

***PAPILDOMASIS SVEIKATOS
DRAUDIMAS***

ISBN 9986-806-08-9

IŽANGA

Vykdydama socialinės politikos reformą, Lietuvos Vyriausybė įvedė privalomąjį sveikatos draudimą. Jis laipsniškai įsigaliojo 1997 metais. Privalomasis sveikatos draudimas grindžiamas solidarumo principais ir suteikia vienodas galimybes gauti medicininį gydymą visiems Lietuvos gyventojams. Dabartiniu metu asmens sveikatos priežiūra Lietuvoje finansuojama iš skirtingų šaltinių, tokių kaip socialinio draudimo sistema (daugiausia darbdavių įmokos, kurias administruoja Sodra), fiksuota asmens pajamų mokesčio dalis, kurią administruoja mokesčių inspekcija, sveikatos draudimo įmokos už socialiai pažeidžiamus asmenis (jos tiesiogiai mokamos iš valstybės biudžeto) ir investicinis finansavimas per sveikatos apsaugos ministeriją ar savivaldybes.

Siekiant toliau kurti sveikatos finansavimo sistemą, vienas iš Vyriausybės prioritetų - padidinti sveikatos draudimo sistemos skaidrumą per įmokas, kurias moka patys asmenys. Galvojama apie galimybę lygiagrečiai mažinti mokesčius. Numatomus pokyčius reikėtų vertinti atsižvelgiant į dabartinę darbo rinkos plėtrą ir socialinės apsaugos sistemos finansavimo problemas (ypač į palyginti labai žemą surenkamų mokesčių lygį).

Siekiant nuodugniai išnagrinėti Lietuvai tinkančias papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sistemas 1998 m. kovo 19-20 d. Vilniuje buvo surengta PHARE projekto finansuojama tarptautinė konferencija. Remiantis jos rezultatais, gegužės 8-9 d. Nidoje buvo surengtas tęstinis seminaras, kuriame aptartos nepriklausomų ekspertų parengtos rekomendacijos dėl papildomojo sveikatos draudimo plėtros. Šios rekomendacijos savo laiku buvo pateiktos Sveikatos apsaugos ministerijai, o dabar, kiek pakoreguotos, spausdinamos knygelėje. Pateikiamoje medžiagoje atspindėti ir kiti pagrindiniai seminarų Vilniuje ir Nidoje rezultatai.

PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS EUROPOS SĄJUNGOJE

Markus Schneider

1. ĮVADAS

Šiame straipsnyje dėmesys sutelkiamas į pagrindinę informaciją apie ES papildomojo sveikatos draudimo struktūrą, finansinius ir socialinius poveikius, jų santykį su privalomuoju draudimu bei jų ateities galimybes.¹

Yra labai daug įvairių socialinių ir/arba privačių sprendimų, kaip sveikatos priežiūros sistemos gali patenkinti asmens sveikatos priežiūros poreikius. Amerikos sveikatos priežiūros sistema, buvusios socialistinės sveikatos priežiūros ir valstybių ES narių sveikatos priežiūros sistemų mišinys patvirtina, kad yra daug įvairių galimų sprendimų. Tačiau nėra aiškios takoskyros tarp pagrindinių ir papildomų sistemų bei tarp visuomeninių ir privačių sistemų. Todėl naudinga pagalvoti, ar papildomojo sveikatos draudimo formos ir institucinė struktūra yra optimali konkrečiai privalomajai sistemai ir ko-

¹ *McLachlan G.; Maynard A.*, (ed.) *The Public/Private Mix for Health*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1982; *Culyer A J, Jönsson B*, *Public & Private Health Services*, Oxford 1986: Basil Blackwell Ltd; *Zahonero M.J.L., Rius Navarro N.* *Publico-Privado en el Sector Sanitario*, Valencia 1988: Colegio de Economistas; *Timmer H.G.*, *Technische Methoden der privaten Krankenversicherung in Europa Marktverhältnisse und Wesensmerkmale der Versicherungstechnik*, Karlsruhe 1990: Verlag Versicherungswirtschaft; *Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes*, *La mutualité aujourd'hui et demain: cadre légal, missions et défis*, Paris-Louvaine-la-Neuve 1991: Éditions Ducolot; *Schneider M., Dennerlein R., Köse A., Scholtes L.*, *Health Care in the EC Member States*, Amsterdam 1992: Elsevier; *Comité Européen des Assurances*, *Technisches Handbuch Gesundheit Ausgabe 1992*, Paris; *Lewalle H.*, *Les protections publiques et privées contre le risque de maladie dans la C.E.E.*, in: *acta hospitalia* 1992/3: 25-49.

kios problemos gali kilti dėl nacionalinės pagrindinių ir papildomųjų sistemų struktūrų atsižvelgiant į siekį įstoti į ES.

Visų pirma apžvelgsiu lemiamus veiksnius, kurie skiria pagrindinę ir papildomąją sistemas. Paskui, aptarsiu Europos Sąjungos papildomųjų sveikatos draudimo sistemų reikšmę ir struktūrą, o galiausiai - kai kuriuos klausimus, kurie kyla iš siekio įstoti į Europos draudimo rinką.

2. PAPILDOMŲJŲ IR PRIVALOMŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMŲ SANTYKIAI

2.1. Apsaugos padalijimo argumentai

Papildomojo draudimo funkcija - papildyti bendrai priimtus socialinės apsaugos standartus papildomuoju savanorišku draudimu, kuris įsigyjamas pagal individualius poreikius ir teikiamas pirmenybes. Individualų sprendimą, kaip tenkinti ateities poreikius, lemia ne tik asmens teisė planuoti savo ateitį be didelių įsipareigojimų visuomenei, bet ir socialinės apsaugos sistemos nesugebėjimas visiškai patenkinti visų jos narių poreikių. Tik socialine utopija galima laikyti teiginį, kad įmanoma įdiegti socialinės apsaugos sistemą, kuri suteiktų kiekvienam nariui draudimą nuo rizikų, atitinkantį jo poreikius ir jo pajėgumą mokėti. Todėl papildomojo sveikatos draudimo sistema yra tikroji apsaugos nuo ligos ir nedarbingumo rizikų dalis, esanti už pagrindinės socialinės ligonių kasų ir nacionalinės sveikatos tarnybos teikiamos apsaugos sistemos ribų.

Kaip matyti iš dešimtyje valstybių vykdytos pacientų apklausos apie jų sveikatos priežiūros sistemos darbą rezultatų, amerikiečiai ir italai yra labiausiai nepatenkinti.² Ši apklausa parodo, jog nacionalinės sveikatos priežiūros programos nebūtinai garantuoja, kad žmonių bus labai patenkinti savo sveikatos peržiūros sistema. Nors kul-

² Cf *Blendon R.J. et. al.*, Satisfaction with Health Systems in Ten Nations, *Health Affairs* 9: 185-192.

tūrinės vertybės ir požiūriai skirtingi, tam tikri veiksniai, tokie kaip mažesni tiesioginiai vartotojų mokėjimai, lengvesnė galimybė gauti ir pasinaudoti įvairiomis specializuotomis paslaugomis, buvo aukštai vertinami per visuomenės apklausą. Reikia atidžiai išnagrinėti, kiek tokių paslaugų galėtų suteikti pačios visapusiškiausios sveikatos priežiūros sistemos ar privalomosios ir papildomosios sveikatos priežiūros sistemos. Tai gali ir neigiamai paveikti bazinės sveikatos priežiūros sistemos išlaidas: arba nugriebiant grietinėlę (blogosios rizikos neįtraukiamos į bazinę sistemą) arba per kainų infliaciją ir/arba per paslaugų apimtis - nes tai yra labai svarbūs veiksniai vertinant papildomasias sveikatos priežiūros sistemas.

Teigiami ir neigiami poveikiai draudžiantis nuo sveikatos sutrikimų gali būti parodomi atidžiai išnagrinėjus abi papildomojo draudimo sritis: pajamų palaikymą susirgus ir medicinos priežiūros išlaidų kompensavimą.

2.2. Pajamų palaikymas

Ligos pavojaus, nelaimingo atsitikimo darbe, neįgalumo ir motinystės atveju papildomosios sveikatos draudimo sistemos padengia (kompensuoja) asmenims dalį jų prarandamų pajamų. Kol privalomojo sveikatos draudimo sistemų padengimo koeficientas yra mažesnis nei 100 procentų, akivaizdu, kad papildomasis draudimas sustiprina visuomenės apsaugą. Kadangi padengimo koeficientai neįgalumo ir ilgalaikių sirgimų, palyginti su trumpalaikių sirgimų, atvejais yra maži, apsaugos suma mažėja ilgėjant ir ūmėjant ligai. Todėl asmens poreikis turėti papildomąjį draudimą gali būti didesnis atsižvelgiant, kiek pajamų prarandama per ilgą, o ne trumpą laikotarpį.

Papildomasis draudimas gali sukelti nepageidautiną poveikį tais atvejais, kai siekiant gauti daugiau išmokų dėl ligos ilginamas sirgimo laikotarpis. Siekdamas sumažinti tokį moralinį pavojų (*išmokų pagundą*), dauguma pagrindinių ir papildomųjų sistemų moka išmokas susirgusiems tik tai po vienos ar kelių nebuvimo darbe dienų. Išimtis daroma tik lovodieniams, už juos mokama nuo pirmos hospitalizavimo dienos. Šiuo atveju galima tikėtis, kad bus daromas povei-

kis hospitalizavimo trukmei. Bendrai paėmus, neigiamas poveikis papildomų ir pagrindinių pajamų palaikymui yra ribotas, jeigu kompensavimo koeficientai yra mažesni nei 100 procentų ir jeigu yra šiek tiek savidraudos.

Papildomas pajamų palaikymas gali daryti įtaką medicininės priežiūros panaudojimui. Todėl abi papildomos apsaugos sritys neturi būti vertinamos atskirai.

2.3. Medicininė priežiūra

Optimalios medicininės priežiūros sąnaudas daug sunkiau apibrėžti nei išmokas grynaisiais pinigais, nes niekas nežino būtinųjų išlaidų, kurių reikia medicininės priežiūros reikmėms. Daugumoje atvejų neįmanoma nei apibrėžti tikslių gydymo planų, nei prognozuoti jų sąnaudų.

Žvelgiant iš ekonominės pusės, medicininės priežiūros išlaidos turi atitikti jų ribinį naudingumą. Tačiau ribinis tų pačių medicininių paslaugų naudingumas gali labai skirtis įvairiems asmenims, sergantiems ta pačia liga. Todėl, sunku objektyviai nustatyti tinkamą gydymą. Užtuot tai darius, pagrindinio draudimo apimtis apibrėžiama nuolatinio politinio proceso metu.

Siekiant įvertinti alternatyvias diagnostines procedūras ir gydymo metodus, galima pasitelkti kaštų efektyvumo analizę, kaip priemonę nustatant privalumus ir trūkumus. Tačiau kai norima praktiškai sumažinti sveikatos priežiūros sąnaudas, kaštų efektyvumo analizės dažnai atsisakoma ir pirmenybė teikiama biudžeto metodams. Neatliekant išsamios šio bendrojo biudžeto analizės daroma prielaida, jog nauda pacientams iš didesnio sveikatos priežiūrai išleisto BVP koeficiento yra ribota ir egzistuoja geresnės galimybės, kaip išleisti menkus išteklius.

Be jau minėto *kompensuojamojo* apsidraudimo nuo prarandamų pajamų, galima išskirti keturis papildomojo medicininės priežiūros draudimo tipus, kurie atitinka keturis pagrindinį draudimą apribojančius tipus.

- (1) *neįtraukiantis tam tikrų gyventojų grupių* į privalomąjį draudimą, pvz., nustatomos pajamų lubos. Šiuo atveju papildomoji aprėptis *pakeičia* bazinį privalomąjį išskirtųjų asmenų draudimą;
- (2) *neįtraukiantis tam tikrų paslaugų ir prekių*. Paprastai neįtraukiamos išmokos už gautų užsienyje chroniškų ligų gydymą, kosmetinę chirurgiją, alternatyvius gydymo būdus, papildomus patogumus ligoninėse, ilgalaikę priežiūrą slaugos namuose, vaistus ir medicinos priemones, kurie neįtraukti į kompensuojamųjų sąrašus. Šiuo atveju papildomoji aprėptis gali būti apibūdinama kaip *papildanti*;
- (3) *ribojantis išmokas vartotojų sumokamu mokesčiu*. Visose valstybėse ES narėse vartotojo mokama dalis yra svarbus medicininės priežiūros finansavimo šaltinis. Šaltiniai priklauso nuo paslaugos rūšies ir kompensavimo principo (principai, kai moka pacientas ar trečioji šalis). Papildomosios sveikatos sistemos, padengiančios vartotojo mokamą dalį, gali būti apibūdinamos kaip *likutinės*.
- (4) *ribojantis paslaugas ribojant teikimą ar mažinant kainas*. Pavyzdžiui, pacientų laukimo sąrašai specializuotai pagalbai gauti ir nedideli kokybės standartai kalbant apie palatos įrangą yra tipiškiausi tokios rūšies apribojimai. Šiuo atveju papildomasis sveikatos draudimas dengia paslaugų, kurias teikia privatūs gydytojai, ligoninėse t.t., sąnaudas. Čia dažniausiai naudojami terminai *alternatyvus* ar *analogiškas*.

Papildomosios sveikatos sistemos klasifikacija dvylikoje valstybių ES narių siejant jas su privalomomis sveikatos sistemomis pateikiama 1 lentelėje. Nyderlanduose ir Vokietijos Federacijoje Respublikoje papildomasis draudimas yra daugiausia *pakaitinis*. Abiejose valstybėse *dalinis* draudimas ir *daliniai mokėjimai* atsiduria palyginti žemai, tačiau čia yra platus valstybinių ir privačių paslaugų pasirinkimas. Prisirašiusieji prie pakaitinių sistemų yra tik individualūs

asmenys, kurie nėra privalomai draudžiami. *Pakaitinis* valstybės tarnautojų draudimas veikia ir Ispanijoje.

Vokietijoje ir Nyderlanduose papildomasis draudimas socialinių ligonių draudimo kasų nariams neturi didelės reikšmės. Tačiau Belgijoje ir Prancūzijoje yra priešingai - papildomosios sistemos vaidina pagrindinį vaidmenį, kur „nedidelės rizikos“ nedengia privalomoji sistema; tokia padėtis ir Airijoje, kur vidutinės ir didesnės pajamas turintys asmenys privalo pasirinkti ir nedidelių rizikų draudimu.

1 lentelė. Papildomųjų sveikatos sistemų tipai

bazinio draudimo tipai medicininės priežiūros teikimas	paslaugų ribojimas	papildomasis draudimas
A. privalomasis draudimas ribojamas daliai gyventojų; valstybinis/privatus teikimas	A1 nedidelis vartotojų mokestis	pakaitinis šiek tiek papildomas FRG, NL, E
B. visi gyventojai; valstybinis/privatus teikimas	B1 didelis vartotojų mokestis	likutinis papildomas A, B, F, L, I, IRL SF
	B2 maža rizika	pakaitinis B, F: savarankiškai dirbantys IRL
	B3 apibrėžtas tiekimas	alternatyvus E, GB, GR, P, I
C. visi gyventojai; valstybinis teikimas	C1 ypač didelis vartotojų mokestis	likutinis DK

Visose kitose šalyse visi gyventojai yra apdrausti nacionalinėse sveikatos priežiūros tarnybose ar socialinėse ligonių kasose baziniu draudimu nuo medicinos išlaidų. Todėl papildomasis draudimas vaidina savo vaidmenį tik kompensuodamas vartotojo mokamus mokesčius (likutinis draudimas) už patogumus arba paslaugas, nepriklausančias pagrindinei sistemai (papildomasis draudimas), arba jeigu

paslaugos yra nekokybiškos (alternatyvusis draudimas), arba jeigu jų negalima gauti laiku.

Tarp visų keturių papildomojo ir privalomojo draudimo tipų gali kilti įtampa, kuriai apibrėžti vartojami „klasinės medicinos“, „rizikos atrankos“, ar „segregacijos“ terminai. Siekiant išvengti neigiamo poveikio pajamų perskirstymui ar sveikatos priežiūros išteklių paskirstymui, neišvengiamai reikia reguliuoti papildomojo sveikatos draudimo sistemas:

- riboti perėjimą iš pagrindinės sistemos į pakaitinę sistemą;
- nustatyti tam tikrus apribojimus teikti privačios sveikatos priežiūros paslaugas;
- uždrausti likutinį draudimą tam tikriems vartotojų mokėjimams;
- reguliuoti medicinos paslaugų, kurių išlaidas dengia papildomasis draudimas, kainas.

Papildomieji, pakaitiniai ir alternatyvieji papildomojo sveikatos draudimo sistemų tipai yra antrieji sveikatos apsaugos ramsčiai. Savarankiškumas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas yra išankstinė papildomo, pakaitinio ir alternatyvaus draudimo sąlyga. Papildomasis draudimas ir papildomasis teikimas yra dvi to paties medalio pusės. Danija yra tik vienas to pavyzdys. Čia beveik nėra privačių ligoninės lovų ir privačiai praktikuojančių specialistų. Todėl neturi reikšmės, ar papildomąją sveikatos priežiūrą teikia ligoninės arba kai priežiūrą teikia savo centruose įsikūrę specialistai. Danijos papildomojo sveikatos draudimo sistema didžiausią dėmesį skyrė daugiausia likutiniam vaistų ir dantų protezų išlaidų draudimui.

2 lentelė. 12 ES valstybių papildomojo sveikatos draudimo sistemai būdingi bruožai

Valstybė	Įmokų skaičiavimas	PSD maksimalus draudimo amžius	Galimas nutraukimas dėl PSD	Subsidijos	Asmens draudimas atleidžiant nuo mokesčių, kai mokamos įmokos
B	fiksuota/rizika	65	3 metų bandomasis laikotarpis	maža rizika	taip, darbuotojai
FRG	rizika	65-70	3 metų bandomasis laikotarpis	ne	iki tam tikrų sumų
DK	fiksuota	60		taip	ne
E	fiksuota	(65)	taip	ne	iki 15%
F	atlyginimas	60	3 metų bandomasis laikotarpis	ne (PSD 9% mokestis)	taip, dirbantys savarankiškai
GR	rizika			ne	taip
I	rizika			ne	ne
IRL	fiksuota			ne	ne
L	fiksuota	70		ne	taip
NL	rizika	65	ne	ne	daugiau nei tam tikra suma
P	fiksuota/rizika	60	iki 70	ne	taip
UK	rizika	64 (50-75)		ne	60 metų ir vyresni

PSD - Privatus sveikatos draudimas.

Šaltiniai: CEA, savi skaičiavimai.

2.4. Socialinė ir individuali papildomoji apsauga

Pagrindinio ir papildomojo sveikatos draudimo funkcijų atskyrimas dažnai derinamas su instituciniu bazinių ir papildomų sistemų pasiskirstymu. Yra daugybė įvairių papildomojo sveikatos draudimo sistemos institucijų: kooperatyvai, draugijos, socialinės ligonių kasos, savišalpos draudimo kompanijos ir akcinės bendrovės, kaip specializuotosios įmonės ar mišrios draudimo kompanijos.

Europos Sąjungoje nuo ligų kaštų papildomai dažniausia draudžiamasi savišalpos sveikatos fonduose, o ne pelno siekiančiose kompanijose. Dalis šių savišalpos fondų susikūrė prieš susikuriant socialiniam draudimui atitinkamose šalyse. Dėl savo papildomojo draudimo funkcijų jie iš dalies pelnosi iš mokesčių įmokų bei iš valstybės subsidijų, nes taiko nepalankios rizikos atranką.

Mano žiniomis, nėra valstybių ES narių, kuriose papildomąją sveikatos draudimo sistemą, kaip privalomą, reglamentuotų įstatymas, kaip tai yra papildomųjų pensinių sistemų atveju.³ Tačiau papildomojo sveikatos draudimo aprėptis kartais grindžiama užimtumo sistemomis, kurios yra privalomos pagal darbo užmokesčio sutartis. Kai kuriose valstybėse grupinės sveikatos draudimo sutartys vaidina svarbesnį vaidmenį nei individualūs draudimo planai. Apskritai, pagal grupines sutartis įmokos mokamos taikant nuolaidos tarifus priklausomai nuo sutartį pasirašiusių darbuotojų skaičiaus. Tokiu atveju darbuotojui atsiveria galimybė įtraukti savo sutuoktinį (-ę) ir vaikus bei mokėti pagal mažesnį tarifą nei tie, kurie moka pasirašę individualias draudimo sutartis.

Papildomojo sveikatos draudimo sistemos yra valstybės platesnės sampratos dalis: kaip perskirstyti pajamas siekiant garantuoti bazinę socialinę apsaugą visiems. Tose valstybėse narėse, kur pagrindinė medicininė priežiūra finansuojama per mokesčius ar algalapio mokesčius, papildomosios sistemos atveria didesnes pajamas turintiems žmonėms galimybę gauti tam tikrą papildomą draudimą, netgi jei jie sumoka dvigubą kainą: pirma, nacionalinei sistemai (pavyzdžiui, mokėdami pajamų mokesčių) ir antra, papildomojo draudimo sistemai.

Siekdami subalansuoti atsakomybę už mokėjimus paskirstant pajamas tarp prisirašiusiųjų prie pakaitinių sistemų ir socialinių fondų narių, Nyderlandai įdiegė privataus sveikatos draudimo ir socialinių ligonių kasų įmokų pasidalinimą. Socialinės ligonių kasos padengia didesnę pagyvenusių žmonių išlaidų dalį nei privačios kompanijos, o pastarosios sutinka pervesti dalį savo įplaukų į ligonių kasas. Vokietijos Federacinėje Respublikoje nėra palyginamųjų metodų, kaip tiesiogiai pasidalyti įplaukas, tačiau nėra ir perskirstymo diferencijuojant kainas. Paprastai, už daugumą medicinos paslaugų privatūs pacientai moka didesnę kainą nei pacientai, kurie apsidraudę ligonių kasose. Privačių paslaugų kainos dvigubai viršija valstybės teikiamų paslaugų kainas.

³ Cf. *Schmähl W.*, The Future of Basic and Supplementary Pension Schemes in the European Community - 1992 and beyond, Baden-Baden 1991: Nomos.

2.5. Prevencinės ir gydomosios priemonės

Socialinės apsaugos nuo sveikatos rizikų uždavinys - teikti pirmenybę prevencinėms, o ne gydomosioms priemonėms ir galiausiai finansinių praradimų kompensacinėms sistemoms.⁴ Privačiam sveikatos draudimui visų pirma priskiriama pastaroji funkcija. Labai dažnai rizika apibrėžiama rizikos, kurios negalima paveikti, lentelėse. Tačiau tiek socialinių ligonių kasų, tiek nacionalinių sveikatos tarnybų tikslas yra, arba bent jau turėtų būti, taip pat prevencija.

Į prevenciją ir reabilitaciją išskirtinai linksta savišalpos fondai, nors šios priemonės nesuvaldino tokio vaidmens, kokį turėjo suvaidinti. Pavyzdžiui, 1990 m. rugpjūčio 6 dieną priimtas Belgijos savišalpos fondų įstatymas pabrėžė prevencijos svarbą ir priėmė PSO sveikatos apibrėžimą. Tai padrašina savišalpos fondus skatinti psichologinę ir socialinę gerovę greta somatinių medicinos paslaugų teikimo.⁵ Prancūzijos savišalpos fondai taip pat taiko daug prevencinių priemonių.⁶

2.6. Lemiantys papildomojo draudimo pasiūlos ir paklausos veiksniai

Kaip jau buvo aptarta, papildomojo sveikatos draudimo sistemų struktūra ir teikimo lygis realizuojami atsižvelgiant į daugelį veiksnių. Pagrindinį vaidmenį vaidina politiniai sprendimai dėl privalomųjų socialinio draudimo sistemų. Be kitų dalykų, sprendimus lemia

⁴ Cf. *Berghman J.*, Basic Concepts of Social Security, in: Pieters D. (ed.), Social Security in Europe, Brussels 1991: Bruylant: 5-22.

⁵ Cf. *Huybrechts J.*, Fonctions novatrices de l'assurance libre et complémentaire, in: *Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes*, La Mutualité aujourd'hui et demain, Paris-Louvain-la-Neuve 1991: Éditions Duculot: 144-159.

⁶ Cf. *Teulade R.*, La mutualité française: Un idéal pour 25 millions d'hommes et de femmes, Paris 1984: Editions Ramsay; *Faivre H.*, La Mutualité Française, in: *Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes*, La Mutualité aujourd'hui et demain, Paris-Louvain-la-Neuve 1991: Éditions Duculot: 144-159.

normatyvinės idėjos apie tai, koks konkrečiai visuomenei priimtinas būtinasios medicinos pagalbos teikimo lygis ir pakaitalas susirgus ar tapus neįgaliu. Normatyvinė samprata siejasi su pajamų perskirstymu bei priežiūros standartais.

