

## **LIETUVOS IR ESTIJOS SVEIKATOS APSAUGOS RAIDA: PANAŠIOS SĄLYGOS, SKIRTINGI REZULTATAI<sup>1</sup>**

*LIUTAURAS GUDŽINSKAS*

Straipsnyje lyginamos Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos sistemos. Įvertinamas jų istorinis kontekstas, aprašoma raida po nepriklausomybės atkūrimo, pateikiami duomenys, kaip paskirstomi sveikatos apsaugos ištekliai ir kokie šių sistemų veiklos rezultatai. Straipsnyje teigiama, kad, nepaisant panašių istorinių ir ekonominių sąlygų, pokomunistinė Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida skiriasi. Nors ir yra finansuojama panašiu lygiu, Estijos sveikatos apsauga daugeliu svarbių aspektų pranoksta Lietuvos (ir Latvijos) sveikatos apsaugą. Argumentuojama, kad esminį poveikį Baltijos šalių sveikatos apsaugos tendencijų išsiskyrimui turėjo priimti sprendimai dėl sveikatos sistemos finansavimo ir valdymo ankstyvuju pokomunistinės transformacijos laikotarpiu.

---

<sup>1</sup> Straipsnis parengtas remiantis autoriaus disertacijos „Pokomunistinių valstybių ir jų gerovės režimų transformacija: Baltijos šalių lyginamoji analizė“ (darbo vadovas – A. Jankauskas; konsultantas – Z. Norkus) trečiąja dalimi. Autorius dėkoja A. Jan-kauskui, K. Maniokui, Ž. Martinaičiui, V. Nakrošiui, Z. Norkui, D. Pūriui, A. Šimai-čiui už pateiktas pastabas ir pasiūlymus rengiant šią disertacijos dalį.

### *Ivadas*

Sveikatos apsaugos reformos Lietuvoje ir Estijoje šiame straipsnyje nagrinėjamos kaip pokomunistinės valstybės (ir jos gerovės režimo) institucijų perkūrimo išraiška. Mėginama suabejoti išgalėjusia nuostata, kad Baltijos šalių gerovės režimai funkcionuoja taip pat. Teigiama, kad, nepaisant panašių ekonominių sąlygų, ribojančių šių valstybių išlaidas, pačios sveikatos apsaugos sistemos kaip politinės institucijos, atkūrus nepriklausomybę, rutuliojosi skirtingai.

Šiai lyginamajai analizei atlikti ir ją teoriškai pagrįsti pasitelkiama „priklausomybės nuo kelio“ (angl. *path dependence*) koncepcija. Viena vertus, šios šalys paveldėjo ir išlaikė nemažai buvusios socialistinės santvarkos elementų, kurie ir toliau jas veikia. Kita vertus, didelę reikšmę turi ankstyvuju pokomunistinės transformacijos metu priimti sprendimai ir gebėjimai deramai juos įgyvendinti.

Esminis istorinis skirtumas, nulėmęs kitokią Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos sistemų pokomunistinės transformacijos eigą, priklauso nuo pasirinkimų, kada ir kaip buvo pereita prie gyventojų draudimu grįsto sveikatos apsaugos finansavimo. Estijoje šis sprendimas buvo priimtas ir pradėtas įgyvendinti dar prieš atkuriant visišką nepriklausomybę 1991 metais. O Lietuvoje ši finansavimo reforma vyko kur kas lėčiau ir ne taip nuosekliai.

Tai savo ruožtu paveikė kitus svarbius šių šalių sveikatos apsaugos sistemos aspektus. Estijoje, laiku atlikus finansavimo reformą, sveikatos apsauga iš esmės nepajuto lėšų stygiaus. Kita vertus, sistema, išimtinai finansuojama iš tam skirto specialaus gyventojų mokesčio, o ne dotuojama iš valstybės biudžeto kaip anksčiau, tapo kur kas skaidresnė. Todėl veiksmingiau buvo sprendžiami ir kiti aktualūs pertvarkos klausimai, pavyzdžiui, ligoninių lovų skaičiaus mažinimas, o pati sistema ėgijo palyginti didelį gyventojų pasitikėjimą. Šiandien Estijos sveikatos apsaugos sistema laikoma viena tvariausių

visoje Europoje ir pasiekia palyginti gerų rezultatų tam išleisdama santykinai mažai lėšų<sup>2</sup>.

Lietuvoje dėl uždelstų finansavimo reformų sveikatos apsaugos sistema patyrė didelę fiskalinę krizę ir tapo kur kas labiau politizuota. Viena vertus, tai trukdė priimti svarbius sprendimus, kurie leistų optimizuoti sistemą ir keltų teikiamų paslaugų kokybę. Lietuva iš esmės pavėlavo laiku ir tinkamai restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą. Kita vertus, uždelstos reformos ir kilusi rimta finansų krizė sukūrė naujų ilgalaikių įtampų sistemos viduje ir paskatino didesnę šešėlinio sektoriaus augimą bei viešojo ir privataus sektoriaus ribų išsityrinimą. Lietuvoje labiau išsiskynęs „fiktyvus universalizmo“ reiškinys. Dauguma piliečių iš esmės yra priversti patys apmokėti (ir neretai – kyšių būdu) už jiems suteikiamas paslaugas, nors jos „oficialiai“ turėtų būti nemokamos.

Dėstydami pirmiausia nusakysime bendrąją pokomunistinės sveikatos apsaugos transformacijos logiką ir istorinį kontekstą. Tai atlikę gilinsimės į patį sveikatos apsaugos reformų procesą Lietuvoje ir Estijoje, aptarsime jo eigą ir rezultatus. Galiausiai mėginsime nustatyti priežastis, dėl kurių šis procesas skyrėsi.

### ***1. Sovietinis sveikatos apsaugos modelis ir jo reformos***

Pokomunistinės šalys, atkūrusios visišką nepriklausomybę ir pradėjusios esmines politines ir ekonomines reformas, buvo paveldėjusios socialistinę sveikatos sistemą, vadinamą jos kūrėjo, 1918–1930 m. SSRS sveikatos liaudies komisaro Nikolajaus Semaško vardu.

Ši sistema pirmiausia išsiskyrė savo visiškai centralizuotu valdymu. Visos gydymo įstaigos priklausė valstybei. „Privačios“ lėšos iš esmės buvo tik daugelyje šių šalių paplitę neformalūs mokėjimai. Sprendimai buvo priimami „valdžios vertikalės“ principu. Sistemos

---

<sup>2</sup> *European health consumer index 2012 report*, <[www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)>, 2012 09 03.

viršuje buvo sveikatos ministras, pavaldus aukščiau esantiems partijos vadams. Ištekčiai būdavo paskirstomi centralizuotai. Finansinės bei vadybinės autonomijos ligoninės ir kitos gydymo įstaigos iš esmės neturėjo. Buvo iškeliami įvairūs kiekybiniai („gamybiniai“) tikslai ir nustatomos kvotos, kurias žemesnio rango funkcionieriai privalėjo vykdyti.

Dėl visiškos sistemos centralizacijos prastai veikė „atgalinis ryšys“. Sistema buvo paternalistinė. Į pacientų teises priimti sprendimus dėl savo sveikatos buvo menkai atsižvelgiama. Be to, tokios sveikatos apsaugos sritys kaip psichiatrija buvo išnaudojamos susidorojant su valdžios oponentais. Akcentuojant sistemos kiekybinius tikslus, pirminė priežiūra ir ligų prevencija taip pat nebuvo išplėtotą, o buvo išvystytas ypač ekstensyvus ligoninių ir kitų gydymo įstaigų tinklas. Šiuo aspektu sovietinė sveikatos apsaugos sistema smarkiai „pralenkė“ Vakarų šalis. Pavyzdžiui, SSRS gydytojų skaičius 1 000 gyventojų nuo 1,5 1950 metais padidėjo iki 4,2 1991 metais, o Jungtinėje Karalystėje šis rodiklis tuo metu siekė 1,6; ligoninių lovų skaičius 1 000 gyventojų per tą patį laikotarpį SSRS pakilo nuo 5,6 iki 13,1 (Jungtinėje Karalystėje 1991 metais – 5,4)<sup>3</sup>.

Kita vertus, sveikatos apsauga planinės ekonomikos ideologų buvo vertinama kaip „neproduktyvi“ veiklos sritis, todėl jai buvo skiriama mažiau dėmesio nei „gamybinei ūkinei veiklai“. Todėl „socialistinių“ šalių sveikatos apsauga buvo kur kas mažiau finansuojama nei kapitalistinėse Vakarų šalyse. Pavyzdžiui, SSRS sveikatos apsaugai skirdavo apie 3 % BVP, ir tai buvo gerokai mažiau nei skyrė dauguma OECD – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos – šalių (pvz., 1989 metais Jungtinė Karalystė sveikatos apsaugai skyrė 6,5 % BVP, JAV – net 12,9 % BVP)<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Iš Davis Ch., „Understanding the legacy: health financing systems in the USSR 25 and central and eastern Europe prior to transition“, Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M. (eds.), *Implementing Health Financing Reforms: Lessons from countries in transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, p. 25–63.

<sup>4</sup> Ten pat, p. 42.

Dėl nepakankamo finansavimo, išpūsto įstaigų tinklo, pirminės priežiūros nuvertinimo ir pernelyg centralizuoto valdymo nuo XX a. aštuntojo dešimtmečio komunistinių šalių sveikatos apsaugą pradėjo krėsti nuolatinės krizės. Nesugebėdama deramai persiorientuoti, sovietinė sistema ilgainiui atsiliko nuo Vakarų šalių ir medicinos technologijų lygiu, ir vidutine gyvenimo trukme, ir kitais sveikatos rodikliais.

Kartu esant nepakankamiems finansams, kad būtų išlaikytas išsiplėtęs ligoninių tinklas, ilgainiui vystėsi šešėlinis sveikatos apsaugos sektorius. Sistemos oficialiai deklaruojamas sveikatos apsaugos universalumas buvo *fiktyvus*. Nors bazinės sveikatos paslaugas galėjo gauti visi gyventojai, geresnės kokybės ir brangiau kainuojančios paslaugos buvo prieinamos tik nedidelei daliai gyventojų, priklausiusių nomenklatūrai, turėjusių tam reikalingas pažintis arba galinčių už tai susimokėti.

Visos pirmiau aprašytos sovietinės sveikatos apsaugos bėdos buvo įsisenėjusios ir sunkiai sprendžiamos nepakeitus pačios politinės sistemos. Žlugus Sovietų Sąjungai, atsivėrė galimybė atlikti gerovės valstybės reformas, įskaitant ir sveikatos apsaugos sektorių.

