. Lietuvos sveikatos sistemos struktūra. Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis sveikatos ekonomikos centro seminaro medžiaga

- lygybės – sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams, nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu;
  - visapusiškumo – žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, medicininės reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;
  - laisvo pasirinkimo – žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;
  - sąžiningos konkurencijos – sveikatos sistemoje paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, tačiau sąžiningos konkurencijos sąlygomis;
  - sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo – užtikrinant sveikatos priežiūros politikos tęstinumą, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos ir kaitos;
  - pagrįstumo – sprendimai sveikatos sektoriuje turi būti priimami vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika pagrįstais klinikiniais bei vadybiniais sprendimais;
  - lygiateisiškumo – visi sveikatos sistemos dalyviai – ir paslaugų gavėjai, ir jų teikėjai – yra lygiateisiai partneriai;
  - skaidrumo – visuomenės ir paciento informavimas apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, papildomo sveikatos draudimo ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų gavimo galimybes;
  - integralumo – užtikrinant darnų visaapimančią (holistinį) požiūrį į individo ir visuomenės sveikatą, kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę (Valst. žin., 2011, Nr. 73-3498).
- Atlikus lyginimo ir loginę analizę (1 lentelė), nustatyta, jog visiems šioms modeliams didelę įtaką daro Valskybė, tačiau jos reguliavimas yra skirtingo stiprumo. Privatus sektorius egzistuoja visuose sveikatos draudimo modeliuose, išskyrus Semaškos. Apibendrinus sveikatos draudimo sistemos modelius, išskiriami šie pagrindiniai Beveridžo ir Bismarko modelių bruožai, būdingi Lietuvos sveikatos draudimo sistemai:
- Beveridžo modelis:**
- finansavimas iš mokesčių;
  - draudimo įmokas nustato valstybė;
  - visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos;
  - investiciniai sprendimai bei sprendimai dėl kainų priimami valstybinių institucijų;

• paslaugų teikėjai konkuruoja dėl ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų.

**Bismarko modelis:**

• finansavimas iš darbdavių ir darbuotojų įmokų;

• įmokas surenka sodra, valstybinė mokesčių inspekcija (toliau – VMI) ir ligonių kasos;

• visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos; paslaugų teikėjai konkuruoja dėl ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros formų.

**1 lentelė.** Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas. Šaltinis: Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai (Čepulytė, Palubinskienė 2008)

Kriterijus	Sveikatos draudimo sistemos modeliai			
	Lietuvoje taikomas modelis	Beveridžo modelis	Bismarko modelis	Semaškos modelis
Valstybinis reguliavimas	Vidutinio stiprumo	Stiprus	Vidutinio stiprumo	Absoliutus
Privatus sektorius	Yra	Yra	Yra	Nėra
Finansavimas	Sveikatos draudimo įmokos derinamos su biudžetiniu finansavimu	Finansavimas iš valstybės biudžeto	Sveikatos draudimo įmokos	Finansavimas iš valstybės biudžeto
Draudimo įmokas nustato	Valstybė	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė
Draudimo įmokas surenka	Sodra, VMI, ligonių kasos	Valstybė	Sodra, VMI ir ligonių kasos	Valstybė
Teikiamos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiamos vienodos paslaugos
Konkurencija tarp paslaugų teikėjų	Yra	Yra	Yra	Yra

Beveridžo modelis yra vienas iš labiausiai Lietuvoje taikomų modelių. Juo draudžiami visi gyventojai, paslaugų kaina vienoda bei paslaugos teikiamos visiems tose pačiose įstaigose. Bet vis dėlto šio modelio trūkumai gana ryškūs, nėra galimybės rinktis gydytoją, menka gydytojų motyvacija gerinti paslaugų kokybę, nėra asmeninės kiekvieno apdraustojo atsakomybės.

Beveridžo sveikatos finansavimo modelis nevysiškai išsprendžia sveikatos finansavimo problemas, kadangi sveikatos paslaugas finansuoja valstybė. Valstybė turi taip suplanuoti biudžetą, kad užtektų lėšų visai sveikatos sistemai, ir surinkti tiek mokesčių iš gyventojų ir iš privataus sektoriaus, kad būtų padengtos sveikatos draudimo išlaidos.

