



AUKŠČIAUSIOJI  
AUDITO INSTITUCIJA  
NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽĪSTAMI

# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS VERTINIMAS

2019 m. balandžio 15 d. Nr. YD-4



# TURINYS

PAGRINDINIAI FAKTAI .....	3
SANTRAUKA.....	4
ĮŽANGA .....	6
VERTINIMO REZULTATAI .....	8
1. NEIŠSPRĘSTA PROBLEMA DĖL VALSTYBĖS ĮSIPAREIGOJIMŲ PSDF BIUDŽETUI .....	8
2. IŠLAIDOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRAI STOKOJA NUOSEKLUMO.....	11
2.1. PSDF lėšos naudojamos išlaidoms, nesusijusioms su draudimo tikslu, apmokėti .....	12
2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų apimtis ir sudėtis neaiški, o kainos nepagrįstos objektyviomis sąnaudomis.....	13
2.3. Nepakankama mažiau PSDF kainuojančių ambulatorinių paslaugų plėtra .....	16
2.4. Neišnaudotos galimybės gerinti paslaugų kokybę.....	17
PRIEDAI .....	21
1 priedas. Santrumpos.....	21
2 priedas. Vertinimo apimtis.....	22
3 priedas. Valstybės biudžeto asignavimų poreikis valstybės funkcijoms sveikatos srityje vykdyti ir skirti asignavimai.....	24
4 priedas. Sveikatos priežiūros paslaugų apimties ES pavyzdžiai .....	25

# PAGRINDINIAI FAKTAI

**2,06 mlrd. Eur**

planuojamos 2019 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamos

**1,95 mlrd. Eur**

planuojamos 2019 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos

**94 proc.**

apdraustų asmenų skaičius Lietuvoje (18 iš 24 vertintų EBPO valstybių yra pasiekusios 99,9 arba 100 proc. asmenų draustumą)

**1,2 mlrd. Eur**

už asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2017 m. apmokėta ne objektyviomis sąnaudomis grįstomis kainomis

**55 proc.**

gyventojų pagrindine problema sveikatos priežiūros sistemoje laiko dideles eiles

**608 stacionaro lovos**

100 tūkst. gyventojų Lietuvoje (ES vidurkis – 418)

**77 slaugytojai**

10 tūkst. gyventojų Lietuvoje (ES vidurkis – 84)

**43 gydytojai**

10 tūkst. gyventojų Lietuvoje (ES vidurkis – 36)

# SANTRAUKA

## Vertinimo svarba, apimtis ir tikslas

Siekiant užtikrinti sveikatos draudimo tvarumą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, svarbu atsižvelgti į ne kartą kartojamas auditų išvadas ir tinkamai įgyvendinti pateiktas rekomendacijas. Aukščiausioji audito institucija per 2010–2018 m. laikotarpį atliko 21 finansinį ir veiklos auditą, susijusį su PSD lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros vertinimais. Atlikdami šį vertinimą, apibendrinome atliktų auditų rezultatus, pateiktas rekomendacijas, išnagrinėjome EBPO, Europos Komisijos apžvalgą bei užsienio šalių praktiką susijusiais klausimais. Vertinimo apimtis išsamiau aprašyta 2 priede „Vertinimo apimtis“ (22–23 psl.).

Sveikatos priežiūros sistemos vertinimo tikslas – pateikti įžvalgas ir paskatinti suinteresuotas šalis imtis rezultatyvesnių veiksmų sprendžiant aktualiausias problemas.

## Pagrindinės vertinimo įžvalgos

### Neįmanoma įvertinti, ar valstybė vykdo įsipareigojimus PSDF biudžetui

Valstybė pagal šiuo metu galiojantį reglamentavimą yra prisiėmusi finansinių galimybių neatitinkančius įsipareigojimus – mokėti už 19 grupių draudžiamuosius valstybės lėšomis, skirti asignavimus 4 valstybės funkcijoms vykdyti, – kuriuos, auditorių nuomone, galima būtų peržiūrėti. Valstybės lėšomis turėtų būti remiama tiek socialiai jautrių grupių, kiek valstybė pajėgi remti, ir finansuojamos tos funkcijos, kurių finansavimą valstybė pajėgi užtikrinti. Kita vertus, valstybė daliai gydymo įstaigų suteikia turto naudotis neatlygintinai. Dėl to neįmanoma įvertinti, kiek kainuoja sveikatos priežiūra (1 skyrius, 8–11 psl.).

### PSDF lėšos naudojamos nesant sveikatos sutrikimų

Kadangi yra atskiras sveikatos draudimo fondas ir įstatyme apibrėžtas jo tikslas, mokama ir už tikslo neatitinkančias paslaugas, kurios nėra susijusios su draudiminiu įvykiu (nesant sveikatos sutrikimų). Sveikatos draudimo įmokų lėšomis mokamos imunoprofilaktikos programos ir kraujo donorystės išlaidos (2.1 poskyris, 12–13 psl.).

### Neišgryninta paslaugų apimtis ir sudėtis, kainos nepagrįstos objektyviomis sąnaudomis

Socialiai jautrių asmenų grupės gauna didesnės apimties ir sudėties paslaugas. Tai turi socialinės paramos, kuri yra finansuojama iš valstybės biudžeto, požymių. Skaičiuojant gydymo paslaugų kainą, neįtraukiamos turto ir naujų technologijų sąnaudos. Todėl už asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2017 m. buvo sumokėta 1,2 mlrd. Eur taikant ne objektyviomis sąnaudomis grįstas kainas (2.2 poskyris, 13–15 psl.).

### Nepakankama mažiau PSDF kainuojančių ambulatorinių paslaugų plėtra

Jau nuo 2010 m. AAI keliama, tačiau iki šiol neišspręsta per didelio hospitalizacijos masto problema. Tinkamai suteikus ambulatorinę pagalbą, sustiprinus šeimos gydytojo instituciją, būtų galima išvengti 20 proc. aktyvaus gydymo ligoninėje atvejų, o sutaupytas lėšas skirti paslaugų kokybei gerinti (2.3 poskyris, 16–17 psl.).

### Trūksta prielaidų paslaugų kokybei gerinti

Mokėjimas už paslaugas nesiejamas su gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybe – paslaugų veiksmingumu ir gydymo rezultatais. Todėl gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų gerinti šių paslaugų kokybę. Sveikatos priežiūros sistema nesudaro prielaidų užtikrinti tinkamą paslaugų prieinamumą, reikiamą specialistų skaičių, tinkamą jų kvalifikaciją, nepageidaujamų įvykių suvaldymą, naujų sveikatos priežiūros technologijų taikymą ir pan. (2.4 poskyris, 17–20 psl.).

# ĮŽANGA

Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje iš esmės finansuojama per privalomąjį sveikatos draudimą, siekiant įtraukti visus šalies gyventojus. Apdraustų asmenų skaičius Lietuvoje didėja nuo 90,9 proc. 2010 m. iki 93,9 proc. 2017 m. Remiantis šiais duomenimis, esame 22-oje vietoje iš EBPO vertintų 24 valstybių. Lietuvos tikslas – 2020 metais pasiekti 94,5 proc. asmenų draustumą<sup>1</sup>. Pažymėtina, kad net 18 EBPO valstybių yra pasiekusios 99,9 arba 100 proc. asmenų draustumą.

Lietuvos sveikatos draudimo sistemą reglamentuoja Sveikatos draudimo įstatymas. Jis apibrėžia sveikatos draudimo rūšis, draudžiamus asmenis, biudžeto formavimo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSD fondo biudžeto pagrindus, PSD draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas, PSD vykdančias institucijas.

Lietuvos sveikatos draudimo sistema pagrįsta tiek sveikatos draudimo įmokomis (Bismarko modelis), tiek bendraisiais mokesčiais (Beveridžo modelis) (žr. 1 pav.).

## 1 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo modeliai

### Bismarko modelio bruožai:

- finansuojama iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų ar mokesčių;
- įmokos už sveikatos draudimą yra atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų;
- sveikatos draudimas yra privalomas;
- lėšos kaupiamos „fonde“, t. y. nevyriausybinuose, bet įstatymais įteisintuose finansinio valdymo organuose. Šie fondai sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl medicinos pagalbos paslaugų teikimo.

Šalys, kuriose šis modelis taikomas: Austrija, Belgija, Vokietija, Nyderlandai, Prancūzija.

### Beveridžo modelio bruožai:

- finansuojama iš bendrųjų mokesčių;
- nustatyti privataus sektoriaus įnašai;
- užtikrintas prieinamumas visiems piliečiams;
- paslaugų pirkėjai ir tiekėjai pavaldūs valstybiniam organams;
- gydytojų darbo užmokestis priklauso nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus;
- iš asmeninio paciento biudžeto tenka sumokėti tam tikras priemokas.

Šalys, kuriose šis modelis taikomas: Airija, Danija, Graikija, Ispanija, Italija, Norvegija, Portugalija, Jungtinė Karalystė, Suomija, Švedija.

