



SVEIKATOS SISTEMA EUROPOS SAJUNGOS INTEGRACIJOJE

Evelina MATKEVIČIŪTĖ¹, Ignas DZEMYDA²

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

El. paštas: ¹mevelinute@gmail.com, ²ignas.dzemyda@vgtu.lt

Santrauka. Visos Europos šalys stengiasi pagerinti savo sveikatos priežiūros sistemų veikimą. Politikai siekia gauti kuo didesnę grąžą iš laiko, pastangų ir pinigų, investuotų į sveikatos sistemas. Taip pat siekiama sumažinti ar visai panaikinti sveikatos sistemos neefektyvumus, sukeltus, pavyzdžiui, išsikvojant ar neefektyviai naudojant per brangias paslaugas ar procedūras. Finansinio taupymo laikais daugelis šalių susiduria su augančiu sveikatos paslaugų poreikiu ir mažinamais biudžetais, taip sukuriant poreikį už turimas lėšas gauti daugiau sveikatos teikiamų paslaugų.

Reikšminiai žodžiai: Sveikata, integracija, Privalomasis sveikatos draudimo fondas, sveikatos sistema.

Įvadas

Brangiausia žmonių socialinė vertybė – sveikata, todėl vis daugiau dedama pastangų sveikatos ir gyvenimo kokybei užtikrinti. Besivystant pramonei privati sistema negalėjo užtikrinti gyventojų poreikių sveikatos priežiūros srityje, todėl žmonių sveikata pradėjo rūpintis valstybė. Šiuo metu sveikatos draudimo sistema rūpinasi draudimo kompanijos bei profesinės organizacijos, socialinio draudimo fondai ir valstybė, todėl sveikatos priežiūra jau nėra tik pačių piliečių asmeninis reikalas.

Žmogaus teisė į sveikatą – išskirtinė teisė, visose šalyse patvirtinta tarptautiniais dokumentais. Sveikatos paslaugos, nepaisant jų išskirtinumo žmogaus poreikių prasme, turi savo kainą, kurią pacientas ne visuomet gali susimokėti, todėl gali būti gydomas tik esant paramai. Daugumoje pasaulio valstybių XX a. šios paramos davėjo vietą užėmė valstybė. Valstybės parama ligoniui nėra teikiama veltui – ji remiasi mokesčių persikirstymu per valstybės, savivaldybių ar atskirą sveikatos biudžetą.

Darbo problema. Daugelio šalių pagrindinė sveikatos sistemos problema – nepakankamas sveikatos draudimo sektoriaus finansavimas.

Darbo tikslas. Apžvelgti sveikatos sistemos plėtrą Europos Sąjungos integracijoje.

Šiuolaikiniai teoriniai požiūriai į sveikatą ir integraciją

Siekiant suprasti sveikatos ir integracijos sampratą rekomenduotina jas apibrėžti. Dėl šios priežasties, darbo pradžioje pateikiama bendroji sveikatos bei integracijos sampratos, skirtingi teorijų atstovų sampratų aiškinimai.

Sveikatos samprata

Žmones nuo seno supa pavojų kupina aplinka. Tačiau kiekviename žmoguje slypi sugebėjimas įspėti galimus pavojus, sumažinti jų poveikį ir neigiamus padarinius. Netikrumas dėl ateities formuoja natūralų žmogaus apsaugos poreikį, kuris gali būti patenkinamas visuomeninio susitarimo pagrindu.

Sveikatos apsaugos sistema daro didelę įtaką šalies gerovei bei tiesiogiai veikia kiekvieną gyventoją (Sveikatos apsaugos ministerijos...2012). Sveikatos apsaugos poreikis išryškėja žmogui gimstant ir išlieka visą gyvenimą, ypač pasireiškdamas gyvenimo saulėlydyje. Tačiau sveikatos pagalbos apimtis ir galimybė ta pagalba pasinaudoti priklauso nuo to, ar visuomenėje egzistuoja daugumos piliečių pripažinta tokios sveikatos pagalbos organizavimo sistema (Sveikatos ekonomikos centras 1998). Juk šalies žmonių sveikata priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų, o savo ruožtu, nuo žmonių sveikatos – valstybės ekonominis klestėjimas. Tik sveiki žmonės gali produktyviai dirbti, aktyviai dalyvauti ekonominiame, socialiniame ir politiniame gyvenime. Piliečių sveikata yra šalies pažangos matas.

Sveikatos koncepcija labai priklauso nuo jos sampratos fenomeno. Tokios sąvokos, kaip gyvenimas, sveikata, liga, mirtis, skausmas kiekvienam žmogui reiškia skirtingus dalykus, o jų vertinimas visuomet priklauso nuo individo. Todėl ir sveikatos apsaugos pokyčių vertinimas greta objektyvių rodiklių panaudojimo visuomet susideda iš labai individualių ir subjektyvių elementų (Jankauskienė, Pečiūra 2007).

1948 m. PSO savo konstitucijoje deklaravo, jog „Sveikata yra visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas“. Tuo tarpu Lietuvos Respublikos sveikatos įstatyme sveikata yra apibrėžiama, kaip: asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė (LR sveikatos sistemos įstatymas 1994). Kembridžo žodyne sveikatos sąvoka suvokiama, kaip: Sveikata – kūno ar proto būseną bei laipsnis, kuris priklauso nuo ligų ar geros savijautos (Kembridžo žodynas).

Dabartiniu metu sveikata suprantama kaip mūsų kasdienio gyvenimo dalis, gyvenimo kokybės rodiklis, o ne gyvenimo tikslas (Otavos chartija, 1986). Sveikata nevertinama vien pagal ligas ir mirtį. Tai tokia būklė, kurią panašūs individai ir bendruomenės stengiasi pasiekti ir išlaikyti, o ne ligų ir sužalojimų gydymo bei slaugymo rezultatas. Sveikata tarsi sankryža: tai vieta, kurioje susitinka biologiniai ir socialiniai veiksniai, individas ir bendruomenė, socialinė ir ekonominė politika. Be savo vidinės vertės, sveikata dar yra asmens ir kolektyvo saviraiškos būdas, visuomenės ir jos institucijų sėkmės rodiklis kuriant gerovę, kuri yra svarbiausias raidos tikslas (Frenk 1992).

Sveikata yra bendra idėja, kuri, gausėjant žinioms ir keičiantis kultūriniais lūkesčiams, nuolatos kinta (Roper et al 1999).

Sveikata ne tik yra vertybė pati savaime, bet ir būtina ekonomikos klestėjimo sąlyga. Veiksmingai panaudojant sveikatos srities lėšas galima skatinti ekonomikos augimą (Europos komisija 2014).

Integracijos samprata

Integracija – daugiaprasmė, įvairiai aiškinama sąvoka, kilusi iš lotyniško žodžio *integratio* – atnaujinimas, atstatymas (Vaitkevičiūtė 2001). Kaip teigiama *Oksfordo anglų kalbos žodyne*, žodis integracija vartojamas nuo 1629 m. ir suprantamas kaip atskirų dalių, elementų jungimasis, susiliejimas į visumą. Galima kalbėti apie ūkio, kultūros, politinę ir kitokią integraciją. Ekonomikos srityje šis terminas pradėtas vartoti kalbant apie skirtingų ekonomikos erdvių susietumą (Machlup 1979).

„Integracija – procesas, kai pavieniai autonomiškai socialiniai junginiai nustato ir plėtoja tarpusavio sąryšius taip, kad palaipsniui kiekvieno jų autonomija mažėja ir kiekvienas tampa didesnio bei sudėtingesnio junginio sudedamąja dalimi“ (Vitkus 2008).

