

***SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
APMOKĖJIMAS DRAUDIMO SĄLYGOMIS***

PIRMA DALIS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS DRAUDIMO SĄLYGOMIS.
PIRMA DALIS, 1996

Leidinių parengė **PHARE sveikatos priežiūros reformos grupė:**
Gediminas Černiauskas ir Romualdas Buivydas

SL 2217

Išleido:
Sveikatos Ekonomikos Centras
Gedimino pr. 27, Vilnius
E-mail: sec@takas.lt

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)
Hansaring 43 ,50670 Köln
E-mail: 100642.3242@compuserve.com

LEIDĖJŲ ŽODIS

Igyvendinant privalomąjį sveikatos draudimą Lietuvoje, sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistema turi pasikeisti. Sovietiniam laikotarpiui būdingas biudžetinis-sąmatinis asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas ilgainiui bus pakeistas finansavimu pagrįstu principu “pinigai eina paskui ligonį”.

Lietuvoje 1990-1995 metų laikotarpiu jau sukaupta nemaža sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymo patirtis. Veikiančios kainos taikomos paslaugoms, kurias apmoka tiesiogiai pacientas, sanatorinės priežiūros paslaugoms, kurias apmoka SoDros sistema, respublikinių įstaigų paslaugoms, kurias nuo 1992 metų dalinai apmoka Valstybinė ligonių kasa. Ši patirtis daro sveikatos draudimo įgyvendinimo uždavinį paprastesniu, bet, vis dėlto, yra nepakankama, kad užtikrintų efektyvią sveikatos sistemos finansavimo reformą.

Siekdama panaudoti Europos Sąjungos šalyse sukaupią sveikatos sistemos valdymo patirtį ir spartinti reformas šalyje, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) kreipėsi į Phare programą dėl techninės (konsultacinės) pagalbos. Phare finansuojamas sveikatos priežiūros reformos projektas numato pagalbą Lietuvai plėtojant sveikatos priežiūros valdymo mechanizmus. Su paslaugų apmokėjimo tobulinimu susijusioje projekto dalyje nuo 1995 metų birželio mėnesio, bendradarbiaudami su SAM ir Sveikatos apsaugos reformos biuru (SARB), dirba ekspertai iš Vokietijos (Markus Schneider, BASYS, Augsburgas (grupės vadovas); Sibylle Angele, GVG, Kiolnas; Lars Kyburg, K&N, Kilis; Hans-Werner Bongardt, EDV, Bona; Hartmut Schubel, GSF, Miunchenas) bei ekspertai iš Lietuvos (Romualdas Buivydas, Vilnius, Gediminas Černiauskas, SEC, Vilnius). Pirmieji ekspertų darbo rezultatai pateikti šiame leidinyje.

Lietuvos skaitytojas nėra išlepintas literatūros sveikatos ekonomikos srityje gausa ir tai lėmė sprendimą pradėti leidinį trumpu ekonominių terminų aprašymu. Antroje dalyje glaustai pateikiamos sveikatos priežiūros finansavimo teorinės prielaidos. Trečioji dalis skirta sveikatos priežiūros paslaugų pirkimo vietas sveikatos politikos plėtros procese apibrėžimui. Ketvirtoje dalyje yra aprašomi kainodaros principai, kuriais ekspertai siūlo naudotis rengiant paslaugų kainynus. Leidinyje yra trumpai aprašyta Phare programa, Vokietijos konsultacinės firmos GVG, kuri yra Phare projekto koordinatorius, ir Lietuvos įmonės SEC (knygelės leidėjo) veikla. Tikimės, kad skaitytojui pateikta informacija bus naudinga ir jis lauks kitų sveikatos ekonomikos serijos leidinių.

Gediminas Černiauskas, ek. m. dr.

Sveikatos ekonomikos centro direktorius

PAGRINDINIŲ TERMINŲ PAAIŠKINIMAI

Lėšų paskirstymas - lėšų paskirstymu vadinamas bet koks lėšų srautas iš **trečios mokačios pusės** (pav., valstybės, savivaldybės, draudėjo ir t.t.) individualiam sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui, t.y. gydymo įstaigai arba medikui. Valstybės valdymo institucija arba įstaigos, kurioms buvo deleguota mokėjimo funkcija (pav., ligonių kasa, draudimo įstaiga, paslaugų pirkimo agentūra ir t.t.) gali mokėti be tarpininkų. Trečiosios mokačios pusės atsiradimas atspindi faktą, jog už medicininės paslaugas moka ne jų tiesioginis vartotojas, o valstybinės arba specializuotos privačios institucijos.

MOKĖJIMŲ LIGONINĖMS BŪDAI

“Visų kaštų” retrospektyvinis (kompensacinis) mokėjimas. Trečioji pusė kompensuoja paslaugų teikėjams visas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidas. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kaina (P) ar kiekybė (Q) nėra tiksliai nustatyta. Šis mokėjimo būdas plačiai paplitęs šalyse, kuriose populiarus privatus sveikatos draudimas (pav., JAV).

Sutartinis (prospektyvinis) mokėjimas. Trečioji pusė kompensuoja paslaugų teikėjams sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidas iš anksto sutartomis sąlygomis. Sąlygos dėl kurių dažniausiai deramasi - paslaugų kainos, paslaugų apimtys, finansavimo apimtys, mokėjimo terminai ir kitos sąlygos. Šis mokėjimo būdas vyrauja Europoje ir, atsižvelgiant į konkrečius mokėjimo parametrus, yra skirstomas į modelius.

1. Mokėjimas už paslaugas *kai fiksuojama teikiamų paslaugų kaina (P), kai paslaugų kiekis (Q) iš anksto nustatomas arba nenustatomas.* Trečioji pusė sumoka paslaugų teikėjams už visas suteiktas paslaugas pagal iš anksto nustatytą paslaugos kainą (P). Alternatyva: trečios pusės mokačios taip pat gali nustatyti teikiamų paslaugų kiekį. Pagal nustatytas sveikatos priežiūros paslaugos apimtis (arba vienetų kainą) galima išskirti tris pagrindinius sutartinius (prospektyvinius) metodus:

1.1 honorarinis mokėjimas arba mokėjimas pagal kainyną. Trečioji pusė sumoka ligoninėms už kiekvieną ligoniui suteiktą paslaugą pagal kainyną. Į paslaugos kainą įeina pav., operacinių patalpų panaudojimas, tyrimai, vaistai, gydytojų atliekamos manipuliacijos.

1.2 mokėjimas už gydymo dieną stacionare arba lovdienio kainos metodas. Trečioji pusė sumoka ligoninėms už lovdienį. Daroma prielaida,

jog į lovadienio kainą įeina visos ligoniui per dieną suteiktos paslaugos ir išlaidos, neatsižvelgiant į gydymo pobūdį.

1.3 mokėjimas už atvejį. Trečioji pusė sumoka ligoninėms pagal ligos gydymo atvejį, o ne už visą suteiktą gydymą ar lovadienių skaičių. Už atvejį mokamas fiksuota suma, tačiau dažniausiai taikoma mokėjimo už diagnozę schema. Labiausiai žinoma mokėjimo pagal atvejų klasifikacijos (mišrią) sistema t.y. diagnostiškai giminingų grupių sistema (DGG). Kiti metodai - pagal ligonio gydymo kategoriją (PMCs) ir ligos stadijas.

2. Bendras biudžetas. Mokama nustatyta suma, kuri padengia sąnaudas už per tam tikrą laiką suteiktas paslaugas. Iki 1985 metų modelis vyravo Rytų ir Centrinės Europos šalyse bei apmokant stacionarines paslaugas Didžiojoje Britanijoje, Skandinavijoje. Dabartiniu metu jį vis labiau užgožia mokėjimas už suteiktas paslaugas. Biudžetas skaičiuojamas pagal:

- Tam tikro paslaugos teikėjo **faktinius kaštus** (retrospektyvinės sistemos pagrindas)
- **Indeksuojant**, remiantis praėjusių metų sąnaudomis ir atsižvelgiant į infliaciją bei biudžeto augimą
- **Pagal išteklius**, t.y. pagal lovų arba/ir gydytojų skaičių.
- **Pagal gyventojų skaičių**, t.y. per capita
- **Už lovadienių skaičių**
- **Už atvejus**

3. Mišri formulė. Praktikoje retai taikomas tik vienas mokėjimo modelis. Dažniausiai ligoninėms sumokama pagal keletos aukščiau pateiktų būdų kombinacijas. Pavyzdžiui, honorarinės sistemos dažniausiai derinamos su mokesčiu už suteiktas per dieną pagrindines medicinines paslaugas pav., slaugą arba maitinimą bei pridėtines išlaidas. Be to, daugumoje atvejų paslaugų teikėjų investicijos finansuojamos ir iš valstybės ar savivaldybių biudžeto. Į daugelį sistemų gali įeiti ir premijų mokėjimas, kuris skatina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus siekti norimų rezultatų.

MOKĖJIMAI GYDYTOJAMS

Honorarinis. Už kiekvieną suteiktą procedūrą sumokama tam tikra suma. Gydytojai į sąskaitą surašo suteiktas paslaugas sąrašą, ir trečioji pusė sumoka gydytojui arba kompensuoja paciento išlaidas. Šį metodą labai dažnai praktikoja privačiai dirbantys gydytojai tiek už ambulatorines tiek už stacionarines paslaugas.

Už prisirašiusįjį. Kiekvienas ligonis yra įtrauktas į bendros praktikos gydytojo ar specialisto sąrašą. Trečios pusės mokėtojas sumoka gydytojui nustatytą metinę sumą už kiekvieną prisirašiusįjį, nepriklausomai nuo suteiktų paslaugų skaičiaus.

Atlyginimas. Gydytojams už darbą sumokama nustatyta suma. Atlyginimas nustatomas pagal darbo valandas, nepriklausomai nuo teikiamų paslaugų kiekio/paslaugos pobūdžio ar gydomų ligonių skaičiaus. Ši sistema daugiausia siejama su tiesioginiu įdarbinimu įstaigoje.

Mokėjimas už atvejį. Gydytojams sumokama nustatyta suma už ligoniui suteiktą pagal medicininės indikacijas būtiną priežiūrą. Mokama pagal nustatytą kainą už atvejį (vieneto kainą) arba pagal diagnozes. Pav., atveju laikytinas, paciento gydymas visu ligos laikotarpiu nepriklausomai nuo vizitų skaičiaus.

Mokėjimas pagal mišrią formulę. Labai dažnai specialistams mokama pagal mišrią mokėjimo sistemą. Pavyzdžiui, už kai kurias paslaugas mokama už prisirašiusiuosius bei honorarai. Panašiu principu organizuojamos premijinės mokėjimo sistemos, norint paskatinti gydytojus pasiekti tam tikrų tikslų.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS: LIETUVA EUROPOS ŠALIŲ PATIRTIES KONTEKSTE. AMBULATORINIO IR STACIONARINIO GYDYMO APMOKĖJIMAS

Paruošta pagal Vokietijoje įvykusio seminaro gydymo paslaugų apmokėjimo klausimais bei dviejų savaitių konsultacijų Lietuvoje, dalyvaujant p. Angele, Danner, Feige, Kyburg, Ortwein, medžiaga

1. PRADINĖ SITUACIJA

Lietuvos socialinės saugos reformų pradžia siekia 1988 metus. Atgavus nepriklausomybę 1990 m., buvo pradėta kurti nemaža socialinės saugos sistemos įstatymų. Tačiau lig šiol nepasiekta konsensuso dėl Lietuvos socialinės saugos sistemos plėtojimo ateityje. Taip pat ir dėl šiame projekte aptariamo medicininių paslaugų apmokėjimo Lietuvos parlamente esama skirtingų nuomonių.

Pirmiausia tenka konstatuoti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema buvo sukurta socializmo laikotarpiu ir plėtojama pagal tarybinius standartus. Skirtingai nei kitose Rytų Europos valstybėse, pvz., Lenkijoje, Rumunijoje ar Bulgarijoje, Lietuvoje nebuvo įmanoma sukurti savarankišką ir nepriklausomą sveikatos priežiūros sistemą. Pagal anksčiau egzistavusią socializmo sampratą, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema buvo centralizuota. Valstybei vadovaujant, sveikatos priežiūros sistema buvo kuriama kaip sudėtinė visos socializmo politikos dalis.

Gyventojams buvo garantuojamas platus medicininis aprūpinimas ir tam skiriamos lėšos. Jis apėmė ne vien tiesioginę medicininę pagalbą, bet ir įvairią visuomeninę veiklą, skirtą sveikatos priežiūrai ir stiprinimui. Valstybės požiūriu, sveikatos priežiūros sistema buvo instrumentas, realizuojantis Konstitucijoje garantuojamą žmogaus teisę į sveikatos priežiūrą.

Tačiau palyginti su gamybine sfera, sveikatos priežiūros sistemai nebuvo teikiamas prioritetas. Todėl Lietuvos sveikatos priežiūros sistema turėjo verstis gaudama itin ribotas lėšas. Finansavimo sistema ir ribotos lėšos apsprendžia šioje sistemoje dirbančių žmonių elgesį. Akivaizdu, kad bendras ekonominis sveikatos priežiūros biudžetas negali būti per trumpą laiką reikiamai padidintas, bet antra vertus, būtina gerinti gyventojų aprūpinimą. Šioje situacijoje optimizuoti bendrąjį produktą galima tik gerinant veikiančių subsistemų procesų rentabilumą. Tam būtina apskaičiuoti kaštus, sukaupti informaciją, paruošti kainynus ir visa tai susisteminti. Tačiau šiuo metu norint visa tai įgyvendinti dar trūksta esminių pagrindų.

Nors reformos pradėtos įgyvendinti keletą lygmenų, tačiau jos skiriasi savo rezultatais ir mastais. Taip pat ir subjektų nuostatos yra skirtingos: yra aiškus noras daryti reformas, kuris kyla iš gerai matomo nepakankamo pačios sistemos efektyvumo. Pvz., keliose ligoninių esama gan reikšmingų reformos iniciatyvų. Sveikatos apsaugos ministerijoje yra nemažai nuveikusių kurdama reformų pagrindus. Tačiau visa tai iš esmės yra pavienės iniciatyvos, kurios nesuderintos arba nepakankamai suderintos tarpusavyje. Trūksta plataus pavienių projektų koordinavimo. Pvz., gan skirtinguose lygmenyse mėginama kurti atsiskaitymo už medicininės paslaugas kainynus. Tai tokie paslaugų katalogai, kurie apima ligoninių, poliklinikų ir privačios medicinos paslaugas. Kol kas jie visi nesuderinti.

Koks yra didelis pasipriešinimas reformoms, vėlgi paaiškėjo projekto įgyvendinimo metu, kai sveikatos draudimo įstatymo projektas Seime buvo pateiktas antram skaitymui. Jei iš pradžių buvo siekiama plačios reformos, grindžiamos rinkos ekonomikos principais, ir tai buvo fiksuota pirmuosiuose įstatymo projektuose, tai vykstant diskusijoms Seime, valstybei buvo suteikiama vis platesnių galimybių kištis į tuos procesus, jai netgi perduodant didelę dalį atsakomybės.

