

Sveikatos priežiūros finansavimo įtaka paslaugų struktūrai

Jolanta Žemgulienė

Asistentė

Vilniaus universiteto Prekybos ekonomikos katedra

Saulėtekio al. 9, 2040 Vilnius

Tel. (370 2) 36 61 52

Straipsnyje analizuojama, kaip sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo sistemos reforma lėmė sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir apimties pokyčius. Didėja naudojamasis brangesne stacionaria sveikatos priežiūra – daugėja hospitalizacijų, mažėja naudojimas ambulatorinėmis paslaugomis. Tiesioginio poveikio priemonėmis, didinant paslaugų įkainius buvo skatinama pirminė sveikatos priežiūra ir stacionaro pagalba. Pirminės sveikatos priežiūros finansavimas, nesiejant apmokėjimo su realia veiklos apimtimi, sąlygojo santykiškai geresnę šių paslaugų teikėjų padėtį sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje. Susidarė tam tikrų sveikatos sistemos išbalansavimo prielaidų, remiant pirminę priežiūrą, o realių veiklų, teikiančių paslaugas gyventojams, koncentruojant aukštesniu lygmeniu. Ne iki galo išnaudoti finansavimo švertai paslaugų teikimo efektyvumui didinti, mažinant paslaugų teikimo kaštus. Todėl finansavimo mechanizmą reikėtų tobulinti, įdiegiant priemones, leidžiančias iš dalies riboti išlaidų didėjimą.

Įvadas

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumo didinimas, racionalizuojant sveikatos

priežiūrą, nacionalinėje sektoriaus plėtros strategijoje traktuotas kaip prioritetinis uždavinys [1, p. 44]. Vieni sveikatos priežiūros draudimo finansavimo sistemos veikimo metai parodė, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų elgseną lemia finansavimo sistema. Ši sistema teikia galimybių efektyviau panaudoti sveikatos priežiūros išteklius. Šio tyrimo tikslas – nustatyti, kokią poveikį nacionalinei sveikatos priežiūros sistemai turėjo draudimo finansavimo mechanizmo įdiegimas. Sveikatos sektoriaus valdymo sistema ir finansavimo reguliavimas turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kiekiui ir proporcijų pokyčiams. H. Barnum, J. Kutzin, H. Saxenian, analizavę sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo įtaką paslaugų teikėjų elgsenai, nurodo, kad visi paslaugų apmokėjimo metodai lemia tiek teigiamų, tiek ir neigiamų paskatų atsiradimą. Apmokėjimo metodai, atsižvelgiant į sektoriaus valdymą ir infrastruktūrą, paprastai turi įtakos paslaugų teikimo efektyvumui, prieinamumui, netiesiogiai – ir gyventojų sveikatai.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo pokyčiams per praėjusius dvejus metus būdinga finansų – finansų paskirstymo/valdymo – sveikatos priežiūros paslaugų teikimo funkcijų atskyrimas. Viena iš svarbiausių

funkcijų yra finansų paskirstymas. A. Babazono, A. L. Hillman atlikti tyrimai parodė, kad gyventojų sveikatos rodikliams didesnę įtaką turi ne išlaidų mastas, o finansinių išteklių paskirstymas. Tikėtina, jog tam tikri paslaugų teikimo pokyčiai Lietuvoje sietini su paskatomis, atsiradusiomis dėl paslaugų draudimo finansavimo įdiegimo.

Metodika

Analizuojant bendrojo sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ir administravimo išlaidų bei naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis pokyčius 1993–1998 m. galima skirti du etapus: 1993–1996 m., kai sveikatos priežiūra buvo finansuojama iš nacionalinio biudžeto lėšų apmokant įstaigoms sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidas; ir 1997–1998 m., kai buvo įdiegtas sveikatos priežiūros draudimo finansavimas pagal suteiktų paslaugų kiekį ir nomenklatūrą. Finansavimo bei sergamumo ir naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis pokyčiai įdiegus sveikatos draudimą, kitoms sveikatos priežiūros įstaigų veikimo są-

lygoms esant nekintamoms atskleidžia finansavimo mechanizmo įtaką sveikatos priežiūros sistemai plėtoti.

Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo kriterijai

Lietuvoje pasirinkta kompleksinė sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo sistema, kuriai būdinga skirtingi finansavimo kriterijai įvairių paslaugų teikėjams. Pirminė sveikatos priežiūra finansuojama pagal prisirašiusių gydymo įstaigoje gyventojų skaičių, ambulatorinė konsultacinė pagalba apmokama pagal suteiktų konsultacijų skaičių, stacionarinei sveikatos priežiūrai taikoma apmokėjimo pagal hospitalizacijos atvejų skaičių atitinkamuose ligų gydymo profiliuose sistema. Taikant šią finansavimo sistemą, sukuriama paslaugų teikimo efektyvumo atžvilgiu tiek teigiamų, tiek ir neigiamų paskatų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Apmokėjimo sistemos įtaka kaštų paslaugos vienetai, paslaugų kiekio vienam atvejui, atvejų kiekio pokyčiams apibendrinta 1 lentelėje.

1 lentelė. Lietuvoje taikomos sveikatos priežiūros mišrios apmokėjimo sistemos poveikis paslaugų teikėjų elgsenai

Apmokėjimo sistema	Apmokėjimo sistemos poveikio pobūdis		
	Kaštai paslaugos vienetai	Paslaugos, tenkančios vienam atvejui	Atvejų skaičius
Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje prisirašiusių asmenų skaičių	Reikšmingos paskatos mažinti sąnaudas paslaugos vienetai	Reikšmingos paskatos mažinti paslaugų, tenkančių vienam atvejui, skaičių	Reikšmingos paskatos mažinti atvejų skaičių
Antrinė ir tretinė ambulatorinė pagalba apmokama pagal suteiktų konsultacijų skaičių, t. y. mokamas fiksuotas mokestis už atvejį	Paskatos mažinti sąnaudas paslaugos vienetai	Reikšmingos paskatos mažinti paslaugų, tenkančių vienam atvejui, skaičių	Vidutinės paskatos didinti atvejų skaičių
Stacionari sveikatos priežiūra apmokama pagal hospitalizacijos atvejų skaičių atitinkamuose ligų gydymo profiliuose	Reikšmingos paskatos mažinti sąnaudas paslaugos vienetai	Reikšmingos paskatos mažinti paslaugų, tenkančių vienam atvejui, skaičių	Reikšmingos paskatos didinti atvejų skaičių

Apmokant paslaugų teikėjams pagal prisi-rašiusiųjų skaičių, numatomas fiksuotas mo-kestis už vieną apdraustą gyventoją, taigi pir-minės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidos finansuojamos remiantis šiuo mokes-čiu. Toks apmokėjimo už paslaugas mecha-nizmas skatina paslaugų teikėjus riboti visus pa-slaugų teikimo kaštus, siekiama mažinti kaš-tus paslaugos vienetai, riboti paslaugų, tenkan-čių vienam atvejui, skaičių, nėra paskatų dirb-tinai didinti atvejų skaičių. Mažindamas pa-slaugų kaštus, pirminės priežiūros paslaugų teikėjas daugiau pacientų siųs konsultacijų pas specialistus, todėl daugės siuntimų antrojo ir trečiojo lygio specialistų konsultacijoms. Pa-skata mažinti paslaugų skaičių vienam atvejui gali turėti įtakos ne tik paslaugų kiekiui mažė-ti, bet ir teikiamos pagalbos kokybei. H. Barn-um, analizuodamas šią finansavimo sistemą, nurodė kai kurių jos privalumų: sveikatos pa-slaugų finansuotojams lengva kontroliuoti ir numatyti sveikatos priežiūrai būtinas lėšas, fi-nansiniai ištekliai tolygiai paskirstomi terito-rijoje [2, p. 35].