Lietuvoje 1990–1991 m. buvo pasirinktas Bismarko modelis. To modelio dalis yra Sodra, kurios išmokos priklauso nuo darbo rinkos funkcionavimo. Šis modelis efektyvus tada, kai gera šalies ūkio padėtis, plečiantis darbo rinkai, augant ekonomikai.

Gerėjant ekonominei situacijai šalyje, sumažėja bedarbių, Sodra geriau surenka mokesčius, valstybės biudžetas neturi deficito ir t. t. Tačiau ekonomikai susiduriant su sunkumais, tas modelis iš karto tampa neefektyvus.

Patraukliausias Lietuvai būtų Bismarko modelis, kadangi yra galimybė rinktis gydytoją ir kokybiškesnes paslaugas atliekančias įstaigas. Tačiau šis modelis yra gana brangus: už kiekvieną atliktą paslaugą reikia mokėti papildomai. Todėl susidaro didelės sveikatos draudimo sistemos išlaidos ir dėl to ši sveikatos priežiūros sistema apdraustajam tampa labai brangi.

Lygybės aspektu priimtinausias būtų Semaškos modelis, nes juo draudžiami visi gyventojai, paslaugos nemokamos, papildomų paslaugų kaina visiems vienoda. Tačiau šis modelis turi ir daug minusų. Taikant šį modelį, sumažėtų medikų suinteresuotumas darbo rezultatais, dėl to būtų nekokybiškai atliekamos paslaugos, taip pat neliktų suinteresuotumo taupyti išteklius.

Lyginant Beveridžo ir Bismarko modelius, išryškėja Bismarko modelio pranašumas: sukuriamas atskiro sveikatos draudimo fondas. Tačiau net ir tokiu atveju, autorių požiūriu, neteisinga įvardyti Bismarko modelį kaip vieną iš efektyviausių. Manytina, kad Beveridžo ir Bismarko modelių ypatybės turėtų būti išsamiau analizuojamos ir taikomos kiekvienoje šalyje, tarp jų ir Lietuvoje (Čepulytė, Palubinskienė 2008).

Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo modelis grindžiamas visuotinio ir solidarumo principais ir lėšų šaltinių prasme yra mišrus.

Lietuvos sveikatos draudimo modelio stiprybės:

- \* Efektyvi vieno mokėtojo sistema (PSDF).
- \* Dviejų pagrindinių PSDF biudžeto lėšų šaltinių derinys (PSD įmokos ir valstybės biudžeto asignavimai).
- \* Anticiklinis mechanizmas (valstybės biudžeto įmokos susiejamos su užpraeitų metų vidutiniu mėnesiniu bruto darbo užmokesčiu, t. y. sumažėjus dirbančiųjų įmokai, dar du metus tęsiasi valstybės biudžeto įmokos didėjimas).

## 2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

PSDF biudžeto pajamos reglamentuojamos Sveikatos draudimo įstatymu.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas sudaro:

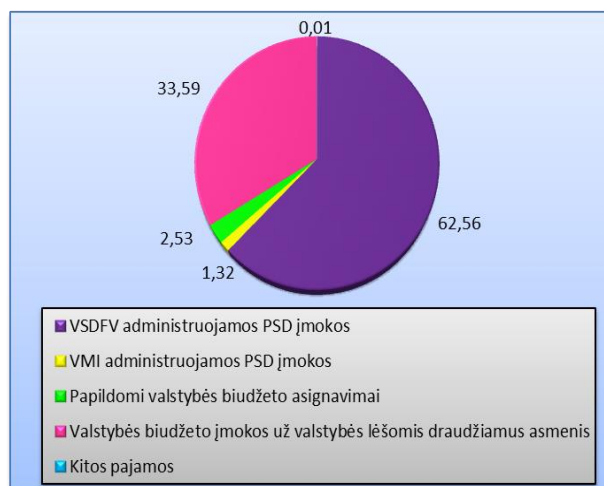
1. Apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos;
2. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
3. Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
4. Papildomi valstybės biudžeto asignavimai;
5. Savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos;
6. Valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti;
7. Iš sveikatos priežiūros įstaigų ar vaistinių išieškotos ar jų grąžintos lėšos už neteisėtai suteiktas ar neteisėtai pateiktas apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtai išrašytus, išduotus ar pateiktus apmokėti vaistus ir medicinos pagalbos priemones;
8. Iš fizinių ir juridinių asmenų išieškotos lėšos už žalą, padarytą apdraustojo sveikatai, kai apdraustojo sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos buvo apmokėtos iš PSDF biudžeto lėšų (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996-05-21 Nr. I-1343 (15str.)).

