
ES SOCIALINĖS APSAUGOS SISTEMAS REGLAMENTUOJANČIŲ TEISĖS AKTŲ POVEIKIO PSDF STUDIJA

ATASKAITA

Šis tyrimas buvo finansuotas Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanceliarijos pagal Lietuvos integracijos į Europos Sąjungą poveikio tyrimų programą.

Tyrime išdėstytos nuostatos, teikiamos nuomonės bei rekomendacijos atspindi autorių požiūrį ir nebūtinai sutampa su Lietuvos Respublikos Vyriausybės pozicija

Parengė: Darius Dulskis

Data: 2005 metai, Vilnius

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	3
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	4
1. PAGRINDINIAI ES TEISĖS AKTAI, REGLAMENTUOJANTYS ES SOCIALINĖ SISTEMĄ	5
1.1. PAGRINDINĖS TARYBOS REGLAMENTO (EEB) NR. 1408/71 NUOSTATOS	6
1.2. PAGRINDINĖS PASLAUGŲ DIREKTYVOS NUOSTATOS	14
2. POVEIKĮ PSDF BIUDŽETUI DARANČIŲ VEIKSNIŲ VERTINIMAS	21
2.1. POVEIKĮ PSDF BIUDŽETUI DARANČIŲ VEIKSNIŲ VISUMA	21
2.2. ESAMI SUSIJĘ MOKĖJIMAI IR KAINŲ LYGIO PALYGINIMAS.....	23
2.3. TURIZMO SRAUTAI	26
2.4. MIGRACIJA IR SPECIALIOSIOS ASMENŲ GRUPĖS	27
2.5. EILĖS MEDICININĖMS PASLAUGOMS GAUTI	28
2.6. PASLAUGŲ SUBSIDIJAVIMO LYGIS	30
2.7. PRIVATUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SEKTORIUS	33
3. POVEIKIO PSDF BIUDŽETUI VERTINIMAS	35
3.1. IŠLAIDŲ PADIDĖJIMO, SUSIJUSIO SU KELIAUJANTIEMS ASMENIMS SUTEIKTOMIS PASLAUGOMIS, VERTINIMAS ..	35
3.2. IŠLAIDŲ PADIDĖJIMO, SUSIJUSIO SU IPAREIGOJIMU PASLAUGAS SUTEIKTI LAIKU, VERTINIMAS	38
3.3. MENAMŲ IŠLAIDŲ, SUSIJUSIŲ SU PASLAUGŲ SUBSIDIJAVIMU, VERTINIMAS.....	42
3.4. DIREKTYVOS NUOSTATŲ ĮGYVENDINIMO POVEIKIO DĖL PRIVAČIOS MEDICINOS SRITIES VERTINIMAS.....	44
3.5. BENDRAS POVEIKIO PSDF BIUDŽETUI KIEKYBINIS VERTINIMAS	45
4. POVEIKIO LIETUVOS TEISĖS SISTEMOS DALIAI, REGLAMENTUOJANČIAI SVEIKATOS DRAUDIMO IR SU JUO SUSIJUSIŲ SANTYKIŲ, VERTINIMAS	49
4.1. BENDROSIOS NUOSTATOS.....	49
4.2. PASLAUGŲ DIREKTYVOS POVEIKIS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMUI.....	49
4.3. PASLAUGŲ DIREKTYVOS POVEIKIS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMUI	49
4.4. PASLAUGŲ DIREKTYVOS POVEIKIS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMUI.....	50
4.5. DIREKTYVOS 23 STRAIPSNIO SANTYKIS SU REGLAMENTAIS.....	53
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI.....	55
PANAUDOTI INFORMACIJOS ŠALTINIAI.....	59
PRIEDAI.....	60

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Direktyvos ir Reglamentų įtakos sferų palyginimas.....	19
2 pav. PSDF tiesiogiai įtakojančių veiksnių visuma	22

LENTELIŲ SARAŠAS

1 lentelė. Išlaidos už Lietuvos Respublikos piliečius, kurie gydėsi ES šalyse narėse 2004 05 01-2005 12 05.....	24
2 lentelė. Išlaidos už Europos Sąjungos šalių piliečius, kurie gydėsi Lietuvoje 2004 05 01-2005 09 01.	25
3 lentelė. Pacientų skaičius ambulatorinėms paslaugoms gauti, kuriems nebus suteiktos paslaugos laiku, remiantis “protingos eilės” kriterijumi.....	29
3 lentelė. Pacientų skaičius stacionarinėms paslaugoms gauti, kuriems nebus suteiktos paslaugos laiku, remiantis “protingos eilės” kriterijumi.....	29
4 lentelė. Gamybos išlaidų struktūra sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriuje (EVRK 85), 2004 metai, %.	32
5 lentelė. Išlaidų struktūra visuose ūkio sektoriuose, 2004 metai, %.....	32
7 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos ambulatorinių paslaugų teikėjams esant skirtingam “protingos eilės” vertinimui. Momentinis nekoreguotas (jei laukiančių eilėje pacientų skaičius apima tik laukiančius tam tikru momentu ir eilių ilgis nėra koreguojamas remiantis korekcijos koeficientu) vertinimas. Minimalus vertinimas. (Litais).....	39
8 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos paslaugų teikėjams esant skirtingam “protingos eilės” vertinimui. Metinis koreguotas vertinimas. (Litais).....	39
9 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų užsienio paslaugų teikėjams esant skirtingam leidimų išdavimo lygiui. Maksimalus vertinimas. Litais.	40
10 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos stacionarinių paslaugų teikėjams esant skirtingam “protingos eilės” vertinimui. Momentinis (jei laukiančių eilėje pacientų skaičius apima tik laukiančius tam tikru momentu) vertinimas. Minimalus vertinimas. (Litais).....	40
11 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos stacionarinių paslaugų teikėjams esant skirtingam “protingos eilės” vertinimui. Metinis vertinimas. (Litais).....	41
12 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų užsienio stacionarinių paslaugų teikėjams esant skirtingam leidimų išdavimo lygiui. Maksimalus vertinimas. Litais.	41
13 lentelė. Esamo periodo poveikio PSDF biudžetui vertinimas, tikėtinas scenarijus.....	46
14 lentelė. Būsimo periodo (2007-2008) poveikio PSDF biudžetui metinis vertinimas, tikėtinas scenarijus.....	47

1. PAGRINDINIAI ES TEISĖS AKTAI, REGLAMENTUOJANTYS ES SOCIALINĘ SISTEMĄ

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą šalyje pradėjo galioti teisės aktai, kurie įtakoja socialinę sistemą. Dokumentuose numatomi pagrindiniai principai bei mechanizmai, kurie apibrėžia socialinės apsaugos sistemų taikymą šalių narių piliečiams, persikeliantiems Bendrijoje. Daugiausia tai įtakoja būtiniosios pagalbos suteikimą šalių narių piliečiams kitose šalyse narėse, laikinai arba ilgam persikėlusiu gyventi į kitas šalis nares socialinių paslaugų teikimą ir apmokėjimą už šias paslaugas. Šalia to yra reglamentuojamas ir planinio gydymo, kuris šiuo metu vykdomas išduodant siuntimus kitose šalyse narėse mechanizmas.

Pagrindiniai dokumentai, kurie apibrėžia minėtus pokyčius, yra:

1971 m. birželio 14 d. Tarybos Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 „Dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims bei jų šeimų nariams, persikeliantiems Bendrijoje“;

1972 m. kovo 21 d. Tarybos Reglamentas (EEB) Nr. 574/72 „Dėl Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 “Dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims bei jų šeimų nariams, persikeliantiems Bendrijoje“;

Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos dėl paslaugų vidaus rinkoje projektas.

Minėti reglamentai po jų priėmimo daugelį kartų buvo koreguoti bei pildyti. Konsoliduoti reglamentai buvo išleisti 2004 m. birželio 4d. Tyrimo naudojami būtent konsoliduoti dokumentai (CONSLEG:1971R1408 ir CONSLEG:1972R0574).

Reglamentai (EEB) apibrėžia šiuo metu galiojančią socialinės apsaugos sistemą bei atskirų sistemų šalyse narėse funkcionavimą bendrame Bendrijos kontekste. Pažymėtina, kad Reglamentas (EEB) Nr. 574/72 nustato minėto Reglamento Nr. 1408/71 įgyvendinimo tvarką. Vadinasi, analizuodami Reglamento Nr. 1408/71 nuostatas, galime teikti išvadas dėl abiejų Reglamentų.

Tuo tarpu Paslaugų direktyva yra svarstoma šiuo metu ir galimas jos poveikio vertinimas įmanomas tik remiantis projekte užfiksuotomis pagrindinėmis nuostatomis. Toliau šioje studijoje nagrinėjami minėti dokumentai ir jų pagrindu susiformuojantis poveikis PSDF.

Pasikeitus tvarkai atsirado poreikis keisti Valstybinio socialinio draudimo fondo ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau PSDF) struktūras. Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimas pavestas SODRAI ir priklauso Lietuvos Respublikos socialinės ir darbo apsaugos ministerijos kompetencijai bei nesusijęs su išlaidų sveikatos priežiūrai ir vaistams kompensavimu. Kadangi šio tyrimo objektas – ES teisės aktų poveikis PSDF biudžetui, socialinio draudimo klausimai svarstyti tiek, kiek numatyta šiame tyrime nagrinėjamuose reglamentuose bei siejami su sveikatos draudimo sritimi. Pažymėtina, kad atsirado papildomas išlaidų straipsnis, kuriame būtų suplanuotos lėšos, skirtos apmokėti už paslaugas, suteiktas Lietuvos draustiesiems asmenims kitose valstybėse narėse. Tuo pačiu atsirado ir papildomas įplaukų srautas, kurį sudaro pajamos, gaunamos iš kitų valstybių narių už jų piliečiams suteiktas paslaugas Lietuvoje. Papildoma išlaidų eilutė PSDF biudžete vadinama Europos Tarybos reglamentų įgyvendinimo programa. Kai užsienio kompetentingos įstaigos grąžina pinigus už savo piliečių gydymą, tos lėšos patenka į eilutę “savarankiškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos”. Tam tikrą dalį Privalomojo socialinio draudimo fondo lėšų administruoja už sveikatos sritį atsakinga valstybinė institucija – Valstybinė ligonių kasa (VLK). Ji administruoja PSDF lėšas, kurios skirtos gydymui ir medikamentams kompensuoti.

Ši studija skirta ES teisės aktų, reglamentuojančių ES socialinę sistemą, poveikio PSDF biudžetui įvertinimui. Studijoje siekiama atsakyti į kelis pagrindinius klausimus:

- poveikis PSDF biudžetui dėl esamo reglamentavimo;
- galimą poveikį PSDF biudžetui dėl Paslaugų direktyvoje įtvirtintų nuostatų;
- kiekybinį PSDF biudžeto pasikeitimų vertinimą pagal skirtingus scenarijus;
- identifikuoti problemines sritis, kurios reikalauja tolimesnės analizės ir pokyčių.

Studiją sudaro keturios pagrindinės dalys. Visų pirma aptariami pagrindiniai dokumentai, pateikiamos pagrindinės nuostatos bei didžiausių įtaka PSDF darantys dokumentų komponentai. Toliau pateikiamas esamos padėties apibūdinimas, apžvelgiami duomenys, pateikiamos aplinkos pokyčių tendencijos. Trečioje dalyje pateikiamas kiekybinis PSDF biudžetui poveikio vertinimas bei pristatomas pats modeliavimas. Paskutinėje dalyje plačiau aptariamas analizuojamų dokumentų poveikis Lietuvoje esančiam teisiniam reglamentavimui. Darbo pabaigoje pateikiamos pagrindinės išvados ir pasiūlymai.

1.1. PAGRINDINĖS TARYBOS REGLAMENTO (EEB) NR. 1408/71 NUOSTATOS

Tarybos Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 „Dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims bei jų šeimų nariams, persikeliantiems Bendrijoje“, priimtas 1971 m. birželio 14 d. Konsoliduotas tekstas, kuriame atsispindi pakeitimai bei papildymai išleistas 2004 m. birželio 1 d. Šiame tekste pateikiami ir pakeitimai, susiję su naujų šalių narių priėmimu. Būtent šis, konsoliduotas dokumentas, naudojamas kaip šio tyrimo pagrindas.

Reglamentas Nr. 1408/71 parengtas remiantis ES steigimo Sutartimi, ypatingai atsižvelgiant į jos 51 ir 235 straipsnius. Jame atsižvelgiama į Komisijos pasiūlymus ir Europos parlamento bei Ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto¹ nuomonę. Socialinės apsaugos sistemų funkcionavimo koordinavimas sietinas su laisvo asmenų judėjimo tarp šalių narių nuostatos įgyvendinimu. Laisvas asmenų judėjimas nėra apribotas tarp dirbančių žmonių, jis išplečiamas į savarankiškai dirbančių asmenų bei jų šeimų narių ratą. Dėl skirtingo šios srities reglamentavimo šalyse narėse numatoma, kad Reglamento nuostatos taikytinos visiems asmenims, kurie dalyvauja (yra apdrausti) socialinės apsaugos sistemoje.²

Tuo pačiu Reglamente numatoma, kad reikalinga gerbti nacionalines socialinės apsaugos sistemas ir reikalinga numatyti tik jų koordinavimo sistemą.³ Pažymėtina, kad ši nuostata labai svarbi analizuojant bei aptariant Reglamentų ir Paslaugų direktyvos santykį tarpusavyje bei direktyvos santykį su nacionaliniais teisės įgyvendinimo mechanizmais.

Reglamentu siekiama užtikrinti šalių narių piliečių teises į socialinę apsaugą persikeliant Bendrijoje nepriklausomai nuo skirtingo šios srities reglamentavimo šalyse narėse. Tuo pačiu numatoma, kad Bendrijoje persikeliantys piliečiai turi būti tik vienos šalies narės socialinės apsaugos sistema subjektai. Tai leistų išvengti sistemų dubliavimosi bei įvairių komplikacijų. Siekiant šios nuostatos praktinio pritaikymo, turėtų būti peržiūrėti Lietuvos Respublikos teisės aktai, pirmasis iš jų – Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.⁴ Atkreiptinas dėmesys, jog teisės sistemos revizijos aktualumą lemia ir Paslaugų direktyvos 23 straipsnio bei kitų nuostatų poveikis sveikatos apsaugos sistemos. Išimčių skaičius, kai vienas asmuo gali būti dviejų šalių narių socialinės apsaugos sistemų subjektu, turi būti apribojamas iki minimumo.⁵ Šalis, kurios socialinės apsaugos sistemos subjektu yra asmuo, iš esmės

¹ Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas yra konsultacinis Europos Sąjungos vienetas, kuris buvo įkurtas 1957 m. Romos sutartimi. Tai vienintelis europinio lygio susibūrimas, nesusijęs su politinėmis partijomis. Komiteto veikla grindžiama principu, kad Europos vystymasis ir ateitis turi priklausyti ne tik nuo pačios Europos Sąjungos ir politikų, bet taip pat ir nuo įvairių visuomeninių organizacijų. Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas turi tris pagrindinius darbo uždavinius: 1) konsultacinė Europos Parlamento, Tarybos ir Komisijos veikla: Komiteto veiklos patirtis parodė, kad apie 2/3 visų komiteto rekomendacijų Taryba ir Komisija priima domėn; 2) įvairių visuomeninių organizacijų įtraukimas į sprendimų priėmimo ir nuomonių pareiškimo procesą; 3) Visuomeninių organizacijų ne Europos Sąjungos šalyse rolės stiprinimas, skatinant tarpusavio dialogą. Vykdydamas išvardintus uždavinius Komitetas gali pateikti trijų tipų pozicijas. Pirmiausiai tai pozicijos dėl Europos Parlamentui Tarybos ar Komisijos nagrinėjamų klausimų, pozicijos, kurias Komitetas pareiškia savo iniciatyva arba pozicijos, kurias Komitetas parengia specialiu siūlymu ar prašymu.

² CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, p.2.

³ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, p.2.

⁴ Žin., 1996, Nr.55-1287; 2002, Nr.123-5512

⁵ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, p.2.

nustatoma pagal jo darbo vietą (kitas kriterijus yra gyvenamoji vieta) ir negali būti diskriminuojamas tautybės pagrindu.

Reglamente nurodoma, kad reikia suformuoti specifines taisykles pasienio bei sezoniniams darbuotojams. Ligos ir motinystės atveju reikalinga apginti gyvenančių ar būnančių asmenų teises kitoje šalyje narėje nei atsakinga šalis. Specifinė pozicija turi būti suformuota pensininkų bei jų šeimos narių (bei išlaikytinių) atžvilgiu. Skirtingas reglamentavimas lemia poreikį suformuoti vieningą kompensacinę sistemą invalidumo gavimo atvejais. Tokios pat specifinės taisyklės turi būti nustatytos ir kitais svarbiais atvejais, kurie susiję su socialinės apsaugos sistema (kompensacijos mirties atvejais, nelaimingų atsitikimų darbe atvejais ir pan.). Plačiau tai pateikiama dokumento preambulėje.⁶

Reglamente pateikiami asmenų grupių, kurios formuluojamos bendrosios bei specifinės reglamento nuostatos, apibrėžimai. Apibrėžiami asmenys, kurie kokiu nors būdu (dirbantys, savarankiškai dirbantys ir pan.) dalyvauja socialinės apsaugos sistemoje. Papildomai apibrėžiami pasienio darbuotojai (kai dirbama kitoje šalyje narėje nei gyvenama), sezoniniai darbuotojai, studentai, pabėgėliai, asmenys be pilietybės. Tuo pačiu apibrėžiama, kad Reglamento nuostatos teikiamos minėtoms asmenų grupėms.⁷ Šie apibrėžimai iš esmės atitinka Lietuvos norminius aktus ir prielaidų neadekvačiam vertinimui nesudaro. Vienas svarbus aspektas yra tai, kad remiantis Lietuvos norminiais aktais, socialinio draudimo objektas yra individas. Kai kuriose kitose šalyse narėse (pvz.: Vokietija) sveikatos draudimas automatiškai galioja ir kitiems šeimos nariams, jei vienas iš šeimos narių dirba ir yra apdraustas sveikatos draudimu. Tokiu būdu tam tikri niuansai galimi situoktinių bei vaikų atveju. Jei vienas situoktinių dirba šalyje, kurioje draudžiami visi šeimos nariai, o kitas nėra apdraustas Lietuvoje, jam galioja Reglamento nuostatos ir kompetentinga jį draudžiančia institucija tampa kita nei Lietuva šalis narė. Lietuvoje vaikams iki 18 metų galioja automatinis socialinis draudimas. Po šio laikotarpio galimas periodas, kai asmuo yra laikinai neapdraustas. Tad Lietuvos atveju nuostata, kad draudimas (tuo pačiu ir Reglamento nuostatos) galioja ir šeimos nariams, nėra aktuali (dėl esamo reglamentavimo).

Panaši yra studentų situacija. Studentų draudimas skirtingai reglamentuojamas skirtingose šalyse narėse. Lietuvoje draudimas galioja tik dieninio skyriaus studentams, besimokantiems aukštosiose mokyklose. Lietuvos studentų, studijuojančių užsienio šalyse padėtis, šiuo atveju tampa aktualiu klausimu, kadangi išskyla skirtingo dieninių studijų bei aukštųjų mokyklų interpretavimo problema.

Panašaus pobūdžio probleminė sritis, kuri susiformuoja dėl skirtingų teisės aktų ir nėra tiesiogiai sietina su Reglamentų nuostatomis, tačiau pakankamai aktuali, yra besilaukiančių motinų automatinis draudimas. Lietuvos teisės aktuose numatoma, kad tokiu atveju automatinis draudimas prasideda nuo 28 savaitės. Tuo tarpu Europos Komisijos Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos 2004.03.23 sprendimu Nr.195 numatoma, kad visos su nėštumu ir gydymu susijusios paslaugos turi būti apmokamos kompetentingosios įstaigos tokia tvarka, kokia numatyta Tarybos reglamento (EEB) Nr. 1408 22 (1)(a)(i) straipsnyje, t.y. visa pagalba yra apmokama kaip būtinoji medicinos pagalba.

Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos norminiai aktai privalomojo draudimo objektu laiko asmenį, neapimdami šeimos narių bei įvertinus tai, kad privalomo draudimo taikymas skirtingoms asmenų grupėms (studentai, besilaukiančios motinos ir pan.) sukelia tam tikrų galimų nesklandumų, rekomenduojama atlikti Lietuvos teisinių aktų, susijusių su privalomojo socialinio draudimo taikymu, reviziją. Pasiūlymai dėl teisės aktų įvertinimo pateikiami atskirose šios tyrimo ataskaitos dalyse, aptariant Reglamentų ir (arba) Paslaugų direktyvos poveikį PSDF biudžetui.

Reglamentas taikomas šioms socialinės apsaugos sritis:

- ligos ir motinystės išmokas;
- invalidumo išmokas, įskaitant tas, kurios skirtos darbingumui išsaugoti arba atgauti;
- senatvės išmokas;
- išmokas išlaikytiniams;
- išmokas dėl nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų;

⁶ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, p.1-4.

⁷ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 2, p.8.

- išmokas mirties atveju;
- bedarbio išmokas;
- išmokas šeimai.

Reglamentas taip pat taikomas visoms bendrosioms ir specialioms socialinės apsaugos sistemoms, nepaisant to, ar jos susijusios ar nesusijusios su įmokų mokėjimu, bei sistemoms, susijusioms su darbdavio ar laisvo savininko atsakomybe mokant nurodytas išmokas. Reglamentas taip pat taikomas kitoms specialioms neįmokinėms išmokoms, kurios mokamos pagal teisės aktus ar sistemą ir skirtos papildomam, pakeičiančiam ar pagalbiniam draudimui nuo rizikos ir patenka į minėtas sritis bei specialią neįgaliųjų asmenų apsaugą.

Reglamentas netaikomas valstybių narių teisės aktų nuostatomis dėl specialiųjų neįmokinėms išmokų, kurios galioja tik jos teritorijos dalyje, netaikomos laivo savininko prievolėms bei karo aukų ar jo pasekmių išmokų sistemoms ar valstybės tarnautojų ir jiems prilygintų asmenų specialioms sistemoms.⁸

Po bendrų nuostatų aptarimo Reglamente pateikiamos taikytinų teisės aktų nustatymas. Bendrose taisyklėse numatoma, kad asmeniui, dirbančiam pagal darbo sutartį vienoje šalyje narėje, taikomi tos valstybės teisės aktai. Taip pat yra ir savarankiškai dirbančių asmenų atveju bei valstybės tarnautojų atveju, nepriklausomai nuo šalies narės, kurioje jis gyvena⁹. Šios taisyklės netaikomos kai darbuotojas išsiunčiamas (komandiruojamas) į kitą valstybę dirbti jos naudai ir kai šis laikotarpis neviršija 12 mėnesių. Jei asmuo yra įdarbinamas dviejose ar daugiau šalyse narėse, jam taikomos taisyklės grindžiamos gyvenamąja vieta bei juridiskai įregistruotos įmonės būstinės vieta. Panašios taisyklės taikytinos ir savarankiškai dirbančių asmenų atžvilgiu. Specialios taisyklės numatomos ir jūreiviams bei asmenims, kurie dirba pagal darbo sutartį vienoje šalyje narėje ir savarankiškai kitoje.¹⁰ Valstybės tarnautojams, kurie papildomai savarankiškai dirba kitoje šalyje narėje, taikomos šalies, kurioje jie dirba kaip valstybės tarnautojai, specialiosios schemas. Kai valstybės tarnautojas dirba keliose šalyse narėse ir vienoje jų apdraustas pagal specialią schemą, jam taikomos kiekvienos iš šalių teisinės schemas. Specialios taisyklės taikomos diplomatinėse atstovybėse bei konsulinėse įstaigose pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims bei ES pagalbiniais darbuotojams. Jiems suteikiama teisė pasirinkti, kurios šalies teisinė schema būtų taikoma (išskyrus nuostatas, susijusias su pašalpoms šeimoms).¹¹

Reglamente numatomos schemas iš esmės netaikomos savanoriško ar pasirinkto nuolatinio draudimo atvejais. Tokiu atveju asmenys gali pasirinkti šio tipo draudimą laisvai (kiek tai pripažįsta šalis narė, kurioje asmuo apdraustas privalomuoju draudimu).¹²

Toliau Reglamente pateikiamos specialios nuostatos, susijusios su įvairiomis išmokų rūšimis. Visų pirma aptariamos ligos ir motinystės išmokos. Bendrose Reglamento taisyklėse numatoma, kad draudimo ar gyvenimo laikotarpiai yra sumuojami, nepriklausomai nuo to, kurioje šalyje narėje jie yra įgyjami. Jei teisės į išmokas įgyjamos kitoje šalyje narėje nei asmuo gyvena, išmokas moka šalies, kurioje teisės buvo įgytos kompetentinga institucija per tos šalies narės, kurioje asmuo gyvena, įstaigą ir jos teisinės nuostatos. Panašios taisyklės taikomos ir pasienio darbuotojams, tačiau šiuo atveju galimi specialūs susitarimai tarp kompetentingų institucijų. Reglamente numatoma, kad jei asmeniui, kuris įvykdė kompetentingos valstybės teisės aktais nustatytas sąlygas tiesei į minėtas išmokas ir reikalinga jam neatidėliojant išmokėti išmokas kitos šalies narės teritorijoje; arba jis gavo leidimą persikelti į kitą šalį narę; arba turi išvykti gydytis į kitą šalį narę, išmokos jam mokomos kompetentingos įstaigos sąskaita pagal buvimo vietos įstaigos nuostatas. Išimties išduodant leidimus gydytis kitose šalyse narėse galimos jei asmuo gali gauti atitinkamas paslaugas reikiamu laiku ir toje šalyje, kurioje gyvena.¹³ Šios nuostatos taikomos ne tik pagal darbo sutartį dirbančiam asmeniui arba savarankiškai dirbančiam asmeniui, bet ir kartu su jais gyvenantiems šeimos nariams (kai tai apibrėžta nacionaliniuose teisės aktuose).

⁸ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 4, p.8-9.

⁹ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 13, p.12.

¹⁰ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 14, p.12-13.

¹¹ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 16, p.16.

¹² CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 15, p.16.

¹³ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 22, p.18-19.

Lietuvoje ligos ir motinystės išmokas reglamentuoja Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas.¹⁴ Įstatymo nustatytais atvejais kompensuoja ligos ar motinystės draudimu apdraustiems asmenims dėl jų pačių arba šeimos narių ligos, taip pat dėl motinystės (tėvystės) dalį prarastų ar dėl dalyvavimo profesinės reabilitacijos programoje negautų darbo pajamų.

Reglamente apibrėžiami išmokų pinigais apskaičiavimo principai. Nurodoma, kad valstybės narės, kuriose išmokos pinigais apskaičiuojamos remiantis darbo užmokesčio vidurkiu ar įmokų vidurkiu, jas skaičiuoja remiantis galiojančiais teisės aktais. Tuo tarpu šalys, kuriose išmokų dydis priklauso nuo šeimos narių skaičiaus, turi atsižvelgti į šeimos narius, gyvenančius kitos valstybės narės teritorijoje, tarytum jie gyventų kompetentingos šalies teritorijoje.¹⁵ Ši nuostata nėra aktuali Lietuvoje, kurioje draudimo išmokos skaičiuojamos individualiai ir nėra siejamos su šeimos narių skaičiumi.

Jei asmuo įgyja teises į stambias išmokas (protezai, brangios medicininės paslaugos, stambios išmokos ir pan.) vienoje valstybėje narėje ir vėliau persikelia į kitą valstybę, tai išmokas jis gauna pirmosios valstybės įstaigos sąskaita net jei jis apdraudžiamas antrojoje įstaigoje.¹⁶ Tai iš esmės neiškreipia bendros situacijos ir esminės įtakos neturi.

Toliau Reglamente aptariamos bedarbių teisės. Bedarbis, kuris anksčiau įgijo teises į išmokas natūra ir pinigais, ieškantis darbo kitoje valstybėje narėje, jam išmokas natūra kompetentingos įstaigos sąskaita teikia valstybės, kurioje ieškoma darbo, įstaiga pagal savo administruojamų teisės aktų nuostatas. Išmokų dydis priklauso nuo valstybės narės vykdomos socialinės politikos, jos ekonominių galimybių ir pan. Išmokos pinigais tokiu atveju moka kompetentinga įstaiga, tačiau šalių susitarimu tai gali atlikti kitos valstybės narės įstaiga. Tuo pačiu numatoma, kad įstaiga, atsakinga už minėtų išmokų mokėjimą, turi teisę atskaitymus atlikti pagal savo teisės aktų nuostatas (šiuo atveju kalbama apie darbo biržos išmokas pinigais). Tokiu atveju ši nuostata didesnė įtakos neturi.¹⁷ Lietuvoje bedarbių teisės įtvirtintos Lietuvos Respublikos bedarbių rėmimo įstatyme.¹⁸ Bedarbių draudimas numatytas Lietuvos Respublikos nedarbo socialinio draudimo įstatyme, įtvirtinant teisinius santykius, asmenų, kurie draudžiami nedarbo draudimu kategorijas, teisę į nedarbo socialinio draudimo išmoką, apskaičiavimo bei mokėjimo sąlygas, šios draudimo rūšies finansavimą, administravimą ir atsakomybę.¹⁹

Nagrinėjant pensijų klausimą numatoma, kad jei pensininkas turi teisę gauti pensijas pagal dviejų ar daugiau valstybių narių teisės aktus ir vienoje jų gyvena, išmokas moka tik gyvenamosios šalies institucija pagal galiojančius teisės aktus.²⁰ Jei gyvenamojoje valstybėje teisės į pensiją nėra įgyjamos, tačiau įgyjama vienoje ar keliose kitose valstybėse narėse, kompetentinga įstaiga tampa tos valstybės įstaiga, kurioje teisės aktai pensininkui buvo taikomi ilgiausią laiko tarpą. Tokias išmokas moka gyvenamos šalies įstaiga kompetentingos įstaigos sąskaita.²¹ Toliau apibrėžiamos šeimos narių teisės gauti su pensija susijusias išmokas, pensininkui gyvenant kitoje šalyje, kai tokios išmokos numatytos atitinkamos šalies teisės aktuose. Didelės išmokos pensininkams taikomos analogiškai ligos ir motinystės išmokų sąlygoms. Trumpai apibrėžiamos pensininkų mokamos įmokos.

Reglamente pažymima, kad pensijos gali būti mokamos tik pagal vienos valstybės narės teisės aktus. Apibūdinamos ir skirtingos situacijos, kai taikomos specialios sistemos atskiroms profesijoms.

Kadangi Lietuvos Respublikos nuostatos, susijusios su Reglamento įgyvendinimu numatytos tiek Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatyme,²² tiek Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme,²³ kitose tyrimo dalyse bus aptartas santykis tarp šių dviejų nacionalinių teisės aktų, įgyvendinančių ES reglamentų reikalavimus.

¹⁴ Žin., 2000, Nr. 111-3574

¹⁵ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 23 (a), p.20.

¹⁶ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 24, p.20.

¹⁷ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 25 (1), p.20-21.

¹⁸ Žin., 1991, Nr. 2-25; 1996, Nr. 18-457

¹⁹ Žin., 2004, Nr. 4-26

²⁰ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 27, p.22.

²¹ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 28, p.22-23.

²² Žin., 1991, Nr. 17-447, Nr. 171-6295

²³ Žin., 1996, Nr. 55-1287, Nr. 123-5512

Anksčiau išvardintos Reglamento nuostatos iš esmės nesukuria naujos situacijos ir nelaikytinos labai reikšmingomis PSDF biudžeto atžvilgiu.

Reglamente nustatomos atsiskaitymų tarp įstaigų taisyklės. Pažymima, kad išmokos natūra, kurias teikia vienos valstybės narės įstaiga kitos įstaigos sąskaita, turi būti visiškai kompensuotos. Kompensavimo mechanizmas apibūdinamas Reglamente (EEB) Nr. 574/72. Nagrinėjamame Reglamente tik nustatoma, kad kompensavimas vykdomas pagal patvirtintas faktines išlaidas arba mokėjimais vienkartinėmis sumomis. Valstybės narės tarpusavyje gali nustatyti kitus atsiskaitymo būdus bei atsisakyti bet kokio atsiskaitymo tarp jų jurisdikcijai priklausančių įstaigų. Tokiu būdu numatoma, kad visos išlaidos, kurias patiria kitos įstaigos nei kompetentingos valstybės narės įstaiga, yra pilnai kompensuojamos ir įtaka PSDF biudžetui gali susiformuoti dėl kainų skirtumo arba asmenų siuntimo gydytis į kitų valstybių narių gydymo įstaigas. VLK dvišalių sutarčių su kitomis kompetentingomis įstaigomis neturi, todėl kitokios formos atsiskaitymai (užskaitos, atsiskaitymų atsisakymai ir pan.) nėra vykdomi.

Reglamente nagrinėjant invalidumo klausimus visų pirma išskiriami atvejai, kai invalidumo išmokų dydis nepriklauso nuo draudimo laikotarpio trukmės ir kai išmokų dydis siejamas su draudimo ar gyvenimo laikotarpiu.

Skirtingos sistemos lemia poreikį apibrėžti skirtingus galimus atvejus ir kaip jiems susidarius turi būti skaičiuojami išmokų dydžiai.²⁴ Ar asmuo įvykdė teisės aktų nuostatas, suteikiančias teises gauti invalidumo išmokas, nustato valstybės narės, kurios teisės aktai buvo taikomi tuo metu, kai netekus darbingumo buvo nustatytas invalidumas, įstaiga. Tokiu atveju išmokas pinigais moka minėta įstaiga pagal savo teisės aktų nuostatas. Jei asmuo neturi teisės gauti tokių išmokų iš nustačiusios įstaigos, jis gali gauti tokias išmokas pagal kitos valstybės narės teisės aktus, jei tokios buvo sukauptos.²⁵

Reglamente aptariamos senatvės ir mirties pensijos. Šiuo atveju numatoma, kad asmuo turi teisę pateikti prašymus nagrinėjimui pagal visus teisės aktus, kurie buvo taikomi. Jei teisių į išmokas sistema nėra speciali, tai kompetentinga įstaiga sumuoja visus draudimo ar gyvenimo laikotarpius nepriklausomai nuo to, pagal kurios valstybės narės teisės aktus jie buvo įgyti. Panašios sistemos taikomos ir specialių sistemų atžvilgiu bei pagal darbo sutartį ir savarankiškai dirbantiems asmenims.²⁶ Toliau apibrėžiamas išmokų skyrimas, papildomos išmokos, specialūs atvejai, pakartotinės išmokos ir pan. Šios nuostatos iš esmės nesukuria įtakos biudžetui, tačiau turi būti suderintas su nacionaline teise. Visi minėti aspektai nepapuoia į VLK kompetencijos sferą ir neįtakoja PSDF biudžeto.

Reglamente pateikiamos pagrindinės nuostatos, susijusios su nelaimingais atsitikimais darbe ir profesinėmis ligomis. Kaip ir kitais atvejais, nurodoma, kad jei asmuo, patyręs nelaimingą atsitikimą darbe arba susirgęs profesine liga, gyvena kitoje valstybėje narėje nei kompetentinga institucija, jis gauna išmokas kompetentingos įstaigos sąskaita iš įstaigos, kuri priskirta pagal gyvenamą vietą.²⁷ Šiek tiek skiriasi nuostatos pasienio darbuotojų atžvilgiu. Numatoma, kad jie gali gauti išmokas kompetentingos valstybės teritorijoje pagal tos valstybės teisės aktų nuostatas.²⁸ Persikėlus į kitą valstybę narę arba išvykus gydytis į kitą valstybę narę galioja nuostata, kad išmokos mokamos kompetentingos valstybės sąskaita.²⁹ Papildomai apibrėžiamos išmokos, kai asmuo susiduria su ta pačia rizika keliose valstybėse narėse, kai profesinė liga paūmėja. Tačiau šiuo atveju pateikiamos nuostatos nėra reikšmingos tyrimui, todėl nedetalizuojamos. Skirtingose valstybėse narėse taikomi skirtingi teisės aktai, todėl Reglamente apibrėžiami keli nuostatų taikymo ypatumai.

Nelaimingų atsitikimų (mirties) kelionės metu, kurie įvyksta kitoje šalyje nei kompetentinga valstybė narė atveju traktuojama, kad jie įvyko kompetentingos valstybės teritorijoje. Tokiu būdu už visus įvykius

²⁴ Detalizuojama CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 38, p.27. ir Article 40, p.28-29.

²⁵ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 39, p.27-28.

²⁶ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 45, p.32-33.

²⁷ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 52, p. 39.

²⁸ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 53, p. 39.

²⁹ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 55, p. 40.

kelionių metu išmokos mokamos kompetentingos valstybės įstaigos sąskaita.³⁰ Šias išmokas Lietuvoje moka savivaldybės, todėl įtakos PSDF biudžetui tai nedaro.

Valstybės narės, kuriose teisės aktai nustato darbe nelamingo atsitikimo metu žuvusio asmens palaikų pervežimą į laidojimo vietą išlaidas, privalo jas padengti iki atitinkamos vietos kitos valstybės narės teritorijoje.³¹

Apibrėžiant mirties išmokas, taikomi tie patys principai, kurie buvo pateikiami siejant juos su kitokio pobūdžio išmokomis ir iš esmės didelės įtakos PSDF biudžetui nedaro.

Kita išmokų rūšis, kuri aptariama Reglamente, yra bedarbio išmokos. Šiuo atveju, kaip ir kitais, kompetentinga įstaiga sumuoja visus darbo laikotarpius, tarsi jie būtų vykdyti kompetentingoje valstybėje. Išvykdamas ieškoti darbo į kitas valstybes nars ir siekdamas išsaugoti teises į įgytas išmokas, bedarbis turi būti įsiregistravęs įdarbinimo tarnyboje mažiausiai keturias savaites, turi užsiregistruoti toje valstybės narės įdarbinimo žinyboje, į kurią atvyko ieškoti darbo, o teisė į išmokas galioja tris mėnesius nuo tos dienos, kai jis nustojo būti kompetentingoje valstybėje (išimtis yra taikoma tik Belgijai).³² Šios nuostatos, susijusios su išmokomis bedarbiams, nėra reikšmingos tyrimo kontekste ir detaliau nėra analizuojamos, nes jos priskiriamos darbo biržos kompetencijai.

Baigiant aptarti pagrindines išmokų grupes bei įvairius jų aspektus, Reglamente nurodomas poreikis prie Komisijos sukurti Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinę komisiją (vadinamą „Administracinę“). Jos paskirtis yra nagrinėti įvairius klausimus, susijusius su šiuo ir paskesniais Reglamentais, teikti pasiūlymus dėl reglamentų rengimo bei pataisų ir pan. Administracinės komisijos veikla susijusi su tyrimu, kadangi jų priimamais sprendimais remiasi Reglamento įgyvendinimas bei jie tiesiogiai taikytini VLK veikloje.

Šeštojoje Reglamento dalyje svarstomi keli papildomi klausimai. Visų pirma aptariamas kompetentingų valdžios institucijų bendradarbiavimas. Akcentuojamas informacijos pasikeitimas, tarpusavio parama, duomenų sauga ir kiti klausimai.³³ Tuo pačiu aptariamas ir bendradarbiavimas tarp institucijų bei asmenų, kuriame numatoma, kad asmuo turi kuo greičiau pranešti kompetentingai valstybei bei valstybei, kurioje gyvena, apie bet kokius pakitimus asmeninėje ar šeimos sferoje, kurie gali būti susiję su Reglamento nuostatų vykdymu.³⁴ Toliau aptariamas autentiškumo klausimas, elektroninio formato naudojimas, prašymai, pareiškimai bei skundai, pinigų pervedimai, įmokų surinkimas ir pan. Tačiau tai nėra aktualu tyrimo kontekste ir papildomai neanalizuojama.

Paskutinėje Reglamento dalyje pateikiamos pagrindinės nuostatos, susijusios su pereinamuoju laikotarpiu bei baigiamosiomis nuostatomis. Visų pirma pažymima, kad pagal šį reglamentą neįgyjama jokių teisių iki jo įsigaliojimo atitinkamos valstybės teritorijoje. Nustatant pagal šį reglamentą įgytas teises įskaitomi visi draudimo laikotarpiai, darbo pagal sutartį arba gyvenimo laikotarpiai, įgyti iki įsigaliojant šiam Reglamentui. Numatoma, kad asmens, kuriam pensija buvo skirta iki Reglamento įsigaliojimo, teisės gali būti peržiūrėtos jo prašymu. Tai reiškia, kad jei SODRA nustato, kad asmeniui galioja Lietuvos teisės aktai, jis bus draudžiamas Lietuvoje. Tokiu būdu gali nereikšmingai padidėti apdraustųjų skaičius. Kitos Reglamento pereinamojo laikotarpio nuostatos nėra aktualios, nes Lietuvoje nuo pradžių galiojo būtent nagrinėjamo dokumento nuostatos.

Apibendrinant pagrindines analizuojamo Reglamento nuostatas galima teigti, kad šio tyrimo kontekste pagrindinės jų nuostatos yra:

- Reglamentas iš esmės suformuoja vieningą socialinės apsaugos sistemų erdvę, kuri apima visas Europos Sąjungos valstybes.
- Dėl to sukuriamą naują, visas valstybes nars apimanti reglamentavimo sistema, lemianti poreikį nacionalinę sistemą derinti su Reglamento nuostatomis.

³⁰ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 56, p. 40.

³¹ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 59, p. 42.

³² CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 69, p.46-47.

³³ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 84, p.54-55.

³⁴ CONSLEG:1971R1408-01.06.2004-004.0001, Article 84a, p. 55.

- Dėl šios priežasties vienos valstybės narės išmokos, susijusios su socialine apsauga, turi būti nukreipiamos apmokėti už paslaugas ir kitose nei tos valstybės įstaigose.
- Pacientams suteikiama teisė gauti paslaugas kitose šalyse narėse, jei to negalima efektyviai padaryti kompetentingoje valstybėje ir atitinkama kompetentinga valstybė turi už jas apmokėti.

Remiantis išanalizuotomis nuostatomis galima teigti, kad šio norminio akto poveikio formos yra dviejų rūšių. Visų pirma galima išskirti bendrą poveikį plačiaja prasme, kuris, daugiausia tai teisinio reglamentavimo pokyčius, įtakoja bendrąją sistemą, jos norminius aktus, sistemos funkcionavimą bei socialinės apsaugos sistemos dalyvius. Reglamentas pripažįsta, kad egzistuoja įvairios socialinio draudimo sistemos, kurios skirtingu pagrindu skaičiuoja išmokų dydžius, kurios draudžia individus arba šeimas. Tačiau Reglamento nuostatos yra privalomos vykdyti visoms valstybėms narėms ir prie jų turi būti priderinta nacionalinė sistema, atitinkamai ir visi susiję normatyviniai aktai. Šiuo atveju siekiant įvertinti Reglamento poveikį reikalinga atlikti teisinių aktų auditą, kurio metu būtų identifikuoti ir įvertinti esami skirtumai tarp:

- socialinės apsaugos sistemos subjektų apibrėžimų ir draudimo sistemų taikymo atskiroms asmenų grupėms;
 - tam tikrų sąvokų suderinimo ir jiems taikomų nuostatų suvienodinimas (pvz.: studentai);
 - pačios sistemos funkcionavimo galimybių atviroje erdvėje adekvatumo ir jos ekonominio funkcionavimo savarankiškumo (kuo mažiau sietina su išorinėmis institucijomis ekonominiais saitais, tuo efektyviau sistema gali funkcionuoti savarankiškai išsiplėtusioje erdvėje.
- Šio poveikio plačiaja prasme aspektai plačiau nagrinėjami 4 dalyje.

Kita poveikio rūšis, kuri laikytina pagrindiniu šio tyrimo objektu, yra tiesioginis ekonominis poveikis, kuris atsispindi PSDF pokyčiuose. Tiesioginis poveikis PSDF atsiranda dėl kelių esminių nuostatų, kurios įtvirtinamos Reglamente:

- nacionalinė socialinės apsaugos sistema turi prisiimti išlaidas, kurios patiriamos jos apdraustųjų asmenų kelionių į kitas valstybes nars metu;
- nacionalinė socialinės apsaugos sistema turi prisiimti išlaidas, kurios gali būti patiriamos jos apdraustųjų asmenų jiems persikeliant gyventi į kitas valstybes nars, jei teisės į šias išlaidas buvo įgytos iki persikėlimo;
- asmenims išplečiamas galimybių ratas ir jie gali pasinaudoti kitų valstybių narių atitinkamų paslaugų teikėjų paslaugomis ir patirtas išlaidas turi kompensuoti nacionalinė socialinės apsaugos sistema (su tam tikromis išlygomis, kurios pateikiamos tekste toliau).

Asmenų kelionių atveju, nepriklausomai nuo kelionių ilgumo (nuo turistinės iki kelionių studijų tikslais ir pan.), kompetentinga įstaiga (šiuo atveju VLK) išpareigoja padengti visas išlaidas, kurios gali būti patiriamos ligos ar nelaimingų atsitikimų atveju kitoje valstybėje narėje. Tokiu atveju tiesioginį poveikį PSDF biudžetui galima vertinti gana dviprasmiškai. Įvykis (liga ar nelaimingas atsitikimas) asmeniui galėjo atsitikti nepriklausomai nuo jo buvimo vietos, tad jei jis įvyktų Lietuvoje, jis nebūtų siejamas su Reglamento poveikiu PSDF. Dėl šios nuostatos visų išlaidų, kurios patiriamos kompensuojant išlaidas, kurias patiria apdrausti asmenys kitose valstybėse narėse kelionių metu, priskirti kaip darančių poveikį PSDF, negalima. Šiuo atveju būtų teisingiau poveikio apimtis vertinti tik remiantis kainų skirtumu, tai reiškia, kad jei išlaidos būtų patirtos Lietuvoje, kiek jos būtų didesnės arba mažesnės. Tik šis kainų skirtumas laikytinas tiesioginiu poveikiu PSDF biudžetui. Reikia pažymėti, kad jis gali būti tiek su minuso, tiek su pliuso (tiek bendrą biudžetą didinantis, tiek mažinantis) ženklų.

Panašiai galima traktuoti ir persikėlimo gyventi į kitą valstybę narę atvejus. Tokiu atveju tiesioginiu poveikiu nėra laikytinos visos išlaidos, nes jos galėjo būti patirtos nepriklausomai nuo asmens gyvenamosios vietos. Išlaidomis laikytini tie patys kainų skirtumai, kurie buvo apibūdinti anksčiau.

Vertinant pirmuosius atvejus (kelionės bei persikėlimas), tiesioginis poveikis PSDF nėra didelis, nes jis iš esmės susiformuoja tik dėl kainų lygio skirtumų. Daug didesnį poveikį gali daryti trečiasis atvejis. Reglamentas numato, kad asmeniui turi būti suteikta galimybė gauti paslaugas kitose valstybėse narėse, jei kompetentingoje valstybėje jos negali būti suteiktos laiku. Jei tam tikra paslauga nėra teikiama šalyje, Reglamentas neįpareigoja tokiu atveju suteikti leidimą gydytis kitoje valstybėje narėje. Abiem atvejais valstybėms narėms suteikiama galimybė pačioms suformuoti leidimų išdavimo sistemą bei apibrėžti jos

funkcionavimą, tačiau minėtais atvejais valstybė narė negali atsisakyti išduoti leidimo. Tokiu būdu poveikis PSDF tampa tiesioginis, nes nesant Reglamento nuostatoms jį (paslauga) galėjo būti iš viso nesuteikta arba suteikta tik su tam tikromis, labai ribotomis išlygomis, kurias nustato pati valstybė narė. Remiantis Reglamento nuostatomis apdraustųjų asmenų siuntimas į kitas valstybes nares gali atsirasti dėl dviejų priežasčių:

- tam tikra paslauga negali būti suteikta valstybėje narėje (šiuo atveju Lietuvoje) ir pacientas turi teisę gauti išmokas, skirtas jos gavimui kitur (šiuo atveju leidimas gali ir nebūti išduodamas);
 - tam tikra paslauga negali būti suteikta laiku ir pacientas šiuo atveju turi teisę gauti išmokas, jei tokia paslauga gali būti suteikta greičiau kitoje valstybėje narėje.
- Jei nėra tenkinamos minėtos sąlygos, valstybė narė gali atsisakyti išduoti leidimą.

Taip pat reikia pažymėti, kad valstybės narės atsakinga institucija, kuri sprendžia apie leidimų išdavimą, turi ribotas galimybes reguliuoti, kurios valstybės narės paslaugomis pacientas turi naudotis. E112 formoje įrašoma valstybė, į kurią siunčiama, bei kokiomis paslaugomis asmuo yra siunčiamas. Tačiau vadovaujantis Teisingumo Teismo išaiškinimu Keller byloje, jei tos šalies gydytojai nusprendžia paslaugos neteikti, bet išsiųs asmenį dar į kitą šalį, kompetentinga įstaiga turi padengti išlaidas. Taip pat tikėtina, kad valstybė, į kurią siūloma siųsti gydytis, nurodys gydantis gydytojas (susiję su eilėmis, kompetencija ir pan.), tad kainos komponentas tampa mažai kontroliuojamu.

Vertinant šio atvejo poveikio galimas apimtis reikalinga atsižvelgti į:

- kokios paslaugos Lietuvoje nėra teikiamos iš viso;
- kokios galimos šių paslaugų paklausos apimtys;
- kokios galimos šios paslaugos kainos kitose valstybėse narėse;
- kokiai daliai pacientų paslaugos nėra suteikiamos laiku (planinio gydymo, nebūtiniosios pagalbos atvejais);
- kokia jų dalis gali vykti paslaugas gauti į kitas valstybes nares.

Įvertinus šiuos faktorius būtų galima kiekybiškai įvertinti galimas Reglamento vykdymo poveikio apimtis. Bendras vertinimo modelis, kuriame atsišpindi minėti bei kiti faktoriai, pateikiamas 3 dalyje.

Vertinant poveikį negalima ignoruoti to, kad jis yra abipusio pobūdžio. Tai reiškia, kad kitos valstybės narės turi kompensuoti išlaidas, kurias patyrė jų apdraustieji Lietuvoje. Šiuo atveju galimos visos tos pačios aplinkybės, kurios buvo minėtos anksčiau (kelionės, migracija, paslaugų suteikimas). Jei kitų valstybių narių piliečiams suteikiamos paslaugos Lietuvoje, faktinės išlaidos kompensuojamos atitinkamos kompetentingos valstybės. Tokiu būdu papildomų išlaidų PSDF nesusidaro. Tačiau reikalinga apžvelgti du aspektus, kurie gali turėti tam tikros įtakos bendrai išmokų socialinės apsaugos sistemai.

Visų pirma reikia paminėti, kad atsiskaitymai tarp valstybių narių vyksta kelis kartus per metus. Tokiu būdu visų pirma suteikiama paslauga, o apmokama už ją vėliau, per pusę metų arba metus yra gaunamos kompensacijos iš kompetentingos valstybės narės. Tokiu būdu gali būti daroma neigiamą įtaka pinigų srautams. Tačiau vertinant esamus srautus bei mokėjimų apimtis, išmokas už kitų valstybių narių piliečiams suteiktas paslaugas galima laikyti nereikšmingomis ir esminės įtakos PSDF biudžetui neturinčiomis. Dėl šios priežasties šis aspektas toliau tyrime nėra detaliau analizuojamas.

Kitas svarbus aspektas, kuris nedaro tiesioginės įtakos PSDF biudžetui, tačiau yra reikšmingas bendrai visai sistemai, yra kainos skaičiavimo principai. Jei kaina skaičiuojama ekonominio pagrįstumo principu ir joje atsišpindi visos realios sąnaudos, darbo užmokestis, įrangos bei pastatų atnaujinimui skirti atsiskaitymai ir visi kiti reikiami komponentai, jokių papildomų problemų apmokėjimas už paslaugas kitų valstybių narių piliečiams nesukelia. Tačiau jei kaina nėra visa apimanti ir joje nėra atsižvelgiama į dalį patiriamų kaštų, tada dalis kaštų dengiama iš kitų šaltinių. Šiuose šaltiniuose nėra atsižvelgiama į paslaugas, suteiktas kitų valstybių narių piliečiams. Tokiu būdu jiems suteikiamos paslaugos yra tam tikra prasme subsidijuojamos. Šio tyrimo rėmuose svarbu nustatyti, kokio lygio yra šio subsidijavimo apimtys ir įvertinti jų reikšmingumą socialinės apsaugos sistemai.

Siekiant įvertinti nagrinėjamo Reglamento poveikį PSDF biudžetui tolimesniame tyrime bus atsižvelgiama į šiuos pagrindinius aspektus:

- apmokėjimų už keliaujantiems asmenims suteiktas paslaugas apimtys;

- apmokėjimų už asmenims, kurie persikėlė gyventi į kitą valstybę narę, suteiktų paslaugų apimtys;
- galimų mokėjimų kitų valstybių narių paslaugų teikėjams už paslaugas, kurios negali būti suteiktos Lietuvoje arba negali būti suteiktos Lietuvoje laiku, apimtys;
- galimos paslaugų, suteiktų asmenims iš kitų valstybių narių, „paslėpto” subsidijavimo apimtys.

Be minėtos analizės reikalinga įvertinti teisinius aspektus, kurie buvo minėti anksčiau tekste.

1.2. PAGRINDINĖS PASLAUGŲ DIREKTYVOS NUOSTATOS

Prekybos tarp šalių narių kliūčių paslaugų srityje naikinimo priemonių įgyvendinimui Europos Komisija 2004 metų sausio 13 dieną pateikė Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos dėl paslaugų vidaus rinkoje projektą 6174/04 COMPET.

Direktyvos projektas ES Tarybos darbo grupėje svarstytas daugelį kartų. Direktyvos priėmimas buvo planuojamas 2005 metais, tačiau šiuo metu jos svarstymas atidėtas 2006 metams.

Direktyva dėl laisvo paslaugų judėjimo ES vidaus rinkoje siekiama sukurti prielaidas glaudesniems ryšiams tarp šalių narių bei jų gyventojų, tai prisidėtų prie ekonominio ir socialinio progreso. ES vidaus paslaugų rinkoje egzistuoja daug įvairių administracinių kliūčių, teisiųjų neapibrėžtumų bei pasitikėjimo problemų, kurios apriboja paslaugų sektoriaus plėtrą vidaus rinkoje, ypač ši problema aktuali smulkaus ir vidutinio (SVI) dydžio įmonėms. Direktyvos tikslas yra nustatyti bendrošius ES paslaugų sektoriaus reglamentavimo principus, panaikinti laisvą paslaugų judėjimą apribojančias kliūtis, užtikrinti paslaugų teikėjų steigimosi laisvę, laisvę teikti paslaugas kitose valstybėse narėse ir vartotojų teisę naudotis kitų šalių narių paslaugų teikėjų paslaugomis, išplėsti administracinį bendradarbiavimą, įtvirtinti kilmės šalies principą paslaugų sektoriuose, paskatinti elgesio kodeksų atsiradimą tam tikrose srityse.

Direktyvos bendrosiose nuostatose³⁵ pažymima, kad direktyva nesietina su antimonopolinėmis priemonėmis bei pagalba, kurią teikia šalys narės bendruose konkurencijos taisyklių rėmuose. Taip pat pabrėžiama, kad direktyva nenagrinėja nei paslaugų, patenkančių į bendrąją ekonominę interesą ir teikiamų privačių ar valstybinių institucijų, liberalizavimo, nei teikiančių paslaugas valstybinių institucijų privatizavimo (tokių, kaip loterijų organizavimas, tam tikros didmeninės prekybos paslaugos). Bendrojo intereso srityje direktyva apima tik paslaugas, patenkančias į bendrąją ekonominę interesą. Valstybės finansuojamos arba teikiamos paslaugos turi būti peržiūrimos individualiai, o tos sritys, kuriose nėra apmokėjimo charakteristikos, nepatenka į direktyvos įtaką.³⁶ Tuo pačiu direktyva neįtakoja šalių narių laisvės apibrėžti bendrojo ekonominio intereso sektorius, nustatyti, kaip jie turi būti organizuojami, finansuojami ir kokie reikalavimai jiems keliami.³⁷ Direktyva neapima paslaugų, patenkančių į bendrojo ekonominio intereso grupę, finansavimo bei paramos teikimo konkrečiai sveikatos apsaugos socialinių paslaugų, audio-vizualinių paslaugų bei kultūros sričių.³⁸

Direktyva nenustato detalių reikalavimų paslaugų teikėjams ar paslaugoms, tačiau nustato mechanizmą, padėsiantį panaikinti diskriminacinius apribojimus kitų valstybių narių paslaugų teikėjams ir gavėjams.

Siekiant užtikrinti laisvą paslaugų judėjimą tarp šalių narių, direktyva numatoma įtvirtinti kelias pagrindines nuostatas, kurios per paslaugų teikimo būdų reglamentavimą siekia sudaryti laisvos paslaugų prekybos tarp šalių narių sąlygas. Šios nuostatos yra:

- įtvirtinama paslaugų teikėjų įsisteigimo laisvė, kuri realizuojama per administracinių priemonių supaprastinimą bei reikalavimų schemų supaprastinimą;

35 Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market (6174/04 COMPET), Chapter I, Article 1. p.2.

36 Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market (6174/04 COMPET), Chapter I, Article 4, Recital 16, p.10.

37 Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market (6174/04 COMPET), Chapter I, Article 1, Recital 7a. p.4.

38 Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market (6174/04 COMPET), Chapter I, Article 1. Recital 7c. p.4.

- įtvirtinamas laisvas paslaugų judėjimas, kuris realizuojamas paslaugoms taikant kilmės šalies principą;
- įtvirtinama vartotojų teisė naudotis kitų šalių narių paslaugų teikėjų paslaugomis;

Šalia minėtų pagrindinių nuostatų direktyvoje pateikiama tam tikra visuma priemonių, tarp kurių daugiausia dėmesio skiriama administracinio bendradarbiavimo tarp šalių narių plėtojimui.

Toliau ataskaitoje pateikiamas direktyvos poveikio vertinimas sveikatos apsaugos sistemai, atsižvelgiant į pagrindines direktyvos nuostatas, ir identifikuojamos probleminės sritys. Vertinime siekiama apžvelgti poveikį Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, sveikatos priežiūros restruktūrizacijai, viešojo administravimo sistemai, privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto išlaidoms ir gydymo kokybei.

Vertinant paslaugų direktyvos poveikį sveikatos apsaugos sistemai svarbu paminėti EK nuostatą šiuo klausimu, jog šia direktyva nesiekama keisti nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų organizavimo bei finansavimo tvarkos.

Paslaugų teikėjų įsisteigimo laisvė

Vienas iš svarbiausių Paslaugų direktyvos elementų – laisvė teikti paslaugas. Ši nuostata apibrėžia dvi laisves – laisvo paslaugų teikimo (kai paslauga teikiama kitoje valstybėje joje neįsisteigus) ir įsisteigimo laisvę. Šis elementas išplaukia iš Europos Bendrijos Sutarties, kuri įtvirtina principą, kad savarankiškai dirbantys asmenys, o taip pat ir jiems prilyginti valstybių narių nacionaliniai subjektai gali laisvai užsiimti profesine ar kitokia ekonominiu - komercinio pobūdžio veikla bet kurioje valstybėje narėje. Tai jiems garantuoja dvi fundamentalios laisvės - įsisteigimo laisvė bei laisvė teikti paslaugas.

Šios dvi laisvės įeina į laisvo paslaugų judėjimo kaip vienos iš keturių laisvių, sudarančių bendrosios rinkos pagrindą, turinį. Todėl tiek laisvė įsisteigti, tiek laisvė teikti paslaugas turi vienodų bruožų, dėl ko kyla sunkumų nusprendžiant, ar tam tikriems santykiams bus taikomos Sutarties normos reglamentuojančios įsisteigimo teisę, ar normos, reglamentuojančios teisę teikti paslaugas. Įsisteigimo laisvė reiškia teisę Europos Sąjungos valstybių nacionaliniams subjektams persikelti ar įsteigti atstovybes, padalinius, dukterines įmones bet kurioje kitoje valstybėje narėje, su tikslu tvirtai joje įsikurti ir užsiimti nuolatine savarankiška profesine ar kita ekonomine – ūkine veikla. Pažymėtina, kad ši teisė nėra absoliuti ir gali būti ribojama siekiant apsaugoti viešąjį interesą. Paslaugų direktyvos projekte taip pat yra numatyta panašaus turinio nuostata. Teisės teikti paslaugas atžvilgiu Bendrijos sutartis pateikia pakankamai informacijos tam, kad būtų galima suformuluoti apibrėžimą. Pagal Sutarties 49 straipsnio 1 dalies nuostatą galima teigti, kad laisvė teigti paslaugas yra „taikomos valstybių narių nacionaliniams subjektams, kurie yra įsisteigę kitoje Bendrijos valstybėje negu valstybėje, kurios subjektu yra asmuo, kuriam tos paslaugos yra teikiamos“. Pažymėtina, kad Europos Teisingumo Teismas, Luisi ir Carbone byloje išplėtė laisvės teikti paslaugas apimtį nurodydamas, kad asmenys *inter alia* turi teisę kirsti sieną, kad suteiktų paslaugas kitoje valstybėje narėje negu yra įsisteigę ir kad gautų paslaugas kitoje valstybėje narėje, negu yra įsisteigę ar gyvenantys.

Nagrinėjant Paslaugų direktyvos projekto poveikį Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui bei nacionalinei teisės sistemai svarbu atskirti įsisteigimo laisvę nuo laisvės teikti paslaugas, kadangi šio laisvės paliečia skirtingų teisės aktų reguliavimo sritis – įsisteigimo laisvės principas Paslaugų direktyvoje daugiau paliestų Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, tuo tarpu laisvė teikti paslaugas daugiau būtų susijusi su Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu bei Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu. Be šių teisės aktų, laisvės teikti paslaugas principas paliestų ir Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymą bei kitus, tačiau tai nėra šio tyrimo nagrinėjimo dalykas.

Vienas požymių padedantis atskirti šias dvi laisves yra „valstybės sienos kirtimo požymis“. Įsisteigimo laisvės atveju tam tikro darbo rezultato vartotojas ir šio darbo atlikėjas yra nuolat įsikūrę vienoje ir toje pačioje valstybėje narėje, t.y. atliktas darbas pasiekia vartotoją nekertant sienos. Tuo tarpu paslaugų teikimo atveju paslaugų gavėjas ir tiekėjas yra paprastai įsisteigę skirtingose valstybėse narėse. Išimtį sudaro ta situacija, kai asmuo, kuriam teikiama paslauga, yra įsisteigęs toje pačioje valstybėje kaip ir

paslaugos davėjas, tačiau paslaugos teikimo momentu jis yra užsienyje. Paslaugos teikimo atveju visada paslauga kerta valstybės sieną, t.y. tiek paslaugos gavėjas ir paslaugos davėjas yra įsisteigę skirtingose valstybėse narėse, nesvarbu tai ar gavėjas atvyko pas paslaugos davėją, arba paslaugos teikėjas ir gavėjas yra įsisteigę toje pačioje valstybėje, tačiau gavėjas paslaugos teikimo momentu yra kitoje valstybėje narėje.

Tie atvejai, kai paslaugos tiekėjas atvyksta pas paslaugos gavėją į kitą valstybę, situacijos nekeičia, tačiau jau tokiu atveju atriboti paslaugų teikimą nuo įsisteigimo, remiantis „valstybės sienos kirtimo“ požymiu yra sudėtinga, nes kai paslaugos tiekėjas vyksta pas paslaugos gavėją ir kerta valstybės sieną, gali iškilti klausimas ar jis tuo metu yra įsisteigęs savo kilmės valstybėje ar spėjo įsisteigti priimančiojoje valstybėje. Tokiu atveju reikia atsižvelgti į kelis kitus įsisteigimo laisvės aspektus. Pirmasis iš jų yra „veiklos trukmės“ kriterijus, kuris yra susijęs su „laikinos“ ar „nuolatinės“ veiklos apibūdinimu. Europos Tarybos direktyvose yra nuostatų, kad jei veikla tęsiasi ne ilgiau kaip 3 mėnesius, tai tokiu atveju ta veikla yra laikoma paslaugų teikimu. Tačiau veiklos trukmės kriterijus neturi būti lemiamas. Sprendžiant apie tai ar asmuo įsisteigė ar teikia paslaugas, reikia atsižvelgti ir į subjektyvius kriterijus, t.y. kokių tikslų atvyko asmuo į priimančią valstybę. Kitą kriterijų atribojant šias laisves, įvedė Europos Teisingumo Teismas savo praktikoje. Tai yra „tvirto įsisteigimo priimančiojoje valstybėje“ kriterijus, kuris reiškia, kad įsisteigimo santykiai yra tada, kai asmuo priimančiojoje valstybėje narėje įsisteigia tvirtai ir neribotam laikui, t.y. jo įsikūrimas nėra apspręstas kokia nors laiko trukme ar įvykiais, kurie turėtų įvykti ateityje. Pastebėtina, kad paslaugų teikimo laisvės atribojimas nuo įsisteigimo laisvės iš tiesų yra labai svarbus ir naudingas vertinant Paslaugų direktyvos projekto poveikį Lietuvos PSDF biudžetui bei teisės sistemai, nes padeda atskleisti šias laisves apibūdinančius kriterijus bei geriau suvokti direktyvos projekte pateikiamus santykius bei juos atskirti.

Kaip jau buvo minėta, Direktyvoje numatyta paslaugų verslo įsisteigimo laisvė, eliminuojant kliūtis, kuriančias papildomus kaštus ar ribojančias konkurenciją, neturėtų reikšmingai įtakoti sveikatos apsaugos sistemos, išskyrus pokyčius konkurencinėje aplinkoje, susijusius su galimybėmis steigti naujoms sveikatos priežiūros įstaigoms. Įgyvendinus direktyvoje numatomus reikalavimus, susijusius su paslaugų teikėjų įsisteigimo laisve, gali padidėti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų skaičius. Tačiau ši prielaida yra daugiau teorinė, kadangi direktyvoje numatomos išimtys, susijusios su paslaugų teikėjų įsisteigimo laisvės nuostatų taikymu sveikatos apsaugos srityje, leidžiančios taikyti vienokias ar kitokias leidimų schemas, kurios neturi diskriminacinio pobūdžio. Taip pat reikia pažymėti, kad daugeliui sveikatos priežiūros paslaugų reikalinga nuolatinė infrastruktūra ir tokiu atveju veiklos kontrolę vykdys tos šalies, kurioje subjektas įsisteigęs, institucijos. Lietuvoje numatoma, kad bet kokių paslaugų sveikatos priežiūros srityje teikimas yra siejamas su nuolatinė infrastruktūra. Tad tokių paslaugų teikėjų kontrolę vykdys Lietuvos atsakingos institucijos.

Tiksliau įvertinti įsisteigimo laisvės nuostatų poveikį konkurencinei aplinkai galima būtų tik atlikus išsamią šiuo metu galiojančio sveikatos priežiūros paslaugų licenzijų išdavimo režimo analizę, įvertinant jo atitikimą direktyvai ir reikiamus pakeitimus. Reikšmingo poveikio konkurencinei aplinkai galima tikėtis tik tuo atveju, jei, padarius tokią analizę paaiškėtų, jog reikalingi reikšmingi šiuo metu galiojančio licenzijų išdavimo režimo pokyčiai, susiję su kliūčių įsisteigimo laisvei pašalinimu. Tačiau net ir tokiu atveju direktyvos poveikis būtų daugiau teigiamas. Konkurencijos padidėjimas sveikatos apsaugos srityje galėtų sudaryti prielaidas efektyvesnei sveikatos priežiūros sistemos reformai bei esamų sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo padidinimui. Dalyvių skaičiaus padidėjimas padidintų sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlą ir galėtų teigiamai įtakoti gydymo kokybę. Įsisteigimo laisvės nuostatos neturėtų paveikti PSDF biudžeto išlaidų, kadangi sveikatos priežiūros įstaigos dėl gydymo paslaugų kompensavimo turės sudaryti sutartis su Valstybine ligonių kasa (kaip ir pagal šiuo metu galiojančią tvarką).

Vertinant įsisteigimo laisvės nuostatų galimą poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai, egzistuoja vienintelė sritis, kurioje dėl direktyvos įgyvendinimo gali būti susidurta su kaštų padidėjimu – viešojo administravimo sistema, išduodanti licencijas ir kontroliuojanti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Viešojo administravimo sistemoje dėl padidėjusio sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus gali padidėti darbo krūvis ir poreikis papildomiems etatams bei atitinkamam administravimo sistemos finansavimui. Kita vertus, vertinant įsisteigimo laisvės nuostatų poveikį konkurencinei situacijai reikėtų atsižvelgti į tai,

jog jau šiuo metu Lietuvoje veikia privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurių veiklą reglamentuoja šiuo metu galiojanti licenzijų išdavimo tvarka. Tai iliustruoja, jog net ir neįtvirtinus direktyvos nuostatų šioje srityje, galimybės steigti privačias sveikatos įstaigas egzistuoja – t.y. šių įstaigų skaičius galėjo didėti ir tokiu būdu įtakoti konkurencinės situacijos pokyčius. Taigi, vertinant direktyvos poveikį konkurencinei situacijai reikėtų akcentuoti, kad konkurencinės situacijos pokyčius gali įtakoti direktyvos įsteigimo laisvės nuostatų įgyvendinimas, tačiau ne mažiau svarbūs yra ir kiti veiksniai, kurie nėra susiję su direktyvos įgyvendinimu (gyventojų perkamoji galia, situacija sveikatos apsaugos specialistų darbo rinkoje, investicijų į besistiegančias sveikatos priežiūros įstaigas poreikis, PSDF dydis ir kt.).

Vartotojų teisė naudotis kitų šalių narių paslaugų teikėjų paslaugomis

Ši direktyvos nuostata sveikatos apsaugos srityje sąlygoja Lietuvos piliečių galimybes pasinaudoti kitų šalių narių sveikatos priežiūros paslaugomis ir kitų šalių narių piliečiams užtikrina teisę pasinaudoti gydymo paslaugomis Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose. Šios nuostatos įgyvendinimas gali padidinti tiek Lietuvos piliečių, siekiančių gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose šalyse narėse, tiek ir kitų šalių narių piliečių, atvykstančių į Lietuvą, srautą. Europos Teisingumo teismas nurodo, kad ekonominiai kriterijai (kvotos ir eilės gauti ambulatorines paslaugas) nėra pakankama priežastis apriboti laisvą pacientų judėjimą tarp valstybių narių. 23 direktyvos straipsnis numato sąlygas, kuriomis turi būti užtikrinama pacientų teisė gauti ambulatorines paslaugas kitoje valstybėje narėje. Nuostata dėl leidimų panaikinimo neišvengiamai turės būti įteisinta, tačiau ji gali būti įteisinta Direktyvoje arba Reglamente 1408/71. Komisijos nuomone, šią nuostatą tikslingiausia būtų įteisinti Paslaugų direktyvoje, kuri sukuria sisteminių mechanizmą nepagrįstų kliūčių laisvo paslaugų judėjimo srityje pašalinimui. Tuo pačiu pažymėtina, kad direktyva nenumato jos įgyvendinimo mechanizmo, paliekant tai valstybių narių skirtingoms teisinėms sistemoms.

Šių direktyvos nuostatų įgyvendinimas gali būti vertinamas keliais aspektais ir suteikti atskiroms valstybėms narėms tam tikrus pranašumus arba sąlygoti tam tikras problemas:

- Dėl egzistuojančių eilių tam tikroms ambulatorinėms paslaugoms gali padidėti Lietuvos piliečių, pageidaujančių gauti tokias paslaugas kitose šalyse narėse, skaičius. Tokiu atveju pagal direktyvos nuostatas vartotojui gali būti suteikiama atitinkama paslauga kitoje šalyje narėje ir valstybė privalo kompensuoti vartotojui (medicinos įstaigai) atitinkamą bazinę kainą kaip ir tuo atveju, jei paslauga būtų suteikta savo šalyje. Skirtumą bei kelionės išlaidas (jei tokios atsiranda) turėtų padengti pats vartotojas. Lietuvai būtų naudinga pritarti šiai nuostatai ir įtvirtinti ją direktyvoje arba perkelti ją į Reglamentus, kadangi pagal šiuo metu galiojančią reglamentą 1408/71 kompensuojamos faktinės kitose valstybėse narėse gautų sveikatos paslaugų išlaidos, tuo tarpu direktyva numato jų kompensavimą pagal Lietuvoje galiojančius tarifus (skirtumą turėtų apmokėti pats pacientas). Tuo atveju, jei reikšmingai padidėtų Lietuvos pacientų, besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis kitose šalyse narėse srautas, atsirastų papildomas sveikatos paslaugų finansavimo poreikis. Padidėjęs finansavimo poreikis gali išbalansuoti PSDF ir sukelti neigiamas pasekmes. Kita vertus, reikšmingas pacientų srauto į kitas šalis nares padidėjimas yra mažai tikėtinas dėl kelių priežasčių:
 - kitose šalyse narėse taip pat egzistuoja eilės šioms paslaugoms gauti, kurios tam tikrais atvejais gali būti ir didesnės nei Lietuvoje ir tai gali riboti pacientų srautus į kitas šalis;
 - siekiantys gauti paslaugas kitose šalyse narėse susidurs su kalbiniais, kultūriniais bei struktūriniais (kitos paslaugos organizavimas bei skirtingos jos gavimo procedūros) skirtumais, kas taipogi mažina jų patrauklumą;
 - įvertinant tai, kad pagal direktyvą paslaugų kainą kitoje šalyje narėje bei kelionės išlaidas turėtų padengti pacientas, paslaugos kitose šalyse narėse dėl vartotojų perkamosios galios taptų prieinamos ne daugiau nei 3-5% daugiausiai pajamų gaunančių Lietuvos gyventojų, kurių dalis jau šiuo metu naudojasi privačių Lietuvos ar užsienio šalių gydymo įstaigų paslaugomis, apmokėdami už paslaugas patys, savo darbdavių ar finansinių (sveikatos draudimo) instrumentų pagalba.

Pagrindiniai galimi neigiami poveikio aspektai dėl padidėjusio Lietuvos pacientų srauto į kitų šalių narių gydymo įstaigas – PSDF biudžeto išlaidų padidėjimas; vykstant pacientui į kitą šalį narę, PSDF pinigais

finansuojamos ne Lietuvos teikėjų paslaugos; padidėjęs viešojo administravimo sistemos darbo krūvis; sumažėjęs Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų darbo krūvis bei poreikis peržiūrėti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo planavimo ir finansavimo sistemą bei investicijų politiką.

- Direktyva užtikrina pacientų (o taip pat ir pinigų) iš kitų šalių narių atvykimą į Lietuvą siekiant gauti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas. Šis srautas galėtų teigiamai atsiliiepti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai dėl galimybių gauti papildomus pajamų srautus už kitų šalių narių pacientams suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Toks srautas teigiamai atsiliieptų PSDF biudžetui, sveikatos priežiūros įstaigų darbo našumui. Šiuo atveju problemų gali atsirasti tik tokiu atveju, jei Lietuvoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kainodara nėra pagrįsta realiais paslaugų teikimo kaštais (t.y. jei į kainą nėra įskaičiuotos investicijos, amortizacija valdymas ir pan.). Trumpą laikotarpį užsienio pacientų srautas gali sąlygoti padidėjusias pacientų eiles bei per didelį darbo krūvį egzistuojančioms sveikatos priežiūros įstaigoms, tačiau kita vertus, toks srautas galėtų paskatinti papildomų investicijų atėjimą į šį sektorių, naujų sveikatos priežiūros įstaigų steigimąsi ir tam tikrų Lietuvos konkurencinių pranašumų išvystymą ES rinkoje, turint galvoti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje dirbančių specialistų kvalifikaciją, reputaciją tam tikrose gydymo srityse, rengimo bazę ir kt. Ilgą laikotarpį šis veiksnys galėtų prisidėti prie šios srities specialistų emigracijos apimčių sumažinimo.
- Neaiški ambulatorinio gydymo sąvoka, kuri šiai dienai skiriasi atskirose šalyse narėse. Šiuo atveju Lietuvos sveikatos apsaugos institucijoms turėtų būti suteikiama teisė apibrėžti ambulatorinio gydymo paslaugų sąrašą, siekiant išvengti Lietuvos pacientų naudojimosi brangiomis ambulatorinėmis paslaugomis kitose ES šalyse. Jei tokia teisė bus suteikta, šis veiksnys neturės neigiamo poveikio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai.

Vertinant direktyvos įgyvendinimo poveikį sveikatos apsaugai dažnai minima paslaugų prieinamumo problema. Tačiau šio sektoriaus veiklos organizavimas yra paliekamas šalims narėms. Pacientų eilės ir prioritetų nustatymas priklauso nuo pačios šalies reglamentavimo. Tokiu būdu prieinamumo problema nelaikytina reikšminga.

Detalų direktyvos nuostatų dėl vartotojų teisių naudotis kitų šalių paslaugų teikėjų paslaugomis įgyvendinimo sveikatos apsaugos sistemai poveikio vertinimą bei kaštus galima būtų įvertinti tik atlikus ekonominio poveikio sveikatos apsaugos sistemai ir PSDF biudžetui tyrimą, apimančį Lietuvos bei užsienio pacientų srautų prognozes, papildomo finansavimo poreikio vertinimą ir pan. Šiuo atveju svarbu išanalizuoti esamas Lietuvos pacientų eiles ambulatorinėms paslaugoms bei įvertinti šių pacientų galimybes vykti į kitas šalis nares gauti atitinkamas paslaugas. Taip pat reikalinga atsižvelgti ir į esančias eiles kitose šalyse narėse.

Kilmės šalies principas

Vertinant Direktyvoje reglamentuojamo kilmės šalies principo poveikį sveikatos apsaugos sistemai svarbu pastebėti, kad kilmės šalies principas taikomas tik tais atvejais, kai paslaugos kitoje valstybėje teikiamos laikinai, nenaudojant nuolatinės infrastruktūros, t.y. nesteigiant kitoje šalyje verslo (įmonės) (šiuo atveju laikomasi registracijos šalies teisės aktų). Be to, direktyvos 17-19 straipsniai numato išimtis iš kilmės šalies principo (profesinėms kvalifikacijoms, higienos standartams ir pan.). Taigi, šis principas nėra taikomas paslaugų, kurioms reikalinga nuolatinė infrastruktūra (patalpos, įranga ir pan.), teikimui. O šiuo atveju vertinant sveikatos priežiūros paslaugas – daugelio jų teikimui reikalinga nuolatinė infrastruktūra. Atsižvelgiant į Lietuvoje galiojančią reglamentavimą reikia pastebėti, kad visoms paslaugoms, net ir konsultavimo paslaugoms, numatoma nuolatinės infrastruktūros būtinybė. Tai reiškia, kad būtina steigti įmonę, o steigimosi atveju – vadovaujamosi šalies, kurioje įmonė steigiama, teisės aktais, kurie nustato reikalavimus paslaugos teikėjui, reglamentuoja licencijų bei leidimų išdavimą, paslaugų teikėjų bei teikiamų paslaugų kontrolę ir kt. Taigi, priėmus direktyvą, Lietuvoje įsteigtų sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, kaip ir iki šiol, reglamentuotų Lietuvos Respublikos įstatymai. Taip pat svarbu paminėti, jog profesinę kvalifikaciją reglamentuojančios direktyvos galios nepriklausomai nuo Paslaugų direktyvos priėmimo ir jų taikymo ši direktyva neįtakos. Todėl sveikatos priežiūros paslaugas tiekiantiems asmenims bus ir toliau taikomi minėtas direktyvas perkeliančių Lietuvos teisės aktų reikalavimai ir kontrolės

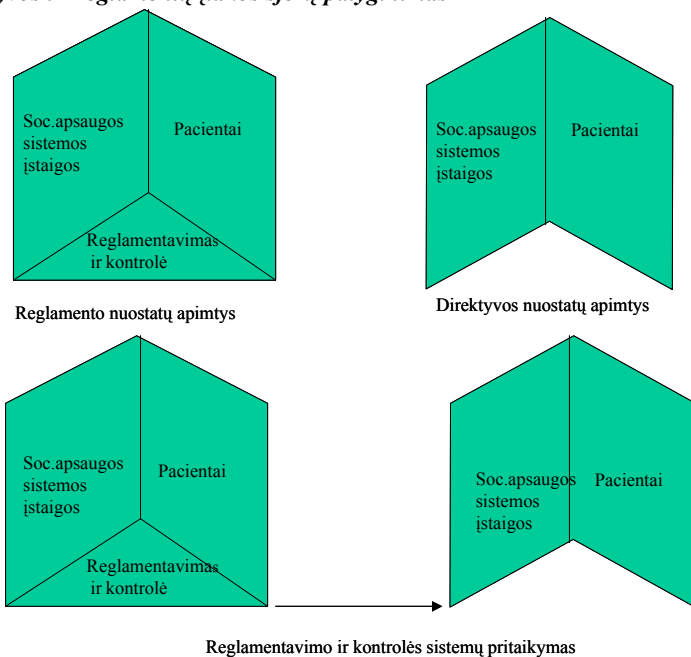
mechanizmai. Be to, direktyva numato sukurti stiprią administracinio bendradarbiavimo tarp valstybių narių kompetentingų institucijų sistemą, palengvinsiančių keitimąsi informacija ir problemų sprendimą.

Vertinant kilmės šalies principą sveikatos apsaugos sistemai galima teigti, jog šio principo taikymas neturės reikšmingo poveikio Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai ar atskiriems jos komponentams. Paslaugų sąrašo, kurioms direktyvoje numatomos išimtimys, parengimo atsakomybė tenka Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos institucijoms. Todėl Sveikatos apsaugos ministerija turėtų parengti paslaugų sąrašą, kurioms gali būti taikomas kilmės šalies principas, t.y. kurioms nereikalinga nuolatinė infrastruktūra ir nėra taikomi profesinių kvalifikacijų reikalavimai. Teikiant tokias paslaugas gali kilti didžiausios potencialios problemos, susijusios su tokių paslaugų ir jų teikėjų kontrole, paslaugų kokybe ir vartotojų teisių apsauga. Tačiau kaip jau buvo minėta, toks paslaugų teikimas, kai nereikalinga nuolatinė infrastruktūra, yra mažai tikėtinas ir siekiant įvertinti direktyvos poveikį reikalinga labai konkrečiai identifikuoti tokias paslaugas.

- Apibendrinant galimą Direktyvos projekto nuostatų poveikį reikėtų visų pirma skirti du aspektus:
- galimą bendrą poveikį socialinės apsaugos sistemai
 - galimą tiesioginį poveikį PSDF biudžetui.

Vertinant pirmąjį aspektą visų pirma reikia įvertinti bendrą direktyvos turinį. Jame iš esmės kalbama apie paslaugų teikėjus bei paslaugų vartotojus. Direktyvoje apibrėžiamos jų teisės bei jiems suteikiamos naujos galimybės. Lyginant Direktyvos nuostatas su Reglamentu, darytina išvada, kad direktyvos projekte neapibrėžiami kontrolės mechanizmas bei administravimo principai, kurie užtikrina valstybinę kontrolę ir priežiūrą šioj srityje.

1 pav. Direktyvos ir Reglamentų įtakos sferų palyginimas



Deleted: <sp>

Kaip pavaizduota 1 paveiksle, Direktyvos priėmimo atveju nėra apibrėžtas administravimas ir kontrolė. Tuo pačiu joje numatyta, kad valstybės narės pačios gali apibrėžti šį socialinės apsaugos sistemos funkcionavimo komponentą. Būtent ši dalis ir lemia visos sistemos funkcionavimą, tai reiškia, kad bendru atveju didelių pokyčių sistemos mastu neturėtų būti. Direktyvos įgyvendinimas nepakeičia šiuo metu galiojančių reglamentų nuostatų. Paslaugų direktyva tik jas papildo, nustatydamą papildomą mechanizmą

kaip pacientai gali naudotis kitų valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų paslaugomis ir kaip kompensuojamos su tuo susijusios išlaidos. Svarbiausias aspektas yra tai, kaip Lietuvos atsakingos institucijos sugebės pritaikyti esamą reglamentavimą prie naujų sąlygų. Tuo pačiu išlieka nemažai prieštaravimų arba papildomo išaiškinimo reikalaujančių nuostatų tarp Reglamentų bei Direktyvos. Kaip pavyzdys gali būti pateikiama nuostata, kad kompetentinga įstaiga vienu atveju apmoka visas faktiškai patirtas išlaidas kitos valstybės narės įstaigai, jei ji suteikė tam tikras paslaugas. Tuo tarpu Direktyvoje numatoma, kad asmeniui yra kompensuojama tik kompetentingos įstaigos numatyta pinigų suma už atitinkamą paslaugą. Yra ir keletas kitų aspektų, kurie Direktyvos priėmimo atveju įtakoja visą socialinės apsaugos sistemą. Jie plačiau pateikiami 3 šio tyrimo dalyje.

Reglamentai numato, kad ambulatorinėms ir stacionaro paslaugoms, kurios suteikiamos kitose valstybėse narėse, kompetentingai institucijai turi būti kompensuojamos visos patirtos išlaidos. Direktyvoje numatoma pacientų teisė gauti paslaugas be išankstinio leidimo o išlaidos kompensuojamos remiantis Lietuvos įkainiais. Svarbu pastebėti, kad net ir priėmus direktyvą Reglamentų nuostatos dėl ambulatorinių paslaugų bus galiojančios, t.y. pacientas turės teisę kreiptis leidimo ir gauti faktiškai patirtų išlaidų lygio kompensaciją. Vertinant esamą situaciją galima teigti, kad jei išlieka išmokų už keliaujančių bei migruojančių asmenų reglamentavimas, galimas poveikis PSDF susiformuoja iš vartotojų teisės pasirinkti paslaugų teikėjus. Panašiai kaip ir Reglamente nuostatų atveju vartotojai turės teisę gauti paslaugas kitoje valstybėje narėje jei jos neteikiamos kompetentingoje valstybėje, galės gauti paslaugas greičiau, jei kompetentingoje valstybėje jos negali būti suteikiamos laiku. Be to, vartotojai turės teisę gauti įvairias paslaugas kitose valstybėse narėse nepriklausomai nuo to ar jos gali būti suteiktos laiku savo šalyje. Įvertinus šiuos skirtumus galima teigti, kad Direktyvos nuostatų tiesioginio poveikio PSDF vertinimas labai panašus į Reglamentų poveikio vertinimą. Svarbiausi veiksniai išlieka Lietuvoje neteikiamos paslaugos bei eilės tam tikroms paslaugoms gauti, todėl atliekant teisės aktų reviziją, vertinant jų keitimo būtinumą, turėtų būti vertinamas šių teisės aktų santykis su Paslaugų direktyvos projektu, atsižvelgiant į Reglamentuose numatytus administracinius mechanizmus. Reikalinga atsižvelgti į kelis principinius skirtumus:

- vartotojai laisvi pasirinkti paslaugų teikėjus ir socialinės apsaugos sistema praranda mechanizmą, kurio pagalba gali kontroliuoti paslaugų kitose valstybėse narėse suteikimo apimtį. Tad tikėtina, kad išvykstančių srautas gali padidėti. Kiekybinis poveikio vertinimas šiuo atveju gali būti atliekamas tik remiantis pakankamomis teorinėmis prielaidomis, pagrįstomis pacientų mobilumu bei finansinėmis galimybėmis.

- Direktyvos nuostatų įtvirtinimo atveju kompetentinga įstaiga draustam asmeniui, kuris pasinaudojo kitos valstybės narės paslaugų teikėjo paslaugomis, kompensuoja ne realiai patirtas išlaidas (Reglamento atveju), o tik tą sumą, kuri yra numatyta pagal šalies įkainius. Lietuvos atveju, kur kainos už paslaugas šiuo metu yra žemesnės nei kitų valstybių narių vidurkis, tikėtina, kad vidutinis išmokos dydis sumažės, tačiau padidės išmokų skaičius.

Direktyvos nuostatų bendro poveikio vertinimas plačiau pristatomas 4 tyrimo dalyje. Tiesioginės įtakos PSDF biudžetui prielaidos bei kiekybinis vertinimas pristatomas 3 šio tyrimo dalyje.

2. POVEIKĮ PSDF BIUDŽETUI DARANČIŲ VEIKSNIŲ VERTINIMAS

2.1. POVEIKĮ PSDF BIUDŽETUI DARANČIŲ VEIKSNIŲ VISUMA

2005 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, kurį 2004 metų lapkričio 11 d. įstatymu Nr. IX-2563 patvirtino Lietuvos Respublikos Seimas³⁹, sudaro daugiau nei 2360 mln. litų. Tarybos Reglamentų įgyvendinimo programai, kuri iš esmės apima analizuojamus mokėjimus, 2005 metais skirta daugiau nei 10 mln. litų. 2005 metų PSDF biudžetas pateikiamas Priede Nr.1.

2006 metų PSDF biudžeto projekte, kuris buvo patvirtintas 2005 m. spalio 7 d. Lietuvos Respublikos vyriausybėje numatoma, kad išlaidos sudarys 2870 mln. litų. Biudžeto išlaidas numatoma padidinti daugiau nei 20%. Europos tarybos Reglamentų vykdymui numatoma skirti kiek daugiau nei 10 mln. litų, t.y. numatoma suma yra tokia pati, kaip ir 2005 metais. 2006 metų PSDF biudžeto projektas pateikiamas Priede Nr.1.

Tačiau analizuojant 2006 metų PSDF biudžeto projektą labai svarbu atkreipti dėmesį į kelis Aiškinamojo rašto aspektus. Jame numatoma, kad E formų diegimui bei būtinosios pagalbos išlaidų kompensavimui Lietuvos gyventojams kitose ES valstybėse, bus skiriama papildoma asignavimų suma, kuri jau minėta anksčiau ir lygi praėjusių metų sumai – 10,8 mln. litų.

Paaiškinamajame rašte taip pat pažymima, kad tarp planuojamų pajamų skaičiuojamos ir pajamos, kurias numatoma gauti iš kitų valstybių narių už jų piliečiams suteiktas sveikatos apsaugos paslaugas. Numatoma, kad 2006 metais jos sudarys daugiau nei 700 tūkst. litų. Tokios pajamos padidins Lietuvos resursų panaudojimą, tačiau, iš kitos pusės, yra susijusios su tam tikru galimu paslaugų subsidijavimu, kuris nagrinėjamas šiame tyrime tolimesniuose skyriuose.

Numatoma, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti 2006 metais bus skirta beveik 1,9 milijardai litų. Tuo pačiu rašte pažymima, kad 2006 metais, pirmą kartą PSDF biudžeto struktūroje, numatomos lėšos asmens sveikatos priežiūros įstaigų ilgalaikio turto nusidėvėjimui priskaityti. Numatoma suma (pagrindimas nėra pateikiamas) sudaro 26,5 mln. litų. Ši suma bus įskaičiuota į bazines kainas. Tai parodo, kad iki šiol bazinėje kainoje turto nusidėvėjimo išlaidos nebuvo įskaičiuotos.

Kitas aspektas, kuris tiesiogiai siejasi su šiuo tyrimu, yra duomenys apie Lietuvos piliečius, kuriems sveikatos apsaugos paslaugos buvo suteiktos kitose valstybėse narėse. Nurodoma, kad 2005 metais tokių atvejų buvo apie 400 ir bendra suma sudaro daugiau nei 3,27 mln. litų. Pažymima, kad padaugėjo sunkių gydymo atvejų skaičius – du atvejai Vokietijoje (bendra suma beveik 900 tūkst. litų) ir vienas Prancūzijoje (suma beveik 350 tūkst. eurų). Pateikiama ir besigydančių kitose valstybėse narėse prognozė (pagrindimas nėra pateikiamas). Teigiama, kad besigydančių piliečių skaičius išaugs 10 kartų, padaugės ir sunkių gydymo atvejų skaičius. To pasėkoje Europos Tarybos Reglamentų įgyvendinimo programai numatoma skirti daugiau nei 20 mln. litų.

2006 metų PSDF biudžete numatoma skirti 10 mln. litų informacinių sistemų plėtrai ir priežiūrai, susijusio ilgalaikio turto įsigijimui. Šios išlaidos taip pat gali būti siejamos su Reglamento poveikiu ir tuo pačiu tyrimo objektu. Tačiau šios išlaidos yra momentinės ir tik dalinai gali būti priskiriamos reglamentuojančių dokumentų nuostatų vykdymo pasekmėm.

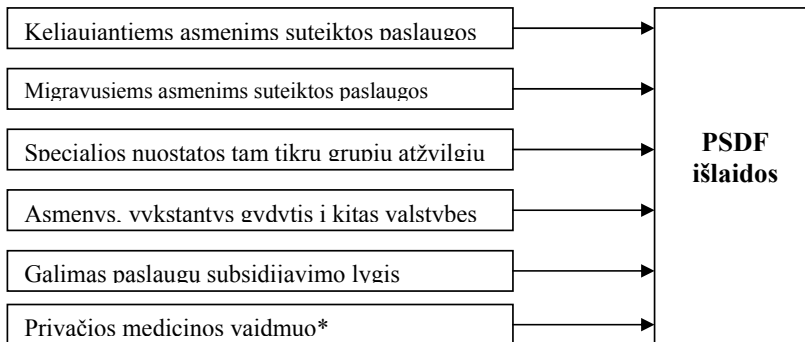
Pateikti aspektai plačiau nagrinėjami kitose šio tyrimo dalyse.

³⁹ Žin., 2004, Nr. 171-6312

Kaip buvo minėta tyrimo ataskaitos pradžioje, siekiant įvertinti tiesioginį Reglamentų bei galimą Paslaugų direktyvos poveikį PSDF biudžetui reikalinga įvertinti šiuos pagrindinius faktorius:

- keliaujančių asmenų kiekį bei jiems suteiktas paslaugas kitose valstybėse narėse;
- migruojančių asmenų kiekį bei jiems teikiamas paslaugų apimtis kitose valstybėse narėse;
- asmenų, kuriems taikomos specialios Reglamento nuostatos apimtys bei jų kitimo tendencijos;
- galimas asmenų, kurie vyktų gauti tam tikrų paslaugų į kitas valstybes nares, kiekius bei šių paslaugų apimtį;
- galimą paslaugų, suteiktų kitų valstybių narių piliečiams, subsidijavimo lygį, kai į bazines paslaugų kainas (jų pagrindu vyksta atsiskaitymai tarp skirtingų valstybių kompetentingų institucijų) nėra įtraukta dalis kaštų;
- galimus privačios medicinos, kurios suteikiamos paslaugos šiuo metu nėra kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, pokyčius ir įtaką.

2 pav. PSDF tiesiogiai įtakojančių veiksnių visuma



* - įtakoja Paslaugų direktyvos nuostatų priėmimo atveju.

Apraustiems asmenims, laikinai vykstantiems į kitas valstybes nares, šiuo metu yra išduodamos Europos sveikatos draudimo kortelės. Iki šių metų liepos 1 dienos jiems buvo išduodamos E111 formos, kurios patvirtindavo asmens draudimą. Šie dokumentai yra pagrindas kitos valstybės narės įstaigai suteikti reikiamas paslaugas ir pateikti sumas, kurias turi kompensuoti Lietuvos kompetentinga įstaiga (VLK). Siekiant įvertinti keliaujančių asmenų įtaką PSDF biudžetui numatoma atskira schema.

Įvykio, kuris gali sudaryti prielaidas išmokoms atsirasti, tikimybė priklauso nuo keliaujančių skaičiaus bei kelionės trukmės. Tad reikalinga įvertinti turistinių dienų, kurias apdraustieji praleido kitose valstybėse narėse, sumą bei kitimo tendencijas. Žinant esamą išmokų kitoms valstybėms narėms lygį, galima įvertinti vidutinės išmokos, tenkančios 100 tūkst. turistinių dienų.

Tačiau kaip buvo minėta anksčiau, bendra suma neindikoja poveikio, kadangi tas pats įvykis galėjo atsitikti ir Lietuvoje, todėl svarbus yra kainų skirtumas. Siekiant nustatyti kainų skirtumus, visas nagrinėjamas valstybes nares reikalinga suskirstyti į kelias grupes (3-is) vidutinių kainų pagrindu. Grupės turi atspindėti skirtingus kainų lygius (apibrėžtus procentiniu skirtumu nuo vidutinės kainos ir Lietuvos kainų). Apibrėžus kainų skirtumus bei turistinių dienų skaičių skirtingose grupėse galima kiekybiškai įvertinti įtakos PSDF biudžetui apimtį.

Valstybių skirstymas į grupes bei kainų skirtumo apibrėžimas atliekamas prielaidų pagalba.

Panašiai bus apskaičiuojama ir migruojančių asmenų įtaka PSDF biudžetui. Nustačius migrantų skaičių, migracijos vietas bei esamus išmokų lygius galima nustatyti kiekybinę įtaką PSDF biudžetui.

Tam tikroms asmenų grupėms Reglamente numatomos nuostatos. E106 forma išduodama pasienio darbuotojams bei daliai ambasadų darbuotojų. Specifinių formų išdavimas, išmokos pagal jas bei tokių

asmenų kiekis leidžia įvertinti šios grupės tiesioginį galimą poveikį PSDF biudžetui. Tikėtina, kad šios grupės poveikis gali būti mažiausias.

Pagrindinė įtaka PSDF biudžetui, tikėtina, gali susidaryti iš asmenų, kurie vyksta gydytis į kitas valstybes nares todėl, kad Lietuvoje tokios paslaugos negali būti suteiktos laiku. Tokiems asmenims turėtų būti išduodama E112 forma, tačiau šiuo metu ji nėra išduodama. Lietuvoje nėra numatyta mechanizmo kaip jos bus išduodamos, tačiau artimiausiu metu ši procedūra turės atsirasti. Siekiant įvertinti siuntimų planiniam gydymui į kitas valstybes nares poveikį PSDF reikalinga suformuoti atitinkamą schemą. Joje atsišpindės galimos išlaidos, kurios sietinos su Reglamento nuostata suteikti reikiamas paslaugas laiku. Galimos išlaidų apimtys šiuo atveju priklauso nuo esamų eilių. Įvertinus esamas pacientų eiles, prielaidų forma apibrėžus „protingos“ eilės sąvoką priklausomai nuo paslaugos (paslaugas skirstant į tam tikras grupes) galima įvertinti (ekspertiniu vertinimu bei prielaidų pagalba) tikėtiną siuntimų mastą tam tikroms paslaugoms gauti. Žinant vidutines tokių paslaugų kainas galima atlikti kiekybišką šio aspekto poveikio vertinimą.

Šalia to reikalinga atsižvelgti ir į kitų valstybių piliečiams suteiktų paslaugų įtaką. Kaip jau buvo minėta, šiuo atveju svarbiausiu faktoriumi laikytina kainos struktūra ir tam tikro subsidijavimo sąlygų sudarymas. Siekiant įvertinti šį aspektą bus nagrinėjama kainodaros struktūra bei įvertinama subsidijavimo dalis. Tuo pačiu atsižvelgiama į istoriškai susiklosčiusias paslaugų kitų valstybių narių piliečiams apimtis.

Vertinant Reglamentų nuostatas minėti veiksniai sudarys bendrą poveikio visumą. Tuo tarpu privačios medicinos daroma įtaka gali pasireikšti tuo atveju, jei bus priimtos Paslaugų direktyvoje užfiksuotos nuostatos. Remiantis šiuo metu galiojančio Reglamento nuostatomis, valstybė narė pati nustato mechanizmą, kuris reguliuoja leidimų gydymui kitose šalyse išdavimą. Tuo pačiu privačios sveikatos apsaugos paslaugas teikiančios įmonės gali nesudaryti sutarčių su VLK dėl kompensavimo (kaip ir VLK, kuri nėra įpareigota sudaryti sutartis su visomis sveikatos apsaugos įmonėmis). Paslaugų direktyva suteikia teisę vartotojams laisvai pasirinkti paslaugų teikėjus nepriklausomai nuo finansuotojo (šiuo atveju VLK). Tokiu būdu Lietuvos apdraustasis, kuris iki šiol gaudavo sveikatos paslaugas iš privačių tiekėjų, gali pasirinkti bet kurį kitos valstybės narės paslaugų teikėją ir jis, suteikęs paslaugas, kompensacijos pareikalau iš Lietuvos kompetentingos įstaigos. Esant tokiai padėčiai galimi keli scenarijai:

- Lietuvoje VLK turės sudaryti sutartis su didesniu skaičiumi sveikatos paslaugų teikėjų ir taip padidinamos PSDF biudžeto išlaidos;
- Lietuvos privačios sveikatos paslaugų teikimo įmonės nedalyvauja kompensavimo mechanizme ir santykinai mažinamas jų konkurencingumas kitų valstybių narių paslaugų teikėjų atžvilgiu. Paslaugų pirkėjai moka už paslaugas kitose šalyse, įtaka PSDF biudžeto išlaidoms dar daugiau didėja;
- Pertvarkoma Lietuvos sveikatos apsaugos paslaugų finansavimo sistema pinigų priskiriant pacientui (arba kitokiu būdu) ir paslaugų įmonės pradeda veikti laisvesnėje erdvėje. Tai taip pat padidina PSDF biudžeto išlaidas, tačiau nesumažina privačių sveikatos priežiūros įmonių konkurencingumo. Tad Paslaugų direktyvos poveikio PSDF biudžeto išlaidoms apimtys iš esmės padidėja dėl privačios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ištraukimo į kompensavimo sistemą. Kitos sąlygos, kadangi remiantis Direktyvos nuostatomis Reglamente fiksuotos nuostatos išlieka galiojančios, išlieka iš esmės nepakitusios.

Toliau tekste pateikiama duomenų, kurie reikalingi pateiktose schemose, apibendrinimai.

2.2. ESAMI SUSIJĘ MOKĖJIMAI IR KAINŲ LYGIO PALYGINIMAS

Reglamentų įgyvendinimo programa kaip PSDF biudžeto išlaidų eilutė skirta apmokėjimui už Lietuvos piliečiams suteiktas medicininės paslaugas kitose šalyse narėse. Siunčiant Lietuvos pilietį gydytis į kitą šalį išlaidos apmokamos iš išlaidų eilutės “išlaidos centralizuotai įsigyjamiems vaistams ir medicininėms priemonėms kompensuoti”.

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, socialinės apsaugos sistemas reglamentuojantys dokumentai pradėjo funkcionuoti. Tad atsiranda galimybė pateikti duomenis apie lėšas, kurios buvo reikalingos apmokėti už Lietuvos piliečiams suteiktą būtinąją pagalbą kitose šalyse narėse.

1 lentelė. Išlaidos už Lietuvos Respublikos piliečius, kurie gydėsi ES šalyse narėse 2004 05 01-2005 12 05.

Šalis	Kiekvienos šalies valiuta	Litai	Formų skaičius	Vidurkis
Austrija, EUR	827,01	2855,50	6	475,92
Čekija ⁴⁰ , CZK	5271,92	629,99	9	70,00
Estija, EEK	22091,85	4875,01	20	243,75
Ispanija, EUR	22143,82	76458,18	31	2466,39
Italija, EUR	22201,08	76655,89	7	10950,84
Latvija, LVL	4064,50	20150,17	35	575,72
Lenkija, PLN	107397,36	96384,83	40	2409,62
Liuksemburgas, EUR	4332,80	14960,29	1	14960,29
Olandija, EUR	9427,41	32550,96	8	4068,87
Prancūzija, EUR	32737,89	113037,39	18	6279,85
Slovėnija, SIT	7721682,99	111269,45	1	111269,45
Švedija, SEK	321150,00	117524,84	52	2260,09
Vokietija ⁴¹ , EUR	43666,80	150772,73	36	4188,13
iš viso:		818125,23	264	3098,96

* - Lito ir užsienio valiutų santykiai 2005 m. gruodžio 7 d.

Šaltinis: VLK

Pateikiami duomenys nėra galutiniai. E125 formos išdavimo data, o ne piliečio gydymo data yra laikoma atsiskaitymo data. Tad dar ir šiuo metu yra gaunamos formos už Lietuvos piliečių gydymą 2005 metais, tačiau galima teigti, kad šie rodikliai leidžia išvesti vidurkinius rodiklius.

Išlaidų dydis vertinant kiekvieną atvejį priklauso nuo jo sudėtingumo. Šiuo atveju, darant prielaidą, kad atvejų pasiskirstymas yra tipinis (eliminuoti sudėtingo gydymo atvejai⁴²), galima apibrėžti vidutines vienos formos (įvykio) išlaidas. Jos sudaro 3100 litų. Bendras įvykių skaičius (gautų apmokėti formų skaičius) per 19 mėnesių buvo 264, t.y. vidutiniškai 14 per mėnesį. Siekiant išvesti vidutinį metinį gaunamų formų vidurkį reikalinga atsižvelgti į tai, kad formos buvo pradėtos išduoti 2004 metais ir 2005 metais jų srautas, lyginant su 2004 metais, labiau išaugo. Tad galima teigti, kad šiuo metu gaunama apie 192 formas apmokėjimui per metus (16 per mėnesį, 2004 metais 72 formos, arba 9 formos per mėnesį). Remiantis vieno įvykio išlaidų vidurkiu, metinė išlaidų suma siekia 580 – 610 tūkst. litų. Tačiau šis rodiklis neapima minėtų išskirtinių įvykių, kurie labai iškreipia vidurkinius dydžius. Vienas įvykis siekia 700 tūkst. litų. Vertinant bendras galimų išlaidų apimtis reikia rezervuoti sumas, kurios gali būti reikalingos 5-10 tokių įvykių išlaidų padengimui. Tai gali sudaryti apie 3-5 mln. litų per metus.

Taip pat galima matyti kokiomis būtiniosios pagalbos apimtimis Lietuvoje naudojosi kitų šalių narių piliečiai.

⁴⁰ Koreguota reikšmė, eliminuotas vienas įvykis, kurio suma 522 393,84 CZK.

⁴¹ Koreguota reikšmė, eliminuotas vienas įvykis, kurio suma 201 250,76 EUR.

⁴² Sudėtingi gydymo atvejai (toliau tekste netipiniai atvejai) eliminuojami tik skaičiuojant vidurkines reikšmes. Toliau tyrime netipinių įvykių poveikis PSDF biudžeto išlaidoms vertinimas analogiškai kaip ir tipinių įvykių poveikis. Trumpa duomenų eilutė neleidžia prognozuoti netipinių įvykių kiekio bei išlaidų apimties, todėl jų poveikio vertinimas remiasi prielaidomis.

2 lentelė. Išlaidos už Europos Sąjungos šalių piliečius, kurie gydėsi Lietuvoje 2004 05 01-2005 09 01.

ES valstybė narė	2004			2005		
	Formos E 125 pažymų skaičius	Suma, LTL	Vidurkis	Formos E 125 pažymų skaičius	Suma, LTL	Vidurkis
Airija	6	8717,82	1452,97	5	5001,76	1000,352
Austrija	2	80,00	40,00	3	1255,7	418,5667
Čekija	0	0,00	0	4	717,24	179,31
Danija	0	0,00	0	1	490	490
Estija	4	4467,00	1116,75	9	9549,08	1061,009
Graikija	0	0,00	0	3	1496,26	498,7533
Islandija	0	0,00	0	3	1009,2	336,4
Ispanija	3	6210,00	2070,00	2	2753	1376,5
Italija	5	1161,40	232,28	5	9902,05	1980,41
Jungtinė Karalystė	7	8254,00	1179,14	11	6014,1	546,7364
Latvija	5	3352,00	670,40	9	44338,8	4926,533
Lenkija	19	14246,50	749,82	23	18822,5	818,3696
Liuksemburgas	1	117,60	117,60	0	0	0
Norvegija	1	780,00	780,00	4	2269,71	567,4275
Prancūzija	5	806,00	161,20	6	9012,56	1502,093
Suomija	3	4311,10	1437,03	0	0	0
Šveicarija	1	20,00	20,00	0	0	0
Švedija	2	4680,00	2340,00	7	4872,24	696,0343
Portugalija	0	0,00	0	1	4513	4513
Vokietija	37	34890,02	942,97	56	45945,27	820,4513
Iš viso:	101	92093,44	911,82	152	167962,47	1105,02

Šaltinis: VLK

Kitų šalių narių piliečių gydymo Lietuvoje išlaidos nėra laikytinos reikšmingomis vertinant ES reglamentų įtaką PSDF biudžetui. Šalys narės, kurių piliečiai gydėsi Lietuvoje, šias lėšas gražina. Gražinimai vykdomi du kartus per metus, tad vienintelis galimas poveikis sietinas su pinigų srautų išbalansavimu. Tačiau įvertinus sumas galima teigti, kad pinigų srautų balansavimui šios išmokos jokios įtakos neturi. Vienintelis aspektas, kuris yra svarbus ir bus paliestas tolimesniame tyrime, yra kainodara. Kainos formavimas ir paslaugų suteikimas už nurodytas kainas gali ne pilnai atspindėti jų teikimo kaštus. Tokiu būdu gali būti, kad kitų šalių narių piliečiai yra dalinai subsidijuojami teikiant jiems paslaugas Lietuvoje.

Remiantis pateiktais duomenimis bendras įvykių skaičius (gautų apmokėti formų skaičius) per 9 2005 metų mėnesius buvo 152, t.y. vidutiniškai 17 per mėnesį (2004 metais vidutinis formų skaičius per mėnesį buvo 12,5). Tad galima teigti, kad šiuo metu gaunama apie 204 formas apmokėjimui per metus. Remiantis vieno įvykio išlaidų vidurkiu, metinė išlaidų (kurios gali būti laikomos ir pajamomis, nes yra kompensuojamos atitinkamų valstybių narių kompetentingų institucijų) suma siekia 220 – 250 tūkst. litų

Be galimo subsidijavimo lygio apimčių nustatymo, kitų valstybių piliečiams suteiktų sveikatos apsaugos paslaugų apimtys yra svarbios ir siekiant palyginti paslaugų kainas.

Kaip ir buvo minėta anksčiau, išlaidų dydis, vertinant kiekvieną atvejį, priklauso nuo jo sudėtingumo. Šiuo atveju daroma analogiška prielaida, kad atvejų pasiskirstymas yra tipinis. Vieno įvykio išlaidos sudaro kiek daugiau nei 1000 litų (vertinant abiejų metų duomenis). Vertinant tai, kad ši suma laikytina vidutine vieno įvykio išlaidų suma, ji yra ženkliai mažesnė nei analogiško įvykio kitose valstybėse narėse vidurkinė suma (3100 litai). Jei laikysimės anksčiau suformuluotų prielaidų, galima teigti, kad išlaidų skirtumas parodo paslaugų kainų (tokių, kurios yra tarpusavio atsiskaitymo pagrindas, neatsižvelgiant į valstybėje esantį sektoriaus finansavimo mechanizmą) lygio skirtumą. Tokiu būdu galima teigti, kad

Lietuvoje vidutinė paslaugų kaina yra 3 kartus mažesnė nei vidutiniškai kitose valstybėse narėse⁴³. Tuo pačiu tai reiškia, kad už atitinkamą paslaugą kitose valstybėse narėse vidutiniškai papildomai sumokama dviguba suma. Skirtumas tarp išlaidų Lietuvoje ir kitose valstybėse narėse tokiu atveju sudaro 67% kitoje valstybėje narėje sumokėtos sumos. Kainų skirtumo koeficientas – 0,67.

Šie vertinimai yra svarbūs, kadangi minėti koeficientai bus naudojami atliekant kiekybinį vertinimą.

2.3. TURIZMO SRAUTAI

Vienas iš faktorių, įtakančių PSDF biudžetą be susijusių su ES normatyvinių aktų vykdymu, yra turizmas bei piliečių judėjimu tarp šalių narių. Jos iš esmės lemia išmokų, kurios skirtos mūsų šalies gyventojams suteiktų medicininių paslaugų kitose šalyse narėse apimtis bei išlaidų, susijusių su kitų šalių narių piliečių išlaidomis, Lietuvoje. Todėl tyrime toliau analizuojami turizmo srautai.

Analizuojant turizmo rodiklius, kurie visų pirma įtakoja būtinosios medicininės pagalbos paslaugų teikimo apimtis, reikalinga išskirti atvykstančią ir išvykstančią turizmą. Atvykstantis turizmas apima ne Lietuvos gyventojų, keliaujančių į Lietuvos vietas ir laikinai apsistojančių Lietuvoje, veiklą. Tuo tarpu išvykstantis turizmas atvirkščiai – apima Lietuvos gyventojų, keliaujančių už Lietuvos ribų ir laikinai ten apsistojančių, veiklą.

Duomenis apie atvykstančius ir išvykstančius asmenis Statistikos departamentui pateikia Vidaus reikalų ministerijos Valstybės sienos apsaugos tarnyba. Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą (ES), duomenys apie į Lietuvą atvykstančius asmenis iš ES ir iš Lietuvos išvykstančius asmenis į ES nėra renkami. Išsamią informaciją apie atvykstančiuosius teikia tik apgyvendinimo įstaigos, bet jos turi duomenis tik apie mažą atvykstančiųjų dalį. Tai yra pakankamai reikšmingas tyrimo apribojimas, nes vertinant poveikį PSDF biudžetui reikalinga įvertinti šalių narių piliečių turistinio srauto apimtis bei jo pokyčius.

Vertinant turizmo įtaką reikalinga atsižvelgti į du faktorius. Tai yra bendras turistų, atvykstančių ir išvykstančių į kitas šalis nares, skaičius, kuris iš dalies apibrėžia galimas išmokų apimtis. Kitas svarbus faktorius yra viešnagės trukmė, kuri įtakoja poreikio būtinajai medicininei pagalbai tikimybę. Kadangi reikalinga vertinti du faktorius, tyrime, remiantis oficialiais rodikliais, naudojamas išvestinis, turistinių dienų, rodiklis.

Platesnė turistinių srautų analizė pateikiama Priede Nr.4. Šioje dalyje pateikiami tik svarbiausi rodikliai.

Bendras turistų iš kitų valstybių narių srautas Lietuvoje 2003 metais buvo – 3,635 mln., o 2004 sumažėjo iki 3,4 mln. Remiantis 2003 metų rodikliais, apie 60 proc. atvykstančių sudarė vienadieniai turistai. Šis rodiklis nuolat mažėja ir tikėtina, kad 2004 metais jis galėjo sudaryti apie 55 proc. Jei ši prielaida teisinga, 2004 metais Lietuvoje apsilankė apie 1870 mln. vienadienių turistų (2003 metais jų buvo 2,144 mln.). Apie 66% šių turistų sudaro ES šalių narių piliečiai. Tokiu būdu vienadieniai turistai iš kitų šalių narių 2004 metais sudarė apie 1,234 mln. turistinių dienų (2003 metais jų buvo apie 1,415 mln.).

2004 metais turistai iš ES valstybių, kurie praleido Lietuvoje daugiau nei vieną dieną, sudarė apie 73 % visų svečių. Bendras jų skaičius 2003 metais buvo 1,088 mln., o 2004 metais - 1,120 mln. Vidutinė viešnagės trukmė sudaro apie 2,6 nakvynes. Tokiu būdu bendras turistinių dienų skaičius 2004 metais siekia 2,9 mln. (2003 metais – 2,8 mln.).

⁴³ Kainų skirtumo koeficientas yra pagrįstas prielaida, kad įvykių pasiskirstymas yra tipinis. Tačiau reikia pripažinti, kad esama daugelio argumentų, kurie gali koreguoti minėtą rodiklį. Tarp tokių galima paminėti kitų valstybių narių piliečių norus sutrikus sveikatai kuo greičiau vykti namo, kai Lietuvos piliečių elgesys gali būti visai kitoks, sudėtingesnio gydymo atvejais kitų valstybių narių piliečiai gali naudotis privačios medicinos paslaugomis (kuri nedalyvauja finansavimo mechanizme) ir pan. Tačiau pateikiama analizė šiuo metu yra vienintelis būdas įvertinti kainų skirtumus remiantis objektyviais rodikliais.

Vienadieniai ir nakvojantys Lietuvoje turistai per 2004 metus sudarė apie 4,1 mln. turistinių dienų (2003 metais tai sudarė apie 4,2 mln.). Kadangi turistų srautas per pateikiamus metus buvo labai panašus, turistinių dienų skaičiaus rodiklis taip pat yra labai panašus.

Lietuvos turistų srautas įtakoja galimas PSDF išlaidas tiesiogiai, kadangi apmokamos išlaidos už būtinausias medicinines pagalbos paslaugas, kurios buvo suteiktos mūsų šalies piliečiams kitose šalyse narėse. Išlaidos, patirtos kitose šalyse narėse, galėjo būti patirtos ir Lietuvoje (tas pats įvykis galėjo atsitikti nepriklausomai nuo buvimo vietos), tačiau šiame tyrime tai laikoma tiesioginę įtaką PSDF darančiu faktoriumi. Šioje vietoje svarbu paminėti ir kainos aspektą. Kainos kitose šalyse narėse (plačiau apie tai tyrimo 2.5 dalyje) yra santykinai didesnės nei Lietuvoje, tuo pačiu didėja ir patiriamos išlaidos.

Remiantis pateikiamais duomenimis galima teigti, kad bendras turistų iš Lietuvos srautas 2003 metais buvo – 3,501 mln., o 2004 padidėjo iki 3,513 mln. Vienadienėms kelionėms Lietuvos piliečiai į užsienį 2004 metais vyko 2,1 mln. kartų. Tikėtina, kad panašus rodiklis buvo ir 2003 metais. Tik apie 40% šių kelionių buvo į ES šalis (daugiausia Lenkija bei Latvija). Tokiu būdu vienadienių kelionių srautas 2004 metais (panašiai ir 2003 metais) į ES šalis buvo apie 860 tūkst. Tai sudaro atitinkamą turistinių dienų skaičių – 0,86 mln.

2004 metais turistai į ES valstybes, kuriose Lietuvos piliečiai praleido daugiau nei vieną dieną, sudarė apie 55,8 % visų kelionių. Bendras jų skaičius 2004 metais buvo 1,6 mln., tad kelionių į kitas šalis nares buvo 0,893 mln. Vidutinė viešnagės trukmė sudaro apie 7,5 nakvynes. Tokiu būdu bendras turistinių dienų skaičius 2004 metais siekia 6,7 mln.

Vienadieniai ir nakvojantys Lietuvos turistai per 2004 metus sudarė apie 7,56 mln. turistinių dienų. Kadangi turistų srautas per pateikiamus metus buvo labai panašus, turistinių dienų skaičiaus rodiklis taip pat turėtų būti labai panašus.

2.4. MIGRACIJA IR SPECIALIOSIOS ASMENŲ GRUPĖS

Remiantis Reglamento nuostatomis, emigravusiems asmenims, kurie sveikatos draudimą sukaupę Lietuvoje, VLK lieka kompetentinga institucija, nepriklausomai nuo to, kokioje valstybėje narėje asmuo gyvena. Tokiu būdu jiems galioja tokia pati poveikio PSDF biudžetui vertinimo sistema kaip ir keliaujančių atveju. Tas pats pasakytina ir apie imigrantus iš kitų valstybių narių, kai pagrindinė problema tampa paslaugų subsidijavimas. Migracijos duomenys plačiai pateikiami Priede Nr. 2.

Panašiai galima pasakyti ir apie specialias asmenų grupes (pasienio darbuotojai, ambasadų darbuotojai, studentai ir pan.). Pagrindiniai galimi poveikio PSDF biudžetui šaltiniai yra identiški.

Tačiau detaliam šios grupės (migrantai ir specialios asmenų grupės) tyrimui nėra analizuojamos, nes galimas jų poveikis yra labai nežymus. Geriausiai tai galima paillustruoti išduodamų formų skaičiumi. Remiantis VLK pateiktais duomenimis, per 2004 metus iš viso buvo išduotos 33635 įvairios formos. 33507 buvo išduotos keliaujantiems asmenims. Tik 128 formos buvo kitokios (pasienio darbuotojams, ambasadų darbuotojams, jų šeimos nariams ir pan.). Tad kitokios formos tesudaro 0,4% visų išduodamų. Net ir atsižvelgiant į tai, kad jų buvimo kitose valstybėse narėse laikotarpis yra nepalyginamai ilgesnis, jų įtaka PSDF biudžeto išlaidų didėjimui yra minimali. Galima teigti, kad jų įtaka apsiriboja keliaujančių asmenų įtakos paklaidomis.

Dėl minėtų priežasčių migracija bei specialios asmenų grupės šiame tyrime nėra detaliam analizuojamos, tačiau modelyje kaip galimi poveikio PSDF išlaidoms veiksniai paliekami.

Migruojančių asmenų įtaka PSDF biudžetui žymima Me, o būsimo periodo Mb. Šiuo metu rodiklių reikšmės yra 0. Pasikeitus aplinkybėms jie gali būti skaičiuojami remiantis keliaujantiems asmenims skirtomis formulėmis ((1), (2), (3), (4), (5) ir (6)).

Specialioms grupėms priskiriamų asmenų įtaka PSDF biudžetui žymima Se, o būsimo periodo Sb. Šiuo metu rodiklių reikšmės yra 0. Pasikeitus aplinkybėms jie gali būti skaičiuojami remiantis keliaujančioms asmenims skirtomis formulėmis ((1), (2), (3), (4), (5) ir (6)).

2.5. EILĖS MEDICININĖMS PASLAUGOMS GAUTI

Esamų eilių sveikatos apsaugos paslaugoms gauti lygis laikytinas svarbiu rodikliu vertinant galimą Reglamento įgyvendinimo ir galimos Paslaugų direktyvos poveikį.

Remiantis Reglamentų nuostatomis, leidimas gydytis kitoje valstybėje narėje gali būti išduodamas tuo atveju, jeigu reikiamos paslaugos negali būti suteiktos pacientui laiku. Tai reiškia, kad kontroliuojanti institucija visų pirma turi išnaudoti šalyje turimus resursus. Tokiu būdu galima daryti prielaidą, kad eilės tam tikru mastu atspindi, kokios yra šiuo metu nesuteikiamų paslaugų apimtys. Tačiau toliau vertinant eiles bei jų dydį reikalinga trumpai apžvelgti eilių formavimo principus.

Lietuvoje sudaromos pacientų eilės sveikatos paslaugoms gauti. Eiles sudaro tie pacientai, kurie laukia konsultacijos pas gydytoją arba planuotų gydymo paslaugų (operacijos, tyrimai ir pan.). Jei įvyksta komplikacijos ar atsiranda grėsmė paciento gyvybei, šios paslaugos perklasifikuojamos į būtinąją pagalbą ir suteikiamos nepaisant eiliškumo. Tokiu būdu eilių mastai išlieka santykinai stabilūs, į tų laukiančiųjų, kuriems buvo suteikta paslauga kaip būtinoji pagalba, vietą stoja nauji.

Siekiant objektyviau įvertinti eiles ir jų pagrindu susiformuojančios galimas siuntimų gydytis kitose valstybėse narėse srauto apimtis, reikalinga įvertinti ir eilių susidarymo priežastis. Remiantis ekspertiniu vertinimu, eilės tam tikroms sveikatos apsaugos paslaugoms gauti susidaro dėl dviejų priežasčių:

- Reikiamų resursų trūkumas. Resursai šiuo atveju apima tiek reikiamus specialistus, tiek reikiamą įrangą. Bet kurio iš šių komponentų nepakankamumas lemia eilės atsiradimą. Vertinant Lietuvos situaciją galima teigti, kad pagrindinis resursų trūkumas susidaro mažesnių miestų ir periferijos sveikatos apsaugos įstaigose.
- PSDF biudžeto apribojimai. Sudarant PSDF biudžetą yra numatomos tam tikros paslaugų apimtys (kiek jų bus suteikiama per ateinančią laikotarpį) bei paslaugų kainos (kokia kaina bus kompensuojamos šios paslaugos, tačiau tik numatytų apimčių rėmuose). Šiuo atveju biudžetas, o ne disponuojami resursai apriboja paslaugų teikimo apimtis. Ši priežastis būdinga Vilniaus TLK veiklos zonos įstaigoms (daugiausia Vilniaus miesto).

Resursų trūkumo problema daugeliu atvejų yra lokalinio pobūdžio. Todėl remiantis Reglamento nuostatomis, jei paslauga gali būti suteikta kitoje vietoje Lietuvoje, leidimas gydytis užsienyje gali nebūti išduodamas. Tuo tarpu biudžeto galimybių ribotumas yra tiesiogiai sietinas su prielaidų vykimui gydytis į kitas valstybes nares sudarymu. Remiantis šia analize, vertinant eilių apimtis, remiamasi tik Vilniaus TLK veiklos zonos ASPĮ pateiktais duomenimis apie eiles. Jie pakankamai tiksliai apibrėžia esamą eilių lygį, kuris susiformuoja dėl ribotų biudžeto galimybių.

Remiantis eilių ilgiu siekiant nustatyti galimas apimtis pacientų, kuriems nesuteikiamos paslaugos laiku, reikalinga suformuluoti "protingos eilės" sąvoką. Šiuo metu pagrįsti šią sąvoką konkrečiais kriterijais arba kitų šalių patirtimi yra sudėtinga. Jos nėra nusistovėjusios ir nesuformuluoti nusistovėję kriterijai, galintys suteikti nustatymui tam tikro objektyvumo. Tyrimo metu "protingos eilės" apibrėžimas buvo vykdomas ekspertinio vertinimo metodu. Nustatant "protingas eiles" buvo apsirinkti keli pagrindiniai kriterijai:

- ligos progresavimo greitis (kai lėčiau progresuojančioms ligoms nustatomas ilgesnis laukimo eilėje terminas);
- ligos pavojus gyvybei (kai pavojingoms ligoms nustatomas ilgesnis laukimo eilėje terminas);
- ligos įtaka gyvenimo komfortui (kai skausmingoms arba neleidžiančioms normaliai vykdyti veiklos ligoms nustatomas trumpesnis laukimo eilėje terminas).

Toliau pateikiami apibendrinti skaičiai, nurodantys eilių ilgį ambulatorinėms bei stacionaro paslaugoms gauti.

Pastaba: Pateikiami rodikliai apima tiek II, tiek III lygio ambulatorines paslaugas. Apčiuopiamo skirtumo tarp paslaugos struktūros ir apimties nėra. Todėl tolimesnėje analizėje taikoma prielaida, kad kaina, jei asmuo siunčiamas gydytis į kitą valstybę narę, nustatoma pagal III lygio kainas.

3 lentelė. Pacientų skaičius ambulatorinėms paslaugoms gauti, kuriems nebus suteiktos paslaugos laiku, remiantis „protingos eilės“ kriterijumi.

Profilis	Negausiančių laiku skaičius		Koreguotas eilės dydis ⁴⁴		Viso
	II lygio paslaugos	III lygio paslaugos	II lygio paslaugos	III lygio paslaugos	
Onkologas	484	634	581	761	1118 – 1342
Kataraktos operacija	59		71		59 – 71
Urologas	578		694		578 – 694
Abdominalinis chirurgas	28		34		28 – 34
Radiologas	308	33	370	40	341 – 410
Rentgenodiagnostika	125		150		125 – 150
Kardiologas		1152		1382	1152 – 1382
Hematologas		536		643	536 – 643
Onkologo chemoterapeutas		132		158	132 – 158
Ortodonto odontologas		83		100	83 – 100
Veido ir žandikaulio chir.		38		46	38 – 46
Endodontologas		31		37	31 – 37
Ortopedo odontologas		20		24	20 – 24
Vaikų odontologas		10		12	10 – 12
VISO:	1582	2669	1900	3203	4251 - 5103

Esamas detalus ambulatorinių paslaugų laukimo laikas pateikiamas Priede Nr. 4.

Lentelėje matyti, kad tam tikru momentu Lietuvoje yra iki 5000 asmenų, kuriems viena ar kita paslauga nėra suteikiama laiku. Tačiau šis rodiklis atspindi tik tam tikrą momentinį vaizdą. Siekiant įvertinti galimas apimtis reikalinga įvertinti bendrą metinį tokių asmenų kiekį. Daroma prielaida, kad jei eilė tam tikru momentu būtų panaikinta, tokia pati eilė susiformuotų per 3 mėnesius, o tai reiškia, kad per metus susiformuotų 4 tokios eilės. 3 mėnesiai yra prielaida ir ji gali būti laikoma kintamuoju, tačiau šis rodiklis yra pagrįstas esama laukimo trukme. Tokiu būdu pacientų, kuriems tam tikra paslauga nėra suteikiama laiku skaičius, remiantis „protingos eilės“ kriterijumi, per metus būtų 4 kartus didesnis. Bendras metinis pacientų skaičius sudarytų apie 20 tūkst. asmenų.

Remiantis analogiškais principais gali būti įvertintos ir eilės stacionarioms paslaugoms gauti. Tačiau vertinant eiles stacionarinėms paslaugoms gauti nėra naudojamas koregavimo koeficientas.

3 lentelė. Pacientų skaičius stacionarinėms paslaugoms gauti, kuriems nebus suteiktos paslaugos laiku, remiantis „protingos eilės“ kriterijumi.

Paslaugos pavadinimas	Laukiančiųjų eilėje pacientų skaičius	Paslaugos laukimo trukmė (dienų skaičius paskutiniam laukiančiajam)	Pacientų skaičius, kuriems paslauga nebus suteikta laiku
VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika			
Veido, žandikaulių ir burnos chirurgija	102	40	26

⁴⁴ Eilės koregavimas reikalingas, nes gauti duomenys tik iš dalies atspindi realias eiles. Dalis eilių nėra fiksuojama, dalis duomenų nebuvo pateikta, tad realios eilės gali būti didesnės. Dėl šios priežasties reikalinga nustatyti tam tikrą korekcijos koeficientą, kuris leistų patikslinti asmenų, laukiančių eilėse kiekį. Siekiant gauti realų koeficientą bei tiksliai nustatyti eilių ilgį reikalingas detalesnis tyrimas. Šio tyrimo rėmuose patikslinimas pagrindžiamas tik ekspertiniu vertinimu. Remiantis juo korekcijos koeficientas gali būti apie 1,2 (kas reikštų, kad realios eilės yra apie 20% ilgesnės).

VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė			
Peties operacijos	133	90-120	53
Pėdos operacijos	116	90-120	46
<i>Artroskopinės kelio sąnario operacijos:</i>			
-menisko	118	60-90	24
-raiščių	152	120-240	102
Kitos	142	60-90	28
<i>Dienos stacionaras:</i>			
-pėdos operacijos	262	360	210
Neurochirurginės operacijos	45	30-60	11
Neurochirurginės operacijos	32	60	16
VšĮ VUL Santariškių klinikos			
Terapijos III	46	61	23
Terapijos III	373	92	250
Chirurgijos III - 3	59	61	30
Chirurgijos III - 3	230	35	37
Chirurgijos III - 3	165	136	124
Oftalmologijos	924	325	665
VšĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninė			
Ortopedija traumatologija ⁴⁵	59	30-90	15
Vilniaus universiteto Onkologijos institutas			
Chirurgija	30	40	10
VISO:			1670

Lentelėje matyti, kad tam tikru momentu Lietuvoje yra iki 1700 asmenų, kuriems viena ar kita stacionarinė paslauga nėra suteikiama laiku. Tačiau šis rodiklis atspindi tik tam tikrą momentinį vaizdą. Siekiant įvertinti galimas apimtis reikalinga įvertinti bendrą metinį tokių asmenų kiekį. Daroma prielaida, kad jei eilė tam tikru momentu būtų panaikinta, tokia pati eilė susiformuotų per 6 mėnesius, o tai reikšia, kad per metus susiformuotų 2 tokios eilės. 6 mėnesiai yra prielaida ir ji gali būti laikoma kintamuoju, tačiau šis rodiklis yra pagrįstas esama laukimo trukme. Tokiu būdu pacientų, kuriems tam tikra stacionarinė paslauga nėra suteikiama laiku skaičius, remiantis “protingos eilės” kriterijumi, per metus būtų 2 kartus didesnis. Bendras metinis pacientų skaičius sudarytų apie 3,4 tūkst. asmenų.

Eilių ilgis, įvertinus atitinkamų paslaugų kainas Lietuvoje bei kitose valstybėse narėse, leidžia kiekybiškai įvertinti dar vieną poveikio PSDF biudžetui veiksnį.

2.6. PASLAUGŲ SUBSIDIJAVIMO LYGIS

Kaip jau buvo minėta tyrimo analitinėje dalyje, vienas veiksmų, darančių įtaką PSDF biudžeto išlaidų netiesioginiam didėjimui, yra galimas sveikatos priežiūros kainų subsidijavimas. Subsidijavimas gali susidaryti tuo atveju, jei į bazines paslaugų kainas nėra įtraukti visi realūs kaštai (nuo tiesioginių, tokių kaip medikamentai, darbo užmokestis, iki netiesioginių, tokių, kaip amortizaciniai atskaitymai, administravimas ir pan.). Už sveikatos apsaugos paslaugas, kurios suteikiamos kitų valstybių narių piliečiams Lietuvoje, kaina skaičiuojama remiantis bazinėmis kainomis. Vėliau ši suma kompensuojama atitinkamos valstybės narės kompetentingos įstaigos sąskaita.

Siekiant išsiaiškinti galimas kainų subsidijavimo priežastis ir apimtis visų pirma reikalinga išanalizuoti bazinių kainų nustatymo metodiką. Pirminė bazinių kainų nustatymo metodika yra apirėžiama Lietuvos

⁴⁵ - ilgiausia laukia stuburo operacijų.

Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. birželio 30 d. įstatyme Nr. 363.⁴⁶ Įstatyme numatyta metodika taikytina visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto. Apibrėžiant bazinės kainos sąvoką nustatoma, kad ji atitinka sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas normatyvus.

Apskaičiuojant metinę bazinę kainą už vieną įrašytą į atitinkamos grupės pirminės sveikatos priežiūros (ambulatorinės paslaugos, konsultacijos) įstaigos sąrašą gyventoją naudojama formulė, kurioje įtraukta:

- tipinės įstaigos ataskaitinio laikotarpio paprastosios išlaidos;
- į sąrašą įtrauktų gyventojų skaičius;

Šiuo atveju yra svarbus paprastųjų išlaidų apibrėžimas. Tai aktualu ir vertinant apsilankymų pas gydytojus, kurie atskirti nuo pirminės medicinos pagalbos paslaugų. Paprastosios išlaidos skaičiuojamos remiantis prieš tai buvusio periodo išlaidomis, tad tikėtina, kad jos apima administravimo bei bendrąsias ūkio išlaidas.

Papildomos paslaugos, kurias teikia pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, nustatomos pagal formulę, apimančią:

- darbo užmokesčio išlaidas personalui, kuris tiesiogiai susijęs su paslaugos atlikimu (apskaičiuojamas remiantis laiko sąnaudomis ir vidutiniu darbo užmokesčiu);
- atitinkami atskaitymai socialiniam draudimui;
- vidutinės laboratorinių tyrimų išlaidos;
- reagentų ir medikamentų išlaidos (pagal poreikio normas);
- bendrąsias ūkio išlaidas.

Šiuo atveju reikalinga pažymėti, kad į bazinę kainą nėra tiesiogiai įtrauktas administruojantis personalas. Kitas svarbus aspektas yra bendrosios ūkio išlaidos bei vidutinės laboratorinių tyrimų išlaidos. Svarbiausias aspektas šiuo atveju yra tai, ar į jas įtraukti amortizaciniai atskaitymai turto nusidėvėjimui.

Apibrėžiant vidutines laboratorinių tyrimų išlaidas, joms priskiriamos laboratorijos išlaidos, ir jose nėra aiškiai apibrėžta, kokias išlaidas tai apima. Labiausiai tikėtina, kad jas sudarys tiesioginiai laboratorijos kaštai, neįtraukiant nusidėvėjimo bei administravimo.

Bendrosios ūkio išlaidos skaičiuojamos remiantis jų santykiu su medicinos personalo darbo užmokesčio ir atskaitymų socialiniam draudimui suma. Bendrųjų ūkio išlaidų suma tipiniu atveju sudaro 50% sumos, skirtos personalo darbo užmokesčiui ir socialinio draudimo atskaitymams. Šios išlaidos turėtų padengti dalį (arba visus) kaštų, kurie tiesiogiai nėra įtraukti (svarbiausi yra administravimas ir turto nusidėvėjimas) į bazinės kainos skaičiavimą.

Apskaičiuojant stacionariųjų paslaugų kainas naudojamos sudėtingesnės formulės. Tačiau šiuo atveju iškyla panašios problemos.

Apibendrinus bazinės kainos nustatymo metodiką galima teigti, kad joje nėra aiškiai įvardytos išlaidos, susijusios su veiklos administravimu ir valdymu bei nenurodomos sumos, kurios skiriamos turto nusidėvėjimui, naujos įrangos pirkimui ir pan. Tad aiškiai apibrėžti galimą realios ir bazinės kainos skirtumą nėra galimybių.

Tačiau remiantis tuo, kad sveikatos priežiūros įstaigų veikla yra finansuojama ne vien iš VLK biudžeto, jos renkia investicines programas, finansuojamas iš savivaldos lėšų, gauna papildomas priemones labdaros pagrindu ir pan. Tokiu būdu galima teigti, kad bazinė kaina nepadengia visų išlaidų, kurias patiria sveikatos priežiūros įstaigos. Tai patvirtina ir 2006 metų PSDF biudžeto projekto Paaiškinamajame rašte pateikiamas teiginys, kad "Įgyvendinant Sveikatos apsaugos sistemos ilgalaikės raidos strategiją 2006 metais bus žengtas pirmas žingsnis įtraukiant į asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinę kainą

⁴⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įstatymas, 1997 m. birželio 30 d., Nr. 363, Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos.

dalį lėšų (26500 tūkst. Lt.), skirtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ilgalaikio turto nusidėvėjimui priskaityti⁴⁷.

Pateikti duomenys leidžia teigti, kad atsiskaitant už paslaugas, kurios suteiktos kitų valstybių narių piliečiams Lietuvoje, bazinėmis kainomis nėra pilnai padengiami visi gydymo įstaigų kaštai ir egzistuoja tam tiktas subsidijavimo lygis. Subsidijavimas susidaro dėl to, kad bazinėje kainoje neįtraukti atskaitymai turto nusidėvėjimui. Tai bus pradėta daryti tik 2006 metais.

Siekiant įvertinti subsidijavimo lygį reikalinga nustatyti galimą ilgalaikio turto nusidėvėjimo išlaidų dalį bendroje išlaidų (tuo pačiu ir bazinės kainos) struktūroje.

2006 metais numatoma, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti bus skiriama 1894614 tūkst. litų. Tame tarpe numatoma 26500 tūkst. litų skirti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ilgalaikio turto nusidėvėjimo priskaitymams. Tai sudaro 1,4% bendros sumos, tuo pačiu ir bazinės kainos. Tačiau suma, skirta ilgalaikio turto nusidėvėjimo priskaitymams nėra pagrįsta, tad reikalinga nustatyti realią nusidėvėjimo dalį išlaidų struktūroje.

Statistikos departamentas nuolatos atlieka Lietuvos įmonių (tame tarpe ir sveikatos priežiūros įstaigų) finansinių rodiklių tyrimą. Remiantis šiais duomenimis galima nustatyti realią išlaidų struktūrą.

4 lentelė. Gamybos išlaidų struktūra sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriuje (EVRK 85), 2004 metai, %.

Išlaidų struktūra	I ketv.	II ketv.	III ketv.	IV ketv.	Vidurkis
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	101,0
Sunaudota žaliavų, medžiagų, kuro, prekių, skirtų perparduoti	18,1	27,3	22,2	27,9	24,1
iš jų prekių, skirtų perparduoti	4,7	12,1	1,5	0,5	4,5
Nupirktą paslaugų	28,6	15,3	20,8	21,1	21,4
Algos ir atlyginimai	30,2	31,0	31,3	27,4	29,9
Socialinis draudimas	9,3	9,5	9,6	8,4	9,2
Ilgalaikio materialiojo turto nusidėvėjimas	8,3	9,3	10,1	6,8	8,5
Nematerialiojo turto amortizacija	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Mokesčiai	5,4	7,4	5,9	8,3	6,8

Šaltinis: Statistikos departamentas. Įmonių finansiniai rodikliai 2004 m./I-IV

Remiantis pateikiamais rodikliais reali ilgalaikio turto nusidėvėjimo dalis išlaidų struktūroje sudaro 8,5 %. Šį rodiklį galima palyginti su bendru ūkio rodikliu.

5 lentelė. Išlaidų struktūra visuose ūkio sektoriuose, 2004 metai, %.

Išlaidų struktūra	I ketv.	II ketv.	III ketv.	IV ketv.	Vidurkis
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	101,0
Sunaudota žaliavų, medžiagų, kuro, prekių, skirtų perparduoti	62,2	62,6	64,6	64,3	63,5
iš jų prekių, skirtų perparduoti	60,3	61,7	58,3	59,7	59,9
Nupirktą paslaugų	18,2	18,9	17,6	18,5	18,3
Algos ir atlyginimai	9,9	9,4	9,1	8,8	9,2
Socialinis draudimas	2,9	2,8	2,7	2,6	2,7
Ilgalaikio materialiojo turto nusidėvėjimas	5,2	5,0	4,7	4,3	4,8
Nematerialiojo turto amortizacija	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Mokesčiai	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2

Šaltinis: Statistikos departamentas. Įmonių finansiniai rodikliai 2004 m./I-IV

⁴⁷ Lietuvos Respublikos 2006 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto Aiškinamasis raštas, p. 2.

Matome, kad bendrai ūkio mastu ilgalaikio turto nusidėvėjimo dalis išlaidų struktūroje yra ženkliai mažesnė. Taip atsitinka todėl, kad didelę dalį sudaro paslaugos, kurios nereikalauja didelių investicijų į šią sritį. Vertinant sveikatos priežiūros įstaigų išlaidas reiktų remtis sektoriaus duomenimis.

Vertinant paslaugų subsidijavimo lygį galima teigti, kad jei nebūtų numatytos lėšos ilgalaikio turto nusidėvėjimo priskaitymams teikiant paslaugas kitų valstybių narių piliečiams ir gaunant kompensacijas bazinių kainų pagrindu, subsidijavimo koeficientas būtų 0,085 (8,5% savikainos struktūroje).

Atsižvelgiant į tai, kad 2006 metų PSDF biudžete numatomos lėšos, kurios sudarys 1,4% bendroje skirtų lėšų struktūroje, ilgalaikio turto nusidėvėjimui, subsidijavimo koeficientas 2006 metais bus 0,07. Tolimesniuose perioduose koeficientas priklausys nuo biudžete numatomų skirti lėšų struktūros ir gali keistis. Bendra suma, reikalinga ilgalaikio turto nusidėvėjimo priskaitymams, esant 2006 metų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti skiriamų lėšų lygiui, sudarytų daugiau nei 160 mln. litų. Šiame tyrime naudojamas minėtas koeficientas (0,007).

2.7. PRIVATUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SEKTORIUS

Kaip jau buvo minėta šio tyrimo 2 dalies pradžioje, labai svarbu atkreipti dėmesį į privačios medicinos sritį. Privačios medicinos sąvoka šiuo atveju apimtų visas paslaugas, kurias suteikia ir sveikatos paslaugų įstaigos, sudariusios sutartis su VLK dėl kompensavimo, teikiamas apdraustiesiems jų sąskaita (be kompensacijos). Būtent šioje srityje didelė ES sveikatos apsaugos sritį reglamentuojančių dokumentų įtaka gali pasireikšti tuo atveju, jei bus priimtos Paslaugų direktyvoje užfiksuotos nuostatos. Remiantis šiuo metu galiojančio Reglamento nuostatomis, valstybė narė pati nustato mechanizmą, kuris reguliuoja leidimų gydymui kitose šalyse išdavimą. Tuo pačiu privačios sveikatos apsaugos paslaugas teikiančios įmonės gali nesudaryti sutarčių su VLK dėl kompensavimo (kaip ir VLK, kuri nėra įpareigota sudaryti sutartis su visomis sveikatos apsaugos įmonėmis). Paslaugų direktyva suteikia vartotojams laisvę pasirinkti paslaugų teikėjus nepriklausomai nuo finansuotojo (šiuo atveju VLK). Tokiu būdu Lietuvos apdraustas, kuris iki šiol gaudavo sveikatos paslaugas iš privačių tiekėjų (mokėdavo sumas be kompensacijos), gali pasirinkti bet kurį kitos valstybės narės paslaugų teikėją ir jį, suteikęs paslaugas, kompensacijos pareikalauti iš Lietuvos kompetentingos įstaigos. Tai reiškia, kad tam tikra dalis pacientų gali apsimokėti kelionės išlaidas bei kainų skirtumą tarp paslaugos kitoje valstybėje narėje kainos ir bazinės Lietuvos kainos (pagal direktyvos nuostatas būtų kompensuojama bazinėmis kainomis o ne faktiškai patirtomis išlaidomis) siekdami gauti paslaugą greičiau ir galbūt kokybiškesnę. Tai ypač aktualu tuo atveju, jei minėta suma yra mažesnė nei vietinių sveikatos įstaigų paslaugos kaina. Tokiu atveju atsiranda ir ekonominis motyvas, be laiko ir kokybės paskatų. Esant tokiai padėčiai galimi keli scenarijai, kurie aptarti šiame tyrime anksčiau.

Bet kuriuo atveju PSDF išlaidų galimas didėjimas yra tikėtinas. Tad Paslaugų direktyvos poveikio PSDF biudžeto išlaidoms apimtys iš esmės padidėja dėl privačios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įsitraukimo į kompensavimo sistemą. Kitos sąlygos, kadangi remiantis Direktyvos nuostatomis Reglamente fiksuotos nuostatos išlieka galiojančios, išlieka iš esmės nepakitusios.

Siekiant įvertinti galimą Direktyvos nuostatų poveikį PSDF biudžeto išlaidoms visų pirma reikalinga apibrėžti privačios medicinos apimtį. Šios srities duomenys nėra tikslūs bei jų rinkimas yra pakankamai sudėtingas. Tyrime remiamasi Lietuvos sveikatos informavimo centro pateiktais duomenimis.

6 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai.

Pavadinimas	2000	2001	2002	2003	2004
Išlaidos sveikatai (mln.litų)	2.727,4	2.750,3	3.063,0	3.226,9	3.755,6
Valstybės ir savivaldybių išlaidos sveikatai (mln.litų)	184,6	181,9	199,5	270,9	260,4
Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos sveikatai (mln.litų)	1.791,1	1.791,5	1.893,5	1.957,0	2.390,3
Tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatai (mln.litų)	751,7	777,0	970,0	999,0	1.104,9

Išlaidų sveikatai dalis nuo bendro vidaus produkto (BVP), proc.	5,99	5,69	5,93	5,71	6,03
Valdžios sektoriaus išlaidų sveikatai dalis, lyginant su bendromis išlaidomis sveikatai, proc.	72,4	71,8	68,3	69,0	70,6
Išlaidos sveikatai 1-am gyventojui (lt)	779,4	790,0	882,9	934,2	1.093,1

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras, <http://www.lsic.lt/>

Pateikti duomenys rodo, kad privati (finansuojama tiesiogiai gyventojų) medicina sudaro 1/3 viso paslaugų sektoriaus. 2004 metais bendra gyventojų išlaidų suma buvo 1 105 mln. litų. Šis rodiklis laikomas pirminiu vertinant Direktyvos nuostatų įgyvendinimo pasekmes.

3. POVEIKIO PSDF BIUDŽETUI VERTINIMAS

Siekiant įvertinti tiesioginį poveikį PSDF biudžetui visų pirma buvo pateiktas bendras modelio aprašymas. Jis detalizuojamas 2.1. dalyje. Modelyje nurodoma, kad pagrindiniai veiksniai, kurie turi įtakos PSDF biudžeto išlaidų didėjimui dėl analizuojamų Reglamentų nuostatų yra šie:

- išlaidų, kurios sumokamos kitų valstybių narių kompetentingoms institucijoms už keliaujantiems Lietuvoje apdraustiems piliečiams suteiktas sveikatos apsaugos paslaugas, skirtumas, palyginus šias išlaidas su Lietuvos paslaugų kainomis;
- išlaidų, kurios sumokamos kitų valstybių narių kompetentingoms institucijoms už persikėlusius gyventi į kitas valstybes nares Lietuvoje apdraustiems piliečiams suteiktas sveikatos apsaugos paslaugas, skirtumas, palyginus šias išlaidas su Lietuvos paslaugų kainomis;
- išlaidų, kurios sumokamos kitų valstybių narių kompetentingoms institucijoms už Lietuvoje apdraustiems piliečiams, kuriems taikomos specialios Reglamento nuostatos, suteiktas sveikatos apsaugos paslaugas, skirtumas, palyginus šias išlaidas su Lietuvos paslaugų kainomis;
- išlaidų, kurios papildomai sumokamos kitų valstybių narių kompetentingoms institucijoms, už Lietuvoje apdraustų asmenų siuntimą gauti sveikatos apsaugos paslaugas, arba/ir išlaidų, kurios papildomai skiriamos sumažinti pacientų eiles Lietuvos gydymo įstaigose, visuma (vykdant Reglamente numatytą įpareigojimą paslaugas suteikti laiku);
- galimą paslaugų, suteiktų kitų valstybių narių piliečiams, subsidijavimo lygį, kai į bazines paslaugų kainas (jų pagrindu vyksta atsiskaitymai tarp skirtingų valstybių kompetentingų institucijų) nėra įtraukta dalis kaštų;

Vertinant Reglamentų nuostatas minėtų veiksnių kiekybinis vertinimas leis apibrėžti bendrą poveikio apimtį. Tuo tarpu vertinant Paslaugų direktyvos nuostatas reikalinga įvertinti ir privačios medicinos galimą įtaką PSDF biudžetui. Remiantis šiuo metu galiojančio Reglamento nuostatomis, valstybė narė pati nustato mechanizmą, kuris reguliuoja leidimų gydymui kitose šalyse išdavimą. Tuo pačiu privačios sveikatos apsaugos paslaugas teikiančios įmonės gali nesudaryti sutarčių su VLK dėl kompensavimo (kaip ir VLK, kuri nėra įpareigota sudaryti sutartis su visomis sveikatos apsaugos įmonėmis). Paslaugų direktyva suteikia vartotojams laisvai pasirinkti paslaugų teikėjus nepriklausomai nuo finansuotojo (šiuo atveju VLK). Tokiu būdu Lietuvos apdraustasis, kuris iki šiol naudojosi privačių sveikatos apsaugos paslaugų teikėjų paslaugomis, gali pasirinkti bet kurį kitos valstybės narės paslaugų teikėją ir jis, suteikęs paslaugas, kompensacijos pareikalaus iš Lietuvos kompetentingos įstaigos.

Tad Paslaugų direktyvos poveikio PSDF biudžeto išlaidoms apimtys iš esmės padidėja dėl privačios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ištraukimo į kompensavimo sistemą. Labiausiai tikėtinas yra pirmasis iš 2 tyrimo dalyje minėtų scenarijų, kai privačios gydymo įstaigos sieks dalyvauti kompensavimo sistemoje ir taip bent dalinai mažinti paslaugų kainas vartotojams. Kitos sąlygos, kadangi remiantis Direktyvos nuostatomis Reglamente fiksuotos nuostatos išlieka galiojančios, išlieka iš esmės nepakitusios.

Toliau tyrime pateikiamas detalus kiekvieno iš veiksnių kiekybinis vertinimas. Vertinime pateikiamos išplėstinės formulės, kuriose matyti visi pagrindiniai kintamieji. Taip yra daroma todėl, kad tyrimo naudotojai turėtų galimybę naudoti modelį kaip tam tikrą standartinį instrumentą. Pateikti kintamieji apibrėžiami rodikliais, kuriuos reikia stebėti ir analizuoti. Momentinis skaičiavimas gali būti atliekamas naudojant paprastesnes schemas.

3.1. IŠLAIDŲ PADIDĖJIMO, SUSIJUSIO SU KELIAUJANTIEMS ASMENIMS SUTEIKTOMIS PASLAUGOMIS, VERTINIMAS

Remiantis analizuojamo Reglamento nuostatomis Lietuvos kompetentinga įstaiga, VLK, privalo kompensuoti išlaidas (PSDF biudžeto lėšomis) kitos valstybės narės kompetentingai įstaigai už Lietuvoje apdraustam asmeniui suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios buvo suteiktos jo kelionės metu.

Įvykio, kuris gali sudaryti prielaidas išmokoms atsirasti, tikimybė priklauso nuo keliaujančių skaičiaus bei kelionės trukmės. Tad vienas rodiklių yra turistinių dienų, kurias apdraustieji praleido kitose valstybėse narėse, suma bei kitimo tendencijas. Žinant esamą išmokų kitoms valstybėms narėms lygį, galima įvertinti vidutinės išmokas, tenkančias 1 mln. turistinių dienų.

Tačiau kaip buvo minėta anksčiau, bendra išmokų suma neindikuoja poveikio, kadangi tas pats įvykis galėjo atsitikti ir Lietuvoje, todėl svarbus yra kainų skirtumas. Kainų skirtumo koeficientai yra nustatyti ir detalizuoti šio tyrimo 2.2. dalyje.

Skaičiuojant šio veiksnio įtaką reikalinga išskirti dvi įvykių grupes:

- Tipiniai įvykiai, kurių išlaidos nėra labai didelės ir gali būti laikomi neiškreipiančiais vidurkinių reikšmių. Galima sumos riba yra iki 200 tūkst. litų.
- Netipiniai įvykiai, kurie iškreipia vidurkines reikšmes bei susiję su didelėmis išmokomis. Jų įtaka turi būti vertinama atskirai, nes jų prognozavimas ir numatymas nėra galimas. Netipinių įvykių išlaidų suma viršija 200 tūkst. litų.

Tipinių įvykių esama įtaka PSDF biudžetui apskaičiuojama pagal formulę:

$$KTe = KSe * KIe * KFe / 1000000 * KVe * KSK \quad (1)$$

Kur:

KSe – esamas keliaujančių skaičius;

KIe – esama vidutinė Lietuvos apdraustųjų kelionės trukmė;

KFe – esamas vidutinis gaunamų apmokėti formų skaičius, tenkantis 1 mln. turistinių dienų;

KVe – esama vidutinė vieno įvykio išlaidų suma;

KSK – kainų skirtumo koeficientas (0,67).

2004 metais bendras turistinių dienų skaičius (kurį sudaro keliaujančių skaičius ir vidutinė kelionės trukmė) buvo 7,56 milijonai. Tuo pačiu laikotarpiu bendras metinis formų skaičius buvo 192, o vidutinė išmokų suma 3100 litai. Formų skaičius, tenkantis 1 mln. turininių dienų šiuo metu yra 25,4. Kainų skirtumo koeficientas yra 0,67 (jis gali būti koreguojamas sukaupus ilgesnes duomenų eilutes).

$$KTe = 7560000 * 25,4 / 1000000 * 3100 * 0,67 = 398833,85$$

Remiantis turimais duomenimis galima teigti, kad analizuojamo veiksnio tipiniai įvykiai padidina PSDF biudžeto išlaidas 390 - 410 tūkst. litų per metus.

Siekiant įvertinti galimą šio skaičiaus kitimą reikalinga įvertinti kelias kitimo tendencijas:

- keliaujančių skaičiaus kitimą;

- kelionės trukmės rodiklio kitimą;

- gaunamų formų skaičiaus kitimą;

Vidutinė įvykio išlaidų suma laikoma nekintančia. Ji gali būti keičiama sukaupus ilgesnes duomenų eilutes. Taip pat vertintinas ir kainų skirtumo koeficientas.

Atsižvelgiant į esamas turistinių srautų kitimo tendencijas galima teigti, kad jos nėra didelės. Bendro srauto pokyčiai per kelis praėjusius metus sudaro tik 0,3-6,7 %. Tad galimas srauto į kitas valstybes nares kitimas gali būti apribojamas 5%. Panaši padėtis yra ir vertinant kelionės trukmę. Šiuo metu kelionių į kitas valstybes nares trukmė yra 7,5 nakvynės ir gali didėti labai nežymiai. Atitinkamai turistinių dienų rodiklio padidėjimas galimas iki 7,9 – 8,1 mln.

Tuo tarpu gaunamų formų skaičius gali keistis daug sparčiau. Reglamento nuostatų įsigaliojimas, visose valstybėse narėse galiojančių sveikatos draudimo pažymėjimų išdavimas pradėtas pakankamai neseniai. Galima teigti, kad šiuo metu vartotojų žinomumo apie šias galimybes lygis yra pakankamai žemas. Nėra galimybės objektyviai pagrįsti, tačiau teigtina, kad tokia galimybe šiuo metu naudojasi tik iki 20% keliaujančių. Jei ši prielaida yra teisinga, gaunamų formų skaičiaus augimas galimas iki 5 kartų. Šiame

vertinime daroma prielaida, kad per 2 metus gaunamų formų skaičius gali išaugti 3 kartus ir sudaryti iki 576 formų per metus.

Remiantis pateiktomis prognozinėmis prielaidomis galima įvertinti PSDF biudžeto išlaidų padidėjimo dėl analizuojamo veiksnio tipinių įvykių apimtis per artimiausius 2 metus. Naudojama analogiška formulė (1), tik pakeičiant esamą laikotarpį būsimu.

$$KTb=KSb*KIb*KFb/1000000*KVb*KSK \quad (2)$$

Kur:

KSb – būsimas keliaujančių skaičius;

KIb – būsimą vidutinę Lietuvos apdraustųjų kelionės trukmę;

KFb – būsimas vidutinis gaunamų apmokėti formų skaičius, tenkantis 1 mln. turistinių dienų;

KVb – būsimą vidutinę vieno įvykio išlaidų sumą;

KSK – būsimas skirtumo koeficientas (0,67).

$$KTb=8000000*72/1000000*3100*0,67= 1196352$$

Išlaidos gali padidėti iki 1150 – 1250 tūkst. litų per metus.

Kaip jau buvo minėta, vertinant analizuojamo veiksnio poveikį, reikalinga įvertinti ir netipinius įvykius. Remiantis turimais duomenimis jų buvo keli ir jų suma siekė beveik 800 tūkst. litų. Jo poveikis PSDF biudžeto išlaidoms (kaip papildomos išlaidos, susidariusios dėl Reglamento nuostatų) yra apie 520 - 570 tūkst. litų. Skaičiavimams naudojama formulė yra:

$$KNe=KDe*KSK \quad (3)$$

Kur:

KDe – esama netipinių įvykių išlaidų suma;

KSK – būsimas skirtumo koeficientas (0,67).

$$KNe=800000*0,67=536000$$

Numatant galimą įtaką PSDF biudžeto išlaidoms reikalinga prognozuoti galimą tokių įvykių kiekį bei išlaidų apimtį. Tačiau tai yra vienetiniai atvejai ir prognozių atlikimui nėra jokio pagrindimo. Todėl galima teikti pasiūlymą, kad tokiems atvejams PSDF biudžete būtų numatomas tam tikras rezervas, kurį galėtų sudaryti apie 6 mln. litų. Būsimo periodo netipinių įvykių įtaka PSDF biudžetui apskaičiuojama pagal analogišką formulę:

$$KNb=KDb*KSK \quad (4)$$

Kur:

KDb – numatoma netipinių įvykių išlaidų suma;

KSK – būsimas skirtumo koeficientas (0,67).

$$KNe=6000000*0,67=4020000$$

Jei šie resursai būtų panaudojami, papildomų išlaidų PSDF biudžetui suma būtų apie 4 mln. litų. Siekiant įvertinti bendrą analizuojamo veiksnio poveikį PSDF biudžetui reikalinga sumuoti išlaidas, skirtas apmokėti už tipinius atvejus keliaujantiems asmenų ir netipinius atvejus. Bendras esamas poveikis apskaičiuojamas pagal formulę:

$$Ke=KTe+KNe \quad (5)$$

Kur:

Ke – esamas poveikis dėl keliaujantiems asmenims suteiktų paslaugų kitose valstyvėse narėse apimties;

KTe - tipinių įvykių esama įtaka PSDF biudžetui (1);

KNe - esamo periodo netipinių įvykių įtaka PSDF biudžetui (3)

$$Ke=398833,85+536000=934833,85$$

Remiantis pateikta analize galima teigti, kad užfiksuota (esama) analizuoto veiksnio įtaka PSDF biudžeto išlaidų padidėjimui yra iki 1 mln. litų.

Analogiškai apskaičiuojama būsimojo periodo analizuojamo veiksnio įtaka PSDF biudžeto išlaidoms.

$$Kb=KTb+KNb \quad (6)$$

Kur:

Kb – būsimas poveikis dėl keliaujantiems asmenims suteiktų paslaugų kitose valstyvėse narėse apimties;

KTb - tipinių įvykių būsima įtaka PSDF biudžetui (2);

KNe - būsimo periodo netipinių įvykių įtaka PSDF biudžetui (4)

$$Kb=1196352+4020000=5216352$$

Per ateinančius 2 metus šio veiksnio įtakoje PSDF biudžeto papildomos išlaidos gali padidėti iki 5 – 5,5 mln. litų per metus.

3.2. IŠLAIDŲ PADIDĖJIMO, SUSIJUSIO SU ĮPAREIGOJIMU PASLAUGAS SUTEIKTI LAIKU, VERTINIMAS

Reglamente numatomas įpareigojimas valstybėms narėms sudaryti sąlygas, kad pacientams sveikatos apsaugos paslaugos turi būti suteikiamos laiku. Tam visų pirma buvo įvertintas esama eilių įvairioms paslaugoms gauti lygis. Kaip jau buvo minėta, eilės gali būti mažinamos dviem būdais (tuo pačiu ir išpildytas įpareigojimas paslaugas suteikti laiku):

- mažinant PSDF biudžeto apribojimus ir sudarant sąlygas pacientams gauti reikiamas paslaugas Lietuvoje;

- siūsti pacientus reikiamoms paslaugoms gauti į kitas valstybes nares.

Abu minėti būdai sąlygoja PSDF biudžeto išlaidų augimą. Dėl šios priežasties reikalinga pateikti abu vertinimus

Norint įvertinti šio veiksnio galimą poveikį reikalinga atžvelgti į tai, kad tik daliai pacientų (kurie negauna paslaugos laiku remiantis šiais rodikliais) realiai bus suteiktas leidimas vykti gauti gydymo paslaugas į kitas valstybes nares arba sudarytos sąlygos paslaugas gauti Lietuvoje. Tai priklauso nuo "protingos eilės" formavimo kriterijų apibrėžimo. Tokiu būdų pacientų dalis tampa kintamuoju. Remiantis Reglamentų nuostatomis, leidimų išdavimas yra kontroliuojamas pačios valstybės narės atsakingos institucijos. Dalis pacientų nevyktų dėl mobilumo problemų, kalbų nežinojimo ir kitų priežasčių. Tad šiuo atveju reikalinga nustatyti, kokios galimos išlaidų padidėjimo apimtys, jei skirtingai pacientų daliai bus suteikta galimybė gauti paslaugas tiek šalies viduje (padidėja PSDF biudžeto išlaidų apimtis), tiek užsienyje (išlaidų padidėjimas yra didesnis dėl santykinai didesnių paslaugų kainų).

Kiekybinis vertinimas atliekamas remiantis šio tyrimo 2.5. dalyje nustatytu pacientų, kuriems paslauga nebus suteikta laiku, skaičiumi, esamų Lietuvos atitinkamų paslaugų kainų lygiu bei kainų koregavimo koeficientu (aprašytas šio tyrimo 2.2. dalyje).

Kainų lygis paimtas remiantis esamomis II ir III lygio paslaugų kainomis, persvertas pagal atitinkamą pacientų struktūrą bei suapvalintos. Reikia pažymėti, kad VLK apmoka tik kas ketvirtą asmens konsultaciją pas tą patį gydytoją. Šiuo atveju daroma prielaida, kad visi, stovintys eilėje, planuoja pirmąją

konsultaciją. Jei analizuojama galima siuntimo gydytis į kitas valstybes nares situacija, visais atvejais tai bus pirmoji konsultacija.

7 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos ambulatorinių paslaugų teikėjams esant skirtingam „protingos eilės“ vertinimui. Momentinis nekoreguotas (jei laukiančių eilėje pacientų skaičius apima tik laukiančius tam tikru momentu ir eilių ilgis nėra koreguojamas remiantis korekcijos koeficientu) vertinimas. Minimalus vertinimas. (Litais)

Profilis	Bendras metinis pacientų skaičius (apyt.)	Kompensacijos lygis Lietuvoje, LTL	Didina apimtis 5%	Didina apimtis 10%	Didina apimtis 25%	Didina apimtis 33%	Didina apimtis 50%	Didinant apimtis 100%
Onkologas	1118	50	2795	5590	13975	18447	27950	55900
Kataraktos operacija	59	700	2065	4130	10325	13629	20650	41300
Urologas	578	50	1445	2890	7225	9537	14450	28900
Abdominalinis chirurgas	28	50	70	140	350	462	700	1400
Radiologas	341	50	853	1705	4263	5627	8525	17050
Rentgenodiagnostika	125	50	313	625	1563	2063	3125	6250
Kardiologas	1152	50	2880	5760	14400	19008	28800	57600
Hematologas	536	50	1340	2680	6700	8844	13400	26800
Onkologo chemoterapeutas	132	50	330	660	1650	2178	3300	6600
Ortodonto odontologas	83	200	830	1660	4150	5478	8300	16600
Veido ir žandikaulio chir.	38	50	95	190	475	627	950	1900
Endodontologas	31	50	78	155	388	512	775	1550
Ortopedo odontologas	20	50	50	100	250	330	500	1000
Vaikų odontologas	10	50	25	50	125	165	250	500
VISO:	4251		13168	26335	65838	86906	131675	263350

Lentelėje matome, kad jei Lietuvoje sudaromos minimalios sąlygos eilių ambulatorinėms paslaugoms gauti trumpinimui, papildomos išlaidos PSDF biudžetui siekia 13 – 20 tūkst. litų. Jei eiles siekiama panaikinti iš viso, išlaidos išauga 250 – 270 tūkst. litų. Tačiau šie skaičiai atspindi tik momentinį vertinimą. Svarbu atsižvelgti į tai, kad bendras pacientų skaičius, kuriems nebus laiku suteikta paslauga remiantis „protingos eilės“ kriterijumi, per metus yra žymiai didesnis. Ankstesnėje analizėje buvo pateikti metiniai eilių ambulatorinėms paslaugoms gauti rodikliai.

8 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos paslaugų teikėjams esant skirtingam „protingos eilės“ vertinimui. Metinis koreguotas vertinimas. (Litais)

Profilis	Bendras metinis pacientų skaičius (apyt.)	Kompensacijos lygis Lietuvoje, LTL	Didina apimtis 5%	Didina apimtis 10%	Didina apimtis 25%	Didina apimtis 33%	Didina apimtis 50%	Didina apimtis 100%
Onkologas	4500	50	11250	22500	56250	74250	112500	225000
Kataraktos operacija	240	700	8400	16800	42000	55440	84000	168000
Urologas	1900	50	4750	9500	23750	31350	47500	95000
Abdominalinis chirurgas	120	50	300	600	1500	1980	3000	6000
Radiologas	1500	50	3750	7500	18750	24750	37500	75000
Rentgenodiagnostika	550	50	1375	2750	6875	9075	13750	27500
Kardiologas	4800	50	12000	24000	60000	79200	120000	240000
Hematologas	2300	50	5750	11500	28750	37950	57500	115000
Onkologo chemoterapeutas	550	50	1375	2750	6875	9075	13750	27500
Ortodonto odontologas	350	200	3500	7000	17500	23100	35000	70000
Veido ir žandikaulio chir.	170	50	425	850	2125	2805	4250	8500

Endodontologas	140	50	350	700	1750	2310	3500	7000
Ortopedo odontologas	90	50	225	450	1125	1485	2250	4500
Vaikų odontologas	40	50	100	200	500	660	1000	2000
VISO:	17250		53550	107100	267750	353430	535500	1071000

Matome, kad šiuo atveju, jei remtis metiniu galimu pacientų skaičiumi, išlaidų padidėjimas yra gana didelis. Siekiant minimaliai sumažinti eiles papildomos išlaidos siekia 50 – 70 tūkst. litų. Tuo tarpu, jei siekiama eliminuoti eiles iš viso (remiantis “protingos eilės” kriterijum, tam tikras eilių lygis išliktų) PSDF biudžeto išlaidas reikia padidinti 1 – 1,2 mln. litų.

Jei nebus išnaudojami Lietuvos resursai, o priimtas sprendimas siųsti pacientus gydytis į užsienį, išlaidų lygis dar labiau išaugs. Remiantis kainų korekcijos koeficientu, paslaugos kitose valstybėse narėse yra vidutiniškai 3 kartus didesnės.

9 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų užsienio paslaugų teikėjams esant skirtingam leidimų išdavimo lygiui. Maksimalus vertinimas. Litais.

Apimtis	Leidimus išduodan t 5%	Leidimus išduodan t 10%	Leidimus išduodan t 25%	Leidimus išduodan t 33%	Leidimus išduodan t 50%	Leidimus išduodan t 100%
Momentinis	39502,5	79005,0	197512,5	260716,5	395025,0	790050,0
Metinis	160650,0	321300,0	803250,0	1060290,0	1606500,0	3213000,0

Nustačius minimalų siuntimų į kitas valstybes nares išdavimo lygį (5%), PSDF biudžeto išlaidos per metus padidėtų apie 150 – 170 tūkst. litų. Jei būtų siunčiami visi, išlaidų padidėjimas galėtų pasiekti 3 – 3,5 mln. litų.

10 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos stacionariųjų paslaugų teikėjams esant skirtingam “protingos eilės” vertinimui. Momentinis (jei laukiančių eilėje pacientų skaičius apima tik laukiančius tam tikru momentu) vertinimas. Minimalus vertinimas. (Litais)

Paslaugos pavadinimas	Pacientų skaičius, kuriems paslauga nebus suteikta laiku	Kompensacijos lygis Lietuvoje, LTL	Didinant apimtis 5%	Didinant apimtis 10%	Didinant apimtis 25%	Didinant apimtis 33%	Didinant apimtis 50%	Didinant apimtis 100%
Veido, žandikaulių ir burnos chirurgija	26	2000	2600	5200	13000	17160	26000	52000
Peties operacijos	53	1000	2650	5300	13250	17490	26500	53000
Pėdos operacijos	46	1000	2300	4600	11500	15180	23000	46000
<i>Artroskopinės kelio sąnario operacijos:</i>								
-menisko	24	3000	3600	7200	18000	23760	36000	72000
-raiščių	102	1000	5100	10200	25500	33660	51000	102000
Kitos	28	1000	1400	2800	7000	9240	14000	28000
<i>Dienos stacionaras:</i>								
-pėdos operacijos	210	1000	10500	21000	52500	69300	105000	210000
Neurochirurginės operacijos	11	3000	1650	3300	8250	10890	16500	33000
Neurochirurginės operacijos	16	4000	3200	6400	16000	21120	32000	64000
Terapijos III	23	1000	1150	2300	5750	7590	11500	23000
Terapijos III	250	1000	12500	25000	62500	82500	125000	250000
Chirurgijos III - 3	30	9000	13500	27000	67500	89100	135000	270000
Chirurgijos III - 3	37	9000	16650	33300	83250	109890	166500	333000

Chirurgijos III - 3	124	9000	55800	111600	279000	368280	558000	1116000
Oftalmologijos	665	1000	33250	66500	166250	219450	332500	665000
Ortopedija traumatologija ⁴⁸	15	3000	2250	4500	11250	14850	22500	45000
Chirurgija	10	4500	2250	4500	11250	14850	22500	45000
VISO:	1670		170350	340700	851750	1124310	1703500	3407000

Lentelėje matome, kad jei Lietuvoje sudaromos minimalios sąlygos eilių stacionarinėms paslaugoms gauti trumpinimui, papildomos išlaidos PSDF biudžetui siekia 17 – 20 tūkst. litų. Jei eiles siekiama panaikinti iš viso, išlaidos išauga iki 3,4 – 3,5 mln. litų. Tačiau šie skaičiai atspindi tik momentinį vertinimą. Svarbu atsižvelgti į tai, kad bendras pacientų skaičius, kuriems nebus laiku suteikta paslauga remiantis “protingos eilės” kriterijumi, per metus yra didesnis. Ankstesnėje analizėje buvo pateikti metiniai eilių ambulatorinėms paslaugoms gauti rodikliai.

11 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų Lietuvos stacionariųjų paslaugų teikėjams esant skirtingam “protingos eilės” vertinimui. Metinis vertinimas. (Litas)

Paslaugos pavadinimas	Pacientų skaičius, kuriems paslauga nebus suteikta laiku	Didinant apimtį 5%	Didinant apimtį 10%	Didinant apimtį 25%	Didinant apimtį 33%	Didinant apimtį 50%	Didinant apimtį 100%
VISO:	2240	340700	681400	1703500	2248620	3407000	6814000

Siekiant minimaliai sumažinti eiles stacionarinėms paslaugoms gauti papildomos išlaidos siekia 340 – 350 tūkst. litų. Tuo tarpu jei siekiama eliminuoti eiles iš viso (remiantis “protingos eilės” kriterijumi, tam tikras eilių lygis išliktų) PSDF biudžeto išlaidas reikia padidinti 6,5 – 7 mln. litų.

Jei nebus išnaudojami Lietuvos resursai, o priimtas sprendimas siųsti pacientus gydytis į užsienį, išlaidų lygis dar labiau išaugs. Remiantis kainų korekcijos koeficientu, paslaugos kitose valstybėse narėse yra vidutiniškai 3 kartus didesnės. Atitinkamai padidėtų ir analizuojamos išlaidos.

12 lentelė. PSDF išlaidų padidėjimas dėl išaugusių kompensacijų užsienio stacionariųjų paslaugų teikėjams esant skirtingam leidimų išdavimo lygiui. Maksimalus vertinimas. Litas.

Paslaugos pavadinimas	Pacientų skaičius, kuriems paslauga nebus suteikta laiku	Didinant apimtį 5%	Didinant apimtį 10%	Didinant apimtį 25%	Didinant apimtį 33%	Didinant apimtį 50%	Didinant apimtį 100%
VISO:	2240	568969	1137938	2844845	3755195	5689690	11379380

Nustačius minimalų siuntimų į kitas valstybes nares išdavimo lygį (5%), PSDF biudžeto išlaidos per metus padidėtų apie 500 – 600 tūkst. litų. Jei būtų siunčiami visi, išlaidų padidėjimas galėtų pasiekti 10 – 12 mln. litų.

Kaip buvo minėta anksčiau, “protingos eilės” kriterijus yra kintamasis ir valstybė pati gali nustatyti galimas įpareigojimo paslaugas suteikti laiku vykdymo apimtį. Kiekiniai vertinimai šiuo atveju tik indikuoja šio kintamojo pasirinkimo pasekmių apimtį.

Apskaičiuojant šio veiksnio įtaką PSDF biudžeto išlaidų didėjimui reikalinga sumuoti pasirinktus išlaidų padidėjimus, susijusius su ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų pralaidumo padidinimo apimtimis.

Naudojama formulė esamo periodo išlaidų padidėjimui:

$$Ge = GAe + GSe \quad (7)$$

Kur:

⁴⁸ - ilgiausia laukia stuburo operacijų.

Ge – esamas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gydytis papildomai į Lietuvos gydymo įstaigas arba kitas valstybes nares, apimties padidėjimo;

GAe - esamas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gauti ambulatorines paslaugas papildomai į Lietuvos gydymo įstaigas arba kitas valstybes nares, apimties padidėjimo (suma, pagal planuojamas apimtis, pasirenkama iš 8 lentelės);

GSe - esamas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gauti stacionarines paslaugas papildomai į Lietuvos gydymo įstaigas arba kitas valstybes nares, apimties padidėjimo (suma, pagal planuojamas apimtis, pasirenkama iš 11 lentelės);

$$Ge=107100+681400=788500$$

Jei pralaidumas abiejų paslaugų grupėse (ambulatorinės ir stacionarinės) bus artimiausiu metu didinamas 10%, PSDF išlaidų padidėjimas siektų 750 – 800 tūkst. litų.

Analogiškai skaičiuojamas ir būsimo periodo poveikis.

$$Gb=GA_{b}+GS_{b} \quad (8)$$

Kur:

G_b – būsimas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gydytis papildomai į Lietuvos gydymo įstaigas arba kitas valstybes nares, apimties padidėjimo;

GA_b - būsimas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gauti ambulatorines paslaugas papildomai į Lietuvos gydymo įstaigas arba kitas valstybes nares, apimties padidėjimo (suma, pagal planuojamas apimtis, pasirenkama iš 8 lentelės);

GS_b - būsimas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gauti stacionarines paslaugas papildomai į Lietuvos gydymo įstaigas arba kitas valstybes nares, apimties padidėjimo (suma, pagal planuojamas apimtis, pasirenkama iš 11 lentelės);

$$Gb=353430+2248620=2602050$$

Jei abiejų paslaugų grupių (ambulatorinės ir stacionarinės) paslaugų apimtys būsimo periodu didinamos 33%, PSDF išlaidų padidėjimas siektų 2,5 – 2,7 mln. litų.

Pateikiami skaičiai rodo, kad remiantis Reglamento nuostatomis reikalinga didinti PSDF biudžetą siekiant sumažinti eiles pacientų, kurios susidaro dėl PSDF biudžeto apribojimų. Jei jos nebus mažinamos ir suskurta metodika dėl "protingos eilės" sąvokos, pacientams turės būti sudarytos galimybės gydytis kitose valstybėse narėse. Siunčiamų pacientų skaičiaus didinimas lemtų greitesnį PSDF išlaidų didėjimą nei eilių mažinimas sumažinant PSDF biudžeto apribojimus ir naudojant vietinius resursus. Siekiant suteikti paslaugas kuo didesniai kiekiui pacientų visų pirma reikalinga sumažinti eiles Lietuvoje ir išnaudoti vietinių resursų galimybes. Siuntimo gydytis į kitas valstybes nares išdavimas laikytinas neefektyviu lėšų panaudojimu.

3.3. MENAMŲ IŠLAIDŲ, SUSIJUSIŲ SU PASLAUGŲ SUBSIDIJAVIMU, VERTINIMAS

Remiantis analizuojamo Reglamento nuostatomis Lietuvos kompetentinga įstaiga VLK apmoka sveikatos priežiūros paslaugų įmonėms už paslaugas, suteiktas kitų valstybių narių apdraustiesiems, bazinėmis kainomis. Vėliau ši suma yra kompensuojama atitinkamos valstybės narės kompetentingos įstaigos sąskaita. Kaip buvo pateikta šio tyrimo 2.6 dalyje, bazinė kaina neapima visų išlaidų ir susiformuoja tam tiktas paslaugų kitų valstybių narių piliečiams subsidijavimo lygis. Subsidijavimo koeficientas yra 0,07.

Įvykio, kuris gali sudaryti prielaidas išmokoms atsirasti, tikimybė priklauso nuo atvykstančių skaičiaus bei kelionės trukmės. Tad vienas rodiklių yra turistinių dienų, kurias kitų valstybių narių apdraustieji praleido Lietuvoje, suma bei kitimo tendencijas. Žinant esamą išmokų už paslaugas kitų valstybių narių apdraustiesiems lygį, galima įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų subsidijavimo apimtį.

Menama subsidijavimo esama įtaka PSDF biudžetui apskaičiuojama pagal formulę:

$$Be = BSe * Bie * BFe / 1000000 * BVe * SK \quad (9)$$

Kur:

BSe – esamas keliaujančių skaičius;

Bie – esama vidutinė kitų valstybių narių apdraustųjų kelionės trukmė;

BFe – esamas vidutinis pateikiamų apmokėti formų skaičius, tenkantis 1 mln. turistinių dienų;

BVe – esama vidutinė vieno įvykio išlaidų suma;

SK – subsidijavimo koeficientas (0,07).

2004 metais bendras turistinių dienų skaičius (kurį sudaro atvykstančių skaičius ir vidutinė buvimo trukmė) buvo 4,1 milijonas. Manoma, kad panašus rodiklis išliko ir 2005 metais. Per 2005 laikotarpį bendras metinis formų skaičius buvo 204, o vidutinė išmokų suma 1100 litų. Formų skaičius, tenkantis 1 mln. turistinių dienų šiuo metu yra apie 50. Subsidijavimo koeficientas yra 0,07 (jis gali būti koreguojamas priklausomai nuo PSDF biudžeto struktūros).

$$Be = 4100000 * 50 / 1000000 * 1100 * 0,07 = 15785$$

Remiantis turimais duomenimis galima teigti, kad analizuojamo veiksnio menamas poveikis padidina PSDF biudžeto išlaidas 15 - 20 tūkst. litų per metus (šiuo metu).

Siekiant įvertinti galimą šio skaičiaus kitimą reikalinga įvertinti kelias kitimo tendencijas:

- atvykstančių skaičiaus kitimą;
- kelionės trukmės rodiklio kitimą;
- gaunamų formų skaičiaus kitimą;

Vidutinė įvykio išlaidų suma laikoma nekintančia. Ji gali būti keičiama sukaupus ilgesnes duomenų eilutes.

Atsižvelgiant į esamas turistinių srautų kitimo tendencijas galima teigti, kad jos nėra didelės. Bendro srauto pokyčiai per kelis praėjusius metus yra labai nežymūs. Tad galimas turistų srauto į Lietuvą kitimas gali būti apribojamas 5%. Panaši padėtis yra ir vertinant kelionės trukmę. Šiuo metu kelionių į Lietuvą trukmė yra 2,6 nakvynės ir gali didėti labai nežymiai. Atitinkamai turistinių dienų rodiklio padidėjimas galimas iki 4,3 – 4,5 mln.

Tuo tarpu gaunamų formų skaičius gali keistis daug sparčiau. Reglamento nuostatų įsigaliojimas, visose valstybėse narėse galiojančių sveikatos draudimo pažymėjimų išdavimas pradėtas pakankamai neseniai. Galima teigti, kad šiuo metu vartotojų žinomumo apie šias galimybes lygis nėra aukščiausias ir kitų valstybių narių piliečių tarpe (dalis atvykstančių yra iš naujų valstybių narių, kur šių galimybių žinomumo lygis gali būti analogiškas Lietuvai). Nėra galimybės objektyviai pagrįsti, tačiau teigtina, kad tokia galimybė šiuo metu naudojasi tik iki 30% keliaujančių. Jei ši prielaida yra teisinga, gaunamų formų skaičiaus augimas galimas iki 3 kartų. Šiame vertinime daroma prielaida, kad per 2 metus gaunamų formų skaičius gali išaugti 2 kartus ir sudaryti iki 410 formų per metus.

Remiantis pateiktomis prognozėmis prielaidomis galima įvertinti menamų paslaugų subsidijavimo išlaidų padidėjimą dėl analizuojamo veiksnio per artimiausius 2 metus. Naudojama analogiška formulė:

$$Bb = BSb * Bb * BFb / 1000000 * BVb * SK \quad (10)$$

Kur:

BSb – būsimas keliaujančių skaičius;

Bb – būsima vidutinė kitų valstybių narių apdraustųjų kelionės trukmė;

BFb – būsimas vidutinis pateikiamų apmokėti formų skaičius, tenkantis 1 mln. turistinių dienų;

BVb – būsima vidutinė vieno įvykio išlaidų suma;

SKb – subsidijavimo koeficientas (0,07).

Bb=4400000*93/1000000*1100*0,07= 31508,5

Menamas subsidijavimo lygis galėtų išaugti iki 30 – 35 tūkst. litų per metus. Šiuo metu (2005 – 2006 metais) jis sudaro tik apie 15 – 20 tūkst. litų per metus.

3.4. DIREKTYVOS NUOSTATŲ ĮGYVENDINIMO POVEIKIO DĖL PRIVAČIOS MEDICINOS SRITIES VERTINIMAS

Tyrimo 2.7. dalyje apibrėžiama, kad privačios medicinos apimtis Lietuvoje 2004 metais buvo 1105 mln. litų. Siekiant įvertinti galimas Direktyvos nuostatų įgyvendinimo apimtis, reikalinga apibrėžti, kokia šios sumos dalis gali būti įtakojama laisvės pasirinkti paslaugų teikėjus.

Dalies nustatymas vykdomas remiantis prielaidomis.

1. Dalis minėtų išlaidų buvo skirta odontologinės praktikos veiklai. Ši suma gali siekti apie 50 mln. litų (bendros šios veiklos pajamos 2004 metais sudarė daugiau nei 70 mln. litų. Mažai tikėtina, kad artimiausiu metu šios srities pacientai vyks gauti paslaugų į kitas valstybes nares. Nėra problemų su paslaugų tiekėjų pasiūla bei kainos šiuo metu Lietuvoje yra mažesnės.

2. Dalis lėšų yra skiriamos papildomoms priemonėms išgyti gydantis ne privačiose įstaigose ir naudojantis kompensavimo mechanizmu. Dalis lėšų taip pat yra skiriamos papildomai kainai sumokėti, kai kita dalis yra kompensuojama VLK lėšomis. Tokios lėšos sudaro apie 20% sumos. Mažai tikėtina, kad tokio pobūdžio lėšos gali persikelti į kitas valstybes nares. Jos sudarytų apie 200 mln. litų.

Privačiame medicinos sektoriuje teikiamų paslaugų kainos yra 30% didesnės nei bazinės kainos. Kadangi kompensavimas vykdomas remiantis bazinėmis kainomis, iš įtakojamos dalies ši skirtumą reikėtų pašalinti. Galima kainų skirtumo suma yra apie 256 mln. litų.

3. Direktyvos nuostatos, tame tarpe ir laisvas paslaugų teikėjo pasirinkimas, galioja tik ambulatorinėms paslaugoms. Tokiu būdu reikalinga atmesti dalį gyventojų išlaidų, kurios skirtos stacionariniam gydymui. Daroma prielaida, kad gyventojų lėšų pasiskirstymas yra analogiškas PSDF biudžeto paskirstymui. PSDF biudžete ambulatorinės paslaugas sudaro:

- 01 01 Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – numatoma suma 335,8 mln. litų;
- 01 02 Greitosios medicinos pagalbos paslaugos – numatoma suma 88,8 mln. litų;
- 01 04 Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos – numatomas suma 265,7 mln. litų.

Ambulatoriniam gydymui bendrai numatoma skirti daugiau nei 690 mln. litų. Tai sudaro 36% biudžeto, skirto asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Tokiu būdu gyventojų išlaidų suma, jei laikysimės suformuluotos prielaidos, skirta ambulatoriniam gydymui privačiame medicinos sektoriuje sudarys 200 – 240 mln. litų.

Paskutinė minėta suma, kuri sudaro apie 200 - 240 mln. litų, atsiduria galimoje Direktyvos nuostatų poveikio sferoje. Įsigaliojus joms vartotojai gali būti linkę dalį minėtos sumo išleisti kitose valstybėse narėse ir tuo pačiu jos patektų į PSDF biudžetą.

Remiantis disponuojamais duomenimis nėra galimybės įvertinti galimas naudojimosi ambulatorinių paslaugų teikėjų paslaugomis kitose valstybėse narėse apimtis. Tam reikalinga papildoma infomacija apie:

- Privačios sveikatos apsaugos paslaugų rinkos struktūrą. Padarytos prielaidos nėra pagrįstos objektyviais rodikliais ir jos leidžia tik nustatyti galimas poveikio apimties ribas, bet neleidžia teigti, kad poveikis gali būti tam tikros apimties.
- Pacientų polinkius ir galimybes naudotis ambulatorinių paslaugų teikėjų kitose valstybėse narėse paslaugomis. Šiuo metu nėra jokių duomenų, galinčių apibrėžti šį aspektą ir siekiant detaliai išanalizuoti galimas poveikio apimtis reikalinga atlikti papildomus tyrimus. Tuo pačiu negalima nuneigti to, kad panašūs procesai (kai pacientai vyksta gauti tam tikrų paslaugų į kitas valstybes nares) vyksta ir šiuo metu.

Atsižvelgiant į minėtus aspektus reikalinga pažymėti, kad apibrėžta suma (iki 200 mln. litų) yra tik numatoma galima Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikio sfera ir neapibrėžia galimo poveikio apimties. Poveikis PSDF biudžetui gali svyruoti nuo labai menko iki pakankamai reikšmingo. Šiame tyrime nėra apibrėžiamos galimos Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikio apimtys ir šis vertinimas apribojamas nuostata, kad reikalingi papildomi tyrimai norint atlikti pagrįstą kiekybinį vertinimą.

Tačiau šalia galimos poveikio sferos nustatymo, siekiant įvertinti Direktyvos poveikį, reikalinga akcentuoti kelis papildomus aspektus. Nesant galimybės tiksliai apibrėžti poveikio apimties, reikalinga nagrinėti platesnio pobūdžio įtaką. Išskirtini du aspektai:

- Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikis sveikatos apsaugos sektoriaus konkurencingumui;
- Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikis sveikatos apsaugos paslaugų finansavimo modeliui.

Tyrime jau buvo minėta, kad įgyvendinus Direktyvos nuostatas privačios sveikatos apsaugos paslaugų teikimo įmonės bus labiau suinteresuotos prisijungti prie šių paslaugų finansavimo mechanizmo. Tačiau vertinant poveikį sektoriaus konkurencingumui reikia akcentuoti, kad ekonominės paskatos Lietuvos apdraustiesiems siekti ambulatorinių paslaugų kitose valstybėse narėse nėra. Paslaugų paklausos mažėjimo priežastimi didžiąja dalimi gali būti tik psichologiniai arba situaciniai (kai pacientai naudojami sveikatos apsaugos paslaugomis kitose valstybėse narėse būdami jose dėl kitų nei gydymosi priežasčių) motyvai. Tuo tarpu vertinant kitų valstybių narių apdraustųjų paskatas naudotis Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugomis reikia išskirti būtent ekonominį motyvą. Mažesnės kainos, paslaugų prieinamumas ir jų kokybė, apmokėjimo už paslaugas ir numatomas kompensavimo mechanizmas sudaro prielaidas sveikatos apsaugos paslaugų eksporto plėtrai. Todėl vertinant Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikį šio sektoriaus konkurencingumui reikia pažymėti galimą jo teigiamą poveikį. Jei bus sudarytos sąlygos sveikatos apsaugos paslaugų eksportui, teigiamas Direktyvos poveikis sveikatos apsaugos paslaugų sektoriui būtų reikšmingesnis nei tiesioginis jų neigiamas galimas poveikis PSDF biudžeto išlaidų didėjimui.

Šiuo metu Lietuvoje veikiantis sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelis pagrįstas paslaugų išpirkimu. Tai reiškia, kad PSDF biudžete numatomos perkamų paslaugų apimtys ir lėšos paskirstomos sveikatos priežiūros paslaugų įmonėms. Kitoks modelis, kurio pagrindą sudaro sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimas, Lietuvoje nefunkcionuoja. Jis taikomas kai kuriose kitose valstybėse narėse. Analizuojant Paslaugų direktyvos projekte užfiksuotas nuostatas matome, kad nepriklausimai nuo nacionalinės finansavimo sistemos, tarpvalstybiniuose santykiuose numatomas būtent kompensacinis modelis. Tokiu būdu Direktyvos nuostatos laikytinos reikšminga paskata bendro nacionalinio sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelio reformavimui. Direktyvos nuostatų bei kompensavimo mechanizmo įgyvendinimas pats savaime nelemia būtinybės keisti finansavimo modelį, tačiau bendras poveikis sveikatos priežiūros sektoriui, tiesioginis galimas poveikis PSDF biudžetui bei paslaugų prieinamumui laikytini pakankamomis priežastimis svarstyti galimybes keisti sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo reformas.

Apibendrinant galimą Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikį teigtina, kad tai sudaro prielaidas PSDF biudžeto išlaidų didėjimui, tačiau tuo pačiu suformuoja galimybes sveikatos priežiūros paslaugų sektoriaus plėtrai (dėl paslaugų eksporto galimybių išsiplėtimo) bei skatina peržiūrėti sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelio funkcionavimą.

3.5. BENDRAS POVEIKIO PSDF BIUDŽETUI KIEKYBINIS VERTINIMAS

Atskirų poveikio veiksnių kiekybinis vertinimas leidžia pateikti bendrą vertinimą. Toliau tyrime pateikiamas bendras esamo laikotarpio (2006 metų) kiekybinis poveikio vertinimas bei artimiausio laikotarpio poveikio vertinimas. Tai pat pateikiamas pesimistinis (didžiausias galimas išlaidų padidėjimas), optimistinis (mažiausias galimas išlaidų padidėjimas) bei tikėtinas scenarijus. Visų pirma

apibendrinamas Reglamentų poveikis. Papildomai pateikiamas galimas Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikio kiekybinis vertinimas.

Esamas Reglamentų poveikis apskaičiuojamas pagal formulę:

$$Pe=Ke+Me+Se+Ge+Be \quad (11)$$

Kur:

Pe – Esamo poveikio apimtis;

Ke – Esamas poveikis dėl keliaujantiems asmenims suteikiamų paslaugų kitose valstybėse narėse apimties;

Me - Esamas poveikis dėl migravusiems asmenims suteikiamų paslaugų kitose valstybėse narėse apimties;

Se - Esamas poveikis dėl specialioms asmenų grupėms priskirtiems asmenims suteikiamų paslaugų kitose valstybėse narėse apimties;

Ge - Esamas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gydytis į kitas valstybes nares, apimties;

Be - Esamas poveikis dėl menamo paslaugų subsidijavimo, kai jos teikiamos kitų valstybių narių piliečiams, apimties.

13 lentelė. Esamo periodo poveikio PSDF biudžetui vertinimas, tikėtinas scenarijus.

Veiksny	Išlaidų padidėjimas (Lt.)	Nuoroda
Keliaujantiems asmenims suteiktos paslaugos kitose v.n.	934833,85	Ke (5)
Tame tarpe:		
- tipiniai įvykiai	398833,85	KTe (1)
- netipiniai įvykiai	536000,00	KNe (3)
Migravusiems asmenims suteiktos paslaugos kitose v.n.	Nereikšminga	Me
Specialiosios asmenų grupės	Nereikšminga	Se
Asmenys, vykstantys gydytis į kitas v.n.*	788500,00	Ge (7)
Tame tarpe:		
- ambulatorinės paslaugos	107100,00	8 lent.
- stacionarinės paslaugos	681400,00	11 lent.
Paslaugų subsidijavimas	15785,00	Be (9)
VISO:	1 739 115,85	

* - imamas metinis koreguotas vertinimas, kai pralaidumas didinamas 10% ir naudojami Lietuvos resursai.

Tikėtina, kad PSDF biudžeto išlaidos artimiausiu metu (2006 metais) dėl Reglamente užfiksuotų nuostatų gali padidėti kiek daugiau nei 1,7 mln. litų. Remiantis optimistiniu scenarijumi, jei bus mažiau didinamas paslaugų pralaidumas, ši suma gali sudaryti apie 1,3 mln.litų.

Įvertinus tai, kad gali būti neskirta pakankamai dėmesio pralaidumo didinimui naudojantis vietiniais resursais ir tuo pačiu sukurtos prielaidos pacientų išvykimui į kitas valstybes nares, net ir artimiausiu metu PSDF biudžeto išlaidos gali išaugti iki beveik 2,5 mln. litų. Šiuo atveju laikoma, kad eilės bus mažinamos tik 10%, bet gydymas vyks kitose valstybėse narėse.

Būtent eilių mažinimas arba pacientų siuntimas laikytinas pagrindiniu veiksniu, nes kiti rodikliai išlieka gana stabilūs.

Būsimas Reglamentų poveikis apskaičiuojamas pagal formulę:

$$Pb=Kb+Mb+Sb+Gb+Bb \quad (12)$$

Kur:

Pb – Būsimo poveikio apimtis;

- Kb – Būsimas poveikis dėl keliaujantiems asmenims suteikiamų paslaugų kitose valstybėse narėse apimties;
 Mb - Būsimas poveikis dėl migravusiems asmenims suteikiamų paslaugų kitose valstybėse narėse apimties;
 Sb - Būsimas poveikis dėl specialioms asmenų grupėms priskirtiems asmenims suteikiamų paslaugų kitose valstybėse narėse apimties;
 Gb - Būsimas poveikis dėl pacientų, siunčiamų gydytis į kitas valstybes nares, apimties;
 Bb - Būsimas poveikis dėl menamo paslaugų subsidijavimo, kai jos teikiamos kitų valstybių narių piliečiams, apimties.

14 lentelė. Būsimo periodo (2007-2008) poveikio PSDF biudžetui metinis vertinimas, tikėtinas scenarijus.

Veiksny	Išlaidų padidėjimas (Lt.)	Nuoroda
Keliaujantiems asmenims suteiktos paslaugos kitose v.n.	5216352,00	Kb (6)
Tame tarpe:		
- tipiniai įvykiai	1196352,00	KTb (2)
- netipiniai įvykiai	4020000,00	KNb (4)
Migravusiems asmenims suteiktos paslaugos kitose v.n.	Nereikšminga	Mb
Specialiosios asmenų grupės	Nereikšminga	Sb
Asmenys, vykstantys gydytis į kitas v.n.*	2602050,00	Gb (8)
Tame tarpe:		
- ambulatorinės paslaugos	353430,00	8 lent.
- stacionarinės paslaugos	2248620,00	11 lent.
Paslaugų subsidijavimas	31508,50	Bb (10)
VISO:	7849910,5	

* - imamas metinis koreguotas vertinimas, kai pralaidumas didinamas 33% ir naudojami Lietuvos resursai.

Tikėtina, kad PSDF biudžeto išlaidos per ilgesnį periodą (2007 - 2008 metais) dėl Reglamente užfiksuotų nuostatų gali padidėti kiek daugiau nei 7,8 mln. litų. Remiantis optimistiniu scenarijumi, jei bus mažiau didinamas paslaugų pralaidumas, ne taip sparčiai augs turizmo rodikliai bei naudojimasis galimybe gauti paslaugas kitose valstybėse narėse, ši suma gali sudaryti apie 6,5 mln. litų.

Įvertinus tai, kad gali būti neskirta pakankamai dėmesio pralaidumo didinimui naudojantis vietiniais resursais ir tuo pačiu sukurtos prielaidos pacientų išvykimui į kitas valstybes nares bei sparčiai didėjant turistų srautams ir įvykių skaičiui, per ilgesnį periodą PSDF biudžeto išlaidos gali viršyti 10 mln. litų. Šiuo atveju manoma, kad eilės bus mažinamos 50%, bet gydymas vyks Lietuvoje.

Skirtingai nei trumpu esamu periodu, pagrindinis įtakojantis veiksnys vertinant ilgesnio periodo poveikį, tampa išlaidos už keliaujantiems asmenims suteiktas paslaugas kitose valstybėse narėse. Šis veiksnys yra nekontroliuojamas ir eilių mažinimo priemonės nebus tokios reikšmingos biudžeto išlaidų didėjimui.

Vertinant dar ilgesnius periodus bei formuojant pesimistinius scenarijus galima teigti, kad papildoma PSDF lėšų metinė dalis dėl Reglamento nuostatų įgyvendinimo gali padidėti iki 12 - 15 mln. litų.

Šiame tyrime, šalia Reglamentų kiekybinio vertinimo buvo siekiama įvertinti ir galimą Paslaugų direktyvos tiesioginį poveikį PSDF biudžeto išlaidų kitimui. Tyrimo 3.4. dalyje apibrėžiama, kad galima Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikio sfera apima nuo 0 iki 200 mln. litų per metus. Tiksliai nustatyti apimtis be papildomų tyrimų nėra galimybės ir pateikiami skaičiai parodo tik galimo poveikio ribas. Kaip jau buvo minėta, galimai svarbesnis poveikis atsiranda dėl įtakos sektoriaus konkurencingumui ir finansavimo modelio formavimo. Tuo tarpu tiesioginio poveikio PSDF biudžetui vertinimas reikalauja privačios sveikatos apsaugos sektoriaus struktūros bei pacientų nuostatų detalesnio pažinimo.

Nepriklausomai nuo Direktyvos nuostatų įsigaliojimo ar kitų veiksmų, galioja keli principiniai pasiūlymai, kurie leistų mažinti išlaidų didėjimo tempus:

- visų pirma reikalinga didinti PSDF biudžetą siekiant išnaudoti esamus resursus ir nesiekti mažinti eiles siunčiant pacientus gydytis į kitas valstybes nares;
- performuoti bazines kainas, kad jos apimtų visas su paslaugos teikimu bei įstaigos veikla susijusias išlaidas (jeigu paliekamas esamas sveikatos apsaugos finansavimo modelis).

Vertinant galimą Direktyvos nuostatų priėmimo įtaką reikėtų akcentuoti, kad dėl pasikeitusių sąlygų susiformuotų prielaidos viso sveikatos apsaugos paslaugų sektoriaus finansavimo perorganizavimui bei naujų principų jame įtvirtinimo.

4. POVEIKIO LIETUVOS TEISĖS SISTEMOS DALIAI, REGLAMENTUOJANČIAI SVEIKATOS DRAUDIMO IR SU JUO SUSIJUSIŲ SANTYKIŲ, VERTINIMAS

4.1. BENDROSIOS NUOSTATOS

Atlikus Paslaugų direktyvos santykių su Lietuvos Respublikos teisės aktais analizę, išskirtini kelių lygių teisės aktai, kuriuos dėl jų reguliuojamų santykių, tektų keisti. Tai būtų įstatymai, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai, Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymai.

Pakeitimai taip pat gali būti suskirstyti į **esminius**, jeigu reikėtų keisti visą teisės aktą, nustatyti naują reguliavimą, atlikti teisės akto bazinio poveikio vertinimą, **redakcinius** (neesminius), **aiškinamuosius**, kai teisės aktą turėtų papildyti metodinės arba techninės nuostatos, kurios detalizuotų arba nustatytų procedūras, bet nekeistų pačių santykių reguliavimo.

Aptariant Reglamentų bei Paslaugų direktyvos poveikį Lietuvos teisės sistemai, buvo atlikta teisės aktų analizė, vadovaujantis lingvistiniu, sisteminiu, funkciniu bei įstatymų leidėjo tikslo teisės aiškinimo principais. Sistemaiškai analizuojant bei aiškinant teisės aktus, analizė buvo atliekama nuo įstatymų iki poįstatyminių teisės aktų, pažymint jų pakeitimo poreikį.

Atsižvelgiant į santykių, kuriuos reglamentuoja Paslaugų direktyva, išskirtini šie analizei svarbūs įstatymai - Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099), Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995), Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512).

4.2. PASLAUGŲ DIREKTYVOS POVEIKIS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMU

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 19 straipsnio 1 dalies 2 punktas būtinajai medicinos pagalbai priskiria nestacionarią arba stacionarinę (institucinę) skubią mediciną pagalbą. Šio pagalbos mastą ir teikimo tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Kadangi ši nuostata susijusi su Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – SDĮ) tam tikrais straipsniais, jos pakeitimas priklausys nuo minėto teisės akto pakeitimų.

4.3. PASLAUGŲ DIREKTYVOS POVEIKIS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMU

Šioje ataskaitoje jau buvo pažymėta, kad vienas iš svarbiausių Paslaugų direktyvos elementų – laisvė teikti paslaugas, nepriklausomai nuo to, ar jos teikiamos įsisteigus ar ne.

Ketinančiam teikti sveikatos priežiūros paslaugas subjektui Lietuvoje įsteigus infrastruktūrą galiotų Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, kuris nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už pažeidimus pagrindus.

Vienas iš galimų Paslaugų direktyvos poveikio aspektų – naujų sveikatos priežiūros įstaigų steigimasis (pvz., užsienyje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų filialai) bei jų noras tapti LNSS nariais, t.y. teikti paslaugas, apmokamas iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar privalomojo sveikatos draudimo fondo, ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų.

Naujų sveikatos priežiūros įstaigų steigimasis būtų susijęs su privačiomis investicijomis į sektorių, atsirandančios įstaigos iš karto netaptų LNSS nariais, o būtų LNSS nepriklausančiomis įstaigomis ir joms būtų taikomi Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 19 straipsnio reikalavimai. LNSS nariai šios įstaigos taptų minėto įstatymo 3 straipsnio 1 dalies 4 punkto nustatyta tvarka, kai jos sudarytų sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais. Jie būtų LNSS nariais sutarčių galiojimo laikotarpiu.

Išanalizavus Paslaugų direktyvos nuostatas dėl paslaugų teikimo užtikrinimo pažymėtina, kad direktyva neįpareigoja valstybės narės sudaryti sutartis su privačiu ūkio subjektu dėl nemokamų paslaugų teikimo. Be to, nacionalinis reguliavimas leidžia valstybei pasirinkti sektoriaus planavimo strategiją, nes Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnis numato, kad LNSS įstaigų minimalius išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį nustato Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa, o šių įstaigų steigėjai ir įstaigos privalo užtikrinti, kad būtų įgyvendinti minimalūs LNSS įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai.

Kadangi Paslaugų direktyva numato valstybei narei teisę nustatyti išimtis dėl iš valstybės biudžeto apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo keisti nereikėtų, tačiau ši įstatymą įgyvendinančios institucijos turi laikytis vieningos ir aiškios pozicijos dėl valstybės teisės nustatyti LNSS įstaigų išdėstymo, jų teikiamų paslaugų planavimo, teikiamų paslaugų kompensavimo ir pan. ir tai neprieštarautų direktyvos nuostatomis.

4.4. PASLAUGŲ DIREKTYVOS POVEIKIS LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMU

Šio tyrimo aspektu Paslaugų direktyvos poveikio galimybė šio įstatymo reguliuojamiems santykiams yra svarbiausia. Vertinant Paslaugų direktyvos poveikį minėtam įstatymui, išanalizuoti pagrindiniai straipsniai, kurie susiję su direktyvos nuostatų įgyvendinimu bei šiuos straipsnius įgyvendinantys poįstatyminiai teisės aktai.

Analizės metu ypatingas dėmesys buvo suteiktas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512) 6 straipsnio „Draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu“ nuostatomis. Šiame straipsnyje pateiktas baigtinis ir išsamus draudžiamų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų sąrašas. Atkreiptinas dėmesys į straipsnio 2 dalį, numatančią draudimą privalomuoju sveikatos draudimu tarptautinių sutarčių nustatyta tvarka, kai Lietuvos Respublikos piliečiai, nuolat ar laikinai gyvena šalyse, su kuriomis Lietuva yra sudariusi tarptautines sutartis dėl privalomojo sveikatos draudimo, ir šių šalių piliečiai, nuolat ar laikinai gyvena Lietuvos Respublikoje.

Paslaugų direktyvos kontekste labai svarbu įvertinti šių asmenų gydymo išlaidų kompensavimą, kadangi jie sudaro tam tikrą dalį migruojančių ir tuo atveju, jeigu pagal tarptautinę sutartį Lietuva Respublika draudžia savo piliečius, jiems dirbant ir besigydančioms kitoje ES valstybėje, išlaidų kompensavimo našta tektų Lietuvos Respublikos biudžetui, tačiau jeigu sutartis numato, kad Lietuvos piliečiai, nuolat ar laikinai gyvenantys užsienio valstybėje, draudžiami šios valstybės, Paslaugų direktyvos nuostatos neturėtų būti taikomos nustatant gydymo išlaidų kompensavimo principus ir tvarką šiems asmenims. Atkreiptinas dėmesys į 6 straipsnio 4 dalies 5 punkto nuostatas.

Analizės metu nustatyta, kad galimi atvejai, kai vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis du ir daugiau nepilnamečių vaikų būtų sutuoktinis Lietuvos Respublikos piliečio, kuris nuolat ar laikinai gyvena užsienio šalyse ir kurį draudžia tos šalies įstatymai.

Tuo atveju, jeigu sutuoktinis taip pat būtų draudžiamas pagal tos šalies teisės aktus bei tarptautinį susitarimą, 6 straipsnio 4 dalies 5 punkto nuostata neturėtų būti taikoma ir asmuo neturėtų būti laikomas apdraustuoju privalomuoju sveikatos draudimu. Šis pasiūlymas taip pat taikytinas ir 6 straipsnio 4 dalies 6 punktui.

Keičiant SDĮ 6 straipsnio nuostatas atkreiptinas dėmesys į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 m. rugsėjo 4 d. nutarimo Nr. 951 „Dėl Bendro socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimo įvedimo, išdavimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimo pildymo bei draudžiamųjų įskaitos laikinosios tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 1997, Nr. 83-2074) bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymą Nr. V-276 „Dėl visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 50-2244).

Bendro socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimo įvedimo, išdavimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimo pildymo bei draudžiamųjų įskaitos laikinosios tvarkos nuostatuose turi būti atlikti redakciniai pakeitimai 3 punkte, taip pat įtvirtintos nuostatos, susijusios su Paslaugų direktyva 5 punkte bei įvertintas 6.4 punkto keitimo būtinumas.

Atsižvelgiant į Reglamentų bei Paslaugų direktyvos nustatomus mechanizmus bei įvertinus santykį su SDĮ 6 straipsniu, turėtų būti keičiama SDĮ 8 straipsnio 3-6 dalys. Taip pat svarstytinas 2 dalies keitimas dėl paslaugų kainos įtvirtinimo (100 MGL). Tuo pačiu turėtų būti peržiūrėtas ir šio straipsnio 6 dalyje numatytas mechanizmas.

Tuo atveju, jeigu būtų keičiamas SDĮ 8 straipsnis, įgyvendinant Paslaugų direktyvos numatytus mechanizmus, turėtų būti įvertinti eilės sveikatos apsaugos ministro bei Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymų galimi pakeitimai.

Ypatingai atkreiptinas dėmesys į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymą Nr. V-114 „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 23-981) bei su juo susijusio Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2003 m. spalio 16 d. įsakymas 1K-87 „Dėl stacionariųjų paslaugų grupių sąrašų patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 105-4742), o taip pat Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2000, Nr. 47-1365).

Pastarajame teisės akte Paslaugų direktyvos mechanizmai galėtų nulemti Nėščiujų ir motinų, iki vaikai sukaks vieneri metai, sveikatos tikrinimo tvarkos pakeitimą, Vairuotojų sveikatos tikrinimo tvarkos pakeitimą, Vykstančiųjų į užsienį sveikatos tikrinimo tvarkos pakeitimą, Aviacijos darbuotojų sveikatos tikrinimo tvarkos pakeitimą, Laivyno darbuotojų sveikatos tikrinimo tvarkos pakeitimą, Geležinkelio darbuotojų sveikatos tikrinimo tvarkos pakeitimą.

Kitų tvarkų, nes iš viso Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 patvirtinti 18 priedų, pakeitimas turėtų būti įvertintas atsižvelgiant į galimus pasikeitimus specialistų veikloje dėl Paslaugų direktyvos procedūrų taikymo.

Didžiausia atliktos teisės aktų analizės dalis tenka SDĮ 9 straipsnio nuostatų ir ši straipsnį įgyvendinančių poįstatyminių teisės aktų įvertinimas, atsižvelgiant į Paslaugų direktyvos projekte įtvirtintas nuostatas. Kadangi šis straipsnis yra itin svarbus, pateikiama kiekvienos jo atskiros dalies santykio analizė su Paslaugos direktyvos nuostatomis.

Straipsnio pirmoji dalis numato, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė rehabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė. Kadangi Paslaugų direktyva aiškiai neapibrėžia ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų, skirtingos valstybės narės gali nustatyti šių paslaugų skirtingą aiškinimą bei apimtį. Akivaizdu, kad įgyvendinant Paslaugų direktyvos

nuostatas dėl ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų išlaidų apmokėjimo, todėl Lietuvos Respublika neišvengiamai susidurtų su teisės aktų spragomis, būtų ap sunkintas draudimo sistemos funkcionavimas.

Išsakytais motyvais revizuotina 9 straipsnio 2 dalis, nustatanti, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokama tokia prevencinė medicinos pagalba kaip informacinės paslaugos ligų profilaktiniai patikrinimai bei sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai, šio straipsnio 3 dalis, įtvirtinanti, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų išsigijimo išlaidų kompensacijos, SDĮ nustatytos draudžiamųjų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensacijos bei valstybės parama ortopedijos technikos priemonėms įsigyti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

Dėmesys kreiptinas į vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimą bei valstybės paramą ortopedijos technikos priemonėms įsigyti. Kadangi kiekvienos ES valstybės narės kompensavimo sistema turi tam tikrų savitumų, be to, kompensuojamųjų vaistų sritis nėra harmonizuota ES teisėje, išskyrus kainodaros klausimus (1988 m. gruodžio 21 d. Tarybos direktyva 89/105/EEB dėl priemonių, reglamentuojančių žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymą ir šių vaistų įtraukimą į nacionalinių sveikatos draudimo sistemų sritį, skaidrumo⁴⁹), siūloma taip pat įvertinti vaistų kompensavimą bei kompensuojamųjų vaistų kainodarą nustatančius teisės aktus. Pvz., Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimas Nr. 994 „Dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių išsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 111-4048), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr.159 „Dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkos“ (Žin., 2002, Nr. 39-1450).

Taip pat įvertintinos 9 straipsnio 4 dalies nuostatos, numatančios, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama medicininė rehabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, kurie apima slaugos ir socialines paslaugas bei patarnavimus, palaikomojo gydymo paslaugas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir terminais, bet ne ilgiau kaip 120 dienų per kalendorinius metus bei SDĮ 11 straipsnyje numatytą medicininę rehabilitaciją ir sanatorinį gydymą. Paslaugų direktyvos projekto nuostatų analizė leidžia teigti, kad atsižvelgiant į šių paslaugų teikimo ypatumus, šios straipsnio dalies keisti nereikės. Tokia pat išvada darytina ir dėl straipsnio 5 dalies.

Straipsnio 5 ir 7 dalis taip pat nekeistinos, tačiau svarstyтина, ar 7 dalis neturėtų būti papildyta nuostatomis, susijusiomis su paslaugų teikimu ES valstybių narių piliečiams.

Atlikus analizę poįstatyminių teisės aktų, įgyvendinančių SDĮ 9 straipsnio nuostatas, pažymėtina, kad iš viso turėtų būti peržiūrėti apie 60 įvairių poįstatyminių teisės aktų (teisės aktai bei jų pakeitimai. Teisės aktų sąrašas pridedamas), dalis kurių turi būti iš esmės keičiama arba turėtų būti išleistas metodinis pavyzdys dėl galimos teisės aktų kolizijos sprendimo.

Analizės rezultatai leidžia teigti, kad pagrindinis dėmesys turėtų būti sutelktas į šių poįstatyminių teisės aktų pakeitimus - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymas V-534 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių, kompensuojamų iš valstybės biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 90-3383), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas V-488 „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ (Žin., 2005, Nr. 76-2775), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-483 „Dėl papildomo mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų suteiktas skatinamąsias paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr.104-3857), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymas V-315 „Dėl invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo sveikatos priežiūros įstaigose bazinių kainų

⁴⁹ <http://www3.lrs.lt/c-bin/eu/getfmt?C1=e&C2=7221>

pakeitimo“ (Žin., 2005, Nr. 55-1901), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymas Nr. V-305 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 55-1891), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymas V-304 „Dėl Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 55-1890), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 27 d. įsakymas Nr. V-282 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“ (Žinios, 2004, Nr. 70 – 2464), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 50-1447), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 57-1611).

Analizuojant SDĮ 10 straipsnio „Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas apdraustiesiems“ santykį su Paslaugų direktyvos projekto 23 straipsnio nuostatomis, darytina išvada, kad šis straipsnis gali būti koreguojamas ne iš esmės, bet derinant nacionalinių teisės aktų nuostatas, pvz., SDĮ 9 straipsnis.

4.5. DIREKTYVOS 23 STRAIPSNIO SANTYKIS SU REGLAMENTAIS

Mokslinėje literatūroje tiesioginis ES teisės normų veikimas apibrėžiamas kaip „mechanizmas, suteikiantis piliečiui teisę pasiremti Bendrijos teisės nuostata savo nacionaliniame teisme, kuris privalo pripažinti, ginti ir įgyvendinti tokios nuostatos suteikiamas teises“.⁵⁰ Šis apibrėžimas reikšmingas mažiausiai vienu aspektu – nuostata, kad nacionalinis teismas privalo atsižvelgti į ES teisės normas. Iš ES teisės aktų tiesiogiai taikomi yra reglamentai ir tam tikrais atvejais direktyvos.

Nagrinėjant Paslaugų direktyvos projekto 23 straipsnio poveikį PSDF biudžetui, būtina išanalizuoti atvejus, kai direktyva galės būti tiesiogiai taikoma ir kokios pasekmės dėl to gali kilti valstybei. Sutartyje 249 straipsnyje nurodoma, kad „direktyva yra privaloma kiekvienai valstybei narei, kuriai ji skirta, siekiant rezultato atžvilgiu, bet nacionalinės valdžios institucijos gali pasirinkti jos įgyvendinimo formą ir būdus.“⁵¹

Pažymėtina, kad Europos Bendrijų Teisingumo Teismas 1979 m. byloje *Publico Ministero v. Tullio Ratti* suformulavo taisyklę, kad tos direktyvos, kurios nebuvo įgyvendintos tinkamai ir laiku, vis tiek laikomos tiesioginio veikimo ir valstybės narės negali nepripažinti jų tiesioginio veikimo. Direktyva nelaikoma tiesioginio veikimo iki tol, kol nesibaigia jos įgyvendinimo terminas. Tokiu atveju sukuriama situacija, kurioje tiesioginis direktyvos veikimas iš principo tapo asmens ginklu prieš valstybę.

Žinant, kad direktyvos gali būti tiesiogiai taikomos dalinai, taip pat numatant ribą tarp reglamento ir direktyvos, pravartu pažvelgti kaip konceptualizuojamas direktyvų tiesioginis ir netiesioginis veikimas įvedant „horizontalaus“ ir „vertikalus“ tiesioginio veikimo sąvokas. „Horizontaliu“ veikimu vadinamas toks tiesioginis veikimas, kuris išskyla dėl ieškinių tarp asmenų, tuo tarpu „vertikalus“ tiesioginis veikimas susijęs su asmens ir valstybės narės santykiu, įsivaizduojant „vertikalę“ kaip teisinę išraišką, kur subjektas „viršuje“ yra valstybė, o „apačioje“ – asmuo.⁵² Pažymėtina, kad teismas suformulavo nuostatą, kad „direktyvos privalomumas, kuris ir suteikia pagrindą ją remtis nacionaliniame teisme, taikomas tik kiekvienai valstybei narei, kuriai ji skirta, todėl galima daryti išvadą, kad direktyva negali pati savaime nustatyti asmens pareigų ir kad direktyvos nuostata negalima remtis kito tokio asmens atžvilgiu“.⁵³

⁵⁰ Cairns W. Europos Sąjungos teisės įvadas. Eugrimas: Vilnius, 1999. - P. 124.

⁵¹ <http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/index.html>

⁵² Tatham A. Europos Sąjungos teisė. Eugrimas: Vilnius, 1999. - P. 64.

⁵³ Shaw J. Law of the European Union. MACMILLAN PRESS LTD, 1996. – P. 267.

Reikalinga įvertinti tai, kad tiek Paslaugų direktyvos 23 straipsnyje, tiek Reglamentai reglamentuoja sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą. Direktyvos straipsnis skirtas įgyvendinti Teisingumo Teismo sprendimus bylose (Kohl, Decker bylos) aiškinančiose Reglamento (EEB) Nr.1408/71 taikymą. Pagrindinė problema yra takoskyra tarp 23 Paslaugų direktyvos straipsnio ir Reglamento (EEB) Nr.1408/71 22 straipsnio. Vadovaujantis šiuo metu egzistuojančia tvarka, apmokamos faktinės (patirtos) išlaidos. Paslaugų direktyvoje numatomas apmokėjimas bazinėmis kainomis. Lietuvos atveju, kadangi bazinės paslaugų kainos yra mažesnės nei kitose valstybėse narėse, būtų priimtinau perkelti Paslaugų direktyvos nuostatas į naująjį Reglamentą (Nr. 574). Nacionaliniuose teisės aktuose, galima numatyti, kad jei pacientui išduodamas leidimas (E112 forma) gydytis kitoje valstybėje narėje, jam būtų kompensuojama faktinėmis kainomis. Jei pacientas gydėsi savarankiškai, kompensacija gali būti mokama bazinėmis kainomis.

Perkėlus tik dalį Paslaugų direktyvos 23 straipsnio nuostatų, netinkamai perkėlus ir pan., asmuo gali pasiremti direktyvos tekstu ir reikalauti suteikti jam direktyvoje numatytas paslaugas.

Šioje ataskaitoje buvo paminėta, kad Direktyvos priėmimo atveju nėra apibrėžtas administravimas ir kontrolė. Atsižvelgiant į Reglamentų ir Direktyvos reguliuojamų santykių giminingumą, Direktyvos kontrolės ir priežiūros mechanizmas būtų taikomas toks pats kaip ir Reglamentų.

Nustatyti tokį kontrolės mechanizmą leidžia Direktyvos preambulė ir išlygos, numatytos dėl sveikatos apsaugos. Valstybės narės pačios gali apibrėžti šį socialinės apsaugos sistemos funkcionavimo komponentą. Būtent ši dalis ir lemia visos sistemos funkcionavimą, tai reiškia, kad didelių pokyčių sistemos mastu neturėtų būti.

Šioje dalyje, nagrinėjant Paslaugų direktyvos projekto 23 straipsnio nuostatų santykį su šiuo metu galiojančiais Reglamentais bei rengiamais jų pakeitimų projektai, atkreiptinas dėmesys į tarpusavio suderinamumą tarp Lietuvos Respublikos galiojančių teisės aktų, kurie numato socialinio ir sveikatos draudimų tarpusavio santykius, nes sveikatos draudimas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymo 3 straipsnio 5 dalimi, sudaro vieną iš socialinio draudimo rūšių.

Pasitelkus lyginamąjį ir sisteminį analizės metodus, išnagrinėjus minėtų teisės aktų santykį, siūloma įvertinti ir suderinti šias įstatymines nuostatas: 1) Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 ir 7 straipsnį su Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymo 4 straipsniu; 2) Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo II skirsnį su Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymo 5 bei 11 straipsniais. Dėmesys skirtinas Valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymui, Ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymui, Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymui bei Nedarbo socialinio draudimo įstatymui; 3) Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo IV bei V skyriaus su Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymo 24 straipsniu.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Analizuojami reglamentai iš esmės apibrėžia skirtingų socialinės apsaugos sistemų bendrą funkcionavimą Europos Sąjungos erdvėje. Socialinės apsaugos sistemų funkcionavimo koordinavimas sietinas su laisvo asmenų judėjimo tarp šalių narių nuostatos įgyvendinimu. Dėl skirtingo šios srities reglamentavimo šalyse narėse numatoma, kad Reglamento nuostatos taikytinos visiems asmenims, kurie dalyvauja (yra apdrausti) socialinės apsaugos sistemoje.

2. Reglamentu (EEB) Nr. 1408/71 siekiama užtikrinti šalių narių piliečių teises į socialinę apsaugą persikeliant Bendrijoje nepriklausomai nuo skirtingo šios srities reglamentavimo šalyse narėse. Tuo pačiu numatoma, kad Bendrijoje persikeliantys piliečiai turi būti tik vienos šalies narės socialinės apsaugos sistemos subjektais.

3. Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 taikomas visiems teisės aktams, kurie apima šias socialinės apsaugos sritis:

- ligos ir motinystės išmokas;
- invalidumo išmokas, įskaitant tas, kurios skirtos darbingumui išsaugoti arba atgauti;
- senatvės išmokas;
- išmokas išlaikytiniams;
- išmokas dėl nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų;
- išmokas mirties atveju;
- bedarbio išmokas;
- išmokas šeimai.

4. Pagrindinės analizuojamo Reglamento nuostatos šio tyrimo kontekste yra:

- Reglamentas iš esmės suformuoja vieningą socialinės apsaugos sistemų erdvę, kuri apima visas Europos Sąjungos valstybes.
- Dėl to sukuriama nauja, visas valstybes nares apimanti reglamentavimo sistema, lemianti poreikį nacionalinę sistemą derinti su Reglamento nuostatomis.
- Dėl šios priežasties vienos valstybės narės išmokos, susijusios su socialine apsauga, turi būti nukreipiamos apmokėti už paslaugas ir kitose nei tos valstybės įstaigose.
- Pacientams suteikiama teisė gauti paslaugas kitose šalyse narėse, jei to negalima efektyviai padaryti kompetetingoje valstybėje ir atitinkama kompetetinga valstybė turi už jas apmokėti.

5. Reglamentų poveikio formos yra dviejų rūšių. Visų pirma galima išskirti bendrą poveikį plačiaja prasme, kuris, daugiausia tai per teisinio reglamentavimo pokyčius įtakoja bendrąją sistemą, jos norminius aktus, sistemos funkcionavimą bei socialinės apsaugos sistemos dalyvius. Reglamentas pripažįsta, kad egzistuoja įvairios socialinio draudimo sistemos, kurios skirtingu pagrindu skaičiuoja išmokų dydžius, kurios draudžia individus arba šeimas. Tačiau Reglamento nuostatos yra privalomos vykdyti visoms valstybėms narėms ir prie jų turi būti priderinta nacionalinė sistema, atitinkamai ir visi susiję normatyviniai aktai. Šiuo atveju siekiant įvertinti Reglamento poveikį reikalinga atlikti teisinių aktų auditą, kurio metu būtų identifikuoti ir įvertinti esami skirtumai tarp:

- socialinės apsaugos sistemos subjektų apibrėžimų ir draudimo sistemų taikymo atskiroms asmenų grupėms;
- tam tikrų sąvokų suderinimo ir jiems taikomų nuostatų suvienodinimos (pvz.: studentai);
- pačios sistemos funkcionavimo galimybių atviroje erdvėje adekvatumo ir jos ekonominio funkcionavimo savarankiškumo (kuo mažiau sietina su išorinėmis institucijomis ekonominiais saitais, tuo efektyviau sistema gali funkcionuoti savarankiškai išsiplėtusioje erdvėje).

Kita poveikio rūšis, kuri laikytina pagrindiniu šio tyrimo objektu, yra tiesioginis ekonominis poveikis, kuris atsispindi PSDF pokyčiuose. Tiesioginis poveikis PSDF atsiranda dėl kelių esminių nuostatų, kurios įtvirtinamos Reglamente:

- nacionalinė socialinės apsaugos sistema turi prisiimti išlaidas, kurios patiriamos jos apdraustųjų asmenų kelionių į kitas valstybes nares metu;
- nacionalinė socialinės apsaugos sistema turi prisiimti išlaidas, kurios gali būti patiriamos jos apdraustųjų asmenų jiems persikeliant gyventi į kitas valstybes nares, jei teisės į šias išlaidas buvo įgytos iki persikėlimo;
- asmenims išplečiamas galimybių ratas ir jie gali pasinaudoti kitų valstybių narių atitinkamų paslaugų teikėjų paslaugomis ir patirtas išlaidas turi kompensuoti nacionalinė socialinės apsaugos sistema (su tam tikromis išlygomis).

6. Siekiant įvertinti tiesioginį Reglamentų bei galimą Paslaugų direktyvos poveikį PSDF biudžetui reikalinga įvertinti šiuos pagrindinius faktorius:

- keliaujančių asmenų kiekį bei jiems suteiktas paslaugas kitose valstybėse narėse;
- migruojančių asmenų kiekį bei jiems teikiamas paslaugų apimtis kitose valstybėse narėse;
- asmenų, kuriems taikomos specialios Reglamento nuostatos apimtis bei jų kitimo tendencijas;
- galimas asmenų, kurie vyktų gauti tam tikrų paslaugų į kitas valstybes nares, kiekius bei šių paslaugų apimtis;
- galimą paslaugų, suteiktų kitų valstybių narių piliečiams, subsidijavimo lygį, kai į bazines paslaugų kainas (jų pagrindu vyksta atsiskaitymai tarp skirtingų valstybių kompetetingų institucijų) nėra įtraukta dalis kaštų;
- galimus privačios medicinos, kurios suteikiamos paslaugos šiuo metu nėra kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, pokyčius ir įtaką.

7. Remiantis šiuo metu galiojančio Reglamento nuostatomis, valstybė narė pati nustato mechanizmą, kuris reguliuoja leidimų gydymui kitose šalyse išdavimą. Tuo pačiu privačios sveikatos apsaugos paslaugas teikiančios įmonės gali nesudaryti sutarčių su VLK dėl kompensavimo (kaip ir VLK, kuri nėra įpareigota sudaryti sutartis su visomis sveikatos apsaugos įmonėmis). Paslaugų direktyva suteikia vartotojams laisvai pasirinkti paslaugų teikėjus nepriklausomai nuo finansuotojo (šiuo atveju VLK). Tokiu būdu Lietuvos apdraustasis, kuris iki šiol gaudavo sveikatos paslaugas iš privačių tiekėjų, gali pasirinkti bet kurį kitos valstybės narės paslaugų teikėją ir jis, suteikęs paslaugas, kompensacijos pareikalaus iš Lietuvos kompetetingos įstaigos.

8. Lietuvoje vidutinė sveikatos apsaugos paslaugų kaina yra 3 kartus mažesnė nei vidutiniškai kitose valstybėse narėse. Tuo pačiu tai reiškia, kad už atitinkamą paslaugą kitose valstybėse narėse vidutiniškai papildomai sumokama dviguba suma. Skirtumas tarp išlaidų Lietuvoje ir kitose valstybėse narėse tokiu atveju sudaro 67% kitoje valstybėje narėje sumokėtos sumos. Kainų skirtumo koeficientas – 0,67.

9. Vienadieniai ir nakvojančios turistai per 2004 metus sudarė apie 4,1 mln. turistinių dienų (2003 metais tai sudarė apie 4,2 mln.). Vienadieniai ir nakvojančios Lietuvos turistai per 2004 metus sudarė apie 7,56 mln. turistinių dienų. Kadangi turistų srautas per pateikiamus metus buvo labai panašus, turistinių dienų skaičiaus rodiklis taip pat yra labai panašus.

10. Migruojančių asmenų ir specialios asmenų grupių galimas jų poveikis PSDF biudžetui yra labai nežymus. Galima teigti, kad jų įtaka apsiriboja keliaujančių asmenų įtakos paklaidomis.

11. Tam tikru momentu Lietuvoje yra iki 5000 asmenų, kuriems viena ar kita ambulatorinė paslauga nėra suteikiama laiku. Tačiau šis rodiklis atspindi tik tam tikrą momentinį vaizdą. Pacientų, kuriems tam tikra ambulatorinė paslauga nėra suteikiama laiku skaičius, remiantis “protingos eilės” kriterijumi, per metus sudarytų apie 20 tūkst. asmenų. Pacientų, kuriems tam tikra stacionarinė paslauga nėra suteikiama laiku skaičius, remiantis “protingos eilės” kriterijumi, per metus sudarytų apie 3,4 tūkst. asmenų.

12. Vertinant paslaugų subsidijavimo lygį, galima teigti, kad jei nebūtų numatytos lėšos ilgalaikio turto nusidėvėjimo priskaitymams, teikiant paslaugas kitų valstybių narių piliečiams ir gaunant kompensacijas bazinių kainų pagrindu, subsidijavimo koeficientas būtų 0,085 (8,5% savikainos struktūroje). Atsižvelgiant į tai, kad 2006 metų PSDF biudžete numatomos lėšos, kurios sudarys 1,4% bendroje skirtų lėšų struktūroje, ilgalaikio turto nusidėvėjimui, subsidijavimo koeficientas 2006 metais bus 0,07.

13. Privati (finansuojama tiesiogiai gyventojų) medicina sudaro 1/3 viso paslaugų sektoriaus. 2004 metais bendra gyventojų išlaidų suma buvo 1 105 mln. litų.
14. Keliaujančių asmenų (Lietuvos apdraustieji) tipiniai įvykiai kitose valstybėse narėse šiuo metu padidina PSDF biudžeto išlaidas 390 - 410 tūkst. litų per metus. Per ateinančius du metus šios išlaidos gali padidėti iki 1150 – 1250 tūkst. litų per metus. Tai yra papildoma išlaidų suma.
15. Šalia tipinių įvykių reikalinga įvertinti ir netipinius įvykius (netipiniai įvykiai pasižymi didelėmis išlaidų sumomis). Jų esamas poveikis PSDF biudžeto išlaidoms (kaip papildomos išlaidos, susidariusios dėl Reglamento nuostatų) yra apie 520 - 570 tūkst. litų. Siūloma, kad tokiems įvykiams PSDF biudžete turi būti numatomas tam tikras rezervas, kurį galėtų sudaryti apie 6 mln. litų. Jei šie resursai būtų panaudojami, papildomų išlaidų PSDF biudžetui suma būtų 4 mln. litų.
16. Poveikis PSDF biudžeto išlaidų didėjimui dėl eilių mažinimo ir paslaugų pralaidumo didinimo vertintinas tik su tam tikromis išlygomis, nes pati valstybė narė gali nustatyti “protingos eilės” reikalavimus ir pilnai kontroliuoja leidimų gydytis kitose valstybėse narėse išdavimą arba didinti nacionalinių sveikatos priežiūros įstaigų pralaidumą naudodama esamus resursus. Jei pralaidumas abiejų paslaugų grupėse (ambulatorinės ir stacionarinės) bus artimiausiu metu didinamas 10%, PSDF išlaidų padidėjimas siektų 750 – 800 tūkst. litų. Jei abiejų paslaugų grupių (ambulatorinės ir stacionarinės) paslaugų apimtys būsimo periodu didinamos 33%, PSDF išlaidų padidėjimas siektų 2,5 – 2,7 mln. litų.
17. Reikalinga didinti PSDF biudžetą siekiant sumažinti eiles pacientų, kurios susidaro dėl PSDF biudžeto apribojimų. Jei jos nebus mažinamos ir suskurta metodika dėl “protingos eilės” sąvokos, o pacientams turės būti sudarytos galimybės gydytis kitose valstybėse narėse, siunčiamų pacientų skaičiaus didinimas lemtų greitesnį PSDF išlaidų didėjimą nei eilių mažinimas sumažinant PSDF biudžeto apribojimus ir naudojant vietinius resursus. Siekiant suteikti paslaugas kuo didesniai kiekiui pacientų visų pirma reikalinga sumažinti eiles Lietuvoje ir išnaudoti vietinių resursų galimybes. Siuntimo gydytis į kitas valstybes nars išdavimas laikytinas neefektyviu lėšų panaudojimu.
18. Menamo paslaugų subsidijavimo poveikis šiuo metu padidina PSDF biudžeto išlaidas 15 - 20 tūkst. litų per metus (teikiant paslaugas kitų valstybių narių piliečiams). Šios išlaidos dviejų metų laikotarpyje galėtų išaugti iki 30 – 40 tūkst. litų per metus.
19. Vertinant Paslaugų direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikį teigtina, kad tai sudaro prielaidas PSDF biudžeto išlaidų didėjimui (apibrėžiamos tik galimos ribos, nuo 0 iki 200 mln. litų per metus, o ne poveikio apimtis).
20. Direktyvos nuostatų įgyvendinimas suformuoja galimybes sveikatos priežiūros paslaugų sektoriaus plėtrai (dėl paslaugų eksporto galimybių išsiplėtimo) ir šiuo aspektu yra palankus Lietuvai.
21. Direktyvos nuostatų įgyvendinimas laikytinas reikšminga paskata peržiūrėti sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelio funkcionavimą.
22. Tikėtina, kad PSDF biudžeto išlaidos artimiausiu metu (2006 metais) dėl Reglamente užfiksuotų nuostatų gali padidėti kiek daugiau nei 1,7 mln. litų. Remiantis optimistiniu scenarijumi, jei bus mažiau didinamas paslaugų pralaidumas, ši suma gali sudaryti apie 1,3 mln.litų. Maksimalus galimas išlaidų padidėjimas gali išaugti iki beveik 2,5 mln. litų.
23. Tikėtina, kad PSDF biudžeto išlaidos per ilgesnį periodą (2007 - 2008 metais) dėl Reglamente užfiksuotų nuostatų gali padidėti kiek daugiau nei 7,8 mln. litų. Remiantis optimistiniu scenarijumi, jei bus mažiau didinamas paslaugų pralaidumas, ne taip sparčiai augs turizmo rodikliai bei naudojimasis galimybe gauti paslaugas kitose valstybėse narėse, ši suma gali sudaryti apie 6,5 mln.litų. Maksimaliais vertinimais, per minėtą periodą PSDF biudžeto papildomos išlaidos gali viršyti 10 mln. litų.
24. Siekiant mažinti PSDF biudžeto išlaidų didėjimo tempus reikia:

- visų pirma reikalinga didinti PSDF biudžetą siekiant išnaudoti esamus resursus ir nesiekti mažinti eiles siunčiant pacientus gydytis į kitas valstyves nares;
- perfomuoti bazines kainas, kad jos apimtų visas su paslaugos teikimu bei įstaigos veikla susijusias išlaidas;

25. Reglamentų ir Direktyvos įgyvendinimo mechanizmai nacionalinėje teisėje būtų įteisinti tomis pačiomis nuostatomis dėl administracinio reguliavimo. Kadangi Reglamentai taikomi tiesiogiai ir jų nuostatos neperkeliamos į nacionalinius teisės aktus, dėl šios bei anksčiau pateiktų išvadų, Paslaugų direktyvos projekto 23 straipsnio nuostatos keltinos į Reglamentus.

26. Pasinaudojant numatomomis išimtimis sveikatos apsaugos srityje, galima išvengti teisinių kolizijų, atlikus išankstinę teisės aktų reviziją bei pakeitus reikalingas nuostatas.

27. Paslaugų direktyvos projekto 23 straipsnio nuostatos lemtų kelių įstatymų bei eilės poįstatyminių teisės aktų peržiūrėjimą bei sprendimo priėmimą dėl jų pakeitimo ir(arba) papildymą. Nuostatos turės poveikį Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymui, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymui bei šiuos įstatymus įgyvendinantiems teisės aktams.

28. Analizuojant šiame tyrime aptartas nuostatas, ypatingas dėmesį atkreiptinas į Sveikatos draudimo įstatymą. Siūlome sudaryti darbo grupes, pavesti išanalizuoti santykį pagal Paslaugų direktyvos 23 straipsnio nuostatas su nurodytais įstatymais ir juos įgyvendinančiais poįstatyminiais teisės aktais.

Pvz., Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalies 5 punktas gali būti pakeistas taip: „5) vienas iš tėvų (tėvių), auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat vienas iš tėvų (tėvių), auginantis du ir daugiau nepilnamečių vaikų, jeigu jie nėra Lietuvos Respublikos piliečiai, nuolat ar laikinai gyvenantys šalyse, su kuriomis Lietuvos Respublika yra sudariusi tarptautines sutartis dėl privalomojo sveikatos draudimo arba šių piliečių sutuoktiniai, kurie pagal sudarytas tarptautines sutartis dėl privalomojo sveikatos draudimo yra draudžiami šalies, kurioje nuolat ar laikinai gyvena Lietuvos Respublikos piliečiai;“

Taip pat siūlome įvertinti 9 straipsnio 1 dalies nuostatų papildymą arba pakeitimą, atsižvelgiant į kitose valstybėse esamą ambulatorinių bei stacionarių paslaugų suskirstymą bei paslaugų priskyrimo šioms grupėms.

29. Sritys, kuriose yra prasminga tęsti tyrimus, yra:

- Galimybės naudotis būtiniosios pagalbos sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse narėse žinomumo bei esamo naudojimo lygio nustatymas.
- Realios eilių apimtys bei jų susidarymo priežastys.
- Privačios medicinos apimtys bei asmeninių gyventojų išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms struktūra.
- Vartotojų polinkių bei galimybių naudotis kitų valstybių narių ambulatorinių paslaugų teikėjų paslaugomis tyrimas siekiant nustatyti galimas Direktyvos nuostatų įgyvendinimo poveikio apimtis.
- Teisės aktų revizija.

PANAUDOTI INFORMACIJOS ŠALTINIAI

- Cairns W. Europos Sąjungos teisės įvadas. Eugrimas: Vilnius, 1999.
Fontenas P. Dešimt Europos pamokų.-1992
Junevičius A. Europos Sąjunga.- K.: KTU, 1999.
Maniokas K., Vitkus G. Lietuvos integracija į Europos Sąjungą.- V.: Europos integracijos studijų centras, 1997.
Shaw J. Law of the European Union. MACMILLAN PRESS LTD, 1996.
Tatham A. Europos Sąjungos teisė. Eugrimas: Vilnius, 1999.
Tatham A. Europos Sąjungos Teisė.- V.: Eugrimas, 1999.
- Employment and Social Policy.-<http://www.europa.eu.int>
<http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/index.html>

PRIEDAI

1 PRIEDAS

2005 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. lapkričio 11 d. Įstatymu Nr. IX-2563

(tūkst. Lt.)