Apmokant paslaugų teikėjui už atvejį, nu-statoma tam tikra pinigų suma, kuri turi pa-dengti visų paslaugų, suteiktų vienam gydymo atvejui, kaštus. Sveikatos priežiūros paslaugos sugrupuojamos į atvejų grupes, kurioms priskiriami vienarūšiai pagal kaštų poreikį atve-jai. Specializuotai konsultacinei pagalbai nu-matyta fiksuota išmoka už vieną konsultaciją, atskirai apmokant už brangius tyrimus. Svei-katos priežiūros įstaiga išlaidos kai kuriems la-boratoriniams tyrimams finansuojamos iš fik-suoto mokesčio už konsultaciją. Hospitalinė pagalba finansuojama pagal atitinkamų ligų gy-dymo profilių atvejų skaičių. Taikant šią pa-

slaugų finansavimo sistemą, paslaugų teikėjas suinteresuotas mažinti kaštus paslaugos vie-netui ir paslaugų, tenkančių vienam atvejui, skaičių. Mažinant stacionaro paslaugų kaštus, ligoninėse siekiama trumpinti gulėjimo laiką, riboti diagnostinių ir terapinių paslaugų skai-čių atvejui. Tai gali turėti įtakos teikiamų pa-slaugų kokybei. M. M. Wiley atlikti tyrimai pa-rodė, kad JAV įdiegus diagnostiškai giminin-gų grupių sistemą apmokėti hospitalines pa-slaugas sveikatos priežiūros kokybė gerėjo [3]. R. F. Coulam ir G. L. Gaumer pateikė tyrimų rezultatus, kurie rodo, jog diagnostinių testų, tenkančių vienam atvejui sumažėjimas netu-rėjo neigiamos įtakos kokybei [4]. H. Barnum pateikia ir kitokią nuomonę – apmokėjimo už atvejį sistemos įdiegimas Brazilijoje lėmė li-goninių teikiamos pagalbos kokybės blogėji-mą [2]. Mažas įkainis, palyginti su realiais gy-dymo kaštais, lėmė nepagrįstą gydymo truk-mės trumpinimą ir paslaugų kiekio atvejui ma-žinimą. Paslaugų teikėjų poveikis paslaugų pa-klausai sudaro prielaidas nepagrįstai didinti paslaugų teikimo apimtį, t. y. registruojama daugiau atvejų. Tyrėjai, analizuodami šios ap-mokėjimo už atvejį sistemos ypatumus, nuro-do, kad jai būdinga dideli administravimo kaš-tai. Pabrėžiama ir tai, jog detali paslaugų tei-kėjo veiklos apskaita sudaro galimybes pasiekti geresnių veiklos efektyvumo rezultatų. Šaly-se, kur yra pakankama sveikatos priežiūros in-frastruktūra, sukurta aplinka informacinėms technologijoms ir valdymo metodams taikyti sveikatos priežiūros sektoriuje, nauda, gauta dėl paslaugų teikimo efektyvumo padidėjimo įdiegus apmokėjimo už atvejį finansavimo sis-temą, viršija šio finansavimo mechanizmo ad-ministravimo išlaidas.

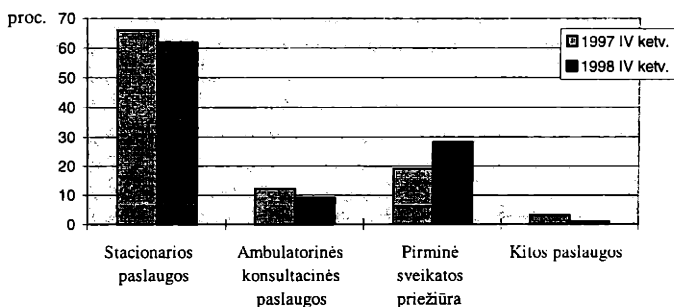
Sveikatos priežiūros finansavimo įtaka paslaugų struktūrai

Sveikatos draudimo finansavimo sistema Lietuvoje veikia vienus metus. Per šį laikotarpį išryškėjo, kaip finansavimo mechanizmas lemia sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą. Palyginti buvo naudojami 1997 m. IV kv. ir 1998 m. IV kv. duomenys apie Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti.

