

## DĖL PAPILDOMO (SAVANORIŠKOJO) SVEIKATOS DRAUDIMO

Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas

Yra labai daug įvairių visuomeninių ir privačių sprendimų, kaip sveikatos sistemos gali patenkinti gyventojų sveikatos priežiūros poreikius. Tačiau tarp pagrindinių ir papildomų, tarp visuomeninių ir privačių sistemų aiškios takoskyros nėra. ES šalyse privalomojo ir papildomojo draudimo sveikatinimo paslaugų finansavimo sistemos yra labai susijusios, todėl negalima nagrinėti papildomojo draudimo atskirai nuo pagrindinio finansavimo šaltinio ir papildomasis draudimas ES niekada nebuvo nei pagrindiniu, nei, juo labiau, vieninteliu sveikatos paslaugų finansavimo šaltiniu. ES šalyse dominuoja visuomeninio sveikatos paslaugų finansavimo sistemos, todėl papildomojo draudimo paslaugų rinkai svarbų poveikį daro pagrindinio sveikatos sistemos finansavimo taisyklės ir organizavimo tvarka<sup>1</sup>.

Sveikatos ekonomikos centras LR Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu (ES struktūrinių fondų lėšomis) atliko analizę ir parengė rekomendacijas dėl papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo (PSSD) plėtros galimybių Lietuvoje<sup>2</sup>. Remiantis atliktos analizės rezultatais, SAM parengė "Papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo koncepciją", kuri buvo pateikta suinteresuotų ir atsakingų institucijų vertinimui<sup>3</sup>.

\* \* \*

Visų pirma, suformuluosime pagrindinius PSSD plėtros principus. Autoriai, rengdami PSSD plėtros analizę, laikėsi nuostatos, kad PSSD plėtra Lietuvoje nėra *savaiminis tikslas, tai - priemonė galinti padėti gerinti Lietuvos sveikatos sistemą ir gyventojų sveikatą*. Kitaip tariant, jei atliekant tyrimą paaiškėtų, kad plačiai paplitęs PSSD sudarytų prielaidas gyventojų sveikatos pagerinimui, – jis būtų remtinas, o jei PSSD plėtra neprisidėtų prie tokio tikslo siekimo, – tai jo nauda būtų abejotina. Jokių kitų išankstinių nuostatų nebuvo.

Tiesiogiai įvertinti PSSD plėtros poveikį gyventojų sveikatai gana sudėtinga, todėl buvo paimtas deklaruojamų PSSD plėtros tikslų sąrašas ir, atlikus užsienio šalyse vykdytų tyrimų ir statistinių duomenų analizę, palyginta, ar tie tikslai yra pasiekiami. Ši analizė parodė, kad tik *iš dalies pasiteisina* kai kurie deklaruojami PSSD plėtros tikslai (pavyzdžiui, PSSD suteikia didesnę laisvę pasirinkti paslaugų teikėją ar draudiką, šiek tiek didina paslaugų teikėjų pajamas, iš dalies gerina paslaugų prieinamumą ir mažina eiles, susirgus gerina finansinę apsaugą nuo didelių išlaidų). Tačiau kai kurie tikslai *mažai pasiteisina* ar net *visai nepasiteisina* (pavyzdžiui, dėl dalyvavimo PSSD nepadidėja asmeninė gyventojų atsakomybė už savo sveikatą, nėra duomenų, kad sumažėja neoficialių ir tiesioginių gyventojų mokėjimų už paslaugas apimtis, nesumažėja valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai, nepagerėja išteklių panaudojimo efektyvumas ir skaidrumas, nepagerėja paslaugų kokybė ir jų teikimo efektyvumas). Plačiau apie išvadas ir apie tyrime naudotą literatūrą bei statistiką galima pasiskaityti parengtojoje analizėje, kuri yra patalpinta Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje.