Praktiškai šių idėjų įgyvendinimas suteikia galimybę reguliuoti priežiūrą bei pirminėse priežiūrose pacientų srautus ir pirminės bei antrinės priežiūros lygius. Sveikatos priežiūros teikėjų kvalifikacija bei mokėjimas už medicinos priežiūrą tiek pagrindinės, tiek papildomos sistemos atveju neaiškūs. Svarbiausi lieka politiniai sprendimai dėl papildomojo draudimo sistemų funkcijų ir institucinių formų. Ar reikėtų leisti likutinę aprėptį vartotojų mokamoms sumoms, kaip tai yra daroma Prancūzijoje? Ar papildomąjį draudimą turėtų teikti savišalpos fondai, priklausantys pagrindinei sveikatos priežiūros sistemai, kaip tai yra Belgijoje? Ar papildomosios sveikatos sistemos turėtų likti privataus sveikatos draudimo srityje, kaip tai yra Vokietijos Federacinėje Respublikoje? Ar privati medicininė chirurgija ligoninėse turėtų būti licencijuojama? Ar privačių medicinos paslaugų kainos turi būti nustatomos tokiais būdais, kurie yra panašūs į laisvoje rinkoje veikiančius? Ir galiausiai, kaip papildomasias sistemas turėtų subsidijuoti valstybė: tiesiogiai ar netiesiogiai per mokesčių lengvatas už įmokas?

Papildomojo draudimo paklausą labai veikia jo aprėpties dydis, šios aprėpties sveikatos priežiūros teikimo standartai, juos lyginant su pagrindine sistema, bei papildomosios aprėpties kaina. Be to, demografiniai veiksniai, pajamų lygis, vartotojų taupymas ir įpročiai, gyventojų požiūris į solidarumą taip pat daro įtaką papildomojo draudimo aprėpties paklausai. Kultūrinis įvertinimas yra svarbus veiksnys mišraus valstybinio/privataus draudimo srityje. Teoriškai papildomojo draudimo paklausa turi būti mažesnė valstybėse, kur yra aukštesnis socialinio solidarumo lygis.⁷

⁷ Cf. *Mooney G.*, *Economics, Medicine and Health Care*, 2nd ed, New York 1992 : Harvester/ Wheasealf; *Margolis, H.*, *Sefishness, Altruism and Rationality*, London 1982: Cambridge University Press.

3. EUROPOS SAJUNGOS PAPILDOMOJO DRAUDIMO SISTEMŲ RINKA

Dėl minėtų veiksnių įvairių valstybių papildomojo sveikatos draudimo sistemų teikiamos paslaugos labai skiriasi. Nyderlanduose pakaitinės privačios sistemos nedengia, pavyzdžiui, psichiatrinės stacionarios rizikos. Šią riziką dengia valstybinių fondų skėtinė specialiųjų rizikų sistema (*AWBZ*). Vokietijoje kai kurios iš šių specialiųjų rizikų įtraukiamos į privačiąją medicinos draudimo sistemą. Iš dalies specialiu draudimo polisu dengiamos ilgalaikės priežiūros sąnaudos. Nyderlanduose slaugos namų priežiūra bei ilgalaikė institucinė priežiūra teikiama natūra per specialų *AWBZ* fondą.

Belgijoje papildomasis draudimas daugiausia susijęs su stomatologine pagalba, medicinos priemonėmis, slauga namuose, nes neįtraukiamas vartotojų mokamų sumų perdraudimas. Danijoje priešingai: papildomo draudimo aprėptis dengia vartotojų mokamas už vaistus ir stomatologinę priežiūrą sumas, bei pajėgumo užsidirbti praradimą dėl nelaimingo atsitikimo ar ligos. Taip pat ir Suomijoje privalomosios sistemos nekompensuojamosios sąnaudos yra pagrindinis papildomojo draudimo produktas.⁸

Ispanijoje papildomojo draudimo pasiūlą daugiausia sudaro medicinos priežiūra privačiose ambulatorinėse institucijose arba ligoninėse. Nėra leidžiamas 40 % papildomojo draudimo koeficientas už vaistus. Tačiau Italijoje ir Prancūzijoje dalinį draudimą dengia papildomosios sistemos. Išskyrus kai kuriuos atvejus, papildomasis draudimas vaistams neegzistuoja. Tačiau specializuotos medicininės chirurgijos trūkumas yra svarbus veiksnys siūlant papildomojo draudimo polisus.

Papildomojo draudimo rinką sudaro daugybė įvairių sudedamųjų dalių. Papildomojo sveikatos draudimo sistemų rinkoje yra daug daugiau draudimo kompanijų nei sistemoje, kuri teikia pagrindinį

⁸ Cf. *Gawinetski J.*, Health Insurance - with special emphasis on the Nordic market, NFT 1996: 370-376.

sveikatos draudimą. Europos draudimo rinkoje yra 40 kartų daugiau įmonių (gyvybės ir negyvybės draudimo) nei panašaus dydžio Japonijos rinkoje.⁹ Į šį skaičių neįeina daugybė savišalpos fondų. Papildomojo medicinos draudimo produktų skaičius, dydis ir įvairovė riboja galimybę plėsti šią rinką. Šis klausimas ypač aktualus augant gyventojų senėjimo tendencijai. Todėl Europos rinkai reikėtų pakeisti struktūrą.

Nėra tikslių statistikos duomenų, koks apsidraudusių papildomoje sveikatos draudimo sistemoje skaičius. Pagal mūsų skaičiavimus iš 370 milijonų Europos Sąjungos valstybių narių gyventojų papildomai apsidraudę 180 milijonų.

Kai kuriose valstybėse papildomojo sveikatos draudimo paklausą riboja prisirašymo kliūtys. Didžiausioji papildomuoju draudimu sistemoje apsidraudusi gyventojų dalis yra Belgijoje, Nyderlanduose ir Liuksemburge. Šiose valstybėse rizikos atranka yra ribota.

Pagal BASYS skaičiavimus, 1994 m. Europos Sąjungos sveikatos priežiūros papildomieji fondai išleido apie 38 milijardus ekiu. Tai daugiau nei šeši procentai visų sveikatos priežiūros išlaidų. BVP dalis, tekusi sveikatos priežiūrai, išleista papildomųjų fondų sudaro apie 0,5 %.

Jeigu kalbėsime apie įplaukas, reikėtų pasakyti, kad papildomojo draudimo dalis didesnė dėl didesnių vidutinių administravimo sąnaudų.

⁹ Cf. *Coulet T.*, Das europäische Versicherungswesen in der Perspektive des einheitlichen Binnenmarktes, Luxemburg 1992: Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaft.

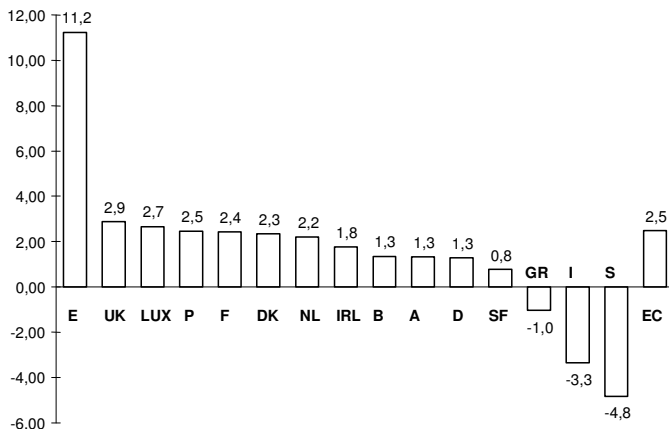
3 lentelė. Papildomojo draudimo dalis procentais nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų 1994 m.

Valstybė	1992	1993	1994
Austrija	7,5	7,5	7,0
Belgija	5,7	5,7	5,8
Danija	1,7	1,8	1,9
Prancūzija	8,3	8,6	9,1
Vokietija	6,8	7,1	6,9
Vokietija(Vakarų)	7,8	8,2	7,9
Vokietija(Rytų)	0,8	0,9	1,4
Graikija	3,0	2,9	2,9
Airija	8,5	7,7	8,2
Italija	2,3	2,7	3,2
Liuksemburgas	2,7	2,2	2,4
Nyderlandai	14,7	14,7	14,1
Lenkija	2,3	2,6	2,6
Ispanija	4,5	4,8	5,1
Švedija	1,2	1,3	1,2
Šveicarija	8,7	8,6	8,7
Jungtinė Karalystė	4,7	4,5	4,5

Šaltinis BASYS

Ivairių Europos Sąjungos valstybių papildomojo sveikatos draudimo sistemos plėtojasi nevienodai. Per 1990-1994 m. privatus sveikatos draudimas ir draudimas nuo nelaimingų atsitikimų labiausiai plėtojosi Ispanijoje, Jungtinėje Karalystėje, ir Liuksemburge, o palyginti su BVP augimu, mažėjo Švedijoje, Italijoje ir Graikijoje.

1 schema: Papildomojo sveikatos draudimo išlaidų raida, palyginti su BVP, 1990-1994 m.



Šaltinis: parengta pagal CEA duomenis.

Didžiausią papildomojo draudimo išlaidų dalį lyginant su visomis sveikatos priežiūros išlaidomis buvo galima pastebėti Nyderlanduose (14%), po jų Prancūzijoje (9%) ir Airijoje (8%). Vokietijos Federacinė Respublika atsidūrė ketvirtoje vietoje (8%). Visose kitose valstybėse narėse papildomųjų sistemų išlaidų dalis buvo daug mažesnė. Paskaičiavome, kad mažiausia dalis buvo Danijoje, Graikijoje ir Portugalijoje.

Jeigu papildomoji sveikatos draudimo sistema moka daugiau sveikatos priežiūros teikėjams, galima tikėtis, kad išaugs bendrosios sveikatos priežiūros sąnaudos prasiplėtus papildomojo draudimo apėpčiai. Iš tikrųjų, BVP dalis, išleidžiama papildomai sveikatos priežiūrai, ir dalis, išleidžiama bendrosioms išlaidoms, yra teigiamai koreliuojančios.

Papildomosios sveikatos sistemos rinkos vietą reguliuoja visos valstybės narės dėl to, kad ribojama visų šalių privati sveikatos prie-

žiūros rinka. Reguliavimas grindžiamas daugiausia dviem priežastimis. Pirma, papildomosios sveikatos sistemos prisiima kai kurias socialines funkcijas. Papildomųjų paslaugų įsiveržimas į rinką grindžiamas tais pačiais principais kaip ir pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos t.y. asimetrinė informacija tarp gydytojo ir paciento bei nevienodas pajamų paskirstymas. Siekdamas apriboti rezultatus pacientų labui, valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros sistemos stengsis kontroliuoti kainas, kiekybę ir kokybę. Todėl nebus išvengta reguliavimo siekiant sumažinti neveiksmingumą ir nelygybę.¹⁰

Kaip parodė Enthoven, dereguliavimas nebūtinai reiškia konkurenciją. Tai yra konkurencijai sveikatos priežiūros rinkoje reikia reguliavimo sistemos.¹¹ Privatūs draudimo polisai yra kontroliuojami visose valstybėse, tačiau tokių priemonių nesiimama privataus sveikatos priežiūros teikimo srityje.

Antroji priežastis: reguliuojant papildomąjį sveikatos draudimą, daromas poveikis pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugoms. Tačiau reikėtų vengti neigiamo poveikio efektyvumui bei lygybei pagrindinio draudimo srityje. Pakaitinių, papildomųjų ir alternatyvių sveikatos sistemų atveju naudojami kitokie nei pagrindinėje sveikatos priežiūros sistemoje taikomi paslaugų teikimo standartai. Skirtingi sveikatos priežiūros teikimo standartai naudingi ekonominio paskirstymo atžvilgiu, nes informacija apie skirtingų standartų poveikį gali padėti pakoreguoti pagrindinių sistemų aprėptį ateityje. Dažnai pabrėžiamas papildomųjų sistemų naujovių elementas. Tačiau makroekonominė papildomosios sveikatos priežiūros aprėpties sėkmė daugiausia priklauso nuo kainų mažinimo sėkmės. Todėl valstybės reguliavimas, pvz., per kainų ir kokybės priežiūrą, gali padėti pagerinti tiek pagrindinių, tiek papildomų sistemų efektyvumą.

¹⁰ Cf. *Maynard A.*, The regulation of public private health care markets, in: *McLachlan G.* and *A. Maynard* (ed.), *The Public/Private Mix for Health*, London: The Nuffield Provincial Trust 1982: 471-511.

¹¹ Cf. *Enthoven A.*, *Theory and practice of managed competition in health care*, Amsterdam 1988: North-Holland.

Tarp savišalpos fondų ir privačių sveikatos draudimo kompanijų dėl rizikų atrankos pasidalijimo kylantys konfliktai neturi reikšmingo poveikio papildomiems fondams, nes socialinis pajamų grupių balansavimas iš principo turi būti sutvarkytas ir nacionalinėse privalomosiose sistemose.

4. EUROPOS PLĖTRA IR ES REGLAMENTAI

Europos Sąjungos plėtra į Vidurio ir Rytų Europą sukels narystės siekiančioms valstybėms didelių sunkumų reguliuojant laisvą prekių, paslaugų, darbo jėgos ir kapitalo judėjimą. Lietuva pateikė savo prašymą dėl narystės Europos Sąjungoje 1995 m. gruodžio 8 d. Nors Lietuva padarė didelę pažangą kurdama rinkos ekonomiką ir perkeldama bei įgyvendindama vadinamąjį *acquis communautaire*, Komisija reikalauja imtis tolimesnių žingsnių įgyvendinant narystės išipareigojimus. *Acquis communautaire* formalusis teisinis komponentas su sveikatos priežiūra susijusiuose santykiuose nurodo, kad sveikatos priežiūros organizavimas, finansavimas ir teikimas yra ribotai reglamentuojamas, nes sveikatos priežiūra yra Europos Sąjungos reglamentavimo sritis, kur pirmenybė teikiama subsidiarumo principui. Tačiau Europos Sąjungos Komisija savo 1997 m. liepos mėn. paskelbtoje nuomonėje apie dešimtį narystės ES siekiančių Vidurio ir Rytų Europos valstybių išsakė, kad visos VRE valstybės tik su vienuolika išimtimi - Slovėnija - turi patobulinti savo sveikatos priežiūros sistemas prieš stodamos į ES.

Nuo 1994 m. papildomojo sveikatos priežiūros draudimo srityje, trečioji Tarybos direktyva dėl negyvybės (92/49/EEC) ir trečioji Tarybos direktyva dėl gyvybės draudimo (92/96/EEC) sudaro Bendrosios rinkos pagrindą draudimo sektoriuje. Jos nuo 1994 m. liepos 1 d. įvedė bendrąją valstybių ES narių sistemą bendrijos draudimo įmonių įgaliojimams ir finansinei priežiūrai, kur įmonė turi savo pagrindinį biurą. Šis „gimtosios šalies kontrolės principas“ įgalina draudimo bendrovės rūpintis savo draudimine veikla bet kurioje Europos Bendrijos valstybėje arba atidarant savo agentūras ar skyrius

kitose valstybėse narėse, arba teikiant paslaugas tiesiogiai iš savo būstinės gimtinėje ar kitoje Europos Sąjungos valstybėje. Direktyvos taip pat reikalauja, kad valstybė narė nekontroliuotų įmokų dydžių ir išankstinių polisų sąlygų prieš nostrifikuojant ar patvirtinant. Direktyvomis taip pat siekiama sukurti bendrąją draudimo rinką ir leisti klientams pirkti draudimo produktus, kurie labiausiai patenkina jų poreikius.

Nepaisant Europos draudimo reglamentų, nacionalinėse valstybių narių papildomojo draudimo rinkose dominuoja nacionaliniai produktai. Tikimasi, kad viduriniuju laikotarpiu galimybė gauti užsienio draudimo paslaugų bus ribota.¹²

Be to, reikėtų pastebėti, jog Trečiosios EEB (EEC 92/49) direktyvos 54 straipsnis numato, kad pakaitinio privataus sveikatos draudimo atveju, kur bazinė papildomoji apsauga yra iš dalies pakeičiama, valstybei narei tenka ypatinga reguliavimo atsakomybė.

¹² See *Wähling S., Trumfheller M., Schulenburg M. Graf von der*, Der deutsche Versicherungsmarkt nach der Jahrtausendwende, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 1996, Heft, 155-169.

PAPILDOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMŲ SOCIALINĖS GEROVĖS ANALIZĖ

Wim Groot ir Hans Maarse

1. ĮVADAS

Savo klasikiniame straipsnyje Arrow (1963) teigia, kad dauguma tipiškų sveikatos priežiūros sistemų bruožų - tokie kaip veikiantis sveikatos draudimas ir sveikatos draudimo forma - gali būti paaiškinti kaip valstybiniai ar privatūs instituciniai pakaitalai, kai tobulos konkurencijos rinka nesuteikia individualios apsaugos nuo susirgimų rizikos. Kitais žodžiais tariant, rinkai nepavyksta pasiūlyti individualaus draudimo nuo susirgimo daugeliu ligų. Daugumoje Vakarų Europos valstybių rinkos nepakankamumas yra taisomas įvedant socialinio sveikatos draudimo sistemas. Tačiau daugumoje šių šalių socialinė sveikatos draudimo sistema nesuteikia visapusiško draudimo, t.y. draudimo kompanijos nekompensuoja visų medicininės priežiūros išlaidų. Paprastai medicininėms išlaidoms, kurių nepadengia socialinė sveikatos draudimo sistema, skirtas papildomasis sveikatos draudimas. Įvairios šalys turi skirtingus išlaidų, kurių nekompensuoja socialinio sveikatos draudimo sistema, tipus. Todėl papildomojo sveikatos draudimo (PSD) sistema gali įgauti įvairių formų. Bendrai paėmus, PSD sistemas galima suklasifikuoti į tris atskirus tipus: 1) sistemos, kur PSD kompensuoja tam tikrų medicininių paslaugų naudojimo išlaidas; 2) sistemos, kur PSD suteikia papildomąjį draudimą už dalines įmokas socialinei sveikatos draudimo sistemai ir 3) sistemos, kur PSD galima draustis nesidraudžiant socialiniu draudimu. Tačiau PSD sistemos turi bendrų bruožų, t.y. draudimas yra pasirenkamas, o ne privalomas, kaip socialinis sveikatos draudimas.

Yra įvairių priežasčių, kodėl socialinės sveikatos priežiūros sistemos nekompensuoja visų kaštų. Šios priežastys labai priklauso nuo PSD sistemos tipo. Uždavinių, kuriuos gali spręsti vieno tipo PSD sistema, negali spręsti kito tipo PSD sistema. Dėl to paprastai labai

glaudžiai siejasi PSD struktūra ir formos bei tikslai, kurių nori pasiekti politikos kūrėjai, suteikdami galimybę veikti PSD.

Šiame dokumente įvairių valstybių PSD sistemos yra klasifikuojamos pagal sistemos struktūrą. 3 dalyje aptarsime įvairius ir dažnai konkuruojančius PSD sistemos tikslus. 4 dalyje, pateiksime keturių PSD sistemos tipų socialinės gerovės analizes panaudodami lygybės, efektyvumo, pasirinkimo laisvės ir sąnaudų mažinimo kriterijus. 5 dalyje pateikiamos išvados.

2. PSD SISTEMŲ APIBŪDINIMAS

PSD sistemas apibūdinsime pateikę socialinės sveikatos draudimo sistemos klasifikaciją, kurią siūlo Zweifel & Breyer (1997). Kaip ir Zweifel & Breyer (1997), savo klasifikaciją grindžiame: 1) į planą įtrauktų sveikatos priežiūros paslaugų tipu, 2) kompensacijos apimtimis ir 3) sveikatos priežiūros teikėjo tipu.

Pirmas mūsų išskirtas PSD tipas atstovauja draudimui garantuojančiam galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių gavimo išlaidų nedengia socialinis sveikatos draudimas. Bendrai paėmus, jis gali įgauti dvi formas. Pirmoji yra sistema, kurios pagrindinių ar būtinųjų sveikatos priežiūros prekių ar paslaugų išlaidų nedengia socialinis sveikatos draudimas. Asmenys gali draustis PSD siekdami padengti šių pagrindinių paslaugų vartojimo kaštus. Vienas iš pavyzdžių - išlaidos stomatologijai, kurių nekompensuoja socialinis sveikatos draudimas nei Vokietijoje, nei Nyderlanduose. Antroji yra sistema, kur vadinamosios prabangos sveikatos priežiūros prekės nėra įtraukiamos į socialinį sveikatos draudimą. Šios prabangos prekės gali reikšti atskirą palatą ligoninėje užuot dalijusis palata su kitais, galimybę konsultuotis su profesoriumi ar skyriaus gydytoju universitetinėje ligoninėje, o ne būti apžiūrėtu vieno iš dirbančių gydytojų, galimybę konsultuotis su gydytoju, o ne laukti savo eilės per konsultacijų valandą.

Antras tipas išskiriamas pagal kompensavimo apimtį. Vėlgi galime išskirti dvi formas. Pirmoji turi apribojimų socialinėje sveikatos draudimo sistemoje, jie susiję su gautų paslaugų kiekybe, o PSD sis-

tema kompensuoja papildomai gautų paslaugų sąnaudas. Pavyzdžiui, socialinė sveikatos draudimo sistema kartais riboja apsilankymų pas fizinės terapijos specialistą ar psichiatrą skaičių. Arba, socialinė sveikatos draudimo sistema nedengia nestandartinių ar nereguliarių medicinos išlaidų. Antra forma yra viena iš tų, kurios riboja sveikatos priežiūros išlaidas socialinės draudimo sistemos srityje ir apsaugo nuo papildomų išlaidų. Išsamiau panagrinėjus matyti, kad tai forma, suteikianti galimybę pirkti PSD, kuris padengtų dalinius mokėjimus, kai socialinė draudimo sistema tokius mokėjimus numato. Galima ginčytis, jog pirmasis mūsų išskirtas PSD tipas (PSD apdraudžia nuo sveikatos priežiūros išlaidų, kurių nedengia socialinė sveikatos draudimo sistema) yra konkretus šios formos PSD atvejis, t.y. pirmas PSD tipas draudžia nuo sveikatos priežiūros sąnaudų, susijusių su 100 proc. daliniais mokėjimais, kuriuos numato socialinė sveikatos draudimo sistema. Tačiau manome, kad analizuojant svarbu atskirti šiuos du PSD tipus.

Trečias tipas išskiriamas pagal sveikatos priežiūros teikėjų rūšis. PSD gali ypač pasitarnauti, kai norima aplenkti visuomeninę sveikatos sistemą. Tai tipiškai Didžiosios Britanijos sveikatos draudimo sistemai būdingi bruožai, kai asmuo turi galimybę nusipirkti papildomąjį draudimą, suteikiantį galimybę naudotis privačios sveikatos priežiūros paslaugomis kartu mokant privalomąsias (mokesčiais pagrįstas) įmokas į socialinę sveikatos draudimo sistemą.

3. PSD SISTEMŲ UŽDAVINIAI

PSD sistemos taip pat skiriasi ir savo uždaviniais. Reikėtų išskirti keturis PSD uždavinius:

- PSD gali būti panaudojamas didinant sveikatos sektoriaus pajamas
- mažinant sąnaudas
- jis gali pasiūlyti didesnę pasirinkimo laisvę
- padidinti konkurenciją.

4. PSD SISTEMŲ SOCIALINĖS GEROVĖS EKONOMINĖ ANALIZĖ

Kriterijai

Siekdami įvertinti PSD sistemas naudojame priemones, kurias siūlo socialinės gerovės ekonomikos teorija. Socialinės gerovės ekonomika pateikia du vertinimo kriterijus: *efektyvumą ir teisingumą*. Paskirstymo efektyvumui rūpi, kaip paskirstomos pagamintos prekės. Pasiektas paskirstymo efektyvumas garantuoja, kad teikiama sveikatos priežiūra yra veiksminga (paskirstymo efektyvumas užtikrinamas) kai neįmanoma pakeisti išteklių paskirstymo (t.y. sveikatos priežiūros paskirstymo) taip, kad būtų galima pagerinti kieno nors padėtį nepabloginant kieno nors kito padėties.

Gamybos efektyvumas yra sąlyga pasiekti paskirstymo efektyvumą. Kai gamyba neveiksminga, galima keisti jos pobūdį: pagaminti tokį patį gaminių kiekį efektyviau (mažesnėmis sąnaudomis) ir pagerinti kieno nors padėtį nepabloginus kitų padėties. Gamybos efektyvumo sąlyga - gamintojas (firma arba šiuo atveju tiksliau, - sveikatos priežiūros teikėjas) turi pagaminti kokį nors numatomą produkcijos kiekį (t.y. teikti sveikatos priežiūrą) kaip galima mažesnėmis sąnaudomis, nuolatos palaikydamos gaminio ar paslaugos kokybę. Ši sąlyga leidžia teigti, kad teikiant sveikatos priežiūrą išvengiama neefektyvumo.

Užuot nagrinėję, ar teikiama sveikatos priežiūra atitinka gamybos efektyvumo kriterijus, paanalizuosime, ar sveikatos draudimo sistemos pokyčiai padės padidinti gamybos efektyvumą, t.y. ar sveikatos priežiūros teikimas PSD sistemos sąlygomis yra daug veiksmingesnis nei sveikatos priežiūra, kai tokios sistemos nėra. Kai pasiekiamas paskirstymo efektyvumas, ši padėtis vadinama Pareto optimumu. Kaip ir kalbėdami apie gamybos efektyvumą, aptarsime, kaip (įmanoma) pagerinti paskirstymo efektyvumą, t.y., pakeisti paskirstymą ir pagerinti vienų padėtį nepabloginus kitų padėties.