Pagrindiniai PSDF biudžeto pajamų šaltiniai yra du:

- ✓ Draudžiamųjų ir draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos;
- ✓ Valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai.

Draudžiamųjų ir draudėjų mokamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimą administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba ir Valstybinė mokesčių inspekcija. Valstybės biudžeto įmokas ir asignavimus sudaro valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamų asmenų privalomąjį sveikatos draudimą ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai, kurie skiriami valstybės nustatytoms funkcijoms vykdyti, pvz.,

asmenų, kurie nėra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti, ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti, priverstinių sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų teismo nutartimis, išlaidoms apmokėti ir kt. Papildomi valstybės biudžeto asignavimai taip pat gali būti skiriami PSDF biudžeto prarastoms pajamoms dėl vykdomų mokesčių reformų atkurti ar išaugusioms išlaidoms padengti. Visos valstybės biudžeto pervestos lėšos kartu su draudžiamųjų mokamomis privalomojo sveikatos draudimo įmokomis patenka į PSDF biudžetą ir naudojamos gydymo įstaigų suteiktų paslaugų išlaidoms apmokėti, kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti ir kitoms su apdraustųjų sveikatos priežiūra susijusioms reikmėms.

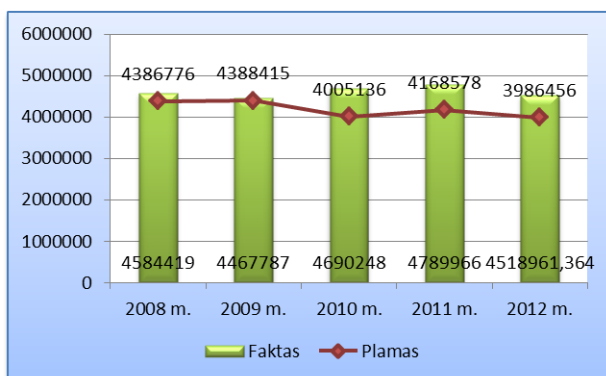


2 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų struktūra. Šaltinis: VLK duomenys

Iš pateiktų duomenų 2 paveiksle matyti, kad daugiau nei 60 proc. visų PSDF biudžeto pajamų (jas sudaro VSDFFV administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos) planuoja ir prognozuoja pati VSDFFV (kitais tarant pats šių įmokų administratorius). Tuo tarpu valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų suma priklauso nuo valstybės biudžeto galimybių ir maksimalią šių PSDF biudžeto pajamų sumą kiekvieniems metams nustato Finansų ministerija (toliau – FM).

Pažymėtina, kad didžiąją valstybės biudžeto asignavimų PSDF biudžetui dalį sudaranti valstybės biudžeto įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis suma priklauso nuo apskaičiuotos metinės valstybės biudžeto įmokos už vieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį ir nuo atitinkamiems metams numatomo pastarųjų asmenų skaičiaus, kurį prognozuoja VLK ir šią prognozę kasmet teikia FM.

PSDF didesnes įplaukas 2008 – 2012 m. lėmė įmokos administruojančios VSDFV ir VMI geriau surenkamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, laiku buvo pervestos į PSDF ir valstybės biudžeto įmokos už draudžiamuosius valstybės lėšomis bei kitos lėšos, gauta daugiau kai kurių kitų pajamų, sutaupyta administravimo lėšų ir kt. Tai matyti iš žemiau pateikto 3 paveikslėlio.



3 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos (mln. Lt). Šaltinis: VLK duomenys

2012 m. PSDF biudžeto pajamos sudarė beveik 4,1 milijardų litų. Gauta 144,5 mln. Lt viršplaninių pajamų, arba 3,6 proc. daugiau negu planuota:

- „Sodros“ administruojamos PSDF įmokos sudarė 2,6 milijardų Lt arba 105,0 proc. planuotų. Sodra surinko ir pervedė į PSDF biudžetą 123,2 mln. Lt įmokų daugiau nei planuota.