Šaltinis: Majnoni d'Intignano B. Sveikatos apsaugos finansavimas Europoje. Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regiono biuras, 1990; Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė. Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos. 2011. 1 (21).

Sveikatos priežiūros finansavimo modelių plėtros tendencijos yra tokios, kad net ir tos šalys, kurios buvo tipiškos Bismarko modelio atstovės, dėl senstančios visuomenės ir blogėjančio mokančiųjų ir nemokančiųjų santykio laipsniškai pereina prie mišraus modelio, kurį taikant už dalį ekonomiškai neaktyvių gyventojų mokama iš valstybės biudžeto.

Lietuvoje sveikatos priežiūros finansavimo struktūra panaši į kitų ES šalių sveikatos priežiūros finansavimo struktūrą. 2016 m. apie 77 proc. ES sveikatos išlaidų buvo apmokama iš valstybės ir privalomojo draudimo lėšų (Lietuvoje – 67 proc.). Gyventojų įmokos ES sudaro 18 proc. visų išlaidų, Lietuvoje – 32 proc. (penkiose ES šalyse – Maltoje,

<sup>1</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2018-01-17 įsakymu Nr. V-51 patvirtintas Sveikatos apsaugos ministerijos 2018–2020 m. strateginis veiklos planas.

Graikijoje, Latvijoje, Bulgarijoje ir Kipre – mokėjimai savo lėšomis sudarė daugiau nei trečdalį sveikatos priežiūros išlaidų). Privataus sveikatos draudimo lėšų apimtys svyruoja nuo 0,1 iki 15 proc. visų išlaidų<sup>2</sup> (Lietuvoje – 1 proc.<sup>3</sup>).

---

#### Sveikatos priežiūros finansavimas ES

Danijoje daugiau kaip 70 proc. įmokų surenkama iš mokesčių: apie 20 procentų – iš socialinės apsaugos įmokų ir apie 5 proc. – iš kitų įvairių rūšių mokesčių.

Vokietijoje sveikatos draudimas finansuojamas iš sveikatos draudimo fondo, už kiekvieną apdraustąjį ligonių kasoms skiriamas bazinis mokestis, už padidintos rizikos apdraustuosius pridedama papildoma įmoka<sup>4</sup>. Vokietijoje sveikatos draudimas yra privalomas, o draudimo įmokas moka ir darbdaviai, ir darbuotojai santykiu 50 : 50. Įmokų suma priklauso nuo atlyginimo dydžio, o apmokestinamųjų pajamų dydis – nuo draudimo rūšies.

Belgijoje socialinių įmokų dalis visose pajamose per pastarąjį dešimtmetį sumažėjo nuo daugiau nei 50 proc. iki maždaug 43 proc., tačiau valstybės indėlis padidėjo<sup>5</sup>.

Latvija iki šiol neturėjo PSD ir viską finansavo iš bendro biudžeto, tačiau nuo 2019 m. pradžios, siekdama pritraukti į sveikatos sistemą papildomų lėšų, ėmė taikyti derinį: minimalus sveikatos priežiūros paketas finansuojamas iš valstybės biudžeto visiems šalies gyventojams, o pilnas paketas – tik mokantiems PSD įmokas ar apdraustiems valstybės<sup>6</sup>.

Estijoje daugiausia pajamų surenkama iš draudimo įmokų, kurias moka darbuotojai. Didelę dalį (apie pusę) apdraustųjų sudaro nemokantys draudimo įmokų (vaikai, pensijų gavėjai ir registruoti bedarbiai). Kadangi darbo užmokesčio apmokestinimas didelis, svarstoma dėl didesnio valstybės indėlio. Nuo 2018 m. valstybė ėmė mokėti įmokas už pensijų gavėjus kaip procentą nuo vidutinės pensijos (planuojama, kad iki 2022 m. jis turėtų siekti 13 proc. vidutinio DU)<sup>7</sup>.

---

Šiame vertinime teikiame 2010–2018 m. atlikto 21 audito asmens sveikatos priežiūros ir jos finansavimo srityje apibendrintas išvadas, rekomendacijas, išnagrinėtą EBPO, Europos Komisijos apžvalgą bei užsienio šalių praktiką susijusiais klausimais.

---

<sup>2</sup> Health at a Glance: Europe 2018, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>3</sup> State of Health in the EU, Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>4</sup> Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė. Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos. 2011. 1 (21).

<sup>5</sup> EBPO, Health at a Glance 2017 OECD InDiCatOrs.

<sup>6</sup> 15th Baltic Policy Dialogue. Ensuring universal health coverage in the Baltics: exploring policy options to improve performance. *Developing a comprehensive benefits package*. 2018-11-8/9.

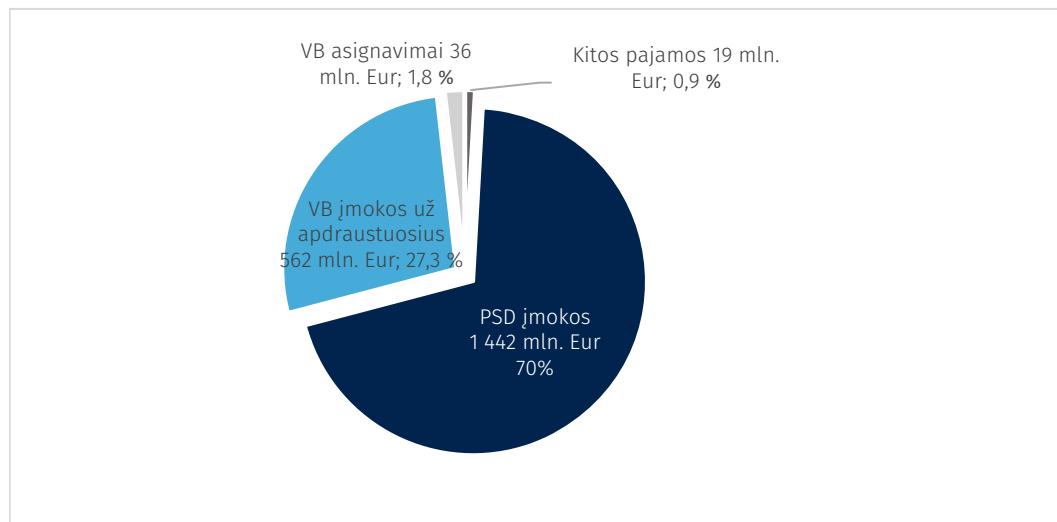
<sup>7</sup> State of Health in the EU, Estonia. Country Health Profile 2017, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.

# VERTINIMO REZULTATAI

## 1. NEIŠSPRĘSTA PROBLEMA DĖL VALSTYBĖS ĮSIPAREIGOJIMŲ PSDF BIUDŽETUI

PSDF biudžeto pajamas sudaro 8 pajamų grupės (žr. 2 pav.)<sup>8</sup>. Didžiausią fondo pajamų dalį sudaro apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos: 2019 m. planuojama gauti 1 442 mln. Eur. pajamų<sup>9</sup>, tai sudaro 70 proc. visų pajamų (2 060 mln. Eur).

2 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos



\* Kitos pajamos: lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis – 12 mln. Eur; 0,6 %; savanoriškos asmenų įmokos – 2 mln. Eur; 0,1 %; išieškamos / grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą – 2,5 mln. Eur; 0,1 %; kitos pajamos – 2 mln. Eur; 0,1 %; institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos – 0 Eur

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal 2019 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą

Dėl dalies pajamų valstybė yra prisiėmusi tam tikrus įsipareigojimus, kuriems vykdyti turi būti užtikrintas valstybės finansavimas, tačiau jų nevykdo (žr. 1 lentelė):

- lengvatos vienai draudžiamųjų grupei;
- įmokos už apdrauosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- asignavimai valstybės funkcijoms vykdyti.

<sup>8</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 15 str. 1 d.

<sup>9</sup> 2019 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.