Yra dvi specifinės neefektyvumo formos, būdingos draudimo rinkoms: nepalanki atranka ir pagunda (*išmokos pagunda*). Abu reiškiniai sietini su nepakankama, arba asimetrine, informacija (ypač, trū-

kumu informacijos apie asmens sveikatą ir pavojus kylančius sveikatai). Abu reiškiniai skiriasi tuo, kad pirmasis būdingas abiem šalims (vartotojui ir draudikui) pasirašant draudimo sutartį, o antrasis būdingas, kai abi šalys jau pasirašė sutartį. Todėl nepalankią atranką dažnai vadina iki sutartinio oportunistinio forma, o pagunda - posutartiniu oportunistiniu elgesiu.

Vartotojai apie savo sveikatos būklę žino daugiau nei draudimo organizacijos. Vartotojai panaudos šią informaciją lygindami (savanoriškojo) PSD išlaidas ir naudą. Draudikai neturi šios informacijos. Jeigu jos trūksta, visi vartotojai supanašėja. Dėl to draudimo kompanijos turi taikyti vienodą kainą (įmoką) visiems vartotojams ir nėra pajėgios diferencijuoti kainų pagal draudimo prašytojo individualią riziką. Tik vartotojai, kurie tiki, jog nauda viršys sąnaudas (įmoką), pirks draudimo polisą. Dėl šios priežasties draudimo kompanijos patiria nuostolių. Siekdamas padengti tuos nuostolius, jos didina draudimo įmokas. Tai skatina kai kuriuos vartotojus, turinčius menką galimybę pareikšti dėl draudimo ieškinį, nutraukti savo draudimo poliso galiojimą, nes tikėtina nauda nebeviršija įmokos dydžio. Kitiems, didelį pavojų susirgti turintiems, vartotojams tikėtina nauda viršija sąnaudas, taigi, draudikas patirs nuostolių. Dėl šios priežasties kompanija priversta vėl didinti įmokas, vis daugiau vartotojų nutraukia sutartis, ir galiausiai visiškai išnyksta draudimo rinka.

Terminas „pagunda“ siejamas su apsidraudusių žmonių polinkiu keisti savo elgesį, kad atsirastų galimybė pareikšti pretenzijas draudimo kompanijai. Sveikatos draudimo srityje tai gali atsitikti arba dėl to, kad individai savo elgesį keičia siekdami pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis (pvz., todėl, kad jie gyvena nesveikesnį gyvenimą arba todėl, kad auga tikimybė pasinaudoti medicinine priežiūra), arba, kad jau priklausydami medicininei sistemai galėtų pasinaudoti didesniu kiekiu paslaugų nei kad pasinaudotų kitu atveju. Dėl pagundos lieka efektyvumo problema, nes papildoma nauda, kurią gali gauti apdraustasis dėl savo pasikeitusio elgesio, dažnai nebus verta sąnaudų. Tai atsitinka dėl to, kad priimdamas sprendimą vartotojas nepagalvoja apie visas sąnaudas, nes dalį sąnaudų padengs draudimo kompanija.

Paprastai ekonomistai yra pajėgūs kalbėti apie efektyvumą. Tačiau teisingumo teiginiai lieka už ekonomikos ribų. Kas teisinga yra - etikos ir moralinių principų sritis ir to, remdamiesi ekonomikos teorija, ekonomistai negali nuspręsti. Tačiau, manome, galima nustatyti kokius nors neapibrėžtus kriterijus, kai vertinamas įdiegiamų PSD sistemų aspektų teisingumas. Bendrai paėmus, teisingumo kriterijus galima skirti kaip *ex ante* ir *ex post* kriterijus. *Ex ante* teisingumo kriterijai yra teisingumas arba vienoda galimybė, o *ex post* kriterijai yra sprendimas dėl paskirstymo proceso rezultatų. Siūlome panaudoti abu, t.y. *ex ante* ir *ex post* kriterijus.

Ex ante kriterijus, - tai galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros sistema (paslaugų prieinamumas). Sveikatos draudimo sistemos struktūros pokyčiai gali daryti įtaką kai kurių asmenų grupių galimybėms gauti sveikatos priežiūrą. Pati sveikatos draudimo sistema gali tapti kliūtimi mažas pajamas turinčioms šeimoms ar etninėms mažumoms pasinaudoti sveikatos draudimu.

Jeigu pažvelgtume į rezultatus, galėtume išskirti du teisingumo kriterijus: *rizikos solidarumą* ir *pajamų solidarumą*. Rizikos solidarumas reiškia, kad asmens įmokėtos sveikatos draudimo įmokos nepriklauso nuo tikėtinų asmens sveikatos priežiūros išlaidų, draudimo įmokos nėra siejamos su asmeninėmis sveikatos rizikomis. Pajamų solidarumas reiškia, kad santykinė mažas pajamas turinčių šeimų įmoka sveikatos priežiūros išlaidoms padengti yra ne didesnė nei didelės pajamas turinčiųjų mokama santykinė įmoka. Sveikatos priežiūros išlaidos, mažas pajamas turintiems žmonėms yra santykinai didesnės nei didelės pajamas turintiems. Arba, tiksliau, mokant nustatyto dydžio sveikatos draudimo įmoką, santykinė įmoka (t.y. pajamų dalis, išleidžiama sveikatos priežiūrai) yra didesnė mažas pajamas turinčiai šeimai nei didelės pajamas turinčiai šeimai. Esant pajamų solidarumui, už sveikatos priežiūrą ir sveikatos draudimo teikiamą priežiūrą mokama (bent iš dalies) pagal pajamas individualiai nustatyta įmoka. Vertindami PSD, stengiamės numatyti, ar įdiegus PSD sistemas padidės, ar sumažės sveikatos priežiūros prieinamumas bei rizikos ir pajamų solidarumas sveikatos priežiūros sistemoje.

Norėdami tai įvertinti, naudojame ne tik socialinėje gerovės ekonomikoje taikomus kriterijus. Siūlome dar du kitus kriterijus. Pirmasis – *išlaidų mažinimas*. Kyla svarbus klausimas: ar PSD sistema padės sumažinti sąnaudas. Tai nereiškia, kad PSD sistema sumažins visas išlaidas. Ji greičiau padės išlaikyti visas sąnaudas mažesniu lygiu ir kartu palaikyti sveikatos priežiūros kokybę bei kainas. Antrasis papildomas kriterijus – *pasirinkimo laisvė*. Čia kyla svarbus klausimas: ar PSD suteiks vartotojams daugiau pasirinkimo laisvės sveikatos draudimo srityje ir naudojan-tis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Papildomos prielaidos

Prieš tęsdami vertinimą, turime panagrinėti keletą papildomų prielaidų. Šios prielaidos daugiausia siejasi su vadinamuoju etaloni-niu atveju, t.y. situacija, kuri tampa pavyzdžiu ir atskaitos tašku die-giant PSD sistemą. Kaip buvo rašyta 2 dalyje, įvairios PSD sistemos skiriasi viena nuo kitos. Tai reiškia, jog situacija prieš įdiegiant PSD sistemą taip pat skirsis. Pavyzdžiui, PSD sistema, suteikianti papil-domą draudimą nuo dalinių mokėjimų socialinės sveikatos draudimo sistemos sąlygomis nurodo, kad veikia socialinė sveikatos draudimo sis-tema, kuriai būdingi daliniai mokėjimai (*vartotojo mokama dalis*). Kitais atvejais nebūtinai yra taip. Būtina sistemos, kurioje PSD sudaro sąlygas aplenkti socialinio sveikatos draudimo sistemą, prielaida - puikiai išplė-tota privati sveikatos priežiūros sistema. Vėlgi tai nebūtinai turėtų būti būdinga bet kokioms kitoms PSD sistemoms. Etalonų išskyrimas yra reikšmingas klasifikuojant draudimo sistemas.

Etalonas sistemoje, kur PSD apima tam tikras paslaugas, kurių neaprepia socialinis sveikatos draudimas, yra apibrėžiamas kaip pa-dėtis, kur socialinio sveikatos draudimo sistema nedengia sveikatos priežiūros prabangos paslaugų, bet kompensuoja būtinąsias paslau-gas. Sistemos pokyčiai gali būti apibūdinami kaip pokytis, kur PSD apdrausti asmenys įgauną teisę naudoti prabangos paslaugas ir poky-tis, kur PSD teikdama būtinąsias sveikatos priežiūros paslaugas gali dalinai pakeisti socialinio sveikatos draudimo sistemą.

Atskaitos taškas PSD sistemai, kuri teikia papildomą sveikatos draudimą daliniams mokėjimams socialinės sveikatos priežiūros sistemos sąlygomis padengti, yra socialinio sveikatos draudimo sistema, numatanti dalinius mokėjimus be galimybės gauti papildomą sveikatos draudimą dalinių mokėjimų išlaidoms padengti.

Galiausiai atskaitos taškas PSD sistemai, suteikiančiai vartotojui galimybę aplenkti socialinę sveikatos draudimo sistemą, yra sistema, kurioje veikia tik valstybinė sveikatos priežiūra. Toliau daroma prielaida, kad įdiegus PSD visi asmenys ir toliau mokės įmokas socialinei sveikatos priežiūros sistemai (jei valstybinė sveikatos priežiūra bus finansuojama beveik vien tik iš mokesčių), galėdami pasirinkti arba naudotis socialiniu sveikatos draudimu (tai suteikia jiems galimybę priklausyti socialinei sveikatos priežiūros sistemai), arba PSD (kuris suteikia galimybę naudotis privačios sveikatos priežiūros paslaugomis).

Įvertinimas

PSD sistemos įvertinamos naudojant kokybės rodiklius. Kriterijų apibendrinimas pateikiamas 1 lentelėje. Mes aptarsime vertinimą atsižvelgdami į PSD sistemos rūšį.

Sistema, kur socialinio sveikatos draudimo sistema nedengia pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų, bet šias paslaugas dengia PSD, pagal teisingumo kriterijus vertinama neigiamai. Gerai žinoma, jog mažas pajamas turinčios šeimos bei asmenys, turintys žemesnį socialinį ir ekonominį statusą, bendrai paėmus daug daugiau naudojami sveikatos priežiūros pajėgumais. Šioms grupėms nustatyto dydžio PSD įmokos sudarys didesnę jų pajamų dalį nei didesnes pajamas turinčioms šeimoms. Vargšams bus dar sunkiau, jeigu PSD įmokos būtų diferencijuojamos pagal riziką. Slenkstis pirktis PSD nedideles pajamas turintiems žmonėms gali tapti per aukštas. Jie liks neapdrausti, ir tai apribos jų galimybę naudotis sveikatos priežiūros sistema. Kadangi PSD nustatyto dydžio įmokos arba įmokos atsižvelgiant į riziką sudaro didelę nedideles pajamas turinčių šeimų išlaidų dalį, tai mažina sveikatos priežiūros draudimo sistemos pajamų solidarumą. Galiausiai jeigu PSD įmokos yra siejamos su rizika,

sveikatos draudimo sistemos rizikos solidarumas įdiegus PSD sistemą taipogi nukentės.

1 lentelė. Papildomojo sveikatos draudimo (PSD) sistemų poveikio įvertinimas

	Kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos priklauso PSD sistemai		PSD papildomai draudimo aprėpti		PSD išvengiant socialinio sveikatos draudimo sistemos bei mokant mokesčius valstybei
	<i>pagrindinės paslaugos</i>	<i>prabangos paslaugos</i>	<i>paslaugų kiekis</i>	<i>išlaidos</i>	
teisingumas					
- prieinamumas	neig.	jokio	teig.	teig.	jokio
- rizikos solidarumas	neig. arba jokio	jokio	teig.	teig.	jokio
- pajamų solidarumas	neig.	jokio	jokio	jokio	jokio
efektyvumas					
- paskirstymo efektyvumas	neig.	neig.	teig.	teig.	teig.
- nepalanki atranka	neig.	neig.	neig.	neig.	neig.
- išmokų pagunda	teig. ar jokio	neig.	neig.	neig.	jokio
šnaudų mažinimas	teig.	neig.	neig.	neig.	neig. arba jokio
pasirinkimo laisvė	teig.	teig.	teig.	teig.	teig.

Pastaba: dėl nurodytų kategorijų aprašo žr. 4 dalį.

PSD sistema, kuri dengia pagrindines sveikatos priežiūros sąnaudas, gali teigiamai paveikti sveikatos priežiūros sistemos gamybos efektyvumą. Išskyrus kai kurių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą iš kitų, gali būti panaikintos kai kurios kryžminės sveikatos priežiūros sektoriaus subsidijos. Tai gali didinti sveikatos priežiūros draudimo kompanijų konkurenciją siekiant pritraukti vartotojus į PSD sistemą. Dėl šios padidėjusios konkurencijos draudimo kompanijos gali didinti spaudimą sveikatos priežiūros teikėjams - juos skatinti dirbti daug veiksmingiau mažinti kaštus ir pasiūlyti daugiau paslaugų. Galiausiai kai vartotojams tenka pajusti būtiniausių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kaštus, jie galbūt daug veiksmingiau pasinaudotų šiomis paslaugomis ir tai taip pat padidintų sistemos efektyvumą.

Nors manome, kad PSD padidins gamybos efektyvumą, tikime, jog jis nepagerins paskirstymo efektyvumo. Kaip jau buvo aptarta, mažas pajamas turinčios šeimos nukentės nuo šios PSD sistemos. Taigi net jei vartotojai, kurie mažai tesinaudoja pagrindinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis ir gali pasirinkti mažesnes įmokas, dėl kurių gali derėtis su PSD teikėjais, nedideles pajamas turinčių šeimų padėtis bus blogesnė PSD sistemos sąlygomis, nei priklausant socialinio sveikatos draudimo sistemai.

Visos savanoriškos PSD sistemos kiek nukentės nuo nepalankios atrankos, palyginti su privalomąja socialine sveikatos draudimo sistema. PSD drausis tik tie asmenys, kurie tikisi, kad tai, ką jie sumokės PSD sistemai įmokų forma, neviršys tikėtinos naudos, kurią gautų priklausydami PSD sistemai. Taigi visos PSD formos vertinamos neigiamai pagal nepalankios atrankos kriterijų.

PSD sistemos, apimančios pagrindines paslaugas, pranašumas palyginti su sistema, kurioje šios paslaugos yra socialinio sveikatos draudimo sistemos dalis, yra tikėtinai mažesnė vartotojo pagundos problema. Visų pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas socialinės sveikatos draudimo sistemos sąlygomis gali skatinti naudotis pernelyg dideliu medicinos paslaugų kiekiu. PSD, kuriam būdingi daliniai mokėjimai arba su rizika siejamos įmokos pagunda, vartoti pernelyg daug, sumažins. Sumažinus naudojimąsi medicinos paslaugomis, visi vartotojai gali turėti naudos, nes sumažėtų sveikatos draudimo įmokos. Esant tokiai padėčiai, PSD sumažintų bendras sveikatos priežiūros išlaidas. Tačiau jeigu nėra įmanoma diferencijuoti įmokų pagal rizikos kategoriją, PSD neturės poveikio mažinant pagundą.

Galiausiai PSD didina pasirinkimo laisvę. Vartotojai turi daugiau galimybių rinktis, ar pirkti draudimą nuo (pagrindinių) sveikatos priežiūros išlaidų, ir gali lengviau pasirinkti, kiek apsidrausti nuo šių išlaidų.

PSD sistema, dengianti medicinines prabangos paslaugas, neturės poveikio sveikatos priežiūros sektoriaus teisingumui. Įvedus šį PSD, sveikatos priežiūros prieinamumas asmenims, kurie neturi PSD, neukenčia, nes kiekvienas ir toliau moka įmokas už standartinį sveika-

tos priežiūros paslaugų krepšelį, kuri garantuoja socialinė sveikatos draudimo sistema. Sistemos rizikos ir pajamų solidarumui įtakos nedaroma.

Draudimas nuo medicininių prabangos paslaugų sąnaudų gali turėti neigiamos įtakos sistemos gamybos efektyvumui. Draudimo kompanijos apie sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę ir lygį turi mažiau informacijos nei vartotojai. Jei vartotojai apsidraudę, jiems daugiau nėra paskatų reikalauti mažesnių kainų. Taigi PSD gali padidinti prabangos paslaugų kainas, bet tai nereiškia, kad pagerėja paslaugų kokybė arba išauga jų lygis.

Siūlant PSD sveikatos priežiūros prabangos paslaugas kyla potencialus pagundos pavojus. Kai vartotojai yra apsidraudę PSD, jie suinteresuoti kaip galima daugiau juo pasinaudoti. Taigi rezultatas išmokų pagundos kriterijaus atžvilgiu yra neigiamas.

Jeigu prabangos paslaugų draudimas sukelia šių paslaugų kainų augimą nepagerinus teikiamų paslaugų kokybės, draudiminės įmokos bus didesnės nei ankstesnės vartotojo išlaidos. Taigi apsidraudę vartotojai gyvens vargingiau nei anksčiau. Šis sveikatos priežiūros kainų augimas trukdo mažinti sąnaudas.

Galiausiai, galimybė pirkti šių prabangos paslaugų draudimą didina vartotojo pasirinkimo laisvę.

PSD, dengiantis papildomą naudojamą mediciną paslaugomis, kurių išlaidos viršija socialinės sveikatos draudimo sistemos kompensuojamą sumą, turi teigiamo poveikio prieinamumui, arba rizikos solidarumui, ir neutralų poveikį pajamų solidarumui. Kadangi PSD didina asmens galimybes naudotis sveikatos paslaugomis, jis didina galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros sistema. Kai PSD apima įvairias medicinos paslaugas, visada lieka tam tikra rizikos solidarumo forma tarp vartotojų, turinčių nedidelę riziką, pasinaudoti specifine sveikatos priežiūros paslauga, ir vartotojų, kurių ši rizika maža. Jeigu PSD įmokos nepriklauso nuo pajamų, sistema neturi poveikio pajamų solidarumui.

Galimybė įsigyti PSD sveikatos priežiūros paslaugoms, kurioms anksčiau nebuvo draudimo, pagerina kai kurių asmenų padėtį. Taigi

ignoruodami galimybes, kad šios PSD sistemos gali sukurti nepalankios atrankos ar moralinio pavojaus problemų, PSD gali turėti teigiamo poveikio paskirstymo efektyvumui.

PSD papildomai draudimo apimčiai sukuria pagundos galimybę. Asmenys bus skatinami suvartoti daugiau, nei jie suvartotų, jeigu nebūtų apsidraudę. Panašu, kad dėl pagundos pavojaus visos sveikatos priežiūros išlaidos šios PSD sistemos sąlygomis padidėtų. Tai trukdo siekti sveikatos sistemos sąnaudų mažinimo.

Paskutinė PSD forma, kurią mes išskiriame, leidžia asmeniui apilenkti socialinę sveikatos draudimo sistemą ir pasinaudoti sveikatos priežiūros pajėgumais, kuriuos siūlo privati sistema. Priešingai nei kas galėtų manyti, ši sistema neturi poveikio sveikatos priežiūros sistemos prieinamumui, rizikos solidarumui ir pajamų stabilumui, nes žmonės, kurie apsidraudžia PSD, ir toliau moka įmokas socialinei sveikatos draudimo sistemai per mokesčius, o galimybė gauti sveikatos priežiūrą žmonėms, kurie lieka socialinėje sveikatos draudimo sistemoje, išlieka nepakitusi. Perskirstymas mokesčių sistemoje taip pat garantuoja, kad išlieka tam tikra rizikos dalis ir pajamų solidarumas. To nepakeičia kai kurių žmonių sprendimas įsigyti PSD.

Kai kuriems žmonėms galimybė apsidrausti nuo išlaidų už privačią sveikatos priežiūrą pagerina jų gerovę. Kiti nesidraudžia šiuo draudimu, jis pastariesiems nedaro poveikio, nes nedaromas poveikis jų sveikatos priežiūros įstaigoms. Taip sakant, kai kurių žmonių padėtis pagerėja nepadarydama žalos kitiems. Taigi PSD galima laikyti Pareto pagerinimu: PSD pagerina paskirstymo efektyvumą.

Socialinė sveikatos draudimo sistema - privalomoji draudimo sistema, o PSD pasirenkamas. Tai suteiks sistemai nepalankios atrankos bruožų. Todėl PSD turi neigiamo poveikio nepalankios atrankos kriterijui. Tačiau kai asmenys pasirenka draudimą, atsiranda paskata tiek socialinei sveikatos draudimo sistemai, tiek PSD sistemai neefektyviai panaudoti sveikatos priežiūros sistemą ir suvartoti daugiau nei optimalu. Abi sistemos kenčia nuo išmokų pagundos, ir tokia PSD sistema pagundai poveikio neturi.

Darant prielaidas, kad socialinio sveikatos draudimo sistemos išlaidos lieka tokios pačios įdiegus PSD, matyti, kad naujoji sistema skatins didinti bendrąsias sveikatos priežiūros išlaidas ir nepadės sumažinti kaštų.

5. IŠVADOS

Šiame straipsnyje pagal socialinės gerovės ekonomikos principus panagrinėjome įvairių rūšių papildomojo sveikatos draudimo sistemas.

Prieš atsakydami į klausimą, kas yra optimali sistema arba PSD, turime kiekvienas savęs paklausti, ar būtina iš viso turėti PSD sistemą.

Analizė parodo, kad yra įvairių PSD sistemos formų, kurioms vieningai teikiama pirmenybė, palyginti su kitomis PSD formomis. Kai kurios teigiamai vertinamos pagal teisingumo kriterijus, kitos - pagal efektyvumo ar sąnaudų mažinimo kriterijus. Tačiau visos sistemos suteikia vartotojams daugiau galimybių pasirinkti. Žvelgiant iš pasirinkimo laisvės perspektyvos, visas PSD formas galima vertinti teigiamai.

Literatūra:

Arrow, K. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53, p. 941-973

Zweifel, P. & F. Breyer (1997), *Health Economics*, Oxford University Press, New York

LIETUVOS PAPILDOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO MODELIAI

1998 m. kovo 19-20 d. Vilniuje vykusio seminaro įvadinis dokumentas

Jürgen Wasem

1. Įvadas

Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programoje 1997-2000 metams pateikiama fizinių asmenų pajamų mažinimo ir papildomo sveikatos draudimo mokesčio, kurį mokėtų atskiri asmenys, įvedimo idėja. Tačiau iki dabar dar nėra aiškaus supratimo ir konkrečių sprendimų susijusių su šia iniciatyva ir galimomis pasekmėmis. Todėl PHARE “Consensus” projektas ir siekia paremti Lietuvos Respublikos Vyriausybę bei Seimą priimant reikiamus sprendimus.

Šiame įvadiniam dokumente apžvelgiami nauji sveikatos priežiūros sistemos modeliai. Antroje dalyje bus aptariami trys kintamieji faktoriai, darantys didelę įtaką būsimam Lietuvos papildomojo draudimo sistemos modeliui. Vėliau pateikiami 7 perėjimo nuo dabartinės prie būsimosios sistemos modeliai, juos susiejant su trim minėtais kintamaisiais.

2. Kintamieji, į kuriuos reikėtų atkreipti dėmesį įgyvendinant papildomąjį sveikatos draudimą

Lietuvos papildomojo sveikatos draudimo modelių struktūra buvo vertinta atsižvelgiant į tris aspektus.

1. Papildomojo draudimo perspektyvos

a. Savanoriškasis ar privalomas papildomasis draudimas?

Iš esmės papildomasis sveikatos draudimas gali būti *savanoriškasis* arba *privalomasis*. Privalomas papildomasis sveikatos draudimas praktiškai gali reikšti du dalykus: pirma, jis gali reikšti, kad privalu

garantuoti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas; antra, kad turi būti garantuota tam tikra (išmoku) apimtis, tačiau žmonės gali laisvai pasirinkti kokių paslaugų teikimą jie nori užsitikrinti neviršydami tų išmoku. Norint įgyvendinti pirmą modelį, būtina, kad Vyriausybė (arba Seimas) tiksliai apibrėžtų, kurios sveikatos priežiūros paslaugos (neįtrauktos į privalomojo sveikatos draudimo paslaugų krepšelį) turi būti privalomo papildomojo sveikatos draudimo sutarčių objektu. Antras modelis suteikia apdraustajam daugiau laisvės, tačiau, palyginti su tomis sąlygomis, kai papildomasis sveikatos draudimas yra visiškai savanoriškas, tos laisvės lieka mažiau.

Taip pat įmanomas *savanoriškojo ir privalomojo sveikatos draudimo derinys*. Pavyzdžiui, kai visiems yra privalomas tam tikras papildomojo draudimo lygis, paliekama laisvė pasirinkti ir *daugiau* draudimo paslaugų.

b. Ar draudimo paslaugas teikia, privačios ar valstybinės institucijos?