Paklausus lietuvių kolegų nuomonės šiais klausimais, jie nuolat kartoja, jog Lietuvos žmonės nėra pakankamai subrendę, kad galėtų veikti tikros rinkos ekonomikos principais organizuotoje sveikatos priežiūros sistemoje. Nepakankamas brandumas prikišamas tiek "vartotojams", tiek ir paslaugų "teikėjams". Šis požiūris atspindi, iš vienos pusės, tikruosius sunkumus, atsirandančius iš didžiulės visuomenės mąstymo bei veiksmų inercijos, iš kitos pusės, tai nepasitikėjimas pačiu pasirinkimu, kai bijoma paleisti iš rankų sistemos pertvarkymo valdymą ir jos rezultatus susieti su nepriklausomų subjektų bendradarbiavimu. Ši būsimos raidos silpnoji pusė jau dabar turėtų sudominti nepakankamai savo jėgomis pasitikinčius politikus.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS FINANSAVIMAS

2.1. Finansavimo pobūdis

Praeityje sveikatos priežiūros paslaugos buvo teikiamos valstybinių įstaigų. Nebuvo privačių arba iš įmokų finansuojamų formų. Todėl sveikatos priežiūros sistemos vystymasis buvo priklausomas nuo valstybės ekonominio potencialo ir tuometinių politinių sprendimų. Vykstant diskusijai dėl naujojo sveikatos draudimo sistemos projekto, šis konfliktas vėl išryškėja.

Pavyzdžiui, buvo ketinama visas medicininės paslaugas ir toliau finansuoti iš bendrųjų mokesčių, ir mokesčių dydį arba sveikatos priežiūros sistemai numatytą biudžetą kasmet nustatyti iš naujo. Kadangi šitaip sveikatos priežiūra būtų ir toliau tiesiogiai priklausoma nuo visų lig šiol atsakingų institucijų, tai toks įstatymas - nors ir ne visai akivaizdžiai - būtų labiau priimtinas daugeliui subjektų. Diskusijų

metu darbo grupės konsultantai ne kartą aiškiai nurodė finansavimo iš mokesčių trūkumus, ypač turint galvoje nestabilią padėtį Lietuvoje. Glaudžiai susiejus sveikatos priežiūros sistemą su valstybės biudžetu, būtų iš pat pradžių užkirstas kelias jos savarankiškam vystymuisi. Metai iš metų sveikatos priežiūros sistemos vystymasis būtų priklausomas nuo sprendimų, kurie priimami svarstant biudžetą. Įtvirtinus tokią sistemą, nebūtų galima kurti ilgalaikių perspektyvų, nes kaskart iškiltų jų finansavimo klausimas. Tai pasakytina tiek apie reikiamą restruktūrizavimą teikiamų paslaugų sferoje apskritai, tiek ir apie pavienių paslaugų teikėjų ekonominio ir organizacinio planavimo tikrumą.

Vykstant debatams dėl reformos, buvo pateikta alternatyva, kuri numatė, kad bus renkama atskira įmoka sveikatos draudimui, ir tos lėšos bus perduodamos sveikatos draudimo organizacijai, kuri jomis savarankiškai disponuos. Šią nuostatą palaikė ir konsultantai, tačiau iškart buvo atkreiptas dėmesys į tai, kad šiuo metu egzistuojanti Lietuvos sistema apskritai nesugeba tvarkingai surinkti įmokų už apdraustus visuomenės narius.

Šiame kontekste galima būtų patarti nenumatyti atskiro finansavimo per įmokas, bet, kaip ir anksčiau yra buvę, dalį surinktų mokesčių perduoti sveikatos draudimui. Šiuo aspektu kai kurie Seimo nariai reikalauja iš anksto nustatyti apibrėžtą valstybės išlaidų kvotą sveikatos priežiūrai. Pavyzdžiui, kalbama apie 15 proc. Tačiau ir toks finansavimas turi nemažų trūkumų, kuriuos yra aptarę ekspertai:

- Tvirtas procentinis susiejimas su valstybės biudžetu reiškia tiesioginę priklausomybę nuo kasmetinio valstybės biudžeto, kuris vėlgi tiesiogiai priklauso nuo ekonomikos vystymosi. Čia galima numatyti didelius svyravimus, kurie būtų ilgalaikės perspektyvos kliūtis.

- Antra vertus, reikia atkreipti dėmesį į tai, kad kitose, ypač Vakarų valstybėse, paslaugų sektorius lyginant su visa ekonomika, įgavo itin didelį mastą. Sveikatos priežiūra, kaip sudėtinė paslaugų sektoriaus dalis, šiam augimui turėjo labai daug reikšmės. Todėl tokiose valstybėse kaip Lietuva, kur sveikatos priežiūrai būtina įveikti didelį atsilikimą, reikia iš anksto numatyti, kad ši sritis turėtų vystytis daug spartesniais tempais, palyginti su kitomis šakomis.

Todėl tvirtai susieti sveikatos draudimo biudžetą su valstybės biudžetu šiuo atveju nepakanka. Norint užtikrinti pagreitintą restruktūrizaciją, būtina atsižvelgiant į skirtingą visos ekonomikos ir paslaugų sektoriaus vystymosi dinamiką numatyti tam tikrus augimo tempus. Bet kuriuo atveju reikia užtikrinti, kad sveikatos priežiūrai skiriami pinigai būtų apsaugoti nuo bet kokio panaudojimo ne pagal paskirtį. Kita vertus, sveikatos draudimas turėtų savo lėšomis disponuoti nepriklausomai nuo kitų valstybinių įstaigų.

2.2. Institucijos

Esminis principas - sveikatos draudimo sistemos institucijos turi veikti glaudžiai bendradarbiaudamos ir išlaikydamos pusiausvyrą. Visuomet, kai valdžios elementai paskirstyti netolygiai, atsiranda nukrypimų nuo normos. Pavyzdžiui, pernelyg orientuojantis į valstybės interesus, sveikatos draudimo sistema iš pat pradžių būtų silpninama. Ir atvirkščiai: jei sistemoje dominuotų paslaugų teikėjai, tai atsirastų nepagrįstas draudimo ir aprūpinimo sistemų augimas. Iš anksto sukurti pusiausvyrą neįmanoma: tokia pusiausvyra turi išsirutulioti laipsniškai. Tačiau tam dar reikia priimti sprendimą dėl pagrindinės visos sistemos struktūros.

Konsultantai yra siūlę remiantis atitinkamais įstatymais nustatyti tinkamą tvarką sveikatos sistemos vystymui. Tačiau pagal tą tvarką pasirinktos institucijos turėtų veikti savivaldos principu. Taip pat laikomasi nuomonės, kad sveikatos draudimas, kaip centralizuotas ir vieningas draudimas, turėtų turėti atitinkamą paslaugų teikėjų organizaciją - jei (kol kas) tokios organizacijos sudarymas Lietuvoje dar nėra įmanomas, tai pavieniai sveikatos draudimo paslaugų teikėjai (laikiniai) gali būti sveikatos draudimo partneriai. Abi sukurtos organizacijos atstovauja iš vienos pusės paviniams apdraustiesiems, o iš kitos - paviniams paslaugų siūlytojams. Vykstant deryboms tarp abiejų šalių, galėtų susikurti būsimos sveikatos draudimo struktūros. Tačiau ir šios struktūros privalo orientuotis į pagrindinius duomenis, kurie nustatyti įstatymiškai. Šiose struktūrose taip pat turi būti nustatytos atlyginimo už paslaugas formos. Tam reikia kaip derybų rezultatus fiksuoti sutartyse tiek paslaugų struktūrą, tiek paslaugų vertinimą, tiek ir mokėjimą už paslaugas. Kaip ir darbo teisės srityje, paslaugų struktūrą ir mokėjimo formą galima nustatyti vadinamosiose bendrosiose sutartyse, o dėl mokėjimo sumos dydžio kasmet galima derėtis iš naujo.

Asmenims, kurie Lietuvoje priima sprendimus, galima būtų pateikti Vokietijos Federacinės Respublikos bendrųjų ir visuotinių sutarčių sistemą. Iškart reikia atkreipti dėmesį į tai, kad ši sistema Vokietijoje išsirutuliojo per šimtą metų ir todėl negalima jos tiesiog akiai kopijuoti. Lietuvoje reikia remtis kitomis prielaidomis ir sukurti savo sutarčių sistemą. Šalia sutarčių apie paslaugų apimtį ir mokėjimą už jas reikia nustatyti, koku būdu galima sukurti kontrolės bei priežiūros institucijas.

3. MOKĖJIMAS UŽ PASLAUGAS

3.1. Finansų apimtis - bendrasis apmokėjimas

Jei iš tiesų pavyktų nepriklausomam sveikatos draudimui skirti nustatytą biudžeto dalį iš visų surinktų mokesčių, tai iš pradžių reikia apsispręsti, ar viso biudžeto paskirstymą ir atsiskaitymą už paslaugas reikėtų perduoti apdraustųjų ir paslaugų teikėjų atstovų institucijoms, ar pati valstybė turėtų iš anksto reglamentuoti paskirstymą. Po to reikia atsakyti į klausimą dėl šio biudžeto

paskirstymo būdo. Iš esmės yra keletas skirtingų sprendimų būdų. Už paslaugas galima atsilyginti fiksuota suma, už paslaugas (už prisirašiusįjį, už atvejį, už darbų kompleksą). Galima ir tokia sistema, kuri susideda iš minėtų sumų derinio arba kitokių skaičiavimo metodikų. Bet kokia pasirinkta sistema turi būti glaudžiai siejama su ekonomine padėtimi, susiejant ją su atlyginimų ar kainų kilimu, arba aptariama vykstant deryboms tarp sveikatos draudimo bei paslaugų teikėjų organizacijos.

3.1.1. Fiksuota suma/Biudžetas

Tai susitarimas, kuriuo nustatomas pastovus biudžetas atlyginti už visas suteiktas paslaugas. Svarbiausia problema - nustatyti tokio biudžeto dydį. Tokio tyrimo pagrindas yra apskaičiuoti visas esamos sveikatos priežiūros sistemos išlaidas ir jas - iš pradžių gan bendrais bruožais - suskirstyti pagal atskirus kaštus bei kaštų rūšis. Tuomet paaiškės, kad kaštai labai nevienodai pasiskirstę pagal ligas bei aprūpinimo sritis. Toliau yra būtina nustatyti aprūpinimo poreikius. Remiantis šiuo pagrindu galima įvertinti visą reikiamą finansų apimtį.

Kadangi Lietuvoje lig šiol dar nebuvo galima nustatyti faktinio medicininių paslaugų poreikio, tai toks finansinio poreikio vertinimas, žinoma, yra problematiškas. Orientuojantis į praeityje buvusias išlaidas, iš anksto galima konstatuoti klaidas. Tos klaidos galėjo atsirasti dėl kai kurių sričių nepakankamo arba pernelyg išpūsto aprūpinimo. Vis dėlto nereikėtų iš pradžių atsisakyti tokio metodo kaip "pagalbinės konstrukcijos", tačiau tik tam laikui, kol Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos aprūpinimo bei kaštų struktūros nebus pakankamai apskaičiuotos ir išanalizuotos.

Praktinis įgyvendinimas reikštų, kad įvedamam sveikatos draudimui reikia nustatyti fiksuotą metinę sumą apmokėti visas medicininės paslaugas. Kasmet keičiant tokį biudžetą, galima, pvz., orientuotis į bendrą Lietuvos ekonomikos vystymąsi.

Dar reikia turėti galvoje tai, kad tokia sistema turi veikti tik labai trumpai, nes atsiranda pavojus, kad esamos struktūros bus įtvirtintos. Egzistuojant tokiai fiksuotos sumos sistemai, reikia sukurti prielaidas įvesti ir kitą skaičiavimo rūšį.

3.1.2. Atlyginimas už paslaugas

Tik tada, kai kaštų ir paslaugų struktūros Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje bus pakankamai apskaičiuotos ir išanalizuotos, taps įmanoma apibrėžti ir įvertinti pavienes paslaugas. Kai tai padaryta, pagal suteiktų paslaugų kiekį gali atsiskaityti pavieniai paslaugų teikėjai. Tačiau tokios sistemos įgyvendinimas vis dėlto priklauso nuo to, ar iš tikrųjų paslauga buvo teisingai įvertinta. Reikia stebėti klaidas. Būtina užtikrinti, kad paslaugos nuolat būtų iš naujo įvertinamos. Sudėjus

pavienius atsiskaitymus už paslaugas, gaunama visų ambulatorinio medicininio aprūpinimo išlaidų suma.

3.1.3. Už prisirašiusįjį (apdraustąjį)

Esant tokiam skaičiavimui, bendrasis apmokėjimas gaunamas dauginant apdraustųjų skaičių iš sutartyje nustatytos kaštų bendrosios sumos. Ši bendroji suma naudojama padengti kaštus už paslaugas, kurias gauna kiekvienas apdraustasis vidutiniškai per tam tikrą laiką. Ji mokama gydytojui arba medicininei įstaigai, kuri apdraustajam teikė medicininę pagalbą per šį laikotarpį, nepriklausomai nuo to, ar pavienis apdraustasis gavo kokias nors medicininės paslaugas ir kiek jų gavo. Sumą už prisirašiusįjį galima diferencijuoti pagal tam tikras apdraustųjų grupes (pvz., pensininkus ar vaikus).

Čia taip pat iškyla sumos už prisirašiusįjį dydžio nustatymo problema. Ir šitai bus imanoma padaryti tik tada, kai Lietuvoje bus atliktos išsamios paslaugų ir kaštų analizės. Iš pradžių būtų galima remtis tik ta suma, kuri gaunama dabar padalijus visas bendras Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidas iš skaičiaus tų, kurie turi teisę gauti tos sistemos paslaugas. Tačiau išlaikant tokią pradinę sumą būtų įtvirtinta esama situacija; būtina daryti indeksaciją. Suma už prisirašiusįjį turi priklausyti nuo pagal vieningą vertinimo kriterijų nustatytų ir vidutiniškai vienam apdraustajam suteiktų paslaugų apimties.

Apskaičiavus sumą už prisirašiusįjį, atsiranda pagrindas toliau ją tobulinti per artimiausią laikotarpį. Tuomet bendroji suma galėtų būti siejama su visos ekonomikos plėtojimu, panašiai, kaip ir biudžetavimo atveju. Tik toks bendrosios sumos indeksavimas yra tinkamas pritaikyti gydymo išlaidų vystymąsi prie pragyvenimo išlaidų. Be to, norint indeksuoti pagal pakitusių paslaugų apimtį, būtina susitarti dėl derybų tarp Ligonių kasos, Sveikatos ministerijos ir paslaugų teikėjų surengimo. Jei toks indeksavimas nevykdomas, tai padidinus paslaugų apimtį, pablogėtų pavienių sveikatos paslaugų apmokėjimas.

3.1.4. Mokėjimas už atvejį

Šie mokėjimai padengia kaštus už paslaugas, kurias gavo apdraustasis vidutiniškai per tam tikrą laikotarpį. Faktinė suteiktų paslaugų apimtis pavieniu atveju nėra svarbi.

Šio skaičiavimo ypatumas yra tai, kad bendrosios išlaidos gali keistis kartu su gydymo atvejų skaičiumi, kuris atsiranda nepriklausomai nuo apdraustųjų skaičiaus. Čia taip pat lieka galimybė keisti įkainius už atvejį ir bendrųjų išlaidų sumą, atsižvelgiant į sutartą indeksaciją, priklausančią nuo ekonomikos vystymosi.

Norint įgyvendinti tokią mokėjimo sistemą, yra būtinas susitarimas dėl kainų pradiniu laikotarpiu. Kaip ir taikant kitas mokėjimo formas, čia reikia tiksliai

nustatyti ir analizuoti ligšiolines paslaugų bei kaštų struktūras. Be to, dar būtina sutartyse tiksliai apibrėžti teikiamų paslaugų turinį.

Paslaugų turinį galima apibūdinti priklausomai nuo diagnozės arba nepriklausomai nuo diagnozės. Ambulatorinėje srityje labiausiai paplitusios formos yra gydymo atvejis per nustatytą laikotarpį ir gydytojo vizitas. Stacionarinėje srityje - lovdienis ir DGG (diagnostiškai giminingos grupės - nuo diagnosis related groups, DRG).