**1 lentelė. Valstybės nevykdomi įsipareigojimai**

Valstybės įsipareigojimai	Būdingi požymiai	Auditų rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos	
Lengvatos vienai draudžiamųjų grupei kompensavimas	Pagal Teismo sveikatos visuotinio įmokas turi mokėti visi Lietuvos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, taip pat teisėtai dirbantys ir laikinai gyvenantys užsieniečiai (didžiausia pajamų grupė).	Konstitucinio išaiškintą draudimo principą mokėti visi Lietuvos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, taip pat teisėtai dirbantys ir laikinai gyvenantys užsieniečiai (didžiausia pajamų grupė).	Kai kurioms draudžiamųjų grupėms leidžiama mokėti mažesnę įmoką <sup>10</sup> , pvz., smulkiesiems ūkininkams suteikta lengvata ir jiems reikia mokėti 3 proc., nors kiti asmenys moka 9 proc. Valstybė, nustačiusi tokią lengvatą, įmokų skirtumo nepadengia. 2017 m. smulkiesiems ūkininkams taikant 3 proc. nuo MMA PSD įmokų tarifą, apskaičiuota 2,2 mln. Eur pajamų, tai sudaro 1/3 pajamų, kurias galėjo gauti PSD <sup>11</sup> .	Ūkininkams suteiktos lengvatos prieštarauja teismo principui <sup>12</sup> , kuris reiškia, kad gyventojų įnašai turi atitikti jų finansines galimybes (mokumą) <sup>13</sup> . Gyventojai turi mokėti PSD įmokas, skaičiuojamas nuo jų gaunamų pajamų. Pažymėtina, kad, taikant lengvatą ūkininkams, nėra skaičiuojama, kokią naudą gauna valstybė.
Įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	Už jų yra 19 grupių. Didžiausią dalį sudaro vaikai ir pensijų gavėjai. 2017 m. šios grupės sudarė 54 proc. apdraustųjų <sup>14</sup> . Nuo 2010 m. valstybės draudžiamųjų sąrašas keitėsi nežymiai: 2013 m. buvo įtraukti globėjai, išbraukti laikiną apsaugą Lietuvoje gavę užsieniečiai ir kt. <sup>15</sup> ; 2015 m. įtraukti asmenys, atliekantys savanorišką praktiką <sup>16</sup> .	Už valstybės draudžiamuosius valstybės įmoka 2017 m. buvo 16,1 proc. mažesnė nei MMA gaunančių darbuotojų PSD įmokos dydis. Valstybės sprendimas remti 19 grupių, prisiimant įsipareigojimą mokėti už juos PSD įmokas, nėra tinkamai ekonomiškai įvertintas <sup>17</sup> .	Manome, kad šiuo atveju tai yra tik formalus draudimas, nes valstybės mokamos įmokos nėra pakankamos ir nepadengia visų išlaidų, patiriamų teikiant šioms grupėms sveikatos priežiūros paslaugas. PSD įmokos dydis, kurį numatoma pasiekti tik 2021 m. (6,98 proc. užpraeitų metų 12 MMA dydžio), nesprendžia problemos, nes šių grupių atstovai yra linkę dažniau sirgti, o tai reikalauja daugiau PSDF lėšų. Todėl valstybės įmoką reikėtų didinti, atsižvelgiant į šių asmenų riziką, arba mažinti valstybės lėšomis draudžiamų grupių skaičių.	

<sup>10</sup> Valstybinio audito ataskaita „Dėl 2014 metų privalomojo sveikatos draudimo fonde atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų“, 2015-09-25 Nr. FA-P-10-8-29-1.

<sup>11</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>12</sup> Vienas iš pagrindinių PSO Liublianios chartijoje įtvirtintų sveikatos politikos formavimo principų, kuriais vadovaujantis turi būti kuriama nacionalinė sveikatos politika, – teisumas. 1996 m. birželio 18 d. Liublianios chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje.

<sup>13</sup> Lundberg M., Wang L. Health sector reforms, 2006, p. 49.

<sup>14</sup> Valstybinė ligonių kasa. „Privalomojo sveikatos draudimo sistema“, 2018-06-18.

<sup>15</sup> 2013-09-25 Sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas, XIIP-917(2).

<sup>16</sup> 2014-07-10 Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XII-1001.

<sup>17</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

Valstybės įsipareigojimai	Būdingi požymiai	Auditų rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
			Kitų šalių praktika rodo, kad draudžiamųjų valstybės lėšomis dalis yra mažesnė <sup>18</sup> ir yra mažiau grupių <sup>19</sup> .
Asignavimai valstybės funkcijoms vykdyti	Iš valstybės biudžeto yra skiriami asignavimai šioms funkcijoms vykdyti: ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti; sumokėti už būtinosios pagalbos paslaugas; kompensacijoms kraujo donorams neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti; nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti.	Valstybė prisiimtus įsipareigojimus vykdo iš dalies <sup>20</sup> – neapmoka visų išlaidų. Valstybės prisiimta našta, kurios ji nepajėgi įvykdyti, padengiama draudžiamųjų mokomomis įmokomis.	Lėšų poreikis valstybės funkcijoms vykdyti nuo 2013 m. iki 2017 m. išaugo 35 proc., valstybės biudžeto asignavimai padidėjo 2,5 karto, tačiau iki šiol šie asignavimai padengia tik penkadalį išlaidų, būtinų prisiimtiems įsipareigojimams vykdyti (detaliau 3 priede).

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Jau kelerius metus aukščiausioji audito institucija nustato, kad valstybė per mažai sumoka už valstybės draudžiamus asmenis ir skiria nepakankamai asignavimų valstybės funkcijoms vykdyti – šios išlaidos kompensuojamos iš apdraustųjų įmokų. 2019 m.<sup>21</sup> planuojami 2 kartus didesni valstybės asignavimai (iš viso –36 mln. Eur) nesprendžia šios problemos (poreikis 2017 m. buvo 74 mln. Eur<sup>22</sup>). Valstybei ne pagal išgales prisiimant įsipareigojimus ir jų nevykdant, nukenčia apdraustųjų interesai.

Konstitucinis Teismas konstatavo, jog įstatymų leidėjui pasirinkus sveikatos priežiūros finansavimo modelį, grindžiamą *inter alia* privalomuoju sveikatos draudimu, kurio paskirtis yra užtikrinti pakankamą paslaugų prieinamumą, šio draudimo lėšomis gali būti finansuojamos tos apdraustų asmenų paslaugos, kurių neapima nemokama medicinos pagalba (paslaugos, skirtos žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti), kuri visiems piliečiams – neatsižvelgiant į tai, ar jie yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, ar ne – turi būti teikiama valstybės biudžeto lėšomis<sup>23</sup>. Tokia praktika egzistuoja ir Estijoje<sup>24</sup> – paslaugos,

<sup>18</sup> Pavyzdžiui, Vokietijoje sveikatos draudimo įmokas mokantys apdraustieji sudaro 78 proc., nemokantys apdraustieji – 22 procentus.

<sup>19</sup> Pavyzdžiui, Vokietijoje, Nyderlanduose valstybė moka įmokas už vaikus, Estijoje nuo 2018 m. valstybė ėmė mokėti įmokas už pensijų gavėjus kaip procentą nuo vidutinės pensijos. Kroatijoje valstybė moka už bedarbius, neįgalius karo veteranus ir civilius, tapusius neįgaliaisiais karo sąlygomis, taip pat karinį personalą, tapusį neįgaliaisiais taikos metu, asmenis, jaunesnius nei 18 metų.

<sup>20</sup> Valstybinio audito ataskaitos: „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio audito rezultatų“, 2013-07-12 Nr. FA-P-10-5-82; „Dėl 2014 metų privalomojo sveikatos draudimo fonde atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų“, 2015-09-25 Nr. FA-P-10-8-29-1; „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2015 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2016-09-30 Nr. FA-P-10-2-5-1; „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1; „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>21</sup> 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.

<sup>22</sup> Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitos: „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaita“, 2018-05-30 Nr. 7K-554; „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų panaudojimo 2017 m. ataskaita“, 18-05-30 Nr. 7K-555.

<sup>23</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas byloje Nr. 47/2009-131/2010.

<sup>24</sup> Mutual Information System on Social Protection. Prieiga per internetą: <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>.

skirtos žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti (greitosios pagalbos paslaugos), taip pat yra finansuojamos iš valstybės biudžeto.

Konstitucinis Teismas taip pat yra išaiškinęs, kad didesnę, negu implikuoja konstitucinė garantija mokėti už būtinąją pagalbą, nemokamos medicinos pagalbos piliečiams apimtį įstatymų leidėjas gali nustatyti tik tokiu atveju, jeigu tai atitinka valstybės finansines galimybes, t. y. jeigu valstybės biudžetui neužkraunama šių galimybių neatitinkanti našta, dėl kurios valstybė negalėtų įgyvendinti kitų savo funkcijų arba jai taptų daug sunkiau jas vykdyti.

Taigi, iki šiol lieka neišspręsta problema dėl valstybės prisiimtų įsipareigojimų vykdymo. Valstybės lėšomis turėtų būti remiama tiek socialiai jautrių grupių, kiek valstybė pajėgi remti, ir finansuojamos tos funkcijos, kurių finansavimą valstybė pajėgi užtikrinti.

Pažymėtina, kad valstybė neskiria pakankamai lėšų savo įsipareigojimams vykdyti, bet atkreiptinas dėmesys, kad valstybės indėlis yra ir materialusis turtas, t. y. valstybė daliai gydymo įstaigų neatlygintinai naudotis suteikia savo turtą: pastatus, brangią medicinos įrangą ir kitą turtą. Tokie nesubalansuoti sprendimai neleidžia įvertinti viešųjų lėšų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dydžio ir priimti objektyvių sprendimų dėl sveikatos apsaugos finansavimo<sup>25</sup>.

## 2. IŠLAIDOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRAI STOKOJA NUOSEKLUMO

---

EBPO teigimu<sup>26</sup>, Lietuva yra viena iš sparčiausiai senstančių ES šalių. Prognozuojama, kad nuo 2014 iki 2050 m. darbingo amžiaus gyventojų skaičius Lietuvoje sumažės beveik per pusę, o tai daugiausia lemia santykinai didelis mirtingumas ir 25–64 metų suaugusiųjų emigracija. Atsižvelgiant į šias tendencijas tikėtinas sveikatos priežiūros paslaugų ir lėšų šioms paslaugoms finansuoti poreikio didėjimas (2017 m. iš PSDF apmokėta 1 563 mln. Eur<sup>27</sup> išlaidų, 2018 m. – 1 691 mln. Eur<sup>28</sup>, 2019 m. planuojamos išlaidos – 1 955 mln. Eur<sup>29</sup>).