Sunkinanti aplinkybė, su kuria susidūrė pokomunistinių šalių sveikatos apsaugos reformatoriai, buvo *fiskalinis šokas*, kurį patyrė iš esmės visos „tranzitinės“ valstybės. Šis šokas buvo nevienodo masto. Tai priklausė nuo bendro kiekvienos šalies ekonomikos nuosmukio, pasirinktos privatizacijos politikos ir valstybės gebėjimų užtikrinti tvarką ir surinkti mokesčius. Šio fiskalinio šoko poveikis buvo dvejopas. Jis buvo ir kliuvinys nuosekliam reformų įgyvendinimui, ir savotiškas katalizatorius jas iš tikrųjų atlikti.

Viena vertus, privalomojo sveikatos draudimo įvedimas ir įvairios priemonės, kurios leistų optimizuoti gydymo įstaigų tinklą ir padarytų jų valdymą efektyvesnį, buvo svarbios tam, kad būtų sukurtos deramos prielaidos efektyviau naudoti ribotus išteklius. Kita vertus, vykdant reformas, buvo privalu atsižvelgti į tam būtinus valstybės pajėgumus.

Pirmąją transformacijos dešimtmetį pokomunistinių šalių sveikatos apsaugos raidos trajektorijos išsiskyrė. Kai kurios posovietinės respublikos iš esmės sistemos nereformavo (Baltarusija, Rusija, Ukraina) arba apskritai patyrė radikalią viešųjų finansų krizę (Kaukazo valstybės ir Vidurinės Azijos šalys). Vidurio ir Rytų Europos (VRE) valstybėms, pasiekusioms pakankamą liberaliosios demokratijos lygį, kad būtų priimtos į Europos Sąjungą, sveikatos apsaugos reformos sekėsi vykdyti geriau. Tačiau ir tarp jų būta svarbių skirtumų – būtent kada ir kaip buvo įgyvendinamos sveikatos apsaugos finansavimo reformos. Dalis šio regiono valstybių (tuometinė Čekoslovakija, Estija, Slovėnija) anksti įvedė privalomąją sveikatos draudimą. Kitos šalys reformas įgyvendino vėliau ir ne taip nuosekliai. Tai savo ruožtu lėmė skirtingus šių šalių sveikatos apsaugos sistemų rezultatus.

Tai atskleisime toliau detaliau nagrinėdami Lietuvos ir Estijos atvejus. Latvijos situacija plačiau neaprašoma dėl to, šios kad jos sveikatos sistemos raida buvo panaši į Lietuvos. Latvijoje iki šiol sveikatos apsauga yra finansuojama iš bendrųjų mokesčių įplaukų. Ankstyvuojų laikotarpiu (1991–1994 metais) būta mėginimų pereiti prie draudimu grįsto šios sistemos finansavimo – taip grįžtant prie tarpukariu naudoto sveikatos finansavimo modelio. Tačiau šių ketinimų buvo greitai atsisakyta nesulaukus reikalingos politinės paramos<sup>5</sup>.

## ***2. Estijos ir Lietuvos sveikatos apsaugos raida***

### ***2.1. Estijos sveikatos apsaugos raida***

Estija iš Baltijos valstybių anksčiausiai reformavo sveikatos apsaugos sistemą. Pasiruošimas privalomajam sveikatos draudimui prasidėjo 1988-aisiais, o pats Sveikatos draudimo įstatymas buvo priimtas 1991 metais, dar prieš Estijai oficialiai paskelbiant savo nepriklau-

---

<sup>5</sup> Tragakes E. et al., „Latvia: Health System Review“, *Health Systems in Transition* 10 (2), 2008, p. 1–253.

somybę. Šioms ankstyvoms radikaliosioms permainoms pasiekti labai svarbus buvo pagrindinių politinių jėgų konsensusas dėl sveikatos apsaugos prioritetų ir aktyvus gydytojus vienijančių visuomeninių organizacijų vaidmuo skatinant šiuos pokyčius<sup>6</sup>.

Buvo įvestas privalomas 13 % tarifas nuo darbo užmokesčio. Toks tarifas išliko iki šių dienų. Išlygų šiam mokesčiui nebuvo numatyta, o ilgainiui jis buvo pritaikytas ir toms grupėms žmonių, kurie dirba ir gauna pajamas savarankiškai (pavyzdžiui, ūkininkams). Darbinių pajamų negaunantys asmenys (vaikai iki 19 metų, studentai, pensininkai ir kiti) buvo apdraudžiami nemokamai, tad iš esmės sveikatos draudimas apėmė visus šalies gyventojus.

Draudimo įmokų surinkimas ir jų panaudojimas iš pradžių buvo organizuojamas decentralizuotai. Pastebėjus, kad visa tai skatina netolygų skirtingų regionų sveikatos apsaugos finansavimą, vėliau nuspręsta sveikatos draudimo sistemą centralizuoti. 1994 metais buvo įsteigtas Socialinių reikalų ministerijai atskaitingas Centrinis ligonių fondas. Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, kartu buvo atskirtos sveikatos paslaugų pirkimo ir teikimo funkcijos. Pagal ankstesnę (sovietinę) sistemą, šios funkcijos buvo visiškai integruotos. Sukūrus ligonių fondą, jam perduotas paslaugų pirkimas iš jas teikiančių įstaigų. Su jomis fondas sudarydavo kontraktus, nustatančius finansuojamas sveikatos paslaugas ir jų apimtį.

Kai buvo atskirtos sveikatos paslaugų teikimo ir pirkimo funkcijos, sveikatos priežiūros įstaigos įgijo daugiau autonomijos (pavyzdžiui, priimant ir atleidžiant darbuotojus). Tai suteikė erdvės restruktūrizuoti paslaugų teikėjų tinklą ir padidinti sistemos veiksmingumą ir jautrumą pacientų poreikiams<sup>7</sup>.

Ypač svarbus buvo nustatytas apribojimas, kad regioninės ligonių kasos gali pirkti sveikatos paslaugų tik už tiek, kiek sukaupia

<sup>6</sup> Koppel A. et al., „Estonia: Health System Review“, *Health Systems in Transition* 10 (1), 2008, p. 1–230.

<sup>7</sup> Ten pat, p. 183.

lėšų. Tai leido išvengti tokių situacijų, kai pritrūksta lėšų užsakytoms paslaugoms apmokėti (vienintelį kartą susidariusį regioninių ligonių kasų deficitą iš centrinių rezervų teko apmokėti tik 1999 metais). Subalansuoto biudžeto principo buvo nuodugniai laikomasi siekiant įtvirtinti savo nepriklausomumą nuo valstybės biudžeto ir išvengti politikų kišimosi į kasdienę kasų veiklą<sup>8</sup>.

1995 metais, nepaisant dalies visuomenės nepasitenkinimo, taip pat buvo įvestas tam tikras mokestis, kurį pacientas turėjo sumokėti apsilankydamas pirminei apžiūrai ar pas specialistą (iš pradžių jis buvo lygus penkioms Estijos kronoms (apie 32 euro centams), vėliau kilo ir 2007 metais siekė apie 3,2 euro. Vaikai iki dviejų metų ir nėščiosios nuo jo buvo atleisti. Taip buvo siekiama racionalizuoti išteklių panaudojimą apsisaugant nuo perteklinių ir nereikalingų vizitų. Kartu buvo siekiama atpratinti nuo įpročių už suteiktas paslaugas mokėti neformaliai. Taip pat nustatyta vaistų kompensavimo sistema. Racionaliau tvarkantis su turimais ištekliais, Estijoje iš paciento kišenės už sveikatos paslaugas ir vaistus mokama lėšų dalis atkūrus nepriklausomybę visada buvo mažesnė nei kitose Baltijos šalyse.

Pirminės priežiūros sistemos sukūrimas buvo kitas svarbus žingsnis. Pagrindinės pirminės priežiūros reformos užduotys buvo šeimos medicinos specialybės įvedimas, gyventojų registracijos pas šeimos gydytojus tvarkos sukūrimas ir įgyvendinimas bei atlyginimų sistemos nustatymas. Nuo 1998 metų buvo nustatyta šeimos gydytojų atlyginimų sistema, kai mokama pagal turimų pacientų skaičių. Visiems šeimos gydytojams buvo suteiktas privačiai dirbančių gydytojų statusas. Jiems už darbą pagal nustatytus įkainius atlygina Sveikatos draudimo fondas, o jų veiklą prižiūri vietos savivaldos institucijos<sup>9</sup>.

Panašūs pokyčiai vėliau buvo įvesti ir kitose Baltijos valstybėse. Tačiau pastarosiose šalyse šeimos gydytojai vis dėlto neįsitvirtino

<sup>8</sup> Koppel A. et al., „Estonia: Health System Review“, *Health Systems in Transition* 10 (1), 2008, p. 185.

<sup>9</sup> Bankauskaitė V., O'Connor J., „Public health development in the Baltic countries (1992–2005): from problems to policy“, *European journal of public health* 18(6), 2008, p. 157–158.



kaip vienintelė pirminę sveikatos priežiūrą užtikrinanti institucija. Panašias paslaugas teikia nemaža dalis ir kitą išsilavinimą turinčių gydytojų (pavyzdžiui, vidaus ligų gydytojai, pediatrai). Be to, šiose šalyse, nustatant šeimos gydytojų atlyginimus, mažesnė reikšmė teikiama finansavimui pagal pacientų skaičių. Galiausiai, šios šalys išlaikė gana didelį kiekį sovietinius laikus menančių ambulatorinių klinikų. Šios klinikos yra finansuojamos kaip nepriklausomos institucijos, nors jų vaidmuo ir atsakomybė teikiant sveikatos paslaugas nėra visiškai aiškūs. Tai neskatina sistemos efektyvumo ir neleidžia šeimos gydytojams priimti visišką atsakomybę už pirminės priežiūros paslaugų teikimą<sup>10</sup>.

Pirmąjį dešimtmetį priėmus pagrindinius Estijos sveikatos apsaugą reformuojančius teisės aktus, vėliau, nuo 2000 metų, pokyčiai buvo mažesni. Pagrindinės permainos buvo susijusios su tolesniu draudimo sistemos centralizavimu, sveikatos priežiūros įstaigų autonomijos ir atskaitomybės įtvirtinimu. 2001 metais vietoj anksčiau veikusio Centrinio ligonių fondo buvo įkurtas Estijos sveikatos draudimo fondas. Už šio draudimo fondo priežiūrą atsakinga taryba, susidedanti iš 15 narių, atstovaujančių valdžios institucijoms, darbdaviams ir darbuotojams, profesinėms gydytojų organizacijoms ir pacientų asociacijoms. Paslaugų teikėjų atstovų šioje taryboje būti negali. Ši taryba prižiūri, kaip yra valdomas sveikatos draudimo fondas, ir tvirtina jo biudžetą. Atskyrus sveikatos draudimo biudžeto tvirtinimą nuo analogiškų valstybės biudžeto procedūrų, parengiamas detalesnis ir visuomenei prieinamas aiškus sveikatos apsaugos finansų panaudojimo planas. Kitas svarbus pokytis – panaikintas draudimo fondo pavaldumas Socialinių reikalų ministerijai. Tai taip pat apribojo politikų galimybes kištis į kasdienę fondo veiklą.

Sveikatos priežiūros įstaigos taip pat įgijo autonomiją ir kartu atsakomybę už savo veiklos rezultatus ir turimas lėšas. Nors absoliuti

<sup>10</sup> Aavikso A., Sikkut R., „Health care policy in the Baltic countries from 1990 to 2010“, Lauristin M. (ed.), *Estonian Human Development Report 2010/2011: Baltic Way(s) of Human Development: Twenty Years On*, Tallinn: Eesti Koostöögu, 2011, p. 63.

dauguma jų yra finansuojamos iš valstybinio draudimo lėšų, jos veikia kaip privatinės teisės subjektai. Nors Sveikatos draudimo fondas turi tam tikra apimtimi padengti susidariusias jų skolas, fondo atstovams suteikti svertai kištis į tokių įstaigų valdymą, kad ateityje būtų išvengta neefektyvaus lėšų panaudojimo arba būtų inicijuojamas tokių įstaigų reorganizavimas.

## *2.2. Lietuvos sveikatos apsaugos raida*

Lietuvai atkūrus nepriklausomybę, atsivėrė galimybės atlikti esmines sveikatos apsaugos reformas. 1991 metais vos 7 % gyventojų buvo patenkinti sveikatos apsaugos kokybe ir net 80 % pasisakė už esmines reformas šioje srityje<sup>11</sup>. Nepaisant išpūsto ligoninių ir gydytojų skaičiaus, kokybiškų sveikatos paslaugų prieinamumas buvo mažas, pirminė priežiūra buvo visiškai neišplėtota, paplitę neformalūs mokėjimai, gydytojų algos buvo mažos, trūko vaistų, o privati gydymo praktika buvo uždrausta.

Kai kurias šių problemų pavyko išspręsti ar bent sušvelninti. Buvusios „nomenklatūrinės“ ligoninės tapo atviros visuomenei, atnaujintos švietimo programos, prasidėjo dalinė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija, liberalizuota prekyba vaistais. Tačiau finansavimo ir valdymo reformos buvo įgyvendinamos lėtai ir ne visada sėkmingai.

Diskusijos dėl permainų sveikatos apsaugos sektoriuje prasidėjo 1988 metais. Tuomet svarstytos galimybės pereiti nuo sveikatos apsaugos finansavimo iš bendrųjų mokesčių prie finansavimo, pagrįsto gyventojų įnašais. Taip pat svarstyti įvairūs būdai didinti sveikatos apsaugos efektyvumą ir autonomiškumą nuo politinės (sovietinės) valdžios. Jau atkūrus nepriklausomybę, 1991 metų spalį Aukščiausioji Taryba patvirtino nacionalinę sveikatos koncepciją, kuri reziu-

---

<sup>11</sup> Černiauskas G., Murauskienė L., Tragakes E., *Health Care Systems in Transition: Lithuania*, European Observatory on Health Care Systems, 2000, p. 65.

mavo ankstesnias diskusijas. Išreikšta valia perorientuoti sveikatos politiką link pirminės sveikatos priežiūros ir sukurti mišrų finansavimo modelį, paremtą privalomojo draudimo įmokomis ir biudžetinais asignavimais.

Tačiau praėjo palyginti nemažai laiko, kol imtasi realių žingsnių tai įgyvendinti. Pirminės priežiūros reforma iš esmės prasidėjo tik 1999–2000 metais ir susidūrė su didesniais sunkumais nei Estijoje. Vienas rimtesnių trukdžių – tam tikras vietos savivaldybių ir jų teritorijose esančių poliklinikų ir antrosios grandies ligoninių, besistengusių išlaikyti visą specializuotos pagalbos „monopolį“, pasipriešinimas. Ypač su dideliu pasipriešinimų neretoje savivaldybėje susidurdavo privačia praktika užsiimančios šeimos gydytojai. Pirminės priežiūros reformos taip pat neskatinio menkas šeimos gydytojo specialybės prestižas ir sąlyginai prastai apmokamas darbas<sup>12</sup>. Reforma tam tikrą „persilaužimą“ Lietuvoje pasiekė tik 2004 metais, kai bendrosios praktikos gydytojai ambulatorines paslaugas teikė jau 66 % šalies gyventojų<sup>13</sup>. Nepaisant to, įvairiose vietose išliko teikiamų paslaugų kokybės, prestižo ir konkurencijos skaidrumo problemų. Daugelyje Vilniaus ir Kauno poliklinikų iki šiol nėra visiškai atskirtos pirminio ir antrinio sveikatos priežiūros lygio ambulatorinės paslaugos<sup>14</sup>.

Privalomojo sveikatos draudimo reforma taip pat įgyvendinta uždelstai (1997 metais) ir nenuosekliai. Iki 1997 metų didžioji sveikatos apsaugos išlaidų dalis buvo finansuojama valstybės biudžeto lėšomis. Tiesa, dalis 1991 metais įvesto socialinio draudimo įmokų taip pat buvo skirta tam tikroms sveikatos išlaidoms, pirmiausia vaisiams kompensuoti ir gydyti pacientus sanatorijose. Kadangi vaistų iš Vakarų buvo importuojama vis daugiau, šios socialinio draudimo

<sup>12</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2001, p. 95–96, <[http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_r=697&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1)>, 2012 03 03.

<sup>13</sup> Bankauskaitė, O'Connor, p. 158.

<sup>14</sup> Kumpienė J., Sužiedelytė O., „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas“, Buivydas R. et al., *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 210.

skiriamos lėšos sveikatos apsaugai padidėjo nuo 3 % viso socialinio draudimo biudžeto 1991 metais iki 10 % 1995 metais. Vėliau šį šuolį pavyko sušvelninti, tačiau tai dar labiau paskatino diskusijas dėl sveikatos draudimo.

Dar viena svarbi Lietuvos sveikatos apsaugos raidos iki 1997 metų ypatybė susijusi su tuo, kad apie 60 % sveikatos priežiūros įstaigų kontrolės buvo atiduota savivaldybėms. Tai apėmė visas ambulatorines paslaugas, daugumą poliklinikų bei vidutinio dydžio ir mažų ligoninių. Savivaldybės priimdavo sprendimus dėl investicijų, administracinio personalo, taip pat teikiamų paslaugų apimties. Tai kėlė nemažų atskaitomybės ir skaidrumo problemų, ypač tais atvejais, kai rajone buvo tik viena ligoninė. Paprastai jos atstovai turėdavo didelę įtaką priimant svarbius sprendimus dėl sveikatos paslaugų teikimo tame rajone. Be to, tarpusavio koordinacija tarp savivaldybių buvo menka, o dėmesio skyrimas sveikatos apsaugai skirtingų rajonų taip pat nebuvo tolygus. Pati Sveikatos apsaugos ministerija savo žinioje pasiliko Vilniaus ir Kauno universitetines ligonines. Teikiant išskirtinį dėmesį šių ligoninių plėtrai, susiklostė ligoninių grandis, kurios prieinamumas visiems gyventojams išliko ribotas.

Ligoninių tinklo restruktūrizacija taip pat vėlavo. Nors ligoninių lovų skaičius nuo 1991 iki 1999 metų sumažėjo 22 %, pačių ligoninių skaičius per šį laikotarpį sumažėjo tik nuo 187 iki 184<sup>15</sup>. Tuo pačiu metu Lietuvos sveikatos apsauga išgyveno finansų krizę ir, palyginti su nepriklausomybės pradžia, apie 1994–1995 metus buvo finansuojama 20–30 % mažiau<sup>16</sup>. Valstybei negalint vykdyti prisiimtų įsipareigojimų, vis daugiau už oficialiai nemokamas paslaugas tekdavo susimokėti patiems gyventojams.

Privalomojo sveikatos draudimo sistemą pagaliau pradėta diegti 1997 metais. Buvo nustatyta, kad darbdaviai turi sumokėti 3 % ap-

---

<sup>15</sup> *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2000, <[http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_r=697&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1)>, 2012 03 03.

<sup>16</sup> Davis, p. 57.

skaičiuoto darbo užmokesčio. Be to, į privalomojo sveikatos draudimo biudžetą buvo skiriama 30 % surenkamo gyventojų pajamų mokesčio. Kitaip tariant, skirtingai nuo estiškojo varianto, buvo pasirinktas vadinamasis „kompromisinis“ variantas, kur tik nedidelę dalį įplaukų (apie 20 %) sudarė draudimo įmokos, o likusią – valstybės biudžeto lėšos. Taigi ir toliau sistema iš esmės rėmėsi daugiausia lėšomis, surinktomis iš bendrųjų mokesčių. Visa tai iš esmės paliko sveikatos biudžetą priklausomą nuo bendro valstybės biudžeto ir sudarė sąlygas išlaikyti politinę kontrolę. Kartu buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa (VLK) (turinti dešimt teritorinių padalinių kiekvienoje iš apskričių). Iš pradžių VLK buvo pavaldi Vyriausybei, vėliau – Sveikatos apsaugos ministerijai, o tai leido politikams ir toliau kontroliuoti lėšų panaudojimą.

Kad įdiegta reforma iš esmės neapsaugo sveikatos draudimo biudžeto nuo valstybės biudžeto įtampų ir kitų politinių procesų, įsitikinta netrukus. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto išlaidos 1998–2000 metais neviršijo plano, tačiau dėl didelio planuotų pajamų trūkumo faktinės išlaidos buvo didesnės už faktiškai gautas pajamas, todėl ligonių kasa vis daugiau išskolino gydymo įstaigoms ir vaistinėms<sup>17</sup>. Vėliau, pasitaisius šalies ekonominei situacijai, sveikatos biudžeto deficitas tapo nebe tokia aštri problema. 2005 metais PSDF biudžeto turimos lėšos jau viršijo PSDF išipareigojimus liginėms, ambulatorinėms gydymo įstaigoms ir vaistinėms<sup>18</sup>, tačiau 2008 metais ištikus naujai ekonomikos krizei tapo aišku, kad toliau tokia sveikatos apsaugos finansavimo sistema egzistuoti nebegali. Valdžiai sumanius sumažinti gyventojų pajamų mokesčių tam, kad padidintų šalies konkurencingumą ir pagyvintų verslą, būtų smarkiai nukentėjęs sveikatos biudžetas. Todėl nuo 2009 m. sausio 1 d. įves-

<sup>17</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2001, p. 71, <[http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_r=697&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1)>, 2012 03 03.

