

Individualusis savanoriškas sveikatos draudimas – kodėl jis reikalingas Lietuvoje?

Eglė Mackuvienė, LLRI ekspertė

2007 m. lapkričio 22 d.



Lietuvos
laisvosios
rinkos
institutas

Pranešimo struktūra

- I. **Kodėl privatus sveikatos draudimas reikalingas?**

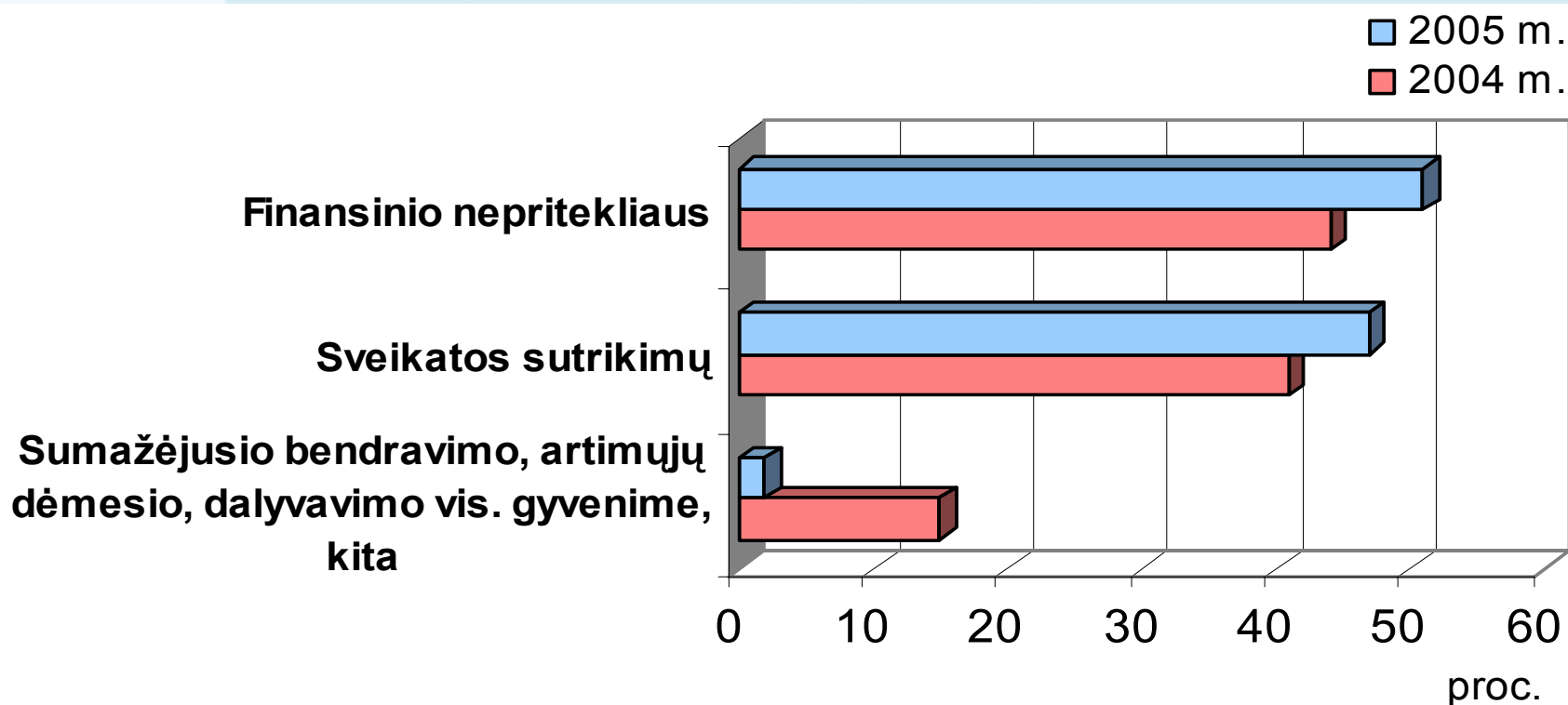
- II. **Ko iš tiesų trūksta Lietuvoje – draudimo ar paslaugos, už kurią būtų galima sumokėti draudimo pagalba?**