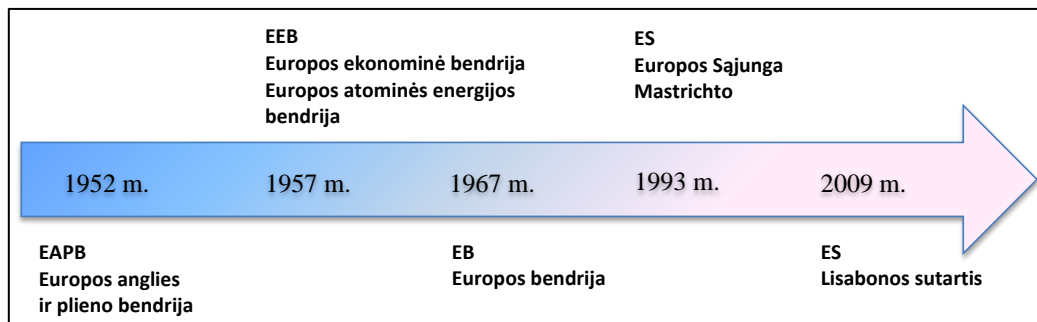
Integracija gali būti suvokiama kaip statiškas arba kaip dinamiškas reiškinys, kaip išdava arba kaip vyksmas. Regioninės integracijos tyrėjų ir teoretikų nuomonės šiuo aspektu skiriasi. M. Eilstrup–Sangiovanni (2006) teigia, kad integraciją galima apibrėžti trejopai, remiantis skirtingų integracijos tyrimų pradininkų pateiktų apibrėžimų analize:

1. K. Deutsch vertinimu integracija yra „tikimybė, kad konfliktai bus sprendžiami taikiai“. Tokiu atveju integracija yra suvokiama kaip tam tikra sąlyga arba būseną.
2. E. Haas vertinimu integracija yra „procesas, kurio metu politiniai aktoriai keliuose skirtinguose nacionaliniuose rėmuose yra įtikinami suteikti savo lojalumą, viltis ir politinę veiklą naujam centrai, kurio institucijos apima arba reikalauja jurisdikcijos virš prieš tai egzistavusių nacionalinių valstybių“. Tokio proceso galutinis rezultatas „nauja politinė bendruomenė, suformuota virš buvusių prieš tai“. Tokiu atveju integracija yra suvokiama kaip tam tikras procesas.
3. L. Lindberg vertinimu integracija yra „įrankių ir procesų, skirtų kolektyviniams sprendimams kitomis nei autonominiai nacionalinių vyriausybių veiksmai priemonėmis, vystymas“. Tokiu atveju integracija yra suvokiama kaip procesas, bet be pabaigos taško: sprendimų priėmimo dalijimasis ir delegavimas be judėjimo link naujos „politinės bendruomenės“.

Integracija vyksta įvairiais lygiais: globalioje erdvėje ir tam tikrame regione, ribotoje nacionalinių šalių grupėje. Kai kurie ekonomistai linkę tarptautinę ekonominę integraciją tapatinti su globalizacija: globalizacija yra integracija, kai liberalizuojant rinkas ekonominiai kaštai mažėja dėl transporto ir komunikacijų inovacijų. Jeigu integracija vyksta kryptingai ir aiškiai tam tikroje fiksuotoje erdvėje, tuomet atsiranda *regioninės ekonominės asociacijos*. Chaotiškai, epizodiškai, kartais nuolat – globalioje erdvėje, absoliučios naudos principu vykstanti ir visapusiškai aprėpianti ekonomiką integracija pamažėle suformuoja *globaliąją ekonomiką*. Daugeliu atvejų kategorija *integracija* vartojama nagrinėjant stiprėjančius erdvės ar regiono ryšius (Pukelienė 2008).

Integracija Europoje prasidėjo įsteigus tris bendrijas – Europos anglies ir plieno bendriją (EAPB), Europos atominės energetikos bendriją (Euroatomas) ir Europos ekonominę bendriją (EEB), apimančias vis platesnes integracijos sritis ir sukūrusias Europos bendrąją rinką (Budreikaitė 2003).

Kai kurių autorių nuomone (Hantrais 2000), 1951 m. Paryžiaus sutartis, įsteigusi Europos anglių ir plieno bendriją, bei 1957 m. Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutartis socialinės politikos aspektu yra kur kas įdomesnės nei Europos ekonominės bendrijos steigimo sutartis. Europos anglių ir plieno bendrija neliko abejinga, kokius socialinius padarinius turės dviejų pagrindinių pramonės šakų struktūriniai pokyčiai, ir, kurdama fondus, stengėsi dengti gyvenamąsias vietas pakeitusių darbininkų apsigyvenimo išlaidas. Tai vėlgi siejosi su suteikta atsakomybe už anglies ir metalo pramonės šakų darbininkų darbo ir gyvenimo sąlygas. Europos atominės energijos bendrija grindė darbininkų ir visos visuomenės sveikatos ir saugos pagrindinius standartus, kartu diegiant pastarųjų įgyvendinimo tikrinimo ir stebėsenos procedūras.



I pav. Europos integracijos raida
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis: www.europa.eu

Pagal Steigimo sutartį ES privalo užtikrinti, kad į visas politikos sritis būtų įtrauktas žmogaus sveikatos apsaugos aspektas, ir bendradarbiauti su ES šalimis, kad būtų gerinama visuomenės sveikata, užkirstas kelias ligoms ir pašalintas pavojus fizinei ir psichikos sveikatai.

Nesant visuotinai priimtoms integracijos sampratos, integracija ES tyrimų kontekste pirmiausia suprantama kaip tam tikra koncepcija, kurios apibrėžimas ir turinys nuo savitarpio susitarimo, kaip ją apibrėžti, priklauso labiau nei nuo siekimo išskirti jos visuotines savybes (O'Neill 1996). „Integracijos“ terminas greičiau taikomas tapimo procesui aprašyti, nei politiniams ar valstybiniais rezultatais įvardyti.

M. Castells (2000) Europos integraciją apibūdina kaip vieną iš globalizaciją atspindinčių procesų, tiksliau tariant, globalizacijos išraišką tam tikro regiono ribose. Ši regioninė integracija pasižymi ekonominiu Vakarų Europos šalių vienijimusi bei žengimu už tautinės valstybės ribų (Brubaker 1998), kai tautinė valstybė tam tikras savo funkcijas ir kompetencijas perleidžia supranacionalinėms institucijoms, kurios administruoja integracijos procesus.

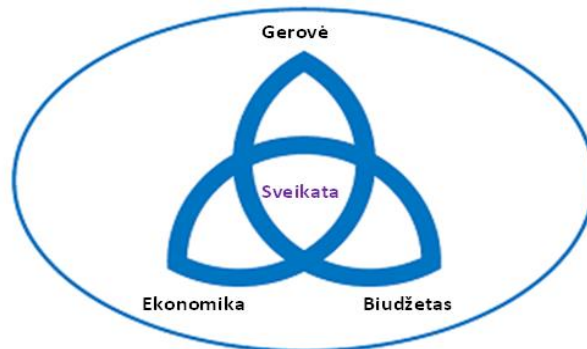
Globalioji integracija suprantama kaip tam tikrų procesų formavimasis aukščiausiu (pasauliniu) lygmeniu, kuris labai susijęs su globalios rinkos formavimusi ir kurį, be abejo, papildoma politinis, moralinis, teisinis, informacinis, kultūrinis ir kiti lygiai. Globalizacijos problema glaudžiai siejama su pasaulio saugumu: vis daugiau grėsmių formuojasi globaliu mastu, tad ir jų neutralizavimo mechanizmas yra globalus (ryškūs ekologinės grėsmės, terorizmo pavyzdžiai). Ne visos grėsmės iš karto pasireiškia. Kai kurios akumuliuojasi metų metais. Kita vertus, globalizacija atveria naujas galimybes pajungti dalį pasaulio išteklių, skatina ieškoti daugiau bendrumo, o ne skirtumų.