- VMI administruojamos įmokos sudarė 54,7 mln. litų, gauta 13,1 mln. Lt daugiau nei buvo planuota. VMI administruoja:

- asmenų, vykdančių individualią veiklą pagal verslo liudijimus;
- savarankiškai įmokas mokančių asmenų;
- fizinių asmenų, kurių žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis praėjusiais metais buvo ne didesnis kaip 2 ekonominio dydžio vienetai;
- kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

- Iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto gauti visi planuoti asignavimai. Apie 60 proc. gyventojų yra draudžiami valstybės lėšomis. 2012 metais įmoka už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį palyginti buvo 1,0 proc. mažesnė nei 2011 m. (733,2 Lt) ir sudarė 725,4 lito.

- Veiklos pajamos sudarė 6,7 mln. litų (banko palūkanos, iš kurių 4,0 mln. Lt buvo gauta už rezervo lėšas).

Pažymėtina, kad 2012 metais VLK terminuotų indėlių neturėjo.

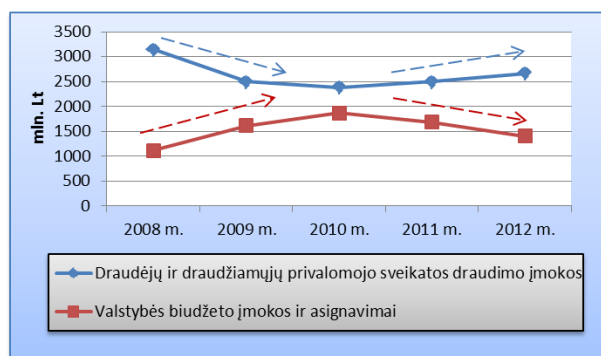
- Savanoriškos asmenų įmokos – 6,0 mln. Lt (sveikatos draudimo įmokos už Rusijos kariškius pensininkus gyvenančius Lietuvoje – moka Rusijos ambasada).

- Išieškotos ar grąžintos lėšos už žalą, padarytą PSDF biudžetui – 6,3 mln. Lt, iš jų:

- iš fizinių ir juridinių asmenų – 5,4 mln. Lt;

- iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) – 0,9 mln. Lt.

Kitos pajamos sudarė 18,7 mln. litų (iš jų: 12,9 mln. Lt pagal PSDF biudžeto išlaidų kompensuojamiesiems vaistams valdymo sutartis tarp VLK ir vaistų gamintojų atstovų, 4,6 mln. Lt iš ES šalių narių gautos lėšos už ES piliečių gydymą Lietuvos ASPĮ, 0,9 mln. Lt pajamos gautos už kompensuojamųjų vaistų pasus, apie 0,2 mln. Lt Nacionalinis kraujo centras grąžino už šviežiai šaldytos plazmos frakcionavimą, apie 0,1 mln. Lt neteisėtai panaudotų lėšų ir permokų grąžinimas) (VLK 2012 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas).



4 pav. PSDF biudžeto pajamų struktūros dinamika 2008–2012 m., mln. Lt. Šaltinis: VLK duomenys

Rodyklės (4 paveiksle) žymi dviejų pagrindinių pajamų šaltinių sąveiką (anticiklinį mechanizmą), kuri užtikrina PSDF biudžeto fiskalinį tvarumą.

Svarbiausios priemonės užtikrinti stabilų lėšų surinkimą:

- Atskiras Sveikatos draudimo mokesčio (atskirtas nuo gyventojų pajamų mokesčio);

- Suvienodintas sveikatos draudimo tarifas: 9 proc. (su tam tikromis išimtimis) nuo uždirbtų pajamų;

- Didinta Valstybės įmoka už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis:

- \* 2009 m. didėjo nuo 428 Lt iki 605,3 Lt;

- \* 2010 m. – iki 745 Lt;

- \* 2013 m. – 762,3 Lt.

- Išplėstas sveikatos draudimo įmokų mokėtojų sąrašas bei sugriežtinta įmokų surinkimo kontrolė.

Tai ypač svarbu perspektyvos prasme, nes dėl spartaus gyventojų senėjimo ir gyvenimo trukmės ilgėjimo blogėja dirbančiųjų ir išlaikytinių santykis.

### 3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

PSDF biudžeto išlaidas reglamentuoja Sveikatos draudimo įstatymas.

Pagrindines PSDF biudžeto išlaidas sudaro:

1. iš PSDF biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) paslaugų, išlaidos;
2. išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti kompensavimas apdraustiesiems;
3. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimas apdraustiesiems;
4. galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo, centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių kompensavimo išlaidos;
5. ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos;
6. išlaidos privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu VLK, suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija, PSDF biudžeto lėšas gali skirti valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996-05-21 Nr. I-1343 (21 str.)).