2010–2018 m. valstybinių auditų rezultatų analizė rodo, kad dalis PSDF lėšų naudojama netinkamai, nes:

- PSDF lėšos naudojamos išlaidoms, nesusijusioms su draudimo tikslu, apmokėti;
- sveikatos priežiūros paslaugų sudėtis ir apimtis neaiški, o kainos nepagrįstos objektyviomis sąnaudomis;
- nepakankama mažiau PSDF kainuojančių ambulatorinių paslaugų plėtra;
- neišnaudotos galimybės gerinti paslaugų kokybę.

---

<sup>25</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>26</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018.

<sup>27</sup> Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaita, 2018-05-30 Nr. 7K-554.

<sup>28</sup> Planas pagal 2018 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą, faktas dar skaičiuojamas.

<sup>29</sup> 2019 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.

## 2.1. PSDF lėšos naudojamos išlaidoms, nesusijusioms su draudimo tikslu, apmokėti

Aukščiausioji audito institucija audito ataskaitose<sup>30</sup> yra pažymėjusi, kad PSD lėšomis yra apmokamos paslaugų, kurios savo turiniu neatitinka PSD paskirties (tikslu), išlaidos, t. y. apmokamos ir tuo atveju, kai nėra draudiminio įvykio<sup>31</sup>. Įstatymas nustato<sup>32</sup>, kad draudiminiai įvykiai yra gydytojo diagnozuoti sveikatos sutrikimai ar sveikatos būklė, kurie yra pagrindas teikti paslaugas ir apmokėti jas iš PSDF biudžeto.

2017 m. išlaidoms, nesusijusioms su draudimo tikslu, panaudota 11 mln. Eur PSDF lėšų ir nuo 2013 m. šios išlaidos padidėjo 2,5 karto (žr. 2 lentelė).

**2 lentelė.** PSDF lėšų naudojimo poreikis išlaidoms, nesusijusioms su draudimo tikslu

Metai	Kompensacijoms kraujo donorams mokėti neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti, mln. Eur	Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti, mln. Eur
2013	1,145	3,212
2014	1,123	3,760
2015	1,107	6,372
2016	1,174	8,689
2017	1,180	9,750

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje yra atskiras sveikatos draudimo fondas ir teisės aktais apibrėžtas šio fondo tikslas yra mokėti už tas paslaugas, kurios yra susijusios su draudiminiu įvykiu (gydytojo diagnozuotais sveikatos sutrikimais), tai turėtų būti aiškiai atskirta ir mokama iš PSDF tik už minėtas paslaugas, o kas nesusiję – iš valstybės biudžeto. Kitu atveju gali būti svarstomas atskiro sveikatos draudimo fondo tikslingumas.

Kaip alternatyva atskyrimui ir išgryninimui galėtų būti peržiūrėtas draudimo tikslas, kaip jau buvo rekomenduota 2017 m. valstybinio audito ataskaitoje<sup>33</sup>. Kitose ES šalyse draudimo tikslas apima platesnį paslaugų spektrą, pavyzdžiui, Estijoje sveikatos draudimo sistema draudžiamiesiems asmenims garantuoja sveikatos priežiūros išlaidų, patirtų finansuojant ligų prevenciją ir gydymą, įsigyjant medicinos prietaisus, apmokėjimą ir išmokų už laikiną nedarbingumą mokėjimą<sup>34</sup>.

Panaši situacija buvo susiklosčiusi tuomet, kai Valstybinio socialinio draudimo fondo lėšomis per Užimtumo fondą buvo apmokamos su draudimu nesusijusios išlaidos

<sup>30</sup> Valstybinio audito ataskaitos: „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1; „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>31</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 2 str. 5 d.

<sup>32</sup> Ten pat, 5 str.

<sup>33</sup> Kad vis dar nėra naujos sąvokos, pažymėta ir valstybinio audito ataskaitoje „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1, 20 psl.

<sup>34</sup> Health Insurance Act, 2 str. Prieiga per internetą: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/520012014001/consolide>.

(aktyvios darbo rinkos politikos priemonės). Įgyvendinant AAI rekomendaciją<sup>35</sup>, Užimtumo fondas 2019-01-01 buvo panaikintas.

## 2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų apimtis ir sudėtis neaiški, o kainos nepagrįstos objektyviomis sąnaudomis

Teisė spręsti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis, įvertinus VLK ir PSDT nuomones, suteikta<sup>36</sup> sveikatos apsaugos ministru, tačiau atlikti valstybiniai audita rodo, kad:

- neaiški paslaugų apimtis;
- neaiškiai apibrėžta paslaugos sudėtis;
- kaina už paslaugas nepagrįsta objektyviomis sąnaudomis (žr. 3 lentelė).

**3 lentelė.** Paslaugų apimtis ir sudėtis neaiški, kainos nepagrįstos objektyviomis sąnaudomis

Audito rezultatai	Užsienio praktika
<b>Neaiški paslaugų apimtis</b>	
<p>Socialiai jautrių asmenų grupėms (pensijų gavėjams, neįgaliesiems, vaikams ir kt.) įstatymu nustatytos ir PSD lėšomis finansuojamos didesnės apimties paslaugos nei kitiems apdraustiesiems. Skirtingos, priklausančios nuo apdraustojo socialinio statuso, apimties išlaidų apmokėjimas turi socialinės paramos požymių. Ministerijai teikta rekomendacija<sup>37</sup> inicijuoti diskusiją dėl tokios paramos apibrėžties ir jos finansavimo perkėlimo valstybės biudžetui neįgyvendinta.</p> <p>Aiškaus teisinio reglamentavimo dėl paslaugų įtraukimo, išbraukimo kriterijų, atnaujinimo periodiškumo iki 2019 m. nebuvo. Nuo 2019-07-01 įsigalios nauja tvarka<sup>38</sup>.</p>	<p>Lietuvoje draudimas apima didelį paslaugų spektrą, o kelios nustatytos išimtys yra tokios pačios kaip ir daugelyje ES šalių (plačiau 4 priede). Tai dalis odontologijos paslaugų, kosmetinės paslaugos.</p>
<b>Neaiškiai apibrėžta paslaugos sudėtis</b>	
<p>Paslaugos, finansuojamos PSDF lėšomis, vienu atveju apima ir medžiagas, reikalingas paslaugai teikti (pvz., dantų protezavimo paslauga), kitu atveju – ne<sup>39</sup>.</p> <p>Paslaugų sudėtį taip pat lemia diagnostikos ir gydymo metodai, tačiau trūksta diagnostikos ir gydymo standartų.</p>	<p>Užsienio šalių praktika<sup>40</sup> rodo, kad paslaugų teikimo standartizavimas ne tik padėtų išspręsti problemą dėl paslaugos sudėties, bet ir būtų reikšmingas siekiant užtikrinti vienodą paslaugų kokybę.</p>

<sup>35</sup> 2017 m. valstybinio audito ataskaita „Valstybinio socialinio draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1.

<sup>36</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 9 str. 6 d.

<sup>37</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1, 6 psl.

<sup>38</sup> Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio pakeitimo ir papildymo 9<sup>2</sup> ir 9<sup>3</sup> straipsniais įstatymas Nr. XIII-1764, kuriame nustatomos asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į PSDF biudžeto lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir išbraukimo iš šio sąrašo sąlygos ir tvarka.

<sup>39</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1.

<sup>40</sup> ES valstybėse taikoma įvairi ligų diagnostikos ir gydymo standartų rengimo praktika: yra atskira institucija ar organizacija, rengianti ar adaptuojanti metodikas (Čekija), standartus rengia gydytojų asociacijos ar draugijos (Suomija, Ispanija) arba gydytojų savivaldos organizacijos (Vokietija), akademinės įstaigos ar jų padaliniai (Olandija, Anglija ir Velsas).

