

4. IPP FINANSAVIMAS

EBPO ataskaita „Integrating Services for Older People in Lithuania“ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c74c44be-en/1/3/2/2/index.html?itemId=/content/publication/c74c44be-en& csp =a9e7939c9b96e1c117cd28c73530e554&itemIGO=oecd&itemContentType=book>

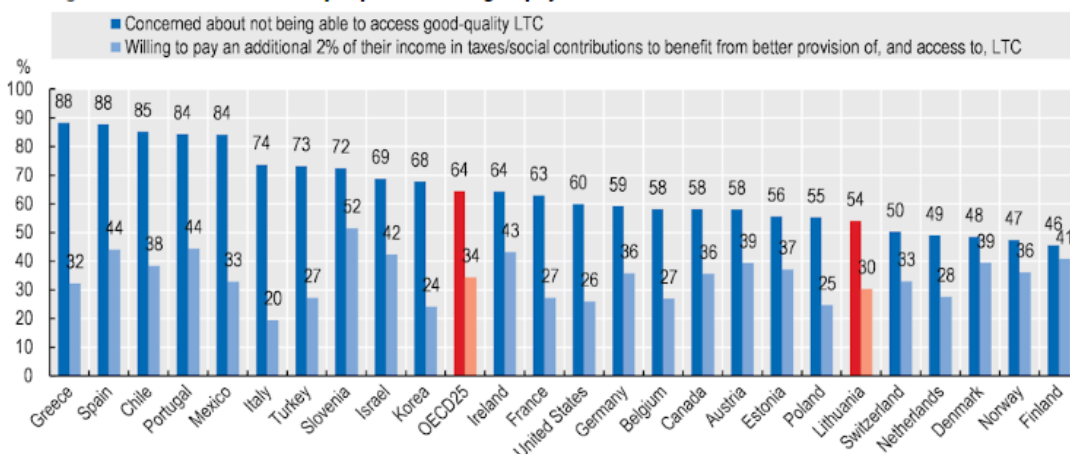
Vienas iš atspirties taškų Lietuvai kuriant integruotą ilgalaikės priežiūros (IPP) sistemą būtų specialus biudžetas. Jungtinis finansavimas yra bene dažniausiai naudojamas būdas finansuoti integruotą pagyvenusių žmonių priežiūrą (OECD, 2015[1]). **Pagal sutelktinio finansavimo schemą kiekviena paslaugų teikime dalyvaujanti įstaiga moka įnašus į bendrą fondą, kuris skiriamas bendroms funkcijoms arba sutartoms paslaugoms.** Esamų lėšų sutelkimas į vieną aiškiai apibrėžtą biudžetą gali padidinti skaidrumą ir palengvinti esamų lėšų paskirstymą veiksmingesniu ir efektyvesniu būdu. Tai gali padėti sumažinti nereikalingą veiklą, perteklinį paslaugų naudojimą, pastangų dubliavimą ir išlaidų perkėlimą (Lonsdale et al., 2015[2]).

Prancūzija yra šalis, kuri yra pavyzdys, kaip skirtingi finansavimo šaltiniai paverčiami jungtinio finansavimo schema. Prancūzija 2020 m. didžiąją dalį savo IPP finansavimo schemų perkėlė į vieną viešąją įstaigą (CNSA), kad iki 2030 m. gerokai sustiprintų IPP pasiūlą ir palengvintų lėšų surinkimą ir paskirstymą. Be to, nuo 2024 m. ji gaus papildomą finansavimo dalį iš mokesčio "Bendroji socialinė įmoka" (CSG), kad finansuotų ilgalaikės priežiūros paslaugas, kurias anksčiau dengė privalomasis sveikatos draudimas. Šiuo metu ši "Bendrojo socialinio įnašo" dalis skiriama valstybės socialinei skolai grąžinti. CNSA biudžetas 2021 m. sudarė 31,6 mlrd. eurų. Perskirstyti socialines įmokas ir mokesčius Prancūzijoje buvo įmanoma, nes finansavimo būdai jau buvo numatyti kasmetiniame įstatyme "Socialinės apsaugos finansavimas", kurio tikslas - kontroliuoti metines 500 mlrd. eurų siekiančias socialinės apsaugos (pensijų, sveikatos, išmokų šeimai ir vaikams, paramos išmokų ir kt.) išlaidas. Pagal šį įstatymą parlamentas kasmet balsuoja dėl preliminarus biudžeto - "ONDAM", skirto medicinos ilgalaikio gydymo paslaugų teikėjams (įskaitant kvalifikuotos slaugos įstaigas, kurios Lietuvoje prilygsta slaugos ligoninėms), stacionariems slaugos namams ir slaugos namuose paslaugoms suaugusiems neįgaliesiems ir vyresnio amžiaus priklausomiems asmenims.

Didėjantys poreikiai reikalauja apsvarstyti įvairius finansavimo būdus, kad būtų užtikrintas tvarumas.

Visose EBPO šalyse piliečiai pritaria didesnėms išlaidoms ilgalaikiai priežiūrai, kad būtų užtikrintos geresnės paslaugos, net jei dėl to tektų didinti mokesčius ir socialines įmokas. EBPO apklausos "Risks that Matter" duomenimis, nuo maždaug 45 % iki beveik 90 % žmonių nurodė, kad jie nerimauja dėl to, jog negalės gauti geros kokybės IPP paslaugų. Be to, nuo 20 % iki maždaug 50 % žmonių būtų pasirengę mokėti papildomus 2 % savo pajamų mokesčių ir socialinių įmokų, kad būtų finansuojama didesnė valstybės parama IPP (4.1 pav.)

Figure 4.1. Over one-third of people are willing to pay more taxes to fund LTC across 25 OECD countries



Source: OECD Risks that Matter Survey (data refer to 2020).

Galimybės finansuoti daugiau IPP Lietuvoje gali priklausyti nuo įvairesnių ir platesnio masto finansavimo būdų. Jie apima IPP draudimą, mokesčius ir socialines įmokas nuo pajamų ir turto. Tik kelios šalys remiasi IPP draudimu (Belgija, Vokietija, Japonija, Korėja, Liuksemburgas, Nyderlandai ir Vokietija), o likusios - mokesčių sistema arba mišriu finansavimu (socialinėmis įmokomis ir mokesčiais). Vokietijoje IPP draudimas buvo įvestas 1995 m., atspindint anksčiau egzistavusį sveikatos draudimą ir užtikrinant didelę ir gerai išvystytą pinigų surinkimo bazę. Vokietijoje greta egzistuoja valstybinis ir privatus draudimas. IPP draudimo privalumai - didesnis lėšų valdymo skaidrumas ir horizontalusis teisingumas. Skaidrumas didėja, nes įvedus IPP draudimo sistemą lėšos susiejamos su konkrečiomis draudimo sutartimis. Horizontalusis teisingumas pasireiškė tuo, kad paslaugos būtų vienodos visiems, nepriklausomai nuo žmonių, kuriems jų reikia, pajamų, o įmokų dydis didėtų priklausomai nuo įmokų mokėtojų pajamų. IPP draudimo trūkumas yra priklausomybė nuo darbuotojų įmokų, o tai gali turėti neigiamą poveikį teisingumui ir užimtumui. Jei draudimas nebus taikomas bedarbiams ir savarankiškai dirbantiems asmenims, jo mokestinė bazė bus ribota, o tai kelia klausimų dėl teisingumo. Nedirbantiems asmenims IPP draudimo įmokas vis tiek reikės mokėti iš mokesčių. Valstybinis IPP draudimas taip pat kelia daug klausimų dėl mokėtinų įmokų dydžio ir dėl to, kas jas mokės, kad būtų apribotas galimas neigiamas poveikis užimtumui (apie tai kalbama kitame poskyryje) ir atsižvelgta į kartų teisingumą. Be to, IPP draudimas gali sukurti lūkestį, kad kiekvienas turėtų naudotis IPP, o tai reiškia, kad žmonės tikėtusi, jog turės teisę į išmokas, net jei paklausa padidėtų. Jei ilgalaikio sveikatos priežiūros draudimo fondo nepakaktų, šalys turėtų jį papildyti mokesčiais ir socialinėmis įmokomis ir (arba) skolintis, kad patenkintų piliečių lūkesčius.

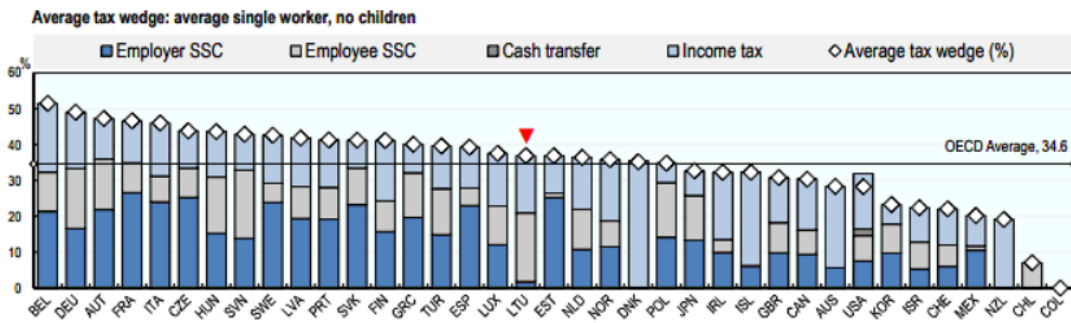
Pagrindiniai mokesčiais grindžiamo ilgalaikio gydymo sistemų finansavimo privalumai yra tai, kad mokesčiai gali būti platūs, o piliečiai gali tikėtis, kad išmokų išlaidos bus suderintos su viešaisiais finansiniais ištekliais. Tačiau kartais kyla susirūpinimas dėl finansavimo svyravimų, ypač ekonominio nuosmukio metu, taip pat dėl lėšų paskirstymo neskaidrumo. Daugelyje EBPO šalių, įskaitant Austriją, Skandinavijos šalis ir Ispaniją, egzistuoja mokesčiais grindžiamas ilgalaikės priežiūros sistemų finansavimas.

Finansavimas taip pat gali būti gaunamas iš socialinių įmokų ir mokesčių derinio, ir šiuo atveju šalys paprastai renka lėšas nuo platesnės nei darbo pajamos bazės. Pavyzdžiui, Prancūzijoje finansavimas daugiausia gaunamas iš socialinių įmokų ir mokesčių, kurių bazė gerokai platesnė nei darbo pajamos. Daugelyje Vidurio ir Rytų Europos šalių ilgalaikės priežiūros finansavimas iš socialinio sektoriaus yra labiau pagrįstas mokesčiais, o ilgalaikės priežiūros finansavimas iš sveikatos priežiūros sektoriaus yra labiau mišrus. Skandinavijos šalyse savivaldybių mokesčiai atlieka svarbų vaidmenį finansuojant ilgalaikę socialinę priežiūrą, o pervedimai iš centrinės valdžios biudžeto perskirsto finansavimą tarp savivaldybių, kurių pajamų struktūra ir poreikių profilis skiriasi. Danijoje savivaldybės finansuojamos derinant valstybės tikslines (?) (angl. block grants) dotacijas ir vietos pajamų bei žemės mokesčius, nors ir neviršijant bendrą visoms savivaldybėms taikomą apribojimą (Kvist, 2018[3]). Švedijoje apie 85 proc. ilgalaikio išlaikymo fondo lėšų skiriama iš savivaldybių / apskričių mokesčių, o dar 10 proc. sudaro nacionaliniai mokesčiai.

Lietuvoje galimybės didinti įmokas ir remtis pajamų mokesčiu finansuojant IPP yra ribotos.

Darbingo amžiaus gyventojai galėtų ribotai prisidėti prie IPP finansavimo Lietuvoje. Mokesčiai jau dabar yra šiek tiek didesni už EBPO vidurkį. Vidutinio vienišo darbuotojo mokesčiai Lietuvoje 2020 m. buvo 36,9 %, palyginti su 34,6 % EBPO vidurkiu (4.2 pav.).

Figure 4.2. The average tax wedge for single childfree workers in Lithuania is slightly higher than OECD average



Note: The tax wedge is a measure of the tax on labour income, which includes the tax paid by both the employee and the employer.

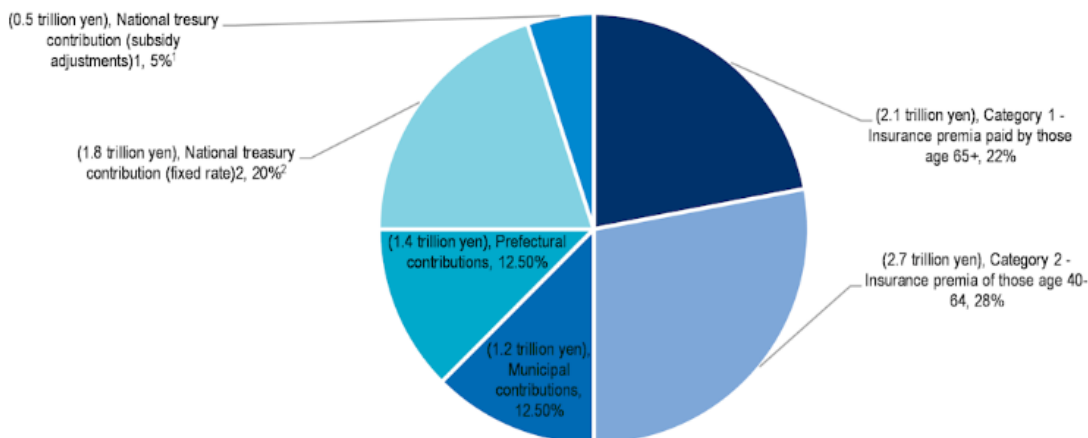
Source: OECD Centre for Tax Policy and Administration (2021[5]), Taxing wages – Lithuania, <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/taxing-wages-lithuania.pdf>.

Ateityje kartu su gyventojų senėjimu mažės dirbančiųjų skaičius ir toliau bus ribojamos galimybės remtis darbingo amžiaus gyventojų apmokestinamomis pajamomis. Senatvės išlaikymo lygis - vyresnio amžiaus žmonių skaičius, tenkantis 100 darbingo amžiaus žmonių - Lietuvoje 2019-2050 m. beveik padvigubės ir per šį laikotarpį padidės nuo 30 % iki beveik 60 %.

IPP draudimo nustatymas užtikrintų dideles lėšas, tačiau jas greičiausiai reikėtų papildyti iš kitų šaltinių.

Japonija yra įdomus pavyzdys Lietuvai, nes viešosios išlaidos daugiau ar mažiau tolygiai paskirstytos tarp IPP draudimo ir mokesčių, įskaitant mokesčius savivaldybių lygmeniu (4.3 pav.). Panašiai kaip ir Lietuvoje, savivaldybės taip pat yra svarbūs IPP vertinimo ir teikimo dalyviai. Japonijoje IPP draudimas remiasi įmokomis, kurios yra skirtingos 40-64 metų amžiaus žmonėms ir 65 metų ir vyresniems asmenims. Savivaldybės įmokas nustato kas trejus metus, remdamosi savo prognozuojamomis išlaidomis. Vidutinė įmokų suma 40-64 metų asmenims sudaro 1,73 proc. bendrųjų darbo pajamų. Bedarbiams įmokos progresyviai renkamos kaip dalis nuo jų asmeninių pajamų (7 įmokų lygiai, 7 pajamų lygiai). Vyresnio amžiaus žmonėms (65 m. ir vyresniems) įmokos taip pat priklauso nuo asmens pajamų (7 lygiai). Jos automatiškai išskaičiuojamos iš pensijų (Japonijos vyriausybė, n.d.[6]; Japan Health Policy NOW, n.d.[7]). Mokesčiai leidžia išplėsti bazę, neapsiribojant tik asmens pajamomis, o visų pirma darbo pajamomis. Pajamų mokesčiai nėra skiriami IPP draudimui. Vietos valdžios institucijos surenka apie 1/3 mokesčių, o vėliau 2/3 gaunama iš nacionalinių mokesčių. Surinkusi visas šias lėšas ministerija jas perskirsto savivaldybėms, išskyrus Tokiją.

Figure 4.3. In Japan, insurance premiums and taxes cover each about 50% of LTC benefits
FY2016 budget (draft): Cost of Long-Term Care Insurance Benefits: 9.6 trillion yen (total funding base: 10.4 trillion yen)



Pastaba: draudimo įmokos padengia 50 %, viešasis finansavimas - 50 %. Nuo 2015 m. skiriama speciali valstybės lėšų suma, skirta sumažinti draudimo įmokų našta mažas pajamas gaunantiems pacientams. Šią sumą skiria nacionalinė vyriausybė, prefektūros ir savivaldybės. 1 ir 2 kategorijų proporcijos apskaičiuojamos kas trejus metus dalijant apdraustųjų ilgalaikę priežiūrą skaičių iš bendro gyventojų skaičiaus. 2 kategorijos atveju valstybės finansai priemokoms skyrė 0,6 trilijono, Japonijos sveikatos draudimo asociacija - 0,2 trilijono, Nacionalinis sveikatos draudimas - 0,3 trilijono, prefektūros - 0,1 trilijono. Dėl apvalinimo skaičiai gali nesiekti 100 %. 1. Subsidija pakoreguota pagal 75 metų amžiaus ir vyresnių asmenų dalį tarp 1 kategorijos apdraustųjų ir pagal pajamų lygį. 2. Kiekvieno šaltinio skiriama subsidijos dalis: Valstybės išdas (fiksuota norma): 15 %, prefektūros (17,5 %).

Šaltinis: (Japonijos vyriausybė, n.d.[6]; Japan Health Policy NOW, n.d.[7]).

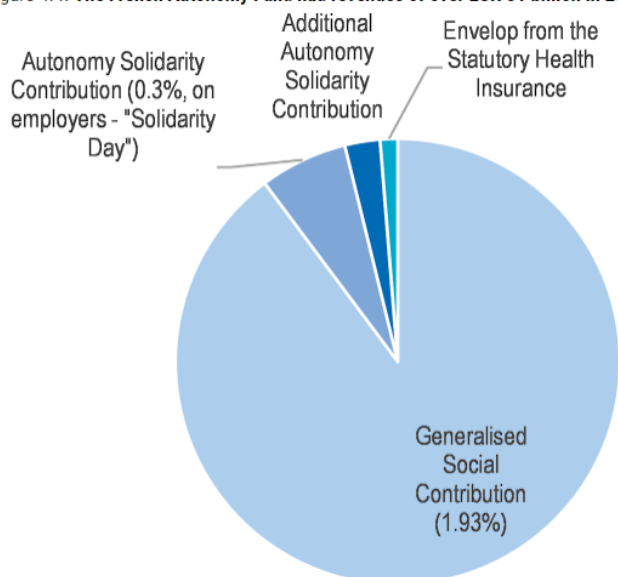
Vokietijoje IPP draudimo įmokos nustatomos kitaip nei Japonijoje. Įmoka sudaro 3,05 proc. bruto darbo užmokesčio ir yra lygiomis dalimis dalijama darbuotojams ir darbdaviams. Vaikų neturintys asmenys moka 0,35 procentinio punkto priedą. Įmoka taip pat yra nuo bedarbio pašalpos. Įmokos peržiūrimos bent kartą ar du kartus per ketverius metus. Kas dvejus metus taip pat didėja teikiamų paslaugų apimtis, todėl įmokos peržiūrimos. Priemokų nustatymo metodika grindžiama keliais veiksniais, atsižvelgiama į pagrindinių mokslinių tyrimų institutų ir Darbo ministerijos duomenis. Sistemą du kartus per metus peržiūri Sveikatos apsaugos ministerija, prižiūrint Ekonomikos ministerijai.

Visose šalyse, kuriose veikia valstybinis IPP draudimas, jis papildomas papildomu finansavimu per mokesčius. Net ir Vokietijoje senėjanti visuomenė, didėjantis žmonių, kuriems reikia didelių IPP poreikių, skaičius ir darbuotojų trūkumas daro spaudimą IPP finansavimo sistemai. Valstybiniam IPP fondui 2020-22 m. federalinė vyriausybė skyrė 1,8-2 mlrd. eurų, t. y. finansavimą iš mokesčių, kad būtų padengtas išlaidų, susijusių su COVID-19 pandemija, padidėjimas. Be to, 2021 m. priimtame įstatyme buvo sutarta, kad vyriausybė kasmet iš netikslinių mokesčių perves apie 1 mlrd. EUR, kad būtų padengtas darbo užmokesčio didinimas, siekiant sumažinti darbuotojų trūkumą. IPP draudimo fondas ir ministerija susitarė dėl šio sprendimo, nes fondo lėšų darbo užmokesčio padidėjimui padengti nepakanka. Nors ši suma yra labai maža, palyginti su visomis IPP išlaidomis, kurios sudaro apie 50 mlrd. eurų, tai buvo pirmas kartas, kai Vokietija nusprendė pasikliauti mokesčiais išlaidų padidėjimui padengti.

Slovėnija laikosi panašaus požiūrio kaip Japonija ir Vokietija, siekdama iš dalies finansuoti ilgalaikę sveikatos priežiūrą nauju IPP draudimu. 2021 m. Ilgalaikės priežiūros įstatyme nurodyta, kad dalis lėšų bus gaunama iš pensijų draudimo ir sveikatos draudimo, remiantis lėšomis, kurios šiuo metu skiriamos vyresnio amžiaus išlaikytiniams remti. Be to, įstatyme nurodyta, kad Slovėnija iki 2025 m. turės priimti įstatymą dėl privalomojo ilgalaikio sveikatos priežiūros draudimo. Iki to laiko papildomos biudžeto lėšos bus skiriamos iš valstybės biudžeto. Numatoma, kad 2023 m. bus priimti nauji teisės aktai, kuriais bus patikslinti finansavimo būdai.

Prancūzijoje viešojoji organizacija (CNSA) iš esmės skiria 2 proc. bendrųjų socialinių įmokų dalį vietos valdžios institucijoms arba "departamentams" ir regioniniams sveikatos centrams (ARS). Bendroji socialinė įmoka (CSG) yra unikali socialinė įmoka visose EBPO šalyse - kitur jos nėra. Jis remiasi labai plačia baze ir turi mažus tarifus. Kasmet surenkama apie 100 mlrd. pajamų - daugiau nei gyventojų pajamų mokesčiai. Jis buvo įvestas dešimtojo dešimtmečio pradžioje, siekiant perkelti socialinės apsaugos finansavimą nuo vien tik darbo užmokesčio prie visų pajamų (kapitalo pajamų, pensijų, nedarbo ir kt.). Tarifai skiriasi priklausomai nuo pajamų rūšies ir pajamų grupių. Jis laikomas mažiau progresyviu nei gyventojų pajamų mokestis, nes tarifai pagal pajamų grupes skiriasi mažiau nei gyventojų pajamų mokesčio. Tačiau plačioji visuomenė ir vieši politiniai debatai yra linkę daug daugiau dėmesio skirti gyventojų pajamų mokesčiui socialinei įmokai (CSG). CNSA taip pat renka savo lėšas, daugiausia per "Solidarumo dieną" - socialinę įmoką, sukurtą 2006 m. įvedus nemokamą darbo dieną. Skirtingų finansavimo šaltinių dalis pateikta 4.4 pav.

Figure 4.4. The French Autonomy Fund had revenues of over EUR 31 billion in 2021



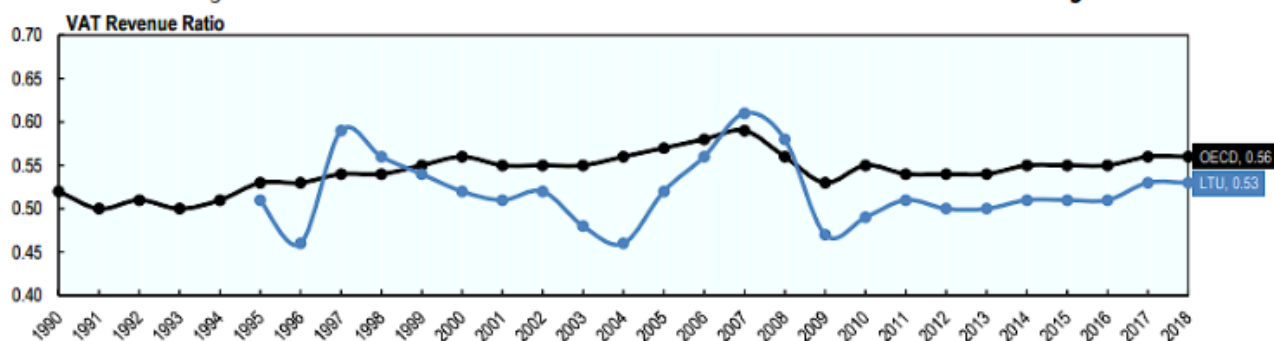
Source: CNSA, Dossier de presse du conseil du 1^{er} décembre 2020 [1 December 2020 Council Press Kit], <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-espace-presse/2020/dossier-de-presse-du-conseil-du-1er-decembre-2020>.

Nekilnojamojo turto mokesčiai ir pridėtinės vertės mokestis (PVM) yra geri šaltinių diversifikavimo variantai

Kaip alternatyvus finansavimo šaltinis, kurį Lietuva galėtų apsvarstyti papildomam IPP biudžetui, būtų nekilnojamojo turto mokesčiai. Lietuva galėtų padidinti nekilnojamojo turto mokestį nuo 0,3 % BVP iki artimesnio Latvijos 0,9 % arba ES vidurkiui - 1,6 %. Lietuvoje nekilnojamojo turto mokestis svyruoja nuo 0,5 % iki 2 %, kai nekilnojamojo turto vertė yra ne mažesnė kaip 150 000 EUR. Privačiam nekilnojamajam turtui taikomas 1 % mokestis, kai turto vertė viršija 300 000 EUR. Šeimoms, auginančioms tris ar daugiau nepilnamečių vaikų arba neįgalų vaiką, kuriam reikalinga nuolatinė priežiūra, ši riba padidinama iki 390 000 EUR (Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2021[8]).

Lietuva galėtų išlaikyti dabartinį standartinį PVM tarifą, tačiau sumažinti prekių ir paslaugų, kurioms taikomas lengvatinis PVM tarifas arba atleidimas nuo jo, skaičių. Standartinis PVM tarifas Lietuvoje yra lygus 21 %, t. y. artimas ES vidurkiui, kuris yra 22 %. Latvijoje jis yra toks pat, o Lenkijoje - 23 %. Lietuva 2010 m. padidino standartinį PVM tarifą nuo 19 % iki 21 %. Lyginant su EBPO vidurkiu, yra galimybių sumažinti prekių ir paslaugų, kurioms gali būti taikomi lengvatiniai PVM tarifai arba atleidimas nuo mokesčio, skaičių, perkelti prekes ir paslaugas į kitas lengvatinių tarifų kategorijas arba padidinti lengvatinius tarifus. 2018 m. Lietuvos PVM pajamų santykis (PPS) buvo 0,53, t. y. mažesnis už EBPO vidurkį (0,56) (4.5 pav.). PPS yra PVM sistemos pajamų surinkimo efektyvumo matas. Santykis, lygus 1, atspindėtų PVM sistemą, kurioje taikomas vienas PVM tarifas išsamiai visų ekonomikoje suvartojamų prekių ir paslaugų išlaidų bazei, o mokestis yra puikiai įgyvendinamas. Kai kurioms prekėms ir paslaugoms taikomi lengvatiniai PVM tarifai arba atleidimas nuo mokesčio. Lengvatiniai PVM tarifai 2021 m. buvo 5 % ir 9 %. Palyginimui, Latvijoje 2021 m. buvo 5 ir 12 %, o Lenkijoje - 5 ir 8 %.

Figure 4.5. The VAT Revenue Ratio in Lithuania could be closer to OECD average



The figures may not present the difference to the second decimal point accurately due to rounding

* Information presented on this page is only a summary of more detailed information available in the Tax Database and Consumption Tax Trends publication

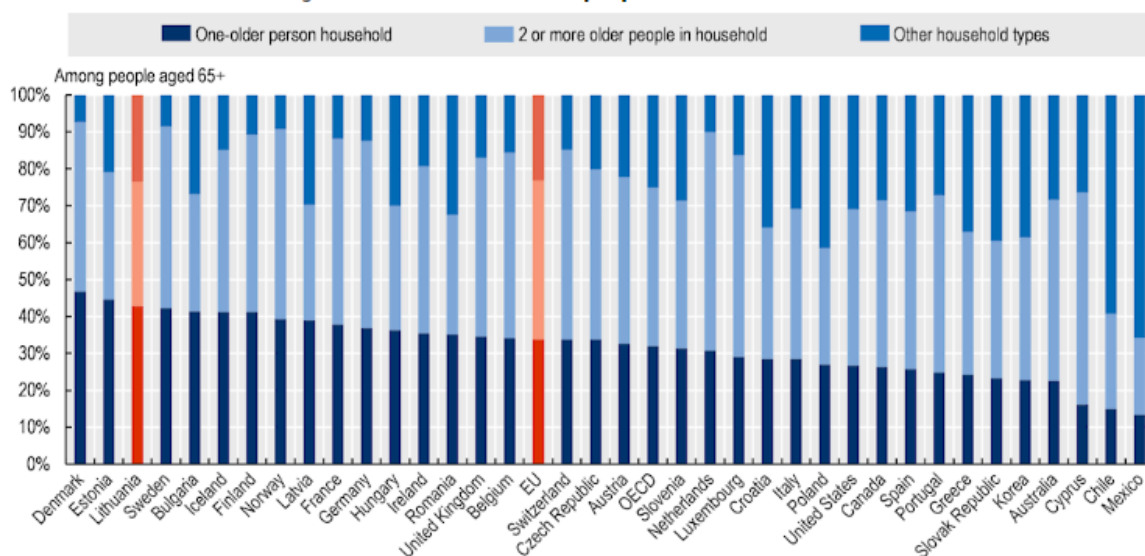
Source: OECD Consumption Tax Trends 2020; [oe.cd/vatgst-trends](https://www.oecd.org/tax/consumption/tax-trends-2020/); OECD Tax Database [oe.cd/tax-database](https://www.oecd.org/tax-database/)

Source: extracted from OECD Consumption Trends 2020, <https://www.oecd.org/tax/consumption/consumption-tax-trends-lithuania.pdf>.

Privačių būsto paskolų programų galimybės yra labai ribotos

Daugiau kaip 40 % vyresnio amžiaus žmonių Lietuvoje gyvena vieni (4.6 pav.) ir daugiau kaip 90 % vyresnio amžiaus žmonių Lietuvoje turi nuosavą būstą (su hipoteka arba be jos).

Figure 4.6. Over 40% of older people live alone in Lithuania



Pastaba: 1. Japonijos, Naujosios Zelandijos ir Turkijos Respublikos duomenų nėra dėl duomenų trūkumo. 2. Šiame leidinyje pateikiamos laiko eilutės, kurios baigiasi iki Jungtinės Karalystės išstojimo iš Europos Sąjungos 2020 m. vasario 1 d. Todėl čia pateikiamas ES suvestinis rodiklis reiškia ES, įskaitant Jungtinę Karalystę. Būsimoje leidiniuose, kai tik pateikiamos laiko eilutės apims laikotarpius po Jungtinės Karalystės išstojimo (2020 m. vasario mėn. mėnesio, 2020 m. I ketvirčio, 2020 m. metiniai duomenys), "Europos Sąjungos" suvestinis rodiklis bus pakeistas, kad atspindėtų naują ES šalių sudėtį.

Lietuva galėtų skatinti naudotis būsto nuosavybės programomis, tokiomis kaip atvirkštinės hipotekos ar būsto grąžinimo programos, tačiau tokios programos galimybės finansuoti ilgalaikę priežiūrą yra labai ribotos. Daugumoje EBPO šalių būsto nuosavybės programos paprastai nėra labai išplėtos pagal būsto rinkos dalį ir teikėjų skaičių. Apskritai atrodo, kad būsto nuosavo kapitalo programos vis dar yra labiau kraštutinės priemonės, o ne gerai apgalvoti pirkiniai, kurie yra pensijų ar sveikatos priežiūros plano dalis. Tai paaiškinama keliais iššūkiais pasiūlos ir paklausos srityse. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje nedidelė atvirkštinės hipotekos rinka sutelkta ten, kur būsto kainos yra didelės. Tačiau didelė paklausa yra kitose šalies dalyse, kur tiek nekilnojamojo turto, tiek su nekilnojamoju turtu nesusijusio turto kainos yra mažesnės. Rizika, su kuria susiduria teikėjai, riboja rinkos plėtrą,

nes, norint gauti pelno iš atvirkštinės hipotekos, teikėjams reikia didelio būsto kainų augimo (Sharma, French ir McKillop, 2020[9]).

Rinka labiau išplėtotą Jungtinėse Amerikos Valstijose, iš dalies dėl griežtų tinkamumo kriterijų, kad būtų galima gauti valstybės paramą gyvenamosios vietos priežiūrai. Teisės gauti paramą kriterijai asmenims, besiremiantiems Medicaid, apima turto testą pagrindinei gyvenamajai vietai: žmogus negali turėti būsto, kuriame negyvena. Todėl vienišas asmuo, norėdamas gauti Medicaid paramą, privalo parduoti savo būstą (įskaitant pagrindinę gyvenamąją vietą, tačiau tai netaikoma, jei joje lieka gyventi sutuoktinis). Atvirkštinė hipoteka patraukli paskolos gavėjams, kai atvirkštinė hipoteka gali būti naudojama sumokėti už priežiūrą namuose per gana ilgą laikotarpį. Jungtinėse Amerikos Valstijose taip pat galioja vienas griežčiausių vyriausybės apdraustos sistemos reglamentų. Draudimas garantuoja, kad paskolos gavėjo skola niekada neviršys turto vertės ir kad paskolos gavėjai gaus reguliarias paskolos įmokas, net jei turtas prarastų vertę arba skolintojas taptų nemokus. (Paying for senior care, 2020[10]; Bridge et al., 2009[11]).

Preveninės ir reabilitacijos paslaugos gali prisidėti prie finansavimo tvarumo

Skandinavijos šalyse ir kai kuriose kitose EBPO šalyse yra gerai išplėtos preveninės ir reabilitacijos paslaugos, kurios gali prisidėti prie gyvenimo kokybės gerinimo ir būti ekonomiškai efektyvios. Preveninės ir reabilitacijos paslaugos gali padėti atidėti IPP poreikius ir taip sumažinti išlaidas IPP paslaugoms. Įvairiose šalyse dienos centrai, be kita ko, paprastai teikia prevenines paslaugas (4.1 langelis).

Įdomių prevencinių priemonių pavyzdžių pateikia Danija ir Norvegija. Danijoje savivaldybės visiems vyresniems nei 75 metų asmenims teikia prevencinius apsilankymus namuose ir užsiėmimus. Šis pasiūlymas taip pat taikomas 65-75 metų amžiaus žmonėms, priklausantiems ypatingai rizikos grupei - našliams, gyvenantiems nuošalioje vietovėje arba neseniai išrašytiems iš ligoninės. Nuo 2016 m. savivaldybės gali organizuoti ne individualius, o grupinius apsilankymus kaip alternatyvą tiems, kurie paprastai atsisako apsilankymų namuose. 2016 m. 93 424 asmenys gavo prevencinį apsilankymą namuose, o 2010 m. tokių asmenų buvo 122 794. Savivaldybės taip pat organizuoja įvairios apimties ir pobūdžio (seminarai, edukacijos, pokalbiai ir sportas) veiklą (Kvist, 2018[3]). Norvegijoje sveikatos priežiūros darbuotojas - paprastai slaugytojas - įvertina vyresnio amžiaus asmens fizinę ir psichinę sveikatos būklę, įvertina jo namų aplinkos tinkamumą ir rekomenduoja sprendimus bei priemones numatytiems problemoms išvengti. Įdiegus prevencinių vizitų į namus programą, gerokai sumažėja tikimybė naudotis slaugos namų paslaugomis, o padidėja tikimybė naudotis pagalba namuose. Tyrimas parodė, kad naudojimas slaugos namų paslaugomis sumažėjo 1,4 procentinio punkto tarp 80 metų ir vyresnių žmonių, palyginti su pradiniu 19 %. Ši sumažėjimą iš dalies atitiko pagalbos namuose paslaugų skaičiaus padidėjimą, palyginti su pradiniu 35 %. Be to, per kelerius metus nuo profilaktinių apsilankymų namuose pradžios hospitalizacijų skaičius sumažėjo apie 7 %, o mirtingumas sumažėjo beveik 5 % (Bannenberg ir kt., 2021[12]).

Be to, Danijos savivaldybės, prieš įvertindamos pagalbos namuose poreikį, turi pasiūlyti reabilitacijos programą. Programa yra trumpalaikė ir intensyvi (4-10 savaitių). Reabilitacijos programą sudaro vienas ar keli iš šių elementų: kasdienės veiklos mokymas (asmeninė priežiūra), fizinis lavinimas, pagalbinių prietaisai ir namų pritaikymas, siekiant išlaikyti ar net įgyti funkcionalumą (Kvist, 2018[3]). 2018 m. 4,3 proc. 65 m. ir vyresnių žmonių vietoj pagalbos namuose arba kartu su ja laikėsi reabilitacijos programos (Rostgaard, 2021[14]). Danijos duomenys rodo, kad pagerėjo darbuotojų funkciniai gebėjimai, geriau vertinamos darbo sąlygos ir darbo motyvacija. Vietos ataskaitose nurodomi geri vartotojų rezultatai, o kai kurie tyrimai rodo, kad mažiau naudojamosi namų priežiūra (Rostgaard, n. d.[15]). Atrodo, kad kai kurie preliminarūs rezultatai sutampa su šiomis išvadomis, nes nuo 2007 m. iki 2017 m. Danijoje sumažėjo tikimybė naudotis pagalbos namuose paslaugomis. Tikimybė, kad 67-87 metų amžiaus silpniems žmonėms bus teikiama pagalba namuose, sumažėjo nuo daugiau kaip 35 % iki maždaug 25 % (Rostgaard, 2021[14]). Tai galėjo nulemti tai, kad daugiau

pagalbos namuose buvo skirta labiausiai nusilpusiems asmenims. Nors programa gali būti ekonomiškai efektyvi, tačiau nėra jokių sistemingų dokumentų apie išlaidas ir naudotojų rezultatus.

IPP kainų kontrolė taip pat gali būti naudinga tvarumo priemonė.

Kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Nyderlanduose ir Ispanijoje, taikomos nustatytos arba didžiausios paslaugų kainos kiekvienoje priežiūros įstaigoje. Nyderlandai remiasi didžiausiomis kainomis, kad finansuotų ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimą. 31 Olandijos regioninė pirkimo tarnyba yra atsakinga už paslaugų teikimo sutarčių sudarymą su paslaugų teikėjais, neviršydamą biudžeto apribojimų, ir laikosi Olandijos sveikatos priežiūros tarnybos (Nza) nustatytų didžiausių kainų (Milstein, Mueller ir Lorenzoni, 2021[16]). Kokią priežiūrą turi teisę gauti asmuo, nustatoma pagal jo priežiūros profilį (yra 10 priežiūros profilių). Maksimalios kiekvieno priežiūros profilio kainos diferencijuojamos atsižvelgiant į tai, ar gydymą teikia slaugos namai. Be to, Nza nustato atskiras maksimalias kainas dideliame skaičiui papildomų veiklų, įskaitant tokias papildomas paslaugas kaip transportas (4.2 lentelė). Maksimalios kainos pagrįstos empiriniais tyrimais, atliktais remiantis apklausa, kurioje 2017 m. dalyvavo maždaug pusė paslaugų teikėjų, teikiančių socialinio draudimo lėšomis finansuojamą IPP priežiūrą (Kelders ir de Vaan, 2018[17]; Bakx, Schut ir Wouterse, 2021[18]).

Ispanijoje taikomi tarifai, o ne didžiausios kainos, ir papildomi mokėjimai, dėl kurių sprendimai priimami regioniniu lygmeniu pagal nacionalinę privalomą sistemą. Ispanijoje regioniniai sveikatos apsaugos departamentai sudaro sutartis su viešaisiais ir privačiais paslaugų teikėjais. Centrinė vyriausybė nustato minimalius išmokų kriterijus, taip pat orientacines paslaugų sąnaudas. Daugeliu atvejų tarifai ir orientacinės išlaidos yra statiški ir pagrįsti istorinėmis vertėmis. Regionai gali laisvai nustatyti savo kainas, tačiau padidėjus išlaidoms jie turi finansuoti skirtumą. 2019 m. vidutinė viešosios priežiūros namuose kaina buvo apie 15 EUR už valandą, o vidutinė vartotojo bendra įmoka - 11 proc. Vidutinės valandos priežiūros namuose kainos svyravo nuo maždaug 9,00 EUR Ekstremadūroje ir Galisijoje iki 17,00 EUR Aragonijoje ir Illes Balears regione. Kalbant apie bendrą mokėjimą, jis svyravo nuo 1,6 % Andalūzijoje iki 44,2 % Mursijoje (Flores, 2021[19]). Kalbant apie dienos centrus, vieno vartotojo kainos priklauso nuo vartotojo priklausomybės laipsnio ir paslaugų teikėjo tipo. Vidutiniškai 2019 m. metinės kainos vienam vartotojui buvo 9 077 EUR valstybiniuose centruose, kuriuose bendras mokėjimas sudaro 24 %, ir 10 078 EUR privačiuose subsidijuojamuose centruose, kuriuose bendras mokėjimas sudaro 22 % vienam vartotojui. (Flores, 2021 m. [19]). Stacionariosios globos centruose kainos vienam vartotojui priklauso nuo paslaugų teikėjo tipo (viešieji privačių subsidijuojamų "užsakomųjų" centrų). Pavyzdžiui, 2019 m. vidutinės metinės kainos vienam vartotojui valstybiniuose centruose su 36 % bendroju mokėjimu buvo 20 686 EUR (7 500 EUR), o privačiuose subsidijuojamuose "užsakomuosiuose" centruose su 40 % bendroju mokėjimu - 19 324 EUR (7 810 EUR). Tarp regionų taip pat yra dideli kainų ir bendrų mokėjimų skirtumai. Pavyzdžiui, metinės kainos vienam vartotojui viešuosiuose centruose svyravo nuo 10 460 EUR La Riochoje iki 28 145 EUR Madride. Bendrasis mokėjimas viešuosiuose centruose procentine išraiška buvo didžiausias Navaroje (81 proc.), tačiau absoliučiu dydžiu - País Vasco regione (13 110 EUR) (Flores, 2021[19]).

Lietuva galėtų apsvarstyti galimybę įvesti maksimalias kainas arba tarifus, kaip minėtose šalyse. Jei kainos nustatomos už paslaugas, o ne už valandas, nustatant kainą turėtų būti įvertintos priežiūros valandos, reikalingos paslaugoms suteikti ir įvertintas užduočių sudėtingumas (t. y. darbo užmokesį). Jei kainos nustatomos valandoms, būtų svarbu atsižvelgti į užduočių sudėtingumą (ir darbo užmokesčio pasekmes). Dėl rizikos, susijusios su kainų nustatymu neatlikus išankstinio tyrimo, tikriausiai realiau būtų remtis istorinėmis kainomis Lietuvoje.

Alternatyva - kainų nustatymui ir išlaidų kontrolei naudoti taškų sistemą, kaip, pavyzdžiui, Vokietijoje ir Prancūzijoje. Kiekviena paslauga turi tam tikrą skaičių taškų, kurie turi bazinę vertę. Taškai ir bazinės vertės gali būti nustatomos nacionaliniu arba subnacionaliniu lygmeniu, tačiau paslaugų teikėjai gali sudaryti sutartis su viešosiomis įstaigomis. Ši sistema leidžia koreguoti kainas atsižvelgiant į subnacionalinių lygių skirtumus, tačiau ji taip pat yra sudėtingesnė. Kainų nustatymo sistema taip pat priklauso nuo aplinkos - globos namuose, dienos globos ir stacionarios globos. Abiejose šalyse stacionarios globos atveju skiriamos su apgyvendinimu nesusijusios išlaidos ir apgyvendinimo išlaidos. Apgyvendinimo išlaidos yra mažiau kontroliuojamos, todėl paslaugų teikėjai gali gauti daugiau pelno iš šios dalies. Abiejose šalyse bent jau stacionarios globos atveju taikomas bendras mokėjimas.

Vokietijoje slaugos namuose kainos nustatomos pagal taškų sistemą, kuri kiekvienoje žemėje yra skirtinga. Paslaugos perskaičiuojamos į taškus, atsižvelgiant į teikiamų paslaugų laiko intensyvumą ir (arba) jų sudėtingumą. Bazinė vertė yra apie 5-6 EUR už 100 taškų (4.3 lentelė) (Milstein, Mueller ir Lorenzoni, 2021[16]). Kainos nustatomos individualiai regioniniu arba valstybiniu lygmeniu tarp globos įstaigos, gerovės organizacijų ir ilgalaikio gydymo fondų, kurių globotiniai prisideda ne mažiau kaip 5 proc. globos namuose praleistų dienų (Pflegesatzverhandlungen). Atskirai deramasi dėl slaugos paslaugų, maitinimo ir apgyvendinimo bei investicinių išlaidų kainų. Maitinimo, apgyvendinimo ir investicinės išlaidos visiems gyventojams yra vienodos, tačiau slaugos išlaidos ir kompensacijos didėja didėjant slaugos laipsniui, išskyrus kai kurias išimtis. Slaugos išlaidos daugiausia priklauso nuo slaugytojų, tenkančių vienam gavėjui, skaičiaus ir kinta priklausomai nuo gavėjo slaugos laipsnio.

Prancūzijoje slaugos namų kainodara taip pat grindžiama taškų sistema, taikoma medicininės priežiūros ir priklausomų asmenų priežiūros paslaugų paketams. Slaugos įstaigų kainodaros metodą sudaro medicininės priežiūros paketas, priklausomybių priežiūros paketas ir apgyvendinimo mokestis (Or ir Penneau, 2021[20]). Medicininės priežiūros paketas kiekvienai įstaigai apskaičiuojamas taikant sintetinį rodiklį, kuris atitinka vidutinius įstaigoje gyvenančių žmonių priežiūros poreikius ir priklausomybės lygį. Kiekvienam iš šių būklės profilių buvo nustatytos aštuonios išteklių grupės (gydytojas, psichiatras, slauga, rehabilitacija, psichometrija, biologija, vaizdas ir vaistinė), kurios apibrėžia reikalingų priežiūros išteklių lygį. Ši priežiūros išteklių grupė taip pat koreguojama pagal priklausomybės lygį (šeši ilgalaikio gydymo poreikių lygiai). Medicininės priežiūros paketo suma kiekvienai įstaigai yra svertinis balų vidurkis, padaugintas iš sveikatos apsaugos ministerijos nacionaliniu lygmeniu nustatytos referencinės (indekso) kainos už punktą. Praktikoje regioninių sveikatos centrų IPP finansavimą riboja ONDAM a priori biudžetas, todėl globos įstaigos gali negauti pagal šį kainodaros metodą apskaičiuotos sumos (Or ir Penneau, 2021[20]). Priklausomų asmenų priežiūros paslaugų paketas nustatomas panašiai, tačiau jį finansuoja vietos valdžios institucijos. Išmoka apskaičiuojama pagal įstaigos VPB (vidutinį priklausomybės balą) ir vietos tarybos nustatytą departamento priklausomybės balo vertę. Įvairiose vietos valdžios institucijose šis balas svyruoja nuo 5,7 EUR Alpes-Maritimes regione iki 9,4 EUR Korsikos pietuose. 2017 m. priklausomybių paketo kaina vidutiniškai buvo 5,5 EUR per dieną mažai priklausomiems asmenims, 12,9 EUR per dieną vidutinio lygio priklausomybei ir 20,4 EUR per dieną labai priklausomiems asmenims (Or ir Penneau, 2021[20]). Apgyvendinimo mokestį už vietas, kurioms gali būti skiriama valstybės parama, nustato vietos valdžios institucijos - apie 85 proc. globos įstaigų turi vietų, kurioms gali būti skiriama valstybės parama. Didžiausia kaina svyruoja nuo 49 EUR už dieną pirmajame globos įstaigų kainų decilyje iki 67 EUR už dieną devintajame decilyje. Vietų, kurios neturi teisės į valstybės paramą, kainos nustatomos laisvai, nors jų didėjimo tempą kasmet stebi ir reguliuoja centrinė valdžia (Or ir Penneau, 2021[20]).

Lietuvai ir jos slaugos ligoninėms įdomu tai, kad iki 2017 m. Prancūzijoje kvalifikuotos slaugos įstaigos buvo finansuojamos tik iš metinių perspektyvinių visuotinių biudžetų viešajame ir privačiame ne pelno siekiančiuose sektoriuose ir iš fiksuoto dienos įkainio privačiose pelno

siekiančiose įstaigose. Nuo 2017 m. bendrieji biudžetai koreguojami atsižvelgiant į gydomų pacientų kiekį ir atvejų derinį. 2020 m. apie 10 proc. biudžeto buvo tiesiogiai gauta iš veikla grindžiamų mokėjimų, taikant GME referencinius tarifus. Į tarifus įtrauktos visos personalo išlaidos, be to, nustatyta 70 dienų riba, leidžianti įstaigoms dalį išlaidų už ilgesnį buvimą apskaityti palaiptams. Tarifai taip pat svartiniai pagal geografinį koeficientą. Nuo 2018 m. kvalifikuotos slaugos įstaigos taip pat gali pasinaudoti nedidele apmokėjimo už rezultatus schema, daugiausia orientuota į pacientų saugos rodiklius (Or ir Penneau, 2021[20]).