3.1.5. Už darbų kompleksą/specialieji įkainiai

Priklausomai nuo sudaryto paslaugų sąrašo, gali būti numatyti mokėjimai už darbų kompleksus. Pvz., ligoninių paslaugos gali būti apmokamos bendrai, jei šios paslaugos teikiamos ambulatorinės sveikatos priežiūros sistemos rėmuose. Galima taip pat atskirai vertinti universitetinių klinikų teikiamas paslaugas, kuriose apmokėjimas apima ne tik grynuosius gydymo kaštus, bet ir papildomas išlaidas už mokslinius tyrimus. Nuolaidos galimos tik tais atvejais, jei medicininės paslaugos yra teikiamos institucijose, kurios, gaudamos lėšas iš sveikatos draudimo įstaigų, dar gauna dotacijas iš valstybės ar savivaldybių. Tai ypač pasakytina apie ligonines ir poliklinikas.

Mokėjimai už darbų kompleksus gali būti nustatomi atlyginti atsižvelgiant į specialiuosius kaštus: Vokietijoje to pavyzdys gali būti ambulatorinis pacientų dializavimas.

Mokėjimai už darbų kompleksus gali būti įvesti kaip instrumentai sveikatos politikos įgyvendinimui, kai jie skatina teikti tam tikras medicininės paslaugas.

3.1.6. Mišriosios sistemos

Įgyvendinant įvairiausias sveikatos priežiūros sistemos vartotojų ir paslaugų teikėjų tikslus, svarbiausią reikšmę turi įstatyminės ir politinės sąlygos. Joms tenka iš pat pradžių svarbi vieta ieškant konsensuso. Jei, pvz., svarbiausia reikšmė būtų teikiama įmokų tarifo stabilumui (kaip valstybės suplanuotam rodikliui), kaip yra Vokietijos Federacinėje Respublikoje, tai ir apmokėjimo sistemos įvedimas turėtų orientuotis į šį principą. Lietuvių ekspertams pirmiausia reikėtų nustatyti įstatyminius rėmus, pagal kuriuos turėtų rutuliotis diskusija dėl mokėjimo sistemų. Toliau pasirenkant mokėjimo už paslaugas sistemą kyla klausimas, ar derinant tarpusavyje įvairius apskaičiavimo būdus galima suderinti savo ir partnerio interesus, atsižvelgiant į politines bei įstatymines sąlygas. Iš pat pradžių galima spėti, kad paslaugų teikėjai sieks honorarinio mokėjimo už paslaugas sistemos, o sveikatos draudimo įstaigos mėgins pasiekti kiek galima labiau reglamentuojamo biudžetavimo.

3.1.7. Atlyginimo sistemų teigiami ir neigiami bruožai

Visi minėtieji metodai pagal ligšiolinę įvairių šalių patirtį turi specifinių trūkumų ir pranašumų, kurie skatino nuolat ieškoti modifikacijų, papildymų, derinių su kitomis atlyginimo formomis ir kurti kontrolės institucijas. Metodu įvertinimą galima susisteminti pagal kiekybinius efektus, sergamumo kitimo riziką ir turimus finansinius išteklius, taip pat ir pagal jų įvedimo ir taikymo sąlygas.

Honorarinio mokėjimo pranašumas - , kad atlyginimas už paslaugas turi tiesioginį ryšį su suteikta paslauga, taigi paslaugų teikėjai tokiai sistemai labai pritartų. Kita vertus, mokėjimas už suteiktas pavienes paslaugas labai išplėstų kiekybę. Čia pavienių paslaugų teikėjų ir kolektyviniai šalies interesai išsiskiria. Jei kolektyvinis racionavimas verčia visus paslaugų teikėjus laikytis kiekybinės disciplinos, tai pavienis individas, priešingai, sieks ekonominius aspektus iškelti į pirmą vietą ir kiek galint labiau išplėsti paslaugų kiekį bei jų spektrą. Be to, pakitusio sergamumo ekonominė rizika gula ant paslaugų finansuotojo pečių. Norint eliminuoti tokius neigiamus šios mokėjimo formos stimulus, reikėtų iš anksto pagalvoti apie apsidraudimo priemonių įvedimą.

Nepagrįsto išlaidų didėjimo galima išvengti ribojant bendrąsias išlaidas ir nustatant pavienių paslaugų kvotas. Be to, dar reikia numatyti veiksmingus kontrolės instrumentus, ypač atliekant ekonominę reviziją, todėl išlaidos institucijoms dar labiau didėtų. Kadangi organizacinės ir institucinės sąnaudos tokiai apmokėjimo formai ir taip yra didelės dėl paslaugų kiekio ir įvairialypiškumo, tai jos įvedimas Lietuvoje, bent jau artimiausiu metu, atrodo sunkiai įsivaizduojamas.

Tuo tarpu apmokėti paslaugų teikėjams **už prisirašiusįjį** nereikia ypatingų sąlygų. Čia kiekybės efektai mažai tikėtini, nes apdraustajam suteiktos paslaugų apimtis neturi didesnės įtakos atlyginimo paslaugų teikėjui dydžiui. Dėl tos pačios priežasties paslaugų teikėjams tokia apmokėjimo forma atrodytų mažiau priimtina, nes tik jiems teks visa sergamumo kitimo ekonominė rizika. Kita vertus, paslaugų teikėjams atsirastų stimulus minimizuoti paslaugų skaičių bei apimtį vienam pacientui, ir čia atsiranda pavojus, kad kaštų sumetimais nebus atliktos visos reikiamos procedūros. Antra vertus, atsiranda tendencija siuntinėti pacientus, kuriems reikia daug priežiūros ir, aišku, kaštų sąnaudų, pas kitus gydytojus ir į kitas gydymo įstaigas. Taip pat ir šioje sistemoje būtini kontrolės instrumentai, ypač kokybės kontrolės srityje.

Kitų mokėjimų metodų pranašumai ir trūkumai yra tarp šių abiejų polių. Pagrindinis principas: Kuo labiau apmokėjimo sistema yra diferencijuota pagal suteiktas paslaugas, tuo ji yra artimesnė faktinėms medicininės praktikos sąlygoms, tuo sudėtingesnis jos taikymas ir tuo daugiau laisvės turi paslaugų teikėjai atsiskaityti už papildomas paslaugų išlaidas. Ir priešingai: Kuo labiau pavieniu atveju teikiamos paslaugos suapvalinamos, tuo paprasčiau valdyti sistemą, tačiau

tu ryškesnė tendencija minimizuoti paslaugų kiekį bei apimtis, o pacientus, kuriems reikia daugiau medicininės priežiūros, siuntinėti pas kitus paslaugų teikėjus.

Atsiskaitant už **lovadienius**, panašiai kaip ir apmokant už pavienes paslaugas, atsiranda tendencija prailginti gulėjimo laiką ir priskaičiuoti daugiau lovadienių negu iš tikrųjų reikia gydymui. Tas pat pasakytina apie **mokėjimų už atvejus** sistemas. Paslaugų teikėjų rizika šiose finansavimo sistemose yra ta, kad, mažėjant paslaugų skaičiui, bendrasis biudžetas mažėja ir teikėjų kaštai gali būti nepilnai kompensuoti. Jei apmokėjimo sistema įgalina diferencijuoti pagal diagnozes ir susirgimo sunkumą, tai ilgainiui "sunkių atvejų" skaičius ir diagnozių skaičius vienam pacientui (taip pat atsiskaitomų atvejų skaičius) gali būti dirbtinai padidintas. Mokėjimų už prisirašiusiųjų skaičių sistemose, kurios tokios diferenciacijos nedaro, paslaugų teikėjai bus linkę minimizuoti paslaugas ir pasirinkti pacientus pagal ekonominius aspektus.

Taigi praktikoje nėra viena sistema negalės apsieiti be kontrolės. Pateikiama lentelė supažindina su mokėjimo sistemų stipriosiomis ir silpnosiomis pusėmis (+stipriosios pusės, - silpnosios pusės).

Mokėjimo sistema	Kaštų ribojimas	Kokybė	Adminis-travimas	Valdymo galimybės (tikslinių paslaugų teikimas)
Fiksuota suma /biudžetas	+	-(+)	+	-
Už paslaugas (honorarinis)	-	+	-	+
Už prisirašiusįjį	+	- (+)	+	-/+
Už atvejį	+	-/+	-	+
Lovadieniai	-	-/+	+	-
Už darbų kompleksus	-	+	+/-	+

3.2. Mokėjimas už paslaugas - atlyginimas paslaugų teikėjams

Mokant paslaugų teikėjams, reikia laikytis principo - apmokama tik už suteiktas paslaugas. Iš esmės apmokėti galima pagal 3.1. nurodytus mechanizmus, tik reikia atkreipti dėmesį, kad tam tikri mechanizmai pirmiausia tinka pirminėms ambulatorinėms paslaugoms (bendrosios praktikos gydytojai), specialiam ambulatoriniam gydymui (gydytojai specialistai) arba stacionariniam gydymui.

Turint galvoje Lietuvos situaciją, reikėtų specializuoto ambulatorinio gydymo sričiai numatyti apmokėjimą už pavienes paslaugas. Čia patartina iš pradžių remtis nediferencijuotu paslaugų katalogu, ir tik sukauptus tam tikrą patirtį pamažu jį modifikuoti. Pagrindinis principas - didesnė diferenciacija atitinka labiau

diferencijuotas paslaugas, o mažesnė diferenciacija - mažiau diferencijuotas paslaugas. Vertinant pavienes paslaugas, galima pagalvoti apie tai, kaip tam tikras paslaugas tikslingai pervertinti arba nepakankamai įvertinti, tuo sukuriant svetus įtakoti kai kurių paslaugų teikimą ar neteikimą. Remiantis politiniu sprendimu, kuriuo numatoma sustiprinti bendrosios praktikos ambulatorinį aprūpinimą, patartina bendrosios praktikos gydytojų paslaugas vertinti, derinant mokėjimą už prisirašiusį su mokėjimu už pavienes paslaugas.

Stacionaruose apmokėjimas turi vykti už atvejus (lovadieniai arba DGG). Praktiniais sumetimais kaip laikiną sprendimą galima pasiūlyti mokėjimą už lovadienius, kol bus galima nustatyti mokėjimus už atvejus atsižvelgiant į diagnozes. Bet kokių atveju reikia žiūrėti, kad visoms to paties aprūpinimo lygio ligoninėms būtų nustatytos tos pačios kainos, tuo siekiant sukurti vienodas konkurencijos sąlygas.

Jei tam tikrų paslaugų teikimas (pvz., profilaktikos srityje) turi būti skatinamas, tai būtina pagalvoti apie specialių atlygių įvedimą.

3.3 Paslaugų katalogo sudarymas

3.3.1 Paslaugų apimtis

Iš pradžių reikės nustatyti, kokias paslaugas apskritai turės finansuoti privalomas sveikatos draudimas ir kokias teiks privatus draudimas. Pvz., ar tai bus tik gydymas, ar taip pat įeis ankstyvoji diagnostika ir profilaktika, skiepai ir pan. Priklausomai nuo sprendimo, bus apskaičiuojamas biudžeto dydis.

Kaip mums žinoma, skirtingose įstaigose jau sudaryti paslaugų katalogai, kuriuose aprašomos paslaugos. Ekspertai nurodė, jog būtina šią veiklą koordinuoti, tam tikslui sukuriant koordinavimo tarnybą, kuri padėtų sudaryti bendrą ambulatorinio bei stomatologinio, taip pat stacionarinio gydymo paslaugų katalogą.

3.3.2 Paslaugų įvertinimas

Kai paslaugų katalogas sudarytas, labai svarbu aprašytąsias paslaugas įvertinti. Diskusija apie tai galėtų vykti aptariant paslaugų katalogo turinį, analizuojant kaštų struktūrą ligoninėse, poliklinikose bei dar galutinai nesusiformavusiose privačiose gydymo įstaigose. Tam reikia sukurti tinkamas kaštų skaičiavimo ir buhalterines sistemas.

Labai svarbu, kad vertinant pavienes paslaugas iš anksto būtų nustatytos metodikos, kurios įgalintų išvengti kaštų pervertinimo. Tik tada bus galima sudaryti sąlygas veikti konkurencijos elementams. Jei paslaugos kaina bus nustatyta tokio dydžio, kad teikiant paslaugas reikės dirbti racionaliai ir taupiai, tai ateityje galės išlikti rinkoje tik tie paslaugų teikėjai, kurie iš tikrųjų atitiks tas sąlygas. Taigi čia

yra galimybė sumažinti iš valstybės ir visuomenės lėšų finansuojamas nereikalingas gydymo įstaigas ir sudaryti sąlygas veikti privačioms medicinos įstaigoms.

3.3.2.1 Ambulatorinės paslaugos

Iš esmės Lietuvos sveikatos sistemos vystymui patartina kiek galint daugiau įvesti rinkos elementų ir įgalinti jų tolesnį plėtojimą. Iš pat pradžių reikėtų rengiant apmokėjimą už paslaugas pagalvoti apie tai, kaip finansuoti struktūras, dirbančias rinkos bei privačios iniciatyvos principais.

Todėl reikia atsižvelgti į tai, kad atlyginimo už paslaugas pokyčiai turi apimti praktikos struktūrų ir pavienių paslaugų teikėjų darbo laiko vystymąsi. Tokių veiksmų įtraukimas yra įmanomas tik tada, jei iš tikrųjų greitai pavyktų apskaičiuoti paslaugų bei kaštų struktūras ir jas analizuoti. Rengiant kaštų struktūros statistiką, nepakanka vien faktinių ekonominių kaštų nustatymo. Vis dėlto jie yra tolesnių skaičiavimų išeities taškas. Orientuojantis į rinkos ekonomikos sąlygas, reikia šalia faktinių išlaidų struktūros pagalvoti apie tai, kad būtina įtraukti ir papildomas kaštų rūšis. Būtina apgalvoti atlygį padedantiems dirbti šeimos nariams, procentus ir amortizaciją, jei įnešamos nuosavos lėšos, taip pat nuomą privačios praktikos patalpoms nuosavame būste. Be to, dar reikia numatyti tam tikrą priedą už riziką ir rizikingą įmonę. Neįvertinus šių papildomų išlaidų, organizaciniu ir ekonominiu požiūriu nustatomi įkainiai bus pernelyg žemi.

Yra visiškai aišku, kad pilnųjų kaštų vertinimas ir jų pokyčiai sukels interesų konfliktą tarp paslaugų teikėjų ir tų, kurie turi finansuoti šias paslaugas. Bus taip pat skirtingų nuomonių vertinant paslaugų teikėjo darbo laiką. Iš esmės reikia pagalvoti ir apie tai, kad turi būti skaičiuojamas ne grynasis darbo laikas, kuris tenka kontaktui su apdraustuoju, bet ir budėjimo laikas bei laikas, per kurį tvarkoma dokumentacija, taip pat laikas, skirtas paslaugų teikėjo kvalifikacijai kelti.

Be to, turi būti nustatyti tokie atlyginimo rėmai, kurie atitiktų medicinos pažangą. Būtina pagalvoti ne tik apie tai, kaip įtraukti papildomas paslaugas, bet ir sukurti pakankamai lanksčią sistemą, kad būtų galima iš paslaugų katalogo išbraukti neadekvačias paslaugas.

Norint iš esmės sutvarkyti apmokėjimą už paslaugas, yra būtinas įstatymų leidėjo žodis. Galima įsivaizduoti, kad įstatymų leidėjas perims iniciatyvą ir iš pat pradžių sukurs tinkamą derinimo instanciją, kokia, pvz., egzistuoja Vokietijoje, vadinamoji "suderinta akcija" (Konzertierte Aktion).