Audito rezultatai	Užsienio praktika
<p>AAI nuo 2012 m., atlikusi veiklos auditus<sup>41</sup>, ministerijai rekomendavo rengti diagnostikos ir gydymo metodikas ar koordinuoti jų rengimą. Tačiau iki šiol parengti tik penktadalio ligų ir sveikatos būklių diagnostikos ir gydymo standartizavimo dokumentai, 53 proc. gydymo įstaigų protokolų neturi<sup>42</sup>.</p>	<p>Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje<sup>43</sup>, Danijoje<sup>44</sup>, Kanadoje<sup>45</sup> yra patvirtintos paslaugų teikimo onkologiniams pacientams schemas.</p>
<b>Kaina už paslaugas nepagrįsta objektyviomis sąnaudomis</b>	
<p>Skaičiuojant gydymo paslaugų kainą vertinami 16 sąnaudų grupių duomenys, tačiau įtraukiamos ne visos sąnaudos. Už asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2017 m. sumokėta 1,2 mlrd. Eur taikant ne objektyviomis sąnaudomis grįstas kainas<sup>46</sup>.</p>	<p>Pavyzdžiui, Prancūzija, Nyderlandai, Šveicarija, Austrija, Norvegija, Suomija, Italija, Švedija, JAV į paslaugų kainą įtraukia turto nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudas<sup>50</sup>.</p>
<p>Dar 2010 m. atliekant auditą<sup>47</sup> gydymo įstaigos pritarė ilgalaikio turto nusidėvėjimo sąnaudų įtraukimui į paslaugų kainą. Tačiau iki šiol neįtraukiamos ilgalaikio turto, įsigyto ne gydymo įstaigų, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos (tai sudaro apie 20–25 proc. nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudų)<sup>48</sup>.</p>	<p>Už gydymo paslaugas turėtų būti nustatyta tokia kaina, kuri padengtų objektyviai pagrįstas paslaugų teikimo sąnaudas.</p>
<p>Gydymo įstaigos nėra didžiosios dalies turto valdytojos ir jos turtą naudoja panaudos pagrindais, todėl įtraukti turto nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudų į paslaugų kainą pagal tokį turto valdymo modelį nėra galimybės. Auditoriams rekomendavus, ministerija turi atlikti alternatyvių turto valdymo kaštų analizę ir parinkti tinkamiausią turto valdytoją<sup>49</sup>. Tokia analizė padėtų priimti tinkamą sprendimą sprendžiant tiek turto efektyvaus valdymo ir naudojimo klausimą, tiek paslaugų kainų pagrindimo objektyviomis sąnaudomis problemą.</p>	
<p>Brangesnes technologijas taikančių gydymo įstaigų sąnaudos nepilnai kompensuojamos, o ne tokias pažangias technologijas taikančios gydymo įstaigos gauna didesnę apmokėjimą (surinkus skirtingų gydymo įstaigų duomenis, gaunamas jų patiriamų sąnaudų vidurkis, neatsižvelgiant į taikomų technologijų skirtumus). Skirtingas technologijas taikančių įstaigų sąnaudų lyginimas sukuria ir pacientų priemokų problemą – iš pacientų reikalaujama priemokų už paslaugas, už kurias PSDF nemoka<sup>51</sup>. Dar 2011 m. audito ataskaitoje buvo konstatuota, kad negalima palyginti tų pačių paslaugų teikimo sąnaudų</p>	

<sup>41</sup> Valstybinio audito ataskaitos: „Aprūpinimas vaistais lignoninėse“, 2012-02-28 Nr. VA-P-10-10-3; „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-P-10-2-4; „Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra“, 2014-03-14 Nr. VA-P-10-4-3.

<sup>42</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“, 2018-09-28 Nr. VA-2018-P-9-3-9.

<sup>43</sup> Prieiga per internetą: <https://improvement.nhs.uk/>.

<sup>44</sup> Prieiga per internetą <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790711/>, [http://hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark\\_Denmark/10/Treatment\\_guarantee\\_and\\_care\\_packages\\_for\\_cancer.htm](http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark_Denmark/10/Treatment_guarantee_and_care_packages_for_cancer.htm).

<sup>45</sup> Prieiga per internetą: [www.health.nt.gov.au/Cancer\\_Services/CanNET\\_NT/Cancer\\_Pathways/index.aspx](http://www.health.nt.gov.au/Cancer_Services/CanNET_NT/Cancer_Pathways/index.aspx).

<sup>46</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>47</sup> Valstybinio audito ataskaita „Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“, 2010-08-31 Nr. VA-P-10-16-12.

<sup>48</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>49</sup> Valstybinio audito ataskaita „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“, 2017-04-20 Nr. VA-2017-P-10-2-8.

<sup>50</sup> Sveikatos apsaugos ministerijos pateikti duomenys.

<sup>51</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

Audito rezultatai	Užsienio praktika
<p>skirtingose įstaigose ir negalima įvertinti, kiek kainuotų paslaugų teikimas, atsižvelgus į taikytas technologijas<sup>52</sup>.</p> <p>Tam tikrų rūšių paslaugas, tokias kaip PAASP, GMP, teikiančioms įstaigoms skiriami papildomi mokėjimai<sup>53</sup> už šių paslaugų teikimo rezultatus<sup>54</sup>, kurie į bazinę kainą balais neįskaičiuojami.</p> <p>Savo turiniu tai yra mokėjimas už gydymo paslaugas, 2017 m. jis sudarė 40 mln. Eur. Toks, greta bazinės kainos, taikomas papildomas mokėjimas<sup>55</sup> Įstatyme nėra nustatytas, o tokie priedai, skiriami gydytojams ir slaugytojams už jų tiesioginių funkcijų vykdymą, priklauso nuo objektyviai pagal nustatytus kriterijus nevertinamų PSDF biudžeto finansinių galimybių (nėra jų dydžių nustatymo tvarkos). Įstatyme nėra nustatyta kitų mokėjimo už paslaugas galimybių – tik bazinė kaina, todėl priedai už šių paslaugų teikimo rezultatus ne tik neturi įstatyminio pagrindo, bet ir iškreipia taikomą bazinių kainų nustatymo metodiką<sup>56</sup>.</p>	
Šaltinis – Valstybės kontrolė	

Pažymime, kad pati savaime nustatytoms grupėms taikoma didesnė finansuojamų paslaugų apimtis nėra ydinga, tačiau atkreiptinas dėmesys į šios apimties finansavimo šaltinį – privalomojo sveikatos draudimo įmokų lėšas<sup>57</sup>. Auditorių nuomone, tokios paslaugos, kurios turi socialinės paramos požymių, turėtų būti identifikuotos ir finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis kaip ir visa socialinė parama. Atkreiptinas dėmesys, kad priėmus Sveikatos draudimo įstatymo projektą<sup>58</sup>, kuriuo siekiama pagerinti prienamumą gauti kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones socialiai jautrioms grupėms<sup>59</sup>, būtų teikiama dar platesnės apimties socialinė parama iš PSDF, o ne iš valstybės biudžeto lėšų. Tai, auditorių vertinimu, dar pagilina problemą.

Auditorių nuomone, už gydymo paslaugas turėtų būti nustatyta tokia kaina, kuri padengtų objektyviai pagrįstas paslaugų teikimo sąnaudas, nes šiuo metu apskaičiuojamos netikslios (sumažintos) paslaugų, kurioms suteikti naudojamas turtas, taikomos naujos technologijos ir pan., kainos.

<sup>52</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomasis sveikatos draudimas“, 2011-03-10 Nr. VA-P-10-2-3.

<sup>53</sup> Valstybinio audito ataskaita „Dėl 2014 metų privalomojo sveikatos draudimo fonde atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų“, 2015-09-25 Nr. FA-P-10-8-29-1.

<sup>54</sup> Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skatinamieji priedai (pvz.: už moksleivių paruošimą mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą), mokėjimas už gerus PAASP, GMP rezultatus (pvz.: darbo intensyvumą, prevencinių programų vykdymą, operatyvumą).

<sup>55</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 patvirtintas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašas (2017 m. redakcija), I sk. 2 p., II sk.; 2010-12-27 įsakymu Nr. V-1131 patvirtintas Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, 21 p.

<sup>56</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018-10-1 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

<sup>57</sup> 2017 m. valstybinio audito ataskaita „Valstybinio socialinio draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“, 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1.

<sup>58</sup> Sveikatos draudimo įstatymo 2, 10, 11 ir 15 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. 18-15417(3).

<sup>59</sup> Asmenims, sukakusiems senatvės pensijos amžių arba pripažintiems neįgaliaisiais, kurių užpraeitą mėnesį gautų socialinio draudimo pensijų, šalpos pensijų, valstybinių pensijų, užsienio valstybės pensijų, kompensacijų už ypatingas darbo sąlygas ir (ar) draudžiamųjų pajamų suma sudaro mažiau nei 95 procentus praėjusių metų minimalių vartojimo poreikių dydžio.

## 2.3. Nepakankama mažiau PSDF kainuojančių ambulatorinių paslaugų plėtra

Įgyvendinus sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapus, gyventojams vis dar netolygiai teikiamos ar prieinamos ambulatorinės paslaugos<sup>60</sup>. Priežastys pateikiamos 4 lentelėje.