Visos Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos sveikatos priežiūrai, palyginti 1997 m. IV kv. ir 1998 m. IV kv., padidėjo 27 proc. Sparčiausiai didėjo pirminės sveikatos priežiūros finansavimas – šių paslaugų suteikta už 83,3 proc. didesnę sumą, stacionarios pagalbos padidėjimas sudarė 18,9 proc., ambulatorinės konsultacinės pagalbos padidėjimas – tik 0,9 proc. Netolygus

suteiktų paslaugų finansavimo padidėjimo pasiskirstymas įvairioms sveikatos priežiūros sritims rodo skirtingus finansavimo kriterijus ir sveikatos sektoriaus restruktūrizavimo prioritetus.

Suteiktų paslaugų finansavimo struktūros pokyčiai rodo, kad pirminė sveikatos priežiūra plėtojama santykiškai mažinant ambulatorinės konsultacinės pagalbos ir stacionarinės priežiūros finansavimo apimtį – bendrojo paslaugų finansavimo dalis, tenkanti pirminei sveikatos priežiūrai, padidėjo nuo 19 proc. iki 28 proc., išlaidų ambulatorinei konsultacinei pagalbai dalis, palyginti 1997 m. IV kv. ir 1998 m. IV kv., sumažėjo 3 proc., stacionariai priežiūrai – 4 proc. Ambulatorinės konsultacinės pagalbos dalis mažėjo sparčiau, palyginti su išlaidų stacionariai pagalbai dalimi (žr. 1 pav.).



1 pav. Valstybinės ligonių kasos finansuojamų paslaugų pasiskirstymas pagal suteiktų paslaugų rūšis, suteikta paslaugų proc.

Šaltinis: Valstybinės ligonių kasos ataskaitų duomenys

Atitinkamų paslaugų finansavimo dalies augimas galimas dėl bazinių įkainių arba suteiktų paslaugų skaičiaus padidėjimo. Pirminės sveikatos priežiūros baziniai įkainiai padidėjo ženkliai: 1997 m. IV ketv. buvo taikomas vienodas 57,2 Lt įkainis už vieno gyventoją pirminę sveikatos priežiūrą visose pirminės sveikatos priežiūros grandyse, 1998 m. IV ketv. metinė vieno gyventoją pirminės sveikatos priežiūros bazinė kaina diferencijuota pagal pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grandis ir gyventojų amžiaus grupes, o įkainis už vieną gyventoją padidėjo nuo 24 proc.

iki 74,8 proc. Gydytojų specialistų teikiamų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina teikiant antrojo lygio konsultaciją padidėjo nuo 19,14 Lt iki 20 Lt, trečiojo lygio konsultacijos bazinė kaina išliko beveik nepakitusi – nuo 38,5 Lt iki 39 Lt. Stacionaro paslaugų baziniai įkainiai vidutiniškai padidėjo 27,7 proc. Suteiktų paslaugų skaičiaus dinamiką rodo bendras ambulatorinės pagalbos apsilankymų skaičius, poliklinikos ambulatorinės pagalbos apsilankymų, atvykusiųjų į stacionarą rodiklių kitimas (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. *Naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis rodiklių kitimas*

<i>Metai</i>	<i>Bendras ambulatorinės pagalbos apsilankymų skaičius vienam gyventojui</i>	<i>Poliklinikos ambulatorinės pagalbos apsilankymų vienam gyventojui rodiklis</i>	<i>Atvykusiųjų į stacionarą skaičius 1000 gyventojų</i>
1993			198,8
1994	7,8	7,0	201,4
1995	7,1	6,3	205,3
1996	6,8	6,2	206,3
1997	7,2	6,4	216,2
1998	6,6	6,1	241,7

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1995–1996. Vilnius, 1997; Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1996–1997. Vilnius, 1998; Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1998. Vilnius, 1999. [5; 6; 7].