Sveikatos praktikoje integracijos sąlygomis kylančios problemos

ES požiūris į sveikatą ir sveikatos sistemas yra trejopas (2 pav.). Pirmiausiai, sveikatos sektorius yra laikomas svarbiu ekonominiu sektoriumi, sukuriančiu vidutiniškai 10% BVP ir 8% visų darbo vietų bei turintis realią ir visiškai funkcionuojančią vidinę rinką. Iš tiesų, daugelis teisės aktų iniciatyvų, tiesiogiai susijusių su sveikatos priežiūros sektoriumi (pavyzdžiui, tarpvalstybinės sveikatos priežiūros ar reikiamos profesinės kvalifikacijos direktyvos), yra paskatinamos laisvo judėjimo principų bei vidinės rinkos nuostatų.

Antrasis aspektas yra biudžetinė prigimtis. Sveikatos išlaidos, didžiąją dalimi, remiasi į valstybių narių nacionalinius biudžetus ir, todėl yra svarbios ES veiksmuose, siekiant išlaikyti Sąjungos ekonominę bei piniginių stabilumą. Be to, galima aiškiai įžvelgti augantį specifinių, vienai valstybei orientuotų, rekomendacijų, kaip patobulinti ar pakeisti sveikatos sistemas, teikimą, taip siekiant išlaikyti jas labiau finansiškai tvarias. Tuo pat metu, sveikata yra laikoma svarbiu Europos ekonominio augimo ir socialinės sanglaudos veiksmu. Būtent todėl EK (Europos Komisija) aktyviai skatina investuoti į tvarias sveikatos sistemas, pačią žmonių sveikatą ir į sveikatos atskirties mažinimą, kartu remiant ir ES fondus, kaip svarbią socialinių investicijų paketo dalį (Testori-Coggi, Hackbart 2013).

Nors šie metodai – Sveikatos trejybės formavimas iš trijų požiūrio dimensijų – gali būti suprasti prieštaringai, visi jie yra neatsiejama ES augimo strategijos *Europa 2020* (siekiančios pažangaus, tvaraus ir integracinio ekonomikos augimo) dalis. Vis dėlto, nepaisant Europos inovacijų partnerystės už aktyvų ir sveiką senėjimą, strategijos tiksluose, prioritetuose, rodikliuose ir iniciatyvose yra sunku rasti teigiamų nuorodų į sveikatą. Be to matomas įvairių požiūrių disbalansas. Šalys narės labiau pabrėžia subsidiarumą, dažnai paneigdamos kitus, tiesioginius ir lengvesnius būdus remti sveikatą, tačiau tai nesustabdo ES ekonominių taisyklių ir procesų netiesioginio poveikio sveikatai ir sveikatos sistemoms.



2 pav. Sveikatos trejybė: ES požiūris į sveikatą (sistemas) kaip Europa 2020 strategijos dalis

Sveikatos sistemų įvairovė Europoje suteikia galimybes bendram mokymuisi, tobulėjimui bei patirties, informacijos dalinimuisi. Visuomeniniai ateities iššūkiai yra gerai suprantami – demografiniai pokyčiai daro didelę įtaką sveikatos ir socialinės priežiūros išlaidoms, lėtinių ligų gydymas sunaudoja didžiąją dalį išteklių, tačiau šios ligos gali būti išvengiamos. Sveikatos priežiūros darbuotojų viliojimas iš vienos sveikatos sistemos į kitą, daro įtaką tiek protų nutekėjimui, tiek kvalifikuoto personalo trūkumui visoje Europoje (Eurohealth 2014).

Visos Europos šalys stengiasi pagerinti savo sveikatos priežiūros sistemų veikimą. Politikai siekia gauti kuo didesnę grąžą iš laiko, pastangų ir pinigų, investuotų į sveikatos sistemas. Jie taip pat siekia sumažinti ar visai panaikinti sveikatos sistemos neefektyvumus, sukeltus, pavyzdžiui, išsikvojant ar neefektyviai naudojant per brangias paslaugas ar procedūras. Finansinio taupymo laikais daugelis šalių susiduria su augančiu sveikatos paslaugų poreikiu ir mažinančiais biudžetais, taip sukuriant papildomą spaudimą už pinigus gauti didesnę vertę (Eurohealth 2014).

Vidinės sveikatos finansavimo sistemos turi būti pakankamai tvirtos, kad galėtų išlaikyti paslaugų padengimą augant poreikiui. Visuotinio draudimo finansavimas yra paremtas dviem, stipriai susijusiomis dalimis. Pirmoji – užtikrinti, kad finansiniai barjerai nekliudytų žmonėms naudotis reikiamomis sveikatos paslaugomis – prevencija, propagavimas, gydymas ir rehabilitacija. Antra – užtikrinti, kad žmonės nesusidurtų su finansiniais sunkumais dėl mokesčių už sveikatos paslaugas (Carrin, et al. 2008).

Visuotinio finansavimo gerinimas reikalauja sistemos, kuri sugebėtų pritraukti didžiąją finansavimo dalį per tam tikrus išankstinius apmokėjimus (pvz. mokesčiai, draudimo įmokos), o gautas lėšas tinkamai paskirstyti visiems šalies gyventojams (atsižvelgiant į finansinę riziką ir sergamumą). Tai reikalauja sveikatos finansavimo sistemos su tam tikrais saugikliais, skirtais užtikrinti efektyvų ir teisingą lėšų paskirstymą (Greer et al. 2014).

ES silpnybė yra tame, jog ji neturi didelės įtakos tokiose Europos gyventojams svarbiose srityse, kaip sveikata ar socialinės problemos. Taip yra todėl, jog šalys narės palieka šias problemas nacionalinio lygmens sprendimams; ES, palyginti su nacionalinėmis valdžiomis, turi sąlyginai nedidelį biudžetą. Sveikatos srityje tai sukuria tam tikrą paradoksą – ES daro stiprią netiesioginę įtaką tam tikrų tikslų siekimui, tačiau retai kada daro pakankamai tiesioginės įtakos pačiai sveikatos sistemai (Greer et al. 2014).

Sveikatos srities situacija yra sudėtinga ir dėl to, jog sveikatos apsaugos galios yra išskaidytos – didelė dalis su sveikata susijusių veiksmų yra tvarkomi didelėje dalyje Komisijos skyrių, o Sveikatos apsaugos Komisaras yra atsakingas tik už nedidelį kiekį tų galių – priklausančių visuomenės sveikatos skyriui. Valstybėse narėse, sveikatos ministras yra atsakingas už didžiąją dalį sprendimų, susijusių su sveikatos sistema (Greer 2010). Todėl yra pakankamai sudėtinga nustatyti, kokią įtaką ES daro sveikatos sistemoms, veikiančioms tiek sistemoje, tiek už jos ribų ir bandyti suprasti bei sąveikauti su ES veiksmais, nukreiptais į sveikatos sistemas. Tokia situacija kyla daugelyje sričių, kur svarbūs sveikatos sistemoms ES veiksmai, prieš priimant, nebuvo aptarti su platesne sveikatos srities bendruomene ar netgi nepranešus šiai bendruomenei, kas yra atliekama (Greer et al. 2014).