3.3.2.2. Stacionariųjų paslaugų įvertinimas

Diferencijuoti įkainiai už paslaugas, jei nėra realistiškų kalkuliacijų, dažnai sukelia klaidingus sprendimus. Įkainiai, kurie nustatomi ligoninėms tik kabinetuose, norom nenorom ignoruoja vietinius kaštų skirtumus ir todėl juos būtina atmesti kaip ir tokius, kurie apima tik faktinį kaštų kompensavimą. Kadangi kiekviena organizacija turi daugiau ar mažiau racionalizuotinių išteklių, taikant faktinių kaštų kompensavimo mechanizmą, norom nenorom yra "premijuojamas" neūkiškumas.

Kai siekiama konkurencijos, būtina įvykdyti tam tikras sąlygas. Ligoninės turi būti finansuojamos pagal panašius principus, o jų pacientai privalo turėti galimybę pasirinkti ligoninę su panašiomis paslaugomis tam, kad galėtų "balsuoti kojomis". Pastaroji sąlyga yra labai svarbi, kad tarp ligoninių nuolat būtų kokybės konkurencija. Tačiau kaimo vietovėse tą galima įgyvendinti tik ribotu mastu.

Kad pirmoji sąlyga būtų įvykdyta, reikia ligoninės, kurios finansuojamos iš savivaldybių lėšų, kaip galima greičiau įtraukti į Valstybinės ligonių kasos finansavimo sistemą. Tada bus galima pasiekti, kad nuostolingos ligoninės neišliks vien dėl to, kad jos atsitiktinai atsidūrė "pasiturinčios" savivaldybės teritorijoje, o ekonomiškai stiprios ligoninės turės būti uždarytos vien dėl to, kad jos atsitiktinai pakliuvo į "neturtingų" savivaldybių teritoriją.

Kad ligoninės galėtų tvarkytis žiūrėdamos į perspektyvą, turi būti užtikrintas patikimas planavimas. Finansinių lėšų srautas turi būti nuspėjamas. To nebus, kol ligoninės bus finansuojamos iš savivaldybių biudžetų. Lietuvos ligoninių atstovai vienu balsu tvirtino, kad kiekvienų metų rudenį jiems tenka kovoti, kad būtų apmokėtos jų sąskaitos ir išmokėti atlyginimai, kad gautų joms priklausančią dalį, o tai reiškia didžiulę finansinę savivalę. Viso to pasekmė - rudenį nebelieka pinigų medikamentams, tad ligoniniai pagal išrašytą receptą patys turi vaistinėse pirkti vaistus, kuriais jie yra gydomi ligoninėse. Taigi sergantis žmogus per ligoninę netiesiogiai finansuoja savivaldybes.

Finansinių problemų susikaupimas metų pabaigoje yra būdinga Lietuvos savivaldybių ligoninių ekonomikos problema. Tačiau ekonomika yra nenutrūkstamas procesas, kuris metų gale nesibaigia. Todėl Lietuvos ligoninėse apskaita turi užtikrinti nepertraukiamą paslaugų teikimo procesą.

Kad būtų galima lanksčiai dirbti, visos Lietuvos ligoninės privalo turėti vienodą ir pakankamą sprendimų autonomiją:

- perkant resursus, siekiant atsižvelgti į palankias rinkos sąlygas arba laiko požiūriu riboti fiksuotus kaštus (įdarbinti personalą ribotam laikui); kaip mus informavo apklaustieji ligoninių atstovai čia, atrodo, esama pakankamai autonomijos.
- derinant įvairius resursus pvz., pakeičiant materialines sąnaudas personalu arba atvirkščiai; dėl nepakankamos galimybės įsigyti aparatūrą ir būtinybės

nereikalingus darbuotojus laikyti dėl socialinių priežasčių (per mažos pensijos ir kt.) - šios galimybės Lietuvos ligoninėse yra faktiškai labai ribotos.

- nustatant ir toliau plėtojant paslaugų spektrą. Tai būtina norint operatyviai reaguoti į pacientų struktūros pasikeitimus. Iš esmės Lietuvos ligoninėms būdingas lėšų trūkumas sąlygoja tai, kad jos negali užtikrinti medicininių paslaugų nei kokybiniu nei kiekybiniu požiūriu. Yra pavojus, kad pirmiausia tos gydymo sritys, kurios reikalauja didelių lėšų sąnaudų anksčiausiai bus eliminuotos.

Sveikatos priežiūros įstaigoms trūksta daugumos reikiamų informacijos instrumentų, norint priimti ekonomiškai pagrįstus sprendimus. Pagal valstybinę apskaitos sistemą pajamos ir išlaidos yra skaičiuojamos tvarkingai, taip pat planuojamos ir faktinės išlaidos palyginamos, periodiškai atliekami išlaidų rūšių palyginimai tiek rankiniu būdu, tiek ir naudojant kompiuterines programas, t a č i a u

- trūksta sąryšio su konkrečiomis medicininėmis paslaugomis
- reguliarūs pirkiniai nepakankamai apiforminami
- nepastebima materialinių resursų taupymo užuomazgų
- tik personalo išlaidos yra palyginti detalai apskaičiuojamos kaip darbo užmokesčio apskaita, iš dalies naudojant atitinkamas kompiuterines programas.

Ekspertų vertinimu, esamą apskaitą galima be didesnių problemų patobulinti iki supaprastintos komercinės buhalterinės apskaitos. Esant atitinkamai diferencijuotam kaštų planui, galima kurti kaštų ir pajamų rūšių pagrindus.

Tokio mokymo ligoninėse išlaidos tikriausiai nebus pernelyg didelės, nes mokestinių kaštų bei pajamų rūšys yra artimos valstybinės sistemos idėjoms. Ypač ligšiol praktikuojama personalo išlaidų diferenciacija labai pravers, nes jos, sudarydamos apie 40-50 proc. visų Lietuvos ligoninių išlaidų, sudaro didžiausią išlaidų bloką. Kadangi absoliuti dauguma šių išlaidų siejama su neilgu laikotarpiu, bet ne su paslaugomis, tai supaprastintai išlaidas galima prilyginti kaštams.

Kur ne kur galima įžiūrėti kaštų analizės užuomazgas. Pvz., Ukmergės ligoninė personalo skyriuje turi surašytas kaštų sritis, kurias pirmajame etape galima panaudoti materialinėms išlaidoms apskaičiuoti. Tačiau didesniai skaičiui ekonominių klausimų toks nedidelis kaštų pozicijų kiekis yra nepakankamas. 400 vietų ligoninei, kurios klinikinė struktūra yra kaip Ukmergėje, reikia, remiantis mūsų patirtimi, ne mažiau kaip 100 kaštų pozicijų.

Nėra tarpusavio atsiskaitymų tarp įstaigų padalinių, nors tai labai svarbu įmonės valdymui ir kaštų skaičiavimui. Neegzistuoja pajamų sąryšio su paslaugomis.

Nė vienoje iš aplankytojų ligoninių nebuvo kaštų objektų skaičiavimo. Kaštų rūšių kalkuliacijos, kaip nurašymai ir pakartotinio tiekimo kaštai kaip pagrindas,

atrodo, yra nežinomi arba netaikomi, nors socialistinė ekonomika kadaise teoriškai yra nagrinėjusi kaštų skaičiavimo elementus.

Ligoninėse esama palyginti išsamių dokumentų apie paslaugas, nors juos taip pat dėl nepakankamai tinkamų kompiuterinių programų nevisada galima įvertinti. Tačiau informaciją apie paslaugas galima būtų palyginti greitai pertvarkyti pagal kaštų skaičiavimo kriterijus. Kaip rodo patirtis, chirurgijoje tai daug lengviau įgyvendinama nei vidaus ligų srityje. Galima paslaugų apskaitai taikyti ICPM (International Classification of Procedures in Medicine WHO), o diagnozių apskaitai - ICD (International Classification of Diagnoses).

Kaštų skaičiavimo subjektų įvedimas arba išplėtimas, taip pat kaštų objektų skaičiavimo įvedimas turi nepaprastai svarbią reikšmę ne tik sprendžiant vidinius ekonominius uždavinius, bet ir Valstybinės ligonių kasos praktikuojamai sistemai. Valstybinė ligonių kasa sudaro metines sutartis su ligoninėmis, kuriose aprašoma ne tik paslaugų apimtys, bet ir įkainiai už jas.

4. PRIEŽIŪROS INSTITUCIJOS

Išsiaiškinus finansavimo pobūdį ir nustačius sveikatos draudimui galiojanti paslaugų katalogą, kuriame įvertinamos paslaugos tų medicinos įstaigų, kurios finansuojamos tiek iš valstybės lėšų, tiek ir iš privačių fondų, joms turėtų būti sudarytos galimybės dirbti sveikatos priežiūros sistemoje ir teikti paslaugas. Vykstant konkurencijai, paaiškės, kad vyksta paslaugų teikėjų atranka pagal jų potencialą. Tačiau kadangi nė viena iš paslaugų apmokėjimo sistemų nebus laisva nuo nepageidaujamų paskatų ir vartotojai gan problematiškai vertins medicininės paslaugas, tai iš anksto reikėtų pasirūpinti, kad visos paslaugos atitiktų nustatytus, aiškiai apibrėžtus kokybės ir rentabilumo kriterijus. Tam reikalinga tinkama priežiūros institucija. Priežiūros funkcijas gali atlikti pati Sveikatos apsaugos ministerija arba jos kontroliuojamas sveikatos draudimo skyrius (šis padalinys gali būti įkurtas Vastybiniėje ligonių kasaoje).

5. REZIUMĖ IR PERSPEKTYVA

Aukščiau buvo pateiktos medicininių paslaugų apmokėjimo rekomendacijos, atsižvelgiant į ekspertų teikiamas konsultacijas. Baigiant reikia dar kartą nurodyti, kad visas šias rekomendacijas galima įgyvendinti tik tada, kai vykstant konsultacijoms dėl būsimos apmokėjimo struktūros, pirmiausia bus atliktas diferencijuotas faktinės padėties įvertinimas. Kaštų ir paslaugų struktūros turi būti atskirtos, išanalizuotos ir įvertintos. Reikia sukurti atitinkamus apskaitos ir analizės instrumentus arba juos gauti. Tik po to, visa tai susiejus su sveikatos politikos tikslais, kurie nustatyti įstatymais, galima prasmingai tvarkyti apmokėjimą už paslaugas. Žinoma, negalima izoliuotai nagrinėti ir atskirti vieną nuo kito

ambulatorinio ir stacionarinio sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo. Reikia atsižvelgti ir į tai, koks bus medikamentų, gydymo ir pagalbinių priemonių finansavimas. Taip pat ir šiose srityse reikia atlikti esamos padėties analizę, ir, atsižvelgiant į analizės rezultatus, parengti rekomendacijas. Bendrąją visų sveikatos priežiūros sistemos paslaugų apmokėjimo struktūrą galima parengti tik visų ekspertų konsultacijų kontekste. Tam reikia kad visos tuo užsiimančios darbo grupės palaikytų glaudžius tarpusavio kontaktus, o pavienių darbo grupių veikla būtų koordinuojama iš vieno centro. Tam reikia kaip galint greičiau sukurti atitinkamą Sveikatos apsaugos ministerijos vadovaujamą komisiją.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)
Hansaring 43, 50670 Köln
16.1.1996

PRANEŠIMAS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS SĄLYGOMIS

G. Černiauskas, R. Buivydas, SARB sesija, gruodžio 21, 1995 m.

1. DABARTINĖ BŪKLĖ

Lietuvoje dabartiniu metu taikomos keturios sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo formos:

- Savivaldybių pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidos yra dengiamos sąmatinio finansavimo pagrindu
- Respublikinio pavaldumo asmens sveikatos priežiūros stacionariųjų įstaigų paprastosios išlaidos apmokamas pagal sustambintas ligų grupes (ambulatorinių - pagal aptarnaujamų gyventojų skaičių).
- Dalis sanatorijų yra finansuojamos iš socialinio draudimo fondo, dengiant tiek paprastasias, tiek nepaprastasias išlaidas bazinių kainų lygyje (apdraustiesiems bazinės kainos kompensuojamos nevienodai).
- Privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugos apmokamos tiesiogiai gyventojų, naudojant rinkos kainas.

Kainodaros sistema jau pradėta formuoti ir dabartiniu metu aptariamojoje srityje dirba SAM, VLK, darbo grupės, Phare.

Sveikatos draudimo įstatymas matomai bus priimtas 1996 metų pradžioje ir pradės veikti 1997 01 01. Tam, kad liktų laiko sveikatos draudimo institucijoms sudaryti sutartis su gydymo įstaigomis yra būtina, jog įstaigų finansavimo (kainų) projektas būtų parengtas ir pateiktas Sveikatos apsaugos ministrui tvirtinti ne vėliau kaip 1996 spalio 1 dieną. Įstatymo projekte nėra reglamentuota kainodaros tvarka.

Viena pagrindinių racionalios kainodaros prielaidų yra sveikatos priežiūros organizatorių apsisprendimas, dėl kainų sudėties, pobūdžio, rūšies. Galutiniai sprendimai šiais klausimais įtakos tiek kainų rengimo techninius aspektus, tiek kūriamos kainų sistemos informacinę bazę, sveikatos priežiūros administravimo kaštus, ekonominius ir socialinius sveikatos priežiūros administravimo rezultatus. Būtina užtikrinti kokybišką įvairių reformoje dalyvaujančių institucijų (SAM, VLK, sveikatos priežiūros įstaigų, SoDros) darbo, rengiant kainas, koordinavimą, nes esanti nuomonių įvairovė yra pateisinama dabartiniu metu, bet gali kenkti proceso vystymuisi.

Kainodaros funkcijos apart įstaigų kaštų padengimo yra ir paslaugų struktūros formavimas. Kainos gali skatinti **pirminę sveikatos priežiūrą, ligų profilaktiką**, bet gali taipogi skatinti tretinę sveikatos priežiūrą pirminės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sąskaita.

Kainodara gali **užtikrinti tolygesnį paslaugų prieinamumą visiems gyventojams**, bet gali suformuoti preferencijų atskiroms gyventojų grupėms sistemą. Gali **gerinti sveikatos išteklių ir kaštų subalansavimą**, bet gali sąlygoti sveikatos biudžeto deficitą. Kainodara gali **skatinti medikų darbo intensyvumą**, bet gali būti palanki vangiai dirbantiems medikams. Kainodara gali *skatinti paslaugų privatizaciją*, bet gali ją ir riboti. Galima siekti, kad paslaugų teikimas būtų restrukturizuojamas, *perduodant ambulatorines paslaugas individualiai arba grupinės praktikos pagrindu dirbantiems gydytojams*, o galima siekti išsaugoti dabar veikiančių poliklinikų tinklą. Galima visuomeninių išteklių pagrindu *remti bazinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, sukuriant pacientui galimybę finansiškai dalyvauti gaunant papildomas paslaugas bei paslaugas, kurios dėl šalies išsivystymo lygio artimiausioje perspektyvoje negali būti teikiamos visiems gyventojams (suprantant, kad teikiamų struktūra pasikeis)*, bet galima stengtis reprodukuoti esamą paslaugų struktūrą. Jei norima, kad kainodara atitiktų bendrąją sveikatos politiką, būtina, kad kainodaros sistema būtų integruota su bendraisiais politikos tikslais. Dalis sveikatos priežiūros prioritetinių tikslų Lietuvos Vyriausybės bei SAM yra suformuluoti. Šie tikslai tekste išskirti juos pajuodinant. Dalis tikslų (pvz., privatizacija) dabartiniu metu (1995 m. gruodis) nėra tiksliai apibrėžti. Tikslai, dėl kurių dar nėra galutinai apsispręsta, tekste išskirti kursyvu.