Papildomojo sveikatos draudimo paslaugas gali teikti *privaloma valstybinė sistema* (valstybinė ar teritorinės ligonių kasos), nauja *pelno nesiekianti sistema* (pusiau valstybinė, pusiau privati), *privati draudimo rinka* arba sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, siūlantys integruotas finansavimo ir paslaugų teikimo sistemas. Tuo atveju, jei papildomasis sveikatos draudimas yra savanoriškas, galiojančios Europos Sąjungos taisyklės neleidžia uždrausti privačioms draudimo kompanijoms siūlyti savo papildomojo draudimo paslaugų. Taip pat reiktų pažymėti, kad Europos Sąjungos įstatymai leidžia tik labai ribotą privačios draudimo rinkos siūlomo savanoriško papildomojo sveikatos draudimo reguliavimą. Trečiosios ES direktyvos dėl kito nei gyvybės draudimo nuostatos yra taikomos savanoriškajam sveikatos draudimui, kurio sąlygomis yra ribojamas valstybės kišimasis į privataus draudimo rinkas.

c. Papildomasis draudimas arba medicinos kaupiamosios sąskaitos

Sveikatos priežiūros politikai kartkartėmis diskutuoja, ar nebūtų geriau vietoj sveikatos draudimo (tiksliau tariant, vietoj papildomojo sveikatos draudimo) įvesti *medicinos kaupiamąsias sąskaitas* kartu įgyvendinant ir mokesčių mažinimo programą.

Singapūre medicinos kaupiamosios sąskaitos egzistuoja jau daugiau nei 15 metų. Naujaisi Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos draudimo įstatymai taip pat sudaro teisinį pagrindą medicinos kaupiamosioms sąskaitoms atidaryti.

Svarbiausias skirtumas tarp sveikatos draudimo ir medicinos kaupiamųjų sąskaitų yra tas, kad šios sąskaitos nesuteikia galimybės iš pavienių asmenų įmokėtų lėšų sudaryti bendro naudojimo rizikos fondus. Šiuo atveju sveikų ir sergančių asmenų ištekliai nėra perkirstomi. Tačiau šios kaupiamosios sąskaitos suteikia galimybę paviniams asmenims sukaupti santaupų, kurias šie vėliau galės panaudoti tik sveikatos priežiūros paslaugoms pirkti. Taigi medicinos kaupiamosios sąskaitos neleidžia iššvaistyti visų pinigų kitiems dalykams ir padeda išvengti situacijos, kai susirgęs asmuo nebeturi pinigų savo sveikatos priežiūrai.

2. Mokesčių mažinimo sistema

Labai svarbią Lietuvos Vyriausybės strategijos dalį sudaro jos pasiūlymas sumažinti mokesčius, siejant tai su papildomojo sveikatos draudimo įmokomis. Šiuo klausimu egzistuoja dvi nuomonės:

- Mokesčiai gali būti sumažinti *visiems*¹³. Iš pirmo žvilgsnio ši galimybė atrodo gana logiška, ypač jei papildomasis sveikatos draudimas yra privalomas. Tačiau net ir savanoriško papildomojo sveikatos draudimo atveju mokesčiai gali būti sumažinti visiems. Tiesą sakant, pastaruoju atveju reikėtų kalbėti ne apie konkretų mokesčių

¹³ Bent jau kiekvienam mokesčius mokančiam darbuotojui. Dėl mokesčių nemokančių arba nedirbančių asmenų vis tiek turės būti priimtas sprendimas.

sumažinimą, siejamą su papildomuoju sveikatos draudimu, bet apie bendro pobūdžio mokesčių mažinimą, kuris padidintų gyventojų disponuojamų pajamų dalį.

- Mokesčiai gali būti sumažinti tik tiems, kurie perka papildomojo sveikatos draudimo paslaugas, ir tik tiek, už kiek jie perka papildomųjų paslaugų. Ši galimybė atrodo logiška, jei papildomasis draudimas yra savanoriškas. Tie, kurie nepirks papildomojo sveikatos draudimo paslaugų, privalės mokėti tokio pat dydžio mokesčius, kaip ir iki tol. Jei perkant papildomojo sveikatos draudimo paslaugas mokesčiai sumažės tik tiek, kiek jos kainuoja, tai papildomasis sveikatos draudimas asmeniui bus “nemokamas”, kadangi jis bus finansuojamas iš sumažintų mokesčių, o tai paskatins pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugas.
- Mokesčių sumažinimas gali būti ir dalinis, pavyzdžiui, mokesčiai gali būti sumažinti tiek, kad sudarytų 50% draudimo išmokos, o likusius 50 % sumoka pats asmuo. Šiuo atveju papildomojo sveikatos draudimo paslaugos jau nebus “nemokamos”, nes už jas bus reikalaujama atiduoti tam tikrą dalį pajamų, kuriomis disponuoja apdraustasis. Šiuo atveju gali būti nustatomos ir mokesčių mažinimo ribos.

Šie su mokesčių mažinimu susiję aspektai didelę įtaką darys draudimo modelio padariniams, t.y. papildomųjų draudimo paslaugų paklausai ir pasiskirstymui.

3. Išmokų (teikiamo paslaugų krepšelio) mažinimas esant privalomajai valstybinei sistemai yra sąlygojamas sumažėjusio mokesčių surinkimo

Kitoms sąlygoms nesikeičiant, mokesčių sumažinimas sąlygos sumažėjusias įplaukas į bendrą valstybės biudžetą iš surenkamų mokesčių. Todėl reikia nuspręsti, kaip šis sumažėjimas turi būti kompensuojamas. Galimi tryš būdai:

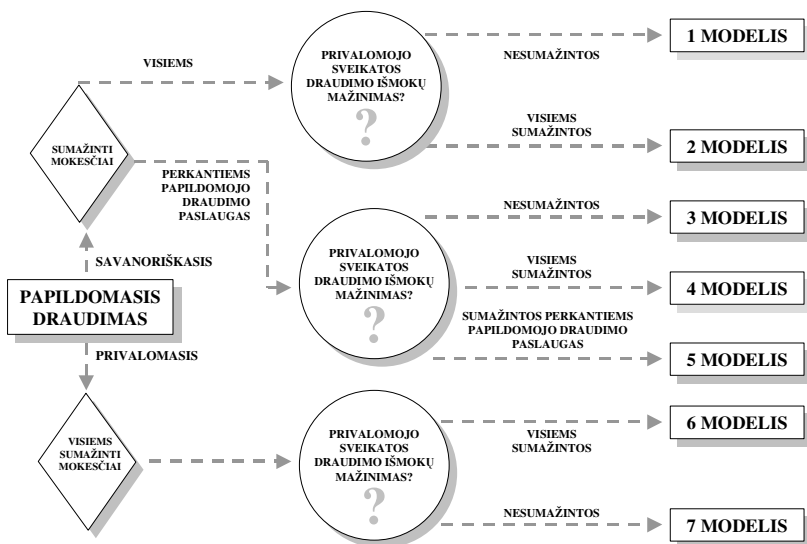
- Sveikatos draudimo išmokos nemažinamos, nes sumažėjusių surenkamų mokesčių dalis yra finansuojama iš šaltinių, nepriklausančių sveikatos priežiūros sistemai. Tai reiškia, kad kitos valstybinės programos (pavyzdžiui, švietimo, visuomeninio transporto, gynybos) turės būti apkarpytos, kad būtų galima padengti dėl sumažėjusių mokesčių patiriamus nuostolius. Šiuo klausimu bus ne lengva susitarti su kitomis ministerijomis.
- Mažinamos Vyriausybės ir socialinio sveikatos draudimo (ligonių kasų) finansuojamos išlaidos siekiant kompensuoti įplaukų sumažėjimą atsiradusį dėl mokesčių mažinimo. Tačiau galimas ir kompromisas: dalis sumažintos mokesčių sumos bus kompensuojama apkarplant sveikatos priežiūros biudžetą, o kita dalis - apkarplant kitas valstybės biudžeto dalis. Abiem atvejais Seimui (arba Vyriausybei) teks nuspręsti, kurias privalomojo sveikatos draudimo išmokas reikės mažinti. Tačiau šis sprendimas turi būti suderintas su sprendimu dėl papildomojo sveikatos draudimo tipo, atitinkančio mokesčių mažinimo atveju keliamus reikalavimus.
- Jei papildomasis sveikatos draudimas yra savanoriškas, įmanoma ir trečia galimybė, t.y. privalomojo sveikatos draudimo (ligonių kasų) išmokos yra mažinamos tik tiems asmenims, kurie pasirinko savanoriškąjį draudimą. Tai reiškia, kad šie žmonės praranda tam tikrą dalį privalomojo sveikatos draudimo išmokų, o vietoj to įsigyja iš mokesčių mažinimo finansuojamų papildomojo sveikatos draudimo išmokų dalį.

3. Septyni papildomojo sveikatos draudimo įgyvendinimo modeliai

Nustačius šiuos tris kintamuosius ir jų alternatyvas, galima apibūdinti ir septynis perėjimo nuo privalomosios valstybinės prie papildomosios privačios draudimo sistemos modelius.

Prieš pateikiant šių modelių aprašymus, paanalizuokime šių modelių schemą.

1. schema. Papildomojo sveikatos draudimo įgyvendinimo modeliai



1 modelis

Modelio apibūdinimas:

Papildomasis draudimas	<i>savanoriškasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas visiems</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>netaikomas</i>

Modelio analizė:

Įgyvendinus šį modelį, sveikatos priežiūros paslaugoms bus galima skirti daugiau pinigų, nes sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokesčių bus kompensuojamos iš kitų valstybinių programų, o ne apkarpančios sveikatos priežiūrai skirtą biudžetą. Todėl privalomojo sveikatos draudimo paslaugų krepšelis gali išlikti nepakitęs, o visi papildomajam sveikatos draudimui skiriami išteklių tik padidins BVP dalį, skiriamą sveikatos priežiūrai.

Mokesčiai bus sumažinti visiems mokesčių mokėtojams, suteikiant jiems laisvę patiems spręsti, kaip išleisti dėl mokesčių sumažinimo gautas papildomas pajamas. Taigi modelis labiau primena visuotinio mokesčių mažinimo modelį nei sveikatos draudimo sąlygoto mokesčių mažinimo modelį, nes tik dalis mokesčių mokėtojų savo disponuojamų pajamų priaugę panaudos papildomojo sveikatos draudimo paslaugoms pirkti.

Pastebima tendencija, kad daugiau pajamų gaunantys asmenys yra labiau linkę pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugas nei asmenys, kurių pajamos nėra didelės. Taigi nors papildomasis sveikatos draudimas ir padės pagerinti gyventojų sveikatos būklę, bet jį įgyvendinus sveikatos priežiūros srityje šiek tiek padaugės nelygybės apraiškų. Asmenys, kurių sveikatos būklė yra prasta, gali būti linkę pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugas. Tuo tarpu draudėjai stengsis jiems įpiršti papildomojo sveikatos draudimo sutartis apdraustajam nepalankiomis sąlygomis, pavyzdžiui, primesti dėl galimos rizikos taikomas papildomas įmokas. Esant šiam modeliui, savanoriškasis sveikatos draudimas tikrai neapims asmenų, kurių sveikatos būklė yra prasta.

2 modelis**Modelio apibūdinimas:**

Papildomasis draudimas	<i>savanoriškasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas visiems</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>taikomas visiems</i>

Modelio analizė:

Pagrindinis skirtumas tarp 1-o ir 2-o modelių yra tas, kad sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokesčių bus kompensuojamos mažinant privalomojo sveikatos draudimo paslaugų krepšelį. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūrai bus išleidžiama mažiau, nes gyventojai tik nedidelę savo disponuojamų pajamų prieaugio dalį panaudos papildomojo sveikatos draudimo paslaugoms pirkti. Nėra jokių garantijų, kad įvedus papildomąjį sveikatos draudimą nepabrangs ir teikiamos paslaugos ar nepadidės administracinės išlaidos (bent jau pačioje pradžioje). Tai reiškia, kad paslaugų apimtis sumažės labiau nei išlaidos. Tačiau jei per ilgesnį laikotarpį papildomojo draudimo paslaugas siūlantys draudėjai elgsis kaip protingi sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjai, sveikatos priežiūros sektorius gali tapti ekonomiškesnis ir veiksmingesnis.

Nepasiturintieji ir asmenys, kurių sveikatos būklė prasta, praras dalį turėtų draudimo garantijų, o tai gali sąlygoti jų sveikatos būklės pablogėjimą. Kadangi sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokesčių bus kompensuojamos mažinant privalomojo sveikatos draudimo paslaugų krepšelį, Seimas ar Vyriausybė turės nuspręsti, kurių dabartiniame krepšelyje esančių paslaugų reikėtų atsisakyti. Tačiau šios paslaugos mažinamos privalėtų būti taip, kad turėtų kuo mažiau neigiamos įtakos nepasiturinčiųjų ir asmenų, kurių sveikatos būklė prasta, sveikatai.

Igyvendinus šį modelį, visuomenėje apskirtai padaugės nelygybės apraiškų, kadangi mokesčių sumažinimas neturtingiesiems bus neišvengiamai kompensuojamas mažinant privalomosios valstybinės sistemos teikiamų paslaugų krepšelį, o pasiturintiems mokesčių sumažinimas su kaupu kompensuos prarastas sveikatos priežiūros paslaugas.

3 modelis

Modelio apibūdinimas:

Papildomasis draudimas	<i>savanoriškasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas tik perkantiems papildomojo sveikatos draudimo paslaugas</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>netaikomas</i>

Modelio analizė:

Igyvendinus šį modelį (kaip ir 4-ą bei 5-ą modelius), mokesčiai bus sumažinti tik perkantiems papildomojo sveikatos draudimo paslaugas. Todėl ir negalime sakyti, kad vyksta visuotinis mokesčių mažinimas šiame procese papildomai gautas pajamas (visiškai ar dalinai) panaudojant papildomojo sveikatos draudimo paslaugoms pirkti.

Jei sveikatos priežiūros politika bus tokia, kad sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokesčių bus kompensuojamos ne iš sveikatos priežiūros, bet iš kitų sektorių, tada šis modelis padės gerokai padidinti sveikatos priežiūros sektoriui skiriamus išteklius, nes privalomojo sveikatos draudimo sistemoje liks tie patys ištekliai (ir bus įmanoma garantuoti tą patį paslaugų krepšelį, kaip ir anksčiau), o visi mokesčių mokėtojai bus skatinami pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugas, nes šios išlaidos bus subsidijuojamos mažinant mokesčius. Per ilgesnį laikotarpį šis modelis turėtų teigiamos įtakos

sveikatos priežiūros sektoriui, be to, galima tikėtis ir visuomenės sveikatos būklės pagerėjimo.

Reikėtų pabrėžti, kad (priklausomai nuo to, kaip bus mažinami mokesčiai) papildomojo sveikatos draudimo paslaugų krepšelis gali kisti proporcingai apdraustųjų pajamų dydžiui. Daugiau pajamų gaunantys asmenys galės džiaugtis labiau sumažėjusiais mokesčiais ir įsigyti didesnę draudimo paslaugų krepšelių, o mažiau mokesčių mokančių asmenų mokesčiai bus ir sumažinti mažiau. Kuo labiau skirsis mažinamų mokesčių dydis, tuo labiau skirsis ir garantuojamų papildomojo sveikatos draudimo paslaugų apimtis. Per ilgesnį laikotarpį šie skirtumai turės įtakos gyventojų nelygybės apraiškoms sveikatos priežiūros srityje.

Kadangi įgyvendinus šį modelį mokesčiai bus mažinami tik tiems, kurie pirsks papildomojo sveikatos draudimo paslaugas, Seimas ir Vyriausybė turės nuspręsti, kurių draudimo sutarčių pagrindu bus galima mažinti mokesčius. Minėtos institucijos galės panaudoti šį mechanizmą minimaliai tam tikrų paslaugų, kurios, sveikatos priežiūros politikų nuomone yra būtinos, kokybei garantuoti.

4 modelis

Modelio apibūdinimas:

Papildomasis draudimas	<i>savanoriškasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas tik perkantiems papildomojo sveikatos draudimo paslaugas</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>taikomas visiems</i>

Modelio analizė:

Esant šiam modeliui, bus mažinamos privalomojo sveikatos draudimo išmokos, nes sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokes-

čių bus kompensuojamos mažinant šių pašalpų krepšelį. Jei mokesčiai bus sumažinti lygiai tiek, kiek mokesčių mokėtojai išleis papildomojo sveikatos draudimo paslaugoms pirkti, tai išlaidos sveikatos priežiūrai turėtų nekisti visą tą laiką, kol bus mažinami mokesčiai. Išlaidos sveikatos priežiūrai gali net padidėti, jei bus taikomas dalinis mokesčių mažinimas, kai kiekvienam litui sumažintų mokesčių priskiriama daugiau kaip litas papildomųjų sveikatos draudimo įmokų. Ar išlaidos sveikatos priežiūrai išliks nepakitusios, ar padidės, vis tiek nėra aišku, ar teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų padaugės, ar liks tiek pat. Jei papildomasis sveikatos draudimas pareikalaus daugiau administracinių išlaidų arba jei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams už paslaugas bus mokama daugiau, tai bus teikiama mažiau paslaugų.

Atsižvelgiant į įvairius mokesčių mažinimo aspektus, šis modelis gali turėti neigiamos įtakos gyventojų lygybei. Kadangi bazinių paslaugų krepšelis bus mažinamas vienodai visiems, šis mažinimas gali būti žalingas nepasiturintiems ir asmenims, kurių sveikatos būklė yra prasta. Labiau pasiturintys asmenys galės kompensuoti prarastą bazinių paslaugų krepšelio dalį įsigydami papildomojo draudimo paslaugų. Kuo daugiau šių paslaugų jie pirks, tuo labiau mažės jų mokesčiai. Mažesnes pajamas gaunančių asmenų mokesčiai bus ir mažinami ne tiek daug, o papildomai iš mokesčių mažinimo gautų pajamų nepakaks prarastai bazinių paslaugų krepšelio daliai kompensuoti. Chroniškiems ligoniams gali būti sunkiau įsigyti papildomųjų draudimo paslaugų, kurios kompensuotų prarastą bazinių paslaugų krepšelio dalį, nes draudimo kompanijos jiems tikrai nepasiūlys draudimo sutartį pasirašyti įprastomis sąlygomis.

Kadangi yra galimas stiprus šio modelio poveikis paslaugų pasiskirstymui, labai svarbu, kad Seimas arba Vyriausybė kuo aiškiau apibrėžtų, kurių privalomojo sveikatos draudimo bazinio paslaugų krepšelio paslaugų reikėtų atsisakyti, kad būtų galima kompensuoti sumažėjusias įplaukas iš surenkamų mokesčių.

Kaip ir 3-e modelyje, mokesčiai bus mažinami tik tiems, kurie pirks papildomojo sveikatos draudimo paslaugas. Todėl Seimas ir

Vyriausybė turės nuspręsti, kurios draudimo sutartys sudarys mokesčių mažinimo pagrindą, garantuojanti ir papildomojo sveikatos draudimo standartus.

5 modelis

Modelio apibūdinimas:

Papildomasis draudimas	<i>savanoriškasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas tik perkantiems papildomojo sveikatos draudimo paslaugas</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>taikomas tik perkantiems papildomojo sveikatos draudimo paslaugas</i>

Modelio analizė:

Įgyvendinus šį modelį, artimiausiu laiku privalomo sveikatos draudimo bazinių paslaugų krepšelis liks nepakitęs. Tiems, kurie neperka papildomojo sveikatos draudimo paslaugų, garantuojamas tas pats bazinių paslaugų krepšelis ir nemažinami mokesčiai. Tiems, kurie nusprendžia pirkti papildomojo sveikatos draudimo paslaugų, sumažinami mokesčiai ir valstybinės sistemos teikiamų garantijų apimtis.

Šis modelis suteikia asmenims galimybę dalinai atsisakyti privalomojo sveikatos draudimo sistemos. Jis gali sudominti tuos, kurie būtų labiau linkę naudotis privačiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, finansuojamomis per privačius papildomąjį sveikatos draudimą siūlančius draudėjus. Priklausomai nuo mokesčių mažinimo pobūdžio, ši sistema gali pasirodyti patraukli dideles pajamas ir atitinkamai dideles mokesčių nuolaidas gaunantiems asmenims, jei to, ką jie praranda, vertė yra mažesnė nei to, ką jie įgyja sumažinus mokesčius. Ypač dideles pajamas gaunantys asmenys turės galimybę nusipirkti daugiau papildomojo sveikatos draudimo paslaugų už su-

mą, kuria buvo sumažinti jų mokesčiai, nei ta valstybinės sistemos teikiamų paslaugų dalis, kurią jie prarado. Asmenys, gaunantys mažas pajamas ir mažesnes mokesčių nuolaidas, nėra įsitikinę, kad jiems bus naudinga atsisakyti privalomojo sveikatos draudimo, nes tokiu atveju jie gali prarasti didesnę valstybinės sistemos teikiamų paslaugų dalį, nei kad įstengs nusipirkti iš sumažintų mokesčių. Asmenys, kurių sveikatos būklė prasta, tikriausiai pasirinks valstybinę sistemą, nes jiems gali būti sunku gauti pakankamai papildomųjų sveikatos draudimo paslaugų, kad galėtų kompensuoti prarastas privalomojo sveikatos draudimo sistemos teikiamas paslaugas.

Abi visuomenės grupės, galinčios dalinai atsisakyti valstybinės sistemos, t.y. didelės pajamas gaunantys ir gera sveikata pasigirti galintys asmenys, tikriausiai jau įmokėjo didesnę finansinę indėlį į valstybinę sistemą, nei kad gavo iš jos sveikatos priežiūros paslaugų pavidalu. Kitaip tariant, jie įmokėjo pagrindinį indėlį į privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Jei jų indėlis sumažės, tai finansinė privalomojo sveikatos draudimo būklė pablogės. Dėl šio pablogėjimo paslaugų krepšelis sumažės ir tiems, kurie pasirinko ankstesnę sistemą.

Kaip ir 3-e bei 4-e modeliuose, mokesčiai bus mažinami tik tiems, kurie pirsks papildomo sveikatos draudimo paslaugas. Todėl yra būtina, kad Seimas arba Vyriausybė aiškiai apibrėžtų, kurios draudimo sutartys sudarys mokesčių mažinimo pagrindą, garantuojantį ir papildomojo sveikatos draudimo standartus.

6 modelis

Modelio apibūdinimas:

Papildomasis draudimas	<i>privalomasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas visiems</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>taikomas visiems</i>

Modelio analizė:

Du likę (6-as ir 7-as) modeliai, kuriuos norėtumėme aptarti, skiriasi nuo pirmų penkių tuo, kad šiais dviem atvejais papildomasis sveikatos draudimas yra privalomas. Tai yra mokesčių mažinimas yra taikomas visiems. Visi moka mažesnius mokesčius ir perka papildomojo sveikatos draudimo paslaugas. Šiuo atveju gali būti suteikiama ir daugiau laisvės sprendžiant, kaip papildomojo sveikatos draudimo sistemoje panaudoti pinigus, sutaupytus dėl mokesčių mažinimo.

Jei sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokesčių bus kompensuojamos mažinant privalomojo sveikatos draudimo bazinių paslaugų krepšelį, sveikatos priežiūrai bus išleidžiama tiek pat pinigų, kaip ir iki šiol, o tai, bent jau artimiausiu laiku, gali reikšti, kad jei papildomojo sveikatos draudimo sistemos administravimo išlaidos bus didesnės nei privalomojo, o sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams už suteiktas paslaugas papildomojo sveikatos draudimo sąlygomis bus mokama daugiau, tai teikiamų paslaugų apimtis mažės. Tačiau jei papildomąjį sveikatos draudimą siūlantys draudėjai sveikatos priežiūros paslaugas pirsks protingai, tai per ilgesnį laikotarpį sistemos efektyvumas didės.

Jei papildomasis draudimas yra privalomas visiems, draudimo įstaigos turi būti įpareigtos apdrausti gyventojus. Panašu, kad tokiu atveju nepakaks vien privačių draudėjų veiklos. Norint garantuoti, kad visi būtų apdrausti papildomuoju sveikatos draudimu, kaip kad to reikalauja įstatymas, gali prireikti įsteigti kelias pusiau valstybines draudimo institucijas, kurios taip pat dalyvautų papildomai draudžiant gyventojų sveikatą.

Kadangi šiuo atveju papildomasis sveikatos draudimas yra privalomas, tai, vadovaujantis ES direktyvomis yra daugiau galimybių garantuoti gyventojų lygybę. Nelyybės laipsnis šiuo atveju priklauso nuo tokio reguliavimo. Mažas pajamas gaunančių ir chroniškai sergančių asmenų galimybės išlaikyti tą pačią gaunamų pašalpų apimtį labai priklauso nuo šiam modeliui taikomo reguliavimo ypatybių. Negalima paneigti, kad nepasiturintys ir chroniškai sergantys asmenys praras daugiau bazinės privalomojo sveikatos draudimo sistemos

garantuojamų teisių, nei galės įsigyti privalomo papildomojo sveikatos draudimo sistemos sąlygomis.

