

Kodėl turime mokėti privačiose gydymo įstaigose?

Privačiose gydymo įstaigose apsilankęs pacientas, kaip įprasta visose įmonėse ar įstaigose, kurios parodo prekes ar teikia paslaugas, oficialiai sumoka už gautas paslaugas kasoje, gauna kvitą, kuriame aiškiai nurodyta, kiek kainavo jam suteiktos paslaugos, kokią sumą kompensavo valstybė ir kiek liko primokėti pačiam. Atsigulęs į valstybinę ligoninę, žmogus dažnai taip pat primoka už jam suteiktas paslaugas: už greitesnį ištyrimą, konsultaciją, „eilės“ sutrumpinimą; atsidėkoja anesteziologui, operuojančiam chirurgui, slaugytojoms, gauna lapelį su sąrašu vaistų ir medicinos priemonių, kurias turi pats nusipirkti, susimoka už geresnę palatą ir t.t. Tik šiuo atveju už atliktus mokėjimus niekas „čekiuko“ neduoda...

Apie sveikatos politiką kalbamės su Laimučiu PAŠKEVIČIUMI, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija prezidentu ir Rūta VAINIENE, Lietuvos laisvosios rinkos instituto eksperte.

Į klausimus atsako Laimutis PAŠKEVIČIUS.

Kodėl Sodrai mokantis žmogus dar turi papildomai mokėti privačiose gydymo įstaigose?

Norėčiau atsakyti posakiu: „Stovi chirurgas su skalpeliu pasilenkęs prie ligonio, gulinčio ant operacinio stalo, ir klausia: „Tamstą gydyti gerai ar nemokamai?“. Nemokamos medicinos nėra, skiriasi tik kaip paslaugos apmokamos: ar žmogus pats oficialiai sumoka į kasą, kaip įprasta privačiose gydymo įstaigose, ar susimoka „vokelyje“, ar už žmogų sumoka draudimo institucijos.

Šalies įstatymai žmonėms teoriškai suteikia teisę pasirinkti gydymo įstaigą bei gauti visą ar dalinį apmokėjimą už paslaugas. Tačiau praktikoje ši teisė yra apribota, nes, pacientui, pasirinkus privačią gydymo įstaigą, dalis paslaugų, pavyzdžiui, stacionarinės, dėl biurokratinių kliūčių nėra valstybės kompensuojamos, taip pažeidžiamas esminis draudžiamosios medicinos principas „pinigai seka paskui ligonį“ į tą gydymo įstaigą, kurioje pacientui suteikiamos paslaugos.

Yra nemažai žmonių, prisiregistravusių šalia namų prie kokios nors privačios gydymo įstaigos, kuri gundo nemokamomis paslaugomis. Tik vėliau išaiškėja, kad už kažką vis dėlto teks mokėti... Kodėl valstybė negali apmokėti visų žmogui teikiamų paslaugų?

Nė viena pasaulio valstybė nėra finansiškai pajėgi ap-

mokėti iš valstybės biudžeto visiems valstybės gyventojams visų jiems reikalingų medicinos paslaugų. Vargu, ar tai būtų galima tikėtis Lietuvoje, kuri pagal BVP dalį, skiriamą sveikatos priežiūrai, ir pagal lėšas, skiriamas vieno gyventojų sveikatos priežiūrai, užima vieną paskutinių vietų tarp ES šalių. Dėl nemokamų paslaugų, tai patarčiau žmonėms kiek įmanoma tiksliau išsiaiš-



kinti visas aplinkybes, prieš pradėdant jomis naudotis, nes, kaip minėjau, nemokamų paslaugų nėra, nebent jos būtų teikiamos labdaros tikslu.

Kaip, jūsų nuomone, turėtų atrodyti tobulesnė sveikatos priežiūros politika Lietuvoje?

Naudingiausia žmogui ir skaidriausia sveikatos sistema Lietuvoje galėtų būti tokia: valstybė nustato realius (ekonomiškai pagrįstus) sveikatos priežiūros paslaugų bazinius įkainius, į juos įskaičiuojant ir turto (patalpų, įrangos, kt.) nusidėvėjimo atskaitymus. Pagal finansines galimybes, valstybė turėtų nustatyti medicinos pagalbos „bazinį krepšelį“, kurio paslaugas valstybė kompensuotų pacientams 100 proc. tiek valstybinėse, tiek privačiose gydymo įstaigose. Už kitas paslaugas, nepatenkančias į šį krepšelį, apmokėtų papildomojo savanoriškojo sveikatos draudimo kompanija, pacientui papildomai apsidraudus sveikatą, arba pats žmogus, jei nesidraustų sveikatos. Tai yra įprasta praktika

pasaulyje. Todėl valstybė turi sudaryti sąlygas papildomam sveikatos draudimui rasti ir veikti Lietuvoje. Taip pacientams vis mažiau reiktų tiesiogiai mokėti už gautas paslaugas medicinos įstaigose.

Kokia yra kitų Europos šalių patirtis?

Man teko lankytis daugelyje Europos Sąjungos šalių. Neteko girdėti, kad nors vienoje šalyje nebūtų priemokų už medicinos paslaugas. Priemokų sistemos įvairiose šalyse yra įvairios: už vizitą pas gydytoją, už gydymo atvejį, už kiekvieną ligoninėje praleistą dieną, už tyrimą, už vaistus. Priemokos yra net ir valstybėse, kurios skiria kelis kartus daugiau lėšų vieno šalies gyventojo sveikatos priežiūrai, palyginti su Lietuva. Valstybinės ligonių kasos direktorius A.Sasnauskas savo pranešimuose konferencijose yra ne kartą minėjęs, kad Lietuva yra vienintelė šalis Europoje, kurioje nėra oficialiai įteisintos priemokos sveikatos priežiūros sektoriuje.

Rūta VAINIENĖ, Lietuvos laisvosios rinkos instituto ekspertė

Kiekvienas Lietuvos gyventojas moka tam tikrą pinigų sumą nuo savo pajamų į Privalomąjį sveikatos draudimo fondą (PSDF). Tie pinigai patenka į Ligonijų kasas, jos pasirašo sutartis su gydymo įstaigomis, su kuriomis nori. Nėra nustatyta jokių taisyklių, su kuo ir kokiomis apimtimis jos pasirašo tas sutartis. Todėl kartais žmogus nori gauti paslaugą privačioje įstaigoje, bet, jeigu ta gydymo įstaiga nėra pasirašiusi su Ligonijų kasomis sutarties, jam teks mokėti visą sumą už tam tikrą paslaugą. Aišku, jeigu būtų pasirašytos sutartys su daugybe gydymo įstaigų, gana greitai paaiškėtų, kad paslaugų kompensavimui nėra pakankamai pinigų. Būtent todėl ta sistema ir yra tokia kreiva šleiva. Nenormalu ir tai, kad sutartis su gydymo įstaigomis pasirašo Ligonijų kasos, kurios visai neatstovauja pacientams.

Pirmasis uždavinys naujai vyriausybei, mano įsitikinimu, yra surašyti baigtinį sąrašą, ką apima Privalomas sveikatos draudimas. Kad žmogus žinotų, nuo ko jis yra apsidraudęs. Teoriškai tai nesudėtinga, o praktiškai neįmanoma, nes to nepadarė nei viena valdžia.

Bazinį paslaugų paketą būtina identifikuoti. Dabar žmogus gali gauti paslaugas nuo paprasto gripo iki onkologinių ligų gydymo ir sudėtingiausių širdies persodinimo operacijų. Nemokama medicina kartais būna labai dosni. Tačiau kartais žmogus gali atsidurti kitoje kraštutinumų pusėje, kai negauna reikiamos paslaugos, nes egzistuoja eilės dėl prasto finansavimo.

Daugelyje ES šalių veikia abi išvystytos sistemos: privalomas ir savanoriškas sveikatos draudimas, tuomet už žmogui suteiktas paslaugas apmoka trečioji pusė – draudimo institucija, ir tik neapsidraudusieji turi susimokėti patys.

Įsivaizduokite, kaip būtų, jeigu šalia PSDF egzistuotų privalomas draudimas iš privataus draudėjo. Draudikai sudarytų sutartis dėl apmokėjimo su ligoniu ir su gydymo įstaiga. Ir jau draudikas būtų paciento atstovas, jis tikrai pasirūpintų:

- Kad žmogui nebūtų daroma operacija vien dėl to, kad gydymo įstaiga gautų apmokėjimą.
- Kad egzistuotų konkurencija. Draudikai konkuruotų dėl papildomų paslaugų, kurias gali gauti iš gydymo įstaigų ir suteikti savo klientui, kad jis pasirinktų būtent vieną ar kitą draudimo įmonę.
- Žmogus pats rinktųsi gydymo įstaigą.
- Galiausiai atsirastų suvokimas, kiek gi kainuoja ta medicina, nes dabar per metus išleidžiama penki milijardai litų, ir visi sako, kad mažai. Tyrimai rodo, kad analogiška suma išleidžiama dar neoficialiems mokėjimams. Sveikatos sistemoje nėra kainų, yra įkainiai.
- Apibrėžus paslaugas, sumažėtų eilės, nes visi nori gauti visas paslaugas čia ir dabar. Atsirastų kaina už paslaugas. Dabar, kai viskas nemokama, atsiranda pereikvojimas.

Vyresni žmonės vis dar neša gydytojams pinigų, sviesto ar kiaušinių, nes jie pamena, kai medicina buvo mokama, ir netiki nemokama medicina. Galbūt jeigu reiktų susimokėti už konkrečias paslaugas, kurios būtų apibrėžtos ir nurodytos aiškios kainos, visa sveikatos sistema taptų sveikesnė?..

Daiva AUSĖNAITĖ