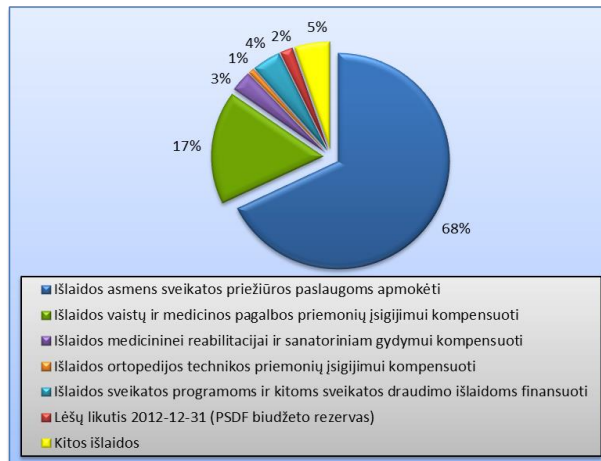
PSDF išlaidų struktūra 2012 m. pateikiama 5 paveiksle. 2012 m. didžioji PSDF išlaidų dalis (68 proc.) buvo skiriama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, 17 proc. PSDF lėšų skiriama vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui bei apie 4 proc. sveikatos programoms. Visoms likusioms išlaidoms apmokėti skiriama apie 11 proc. PSDF biudžeto.

2012 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso sudarė daugiau nei 4,2 mlrd. litų, arba 107 proc. planuotų išlaidų (iš jų PSDF biudžeto rezervo išlaidos sudarė apie 303 mln. litų).

#### 3.1. Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kompensuoti

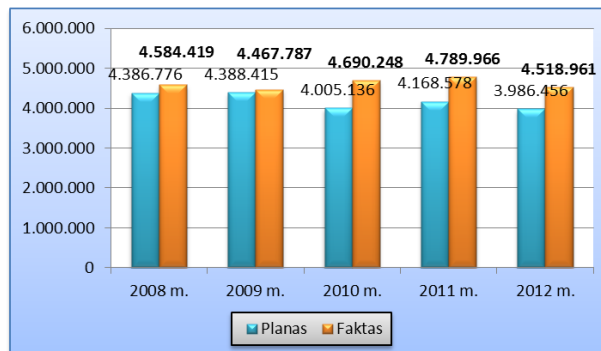
2012 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti buvo skirta 2.773.226 tūkst. litų. Faktinės išlaidos (priimta sąskaitų) už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sudarė 3.065.267 tūkst. litų. Didžioji dalis PSDF biudžeto lėšų paskirstoma per teritorines li-

gonių kasas (toliau – TLK), kurios kasmet sudaro sutartis su savo ir kitų TLK veiklos zonų gydymo įstaigomis (2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas (2011-12-31)).



5 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidų struktūra 2012 m. Šaltinis: VLK duomenys

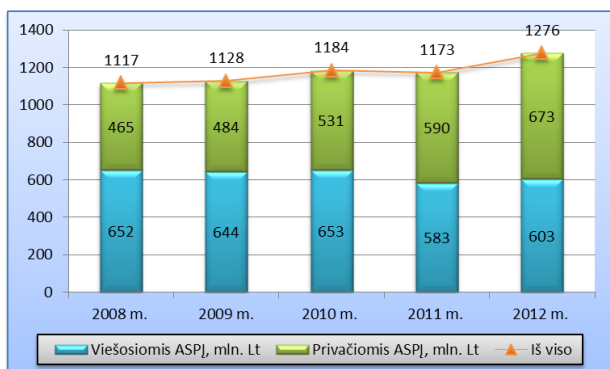
Iš 6 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad 2008–2012 m. išlaidų sumos pokyčiai procentaliai buvo nežymūs (apie 1-2 %).



6 pav. 2008–2012 metų išlaidų dinamika. Šaltinis: VLK duomenys

Nuo 2008 m. iki 2012 m. nuolat didėjo sutarčių, sudaromų tarp TLK ir ASPĮ dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto skaičius. 2008 m. iš viso buvo sudarytos 1117 sutartys, 2012 m. – 1276. 2012 m. su privačiomis ASPĮ buvo sudaryta daugiau sutarčių (673), lyginant su viešosiomis ASPĮ (603). Duomenys pateikti 7 paveiksle.

Sutarčių pasirašymo pagrindas – PSDF biudžete numatytos lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti.