Pranešimo tikslas: Pateikti SAM bei SARB tarybos nariams informaciją apie įvairias sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemas bei pasiūlymus apie kainodaros sistemą, kuri atitiktų bendruosius sveikatos politikos tikslus. Jei galutinei išvadai informacijos nepakanka yra nurodomi papildomi darbai, kuriuos reikėtų atlikti. Darbai yra skirstomi pagal valdymo lygius, kuriuose turi būti generuojama papildoma informacija:

- Politiniai darbai (reikalauja Seimo, Vyriausybės ir SAM sprendimo);
- Profesiniai-techniniai darbai (reikalauja ekspertų, SAM padalinių bei ministerijai pavaldžių institucijų pastangų);
- Organizaciniai (reikalauja naujų institucijų ar jų padalinių formavimo, geresnės veikiančių institucijų darbo koordinacijos).

Pranešime aptariamoms ambulatorinių ir stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemos. Abiem paslaugų grupėms yra būdingi keli kainodaros tipai;

Pagal kaštus

Kainos tipas	Pliusai	Minusai
Pilna kaina (įtraukti visi kaštai ir pelnas)	Įvertintos visos sąnaudos, skatina privačią iniciatyvą	Ribota visuomeninė kontrolė
Kaina be pelno	Atitinka medicinos įstaigų nepelno statusą	Riboja ekonominę analizę ir privačią iniciatyvą
Įvertintos tik paprastosios išlaidos	Valstybė pasilieka teisę struktūriniais pertvarkymams	Riboja ekonominę analizę ir privačią iniciatyvą, galimas subjektyvizmas
Įvertintos tik gydytojų ir jų samdomo personalo pajamos	Skatina darbo rezultatus biudžetinių sistemų rėmuose	Sudėtinga koordinacija tarp medikų ir įstaigų interesų, naudojant detalius įkainius - sistema brangi.

Taikymo sritys. Pilna kaina taikoma JAV. Kaina be pelno Didžiojoje Britanijoje. Paprastosios išlaidos apmokamos Vokietijos lignoninių sektoriuje.

Ambulatorinės paslaugos

Kainos tipas	Turinys	Pliusai	Minusai
Pagal prisirašiusių skaičių (capitation)	Nustatomas įkainis už kiekvieną prisirašiusį pacientą. Kartais įkainiai diferencijuojami pagal paciento amžių	Sistema paprasta, užtikrina paslaugų vartojimo lygumą, palanki sveikatos švietimui	Menkai skatina medikus intensyviai dirbti, reikalauja prisirašymų kontrolės
Pagal detalius įkainius (fee for service)	Yra patvirtinami (suderami) įkainiai už paslaugas, pagal kuriuos apmokamas medikų darbas	Sistema lanksti, tinka BPG ir specialistų darbui apmokėti, nepriklauso nuo nuosavybės formos ir darbo vietos. Skatina intensyvią darbą.	Brangi, reikalauja tikslios kontrolės, skatina perteklinę specializaciją ir nereikalingų paslaugų teikimą
Mišri	Derinami kainų tipai, dalį mediko pajamų formuojant už prisirašiusius pacientus, dalį už suteiktas paslaugas	Leidžia sveikatos organizatoriams skatinti prioritetinių paslaugų teikimą	Brangesnė nei pagal gyventojų skaičių, blogai parinkus prioritetus gali iškreipti paslaugų struktūrą

Kainos nustatomos pagal paslaugų įkainius gali skirtis detalumu. Labiausiai agreguotas būtų mokėjimas už ligą, bet gali būti apmokama už apsilankymą įskaitant elementarius tyrimus, tik už apsilankymą, už atskiras manipuliacijas apsilankymo metu. Kuo detalesnė kainodara, tuo tiksliau aprašo medikų darbą (jei apskaita teisinga), bet reikalauja daugiau sąnaudų.

Taikymo sritys. Pagal prisirašiusių gyventojų skaičių dažniausiai finansuojama pirminė sveikatos priežiūra (plačiai taikoma Didžiojoje Britanijoje) bei gydymo įstaigos aptarnaujančios apibrėžtą teritoriją (taikoma Švedijoje). Pagal detalius įkainius dažniausiai apmokami privačia praktika besiverčiantys specialistai (JAV, Vokietija).

Pastaba: atsižvelgiant į jau sukauptą Lietuvoje stomatologinių paslaugų kainodaros patirtį, tikslinga stomatologijos kainyną jau pirmajame etape rengti detalesnį nei įkainius kitoms paslaugoms. Siekiant, kad kaštai stomatologijoje neviršytų priimtinių visuomenei ribų verta pagalvoti apie stomatologinių paslaugų įkainių derinimą su biudžeto įstaigai ar/ir teritorijai fiksavimu.

Stacionarinės paslaugos

Kainos tipas	Turinys	Plusai	Minusai
Įstaigos biudžetas	Ekonominės analizės bei tradicijų pagrindu tvirtinamas įstaigos biudžetas	Sistema pigi, balansuoja pajamas ir išlaidas	Neskatina darbo intensyvumo, konservuoja esamą paslaugų struktūrą
Apmokėjimas pagal DGG	Ligos suskirstomos pagal medicininę klasifikaciją ir kaštus bei nustatomos jų kainos	Nebrangi, skatina trumpinti gydymo trukmę, užtikrina duomenų palyginamumą tarp šalių	Neįvertinamos visos manipuliacijos, reikalauja personalo mokymo, ilgas diegimo laikotarpis
Pagal detalius įkainius (fee for service)	Yra patvirtinami (suderami) įkainiai už paslaugas, pagal kuriuos apmokamas medikų darbas	Sistema yra lanksti, tinka tiek valstybinėms, tiek privačioms ligoninėms, skatina inensyvų darbą,	Brangi, reikalauja tikslios kontrolės, skatina perteklinę specializaciją ir nereikalingų paslaugų teikimą

Taikymo sritys. Biudžetavimas taikomas Kanadoje (derinant su gydytojų skatinimu), Danijoje. DGG taikoma valstybinėms JAV programoms, Švedijoje. Pagal detalius įkainius dažniausiai apmokami privačiai apsidraudę pacientai JAV. Europoje privalomojo draudimo schemose detalūs įkainiai beveik netaikomi.

2. PASIŪLYMAI

Vertinant galimas kainodaros sistemas sveikatos politikos tikslų požiūriu (analizė pateikta lentelėse), matyti, kad nėra kainų sistemos kuri garantuotų sveikatos priežiūros valdymo efektyvumą visais aspektais.

Ambulatorinės paslaugos

Tikslas	Detalus įkainiai	Mišri	Pagal prisirašiusių skaičių
Paslaugų prienamumo lygybė	-	+/-	+
Produktyvumas (teikiamų paslaugų kiekio skatinimas)	+	+/-	-/+
BPG institucijos skatinimas	-	+/-	+
Profilaktinės veiklos skatinimas	-	+/-	+/-
Privačios praktikos skatinimas	+	+/-	-/+
Subalansavimas	-	-/+	-/+
Poliklinikų likvidavimas	+	-/+	-
Valdymo pigumas	-	-/+	+

Pastaba.. - neigiamas poveikis, + teigiamas, +/- neutralus.

Finansavimas pagal įkainius gerai skatina gydytojus teikti daugiau paslaugų, bet paslaugų apimtį augimas gali dar labiau padidinti finansinį sistemos deficitą. Ši sistema skatina medikų specializaciją ir galimybę formuoti privačiai praktikai, bet orientuoja medikus į gydomąjį darbą, bei sudėtingus tyrimus, ribodama BP institucijos plėtimą.

Apsisprendžiant dėl galutinio ambulatorinių paslaugų kainodaros sistemos pasirinkimo, būtina įvertinti tikslų santykinį reikšmingumą. Mūsų nuomone, renkantis tarp dviejų kraštutinių sistemų, labiau palaikytina grindžiama prisirašiusių skaičiumi. Renkantis tarp trijų potencialiai didžiausių efektyvumą gali užtikrinti mišri sistema. Kita vertus, lentelėje mišri sistema įvertinta kaip neutrali visų tikslų požiūriu, nes jos efektyvumas apsprendžiamas kainodaros sistemos kokybės. Prastai parengta mišri sistema gali riboti visų tikslų įgyvendinimą. Mišri sistema turėtų būti įdiegiama laipsniškai.

3. KAINODAROS ĮGYVENDINIMO ETAPAI:

1. Nustatomi įkainiai už prisirašiusių gyventojų skaičių pagal BP, ambulatoriją, rajono polikliniką, didelę miesto polikliniką. Aprašomos būtinios paslaugos, atliekamos išvardintose įstaigose. Sudaromas paslaugų, už kurias mokama papildomai, sąrašas ir kainynas. Papildomai apmokamos paslaugos turi atitikti šias sąlygas:

- Pakeičia stacionarines paslaugas ir mažina bendruosius gydymo kaštus.
- Užtikrina prioritetinių tikslų įgyvendinimą (imunizacija, sveikatos švietimas, aukštos rizikos grupių dispanserizacija).

- Nėra teikiamos daugelyje atitinkamo lygio įstaigų nors teikimas yra pageidautinas.

Pagal gyventojų skaičių turi būti finansuojama apie 80%, o pagal papildomus įkainius apie 20% ambulatorinių paslaugų biudžeto. Yra tikslinga numatyti, kad ambulatorinei pagalbai tenka pvz., 30-35%, t.t., vaistams -15-20% sveikatos draudimo biudžeto.

2. Patikslinami įkainiai už gyventojus, nustatomi įkainiai už sustambintas būtinausias paslaugas (liga arba vizitas, specialūs tyrimai ir t.t.). Siekiama, kad papildomi įkainiai skatintų medikų efektyvumą, bet dengtų apie 20% atitinkamos paslaugos kaštų. Pagal gyventojų skaičių turi būti finansuojama apie 60%, o pagal papildomus įkainius apie 40% ambulatorinių paslaugų biudžeto.

3. Patikslinami ankstesnieji įkainiai ir įvedamas dalinis privačia praktika besiverčiančių specialistų finansavimas privalomojo sveikatos draudimo lėšomis. Pagal gyventojų skaičių turi būti finansuojama apie 50% ir pagal papildomus įkainius apie 50% ambulatorinių paslaugų biudžeto.

Įkainių sistemos formavimo trukmė - 5-8 metai.

Stacionaro įkainiai

Tikslas	Detalūs įkainiai	DGG	Biudžetavimas
Paslaugų prieinamumo lygybė	+/-	+/-	+/-
Produktyvumas (teikiamų paslaugų kiekio skatinimas)	++	+	-
Profilaktinės veiklos skatinimas	-	+/-	+/-
Privačios praktikos skatinimas	+	+/-	-/+
Subalansavimas	-	-/+	+
Poliklinikų likvidavimas	+	-/+	+/-
Valdymo pigumas	-	-/+	+

Pastaba.. - neigiamas poveikis, + teigiamas, -/+ neutralus.

Akivaizdu, kad įdiegus stacionaruose apmokėjimo pagal detalius įkainius sistemą, valdymas ir apskaita taptų žymiai sudėtingesni ir brangesni, o taip pat ligoninių personalas būtų skatinamas didinti teikiamų paslaugų kiekį, nepriklausomai nuo tų paslaugų duodamo efekto.

Kita vertus, įdiegus biudžetinę apmokėjimo sistemą, nebus skatinama kaštų apskaita ir darbo intensyvumas, kadangi darbo rezultatai tiesiogiai nesusiejami su apmokėjimu.

Tuo tarpu, įdiegus stacionarų finansavimą pagal diagnostškai giminingas grupes (DGG), galima geriau subalansuoti biudžetą, bet sukuriant stimulus intensyviau ir geriau dirbti. Mes pasisakome už šią kainodaros sistemą.

Galutinis apsisprendimo dėl kainodaros efektas priklausys nuo kainodaros bei sveikatos priežiūros valdymo kokybės. Galimi neigiami DGG sistemos diegimo rezultatai, kuriuos švelnina atitinkami priešnuodžiai:

Neigiami rezultatai	Priešnuodžiai
Ligoninės skatinamos gydyti nesudėtingus ligoninius	Suformuojama BPG institucija, atliekanti vartinininko funkciją; detaliam apibrėžiama siuntimo gydymui ligoninėje tvarka.
Ligoninės skatinamos išrašyti nepasveikusius ligonius	Pakartotinas gydymas dalinai neapmokamas; taikomos sankcijos už priešlaikinį išrašymą
Ligoninės skatinamos plėsti modernių ir brangių technologijų naudojimą, tradicinių efektyvių gydymo metodų sąskaita	Taikoma brangių technologijų racionalizacija, įskaitant eiles planiniam hospitalizavimui, dalinį pacientų apsimokėjimą už paslaugas (pvz., sąnarių implantaciją), brangių technologijų koncentravimas universitetinėse ir kraštų ligoninėse.

4. KAINODAROS DIEGIMO ETAPAI:

1. Parengiama apie 50-100 kainų, atspindint pagrindines gydymo ir reabilitacijos paslaugas. Kainos kompensuoja paprastąsias išlaidas ir dalį nepaprastųjų (kapitaliniai remontai bei brangios aparatūros pirkimai atliekami finansuojant steigėjams). Atsižvelgiant į galimybę kompensuoti įstaigoms perteklinius kaštus, susijusius su netolygiomis paslaugų teikimo sąlygomis, šiame etape yra tikslinga numatyti priemokas už pagrįstai atsirandančius perteklinius kaštus (panaudojami biudžetavimo elementai).
2. Parengiama apie 100-200 kainų, atspindint detalizuotas pagrindines gydymo ir reabilitacijos paslaugas. Kainos kompensuoja paprastąsias išlaidas ir dalį nepaprastųjų (kapitaliniai remontai bei brangios aparatūros pirkimai atliekami finansuojant steigėjams).
3. Parengiama apie 300 kainų, atspindint detalizuotas gydymo ir reabilitacijos paslaugas. Kainos kompensuoja paprastąsias išlaidas ir dalį nepaprastųjų (kapitaliniai remontai bei brangios aparatūros pirkimai atliekami finansuojant steigėjams). Suteikiama įstaigoms ir TLK galimybė derėtis dėl kainų.

[kainių sistemos formavimo trukmė - 3-5 metai..

Pastabos:

Kadangi kainodaros sistema susijusi su bendraisiais sveikatos priežiūros valdymo tikslais, keičiant ar tikslinant tikslus, yra būtina tikslinti kainodaros sistemą.

Pranešime nėra aptarti kainodaros administravimo bei kaimo-miesto ir mokymo (mokslo) gydymo įstaigose finansavimo specifikos klausimai.

Prielaida visoms kainodaros sistemoms diegti yra paslaugų kodifikavimas (sąrašas) ir kaštų apskaita ambulatorinėse ir stacionarinėse įstaigose.