Bendrų ambulatorinės pagalbos apsilankymų ir apsilankymų poliklinikose 1998 m., palyginti su 1997 m., sumažėjo. Per 1994–1998 m. matoma bendra ambulatorinės pagalbos apsilankymų mažėjimo tendencija, išskyrus 1997 m., kai šie rodikliai kiek didėjo. Šis didėjimas gali būti siejamas su medicinos paslaugų draudimo finansavimo pradžia, kai įstaigų finansavimą įta sieti su įstaigų darbo apimtimi. Atvykusiųjų į stacionarą rodiklis nuolat didėjo, labai spar-

čiai šis rodiklis ėmė didėti 1997–1998 m.: 1993–1996 m. laikotarpiu kasmetinis rodiklio augimo tempas nesiekė 2 proc., tuo tarpu 1997 m. padidėjimas sudarė 4,7 proc., 1998 m. – 11,8 proc. Lyginant ambulatorinės ir hospitalinės pagalbos apimčių kitimo tendencijas, matyti, jog hospitalinė pagalba didėjo, o ambulatorinė mažėjo. Be to, ženklų hospitalinės pagalbos padidėjimą 1997–1998 m. galima sieti su gydymo įstaigų finansavimo sistemos reforma.

Bazinių įkainių ir naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis rodiklių kitimas 1997–1998 m. rodo, kad pirminės sveikatos priežiūros finansavimas didėjo dėl padidėjusių bazinių įkainių, o hospitalinės pagalbos finansavimo padidėjimas sietinas tiek su įkainių didėjimu, tiek ir hospitalizacijos padidėjimu.

Kuriant šalyje pirminę sveikatos priežiūrą (PSP), siekiama, kad pirminė sveikatos priežiūra, laikoma pigiausia kaštų požiūriu, prienamiausia žmogui, iš dalies pakeis aukštesnio lygio sveikatos priežiūrą. Todėl gyventojų sveikatos priežiūros poreikiai bus patenkinami racionaliau naudojant sveikatos priežiūros išteklius, tarp jų ir finansinius. Struktūriniai pokyčiai, įdiegiant pirminę sveikatos priežiūrą, negali būti įgyvendinti per tokį trumpą laiką. Pirminės priežiūros rėmimas jos kūrimo etapu sudaro paskatas sparčiau steigti PSP centrus, perkvalifikuoti ir mokyti bendrosios praktikos gydytojus. Tačiau šių paslaugų finansavimo nesiejant su įstaigų veiklos apimtimi sudaroma sveikatos sistemos išbalansavimo prielaidų, remiant pirminę priežiūrą, o realią veiklą, teikiant paslaugas gyventojams, koncentruojant aukštesniu lygmeniu.

Hospitalinės pagalbos finansavimą susiejus su suteiktų gydymo paslaugų kickiu pagal ligų gydymo profilius labai padidėjo hospitalinė pagalba. Panašią paslaugų finansavimo įtaką sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų elgsenai aprašė daugelis sveikatos ekonomistų. Sveikatos priežiūros išteklių racionalaus naudojimo tikslai buvo siejami ne tik su paslaugų restruktūrizavimu, bet ir sveikatos draudimo įdiegimu. Racionalu daugiau naudoti sveikatos priežiūros ambulatorinę pagalbą, mažinant brangios hospitalinės pagalbos apimtį. Europos valstybėse hospitalinei pagalbai skiriama apie 50 proc. visumeninių lėšų sveikatai. Lietuvoje hospitali-

nės pagalbos finansavimas sudaro apie 60 proc. Įdiegus naują sveikatos paslaugų finansavimą, stacionaro paslaugų kiekis ir finansavimas ne sumažėjo, o didėjo. Nenustačius finansavimo kvotų paslaugų teikėjams, nebuvo veiksmingų priemonių reguliuoti paslaugų teikimo apimtį.