Analizėje įvertinta, kokie yra pagrindiniai PSSD plėtros veiksniai ES šalyse. *Visų pirma*, PSSD yra labiau išplitusi tose šalyse, kuriose įvestos privalomos oficialios priemokos už paslaugas ar apsilankymus pas gydytojus ir šios priemokos yra ne simbolinio dydžio (pvz.: Slovėnijoje, Prancūzijoje). Kitas stiprus papildomojo draudimo plėtros veiksnys - į privalomojo sveikatos draudimo sistemą neįtrauktos tam tikros asmenų grupės (pavyzdžiui, didelės pajamas gaunantys asmenys, savarankiškai dirbantys asmenys, kaip Čekijoje ir Portugalijoje, ar tam tikrų profesijų atstovai, kaip Vokietijoje). Apibendrinus išsakytus teiginius peršasi išvada, kad Lietuvoje norint paskatinti PSSD plėtrą *reikėtų arba įvesti nemažas priemokas už paslaugas, arba kai kuriuos šalies gyventojus "pašalinti" iš privalomojo sveikatos draudimo sistemos*. Tačiau projekto metu atliktos reprezentatyviosios gyventojų apklausos duomenimis 60 proc. šalies gyventojų pasisako prieš bet kokių įmokų įvedimą, o be išlygų priemokų įvedimą palaiko tik 5 proc. gyventojų. 35 proc. respondentų palaiko priemokų įvedimą su tam tikromis išlygomis (žiūrėti paveikslą).

*Tikėtina, kad priemokų įvedimas šiuo metu būtų labai netinkamas sprendimas ir politiniu aspektu, ir dėl galimos neigiamos įtakos gyventojų sveikatai dėl atsiradusių finansinių apribojimų gauti paslaugas*. Daugelyje šalių, kuriose yra įteisintos oficialios priemokos už gydymo paslaugas, valstybė gyventojams suteikia lengvatas (ar atleidžia nuo mokėjimų). Tai reiškia, kad įvedus priemokas sveikatos sistemos valdymas tampa sudėtingesnis, be to tokią sistemą papildomai reikia finansuoti ne tik gyventojų, bet ir valstybės sąskaita. Šiuo laikotarpiu abi galimybės yra gana ribotos.

<sup>1</sup> Thomson, Sarah and Mossialos Elias (2009) Private health insurance in the European Union. Studies and Reports on Health and Long-Term Care, European Commission, Brussels, Belgium.

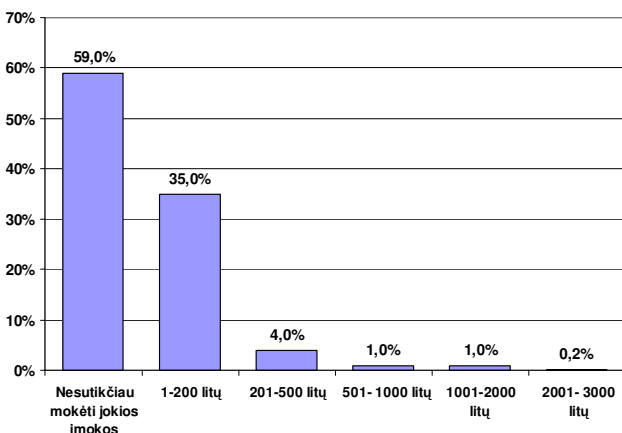
<sup>2</sup> Plačiau žiūr. SAM svetainėje [http://www.sam.lt/go.php/lit/Papildomo\\_savanoriskojo\\_sveikatos\\_draudi/1183](http://www.sam.lt/go.php/lit/Papildomo_savanoriskojo_sveikatos_draudi/1183)

<sup>3</sup> Plačiau žiūr. LRS svetainėje [http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.susije\\_l?p\\_id=59149&p\\_org=10&p\\_fix=y&p\\_gov=y](http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.susije_l?p_id=59149&p_org=10&p_fix=y&p_gov=y)

Beje, Lietuvoje kartais pasigirsta siūlymai iš privalomojo sveikatos draudimo sistemos kompensuoti tik būtinosios pagalbos paslaugas, o už visas kitas paslaugas gyventojai turėtų sumokėti patys ar per papildomą draudimą. Toks radikalus visuomeninio sveikatinimo paslaugų apribojimas ES šalyse netaikomas. Kodėl?.. Be kitų šio pasiūlymo trūkumų paminėtinas šis - labai sunku apibrėžti, kas yra, o kas jau nėra būtinoji pagalba.