5. DARBAI, KURIUOS NUMATO ATLIKTI PHARE EKSPERTAI, DIEGIANT KAINODAROS SISTEMĄ:

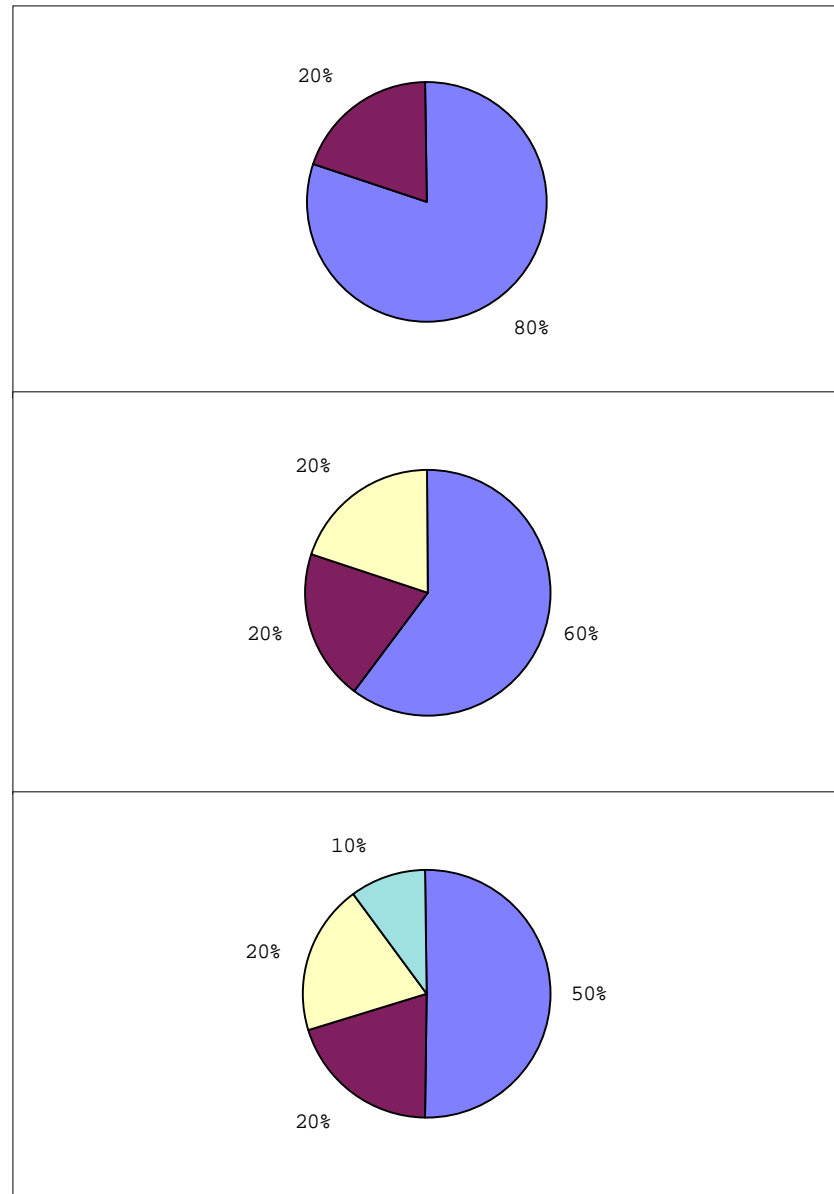
1. Pasiūlymų kaip turėtų būti apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos sveikatos draudimo sąlygomis pateikimas, įskaitant 2 dienų seminarą ministerijos, VLK ir sveikatos įstaigų darbuotojams 1996 metų pradžioje. Kainodaros sistema preliminariai aprobuota SARB ir SAM, numatant sistemos efektyvumo vertinimo ir tobulinimo formalias procedūras, turi būti pateikta Gydytojų sąjungai aptarimui, vėliau SAM priimant galutinį sprendimą.

2. 4 sveikatos priežiūros įstaigų (Raudonojo kryžiaus ligoninė, Vilniaus 3 ligoninė ir 10 poliklinika, Ukmergės RCL) veiklos ekonominė analizė ir apskaitos sistemų, tinkamų kainų skaičiavimams, įdiegimas šiose įstaigose, įskaitant finansinę pagalbą perkant programinę įrangą ir kompiuterius.

3. Duomenų, reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų kaštų skaičiavimui rinkimas ir apibendrinimas punkte 1.2 nurodytose įstaigose.

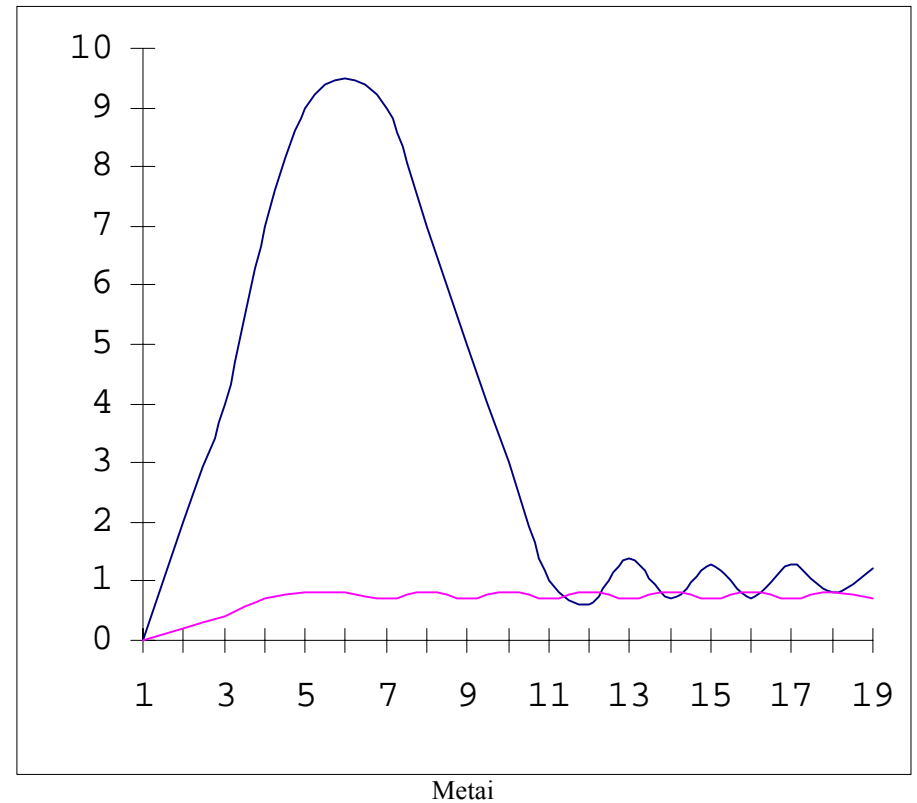
4. Ministerijos parengto kainyno ekspertinis įvertinimas.

AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ FINANSAVIMO STRUKTŪRA - I, II IR III ETAPE



PASLAUGŲ KAINŲ KIEKIO AUGIMO PRIKLAUSOMYBĖ NUO LAIKO

Paslaugų kainų kiekis,
tūkstančiais



Kodėl kainų kiekis turėtų mažėti?

- Daug kainų
- daug išlaidų apskaičiuojant ir kontroliuojant kaštus
 - sudėtingas interesų derinimas
 - sudėtinga subalansuoti sveikatos biudžetą

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO DRAUDIMO SĄLYGOMIS PRINCIPAI

Parengta pagal 1996 m. sausio mėn. 15-16 d.d. Aušveitos Sveikatos centre įvykusio seminario, suorganizuoto PHARE, SAM ir SARB, medžiagą

Įvertinant Lietuvoje 1990-1995 metais bei Europos Sąjungos šalyse sukauptą sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymo patirtį, turint omenyje būtinumą kainas formuoti remiantis ekonominio efektyvumo, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skatinimo, mikro ir makroekonominio sveikatos sistemos subalansavimo, sveikatos priežiūros teikėjų lygiateisiškumo kriterijais, numatant, kad formuojant kainas bus naudojamas Phare finansuojamų pilotinių įstaigų potencialas, siekiant, jog sveikatos priežiūros paslaugų kainyno, taikytino privalomojo sveikatos draudimo sąlygomis, projektas būtų parengtas iki 1996m. spalio mėnesio, atsižvelgiant į 1996. 01. 15-16 Aušveitoje įvykusio seminario metu išsakytas mintis, Phare-GVG sveikatos reformos projektas rekomenduoja Sveikatos apsaugos ministerijai rengti sveikatos priežiūros paslaugų kainas pagal žemiau išdėstytus principus.

1. BENDRIEJI PRINCIPAI

1. Siekiant, kad sveikatos priežiūros įstaigos galėtų iš sveikatos draudimo fondo gauti lėšų padengti einamąsias išlaidas ir įsigyti nebrangią medicininę aparatūrą bei transporto priemones, yra tikslinga, skaičiuojant kainas **atsižvelgti į visas parastąsias išlaidas bei dalį nepaprastųjų išlaidų**. Nepaprastąsias išlaidas kapitalinei statybai bei brangios aparatūros įsigijimui turėtų iš atitinkamo biudžeto finansuoti steigėjas (apskritis ir SAM iš valstybės biudžeto, savivaldybės, konfesijos bei kiti steigėjai iš savų lėšų), koordinuodamas pirkimus su nacionalinėmis investicijų programomis. Siekiant sukurti prielaidas privačioms ambulatorinėms sveikatos priežiūros įstaigoms dalyvauti teikiant privalomuoju sveikatos draudimu garantuojamas paslaugas bei prioritetinį pirminės sveikatos priežiūros vystymą, **ambulatorinės paslaugos turėtų būti apmokamos, įvertinant visas šių įstaigų išlaidas**. Dabartiniu metu Lietuvoje biudžetinės įstaigos neapskaito amortizacinių atskaitymų, todėl nepaprastosios išlaidos turėtų būti vertinamos, remiantis buhalteriniais duomenimis apie pagrindinių priemonių nusidėvėjimą.

Kainų formavimas pagal kaštus, įtraukiamus į kainos apimtį

	Pirminė sveikatos priežiūra	Specializuota ambulatorinė	Sanatorijos	Stacionarinė
Pilna kaina (įtraukti visi kaštai ir pelnas)	+			
Kaina be pelno		+	+	+
Įvertintos tik paprastosios išlaidos				
Įvertintos tik gydytojų ir jų samdomo personalo pajamos				

2. Atsižvelgiant į sveikatos draudimo įstatymo projekte numatytą nuostatą, kad finansavimui turi būti taikomos bazinės SAM patvirtintos kainos, turi būti apibrėžtas bazinės kainos sąvokos turinys. Bazinės kainos gali būti; a) maksimalios, b) minimalios, c) intervalinės, d) fiksuotos. **Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugoms tikslinga fiksuoti kainas, o stacionarinėms paslaugoms nustatyti intervalines kainas.** Galutiniam sprendimui reikalinga informacija apie kaštų įvairiose ligoninėse skirtumus bei derybų tarp TLK ir gydymo įstaigų metodiką. Jei dabartiniu metu įstaigų išlaidų skirtumas toms pačioms ligoms viršija 30%, galima pirmiesiems draudimo reformos metams, įstaigoms, kurių paslaugos reikalingos gyventojams, **intervalo ribose taikyti diferencijuotus įkainius.** Rinkos kainas tikslinga naudoti paslaugoms, neįtrauktoms į privalomąjį sveikatos draudimą. Bazinės kainos turėtų būti rengiamos derybų tarp ligonių kasų ir sveikatos paslaugų teikėjų pagrindu, o tvirtinamos SAM. Konkreti stacionariųjų paslaugų kaina intervalo ribose turėtų būti suderama tarp teritorinių kasų ir paslaugų teikėjų.

Kainų formavimas pagal valstybinį reguliavimą

	Privalomasis draudimas	Privalomojo draudimo paslaugos neapdraustiems	Paslaugos, neįtrauktos į privalomą draudimą
Valstybės fiksuotos kainos	+	+	
Derybų tarp TLK ir teikėjų kainos	+	+	
Rinkos kainos			+

3. Dalies paslaugų (prisirašiusiųjų aptarnavimas, laboratorija, brangios operacijos, kurių kaštuose yra didelis greit senstančios aparatūros nusidėvėjimo lyginamasis svoris) teikimo kaštai įstaigose mažėja, augant paslaugų apimčiai.

Šioms paslaugoms tikslinga **taikyti sumažintas kainas už paslaugas, viršijančias normatyvą** (pvz., BPG gauna už prisirašiusį pacientą virš 2000 prisirašiusių tik 70% įkainio, nes esant per dideliu prisirašiusių skaičiui daktaras nebeturi fizinių galimybių kiekvienam pacientui skirti pakankamai dėmesio; laboratorijos kainos mažėja, atlikus 10000 tyrimų).

4. **Bazinės kainos** pagal teritorijas ir įstaigų tipus už analogiškos apimties paslaugas turėtų būti **vienodos visoje šalyje**. Jei ligoninės kaštai yra didesni nei bazinė kaina dėl to, kad įstaiga atlieka mokslinius tyrimus arba moko studentus bei rezidentus, perteklinius kaštus turėtų kompensuoti šių papildomų paslaugų užsakovai.

Kainų formavimas pagal įstaigų tipus ir šalies teritorijas

	Pagal įstaigų tipus	Pagal šalies teritorijas
Vienodos šalyje	+	+
Skirtingos kainos		

Pastaba. Tikslinga papildomai aptarti ar verta, siekiant paskatinti sveikatos priežiūros specialistus dirbti kaimo vietovėse, nustatyti diferencijuotus PSP paslaugų įkainius kaimui.

2. AMBULATORINĖS PASLAUGOS

2.1 Pirminė sveikatos priežiūra

Sveikatos draudimo įgyvendinimą tikslinga pradėti, taikant mišraus apmokėjimo sistemą (pagal prisirašiusių skaičių (fiksuta metinė suma už galvą) ir pagal detalius įkainius (honorarinė)). Būtina įkainio už galvą nustatymo prielaida yra **PSP daktaro funkcijų apibrėžimas**, įvertinant pereinamojo laikotarpio realijas. Greičiausia pirmame kainodaros etape greta bendrosios praktikos gydytojų (BPG) į PSP specialistų tarpą bus įtraukti ir dalis pediatrų, akušerių ginekologų, chirurgų. Įvertinus BSP funkcijas tikslinga nustatyti įkainius už galvą BPG, ambulatorijai, rajono poliklinikai. **Aprašomos būtinosios paslaugos, atliekamos išvardintose įstaigose, kurių atlikimas įskaitomas į įkainį už galvą. Sudaromas paslaugų, už kurias mokama papildomai, pagal detalius įkainius sąrašas ir kainynas.** Papildomai apmokamos paslaugos turi atitikti šias sąlygas:

- Pakeičia stacionarines paslaugas ir mažina bendruosius konkrečios ligos gydymo kaštus.
- Užtikrina prioritetinių tikslų įgyvendinimą (imunizacija, sveikatos švietimas, aukštos rizikos grupių dispancerizacija).
- Nėra teikiamos daugelyje atitinkamo lygio įstaigų nors teikimas yra pageidautinas.

Pirmame reformos etape papildomai apmokamų paslaugų sąrašas turėtų būti nedidelis (10-20 pozicijų). Pozicijų skaičius ribojamas, siekiant sumažinti buhalterinės apskaitos ir atsiskaitymų tarp teritorinių ligonių kasų (TLK) ir įstaigų administravimo kaštus. Siekiant skatinti gydytojų darbą, galima apmokėti dalį vizito kaštų.

Seminaro Aušveitoje metu vieningos nuomonės dėl mokėjimo už galvą lyginamojo svorio bendrame PSP finansavime nebuvo pasiekta. Daugelis seminaro dalyvių (gydytojų sąjungos, Phare, SARB, gydymo įstaigų atstovai pasisakė, kad pirmaisiais reformos metais už galvą būtų skirstoma apie 70% PSP lėšų. SAM pasisakė už tai, kad už galvą būtų skirstoma apie 30% PSP lėšų. Konkretų atsakymą į suformuluotą klausimą turėtų duoti konkreti darbo pilotiniuose projektuose patirtis, o dabartiniu laikotarpiu verta remtis kompromisine nuostata: **už galvą skirstoma 50% PSP lėšų.**

2.2 Antrinė ambulatorinė priežiūra

Antrinės sveikatos priežiūros **specialistų darbas**, baigus kainodaros reformą, turi būti pagrindinai **apmokamas pagal detalius įkainius**. *Reformas pradžioje tikslinga parengti įkainių už pirminį ir pakartotiną vizitą, aprašant manipuliacijas, įtraukiamas į vizito įkainių, ir apie 10 manipuliacijų kiekvienam specialistui*, už kurias mokama papildomai.