7 pav. Pasirašytų sutarčių su viešosiomis ir privačiomis ASPĮ skaičiaus kitimas 2008–2012 metais. Šaltinis: VLK duomenys

Vadovaujantis šiomis sutartimis yra apmokamos:

- ✓ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos;
- ✓ Greitosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos;
- ✓ Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidos;
- ✓ Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos;
- ✓ Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos;
- ✓ Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidos.

### 3.2. Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti

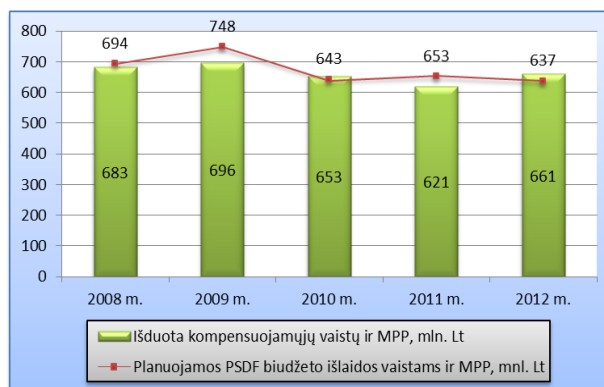
2012 m. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, skiriamams ambulatoriniam gydymui, sudarė 661 mln. Lt, iš jų 608,1 mln. Lt buvo skirta vaistams, 52,5 mln. Lt – MPP.

2012 m. šios išlaidos buvo didesnės nei 2011 m.: išlaidos vaistams padidėjo 6,2 proc., o MPP – 8,3 proc. Ši informacija pateikta 8 paveiksle.

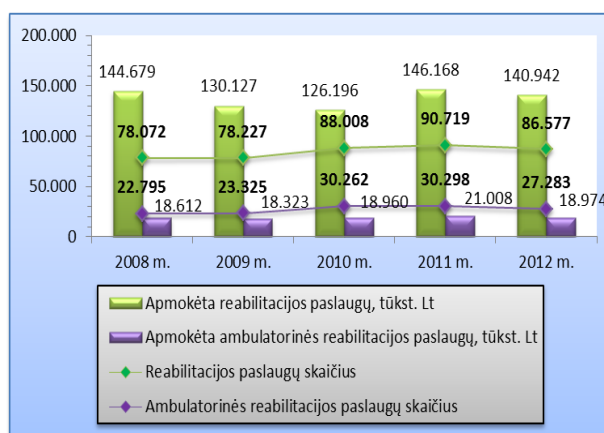
### 3.3. Medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidos

Sergančiųjų sunkiomis ligomis gydymas neatsiejamas nuo medicininės rehabilitacijos. Tai svarbus gydymo etapas, leidžiantis greičiau išgydyti pacientus, gražinti juos į darbą ar atkurti biosocialinius gebėjimus ir integruoti į visuomenę bei išvengti antrinio neįgalumo.

9 paveiksle pateikta, kaip kito išlaidos bei suteiktų rehabilitacijos paslaugų kiekis 2008–2012 metais, išskiriant iš jų ambulatorinės rehabilitacijos paslaugas.



8 pav. PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti (mln. Lt). Šaltinis: VLK duomenys



9 pav. 2008–2012 m. medicininės rehabilitacijos ir ambulatorinės rehabilitacijos finansavimo dinamika ir paslaugų kiekis. Šaltinis: VLK duomenys

### 3.4. Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidos

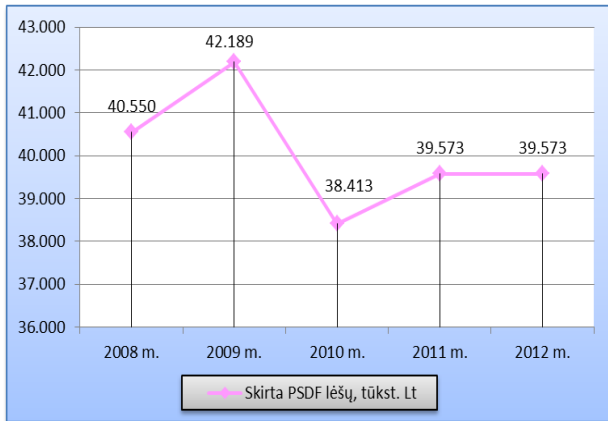
Šalyje nuolat didėja ortopedijos techninių priemonių poreikis, vis daugiau reikšmės teikiama prevencijai, sparčiau neįgaliausių integracijos į visuomenę procesas. Tinkamai pritaikyta ortopedijos priemonė neįgaliajam iš dalies, o kartais beveik visiškai gražina prarastą funkciją, padidėja žmogaus galimybės savarankiškai gyventi ir dirbti.

Ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti skiriamų lėšų suma iki 2009 m. kasmet didėjo. Vis dėlto 2010 m. ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti skiriama PSDF biudžeto lėšų suma sumažėjo iki 38 413 tūkst. litų. Siekiant pagerinti sudėtingų ortopedijos gaminių prieinamumą pacientams, 2010 m. protezinės sistemos buvo pripažintos prioritetinėmis ir nuo 2010 m. išlaidos šioms priemonėms kompensuoti palaipsniui didėjo. Duomenys pateikiami 10 paveiksle.

2012 m. buvo siekiama kompensuoti kuo didesnio kiekio ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti skiriamų lėšų suma iki 2009 m. kasmet didėjo. Vis dėlto 2010 m. ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti skiriama PSDF biudžeto lėšų suma sumažėjo iki 38 413 tūkst. litų. Siekiant pagerinti sudėtingų ortopedijos gaminių prieinamumą pacientams, 2010 m. protezinės sistemos buvo pripažintos prioritetinėmis ir nuo 2010 m. išlaidos šioms priemonėms kompensuoti palaipsniui didėjo. Duomenys pateikiami 10 paveiksle.



kymo išlaidas. Tam tikslui buvo panaudota 99,9 proc. 2012 metais skirtos ortopedijos techninėms priemonėms skirtos sumos (39,6 mln. Lt). Šiomis lėšomis buvo kompensuotos 131,1 tūkst. ortopedijos techninių priemonių (2011 m. – 104,5 tūkst. vnt.) gamybos ir pritaikymo išlaidos.

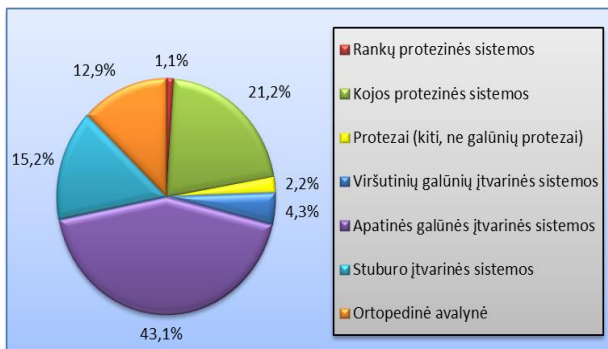


**10 pav.** Ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti skiriamų lėšų dinamika. Šaltinis: VLK duomenys

2012 m. iš PSDF biudžeto buvo skirta 8,83 mln. Lt už 1750 rankų ir kojų protezinių sistemų (12 proc. daugiau nei 2011 m., kai už 1536 rankų ir kojų protezines sistemas buvo sumokėta 8,64 mln. litų). Tai ortopedijos techninės priemonės, be kurių pacientas negali savarankiškai judėti ir pats apsistarnauti. Buvo kompensuota 110 rankų protezinių sistemų gamybos ir pritaikymo išlaidos (437 tūkst. Lt) ir 1640 kojų protezinių sistemų (8,39 mln. Lt) išlaidos.

Duomenys apie 2012 m. lėšų ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti paskirstymas pagal šių priemonių poklasius pateiktas 11 paveiksle.

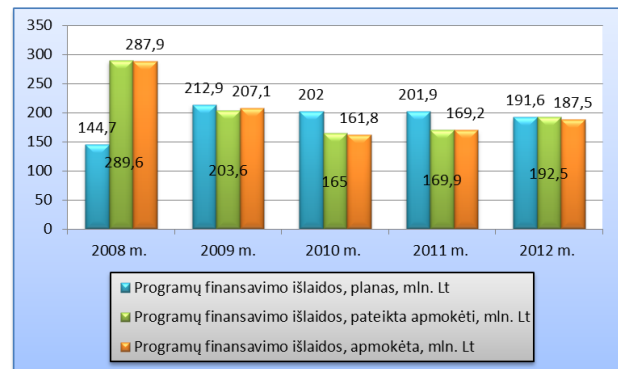
Aukščiau pateiktame paveiksle matyti, kad daugiau nei 43 proc. lėšų skiriama apatinės galūnės įtvarinėms sistemoms ir daugiau nei 21 proc. – kojos protezinėms sistemoms.