<sup>18</sup> Černiauskas G., Panovas I., „Sveikatos sistemos finansavimas: medicinos paslaugų ir prekių rinkos“, Buivydas R. et al., *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 251.

tos 9 % PSD įmokos nuo asmeniui apskaičiuotų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos. Po šio pakeitimo pagaliau PSD įmokos tapo pagrindiniu sveikatos biudžetą formuojančiu šaltiniu (apie 56–59 % viso sveikatos biudžeto). Tiesa, valstybės asignavimai ir įmokos už draudžiamus asmenis valstybės lėšomis ir toliau yra svarbus šaltinis formuojant PSD biudžetą. Remiantis VLK duomenimis, 2009 metais valstybės skiriamos lėšos sudarė 36 %, 2010 metais – 48 %, o 2011 metais – 40 % PSD biudžeto.

Taigi Lietuva „pavėlavo“ 18 metų, lyginant su Estija, įvesti privalomuoju sveikatos draudimu pagrįstą sveikatos apsaugos finansavimą. Didesnis socialinis solidarumas, efektyvesnis ir skaidresnis valdymas – tai esminiai priimtų (ar nepriimtų) sprendimų padariniai, turintys įtakos tolesnei Baltijos šalių sveikatos sistemų raidai.

### ***3. Sveikatos apsaugos reformų rezultatų palyginimas***

Bendriausiu požiūriu sveikatos apsaugos sistemas galima lyginti dviem aspektais – turimų išteklių (*įeigų*) ir pasiektų rezultatų (*išei-gų*). Abu aspektai tarpusavyje susiję. Viena vertus, sveikatos apsaugos sistema gali įgyvendinti savo esminius tikslus tik tuomet, kai turi pakankamai išteklių. Kita vertus, efektyvus jų valdymas yra svarbus sveikatos apsaugos ir jos valdymo kokybės parametras. Šis parametras yra ypač aktualus kalbant apie tokias šalis, kurios patiria didelių pokyčių ir kuriose tam tikru mastu įgyvendintos struktūrinės sveikatos sektoriaus reformos. Būtent vienas esminių tikslų, dėl ko buvo reformuojamas sveikatos apsaugos finansavimas Baltijos šalyse, buvo siekis užtikrinti, kad sveikatos finansai ir kiti ištekliai būtų panaudojami kuo efektyviau.

Atsižvelgiant į tai, šiame skyriuje, siekiant įvertinti Baltijos šalių sveikatos apsaugos reformų rezultatus, pirmiausia bus pateikti duomenys apie šių šalių sveikatos apsaugos išteklius ir kaip jie yra panaudojami. Tai yra, bus įvertinta, koku lygiu finansuojama sveikatos

apsauga Baltijos šalyse, kiek yra išplėtotas ligoninių tinklas, koks yra santykinis gydytojų skaičius, ir kiti susiję aspektai.

Vėliau bus nagrinėjama, kaip šioms šalims sekasi vykdyti esminius sveikatos sistemos tikslus pagal atitinkamus rodiklius. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) savo 2000 metų pranešime išskyrė tris pagrindinius sveikatos apsaugos<sup>19</sup> tikslus. Tai yra: 1) geresnė visuomenės sveikata; 2) finansinis nešališkumas ir apsauga nuo katastrofiškų gydymo išlaidų; 3) atliepimas (jautrumas) žmonių lūkesčiams, kokia turėtų būti sveikatos priežiūra. Pagal PSO rekomendacijas ir kitus tyrimus bus įvertinta, kaip Baltijos šalims sekasi įgyvendinti šiuos tikslus, išskiriant tokius rodiklius (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. *Sveikatos sistemos tikslų įvertinimas*

Sveikatos sistemos tikslas	Rodikliai
Geresnė visuomenės sveikata	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė; gyvenimo trukmė atsižvelgiant į neįgalumą; gyvenimo trukmės pasiskirstymas pagal lytį; mirtingumas nuo mediciniškai pagydomų ( <i>amenable</i> ) ligų
Finansinis saugumas ir nešališkumas	Mokėjimų iš savo kišenės lygis; neformalių mokėjimų lygis
Atliepiamumas pacientų lūkesčiams	Pacientų apklausos

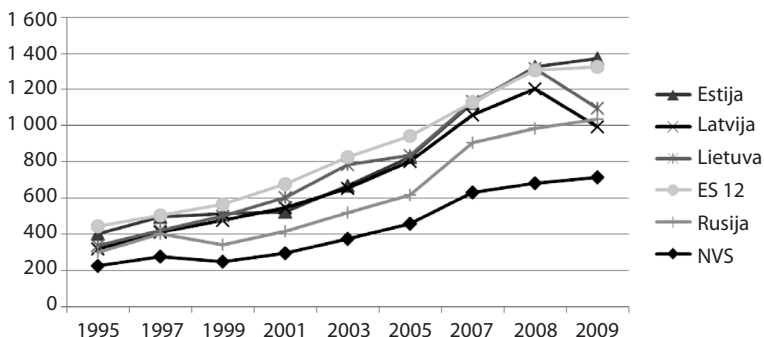
Šaltinis: sudaryta autoriaus.

<sup>19</sup> Pasaulio sveikatos organizacija sveikatos apsaugą apibrėžia kaip *sistemą*, „įtraukiančią visas veiklas, kurių pirminis tikslas yra skatinti, sugrąžinti arba išlaikyti sveikatą“. Tai apima ne tik formalųjį sektorių, atsakingą už asmens sveikatos priežiūrą, bet ir įtraukia ligonių slaugymą namuose, vaistų vartojimą (įskaitant tuos atvejus, kai jie vartojami be gydytojų žinios), visuomenės sveikatinimą, taip pat viešosios politikos priemonės, kaip antai saugaus eismo užtikrinimas, medicinos darbuotojų profesinis rengimas, moksliniai tyrimai ir kita. Taigi sveikatos apsauga apima labai platų veiklų spektrą ir gali būti įvairių formų. Iš esmės bet kuri pasaulio šalis turi tam tikrą sveikatos sistemą – net ir tokiu atveju, kai ji yra tik neformali arba labai fragmentuota. Detaliau žr. World Health Organization, *World health report 2000. Health systems: improving performance*, Geneva: WHO, 2000, p. 5.

### 3.1. Baltijos šalių sveikatos apsaugos resursai ir jų valdymas

Vertinant Baltijos šalių sveikatos sistemų išteklius, pirmiausia reikėtų pabrėžti, kad iš esmės visą laiką sveikatos apsaugos finansavimas šiose šalyse buvo panašus ir didėjo maždaug vienodais tempais. Tiesa, Estijoje iš pradžių sveikatos apsauga buvo finansuojama šiek tiek geriau, tačiau vėliau finansavimas išsilygino. 2000–2008 metais Lietuvos sveikatos apsauga buvo finansuojama apskritai daugiau. Kita vertus, 2009 metais, prasidėjus ekonomikos krizei, Estijos sveikatos apsaugos finansavimas (skirtingai nuo kitų dviejų Baltijos valstybių) išliko stabilus ir nuosmukio nepatyrė. Pastaruoju metu (2009 metais) Estijos sveikatos apsaugos finansavimas šiek tiek viršija naujųjų ES šalių narių vidurkį; Latvijos ir Lietuvos sveikatos apsauga finansuojama panašia apimtimi kaip Rusijoje.

Net ir ekonomiškai sunkiu ankstyvuju pokomunistinės transformacijos laikotarpiu (1995–1997 metais) Estija išlaikė palyginti dosnų sveikatos apsaugos viešąjį finansavimą, viršijusį ES 12 (t. y. šalių, kurios 2004 ir 2007 metais tapo ES narėmis) vidurkį ir sudariusį apie



1 pav. Visos sveikatos apsaugos išlaidos, PGP JAV doleriais 1 gyv.

Šaltinis: WHO European health for all database, <<http://data.euro.who.int/hfad/>>, 2012 06 02.



80–90 % viso sveikatos apsaugos finansavimo. O Lietuvoje ir ypač Latvijoje jau tuo metu vyksta dalinė sveikatos sektoriaus „šešėlinė privatizacija“. Nepaisant vėlesnio ekonomikos augimo skirtingos finansavimo tendencijos išliko iki šių dienų. Estijoje viešosiomis lėšomis sveikatos apsauga finansuojama panašiai kaip Vakarų Europoje (apie 75 %), Lietuvoje – panašiai kaip kitose VRE šalyse (68–70 %), o Latvijoje viešųjų sveikatos finansų padėtis atspindi situaciją Rusijoje ir NVS – valstybė padengia tik apie 60 % visų sveikatos apsaugos išlaidų<sup>20</sup>.

Taigi ankstyvos sveikatos apsaugos finansavimo reformos Estijoje sudarė palankias prielaidas valstybės institucijoms tinkamai valdyti viešuosius sveikatos finansus ir kartu bent iš dalies apsaugoti sistemą nuo ekonominio sunkmečio sukulto „fiskalinio šoko“. 2008–2009 metų duomenys rodo, kad Estijos viešųjų sveikatos finansų sistema iš esmės išlaikė šią savybę. Skirtingai nei kitose Baltijos šalyse, patyrus ekonomikos krizę, viešasis ir bendrasis sveikatos apsaugos finansavimas Estijoje išliko palyginti stabilus.

Taip pat svarbu atsižvelgti į tai, kaip Baltijos šalims sekėsi optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą. Šios šalys, palyginti su kitomis VRE šalimis, paveldėjo gana išpūstą ligoninių tinklą. Jose, panašiai kaip kitose buvusiose SSRS respublikose, 1990 metais 100 000 gyventojų teko apie 1 200–1 300 ligoninių lovų – beveik dukart daugiau nei Vakarų Europos šalyse. Reikia pažymėti, kad mažiausiai išpūstą ligoninių tinklą paveldėjo Estija, o labiausiai – Latvija. Tačiau Estija iki 1995 m. gerokai sumažino ligoninių lovų skaičių (apie 30 %), o 2003 metais buvo sumažinusi lovų skaičių (lyginant su 1990 metais) perpus. Kitose Baltijos šalyse (ypač Lietuvoje) šis procesas išibėgėjo kur kas lėčiau, ir tik apie 2007 metus ligoninių lovų skaičius buvo sumažintas perpus. Nepaisant to, Latvijoje (640)

<sup>20</sup> Šiame skyriuje (jeigu nenurodytas kitas šaltinis) pateikti statistiniai duomenys apie sveikatos sistemas paimti iš Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės: *WHO European health for all database*, <<http://data.euro.who.int/hfad/>>, 2012 06 02.

ir Lietuvoje (680) lovų skaičius 100 000 gyventojų išlieka gana didelis. O Estija (544) pagal šį rodiklį jau yra pasiekusi Vakarų Europos (ES 15) lygį (532).

Kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema vis dar yra gerokai orientuota į stacionarių ligoninių veiklą, rodo hospitalizacijų apimtys. 2010 metais iš stacionarių ligoninių Lietuvoje buvo išrašyta 22,09 ligonio šimtui gyventojų. Šis rodiklis pranoksta atitinkamus Latvijos (16,99), Estijos (18,16), kitų naujųjų ES šalių narių (20,63), ES senbuvų (16,91 – 2009 metais) rodiklius ir iš esmės yra gretintinas tik su tendencijomis NVS šalyse, kur išrašytų iš ligoninių pacientų skaičius 2010 metais siekė 20,88 šimtui gyventojų. Kita vertus, Lietuvoje, lyginant su kitomis Baltijos šalimis (taip pat daugeliu ES šalių), visiškai neišplėtotas privatus ligoninių sektorius. 2009 metais Lietuvoje privačių ligoninių lovų skaičius tesudarė vos 0,5 % visų lovų; Latvijoje šis rodiklis siekė 5 %, o Estijoje – 10 %. Iš esmės tokią pačią lovų dalį privačios ligoninės Baltijos šalyse sudarė ir 2003 metais.

Galiausiai, gydytojų skaičius 100 000 gyventojų taip pat yra svarbus sveikatos išteklų ir jų kaitos rodiklis. Estijoje šis skaičius lygus 319 (1995) ir 327 (2009 metais), Latvijoje – 282 (1995) ir 299 (2009 metais), Lietuvoje – 368 (1995) iki 365 (2009 metais). Įvertinant padėtį kituose regionuose, Estijos santykinis gydytojų skaičius artimiausias ES 15 regionui (346 – 2009 metais), Latvijos – ES 12 regionui (272 – 2009 metais), Lietuvos – NVS regionui (378 – 2009 metais). Bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus raida savo ruožtu gali būti vienas rodiklių, leidžiančių spręsti, kaip pokomunistinėms šalims sekėsi įgyvendinti vieną esminių sveikatos reformos tikslų – plėsti ir stiprinti pirminės priežiūros grandį. Estijoje bendrosios praktikos gydytojų skaičius 100 000 gyventojų jau 1998 metais buvo palyginti didelis (79,86) ir gerokai pranokęs kitų Baltijos šalių bei ES 12 ir NVS regiono šalių šį rodiklį. Pastaruoju metu atotrūkis tarp Baltijos šalių yra sumažėjęs, nors vis tiek išlieka gana didelis.

Taigi, Baltijos šalių sveikatos apsauga finansuojama panašiu lygiu, tačiau skiriasi finansavimo dinamika, viešųjų lėšų dalis ir kokiems ištekliams palaikyti šie finansai yra skiriami. Nors visos Baltijos šalys pasiekė pažangą mažindamos sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir skatindamos pirminės priežiūros plėtrą, Estijos rodikliai daugeliu aspektų yra artimesni ES ar ES 15 vidurkiams, o Lietuvos ir Latvijos – VRE ar NVS regionų. Lietuvos sveikatos apsauga iki šiol taip pat nėra išvysčiusi oficialaus privataus sektoriaus ir išsiskiria aukštu hospitalizacijos lygiu, t. y. ir toliau išlieka daugiausia pagrįsta stacionarių ligoninių vaidmeniu.

### *3.2. Baltijos šalių rezultatai vykdant sveikatos sistemos tikslus*

Kitoks sveikatos sistemų išteklių pasiskirstymas atspindi skirtingą reformų eigą ir turi implikacijų, kaip yra įgyvendinami svarbiausi sveikatos sistemos tikslai.

Vertinant **geresnės visuomenės sveikatos** raidą, atkreiptinas dėmesys į vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčius. Estijoje ji pakilo 5–6-eriais metais (nuo 70-ies 1990 metais iki 75-erių 2009 ir 76-erių 2010 metais), o Lietuvoje vos 1,5 metų – nuo 71,5 iki 73-ejų (2009 metais), Latvijoje – nuo 70 iki 73-ejų (2009 metais). Palyginimui, visose kitose Vidurio ir Rytų Europos šalyse šis lygis gana smarkiai pakilo (pavyzdžiui, Čekijoje nuo 72-ejų iki 77-erių, naujosiose ES šalyse narėse – nuo 71-erių iki 75-erių), o NVS šalyse tik 2009 metais jis iš esmės pasiekė 1990-ųjų ribą – 70 metų. Vakarų Europoje (ES 15) vidutinė gyvenimo trukmė kilo nuo 76,5 (1990) iki 81-erių (2009 metais).

Dar vienas susijęs visuomenės sveikatos rodiklis (gyvenimo trukmė atsižvelgiant į neįgalumą – angl. *disability-adjusted life expectancy* – DALE) atskleidžia panašias tendencijas. Estijoje šis rodiklis 1999-aisiais siekė 63-ejus metus, o 2007-aisiais buvo pakilęs iki

66-erių metų. Latvijoje per tą patį laikotarpį tokio sveiko (igalaus) gyvenimo trukmė pakilo nuo 62-ejų iki 64-erių metų, o Lietuvoje krito – nuo 64-erių iki 63-ejų. Tokios tendencijos yra panašesnės į NVS šalių situaciją, kur šis rodiklis 1999–2007 metais sumažėjo nuo 61-erių iki 60. ES ir naujosiose ES šalyse narėse šis rodiklis kilo, atitinkamai nuo 70 iki 72-ejų ir nuo 65-erių iki 67-erių.

Kai kada teigiama, kad sveikatos apsauga siaurąja prasme (t. y. sveikatos priežiūros įstaigų veikla) gyvenimo trukmę gali padidinti tik 10–20 %, o visa kita priklauso nuo paties žmogaus gyvenimo būdo, socialinių ir ekonominių sąlygų ir kt. Kita vertus, viena esminių sveikatos sistemos funkcijų yra valdymas. Tai apima įvairių viešosios politikos priemonių naudojimą ir koordinavimą. Taigi, gyvenimo trukmė ir jos kaita iš esmės atspindi, kiek viena ar kita valstybė geba valdyti bendruosius visuomenės sveikatos procesus.

Pastaruoju metu tiesioginę sveikatos apsaugos poveikį gyvenimo trukmei taip pat mėginama įvertinti atsižvelgiant į tai, kiek šalyje registruojama mirčių nuo mediciniškai pagydomų (angl. *amenable*) ligų. Kuo didesnis tokių mirčių skaičius, tuo prasčiau veikia sveikatos priežiūros įstaigos ir kitos institucijos, kurių pirminė paskirtis – teikti gydymo paslaugas<sup>21</sup>.

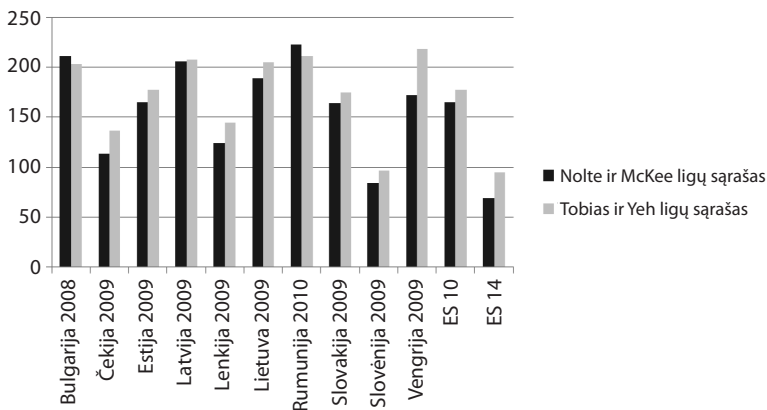
Įvairūs autoriai naudoja nevienodus mediciniškai pagydomų ligų sąrašus. Plačiausiai žinomi ir taikomi Ellen Nolte ir Martino McKee<sup>22</sup> bei Martino Tobias ir Li-Chia Yeh<sup>23</sup> sudaryti tokių ligų sąrašai. Pagal šiuos sąrašus apskaičiavome mirtingumo nuo mediciniškai pagydomų ligų tendencijas Baltijos ir kitose VRE šalyse, žr. 2. pav.

---

<sup>21</sup> Gay J. G. et al., „Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues“, *OECD Health Working Papers* 55, OECD Publishing, 2011.

<sup>22</sup> Nolte E., McKee M., „Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis“, *Health Affairs* 27 (1), 2008, p. 58–71.

<sup>23</sup> Tobias M., Yeh L., „How much does the health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981–2004“, *Aust N Z Public Health* 33, 2009, p. 70–78.



2 pav. *Standartizuotas mirtingumas nuo mediciniškai pagydomų ligų 100 000 gyv.\**

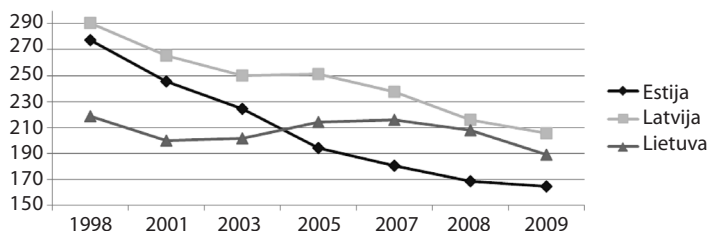
Šaltinis: Apskaičiuota autoriaus. Duomenys iš *WHO/Europe Detailed mortality data basis*, <<http://data.euro.who.int/dmdb/>>, 2012 06 02.

\* Atsižvelgiant į abiejų autorių grupių metodiką, skaičiuojamas mirtingumas iki 75 metų amžiaus.

\*\* Visos senosios (iki 2004 metų) ES šalys narės, išskyrus Graikiją, apie kurią duomenų bazėje nėra informacijos.

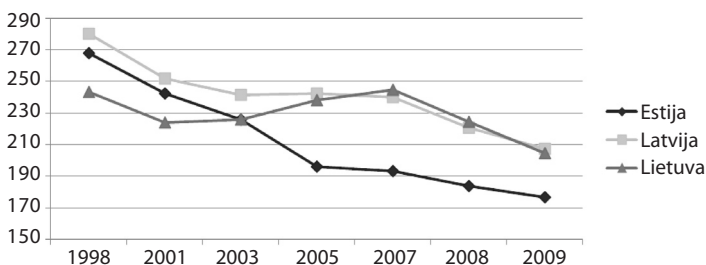
Baltijos šalyse iš tiesų tokių mirčių skaičius pranoksta daugelį ES šalių. Tačiau kaip matyti iš 2 pav. pateiktų duomenų, Estijoje situacija yra geresnė nei kitose Baltijos šalyse. Estijos rodikliai taip pat truputį geresni nei viso VRE regiono (ES 10) vidurkis. Kita vertus, visose Baltijos šalyse mirtys nuo mediciniškai pagydomų ligų iš esmės sudaro panašią visų mirčių dalį – apie 31–34 %. Tai leidžia svarstyti, kad Lietuva ir Latvija taip pat labiau kenčia nuo kitos kilmės mirčių (pavyzdžiui, sukeltų išorinių priežasčių). Vis dėlto geriausiai nevienodą Baltijos šalių sveikatos sistemų pažangą kovojant su mediciniškai pagydomomis ligomis galima įvertinti žvelgiant į ilgesnio laikotarpio tendencijas (3 ir 4 pav.).

Vertinant pagal abu sąrašus, Estija 1998–2009 metais yra padariusi didelę pažangą mažindama mirčių nuo mediciniškai pagydomų



**3 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo mediciniškai pagydomų ligų 100 000 gyv., iki 75 metų, Nolte ir McKee ligų sąrašas**

Šaltinis: Apskaičiuota autoriaus. Duomenys iš WHO/Europe Detailed mortality data basis, <<http://data.euro.who.int/dmdb/>>, 2012 06 02.



**4 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo mediciniškai pagydomų ligų 100 000 gyv., iki 75 metų, Tobias ir Yeh ligų sąrašas**

Šaltinis: Apskaičiuota autoriaus. Duomenys iš WHO/Europe Detailed mortality data basis, <<http://data.euro.who.int/dmdb/>>, 2012 06 02.

ligų skaičių – apie 35–40 %. Latvija, iki šiol pasižyminti didžiausiu mirčių nuo tokių ligų skaičiumi tarp Baltijos šalių, sumažino jų apimtį 25–30 %, o Lietuva – vos 15 %. Apskritai, Lietuvos atveju tik 2008–2009 metais matyti tam tikra kiek didesnė pažanga. Iki to laiko mirtingumas nuo mediciniškai pagydomų ligų Lietuvoje iš esmės nekito (ar net didėjo) nuo pat 1998 metų. Atsižvelgiant į tai, kad per tiriamą laikotarpį bendras Lietuvos sveikatos apsaugos finansavimas padidėjo daugiau nei du kartus, tokios tendencijos rodo sistemos neefektyvumą.

Domanto Jasilionio ir jo kolegų tyrimu taip pat pamėginta įvertinti mirčių nuo mediciniškai pagydomų ligų (remtasi 2004 metais sudarytu Nolte ir McKee sąrašu<sup>24</sup>) poveikį bendroms Baltijos šalių demografinėms tendencijoms. Nustatyta, kad 2000–2007 metais Estijoje sumažėjęs mirčių nuo mediciniškai pagydomų ligų skaičius (be mirčių nuo išeminių širdies ligų<sup>25</sup>) paaiškina apie trečdalį abiejų lyčių gyvenimo trukmės pailgėjimo šiuo laikotarpiu. Jei pridėtume mirtis nuo išeminių širdies ligų, būtų paaiškinta apie 76 % vyrų ir 84 % moterų sveikatos pagerėjimo. O kitose dviejose Baltijos šalyse sumažėjęs mirtingumas nuo mediciniškai pagydomų ligų didesnio poveikio gyvenimo trukmės kaitai neturėjo, Lietuvos vyrų atveju jis netgi buvo apskritai neigiamas<sup>26</sup>.

Skirtingas Baltijos šalių sveikatos apsaugos sistemų raidos tendencijas atspindi ir skirtingas **finansų nešališkumo** lygis. Nors visose Baltijos šalyse oficialiai keliamas tikslas – nemokama sveikatos apsauga, realiai gyventojams paprastai reikia primokėti „iš kišenės“. Tačiau tas „primokėjimo“ lygis nevienodas. Estijoje (2009 metais) jis siekė apie 20 % visų sveikatos apsaugos lėšų, Lietuvoje – 27 %, Latvijoje – 38 %. Palyginimui, ES 15 – 14 %, naujosiose ES šalyse narėse – 22 %, NVS – 37,5 %. Šis rodiklis, parodantis, kiek sveikatos apsaugą turi finansuoti piliečiai tiesiogiai iš savo kišenės, paprastai atspindi tendencijas, kiek namų ūkių patiria katastrofinės gydymo išlaidas, kurios juos visiškai nuskurdina (Xu et al., 2005). Visose Baltijos šalyse šis rodiklis yra gana didelis, ir tai verčia susirūpinti dėl didėjančios nelygybės grėsmės. Tiesa, lyginant su 2005–2006 metais šis rodiklis pastaruoju metu yra sumažėjęs, tačiau bene pagrindinė

<sup>24</sup> Nolte E., McKee M., *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*, London: The Nuffield Trust, 2004.

<sup>25</sup> Mirtys nuo išeminių širdies ligų Nolte ir McKee (taip pat Tobias ir Yeh) traktuojamos tik kaip iš dalies (50 %) priklausomos nuo medicininės intervencijos. Jas taip pat veikia žmogaus gyvenimo būdas ir kiti faktoriai.

<sup>26</sup> Jasilionis D. et al., „Recent life expectancy divergence in Baltic countries“, pranešimas konferencijoje „XXVI IUSSP International Population Conference“, 2009.

tokio pokyčio priežastis Lietuvoje – nuo 2007 metų gerokai padidėjusios iš ES struktūrinių fondų finansuojamos investicijos į sveikatos apsaugą<sup>27</sup>.

Padėti taip pat sunkina neoficialūs mokėjimai, nepatenkantys į šią statistiką. Lietuva sveikatos apsaugos sektoriaus korumpuotumu lenkia kitas Baltijos šalis. 2008 metais atlikto tyrimo duomenimis, kyši už gydymo paslaugas davę prisipažino 8 % Lietuvos respondentų, 3 % latvių ir tik 0,7 % estų. Lietuvos medicinos centruose (Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje) fiksuotas kyšių ėmimo procentas siekia ir 12–40 %. Kartu su kiekybine apklausa buvo surengtos sveikatos apsaugos ekspertų diskusijos. Lietuvos ir Latvijos grupių diskusijose buvo pažymėta, kad korupcijos mastai Lietuvoje ir Latvijoje vis dėlto turbūt yra didesni nei buvo užfiksuota kiekybinės apklausos būdu<sup>28</sup>.

Galiausiai, Estijos sveikatos apsauga išsiskiria pagal **atliepiamumą** (angl. *responsiveness*) pacientų lūkesčiams dėl paslaugų kokybės. 2009 metais atlikto „Eurobarometro“ specialaus tyrimo<sup>29</sup> duomenimis, 59 % Estijos gyventojų įvardijo savo šalies sveikatos apsaugą kaip gerą. Tai nedaug atsilieka nuo ES vidurkio (64 %). Palankiau apie sveikatos sistemą iš VRE šalių atsiliepė tik slovėnai (62 %) ir čekai (67 %). Lietuviai ir latviai situaciją įvertino kur kas pesimistiškiau – atitinkamai 39 % ir 35 %. Kitame maždaug tuo pat metu atliktame „Eurobarometro“ tyrime<sup>30</sup> fiksuojami dar didesni skirtumai. Pagal šią apklausą, net 70 % estų šalies sveikatos apsaugą įvertino kaip gerą (lygu ES vidurkiui). Iš VRE šalių savo sveikatos sistemą geriau įvertino tik čekai (78 %), šiek tiek prasčiau slovėnai (69 %). Lietuvos ir Latvijos rezultatai panašūs į ankstesnio tyrimo. Tik

<sup>27</sup> Černiauskas, Panovas, p. 248.

<sup>28</sup> Cockcroft A. et al., „An Inter-country Comparison of Unofficial Payments: Results of a Health Sector Social Audit in the Baltic States“, *BMC Health Services Research* 8 (15), 2008.

<sup>29</sup> Eurobarometer, *Social climate*, Special Report 315/ Wave 71.2, 2010.

<sup>30</sup> Eurabarometer, *Patient safety and quality of healthcare*, Special Report 327/ Wave 72.2, 2010.



40 % lietuvių ir 37 % latvių laikosi nuomonės, kad jų šalies sveikatos apsaugos kokybė yra gera.

Kad Baltijos šalių sveikatos sistemų pasiekimai įvairiose srityse yra skirtingi, atspindi ir nuo 2006 metų tarptautinio analitinio centro „*Health Consumer Powerhouse*“ skelbiami Europos sveikatos vartotojų indekso (*European health consumer index*) reitingai. 2012 metais paskelbtais vertinimais, Estija tarp visų ES šalių užėmė 14-ą vietą, Lietuva – 22-ą, o Latvija – 25-ą. Tai iš esmės sutampa su prieš tai paskutinį kartą (2009 metais) skelbtais reitingais: Estija tarp ES šalių tuo metu buvo 15-a, Lietuva – 24-a, o Latvija – 25-a. Dar metais anksčiau (2008-aisiais) Estijai buvo apskritai suteikta 9-a vieta (Lietuvai – 22-a; Latvijai – paskutinė, 27-a). 2012 metais reitingai sudaryti įvertinus 42 rodiklius pagal įvairias sritis, kurios apima pacientų teises ir informavimą, gydymo laukimo trukmę, sveikatos rezultatus, prevencijos lygį, teikiamų paslaugų aprėptį ir pasiekiamumą bei vaistų reguliavimą<sup>31</sup>. Atkreiptinas dėmesys į vieną esminių šių reitingų sudarytojų išvadą, kad visos Europos mastu efektyviau veikia sistemos, besiremiančios sveikatos draudimu, nei finansuojamos iš biudžeto. Tai taip pat atliepia susiklosčiusią skirtingą situaciją Baltijos šalyse<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> 2012 metų EHCI vertinimais, Lietuva Estijai *gerokai nusileido* 4 rodikliais (bendrosios praktikos gydytojų, naudojančių elektronines pacientų ligų istorijas diagnostikai nuošimtis; e. receptų naudojimo laipsnis; dializių, atliktų ne klinikose, nuošimtis; paprastam vartotojui adaptuotos farmakopėjos) ir *mažiau* – 9 rodikliais (galimybė gauti sveikatos paslaugas pacientams iš kitų ES šalių; planinės tomografijos laukimo trukmė; kūdikių mirtingumas; MRSA infekcijų paplitimas; depresijų dažnumas; kataraktos operacijų skaičius; inkstų transplantacijų skaičius; kyšių paplitimas; pacientų žinojimo, kad antibiotikai neveikia virusų, lygis); o *Lietuva smarkiai pranoko* Estiją 1 rodikliu (vėžio radiacijos / chemoterapijos laukimo trukmė) ir *ne taip smarkiai* – 4 rodikliais (pacientų organizacijų įtraukimas į sprendimų priėmimą; galimybė gauti kompensaciją dėl blogo gydymo nesikreipiant į teismus; teisė į antrą nuomonę; kūdikių skiepavimo nuošimtis). Daugiau žr. European health consumer index 2012 report.

<sup>32</sup> *European health consumer index 2012 report; European health consumer index 2009 report; European health consumer index 2008 report*, <[www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)>, 2012 09 03.

#### 4. Priežastinis skirtingų sprendimų aiškinimas

Sveikatos apsauga ir jos kaita yra pokomunistinės transformacijos dalis. Todėl nagrinėjant, kaip ir kodėl keitėsi sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje ir Estijoje, pagrįsta atsižvelgti į bendrą šių valstybių politinę ir ekonominę raidą bei jų skirtumų priežastis. Bene išsamiausiai pokomunistinių Baltijos šalių raidos skirtumus ir jų veiksnius yra apžvelgęs Z. Norkus, daugiausia dėmesio skyręs šių šalių ekonominei raidai siekdamas išsiaiškinti, kodėl estai nuosekliau ir sėkmingiau atliko struktūrines rinkos reformas<sup>33</sup>.

Tarp svarbiausių veiksnių jis išskyrė 1) geografinį faktorių (t. y. estų artumą suomiams ir jų kultūrai); 2) mažesnius iš sovietinių laikų paveldėtus ekonomikos struktūros iškraipymus; 3) ekonominės liberalizacijos nešališkumo aspektus; 4) skirtingą privatizacijos būdą; 5) *de facto* liustraciją ankstyvuoju transformacijos laikotarpiu; 6) Rusijos grėsmės faktorių ir 7) protestantiškas estų vertybes<sup>34</sup>.

Kai kurie šių veiksnių (1, 2, 6, 7) yra struktūrinio pobūdžio ir rodo, kad bendra aplinka palankesnė veiksmingai įgyvendinti rinkos reformas, kiti (3, 4, 5) nurodo sprendimus, leidusius sėkmingai pakeisti paveldėtą ekonomikos struktūrą, taip pat padėjusius išvengti rimtesnės ekonomikos krizės ir greičiau integruotis į Vakarų erdvę. Kadangi gerovės politikų raida iš dalies priklauso nuo ekonominės plėtros, šie veiksniai buvo svarbūs Estijai rutuliojant savo sveikatos apsaugą. Ypač reikšmingi buvo to meto sprendimai, leidę išvengti didesnio ekonomikos nuosmukio ir viešųjų finansų griūties (3 ir 4) ir užtikrinę, kad biurokratinė grandis nesudarytų didesnių kliūčių įgyvendinti užsibrėžtas reformas (5).

<sup>33</sup> Norkus Z., *Kokia demokratija, koks kapitalizmas? Pokomunistinė transformacija Lietuvoje lyginamosios istorinės sociologijos požiūriu*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2008; Norkus Z., „Estonian, Latvian and Lithuanian post-communist development in the comparative perspective“, Lauristin M. (ed.), *Estonian Human Development Report 2010/2011: Baltic Way(s) of Human Development: Twenty Years On*, Tallinn: Eesti Koostöögu, 2011, p. 22–30.

<sup>34</sup> Norkus, 2011, p. 28–30.

Nepaisant to, šie veiksniai negali visiškai paaiškinti, kodėl Estijoje privalomojo sveikatos draudimo reforma buvo įvykdyta dar prieš oficialiai paskelbiant šalies nepriklausomybę ir kodėl taip neatsitiko Lietuvoje? Nors, žvelgiant retrospektyviai, Lietuvoje esminės sveikatos apsaugos permainos būdavo įgyvendinamos išties valdant dešiniams (1997–1999 ir nuo 2008 metų), Lietuvoje ekskomunistai į valdžią grįžo tik 1992 metais, tad iki to laiko, regis, išties niekas netrukdė priimti svarbių sprendimų šioje srityje.

Ieškant atsakymo, vertėtų atkreipti dėmesį į vieną aiškinimą, kodėl Estijos pokomunistinė transformacija buvo sėkmingesnė nei kitų Baltijos šalių. Jis nurodo istoriškai stipresnes estų pilietiškumo tradicijas kaip palankų kultūrinį veiksnį, leidusį ryžtingiau įgyvendinti esmines politines ir ekonomines reformas taip kuriant atvirą ir skaidrią demokratišką pokomunistinę valstybę<sup>35</sup>.

Pilietiškumo tradicijos Estijoje išsiskyrė tarpukariu. Ši šalis tik 1934 metais tapo diktatūra, tačiau Konstantino Pätso režimas buvo kur kas švelnesnis nei 1926 metais įvestas Antano Smetonos režimas. Tarpukario Estija taip pat buvo kur kas labiau urbanizuota ir išsivysčiusi nei „smetoninė“ Lietuva. Vėliau, po Josifo Stalino mirties, prasidėjus „chruščioviniam atšilimui“, sovietinėje Estijoje ima kurtis pagrindiniai klubai, kurie, prisidengę įvairiomis Maskvos iniciatyvomis (pavyzdžiui, knygų skaitymo skatinimo ar miestų valymo), pradeda gaivinti estų tautinį tapatumą. Tarp aktyvių šių klubų narių buvo vėliau iškilę žymūs tautinio sąjūdžio ir valstybės veikėjai, pavyzdžiui, Martas Laaras, Trivimi Velliste, Marju Lauristin ir kiti. Lietuvoje XX a. septintame ir aštuntame dešimtmečiuose taip pat egzistavo keletas panašių judėjimų, tačiau jie buvo kur kas mažiau įsitvirtinę ir reguliarūs. O Latvijoje tokios pilietinės veiklos apraiškų iki *perestroikos* pradžios apskritai sunku rasti. Čia visuomeniniai

<sup>35</sup> Bennich-Björkman L., „The cultural roots of Estonia's successful transition: how historical legacies shaped the 1990s“, *East European Politics & Societies* 21 (2), 2007, p. 316–347.

judėjimai buvo labiau kontroliuojami dėl didesnio vietinės valdžios lojalumo Maskvai ir Latvijos, kurioje buvo įsikūręs Pabaltijo karinis centras, strateginės reikšmės<sup>36</sup>. Taigi, palyginti su kitomis Baltijos valstybėmis, Estijos liberalizacija buvo vykdoma labiau veikiant visuomenės jėgoms (angl. *society-driven*) nei inicijuota režimo. Visa tai taip pat buvo sustiprinta iš tarpukario laikų paveldėtų individualizmo ir tarpusavio bendradarbiavimo „pilietinio liberalizmo“ tradicijų<sup>37</sup>.

Panašu, kad sveikatos sistemos Baltijos šalyse rutuliojosi nevienodai taip pat dėl skirtingų valdžios ir visuomenės tarpusavio sąveikos dėsningumų. Andrew Robertsas, nagrinėdamas skirtingą pokomunistinių Vidurio Europos šalių (Čekijos, Lenkijos, Vengrijos) sveikatos sistemų raidą, pažymi, kad esminės įtakos tam, kaip buvo reformuojamas sistemos finansavimas, turėjo gydytojų organizacijų stiprumas ir valdžios atvirumas šių organizacijų spaudimui. Skirtingai nei Vakaruose, kur gydytojų organizacijos, suinteresuotos didesniu privataus sektoriaus vaidmeniu teikiant sveikatos paslaugas, paprastai priešinasi mėginimams įvesti valstybinį draudimą, Vidurio ir Rytų Europoje gydytojų organizacijos paprastai palaikė tokius pokyčius, nes tai buvo būdas sumažinti valstybinę kontrolę<sup>38</sup>.

Baltijos šalių atveju tai taip pat pasitvirtina. Atsikūrusi Estijos gydytojų asociacija (EGA), atstovaujanti daugumai gydytojų, suvaidino svarbų vaidmenį inicijuojant ir įvedant privalomąjį sveikatos draudimą. EGA parama buvo ypač svarbi kreipiant reformos eigą ir formuojant jos turinį. EGA vadovai ir patys gydytojai šią reformą suvokė kaip galimybę užsitikrinti tvarų ir pakankamą sveikatos priežiūros finansavimą naujomis ekonominėmis aplinkybėmis<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> Bennich-Björkman L., „The cultural roots of Estonia's successful transition: how historical legacies shaped the 1990s“, *East European Politics & Societies* 21 (2), 2007, p. 324.

<sup>37</sup> Ten pat, p. 340–341.

<sup>38</sup> Roberts A., „The Politics of Healthcare Reform in Postcommunist Europe“, *Journal of Public Policy* 29 (3), 2009, p. 305–325.

<sup>39</sup> Koppel et al., p. 180.

Nors pirmoji sveikatos apsaugos reformų banga buvo inicijuota pačių gydytojų, vėliau pagrindinį vaidmenį perima Socialinių reikalų ministerija. Vis dėlto Estijos sveikatos apsaugos sektorius ir toliau pasižymi palyginti stipriomis profesiniais interesus ginančiomis organizacijomis. Šalia jau minėtos EGA, veikia 1991 metais įkurta Šeimos gydytojų draugija, kuri suvaidino labai svarbų vaidmenį plėtojant šeimos mediciną Estijoje ir įgyvendinant esmines pirminės priežiūros reformas nuo 1997 metų. Taip pat paminėtina Estijos medicinos seserų sąjunga, vienijanti apie pusę šalies medicinos seserų. Ši sąjunga pastaruoju metu įgijo nemažą įtaką ir kartu su EGA derybose su Vyriausybe pasiekė, kad minimalus medicinos darbuotojų atlyginimas nuo 2003 iki 2006 metų pakiltų beveik dvigubai. 2007 metais taip pat susikūrė Estijos ligoninių asociacija, gana aktyviai veikia įvairios pacientų organizacijos<sup>40</sup>.

Lietuvoje (kaip ir Latvijoje) iš pat pradžių gydytojų ir jų organizacijų vaidmuo inicijuojant sveikatos apsaugos reformas nebuvo toks svarbus, o valdžios atvirumas, ypač po 1992 metų Seimo rinkimų, „reformų iš apačios“ iniciatyvoms taip pat nebuvo didelis. Atsisakius galimybės anksti įvesti privalomąją sveikatos draudimą ir atskirti sveikatos paslaugų pirkimo ir teikimo funkcijas, sveikatos apsaugos sistemoje susiklostė vietinio ir nacionalinio lygmens *patronažiniai* santykiai tarp politikų (atsakingų už lėšų skirstymą) ir jų „klientų“ – ligoninių ir poliklinikų vadovų, farmacijos bendrovių atstovų ir kitų suinteresuotų grupių. Patronažiniams santykiams išsivirti taip pat buvo palanku, kad išliko specifinė tik sveikatos reikalus kuruojanti ministerija. Kadangi paprastai jos vadovu tapdavo to paties sveikatos apsaugos sektoriaus atstovas, tai pavertė sprendimų priėmimo procesą uždaru ir nevisiškai skaidriu.

Nors 2009 metais pagaliau buvo pakeista sveikatos apsaugos finansavimo sistema, tai nepakeitė nusistovėjusių politinės galios santykių. Valstybinė ligonių kasa, kuri turėtų būti nuo politinio spaudimo

<sup>40</sup> Ten pat, p. 30–31.

nepriklausoma institucija, išlieka pavaldi Sveikatos apsaugos ministerijai (iš dalies ir Finansų ministerijai). Negana to, į VLK priežiūros tarybą įeina sveikatos paslaugų teikėjų atstovai. Tai palieka dideles galimybes paslaugų teikėjams per politikus ar tiesiogiai spausti iš jų paslaugas perkančias ligonių kasas. Susiklostę specifiniai santykiai tarp centrinio ir vietinio lygmens politikų, ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų yra reikšmingas politinis institucinis skirtumas tarp Lietuvos ir Estijos. Pastarojoje šalyje iki šiol yra erdvės patronažiniams santykiams atsirasti, tačiau Estijos sveikatos draudimo fondas yra labiau įsitvirtinusi institucija, išvysčiusi savo ekspertinius gebėjimus ir turinti aiškias teises savo autonomijos garantijas.

### *Išvados*

Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos reformos laikas, tempas ir pasiekti rezultatai reikšmingai skiriasi. Estijoje 1991 metais buvo įvestas privalomasis sveikatos draudimas taip iš esmės reformuojant sveikatos apsaugos finansavimą. Šis žingsnis buvo svarbus efektyviam valdymui pasiekti, t. y. leido apsaugoti sveikatos biudžetą nuo bendro ekonomikos nuosmukio transformacijos pradžioje, laiku pradėti optimizuoti iš sovietinių laikų paveldėtą išpūstą sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir apriboti politikų kišimąsi į kasdienę sistemos veiklą. Kitose Baltijos šalyse taip pat buvo planų pakeisti sovietinį „biudžetinį“ sveikatos apsaugos finansavimo modelį – įvesti privalomąjį sveikatos draudimą, tačiau šie planai buvo įgyvendinti tik iš dalies ir per ilgą laiką (Lietuvoje) arba apskritai jų buvo atsisakyta (Latvijoje). Ir toliau finansuojant sveikatos apsaugą daugiausia valstybės biudžeto lėšomis, sistemos valdymas išliko priklausomas nuo bendrųjų fiskalinės politikos procesų, jautriau reaguojantis į ekonomikos svyravimus ir atviresnis politiniam spaudimui. Atitinkamai skiriasi ir pasiekti Baltijos šalių sveikatos apsaugos rezultatai.

Nors sveikatos apsauga Baltijos šalyse finansuojama panašiomis apimtimis, skiriasi gyvenimo trukmė ir jos ilgalaikės raidos ten-

dencijos, mirčių nuo mediciniškai pagydomų ligų skaičius, išteklių panaudojimo efektyvumas, privataus sektoriaus plėtra, viešųjų lėšų santykis su lėšomis, kurias gyventojams tenka mokėti už gydymą „iš savo kišenės“, korupcijos mastas, taip pat tarptautinių agentūrų vertinimai ir gyventojų apklausos. Visais šiais esminiais aspektais Estijos sveikatos apsauga pranoksta Lietuvos ir Latvijos sveikatos sistemas. Būtina pabrėžti, kad „neoliberalia“ vadinama Estija anksčiau pokomunistinės transformacijos laikotarpiu įgyvendino tokias reformas, kurios užtikrino solidaresnę, finansiškai saugesnę ir kartu efektyviau veikiančią sveikatos apsaugą. O Lietuva ir Latvija, atidėdamos esmines reformas, sukūrė tokią situaciją, kai oficialiai deklaruojamas sveikatos apsaugos universalumo principas tampa vis labiau fiktyvus.

Visa tai kertasi su įprastine nuostata, supriešinančia radikalias pokomunistinės transformacijos reformas su būtinybe išlaikyti visuomenės solidarumą. Bent jau Baltijos valstybių sveikatos apsaugos raidos lyginamoji analizė rodo visai priešingas tendencijas. Delsiant reformuoti šią gerovės politiką arba atliekant tai nenuosekliai, sudaromos prielaidos valstybės vaidmeniui menkėti ir sistemos „neformalumui“ didėti. Taip „dreifuojant“ vyksta palaipsnė „šėšelinė“ sveikatos apsaugos liberalizacija, kai valstybė ilgainiui tampa nepajėgi užtikrinti, kad universalumo ir solidarumo principai būtų išties įgyvendinti.

### LITERATŪRA IR ŠALTINIAI

Aavikso A., Sikkut R., „Health care policy in the Baltic countries from 1990 to 2010“, Lauristin M. (ed.), *Estonian Human Development Report 2010/2011: Baltic Way(s) of Human Development: Twenty Years On*, Tallinn: Eesti Koostöögu, 2011, p. 58–65.

Bankauskaitė V., O'Connor J., „Public health development in the Baltic countries (1992–2005): from problems to policy“, *European Journal of Public Health* 18 (6), 2008, p. 157–158.

Bennich-Björkman L., „The cultural roots of Estonia's successful transition: how historical legacies shaped the 1990s“, *East European Politics & Societies* 21 (2), 2007, p. 316–347.

Cockcroft A. et al., „An Inter-country Comparison of Unofficial Payments: Results of a Health Sector Social Audit in the Baltic States“, *BMC Health Services Research* 8 (15), 2008.

Černiauskas G., Murauskienė L., Tragakes E., *Health Care Systems in Transition: Lithuania*, European Observatory on Health Care Systems, 2000.

Černiauskas G., Panovas I., „Sveikatos sistemos finansavimas: medicinos paslaugų ir prekių rinkos“, Buivydas R. et al., *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010.

Davis Ch., „Understanding the legacy: health financing systems in the USSR 25 and central and eastern Europe prior to transition“, Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M. (eds.), *Implementing Health Financing Reforms: Lessons from countries in transition*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, p. 25–63.

Eurobarometer, *Social climate*, Special Report 315/ Wave 71.2, 2010.

Eurabarometer, *Patient safety and quality of healthcare*, Special Report 327/ Wave 72.2, 2010.

*European health consumer index 2008 report*, <[www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)>, 2012 03 03.

*European health consumer index 2009 report*, <[www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)>, 2012 03 03.

*European health consumer index 2012 report*, <[www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)>, 2012 09 03.

Gay J. G. et al., „Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues“, *OECD Health Working Papers* 55, OECD Publishing, 2011.

Jasilionis D. et al., „Recent life expectancy divergence in Baltic countries“, pranešimas konferencijoje „XXVI IUSSP International Population Conference“, 2009.

Koppel A. et al., „Estonia: Health System Review“, *Health Systems in Transition* 10 (1), 2008, p. 1–230.

Kumpienė J., Sužiedelytė O., „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas“, Buivydas R. et al., *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010.

*Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2000, <[http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_r=697&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1)>, 2012 03 03.

*Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2001, <[http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_r=697&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1)>, 2012 03 03.

Nolte E., McKee M., *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*, London: The Nuffield Trust, 2004.

Nolte E., McKee M., „Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis“, *Health Affairs* 27 (1), 2008, p. 58–71.



Norkus Z., *Kokia demokratija, koks kapitalizmas? Pokomunistinė transformacija Lietuvoje lyginamosios istorinės sociologijos požiūriu*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2008.

Norkus Z., „Estonian, Latvian and Lithuanian post-communist development in the comparative perspective“, Lauristin M. (ed.), *Estonian Human Development Report 2010/2011: Baltic Way(s) of Human Development: Twenty Years On*, Tallinn: Eesti Koostöögu, 2011, p. 22–30.

Roberts A., „The Politics of Healthcare Reform in Postcommunist Europe“, *Journal of Public Policy* 29 (3), 2009, p. 305–325.

Tobias M., Yeh L., „How much does the health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981–2004“, *Aust N Z Public Health* 33, 2009, p. 70–78.

Tragakes E. et al., „Latvia: Health System Review“, *Health Systems in Transition* 10 (2), 2008, p. 1–253.

*WHO Europe Detailed mortality data basis*, <<http://data.euro.who.int/dmdb/>>, 2012 06 02.

*WHO European health for all database*, <<http://data.euro.who.int/hfad/>>, 2012 06 02.

World Health Organization, *World health report 2000. Health systems: improving performance*, Geneva: WHO, 2000.

## SUMMARY

### *DEVELOPMENT OF HEALTH CARE IN LITHUANIA AND ESTONIA: SIMILAR CONDITIONS, DIFFERENT RESULTS*

The article deals with the development of healthcare in Lithuania and Estonia. Data on Latvia are also presented. It is argued that the time, speed and achieved results in reforming the health system significantly differ in these states. Estonia introduced compulsory health insurance as early as in 1991, thus crucially reforming the healthcare financing. This move was important for seeking an effective governance. It secured the health budget from the general economic downturn in the beginning of the postcommunist transformation, allowed to begin in time to optimise the over-extensive network of healthcare institutions inherited from the Soviet rule, and to delimit the possibilities of the politicians to interfere in the routine operation of the system. In the other Baltic countries, there were also plans to change the Soviet model of financing healthcare from the general budget by introducing compulsory health insurance, but these plans were implemented only partially. Continuing to finance healthcare mostly from the state budget, the governance of the system remained

dependent on the general processes of the fiscal policy, more sensible to economic fluctuations and more open to political pressure. Accordingly, the results of the Baltic countries' health systems also differ.

There are notable differences in life expectancy and its long-term development trends, mortality from diseases amenable by medical intervention, effectiveness of using resources, the relation of public means vis-à-vis payments that inhabitants have to make from their pockets, spread of illegal payments, as well as ratings of international agencies and public satisfaction with the services provided by the health system. Despite the fact that healthcare in the Baltic countries has been financed to a similar extent, the Estonian health system excels the healthcare of the other Baltic countries in all the aforementioned essential aspects.

It is necessary to emphasise that, Estonia usually called the most "neoliberal" country in the Baltic region (and in the whole CEE), has implemented the reforms that ensured a financially more equitable and secured as well as more effectively functioning healthcare system. All this contradicts with the usual notion that sets off the radical reforms of postcommunist transformation against the necessity to retain solidarity in society. At least a comparative analysis of the Baltic countries' healthcare development shows opposite tendencies. The countries that delayed to reform the system or carried out it incoherently have created the background for debilitating the state's role and increasing the "informality" of the system. The explanation why the Baltic countries headed towards different transformation directions of their healthcare draws attention to the role of Estonian professional medical organisations and their pressure "from the bottom" to introduce compulsory insurance. It also reflects the general explanations of the Baltic countries' postcommunist transformation that indicate the vibrancy of civic organisations in Estonia before re-establishing its independence and their importance for creating a favourable environment for the subsequent emergence of a reform-oriented elite.