Atsižvelgiant į konkrečius mokesčių mažinimo aspektus, didesnes pajamas gaunantiems asmenims bus taikomos didesnės mokesčių nuolaidos nei mažas pajamas gaunantiems asmenims. Jei esant privalomajam papildomajam sveikatos draudimui draudimo įmokos tiesiogiai priklausys nuo pajamų dydžio, tai pirmieji privalės daugiau pinigų išleisti papildomajam sveikatos draudimui. Jei papildomojo sveikatos draudimo įmokų dydis nepriklausys nuo pajamų dydžio, tai gaunančiųjų didesnes pajamas disponuojama pinigų suma arba dar labiau padidės (jei tik jie nebus priversti visą dėl sumažintų mokesčių atsiradusį pajamų prieaugį išleisti papildomojo sveikatos draudimo paslaugoms įsigyti), arba jie galės įsigyti daugiau papildomųjų sveikatos draudimo paslaugų nei asmenys, gaunantys mažesnes pajamas. Abiem atvejais, nelygybės apraiškų padaugės.

7 modelis

Modelio apibūdinimas:

Papildomasis draudimas	<i>privalomasis</i>
Mokesčių mažinimas	<i>taikomas visiems</i>
Privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimas	<i>netaikomas</i>

Modelio analizė:

7-as modelis nuo 6-o modelio skiriasi tik tuo, kad jį įgyvendinus sveikatos draudimo išmokų apimtis nesumažėja, nes sumažėjusios įplaukos iš surenkamų mokesčių yra kompensuojamos iš šaltinių, nepriklausančių sveikatos priežiūros sistemai (pavyzdžiui, švietimo sistemos). Tokiu atveju sveikatos priežiūrai skirtų išteklių padaugės, o šio modelio įtaka paslaugų pasiskirstymui nebus tokia didelė kaip 6-o modelio atveju. Visos kitos poveikio sritys ir būdai išlieka tokie patys kaip 6-e modelyje.

REKOMENDACIJOS PAPILDOMOJO (SAVANORIŠKOJO) SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTRAI LIETUVOJE

*Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas,
Algis Dobravolskas, Markus Schneider
Vilnius, 1998*

Vykdydama socialinės politikos reformas, Lietuvos Vyriausybė įvedė privalomąjį sveikatos draudimą, kuris laipsniškai įsigaliojo 1997-tais metais. Privalomasis sveikatos draudimas remiasi solidarumo principu ir suteikia vienodas galimybes gauti standartinio lygio medicininį gydymą visiems šalies gyventojams. Privalomasis sveikatos draudimas finansuojamas iš įvairių šaltinių, tokių kaip socialinio draudimo sistema (daugiausia darbdavių įmokos, kurias administruoja Sodra), nustatytas asmens pajamų mokestis, kurį administruoja mokesčių inspekcija, sveikatos draudimo įmokos, kurios už socialiai pažeidžiamus asmenis mokamos tiesiogiai iš valstybės biudžeto, taip pat investicijų, gaunamų per Sveikatos apsaugos ministeriją ar savivaldybes.

Siekdama toliau plėtoti sistemą, Vyriausybė numato - padidinti sveikatos draudimo sistemos skaidrumą per individualių įmokų mokėjimą. Tai gali vykti paraleliai su mokesčių mažinimu.

Privalomojo sveikatos draudimo (PrSD) plėtra

PrSD teisiškai grindžiamas Sveikatos draudimo įstatymu (1996 m. gegužė, pataisos priimtos 1996 m. gruodį, 1997 m. liepą, bei 1998 gruodį). Įstatymas ir poįstatyminiai aktai garantuoja bazinės sveikatos priežiūros paslaugas visiems nuolatiniams gyventojams solidarumo pagrindu ir sukuria tvirtą pamatą plėtoti sveikatos priežiūros finansavimą. Tačiau įstatymų leidėjams nepavyko išspręsti kai kurių svarbiausių PrSD plėtros problemų:

kaip turėtų elgtis sveikatos priežiūros pirkėjai ir teikėjai, jeigu tam tikrus medicinos paslaugų tipus pacientai bei medicinos visuomenė laiko pagrindiniais, tačiau šių paslaugų suteikti visiems pacientams, kuriems jos būtinos, neišgalima dėl finansinių priežasčių. Oficialių normavimo metodų (pavyzdžiui, laukimo sąrašų, dalinių mokėjimų) įstatymų leidėjai dar nenustatė. Trumpi nekompensuojamųjų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai liudija pernelyg dosnius pažadus.

kokia valstybės pozicija dėl „viešbučio“ kainos ligoinėse kompensavimo apskritai, ypač dėl sąnaudų, susijusių su patogumo sąlygomis, kompensavimo (pavyzdžiui, vienvietė palata), nėra aišku. Už kokias paslaugas ir kokiomis aplinkybėmis teikėjas turėtų imti iš paciento mokesťį?

kokia yra privačių sveikatos priežiūros teikėjų valstybinio finansavimo ilgalaikė strategija? Sveikatos draudimo įstatymas parodo ketinimą kompensuoti už privačiai atliekamas paslaugas privalomojo sveikatos draudimo (PrSD) sistemoje, tačiau yra akivaizdžių privačių gydytojų diskriminavimo faktų (pavyzdžiui, nuo PVM atleidžiamos tik paslaugos, teikiamos valstybinėse institucijose).

Administracinis Valstybinės ligonių kasos (VLK) ir teritorinių ligonių kasų (TLK) pajėgumas gana sparčiai plėtojamas nuo 1997 m. rugpjūčio. Visos ligonių kasos aprūpintos kompiuterine technika, bet nacionalinis informacinis tinklas vis dar kuriamas. Įstatymo reglamentuojamo draudimo darbuotojų skaičius siekia iki 300 (per 1997 m. jis padidėjo daugiau nei 200). Privalomojo sveikatos draudimo sistemoje dirba mažiau nei 1 asmuo 10000 gyventojų. Šis skaičius apie 20 kartų mažesnis nei Vokietijoje ir daugiau nei penkis kart mažesnis nei Čekijoje. Dauguma dirbančio ligonių kasose vidurinio lygio ir vadovaujančio personalo yra baigę aukštuosius mokslus, tačiau jų vadybinės žinios bei sveikatos draudimo ekspertinės žinios yra palyginti nedidelės. Prireiks mažiausiai 1-2 metų, kol darbuotojų profesinė kvalifikacija bus tinkama.

Sutartys tarp sveikatos priežiūros institucijų ir TLK šiuo metu grindžiamos labai paprastu modeliu (grynas mokėjimas už asmenį pirminėje sveikatos priežiūroje, mokėjimas už atvejį antrinėje ambu-

latorinėje priežiūroje ir stacionarinėje priežiūroje). Toks modelis liudija administracinių TLK pajėgumų ribotumą bei netiesiogiai rodo, jog privalomojo draudimo sistemoje trūksta įgūdžių priimti papildomos atsakomybės (pavyzdžiui, papildomojo sveikatos draudimo).

Papildomojo sveikatos draudimo (PSD) plėtra

Sveikatos draudimo ir draudimo įstatymai padėjo teisinius pagrindus papildomojo sveikatos draudimo veiklai. Sveikatos draudimo įstatymas įteisina papildomąjį sveikatos draudimą, o Draudimo įstatymas aprašo, kaip veikia privataus draudimo rinka, įskaitant ir mokesčių paskatas. Pačios svarbiausios mokesčių paskatos išdėstytos 58 straipsnyje (Draudimo įstatyme). 1998 metais iki 1600 litų PDĮ vienam asmeniui buvo neapmokestinamos fizinių asmenų pajamų mokesčiu ar pelno mokesčiu.

58 straipsnis. Draudimo įmokų (premijų) apmokestinimas

1. Fizinio asmens sumokėtos gyvybės draudimo, draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimo ligos atvejui draudimo įmokos (premijos) atitinkamu dydžiu mažina fizinio asmens apmokestinamąsias pajamas, kurios susijusios su darbo santykiais, jeigu metinės draudimo įmokos (premijos) neviršija Vyriausybės nustatytos keturgubos vienos minimalios mėnesinės algos dydžio sumos, galiojusios atskaitinio ketvirčio pradžioje, bei gyvybės draudimo sutarties terminas yra ne trumpesnis kaip 10 metų.
2. Įmonės, draudžiančios savo darbuotojus, dirbančius šioje įmonėje pagal darbo sutartis, sumokėtos gyvybės draudimo, draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimo ligos atvejui draudimo įmokos (premijos), atitinkamu dydžiu mažina šios įmonės apmokestinamąjį pelną arba pajamas, jei metinės draudimo įmokos (premijos) atskiram darbuotojui apdrausti neviršija Vyriausybės nustatytos keturgubos vienos minimalios mėnesinės algos dydžio sumos, galiojusios atskaitinio ketvirčio pradžioje, bei gyvybės draudimo sutarties terminas yra ne trumpesnis kaip 10 metų.
3. Jei draudimo įmokos (premijos) mokamos už ilgesnį kaip vienerių metų laikotarpį, tai atsižvelgus į laikotarpį, už kurį tos įmokos (premijos) mokamos, joms taikomos tos pačios apmokestinimo lengvatos.
4. Draudimo įmokų dalis, viršijanti šio straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytą dydį, apmokestinama įstatymų nustatyta tvarka.

5. Įmonės sumokėtos ne gyvybės draudimo įmokos (premijos), išskyrus draudimą nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimą ligos atvejui, atitinkamu dydžiu mažina jos apmokestinamąjį pelną arba pajamas.
6. Nutraukus ne gyvybės, išskyrus draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimo ligos atvejui, draudimo sutartį, nuo įmonei grąžinamos draudimo įmokos (premijos) dalies, nurodytos šio įstatymo 22 straipsnyje, įmonė privalo sumokėti įstatymų nustatytus mokesčius.
7. Nutraukus draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ar draudimo ligos atvejui draudimo sutartį arba per pirmuosius 10 sutarties galiojimo metų nutraukus gyvybės draudimo sutartį, nuo fiziniam asmeniui ar įmonei grąžinamos draudimo įmokos (premijos) dalies, nurodytos šio įstatymo 22 straipsnyje, fizinis asmuo ar įmonė privalo sumokėti įstatymų nustatytus mokesčius.
8. Šiuo atveju mokesčiai atskaitomi proporcingai nuo tos draudimo įmokų dalies, kuriai buvo taikomos apmokestinimo lengvatos.
9. Gautos draudimo išmokos neapmokestinamos.

Jeigu privačios draudimo kompanijos pasinaudotų visais darbuotojams 58 straipsnio teikiamaiais privalumais, jos pritrauktų iki 2000 milijonų litų privačių draudimo įmokų (apie 5 kartus daugiau nei per 1996-1997 m. kasmet surenkamos įmokos).

Potenciali neapmokestinamųjų įmokų suma yra labai apytikslė, tačiau vis dėlto atitiktų dabartinę Lietuvos privačios draudimo rinkos plėtrą. Praraja tarp draudimo paslaugų apyvartos potencialių ir tikrų skaičių yra tokia didelė, jog galime daryti išvadą, kad žvelgiant iš privataus draudimo rinkos papildomos paskatos (įskaitant asmens pajamų mokesčio mažinimą privataus draudimo rinkos plėtros labui) nėra pirmo būtinumo klausimai. Per 1998-1999 m. patys svarbiausi klausimai spartinant papildomojo sveikatos draudimo plėtrą bus klausimai, susiję su aiškiu sveikatos rizikos, kurią padengia privalomasis sveikatos draudimas, apibrėžimu. Privačių draudimo kompanijų pajėgumas leidžia joms didinti privačiai apdraustųjų skaičių, tačiau norėdamos apibrėžti savo produktą šios kompanijos turi žinoti aiškius bent jau vidurinio laikotarpio paslaugų, kurias teikia pagrindinė (valstybinė) sistema, planus. Labai sunku įtikinti gyventojus mokėti privačias sveikatos draudimo įmokas, kai neapibrėžta, kokias paslaugas padengs privatus draudimas.

Čekijos ir Estijos patirtis parodo, kad šalys, turinčios ribotus privalomojo draudimo sistemos nekompensuojamų paslaugų sąrašus turi neišvystytą neprivataus draudimo rinką (pavyzdžiui, sveikatos rizikos, susijusios su kelionėmis į užsienio šalis, geresnio būsto (palatos), papildomų išmokų susirgus). Tokios paslaugos šiuolaikinėje visuomenėje paprastai laikomos nebūtinomis, ir tai leidžia abejoti, ar verta, kad valstybė skatintų tokių paslaugų plėtrą teikdama mokesčių subsidijas arba naudodama kitus svetus.

Prielaidos platesnei PSD raidai ir patys svarbiausi žingsniai

Vis dar atviri klausimai, kurie turėtų būti nagrinėjami politikų ir ekspertų lygiu :

- Nekompensuojamųjų paslaugų sąrašas.
- Oficialiosios normavimo nuorodos (pavyzdžiui, laukimo sąrašai, daliniai mokėjimai).
- Valstybinis privačių sveikatos priežiūros teikėjų finansavimas.
- Lietuvoje yra realu susitarti dėl paslaugų rekomenduotinių įtraukti į nekompensuojamųjų privalomojo sveikatos draudimo lėšomis paslaugų sąrašą. Šios paslaugos tai:
 - sanatorinis gydymas;
 - gydymas užsienyje;
 - aprėpties alternatyvos:*
 - a) *visiems piliečiams,*
 - b) *tiktai turtingiesiems; socialiai remtiniems asmenims, VLK patvirtinus - nemokamai*

Ambulatorinė priežiūra

- konsultacijos be siuntimų;
- stomatologijos paslaugos;

aprėpties alternatyvos:

- *tiktai dirbantiems gyventojams;*
- *išskyrus vaikus,*
- *tiktai medžiagos,*
- *išskyrus neatidėliotinus atvejus;*
- apsilankymai namuose (išskyrus skubią pagalbą);
- slauga namuose;
- laboratoriniai tyrimai ir apžiūra (kai nebūtina ar brangu);
- dirbančių žmonių sveikatos tikrinimas (*kompensuoja ne valstybinę draudimo sistemą, bet darbdavys, papildomas draudimas arba pats pacientas*);
- abortas, sterilumo tyrimas;
- kosmetologija;
- fizioterapija, kai nebūtina.

Stacionarinė priežiūra

- prabangios „viešbučio“ paslaugos;

Jei būtų bandoma nekompensuojamų paslaugų sąrašą plėsti virš ribų, nurodytų anksčiau, nesutarimai ekspertų tarpe ir visuomenės pasipriešinimas, matomai didėtų. Šios papildomos paslaugos:

- vaistai, įskaitant mokestį už vaistų receptus;
- ambulatoriniai apsilankymai (daliniai mokėjimai);
- lovdienis („viešbučio“ paslaugos) (daliniai mokėjimai);
- brangios procedūros ir brangus gydymas.

Čia išdėstyti pasiūlymai skiriasi priklausomai nuo medicininio ir politinio poveikio. Pasiūlymai įtraukti dalį apsilankymų namuose į nekompensuojamųjų paslaugų sąrašą arba įtraukti dalinius mokėjimus už apsilankymą arba už lovdienį stacionare yra susiję su daug svarbesniais sveikatos priežiūros paslaugų struktūros pokyčiais nei daliniai mokėjimai už vaistus ar sanatorinį gydymą (pastarieji jau

praktikuojami nuo 1991 m.). Pagrindinius pokyčius reikėtų išsamiau iširti ir sukurti specialų įgyvendinimo projektą, rengti viešas diskusijas, informacines kampanijas bei galbūt numatyti eksperimentų vietas.

Diskusijos dėl nekompensuojamųjų paslaugų sąrašo ir dalinių mokėjimų strategijos turėtų padėti priimti sprendimus, kokiems privataus sveikatos draudimo polisams taikytinos mokesčių lengvatos. Nėra racionalu turėti mokesčių subsidijas, jeigu padengiamos prabangos „viešbučio“ paslaugos.

Rekomenduotinas papildomojo sveikatos draudimo prielaidų formavimo planas

1. Parengti paslaugų, kurių nekompensuoja įstatymo nustatyta sveikatos draudimo sistema, sąrašą,
2. Parengti ir įdiegti brangaus gydymo procedūrų įtraukimo į kainyną reglamentą ir nustatyti šių procedūrų kainas.
3. Išvystyti išorinę (SAM ir privalomosios draudimo sistemos) ir vidinę (sveikatos priežiūros teikėjų) kokybės kontrolę.
4. Išvystyti informacinę sistemą ir parengti informavimo strategiją.
5. Paremti besikuriančių nevyriausybinių organizacijų pacientų (piliečių) teises
6. Patvirtinti nuostatas dėl sveikatos draudimo sferų, kurių plėtrą tikslinga skatinti mažinant mokesčius.

Tiktai tada, kai bus išspręstos pačios skubiausios sveikatos draudimo kūrimo problemos, rekomenduojama pradėti įgyvendinti pasiūlytą asmens pajamų mokesčio mažinimo scenarijų derinant jį su PSD plėtra, kaip ir buvo parodyta.

Tolesnė PSD plėtra

1. Papildomojo draudimo uždaviniai

Siūloma, kad Lietuvoje papildomasis sveikatos draudimas būtų savanoriškas ir iš esmės turėtų atitikti šiuos penkis uždavinius:

- pasiekti, kad sveikatos finansavimas būtų tvarus;
- pagerinti sveikatos kokybę;
- padidinti pasirinkimo teisę;
- padidinti skaidrumą;
- praplėsti sveikatos priežiūros aprėptį.

2. Atleidimas nuo mokesčių

Pirmojoje 1997-2000 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programoje buvo numatyta sumažinti fizinių asmenų pajamų mokesčių ir įvesti individualų papildomojo sveikatos draudimo mokesčių.

Finansų krizės metais pagrindinė bet kokių mokesčių mažinimo problema - kaip finansuoti sistemą.

Programinių nuostatų sieti PSD plėtrą su mokesčių mažinimu įgyvendinimo kontekste yra svarstyti du klausimai.

1. Ar mokesčių mažinimas užtikrins valstybės jau prisiimtų įsipareigojimų įgyvendinimą?
2. Koks bus mokesčių mažinimo efektas ir kaip reikėtų mažinti mokesčius atsižvelgiant į savanoriškojo draudimo įvedimą.

3. Išmokos ir papildomojo draudimo finansavimas

ES ekspertai seminaro dalyviams pateikė 7 teorinius papildomojo sveikatos draudimo modelius (žr. prof. J. Wasem paskaitą).

Seminaro metu vykusių diskusijų dalyviai apytikriai išskyrė du modelius. Modeliai pateikiami lentelėje.

Nei viename pasiūlytame modelyje nesiekama sumažinti teisės į bazines paslaugas ir produktus, kuriuos siūlo privalomojo sveikatos draudimo sistema. Tačiau pagrindinės paslaugos ir prekės turi būti tiksliau apibrėžtos. Tikslinant taip pat reikėtų numatyti kompensuojamųjų vaistų sąrašo, teisės į sanatorines paslaugas, stomatologijos

paslaugas suaugusiems, fizioterapijos, ir dalinio finansavimo už “viešbučio” paslaugas ligoninėse nedidelius pakeitimus.

1 lentelė. 1998 m. kovo mėn. seminaro metu apibrėžtų papildomojo draudimo modelių apžvalga

A Modelis Neįvedant dalinių mokėjimų privalomojoje sistemoje	B Modelis Įvedant dalinius mokėjimus privalomojoje sistemoje
<p><i>Papildomojo draudimo išmokos:</i> sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nepriklauso privalomojo draudimo krepšeliui, ir gydymo išlaidų aprėptis, kuri viršija standartą</p> <p><i>Finansavimas:</i> įmokos pagal individualią riziką neatleidžiant nuo mokesčių</p>	<p><i>Papildomojo draudimo išmokos:</i> sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nepriklauso privalomojo draudimo krepšeliui, ir gydymo išlaidų aprėptis, kuri viršija standartą; daliniai mokėjimai privalomojoje sistemoje už stacionarinę priežiūrą, stomatologinį gydymą</p> <p><i>Finansavimas:</i> įmokos pagal individualią riziką atleidžiant nuo dalies mokesčių</p>

Po seminaro, integravus A ir B modelius, ES ir Lietuvos PHARE ekspertai plėtojo minėtuos papildomojo sveikatos draudimo modelius.

4. Rekomenduojamas papildomojo sveikatos draudimo modelis

1. Paslaugos įtrauktos į papildomojo sveikatos draudimo krepšelį, neturi būti būtinosios paslaugos.
2. Nėra politinės valios įvesti dalinius mokėjimus ambulatoriniame sektoriuje (stomatologijos priežiūra yra išimtis) bei dalinius mokėjimus stacionariniame sektoriuje asmenims, kuriuos draudžia valstybė (pagyvenusieji, neįgalieji, vaikai).
3. Neturėtų būti teisinių galimybių (bent jau pirmoje plėtros pakopoje) Lietuvos gyventojams 100% pasitraukti iš įstatymo reglamentuojamos (solidarumo principu grindžiamos) sveikatos draudimo sistemos.

4. Perspektyva sumažinti pajamų mokesčių 2-3 procentais artimiausiu laikotarpiu nėra reali.

Ekspertų komandos rekomendacijos yra šios

I. Atsižvelgiant į 1 ir 2 argumentus, paaiškėja, kad papildomas sveikatos draudimas nėra svarbiausias plėtojant sveikatos sektorių. Toks teiginys turi bent jau dvi pasekmes:

pirma, reforma neturi krypti sveikatos priežiūros žymaus valstybės finansavimo sveikatos priežiūrai mažinimo per įstatymo reglamentuojamą sveikatos draudimą linkme;

antra, reforma neturėtų krypti realaus valstybinių išlaidų ne sveikatai mažinimo (pavyzdžiui, švietimui ar policijai) linkme;

Taigi racionalu derinti mokesčių mažinimą (jei toks vis tik būtų atliekamas) su privalomojo sveikatos draudimo išmokų mažinimu (siekiant nesudaryti privalomojo sveikatos draudimo biudžeto deficito) ir laikytis įsipareigojimo, kad asmuo mokės tam tikrą įmokos dalį iš savo disponuojamų pajamų (siekiant padidinti bendrą sveikatos priežiūros finansavimą).

Siūloma įvesti dalinius mokėjimus už “viešbučio” paslaugas ligoninėse visiems asmenims, kurie nėra apdrausti valstybės, ir už tam tikrą stomatologijos paslaugų dalį.

II. Jei vis tik būtų mažinami mokesčiai, Atsižvelgiant į 1 argumentą, racionalu užkirsti kelią per dideliu įplaukų iš įstatymo reglamentuojamo sveikatos draudimo fondo nutekėjimui. Toks nutekėjimas gali įvykti, jei didelės pajamas turintys asmenys nuspręs kreiptis dėl atleidimo nuo mokesčių. Šiai problemai sušvelninti yra racionalu apibrėžti absoliučią mokesčių mažinimo sumą. Jei orientuotis į mokesčių sumažinimą vidutiniškai - 2 proc. nuo vidutinių pajamų lygio, šis sumažinimas sudarytų maždaug 20 litų vienam dirbančiajam per mėnesį. Siekiant, kad pernelyg daug neišloštų žemas pajamas gaunantys gyventojai, turėtų būti numatomas mokesčių mažinimas ne didesnis kaip 3 proc. nuo individualių pajamų. Siekiant išsaugoti sveikatos priežiūros finansavimo apimtį yra tikslinga nusta-

tyti, kad metinis mokesčių mažinimas neturi būti didesnis nei metinės papildomojo sveikatos draudimo įmokos.

III. Draudimas privalo būti savanoriškas:

- tik tiems Lietuvos piliečiams, kurie nusprendžia pirkti papildomųjų sveikatos draudimo paslaugų, turėtų būti numatomos mokesčių lengvatos;
- apdraustieji turi teisę pasirinkti draudiką ir pakeisti draudimo kompaniją kartą per metus;
- turi būti sukurtos galimybės pasirašyti draudimo sutartį tiesiogiai su sveikatos priežiūros institucija. Jeigu sveikatos draudimo sutartis pasirašoma su sveikatos priežiūros teikėju, svarbu leisti pasirašyti daugiau nei vieną sutartį su apdraudžiamu asmeniu (asmuo ir teikėjas gali susitarti pasirašyti sutartį dėl metinių įmokų lygio, kuris būtų žemesnis nei mokesčių sumažinimas, kurį numato nacionaliniai įstatymai);
- galutinę papildomojo sveikatos draudimo išmokų paketo apimtį bei tikrąjį įmokų koeficientą turėtų nulemti rinka;
- leidžiamas ir įmokų mokėjimas atsižvelgiant į riziką.

Gana liberalių įstatymų svarba papildomojo sveikatos draudimo srityje yra grindžiama ne tik bendru susitarimu, pasiektu konferencijos metu, bet ir ES reglamentavimu. Trečioji ES ne gyvybės draudimo direktyva (*Third non-life EU Directive*) reikalauja atverti privataus draudimo rinką ES kompanijoms ir tuo pačiu metu riboja nacionalinį reglamentavimą šioje srityje.

5. Ekonominiai ir socialiniai poveikiai

Sveikatos priežiūra priklauso socialiniam sektoriui ir yra be galo jautri tokioms politinėms problemoms kaip teisingumas, solidarumas, skurdo naikinimas. Abiem pusėms (PHARE ekspertams ir Lietuvos partneriams) akivaizdu, kad tiksliems atsakymams į klausimus apie papildomojo sveikatos draudimo reformos socialines pasekmes

neužtenka PHARE projektui skirto laikotarpio. Toliau pateikiami apytiksliai makro- ir mikroekonomikos rezultatų paskaičiavimai.

