

SVEIKATOS DRAUDIMO RAIDOS TYRIMAS LIETUVOJE

Aida Zubrickienė

Lietuvos žemės ūkio universitetas

Įvadas

Šiuolaikinei visuomenei svarbu ne tik jos sveikata kaip bendražmogiška vertybė, bet ir tos vertybės išsaugojimo kaina bei sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas [6]. Siekdamas dviejų visuomenės tikslų – teisingumo ir efektyvumo – suderinamumo, išsivysčiusios šalys rūpinasi sveikatos priežiūros sistemų reformavimu, kuris paprastai atneša ne tik lūkesčius gauti geresnes ir daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų, bet ir tam tikrų problemų bei sunkumų diegiant naujoves sveikatos draudimo sistemos valdymo, organizavimo ir finansavimo lygiuose.

Įgyvendinant sveikatos draudimą kiekvienoje valstybėje susiduriama su problema, kaip suderinti draudiminį finansavimą ir socialinių problemų sprendimą. Siekiant apsaugoti kuo daugiau gyventojų grupių nuo sveikatos priežiūros paslaugų negavimo rizikos, tenka rinktis sveikatos draudimo sistemos finansavimo būdą, derinti jį prie šalies kultūros, politinės sistemos ir ekonomikos tradicijų. Tačiau sveikatos draudimas negali būti pinigų šaltiniu, o tik lėšų pervedimo būdu. Lėšų stygių galima sutvarkyti tik labai tvirta ir efektyvia finansų bei socialine politika. *S. Angele (1996)* teigia, kad sveikatos draudimo sistemos raida negali išspręsti šios problemos, bet gali pagreitinti šį procesą, jei sistema plėtojasi teisinga linkme. Sveikatos draudimo raidos Lietuvoje analizė reikšminga, norint išvelgti tikrąją sveikatos draudimo svarbą bei teisingai įvertinti pačią sistemą.

Tyrimo tikslas – sveikatos draudimo raidos Lietuvoje analizė ir vertinimas.

Uždaviniai:

1. išskirti sveikatos draudimo raidos etapus nurodant pagrindinius jų bruožus;
2. išskirti sveikatos draudimo sistemos reformų stadijas ir pagrindinius jų bruožus;
3. įvertinti sveikatos draudimo raidą nurodant jos etapų privalumus ir trūkumus bei palyginant etapus tarpusavyje.

Tyrimo objektas – sveikatos draudimo raida Lietuvoje.

Tyrimo metodai: literatūros analizė ir sintezė, loginė analizė ir sintezė, palyginimo metodai.

Rezultatai

Nagrinėjant sveikatos draudimo raidą Lietuvoje, ji skirstytina į keturis etapus, kurių išskyrimą sąlygoja Lietuvos valstybės istorijos raida:

1. Iki 1918 metų, tai yra iki Nepriklausomos Lietuvos valstybės sukūrimo;
2. 1918 – 1940 metai – Nepriklausomos Lietuvos laikotarpis;
3. 1940 – 1990 metai – Sovietų Sąjungos laikotarpis;
4. 1990 – 1997 metai – laikotarpis po Lietuvos valstybės atkūrimo.

1. Sveikatos draudimo sistema iki Nepriklausomos Lietuvos sukūrimo. XIX a. pramonėje dirbantiesiems labai daug reikė draudimo išmokos susirgus. Siekiant apsaugoti nuo pajamų praradimo susirgus darbininkui, pradėtos kurti įvairios kolektyvinė struktūros, pavyzdžiui savišalpos fondai, socialinio draudimo fondai, iš kurių išsirutuliojo viena ar kita socialinio draudimo rūšis. Sparčiai tobulėjant medicinos technologijoms ir plečiantis medicinos paslaugų teikimui (šį procesą iš dalies skatino draudimo fondų finansai), išlaidos sveikatos priežiūrai tapo pagrindine draudimo rūšimi, kurią padengia socialinio draudimo atšaka – sveikatos draudimas [4]. XIX a. pabaigoje – XX a. pradžioje kai kuriose stambesnėse pramonės įmonėse Lietuvoje įkurtos ligonių kasos, Vokietijos pavyzdžiu pavadintos „krankkasėmis“. Kasos palengvino įmonių savininkams šelpti susirgusius dirbančiuosius, o iš pastarųjų buvo imami nustatyto dydžio įnašai. Kasas tvarkė įmonių administracija, pagalba ligos atveju buvo menka. Šių kasų draudimas apėmė tik mažas gyventojų grupes, buvo fragmentiškas, priklausęs tik nuo darbdavių valios, todėl jos

didelės reikšmės kraštui neturėjo.