Kodas	Straipsnio pavadinimas	Metinė suma
PAJAMOS		
1 01	Įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, privalomojo sveikatos draudimo įmokos (3 proc. darbo užmokesčio lygio)	467 766,0
1 02	Įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, kaip apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio	1 156 330,0
1 03	Ūkininkų ir kitų asmeninio ūkio naudotojų privalomojo sveikatos draudimo įmokos už save bei pilnaverčius ūkio ir šeimos narius, dirbančius ūkyje	1 638,0
1 04	Asmenų, kurie moka už save 10 proc. vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio dydžio, privalomojo sveikatos draudimo įmokos	400,0
1 05	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, iš jų:	705 504,0
1 05 01	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdrauosius, draudžiamus valstybės lėšomis	570 081,0
1 05 03	papildomi Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	106 712,0
1 05 04	kompensacijos kraujo donorams	4 382,0
1 05 05	kiti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	965,0
1 05 06	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti	23 364,0
1 06	Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	700,0
1 07	Savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos	7 772,0
1 08	Išieškotos lėšos už žalą, padarytą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui	700,0
1 10	Lėšų likutis pagal 1005 m. sausio 1 d. būklę	20 000,0
	Iš viso pajamų:	2 360 810,0
IŠLAIDOS		
01	Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	1 518 434,0
	5 proc. PVM	7 898,0
	0101, 0102, 0103 Pirminės asmens sveikatos priežiūros, greitosios medicininės pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti	438 707,2
	0104, 0105 Ambulatorinėms specializuotoms ir stacionarinėms paslaugoms (be br. tyr.)	1 000 232,6
	Brangiesiems tyrimams ir procedūroms	71 246,2
	Nepaskirstyta:	350,0
02	Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo kompensavimui	439 958,0
	02 Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo kompensavimui	409 958,0
	Nepaskirstyta:	30 000,0
03	Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti	93 117,0
04	Išlaidos galūnėms, sąnariams ir organams protezuoti, protezams įsigyti ir centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti	75 660,0
05	Išlaidos ortopedijos technikos priemonių įsigijimui kompensuoti	23 364,0
06	Išlaidos sveikatos programoms finansuoti	109 958,0
	1. Skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir finansavimo programa	7 630,0

	2. Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programa, iš jų:	14 850,0
	- multiorganinių donorų paruošimo kompensavimas	261,2
	3. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa, iš viso:	8 056,0
	3.1. Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialioji programa	1 556,0
	3.2. Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo programa	4 500,0
	3.3. Vaikų dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa	1 000,0
	Nepaskirstyta:	1 000,0
	4. Paslaugų restruktūrizavimo programa	29 122,0
	5. Priklausomybės ligų programa	1 500,0
	6. Prevencinė profilaktinė programa	4 000,0
	Nepaskirstyta:	4 000,0
	7. Europos Tarybos Reglamentų įgyvendinimo programa	10 800,0
	8. Nacionalinė kraujo programa	29 650,0
	9. ŽIV/AIDS epidemiologinės stebėsenos programa	350,0
07	Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos, iš jų:	34,309,0
	- darbo užmokesčiui	9 266,0
	- ilgalaikiam turtui įsigyti	10 000,0
	- kitos išlaidos	15 043,0
08	Kitos išlaidos	46 010,0
09	Kasos apyvartos lėšos	20 000,0
10	PSDF biudžeto rezervas	0,0
	Iš viso išlaidų:	2 360 810,0
	ASPI VLK įs. 2005-01-24 1k-6	1 700,0
	ASPI VLK įs. 2005-01-24 1k-5	14 628,6
	ASPI VLK įs. 2005-02-10 1k-13	3 153,9
	ASPI VLK įs. 2005-03-02 1k-22	400,0
	ASPI VLK įs. 2005-04-27 1k-56	85 155,0
	ASPI VLK įs. 2005-04-27 V-303	935,2
	ASPI VLK įs. 2005-05-18 1k-63	4 840,0
	Sanatorijos VLK įs. 2005-01-24 1k-5	877,2
	Sanatorijos VLK įs. 2005-04-27 1k-56	1 746,0
	SKP programai VLK įs. 2005-01-24 1k-5	76,4
	Transplantacijos programai VLK įs. 2005-01-24 1k-5	145,9
	Prevencinei programai VLK įs. 2005-01-24 1k-5	40,1
	Silantai VLK įs. 2005-01-24 1k-5	10,0
	Centralizuotiems SAM 2005-05-11 įsakymams Nr. V-386	3 450,0
	Paimta iš rezervo iš viso:	117 158,3

2006 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. spalio 07 d.

Kodas	Straipsnio pavadinimas	Metinė suma
PAJAMOS		
1 01	Įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, privalomojo sveikatos draudimo įmokos (3 proc. darbo užmokesčio lygio)	529 011,0
1 02	Įmonių, įstaigų bei organizacijų ir fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia veikla, kaip apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, atskaitymai iš gyventojų pajamų mokesčio	1 484 554,0
1 03	Ūkininkų ir kitų asmeninio ūkio naudotojų privalomojo sveikatos draudimo įmokos už save bei pilnaverčius ūkio ir šeimos narius, dirbančius ūkyje	1 707,0

1 04	Asmenų, kurie moka už save 10 proc. vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio dydžio, privalomojo sveikatos draudimo įmokos	400,0
1 05	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, iš jų:	829 504,0
1 05 01	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdrauosius, draudžiamus valstybės lėšomis	611 081,0
1 05 03	papildomi Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	185 577,0
1 05 04	kompensacijos kraujo donorams	4 382,0
1 05 05	kiti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	1 100,0
1 05 06	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti	27 364,0
1 06	Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	700,0
1 07	Savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos	3 752,0
1 08	Išieškotos lėšos už žalą, padarytą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui	700,0
1 10	Lėšų likutis pagal 1005 m. sausio 1 d. būklę	20 000,0
	Iš viso pajamų:	2 870 328,0
IŠLAIDOS		
01	Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	1 894 614,0
02	Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo kompensavimui	507 170,0
03	Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti	103 627,0
04	Išlaidos galūnėms, sąnariams ir organams protezuoti, protezams įsigyti ir centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti	99 940,0
05	Išlaidos ortopedijos technikos priemonių įsigijimui kompensuoti	27 364,0
06	Išlaidos sveikatos programoms finansuoti	134 416,0
	Tame tarpe Europos Tarybos Reglamentų įgyvendinimo programa	10 800,0
07	Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos, iš jų:	38 647,0
	- darbo užmokesčiui	10 931,0
	- ilgalaikiam turtui įsigyti	10 000,0
08	Kitos išlaidos	44 550,0
09	Kasos apyvartos lėšos	20 000,0
10	PSDF biudžeto rezervas	0,0
	Iš viso išlaidų:	2 870 328,0

2 PRIEDAS

Migracija

Spartus Lietuvos ūkio augimas, besiplečiantys ekonominiai, socialiniai ir kultūriniai ryšiai su kitomis valstybėmis, vis didesnė judėjimo laisvė Lietuvos piliečiams, norintiems išvykti svetur, bei užsieniečiams, siekiantiems atvykti į Lietuvą, nulėmė tai, kad pastaraisiais metais Lietuva yra tarptautinės migracijos srautų kryžkelėje. Dėl Lietuvos geopolitinės padėties ir narystės ES ji tampa patraukli migrantams iš Rytų, tuo tarpu Lietuvos gyventojai vis dažniau ieško geresnių gyvenimo sąlygų Vakaruose.

Tarptautiniais migrantais laikomi asmenys, kurie išvyksta iš Lietuvos ar atvyksta į Lietuvą, ketindami apsigyventi nuolat ar ilgesniam nei 6 mėn. laikotarpiui (įskaitant užsieniečius su laikiniais leidimais gyventi 1 m. ar ilgesniam laikotarpiui). Statistikos departamento duomenimis, nuo 1990 m. Lietuvoje migracijos saldo yra neigiamas, t.y. daugiau asmenų išvyksta negu atvyksta.

1 lentelė. Gyventojų tarptautinė migracija 2001-2004 m.

Metai	Imigravo	Emigravo	Migracijos saldo
2001	4694	7253	-2559
2002	5110	7086	-1976
2003	4728	11032	-6304
2004	5553	15165	-9612

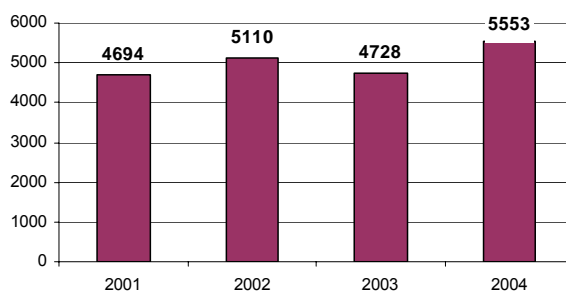
Šaltinis: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės: Demografijos metraštis 2004

2.4.1 Imigracija

Imigrantu yra laikomas asmuo, atvykęs į Lietuvą iš kitos šalies ir ketinantis Lietuvoje gyventi. Imigrantu gali būti tiek Lietuvos pilietybę turintis asmuo, tiek užsienio valstybės pilietis. Užsieniečiams suteikiami dviejų tipų leidimai gyventi Lietuvoje: leidimas gyventi nuolat ir leidimas gyventi laikinai. Imigrantais laikomi tik tie laikinų leidimų gyventi Lietuvoje turėtojai, kurių leidimo laikas yra ilgesnis nei vieneri metai.

Į Lietuvą 2004 m. imigravo 5553 asmenys. Imigrantų skaičius Lietuvoje praėjusiais metais padidėjo 17 % ir buvo didžiausias nuo 2001 m., nors ryškios imigruojančių asmenų skaičiaus augimo tendencijos nėra, 2003 m. imigrantų skaičius buvo sumažėjęs 7 %. Minėtas imigrantų skaičiaus 2004 m. augimas daugiausia buvo sąlygotas išaugusia Lietuvos piliečių imigracija, kuri per metus padidėjo 1,5 k. (nuo 1313 asmenų 2003 m. iki 3397 asmenų 2004 m.). 2004 m. Lietuvos piliečiai sudarė 61 %, užsienio valstybių piliečiai – 39 % nuo bendro imigrantų skaičiaus, tuo tarpu 2003 m. Lietuvos piliečių dalis siekė tik 28 %.

1 pav. Imigrantų skaičiaus dinamika 2001-2004 m.

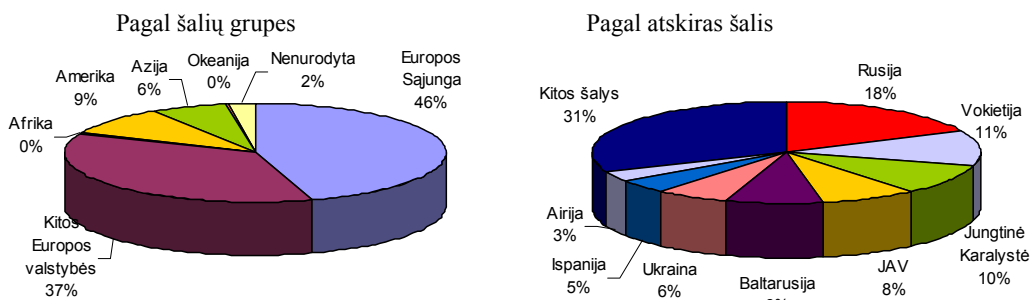


Šaltinis: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės: Demografijos metraštis 2004

Į Lietuvą imigruoja daugiausia jauni suaugę asmenys: 2004 m. 18-34 m. amžiaus grupės imigrantai sudarė 54 % visų imigrantų, 35-59 m. – 28 %, vyresni nei 60 m. – 8 %, nepilnamečiai iki 18 m. – 10 %. Imigrantų pasiskirstymas pagal lytį beveik tolygus: 2004 m. vyrai sudarė 54 %, o moterys – 47 % visų imigravusių.

Palyginus 2003 m. ir 2004 m. imigrantų struktūrą pagal buvusią gyvenamąją vietą, išryškėja imigrantų iš Europos Sąjungos (ES) skaičiaus augimas ir imigrantų iš kitų Europos šalių (pagrindė Rusijos, Baltarusijos ir Ukrainos) ir Azijos (pagrindė Kinijos) mažėjimas. 2004 m. imigrantai iš ES sudarė 46 % visų imigrantų, kai tuo tarpu 2003 m. jų dalis buvo 26 %, ir atvirkščiai – imigrantų iš kitų Europos šalių dalis sumažėjo nuo 55% 2003 m. iki 37 % 2004 m., imigrantų iš Azijos dalis taip pat sumažėjo nuo 13 % 2003 m. iki 6 % 2004 m. Tokį pasikeitimą daugiausia galima paaiškinti augančiu grįžtančių Lietuvos piliečių iš laikinos emigracijos ES šalyse skaičiumi, nes ypač padaugėjo imigrantų iš Jungtinės Karalystės, Vokietijos, Ispanijos bei Airijos.

2 pav. Imigrantų pasiskirstymas pagal buvusią gyvenamąją vietą, 2004 m., %



Šaltinis: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės: Demografijos metraštis 2004

Migracijos departamento duomenimis, 2005 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 32,6 tūkst. užsienio valstybių piliečių ir asmenų be pilietybės. Per metus Lietuvoje gyvenančių užsieniečių skaičius Lietuvoje padidėjo 8 %, o dalis nuo bendro gyventojų skaičiaus pasiekė 0,95 %. Didžioji dalis asmenų turi leidimus gyventi Lietuvoje nuolat – 79 %. Laikiniai Lietuvoje gyvenančių asmenų dalis, palyginus su praėjusiais metais, išaugo nuo 16 % iki 21 %.

2 lentelė. Užsienio valstybių piliečių ir asmenų be pilietybės, turinčių galiojančius leidimus gyventi Lietuvos Respublikoje, skaičius metų pradžioje, tūkst.

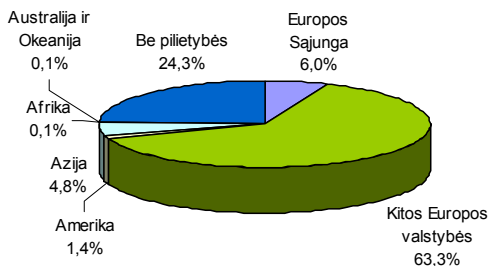
	2001	2002	2003	2004	2005
Užsienio valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, tarp jų:					
turintys galiojančių leidimą nuolat gyventi	30,2	28,1	30,5	30,2	32,6
turintys galiojančių leidimą laikinai gyventi	26,4	23,3	25,1	25,4	25,6
	3,8	4,8	5,4	4,8	7
Gyventojų skaičius (iš viso)	3487	3475,6	3462,6	3445,9	3425,5
Užsienio valstybių piliečių ir asmenų be pilietybės sudaroma bendro gyventojų skaičiaus dalis, %	0,87%	0,81%	0,88%	0,88%	0,95%

Šaltinis: Migracijos departamentas prie LR vidaus reikalų ministerijos: 2004 m. Migracijos metraštis

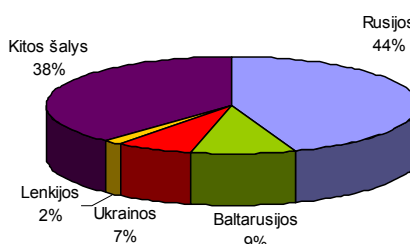
2005 m. pradžioje Lietuvos Respublikoje gyveno 98 valstybių piliečiai, turintys leidimus gyventi nuolat arba laikinai. Daugiau nei pusę visų Lietuvoje gyvenančių užsieniečių sudaro Rusijos ir Baltarusijos piliečiai – 44 % (14,5 tūkst.) ir 9 % (3,0 tūkst.) atitinkamai.

3 pav. Užsieniečių, gyvenančių Lietuvos Respublikoje, pasiskirstymas pagal pilietybę 2005 m. pradžioje, %

Pagal šalių grupes



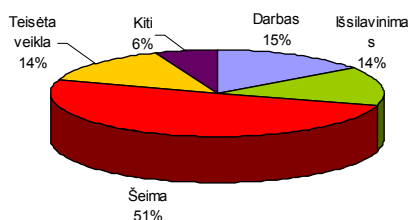
Pagal atskiras šalis



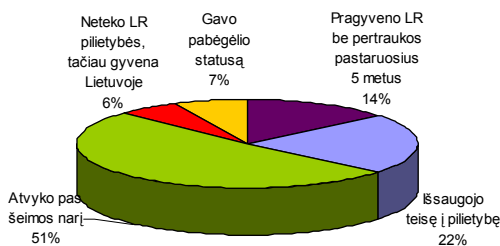
Per praėjusius metus Migracijos departamento duomenimis buvo išduoti 1085 nauji leidimai gyventi Lietuvoje nuolat bei išduoti/pakeisti 5059 leidimai gyventi Lietuvoje laikinai. Asmenys į Lietuvą dažniausiai atvyksta dėl šeimyninių⁵⁴ aplinkybių: 51 % nuo visų 2004 m. išduotų leidimų laikinai gyventi Lietuvoje ir tokia pati dalis nuo visų leidimų gyventi Lietuvoje nuolat. Kitos priežastys, dėl kurių užsieniečiai laikinai atvažiuoja į Lietuvą yra darbas (15%), išsilavinimas (14%), kita teisėta veikla (14%) bei įvairios kitos priežastys (6%). Pagrindai išduoti leidimą užsieniečiui nuolat gyventi Lietuvoje yra griežtai reglamentuoti LR įstatymais, 2004 m. be minėtų šeimyninių aplinkybių (51%), kiti leidimo išdavimo pagrindai buvo: išsaugota teisė į pilietybę (22%), Lietuvoje išgyventi 5 pastarieji metai (14%), suteiktas pabėgėlio statusas (7%) bei LR pilietybės netekimas (6%).

4 pav. Išduotų leidimų gyventi Lietuvoje pasiskirstymas pagal leidimo išdavimo pagrindą 2004 m., %

Leidimai gyventi LR laikinai⁵⁵



Leidimai gyventi LR nuolat⁵⁶



Šaltinis: Migracijos departamentas prie LR vidaus reikalų ministerijos: 2004 m. Migracijos metraštis

Pagal Statistikos departamento paskelbtas Lietuvos gyventojų skaičiaus kitimo prognozes⁵⁷, atsižvelgiant į narystę ES bei ekonominių socialinių sąlygų gerėjimą, artimiausiais metais numatomas imigrantų skaičiaus didėjimas. Daugiausia turėtų atvykti darbingo amžiaus asmenys iš Nepriklausomų Valstybių

⁵⁴ Laikini leidimai išduodami asmenims, atvykusiems susijungti su šeima (sutuoktiniu, vaikais, tėvais) bei užsieniečių, gavusių leidimus laikinai gyventi Lietuvoje, šeimos nariams; Leidimai gyventi Lietuvoje nuolat šeimyniniu pagrindu išduodami kai asmuo atvyksta kartu su LR piliečiu kaip jo šeimos narys bei asmenims, kurių vaikai iki 18 m. yra gimę arba auga Lietuvoje, ir bent vienas iš tėvų turi leidimą nuolat gyventi Lietuvoje.

⁵⁵ Įtraukti ir leidimai išduoti užsieniečiams laikinai gyventi Lietuvos Respublikoje trumpiau nei vieneriems metams.

⁵⁶ Nuo 2004 m. lapkričio 15 d.

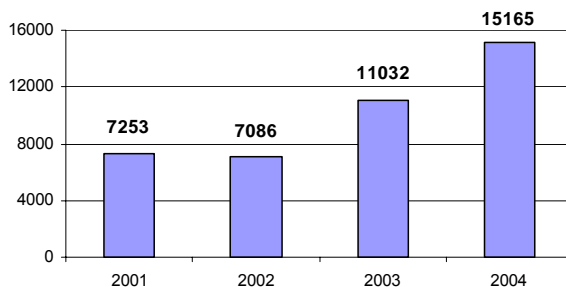
⁵⁷ Nagrinėjamas Vidutinis prognozės variantas

Sandraugos (NVS) šalių, taip pat tikėtina, kad pradės grįžti nelegaliai į ES ir Jungtines Amerikos Valstijas (JAV) išvykę lietuviai. Prognozuojama, kad nuo 2010 m. atvykusių iš užsienio šalių skaičius bus beveik stabilus (apie 10 tūkst.). Migracijos saldo iki 2030 m. turėtų išlikti neigiamas, bet nedidelis.

2.4.2. Emigracija

Emigrantu laikomas asmuo, išvykstantis iš Lietuvos ir ketinanti nuolat arba ilgesnį nei 6 mėn. laikotarpį gyventi kitoje šalyje (įskaitant užsieniečius, turinčius laikiną leidimą gyventi Lietuvoje 1 m. ar ilgiau). Statistikos departamento duomenimis, emigracijos mastai Lietuvoje ypač išaugo po to, kai buvo panaikinti administraciniai emigracijos iš Lietuvos ribojimai ir vis daugiau valstybių atvėrė sienas, 2003 m. emigrantų skaičius išaugo 56 %, 2004 m. – 37 % ir viršijo 15 tūkst. Lietuvos piliečių dalis bendrame emigrantų skaičiujame 2004 m. sudarė 87 %, tuo tarpu 2003 m. ši dalis buvo mažesnė – 69 %. Žemiau pateikiamas emigrantų skaičiaus kitimas pastaraisiais metais.

5 pav. Emigrantų skaičiaus dinamika 2001-2004 m.



Šaltinis: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės: Demografijos metraštis 2004

Kalbant apie emigraciją, visuomet pabrėžiama, jog oficialūs skaičiai neatspindi realių emigracijos mastų, kurie yra žymiai didesni nei Statistikos departamento pateikiami duomenys. Išskiriamos kelios problemos susijusios su šiais duomenimis: emigravusiais laikomi tik tie žmonės, kurie oficialiai praneša apie savo išvykimą iš šalies; asmenys, pragyvenę užsienyje daugelį metų, tačiau apie tai nepranešę ir vieną ar du kartus grįžtantys, duomenyse neatsispindi; be to, išvykstantieji dažnai slepia savo išvykimą ir buvimą užsienio šalyse. (Šaltinis: Pilietinės visuomenės institutas. Lietuvių emigracija: problemos ir galimi sprendimo būdai).

Jungtinės Karalystės Vidaus reikalų ministerijos (Home Office) paskelbtais duomenimis 2004 m. gegužės-gruodžio mėn. darbo leidimo šalyje pasiprašė 20095 lietuviai, nors tikėtina, kad ne visi šie asmenys išvyko iš Lietuvos, tačiau tai tik vienos šalies duomenys, kuriais remiantis galima pagrįstai manyti, kad emigrantų skaičius po Lietuvos įstojimo į ES gerokai viršija Statistikos departamento turimus duomenis.

Pilietinės visuomenės instituto atliktoje emigracijos studijoje pateikiami tokie emigracijos masto vertinimai: 200-250 tūkst. žmonių, iš kurių apie 50 tūkst. yra JAV, 50 tūkst. Didžiojoje Britanijoje, po 30 tūkst. Airijoje ir Ispanijoje, 10 tūkst. Vokietijoje, 5 tūkst. Norvegijoje, po 1 tūkst. Kanadoje, Australijoje, Švedijoje, Danijoje, po kelis šimtus – kitose Vakarų Europos šalyse; kita vertus, Ispanijos Andalūzijos provincijoje savo gyvenamąją vietą yra deklaravę 35 tūkst. lietuvių. Be to, 2001 m. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos užsakyto tyrimo rezultatai rodo, kad dar 2001 m. lapkritį ES valstybėse legaliai ir nelegaliai dirbančių lietuvių buvo 118 tūkst., t.y. 13 kartų daugiau, nei tuomet Europos komisijos pateikti duomenys. Tame pačiame tyrime prognozuota, kad 2006 m. užsienyje dirbs 284-314 tūkst. darbingų lietuvių.

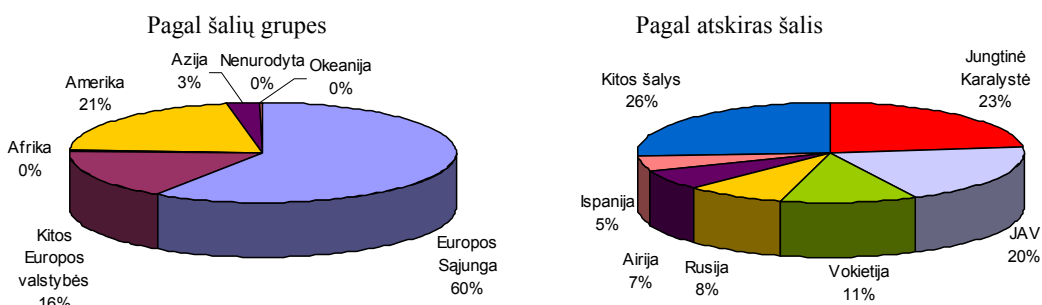
Užsienio politikos analizės ir planavimo departamento direktoriaus L. Talat-Kelpšos teigimu, tikslių duomenų apie emigraciją nėra, tačiau apytikriais Lietuvos ambasados duomenimis, Jungtinėje Karalystėje gyvena apie 100-150 tūkst. Lietuvos piliečių, nors Jungtinės Karalystės lietuvių bendruomenės atstovai teigia, kad vien Londone ir jo apylinkėse gyvena apie 150 tūkst. lietuvių. Airijoje įvairiais vertinimais yra

nuo 50 iki 70 tūkst., Ispanijoje – apie 40 tūkst., Vokietijoje – apie 30 tūkst. lietuvių, JAV – gali siekti iki milijono. (Šaltinis: “Ekstra”: R. Skatikaitė. Emigracijos Lietuvoje mastai prilygsta karo pabėgėlių srautui).

Nors pripažįstama, kad Statistikos departamento duomenys neatspindi realių emigracijos mastų, jie naudingi vertinant pagrindines tendencijas. Iš Lietuvos išvyksta darbingo amžiaus asmenys, daugiausia 18-34 m. žmonės, kurie sudaro 53 % nuo visų emigrantų skaičiaus, 35-59 m. amžiaus grupė – 28 %, vyresni nei 60 m. – 3 %, nepilnamečiai – 16 %. Emigrantų pasiskirstymas pagal lytį: 47 % - vyrai, 53 % - moterys.

Lietuvos gyventojai daugiausia emigruoja į ES šalis ir JAV. Palyginus 2004 m. emigracijos kryptis su 2003 m. duomenimis, padidėjo dalis emigrantų išvažiuojančių į ES šalis, sumažėjo išvykstančių į kitas Europos šalis (pagrindė Rusiją, Baltarusiją ir Ukrainą), išvykusiųjų skaičius į JAV per metus išaugo 32 %, tačiau dalis bendroje struktūroje išliko beveik nepakitusi. Didžiausios lietuvių bendruomenės Europoje yra įsikūrusios Didžiojoje Britanijoje, Airijoje, Ispanijoje ir Vokietijoje.

6 pav. Emigrantų pasiskirstymas pagal būsimą gyvenamąją vietą, 2004 m., %



Šaltinis: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės: Demografijos metraštis 2004

Nors tyrimų, kuriuose būtų išsiaiškinti emigracijos motyvai trūksta, Lietuvoje dažniausiai minimi ekonominiai motyvai. 2004 m. LR Vyriausybės patvirtintoje Nacionalinėje demografinės politikos strategijoje nurodoma, kad apie trys ketvirtadaliai išvykusių Lietuvos piliečių yra darbo migrantai. Iki 1990 metų vyravusią planinę migraciją su NVS šalimis pakeitė savanoriška migracija į Vakarų. Remiantis Prezidento konsultantės K. Gliosaitės pranešimu seminare “Šiuolaikinė lietuvių emigracija: praradimai ir laimėjimai” (2004 gruodžio 4 d.), tarp tipinių Lietuvos emigrantų motyvų, skatinančių išvykti, paminėtini: sunkumai susirandant darbą (30-40 %), netenkinantis darbo užmokestis (20-25 %), blogos gyvenimo sąlygos (10-14 %), siekis gyventi kartu su savo šeima (8-10 %).

Minėtoje Nacionalinėje demografinės politikos strategijoje konstatuojama, kad Lietuvos migracijos potencialas labai didelis: ištirta, kad 40-60 % Lietuvos gyventojų norėtų išvykti dirbti ar gyventi į kitą šalį, tačiau realiai emigruoti mėgina tik apie 25 %. Apie emigraciją galvoja ypač didelė dalis jaunimo (15-24 m.) – 70-90 %, taip pat aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys – 60-75 %. Didžioji dalis planuojančių migruoti asmenų ketina išvykti trumpam laikui, tik 9 % norėtų išvykti visam laikui. Tačiau pastebima, kad neretai asmenys, ketinę išvykti trumpam, į Lietuvą nebegrįžta.

Statistikos departamentas paskelbė gyventojų skaičiaus kaitos prognozes⁵⁸, pagal kurias iki 2010 m. iš Lietuvos kasmet išvyks apie 15 tūkst. žmonių. Didelę dalį išvykstančiųjų sudarys jauni žmonės, kuriems baigus aukštuosius, specialiuosius, vidurinius mokslus bus sunku susirasti darbą, taip pat vidutinio amžiaus gyventojai, praradę turėtą darbą. Vėliau tikėtina, kad emigrantų skaičius iš lėto mažės, tačiau iki 2030 m. maždaug 2-3 tūkst. daugiau žmonių išvyks iš Lietuvos negu atvyks.

⁵⁸ Nagrinėjamas vidutinis prognozės variantas

2 lentelė. Lietuvoje gyvenantys užsieniečiai pagal pilietybę 2005 m. pradžioje

Pilietybė	Su leidimu nuolat gyventi	Su leidimu laikinai gyventi
Europos valstybių, iš jų:	17 415	5 190
Europos Sąjungos valstybių narių, tarp jų:	666	1 299
- Danijos	10	109
- Latvijos	162	193
- Lenkijos	315	176
- Prancūzijos	11	100
- Vokietijos	90	224
Europos laisvosios prekybos asociacijos valstybių narių, tarp jų:	10	90
- Norvegijos	8	61
Kitų Europos valstybių,	16 739	3 801
- Armėnijos	166	118
- Baltarusijos	2 153	872
- Rusijos	12 728	1 765
- Ukrainos	1 469	686
Šiaurės Amerikos valstybių, tarp jų:	53	367
- JAV	51	338
- Centrinės ir Pietų Amerikos valstybių	8	44
Azijos valstybių, tarp jų:	564	991
- Izraelio	122	204
- Kazachstano	219	69
- Kinijos	9	244
- Libano	28	167
Afrikos valstybių	12	35
Australijos ir Okeanijos valstybių	5	15
Be pilietybės	7 540	374
Iš viso:	25 597	7 016

Šaltinis: Migracijos departamentas prie LR vidaus reikalų ministerijos: 2004 m. Migracijos metraštis

3 lentelė. Imigrantai pagal buvusią ir emigrantai pagal būsimą gyvenamąją vietą

Gyvenamoji vieta	2003	2004	Pokytis, %	2003	2004	Pokytis, %
	Imigrantai	Imigrantai		Emigrantai	Emigrantai	
Iš viso	4728	5553	17%	11032	15165	37%
Europa	3830	4527	18%	7865	11451	46%
ES	1215	2516	107%	4385	8987	105%
<i>Airija</i>	39	188	382%	276	1009	266%
<i>Austrija</i>	14	29	107%	41	78	90%
<i>Belgija</i>	10	26	160%	51	92	80%
<i>Čekijos Respublika</i>	11	32	191%	53	77	45%
<i>Danija</i>	81	89	10%	158	194	23%
<i>Estija</i>	53	31	-42%	34	43	26%
<i>Graikija</i>	8	20	150%	15	37	147%
<i>Ispanija</i>	85	250	194%	465	730	57%
<i>Italija</i>	47	93	98%	184	283	54%
<i>Jungtinė Karalystė</i>	122	541	343%	980	3525	260%
<i>Kipras</i>	2	2	0%	2	9	350%
<i>Latvija</i>	177	147	-17%	192	159	-17%
<i>Lenkija</i>	113	117	4%	123	137	11%
<i>Liuksemburgas</i>	1	1	0%	1	21	2000%
<i>Malta</i>	1	1	0%			-
<i>Nyderlandai</i>	40	43	8%	95	132	39%
<i>Portugalija</i>	13	47	262%	55	90	64%
<i>Prancūzija</i>	40	78	95%	143	213	49%
<i>Slovakija</i>	5	5	0%	3	10	233%
<i>Slovėnija</i>	1	2	100%		2	-
<i>Suomija</i>	32	54	69%	112	106	-5%
<i>Švedija</i>	58	86	48%	191	307	61%
<i>Vengrija</i>	5	5	0%	7	6	-14%
<i>Vokietija</i>	257	629	145%	1204	1727	43%
Europos laisvosios prekybos asociacijos šalys	52	126	142%	261	351	34%
<i>Islandija</i>	2	6	200%	25	25	0%
<i>Norvegija</i>	38	101	166%	180	241	34%
<i>Šveicarija</i>	12	19	58%	56	85	52%
Vidurio ir Rytų Europos šalys	2533	1857	-27%	3191	2099	-34%
<i>Albanija</i>	6	1	-83%	4	5	25%
<i>Baltarusija</i>	612	441	-28%	747	560	-25%
<i>Bosnija ir Hercegovina</i>			-		6	-
<i>Bulgarija</i>	3	50	1567%	7	32	357%
<i>Makedonija</i>	5	11	120%	7	4	-43%
<i>Kroatija</i>	1	2	100%	1	2	100%
<i>Moldova</i>	17	21	24%	24	9	-63%
<i>Rumunija</i>	4	4	0%	3	3	0%
<i>Rusijos Federacija</i>	1408	993	-29%	1770	1228	-31%
<i>Ukraina</i>	477	334	-30%	628	250	-60%
Kitos šalys ⁵⁹	30	28	-7%	28	14	-50%
Afrika	10	15	50%	20	31	55%
Amerika	272	522	92%	2434	3213	32%
<i>JAV</i>	239	451	89%	2302	2980	29%
<i>Kitos šalys</i>	33	71	115%	132	233	77%
Azija	610	354	-42%	678	412	-39%
<i>Armėnija</i>	54	34	-37%	66	7	-89%

⁵⁹ Įskaitant Turkiją

<i>Azerbaidžanas</i>	37	25	-32%	50	10	-80%
<i>Izraelis</i>	94	117	24%	145	163	12%
<i>Kazachstanas</i>	57	29	-49%	47	17	-64%
<i>Kinija</i>	128	27	-79%	110	57	-48%
<i>Libanas</i>	63	34	-46%	76	40	-47%
<i>Kitos šalys</i>	177	88	-50%	184	118	-36%
Okeanija	6	14	133%	35	55	57%
Nenurodyta		121	-		3	-

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės: Demografijos metraštis 2004

3 PRIEDAS

Pacientų eilės sveikatos apsaugos paslaugoms gauti.

1 lentelė. Eilių II lygio ambulatorinėms paslaugoms sąrašas Vilniaus TLK veiklos zonos ASPĮ (2005 m. birželio 1 d. duomenys)

Konsultacijos ar kitos paslaugos pavadinimas	ASPĮ skaičius, kuriose yra eilė	Paslaugas teikiančių ASPĮ skaičius	Dienų Vidurkis	Laukiančių pacientų	Vidurkis laukiančių pacientų, tenkančių 1 ASPĮ, kurioje yra eilė	Laukiančių pacientų, tenkančių 1 ASPĮ, kurioje yra teikiamos šios paslaugos vidurkis	Priimtina s laukimo dienų vidurkis *	Pacientų skaičius, kuriems paslaugos laiku suteikiamos **
Onkologo	1	5	45	908	908.0	182	21	484
Oftalmologo	16	33	15	2580	161.3	78	-	-
Alergologo ir klinikinio imunologo	1	5	50	389	389.0	78	-	-
Kardiologo	14	29	26.8	2207	157.6	76	-	-
Echoskopuotojo	20	36	17	2626	131.3	73	-	-
Kraujagyslių chirurgo	5	10	21.6	631	126.2	63	-	-
Neurochirurgo	2	5	32	264	132.0	53	-	-
Endokrinologo	14	27	19.6	1248	89.1	46	-	-
Kataraktos operacija	1	2	81	90	90.0	45	28	59
Urologo	12	27	21.1	1098	91.5	41	10	578
Neurologo	14	33	8.9	1300	92.9	39	-	-
Ortopedo traumatologo	7	24	17.4	880	125.7	37	-	-
Endoskopuotojo	14	30	13.9	943	67.4	31	-	-
Klinikinio fiziologo	5	18	24.4	546	109.2	30	-	-
Pulmonologo	6	12	17.3	335	55.8	28	-	-
Koloproktologo	1	2	41	55	55.0	28	20	28
Otorinolaringologo	11	35	9.6	748	68.0	21	-	-
Dermatovenerologo	4	21	17.3	382	95.5	18	-	-
Radiologo	2	24	49.5	429	214.5	18	14	308
Rentgenodiagnostikos gydytojo	1	21	21	374	374.0	18	14	125
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo	6	27	22.3	471	78.5	17	-	-
Reumatologo	5	10	13.2	165	33.0	17	-	-
Vaikų oftalmologo	1	10	7	157	157.0	16	-	-
Vaikų gastroenterologo	1	6	30	90	90.0	15	-	-
Ortodonto odontologo	1	5	150	75	75.0	15	-	-
Nefrologo	3	11	8.3	153	51.0	14	-	-
Vaikų kardiologo	4	13	9.3	175	43.8	13	-	-
Vaikų chirurgo	1	10	31	133	133.0	13	-	-
Vaikų pulmonologo	2	8	20.5	95	47.5	12	-	-
Vaikų neurologo	4	16	8.8	181	45.3	11	-	-
Chirurgo	4	28	9	309	77.3	11	-	-
Gastroenterologo	3	11	20.7	120	40.0	11	-	-
Vaikų ortopedo traumatologo	2	16	17	145	72.5	9	-	-
Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos	1	5	20	21	21.0	4	-	-

gydytojo								
Vaikų alergologo	1	4	16	16	16.0	4	-	-
Psichoterapeuto	2	8	9	31	15.5	4	-	-
Kalbos korekcija	3	13	8	39	13.0	3	-	-
Viso pacientų, kuriems nebus suteikta paslauga laiku:								1582

* - priimtinas laukimo dienų vidurkis nustatytas remiantis subjektyviais vertinimais kelių kriterijų pagrindu. Plačiau tai aprašyta 2.7. tyrimo dalyje. Jei vidurkis nepateikiamas, laukimo dienų skaičius yra priimtinas.

** - apskaičiuojamas remiantis formule: (Dienų vidurkis – priimtinas dienų vidurkis) / dienų vidurkis * laukiantys pacientai.

2 lentelė. Eilių III lygio ambulatorinėms paslaugoms sąrašas (2005 m. birželio 1 d. duomenys) Vilniaus TLK veiklos zonos ASPI

Profilis	ASPI skaičius, kuriose yra eilė	Dienų Vidurkis	Paslaugas teikiančių ASPI skaičius	% ASPI, kuriose yra eilės	Laukia pacientų	Vid. laukiančių pacientų, tenkančių 1 ASPI, kurioje yra eilė	Vidurkis laukiančių pacientų, tenkančių 1 ASPI	Priimtina s laukimo dienų vidurkis	Pacientų skaičius, kuriems paslaugos laiku nėra suteikiamos
Kardiologo	1	40	1	100.0	2304	2304.0	2304	20	1152
Onkologo	1	59	1	100.0	831	831.0	831	14	634
Hematologo	1	70	1	100.0	670	670.0	670	14	536
Endokrinologo	1	14	1	100.0	640	640.0	640	-	-
Vaikų kardiologo	2	29.5	2	100.0	962	481.0	481	-	-
Gastroenterologo	1	21	1	100.0	426	426.0	426	-	-
Vaikų urologo	1	40	1	100.0	405	405.0	405	-	-
Vaikų ortopedo traumatologo	1	25	1	100.0	389	389.0	389	-	-
Echoskopuotojo	1	45	3	33.3	958	958.0	319	-	-
Pulmonologo	1	29	1	100.0	290	290.0	290	-	-
Onkologo chemioterapeuto	1	31	1	100.0	240	240.0	240	14	132
Oftalmologo	1	25	2	50.0	415	415.0	208	-	-
Vaikų nefrologo	1	18	1	100.0	195	195.0	195	-	-
Vaikų alergologo	2	10.5	2	100.0	346	173.0	173	-	-
Vaikų reumatologo	1	30	1	100.0	169	169.0	169	-	-
Vaikų neurologo	2	17.5	2	100.0	324	162.0	162	-	-
Ortodonto odontologo	1	30	1	100.0	155	155.0	155	14	83
Vaikų ligų gydytojo	1	7	1	100.0	149	149.0	149	-	-
Reumatologo	1	6	1	100.0	135	135.0	135	-	-
Urologo	2	24.5	4	50.0	523	261.5	131	-	-
Otorinolaringologo	3	15.7	4	75.0	375	125.0	94	-	-
Periodontologo	1	30	1	100.0	84	84.0	84	-	-
Anesteziologo reanimatologo	1	17	2	50.0	161	161.0	81	-	-
Alergologo ir klinikinio imunologo	1	44	2	50.0	157	157.0	79	-	-
Veido ir žandikaulių chirurgo	1	30	1	100.0	72	72.0	72	14	38
Akušerio ginekologo	2	26	3	66.7	177	88.5	59	-	-

Endodontologo	1	30	1	100.0	58	58.0	58	14	31
Vaikų gastroenterologo	1	15	1	100.0	55	55.0	55	-	-
Vaikų endokrinologo	1	14	1	100.0	49	49.0	49	-	-
Vaikų pulmonologo	1	5	1	100.0	42	42.0	42	-	-
Neurochirurgo	1	7	2	50.0	76	76.0	38	-	-
Ortopedo odontologo	1	30	1	100.0	37	37.0	37	14	20
Genetiko	1	14	1	100.0	36	36.0	36	-	-
Radiologo	2	29.5	2	100.0	62	31.0	31	14	33
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo	1	14	2	50.0	61	61.0	31	-	-
Vaikų hematologo	1	13	1	100.0	26	26.0	26	-	-
Endoskopuotojo	1	9	3	33.3	57	57.0	19	-	-
Vaikų odontologo	1	30	1	100.0	18	18.0	18	14	10
Vaikų ir paaug. psichiatro	1	21	3	33.3	40			-	-
Viso pacientų, kuriems nebus suteikta paslauga laiku:									2669

3 lentelė. Maksimalių eilių ambulatorinėms paslaugoms sąrašas (2005 m. birželio 1 d. duomenys)
Klaipėdos TLK veiklos zonos ASPĮ

Profilis	Laukimo dienos
Vaikų pulmonologo	12
Vaikų alergologas	29
Vaikų gastroenterologas	19
Vaikų neurologas	17
Vaikų nefrologas	6
Vaikų endokrinologas	15
Echoskopuotojas	14
Vaikų kardiologas-reumatologas	54
Vaikų hematologas	43
Vaikų traumotologas-ortopedas	30
Vaikų oftalmologas	114
Otorinolaringologas	14
Vidau ligų gydytojas	-
Neurologas	6
Kardiologas	14
Endokrinologas	6
Infektologas	-
Gastroenterologas	5
Reumatologas	3
Pulmonologas	-
Alergologas	-
Nefrologas	-
Traumatologas-ortopedas	2
Urologas	-
Neurochirurgas	-
Proktologas	-
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas	7
Onkologas – chemoterapiautas	-

Akušeris kinekologas	19
Oftalmonologas	21
Rentgenologas – radiologas	1
Endoskopuotojas	16
Klinikos fiziologas	-
Hematologas	-
Dermatovenerologas	-
Ftiziatrias	-
Stomatologas ortodantas	10
Darbo medicinos gydytojas	-
Vaikų otorinolaringologas	14
Pediatras	-
Chirurgas	2

4 lentelė. Eilių ambulatorinėms paslaugoms sąrašas (2005 m. rugsėjo mėn. 30 d. duomenys) Šiaulių TLK veiklos zonos ASPĮ

Profilis	Laukimo dienos
Vidau ligų gydytojas	-
Gastroenterologas	63
Neurologas	14
Kardiologas	28
Endokrinologas	30
Infektologas	-
Reumatologas	100
Koloproktologas	4
Pulmonologas	-
Alergologas	7
Nefrologas	30
Klinikinis toksikologas	-
Hematologas	14
Otorinolaringologas	1
Oftalmologas	45
Urologas	120
Kraujagyslių chirurgas	63
Neurochirurgas	1
Chirurgas	-
Traumatologas-ortopedas	14
Burnos chirurgas	-
Fiz.med ir reab.gyd.	60
Radiologas	-
Endoskopuotojas	90
Echoskopuotojas	7
Klinikinis fiziologas	-
Dermatovenerologas	-

Panevėžio TLK veiklos zonos ASPĮ ambulatorinių paslaugų prieinamumas (maksimalios eilės):

Neurologas – 14 dienų;

Endokrinologas – 75 dienų;

Kardiologas – 10 dienų;

Likę specialistai – 7 dienų bėgyje.

Kauno TLK veiklos zonos ASPĮ ambulatorinių paslaugų prieinamumas yra užtikrintas.

5 lentelė. Duomenys apie eiles stacionariam gydymui 2005.11.07. Vilniaus TLK

Paslaugos pavadinimas	Laukiančiųjų eilėje pacientų skaičius	Paslaugos laukimo trukmė (dienų skaičius paskutiniam laukiančiajam)	Priimtinas laukimo dienų vidurkis	Pacientų skaičius, kuriems paslauga nebus suteikta laiku
VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika				
Veido, žandikaulių ir burnos chirurgija	102	40	30	26
VŠĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė				
Endoprotezavimo operacijos ⁶⁰	706	30		
Plastinės chirurgijos operacijos	106	60-90		
Peties operacijos	133	90-120	60	53
Pėdos operacijos	116	90-120	60	46
<i>Artroskopinės kelio sąnario operacijos:</i>				
-menisko	118	60-90	60	24
-raiščių	152	120-240	60	102
Kitos	142	60-90	60	28
<i>Dienos stacionaras:</i>				
-kelio sąnario menisko operacijos	47	60		
-pėdos operacijos	262	360	60	210
-plastinės chirurgijos operacijos	35	60		
-kitos	17	30		
Neurochirurginės operacijos	45	30-60	30	11
Neurochirurginės operacijos	32	60	30	16
Angiochirurginis gydymas	68	30		
Ginekologinės operacijos	74	30-60		
Pilvo chirurginės operacijos	0	0		
VŠĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė				
Laparoskopinė operacija	10	7		
Proktologinė operacija	3	7		
Litotripsija	12	6		
Laparotominė operacija	10	14		
Hysteroskopinė operacija	7	14		
Hysterosalpingografija	2	14		
Mažos ginekologinės operacijos	14	14		
VŠĮ VUL Santariškių klinikos				
Terapijos III	4	24		
Terapijos III	16	12		
Terapijos III	46	61	30	23
Terapijos III	373	92	30	250
Terapijos III	6	12		
Terapijos III	1	-		
Terapijos III	7	10		
Terapijos III	45	20		
Terapijos III	41	20		
Terapijos III	2	61		
Terapijos III	5	-		
Terapijos III	7	-		

⁶⁰ - pas prof. N. Porvanecką - 1 metų eilė.

Terapijos III	5	15		
Terapijos III	36	17		
Ginekologija II	-	-		
Chirurgijos III	34	46		
Chirurgijos III	43	19		
Chirurgijos III - 4	101	17		
Chirurgijos III - 3	59	61	30	29,5
Chirurgijos III - 3	37	20		
Chirurgijos III - 3	230	35	30	37
Chirurgijos III - 3	165	136	30	124
Oftalmologijos	924	325	90	665
Otorinolaringologijos mikro	38	25		
Otorinolaringologijos chirurgijos	154	26		
Ragenos transplantacija	123			
K. č. transplantacija	40			
Dirbtinė širdis	24			
Širdies transplantacija	25			
VšĮ VUL Santariškių klinikų centro filialas				
Operacija	80	24		
Operacija	9	-		
I grupė	16	52		
II A grupė	36			
II B grupė	67			
III A - III B grupė	17			
Endoskopinė operacija	10	14		
VšĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninė				
Igimtų ligų chirurgija	70	60		
Urologija ⁶¹	40	30-90		
Ortopedija traumatologija (artroskopija)	5	21		
Ortopedija traumatologija ⁶²	59	30-90	30	15
Oftalmologija-otorinolaringologija	7	3		
Oftalmologija-otorinolaringologija ⁶³	260	60		
Neurologija	45	20		
Nefrologija	4	5		
Gastroenterologija	5	6		
Reumatologija	2	2		
Kardiologija	2	4		
Vilniaus universiteto Onkologijos institutas				
Chemoterapija	25	7		
Radioterapija	20	7		
Chirurgija	13	4		
Chirurgija	30	40	14	10
Chirurgija				

⁶¹ - ilgiausia laukia ligoniai su hipospadija.

⁶² - ilgiausia laukia stuburo operacijų.

⁶³ - planinės operacijos.

4 PRIEDAS

Turistų srantai

Atvykstamasis turizmas

Dėl pasikeitusios apskaitos neįmanoma nustatyti tikslaus asmenų, kirtusių Lietuvos Respublikos sieną, skaičiaus 2004 m. Statistikos departamento specialistai, remdamiesi 2004 m. 1-4 mėn. Valstybės sienos apsaugos tarnybos duomenimis, atliko atvykusių užsieniečių įvertinimą, pagal kurį 2004 m. į Lietuvą atvyko 3,4 mln. užsieniečių, t.y., 6,4 % mažiau nei 2003 m.

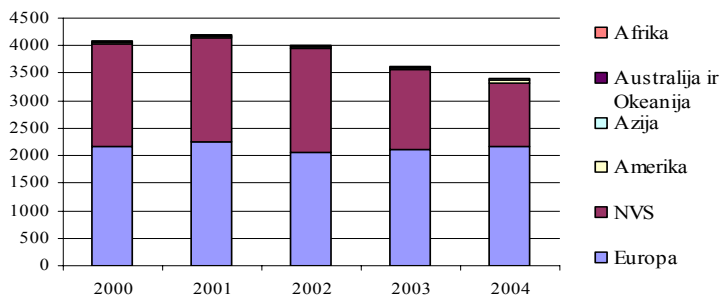
1 lentelė. Į Lietuvą atvykusiųjų užsieniečių skaičiaus dinamika 2000-2004 m.

Metai	Atvykusiųjų užsieniečių skaičius, tūkst.	Pokytis per metus, %
2000	4092,1	
2001	4195,2	2,5%
2002	3999,4	-4,7%
2003	3635,2	-9,1%
2004	3402,5	-6,4%

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Detaliau pažvelgus į atvykusiųjų užsieniečių (turistų ir vienadienių lankytojų) pasiskirstymą pagal šalių grupes galima išskirti, kad dominuoja atvykėliai iš Europos ir NVS šalių, kartu jie sudaro 98 % atvykusiųjų, tačiau atvykstančiųjų užsieniečių struktūra pagal šalis keičiasi: išryškėja atvykstančiųjų iš NVS šalių skaičiaus mažėjimo tendencija, kuri per paskutiniuosius dvejus metus ir nulėmė bendrą atvykstančiųjų skaičiaus mažėjimą bei stebimą atvykstančiųjų iš Europos skaičiaus didėjimą. Praėjusiais metais net 64 % užsieniečių, apsilankiusių Lietuvoje, atvyko iš Europos (2003 m. – 58 %), svečiai iš NVS šalių sudarė 34 % (2003 m. – 40 %). Atvykstantieji iš Amerikos sudaro tik nežymią dalį visų atvykusiųjų, tačiau svečių skaičius iš Amerikos nuo 2003 m. gana sparčiai didėja: 2003 m. – 10 %, 2004 m. – 14 %.

1 pav. Atvykstančiųjų užsieniečių pasiskirstymas ir dinamika pagal šalis 2000-2004 m.



Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

2 lentelė. Atvykstamasis turizmas pagal šalių grupes 2000-2004 m.

	2000	2001	2002	2003	2004
Atvykusių užsieniečių skaičius iš viso, tūkst.	4092,1	4195,2	3999,4	3635,2	3402,5
Europa	2160,8	2258,0	2050,7	2101,7	2177,8*
NVS	1884,4	1880,4	1890,2	1467,0	1152,0
Amerika	24,7	28,3	27,8	30,6	34,8
Azija	18,8	23,8	25,8	30,7	31,8

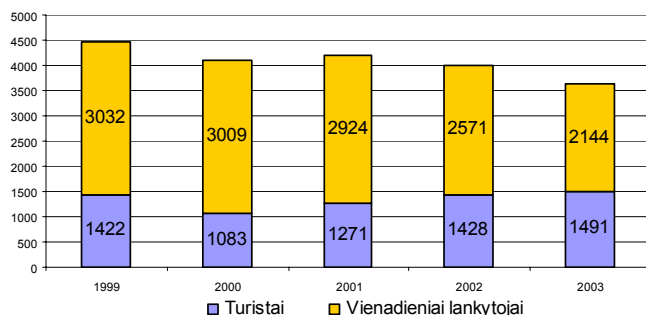
Australija ir Okeanija	2,3	3,2	2,9	2,7	4,1
Afrika	1,0	1,6	1,9	2,5	2,0

* įvertis

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Valstybinio turizmo departamento duomenimis, daugiau nei pusę atvykstančiųjų į Lietuvą sudaro vienadieniai lankytojai, tačiau jų dalis vis mažėja: 2000 m. vienadieniai lankytojai sudarė 74 % visų atvykusiųjų užsieniečių, tuo tarpu 2003 m. – 59 %.

2 pav. Vienadienių lankytojų ir turistų santykio kitimas 1999-2003 m.



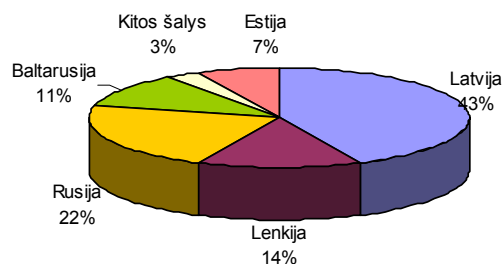
Šaltinis: Valstybinis turizmo departamentas: Lietuvos turizmo statistika 2003

Vertinant bendrą atvykstančių turistų srautą galima teigti, kad pagrindinę jo dalį sudaro turistai iš Europos valstybių, tarp kurių reikšmingą dalį sudaro kitų šalių narių piliečiai. Atsižvelgiant į esamas tendencijas, kurios gali būti apibūdintos kaip santykinis bendro atvykstančių turistų srauto stabilumas (nėra galimybės tiksliai įvertinti jo augimą arba mažėjimą dėl pasikeitusių procedūrų) bei Europos šalių piliečių dalies didėjimas bendrame atvykstančių turistų sraute galima teigti, kad turistų iš kitų šalių narių srauto didėjimas turės ir didėjančią įtaką PSDF biudžetui. Tačiau bendras turistų srautas tik iš dalies apibūdina galimą įtaką. Svarbūs yra ir kiti rodikliai, kurie analizuojami šiame tyrime žemiau.

Vienadieniai lankytojai

Vienadienių turistų apsilankymai Lietuvoje kasmet mažėja. Valstybinio turizmo departamento duomenimis 2003 m. į Lietuvą atvyko 2,1 mln. vienadienių lankytojų, t.y. 15 % mažiau nei 2002 m. Didžioji dauguma vienadienių turistų į Lietuvą atvyksta kelių transportu – net 99 %. Dažniausiai pasirenkama transporto rūšis nulemia ir tai, kad vienadieniai lankytojai atvyksta iš kaimyninių šalių: Latvijos, Rusijos, Lenkijos.

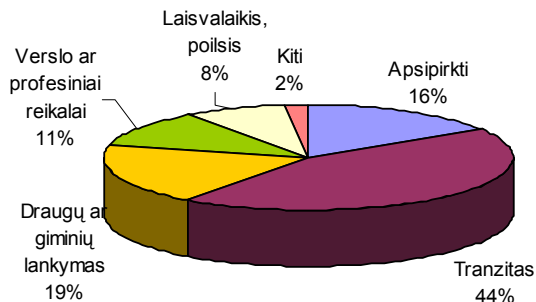
3 pav. Vienadienių lankytojų pasiskirstymas pagal atvykimo šalį, 2003 m.



Šaltinis: Valstybinis turizmo departamentas: Lietuvos turizmo statistika 2003

Daugiausia viendienių lankytojų Lietuvos teritorijoje tik trumpam sustoja ir per Lietuvą vyksta tranzitu, žymiai mažiau atvažiuoja apsipirkti ar aplankyti draugų ar giminių. Detalus viendienių lankytojų pasiskirstymas pagal atvykimo tikslą pateikiamas žemiau:

4 pav. Viendienių lankytojų kelionės į Lietuvą tikslai 2003 m., %



Šaltinis: Valstybinis turizmo departamentas: Lietuvos turizmo statistika 2003

Vienadieniai turistai dėl labai mažos apsilankymo trukmės ir tuo pačiu mažos tikimybės naudotis būtinosios medicininės pagalbos paslaugoms nėra labai reikšmingi.

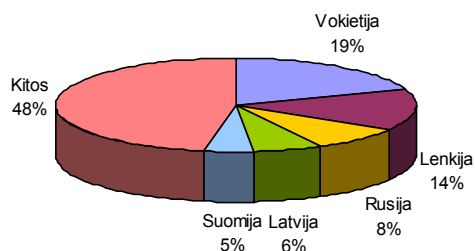
Turistai, Lietuvoje praleidę bent vieną naktį

Dėl aukščiau minėtų priežasčių, siekiant detaliau išsiaiškinti atvykusiųjų į Lietuvą užsieniečių pasiskirstymą pagal šalis, analizuojami apgyvendinimo įmonių pateikiami duomenys.

Apgyvendinimo paslaugas teikiančia įmone yra laikoma bet kokios ekonominės veiklos įmonė, kurioje nuolat arba kartais teikiama nakvynė turistams (svečiams). Preliminariais Statistikos departamento duomenimis, 2004 m. statistinius duomenis departamentui teikė 521 apgyvendinimo įmonė. Lietuvos apgyvendinimo įmonėse 2004 m. apsistojo 590 tūkst. užsieniečių, t.y. 34,6 % daugiau nei 2003 m. Vidutinė užsieniečio viešnagės trukmė 2004 m. buvo 2,6 nakvynės, t.y. 3 % trumpesnė nei 2003 m. Ilgiausiai Lietuvoje 2004 m. viešėjo svečiai iš Baltarusijos (vidutinė viešnagės trukmė 8,3 n.), Ukrainos (6,2 n.) bei Izraelio (5,4 n.), turistai iš kitų šalių Lietuvoje dažniausiai apsistoja 1-3 nakvynėms.

Kaip ir 2003 m. didžiausią dalį svečių Lietuvos apgyvendinimo įmonėse sudarė atvykusieji iš Vokietijos ir Lenkijos – 19 % ir 14 % atitinkamai. Nei viena kita atvykimo šalis neviršijo 10 % bendroje struktūroje, tačiau į šalių TOP 5 be aukščiau minėtų Vokietijos ir Lenkijos pateko Rusija, Latvija ir Suomija. Atvykusieji iš kitų šalių neviršijo 4 % nuo bendro skaičiaus.

5 pav. Pagrindinės Lietuvos apgyvendinimo įmonių svečių atvykimo šalys, 2004



Šaltinis: Valstybinis turizmo departamentas: Apgyvendinimo įmonių statistika 2004

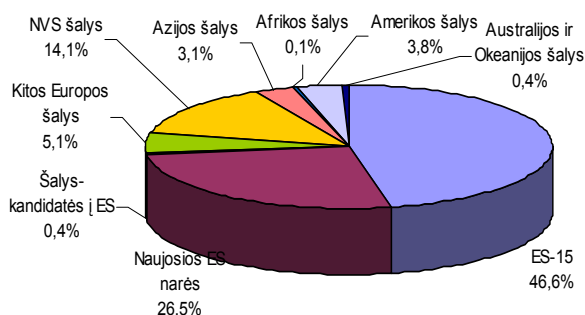
2004 m. svečiai iš Europos Sąjungos šalių sudarė 73 % visų Lietuvos apgyvendinimo įmonių svečių-užsieniečių, t.y. 431 tūkst. asmenų, skaičius per metus padidėjo 43 %. Minėtą augimą daugiausia lėmė

atvykusiųjų iš senųjų ES šalių (ES-15) skaičiaus augimas, nors svečių iš naujų narių taip pat padaugėjo. 2004 m. svečiai iš ES-15 sudarė beveik 47 % visų užsieniečių (275 tūkst.), apsistojusiu apgyvendinimo įstaigose ir buvo 47 % daugiau nei 2003 m. Reikšmingiausias buvo atvykusiųjų iš Vokietijos ir Italijos skaičiaus augimas.

Iš naujų ES šalių Lietuva sulaukė daugiausia turistų iš kaimyninių šalių – Lenkijos, Latvijos ir Estijos. Iš šių šalių atvykusių užsieniečių, apsistojusiu Lietuvos apgyvendinimo paslaugas teikiančiose įmonėse, struktūroje sudarė beveik 25 %, likusios – apie 2 %. Bendrai 2004 m. Lietuvos apgyvendinimo įstaigose apsistojo 156 tūkst. užsieniečių iš šalių, papildžiusių ES 2004 m.

Asmenys, atvykstantys į Lietuvą iš ES šalių-kandidačių, sudaro nežymią dalį: tiek 2004 m., tiek 2003 m. neviršijo 0,5 % nuo bendro užsieniečių, laikinai apsistojusiu Lietuvoje, skaičiaus, tačiau gana žymiai augo – 55 % ir 2004 m. siekė 2,2 tūkst. asmenų.

6 pav. Laikini Lietuvoje apsistojusiu užsieniečių pasiskirstymas pagal šalių grupes 2004 m.



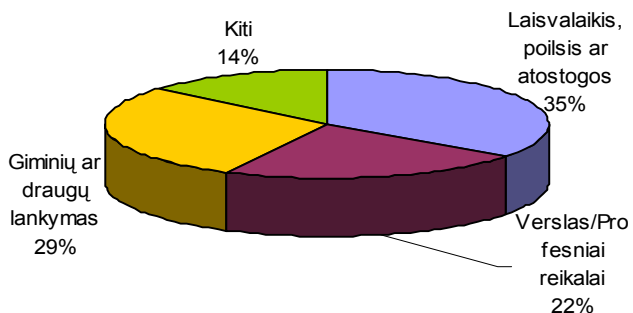
Šaltinis: Valstybinis turizmo departamentas: Apgyvandinimo įmonių statistika 2004

Papildomos informacijos apie į Lietuvą atvykstančius kitų valstybių piliečius suteikia nuo 1994 m. Valstybinio turizmo departamento atliekamos atrankinės lankytojų iš užsienio apklausa. Atskirai apklausiami išvykstantys iš Lietuvos užsieniečiai, praleidę Lietuvoje nors vieną naktį, bei vienadieniai lankytojai. Ataskaitoje naudojami 2003 m. apklausos rezultatai.

Apklausa rezultatai parodė, kad didžioji dauguma turistų į Lietuvą atvyksta savarankiškai ir tik 4 % buvo įsigiję kelionių paketus. Daugiausiai užsieniečiai į Lietuvą atvažiuoja grupėmis: 45 % atvyko šeimyninėmis grupėmis, 16 % - nesusijusiomis giminytės ryšiais grupėmis. Net 39 % turistų lankėsi Lietuvoje vieni.

Dauguma užsieniečių į Lietuvą atvyksta turėdami tikslą praleisti laisvalaikį – 35 %, lankyti draugų ar giminių – 29 %, verslo ar profesiniais reikalais – 22 %, o likusieji 14 % - su kitais tikslais. Įvertinus 1999-2003 m. apklausų duomenis, išryškėja giminių ar draugų lankymo mažėjimo tendencijos.

7 pav. Turistų kelionės į Lietuvą tikslai 2003 m., %



Šaltinis: Valstybinis turizmo departamentas: Lietuvos turizmo statistika 2003

Nors jau trečius metus iš eilės atvykstantojo turizmo srautai kasmet vis mažėja, turistų, praleidžiančių Lietuvoje nors vieną naktį, daugėja. Mažėjimas yra sąlygotas pagrindė sumažėjusių vienadienių lankytojų srautų iš NVS šalių. Tikėtina, kad ir ateityje didės atvykstančiųjų iš ES šalių turistų skaičius.

Turistų srautas įtakoja galimas PSDF išlaidas tik sąlyginai, kadangi apmokėjus išlaidas už kitų šalių narių piliečiams suteiktas paslaugas, jos yra 100 proc. atgaunamos iš šalies narės. Tokiu būdu tai iš esmės neiškreipia biudžeto. Vienintelis aspektas yra pinigų srautai, kadangi tarpvalstybiniai atsiskaitymai vykdomi du kartus per metus. Tačiau šiuo metu esamos sumos nėra reikšmingos ir didelės įtakos pinigų srautų balansavimui neturi. Tolimesni skaičiavimai pateikiami daugiau kaip prielaidos detaliam poveikio vertinimui.

Remiantis pateikiamais duomenimis galima teigti, kad bendras turistų iš kitų šalių narių srautas Lietuvoje 2003 metais buvo – 3,635 mln., o 2004 sumažėjo iki 3,4 mln. Remiantis 2003 metų rodikliais, apie 60 proc. atvykstančių sudarė vienadieniai turistai. Šis rodiklis nuolat mažėja ir tikėtina, kad 2004 metais jis galėjo sudaryti apie 55 proc. Jei ši prielaida teisinga, 2004 metais Lietuvoje apsilankė apie 1870 mln. vienadienių turistų (2003 metais jų buvo 2,144 mln.). Apie 66% šių turistų sudaro ES šalių narių piliečiai. Tokiu būdu vienadieniai turistai iš kitų šalių narių 2004 metais sudarė apie 1,234 mln. turistinių dienų (2003 metais jų buvo apie 1,415 mln.).

2004 metais turistai iš ES valstybių, kurie praleido Lietuvoje daugiau nei vieną dieną, sudarė apie 73 % visų svečių. Bendras jų skaičius 2003 metais buvo 1,088 mln., o 2004 metais - 1,120 mln. Vidutinė viešnagės trukmė sudaro apie 2,6 nakvynes. Tokiu būdu bendras turistinių dienų skaičius 2004 metais siekia 2,9 mln. (2003 metais – 2,8 mln.).

Vienadieniai ir nakvojančios Lietuvoje turistai per 2004 metus sudarė apie 4,1 mln. turistinių dienų (2003 metais tai sudarė apie 4,2 mln.). Kadangi turistų srautas per pateikiamus metus buvo labai panašus, turistinių dienų skaičiaus rodiklis taip pat yra labai panašus.

Išvykstamasis turizmas

Dėl skyriaus pradžioje minėtų apskaitos pasikeitimų, 2004 m. duomenys apie išvykstantojo turizmo srautus yra įvertinti remiantis 2004 m. 1-4 mėn. faktiniais duomenimis ir Statistikos departamento atlikta iš užsienio grįžtančių Lietuvos gyventojų apklausa.

Lyginant 2004 m. su 2003 m. duomenimis, išvykusiųjų Lietuvos gyventojų skaičius išliko beveik nepakitęs.

3 lentelė. Išvykusiųjų iš Lietuvos gyventojų skaičiaus dinamika 2000-2004 m.

	Išvykusiųjų iš Lietuvos skaičius, tūkst.	Pokytis per metus, %
2000	3632,4	

2001	3389,5	-6,7%
2002	3583,9	5,7%
2003	3501,7	-2,3%
2004*	3513,7	0,3%

* įvertis

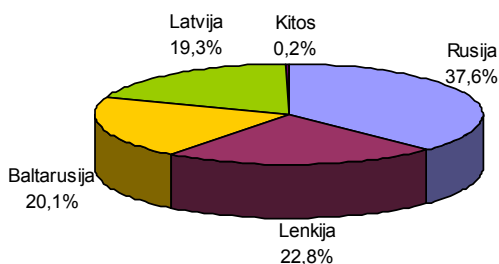
Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Didėjant žmonių mobilumui, vienadienės kelionės populiarėja vis labiau. Minėtos apklausos duomenimis, 60 % visų išvykusiųjų sudarė vienadieniai lankytojai.

Vienadieniai lankytojai

2004 m. Lietuvos gyventojai vienadienėms kelionėms į užsienį vyko 2,1 mln. kartų. Daugiausia vienadienių kelionių buvo į kaimynines šalis: Rusiją, Lenkiją, Baltarusiją ir Latviją.

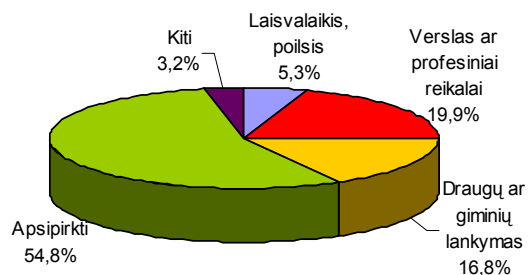
8 pav. Pagrindinės Lietuvos gyventojų vienadienių kelionių šalys 2004, %



Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės: Turizmas Lietuvoje 2004

Pagrindinis kelionių į Rusiją tikslas – apsipirkti (93 %). Vykstančiųjų į Lenkiją lankytojų kelionės pagal tikslus pasiskirstė taip: 56 % - apsipirkti, 19 % - verslo reikalai, 14 % - giminių ar draugų lankymas. Į Baltarusiją vienadieniai lankytojai iš Lietuvos dažniausiai vyko draugų ar giminių lankyti (42 %), į Latviją – verslo reikalais (50 %). Žemiau pateikiamas bendras vienadienių Lietuvos gyventojų kelionių pasiskirstymas pagal kelionės tikslą:

9 pav. Lietuvos gyventojų vienadienių kelionių pasiskirstymas pagal tikslą 2004, %

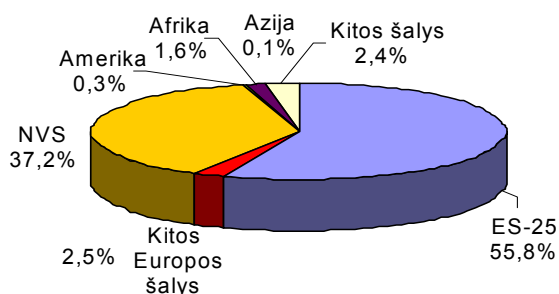


Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės: Turizmas Lietuvoje 2004

Lietuvos gyventojai, kitoje šalyje praleidę nors vieną naktį

Praėjusiais metais iš Lietuvos į užsienį išvyko 1,6 mln. turistų. Panašiai kaip ir atvykstantajame turizme ES ir NVS šalys sudaro didžiąją dalį (93 %) visų kelionių. Iš ES šalių-narių populiariausios 2004 m. buvo Vokietija, Lenkija ir Latvija; Baltarusija ir Rusija dominuoja tarp NVS šalių.

10 pav. Lietuvos gyventojų turistinių kelionių pasiskirstymas pagal šalių grupę 2004, %

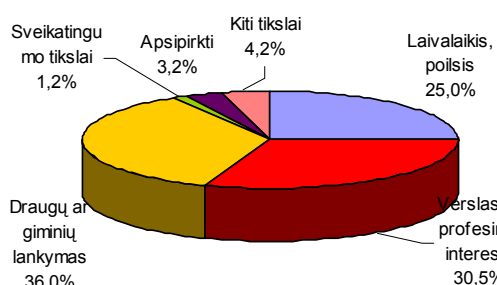


Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės: Turizmas Lietuvoje 2004

Vidutinė vienos kelionės trukmė 2004 m. sudarė 7,6 nakvynės. Statistikos departamento duomenimis, ilgiausiai Lietuvos gyventojai viešėjo JAV (28,6 n.) bei Norvegijoje (24,8 n.). Vidutinė vienos Lietuvos gyventojų viešnagės ES šalyse trukmė – 7,5 nakvynės, NVS šalyse – 6,3 nakvynės.

Analizuojant Lietuvos gyventojų turistinių kelionių pasiskirstymą pagal tikslą išryškėja trys pagrindiniai tikslai: draugų ar giminių lankymas, verslo ar profesiniai interesai bei laisvalaikis ir poilsis.

11 pav. Lietuvos gyventojų turistinių kelionių pasiskirstymas pagal kelionės tikslą 2004, %



Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Didžiojoje dalyje laisvalaikio ir poilsinių kelionių 2004 m. buvo keliamas į ES šalis (64 %), mažesnė, tačiau taip pat žymi dalis, – į NVS šalis (15 %). Panaši situacija susiklostė ir su verslo kelionėmis – 74 % ir 23 % atitinkamai. Į NVS šalis dažniausiai buvo keliamas draugų ar giminių lankyti (65 %). Egzotiškos šalys (Azijos, Afrikos šalys) paprastai buvo pasirenkamos poilsinėms kelionėms ir laisvalaikiui.

Lietuvos turistų srautas įtakoja galimas PSDF išlaidas tiesiogiai, kadangi apmokamos išlaidos už būtinausias medicininės pagalbos paslaugas, kurios buvo suteiktos mūsų šalies piliečiams kitose šalyse narėse. Išlaidos, patirtos kitose šalyse narėse, galėjo būti patirtos ir Lietuvoje (tas pats įvykis galėjo atsitikti nepriklausomai nuo buvimo vietos), tačiau šiame tyrime tai laikoma tiesioginę įtaką PSDF darančiu faktoriumi. Šioje vietoje svarbu paminėti ir kainos aspektą. Kainos kitose šalyse narėse (plačiau apie tai tyrimo 2.5 dalyje) yra santykinai didesnės nei Lietuvoje, tuo pačiu didėja ir patiriamos išlaidos.

Remiantis pateikiamais duomenimis galima teigti, kad bendras turistų iš Lietuvos srautas 2003 metais buvo – 3,501 mln., o 2004 padidėjo iki 3,513 mln. Vienadienėms kelionėms Lietuvos piliečiai į užsienį 2004 metais vyko 2,1 mln. kartų. Tikėtina, kad panašus rodiklis buvo ir 2003 metais. Tik apie 40% šių kelionių buvo į ES šalis (daugiausia Lenkija bei Latvija). Tokiu būdu vienadienių kelionių srautas 2004 metais (panašiai ir 2003 metais) į ES šalis buvo apie 860 tūkst. Tai sudaro atitinkamą turistinių dienų skaičių – 0,86 mln.

2004 metais turistai į ES valstybes, kuriose Lietuvos piliečiai praleido daugiau nei vieną dieną, sudarė apie 55,8 % visų kelionių. Bendras jų skaičius 2004 metais buvo 1,6 mln., tad kelionių į kitas šalis nares buvo 0,893 mln. Vidutinė viešnagės trukmė sudaro apie 7,5 nakvynes. Tokiu būdu bendras turistinių dienų skaičius 2004 metais siekia 6,7 mln.

Vienadieniai ir nakvojantys Lietuvos turistai per 2004 metus sudarė apie 7,56 mln. turistinių dienų. Kadangi turistų srautas per pateikiamus metus buvo labai panašus, turistinių dienų skaičiaus rodiklis taip pat turėtų būti labai panašus.

4 lentelė. Lietuvos apgyvendinimo įmonių duomenys pagal klientų atvykimo šalį 2004 m.

Šalys	Svečių				Vidutinė viešnagės trukmė	
	2004	2003	Pasikeitimas 04/03		2004	2003
Iš viso	1119100	847507	32,0%	271593	3,30	3,56
Lietuva	529057	409208	29,3%	119849	4,10	4,51
Užsienio	590043	438299	34,6%	151744	2,59	2,67
Afrika	525	400	31,3%	125	3,94	2,66
Airija	2586	1732	49,3%	854	2,26	2,32
Australija ir Okeanija	2594	1236	109,9%	1358	2,09	2,30
Austrija	6776	3199	111,8%	3577	2,49	1,97
Baltarusija	22039	21810	1,0%	229	8,32	8,02
Belgija	5012	3320	51,0%	1692	2,87	2,03
Bulgarija	766	447	71,4%	319	2,83	2,69
Čekija	7834	5603	39,8%	2231	2,04	1,78
Danija	16438	10855	51,4%	5583	2,27	2,22
Estija	23456	19067	23,0%	4389	1,67	1,76
Graikija	1121	828	35,4%	293	2,84	2,80
Islandija	901	537	67,8%	364	2,37	2,55
Ispanija	9156	4600	99,0%	4556	2,18	2,01
Italija	23475	11548	103,3%	11927	1,92	1,99
Izraelis	5351	6017	-11,1%	-666	5,37	6,17
Japonija	9169	7788	17,7%	1381	1,74	1,76
JAV	19419	14267	36,1%	5152	2,63	2,53
Jungtinė Karalystė	22751	19770	15,1%	2981	2,84	2,36
Kanada	1990	1247	59,6%	743	2,50	2,78
Kinija	1186	594	99,7%	592	2,20	2,18
Latvija	35769	28114	27,2%	7655	1,68	1,73
Lenkija	85457	59564	43,5%	25893	2,45	3,17
Liuksemburgas	434	395	9,9%	39	1,72	1,79
Norvegija	11492	9016	27,5%	2476	2,25	2,30
Nyderlandai	9324	5969	56,2%	3355	2,16	2,23
Pietų Amerika	685	675	1,5%	10	2,39	2,68
Portugalija	2092	1111	88,3%	981	2,13	1,89
Prancūzija	16803	8532	96,9%	8271	2,06	2,20
Rumunija	462	362	27,6%	100	2,97	2,76
Rusija	49240	50290	-2,1%	-1050	2,74	2,15
Slovakija	1329	704	88,8%	625	2,08	2,01
Suomija	27303	21300	28,2%	6003	1,81	1,95
Švedija	17687	14618	21,0%	3069	2,01	2,03
Šveicarija	3809	2582	47,5%	1227	1,95	1,94
Turkija	973	611	59,2%	362	2,33	2,49
Ukraina	5463	4277	27,7%	1186	6,19	4,58
Vengrija	2462	1730	42,3%	732	1,98	2,23
Vokietija	113974	79182	43,9%	34792	2,51	2,48

Kitos Azijos	2523	1385	82,2%	1138	2,16	2,23
Kitos Europos	13583	10081	34,7%	3502	2,30	1,99
Kitos NVS	6343	2801	126,5%	3542	1,99	2,06
Kitos Š. Amerikos	291	135	115,6%	156	2,58	2,70

5 PRIEDAS

Revizuotinių Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų sąrašas

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. spalio 27 d. įsakymas Nr. V-828 „Dėl Skubios chirurgijos, vaikų chirurgijos, oftalmologijos, otorinolaringologijos, akušerijos-ginekologijos, ortopedijos-traumatologijos paslaugų, teikiamų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, sąrašo, bazinių kainų, teikimo reikalavimų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. spalio 27 d. įsakymas V-820 „Dėl Sepsio gydymo stacionariųjų paslaugų teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose reikalavimų, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. spalio 27 d. įsakymas V-802 „Dėl Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymas V-713 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei Krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo“
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymas V-534 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių, kompensuojamų iš valstybės biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 23 d. įsakymas V-522 „Dėl Žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, sąrašo ir jų bazinių kainų patvirtinimo“
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas V-488 „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymas V-304 „Dėl Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 29 d. įsakymas V-687 „Dėl Kochlearinių implantų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo ir kochlearinių implantų bazinės kainos tvirtinimo“
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas V-483 „Dėl Papildomo mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų suteiktas skatinamąsias paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 11 d. įsakymas V-355 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 27 d. įsakymas V-282 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. sausio 6 d. įsakymas V-1 „Dėl Gyventojų aprūpinimo ortopedijos technikos priemonėmis kompensavimo laikinosios tvarkos ir Ortopedijos technikos priemonių, kompensuojamų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo laikinosios metodikos patvirtinimo“

16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 24 d. įsakymas V-759 „Dėl Papildomo mokėjimo už 2003 metais suteiktas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas tvarkos“
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymas V-114 „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. vasario 14 d. įsakymas 85 „Dėl Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiesiems vaistams apimčių, nustatomų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, sudarymo ir vykdymo tvarkos“