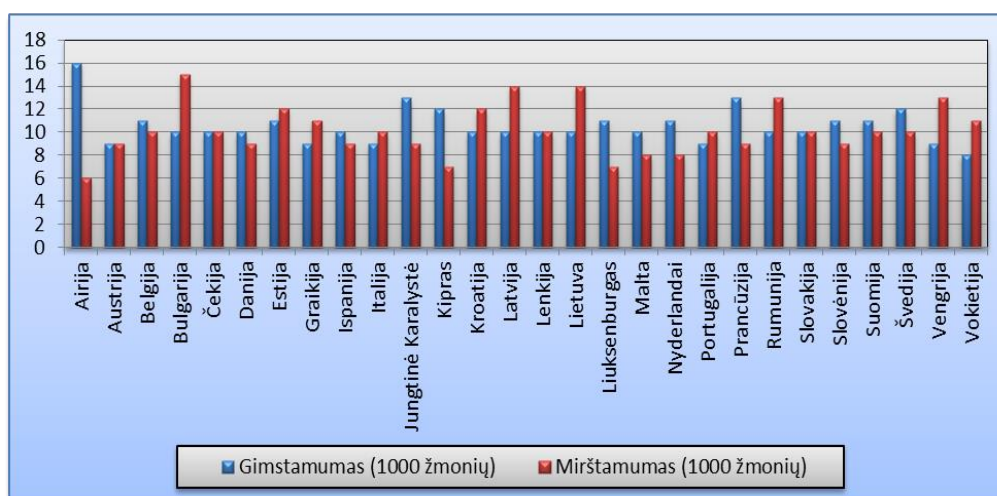
Nuo pat pradžių, vienas pagrindinių ES tikslų buvo mažinti atskirtį skirtinguose ES regionuose. Tačiau, per dešimtmečius, prisijungus vis naujoms valstybėms, atskirtis tarp turtingiausių ir skurdžiausių ES regionų tapo labai didelė; be to, išteklių, reikalingų mažinti šį atotrūkį poreikis tik išaugo.

Iš tikrųjų, nors ir 2007–2013 m. laikotarpiu sveikatos sritis ir nebuvo prioritetinga, Europos Komisijos parengtos ataskaitos parodė, kad apie 1,5% struktūrinių fondų paramos buvo skirta sveikatos sričiai. Nors tai gali pasirodyti ir nedidelė suma, tačiau žvelgiant į bendrą fondų dydį, galima teigti, kad sumos, investuotos iš struktūrinių fondų yra didesnės, negu iš kitų pagrindinių, į sveikatos ar sveikatos tyrimų finansavimą nukreiptų fondų bei žymiai didesnės negu lėšos, skirtos iš specialių sveikatos finansavimo programų (Watson 2009).

Skirtingai nuo kitose srityse esančių viešųjų išlaidų, (pvz. gynybos), visos lėšos išleistos sveikatos sektoriuje, lieka valstybės viduje (Reeves, et al. 2013). Taigi investicijos į sveikatos sektorių ne tik gerina sveikatą ir gerovę, bet taip pat yra labai veiksmingas būdas skatinti augimą ir darbo vietų kūrimą.

Lietuvos sveikata Europos Sąjungos kontekste

Europos Sąjungoje ilgėjanti tikėtina gyvenimo trukmė ir didėjantis mirtingumas bei mažėjantis gimstamumas didina sveikatos draudimo poreikį. Dėl kintančios demografinės situacijos didėjant vyresnio amžiaus (virš 65 m.) gyventojų skaičiui ir jų dalies proporcijoms visuomenėje, didėja sveikatos priežiūros paslaugų ir išlaidų joms kompensuoti poreikis.

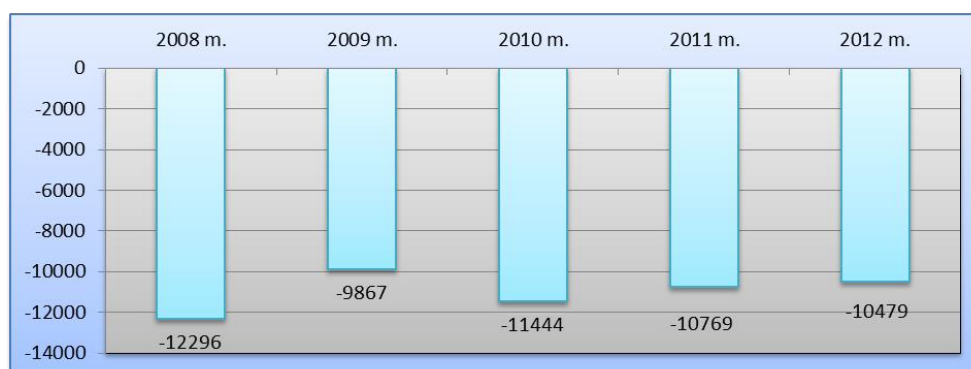


3 pav. ES gimstamumas ir mirtingumas 2012 m.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis: Pasaulio banko duomenų baze

Iš 3 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad gimstamumas lyginant su mirtingumu Airijoje, Belgijoje, Danijoje, Jungtinėje Karalystėje, Kipre, Liuksemburge, Maltoje, Nyderlanduose, Prancūzijoje, Slovėnijoje, Suomijoje ir Švedijoje yra didesnis. Tuo tarpu Lietuvoje, kaip ir kitose Europos šalyse mirtingumas lyginant su gimstamumu yra didesnis.

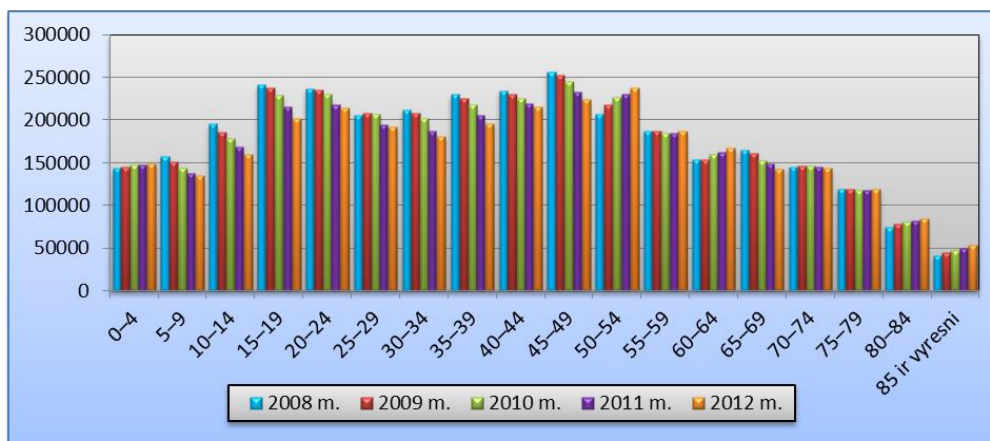
Lietuvoje dėl neigiamos natūralios kaitos (4 pav.) sparčiai mažėja gyventojų skaičius. Mažėjant gimstamumui ir ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei stebima gyventojų senėjimo tendencija (Lietuvos sveikatos statistika 2012).



4 pav. Natūrali gyventojų kaita

Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis: (Lietuvos statistikos... 2014)

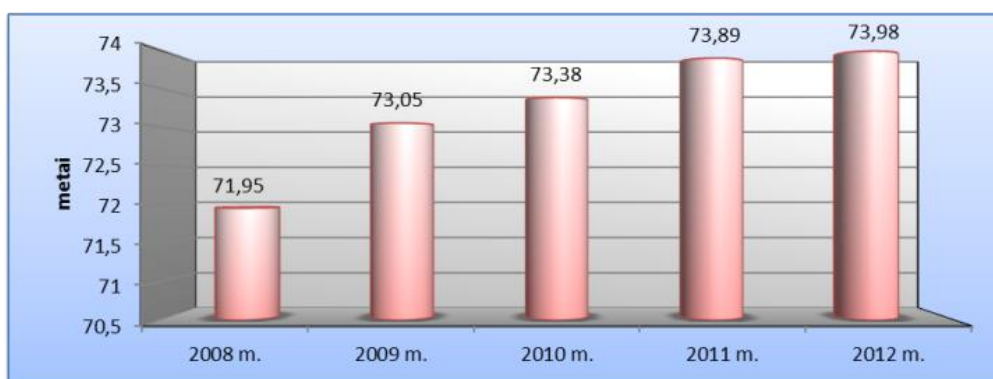
Gerėjant gyvenimo sąlygoms visuomenė natūraliai „sensta“, tai yra vis didesnę jos narių dalį sudaro vyresnio amžiaus gyventojai. Jų poreikiai sveikatai, paprastai, didesni, problemos sudėtingesnės, labiau komplikotos, o dažnai ir daugiabinės. Tikėtina, kad šis procesas artimiausiu laiku augs (Buivydas et al. 2010).