Parengtų įkainių pagrindu turi būti apmokamos tiek poliklinikose, tiek ligoninėse, tiek savarankiškai dirbančių specialistų paslaugos.

Tikslinga pasinaudoti Vokietijos, kurioje detalai buvo kalkuluojama apie 70 paslaugų kainų, o kitos kainos yra išvedamos iš šių 70 ekspertinių įvertinimų metodu.

Siekiant, kad įstaigos nepradėtų prirašinėti paslaugas ar dirbtinai didinti vizitų skaičių (siuntimai, nesant reikiamų indikacijų), yra tikslinga, kad pacientai pas specialistus patektų tik su PSP gydytojo siuntimu, o **vizitų, už kuriuos apmokama, skaičius būtų ribojamas**. Pvz., poliklinikai nustatoma, jog bus apmokama ne daugiau kaip už 6 vizitus per metus, vienam aptarnaujamam gyventojui; savarankiškai dirbančiam specialistui mokama ne daugiau kaip už 3 vizitus konkrečios ligos atveju. Konkrečios **apribojimų normos** turi būti parengtos pilotinių tyrimų metu. Dalis apribojimų turėtų būti parengta iki 1997 metų, o vėliau apribojimai turėtų būti koreguojami.

Kadangi daugelis antrinės priežiūros specialistų dabartiniu metu dirba poliklinikose, galima šių specialistų darbą pagrindinai apmokėti, finansuojant **polikliniką už galvą ir diegiant apmokėjimo už suteiktas paslaugas sistemas pačiose įstaigose**. Poliklinikose, kurios iki sveikatos draudimo sistemos diegimo pradžios nebus pasirengusios specialistams mokėti už darbą, galima pratęsti pareigybinių algų mokėjimo tradiciją, laipsniškai įvedant mokėjimo už suteiktas paslaugas taikymą.

	BPG	Grupinė praktika (ambulatorija)	Poliklinika	Specialistai poliklinikose ir ligoninėse
Pagal prisirašiusiųjų skaičių (cap.)				
Už ligą				+
Už vizitą				+
Pagal detalius įkainius (fee for service)				+
Mišri (pagal prisirašiusiųjų skaičių ir pagal detalius įkainius)	+	+	+	

Pereinant nuo ambulatorinės pagalbos teikimo, dirbant poliklinikoje daugeliui specialistų, prie BPG ir siuntimų pas specialistus modelio, yra tikslinga sudaryti sąrašą paslaugų, kurios pereinamuoju laikotarpiu teiktinos tiek BPG, tiek specialistų.

Rutininių laboratorinių tyrimų kaštai įtraukiami į BPG, o daugelio specialiųjų įtraukiami į specialisto paslaugų įkainį. Atitinkami laboratorinių tyrimų sąrašai turėtų būti parengti lygiagrečiai su kainynais.

BPG		
Bazinis atlyginimas už prisirašiusių gyventojų skaičių, detalai aprašant teikiamų privalomų paslaugų sąrašą ⇒	Papildomas iki 50% pajamų dydžio apmokėjimas už papildomai teikiamas paslaugas (fee for service)	Bendrosios praktikos gydytojų atlyginimas didesnis, augant jų teikiamų papildomų paslaugų skaičiui
Augant BPG teikiamų papildomų paslaugų skaičiui, turės mažėti specialistų apkrovimas pagal privalomai teikiamų paslaugų sąrašą, t.y. jie turės palaipsniui pereiti prie apmokėjimo pagal detalius įkainius	Bazinis atlyginimas pagal siuntimų/skyrimų skaičių, detalai aprašant teikiamų privalomų paslaugų sąrašą ⇒	Labai specializuotos paslaugos, kurios neįeina į galimą papildomų paslaugų sąrašą teikiamą bendrosios praktikos gydytojų
AMBULATORINIS GYDYTOJŲ SPECIALISTŲ DARBAS		

3. STACIONARINĖ PRIEŽIŪRA

Stacionarinės paslaugos turi būti apmokamos pagal supaprastintą DGG modelį.

Lietuvoje nėra pakankamai išteklių per trumpą laiką parengti detalius įkainius visoms stacionaruose atliekamoms manipuliacijoms arba parengti pilną diagnostiskai giminingų grupių (DGG) pagrindu suskaičiuotą modelį. Racionalu **pradėti sveikatos draudimą, taikant iki 100 kainų**. Pereiti nuo dabartiniu metu veikiančios prie siūlomos kainų sistemos verta išskiriant kiekvienoje iš 17 ligų grupių po 5-6 labiau detalizuotas ligų grupes. (*Alternatyva. Pradinė informacija kaupiama pagal VLK siūloma metodika (skyriai pateikia informaciją apie 5 ligų kaštus.)* Į šias grupes būtų traukiamos ligos, atsižvelgiant į jų santykinį brangumą ir dažnumą. Ligų grupėms turėtų būti **fiksuojama lovdienio kaina ir normatyvinė gydymo trukmė**, kurių sandauga sudarytų konkrečios ligų grupės kainą). Siekiant garantuoti privalomojo draudimo biudžeto subalansavimą šalies mastu yra tikslinga numatyti, jog **galutinis atsiskaitymas** su teikėjais už metus yra **atliekamas, neviršijant visam stacionariniam gydymui numatytų išlaidų**.

Specializuotos įstaigos, kurių darbo apimtį įvertinti sudėtinga (pvz., AIDS centras), turėtų būti **finansuojamas biudžetinės sąmatos pagrindu**. Ši finansavimą turėtų užtikrinti SAM. Paslaugų pacientams, kuriems būtinas ilgalaikis gydymas, teikimo finansavimas turėtų būti atliekamas, derinant apmokėjimą už lovdienius, DGG metodą ir įstaigos biudžeto fiksavimą.

	Mišrios ligoninės	Specializuotos ligoninės	Ilgalaikio gydymo įstaigos
Apmokėjimas už lovdienius			+
Įstaigos biudžetas		+	+
Apmokėjimas pagal DGG	+	+	+
Pagal detalius įkainius (fee for service)			
Mišri			

Darbu, kuriuos būtina atlikti, rengiant sveikatos priežiūros paslaugų kainyną, sąrašas, potencialūs vykdytojai, bei šių darbų terminai yra aprašyti pateiktoje lentelėje.

VEIKLA	ATSAKINGAS	I KETVIRTIS 1996 m.	II KETVIRTIS 1996 m.	III KETVIRTIS 1996 m.	IV KETVIRTIS 1996 m.
<i>metodikos</i> prisirašiusių skaičiaus vertinimo ir įkainių už prisirašiusių skaičiavimo; honorarų už paslaugas (fee for service) skaičiavimo; DGG įkainių liginėms skaičiavimo; biudžetinių limitų nustatymo	SAM, koordinuojant su VLK ir medikų sąjungomis. Naudojamos įstaigos, ištrauktos į pilotinius tyrimus ir PHARE konsultantai			Tikslinama ir teikiama galutiniam SAM aprobavimui	
<i>sąrašai</i> PSP paslaugų sąrašas; specialistų paslaugų sąrašas; DGG sąrašas.	SAM ir specialybinės draugijos, VLK			Tikslinama ir teikiama galutiniam SAM aprobavimui	
<i>statistika</i> apsilankymų dažnumas; siuntimų dažnumas; DGG dažnumas liginėse; paslaugų dažnumas; gydytojų darbo laiko trukmė paslaugoms.	SAM, Sveikatos informacijos centras, VLK, pilotinės įstaigos		pilotinėse įstaigose naudojama PHARE nupirkta kompiuterinė technika	Tikslinama ir teikiama galutiniam SAM aprobavimui	
<i>finansinė apskaita</i> DGG liginėse; už prisirašiusių skaičių; siuntimų/apsilankymų; paslaugų.	SAM, PHARE, pilotinės įstaigos, VLK		pilotinėse įstaigose naudojama PHARE nupirkta programinė įranga	Tikslinama ir teikiama galutiniam SAM aprobavimui	
<i>vertinimas ir modeliavimas</i> mikro ir makro lygiais.					

Parengtų metodikų, sąrašų ir sukauptos statistinės bei finansinės informacijos pagrindu yra skaičiuojamos kainos ir apsvarsčius SARBe 1996 m. rugsėjo mėnesį pateikiamas Ministrui paslaugų kainyno projektas. Spalio - lapkričio mėnesiais vyksta parengtų kainų taikymo visoje šalies teritorijoje vertinimas, renkamos įstaigų ir medikų sąjungų pastabos. Vertinimas ir modeliavimas atliekamas tiek mikro lygiu (vertinamas konkrečių įstaigų finansavimas), tiek makro lygiu (vertinamas šalies sveikatos biudžeto subalansavimas). Lapkričio mėnesio pabaigoje patvirtinamas kainynas ir lapkričio - gruodžio mėn. sudaromos sutartys tarp TLK ir gydymo įstaigų.

PRIEDAI

Priedas nr. 1

KAS YRA PHARE?

Tai Europos Sąjungos ekonominės integracijos pasiūlymas Centrinės ir Rytų Europos šalims.

Europos Sąjungą ir kaimynines Centrinės ir Rytų Europos šalis jungia bendras tikslas - sukurti klestinčių, saugių ir demokratinių tautų šeimą. Šį tikslą galima įgyvendinti glaudesniu politiniu, ekonominiu ir kultūriniu bendradarbiavimu, paremtu bendru vertybių supratimu.

1945 - 1989 metais Centrinės ir Rytų Europos šalys buvo atskirtos nuo pagrindinės Europos vystymosi ir egzistavo centralizuotos politinės ir ekonominės kontrolės sistemoje. Dabar šios šalys siekia atgauti savo vietą tarp išsivysčiusių Europos šalių bei kultūrų ir prisijungti prie Europos ekonomikos bei organizacijų. Pagrindinis reikalavimas, keliamas Centrinės ir Rytų Europos šalims šiam tikslui įgyvendinti - tai ekonomikos atkūrimas, pasivejant permainas, kurios įvyko Vakarų Europoje per paskutiniuosius penkiasdešimt metų.

Phare programa - tai Europos Sąjungos iniciatyva, kuria suteikiama finansinė pagalba šalims-partnerėms. Šia parama siekiama remti ekonominės transformacijos ir demokratijos stiprinimo procesus iki to meto, kol šios šalys bus pasirengusios prisiimti Europos Sąjungos narystės įsipareigojimus.

Phare suteikia žinias ir technologijas (know-how), konsultacijas, organizuoja kursus įvairiausių sričių nekomercinėms, visuomeninėms ir nevalstybinėms organizacijoms bei bendradarbiaujančioms šalims. Phare veikimo būdą galima palyginti su multiplikatoriumi, kuris atveria įvairius finansinius ir fizinius fondus svarbiems projektams tyrinėjimų, subsidijų, garantinių schemų, kreditų forma ir, kartu su tarptautinėmis finansinėmis institucijomis, tiesiogiai investuoja į infrastruktūrą. Integracijos procesui progresuojant, tokioms investicijoms atiteks vis didesnė Phare fondų dalis.

Per pirmuosius penkerius veiklos metus, kurie sukako 1994 m. pabaigoje, Europos Sąjunga Phare paramos dėka vienuolikai bendradarbiaujančių šalių buvo skyrusi 4.248,5 mln. ECU.

Remdama Centrinės ir Rytų Europos šalis, Phare tampa didžiausia subsidijų pagalbos programa.

Phare yra viena iš daugelio Europos Sąjungos iniciatyvų Centrinei ir Rytų Europai. Europos Sąjungos politiniai ir prekybiniai santykiai vystosi pagal prekybos ir bendradarbiavimo susitarimus bei asociacinius susitarimus ("Europe Agreements"). Phare palaiko mokėjimų balansą ir humanitarinę pagalbą bei pritraukia investicinį kapitalą iš Europos investicinio banko (EIB) ir Europos rekonstrukcijos ir vystymo banko (EBRD).

Europos Komisija taip pat koordinuoja pagalbos iniciatyvas platesnei tarptautinei bendruomenei.

Prioritetiniai sektoriai

Pagrindinės sritys, kuriose vyksta permainos ir kurioms skiriamos didžiausios Phare lėšos yra:

- - privataus sektoriaus vystymas ir parama įmonėms;
- - švietimas, sveikatos apsauga, mokymas, moksliniai tyrimai;
- - infrastruktūra (energija, transportas, ryšiai);
- - aplinkos apsauga ir branduolinis saugumas;
- - žemės ūkio pertvarkymas;
- - parama maisto produktais ir humanitarinė pagalba;
- - visuomeninės institucijos ir administracinė reforma;
- - socialinis vystymasis ir darbas;

Sveikatos apsaugos srityje Phare sutelkia dėmesį į pirminės ir profilaktinės medicininės priežiūros tobulinimą, siekdama užtikrinti sveikatos apsaugą, personalo paruošimą darbui naujomis sąlygomis, supažindina su naujais menedžmento metodais, susijusiais su sveikatos apsaugos sistemos pertvarkymu ir decentralizacija.

Projektų pavyzdžiai

Pirminės priežiūros paslaugų restruktūrizacija buvo išskirta kaip visuotinės sveikatos apsaugos sistemos prioritetas, kuriam ypač reikėjo know-how, kursų bei įrangos. Bulgarijoje pagrindinei sveikatos apsaugos sistemos reformai Phare skyrė 10 mln. ECU.

Rumunijoje, vykdant humanitarinės pagalbos programą, daugiau kaip 40 mln. ECU buvo skirta padėti našlaičiams vaikams, augantiems valstybinėse įstaigose, kurių aplinka neigiamai įtakoja nepilnamečių moralinių kriterijų formavimąsi. Plati į ateitį nukreipta programa apėmė daugumos minėtų vaikų reabilitaciją bei kursus medicinos personalui.

EC/PHARE PARAMA LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS PROCESUI

EC/Phare susitarė su Lietuvos valdžia remti sveikatos priežiūros reformų procesą. Bendradarbiavimas šioje srityje jau apima tokius sektorius kaip sveikatos reformos prioritetų nustatymas, atsakingų Lietuvos ekspertų supažindinimas su skirtingomis sveikatos sitemomis, egzistuojančiomis Europoje ir farmacinio sektoriaus Lietuvoje restruktūrizavimas.

EC/Phare programa apima šiuos sektorius:

Sveikatos paslaugų decentralizacija:

1995 m. balandžio mėn. Danų, Olandų ir Vokiečių ekspertai pradėjo bendradarbiauti su Lietuvos ekspertais tam, kad išanalizuotų sveikatos priežiūros teikimo pagerinimo galimybes, esant decentralizuotai sistemai. Ši analizė remiasi neseniai Lietuvoje įgyvendintos visuotinės administracijos decentralizacijos pagrindais. Konferencija apie decentralizaciją tapo svarbiu indėliu į šią analizę ir reikšmingu sekančiu žingsniu reformų procese.

Pirminės sveikatos priežiūros strategija/medicinos personalo resursų vystymas:

1995 m. balandžio mėn. Danijos ir Vokietijos ekspertai pradėjo bendradarbiauti su Lietuvos sveikatos ministerija šioje srityje. Glaudžiai bendradarbiaujant su JTVP/Kanada paruoštas pasiūlymas dėl pirminės sveikatos priežiūros reformos strategijos, bei kaip užtikrinti efektyvų ir kokybišką medicinos personalo resursų naudojimą. Didžiulį indėlį, formuojant pasiūlymą, įnešė pirminės sveikatos priežiūros konferencija, kuri vyko 1995 m. birželio 1-2 dienomis.