Pagrindiniai pirmojo sveikatos draudimo raidos etapo bruožai: sveikatos draudimo finansavimas iš įnašų į privačias ligonių kasas; įmokų mokėtojai – dirbantieji; įmokų pobūdis – procentas nuo darbo užmokesčio; nėra vientisos sveikatos draudimo sistemos; nėra valstybinio reguliavimo; ligonių kasų veikimas priklauso nuo privačių asmenų sprendimų.

Privalumai. 1. Pripažįstama, kad dirbančiųjų sveikata – socialinė problema, kurios sprendime dalyvauja dirbantieji ir darbdaviai. 2. Medicinos technologijų pažangos skatinimas (neženklus). 3. Nesant istorinės patirties, sveikatos draudimo sistemos pagrindu imtas jau egzistuojantis kitoje valstybėje modelis (Bismarko). *Trūkumai.* 1. Sveikatos draudimo atsiradimą inicijuoja ir jį administruoja darbdaviai, valstybei jų sprendimų neįtakojant. 2. Darbuotojai dalyvauja pasyviai, nes nėra stiprios motyvacijos ir darbuotojų organizacijų. 3. Apdraustųjų garantijų priklausomybė nuo privačių darbdavių interesų.

2. Sveikatos draudimo sistema Nepriklausomo Lietuvos laikotarpiu (1918 - 1940 metais). Tarpukario laikotarpiu Lietuvoje labiausiai buvo išplėtotas ligos draudimas. Jis buvo traktuojamas kaip viena iš socialinio draudimo rūšių. Ligos draudimo įstatymas priimtas 1926 metais [2], o Ligonų kasų įstatymo pagrindu 1928 metų pabaigoje pradėtos steigti ligonių kasos. Jos buvo organizuojamos teritoriniu pagrindu, tačiau greta teritorinių kasų veikė ir atskirų įmonių ir įstaigų kasos. 1932 metais Lietuvoje buvo 16 ligonių kasų: 10 teritorinių bei 6 įmonių ir įstaigų. [7]. Ligonų kasų įstatymas numatė, kad ligos draudimu privalomai draudžiami visi, kurie tarnauja valstybei, savivaldybėms ar privatiems asmenims bei jų šeimos nariai. Tačiau faktiškai šiuo įstatymu nebuvo draudžiami žemės ūkio darbininkai ir kiti, įstatyme nurodyti, asmenys. Ligonų kasų nariai jų šeimų nariai nemokamai gaudavo pirmąją pagalbą bei sveikatos priežiūros paslaugas nustatytais normomis. Ligonų kasų lėšas sudarė narių ir darbdavių mokesčiai, valstybės išdo įnašai, kasų turto pajamos, pašalpos ir aukos, baudos ir kitos pajamos. 1938 metais ligonių kasose buvo virš 141 tūkst. apraustųjų. Tačiau lyginant su bendru tuometinės Lietuvos gyventojų skaičiumi (apie 2,88 mln.) apraustųjų skaičius tesudarė tik 3 – 4 proc. šalies gyventojų [5].

Antrojo sveikatos draudimo raidos etapo bruožai: suformuojama įstatyminė sveikatos draudimo bazė; finansavimas iš privalomų darbuotojų ir darbdavių įmokų; lėšų kaupimas ligonių kasose; sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas apdraustiesiems ir jų šeimų nariams; savanoriško (neprivalomojo) draudimo egzistavimas; valstybės vaidmuo daugiausia pasireiškia įstatymų kūrimu.

Privalumai. 1. Valstybinių sveikatos priežiūros valdymo ir paslaugų teikimo įstaigų kūrimas. 2. Medicinos paslaugų kainų kontrolė sudarant kontraktus tarp gydytojų ir ligonių kasų. 3. Sveikatos draudimas apima ne tik apdrauosius, bet ir į jų šeimos narius. *Trūkumai.* 1. Ligonų kasų decentralizavimas jų veiklos pradžioje. 2. Paslaugų kiekio ir kokybės priklausomybė nuo apdraustojo socialinės padėties ir pajamų. 3. Didžioji šalies gyventojų dalis sveikatos draudimu neapdrausta. 4. Papildomas sveikatos draudimas realiai neegzistuoja..