Pranešimo tikslai

- Pabrėžiant draudimo privalumus, atkreipti dėmesį ir į tai, kad draudimas nėra tikslas, tai tik priemonė. Tikrasis siekis turi būti ne draudimo „įvedimas“, o sveikatos sistemos įgalinimas tapti konkurencinga.
- Pastebėti, kad dabartinėje neskaidriais, neprognozuojamais bei šešėliniais mokėjimais paremtoje sistemoje „nėra vietos“ nei papildomam draudimui, nei sveikatos sąskaitoms.
- Atkreipti dėmesį, kad pacientas-vartotojas nesitiki nemokamos sveikatos apsaugos, to neteigia ir LR Konstitucija. Tikroji paciento teisė – tai galimybė rinktis ir gauti sveikatos paslaugas pagal jų kainą ir kokybę skaidrioje sistemoje. Šios teisės įgyvendinimui valstybė privalo nedaryti kliūčių.

Asmens sveikatos sutrikimas yra viena pagrindinių žmonių nurodomų ateities grėsmių

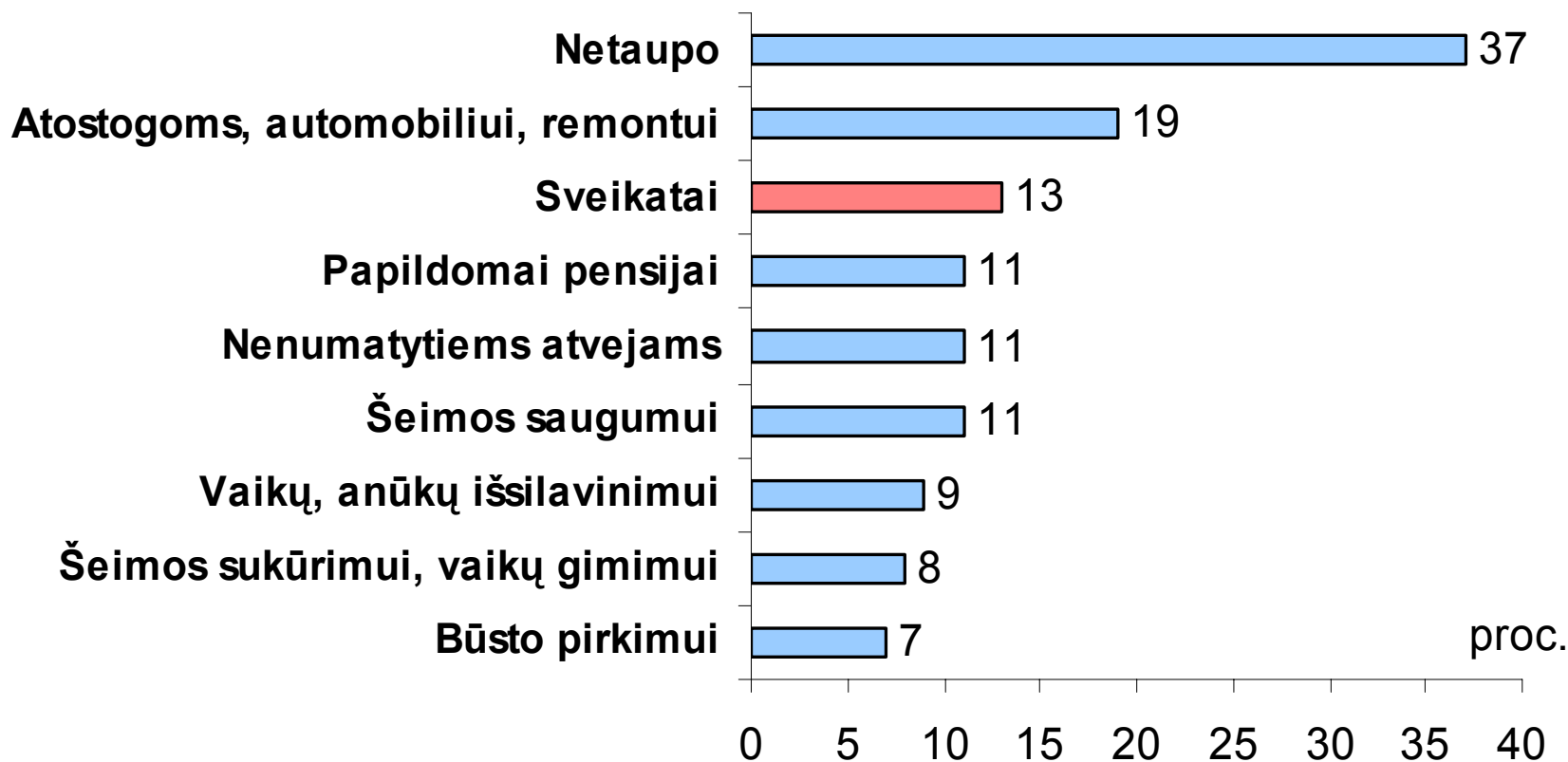
Ko Jūs labiausiai baiminatės (dėl ko labiausiai nerimaujate, kad Jūsų laukia) senatvėje?



"Sprinter" tyrimo duomenys

Žmonės numato, kad jų sveikatos apsaugai gali reikti lėšų ir jas kaupia

Lietuvos gyventojai dažniausiai taupo (2007 m.)



Privatus individualusis sveikatos draudimas reikalingas PACIENTUI / VISUOMENEI, nes

- **Visuomenėje yra poreikis privačiam sveikatos draudimo produktui**
 - Žmonės suvokia sveikatos reikšmę ir kainą;
 - Asmens sveikatos sutrikimas yra viena pagrindinių gyventojų nurodomų ateities grėsmių; taupymas sveikatai – suvokta būtinybė;
 - Rinkoje esant grupiniam darbuotojų sveikatos draudimo produktui, didėja ir pavienių asmenų poreikis įsigyti šį draudimą.
- **Didėjančios gyvybės draudimo apimtys rodo žmonių galimybę ir norą draudimo pagalba saugotis nuo galimų grėsmių, susijusių su jo asmeniu**
 - Skirdamas lėšas gyvybės, kritinių ligų, traumų draudimui žmogus iš dalies apsisaugo nuo netekto darbingumo rizikos, tačiau realaus sveikatos draudimo neįgyja.

Privatus individualusis sveikatos draudimas reikalingas SVEIKATOS SISTEMAI, nes

- **Tai būtų papildomas sveikatos sistemos finansavimo šaltinis**
- **Tai būtų papildoma kontrolės priemonė lėšas naudoti efektyviai: mokantis pacientas-draudimo bendrovė galėtų reikalauti sveikatos paslaugų kokybės, kontroliuoti lėšų panaudojimą**
- **Tai yra efektyvios sveikatos sistemos rodiklis**
 - valstybių, kurios pasižymi draudikų įvairove, draudikų bei sveikatos paslaugų teikėjų organizaciniu nepriklausomumu, sveikatos sistemos, vertinant paslaugų teikimo pacientui požiūriu, yra vertinamos kaip efektyvesnės (*žr. kitą skaidrę*)

Pliuralistinis sveikatos sistemos modelis, draudikų įvairovė yra efektyvios sveikatos sistemos požymis

2007 Euro Health Consumer Index

1. Austrija	806
2. Olandija	794
3. Prancūzija	786
4. Šveicarija	770
5. Vokietija	767
6. Švedija	740
7. Norvegija	724
...	
12. Estija	633
...	
<u>26. Lietuva</u>	<u>496</u>
27. Lenkija	447
28. Bulgarija	445
29. Latvija	435

- Pirmosioms penkioms valstybėms yra būdingas pliuralistinis tipas: sveikatos sistema pasižymi draudikų įvairove, draudikų bei sveikatos paslaugų teikėjų organizaciniu nepriklausomumu
- Valstybių, kuriose sveikatos sistemos finansavimas ir paslaugų teikimas yra visiškai ar iš dalies vienoje organizacinėje struktūroje (pvz. NHS sistema JK, Skandinavijos valstybės), jau ne pirmus metus nėra tarp lyderių

II. Ko iš tiesų trūksta Lietuvoje – draudimo ar paslaugos, už kurią būtų galima mokėti draudimo pagalba?

Privataus draudimo lėšos

kaip apmokėti?

Sveikatos santaupų sąskaitų lėšos

kaip apmokėti?

Paciento gryniesi pinigai

Šešėliniai
(neoficialūs)
mokėjimai

Nesisteminiai, iš
anksto nežinomi
mokėjimai

- Nei draudimo, nei sveikatos sąskaitų lėšomis negali būti apmokėti šešėliniai (neoficialūs) mokėjimai šiandienos “valstybinėje” sveikatos sistemoje
- Nesisteminiai ir neprognozuoti mokėjimai nekuria poreikio papildomai draustis

Neoficialūs mokėjimai sveikatos sistemoje (valstybės ir savivaldybių ASPĮ) nėra tikroji korupcija

- Paciento neoficialiai mokami pinigai nėra tikroji korupcija, nes pacientas ne “paperka” gydytoją, o “perka” geresnę paslaugą;
- Neoficialūs mokėjimai nėra nelegali, įstatymo uždrausta veikla – už juos nenumatyta baudžiamoji atsakomybė, tik iš dalies gali būti pritaikyta administracinė atsakomybė;
- Paciento neoficialiai mokami pinigai nėra “šešėlinė medicina” Vakarų Europoje suprantama prasme, kur apie šešėlių medicinoje diskutuojama tuomet, kai kalbama apie valstybės nepripažintus gydymo/ intervencijos metodus (pvz., surogatinė motinystė, vertimasis praktika be licenzijos ir pan.);
- Šie mokėjimai yra neoficialūs/šešėlyje tik todėl, kad valstybė nėra sukūrusi legalių sveikatos paslaugų įsigijimo, pasirinkimo būdų, atsižvelgiant į kainos-kokybės santykį.

Tai yra paciento bandymas tapti reikšmingesniu sistemos dalyviu, būdas rinktis ir mokėti už paslaugas, kurių jam reikia

Tačiau šešėliniai mokėjimai sveikatos apsaugos sistemai neleidžia nei pasveikti, nei numirti

- Neoficialaus primokėjimo praktika, egzistuojanti valstybiniame sektoriuje, iškraipo konkurenciją, apsunkina privačių sveikatos paslaugų teikėjų galimybę konkuruoti su valstybiniu sektoriumi;
- Neoficialių mokėjimų atveju valstybė praranda nesumokėtus mokesčius;
- Neoficialiai primokantys pacientai blogina kitiems (nemokantiems) pacientams teikiamų paslaugų kokybę;
- Mokėdamas neoficialiai, pacientas neturi galimybės naudotis viešomis paslaugomis:
 - Teisiniu ginčų sprendimu, susitarimų įgyvendinimo užtikrinimu;
 - Socialinėmis išmokomis bei paslaugomis.
- Šešėlinių mokėjimų dėka, ydinga viešoji sveikatos apsaugos sistema gyvuoja ir galutinai nesubyra. Nesusiformuoja kritinis kiekis interesų grupių (gydytojų, pacientų), kurios pareikalautų naujos, konkurencingos ir skaidrios sveikatos apsaugos sistemos.

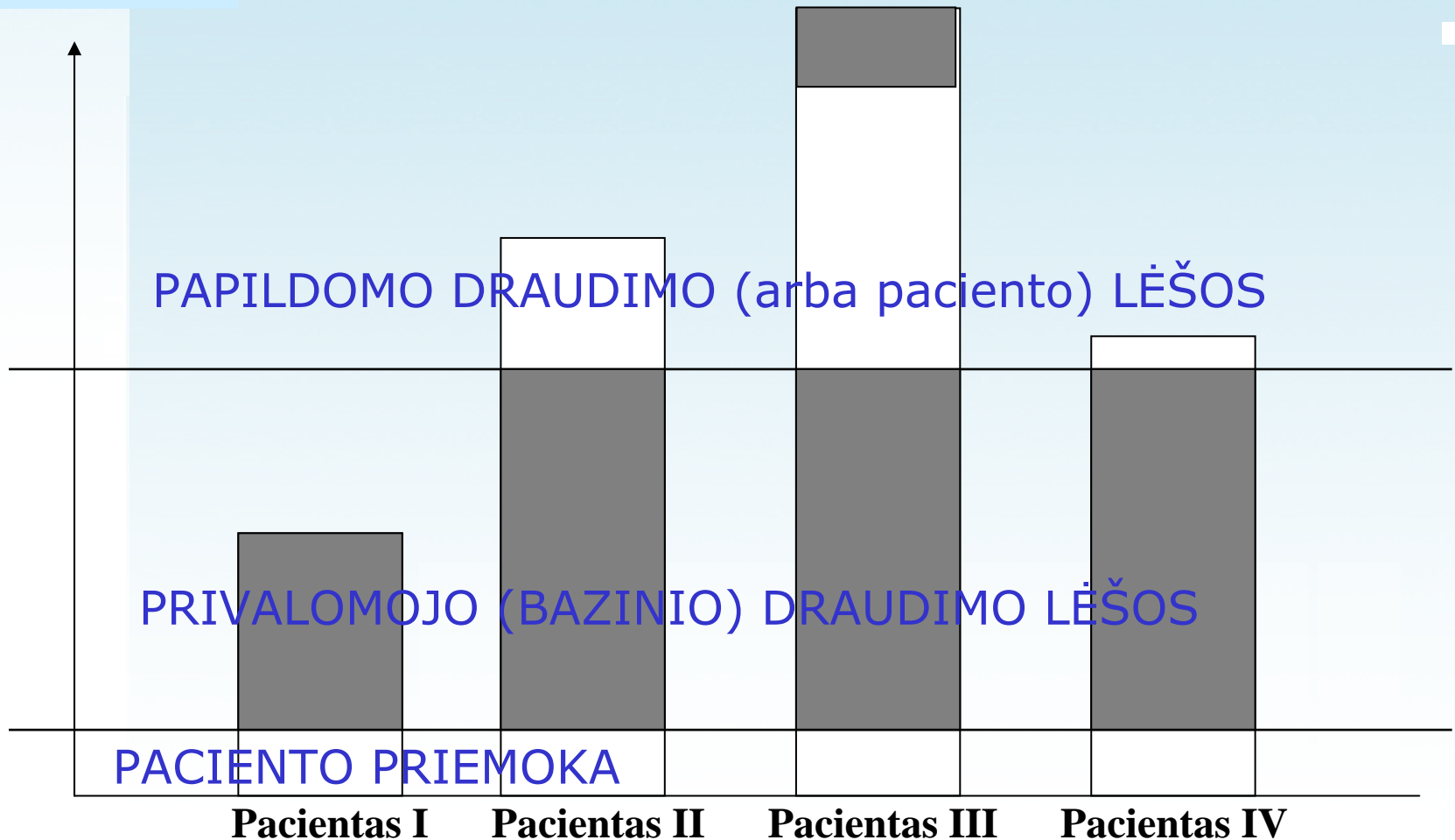
Šešėliniai mokėjimai, neskaidrumas, sveikatos paslaugų realių kainų nebuvimas - pagrindinė kliūtis papildomam sveikatos draudimui atsirasti

Sąlygos privačiam draudimui atsirasti - realios paslaugų kainos konkurencingoje aplinkoje

- **Svarbiausių/bazinių sveikatos paslaugų įvardijimas ir garantavimas apsidraudusiems privalomuoju sveikatos draudimu**
- **Legalūs, aiškūs, paskelbti mokėjimai, kurie:**
 - įgalintų legaliai įsigyti kokybiškesnes, papildomas sveikatos paslaugas;
 - įgalintų planuoti asmeninius finansus sveikatai;
 - įgalintų ieškoti finansavimo mechanizmų.
- **Pacientų priemokos, kurios:**
 - ribotų padidintą sveikatos paslaugų vartojimą.
- **Aiški valstybės politika dėl paramos atskiroms visuomenės grupėms, kuri:**
 - turėtų būti kuriama kartu su mokėjimų sveikatos sistemoje legalizavimu.

Būtina atskirti privalomojo sveikatos draudimo (bazinio) ir papildomo sveikatos draudimo objektus, priimti politinius sprendimus dėl kompensavimo

Išlaidos
sveikatos
paslaugoms



Mokėjimų sveikatos sistemoje legalizavimo teisinis pagrindas - Lietuvos Respublikos Konstitucija

- **Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 str.: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką...“**

“Konstitucijos nuostatų nereikėtų traktuoti kaip valstybinių gydymo įstaigų absoliučią pareigą teikti išskirtinai nemokamą ir visa apimančią medicinos pagalbą. Konstitucija nenustato nemokamos (finansuojamos iš valstybės biudžeto) medicinos pagalbos apimties, tačiau reikalauja, kad tokia pagalba būtų ir turi būti įstatymu nustatyta jos teikimo tvarka. Šio straipsnio interpretacija turi būti grindžiama kompromisu tarp asmens konstitucinės teisės į sveikatos priežiūrą ir valstybės ekonominių sąlygų...”

Seimo kontrolieriaus Romo Valentukevičiaus Informacinis biuletenis “Žmogaus teisių apsauga. Teisė į tinkamą sveikatos apsaugą”, 2007, Nr. 19 (34)

IŠVADOS I

Šiandieninėje sistemoje papildomam draudimui nėra vietos

- **Papildomas draudimas (kaip, beje, ir sąskaitos) savaime nereiškia tinkamos sveikatos sistemas. Jis yra tik priemonė toje sistemoje – būdas apmokėti ir gauti sveikatos paslaugas.**
- **Sistemoje, kurioje nėra realių sveikatos paslaugų kainų, kurioje vyrauja šešėliniai bei neprognozuojami pusiau oficialūs mokėjimai, privačiam sveikatos draudimui tiesiog nėra vietos.**
- **Lietuvos sveikatos sistemai evoliucionuojant labai pamažu, privatūs draudimo produktai taip pat kuriasi pamažu.**

IŠVADOS II

Mokėjimų sveikatos sistemoje sutvarkymas sąlygotų draudimo rinkos plėtojimąsi

- Siekiant ženklaus privataus draudimo apimčių padidėjimo būtina sudaryti tam sąlygas:
 - apibrėžti privalomojo draudimo objektą;
 - nustatyti pacientų priemokas;
 - priimti sprendimus dėl kompensavimo.
- Išaugęs pacientų poreikis draudimo produktui paskatins jį atsirasti rinkoje.
- Siekiant greitesnio draudimo produkto atsiradimo bei visuotinės galimybės pacientams gauti papildomą sveikatos draudimą, kartu su mokėjimų sveikatos sistemoje sutvarkymu, reikia imtis ir aktyvesnių veiksmų, pvz., gerinti mokestinę aplinką privataus sveikatos draudimo produktui.

IŠVADOS III

Draudimas yra tik priemonė. Tikslas – paciento teisė rinktis

- Gyventojai žino ir patiria, kad sveikatos apsauga yra iš dalies mokama. Sveikatos finansų sutvarkymas, legalių ir skaidrių mokėjimų nustatymas yra taip pat ir paciento interesas.
- Valstybė privalo užtikrinti paciento teisę rinktis sveikatos paslaugas pagal kainą ir kokybę legaliu būdu. Ši teisė – teisė rinktis – ir yra tikroji paciento teisė (o ne teisė į neskaidrią “mokamai-nemokamą” viešąją sveikatos apsaugą).
- Papildomas draudimas, sąskaitos, valstybės parama socialiai remtiniams – nėra tikslai. Tai paciento teisės rinktis ir gauti sveikatos paslaugas įgyvendinimo priemonės.

Ačiū už dėmesį