2 lentelė. Vidutinių mėnesio pajamų privalomajam ir papildomajam sveikatos draudimui pasiskirstymas

	Dabartinė padėtis		Įvedus papildomąjį sveikatos draudimą	
	litai	%	litai	%
Vidutinės bendrosios mėnesio pajamos	1000	100	1000	100
Asmens pajamų mokesčio dalis privalomajam SD	70	7	50	5
3% socialinio draudimo įmoka	30	3	30	3
Mokesčių sumažinimas ir papildomasis SD	-	-	20	2
Visa SD finansavimo dalis	100	10	100	10
Papildomos papildomojo SD įmokos	-	-	20	2
Visas SD finansavimas	100	10	120	12

Lentelėje apibendrinamas tikėtinas privalomojo ir papildomojo sveikatos draudimo (SD) pajamų pasiskirstymas. Mažinami mokesčiai sumažina dalį pajamų mokesčio privalomajam SD. Šiuo metu pajamų mokeskis privalomajam SD sudaro apie 7 % bruto darbo užmokesčio. Papildomos įmokos už papildomąjį SD skaičiuojamos pagal privačių sveikatos draudimo kompanijų metinių įmokų paskaičiavimus (apie 400 litų per metus).

Šiuo metu privataus sveikatos draudimo procentas visoje sveikatos priežiūros finansavimo dalyje yra nežymus, tačiau jis gali augti iki 20 ar net 33 % SD įmokų, kurias moka darbuotojai (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Draudžiami visi darbuotojai.

	Privalomasis draudimas		Savanoriškas draudimas		iš viso (%)
	pajamų mokestis (%)	socialinio draudimo mokestis (%)	pajamų mokestis (%)	papildomos įmokos (%)	
Prieš sumažinimą	7	3	-	-	10
Po sumažinimo	5	3	2	2	12
Procentas (po sumažinimo)	50	30	20	-	100
Procentas su papildomomis įmokomis (sumažinus)	42	25	16.5	16.5	100
	67		33		100

3 lentelė parodo padėtį, kai visi darbuotojai nusprendžia draustis savanoriškuoju draudimu. Dar realiau daryti prielaidą, kad reformos pradžioje savanoriško draudimo paslaugų daugiausia pirsks tie žmonės, kurie turi vidutines 2000 litų mėnesio pajamas (apie 25 % darbuotojų). SD finansavimo struktūra, remiantis naujausiomis prielaidomis pateikiama 4 lentelėje.

4 lentelė. Draudžiami tik 25% darbuotojų, turinčių vidutines 2000 Litų mėnesio pajamas

	privalomasis draudimas		Savanoriškasis draudimas		iš vi- so
	pajamų mokestis	socialinio draudimo mokestis	pajamų mokestis	papildomos įmokos	
Prieš sumažini- mą	8	3	-	-	11
Po sumažinimo	7	3	1	1	12
Procentas (su- mažinus)	64%	27%	9%	-	100
Procentas su papildomomis įmokomis (su- mažinus)	58	25	8.5	8.5	100
Iš viso SD finan- savimo procen- tas	62	28	5	5	100

Dėl tikslesnės analizės panagrinėkime kitus galimus atvejus. Pavyzdžiui, jeigu 20 procentų žmonių, gaunančių 1000 litų atlyginimą, 30 procentų, gaunančių 2000 litų atlyginimą, ir 50 proc., gaunančių 3000 litų atlyginimą, perka savanoriškojo sveikatos draudimo paslaugų, sumažintų mokesčių suma 1998 m. kainomis sudaro apie 70 milijonų litų, ir yra galimybė, kad bus pritraukta apie 70 milijonų litų sveikatos priežiūrai finansuoti iš privačių išteklių.

Dėl reformos finansinių pasekmių galutiniai mūsų tyrimo rezultatai gali parodyti, kad per kelerius metus įstatymo reglamentuojamas draudimo fondas praras apie 5 % finansavimo iš SD įmokų, kurias moka darbuotojai (apie 70 milijonų litų), bet šie pinigai liks sveikatos priežiūros sistemoje. Galima nuspėti, kad savanoriškojo sveikatos draudimo plėtra pritrauks šiek tiek papildomų lėšų (iki 100 milijonų litų) sveikatos priežiūros sektoriui finansuoti.

Svarbu paminėti, kad jeigu Lietuvos Vyriausybė nuspręs sumažinti pajamų mokesčių 2 % visiems gyventojams, įstatymo reglamentuojamo sveikatos draudimo fondas sumažės apie 20 % (žr. 3 lentelę), netekdamas finansavimo iš SD įmokų, kurias moka darbuotojai (apie 300 milijonų litų) be jokių garantijų, kad pinigai sugriš į sveikatos sektorių.

Ar privataus draudimo kompanijos pajėgios imtis savanoriško draudimo?

Privataus draudimo rinkos plėtra pateikiama 5 lentelėje.

5 lentelė. Privataus draudimo rinkos plėtra 1994-1996 (milijonais litų)

	1994 m.	1995 m.	1996 m.	1997 m.	1998 m.
Draudimo įmokos	115	178	235	301	453
Draudimo išmokos	31	53	73	101	126

Statistikos metraštis, 1998 m., p. 305.

Lentelė parodo, kad privačios kompanijos, kurios deda papildomų pastangų, artimiausioje ateityje yra pajėgios absorbuoti 100 milijonų litų savanoriško sveikatos draudimo įmokų. Dauguma privačių kompanijų jau pradėjo kurti ir parduoti savanoriško sveikatos draudimo polisus. Teisinės galimybės pasirašyti sveikatos draudimo sutartis tiesiogiai su sveikatos priežiūros institucijomis sumažins riziką, kuri yra susijusi su nevisiškai išplėtotomis atitinkamo finansinio sektoriaus galimybėmis.

Kaip tvarkyti sumažėjusį įstatymo reglamentuojamo sveikatos draudimo fondą?

Minėtu atveju įstatymo reglamentuojamas sveikatos draudimo fondas viduriniu laikotarpiu praras apie 5 procentus finansavimo iš SD įmokų, kurias moka darbuotojai (apie 70 milijonų litų). Sumažėjimą galima kompensuoti daliniais mokėjimais už liginės "viešbu-

čio” paslaugas ir nedideliais daliniais mokėjimais už ambulatorinę priežiūrą.

VLK sutaupomos išlaidos dėl dalinių mokėjimų už ligoninės “viešbučio” paslaugas apskaičiuotos darant prielaidą, kad:

- asmenys, kurie nėra valstybės apdrausti (1,7 milijono), turi mokėti 20 litų už lovdienį ligoninėje,
- vidutinė gydymosi ligoninėje trukmė -12 dienų,
- vidutinis priėmimų skaičius grupėje - 200 tūkstančių.

Visa Valstybinės ligonių kasos išlaidų mažėjimo suma sudarys (1998 metų prielaidos) 48 milijonus litų per metus.

Papildomai sutaupyti VLK lėšų (22 milijonų litų) galima būtų įvedant dalinius mokėjimus už ambulatorinę priežiūrą (pavyzdžiui, stomatologinę priežiūrą).

6. Būtinasis reguliavimas

Dėmesį sutelkiant į Sveikatos draudimo įstatymą, reglamentuojantį visą sistemą, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sistemos plėtojimo galimybė atsiranda įgyvendinant Sveikatos draudimo įstatymo 7 skyrių. Draudimo įstatymas taip pat nenumato tikslaus siūlomos sistemos reguliavimo. Todėl akivaizdu, kad esantis teisinis pagrindas nesukuria plano, kaip papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas turi veikti praktiškai. Dėl to būtina tiksliai įstatymiškai apibrėžti papildomąjį draudimą siekiant (atsižvelgiant į solidarumo principus) suteikti papildomų draudimo galimybių specifinėms grupėms.

PRIEDAI

PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS ČEKIJOJE

Jiri Nemeč

Savanoriškas papildomasis sveikatos draudimas tik labai nedidele dalimi yra tikra alternatyva privalomajam draudimui. Tačiau papildomojo draudimo reikšmė Čekijoje auga draudžiantis nuo specialių rizikų. Nuo 1994 m. pagrindinė Čekijos draudimo kompanija, aprėpianti 75 proc. gyventojų, stengiasi plėsti paslaugas, suteikiančias galimybę gauti sveikatos priežiūrą, garantuojamą sveikatos draudimo, rūpintis apsidraudusiųjų sveikata, padidinti jų apsaugą nuo finansinių poveikių dėl staigaus jų sveikatos būklės pablogėjimo keliaujant užsienyje, didinti apdraustųjų bei sutartinių draudimo kompanijos partnerių informuotumą ir teisinį sąmoningumą.

Kaip ir 1993 m., taip ir 1994 m. Draudimo kompanija suteikė galimybę sudaryti sveikatos priežiūros sutartis su svetimšaliais ir asmenimis neturinčiais pilietybės, kurie ilgą laiką gyvena Čekijos teritorijoje (bet kurie nepatenkina bendrojo sveikatos draudimo aprėpties sąlygų) ir jų išlaikytiniams. Tokios sutartys suteikia galimybę pasinaudoti kai kurių tipų sveikatos priežiūra (ūmios ir chroniškos ligos) be būtinybės tiesiogiai mokėti už medicinos paslaugas, kurios jiems teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose. Galimybė sudaryti sveikatos draudimo sutartis pasinaudojo kai kurios užsienio kompanijos, veikiančios Čekijos teritorijoje, savo darbuotojams bei asmenims, turintiems Slovakijos, Rusijos, Ukrainos ir Vietnamo pilietybę, apdrausti. Palyginti su 1993 m., 1994 m. tokiu draudimu apsidraudusių asmenų skaičius išaugo.

1994 m. Draudimo kompanija sumokėjo už savo apdrauosius daugiau, nei nustatė galiojančios teisės aktų normos (medicininės veiklos sąrašas su atskirais punktais, vaistų ir medicinos priemonių sąrašas bei indikatyvinio gydymo voniomis siūlymų sąrašas); mokama buvo ne daugiau kaip priimtina riba už tas sveikatos priežiūros

paslaugų rūšis, vaistus ir medicinos priemones, kurios, kaip tikima, padeda greičiau diagnozuoti, sutrumpinti būtinojo gydymosi stacionare trukmę ar užkirsti kelią toliau augti sveikatos priežiūros išlaidoms. Viršijantys standartus atlyginimai, kurie buvo išmokėti 1994 m. siejosi su tokių pažangių diagnostinių paslaugų ir terapinių metodų taikymu, pvz.:

- specialių žmogaus leukocitų antigenų nustatymas (nuo 1994 m. liepos 1 d. buvo apmokėtos 38 medicinos paslaugos),
- ultrasonografinis vaiko kaukolės tyrimas (nuo 1994 m. liepos 1 d. buvo apmokėta viena medicinos paslauga),
- implantavimas, kraujo perpylimas ir autotransfuzijos taikymas (nuo 1994 m. gruodžio 1 d. buvo apmokėtos dvi paslaugos), albumino suvartojimo padidėjimas tiksliai apibrėžtais atvejais ir aplinkybėmis,
- ginekologinė pilvo ertmės apžiūra ir laparoskopinė cholecistektomija (nuo 1994 m. balandžio 1 d. buvo suteikta 15 paslaugų, jos buvo apmokėtos ir nuo 1994 m. liepos 15 d. jos buvo įtrauktos į pataisytą medicinos paslaugų sąrašą kartu su kitomis paslaugomis ir tomis, kurias visiškai kompensuoja sveikatos draudimas),
- labai specializuota abdominalinės ir torakalinės chirurgijos laparoskopijos paslauga (nuo 1994 m. liepos 1 d. buvo apmokėtos 23 paslaugos),
- deguonies terapijos suslėgto oro kabinoje ir prostatos glandos šlapės hipertermija (atitinkamai nuo balandžio 1 d. ir nuo 1994 m. liepos 1 d.),
- importuotos ir kokybiškos specialios apskaitos medžiagos (pavyzdžiui, siuvimo aparatai, siūlių medžiagos, dideli siuvimo aparatai ir sklasterys, vamzdeliai, cilindrai, kateteriai, t.t.), skirtos atrinktomis medicinos paslaugų grupėms - chirurgijos, urologijos, vidinėms, t.t. (liepos 15 d. klasifikuota pataisomis

medicinos paslaugų sąrašė kaip medžiagos, kurias visiškai kompensuoja sveikatos draudimas),

- receptai kokybiškiems naujai registruotiems vaistams, priklausomai nuo rinkos tiekimų ir galiojančių įstatymo normų (iki 1994 m. liepos mėn. buvo apmokėta iki 15 atvejų: 3 242 vaistų rūšys ir priemonės, kurių nėra vaistų sąrašė, priimtame 1992 m. nuo 1994 m. liepos 15 d. Buvo apmokėtos 606 vaistų rūšys ir priemonės, neįtrauktos į pataisytą vaistų sąrašą, priimtą 1994 m. liepos 15 d.),
- nurodytų nervų ir kaulų bei raumenų sistemos ligų gydymo išplėtimas pagal gydymo sąlygas Slovakijos gydyklose Dudince ir Trencianské Teplice, ko negali gauti Čekijos sanatorijose ligoniai, kuriems būdingos tokios pačios indikacijos (1994 m. 88 apdraustųjų gydymas Dudince kurortuose ir 398 apdraustųjų gydymas Trencianské Teplice buvo apmokėtas),
- pagerinti nejudančių ir šlapimo nelaikančių pacientų slaugą naudojant vienkartinės medžiagas.

Specialią medicinos paslaugų grupę, už kurią Draudimo kompanija užmokėjo sveikatos priežiūros įstaigoms daugiau, nei buvo nuspręsta teisinėse normose, nuo 1994 m. liepos 15 d. sudarė 28 stomatologijos paslaugos (5 prevencinės, 7 kariologinės, 7 endodontinės, 4 paradontologinės, 4 ortodontinės ir viena protezinės stomatologinės pagalbos), kurioms buvo įvesti daliniai mokėjimai padarius galiojančio medicinos paslaugų sąrašo varianto pataisais su įrašais (kartu pataisius veikiantį Čekijos Respublikos reglamentą Nr. 216/1992, pagal kurį priimamos sveikatos priežiūros taisyklės). Šis dalinis mokėjimas apskaičiuojamas pagal skirtingas maksimalias paslaugų kainas ir paslaugų, už kurias sumoka draudimo kompanija. Sprendimą perimti (iki panaikinimo) dalinių mokėjimų kompensavimą apdraustiesiems priėmė draudimo kompanijos, šį žingsnį grįsdamos teisine Sveikatos priežiūros taisyklių 2/ ir 3/1 pataisų paragrafo analize, nes nustatyta, kad kiekvieną medicinos paslaugą, iš dalies dengia sveikatos draudimas (tai yra veikla, kurioje finansiškai dalyvauja pacien-

tas) privalo kartu egzistuoti medicininėje veikloje, kurią visiškai padengia sveikatos draudimas (tai yra be dalinių paciento mokėjimų), kuris „iš visų sveikatos priežiūros galimų metodų... patenkina principus, kurie sąlygojami dabartinio žinių lygio ir tiria poveikį lygindami su kitais metodais“. Kadangi apdraustasis turi teisę pasirinkti tarp medicinos paslaugų, už kurias mokama tiesiogiai iš dalies, ir paslaugų, „kurių poveikis palyginamasis“, be jų finansinio dalyvavimo (šiuo atveju tik alternatyvi medicininė veikla buvo „danties ištraukimas“), kuris buvo sumažintas įvedus jų finansinį dalyvavimą kompensuojant bazinių stomatologijos paslaugų sąnaudas, buvo priimtas toks sprendimas.

Nuo 1994 m. gegužės 1 d. Draudimo kompanija praplėtė savo paslaugas siūlydama kelionių sveikatos draudimą, suteikiantį savo dalyviams garantijas, kad netikėtai susirgus ar įvykus nelaimingam atsitikimui kur nors užsienyje (Europos, Šiaurės ir Pietų Amerikos valstybėse ir kai kuriose Azijos ir Afrikos žemynų valstybėse) jiems bus teikiama būtinoji sveikatos priežiūra be būtinybės tiesiogiai mokėti sveikatos priežiūros įstaigai, kuri jiems suteikė tam tikras paslaugas, arba išvykstant iš užsienio į Čekiją. Klientų gydymas užsienio sveikatos priežiūros įstaigose ir derybos dėl teikiamų medicinos paslaugų kainų vyko su užsienio partnere draudimo kompanija „*Assistance Services EuroCross*“ (Nyderlandai).

Įvairios kelionių sveikatos draudimo rūšys (suklasifikuotos pagal lovardinių skaičių užsienyje, kelionės tikslus, apdraustojo amžių, apdraustojo ryšį su draudimo kompanija, kelionės pobūdį ir asmenų, įtrauktų į polisą, skaičių) buvo nupirktos 1994 m.: iš viso 59,8 milijono Čekijos kronų - tiesiogiai per vietos draudimo biurus ar per tarpininkaujančias kelionių agentūras nupirko daugiau nei 350 000 asmenų. Labai padeda paskatos įvesti tokios rūšies draudimo kompanijų paslaugas ir pasirinktos pagalbos funkcijos.

Panašios funkcijos kaip kelionių sveikatos draudimas apsidraudusiems Draudimo kompanijoje buvo įgyvendintos per tarpusavio sutartis (sutartis dėl būtiniosios ir neatidėliotinosios sveikatos priežiūros kompensavimo, kurią kita sutarties šalis teikė apdraustajam kaip

viena iš sutarties šalių sveikatos priežiūros įstaigų), kurios buvo sudarytos tarp draudimo kompanijos ir nacionalinės draudimo kompanijos - Slovakijos Respublikos sveikatos draudimo fondo administratoriaus. Ši sutartis sudaro galimybę apsidraudusiam draudimo kompanijoje 1994 m. keliauti į Slovakiją be būtinybės apsidrausti papildomu draudimu ir gauti sveikatos priežiūrą nemokant tiesiogiai ūmios ligos atveju (išskyrus mokėjimus už vaistus, bet šios apdraus-tojo išlaidas kompensavo vietos biurai jam sugrįžus).

Per antrą 1994 m. pusę Centrinis draudimo biuras sukūrė savono-riškojo papildomojo sveikatos draudimo metodologiją asmenims dėl „aukštesnio standarto“ priežiūros ligoninėje: daug patogesnės lovos, kurias kompensuoja šis draudimas, jei asmuo hospitalizuojamas.

1996 m. du žurnalo „JISTOTA“ (*Užtikrintumas*) tomai buvo iš-leisti siekiant geriau informuoti apdraustuosius. Tai turėjo didelę reikšmę sveikatos draudimo tendencijoms bei biuletenių leidimui, kur dėmesys buvo sutelktas į apdraus-tojo teises ir pareigas. Reguliar-iai rengiamos spaudos konferencijos ir teikiama informacija ži-niasklaidai, *VZP CR* direktoriaus pranešimai radijo ir TV publicisti-nėse programose („21“, „Debate“, „Arena“) ir atstovavimas draudi-mo kompanijai svarbiose parodose bei mugėse (*FI-BEX, Kursalon* t.t.), kur draudimo kompanija dalyvavo 1996 m.

Taip pat 1996 m. draudimo kompanijos veikla sutartinio draudi-mo srityje ir papildomasis draudimas buvo įgyvendinamas remiantis 1995 m. rugsėjo 26 d. Finansų ministerijos licencija Nr. 323/44338, garantuojant jo plėtrą ir geresnę kokybę.

Iš 1996 m. papildomų sveikatos kelionių draudimo produktų buvo pasiūlyti šie tipai ir variantai:

- asmenims, turintiems galimybę sudaryti draudimo sutartį trumpalaikiams ir ilgalaikiams laikotarpiams arba metinei vienkartinę sumai už pasikartojančias keliones,
- grupei, turinčiai galimybę sudaryti sutartį trumpalaikiam laikotarpiui iki 90 kalendorinių dienų,
- šeimai, taip pat turinčiai galimybę sudaryti sutartį tik dėl trumpalaikių išvykų.

Įmokų tarifai visada buvo nustatomi pagal apdraustojo amžių, jo narystę sveikatos draudimo kompanijoje (bendrojo sveikatos draudimo ribose), buvimo užsienyje pobūdį (privatus ar verslo) ir buvimo regioną. Kuo palankesnis tarifas ir platesnis draudimo rūšių pasirinkimas buvo siūlomas draudimo kompanijos apdraustiesiems bei apsidraudusiems draudimo kompanijoje pagal sutartis. Neatlyginami kraujo donorai, jeigu jie yra apsidraudę draudimo kompanijose ir duoda savo kraują bent jau du kartus per pastaruosius 12 mėnesių, ir toliau naudojami nemokamu papildomuoju kelionės sveikatos draudimu kelionėms užsienyje 35 dienas per metus.

1996 m. buvo sudaryta 606 805 minėtų papildomojo draudimo rūšių sutarčių, kurios padengė 957 927 apdraustųjų išlaidas. Lyginant 1995 m. statistikos duomenis su 1996 m. duomenimis, tampa aišku, kad 1996 m. apsidraudusiųjų kelionės sveikatos draudimu skaičius išaugo iki 46 proc., o sudarytų sutarčių skaičius - iki 48 proc. Kalbant apie pasiekimus, reikia pasakyti, kad minėti rezultatai ne tik pažangūs įmokų koeficientų požiūriu, bet ir prisidėjo (ypač apsidraudusiems draudimo kompanijoje) intensyviau reklamuojant šiuos produktus. 1996 m. kelionių sveikatos draudimo išmokos siekė iki 50 mln. Čekijos kronų. Tiksliau šios sumos nustatyti neįmanoma kol bus apdorotos visos *EuroCross* sąskaitos, kurios pateikiamos pavėlavus trimis ar net penkiais mėnesiais.

PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS

12 lentelė. Papildomas kelionių sveikatos draudimas 1995 ir 1996 m.

sutarčių ir apdraustųjų skaičius									
laikotarpis	K tipas	D tipas	O tipas	R tipo sutartys	R tipas apdraustieji	S tipas sutartys	S tipas apdraustieji	visų sutarčių skaičius	visų apdraustųjų skaičius
1996	500,667	3,143	1,242	89,343	281,530	12,410	171,345	606,805	957,927
skirtumas	155,157	1,230	473	33,678	108,618	5,941	37,697	196,479	303,175
augimas	145%	164%	162%	161%	163%	192%	128%	148%	146%

sutarties tipas: K trumpalaikė sutartis - 90 dienų
 D ilgalaikė sutartis - iki 180 dienų
 R šeimos trumpalaikė sutartis - iki 90 dienų
 S grupinė trumpalaikė sutartis - iki 90 dienų
 O pakartotinių kelionių sutartis - iki 360 dienų

PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS SLOVĒNIJOJE

Boris Kramberger

1. Įvadas

Kalbant apie sveikatos priežiūrą ir sveikatos draudimą Slovėnijoje, galima teigti, kad Slovėnija turi senas tradicijas bei draudimo patirtį. Galbūt tai yra susiję su ilgu Bismarko sveikatos draudimo modelio įgyvendinimu, kadangi solidarumo ir savišalpos jausmas yra populiarus tarp gyventojų visose sveikatos priežiūros teikimo ir draudimo srityse.

1992 m. kovo 1 d. buvo įkurtas Slovėnijos sveikatos draudimo institutas, kuris tapo išskirtiniu privalomojo sveikatos draudimo teikėju. Jis turi įsipareigojimų bei teisę teikti savanoriškąjį sveikatos draudimą kartu konkuruodamas su kitomis draudimo kompanijomis. Iki 1996 m. pabaigos, institute buvo įregistruota 1944190 apsidraudusių asmenų. Savanoriškasis sveikatos draudimas šalia privalomojo sveikatos draudimo apskritai paėmus buvo įdiegtas sėkmingai. Bendrųjų instituto sveikatos išlaidų dalis skirta privačiam finansavimui, padidėjo nuo 1.5 proc. per metus prieš įdiegiant savanoriškąjį draudimą 1992 m. iki 11.4 proc. 1996 m.

2. Papildomojo sveikatos draudimo įplaukos

Slovėnijos sveikatos instituto pajamas savanoriškojo sveikatos draudimo srityje 1996 m. sudarė įmokos ir kitos pajamos. Pajamos pateikiamos 1 lentelėje. Pajamos iš įmokų už dalinius mokėjimus ir papildomojo sveikatos draudimo polisus iš viso siekė iki 22271959* tūkstančių talerių, taip viršydamos metinį planą 3 proc. Palyginti su ankstesnių metų veikla, įplaukas didina įmokos ir sutartys dėl naujų draudimo polisų.

* 1999 m. gegužės mėnesį 1000 talerių buvo lygūs 5,54 JAV dolerio.

Kitas pajamas sudaro pajamos iš terminuotų nepriklausomų finansinių fondų indėlių palūkanų, kurios siekia 3.2 proc. visos pajamų struktūros. Įmokų atgavimas siejamas su individualių paraiškų nagrinėjimu. Buvo išduota 40000 priminimų ir pateikta 1000 pasiūlymų, kaip atgauti įmokas. Be to, išankstiniai terminuoti draudimo polisai buvo parengiami tais atvejais, kai tapdavo akivaizdu, jog nėra galimybių sumokėti įmokas. Atsižvelgiant į neatgautas įmokas nuo 1993 m. iki 1995 m., visos nurašytos skolos apdraustiesiems, kurie buvo dvigubai apdrausti arba nustojo būti Slovėnijos piliečiais, arba mirė, siekė 197705 tūkstančius talerių.

1 lentelė. Savanoriškojo sveikatos draudimo pajamos 1996 m., palyginti su 1995 m.

	1995 1	%	1996 3	%	SIT '000 96/95 4=3/1
1. Pajamos iš įmokų	16978840	94.9	22271959	98.9	131
2. Pajamos iš palūkanų	590343	3.3	727347	3.2	123
3. Kitos pajamos	182365	1.0	247898	1.1	136
IŠ VISO (1-3)	17751548	99.3	23247204	103.2	131
4. Perkeltos įmokos	1556773	8.7	729914	3.2	47
5. Perkeltos 1993 m.	1687373				
IŠ VISO ĮMOKŲ (1-5)	17882148	100.0	22517290	100.0	126

3. Papildomojo sveikatos draudimo išlaidos

Instituto asamblėja 1996 m. priėmė Instituto finansinio plano pataisas, kuriose kaip ir privalomojo sveikatos draudimo sistemoje, buvo numatyta normuoti vartojimą ir savanoriškojo sveikatos draudimo srityje, kur išlaidas sudaro beveik išimtinai priemokos iki visos paslaugos kainos (dalinis mokėjimas, *vartotojo mokama dalis*). Kadangi savanoriškojo draudimo sistemoje už visas atliekamas paslaugas mokama gavus sąskaitas be apribojimų, apskaičiuoti potencialias santaupas buvo sunkiau nei privalomojo sveikatos draudimo atveju. Santaupų ekvivalentas apytiksliai prilygo 10 proc. to koeficiento, ku-

ris taikomas privalomojo sveikatos draudimo sistemoje. Iš laukiamos 282000 tūkstančių talerių ekonomijos, sėkmingai buvo gauta 13200 tūkstančių talerių suma, išrašant iš ligininės dėl pripažintų darbo tvarkaraščių. Tačiau mes vargu ar galime matyti, kad taupoma vais-tams ar ortopedinėms gydymo priemonėms, kur buvo numatoma su-taupyti apie 178 tūkstančių talerių. Išlaidos vaistams ir ortopedijos priemonėms siekia 34378 tūkstančius talerių. Sutaupyti nepavyko, net ir priėmus kompensuojamųjų vaistų sąrašą.

Šiuo laikotarpiu sveikatos priežiūros paslaugų, kurios turėjo būti kompensuojamos daliniais mokėjimais vertė siekė 19474 milijonus talerių, o tai reiškė kad, metinis planas buvo įvykdytas 97 proc. 1995 m. išlaidos viršijo atitinkamas išlaidas 28 proc. Išlaidos vais-tams siekė 5421 milijonus talerių ir viršijo planuojamą sumą 19 proc. Per pastaruosius kelis mėnesius išlaidos parodo įdiegto nau-jo vaistų sąrašo daromą įtaką. Per 1996 m. išlaidos vaistams buvo di-desnės 26 proc. nei 1995 m. Taip pat buvo didesnės planuojamos išlai-dos techninėms gydymo priemonėms ir gydymuisi užsienyje.

Palyginti su 1995 m., savanoriškojo draudimo augimas yra dides-nis nei pastebėtas privalomojo sveikatos draudimo išlaidų augimas. Šiam skirtumui įtaką darė didesnis savanoriškojo sveikatos draudimo dalinių mokėjimų augimas.

Papildomojo sveikatos draudimo išlaidos be dalinių mokėjimų sudarė 220481 tūkstantį talerių, taigi viršijo metinį planą 8 proc. Praėjusių metų veiklos rodikliai buvo viršyti 22 proc. Draudimo krepšelio struktūra (įtraukus į privalomąjį draudimą) - 42 proc., kas-dieninė kompensacija - 29 proc., didesnis nei standartinis (20 proc.) ir prevencinių paslaugų krepšelis (profilaktinis apsilankymas sanato-rijoje) - 4 proc.

PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS

2 lentelė. Instituto išlaidos savanoriškajam sveikatos draudimui 1996 m., palyginti su 1995 m. (tūkst. talerių)

	1995	%	1996	%	96/95
	1		3		4=3/1
A. Sumokėtas dalinis draudimas	15161237	87.3	19474311	89.8	128
1. Pirminė sveikatos priežiūra	4301463	24.8	5340462	24.6	124
2. Spec., ambulatorinis ir stacionarinis gydymas	4593073	26.4	6395378	29.5	139
3. Sanatorijos	682712	3.9	768002	3.5	112
4. Farmacija	625599	3.6	792233	3.7	127
IŠ VISO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ (1-4)	10202847	58.7	13296075	61.3	130
5. Vaistai ir techninės priemonės	4943160	28.4	6162795	28.4	125
iš kurių:					
- vaistai	4300378	24.7	5421357	25.0	126
- tech. priemonės	642782	3.7	741438	3.4	115
6. Gydymasis užsienyje	2381	0.0	3262	0.0	137
7. Normos	12849	0.1	12179	0.1	95
VISA KITA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKLA (5-7)	4958390	28.5	6178236	28.5	125
B. Mokamas draudimas, išskyrus dalinius mokėjimus	181455	1.0	220481	1.0	122
C. Slovėnijos sveikatos draudimo instituto veikla	632661	3.6	862882	4.0	136
- atlyginimai ir įmokos	308239	1.8	417165	1.9	135
- materialinės ir kitos išlaidos	324422	1.9	445717	2.1	137
D. Kitos išlaidos	777687	4.5	793445	3.7	102
E. Rezervo balansavimas	500	2.9	336211	1.6	67
F. Kapitalo pervertinimas	122446	0.7			
IŠ VISO IŠLAIDŲ (A+B+C+D+E+F)	17375486	100.0	21687330	100.0	125

4. Veiklos rodikliai

Finansinis rezultatas akivaizdus, kai pajamos viršija išlaidas 829960 tūkstančių telerių. Rezultatas daug palankesnis, nei buvo planuota, dėl tikrųjų pajamų, viršijančių planuotus 484289 tūkstančiais telerių, kai tikrosios išlaidos atsilieka nuo planuotųjų 340663 tūkstančiais telerių.

Be to reikia pažymėti, kad šiuo metu pateikiami savanoriškojo draudimo rezultatai yra tik informacinio pobūdžio, kadangi jie gali pasikeisti, kai bus baigta 1996 m. veiklos revizija.

Remiantis pateiktu revizijos įvertinimu, sveikatos draudimo pelnas 1996 m. bus galiausiai nustatytas, išskaidytas ir paskirstytas.

PAPILDOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TAIKYMO GALIMYBĖS: ESTIJOS ATVEJIS

Georg Männik

1. Dabartinė Estijos padėtis

1. Šiuo metu Estija turi nacionalinę privalomąją socialinio sveikatos draudimo išmokų sistemą, kurią galima padalyti į dvi dalis:

1.1. Išmokos mokamos ligos atveju, t.y., už ambulatorinį gydymą 80 proc. ir stacionarinio gydymo atveju 60 proc. vidutinių pajamų per paskutinius šešis mėnesius, per kuriuos buvo mokėtas socialinio draudimo mokestis. Matavimo vienetas yra biuletenio formuliaras (vadinamasis mėlynasis blankas), kurį išrašo gydytojas, o išmokos mokamos nuo kitos dienos, kai išduodamas biuletenis;

1.2. Sveikatos priežiūros išlaidos padengiamos sudarant sutartis su sveikatos priežiūros įstaiga ir regionine ligonių kasa. Iki šiol Estijoje nėra nustatytas pagrindinių paslaugų krepšelis, o tai reiškia, kad pagal ligonių kasų nuostatus ligonių kasos turi padengti visus sveikatos priežiūros kaštus. Nacionalinė sistema nepadengia medicininių išlaidų užsienyje, išskyrus tuos atvejus, kai su šalimis yra sudarytos sutartys (Latvija, Lietuva, Suomija, Švedija, Ukraina).

2. Sveikatos priežiūros išlaidos, kurias padengia sveikatos draudimo biudžetas, t.y. priedas prie nacionalinio biudžeto, ir jo įplaukos yra reglamentuojamos socialiniu mokesčiu. Socialinio mokesčio dydį sudaro 33 proc. darbuotojo uždarbio, iš kurio 20 proc. yra tiesiogiai sumokama pensijoms ir 13 proc. sveikatos draudimui. Darbdavys perveda socialinį mokestį, iš čia atskaičiuodamas savo sumokėtas išmokas ligos atveju, biudžetą administruojančioms ligonių kasoms.

3. Nacionalinę sveikatos draudimo sistemą sudaro centrinė ligonių kasa ir regioninės ligonių kasos. Sveikatos draudimo sistema - tai

socialinio draudimo sistema, todėl ją administruoja Nacionalinė socialinio draudimo valdyba atskaitinga Socialinių reikalų ministerijai.

4. Sveikatos draudimo veiklą reglamentuoja Sveikatos draudimo įstatymas (1991 m., 1994 m. pataisytas ir papildytas), įstaigų, kurios teikia sveikatos priežiūros paslaugas, veiklą reglamentuoja Sveikatos priežiūros organizacijų įstatymas (1994 m.). Draudimo įstatymas (1992 m.) reguliuoja savanoriškojo sveikatos draudimo santykius.

5. Estijoje beveik nėra privataus sveikatos draudimo, eksperimento būdu mėginta jį taikyti teikiant stomatologijos priežiūros paslaugas, taip pat teikiant medicinos paslaugas turtingiesiems, sumokant papildomas išmokas susirgus, tačiau šis eksperimentas nebuvo pakankamai plačiai taikomas.

2. Dabartinės sveikatos draudimo problemos

1. Pastaraisiais metais sveikatos priežiūros sistemos plėtrai nebuvo nustatyti tikslai, ir tai buvo pagrindinė priežastis, kodėl nebuvo nei galimybės, nei būtinybės taikyti alternatyvias finansavimo sistemas. Veikiančio sveikatos draudimo vaidmuo ir artimiausioje ateityje, ir tolesnėje perspektyvoje toli gražu nėra aiškus. Nors sveikatos draudimo biudžetas per pastaruosius metus didėjo, kaip ir bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, vis dar sunku pasakyti, ar medicinos paslaugų kokybė ir apskritai žmonių sveikata pagerėjo.

2. Nei mokesčių mokėtojai, tai yra darbdaviai, nei paprasti žmonės neturi aiškios vizijos apie jų pinigų panaudojimą. Ši sistema nemotyvuoja dalyvio (bet kokio asmens, darbdavio, paslaugos teikėjo ar ligonių kasos), ir todėl, nėra stimulo per gerai organizuotą sistemą mažinti sergančiųjų skaičių.

3. Išmokos ligos atveju „suvalgo“ medicinos priežiūros pinigus, kadangi mokėjimas už medicinos priežiūrą šiuo metu yra tarsi biudžetinė veikla, o išmokos ligos atveju siejamos su darbuotojų rizika susirgti, tuo tarpu kai abu išlaidų straipsniai iš tikrųjų priklauso tam pačiam sveikatos draudimo biudžetui. Todėl negalima tinkamai planuoti finansinės veiklos.

4. Atsižvelgiant į demografinę padėtį galima numatyti, kad pagyvenusių žmonių daugės. Politikams tai rūpi, ir, jų nuomone, pensijų reforma - didžiausias socialinės politikos prioritetas. Bet kadangi pensijų reforma dar nevykdoma, politikams trūksta drąsos tvarkyti socialinio draudimo reikalus ir spręsti sveikatos draudimo problemas. Tuo pačiu metu suvokiama, kad išlaidos pagyvenusių žmonių medicinos ir socialinei priežiūrai didėja, taip pat didėja ir bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos.

5. Nėra atitinkamų kainynų, kuriais būtų galima remtis teikiant efektyvias bei kokybiškas paslaugas ir įvertinant riziką, kuri susijusi su tomis medicinos paslaugomis ir visuomenės norais.

6. Sveikatos priežiūros paslaugos prilygtų vakarietiškomis, tačiau ištekliai šioms sąnaudoms padengti paremti esamu produktyvumu ir atlyginimų dydžiu, kurie yra daug mažesni nei ES, o tai reiškia, kad šalis gyvena ne pagal savo išteklius.

7. Informacija, įskaitant statistinius duomenis ir analizę, atliekamą jų pagrindu, labai nepakankama, ypač finansiniu aspektu. Viena iš priežasčių yra ta, kad kai kurie statistiniai duomenys nėra kaupiami: nėra galimybės juos analizuoti ir palyginti sveikatos priežiūros paslaugų finansinius rodiklius pagal bendruosius principus. Informacijos rinkimas taip pat išskaidytas tarp kelių institucijų.

8. Nėra pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų, kurios mokamos iš valstybės išteklių, įskaitant ir tas, už kurias moka ligonių kasos, sąrašo. Kitais žodžiais tariant: neaišku, kas turi dalyvauti kompensuojant medicinos paslaugų išlaidas ir kiek? Išmokų ligos atveju mokėjimas dalyvaujant darbdaviui ir sumokant tam tikrą sumą iš nacionalinio biudžeto (nėštumas, vaiko priežiūra, tuberkuliozė ir t.t.) irgi gali pasitarnauti šiam tikslui.

9. Bendra socialinio draudimo sistema taip pat toli gražu neaiški. Dėl to kyla pavojus, jog problemos (tokios kaip pensijų mokėjimas) bus sprendžiamos atskirai. Tuo pačiu metu nelaimingi atsitikimai darbe, profesinės ligos bei nedarbo problemos dar nėra aktyviai diskutuojamos. Be minėtų dar viena aktuali problema - išlaikyti esamų mokesčių lygį.

10. Daug keblumų kyla ir dėl sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų nuosavybės formų. Kadangi dauguma įstaigų priklauso savivaldybėms ir negali vykdyti savo nuosavybės įsipareigojimų, jos ir nesuinteresuotos dalyvauti reguliuojant minėtus klausimus.

TERMINŲ ŽODYNĖLIS

A

apdraustąsias, -óji	Fizinis arba juridinis asmuo, kuriam teikiamos draudimo garantijos (tiek draudimo liudijimo savininkui, tiek ir kitiems asmenims, gaunantiems išmokas pagal draudimo sąlygas).	insured
apdraustąsias valstóbs l, óomis	Socialiniu draudimu apdraustas asmuo, už kurį įmokas į draudimo fondą moka valstybė. LT, pavyzdžiui, sveikatos draudimu yra apdrausti pensininkai, bedarbiai, vaikai, invaliddai, valstybės remiami asmenys ir pan.	persons covered by the state
atsisąkymas dra÷sti, draudimo atsisąkymas	Oficialus privačios draudimo įmonės (draudiko) nesutikimas ką apdrausti, pavyzdžiui, dėl didelės rizikos.	refusal of an insurance application

B

bązinė išmoka, pagrindinė išmoka	Svarbiausioji išmoka, prie kurios gali būti pridėdama papildomų išmokų.	basic benefit
bązinė vąistó kaina, pamatinė vąistó kaina	Valstybės nustatytas vaistų kainos dydis, kuriuo remiantis skaičiuojama pacientų išlaidų vaistams kompensacija.	reference drug price
bązinas dárbo užmokestis, pamatinis dárbo užmokestis	Valstybės nustatomas atlyginimo normatyvas, pagal kurį skaičiuojamos įvairios išmokos, darbo užmokestis.	basic wage
Bėveridžo módelis	Socialinės apsaugos sistema, sukurta pagal Didžiosios Britanijos ekonomisto Viljamo Henrio Beveridžo (William Henry Beveridge, 1879–1963) pasiūlymus, kai pašalpų (išmokų) dydis priklauso nuo poreikių ir iš esmės nėra susijęs su mokėtomis įmokomis.	Beveridge model
Bismarko módelis	Socialinės apsaugos sistema, sukurta pagal Vokietijos valstybės vadovo Oto Bismarko (Otto von Bismarck, 1815–1898) pasiūlymus, kai valstybės tikslas yra rūpintis visų gyven-	Bismarck model

	tojų gerove, ypač palaikant labiausiai remtinus gyventojus ir pasitelkiant tam tikras institucijas bei bendruomenės išteklius. Nuo Beveridžo modelio skiriasi tuo, kad išmokų dydis paprastai yra susijęs su mokėtų įmokų dydžiu.	
būtinasis draudimo laikotarpis	Mažiausias nustatytas laiko tarpas, kurį asmuo turi būti apdraustas, kad įgytų teisę į išmokas.	minimum insurance period; qualification (qualifying) period
būtinasis įmokų laikotarpis	Mažiausias nustatytas laiko tarpas, kurį reikia mokėti įmokas, norint įgyti teisę į išmokas.	minimum period of contribution
būtinoji medicinos pagalba	Sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagrindiniams būtiniesiems medicininiams gyventojų poreikiams tenkinti.	basic medical care, essential medical care

C, D

darbdavio įmokos	Įmokos, kurias darbdavys moka socialinio draudimo sistemai darbuotojo vardu.	employer contribution
darbdavio išmoka dėl laikinojo nedarbingumo	Iš darbdavio gaunama dėl laikinojo nedarbingumo prarasto uždarbio kompensacija, kuri mokama darbuotojui atlyginimo pavidalu jo laikinojo nedarbingumo metu.	sick pay
darbdavys, -o	Fizinis ar juridinis asmuo, kuris samdo (įdarbina) asmenis tam tikram darbui atlikti. LT visų rūšių įmonių, įstaigų, organizacijų savininkai, jų vadovai, paskirti, išrinkti ar kitokia tvarka įgalioti pagal tų įmonių įstatymus ar kitokius dokumentus įmonės vardu sudaryti, pakeisti ir nutraukti darbo sutartį, atlikti kitus darbo įstatymų nustatytus veiksmus. Darbdaviais taip pat laikomi ūkininkai, sudarę darbo sutartį bent su vienu fiziniu asmeniu.	employer
darbo nukentėjėlio kompensacija	Išmoka, mokama darbuotojui, netekusiui darbingumo dėl su darbu susijusio sveikatos sugadinimo, siekiant atlyginti jam padarytą žalą; nukentėjėlio mirties atveju kompensacija mokama jo šeimai.	compensation for an occupational injury
darbo nukentėjėlis,	Darbuotojas, nukentėjęs dėl nelaimingo atsi-	victim of an oc-

-ė	tikimo darbe ar susirgęs profesine liga.	cupational injury or occupational disease
didelė rizika	Draudiko atžvilgiu – didelė tikimybė, kad dėl draudžiamąjį įvykio reikės didelių draudimo išmokų (tokia yra, pavyzdžiui, invalidumo rizika).	serious risk
didžiausioji išmoka	Išmokų riba, kurios negalima viršyti, nepaisant apskaičiuotos bendrosios išmokų sumos, kurią asmuo arba šeima turi teisę gauti.	benefit ceiling
didžiausioji vaisto kaina	Valstybės nustatyta viršutinė kainos už tam tikrą vaistą riba.	maximum drug price
diskriminavimas	Praktinė veikla, kuria išskirtinai ribojamos tam tikrų gyventojų grupių teisės.	discriminatory practice
draudė	Draudimo išmokama pinigų suma.	sum insured
draudikas	Draudimo sutarties šalis, kuri pagal sutarties sąlygas įsipareigoja mokėti išmokas.	insurer
draudiko įkainiai	Sveikatos draudimo sistemoje draudiko nustatyti įkainiai už paslaugas arba prekes.	rate set by insurers
draudimas nuo nelaimingų atsitikimų	Draudimo sistema, pagal kurią numatomos draudimo išmokos mirties ar sveikatos paženkinimo atveju dėl nelaimingo atsitikimo.	accident insurance
draudimas nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų	Draudimo sistema, pagal kurią teikiamos garantijos įvykus nelaimingam atsitikimui darbe bei susirgus profesine liga.	insurance for occupational injuries and diseases
draudimo laikotarpis	Socialinio draudimo įmokų mokėjimo, darbo pagal darbo sutartį, savarankiško darbo, profesinės veiklos laikotarpis, nustatomas arba pripažįstamas remiantis įstatymais, taip pat bet kuris kitas laikotarpis, įstatymais prilyginatas draudimo laikotarpiui.	period of insurance, insurance period
draudimo liudijimas, pòlisas	Oficialus dokumentas, kuriuo patvirtinamas draudimo sutarties sudarymas.	policy of insurance, insurance policy
draudimo liudijimo savininkas, pòliso savininkas	Draudimo įmokas mokantis draudimo liudijimo (poliso) turėtojas (panaudos gavėjas paprastai būna apdraustasis, kartais draudimo įmokų mokėtojas, bet gali būti ir kas kitas,	policyholder

	pavyzdžiui, jo giminaitis arba juridinis asmuo).	
draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe (darbdavių) įmoka	Papildomas darbdavių įmokos už draudimą nuo nelaimingų atsitikimų darbe; tos įmokos paprastai būna skirtingo dydžio, atsižvelgiant į draudimo rizikos laipsnį.	occupational (industrial) accident (injury) contribution
draudimo papymėjimas	Oficialus dokumentas, į kurį surašomi pagrindiniai apdraustojo asmens duomenys, būtinai socialinio draudimo įstaigai. LT dokumentas, į kurį įrašomi duomenys apie apdraustojo asmens gautą darbo užmokestį, nuo kurio buvo mokamos valstybinio socialinio draudimo įmokos, nurodomos darbdavio ir apdraustojo sumokėtos įmokų sumos ir draudimo laikotarpiai; pagal šiuos įrašus nustatoma teisė į valstybinio socialinio draudimo išmokas.	insury
draudimo rizika	Bet koks galimas įvykis ar pavojus, dėl kurių yra draudžiama ir kuriems atsitikus apdraustasis gali reikalauti draudimo išmokų.	risk
draudimo sertifikatas	Oficialus dokumentas, suteikiantis draudimo įstaigoms teisę užsiimti tam tikros rūšies draudimo veikla.	insurance certificate
draudimo sistemą	Sistema, grindžiama draudimo principais, pagal kuriuos išmokų dydis priklauso nuo mokamų įmokų dydžio bei kitų draudimo sąlygų.	insurance scheme, insurance-based scheme
draudžiamasis įvykis	Įmanomas arba galimas ateities įvykis, dėl kurio draudimo įstaiga įsipareigoja mokėti išmokas. LT draudimo sutartyje ar Draudimo įstatymo nustatytas atsitikimas, kuriam įvykus draudėjas, apdraustasis, naudos gavėjas ar trečiasis asmuo įgyja teisę į draudimo išmoką.	contingency
draudžiamoji rizika	Galimi įvykiai ar pavojai, nuo kurių asmuo gali draustis.	insurable risk
draudžiamosios išmokos	Prie asmens pajamų priskiriamos išmokos; nuo jų skaičiuojamos įmokos socialiniam draudimui.	benefit subject to contributions
E		
eilės nustatymas	Asmenų aptarnavimo, paraiškų, prašymų pa-	queuing

tenkinimo tvarkos sudarymas, kai nėra galimybių iš karto visų patenkinti (pavyzdžiui, teikiant medicinos ir socialines paslaugas).

F

fizinis asmuo Asmuo kaip civilinės teisės subjektas; skiriamas nuo juridinio asmens. natural entity; natural person

G

gŏdymo išlaidŏ apmokėjimas Visiškas arba dalinis paciento gydymo išlaidų dengimas iš draudimo fondo arba įmonės lėšų (mokama tiesiogiai paslaugų teikėjams arba atlyginamos paciento išlaidos). reimbursement (of expenses)

gŏdytojŏ apmokėjimo sistemā Sistema, pagal kuriā gydytojai gauna atlyginimą už teikiamas paslaugas; tai gali bŏti tiesioginis pacientų mokėjimas, mokėjimai iš valstybės ar sveikatos draudimo lėšų, atsižvelgiant į konsultacijų skaičių bei prisirašiusių gyventojų skaičių ir pan. system of payment of doctors

greitŏji medicinos pagālbā Specializuota sveikatos priežiŏros tarnyba, teikianti medicinos pagalbā žmogaus sveikatai ar gyvybei pavojingos traumos, apsinuodijimo ar ūmios ligos atveju. ambulance, emergency

H, I

āgaliŏtoji įstaiga Socialinės apsaugos įstaiga, teikianti išmokas bei paslaugas ir tiesiogiai atsakinga už atitinkamų įstatymų įgyvendinimą. competent institution

įmokos Privalomos arba savanoriškos organizacijai, fondui arba įmonei reguliariai apdraustojo asmens vardu mokamos pinigų sumos, suteikiančios apdraustajam teisę į išmokas. contributions, premiums

įmokŏ grābėnimas Per klaidā įmokėtŏ ar surinktŏ įmokų grāžinimas mokėtojui. contribution refund, reimbursement of contributions

įmokŏ mokėjimas Periodiškas įmokų mokėjimas, garantuojantis dalyvavimą tam tikroje sistemoje. contribute (to)

įmokŏ mokėtojas, -a Įmokas mokantis fizinis ar juridinis asmuo. contributor

įmokø pãmatas	Pajamos, iš kuriø skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos, pavyzdžiui, darbo užmokestis.	contribution basis
individuali rízkia	Rizika, susijusi tik su vienu asmeniu.	individual risk
įmoka	Bet kuris piniginis arba natūrinis išmokėjimas, įskaitant lengvatas (pavyzdžiui, iš socialinio draudimo fondo mokama suma).	benefit
įmoka pagal ūþdarbã	Įmoka, kurios gavimo teisė ir dydis yra susiję su uždarbiu.	earnings-related benefit
įmokos pagūnda	Draudimo atžvilgiu – pavojus, kad, esant mažam skirtumui tarp nedarbo išmokos ir darbo užmokesčio dydžio, asmuo gali pasirinkti nedarbã, kaip patrauklesnę padėtį negu darbas. Socialinės apsaugos, draudimo, paramos sistemų organizavimo atžvilgiu – paslaugų vartotojo siekimas gauti, o paslaugų teikėjo siekimas suteikti kuo daugiau paslaugų nekreipiant dėmesio į jų efektyvumą; pasitaiko atvejais, kai finansiniai padariniai tenka tretiesiems asmenims, pavyzdžiui, valstybei arba draudimo fondui.	moral risk; moral hazard
įmokø dýdis	Apskaičiuotoji ir mokėtina išmokų suma.	rate of benefits
įmokø plúoðtas	Įvairios išmokos, kurias iš skirtingų šaltinių gavėjas gali gauti vienu metu.	simultaneous multiple benefits
J		
juridinis asmuõ	Asmuo arba organizacija, turinti oficialiã juridinę padėtį ir atitinkamas teises bei pareigas.	legal entity
K		
kainóraðtis	Sveikatos priežiūros srityje medicinos paslaugų arba vaistų įsigijimo dengiamų kainų sąrašas.	price list
L		
lãukianèiøjø sçraðas	Oficialiai sudaromas pacientų, laukiančių operacijos, specialaus gydymo, apgyvendinimo pensione, sąrašas ar eilė, reguliuojantys galimybę gauti paslaugas, kurių teikimas yra ribotas.	waiting list
ligõniø kasã	<i>Pr. sveikãtos draudimo fõndas</i>	
ligõs i» motinýstės draudimas	Draudimo rūšis, skirta dengti išlaidoms, susijusioms su liga, nėštumu bei gimdymu.	sickness and maternity insu-

draudimas	jusioms su liga, nėštumu bei gimdymu.	rance
ligos rizika	Tikimybė, kad asmuo susirgs tam tikra liga.	risk of illness (sickness)
ligų klasifikacija	Ligų bei mirties priežasčių sąrašas, kuriuo remiamasi rengiant mirtingumo bei sergamumo statistiką, tinkamą tarptautiniams palyginimams.	classification of illnesses
ligų sąrašas	Nutarimu patvirtintas ligų, už kurių gydymą pacientas neturi primokėti (pavyzdžiui, kompensuojamos visos vaistų išlaidos), sąrašas.	list of illnesses
lovądienio kaina	Ligoninės išlaidos (buitinės, medicinos ir kt.) už kiekvieną paciento gydymosi stacionare dieną; tos išlaidos turi būti apmokamos.	daily hospital charge
lovądienio mokesčiai	Nustatytas piniginis atsilyginimas už kiekvieną dieną, praleistą ligoninėje ar kitoje medicinos arba socialinėje įstaigoje.	daily charge
lovądienis	Ligoninės lovų užimtumo apskaitos vienetas – skaičiuojamas vidutinis dienų skaičius, kai lovos yra užimtos.	bed-day

M

mažą rizika	Draudiko atžvilgiu – didelė tikimybė, kad apdraustasis nesikreips dėl išmokų arba, įvykus draudžiamajam įvykiui, išmokos bus nedidelės.	minor risks, good risks
mažiausioji išmoka	Išmoka, kurios dydis negali būti mažesnis negu nustatyta.	minimum benefit

N

natūrinė išmoka	Parama, teikiama ne pinigais, o daiktais arba paslaugomis (pavyzdžiui, medicinos pagalba).	benefit in kind
nelaimingas atsitikimas darbe	LT ūmus darbuotojo sveikatos pagadinimas dėl trumpalaikio pavojingo, kenksmingo darbo aplinkos poveikio arba neatsargumo, dėl kurio darbuotojas netenka darbingumo nors vienai dienai arba net miršta.	occupational (industrial) accident
nelaimingas atsitikimas kelyje	Ūmus darbuotojo sveikatos pagadinimas vykstant iš namų į darbą, grįžtant iš darbo į namus arba keliaujant darbo metu ir vykdant darbdavio užduotį.	commuting accident, accident while travelling (to or from work)

		from work)
nemokamâ sveikâtos prîeþiûra	Sveikatos prieþiûra, uþ kuriâ paèiam pacien-tui mokëti nereikia, nes jos teikimo iðlaidos yra dengiamos ið sveikatos draudimo fondo ar valstybës lëþû.	free health care
	LT valstybës nustatytû rûðiû ir masto asmens ir visuomenës sveikatos prieþiûra, kurios są-lygas laidoja ir visiðkai padengia sąnaudas valstybë ar savivaldybës.	
neprivâlomas papîldomasis draudîmas	Savanoriðko draudimo rûðis, leidþianti asme-niui gauti papildomâ aprûpinimâ ir iðplësti jau turimas garantijas.	optional com-plementary (sup-plementary) insu-rance
nustatôtasis îmokø tarîfas	Fiksuoto dydþio draudimo îmokû tarifo tai-kymas, neatsiþvelgiant î rizikos laipsnî.	fixed contribu-tion rate
P		
pacie¹tas, -ë	LT susirgëþs ar sveikas asmuo, kuris naudojasi sveikatos îstaigû teikiamomis paslaugomis.	patient
pacie¹tø regîstras	Sâraðas gyventojû, kurie patys yra prisiraðë ar yra paskirti gydytojui (bendrosios praktikos gydytojui, apylinkës terapeutui, apylinkës pe-diatrui ir pan.), î kurî turi kreiptis sveikatos reikalais pirmojo apsilankymo metu.	register of pa-tients
padîdintoji îmoka	Didesnë draudimo îmoka, kurios draudimo îstaiga gali reikalauti didelës rizikos atvejais.	increased pre-mium
pâjamos	Lëþos, kurias gauna asmuo, šeima arba namû ūkis (darbo uþmokesèio, paðalpu, pensijû, di-videndû ir pan. pavidalu). LT priskiriamos ne tik nominaliosios namû ūkio pajamos, bet ir piniginis jo natûriniû pa-jamû îvertinimas.	income
pajamÿ mðkestis	Mokestis, kuriuo pagal îstatymus apmokestina-mos ekonomikos subjektû pajamos.	income tax
pamatînë vâistø kâina	Pr. <i>bâzinë vâistø kâina</i>	
papîldomasis draudîmas	Draudimo sistema, suteikianti apdraustajam pridëtinû garantijû prie tû, kurios teikiamos	complementary insurance

	bendrają tvarka.	
papildomoji apsaugą	Teikimas išmokų (pensijos bei sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas), padedančių gerinti aprūpinimą, gaunamą iš pagrindinės įstatymų nustatytos socialinės apsaugos sistemos; gali būti organizuojama privalomai arba savanoriškai, pavyzdžiui, pagal įstatymą, kolektyvinę sutartį ar individualiai.	complementary (supplementary) protection
papildomoji išmoka, prēmoka	Išmoka, mokama kaip kitų išmokų priedas.	additional benefits
papildomoji sistema	Sistema, atskirta nuo kitų sistemų bei jas papildanti.	supplementary scheme
papildomoji socialinės apsaugos sistema	Socialinės apsaugos sistema, kuri teikia ne pagrindines, o papildomas išmokas.	supplementary social security scheme
pašalpą	Reguliari pinigine socialinės apsaugos sistemos garantuojama išmoka, padedanti gavėjui patenkinti būtiniausius poreikius ar kompensuoti nepakankamas pajamas (jeigu gavėjas turi teisę į pašalpą).	allowance
piniginė išmoka	Pensija ar kuri kita išmoka, mokama pinigais, įskaitant visas išmokų dalis, jų padidinimą, priedus, išlyginamąsias sumas ir priemokas, taip pat vienkartinę išmoką bei atsiskaitymus.	benefit in cash
pirminė sveikatos priežiūra	LT nespecializuota kvalifikuota asmens, įskaitant ir psichinę sveikatą, ir visuomenės sveikatos priežiūra gyvenamajame vietoje.	primary care
pòlisas	Pr. draudimo liudijimas	
pòliso savininkas	Pr. draudimo liudijimo savininkas	
privatūs draudimo sistemos	Nevalstybinė draudimo sistema, grindžiama vien savanorišku asmenų dalyvavimu.	private insurance scheme
privatų draudimo išmoka	Privatiosios draudimo sistemos draudimo liudijimo savininko mokama (paprastai periodiškai) draudimo išmoka.	premium
privalomai draudiamas asmuo	Asmuo, kuris įstatymų nustatyta tvarka turi apsidrausti arba būti apdraustas.	compulsorily insured
privaloma	Reikalavimas, kad nustatytų grupių darbuotojai	compulsory

papildomoji apsaugà	gautų papildomas garantijas, be tų, kurias teikia pagrindinė socialinės apsaugos sistema.	supplementary protection
privádomasis draudimas	Bet kuri teisės aktu nustatyta draudimo forma, būtina visiems valstybės gyventojams arba kurioms nors jų grupėms.	compulsory insurance; mandatory insurance; obligatory insurance
privádomas papildomasis draudimas	Papildomasis draudimas, kuriuo darbdaviai bei darbuotojai turi draustis ir tuo atveju, kai jis nėra pagrindinės socialinės apsaugos sistemos dalis.	compulsory supplementary scheme
privádomosios įmokos	Įmokos, kurias turi mokėti pats asmuo arba kurios turi būti mokamos asmens vardu.	compulsory contributions
privatūs draudikas	Nevalstybinė draudimo įstaiga (bendrovė).	private insurance companies
privatūs draudimas	Nevalstybinis draudimas privačioje draudimo įstaigoje (bendrovėje).	private insurance
R		
reguliuojamos vaistų kainos	Valstybės nustatomos vaistų kainos arba neviršytinas jų dydis, siekiant apsaugoti vartotojus nuo gamintojų ar vaistinininkų savavaliavimo rinkoje neigiamų padarinių.	regulated price of drugs
rizikingas asmuo	Asmuo, kurio tikimybė susirgti ar susižaloti yra didelė arba kurio gydymas gali būti brangus.	high-risk person
S		
savanoriškas draudimas	Draudimas, kuriuo draustis nėra privalu.	voluntary insurance
savanoriškas papildomasis draudimas	Papildomojo draudimo sistema, kurią darbdavys pasirenka savo nuožiūra, arba draudimo rūšis, kuria darbuotojas gali draustis savo noru.	voluntary supplementary insurance
savanoriškosios įmokos	Įmokos, mokamos savo noru, be išpareigojimo tai daryti.	voluntary contributions
siuntimas	Oficialus dokumentas, kuriuo patvirtinama, kad siunčiamam asmeniui turi būti teikiamos paslaugos. LT, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojui pacientams išduoda siuntimus pas specialia-	referral

	listus, į ligonines ir pan.	
skolų įdieškėjimas	Atsakingų institucijų veiksmai, kuriais siekiama išreikalauti apskaičiuotas įmokas.	procedure for enforcing payment
socialinė aprėptis	1) Gyventojų arba kurių nors jų grupių apsauga nuo tam tikros rizikos. 2) Paramos, kurią laiduoja socialinės apsaugos išmokos, mastas.	1) coverage 2) social cover
socialinė apsaugā	Visapusiška socialinės apsaugos sistema, padedanti valstybei laiduoti gyventojų aprūpinimą ligos, sužalojimo, senatvės, nedarbo ir kitais atvejais, suteikti papildomų pajamų nustatytiems šeimos poreikiams tenkinti.	social security; social protection
socialinė atskirtis	Visuomenės atsisakymas atskirų savo narių (pavyzdžiui, benamių, narkomanų), jeigu jų gyvenimo būdas neatitinka visuomenės nuostatų arba jie negali palaikyti įprastos socialinės sąveikos, neturėdami tam reikalingų materialinių išteklių, išsilavinimo ir pan. Socialinę atskirtį gali sukelti ir socialinės apsaugos sistemos trūkumai, neleidžiantys daliai gyventojų pasinaudoti šios sistemos galimybėmis.	social exclusion
socialinė paramā	Pagalba, teikiama pinigais arba natūra asmenims, kurie neturi išteklių būtiniesiems poreikiams patenkinti.	social assistance (aid); safety net
socialinė pašalpā	Nesiejama su įmokomis valstybės (savivaldybės) mokama pašalpa neturintiems nustatytų pajamų asmenims. LT piniginė pašalpa, skiriama asmeniui, jei dėl tam tikrų priežasčių jo šeimos pajamos yra mažesnės už nustatytas valstybės remiamas pajamas.	social allowance; guaranteed minimum income
socialinė rizika	Tikėtini įvykiai (dažniausiai tai pajamų praradimas dėl senatvės, nedarbo, ligos arba papildomos išlaidos vaikams auginti), nuo kurių padarinių yra numatytos socialinės apsaugos priemonės.	social risks
socialinės apsaugos finansavimas	Finansinių išteklių, skirtų socialinei apsaugai, sudarymo būdai.	social protection financing

sociālīnēs apsaugōs īplaukos	Sociālīnēs apsaugos sistēmū pajamos īmoku bei kitū mokesčīū pavidalu.	social protection receipts
sociālīnēs apsaugōs īōlaidos	Īšlaidū sociālīnēs apsaugos priemonēms suma, pavyzdžiui, sociālīnēs apsaugos īšmokos, sistemos tvarkymo īšlaidos.	social protection expenditure
sociālīnēs apsaugōs māstas	Īšmoku, kurios yra teikiamos per sociālīnēs apsaugos sistemā, sālγgos, tipai bei dydis.	level of protection; level of social protection
sociālīnēs apsaugōs polītika	Valstybēs taikomos priemonēs, kuriomis siekiama laiduoti paramā sergantiems, sužalotiems, pāgyvenusiems bei neįgaliems asmenims, pavyzdžiui, leidžiant teisēs aktus, kuriais darbuotojai bei darbdaviai īpareigojami apsidrausti nuo nedarbingumo bei darbo pajamū praradimo ir kt.	social protection policy
sociālīnēs apsaugōs sistemā	Priemoniū sistema, leidžianti sociālīnēs rizikos atvejais īšsaugoti garantijas, ekonominį savarankiškumą bei persikirstyti lēšas.	social security system
sociālīnēs īmokos	Atskaitymai į sociālīnēs apsaugos fondus nuo darbo pajamū norint įgyti teisę į īšmokas.	social contribution
sociālīnis draudīmas	Visuma suderintū valstybiniū privalomūjų draudimo sistemū, garantuojančīū īšmokas ligos, invalidumo, senatvēs, mirties, maitintojo netekimo, motinystēs ir panašiais atvejais.	social insurance scheme
stacionārīnē prieþiūra	Prieþiūra, teikiama tam skirtose įstaigose, pavyzdžiui, ligoninėse, slaugos namuose ir pan.	institutional care
sutartinē lovādienio kāina	Lovādienio kāina, nustatyta ligoninės ir sveikatos draudimo įstaigos sutartimi.	daily charge set by convention
sveikātinamoji veiklā	Asmens ir visuomenēs sveikatos prieþiūra, įskaitant farmacijā, liaudies medicinā ir kitus sveikatos atgavimo būdus bei priemones sveikatai palaikyti ir īšsaugoti.	health promotion
sveikātos apsaugā	Sveikatai kenksmingū fizinės ir sociālīnēs aplinkos veiksmiū stebėjimas, užkardymas ar poveikio mažinimas, nepavėluotas pavojaus sveikatai nustatymas.	health protection
sveikātos draudīmas	Draudimas, garantuojantis īšmokas susirgus arba patyrus traumā; gali būti kompensuojamos gy-	health insurance; medical insurance;

draudimas	dymo išlaidos ir (arba) prarastos pajamos.	sickness insurance
sveikatos draudimo fondas, ligonių kasà	Fondas, iš kurio apmokamos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidos (taip pat kartais mokamos ir tiesioginės išmokos).	sickness fund; patient fund
sveikatos draudimo įmokos	Į sveikatos draudimo fondą mokamos įmokos, kuriomis atlyginamos sveikatos priežiūros išlaidos.	health insurance contributions
sveikatos priežiūra	Ligonių gydymas, rehabilitacija bei ligų profilaktika.	health care; medical care
sveikatos priežiūros finansavimas	Lėšų, reikalingų sveikatos priežiūrai skyrimas iš įmokų, surenkamų iš darbdavio, darbuotojo arba iš bendrųjų mokesčių.	health care financing
sveikatos priežiūros išlaidos	Finansiniai ištekliai, kuriuos sveikatos priežiūrai išleidžia tiek privačios, tiek valstybinės įstaigos.	health care expenditure
sveikatos priežiūros išmokos	Sveikatos draudimo sistemos sąskaita gyventojams teikiamos gydytojų paslaugos, dažnai stomatologinė priežiūra, slauga, kartais sanatorinis gydymas, taip pat gydymas ligoninėje, vaistų bei kitų medicinos priemonių teikimas.	health care benefits; medical benefits
sveikatos priežiūros sistema	Visas personalas, privačios ar valstybinės institucijos ir valdymo įstaigos, įranga ir patalpos, kurių funkcijos yra ligų profilaktika, ligonių priežiūra ir šalies gyventojų sveikatos laidavimas.	health care system
sveikatos priežiūros teikimas	Nemokamos arba mokamos paslaugos, daromos gydymo ir ligų profilaktikos tikslais.	supply of health care
Ð, T		
tarifo diferenciacija	<i>Pr. tarifo paskirstà</i>	
tarifo paskirstà, tarifo diferenciacija	Draudimo sistemoje tai draudimo įmokų tarifų paskirstymas pagal rizikos laipsnį bei išmokų tikimybę.	rate adjustment
teik_ias, -a	Asmuo ar institucija, teikianti paslaugas.	supplier; provider
teik_jø sukeltà paklausà	Paslaugų paklausa, atsirandanti dėl paslaugų teikėjų įtakos vartotojams.	provider induced demand
tæstínis nepriváloomasis	Savanoriškojo draudimo rūšis, taikoma, kai asmuo savo aprūpinimo garantijas toliau tęsia	optional insurance continuation

draudimas	išeidamas iš privalomojo aprūpinimo sistemos.	tion option
tiekimas	Prekių pristatymas už tam tikrą užmokestį arba be jo.	provision
trečiasis asmuo	Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe sistemoje tai asmuo, kuris, nebūdamas nei darbdavys, nei jo atstovas, yra atsakingas už žalos atlyginimą įvykus nelaimingam atsitikimui. Sveikatos priežiūros organizavimo sistemoje tai institucija, visiškai arba iš dalies apmokanti išlaidas, susijusias su paslaugų teikimu apdraustiems pacientams (pavyzdžiui, valstybės institucija arba sveikatos draudimo fondas).	third party
trejetainė sveikatos priežiūra	LT labiausiai specializuota asmens bei visuomenės sveikatos priežiūra, kurią atlieka centrinės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.	tertiary care
trumpalaikė išmoka	Išmoka, mokama neilgą laiko tarpą.	short-term benefit
U, V		
vāistø srašdas	Oficialus rekomenduojamų ar ribojamų vaistų sąrašas, dažnai naudojamas išlaidoms, skiriamoms vaistams, kontroliuoti.	list of drugs
valstōbės išlaidos sveikatos priežiūrai	Valstybės biudžeto išlaidų dalis, skirta gyventojų sveikatos priežiūrai laiduoti.	state health care expenditure
valstōbinė socialinė apsauga	Valstybės nustatytų, kontroliuojamų bei finansuojamų socialinio gyventojų aprūpinimo priemonių sistema.	public social protection
valstōbinis vāistø kainø reguliāvimas	Vaistų kainų nustatymo ir reguliavimo priemonės, kurių imasi atitinkamos valstybės įstaigos.	administrative price of pharmaceuticals control
vartotojo mokamā dalis	Įkainio dalis, mokama paciento ar globotinio, kurio ne visos išlaidos yra dengiamos iš sveikatos draudimo arba iš socialinės apsaugos sistemos lėšų.	user fee; franchise; copayment
visuomenės sveikatos priežiūra	LT visuomenės ar atskirų jos grupių sveikatos apsauga ir jos stiprinimas.	public health care
visuotinė aprėptis	Socialinės apsaugos sistemų garantijų teikimas	universal cove-

visuotinė išmokų sistema	visiems ar daugeliui šalies gyventojų. Socialinės apsaugos sistema, aptarnaujanti visus valstybės piliečius.	rage universal benefit scheme
visuotinė sveikatos priežiūra	Sistema, teikianti sveikatos priežiūros paslaugas bet kuriam visuomenės nariui, kuriam jų reikia.	universal system of health care provision
visuotinis sveikatos priežiūros prieinamumas	Galimybė visiems asmenims pagal poreikius gauti medicinos pagalbą, kurią teikia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai.	universal access to health care
P		
paal	Padariniai veiksmy, del kuriy sumažeya naudingy savybiy vertę arba jos visai prarandamos.	damage
paalõs atlõginimas	Piniy suma, kuriy fiziniam ar juridiniam asmeniui išmoka kitas fizinis ar juridinis asmuo, kompensuodamas padarytą žalą arba nuostolius.	compensation for damage; indemnity
paalõs atlõginimas d'ol nelaimingo atsitikimo darbē a» profesinēs ligõs	Visos išmokos iš lēšy tų įmonių bei ūkininkų, del kuriy kaltēs buvo sužalota darbuotojo sveikata, jis susirgo profesine liga arba mirē; išmokos, teikiamos nukentėjusiems asmenims arba mirusio darbuotojo šeimai norint atlyginti darbo užmokesčio ar jo dalies netekimo, taip pat kitus nuostolius (turētas papildomas išlaidas).	occupational (industrial) accident (injury) indemnity

TURINYS

IŽANGA.....	3
PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS EUROPOS SAJUNGOJE	4
1. Įvadas.....	4
2. Papildomųjų ir privalomųjų sveikatos priežiūros sistemų santykiai	5
2.1. Apsaugos padalijimo argumentai	5
2.2. Pajamų palaikymas	6
2.3. Medicininė priežiūra	7
2.4. Socialinė ir individuali papildomoji apsauga	11
2.5. Prevencinės ir gydymosi priemonės	13
2.6. Lemiantys papildomojo draudimo pasiūlos ir paklausos veiksniai ..	13
3. Europos Sąjungos papildomojo draudimo sistemų rinka	15
4. Europos plėtra ir ES reglamentai	20
PAPILDOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMŲ SOCIALINĖS	
GEROVĖS ANALIZĖ.....	22
1. Įvadas.....	22
2. PSD sistemų apibūdinimas.....	23
3. PSD sistemų uždaviniai	24
4. PSD sistemų socialinės gerovės ekonominė analizė	25
Kriterijai	25
Papildomos prielaidos.....	28
Įvertinimas	29
5. Išvados	34
LIETUVOS PAPILDOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO MODELIAI ..	35
1. Įvadas.....	35
2. Kintamieji, į kuriuos reikėtų atkreipti dėmesį įgyvendinant papildomąjį	
sveikatos draudimą	35
1. Papildomojo draudimo perspektyvos.....	35
a. Savanoriškasis ar privalomas papildomasis draudimas?	35
b. Ar draudimo paslaugas teikia, privačios ar valstybinės	
institucijos?	36
c. Papildomasis draudimas arba medicinos kaupiamosios sąskaitos...37	
2. Mokesčių mažinimo sistema	37
3. Išmokų (teikiamo paslaugų krepšelio) mažinimas esant privalomajai	
valstybinei sistemai yra sąlygojamas sumažėjusio mokesčių surinkimo ..38	

3. Septyni papildomojo sveikatos draudimo įgyvendinimo modeliai.....	39
REKOMENDACIJOS PAPILDOMOJO (SAVANORIŠKOJO)	
SVEIKATOS DRAUDIMO PLĖTRAI LIETUVOJE.....	50
Privalomojo sveikatos draudimo (PrSD) plėtra	50
Papildomojo sveikatos draudimo (PSD) plėtra.....	52
Prielaidos platesnei PSD raidai ir patys svarbiausi žingsniai.....	54
Rekomenduotinas papildomojo sveikatos draudimo prielaidų formavimo planas.....	56
Tolesnė PSD plėtra	57
PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS ČEKIJOJE.....	67
PAPILDOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS SLOVĖNIJOJE	74
1. Įvadas.....	74
2. Papildomojo sveikatos draudimo įplaukos.....	74
3. Papildomojo sveikatos draudimo išlaidos.....	75
4. Veiklos rodikliai	78
PAPILDOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TAIKYMO GALIMYBĖS:	
ESTIJOS ATVEJIS	79
1. Dabartinė Estijos padėtis	79
2. Dabartinės sveikatos draudimo problemos	80
TERMINŲ ŽODYNĖLIS.....	83
TURINYS.....	988

PAPILDOMASIS SVEIKATOS
DRAUDIMAS

2000

Išleido:

Sveikatos Ekonomikos Centras
Savičiaus 6-18, Vilnius. SL 2217
E-mail: sec@takas.lt

Spausdino Senamiesčio spaustuvė,
Totorių 27, 2001, Vilnius
Parengta spaudai 2000 03 20. Tiražas 300 egz. Užsakymo nr. 121

UDK 369 Pa 221