3. Sveikatos draudimo sistema Sovietų Sąjungos laikotarpiu (1940 - 1990 metais). Sovietų Sąjungai okupavus Lietuvą, šalyje pritaikytas sovietinis socialinio draudimo modelis, kuriame sveikatos draudimas buvo traktuojamas kaip sudėtinė socialinio draudimo dalis. Sveikatos priežiūros sistema buvo vientisa valstybinė integruota sistema, kurią sudarė valstybės finansuojamos ir valstybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos. Finansavimas buvo vykdomas iš bendro socialinio draudimo biudžeto, kuris buvo dalis TSRS valstybinio biudžeto, bei rėmėsi planinėmis gamybos užduotimis, tai yra planuojant išteklių (lovų, apsilankymų poliklinikose skaičių, gydytojų parengimo) apimtis. Nors valstybinis socialinis draudimas buvo taikomas visiems dirbantiems, nepriklausomai nuo darbo trukmės ir apmokėjimo formų, jie jokių įnašų nemokėjo. Gyventojams buvo garantuojamas platus medicininis aprūpinimas, kuris apėmė ne vien tiesioginę medicininę pagalbą, bet ir įvairią visuomeninę veiklą, skirtą sveikatos priežiūrai ir stiprinimui. Iki 1990 metų socialinio draudimo funkcijas vykdė profesinės sąjungos, kurioms įnašus mokėjo įmonės, įstaigos ir organizacijos. Įnašai buvo diferencijuoti, priklausomai nuo to, kokiai profesinei sąjungai įmonė ar organizacija priklausė. Išmokos nepriklausė nuo įmokų mokėjimo fakto [5].

Trečiojo sveikatos draudimo raidos etapo bruožai: sveikatos draudimas neegzistuoja kaip atskira draudimo rūšis; centralizuotas valstybinis valdymas; finansavimas iš valstybės biudžeto; piniginių fondų sudarymas nesiejamas su produktyvumu; įmokų rinkimas per profsąjungas.

Privalumai. 1. Medicinos paslaugų prieinamumas visiems gyventojams. 2. Sveikatos priežiūros infrastruktūros išplėtimas. 3. Investicijos į medicinos mokslo plėtrą. 4. Aukšto lygio medicinos specialistų rengimo sistemos sukūrimas. *Trūkumai.* 1. Sveikatos draudimo modelio formavimas remiantis tarybiniais standartais, o ne buvusia Nepriklausomos Lietuvos sveikatos draudimo sistemos patirtimi. 2. Savarankiškos Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos nebuvimas. 3. Sveikatos priežiūros paslaugų apimčių, o ne kokybės akcentavimas. 4. Visuomenės nuomonės susiformavimas, kad sveikatos paslaugos turi būti teikiamos nemokamai.

4. Sveikatos draudimo sistema po Lietuvos valstybės atkūrimo. Iš Sovietų Sąjungos laikotarpio Lietuva paveldėjo biudžetinio finansavimo sistemą. Biudžetinio finansavimo trūkumai Lietuvos valstybės atkūrimo laikotarpio pradžioje buvo gausūs ir akivaizdūs (gydytojų skaičius, atsižvelgiant į gyventojų skaičių, beveik dvigubai viršijo Europos vidurkį, sunkiai prieinamos medicinos paslaugos, privačios praktikos draudimas ir kiti), todėl reikėjo reformuoti visą sistemą. Juolab, kad keičiantis ekonomikos sistemai bei pablogėjus gyvenimo sąlygoms, blogėjanti gyventojų sveikata sąlygojo didesnę lėšų poreikį sveikatos priežiūrai.

Sveikatos draudimo sistemos reformų ideologija [5]: atsisakyti sovietinio organizavimo būdo; atkurti tai, kas buvo iki sovietinės okupacijos: vėl sukurti ligonių kasų sistemą, organizuoti privalomąjį sveikatos draudimą pagal Bismarko modelį; priartėti prie vakarų šalių visuomenės organizavimo modelių, įdiegiant pradžioje platesnį visuomenės suvokimą, o vėliau ir konkrečias paslaugų apmokėjimo sistemas.

Ketvirtąjį sveikatos draudimo Lietuvoje raidos etapą, autorė skirto dar į keturias stadijas, kurių išskyrimo kriterijus yra sveikatos draudimo sistemos reformos eigos bruožai:

1) **1990 – 1992 metų stadija:** socialinio draudimo įstatymo priėmimas; sveikatos sektoriaus decentralizavimas perduodant valdymo funkcijų perdavimas savivaldybėms; valstybinės ligonių kasos (VLK) įsteigimas; biudžetinis sveikatos sistemos finansavimas; finansavimas iš trijų biudžetų: valstybės, vietos savivaldybių ir Sodros; būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų užtikrinimas;

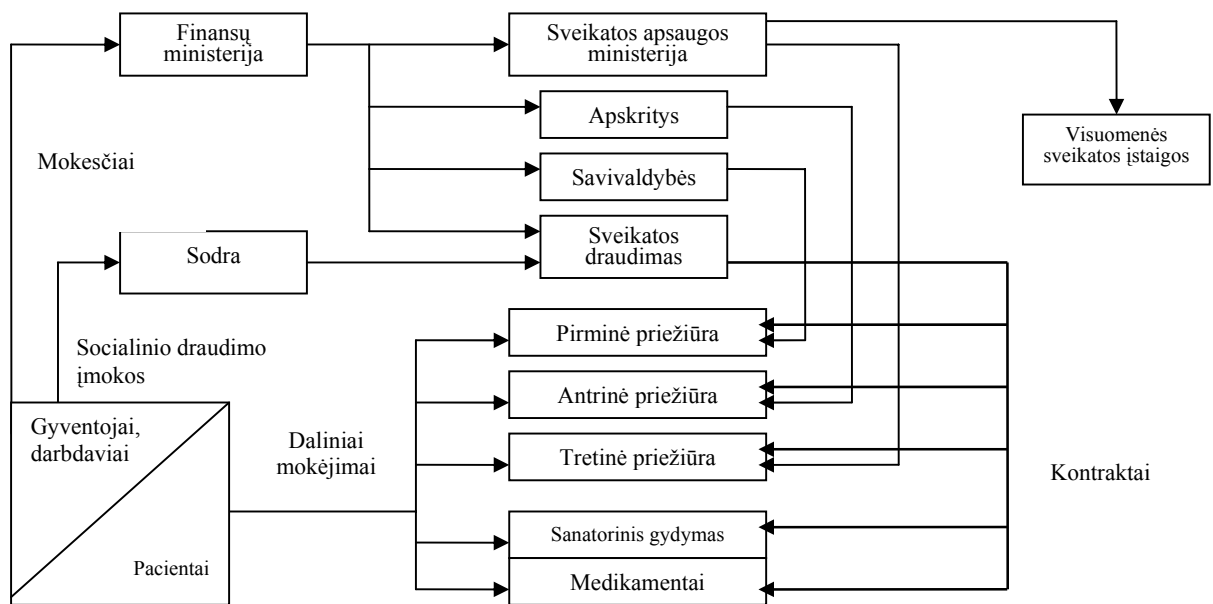
2) **1993 – 1995 metų stadija:** VLK funkcijų išplėtimas; perėjimas nuo integruoto paslaugų teikimo modelio prie sutartinio; sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas pagal suteiktų paslaugų apimtį; stomatologijos ir farmacijos srities privatizavimas; viešųjų nepelno siekiančių sveikatos priežiūros įstaigų steigimas; sveikatos priežiūros paslaugų išskyrimas į tris lygius; prioritetų pirminiam sveikatos priežiūros finansavimui suteikimas;

3) **1996 – 1997 metų stadija:** įstatyminės sveikatos draudimo sistemos bazės sukūrimas (pagrindas - Sveikatos draudimo įstatymo priėmimas); sveikatos draudimo kaip sudėtinės socialinio draudimo dalies traktavimo išlikimas; savarankiško privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto suformavimas atskiriant jį nuo valstybės biudžeto; biudžetinio finansavimo derinimas su įmokomis grįstu finansavimu; teritorinių ligonių kasų (TLK) įsteigimas; savivaldybių vaidmens nunykinimas finansuojant sveikatos priežiūrą; privataus sveikatos priežiūros sektoriaus plėtra; prioritetinis pirminės sveikatos priežiūros finansavimas;

4) **Privalomojo sveikatos draudimo sistemos įdiegimas ir funkcionavimas.** Pagrindinis sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo šaltinis - savarankiškas PSDF. Finansavimas vykdomas remiantis sutartimis tarp TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų, kai finansuojama ne atsižvelgiant į įstaigos buvimo faktą, o į jos veiklos rezultatus. Privatus sveikatos draudimas papildo valstybinį.

Sveikatos priežiūros pertvarka pradėta tikintis spartaus sveikatos draudimo įvedimo. Buvo numatyta, kad draudiminis finansavimas turėtų papildyti ir iš dalies pakeisti biudžetinį finansavimą. Sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniais turėtų tapti biudžetas, privalomasis sveikatos draudimas ir daliniai pacientų mokėjimai [1]. Valstybei kuruojant tretinį, apskritims – antrinį ir savivaldybėms – pirminį sveikatos priežiūros lygius, jų finansavimo principai įsigaliojus sveikatos draudimo sistemai matomi 1 paveiksle.

Draudėjams mokant įmokas Sodrai, pastaroji perveda jas į PSDF biudžetą, iš kurio kontraktų pagrindu apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos sanatorinio gydymo bei medikamentų įsigijimo išlaidos. Iš draudėjų sumokėtų mokesčių valstybės biudžetui dalis sveikatos draudimui skirtų lėšų pirminiam, antriniam ir tretiniam sveikatos priežiūros lygiams paskirstoma per Sveikatos apsaugos ministeriją, apskritis ir savivaldybes, o dalis pervedama tiesiai į PSDF biudžetą. Už sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidų visiškai ar dalinai nedengia sveikatos draudimas, pacientai moka patys. Nuo 1997 metų įsigaliojusi sveikatos draudimo sistema Lietuvoje finansuojama iš įmokų, mokesčių ir dalinių pacientų mokėjimų.



1 pav. Sveikatos sistemos finansų šrautai įsigaliojus sveikatos draudimo sistemai [3, p. 47]

Išnagrinėjus ketvirtąjį sveikatos draudimo sistemos raidos etapą, išskirtini šie jo privalumai ir trūkumai:

Privalumai. 1. Sukurta teisinė Sveikatos priežiūros sistemos bazė. 2. Suformuota institucinė ligonių kasų struktūra, atliekanti medicinos paslaugų pirkėjo funkciją. Vienos išlaidų administravimo institucijos sukūrimas leidžia geriau kontroliuoti sveikatos draudimo sistemos išteklius. 3. Valstybės įtakos sumažėjimas tiesioginiam sveikatos priežiūros įstaigų finansavime bei administravime. 4. Gydymo įstaigų restruktūrizacija ir konkurencingos aplinkos sukūrimas. 5. Prioritetu suteikimas sveikatos prevencijai bei pirminei priežiūrai. *Trūkumai.* 1. Vėlyvas sveikatos draudimo įstatymo priėmimas, sąlygojęs užsitęsusių reformos eigą. 2. Finansavimo problemos: finansuojant sveikatos įstaigas iš atskirų valstybės, savivaldybių bei socialinio draudimo fondo biudžetų lėmė blogą sveikatos politikos koordinavimą šalies mastu; tos pačios grupės, bet nevienodo sunkumo susirgimų apmokėjimas pagal tuos pačius tarifus kūrė sunkių ligonių vengimo prielaidas; gydymo įstaigų finansavimą (ligonių kasų) ir veiklos koordinavimą vykdančių institucijų (steigėjų) atskirumas. 3. Valstybės kontrolės išlikimas: nustatomos bazinės sveikatos priežiūros paslaugų kainos bei išteklių kvotos, sudaromi kompensuojamųjų vaistų sąrašai ne visuomet atitinka vartotojų poreikius. 4. Sukurtas sudėtingas, nelankstus ir daug valdymo išlaidų reikalaujantis sveikatos draudimo sistemos valdymo mechanizmas. 5. Reformos neužbaigtumas: iki šiol besitęsianti reforma parodė, kad jos tikslų sistema netenkina visuomenės lūkesčių, nes tik iš dalies pagerino sveikatos apsaugos sistemos struktūrą ir funkcionavimą.

Atsižvelgiant į tai, kokios valstybės įtakoje vyko Lietuvos sveikatos draudimo sistemos raidos etapai, visus keturis etapus galima suskirstyti į dvi grupes: etapai, kurių vyksmą įtakojo Lietuvos vyriausybė, ir etapai, kurių raidą lėmė svetimų (okupacinių) valstybių vyriausybės. Laikant, kad Lietuvos sveikatos draudimo sistemos raidai reikšmingesnis buvo savos vyriausybės sprendimai, tikslinga lyginti autorės išskirtus antrąjį ir ketvirtąjį sveikatos draudimo sistemos raidos etapus.

Sveikatos draudimo raidos etapams Nepriklausomoje Lietuvoje ir laikotarpiu po Lietuvos valstybės atkūrimo būdinga tai, kad abiem etapais buvo kurta, diegta ir tobulinta įstatyminė sistemos bazė, kurioje buvo numatytas sveikatos draudimo finansavimas iš įmokų bei mokesčių. Abiem etapais orientuotasi į Bismarko sveikatos draudimo sistemos finansavimo modelį, kuris skirtas visų pirma dirbančiųjų socialiniam saugumui užtikrinti, todėl ir įmokų objektas pagrįdė yra darbo užmokestis. Kur kas ryškesni abiejų nagrinėjamų etapų skirtumai: 1918 – 1940 metais nebuvo vientisos sveikatos draudimo sistemos, draudžiami sveikatos draudimu buvo tik dirbantieji, išmokas gaudavo tik tie, kurie mokėjo įmokas, o gaunamos sveikatos paslaugos priklausė nuo įmokų dydžio. Šiuo laikotarpiu valstybė visą sveikatos draudimo koordinavimą buvo perleidusi privačiam sektoriui ir jos vaidmuo sveikatos

draudimo sistemoje buvo minimalus. 1990 – 1997 metais Lietuvoje suskurta vientisa sveikatos draudimo sistema, pasižyminti stipriu valstybiniu reguliavimu, valstybinio sveikatos draudimo dominavimu ir valstybės teikiama socialine sveikatos priežiūros apsauga visiems gyventojams.

Išvados

1. Lietuvos sveikatos draudimo sistemos raida, remiantis Lietuvos valstybės istorija, suskirstyta į 4 etapus: 1) iki 1918 metų – sveikatos sistemos užuomazgų formavimasis; 2) Nepriklausomos Lietuvos laikotarpis – įstatyminės sveikatos draudimo sistemos kūrimas bei realaus funkcionavimo pradžia; 3) Sovietų sąjungos laikotarpis – sveikatos draudimo priskyrimas nemokamai valstybės teikiamam socialiniam draudimui; 4) po 1991 metų – sveikatos draudimo sistemos decentralizacija, naujos įstatyminės bazės kūrimas, reformavimas.

2. 1996 metais priimtas Sveikatos draudimo įstatymas, kuriame apibrėžti dabartinės Lietuvos sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo pagrindai: atskirtos įmokų surinkimą bei paskirstymą administruojančios įstaigos (Sodra ir VMI, VLK ir TLK), numatytas sistemos finansavimas iš įmokų, mokesčių ir dalinių pacientų mokėjimų, įteisintos privalomojo ir papildomojo sveikatos draudimo rūšys.

3. Sveikatos draudimo raidos etapams Nepriklausomoje Lietuvoje ir Lietuvoje po Lietuvos valstybės atkūrimo būdingi požymiai yra įstatyminės bazės kūrimas bei finansavimas iš darbuotojų ir darbdavių įmokų bei mokesčių; etapai labiausiai skiriasi sveikatos draudimo sistemos vientisumu, valstybinio reguliavimo stiprumu ir finansavimo pobūdžiu.

Literatūros sąrašas

1. Angele S. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje// Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1996.
2. Lazutka R. Sveikatos draudimas tarpukario Lietuvoje// Sveikatos draudimas Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
3. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1997.
4. Murauskienė L. Sveikatos priežiūros valdymas// Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
5. Socialinis draudimas Lietuvoje 1926 – 1940 metais. - <http://www.sodra.lt/lt.php/apie_sodra/istorija/3> (2006 01 06).
6. Stravinskas T. Ekonominio asmens sveikatos priežiūros modelio plėtotė Lietuvoje: daktaro disertacijos santrauka. – Kaunas: Technologija, 2000.
7. Sveikatos draudimo Lietuvoje istorija. - <<http://www.ktlk.lt/gyventojams/apsd/istorija/>> (2006 01 23).

Research of development of health insurance in Lithuania

Summary

The development of health insurance in Lithuania is analyzed in this work. The analysis was done by breaking up the development of health insurance in Lithuania into four stages and specifying their main features: 1) till 1919 – rudiments of health insurance; 2) the period of Independency of Lithuania – establishment of legislative system of health insurance and beginning of it's functioning; 3) health insurance during Soviet Union period – a part of free state social insurance; 4) after 1991 – decentralization of health insurance system, establishment of new legislative basis, reformation. In the law of health insurance which was passed in 1996 the basics of functioning of system of health insurance were defined: administration, sponsorship, health insurance types. The development of health insurance was evaluated by separating merits and demerits of each stage and comparison of the stages.