Antra. PSSD plėtra dažnai būna susijusi su tokiais techniniais klausimais, kaip: draudimo įmokų dydis, draudimo objektas, administravimo kaštai ir pan. Šalyse, kuriose norima plėtoti PSSD, valstybė draudimo kompanijoms dažnai suteikia tam tikras mokesčines lengvatas. Jei PSSD apimtis finansiniu požiūriu nėra didelė (iki kelių procentų nuo viso sveikatos sistemos finansavimo), valstybė mažai kišasi į draudimo bendrovių reikalus. Tačiau ten, kur PSSD veikla finansiniu atžvilgiu tampa reikšminga, valstybė pradeda taikyti “morkos ir rimbo” principą. Tai yra, jei draudimo kompanijoms suteikiamos lengvatos, iš jų reikalaujama laikytis tam tikrų valstybės iškeltų sąlygų. Pavyzdžiui, siekiant kad

Kokią metinę draudimo įmoką Jūs sutiktumėte mokėti už papildomojo sveikatos draudimo teikiamas paslaugas? (vienas iš atsakymų)

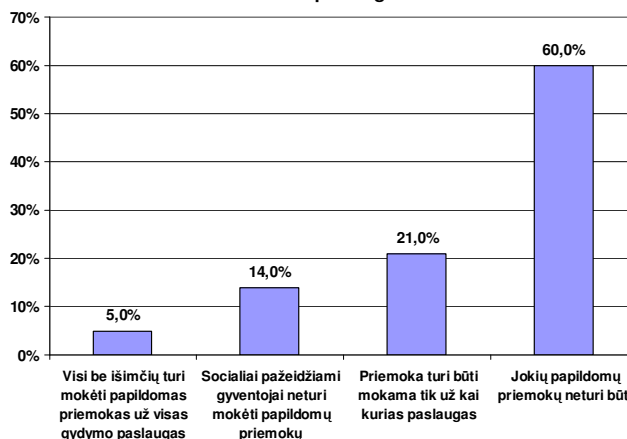


draudimini, su rizika susijusį principą, kad sveikesni gyventojai turėtų mokėti mažesnes įmokas. Be to, jei galima būtų pasirinkti, 30 proc. gyventojų kauptų lėšas specialiojoje sveikatos sąskaitoje, o 12 proc. draustųsi papildomuoju sveikatos draudimu. Įdomu pastebėti, kad 7 proc. gyventojų verčiau sutiktų mokėti didesnis privalomojo sveikatos draudimo įmokas, nei draustis PSSD, o net 57 proc. nesutiktų papildomai skirti lėšų jokiai sveikatos draudimui (žiūrėti paveikslus).

Žemiau pateikiami komentarai dėl Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) parengtos “Papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo koncepcijos”. Koncepcijoje yra suformuluotos šios pagrindinės Valstybės remtino PSSD plėtros prielaidos:

- masiškumas (po 3-5 metų PSSD turėtų įtraukti 1,5-2 milijonus gyventojų);
- maži administravimo kaštai;
- nedidelės metinės įmokos;
- visi apdraustieji turėtų mokėti vienodas arba panašaus dydžio įmokas;
- teikiamas ir grupinis, ir individualus draudimas;
- valstybės finansinė parama (mokesčines lengvatas, subsidijos);
- valstybinio reguliavimo elementai;

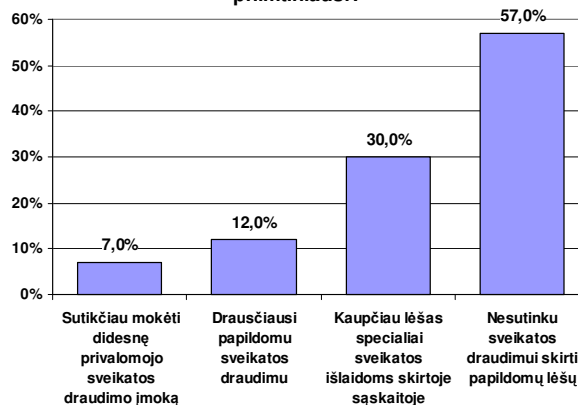
Ką jūs galvojate apie svarstomas galimybes įvesti papildomas priemokas už valstybinėse gydymo įstaigose teikiamas paslaugas?



apsidraustų didesnis gyventojų skaičius ir sumažėtų su rizikų administravimu susijusios išlaidos, reikalaujama taikyti vienodas įmokas; o gana dažnai ribojamas ir jų dydis.

Apie papildomojo draudimo įmokas reprezentatyviosios apklausos respondentai buvo tokios nuomonės: 35 proc. šalies gyventojų palaikytų nedideles iki 200 litų įmokas į PSSD, o net 59 proc. nesutiktų mokėti jokių įmokų. Be to apie 32 proc. gyventojų palaikė vienodų įmokų idėją, o 29 proc. sutiko su mintimi, kad nepasiturintys turėtų mokėti mažiau. Ir tik 6 proc. gyventojų palaikė grynai

Jei sutiktumėte papildomai skirti savo lėšų sveikatos draudimui, kokie būdai Jums būtų priimtiniausi?



- PSSD rinkos liberalizavimas ir konkurencijos tarp draudikų didinimas.

Siūlome atkreipti dėmesį, kad šios prielaidos rekomenduojamos tik tuo atveju, jei *Valstybė remtų PSSD*. Tai yra, jei draudikai nori ir toliau gauti mokesčines lengvatas, jiems gali tekti susitaikyti su tam tikromis valstybinio reguliavimo (ar visuomeninio intereso gynimo) priemonėmis. Beje, Konceptijoje yra konstatuojama: “Jei ši draudimo rūšis<sup>4</sup> ir toliau bus skirta tik nedidelei, didesnes pajamas gaunančių asmenų grupei, ilgainiui Valstybės skiriamos mokesčinės lengvatos PSSD plėtrai gali būti peržiūrėtos.”

Remiantis aukščiau minėtomis prielaidomis Konceptijoje siūlomi du ne alternatyvūs, o vienas kitą papildantys *Valstybės remtino PSSD* plėtros variantai:

- sukurti prielaidas papildomojo savanoriškojo, kaupiamosiomis sąskaitomis ir savidraudos principu paremto, sveikatos draudimo (toliau - kaupiamasis PSSD) atsiradimui bei plėtrai, gerinant finansinę gyventojų apsaugą nuo išlaidų gaunant sveikatinimo paslaugas ir/ar įsigyjant sveikatinimo reikmėms skirtus vaistus bei kitas medicinos priemones;
- skatinti komercinio papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo (toliau - komercinis PSSD) vystymąsi, užtikrinant finansinę gyventojų apsaugą pagrindinai nuo didelių išlaidų susirgus.

Pagrindinė *kaupiamojo PSSD funkcija* yra sukurti administravimo sąnaudų atžvilgiu nebrangų kompensavimo mechanizmą, kuris asmeninėse gyventojų kaupiamosiose sveikatos sąskaitose leistų sukaupti lėšų su sveikatos sutrikimais susijusioms išlaidoms kompensuoti ir tuo pačiu sumažinti tiesioginius mokėjimus.

Dažniausiai, bent jau iš pradžių, iš kaupiamųjų sveikatos sąskaitų gyventojai galėtų atsiskaityti už nebrangias sveikatinimo ir kitas paslaugas ar prekes vaistinėse, gydymo, reabilitacijos įstaigose. Taip pat siūloma, kad iš lėšų sukauptų šiose sąskaitose gyventojai galėtų įsigyti Komercinio PSSD polisus (tiek valstybės remiamo, tiek neremiamo). Kitaip tariant, iš šių lėšų, be jokios valstybės kontrolės, būtų galima kompensuoti bet kokias sveikatinimo reikmes, kurių nekompensuoja privalomojo sveikatos draudimo sistema. Vienintelis apribojimas ir kontrolės objektas būtų vieta, kur galima atsiskaityti iš kaupiamosios sąskaitos, tai būtų – vaistinės, medicinos įrangos parduotuvės, licencijuotos sveikatos priežiūros įstaigos ir sveikatos draudimo paslaugas teikiančio įstaigos. Kadangi nereikėtų vykdyti perkamų prekių ir paslaugų kontrolės (užtektų kontroliuoti tik šias paslaugas ir prekes parduodančias įstaigas), kaupiamųjų sveikatos sąskaitų administravimo sąnaudos galėtų būti panašios į dabar esančių įvairių nuolaidų kortelių aptarnavimo išlaidas.

Kaupiamosiose sveikatos sąskaitose esančias lėšas asmuo galėtų kaupti ir panaudoti bet kuriuo metu sveikatinimo reikmėms sau, šeimos nariams, giminaičiams ar bet kuriems kitiems asmenims. Sveikatos sąskaitose esančias lėšas būtų galima pervesti į kito asmens kaupiamąją sveikatos sąskaitą. Teisė pervesti iš savo kaupiamosios sveikatos sąskaitos į kito asmens kaupiamąją sveikatos sąskaitą sukurtų prielaidas didesniai solidarumui ir savidraudos elementų atsiradimui bei gerokai padidintų galimybes apmokėti didesnes vienkartinės sveikatinimo išlaidas. Ilgainiui kolektyvinio kaupiamųjų sąskaitų naudojimo pagrindu galėtų susikurti savidraudos institucijos, turinčios juridinio asmens statusą.

Rekomenduojama, kad kaupiamąsias gyventojų sveikatos sąskaitas valdytų viešojo konkurso būdu atrinktas, geriausias sąlygas (pvz., mažiausias, neviršijančius 4 proc. nuo metinių įmokų, administravimo kaštus) pasiūlęs juridinis asmuo. Jei minėtas sąlygas atitiktų ne vienas potencialus sveikatos sąskaitų valdytojas, tokių administratorių galėtų būti keli. Kaupiamojo PSSD finansiniais šaltiniais galėtų būti savanoriškos asmenų ir/ar darbdavių įmokos į asmenines kaupiamąsias sveikatos sąskaitas bei kiti papildomi finansavimo šaltiniai. Rengiant ataskaitą, autoriai detaliau neaprašinėjo jokių galimų kitų finansavimo šaltinių, kadangi galimybių yra įvairių ir nesinorėjo nukreipti dėmesio nuo pagrindinių PSSD plėtros prielaidų. Norėdami parodyti, kad tokių galimybių yra, žemiau pateiksime kelis pavyzdžius.

Pradėkime nuo gyventojams nemalonaus, bet tikėtino dalyko – priemokų už gydymo paslaugas įvedimo. Vienas iš labiausiai tikėtinų priemokų įvedimo variantų – priemoka už gulėjimo ligoninėje ar kitoje stacionarinio gydymo įstaigoje dieną (vadinamoji “viešbučio” priemoka). Juk iš tiesų ligoninėje gulintis pacientas gauna nemokamas “viešbučio” paslaugas, pavyzdžiui: vandenį, elektrą, maistą, aptarnavimą. Jis gauna ligos pašalpą kaip finansinę kompensaciją už namų ūkio išlaidas ir dar už tą patį - išmokas natūra stacionarinio gydymo įstaigoje. Akivaizdu, kad toks dvigubas kompensavimas valstybei nenaudingas. Šiuo metu “viešbučio” paslaugos yra įskaičiuotos į gydymosi ligoninėje kainą ir oficialiai priemokų už šias paslaugas ligoninės negali imti. Todėl, kol į ligoninės paslaugos kainą yra įtrauktos “viešbučio” išlaidos, galima būtų pasiūlyti, kad “viešbučio” kaštai būtų arba išskaitomi iš gyventojų valstybės naudai (Sodrai ar PSDF), arba ši suma galėtų būti pervedama į gyventojų sveikatos kaupiamąją sąskaitą. Tai yra, gyventojas gautų mažesnę ligos pašalpą, bet tų pinigų neprarastų, nes jie būtų kaupiami jo gydymui skirtoje sąskaitoje.

Kiti būdai, kaip būtų galima papildyti gyventojų kaupiamąją sveikatos sąskaitą: sveikatos sąskaita galėtų būti papildoma akcizo mokesčio dalimi, jei gyventojas perka rūkalus ar alkoholi, nes tokiu atveju padidėja susirgimų, ar nelaimingų atsitikimų rizika; galima būtų numatyti nedidelių įmokų iš PSDF pervedimo į kaupiamąsias sąskaitas galimybę, kai pacientas gyvena sveikai ir mažai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis.

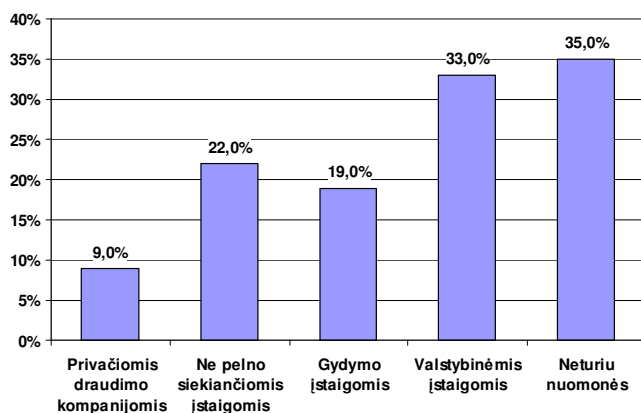
<sup>4</sup> Šiuo metu veikiantis komercinis PSSD – *autorių pastaba*.

Bene pagrindinis kaupiamojo PSSD trūkumas - galimas kaupiamų lėšų nuvertėjimas (jei būtų sukauptos ir neišnaudojamos didesnės finansinės lėšos). Tačiau numatomos sukaupti lėšos ir paskatos tokiam kaupimui nėra didelės, todėl ši rizika yra santykinai maža. Jei vidutinė metinė įmoka sudarytų 300 litų ir apsidraustų apie 1,5 milijono gyventojų, į kaupiamąsias sveikatos sąskaitas būtų surinkta apie 450 milijonų litų įmokų. Tikėtina, kad pusė šios sumos būtų skirta esamoms namų ūkių sveikatos apsaugos išlaidoms kompensuoti, tad sveikatos sistemos finansavimas padidėtų maždaug 200-250 milijonų litų per metus. Jei gyventojai nuspręstų dalį metinės įmokos sukaupti, paslaugų ir prekių teikėjų pajamos kaupiamojo PSSD įgyvendinimo pradžioje padidėtų maždaug 100-150 milijonų litų per metus, o sukaupta suma būtų naudojama vėlesniais metais.

*Komercinis valstybės remiamas PSSD* daugiausiai galėtų pasitarnauti draudžiant gyventojus nuo didelių rizikų (didelių atsitiktinių išlaidų susirgus), kurios nekompensuojamos ar tik iš dalies kompensuojamos iš PSDF biudžeto. Šis draudimas galėtų būti panašus į turto, automobilių ar kitą draudimą, kai draudžiamasi masiškai ir metinė įmoka nėra didelė ir vienodo dydžio (200-400 litų) visiems gyventojams. Tačiau išmokos čia būtų palyginti retos – tada, kai reikalingas labai brangus gydymas, brangūs tyrimai ir vaistai. Kokiais atvejais, kokiomis sąlygomis ir kokio dydžio galėtų būti draudiminės išmokos turėtų pasiūlyti draudimo kompanijos ir savo pasiūlymus suderinti su Konceptijoje rekomenduojama įsteigti *PSSD plėtros komisija*. Tik tada PSSD paslaugų teikėjai gautų mokesťines lengvatas ar subsidijas (galėtų išlikti dabar esančios mokesťinės lengvatos arba būti pakeistos į 15 proc. subsidijas nuo fizinio ar juridinio asmens sumokėtos PSSD įmokos, kai subsidija taikoma tik sumai neviršijančiai valstybės nustatytos ribos, pavyzdžiui, 400 litų metams/asmeniui. Subsidijos atveju mokesťinės lengvatos PSSD įmokoms nebūtų taikomos).