5 pav. 2008–2012 m. gyventojų skaičius metų pradžioje
Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis: (Lietuvos statistikos... 2014)

Kaip matyti iš 5 pav. 2008–2012 m. gyventojų nuo 5–49 ir nuo 65–69 metų skaičius mažėjo. Tuo tarpu gyventojų nuo 50–54 ir nuo 60–64 bei nuo 80 ir vyresni palapsniui didėjo. Gyventojų nuo 55–59, 70–79 skaičius visą nagrinėjamą laikotarpį buvo sąlyginai stabilus.

Su kiekvienais metais stebimas Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos trukmės ilgėjimas, kuri sąlygoja geresnės medicinos paslaugų kokybės suteikimas, naujų vaistų atsiradimas bei kiti faktoriai. Nuo 2008 m. iki 2012 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo 2,03 metais. Ši informacija pateikta 6 paveiksle.



6 pav. Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dinamika 2008–2012 m.
Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis: Eurostat duomenų baze

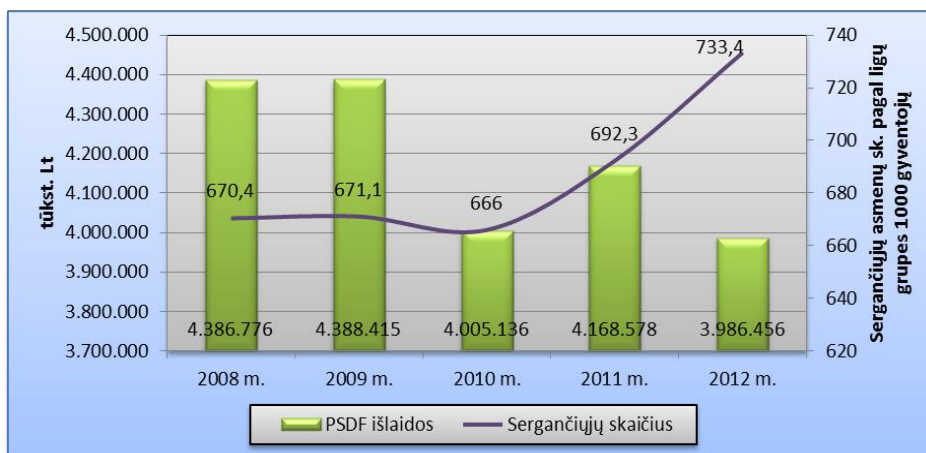
Kaip jau buvo minėta tiek gyvenimo trukmės ilgėjimas, tiek didėjantis pensijinio amžiaus gyventojų skaičius (5 pav.) tai tiesiogiai įtakojo sveikatos priežiūros paslaugų poreikio didėjimą, tačiau PSDF biudžeto galimybės buvo labai ribotos. Tai akivaizdžiai iliustruoja 7 paveikslas.

Remiantis 7 pav. pateikta informacija, matyti, kad 2012 m lyginant su 2008 m. PSDF biudžeto lėšos sumažėjo 9,1 proc., tačiau sergančiųjų asmenų skaičius pagal ligų grupes 1000 gyventojų sudarė 733,4, t. y. padidėjo 8,6 procentais.

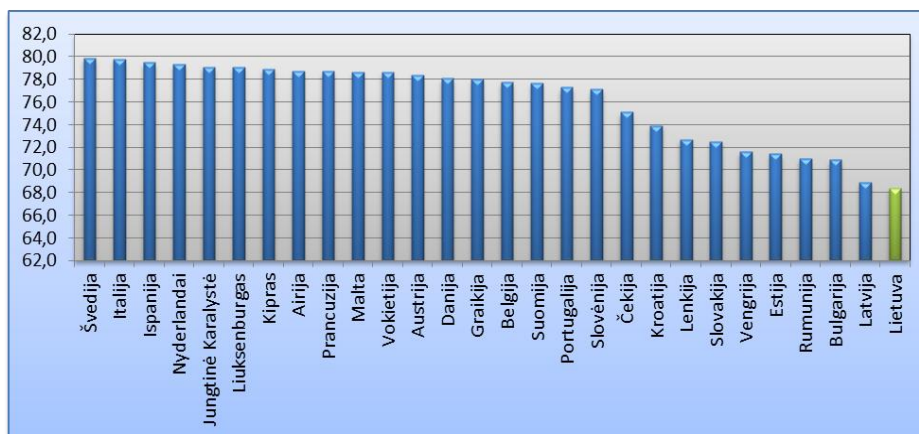
Visuomenės lygmeniu yra stebima, kad kuo sveikesnė yra visuomenė, tuo turtingesnė yra ir valstybė. Kaip taisyklė, turtingesnės valstybės labiau rūpinasi savo gyventojų sveikata, o žmonės ten ilgiau ir sveikiau gyvena. Tam, kad nusistovėtų tokia sistema, valstybės valdyme bei viešojo sektoriaus valdyme turi būti tinkamai subalansuotas išteklių naudojimas (Jankauskienė, Pečiūra 2007).

Kaip matyti iš 8 paveikslo, Lietuvos piliečių vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Europos Sąjungos mastu užima paskutinę vietą.

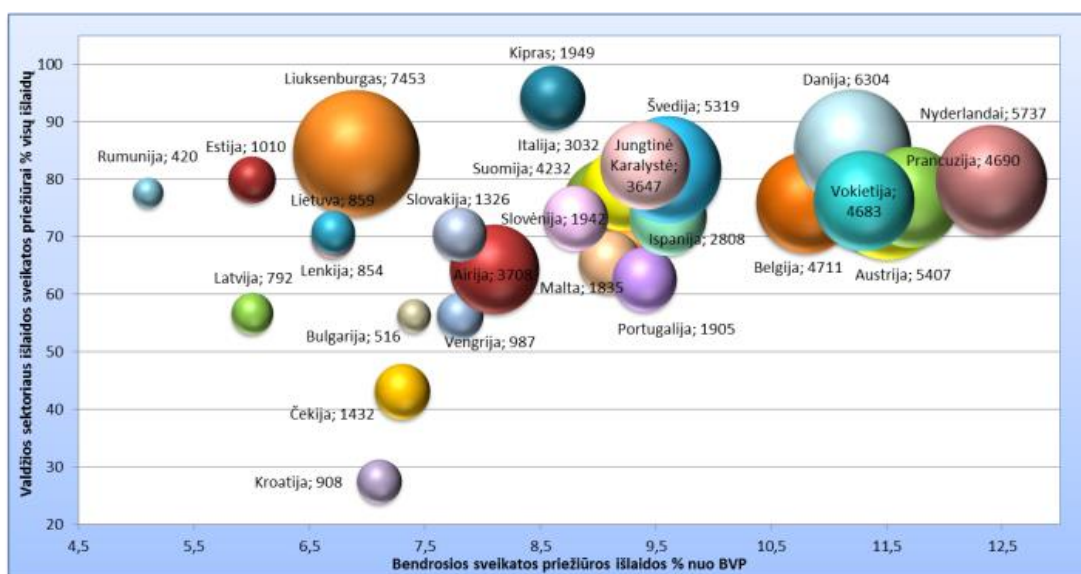
Vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių šalies sveikatos situaciją, yra šalies bendras vidaus produktas (toliau – BVP). Sveikatos sritys plėtotės požiūriu labai svarbu matyti ne tik BVP dydį, bet ir tai, kokia jo dalis tenka sveikatos reikmėms.



7 pav. PSDF išlaidų ir sergančiųjų skaičiaus kitimo dinamika 2008–2012 m.
Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis: (Lietuvos sveikatos statistika 2008–2012)



8 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2012 m.
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis: Eurostat duomenų baze



9 pav. ES šalių išlaidų sveikatinimui palyginimas
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis: Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO) duomenų baze

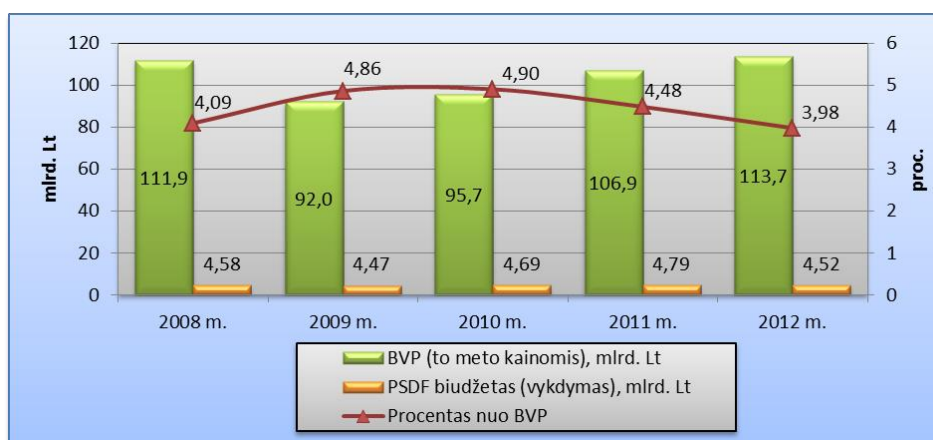
Levišauskaitės ir Rūškio nuomone, sveikatos draudimas vaidina svarbų vaidmenį tiek žvelgiant iš gyvenimo gerovės pusės, tiek iš valstybės finansų pusės (Levišauskaitė, Rūškys 2003). Išlaidos skiriamos sveikatai finansuoti, nuolat auga ir sudaro nemažą dalį visų valstybės išlaidų. Pagal išlaidų kitimo tendencijas galima pastebėti, kad labiau išsivysčiusiose šalyse išlaidos sveikatos apsaugai finansuoti sudaro didesnę tų šalių BVP dalį. Nagrinėjant valstybės išlaidų dalį bendroje sveikatos apsaugai skiriamų išlaidų grupėje, pastebima, kad Rytų Europos šalyse valstybės išlaidų dalis santykinai yra didesnė lyginant su Vakarų Europos šalimis.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – pagrindinis sveikatos priežiūros sektoriaus finansinis šaltinis Lietuvoje.

PSDF biudžetas nuo 2009 m. iki 2011 m. augo kasmet; augant BVP, buvo didinamas ir PSDF biudžetas. Sveikatos sektoriaus finansavimas iš esmės neblogėjo ir 2009 m., kai dėl ekonominės krizės Lietuvos BVP sumažėjo daugiau nei 20 mlrd. litų – tais metais sveikatos apsaugai skiriamos lėšos sumažėjo vos 0,1 mlrd. litų.

Lietuva krizės laikotarpiu išlaikė stabilų finansavimą. Tai įvyko dėl to, kad PSDF biudžetas nebuvo taip smarkiai sumažintas.

Vertinant išlaidų (procentais nuo BVP) sveikatos priežiūrai Lietuvoje 2008–2012 m. kitimo dinamiką, pastebėta, kad 2011–2012 m. nepaisant šalyje didėjančios BVP augimo tendencijos, išlaidos sveikatos priežiūrai turėjo polinkį mažėti. Tai matyti 10 paveiksle.

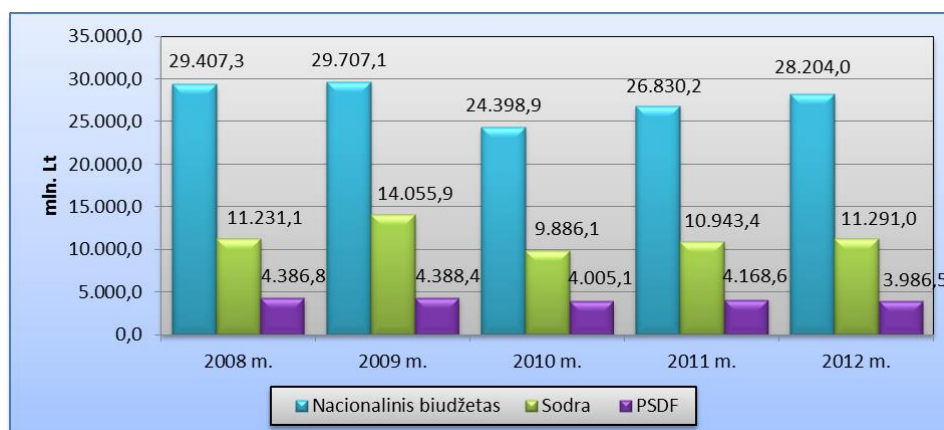


10 pav. PSDF biudžetas ir BVP dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis: (Lietuvos Respublikos... 2008–2012; Lietuvos statistikos... 2012)

Aukščiau esantis paveikslas patvirtina prof. D. Jankauskienės išsakytus žodžius viename jos straipsnių, kad procentas nuo BVP, skiriamas sveikatos apsaugai, nėra pakankamas.

PSD finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio PSDF biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus (Lietuvos Respublikos sveikatos... 1996). Tai atskleista 11 paveiksle.



11 pav. Viešųjų finansų dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis: (Lietuvos Respublikos... 2008–2012; Lietuvos Respublikos finansų... 2008–2012; Lietuvos Respublikos valstybinio... 2008–2012)

Lietuvos Respublikos nacionalinį biudžetą sudaro valstybės biudžetas ir savivaldybių biudžetai, todėl paveiksle pateikti: nacionalinis biudžetas, „Sodra“ ir PSDF biudžetas. Šiame paveiksle matyti, kad analizuojamu

laikotarpiu PSDF biudžetas lyginant su nacionaliniu biudžetu buvo mažesnis: 2008 m. – 6,6 kartus, 2009 m. – 6,7 kartus, 2010 m. – 6,1 kartą, 2011 m. – 6,4 kartus, 2012 m. – 7 kartus. PSDF biudžetas lyginant su „Sodra“ buvo mažesnis: 2008 m. – 2,5 kartus, 2009 m. – 3,2 kartus, 2010 m. – 2,5 kartus, 2011 m. – 2,7 kartus, 2012 m. – 2,8 kartus. Taip pat pažymėtina, kad visi trys biudžetai kito skirtingu proporcingumu. Tai matyti 1 lentelėje.

1 lentelė. Viešųjų finansų pokyčių dinamika 2008–2012 m. (proc.)

	2009 m.	2010 m.	2011 m.	2012 m.
Nacionalinis biudžetas	+1	-17,9	+9,1	+4,8
Sodra	+20,1	-29,7	+9,6	+3,1
PSDF biudžetas	0	-8,7	+3,9	-4,4

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis: 11 paveiksle pateiktais duomenimis

Šioje lentelėje matyti, kad 2009 m. PSDF biudžeto pajamos nekito, tačiau 2010 m. PSDF biudžeto pajamos buvo sumažintos mažiausiu procentu lyginant su kitais biudžetais. Atsigaunant ekonomikai 2012 m. nacionalinio biudžeto ir Sodros pajamos didėjo, kai tuo tarpu PSDF – mažėjo (4,4 proc.)

Išlaidų struktūrą didžiąją dalimi įtakoja pasirinktos sveikatos draudimo sistemos bei modeliai.