Decentralizuoti sveikatos draudimo fondai:

1995 m. birželio mėn. Olandijos ir Vokietijos ekspertai pradėjo dirbti sveikatos priežiūros finansavimo reformos srityje, į kurią įeina ir decentralizuotų sveikatos draudimo fondų sukūrimas. Lydimi tebesitęsiančios diskusijos dėl sveikatos draudimo įstatymo, jie daro ekspertizę dėl būsimų decentralizuotų sveikatos draudimo fondų organizacinės struktūros dizaino, tam, kad galėtų padėti kuriant stabilią Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, kurios tikslas - pagerinti ir užtikrinti sveikatos priežiūros teikimą. Bendradarbiavimas šiame sektoriuje tęsis virš dviejų metų.

Įmokų nustatymas, surinkimas ir paskirstymas:

Tikrai gerai išvystyta įmokų rinkimo sistema gali garantuoti finansiškai gerai subalansuotą socialinio draudimo sistemą. Funkcionuojanti socialinių įmokų

sistema yra neatskiriama nuo funkcionuojančios decentralizuotų sveikatos draudimo fondų sistemos. Tuo būdu yra nepaprastai svarbu sukcentruoti dėmesį į egzistuojančių sistemų analizavimą ir įvairių alternatyvų reformai vystymą, įskaitant finansinės apimties poreikio įvertinimą ir įvairių finansinių išteklių analizę. Tikslai tada bus galima suprojektuoti mechanizmus efektyviam įmokų surinkimui ir finansinių lėšų paskirtymui. Olandijos-Vokietijos ekspertų komanda, dirbanti decentralizuotų sveikatos draudimo fondų klausimais. Bendradarbiavimas šioje srityje vyks dvejus metus.

Būtinų priemonių, skirtų naujos atlyginimų už sveikatos priežiūros paslaugas sistemos įgyvendinimui, vystymas:

Pagrindinis bendradarbiavimo šioje srityje tikslas yra teikti būtiną informaciją, reikalingą įvertinant skirtingus atlyginimų už sveikatos priežiūrą mokėjimo būdus visuose sektoriuose ir paskaičiuojant paslaugų įkainius. Ekspertai iš Vokietijos pradėjo dirbti šioje srityje 1995 birželio mėn. Šio bendradarbiavimo, kuris truks dvejus metus, parinktose sveikatos priežiūros įstaigose bus vykdomi eksperimentai kaip pagerinti atsiskaitymą, tam, kad būtų informacijos antrajam žingsniui - atlyginimų mokėjimo sistemos gerinimui.

EC/Phare programą koordinuoja Vokietijos asociacija **Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)**, kuri jau dirbo Lietuvoje trejus metus. Programos administravimą Lietuvoje garantuoja laikinas biuras (p. Gediminas Černiauskas ir p. Romualdas Buivydas) įkurtas Vilniuje, Gedimino pr. 27 (Valstybinė ligonių kasa), tel.: 8-22/ 22 66 01, fax: 8-22/ 22 75 87 (SARB).

Priedas nr. 2

SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS

Žiūr.: www.comliet.lt/sec

KAS YRA GVG?

Draudimo teorijos ir praktikos bendrovė **Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)** buvo įkurta 1947 m. kelių institucijų ir pavienių asmenų siekiant toliau plėtoti socialinės saugos sistemas. GVG yra ne pelno organizacija, turinti juridinio asmens teises.

Draudimo teorijos ir praktikos bendrovės tikslas:

- sieti mokslą, politiką ir praktiką,
- vykdyti nūdienos keliamus mokslinių tyrimų projektus,
- kvalifikuotai remti įstatymų leidybos procesus šalyje, Europos Sąjungoje ir užsienyje,
- remtis ekonomikos, visuomenės ir socialinės santvarkos tarpusavio sąveika ir ryšiais,
- savo veiklą skirti bendram visuomenės labui.

Institucijos

GVG nariai - įstaigos ir asmenys, atstovaujantys beveik visoms socialinio draudimo šakoms. Paminėtinos:

- privalomo socialinio draudimo sritys - senatvės, sveikatos, slaugos ir nelaimingų atsitikimų draudimas,
- privataus draudimo sritys - senatvės, sveikatos, slaugos draudimas, nelaimingų atsitikimų ir turto draudimas,
- sveikatos priežiūros sistemos paslaugų teikėjai - gydytojai, stomatologai, ligoninės, farmacinė pramonė, gydymo ir pagalbinių priemonių gamintojai,
- darbdavių susivienijimai, profsąjungos ir pavieniai profesiniai luomai,
- gamybinio pensinio aprūpinimo sfera,
- mokslininkai.

Komisijos

Dirba penkios GVG nuolatinės komisijos:

- senatvės draudimo,
- sveikatos sistemos plėtojimo,
- slaugos /reabilitacijos,
- Europos Sąjungos,
- Vidurio, Pietryčių ir Rytų Europos.

Leidiniai

GVG reguliariai leidžia publikacijas savo nariams, politikams, spaudai ir visuomenei. Tai - informaciniai biuletiniai, serijiniai leidiniai (išleista beveik 30 t. serija), leidiniai apie socialinės saugos sistemą Vokietijoje, Europos Sąjungoje ir Vidurio, Pietryčių ir Rytų Europos postkomunistinėse valstybėse bei specialiuosius leidinius.

Tarptautinė veikla

Daugiau kaip prieš tris dešimtmečius prasidėjusi GVG veikla tarptautiniu mastu kasmet vis plečiasi. GVG turi užmezgusi nemažai kontaktų tiek Europoje, tiek už jos ribų. Veikia atstovybė Briuselyje, ji yra pripažinta kaip diskusijų partnerė Europos Sąjungos komisijoje bei kituose Europos organuose.

Už Europos Sąjungos ribų GVG aktyviai bendradarbiauja tarptautiniu mastu socialinėje politinėje sferoje. Tai ypač pasakytina apie reformos procesus Vidurio, Pietryčių ir Rytų Europos valstybėse. Daugelį projektų kuruoti ją įpareigojo Federalinė darbo ir socialinių reikalų ministerija (Bona), Federalinė sveikatos ministerija (Bona), Europos Sąjunga PHARE ir TACIS programoms vykdyti, kitos įstaigos, įgyvendinančios įvairius projektus tiek šalyje, tiek ir užsienyje.

Dirbdama su tarptautiniais projektais, GVG laikosi savo pagrindinės filosofijos - sieti mokslą, praktiką ir politiką. Todėl ji teikia išsamią informaciją ir konsultacijas, priklausomai nuo atitinkamos šalies, su kuria bendradarbiaujama, poreikių. Trumpai galima nusakyti taip: nustato bendradarbiavimo sritis ir formas, sudaro studijas, teikia orientacines konsultacijas, padeda rengti įstatymus, remia atitinkamų institucijų kūrimą, organizuoja mokymą, padeda įgyvendinti įstatymus, diegti elektroninį duomenų apdorojimą ir sudaryti reikiamus formuliarius, dirba su visuomene, rengia tarptautinius kongresus.

Bendradarbiavimas su Lietuvos Respublika

Nuo 1992 m. pradžios, Federalinės darbo ir socialinių reikalų ministerijos (Bona) ir Federalinės sveikatos ministerijos (Bona) įpareigota, GVG bendradarbiauja su Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo bei Sveikatos apsaugos ministerijomis. Bendradarbiavimas apima šias sritis: socialinį, pensinį, sveikatos, gamybinį ir privatų papildomą senatvės draudimą, privatų papildomą sveikatos draudimą, draudimą nuo nelaimingų atsitikimų, draudimo priežiūrą, socialinę pagalbą, socialinių partnerių santykius ir tarifų politiką, darbų saugą ir mokymą. Laimėjusi pagal PHARE programą surengtą konkursą, GVG

buvo ES įpareigota kartu su Lietuvos Respublikos sveikatos ministerija vykdyti trejų metų projektą. Šio projekto svarbiausios kryptys:

- sveikatos sistemos decentralizacija,
- pagrindinių medicinos paslaugų teikimas,
- sveikatos draudimas,
- įmokų surinkimas,
- medicinos paslaugų apmokėjimas.

Bendradarbiaudama su abiem Lietuvos Respublikos ministerijomis, GVG, be seminarų ir viešųjų renginių bei konferencijų, daug reikšmės teikia darbo grupėms, rengiančioms įstatymų projektus. Jau dvejus metus socialinės saugos srityse dirba vokiečių ir lietuvių ekspertų grupės. Jos reguliariai susitinka ir nagrinėja reformų Lietuvoje galimybes. Šis bendradarbiavimas visiškai pasiteisino. Šiuo metu veikia nelaimingų atsitikimų draudimo, darbo saugos, socialinės pagalbos, mokymo, ekonometrijos ir apmokėjimo už medicinos paslaugas darbo grupės. Jos rengia įstatymų projektus, poįstatyminius aktus, informacinę bei mokomąją medžiagą, taip pat atlieka socialinio draudimo įstaigoms finansinius skaičiavimus. Šis darbas yra itin svarbus, turint galvoje Lietuvos norą tapti Europos Sąjungos nare.

Padedant Federalinei darbo ir socialinių reikalų ministerijai, GVG nupirko SODROS mokymo centrui kompiuterinę įrangą ir mokymo priemones.

GVG būstinė:

Generalinis direktorius Dr. rer. pol. Volker Leienbach
Generalinio direktoriaus pavaduotoja Dr. phil. Sibylle Angele
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)
Hansaring 43, 50670 Köln
Telefonas: **49 / 221 / 91 28 67 - 0
Faksimilinio ryšio Nr: **49 / 221 / 91 28 67 - 6
**49 / 221 / 91 28 67 - 9
E-mail: 100642.3242@compuserve.com

PRINCIPLES OF REMUNERATION OF HEALTH CARE SERVICES UNDER HEALTH INSURANCE

*by Lars Chr. Kyburg, PhareProject and
K & N INFORMATION MANAGEMENT AND RESEARCH IN HEALTH CARE,
Kiel, Gemany*

Health Financing Reforms in Lithuania are being supported by a Phare Project on Health Financing Reforms which is splitted into several components. Parallel to the development and implementation of a new accounting system (double-entry book-keeping and cost-accounting respectively) for health care providers appropriate hard- and software have to be selected, installed, and tested. Last but not least a performance orientated tariff system will be designed.

Several meetings and work shops concerning principles of remuneration of medical services have taken place from November 1995 to January 1996 in order to analyse both the status quo and the policy of the decision makers with particular regard to tariffs. The Phare project recommended the Ministry of Health in a first step to compile a catalogue of medical services as a basis for further investigations. The prices for the services in the recommended list shall be calculated according to the new tariff system.

The new tariff system has to be developed with particular regard to the purposes of primary health care (PHC), specialised out-patient care, dental care, and in-patient care. An evaluation of the proposed system will focus on administrative aspects, the satisfaction of personnel (resp. doctors) as well as costs of the system. It has to be ensured that the new accounting system to be introduced will give the necessary information to calculate prices in a bottom-up approach.

Prior to designing a new tariff system preparatory work is necessary:

1. Due to fundamental differences in the allocation process between a health insurance system and a socialist health care system the present Lithuanian accounting system has to be reorganised according to the future Lithuanian health insurance system. The requirements are directed both toward a more specific and more comprehensive independent information system on aggregated and disaggregated levels. The remuneration and the controlling of provider requires detailed information about activities and utilization.
2. The availability of efficient service and cost accounting systems in hospitals is of vital importance for the functioning of case-group related remuneration systems. The knowledge of case-group related cost structures is ultimately necessary for planning and managing the resources. In the case that group-case

related payment systems will be introduced without shifting the management of resources to the hospital this could end in both an deterioration of economic performance as well as of quality of care.

In order to overcome the deficiencies of the traditional centralised budgeting system a performance-related payment system is recommended to be introduced in Lithuania. The principles of remuneration include that price calculations consider

- ✓ balanced micro and macro efficiency,
- ✓ encouragement of PHC, and
- ✓ stimulation of competition between health care providers.

During a workshop from 15-16 January 1996 it was agreed with representatives from MOH, SPF, municipality of Vilnius, and the pilots upon the following remuneration scheme:

- ⇒ PHC: mixed system considering per capita and fee-for-service elements
- ⇒ Secondary out-patient health care: After the reform is finished specialists shall basically be remunerated by a fee-for-service price list. But in the beginning a variation of this system may be preferred.
- ⇒ In-patient health care: the path of DRGs in a simplified manner is followed because the resources do not allow to calculate the model of DRGs completely.
- ⇒ Dental care: dentists are to be regarded as one specialists group out of many others. However, the dentist's approaches will be taken under consideration.

The next reform steps will be to specify the methods of calculating the prices, to compile the lists of services (PHC, Specialists, and hospitals), to prepare frequency statistics and to finish the application of the new accounting system in the pilots.

TURINYS

LEIDĖJŲ ŽODIS	3
PAGRINDINIŲ TERMINŲ PAAIŠKINIMAI REMIANTIS PASAULIO SVEIKATOS ORGANIZACIJOS APIBRĖŽIMAI.....	4
MOKĖJIMŲ LIGONINĖMS BŪDAI	4
MOKĖJIMAI GYDYTOJAMS	5
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS: LIETUVA EUROPOS ŠALIŲ PATIRTIES KONTEKSTE. AMBULATORINIO IR STACIONARINIO GYDYMO APMOKĖJIMAS.....	7
1. PRADINĖ SITUACIJA	7
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS FINANSAVIMAS	8
2.1. Finansavimo pobūdis	8
2.2. Institucijos	10
3. MOKĖJIMAS UŽ PASLAUGAS.....	10
3.1. Finansų apimtis - bendrasis apmokėjimas.....	10
3.1.1. Fiksuota suma/Biudžetas	11
3.1.2. Atlyginimas už paslaugas	11
3.1.3. Už prisirašiusįjį (apdraustąjį)	12
3.1.4. Mokėjimas už atvejį	12
3.1.5. Už darbų kompleksą/specialieji įkainiai	13
3.1.6. Mišriosios sistemos	13
3.1.7. Atlyginimo sistemų teigiami ir neigiami bruožai.....	14
3.2. Mokėjimas už paslaugas - atlyginimas paslaugų teikėjams	15
3.3 Paslaugų katalogo sudarymas	16
3.3.1 Paslaugų apimtis	16
3.3.2 Paslaugų įvertinimas.....	16
3.3.2.1 Ambulatorinės paslaugos	17
3.3.2.2. Stacionarinių paslaugų įvertinimas.....	18
4. PRIEŽIŪROS INSTITUCIJOS	20
5. REZIUMĖ IR PERSPEKTYVA.....	20
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMAS SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS SĄLYGOMIS	22
1. DABARTINĖ BŪKLĖ	22
2. PASIŪLYMAI.....	25

3. KAINODAROS ĮGYVENDINIMO ETAPAI:	26
4. KAINODAROS DIEGIMO ETAPAI:.....	28
5. DARBAI, KURIUOS NUMATO ATLIKTI PHARE EKSPERTAI, DIEGIANT KAINODAROS SISTEMĄ:	29
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO DRAUDIMO SĄLYGOMIS PRINCIPAI	32
1. BENDRIEJI PRINCIPAI.....	32
2. AMBULATORINĖS PASLAUGOS	34
2.1 Pirminė sveikatos priežiūra.....	34
2.2 Antrinė ambulatorinė priežiūra	35
3. STACIONARINĖ PRIEŽIŪRA	37
PRIEDAI.....	39
KAS YRA PHARE?	39
Prioritetiniai sektoriai	40
Projektų pavyzdžiai	40
EC/PHARE PARAMA LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS PROCESUI.....	41
SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS.....	43
KAS YRA GVG?.....	44
PRINCIPLES OF REMUNERATION OF HEALTH CARE SERVICES UNDER HEALTH INSURANCE	47
TURINYS.....	49