**4 lentelė.** Priežastys, dėl kurių neužtikrinama ambulatorinių paslaugų plėtra

Audito rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
<b>Per didelis stacionaro lovų skaičius</b>	
<p>Jau nuo 2010 m.<sup>61</sup> audito ataskaitose kelinama problema dėl per didelio hospitalizacijos masto. Jau tuomet buvo vykdomas gydymo įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas, tačiau nepasiektas planuotas hospitalizacijos rodiklis. 2017 m. ambulatorinių paslaugų suteikta daugiau nei 2015 m., tačiau numatytas 2 proc. paslaugų apimties didėjimas nepasiektas – augimas buvo 1,76 proc.<sup>62</sup></p> <p>Tinkamai suteikus ambulatorinę pagalbą, būtų galima išvengti 20 proc. aktyvaus gydymo ligoninėje atvejų, o sutaupytas lėšas skirti kokybei gerinti<sup>63</sup>.</p>	<p>Lietuvoje yra vienas didžiausių ES ligoninių lovų skaičius (608 stacionaro lovos 100 tūkst. gyventojų, ES vidurkis – 418) ir ligoninėse šalies gyventojai gydomi dažniau nei kitose ES valstybėse. Nuo 2001 m. Lietuva gerokai sumažino stacionaro lovų skaičių, bet ne tiek, kiek kaimyninės Baltijos šalys, ir lovų skaičius pagal gyventojų skaičių yra antras pagal dydį ES (didesnis jis tik Bulgarijoje)<sup>64</sup>. Lovų skaičius pagal gyventojų skaičių per pastaruosius 15 metų sumažėjo nedaug.</p>
<b>Šeimos gydytojų krūvis nemažėja ir neužtikrinamas šeimos gydytojo institucijos stiprinimas</b>	
<p>Šeimos gydytojai funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, atlikti sugaišta 22 proc. darbo dienos laiko. Todėl jie dirba nepakankamai efektyviai: mažiau laiko skiria diagnostiniam ir gydomajam darbui, neatlieka kitų pagal kompetenciją nustatytų funkcijų, kurioms atlikti būtina gydytojo kvalifikacija. Be to, šeimos gydytojai siunčia pacientus pas gydytojus specialistus konsultuotis nepanaudoję visos savo kompetencijos<sup>65</sup>. Valstybės kontrolė, įvertinusi šeimos gydytojų veiklos efektyvumą, ministerijai rekomendavo: pirma, dalį gydytojo funkcijų perleisti slaugytojui; antra, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas. Rekomendacija nebuvo įgyvendinta.</p> <p>Ministerija, formuodama sveikatos priežiūros specialistų rengimo valstybinį užsakymą, nevertina ir</p>	<p>Pagal EBPO Lietuvoje bendras gydytojų skaičius (4,3 gydytojo 1 tūkst. gyventojų) yra didesnis nei ES vidurkis (3,6), bet trūksta tam tikrų specialybių gydytojų. Norint pasiekti ES vidurkį, Lietuvai reikia dar apie 2 tūkst. slaugytojų<sup>66</sup>.</p> <p>Belgijos gerosios praktikos pavyzdys<sup>67</sup> sprendžiant sveikatos priežiūros specialistų trūkumą ir gerinant paslaugų prieinamumą: bendrosios praktikos gydytojų vizitai pas pacientus į namus yra reguliari praktika, tai sutrumpina pacientų laukimo laiką; siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą išplėstas kitų sveikatos priežiūros specialistų, pavyzdžiui, slaugytojų ir vaistininkų, vaidmuo. Pavyzdžiui, nuo 2016 m. slaugytojams leidžiama skiepyti be gydytojo. Slaugytojai taip pat vaidina svarbų vaidmenį teikiant priežiūros paslaugas namuose neįgaliems žmonėms ar sergantiems lėtinėmis ligomis.</p>

<sup>60</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018-11-16 Nr. VA-2018-P-10-1-10.

<sup>61</sup> Valstybinio audito ataskaita „Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“, 2010-08-31 Nr. VA-P-10-16-12.

<sup>62</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018-11-16 Nr. VA-2018-P-10-1-10.

<sup>63</sup> Ten pat.

<sup>64</sup> State of Health in the EU, Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>65</sup> Valstybinio audito ataskaita „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-2017-P-900-3-4.

<sup>66</sup> EBPO duomenimis, Lietuvoje 1 tūkst. gyventojų tenka 7,7 slaugytojo, o ES vidurkis – 8,4. Atsižvelgiant į 2018 m. sausio mėn. Lietuvos gyventojų skaičiaus duomenis (2,81 mln.), Lietuvai trūktų apie 1 967 slaugytojų, kad būtų pasiektas ES vidurkis.

<sup>67</sup> State of Health in the EU, Belgium. Country Health Profile 2017, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.



Audito rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
neplanuoja slaugos specialistų poreikio, nors šių specialistų trūksta.	
Gydymo įstaigose esant mažesniai ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų skaičiui, šių paslaugų tenka laukti ilgiau, be to, gydytojų darbo krūviai netolygūs <sup>68</sup> .	
Šaltinis – Valstybės kontrolė	

Ambulatorinių paslaugų plėtrą teigiamai veikia lovų skaičiaus stacionarinėje grandyje mažėjimas ir šeimos gydytojo institucijos plėtra. Konstitucinis Teismas taip pat nurodo, kad nuolat turėtų būti vertinama, ar valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklas yra optimalus ir ar jų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos atitinka prieinamumo ir kokybės kriterijus<sup>69</sup>.

## 2.4. Neišnaudotos galimybės gerinti paslaugų kokybę

EBPO pažymi, kad Lietuvoje turi būti daroma daugiau gerinant gyventojų sveikatą ir mažinant sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės netolygumus, gyventojams turi būti prieinamos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos<sup>70</sup>. Tačiau sveikatos priežiūrai skirtų lėšų naudojimui trūksta racionalumo ir nėra tinkamų prielaidų gerinti paslaugų kokybę, nes:

- neužtikrinamas paslaugų prieinamumas;
- neskatinamas poreikius atitinkantis specialistų kvalifikacijos kėlimas;
- neužtikrinamas efektyvus nepageidaujamų įvykių valdymas;
- neišnaudojami brangūs prietaisai ir naujos sveikatos priežiūros technologijos;
- sutarčių sudarymas su gydymo įstaigomis ir mokėjimas už paslaugas nesiejamas su gydymo rezultatais (žr. 5 lentelė).

Pažymėtina, kad Lietuvoje tik 43 proc. gyventojų sveikatos priežiūros paslaugas vertina gerai ir labai gerai, o EBPO šis rodiklis siekia 68 proc.<sup>71</sup>

### 5 lentelė. Paslaugų kokybės gerinimo aspektai

Audito rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
<b>Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas</b>	
Pagrindinė asmens sveikatos priežiūros problema yra didelės eilės (55 proc. gyventojų nuomone). Blogiausiai gyventojai įvertino gydytojų specialistų II lygio konsultacinių ir šeimos medicinos pagalba ir kitos sveikatos gydytojų paslaugų prieinamumą. Poreikis patekti pas gydytojus ar tyrimus atlikti greičiau, nei tai įmanoma valstybės ar savivaldybių gydymo įstaigose, verčia gyventojus rinktis	Konstitucinis Teismas yra pažymėjęs, kad žmonėms turi būti laiku teikiama veiksminga

<sup>68</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018-11-16 Nr. VA-2018-P-10-1-10, 18 psl.

<sup>69</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014-02-26 sprendimas byloje Nr. 47/2009-131/2010.

<sup>70</sup> EBPO rekomendacijos Lietuvai, 2017.

<sup>71</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018.

<sup>72</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014-02-26 sprendimas byloje Nr. 47/2009-131/2010.

Audito rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
<p>mokamas paslaugas privačiose gydymo įstaigose<sup>73</sup>. Tyrimo<sup>74</sup> duomenimis, jų paslaugomis naudojosi 17 proc. gyventojų, iš jų 51 proc. priežastimi nurodė ilgą paslaugų laukimo laiką. Laiku suteiktos paslaugos patenkina pacientų lūkesčius dėl sveikatos priežiūros, gerina jų sveikatos būklę ir mažina komplikacijų, nedarbingumo, neįgalumo apimtį.</p> <p>Paslaugų prieinamumui užtikrinti turi būti reikiamas specialistų skaičius. Jau nuo 2013 m. audito rezultatai<sup>75</sup> rodo, kad gydytojų skaičius (poreikis) planuojamas netinkamai. Planuodama gydytojų poreikį, ministerija vertina tik numatomų dėl pensijos iš profesijos pasitraukti gydytojų pakeitimą baigusiais studijas gydytojais<sup>76</sup>.</p>	<p>Siekiant, kad ateityje šalyje būtų reikiamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius ir taip būtų sudarytos prielaidos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui pagerinti, būtina užtikrinti tinkamą gydytojų skaičiaus planavimą, pagrįstą visų reikiamų duomenų analize.</p>
<b>Specialistų kvalifikacijos kėlimas</b>	
<p>Nei ministerija, nei Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras (sveikatos tobulinimo programų derinimo organizatorius) nerenka ir neanalizuoja duomenų apie sveikatos priežiūros specialistų tobulinimosi poreikius. Ministerija valstybės biudžeto lėšas (2017 m. – 45,4 tūkst. Eur) specialistų kvalifikacijai tobulinti skiria neįvertinusi svarbiausių šalies poreikių, susijusių su demografinėmis ir sergamumo tendencijomis<sup>77</sup>. Jau nuo 2013 m.<sup>78</sup> keliama problema, kad kvalifikacijos tobulinimo programos neatitinka gydytojų poreikių (2017 m. siūlomų programų turinys netenkina 41 proc. gydymo įstaigų<sup>79</sup>). Gydytojai mokymuose dalyvauja tik todėl, kad galėtų be trukdžių pratęsti licenciją. Be to, nusistovėjusi praktika, kad gydytojų kvalifikacija, profesinė veikla ar rezultatai periodiškai nevertinami.</p> <p>Esama praktika neskatina gydytojų tobulėti, atnaujinti ir patobulinti žinias, nemotyvuoja kvalifikaciją tobulinti tikslingai. Sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų vertinimas padėtų identifikuoti tobulintinas sritis, siekiant užtikrinti tikslingą kvalifikacijos tobulinimą, o skiriamas papildomas finansavimas padėtų tai įgyvendinti<sup>80</sup>.</p>	<p>EBPO pažymi, kad, be medicinos praktikos licencijavimo, efektyvūs būdai skatinti sveikatos priežiūros specialistus teikti kokybiškas paslaugas yra tęstinis medicininis ir nuolatinis profesinis tobulėjimas<sup>81</sup>. Sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimas, jį planuojant ir koordinuojant, turėtų būti susietas su paslaugų kokybės – saugumo ir veiksmingumo – didinimu.</p> <p>Gerosios praktikos pavyzdys – 2019 m. Kauno klinikos pirmosios Lietuvoje įsteigtą Gydytojų kvalifikacijos kėlimo fondą ir skyrė 1 mln. Eur savo gydytojų kvalifikacijai kelti: gydytojai galės kelti kvalifikaciją lankydamiesi įvairiuose mokymuose, konferencijose ar renginiuose (kiekvienas per 5 metus galės panaudoti 1 tūkst. Eur lėšų). Iki šiol gydytojai kvalifikaciją kėlė savo asmeninėmis, rėmėjų arba profilinių klinikų specialiosiomis lėšomis<sup>82</sup>.</p>
<b>Nepageidaujamų įvykių valdymas</b>	
<p>Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas per siauras, gydymo įstaigos vengia registruoti privalomus ir kitus nepageidaujamus įvykius, o juos užregistravusios nesiimama prevencinių priemonių.</p> <p>Neužregistravus nepageidaujamų įvykių, sunku imtis prevencinių veiksmų, kad būtų šių įvykių išvengta ir gerėtų paslaugų kokybė.</p>	<p>Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros aspektų yra pacientų rizikos ne tik nukentėti dėl ligos, bet ir patirti nepageidaujamas diagnostikos ir gydymo pasekmes, valdymas. Įvairių studijų duomenimis, maždaug pusės nepageidaujamų įvykių būtų galima išvengti, todėl ES valstybėse diegiamos</p>

<sup>73</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018-11-16 Nr. VA-2018-P-10-1-10.

<sup>74</sup> Valstybės kontrolė. Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

<sup>75</sup> Valstybinio audito ataskaita „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-2017-P-900-3-4.

<sup>76</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018-11-16 Nr. VA-2018-P-10-1-10.

<sup>77</sup> Ten pat.

<sup>78</sup> Valstybinio audito ataskaita „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-2017-P-900-3-4.

<sup>79</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“, 2018-09-28 Nr. VA-2018-P-9-3-9.

<sup>80</sup> Ten pat.

<sup>81</sup> OECD, Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality, 2017.

<sup>82</sup> Prieiga per internetą: <http://www.kaunoklinikos.lt/kk/visos-naujienos/1201-kauno-klinikos-skyre-1-mln-euro-gydytoju-kvalifikacijos-kelimui>.

Audito rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
Apibendrintų nepageidaujamų įvykių, jų priežasčių ir pasekmių vertinimai būtini norint tinkamai valdyti nepageidaujamus įvykius <sup>83</sup> .	nepageidaujamų įvykių valdymo sistemos <sup>84</sup> . Pavyzdžiui, nepageidaujami įvykiai Jungtinėje Karalystėje <sup>85</sup> įvyksta apie 10 proc. visų hospitalizacijos atvejų, Australijoje – 16,6 proc. <sup>86</sup>

#### Brangių prietaisų naudojimas ir naujų sveikatos priežiūros technologijų taikymas

Daugiau kaip pusės (59 proc.) brangių medicinos prietaisų panaudojimo intensyvumas mažas (pagal nustatytus tų prietaisų rodiklius), o 7 proc. jų visiškai nenaudojami. Mažas prietaisų naudojimo intensyvumas yra viena iš paslaugų laukimo eilių susidarymo priežasčių. Iš visų 17 Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto aprobuotų (per 2014–2017 m.) naujų sveikatos priežiūros technologijų nė vienos jų taikymo išlaidos nėra apmokamos PSDF lėšomis (įtraukiant į paslaugos kainą ar kt. būdais). Todėl jų taikymas yra ribotas, o naujų technologijų vertinimą gydymo įstaigos ir privatūs tiekėjai inicijuoja vangiai (per ketverius metus gydymo įstaigos ir privatūs tiekėjai pateikė vertinti 11 technologijų). Vertinant technologijas turėtų būti atliekama kaštų ir naudos analizė, atskleista ir naujų technologijų taikymo įtaka pacientų gyvenimo trukmei, kokybei, darbingumui ir kt. Kai sveikatos priežiūros technologijų naudojimas nėra finansuojamas ir jų taikymas yra ribotas, neužtikrinama, kad visiems pacientams būtų prieinamas gydymas taikant naujausias technologijas <sup>87</sup> .	EBPO teigimu, naujausių sveikatos priežiūros technologijų pažanga gerina daugelio ligų diagnozę ir gydymą, bet patiriama didelių sąnaudų, įsigyjant įrangą ir ją naudojant <sup>88</sup> . Sveikatos priežiūros technologijos būtinos sveikatos priežiūros veiklai, o medicinos prietaisai labai svarbūs užtikrinant ligų diagnostikos ir gydymo kokybę. Sveikatos technologijų vertinimo lyderėmis Europoje laikomos Švedijos, Prancūzijos, Didžiosios Britanijos ir Vokietijos agentūros. Sveikatos technologijų vertinimo sistema iš kitų šalių išsiskiria Švedija, kurioje jau 1987 m. įkurta didžiausią patirtį Europoje turinti nepriklausoma sveikatos technologijų vertinimo agentūra <sup>89</sup> .
---	--

#### Sutarčių sudarymas su gydymo įstaigomis ir paslaugų apmokėjimas

Nuo 2011 m. <sup>90</sup> audito ataskaitose keliama problema – sudarant sutartis su gydymo įstaigomis, nėra atsižvelgiama į konkrečios įstaigos finansinius veiklos, teikiamų paslaugų kokybės rodiklius, taikomas diagnostikos ir gydymo technologijas. Įstaigos nėra palyginamos pagal minėtus rodiklius, pagal tai, kuriose yra mažesnis nepageidaujamų įvykių skaičius arba pacientams gydyti taikoma pažangesnė technologija. 2011 m. AAI rekomendavo ministerijai parengti ir patvirtinti įstaigų veiklos vertinimo metodiką, kurioje būtų nustatyti ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai įstaigų veiklos vertinimo rodikliai <sup>91</sup> , tačiau iki šiol trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti. Nei sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis sudarymas, nei mokėjimas už paslaugas nėra siejamas su gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės reikalavimais – paslaugų	Nuo 2012 m. Estijos sveikatos draudimo fondas (EHIF) paskelbė paslaugų kokybės rodiklius, kurie įtraukiami į sutartis su gydymo įstaigomis. 2016 m. buvo sukurta kokybės rodiklių stebėsenos sistema <sup>92</sup> .
--	--

<sup>83</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“, 2018-09-28 Nr. VA-2018-P-9-3-9.

<sup>84</sup> Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos. Assuring the quality of health care in the European Union. 2008, 25–26 psl.

<sup>85</sup> An organization with a memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer. London. The Stationary Office, 2000.

<sup>86</sup> Patient safety: towards sustainable improvement. Fourth report to the Australian Health Ministers' Conference. Australian council for safety and quality in health care. Commonwealth of Australia, 2003.

<sup>87</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018-11-16 Nr. VA-2018-P-10-1-10.

<sup>88</sup> OECD, Health at a Glance: Europe 2016, 164 psl.

<sup>89</sup> G. Petronytė, V. Jurkuvėnas. Sveikatos technologijos ir jų vertinimas.

<sup>90</sup> Valstybinio audito ataskaitos: „Privalomasis sveikatos draudimas“, 2011-03-10 Nr. VA-P-10-2-3; „Išvada dėl 2010 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio“, 2011-04-14 Nr. FA-P-10-4-6.

<sup>91</sup> Valstybinio audito ataskaita „Privalomasis sveikatos draudimas“, 2011-03-10 Nr. VA-P-10-2-3.

<sup>92</sup> State of Health in the EU, Estonia. Country Health Profile 2017, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.

Audito rezultatai	Pastebėjimai / tendencijos
veiksmingumu ir gydymo rezultatais. Todėl gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų gerinti šių paslaugų kokybę <sup>93</sup> .	
Šaltinis – Valstybės kontrolė	

Siekiant aukštesnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, būtina gerinti paslaugų prieinamumą, kelti gydytojų kvalifikaciją, efektyviai valdyti nepageidajamus įvykius, didinti brangių prietaisų naudojimo intensyvumą, plėtoti naujų sveikatos priežiūros technologijų taikymą. Ligonių kasų sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo ir mokėjimo už paslaugas susiejimas su veiklos rezultatais turės ne tik finansinių paskatų gydymo įstaigoms gerinti paslaugų kokybę, bet ir skatins jas vertinti, ar lėšos yra naudojamos efektyviai.

<sup>93</sup> Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“, 2018-09-28 Nr. VA-2018-P-9-3-9.

# PRIEDAI

„Sveikatos draudimo sistemos  
vertinimas“  
1 priedas

## Santrumpos

---

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo plėtros organizacija

ES – Europos Sąjunga

GMP – greitoji medicinos pagalba

LNSS (Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema) – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema<sup>94</sup>

MMA – minimalioji mėnesinė alga

OTP – ortopedijos techninės priemonės

PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSDT – Privalomojo sveikatos draudimo taryba

TLK – teritorinė ligonių kasa

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

VB – valstybės biudžetas

---

<sup>94</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 2 str. 6 d.

„Sveikatos draudimo sistemos  
vertinimas“  
2 priedas

## Vertinimo apimtis

---

### Vertinimo apimtis

Sveikatos draudimo sistemos vertinimo tikslas – pateikti įžvalgas ir paskatinti suinteresuotas šalis imtis rezultatyvesnių veiksmų sprendžiant aktualiausias problemas.

Vertinimo laikotarpis – 2010–2018 m.

Atlikdami sveikatos draudimo sistemos vertinimą, apibendrinome 21 veiklos ir finansinio audito, susijusio su PSD lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros vertinimais, rezultatus, pateiktas rekomendacijas, išnagrinėjome EBPO, Europos Komisijos apžvalgas bei užsienio šalių praktiką susijusiais klausimais.

Išnagrinėti ir apibendrinti šių veiklos ir finansinių auditų rezultatai:

1. 2010-08-31 Nr. VA-P-10-16-12 „Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“;
2. 2011-03-10 Nr. VA-P-10-2-3 „Privalomasis sveikatos draudimas“;
3. 2011-04-14 Nr. FA-P-10-4-6 „Dėl 2010 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio“;
4. 2012-02-28 Nr. VA-P-10-10-3 „Aprūpinimas vaistais ligoninėse“;
5. 2012-07-13 Nr. FA-P-10-3-36 „Dėl 2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio audito rezultatų“;
6. 2013-02-28 Nr. VA-P-10-2-4 „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“;
7. 2013-07-07 Nr. VA-P-60-3-7 „Mokesčių lengvatos“;
8. 2013-07-12 Nr. FA-P-10-5-82 „Dėl 2012 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio audito rezultatų“;
9. 2013-11-29 Nr. VA-P-10-1-19 „Kaip organizuojami brangiais medicinos prietaisais atliekami tyrimai“;
10. 2014-03-14 Nr. VA-P-10-4-3 „Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra“;
11. 2014-09-15 Nr. FA-P-10-6-50 „Dėl 2013 m. Privalomojo sveikatos draudimo fonde atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų“;
12. 2015-09-25 Nr. FA-P-10-8-29-1 „Dėl 2014 m. Privalomojo sveikatos draudimo fonde atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų“;
13. 2016-05-20 Nr. VA-P-10-1-8 „Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas“;
14. 2016-09-30 Nr. FA-P-10-2-5-1 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2015 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“;
15. 2016-12-08 Nr. VA-P-10-4-27 „Ar ankstyvosios reabilitacijos paslaugos ir įtraukusis ugdymas atitinka neįgaliausių vaikų poreikius ir užtikrina jų socialinę integraciją“;
16. 2017-04-26 Nr. VA-2017-P-900-3-12 „Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas“;
17. 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“;

18. 2018-10-01 Nr. FA- 2018-P-6-3-7-1 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“;
19. 2017-04-20 Nr. VA-2017-P-10-2-8 „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“;
20. 2018-09-28 Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“;
21. 2018-11-16 Nr. VA-2018-10-1-10 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“.

„Sveikatos draudimo sistemos  
vertinimas“  
3 priedas

## Valstybės biudžeto asignavimų poreikis valstybės funkcijoms sveikatos srityje vykdyti ir skirti asignavimai

**1 lentelė.** Valstybės biudžeto asignavimai valstybės funkcijoms vykdyti, mln. Eur

	2013 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Poreikis, tūkst. Eur	54,979	67,669	67,967	71,266	74,248
Skirta, tūkst. Eur	6,221	11,892	14,788	15,288	15,288

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

**2 lentelė.** Valstybės biudžeto asignavimų poreikis valstybės funkcijoms\* vykdyti, mln. Eur

Poreikis, tūkst. Eur	Būtiniosios pagalbos paslaugoms apmokėti	Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti	Kompensacijoms kraujo donorams neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti	Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti
2013 m.	40,532	10,090	1,145	3,212
2014 m.	44,005	18,781	1,123	3,760
2015 m.	46,088	14,400	1,107	6,372
2016 m.	48,595	12,808	1,174	8,689
2017 m.	50,785	12,533	1,180	9,750

\* 2015 m. valstybės funkcijos papildytos nauja funkcija – būtiniosios pagalbos paslaugų apmokėjimas, tačiau būtiniosios pagalbos paslaugoms apmokėti buvo skiriama lėšų ir ankstesniais metais

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis



„Sveikatos draudimo sistemos  
vertinimas“  
4 priedas

## Sveikatos priežiūros paslaugų apimtys ES pavyzdžiai

Paslaugų rūšis	Sveikatos priežiūros paslaugų apimtys
Pirminė ir specializuota sveikatos priežiūra	Daugelyje šalių ambulatorinė pirminė ir specializuota priežiūra paprastai teikiama nemokamai, tačiau mokesčiai vis tiek gali būti taikomi konkrečioms paslaugoms arba tokiu atveju, jei konsultuojamasi ne su viešojo sektoriaus paslaugų teikėjais. Taip yra, pavyzdžiui, Danijoje, kur apmokama 92 proc. visų išlaidų, tačiau mokesčiai yra taikomi lankantis pas psichologus ir fizioterapeutus, o Jungtinėje Karalystėje (84 proc.), kai sveikatos priežiūros paslaugas teikia ne nacionalinė sveikatos sistema, už paslaugas nėra mokama. Airijoje tik apie 50 proc. gyventojų yra kompensuojamos bendrosios praktikos vizitų išlaidos, nors dėl reformų yra siūloma palaipsniui pradėti teikti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas visai visuomenei.
Stacionarinė sveikatos priežiūra	Daugelyje šalių pacientai gali gauti nemokamą stacionarinę priežiūrą. Taip yra, pavyzdžiui, Danijoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Ispanijoje, Jungtinėje Karalystėje, todėl valstybės ir privalomos sveikatos draudimo sistemos kompensuoja daugiau kaip 90 proc. šių išlaidų tose šalyse. Tačiau, pavyzdžiui, Graikijoje, Kipre padengiama mažiau nei 70 proc. stacionarinės sveikatos priežiūros išlaidų
Būtinoji medicinos pagalba	Daugelyje šalių neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims užtikrinama tik būtinoji medicinos pagalba. Taip yra, pavyzdžiui, Švedijoje, Lenkijoje, Bulgarijoje, Graikijoje. Estijoje neapdraustieji turi teisę gauti būtinąją medicinos pagalbą ir kai kurias visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas (gydant ŽIV / AIDS, tuberkuliozę, priklausomybę nuo narkotikų).
Dantų priežiūra	Dantų priežiūros paslaugų aprėptis ES yra ribota (dažnai tos paslaugos teikiamos tik vaikams). Daugiau nei pusė šių išlaidų padengiama tik keliose ES šalyse: Slovėnijoje (51 proc.), Slovakijoje (56 proc.), Kroatijoje (61 proc.) ir Vokietijoje (68 proc.). Tokiose šalyse kaip Italija ir Jungtinė Karalystė, priešingai, dantų priežiūros išlaidos suaugusiesiems nėra apmokamos. Nyderlandai turi didžiausią papildomą rinką (87 proc. gyventojų), todėl privačiomis draudimo įmokomis mokama už dantų priežiūrą.
Medicinos prietaisai	Akinių, klausos aparatų ir kitų medicinos prietaisų įsigijimo išlaidos paprastai yra mažesne apimtimi. Valstybės ir privalomojo draudimo sistemos apima daugiau nei 50 proc. šių išlaidų tik keturiose ES šalyse: Maltoje (70 proc.); Prancūzijoje (66 proc.); Vokietijoje (54 proc.) ir Vengrijoje (55%).
Vaistai	Vaistų kompensavimo dydis skirtingose šalyse labai skiriasi – nuo 18–19 proc. Bulgarijoje ir Kipre iki 80–84 proc. Liuksemburge ir Vokietijoje.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽŪSTAMI