

## Nuomonė

### Žmonės nevertina to, ką gauna veltui



**“Paprastiems Lietuvos piliečiams iki šiol nesudarytos galimybės investuoti į savo sveikatą”**

Laimutis PAŠKEVIČIUS

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas

Tenka pripažinti, kad sveikatos sistema pas mus nėra gera. Tačiau Airijoje ir Anglijoje dirbantys lietuviai skraido gydytis ir sveikatos tikrintis į Lietuvą. Mat tose šalyse specialisto konsultacijos, sudėtingesnio tyrimo ar operacijos reikia laukti net kelis mėnesius. O Lietuvos privačiose klinikose jie gauna reikiamas paslaugas per dieną ar kelias.

Finansinis paslaugų prieinamumo aspektas tampa ne toks reikšmingas, nes pragyvenimo lygis auga. Tačiau pinigai, kuriuos pacientas gali skirti savo sveikatai, viešajame sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje iki šiol nelegalizuoti. Lietuva šiuo metu yra vienintelė ES šalis, kurioje neįteisintos priemokos už medicinos paslaugas. Kyla klausimas, ar tai labai gudru, ar vis dėlto neracionalu?

Šiomet pirmą kartą sudarius sutartis su rivačiomis gydymo įstaigomis, pacientų eilės jau aptirpo. Mūsų asociacijos nariai teigia, kad vien dienos chirurgijos operacijų skaičius per eilė mėnesių išaugo 2-3 kartus. Kai kurioms operacijoms net netaikomos priemokos. Tačiau auguma privačių įstaigų, sudariusių sutartis su ligonių kasomis, priemokas vis dėlto taiko, nes dabartiniai paslaugų įkainiai neatitinka realių sąnaudų. Mat privačios gydymo įstaigos aktyviai investuoja į medicinos įrangą, moka didesnius mokesčius, nuo kurių viešosios įstaigos yra atleistos.

Paslaugų prieinamumą galima būtų pagerinti dar labiau. Pavyzdžiui, sąnarių protezavimo Lietuvoje pacientams reikia laukti 2-3 metus. Tokios eilės netoleruotinos, be to, sistema turi pakankamai išteklių joms sumažinti. Šios operacijos, kaip ir daugybė kitų sveikatos priežiūros paslaugų, galėtų būti atliekamos ir rivačiame sektoriuje.

Bet pirmiausia valstybė turi aiškiai apibrėžti, kokį paslaugų krepšelį apmoka privalomasis sveikatos draudimas ir kaip tai apskaičiuojama. Tai bus aišku, kokių paslaugų kainas valstybė, tsižvelgdama į savo finansines galimybes, kompensuoja, likusių paslaugų apmokėjimu turės pasirūpinti pats pacientas arba privati draudimo kompanija, kurioje jis bus apsidraudęs sveikatą.

Tokia praktika yra visame civilizuo-tame pasaulyje - apie 20 proc. sveikatos sistemoje esisukančių pinigų yra būtent papildomo sveikatos draudimo lėšos. Lietuvos sveikatos sistemoje papildomo sveikatos draudimo lėšos, mano žiniomis, yra tik apie 6 mln. litų. Apdrausti rivačiu sveikatos draudimu savo darbuotojus gali tik įmonės. O paprastas pilietis, norintis ždirbtus pinigus išleisti ne bare ar parduotuvėje, o investuoti į savo sveikatą ją papildomai apdraudamas, Lietuvoje kol kas negali - nėra ai reguliuojančių teisės aktų.

Kai žmogus paslaugą gauna veltui, jis jos geramam nevertina. Jei už sveikatos priežiūrą reikėtų nors kiek primokėti, žmogus atsakingiau vertintų savo sveikatą. O dabar atsakomybė dažniausiai perkeliama gydytojui.

*Užrašė Alia ZINKUVIENĖ*