

Ar gyventojai gali susimokėti už sveikatos priežiūrą?

Nauji duomenys apie finansinę apsaugą Lietuvoje

Liuba Murauskienė
Sarah Thomson



Santrauka

WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening

The WHO Barcelona Office is a centre of excellence in health financing for universal health coverage (UHC). It works with Member States across WHO's European Region to promote evidence-informed policy making.

A key part of the work of the Office is to assess country and regional progress towards UHC by monitoring financial protection – the impact of out-of-pocket payments for health on living standards and poverty. Financial protection is a core dimension of health system performance and an indicator for the Sustainable Development Goals.

The Office supports countries to develop policy, monitor progress and design reforms through a combination of health system problem diagnosis, analysis of country-specific policy options, high-level policy dialogue and the sharing of international experience. It is also the home for WHO training courses on health financing and health systems strengthening for better health outcomes.

Established in 1999, the Office is supported by the Government of the Autonomous Community of Catalonia, Spain. It is part of the Division of Health Systems and Public Health of the WHO Regional Office for Europe.





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Ar gyventojai gali susimokėti už sveikatos priežiūrą?

Nauji duomenys apie
finansinę apsaugą
Lietuvoje

Autoriai:

Liuba Murauskienė
Sarah Thomson

Redaktorius:

Sarah Thomson

Serijos redaktoriai:

Sarah Thomson
Jonathan Cylus
Tamás Evetovits

Santrauka Raktažodžiai

Dėl leidybos kreipkitės į PSO Europos regiono biurą:

**Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Prašymo formą dėl dokumentų, sveikatos informacijos ar leidimo cituoti ar versti galite užpildyti ir internetu Europos regiono biuro svetainėje (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Pasaulio sveikatos organizacija, 2018**

Visos teisės saugomos. Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuras priima prašymus išleisti arba išversti visą ar dalimis savo leidinius. Leidinyje vartojami teiginiai ir informacijos pateikimas jokių būdu nelaikytini Pasaulio sveikatos organizacijos nuomonės apie bet kokios šalies, teritorijos, miesto ar regiono arba jų valdžios teisinę padėtį, ar nuomonės apie sienų arba ribų nustatymą reiškimu. Punktyrinėmis linijomis žemėlapiuose žymimos apytikslės ribos, jeigu dėl jų nėra iki galo sutarta. Konkrečių įmonių arba gamintojų produktų paminėjimas nereiškia, kad Pasaulio sveikatos organizacija juos išskiria iš kitų nepaminėtų tos pačios kategorijos produktų arba juos rekomenduoja. Išskyrus atsitiktinai praleistus ar nepastebėtus atvejus, patentuotų produktų pavadinimai rašomi didžiosiomis raidėmis. Pasaulio sveikatos organizacija ėmėsi visų atsargumo priemonių, kad patikrintų šiame leidinyje pateiktą informaciją. Vis dėlto paskelbta informacija platinama be aiškiai išreikštos ar numanomos garantijos. Už informacijos interpretaciją ir panaudojimą atsakingas skaitytojas. Pasaulio sveikatos organizacija jokiais atvejais neatsako už medžiagos panaudojimo sukeltą žalą. Autorių, redaktorių ar ekspertų grupių nuomonės nebūtinai atspindi Pasaulio sveikatos organizacijos sprendimus ar oficialią politiką.

Ši apžvalga – tai šalies tyrimų serijos dalis, kurioje pateikiami naujausi duomenys apie finansinę Europos sveikatos sistemų apsaugą. Finansinė apsauga ypač svarbi visuotinei sveikatos priežiūros aprėptčiai ir tinkamam sveikatos sistemos funkcionavimui.

Sveikatos priežiūros finansavimas
Sveikatos priežiūros išlaidos
Sveikatos paslaugų prieinamumas
Finansavimas, asmeninis
Lietuva
Skurdas
Visuotinė aprėptis

Turinys

Išlaidos sveikatai	1
Aprėptis, prieinamumas ir nepatenkinti poreikiai	2
Namų ūkių sveikatos išlaidos	5
Finansinė apsauga	6
Finansinę apsaugą stiprinantys ir silpninantys veiksniai	9
Politikos prielaidos	10
Literatūra	12
Terminų žodynelis	13

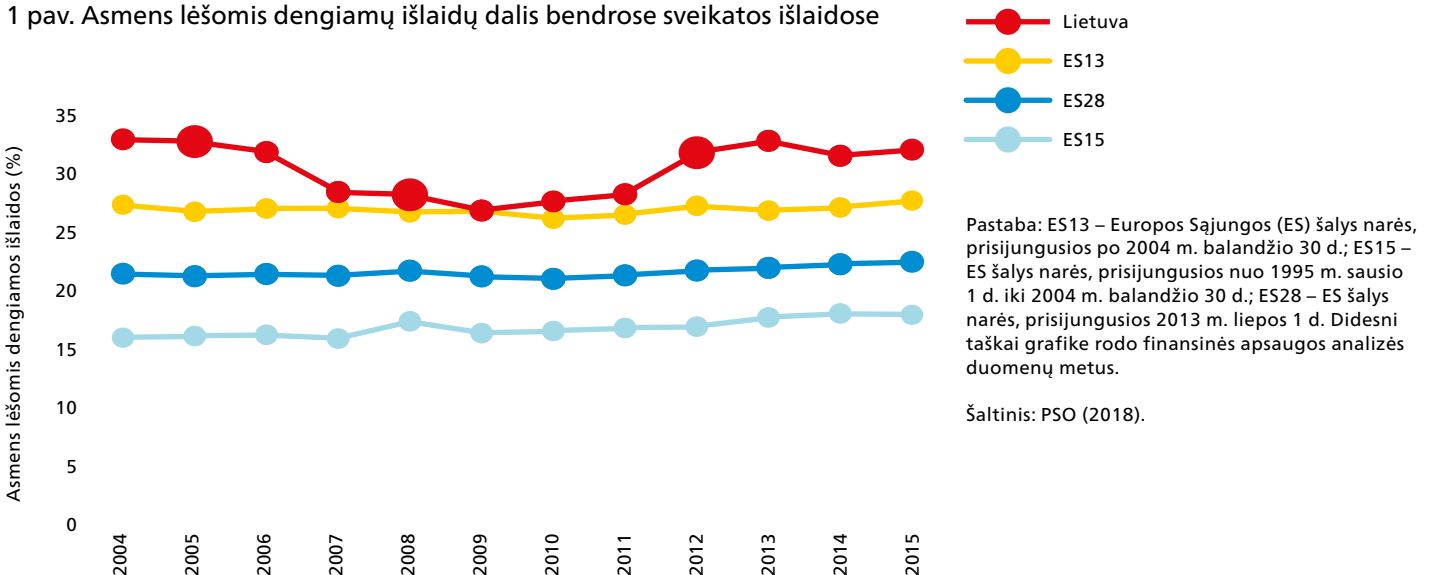
Šioje apžvalgoje siekiama įvertinti, koku mastu žmonės Lietuvoje patiria finansinių sunkumų, kai jie naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis. Analizė pagrįsta Statistikos departamento 2005 m., 2008 m. ir 2012 m. atliktų Lietuvos namų ūkių biudžeto tyrimų duomenimis. Analizuojami du finansinės apsaugos rodikliai: nepakeliamos asmens lėšomis dengiamos išlaidos ir skurdinančios asmens lėšomis dengiamos išlaidos. Taip pat atsižvelgiama į prieinamumo kliūtis, kai sveikatos priežiūros poreikiai nepatenkinami.

Išlaidos sveikatai

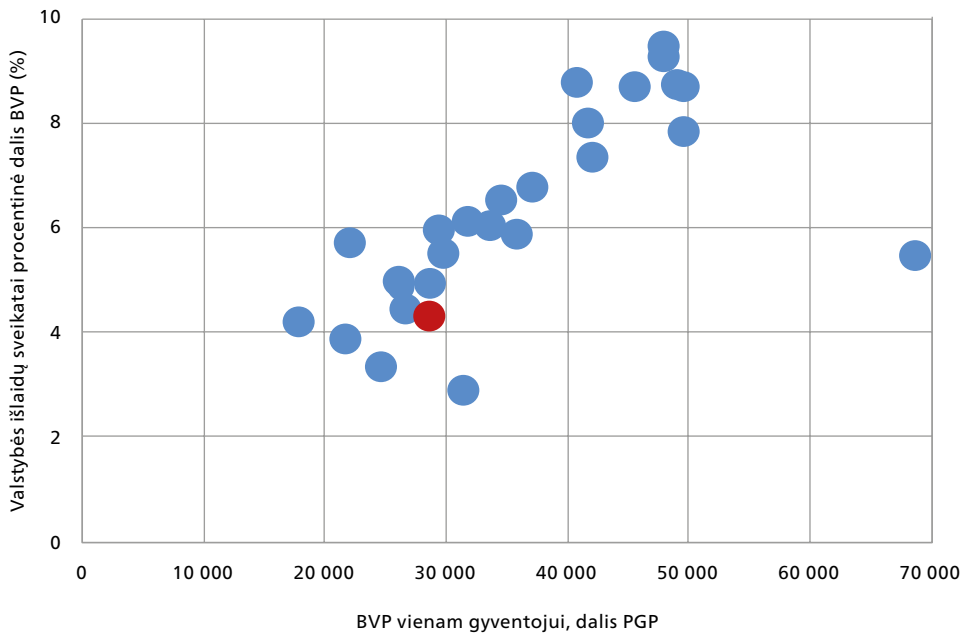
Tyrimai rodo, kad finansiniai sunkumai labiau tikėtini tada, kai valstybės skiriamos lėšos sveikatai yra mažos, palyginti su bendroju vidaus produktu (BVP), ir asmens lėšomis dengiamos išlaidos užima palyginti didelę visų sveikatos išlaidų dalį (Xu et al., 2003; PSO, 2010). Tai priklauso ir nuo vykdomos politikos. Valstybės skiriamų lėšų didinimas arba asmens lėšomis dengiamų išlaidų sumažinimas dar negarantuoja geresnės finansinės apsaugos.

Nuo 2005 m. iki 2008 m. valstybės skiriamos lėšos sveikatos priežiūrai Lietuvoje sparčiai augo kartu su ekonomika, sumažindamos asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalį bendrose sveikatos priežiūrai skirtose išlaidose (1 pav.). 2009 m. prasidėjusi ekonomikos krizė lėmė didžiulį BVP sumažėjimą, dėl to stipriai išaugo nedarbas (Eurostatas, 2018a). Kadangi valstybės skiriamos lėšos sveikatos ir kitose socialinės apsaugos srityse sumažėjo dėl nedarbo ir biudžeto apkarpyimo, asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalis bendrose išlaidose sveikatai išaugo (Kacevičius & Karanikolas, 2015). 2012 m. asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalis buvo 32 proc. ir iki 2013 m. pasiekė 2005 m. lygį (33 %) – gerokai daugiau nei Europos Sąjungos vidurkis (22 %). Valstybės skiriamų lėšų dalis (66 %) liko daug žemiau Europos Sąjungos vidurkio (73 %). 2 pav. matyti, kad valstybės skiriamos lėšos sveikatos priežiūrai šiuo metu Lietuvoje sudaro gana mažą BVP dalį, palyginti su šalimis, kuriose pajamų lygis panašus.

1 pav. Asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalis bendrose sveikatos išlaidose



2 pav. Valstybės skiriamos lėšos sveikatai ir BVP vienam gyventojui, Europos Sąjunga, 2015



Pastaba: Lietuva pažymėta raudonai. Į grafiką neįtrauktas Liuksemburgas. PGP – perkamosios galios paritetas.

Šaltinis: PSO (2018).

Nepaisant visuomenės patirtų finansinių sunkumų ir sveikatos biudžeto pokyčių, sveikatos sistema nuo 2005 m. iki 2012 m. išliko beveik nepakitusi (Murauskienė et al, 2013). Ji finansuojama iš privalomų įmokų ir pervedimų iš valstybės biudžeto į Valstybinį sveikatos draudimo fondą.

Aprėptis, prieinamumas ir nepatenkinti poreikiai

Teisė į sveikatos priežiūrą užtikrinama Konstitucijos 53 straipsniu, ji apibrėžta 1994 m. Sveikatos sistemos įstatyme, 1996 m. Sveikatos draudimo įstatyme ir Sveikatos apsaugos ministerijos išleistuose įsakymuose. Valstybės finansuojamų paslaugų paketą ir naudotojo mokesčių politiką nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Vaikams iki 18 metų užtikrinama beveik visa sveikatos apsauga. Suaugusiesiems taip pat suteikiamas nemokamas ambulatorinis ir stacionarus gydymas.

Pagrindiniai sveikatos aprėpties trūkumai susiję su:

- priemokų už ambulatoriškai suaugusiesiems paskirtus vaistus procentine dalimi;
- ribotu suaugusiųjų dantų priežiūros prieinamumu ir

- teisės į sveikatos priežiūrą ir įmokų Valstybiniam privalomojo sveikatos draudimo fondui susiejimu.

Todėl apie 6–10 proc. gyventojų nedrausti ir gali gauti tik skubiosios medicininės pagalbos paslaugas. Šioje neapdraustų gyventojų grupėje daugiausia vyrų ir darbingo amžiaus žmonių, kurie galbūt išvažiuavę uždarbiauti į užsienį, tačiau vis dar registruoti Lietuvoje.

Savanorišku sveikatos draudimu šie trūkumai nepašalinami (1 lentelė). Jį įsigyja mažiau nei 1 proc. gyventojų – dažniausiai daugiau uždirbantys darbuotojai, o be to, pagrindinė tokio draudimo paskirtis yra gauti privačias paslaugas (Kacevičius, 2016).

1 lentelė. Sveikatos priežiūros aprėpties trūkumai

Šaltinis: autorius

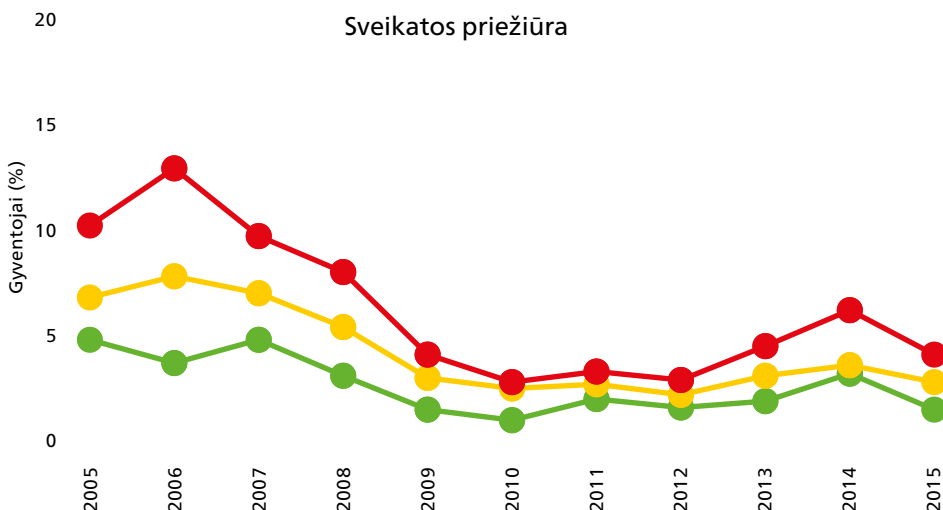
	Gyventojų teisės į sveikatos apsaugą	Paslaugų aprėptis	Naudotojo mokesčiai
Valstybės finansuojamos sveikatos priežiūros valdymo klausimai	Teisės į sveikatos apsaugą priklauso nuo sumokėtų įmokų.	Ribotas būtinųjų medicinos prekių sąrašas; laukimo laiko garantijų trūkumas atliekant tyrimą	Priemokų procentinės dalies panaudojimas; menka suaugusiųjų apsauga; nepakankamas papildomų sąskaitų valdymas.
Pagrindiniai valstybės finansuojamos sveikatos priežiūros trūkumai	Apie 6–10 % gyventojų nedrausti, nors tikėtina, kad dalis šių žmonių gali dirbti užsienyje.	Suaugusiųjų dantų priežiūra; laukimo laikas.	Ambulatoriškai išrašomi vaistai suaugusiesiems.
Ar šiuos trūkumus pašalina savanoriškas sveikatos draudimas?	Ne	Ne, savanorišku sveikatos draudimu apsidraudę mažiau nei 1 % gyventojų, jo pagrindinė paskirtis – gauti privačias paslaugas.	Ne

Europos Sąjungos duomenimis, pačių gyventojų nurodyti nepatenkinti sveikatos ir dantų priežiūros poreikiai mažėjo nuo 2006 m. iki 2010 m., o nuo 2010 m. ėmė augti (2 pav.). Skirtumai tarp gyventojų dėl nepatenkintų dantų priežiūros poreikių gana dideli, o nuo 2010 m. dar labiau išryškėjo. Skirtumai dėl nepatenkintų sveikatos priežiūros poreikių mažesni nei dėl dantų priežiūros, tačiau taip pat nuo 2012 m. didėjo. Tiek sveikatos, tiek dantų priežiūros nepatenkintų poreikių skirtumų didėjimas teigiamus pokyčius pakreipė priešinga linkme.

Šalies tyrimų duomenimis, su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtėmis susiduriama daug dažniau, nei rodo Europos Sąjungos duomenys. Pagal šiuos tyrimus nepatenkinti pensinio amžiaus, neaktyvių ir bedarbių gyventojų poreikiai įsigyti išrašytus vaistus taip pat didesni nei nepatenkinti bendri sveikatos priežiūros poreikiai (Lietuvos statistika, 2015).

3 pav. Pajamų skirtumai pagal pačių gyventojų nurodytus nepatenkintus sveikatos ir dantų priežiūros poreikius dėl kainos, atstumo ir laukimo laiko Lietuvoje

Sveikatos priežiūra

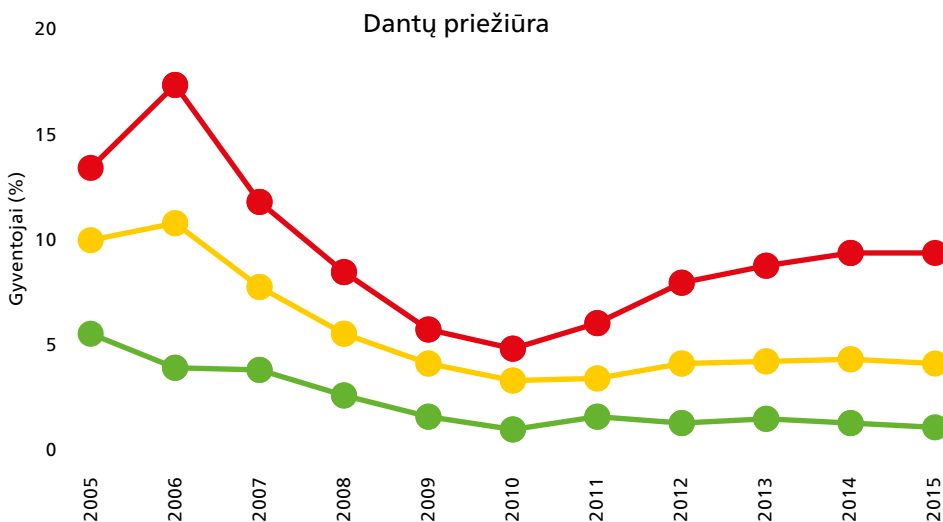


- Skurdžiausias kvantilis
- Iš viso
- Turtingiausias kvantilis

Pastaba: Gyventojai – tai 16 metų ir vyresni asmenys. Į kvantilius skirstoma pagal pajamas.

Šaltinis: Eurostatas (2018b), remtasi Europos Sąjungos statistikos apie pajamas ir gyvenimo sąlygas duomenimis.

Dantų priežiūra



Namų ūkių sveikatos išlaidos

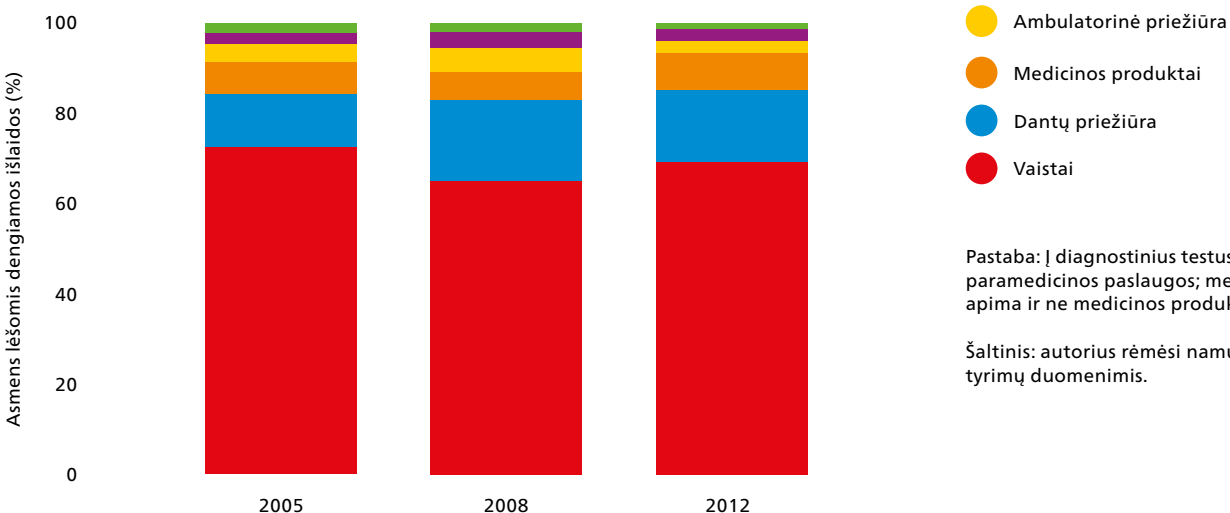
Namų ūkių biudžeto tyrimų duomenys rodo, kad 2012 m. tik daugiau nei pusė visų Lietuvos namų ūkių (55 %) sumokėjo už sveikatos priežiūrą savo lėšomis. Namų ūkiai, nepatiriantys asmens lėšomis dengiamų išlaidų, dažniau yra skurdūs, nei turtingi ir taip atsispindi priemokų už dantų priežiūrą ir vaistus skiriamas lengvatas ypač pažeidžiamiems namų ūkiams. Taip pat tai gali reikšti ir didesnius nepatenkintus sveikatos ir dantų priežiūros poreikius tarp skurdesnių namų ūkių.

2008–2012 m. namų ūkių be patiriamų asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalis išaugo nuo 25 iki 45 procentų. Šis augimas buvo stebimas nepaisant to, kad per šį laikotarpį nebuvo jokių pokyčių, susijusių su naudotojo mokesčių lengvatomis. Iš dalies tai galėtų atspindėti ir nepatenkintus dantų priežiūros poreikius, kurie ypač augo nuo 2011 m. iki 2014 m. skurdžiausiame kvantilyje.

Namų ūkių biudžeto tyrimų duomenys rodo, kad asmens lėšomis dengiamos išlaidos stipriai augo nominaliaja verte ir kaip visų namų ūkio išlaidų dalis. Daugiausia tai lėmė išlaidos vaistams (4 pav.). Dantų priežiūrai skiriamos išlaidos yra antrosios pagal dydį iš visų namų ūkio sveikatai skiriamų išlaidų, tačiau jos daugiausia patiriamos turtinguose namų ūkiuose. Vidutiniška asmens lėšomis dengiamų išlaidų suma dantų priežiūrai nepasikeitė nuo 2008 m. iki 2012 m., tačiau vidutiniška suma iš asmens lėšų skiriama vaistams stipriai išaugo.

Remiantis kitų tyrimų duomenimis, neoficialūs mokėjimai kelia problemų, tačiau tai daugiau taikoma stacionariam gydymui, o ne ambulatorinei priežiūrai (Murauskienė et al, 2013).

4 pav. Visų asmens lėšomis dengiamų išlaidų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros būdą



- Stacionari priežiūra
- Diagnostiniai testai
- Ambulatorinė priežiūra
- Medicinos produktai
- Dantų priežiūra
- Vaistai

Pastaba: Į diagnostinius testus įtraukiamos ir kitos paramedicinos paslaugos; medicinos produktai apima ir ne medicinos produktus ir įrangą.

Šaltinis: autorius rėmėsi namų ūkių biudžeto tyrimų duomenimis.

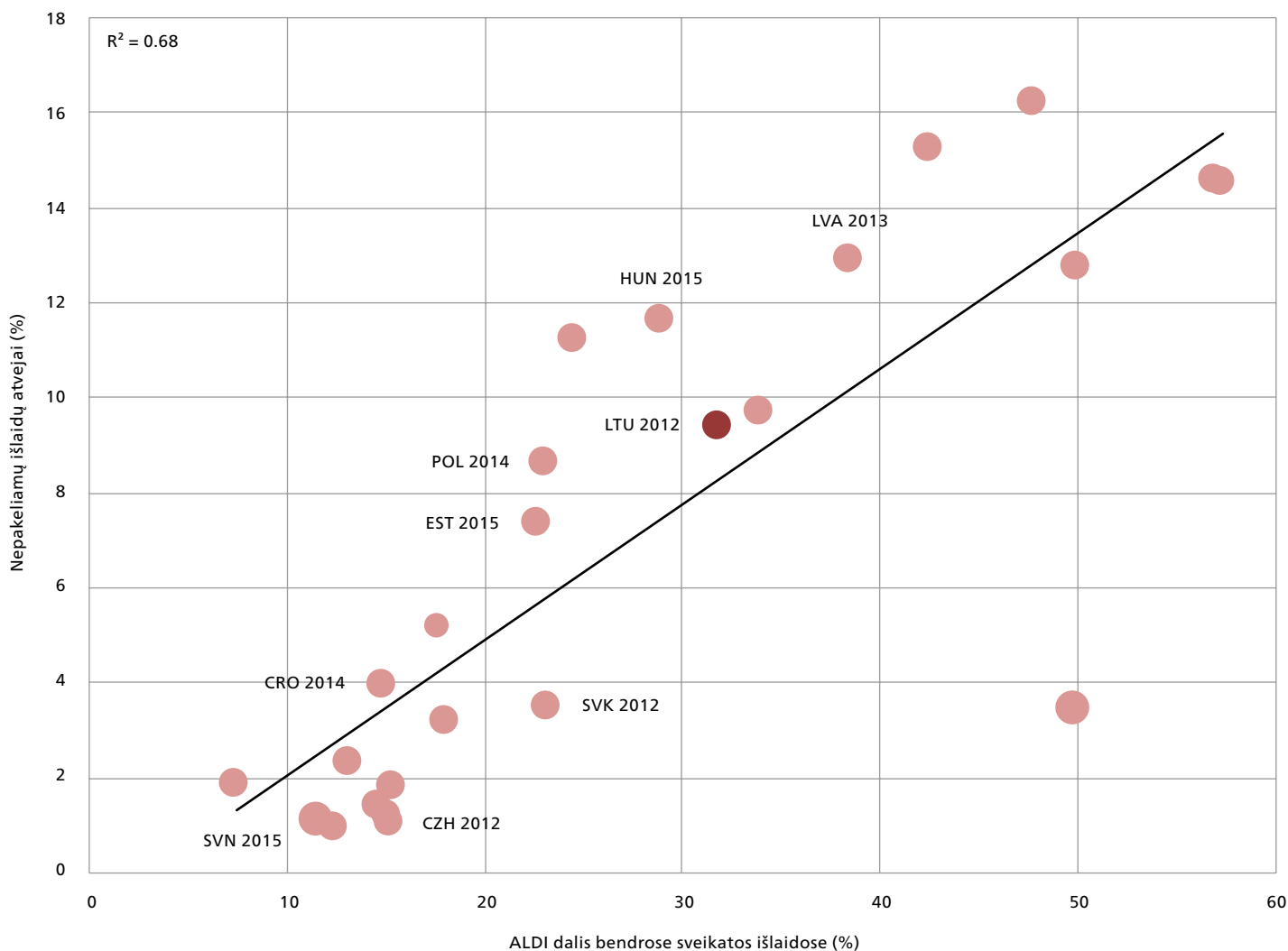
Finansinė apsauga

Finansinė apsauga Lietuvoje yra menka, palyginti su kitomis Europos Sąjungos šalimis (5 pav.).

5 pav. Nepakeliamų sveikatos išlaidų ir asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalis bendrose sveikatos išlaidose pasirinktose Europos šalyse, prieinami vėliausių metų duomenys

Pastabos: CZH – Čekija; EST – Estija; CRO – Kroatija; HUN – Vengrija; LTU – Lietuva; LVA – Latvija; ALDI – asmens lėšomis dengiami mokėjimai; SVK – Slovakija; SVN – Slovėnija; POL – Lenkija. Lietuva pažymėta tamsiai raudonai. Naudotasi tų pačių metų asmens lėšomis dengiamų išlaidų duomenimis ir nepakeliamų išlaidų duomenimis. R² – determinacijos koeficientas.

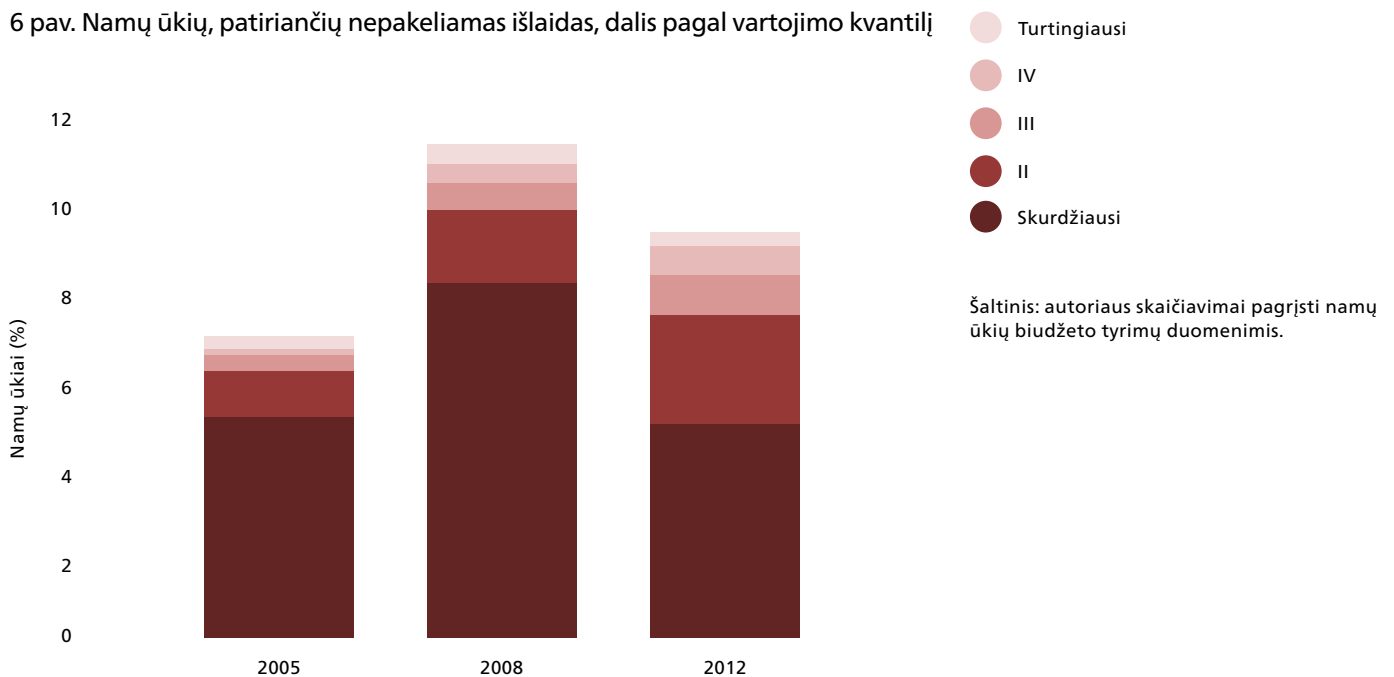
Šaltiniai: PSO Sveikatos sistemų stiprinimo biuras Barselonoje ir PSO (2018).



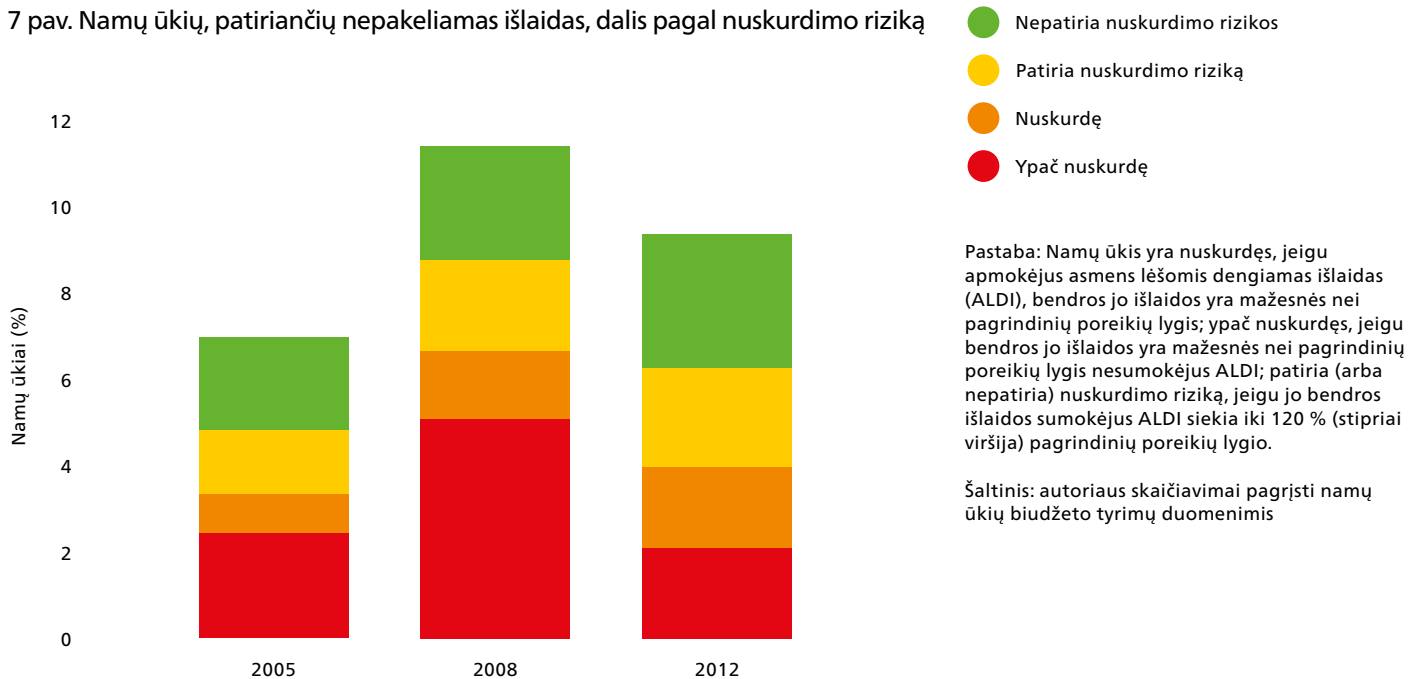
2012 m. daugiau nei 9 proc. namų ūkių patyrė nepakeliamas asmens lėšomis dengiamas išlaidas (6 pav.). Labiausiai nepakeliamos išlaidos paveikia skurdžiausius namų ūkius, kurių didžiausia dalis priklauso vyresniems žmonėms. Tačiau ilgainiui ši problema paplito ir tarp jaunesnių namų ūkių. Namų ūkių, kurių pagrindinis maitintojas yra nuo 30 iki 60 metų, procentinė nepakeliamas išlaidas patiriančių namų ūkių dalis išaugo nuo 14 proc. 2008 m. iki 32 proc. 2012 m.

2012 m. 4 proc. namų ūkių buvo nuskurdę arba ypač nuskurdę dėl asmens lėšomis dengiamų išlaidų už sveikatos paslaugas (7 pav.). Skurdo lygis atspindi palyginti skurdžių Lietuvos gyventojų (tarp 25-ojo ir 35-ojo vartojimo pasiskirstymo procentilio pagal namų ūkio dydį ir sudėtį) pagrindinių poreikių (maistas, nuoma ir komunalinės paslaugos) tenkinimo sąnaudas. 2012 m. mėnesinės šių pagrindinių poreikių tenkinimo sąnaudos, t. y. pagrindinių poreikių lygis, vidutiniškai siekė 242 eurus.

6 pav. Namų ūkių, patiriančių nepakeliamas išlaidas, dalis pagal vartojimo kvantilį



7 pav. Namų ūkių, patiriančių nepakeliamas išlaidas, dalis pagal nuskurdimo riziką



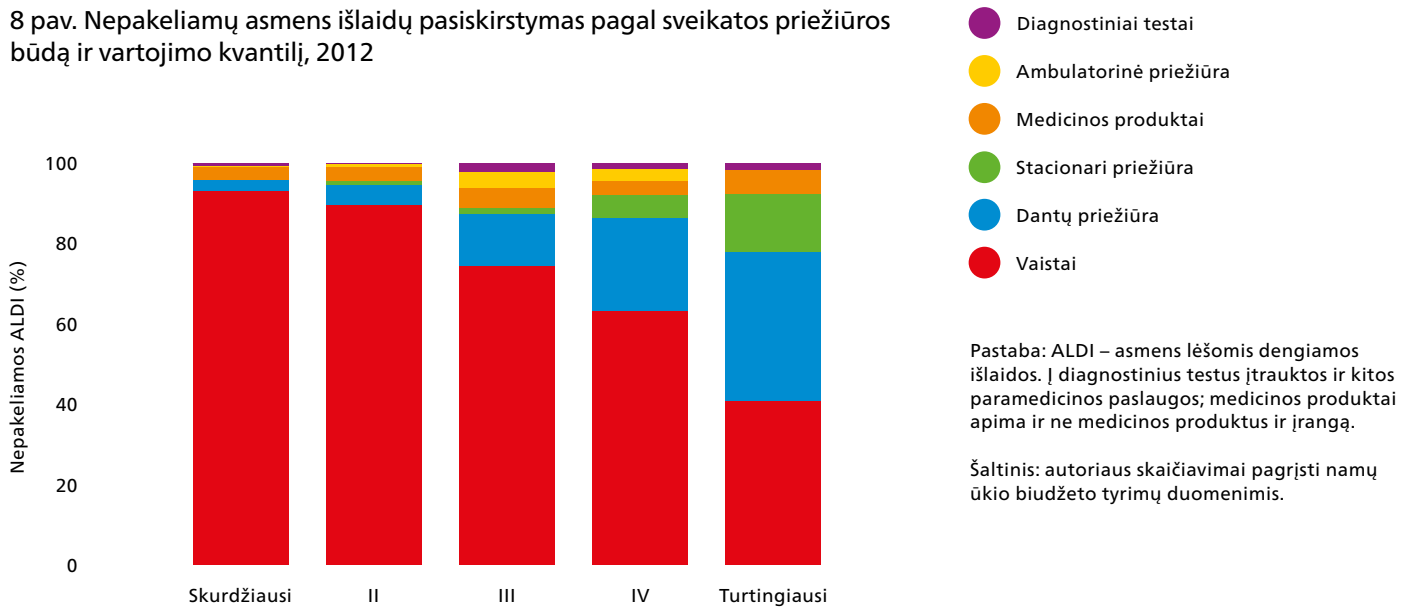
Ambulatoriniam gydymui skirti vaistai yra svarbiausia ir vienintelė priežastis, dėl ko visi gyventojai patiria nepakeliamas išlaidas. Tai lemia beveik visas skurdesnių namų ūkių nepakeliamas išlaidas (8 pav.). Išlaidų ambulatoriniam gydymui skirtiems vaistams dalis bendrose nepakeliamose išlaidose augo labai sparčiai nuo 50 proc. 2008 m. iki 77 proc. 2012 m.

Antras pagal svarbumą nepakeliamų asmens lėšomis dengiamų išlaidų augimo veiksnys yra dantų priežiūra, tačiau tai turi didžiausią poveikį turtingesniems namų ūkiams dėl skurdesnių namų ūkių prieinamumo kliūčių ir nepatenkintų poreikių. Dantų priežiūros dalis nepakeliamose išlaidose sumažėjo dvigubai nuo 2008 m. iki 2012 m. – tikėtina, kad dėl finansinės įtampos, kurią namų ūkiai patyrė per ekonomikos krizę ir po jos.

Stacionaraus gydymo išlaidos siekia maždaug 15 proc. nepakeliamų asmens išlaidų turtingiausiame kvantilyje ir sudaro gerokai mažesnę dalį kituose kvantiliuose.

2012 m. nepakeliamų asmens lėšomis dengiamų išlaidų patirta daugiau nei 2005 m. Jie sparčiai augo tuose namų ūkiuose, kurie priklauso trims viduriniams kvantiliams. Nedidelį visų nepakeliamų asmens išlaidų sveikatai sumažėjimą nuo 2008 m. iki 2012 m. daugiausia lėmė sumažėjimas skurdžiausiame kvantilyje.

8 pav. Nepakeliamų asmens išlaidų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros būdą ir vartojimo kvantilį, 2012



Finansinę apsaugą stiprinantys ir silpninantys veiksniai

Namų ūkių biudžeto tyrimų duomenys rodo, kad žmonių gebėjimas sumokėti už sveikatą mažėjo dėl ekonomikos krizės. Taip pat ryškus valstybės sveikatos išlaidų asmeniui sumažėjimas po krizės padidino asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalį bendrose sveikatos išlaidose (1 pav.). Abu šie veiksniai galėjo lemti didesnius finansinius sunkumus trijuose viduriniuose kvantiliuose per atitinkamą laikotarpį (6 pav.).

Skurdžiausiame kvantilyje finansinė apsauga blogėjo nuo 2005 m. iki 2008 m. ir gerėjo nuo 2008 m. iki 2012 m. (6 pav.). Tikėtina, kad ryškus pagerėjimas atspindi šio kvantilio sudėties pokyčius. Nuo 2005 m. iki 2008 m. vyresni žmonės patyrė didesnę skurdo riziką nei kiti gyventojai – daugiausia dėl to, kad pensijos neaugo tokiu pačiu tempu kaip kitų pajamų šaltiniai, todėl 2008 m. pensinio amžiaus gyventojai sudarė didesnę dalį skurdžiausiame kvantilyje, palyginti su 2005 m. Vyresnių žmonių skurdas yra labai svarbus finansinės apsaugos klausimas, nes jiems būtina ir didesnė sveikatos priežiūra. 2008–2012 m. situacija visiškai pasikeitė – pensijos išliko stabilios, tačiau nedarbas išaugo ir algos sumažėjo. Dėl to darbingo amžiaus žmonės tapo skurdesni ir vyresnių žmonių dalis skurdžiausiame kvantilyje sumažėjo. Per šį laikotarpį nepakeliamas išlaidas patiriančių namų ūkių, kurių pagrindinis maitintojas jaunesnis nei 60 metų, dalis išaugo daugiau nei dvigubai.

Pats svarbiausias veiksnys, lemiantis finansinius sunkumus, yra ribotas ambulatoriniam suaugusiųjų gydymui skirtų vaistų finansavimas Lietuvoje. Dėl netinkamai parengtos bendrų valstybės skiriamų lėšų politikos, taikomos

ambulatoriniam gydymui skirtiems vaistams, pavyzdžiui, priemokų procentinės dalies apskaičiavimo, labai riboto skurdžių namų ūkių ir pastovių vartotojų finansavimo ir priemokų viršutinės ribos nebuvimo, pacientams tenka didesnė finansinė aukštų kainų ir netinkamų vaistų skyrimo ir paskirstymo našta.

Panašu, kad 2009 m. ir nuo 2017 m. įgyvendinti vaistų politikos pokyčiai sumažino vaistų kainas, tačiau jų nepakanka reikšmingam finansinės apsaugos gerinimui.

Lietuvos gyventojai, kaip jie patys nurodo, nereceptinius vaistus vartoja daug dažniau nei kitų Europos Sąjungos šalių gyventojai, ypač tie, kuriems daugiau kaip 65 metai. 2014 m. nereceptinius vaistus Lietuvoje nurodė vartojantys apie 70 proc. 65 metų ir vyresni žmonės, o Europos Sąjungoje šis skaičius tesiekė apie 30 proc. (Eurostatas, 2018c). Dažnas nereceptinių vaistų vartojimas Lietuvoje gali rodyti lengvą jų prieinamumą ir juos vartoti skatinančias iniciatyvas ir tikėtina, kad gali turėti įtakos finansinių sunkumų atsiradimui.

Ribota dantų priežiūros paslaugų aprėptis suaugusiesiems lemia finansinius sunkumus, tačiau tik tiems, kuriems tokios paslaugos prieinamos. Jeigu skurdesni namų ūkiai stambiu mastu nepatirtų nepatenkintų dantų priežiūros poreikių, tai būtų daug reikšmingesnė finansinių sunkumų priežastis.

Vaikams iki 18 metų suteikiama didžiausia sveikatos priežiūros aprėptis. Jiems nemokamai suteikiamos visos valstybės finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos. Dėl tokios stipriai vaikus saugančios politikos namų ūkiai, auginantys vaikų, užima labai mažą dalį tarp nepakeliamas asmens lėšomis dengiamas išlaidas patiriančių namų ūkių.

Politikos prielaidos

Nepakeliamos asmens lėšomis dengiamos išlaidos labiausiai paveikia skurdžiausius namų ūkius ir ypač dažni vyresniuose namų ūkiuose.

Finansinė apsauga laikui bėgant blogėjo. Finansinius sunkumus patiriančių namų ūkių dalis 2012 m. buvo didesnė nei 2005 m. Nuo 2008 m. iki 2012 m. ši dalis išaugo trijose viduriniuose kvantiliuose, tačiau gerokai sumažėjo skurdžiausiame kvantilyje.

Pensinio amžiaus žmonių ir bedarbių pajamų palaikymo sistemos stiprinimas padėtų išvengti skurdo, prastos sveikatos ir finansinių sunkumų sąsajos. Akivaizdus finansinės apsaugos pagerėjimas skurdžiausiame kvantilyje nuo 2008 m. iki 2012 m. negalėjo įvykti dėl menkų sveikatos sistemos pokyčių. Labiau tikėtina, kad tai daugiau susiję su krizės poveikiu. Po krizės pensininkų dalis skurdžiausiame kvantilyje sumažėjo ir išaugo nepatenkinti dantų priežiūros poreikiai. Pastaruoju metu sumažėjus nedarbiui ir atlyginimams augant greičiau nei pensijoms, tikėtina, kad nepakeliamų asmens lėšomis dengiamų išlaidų dalis skurdžiausiame kvantilyje išaugs.

Išlaidos ambulatoriniam gydymui skirtiems vaistams yra pati svarbiausia finansinių sunkumų priežastis ir gana svarbus pačių gyventojų nurodytų nepatenkintų sveikatos priežiūros poreikių veiksnys. Išlaidų vaistams dalis

nepakeliamose asmens išlaidose augo labai sparčiai – nuo 50 proc. 2008 m. iki 70 proc. 2012 m. 40 proc. skurdžiausių namų ūkių vaistams tenka 90 proc. visų nepakeliamų asmens išlaidų.

Formuojant politiką, didžiausią dėmesį reiktų skirti ambulatoriškai skiriamų vaistų prieinamumui ir įperkamumui gerinti. 2009 m., 2017 m. ir 2018 m. reformomis siekta sumažinti vaistų kainas ir skatinti tinkamą jų skyrimą ir paskirstymą. Tai esminiai žingsniai tinkama kryptimi, tačiau reikia imtis ir tolesnių veiksmų. Taip pat reiktų išsamiau ištirti, kodėl Lietuvoje tiek daug vartojama gydytojų nepaskirtų vaistų, ypač juos perka žmonės, kuriems daugiau kaip 65 metai, ir koks tokios savigydos poveikis finansinei apsaugai.

Finansinė apsauga gerėtų tik tuomet, jeigu būtų stiprinama sveikatos priežiūros aprėpties ir priemonų politika, ypač ambulatoriniam gydymui numatomiems vaistams. Šiuo metu priemonių už ambulatoriškai išrašytus vaistus politika finansinę riziką dėl aukštų kainų ir netinkamo vaistų skyrimo ir paskirstymo perkelia ant namų ūkių. Vykdam labiau namų ūkius apsaugančią politiką, skurdiems namų ūkiams ir pastoviams vartotojams turėtų būti taikomos lengvatos ambulatorinio gydymo vaistams, turėtų būti įvesta su pajamomis susieta viršutinė riba priemokoms, bendriems mokėjimams nustatyta fiksuota suma, o ne procentali dalis.

Dantų priežiūros prieinamumo kliūtys turėtų kelti politikų rūpestį. Ribota suaugusiųjų dantų priežiūros aprėptis lemia finansinius sunkumus turtingesniems namų ūkiams ir aukštą nepatenkintų poreikių lygį skurdesniuose namų ūkiuose.

Jeigu šiuo metu vaikams taikoma aprėptis būtų išplėsta ir apimtų taip pat ir skurdžiau gyvenančius suaugusiuosius, tai labai sumažintų finansinius sunkumus ir panaikintų skurdo ir prastos sveikatos sąsają. Vaikams iki 18 metų suteikiama nemokama visa valstybės finansuojama sveikatos priežiūra. Dėl tokios vaikų saugančios politikos namų ūkių, auginančių vaikų, dalis tarp visų namų ūkių, kurie patiria nepakeliamas asmens lėšomis dengiamas išlaidas, yra labai maža.

Stipresnei finansinei apsaugai reikia papildomų valstybės investicijų į sveikatos sistemą. Valstybės išlaidos sveikatai yra mažesnės, nei Lietuva galėtų skirti pagal savo BVP lygį (2 pav.), iš dalies dėl sumažėjusių valstybės išlaidų po krizės, taip pat ir dėl labai mažos valstybės skiriamos dalies – 2015 m. Lietuvos valstybės išlaidų ir BVP santykis buvo antras mažiausias Europos Sąjungoje.

Valstybės išlaidų sveikatos srityje didinimas visų pirma turi būti susijęs su geresne skurdžių suaugusiųjų ir pastovių ambulatorinio gydymo vaistų ir kitų sveikatos paslaugų naudotojų apsauga. Taip pat būtų galima šiek tiek pagerinti finansinę apsaugą geriau panaudojant turimus išteklius.

Literatūra

1. Žiūrėta 2018 m. kovo 20 d.

Eurostat (2018a). Statistical database [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).¹

Eurostat (2018b). EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/main-tables>).

Eurostat (2018c). European Health Interview Survey [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>).

Kacevičius G (2016). Lithuania. In: Sagan A, Thomson S, editors. Voluntary health insurance in Europe: country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series No. 42; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/voluntary-health-insurance-in-europe-country-experience-2016>).

Kacevičius G, Karanikolos M (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Lithuania. In: Maresso A et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/economic-crisis-health-systems-and-health-in-europe-country-experience-2015>).

Morauskienė L, Janonienė R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M (2013). Lithuania: health system review. Health Systems in Transition 15(2):1–150 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/lithuania-hit-2013>).

Lietuvos statistika (2015). 2014 m. Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo rezultatai. Vilnius: Lietuvos statistika (<https://osp.stat.gov.lt/statistikos-leidiniu-katalogas?publication=20908>).

WHO (2010). The World Health Report. Health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2010/en/>).

WHO (2018). Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database/SelectIndicators/en>).

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 362:111–7.

Terminų žodynelis

Asmens lėšomis dengiamos išlaidos: dar vadinama namų ūkio sveikatos išlaidomis. Bet kokie mokėjimai, atlikti bet kurio tiekėjo bet kokios sveikatos prekės naudojimo arba paslaugos metu. Asmens lėšomis dengiamos išlaidos apima (a) oficialias priemokas (naudotojo išlaidas arba mokesčius) už apdraustas prekes ir paslaugas; (b) oficialius mokėjimus už privačius prekių ir paslaugų pirkimus; ir (c) neoficialius mokėjimus už apdraustas arba privačiai įsigytas prekes ir paslaugas. Išankstiniai namų ūkio mokėjimai (pavyzdžiui, mokesčiai, įnašai ar įmokos) ir kompensacijos iš trečiosios šalies, pavyzdžiui, valstybinės įstaigos, sveikatos draudimo fondo arba privačios draudimo bendrovės.

Out-of-pocket payments: Also referred to as household expenditure (spending) on health. Any payment made by people at the time of using any health good or service provided by any type of provider. Out-of-pocket payments include: (a) formal co-payments (user charges or user fees) for covered goods and services; (b) formal payments for the private purchase of goods and services; and (c) informal payments for covered or privately purchased goods and services. They exclude pre-payment (for example, taxes, contributions or premiums) and reimbursement of the household by a third party such as the government, a health insurance fund or a private insurance company.

Biudžetas: žr. namų ūkio biudžetas.

Budget: See household budget.

Finansinė apsauga: finansinių sunkumų nebuvimas, naudojantis sveikatos paslaugomis. Kai sveikatos sistemos nesuteikia tinkamos finansinės apsaugos, namų ūkiai gali neturėti pakankamai lėšų susimokėti už sveikatos priežiūrą arba patenkinti kitus pagrindinius poreikius. Finansinės apsaugos nebuvimas gali lemti daugelį negatyvių sveikatos ir ekonominių pasekmių, kurios gali apriboti priėjimą prie sveikatos priežiūros, pakenkiant sveikatos būklei, didinant skurdą ir sveikatos bei socioekonominius skirtumus.

Financial protection: The absence of financial hardship when using health services. Where health systems fail to provide adequate financial protection, households may not have enough money to pay for health care or to meet other basic needs. Lack of financial protection can lead to a range of negative health and economic consequences, potentially reducing access to health care, undermining health status, deepening poverty and exacerbating health and socioeconomic inequalities.

Finansiniai sunkumai: žmonės patiria finansinius sunkumus, kai asmens lėšomis dengiamos išlaidos yra didelės, palyginti su jų galimybėmis sumokėti už sveikatos priežiūrą.

Financial hardship: People experience financial hardship when out-of-pocket payments are large in relation to their ability to pay for health care.

Galimybė susimokėti už sveikatos priežiūrą: galimybė susimokėti apima visus finansinius išteklius, kuriuos namų ūkis gali leisti savo nuožiūra. Finansinės apsaugos tyrimuose analizuojant galimybę susimokėti už sveikatos priežiūrą, daroma prielaida, kad visi namų ūkio ištekliai gali būti panaudojami sumokėti

už sveikatos priežiūrą, o kai analizuojamas mokėjimo pajėgumas (žr. toliau), daroma prielaida, kad tam tikri namų ūkio ištekliai turi būti panaudojami pagrindiniams poreikiams tenkinti. Praktiškai mokėjimo priemonės dažnai nustatomos iš namų ūkio vartojimo išlaidų ar pajamų tyrimo duomenų ir gali ne visai išsamiai atskleisti visus namų ūkio finansinius išteklius, nes, pavyzdžiui, neįtraukiamos santaupos ir investicijos.

Ability to pay for health care: Ability to pay refers to all the financial resources at a household's disposal. When monitoring financial protection, an ability to pay approach assumes that all of a household's resources are available to pay for health care, in contrast to a capacity to pay approach (see below), which assumes that some of a household's resources must go towards meeting basic needs. In practice, measures of ability to pay are often derived from household survey data on consumption expenditure or income and may not fully capture all of a household's financial resources— for example, savings and investments.

Ypač skurdinančios asmens lėšomis dengiamos išlaidos: finansinės apsaugos rodiklis. Namų ūkio, gyvenančio žemiau šalies arba tarptautinio skurdo lygio, asmens lėšomis dengiamos išlaidos arba pagrindinių poreikių lygis. Namų ūkis yra ypač nuskurdęs, jeigu jo bendras suvartojimas mažesnis nei asmens lėšomis dengiamos išlaidos ir jeigu jis patiria tokias išlaidas.

Further impoverishing out-of-pocket payments: An indicator of financial protection. Out-of-pocket payments made by households living below a national or international poverty line or a basic needs line. A household is further impoverished if its total consumption is below the line before out-of-pocket payments and if it incurs out-of-pocket payments.

Komunalinės paslaugos: vanduo, elektra ir kuras, naudojamas maistui gaminti ir šildymui.

Utilities: Water, electricity and fuels used for cooking and heating.

Kvantilis: viena iš penkių lygių gyventojų grupių (penktadalis). Šiame tyrime gyventojai paprastai skirstomi į kvantilius pagal namų ūkio suvartojimą: pirmasis kvantilis yra namų ūkių penktadalis su žemiausiu suvartojimu, tyrime vadinama skurdžiausiu kvantiliu; penktasis kvantilis turi didžiausią vartojimą ir tyrime nurodomas kaip turtingiausias kvantilis.

Quintile: One of five equal groups (fifths) of a population. This study commonly divides the population into quintiles based on household consumption; the first quintile is the fifth of households with the lowest consumption, referred to in the study as the poorest quintile; the fifth quintile has the highest consumption, referred to in the study as the richest quintile.

Mokėjimo už sveikatos priežiūrą pajėgumas: šiame tyrime mokėjimo pajėgumas matuojamas iš namų ūkio suvartojimo atėmus norminę (standartinę) sumą už pagrindinius poreikius, kaip antai: maistas, būstas ir komunalinės paslaugos. Ši suma visada atimama iš visų namų ūkių pajamų. Ji gali būti taip pat nurodoma kaip skurdo lygis arba pagrindinių poreikių lygis.

Capacity to pay for health care: In this study capacity to pay is measured as a household's consumption minus a normative (standard) amount to cover basic

needs such as food, housing and utilities. This amount is deducted consistently for all households. It is referred to as a poverty line or basic needs line.

Namų ūkio biudžetas: dar vadinama bendru namų ūkio vartojimu. Visų namų ūkio suvartojamų daiktų piniginės vertės suma per konkretų laikotarpį arba sąlyginė daiktų vertė, jeigu jie nebuvo pirkti, bet gauti vartojimui kitais būdais.

Household budget: Also referred to as total household consumption. The sum of the monetary value of all items consumed by the household during a given period and the imputed value of items that are not purchased but procured for consumption in other ways.

Namų ūkio biudžeto tyrimas: dažniausiai šalies imčių tyrimai, kuriuos gali vykdyti šalies Statistikos departamentas ir kuriais siekiama įvertinti namų ūkių vartojimą per konkretų laikotarpį. Dar vadinami namų ūkio vartojimo išlaidų arba namų ūkio išlaidų tyrimais. Europos Sąjungos šalys privalo atlikti namų ūkių biudžeto tyrimą ne rečiau kaip kartą per penkerius metus.

Household budget survey: Usually national sample surveys, often carried out by national statistical offices, to measure household consumption over a given period of time. Sometimes referred to as household consumption expenditure or household expenditure surveys. European Union countries are required to carry out a household budget survey at least once every five years.

Naudotojo išlaidos: dar vadinama naudotojo mokesčiais. Žr. priemokos.

User charges: Also referred to as user fees. See co-payments.

Naudotojo išlaidų (priemokų) lengvata: būdas, kaip apsaugoti gyventojus nuo asmens lėšomis dengiamų išlaidų. Lengvatos gali būti taikomos žmonių grupei, sveikatos būklei, ligoms, prekėms ar paslaugoms.

Exemption from user charges (co-payments): A mechanism to protect people from out-of-pocket payments. Exemptions can apply to groups of people, conditions, diseases, goods or services.

Nepakeliamos asmens lėšomis dengiamos išlaidos: dar vadinamos nepakeliamomis sveikatos išlaidomis. Finansinės apsaugos rodiklis. Nepakeliamos asmens lėšomis dengiamos išlaidos gali būti nustatomos įvairiais būdais. Šiame tyrime jas apibrėžiame kaip asmens lėšomis dengiamas išlaidas, kurios viršija 40 proc. namų ūkio pajėgumo sumokėti už sveikatos priežiūrą. Nepakeliamas sveikatos išlaidas patiria nuskurdę namų ūkiai (nes asmens lėšomis padengę išlaidas jie nebeturi jokio mokėjimo pajėgumo) ir ypač nuskurdę namų ūkiai (nes jie neturi mokėjimo pajėgumo jau iš pat pradžių).

Catastrophic out-of-pocket payments: Also referred to as catastrophic spending on health. An indicator of financial protection. Catastrophic out-of-pocket payments can be measured in different ways. This study defines them as out-of-pocket payments that exceed 40% of a household's capacity to pay for health care. The incidence of catastrophic health spending includes households who are impoverished (because they no longer have any capacity to pay after incurring out-of-pocket payments) and households who are further impoverished (because they have no capacity to pay from the outset).

Nepatenkinti sveikatos priežiūros poreikiai: galimybių gauti sveikatos priežiūrą rodiklis. Nagrinėjami atvejai, kai žmonėms būtina sveikatos priežiūra, tačiau jie jos negauna dėl prieinamumo kliūčių.

Unmet need for health care: An indicator of access to health care. Instances in which people need health care but do not receive it due to access barriers.

Nuskurdimo rizika po asmens lėšomis dengiamų išlaidų: apmokėjus asmens lėšomis dengiamas išlaidas už sveikatos priežiūrą, namų ūkis gali būti ypač nuskurdintas, nuskurdintas, patirti arba nepatirti nuskurdimo rizikos. Namų ūkis patiria nuskurdimo riziką (arba nepatiria nuskurdimo rizikos), jeigu jo bendros išlaidos apmokėjus asmens lėšomis dengiamas išlaidas priartėja (arba nepriartėja) prie skurdo arba pagrindinių poreikių lygio.

Risk of impoverishment after out-of-pocket payments: After paying out of pocket for health care, a household may be further impoverished, impoverished, at risk of impoverishment or not at risk of impoverishment. A household is at risk of impoverishment (or not at risk of impoverishment) if its total spending after out-of-pocket payments comes close to (or does not come close to) the poverty line or basic needs line.

Pagrindiniai poreikiai: minimalūs ištekliai, kurių reikia pragyvenimui, dažnai suprantami kaip maisto, drabužių, prieglobčio poreikis.

Basic needs: The minimum resources needed for sustenance, often understood as the consumption of goods such as food, clothing and shelter.

Pagrindinių poreikių lygis: dydis, kuriuo apibrėžiamas asmeninių arba namų ūkio pajamų ar vartojimo lygis, būtinas pagrindiniams poreikiams, kaip antai: maistas, būstas ir komunalinės paslaugos, patenkinti. Pagrindinių poreikių lygiai, kaip ir skurdo lygiai, apibrėžiami skirtingai. Jie naudojami siekiant nustatyti skurdinančius asmens lėšomis dengiamus mokėjimus. Šiame tyrime pagrindinių poreikių lygis apibrėžiamas kaip vidutinė suma, kurią namų ūkis, apibrėžiamas tarp 25-osios ir 35-osios namų ūkio vartojimo pasiskirstymo pagal namų ūkio dydį ir sudėtį procentilės, išleidžia maistui, būstui ir komunalinėms paslaugoms. Pagrindinių poreikių lygio ir skurdo lygio sąvokos vartojamos sinonimiškai. Žr. skurdo lygis.

Basic needs line: A measure of the level of personal or household income or consumption required to meet basic needs such as food, housing and utilities. Basic needs lines, like poverty lines, can be defined in different ways. They are used to measure impoverishing out-of-pocket payments. In this study the basic needs line is defined as the average amount spent on food, housing and utilities by households between the 25th and 35th percentiles of the household consumption distribution, adjusted for household size and composition. Basic needs line and poverty line are used interchangeably. See poverty line.

Priemokos (naudotojo išlaidos arba naudotojo mokesčiai): pinigai, kuriuos reikia sumokėti naudojantis sveikatos paslaugomis, kurias padengia trečioji šalis, pavyzdžiui, valstybinės įstaigos, sveikatos draudimo fondas arba privati draudimo bendrovė. Fiksuotos priemokos – tai fiksuota suma už prekes ar paslaugas, priemokų procentinė dalis (taip pat nurodomas kaip bendrasis draudimas), kurią naudotojas turi sumokėti už prekes ar

paslaugas; išskaičiuojamos sumos, kurias pirmiausia padengia naudotojas ir tik po to trečioji šalis dengia bet kokias kitas išlaidas. Kitos naudotojo išlaidos apima papildomas sąskaitas (sistema, leidžianti tiekėjams nustatyti didesnius mokesčius nei trečiosios šalies mokėtojo nustatyta kaina ar tarifas) ir referencines kainas (sistema, kai reikalaujama padengti skirtumą tarp trečiosios šalies mokėtojo nustatytos kainos ar tarifo – referencinės kainos – ir mažmeninės kainos).

Co-payments (user charges or user fees): Money people are required to pay at the point of using health services covered by a third party such as the government, a health insurance fund or a private insurance company. Fixed co-payments are a flat amount per good or service; percentage co-payments (also referred to as co-insurance) require the user to pay a share of the good or service price; deductibles require users to pay up to a fixed amount first, before the third party will cover any costs. Other types of user charges include extra billing (a system in which providers are allowed to charge patients more than the price or tariff determined by the third party payer) and reference pricing (a system in which people are required to pay any difference between the price or tariff determined by the third party payer – the reference price – and the retail price).

Skurdinančios asmens lėšomis dengiamos išlaidos: finansinės apsaugos rodiklis. Asmens lėšomis dengiamos išlaidos, kurios sukelia arba didina skurdą. Namų ūkis laikomas nuskurdintas, jeigu jo bendras vartojimas buvo didesnis nei šalies arba tarptautinis skurdo lygis arba pagrindinių poreikių lygis prieš asmens lėšomis dengiamas išlaidas ir nukritus žemiau minėto lygio patyrus asmens lėšomis dengiamas išlaidas.

Impoverishing out-of-pocket payments: An indicator of financial protection. Out-of-pocket payments that push people into poverty or deepen their poverty. A household is measured as being impoverished if its total consumption was above the national or international poverty line or basic needs line before out-of-pocket payments and falls below the line after out-of-pocket payments.

Skurdo lygis: asmens arba namų ūkio pajamų arba vartojimo riba, iki kurios asmuo arba namų ūkis klasifikuojamas kaip skurdus. Skurdo lygis apibrėžiamas skirtingai. Šiame tyrime taip pat vartojamos sąvokos – pagrindinių poreikių lygis ir skurdo lygis. Žr. pagrindinių poreikių lygis.

Poverty line: A level of personal or household income or consumption below which a person or household is classified as poor. Poverty lines are defined in different ways. This study uses basic needs line and poverty line interchangeably. See basic needs line.

Sveikatos paslaugos: bet kokios sveikatos prekės arba sveikatos sistemos paslaugos, įskaitant vaistus, medicinos prekes, diagnostinius testus, dantų priežiūrą, ambulatorinį ir stacionarų gydymą. Terminas vartojamas sinonimiškai su sveikatos priežiūros terminu.

Health services: Any good or service delivered in the health system, including medicines, medical products, diagnostic tests, dental care, outpatient care and inpatient care. Used interchangeably with health care.

Vartojimas: dar vadinama išlaidomis vartojimui. Bendras namų ūkio vartojimas – tai pinigine visų namų ūkio suvartojamų daiktų vertė per konkretų laikotarpį. Ji apima sąlyginę vertę ir tų daiktų, kurie nebuvo pirkti, bet gauti kitais būdais (pavyzdžiui, namuose užauginta produkcija).

Consumption: Also referred to as consumption expenditure. Total household consumption is the monetary value of all items consumed by a household during a given period. It includes the imputed value of items that are not purchased but procured for consumption in other ways (for example, home-grown produce).

Vidutinis suaugęs žmogus: siekiant palyginti skirtingų dydžių ir sudėties namų ūkių išlaidas, apskaičiuojant vidutinio suaugusio žmogaus išlaidų lygį namų ūkyje, taikomas lygiavertiškumo apskaičiavimo principas. Šioje apžvalgoje naudojamas Oksfordo metodas (taip pat žinomas kaip Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymosi organizacijos išlyginimo metodas), kai pirmasis namų ūkyje esantis suaugęs žmogus yra vienas vidutinis suaugęs, kiti namų ūkio nariai 13-os metų ir vyresni – skaičiuojami kaip 0,7 vidutinio suaugusio žmogaus ir vaikai iki 13 metų – 0,5 vidutinio suaugusio žmogaus.

Equivalent adult: To ensure comparisons of household spending account for differences in household size and composition, equivalence scales are used to calculate spending levels per equivalent adult in a household. This review uses the Oxford scale (also known as the Organisation for Economic Co-operation and Development equivalence scale), in which the first adult in a household counts as one equivalent adult, subsequent household members aged 13 or over count as 0.7 equivalent adults and children under 13 count as 0.5 equivalent adults.

Viršutinė išmokų riba: nustatoma siekiant apsaugoti trečiosios šalies mokėtojus, tokius kaip valstybines įstaigas, sveikatos draudimo fondą ar privačią draudimo bendrovę. Viršutinė išmokų riba – tai maksimali suma, kurią trečiosios šalies mokėtojas privalo sumokėti už vienetą ar paslaugą arba per konkretų laikotarpį. Dažniausiai nurodoma absoliuti suma. Pasiekus nustatytą sumą, naudotojas pats privalo padengti likusias išlaidas. Taip pat vartojamos sąvokos maksimali išmoka arba lubos.

Cap on benefits: A mechanism to protect third party payers such as the government, a health insurance fund or a private insurance company. A cap on benefits is a maximum amount a third party payer is required to cover per item or service or in a given period of time. It is usually defined as an absolute amount. After the amount is reached, the user must pay all remaining costs. Sometimes referred to as a benefit maximum or ceiling.

Viršutinė naudotojo išlaidų (priemokų) riba: nustatoma siekiant apsaugoti gyventojus nuo asmeninėmis lėšomis dengiamų mokėjimų. Viršutinė naudotojo išlaidų riba – tai maksimali suma, kurią asmuo arba namų ūkis privalo padengti asmeninėmis lėšomis patirdamas naudotojo išlaidas už vienetą ar paslaugas arba per konkretų laikotarpį. Gali būti nustatomas kaip absoliutus dydis arba asmens pajamų dalis. Kartais nurodoma kaip asmens lėšomis dengiamų išlaidų maksimali suma arba lubos.

Cap on user charges (co-payments): A mechanism to protect people from out-of-pocket payments. A cap on user charges is a maximum amount a person or household is required to pay out of pocket through user charges per item or service or in a given period of time. It can be defined as an absolute amount or as a share of a person's income. Sometimes referred to as an out of pocket maximum or ceiling.

Visuotinė sveikatos priežiūros aprėptis: visi žmonės gali naudotis kokybiškomis sveikatos paslaugomis, kurių jiems reikia, nepatirdami finansinių sunkumų.

Universal health coverage: All people are able to use the quality health services they need without experiencing financial hardship.

The WHO Regional
Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czechia
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav
Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
E-mail: euwhocontact@who.int
Website: www.euro.who.int