Šiuo metu iš papildomojo sveikatos draudimo ir iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau - PSDF) apmokamas sveikatinimo paslaugas reguliuoja skirtingi teisiniai aktai ir skirtingoms Lietuvos Respublikos ministerijoms pavaldžios institucijos. Siekiant pagerinti PSSD ir PSDF apmokamų paslaugų koordinavimą, Konceptijoje siūloma PSSD veiklos koordinavimui bei išmokų objekto nustatymui įsteigti pastoviai veikiančią PSSD plėtros komisiją. Ji vertintų PSSD rinkai siūlomų produktų atitikimą Konceptijoje suformuluotiems reikalavimams, PSSD plėtros poveikį sveikatos apsaugos sistemai, PSSD produktams taikomų mokesťinių lengvatų ir/ar subsidijų efektyvumą.

**Jeį norėtumėte apsidrausti papildomu sveikatos draudimu, kokiais draudikais labiausiai pasitikėtumėte? (galimi keli atsakymai)**



*Siekiant padidinti PSSD paslaugas teikiančių draudikų konkurenciją ir liberalizuoti rinką*, Konceptijoje siūloma įteisinti nuostatą, kad PSSD paslaugas gali teikti ne tik draudimo bendrovės, bet ir kitos licencijas šiai veiklai gavusios institucijos, tarp jų valstybinės ir viešosios valdymo institucijos, gydymo įstaigos. Tokiai nuostatai, remiantis atlikta reprezentatyviaja gyventojų apklausa, pritaria apie 22-33 proc. šalies gyventojų. Privačiomis draudimo kompanijomis pasitiki tik apie 9 procentai apklaustųjų (žiūrėti paveikslą). Nors Konceptijoje pateikta draudikų konkurencijos skatinimo nuostata atitiktų laisvos rinkos ir liberalizmo idėjas, tačiau būtent ji sulaukė kritikos, kaip neatitinkanti dabar galiojančių

įstatyminių aktų. Iš kitos pusės, nors kai kurie ekspertai teigia, kad kaupiamųjų sveikatos sąskaitų modelio išvys negalima vadinti draudimu, jis ilgainiui galėtų tapti savidraudos institucijų kūrimosi pagrindu ir padidinti konkurenciją sveikatos draudimo rinkoje. Kol neapsispręsta, ar siūlomas kaupiamųjų sveikatos sąskaitų modelis yra draudimas, ar – ne, galima būtų leisti įteisinti kaupiamųjų sveikatos sąskaitų modelį, taikant tokias pačias mokesťines lengvatas ar subsidijas. Šiam modeliui nereikėtų taikyti draudimo įstatymų apribojimų ir būtų leista kaupiamąsias sąskaitas administruoti privačioms, viešosioms ar valstybinėms institucijoms, kurios atitiktų anksčiau minėtus reikalavimus dėl įmokų ir administravimo kaštų. Bankai, parduotuvių tinklai, farmacijos įmonės ir kitos finansiškai pajėgios institucijos, turinčios patirties diegiant nuolaidų korteles, greičiausiai gana greitai ir su mažais administravimo kaštais užsiimtų šiuo finansiniu verslu.

*Draudžiama SEC APŽVALGOJE paskelbtą informaciją panaudoti žiniasklaidos priemonėse ar kitur ir/ar be sutikimo platinti mūsų medžiagą kuriuo nors kitu pavidalu. Gavus sutikimą, būtina nurodyti SEC kaip informacijos šaltinį.*

SEC APŽVALGĄ parengė UAB SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS  
P. Vileišio g. 18N-301, 10306 Vilnius. Tel. / Fax (+370-5) 2346370, [info@sec.lt](mailto:info@sec.lt)  
© 2010 UAB SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS