



Verslas XXI amžiuje / Business in XXI Century

2015 m. vasario 5 d. Vilnius
5 February, Vilnius, Lithuania

eISSN 2029-7149
Article Number: verslas.304

Tarptautinė ekonomika ir vadyba
International economics and management

<http://jmk.vvf.vgtu.lt>

PRIVALOMO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO YPATUMAI

Evelina MATKEVIČIŪTĖ¹, Borisas MELNIKAS²

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

El. paštas: ¹mevelinute@gmail.com, ²borisas.melnikas@vgtu.lt

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 nagrinėjama Privalomo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) ypatumai, sveikatos sistema Lietuvoje, pristatomas PSDF 2008 – 2012 m. pajamų ir išlaidų formavimas, analizė bei jos pokyčiai. Išnagrinėjus teorinius ir praktinius aspektus, pateikiamos straipsnio išvados.

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

Įvadas

Sveikatos apsaugos sistema daro didelę įtaką šalies gerovei bei tiesiogiai veikia kiekvieną gyventoją. 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.

Užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą yra konstitucinė valstybės pareiga. Taigi valstybė yra suinteresuota kuo efektyviau valdyti sveikatos apsaugos sektoriui skiriamus finansinius išteklius. Todėl sveikatos priežiūros organizatoriai valstybinėse institucijose, savivaldybėse ir apskrityse bei sveikatos priežiūros įstaigose turi siekti, kad žmonėms būtų teikiamos kokybiškos medicinos paslaugos, racionaliai naudojami finansai, personalo, technologijų ir kiti ištekliai.

Temos aktualumas. Pasirinkta darbo tema yra Privalomojo sveikatos draudimo fondo ypatumai. Temos aktualumą lemia tai, kad Privalomasis sveikatos draudimas – Lietuvos gyventojams valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros pagrindas. Visų dirbančiųjų ar kitą aktyvią ekonominę veiklą vykdančių asmenų mokamos privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) įmokos bei valstybės biudžeto lėšos kaupiamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete ir tampa garantija apdraustiesiems, nes prireikus jų sveikatos priežiūros išlaidos (bent didžioji dalis) bus kompensuotos iš šio fondo biudžeto. PSD sistemos esmė yra ta, kad visiems bus suteikta sveikatos priežiūros paslaugų tiek, kiek reikės, nepriklausomai nuo gyventojų sumokėtų įmokų. Dalyvavimas sveikatos draudimo sistemoje tikslas yra garantuoti finansinę paramą žmogui susirgus.

Darbo problema. Lietuvoje sveikatos draudimo finansavimo sistema, kurioje dominuoja privalomasis sveikatos draudimas, neužtikrina reikiamo sveikatos draudimo paslaugų finansavimo.

Darbo objektas. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamos ir išlaidos.

Darbo tikslas. Atlikus PSDF pajamų ir išlaidų analizę, nustatyti PSDF ypatumus bei identifikuoti problemas.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti teorinius sveikatos sistemos finansavimo modelius;
2. Nustatyti PSDF dalį viešųjų finansų srityje bei jo išskirtinius bruožus;
3. Atlikti PSDF pajamų analizę ir nustatyti veiksnius, įtakančius pajamų kitimą bei priežastis, sąlygojančias PSDF pertekliaus (deficito) susidarymą;
4. Išanalizuoti PSDF išlaidas ir nustatyti veiksnius, įtakančius išlaidų kitimą;
5. Įvertinus veiksmų įtaką PSDF biudžeto pajamoms ir išlaidoms, pateikti išvadas.

Hipotezė. PSDF biudžetas – pagrindinis sveikatos priežiūros sektoriaus finansinis šaltinis Lietuvoje, užtikrinantis prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą.

Darbo metodai:

- Teoriniai sveikatos draudimo sistemos analizei atlikti apžvelgti Lietuvos autorių darbai, susiję su nagrinėjama tema.
- Įvertinti sveikatos draudimo sistemos finansavimą Lietuvoje naudojami ekonominiai – statistiniai duomenų rinkimo bei analizės metodai, sisteminimas, palyginimas, modeliavimas.
- Statistinei informacijai apdoroti ir sisteminti naudojami grupavimo, palyginimo ir grafinio vaizdavimo būdai.

Sveikatos finansavimo modeliai

Į nepriklausomybę Lietuva įžengė turėdama Semaškos sveikatos apsaugos organizavimo modelį, kuris šalia savo privalumų turėjo ir nemažai trūkumų. Šie trūkumai buvo susiję su ribotais savais ištekliais, o tai labai pasireiškė pirmaisiais nepriklausomos Lietuvos metais. Brangi, centralizuoto valdymo, neskatinanti vietos valdžios iniciatyvos ir atsakomybės, be sveikatos įstatymų, superspecializuota, ydingai ir nepakankamai finansuojama, medikų mažų atlyginimų sistema aiškiai rodė pertvarkos poreikį (Jankauskienė, Pečiūra 2007).

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

Lietuvoje 1996 m. įteisintą sveikatos draudimo sistemą galima vertinti lyginant ją ne tik su Sodra, bet ir su tarptautiniais sveikatos priežiūros valdymo organizavimo modeliais. Tarptautinėje literatūroje dažnai pastarieji įvardijami kaip Bismarko ir Beveridžo. Atsižvelgdami į tai, kad šie modeliai, kurių pirmasis egzistuoja jau daugiau nei 100, o antrasis – daugiau nei 50 metų, nuo savo egzistavimo pradžios ženkliai keitėsi (Murauskienė 2000).

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 mokestiniais 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 neblogų rodiklių, praktiškai šio modelio atsisakė daugelis postsovietinių šalių (V. P. Andriukaičio... 2013).

Šie modeliai – istoriniai Europos valstybių sveikatos priežiūros sistemų pamatai.

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

sektorius 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).

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) (Konferencija... 2013).

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

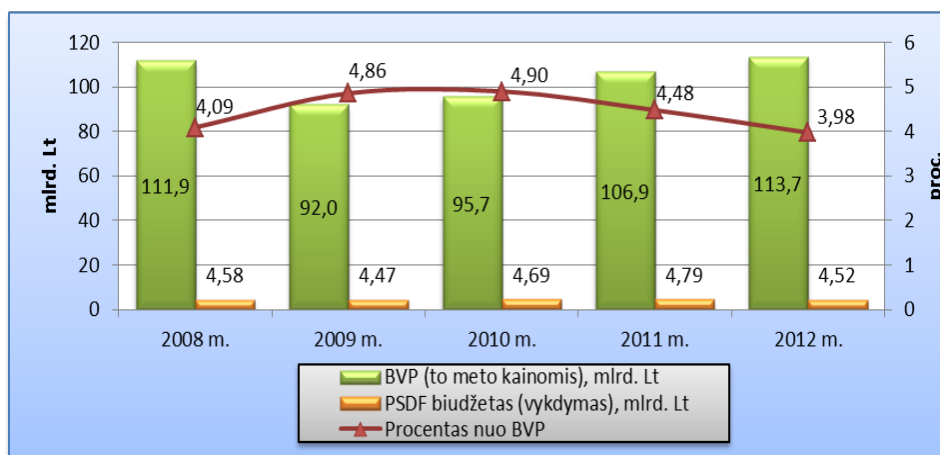
Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – pagrindinis sveikatos priežiūros sektoriaus finansinis šaltinis Lietuvoje.

Vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių šalies sveikatos situaciją, yra šalies bendras vidaus produktas (toliau – BVP). Sveikatos srities plėtotės požiūriu labai svarbu matyti ne tik BVP dydį, bet ir tai, kokia jo dalis tenka sveikatos reikmėms. Lietuvoje sveikatos problemos sprendžiamos daugiausia per valstybinį sektorių (PSDF lėšomis).

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 1 paveiksle.

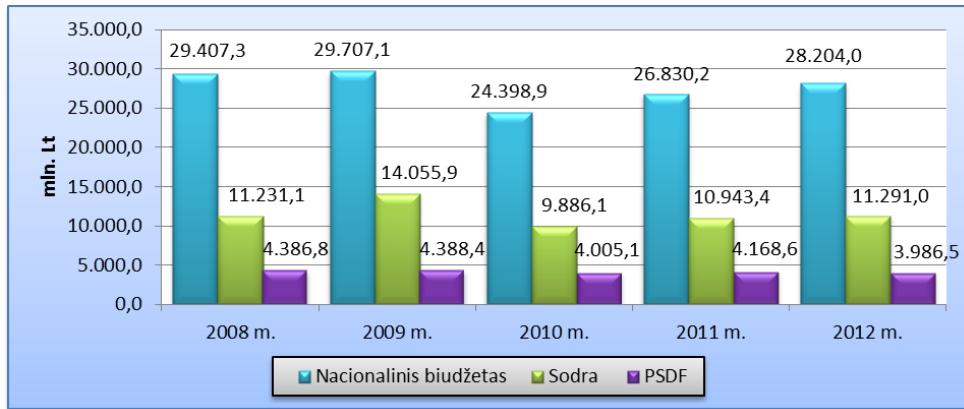


1 pav. PSDF biudžetas ir BVP dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorės, 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 2 paveiksle.



2 pav. Viešųjų finansų dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorės, 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. Taip pat pažymėtina, kad visi trys biudžetai kito skirtingu proporcingumu. Tai matyti 1 lentelėje.

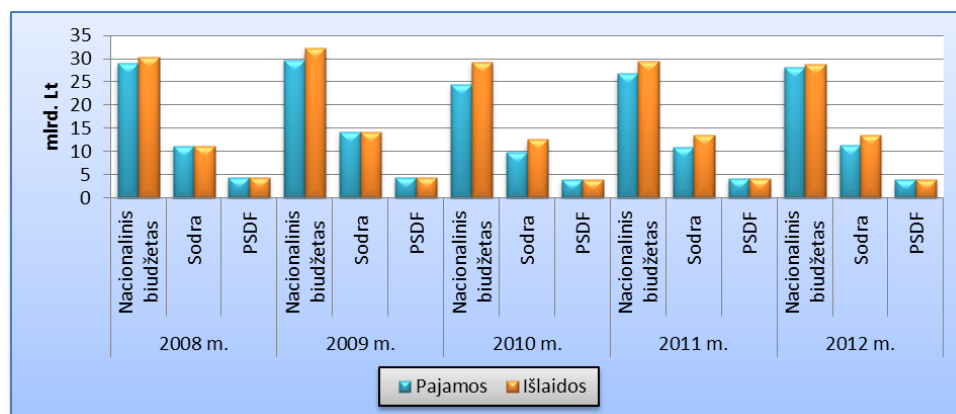
1 lentelė. Viešųjų finansų pokyčių dinamika 2008–2012 m. (proc.)

	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 autorės, remiantis: 2 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.)

Lietuvos Respublikos vyriausybė (toliau – LRV) ateinančių metų PSDF biudžeto projektą LR Seimui teikia svarstyti kartu su ateinančių metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo projektu ir VSDF biudžeto projektu. Šie biudžetų projektai kasmet tvirtinami atskirais įstatymais.



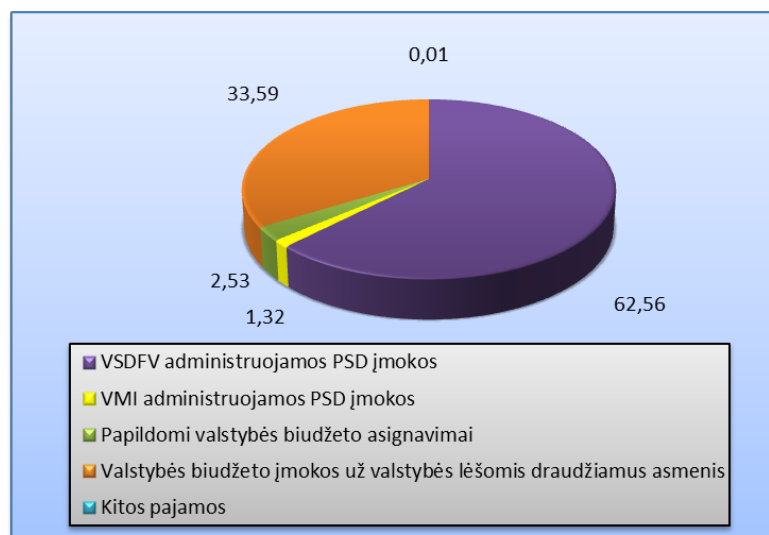
3 pav. Viešųjų finansų pajamų ir išlaidų dinamika

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

Iš 3 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad PSDF biudžeto 2008–2012 m. pajamos ir išlaidos buvo subalansuotos bei patvirtintos, tačiau nacionalinio biudžeto pajamos ir asignavimai išlaidoms buvo patvirtinti taip, kad asignavimai viršijo pajamas. Sveikatos draudimo įstatymo 14 str. nustato, kad „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas per vidutinės trukmės laikotarpį (3 metus) turi būti subalansuotas“ (tai suprantama kaip fiskalinis subalansavimas, kai tvirtinamos PSDF biudžeto pajamos turi būti lygios išlaidoms). Tvirtinant 2008–2012 m. PSDF biudžeto planus, šis reikalavimas buvo įvykdytas.

PSDF biudžeto subalansavimo per vidutinės trukmės laikotarpį užtikrinimas – tai ne tik LR sveikatos draudimo įstatymo nuostatų vykdymas. Užtikrinant sveikatos sistemos finansinį tvarumą, t. y. užtikrinant sklandų, teisingą sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, leidžiantį paslaugų teikėjams gauti darbo sąnaudas ir kvalifikaciją atitinkantį atlygį, o visuomenei – saugias, aukštos kokybės ir lengvai prieinamas paslaugas. Užtikrinant, kad PSDF biudžetas būtų subalansuotas, kad išlaidos neviršytų pajamų, taip yra išsaugomas finansinis sveikatos sistemos tvarumas net ir sunkiomis ekonominėmis, politinėmis, socialinėmis sąlygomis. Tai yra vienas svarbiausių kiekvienų metų uždavinių.

Draudžiamųjų ir draudėjų mokamų PSD įmokų surinkimą administruoja valstybinė socialinio draudimo fondo valdyba (toliau – VSDFV) ir valstybinė mokesčių inspekcija (toliau – VMI). Valstybės biudžeto įmokas ir asignavimus sudaro valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamų asmenų PSD ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai, kurie skiriami valstybės nustatytoms funkcijoms vykdyti, pvz., asmenų, kurie nėra apdrausti PSD, būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti, ortopedijos technikos priemonių (toliau – OTP) 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 PSD įmokomis patenka į PSDF biudžetą ir naudojamos gydymo įstaigų suteiktų paslaugų išlaidoms apmokėti, kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių (toliau – MPP) įsigijimo išlaidoms kompensuoti ir kitoms su apdraustųjų sveikatos priežiūra susijusioms reikmėms.

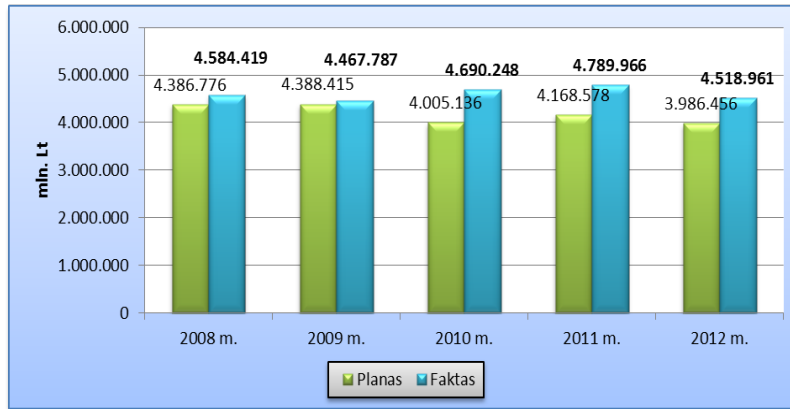


4 pav. 2012 m. PSDF biudžeto pajamų struktūra (proc.)
 Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Lietuvos Respublikos... 2012)

Iš 4 pav. pateiktų duomenų matyti, kad daugiau nei 60 proc. visų PSDF biudžeto pajamų (jas sudaro VSDFV administruojamos PSD įmokos) planuoja ir prognozuoja pati VSDFV (kitais tariant pats šių įmokų administratorius). Tuo tarpu valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų suma priklauso nuo valstybės biudžeto galimybių ir maksimalių šių PSDF biudžeto pajamų sumą kiekvienuose metams nustato Finansų ministerija.

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 PSD draudžiamą asmenį ir nuo atitinkamiems metams numatomo pastarųjų asmenų skaičiaus, kurį prognozuoja Valstybinė ligonių kasa ir šią prognozę kasmet teikia Finansų ministerijai.

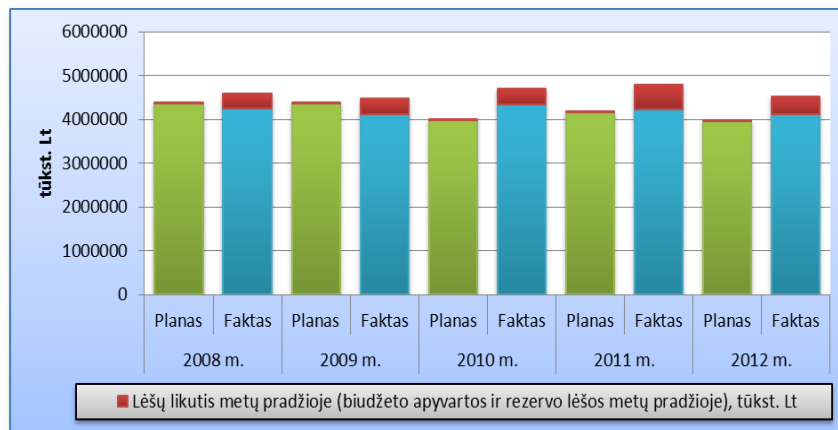
PSDF didesnes įplaukas 2010–2012 m. lėmė įmokas administruojančios VSDFV ir VMI geriau surenkamos PSD įmokos, laiku buvo pervestos į PSDF ir valstybės biudžeto įmokos už draudžiamuosius valstybės lėšomis bei kitos lėšos, gauta daugiau kai kurių kitų pajamų (5 paveikslas).



5 pav. PSDF biudžeto dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Privalomojo sveikatos... 2008–2012)

Pastaraisiais metais (nuo 2009 m. iki 2012 m.) galima stebėti planinio PSDF biudžeto sumažėjimą (9,2 proc.). Taip pat paveiksle galima išvysti gan ženklų 2010–2012 m. planinio ir faktinio biudžetų atotrūkį, kurį galima paaiškinti ne tuo, kad minėtu laikotarpiu buvo surinkta daugiau pajamų nei buvo planuota, tačiau techniniu skirtumu tarp tvirtinamo biudžeto plano ir tvirtinamos šio biudžeto įvykdymo ataskaitos: tvirtinant PSDF biudžeto planą, į jį neįtraukiami praėjusių metų faktiniai lėšų likučiai (rezervo lėšos ir praėjusių metų planą viršijusios apyvartos lėšos), t. y. tvirtinamos tik ateinančiais metais planuojamos gauti pajamos ir planinės apyvartos lėšos, tuo tarpu tvirtinant metinę biudžeto vykdymo ataskaitą – praėjusių metų faktiniai lėšų likučiai įtraukiami. 6 pav. atskleidžiama planinio ir faktinio biudžeto dinamika išskiriant minėtus lėšų likučius.

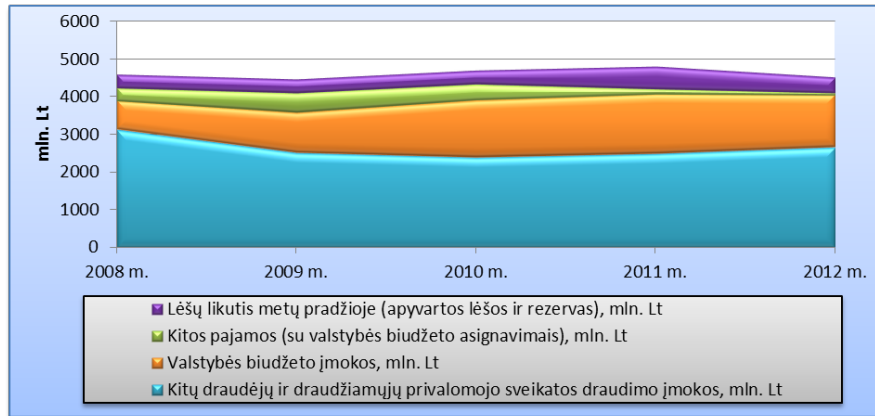


6 pav. PSDF biudžeto pajamų dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Privalomojo sveikatos... 2008–2012)

Šiame paveiksle galima išvysti, kad PSDF biudžetas patyrė pajamų surinkimo krizę 2008 m. per pasaulinę finansų krizę. Matyti, kad 2009 m. būtent praėjusių metų faktiniai lėšų likučiai, o ne augančios ir planą viršijančios pajamos iš esmės padėjo kompensuoti suplanuotas ir įstatymu patvirtintas, tačiau negautas pajamas. Tam įtakos turėjo Sveikatos draudimo įstatyme numatyta nuostata, kad PSDF biudžetui stabilizuoti numatomas rezervas ir jis turi būti ne didesnis kaip 10 proc. metinės šio biudžeto pajamų sumos (Lietuvos Respublikos sveikatos... 1996). Rezervo lėšų dydžio reguliavimas yra svarbus, nes šis lėšų šaltinis turėtų būti PSD sistemos stabilizavimo įrankis esant neigiamiems ekonominiams svyravimams. Pakankama rezervo lėšų dydžio svarba pabrėžiama ir LR valstybės išdo atsargų sunkmečiui įstatymo koncepcijoje (Lietuvos Respublikos Vyriausybės... 2011). Gautos pajamos turi būti naudojamos PSD reikmėms. Įstatyme taip pat nustatyti du šio rezervo lėšų naudojimo pagrindai: laikinam PSDF biudžeto pajamų trūkumui padengti arba apmokėti išlaidas, kurių tvirtinant šį biudžetą nebuvo galima numatyti. Rezervas yra neatskiriama PSDF biudžeto dalis.

Pagrindinius PSDF biudžeto pajamų šaltinius nustato Sveikatos draudimo įstatymo 15 str., o detali pajamų ir išlaidų klasifikacija patvirtinta VLK direktoriaus įsakymu. Visas likusias PSDF biudžeto pajamas (be lėšų likučių metų pradžioje) galima suskirstyti į dvi grupes: PSD įmokas ir kitas pajamas. Teisės aktuose nustatyta, kad PSD įmokas moka tiek fiziniai, tiek juridiniai asmenys (draudėjai), įskaitant ir valstybę, kuri šias įmokas moka už socialiai pažeidžiamus asmenis. 7 pav. atskleista šių dviejų grupių PSDF biudžeto pajamų struktūra.

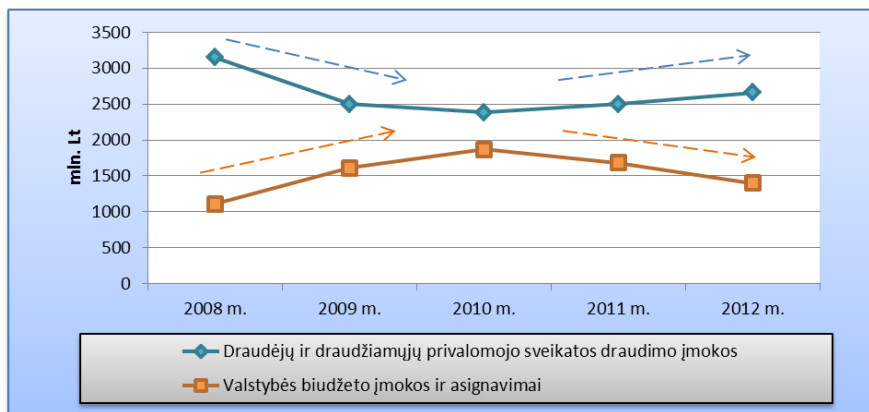


7 pav. PSDF biudžeto pajamų struktūra (be lėšų likučių metų pradžioje) 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Privalomojo sveikatos... 2008–2012)

Šiame paveiksle matyti, kad absoliučiai didžiąją PSDF biudžeto pajamų dalį sudarė PSD įmokos: 2012 m. patvirtintame biudžete jos sudarė 4 mlrd. litų. Šiame paveiksle taip pat stebima tendencija, kad 2008–2012 m. mažėjant PSD įmokoms didėjo kitos PSDF biudžeto pajamos, tokiu būdu bent iš dalies minėtu laikotarpiu kompensuodamos mažėjančias PSD įmokas. Be to, matyti, kad nuo 2010–2012 m. sparčiai augo draudžiamųjų ir draudėjų (ne valstybės) mokamos įmokos.

Visgi pastebėta, kad nuo 2008 m. PSD įmokos pradėjo ženkliai mažėti ir šių PSDF biudžeto pajamų smukimą bent iš dalies kompensavo auganti valstybės biudžeto draudimo įmokų suma. Pastarųjų pajamų augimą galėjo lemti trys priežastys: pirma, dėl ekonominio sunkmečio didėjantis valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius ir ypač bedarbių skaičius (vidutinis metinis nedarbo lygis šalyje padidėjo nuo 5,8 proc. 2008 m. iki 13,4 proc. 2012 m. (Nedarbo lygis... 2014)), antra, kasmet vienu procentiniu punktu didinamas valstybės biudžeto įmokos dydis (šis kasmetinis įmokos augimas numatytas Sveikatos draudimo įstatyme, trečia, valstybės biudžeto įmokų atskaitos bazė (šios įmokos skaičiuojamos nuo Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio, todėl 2009–2010 m. ši įmoka didėjo, nes ji buvo skaičiuojama nuo 2007–2008 m. vis dar tebeaugusio vidutinio mėnesinio šalies darbo užmokesčio). Pažymėtina, kad toks valstybės biudžeto įmokos skaičiavimas galėtų būti laikomas viena iš ciklinio PSDF biudžeto pajamų mažėjimo suvaldymo priemonių. 8 pav. kaip tik ir matyti jos poveikis 2008–2012 metais.



8 pav. Draudėjų, draudžiamųjų bei valstybės biudžeto mokamų įmokų dinamika 2008–2012 m.

Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Privalomojo sveikatos... 2008–2012)

Šiame paveiksle matyti, kad 2008–2010 m. mažėjant draudėjų ir draudžiamųjų įmokoms, valstybės biudžeto įmokos augo, tuo tarpu ekonomikai atsigaunant ir 2011–2012 m. vis daugiau surenkant pirmųjų įmokų, valstybės biudžeto įmokos pradėjo mažėti.

Rodyklės (8 pav.) žymi dviejų pagrindinių pajamų šaltinių sąveiką (anticiklinį mechanizmą), kuri užtikrina PSDF biudžeto fiskalinį tvarumą.

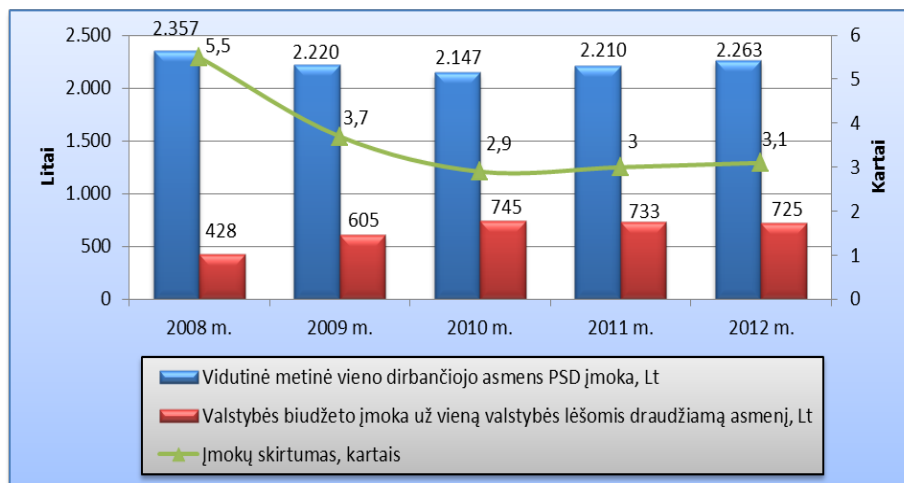
Lemiamą įtaką PSDF biudžeto pajamoms turi ekonominiai veiksniai: dirbančiųjų asmenų skaičius, gyventojų pajamos, iš kurių atskaitomi gyventojų pajamų ir socialinio draudimo mokesčiai, mokesčių surinkimas, mokesčių tarifai. Visi šie veiksniai veikia kompleksiskai, todėl kiekvieno iš jų pokytį negalima traktuoti vienareikšmiškai.

Lietuvoje nuolat blogėja demografiniai rodikliai – šalies gyventojų skaičius vis mažėja, gyventojai senėja. Vienas iš socialinių veiksnių įtakančių PSDF biudžetą – valstybės lėšomis draudžiamųjų asmenų skaičius.

Vienas iš svarbiausių politinių veiksnių įtakančių PSDF biudžeto pajamas yra valstybės biudžeto asignavimų dydis už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, kuris kiekvienais metais yra patvirtinamas Valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymu (Lietuvos Respublikos sveikatos... 2009).

Iš viso yra nustatyta 19 draudžiamųjų valstybės lėšomis kategorijų. Tai gana ženklus valstybės lėšomis draudžiamųjų grupių sąrašas. Valstybės lėšomis PSD yra draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys – vaikai, pensininkai, neįgalieji ir kt. Šie asmenys valstybės lėšomis draudžiami tik tuo atveju, jei jie nedirba, nevykdo kitos ekonominės veiklos ar negauna kitų pajamų, nuo kurių mokamos PSD įmokos (Lietuvos Respublikos sveikatos... 1996).

Valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną valstybės lėšomis PSD draudžiamą asmenį, procentinis dydis nustatytas Sveikatos draudimo įstatyme, o išreikštas litais – kasmet tvirtinamuose atitinkamų metų valstybės biudžeto įstatymuose. Vidutinė metinė vieno dirbančio asmens PSD įmoka 2012 m. sudarė 2263 Lt ir metinė valstybės biudžeto įmoka už vieną draudžiamą valstybės lėšomis – 725 Lt. Taigi metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną draudžiamą valstybės lėšomis, 2012 m. buvo 3,1 kartus mažesnė nei vidutinė metinė vieno dirbančiojo įmoka (Lietuvos Respublikos Vyriausybės... 2012). Ankstesni metai pateikiami žemiau esančiame 9 paveiksle.



9 pav. Vidutinė metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka 2008–2012 m.
Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Lietuvos Respublikos sveikatos... 2013)

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

Valstybės laiduojamų ASPP apdraustiesiems PSD garantas – Privalomojo sveikatos draudimo fondas. Nuo šio fondo lėšų priklauso galimybė užtikrinti apdraustųjų asmens sveikatos priežiūrą, kompensuojant gydymo įstaigoms jų suteiktų ASPP išlaidas.

Itin svarbus yra PSDF biudžeto subalansuotumas, t. y. surenkamos pajamos turi būti lygios biudžeto išlaidoms, todėl nuo PSDF biudžeto pajamų priklauso ir išlaidų dydis. PSDF biudžeto išlaidas nustato Sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnis. Jame numatyta, jog šio biudžeto lėšomis apmokamos sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis TLK yra sudariusios sutartis, teikiamų asmens sveikatos priežiūros (toliau tekste – ASP), įskaitant medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo, paslaugų išlaidos, kompensuojamos vaistų ir MPP, OTP įsigijimo išlaidos bei kita (Valstybinė ligonių kasa... 2010).

LR Sveikatos draudimo įstatymas reglamentuoja vienodą iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų ASPP teikimo lygį visiems apdraustiesiems, neatsižvelgiant į sumokamą sveikatos draudimo įmokų dydį.

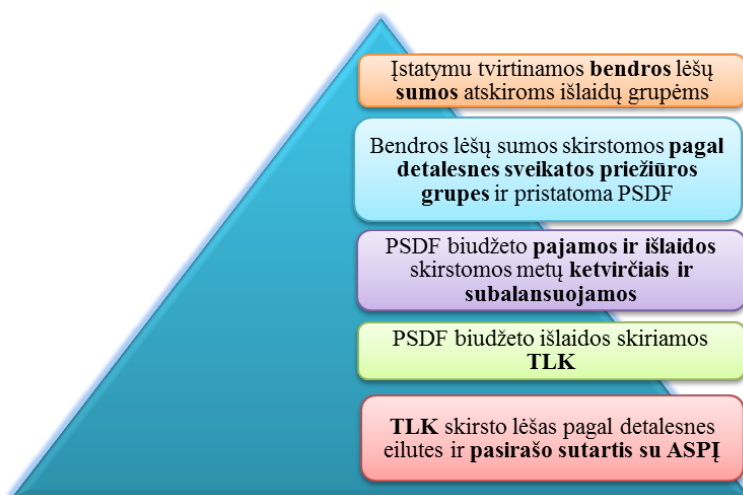
LR Seimui priėmus PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą, kuriuo tvirtinamas ateinančių metų PSDF biudžetas, VLK kiekvienais metais bendradarbiaudama su kompetentingomis institucijomis ir įvertinusi praėjusių metų faktinį išlaidų plano vykdymą pagal metų ketvirčius bei sergamumo ir paslaugų teikimo sezoniskumo prognozę (pastarąją atlieka TLK), atlieka PSDF biudžeto išlaidų paskirstymą. Tai kelis mėnesius trunkantis procesas, kuris pradedamas dar iki biudžeto patvirtinimo LR Seime. Šį procesą galima suskaidyti į atskirus etapus:

1. stambiausių išlaidų grupių (pvz., PSDF biudžeto lėšų, numatytų ASPP, sveikatos programoms, kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir pan.) paskirstymas metų ketvirčiais;

2. PSDF biudžeto išlaidų paskirstymas pagal detalesnes išlaidų grupes (pagal greitosios medicinos pagalbos (toliau tekste – GMP), slaugos paslaugas, atskiras prevencines programas ir pan.);
3. PSDF biudžeto išlaidų, paskirstytų pagal detalesnes išlaidų grupes, paskirstymas TLK. Šių paskirstymų formulės ir principai yra patvirtinti ir reglamentuoti Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau tekste – SAM) ir VLK teisės aktais;
4. PSDF biudžeto išlaidų paskirstymas metų ketvirčiais.

TLK, joms skirtas PSDF biudžeto lėšas paskirsto pagal dar detalesnes išlaidų grupes, pvz., VLK paskirto TLK lėšas GMP išlaidoms apmokėti, o TLK šias lėšas paskirsto dar detaliau: GMP dispečerinių tarnybų, budinčių brigadų išlaidoms apmokėti ir pan.

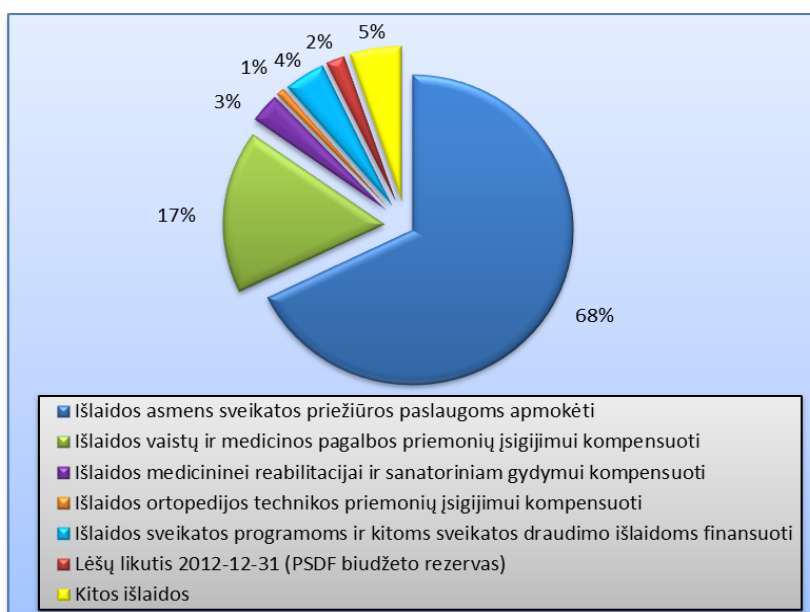
VLK direktoriaus įsakymu patvirtinus pagal minėtus išlaidų straipsnius TLK paskirstytas PSDF biudžeto lėšas, pastarosios sudaro sutartis su vaistinėmis ir gydymo įstaigomis, neviršydamos joms skirtų asignavimų pagal išlaidų straipsnius. PSDF biudžeto lėšų skirstymo procesas atvaizduotas 10 paveiksle.



10 pav. PSDF lėšų pasiskirstymas (Projekto... 2012)

ASP išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis. TLK sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros veiklai turinčiomis ASPĮ.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu VLK, suderinusi su SAM, PSDF biudžeto lėšas gali skirti valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti (Lietuvos Respublikos sveikatos... 1996).



11 pav. PSDF išlaidų struktūra 2012 m. (proc.)

Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Privalomojo sveikatos... 2012)

Iš 11 pav. pateiktų duomenų matyti, kad 2012 m. didžioji PSDF išlaidų dalis (68 proc.) buvo skiriama ASPP apmokėti, 17 proc. PSDF lėšų skiriama vaistų ir MPP įsigijimui bei apie 4 proc. sveikatos programoms. Visoms likusioms išlaidoms apmokėti skiriama apie 11 proc. PSDF biudžeto.

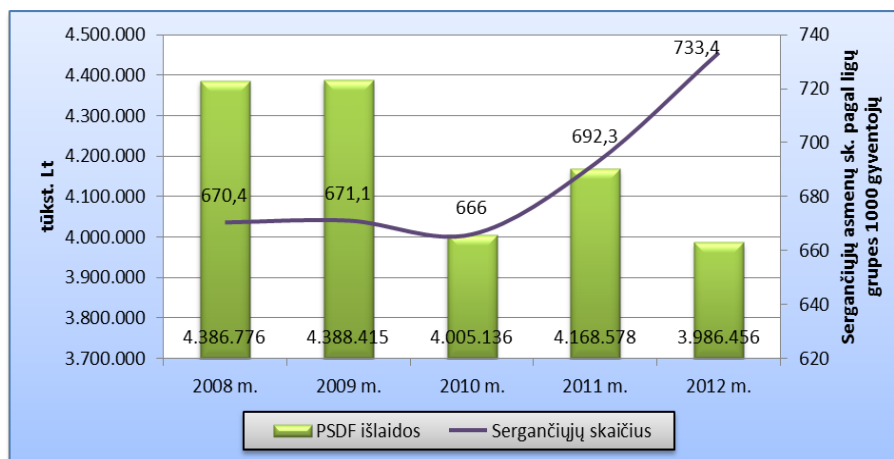
PSDF biudžeto išlaidoms 2008–2012 m. įtakos turėjo didėjantis pensijinio amžiaus žmonių skaičius, ilgėjanti gyvenimo trukmė bei didėjantis senyvo amžiaus žmonių poreikis sveikatos paslaugoms. Dėl padidėjusios emigracijos, natūralaus gyventojų prieaugio mažėjimo, vidutinio amžiaus darbingų asmenų šalyje mažėjo, o vyresnio amžiaus asmenų skaičius didėjo. Didėjantis poreikis sveikatos paslaugoms didino ir PSDF biudžeto išlaidas.

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

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 daugybinės. Tikėtina, kad šis procesas artimiausiu laiku augs (Buivydas et al. 2010).

Su kiekvienais metais stebimas Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos trukmės ilgėjimas, kurį 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.

Kaip jau buvo minėta tiek gyvenimo trukmės ilgėjimas, tiek didėjantis pensijinio amžiaus gyventojų skaičius tai tiesiogiai įtakojo sveikatos priežiūros paslaugų poreikio didėjimą, tačiau PSDF biudžeto galimybės buvo labai ribotos. Tai akivaizdžiai iliustruoja 12 paveikslas.



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

Remiantis 12 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.

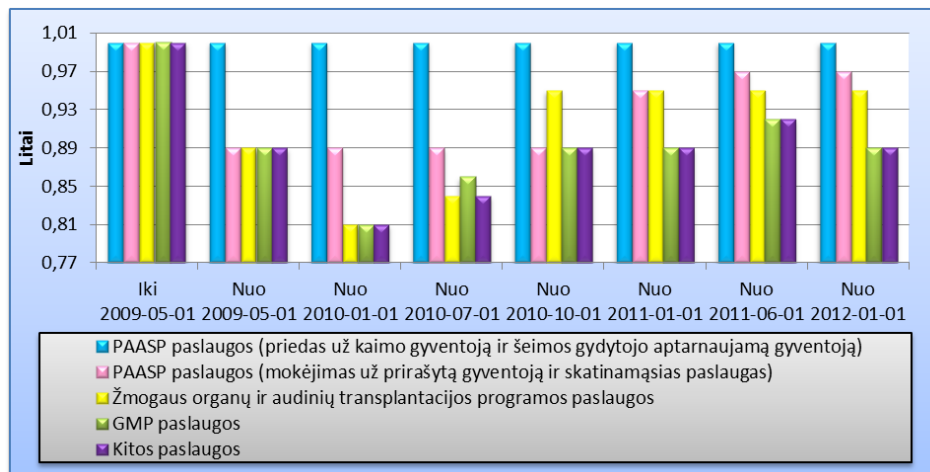
Siekiant subalansuoti PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas bei pacientams užtikrinti ASPP prieinamumą buvo nutarta išlaidas ASPP mažinti nustatant diferencijuotas bazinių kainų balo vertes. Ši nuostata buvo taikoma nuo 2009 m. visų rūšių ASPP. Taip pačios ASPĮ buvo skatinamos persitvarkyti, racionaliau naudoti PSDF biudžeto lėšas, teikti ekonomiškai efektyvesnes paslaugas ir nemažinti jų kiekio.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos buvo laikomos prioritetinėmis, todėl nuo 2009-05-01 jų bazinių kainų balo vertė buvo didesnė nei kitų ASPP, už kurias mokama iš PSDF biudžeto.

Gyventojų, prirašyto prie PAASP paslaugas teikiančios įstaigos, sveikatos priežiūros metinės bazinės kainos ir skatinamųjų PAASP paslaugų bazinių kainų balo vertė, nors ir buvo mažesnė už 1 litą, buvo didesnė nei kitų iš PSDF biudžeto apmokamų ASPP bazinių kainų balo vertė. Pvz., nuo 2010 m. pradžios iki 2010-07-01 atsiskaitant su ASPĮ už PAASP paslaugas buvo taikoma 0,89 bazinių kainų balo vertė, už kitas ASPP – 0,81 Lt balo vertė, nuo 2010-07-01 iki 2010-10-01 atsiskaitant už PAASP paslaugas buvo taikoma – 0,89 Lt, už kitas paslaugas – 0,84 Lt balo vertė, nuo 2011-06-01 iki 2012-01-01 atsiskaitant už PAASP paslaugas buvo taikoma – 0,97 Lt balo vertė, už kitas paslaugas – 0,92 lito balo vertė.

Nuo 2012 m. pradžios iki šiol atsiskaitant su ASPĮ už PAASP paslaugas taikoma 0,97 Lt balo vertė, už kitas paslaugas – 0,89 Lt balo vertė. Beveik visais šiais laikotarpiais PAASP paslaugų bazinių kainų balo vertė buvo nuo 5 iki 10 proc. didesnė nei kitų paslaugų (ne PAASP paslaugų) bazinių kainų balo vertė.

Be to, pažymėtina, kad už kai kurias PAASP paslaugas mokama taikant aukščiausią balą: sumos, kuria didinama kiekvieno aptarnaujamo kaimo gyventojų ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 4 tūkst., PAASP paslaugų metinė bazinė kaina, taip pat sumos, kuria didinama kiekvieno šeimos gydytojo (ne gydytojų komandos) aptarnaujamo gyventojų PAASP metinė bazinė kaina, bei priedo, skiriamo už PAASP gerus darbo rezultatus 1 balo vertė prilyginama 1 litui (2012 metų... aiškinamasis raštas). Tai iliustruoja žemiau esantis paveikslas.

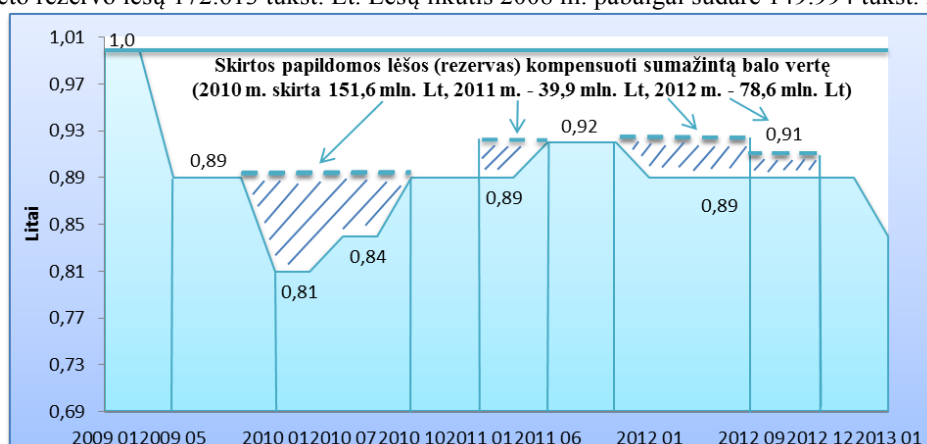


10 pav. Diferencijuotos bazinių kainų balo vertės reguliavimas
Šaltinis: Sudaryta autorės, remiantis: (Valstybinės ligonių kasos... 2008–2012)

Kaip matyti iš 13 pav. Lietuvos gydymo įstaigų teikiamų paslaugų išlaidos apmokamos kainomis, įvertintomis balais. Nuo 2009 m. gegužės mėnesio bazinių kainų balo vertė nuolat mažinama ir visą šį laikotarpį nesiekia 1 lito. Taigi gydymo įstaigos, už teikiamas paslaugas apmokėdamos sumažintais įkainiais, patiria didelių nuostolių, nes joms nėra padengiamos visos teikiamų ASPP išlaidos (2013 m. gruodžio 4 d. pranešimas VIR). Gydymo įstaigoms plaukiojantis kainų balas nėra teisingas, tai – rinkos iškraipymas. Esant tokiai sistemai sveikatos sistema yra užkoduota būti nuostolinga. Neteisingai mokant už medicinos paslaugas yra daroma didelė žala sistemai. Todėl reikia arba taupyti medicinos personalo sąskaita ir tada žmonės ilgiau lauks bei gaus mažiau kokybiškų paslaugų, arba pradėti teisingai mokėti už suteiktas medicinos paslaugas (Jankauskienė 2014).

Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo 22 str. PSDF biudžetui stabilizuoti numatomas rezervas. Jis turi būti ne didesnis kaip 10 proc. metinės PSDF biudžeto pajamų sumos. Rezervo lėšos Vyriausybės nustatyta tvarka naudojamos laikinam pajamų trūkumui padengti arba išlaidoms, kurių tvirtinant PSDF biudžetą nebuvo galima numatyti, apmokėti (Lietuvos Respublikos Vyriausybės... 2002). 2010 m. šis Vyriausybės nutarimas pakeistas, papildytas nauju punktu, kuris numato, jog rezervo lėšos nenumatytoms išlaidoms apmokėti, gali būti skirtos ir dėl sunkios ekonominės padėties valstybėje sumažintai balo vertei iš dalies kompensuoti, naudojamos pagal PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų klasifikacijos straipsnius.

Nagrinėjant PSDF biudžeto rezervą išanalizuoti 2008–2012 m. PSDF biudžeto rezervo lėšų sudarymo ir panaudojimo ypatumai. Remiantis PSDF biudžeto vykdymo ataskaitomis matyti, kad lėšų likutis pagal 2008-01-01 būklę sudarė 322.607 tūkst. Lt. iš jų, PSDF biudžeto lėšų likutis (suma, kuria neviršijama planinių apyvartinių lėšų suma) sudarė 180.103 tūkst. Lt. PSDF biudžeto rezervo lėšas sudarė 142.504 tūkst. Lt. 2008 m. panaudota PSDF biudžeto rezervo lėšų 172.613 tūkst. Lt. Lėšų likutis 2008 m. pabaigai sudarė 149.994 tūkst. Lt .



11 pav. Bazinių kainų balo vertė 2009–2012 m.

Kaip matyti iš 14 pav. PSDF biudžeto rezervo lėšos 2009–2012 m. buvo skirtos kompensuoti sumažinto balo vertei. Be to, PSDF biudžeto rezervo lėšos buvo naudojamos kompensuoti ASPĮ patirtas išlaidas, už suteiktas gyventojams ASPP, kurios viršijo PSDF biudžeto lėšas numatytas sutartyse.

Išvados

Lietuvos PSD modelis grindžiamas visuotinum 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)
- Dviejų pagrindinių pajamų šaltinių sąveika (anticiklinis mechanizmas) užtikrina PSDF biudžeto fiskalinį tvarumą.

Sukurta sveikatos draudimo sistema turi dvi pagrindines ypatybes, kurios ir garantuoja, kad lietuviškasis sveikatos draudimo modelis nesugrius. Pirmoji ypatybė yra autonomija – tai, kad sveikatos draudimo lėšos yra atskirtos nuo kitų valstybės disponuojamų lėšų. Kita ypatybė, kuri skiria sveikatos draudimo pinigus nuo valstybės pinigų ir daro juos patikimesnius.

PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos yra subalansuotos.

PSD finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio PSDF biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus.

PSDF biudžeto pajamų pamatą sudaro PSD įmokos, kurias galima išskirti į dvi pagrindines grupes: valstybės biudžeto mokamas įmokas ir kitų draudėjų (pvz., darbdavių) ir draudžiamųjų (pvz., dirbančiųjų) mokamas įmokas.

Pagrindinio sveikatos priežiūros finansavimo šaltinio – PSDF biudžeto pajamų pokyčiai – lemia visą sveikatos sektoriaus finansavimo paskirstymą. Nustatyta, kad PSDF pajamų pokytį įtakoja ekonominiai, socialiniai ir demografiniai veiksniai.

Dabartinė PSD įmokų ir valstybės asignavimų sistema neužtikrina reikiamo lėšų surinkimo augantiems asmenų sveikatos poreikiams užtikrinti.

Metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis yra 3 kartus mažesnė nei vidutinė metinė vieno dirbančiojo įmoka.

Sukauptas PSDF biudžeto rezervas gelbsti kritinėse sveikatos sistemai situacijose.

Siekiant įgyvendinti PSDF biudžeto subalansuotumą bei pacientams užtikrinti ASP prieinamumą nuo 2009 m. visų rūšių ASPP buvo sumažintos diferencijuotos bazinių kainų balo vertės.

PSDF biudžeto rezervo lėšos 2009–2012 m. buvo skirtos kompensuoti ne tik sumažinto balo vertei, bet ir kompensuoti ASPĮ patirtas išlaidas, už suteiktas gyventojams ASPP, kurios viršijo PSDF biudžeto lėšas numatytas sutartyse.

Literatūra

- 2012 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas. 2013 m. gruodžio 4 d. pranešimas VIR [žiūrėta 2014 m. kovo 25 d.]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_k=1&p_d=142882.
- Buivydas, R., et al. 2010. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: UAB „Efrata“. 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.
- Jankauskienė D.: „Esame kovotojai, o ne kūrėjai“, *Lietuvos sveikata*, 2014-04-03, psl. 1, 5, 8.
- Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. 2007. *Sveikatos politika ir valdymas*: vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras. 293 p.
- Konferencija: „Privalomojo sveikatos draudimo vaidmuo atstovaujant viešąjį interesą: tarp valstybinio reguliavimo ir konkurencijos“ 2013.04.05
- 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. kovo 2 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.finmin.lt/finmin.lt/failai/nacionalinio_biudžeto_surinkimas/kepv/2008_12_men_LT.pdf>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2009 m. biudžetas [žiūrėta 2014 m. kovo 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2009biudz>>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2010 m. biudžetas [žiūrėta 2014 m. kovo 2 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. kovo 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2011islaidos>>.
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2012 m. Valstybės išlaidos pagal sritis [žiūrėta 2014 m. kovo 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.finmin.lt/web/finmin/2012islaidos>>.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija 2013. *Sveikatos sistemos apžvalga*. Klaipėda: UAB „Baltic Printing House“. 151 p.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2009 m. kovo 26 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2009 metų strateginio veiklos plano“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512).
- 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 Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 3 d. nutarimas Nr. 798 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 56-2241).
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. gegužės 25 d. nutarimas Nr. 639 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybės išdo atsargų sunkmečiui įstatymo koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. 70-3315).
- Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos 2012 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto pateikimo Lietuvos Respublikos seimui“ projektas Nr. 11-0374-02-I
- Lietuvos statistikos departamento skelbiama informacija apie: bendrasis vidaus produktas 2008-2012 m. [žiūrėta 2013 m. gruodžio 14 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 sveikatos statistika 2008 m. [žiūrėta 2012 m. sausio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2009.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2009 m. [žiūrėta 2012 m. sausio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2009.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2010 m. [žiūrėta 2012 m. sausio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2010.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2011 m. [žiūrėta 2012 m. sausio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2011.pdf>>.
- Lietuvos sveikatos statistika 2012 m. [žiūrėta 2012 m. sausio 18 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/data/la2012.pdf>>.
- Murauskienė, L. 2000. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras. 233 p.
- Nedarbo lygis Lietuvoje [žiūrėta 2014 m. kovo 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.eu-employment-observatory.net/resources/reports/Lithuania-2009-2011EmpDevpts.pdf>>.
- 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. vasario 24 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 fondo biudžeto vykdymo ataskaita pagal 2012 metų gruodžio 31 d. duomenis.
- Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita pagal 2011 metų gruodžio 31 d. duomenis.
- Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita pagal 2010 metų gruodžio 31 d. duomenis.
- Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita pagal 2009 metų gruodžio 31 d. duomenis.
- Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita pagal 2008 metų gruodžio 31 d. duomenis.
- Privalomojo sveikatos draudimo problemos Lietuvoje* [žiūrėta 2014 m. balandžio 11 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.medpraktika.lt/naujienos/naujiena/197/Privalomojo-sveikatos-draudimo-problemos-Lietuvoje>>.
- Projekto „Ligonių kasų veiklos valdymo tobulinimas“ NR. VP1-4.2-VRM-03-V-01-066 veiklos Nr. 1.3.1 „Finansų valdymo sistemos optimizavimas“ ataskaita
- Švagzdienė, 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. vasario 24 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>.

V. P. Andriukaičio sveikatos apsaugos reforma riešuto kevale [žiūrėta 2014 m. balandžio 11 d.]. Prieiga per internetą: <http://rytis.org/2013/02/10/sveikatos-reforma/>.
Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2010. *Ligonių kasos: 2009-ųjų apžvalga*. Vilnius: UAB „Petro ofsetas“. 38 p.
Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys.

PECULIARITIES OF THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE FUND

Evelina MATKEVIČIŪTĖ, Borisas MELNIKAS

Summary. The healthcare system in Lithuania faced with limited financial resources. However, no country is able to cover all costs of healthcare. Exactly the optimal use of these limited resources is one of the countries healthcare system's goals. The article analyses the Compulsory Health Insurance Fund (CHIF), Lithuanian health system, presents CHIF revenue and expenditure formation, analysis and its changes of 2008 - 2012 m. Conclusions and suggestions are presented after analysing the theoretical and practical aspects.

Keywords. Compulsory health insurance fund, health system, revenue and expenditure analysis.