Užsienio valstybėse dažniausiai taikomi trys šalies sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modeliai:

1. Beveridžio modelis. Beveridžo arba Nacionalinė sveikatos priežiūros tarnyba susiformavo pagal 1942 m. Beveridžo paskelbtą ataskaitą, kurioje buvo susistemintos 30-aisiais metais Švedijoje įgyvendintos sveikatos priežiūros sistemos, kuriose medicininis aptarnavimas finansuojamas iš bendrų mokesčių ir kontroliuojamas Parlamento. Medicinos paslaugos prieinamos kiekvienam šalies piliečiui ir šalyje gyvenančiam asmeniui. Šis modelis pagrįstas mokesčiais santykiais. Finansuojama iš valstybės biudžeto ir privataus sektoriaus, o kai kurios priemokos už paslaugas imamos iš pacientų asmeninio biudžeto. Už sveikatos priežiūros finansavimo organizavimą atsakingos valstybinės institucijos. Modelis paplitęs Airijoje, Danijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje, Norvegijoje, Portugalijoje, Suomijoje, Švedijoje (Buškevičiūtė 2008). Beveridžo modelio tikslas – valstybės siekis pagerinti šalies gyventojų sveikatą bei jų gerovę ir garantuoti kokybišką sveikatos priežiūrą visiems piliečiams, kuriems to reikia. Beveridžo modelis neišsprendžia konflikto tarp pacientų ir lygybės principu paremtos sveikatos draudimo įmokų mokėjimo sistemos (Švagždienė et al. 2011).

2. Bismarko modelis. Bismarko arba medicininio draudimo sveikatos priežiūros sistemos pagrindu buvo 1883 m. Vokietijoje priimti socialiniai įstatymai. Šio modelio sistemos tarpukario laikotarpiu veikė Centrinėje ir Rytų Europoje, o po antrojo pasaulinio karo jos buvo vystomos toliau (Buivydas, Černiauskas 1996). Šis modelis pagrįstas draudimo principais. Sveikatos apsaugos sistema finansuojama iš privalomųjų darbdavių ir darbuotojų įmokų, lėšos kaupiamos nevyriausybinuose fonduose, įmokos už sveikatos draudimą atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų. Modelis paplitęs Austrijoje, Belgijoje, Olandijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje. Nuo Beveridžo šis modelis skiriasi tuo, kad išmokų dydis yra susijęs su mokėtų įmokų dydžiu (Švagždienė et al. 2011).

3. Semaškos modelis. Sovietų sąjungoje veikė Semaškos modelis, kuriame visos įstaigos priklausė valstybei, gydytojai turėjo fiksuotą darbo užmokestį, o visiems pacientams gydymas nemokamai buvo finansuojamas iš valstybės biudžeto. Tuo metu ji buvo giriamą už puikius rezultatus prevencinėje medicinoje, tačiau taip pat buvo ypač brangi ir dėl ilgų eilių skatino gydytojų korupciją. Dėl to, nepaisant daugelio neblogo rodiklių, praktiškai šio modelio atsisakė daugelis postsovietinių šalių (V. P. Andriukaičio... 2013).

Šie modeliai – istoriniai Europos valstybių sveikatos priežiūros sistemų pamatai.

Per dvidešimt nepriklausomybės metų Lietuva nesukūrė optimalaus sveikatos apsaugos sistemos modelio. Sveikatos draudimo sistema yra sudėtinė sveikatos apsaugos sistemos dalis, kurios pagrindinis uždavinys yra užtikrinti optimalų sveikatos apsaugos finansavimą šalyje.

Lietuvoje šiuo metu yra gana sudėtingas sveikatos draudimo sistemos modelis, kuris turi ir konservatyviojo (Bismarko), ir liberaliojo (Beveridžo) socialinės apsaugos sistemos modelių, ir savitų, tik Lietuvos sveikatos apsaugai būdingų bruožų (Patašienė et al. 2013).

Lietuvos PSD modelis grindžiamas visuotinumą ir solidarumo principais ir lėšų šaltinių prasme yra mišrus.

Visuotinumą suprantamas taip: visi LR piliečiai privalo mokėti sveikatos draudimo įmokas, o įvykus draudimui įvykiui turi teisę gauti iš PSDF biudžeto apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – ASPP). Solidarumas reiškia tai, kad visų dirbančių arba kitais būdais vykdančių aktyvią ekonominę veiklą ir bet kokios rūšies pajamų gaunančių asmenų PSD įmokos, taip pat valstybės biudžeto lėšos prisideda prie PSD lėšų kaupimo. Tas pats solidarumo principas reiškia ir tai, kad asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes (vienu atveju didesnėmis PSD įmokomis, kitu – mažesnėmis), tačiau turi teisę į vienodas sveikatos priežiūros paslaugas (Privalomojo sveikatos... 2014).

Lietuvos sveikatos draudimo modelio stiprybės:

- Efektyvi vieno mokėtojo sistema (PSDF).
- Dviejų pagrindinių PSDF biudžeto lėšų šaltinių derinys (PSD įmokos ir valstybės biudžeto asignavimai).
- Dviejų pagrindinių pajamų šaltinių sąveika (anticiklinis mechanizmas) užtikrina PSDF biudžeto fiskalinį tvarumą (Konferencija... 2013).

Išvados

Sveikata ir integracija yra pernelyg plačios sąvokos, skirtingų teorijų atstovų skirtingai aiškinamos sampratos. Sveikata ne tik yra vertybė pati savaime, bet ir būtina ekonomikos klestėjimo sąlyga. Veiksmingai panaudojant sveikatos srities lėšas galima skatinti ekonomikos augimą.

Europos Sąjungos sveikatos sektorius yra laikomas svarbiu ekonominiu sektoriumi, sukuriančiu vidutiniškai 10% BVP ir 8% visų darbo vietų bei turintis realią ir visiškai funkcionuojančią vidinę rinką. Pagal išlaidų kitimo tendencijas labiau išsivysčiusiose šalyse išlaidos sveikatos apsaugai finansuoti sudaro didesnę tų šalių BVP dalį. Taigi Europos Sąjungos sveikata yra laikoma svarbiu Europos ekonominio augimo ir socialinės sanglaudos veiksniumi.

Europos Sąjungoje ilgėjanti tikėtina gyvenimo trukmė ir didėjantis mirtingumas bei mažėjantis gimstamumas didina sveikatos draudimo poreikį. Pastebima, kad Lietuvoje mažas gimstamumas turi didelę įtaką tolimesniam ekonomikos vystymuisi (nebus kam mokėti mokesčių). Taip pat Lietuvoje dėl kintančios demografinės situacijos didėjant vyresnio amžiaus (virš 65 m.) gyventojų skaičiui didėja sveikatos priežiūros paslaugų ir išlaidų joms kompensuoti poreikis. Nepaisant to Lietuvoje sveikatos apsaugai skiriama BVP dalis yra per maža.

Užsienio valstybėse dažniausiai taikomi trys šalies sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modeliai: Beveridžio, Bismarko, Semaškos.

Lietuvos PSD modelis grindžiamas visuotinio ir solidarumo principais ir lėšų šaltinių prasme yra mišrus.

Literatūra

- Brubaker, R. 1998. *Pilietybė ir tautiškumas Prancūzijoje ir Vokietijoje*. Vilnius: Pradai. 411 p.
- Budreikaitė, D.; Saulius, K. 2003. *Europos Sąjungos vidaus rinka. Laisvas prekių judėjimas*. Vilnius: Fantazija ir forma. 111 p.
- Buivydas R. et al. 2010. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. UAB Sveikatos ekonomikos centras. 408 p.
- Buivydas, R.; Černiauskas, G. 1996. *Sveikatos draudimas Lietuvoje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras. 145 p.
- Buškevičiūtė, E. 2008. *Viešieji finansai*. Kaunas: Technologija. 439 p.
- Carrin, G.; Mathauer, I.; Xu, K.; Evans, D. B. 2008. *Universal coverage of health services: tailoring its implementation*. Bull World Health Organ 2008; 86: 857 – 63. doi: 10.2471/BLT.07.049387 PMID: 19030691.
- Castells, M. 2000. *The Information Age: Economy, Society, Culture. End of Millenium*. Oxford.
- Eilstrup-Sangiovanni, M. 2006. *Debates on European Integration. A Reader*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 511 p.
- Eurohealth. *Electing health: the Europe we want*. European Health Forum Gastein 2014. Eurohealth 2014; 20(3).
- Europos integracijos raida*. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 11 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.europa.eu>>.
- Europos komisija. 2014. *Visuomenės sveikata* [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_lt.htm>.
- Eurostat duomenų bazė [žiūrėta 2014 m. gruodžio 11 d.]. Prieiga per internetą: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database>.
- Frenk, J. 1992. *Balancing Relevance and Excellence: Organizational Responses to Link Research with Decision Making*. Social Science and Medicine, 35 (11):1397-404.
- Greer, S. L. 2010. Editorial introduction: health departments in health policy. *Social Policy and Administration*, 2010, 44(2):113–119; more generally the whole of *Social Policy and Administration*, 2010, 44(2).
- Greer, S. L.; Fahy, N.; Elliott, H. A.; Wismar, M.; Jarman, H.; Palm, W. 2014. *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask*. Observatory Studies Series 34. World Health Organization. ISBN 978 92 890 50 272.
- Hantrais, L. 2000. *Social Policy in the European Union*. Macmillan Press.
- Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. 2007. *Sveikatos politika ir valdymas*. Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras. 296 p.
- Kembridžo žodynas Online [žiūrėta 2014 m. gruodžio 10 d.]. Prieiga per internetą: <<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/american-english>>.
- Konferencija: „Privalomojo sveikatos draudimo vaidmuo atstovaujant viešąjį interesą: tarp valstybinio reguliavimo ir konkurencijos“ 2013.04.05
- Levišauskaitė, K.; Rūškys, G. 2003. *Valstybės finansai*. Vadovėlis. Kaunas: VDU. 179 p.
- Lietuvos Respublikos 2008 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Žin., 2007, Nr. 135-5454).
- Lietuvos Respublikos 2009 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Žin., 2008, Nr. 149-6021).

- Lietuvos Respublikos 2010 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Žin., 2009, Nr. 147-6549).
- Lietuvos Respublikos 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Žin., 2010, Nr. 153-7783).
- Lietuvos Respublikos 2012 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Žin., 2011, Nr. 161-7621), jo projektas su aiškinamuoju raštu ir priedais.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2008 m. biudžetas [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.finmin.lt/finmin.lt/failai/nacionalinio_biudžeto_surinkimas/kekv/2008_12_men_LT.pdf>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2009 m. biudžetas [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2009biudz>>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2010 m. biudžetas [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2010biudzpatob#nb>>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2011 m. Nacionalinės lėšos – asignavimai pagal sritis [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2011islaidos>>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2012 m. Valstybės išlaidos pagal sritis [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2012islaidos>>.
- Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512).
- Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas*. 1994.
- Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto 2012 metų rodiklių patvirtinimo įstatymas Nr. XI-1826 (2011-12-20).
- Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto 2011 metų rodiklių patvirtinimo įstatymas Nr. XI-1212 (2010-12-09).
- Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto 2010 metų rodiklių patvirtinimo įstatymas Nr. XI-538 (2009-12-09).
- Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto 2009 metų rodiklių patvirtinimo įstatymas Nr. XI-70 (2008-12-18).
- Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto 2008 metų rodiklių patvirtinimo įstatymas Nr. XI-1356 (2007-12-06).
- Lietuvos statistikos departamento skelbiama informacija apie: bendrasis vidaus produktas 2008-2012 m. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M2010201&PLanguage=0&TableStyle=&Buttons=&PXSID=18529&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=>>>.
- Lietuvos statistikos departamento skelbiama informacija apie: gyventojų skaičius metų pradžioje [žiūrėta 2014 m. rugsėjo 24 d.]. Prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=97fa7b5d-7ba4-4f88-8e93-2ad28a9e7e2b>>.
- Lietuvos statistikos departamento skelbiama informacija apie: natūrali gyventojų kaita [žiūrėta 2014 m. kovo 19 d.]. Prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=981f148b-bae3-4833-863f-23347839e979>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2008 m. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2009.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2009 m. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2009.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2010 m. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2010.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2011 m. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2011.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2012 m. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2012.pdf>>.
- Machlup, F. 1979. *A History of Thought on Economic Integration*. London: Macmillan.
- O'Neill, M. 1996. *The Politics of European Integration. A Reader*. London and New York: Routledge. 343 p.
- Pasaulio banko duomenų bazė [žiūrėta 2014 m. gruodžio 18 d.] Prieiga per internetą: <<http://databank.worldbank.org/data>>.
- Patašienė, R.; Strazdienė, D.; Žaltauskienė, N. 2013. *Lietuvos sveikatos draudimo sistemos sąsajos su klasikiniiais socialinės apsaugos sistemos modeliais* iš vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai, mokslo žurnalas Nr. 3. ISSN 2345-0355 (online) [žiūrėta 2014 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą: <[http://vadyba.asu.lt/35-3/ManagKaunas35\(3\)_22.pdf](http://vadyba.asu.lt/35-3/ManagKaunas35(3)_22.pdf)>.
- Privalomojo sveikatos draudimo problemos Lietuvoje* [žiūrėta 2014 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.medpraktika.lt/naujienos/naujiena/197/Privalomojo-sveikatos-draudimo-problemos-Lietuvoje>>.
- Pukelienė, V. 2008. *Ekonominė integracija: teorija, ES politika ir procesai*. Vadovėlis. Vytauto Didžiojo universitetas. 343 p.
- Reeves, A. et al. 2013. Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Global Health*, 2013, 9(1):43.
- Roper, N.; Logan, W. W.; Tierney, A. J. 1999. *Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio*. Vilnius: Egalda. 456 p.
- Sveikatos apsaugos ministerijos analizė, kaip efektyviai panaudojamos investicijoms ir paslaugų apmokėjimui sveikatos sektoriuje gaunamos lėšos*. 2012. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą:

- <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_efektyviai_panaudojamos_investicijos_ir_paslaugu_apmokejimui_sveikatos_sektoriuje_gaunamos_lesos.pdf>.
- Sveikatos Ekonomikos Centras 1998. *Socialinė apsauga. Tikslas, reikšmė, įtaka ir organizacinė struktūra*. Vilnius: Lietuvos informacijos instituto spaustuvė. 106 p.
- Švagždienė, B.; Bradauskienė, K.; Perkumienė, D.; Čepienė, K. 2011. *Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė*, iš *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. 2011. 1 (21). 124–134. ISSN 1648-9098. [žiūrėta 2014 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą: <http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2011~ISSN_1648-9098.N_1_21.PG_124-134/DS.002.0.01.ARTIC>.
- Testori-Coggi, P.; Hackbart, B. 2013. Investing in Health. A Commission's perspective. *Eurohealth* 2013; 19(3): 26 – 8.
- V. P. Andriukaičio sveikatos apsaugos reforma riešuto kevalė [žiūrėta 2014 m. gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<http://rytis.org/2013/02/10/sveikatos-reforma/>>.
- Vaitkevičiūtė, V. 2001. *Tarptautinių žodžių žodynas*. Vilnius: Žodynas. 1039 p.
- Vitkus, G. 2008. *Europos Sąjunga. Enciklopedinis žinynas*. Vilnius: Eugrimas. 351 p.
- Watson, J. 2009. *Health and structural funds in 2007–2013: country and regional assessment*. Brussels, DG Health and Consumer Protection.
- World Health Organization, 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ontario, Canada: Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada and the World Health Organization

HEALTH SYSTEM INTEGRATION OF THE EUROPEAN UNION

Evelina MATKEVIČIŪTĖ, Ignas DZEMYDA

Summary

All countries in Europe are striving to improve the performance of their health systems. Policy-makers are aiming at better returns from time, effort and monies invested in health systems. They are also seeking to eliminate or reduce the waste in health systems caused, for example, by over- and mal-treatment or the use of ineffective or overly expensive procedures and products. Needless to say, that in times of austerity many countries are confronted with growing health demands and dwindling public budgets, putting extra pressures on them to get more value for money.

Keywords: Health, integration, compulsory health insurance fund, health system.