**11 pav.** 2012 m. lėšų ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti paskirstymas pagal šių priemonių poklasius (proc.). Šaltinis: VLK duomenys

### 3.5. Sveikatos programoms finansuoti išlaidos

2008–2012 m. laikotarpiu visos sveikatos programoms skiriamos lėšos buvo įsisavinamos kiek prasčiau nei lėšos skirtos kitoms per PSDF finansuojamoms paslaugoms. Kaip matyti iš 12 paveikslo dažnai būdavo nepilnai įsisavinamos programų įgyvendinimui suplanuotos lėšos, o tai reiškia, kad joms buvo skiriamos lėšos, visiškai tenkinančios jų poreikį.



**12 pav.** Programų finansavimo iš PSDF biudžeto dinamika. Šaltinis: VLK duomenys

2012 m. buvo išleista 187,5 mln. Lt. Buvo finansuojamos Skubios konsultacinės pagalbos, Žmogaus organų ir audinių transplantavimo, Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios, Priklausomybės ligų, Prevencinės profilaktinės, Europos Tarybos reglamentų įgyvendinimo. Lėšos buvo skirtos Stabilizavimo fondui (sveikatos sistemos pertvarkai), kompensacijoms kraujo donorams, vakcinų įsigijimui pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą, ASPĮ aprūpinti antirezus imunoglobulinais ir krešėjimo faktoriais, skirtais stacionariam gydymui.

Be to iš PSDF biudžeto skiriamos lėšos Tuberkuliozės (perkami 7 pavadinimų vaistai) bei ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų (apmokami laboratoriniai tyrimai) profilaktikos ir kontrolės programų įgyvendinimo priemonėms finansuoti.

### Išvados

1. Privalomasis sveikatos draudimas – tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, įstatymų nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros pa-

slaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą.

2. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo modelis grindžiamas visuotinum ir solidarumo principais ir lėšų šaltinių prasme yra mišrus.

3. Lietuvos sveikatos draudimo modelis yra gerai vertinamas europiniu mastu, o anticiklinis mechanizmas ypač pasiteisino pastarosios ekonominės krizės metu sušvelnindamas PSDF biudžeto pajamų svyravimus.

4. Pagrindiniai PSDF biudžeto pajamų šaltiniai yra du:

- ✓ Draudžiamųjų ir draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos;
- ✓ Valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai.

5. Dviejų pagrindinių pajamų šaltinių sąveika (anticiklinis mechanizmas) užtikrina PSDF biudžeto fiskalinį tvarumą.

6. 2012 m. didžioji PSDF išlaidų dalis (68 proc.) buvo skiriama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, 17 proc. PSDF lėšų skiriama vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui.

## Literatūra

Jankauskienė, D., Pečiūra, R. 2007. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. 293 p.

Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo, *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 73-3498.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 55-1287.

Lietuvos žemės ūkio universitetas, Ekonomikos ir vadybos fakultetas. 2008. Jaunųjų mokslininkų darbai, Nr. 1 (17).

Buivydas, R. 2010. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius, UAB „Efrata“, 408 p.

Čepulytė, G., Palubinskienė, S. 2008. *Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai*, Lietuvos žemės ūkio universitetas, Ekonomikos ir vadybos fakultetas, Jaunųjų mokslininkų darbai, Nr. 1 (17).

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2012 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas (2012-12-31).

2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas (2011-12-31).

## FUND OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE FINANCIAL FLOW DESIGN FEATURES

E. Matkevičiūtė, J. Žaptorius

Abstract

Šio darbo autorė pabrėžia investavimo koncepciją ir teigia, kad yra neadekvatu apibrėžti investicijas kaip nereikalingų finansinių išteklių paskirstymą ateičiai, todėl yra labai svarbu suprasti investicinių problemų svarbą. Straipsnyje parodomas autorės požiūris, kad sėkmingos investicijos yra glaudžiai susijusios su tvarumu. Todėl straipsnyje yra pabrėžiama šiuolaikinio verslo prioritetų kaita – pelno tikslo balansas su socialiniais ir ekonominiais tikslais.

**Reikšminiai žodžiai:** investicijos, tvarumo sąvoka, finansinis tvarumas, socialiai atsakingas investavimas, tvari grąža.