Įdiegus privalomojo sveikatos draudimo sistemą, atskirtos sveikatos priežiūros valdymo ir finansų administravimo funkcijos. Todėl padidėjo bendrosios sveikatos priežiūros sistemos valdymo išlaidos. Išlaidų centrinėms ir savivaldybių institucijoms išlaikyti padidėjimas 1995 m., palyginti su 1994 m., sudarė 21 proc., 1996 m., palyginti su 1995 m., centrinių institucijų išlaikymo išlaidos padidėjo 47 proc., o 1997 m. ir 1998 m., palyginti su praėjusiais, valdymo išlaidos padidėjo atitinkamai 5,7 karto ir 74 proc. 1997 m., nors beveik 60 proc. išaugo ir centrinių institucijų išlaikymo išlaidos, bendrosios valdymo išlaidos gerokai padidėjo dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo valdymo išlaidų. Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos sveikatos draudimui administruoti 1997–1998 m. sudarė apie 70 proc. visų sveikatos sistemos valdymo išlaidų, o Sveikatos draudimo fondo išlaidos asmens sveikatos priežiūrai 1997 m. buvo 29,8 proc., 1998 m. 37,6 proc. visų nacionalinio biudžeto išlaidų sveikatai (įskaitant biudžeto įmokas, pervedamas į PSDF už draudžiamus valstybės lėšomis). Iš nacionalinio biudžeto lėšų nuo 1997 m. finansuojamos biudžetinės įstaigos, socialinės ekonominės programos, kai kurios kitos sveikatos priežiūros funkcijos. Finansavimo administravimą, kuris remiasi biudžetinių įstaigų išlaidų pagal patvirtintą sąmatą finansavimu, atlieka Finansų ministerija, taigi finansų administravimo funkcijas iš dalies vykdo ne sveikatos sistemos įstaigos. Centrinės ir savivaldybių institucijos atlieka sveikatos sistemos valdymo funk-

cijas. Tačiau sveikatos priežiūros sistemos valdymas atsieina pigiau negu asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo administravimas.

Sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir apimties kitimo tendencijoms turėjo įtakos finansavimo sistemos reforma. Didėja naudojimas brangesne stacionaria sveikatos priežiūra – daugėja hospitalizacijų, mažėja naudojimas ambulatorinėmis paslaugomis. Sveikatos priežiūros statistikoje nėra išskiriama informacija apie pirminės ambulatorinės pagalbos apimtį, todėl galima analizuoti tik bendrus ambulatorinės priežiūros duomenis. Antra vertus, sveikatos paslaugų rinkai jautriai reaguojant į finansavimo sistemos pokyčius, darytina prielaida, kad daugiau paskatų buvo didinti antrinės ir tretinės ambulatorinės priežiūros paslaugas. Tuo tarpu finansavimo prioritetai nustatyti pirminei priežiūrai, didėjančio finansavimo nesiejant su realia veikla. Išryškėja prieštaravimas: esama ambulatorinės pagalbos įstaigų (poliklinikų) infrastruktūra menkai palaikoma, tuo tarpu pirminė sveikatos priežiūra kuriama iš naujo, mieste dirbtinai atskiriant pirminės ir antrinės ambulatorinės pagalbos padalinius, o kaime – esamų kaimo ambulatorijų pagrindu. Pirminės sveikatos priežiūros sistemai kurti, kartu ir materialinei techninei jos bazei gerinti teikiamas prioritetas.

Išvados

1. Sveikatos priežiūros finansavimo sistema, atskiriant sveikatai skiriamas visuomenines lėšas į fondą ir numatant įstaigų finansavimą pagal suteiktų paslaugų kiekį ir struktūrą, yra veiksmingas sveikatos priežiūros sistemos plėtros politikos įgyvendinimo įrankis.

2. Naujos asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo sistemos įdiegimas turėjo įtakos stacionaro paslaugų apimčiai didėti. Tie-

sioginio poveikio priemonėmis, didinant paslaugų įkainius buvo skatinama pirminė sveikatos priežiūra ir stacionaro pagalba. Pirminės sveikatos priežiūros finansavimas, nesiejant apmokėjimo su realia veiklos apimtimi, sąlygojo santykiškai geresnę šių paslaugų teikėjų padėtį sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, palyginti su antrinio ir tretinio lygio ambulatorinių paslaugų teikėjais. Tai susiję su politikos prioritetais, kuriems įgyvendinti naudojami finansavimo švertai.

3. Tiesioginis politinių sveikatos sektoriaus plėtros nuostatų taikymas, nepakankamas finansavimo administravimo mechanizmų pritaikymas didinant sveikatos sistemos efektyvumą sąlygojo tam tikrą sistemos išbalansavimą.

4. Įdiegus asmens sveikatos priežiūros draudos finansavimą, labai padidėjo išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų finansavimo administravimui. Sveikatos priežiūros paslaugų struktūros pokyčiai rodo, kad finansavimo mechanizmo paskatos paslaugų teikėjų elgsenai nesudarė prielaidų racionalizuoti sveikatos priežiūros sistemą. Nevisiškai išnaudoti finansavimo švertai didinti paslaugų teikimo efektyvumą, mažinti paslaugų teikimo išlaidas. Todėl siekiant, kad lėšos, skiriamos finansavimo administravimui, atsipirktų, finansavimo mechanizmą reikėtų tobulinti.

5. Tobulinant finansavimo mechanizmą, reikėtų įdiegti priemones, leidžiančias iš dalies riboti išlaidų didėjimą: a) pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apmokėjimą susieti su teikiamų paslaugų apimtimis, numatant finansavimo kvotas paslaugų teikėjams; b) numatyti paslaugų kiekio arba finansavimo kvotas stacionaro paslaugų teikėjams; c) nerekomenduotina pernelyg detalizuoti atvejų sistemą (pvz., išskiriant antrinės ir tretinės hospitalinės pagalbos atvejų grupes vienoje įstaigoje), nes apsunkinamas finansavimo sistemos administravimas.

LITERATŪRA

1. Lietuvos sveikatos programa 1997–2010. Vilnius, 1997.
2. Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. Incentives and provider payment methods // *Health Planning and Management*, vol. 10, 1995, p. 23–45.
3. Wiley M. M. Hospital financing reform and case mix measurement: an international review // *Health Care Financing Review* 13(4), 1992, p. 119–133.
4. Caulam R. F., Gaumer G. L. Medicare's prospective payment system: a critical appraisal // *Health Care Financing Review*, 1991, Annual Supplement, 1992, p. 45–77.
5. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1995–1996 m. Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 1997.
6. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1996–1997 m. Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 1998.
7. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos apsaugos įstaigų veikla 1998 m. Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 1999.

EFFECT OF THE HEALTH CARE FINANCING SYSTEM ON THE STRUCTURE OF HEALTH CARE SERVICES

Summary

The article aims to assess the impact of the current changes in health care financing system on the structure of health care services. As the changes during the last two years of the number of hospitalizations and attendance of the out-patient institutions show, the incentives of the provider payment methods have the impact on the imbalancing of the health care system. The possibilities of the

health care financing system to create the incentives to efficiency outcomes of health care were not used enough. The article present recommendations on the development of the health care financing administration which are helpful in creating the conditions associated with the reduction of the expenditures.

Įteikta 1999 m. lapkričio mėn.