



**VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS**

P R A N E Š I M A S

Data: 2009 08 13
Kontaktai: Česlovas Grencėvičius, Valstybinės ligonių kasos prie SAM
Ryšų su visuomene skyriaus vedėjas
(85) 2364166

**GYDYMĄ UŽTIKRINA PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
ĮMOKŲ LĖŠOS**

Dabar, krizės metu, gydymo įstaigos dažnai skundžiasi lėšų stoka, su jomis už paslaugas atsiskaitančios ligonių kasos, suprantama, irgi išgyvena finansinę įtampą. Kaip finansuojama mūsų sveikatos apsaugos sistema, kas slypi už termino „nemokamas gydymas“, kuriuo žiniasklaidoje, diskusijose kartais spekuliuojama? Tokie klausimai žmonėms dažniau iškyla pastaruoju metu, kai pasikeitė kai kurios Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nuostatos, kai laukiama kitų sveikatos reformos žingsnių.

Pirmiausia būtina pabrėžti, jog dabar mūsų sveikatos apsaugos sistemos finansavimo pagrindas yra privalomasis sveikatos draudimas, iš jo įmokų Privalomojo sveikatos draudimo fonde (PSDF) sukaupiamos lėšos, kurias administruoja ligonių kasos.

Privalomasis sveikatos draudimas – tai valstybinis draudimas. Sveikatos draudimo įstatyme ir kituose mūsų šalies teisės aktuose yra įtvirtintas toks jo modelis, kuris remiasi visuotinumą (privalomumą) ir solidarumo principais. Jis suteikia apdraustiems asmenims teisę, įvykus draudimui įvykiui (sakysim, susirgus), gauti iš PSDF biudžeto apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas – pirminės ambulatorinės, ambulatorinės specializuotos ir stacionarinės sveikatos priežiūros, greitosios medicinos pagalbos, slaugos, palaikomojo gydymo, brangiųjų tyrimų ir procedūrų, medicininės reabilitacijos, sanatorinio gydymo ir kitas. Apdraustiesiems šio fondo lėšomis taip pat padengiamos kompensuojamųjų vaistų, medicinos pagalbos priemonių ir ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos. PSDF biudžetas finansuoja ir gyventojams svarbias sveikatos programas: moksleivių sveikatos priežiūrą mokyklose, vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugas, onkologinių ligų prevenciją (gimdos, krūties, prostatos vėžio ir kt.). Šios prevencinės programos padeda anksti diagnozuoti ligas ir padidina susirgusiųjų išgyjimo tikimybę.

Visomis minėtomis paslaugomis (už jas atskirai nemokėdamas) turi teisę naudotis tik apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu. Šis draudimas suteikia žmogui saugumą – galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis tuo metu, kai jų labiausiai reikia. Apdraustaisiais tampama tik kas mėnesį mokant privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Už asmenis, gaunančius su darbo santykiais susijusių pajamų – dirbančius pagal darbo sutartis, valstybės tarnautojus, narystės pagrindu dirbančius ūkinėse bendrijose, žemės ūkio bendrovėse arba kooperatinėse organizacijose ir kt., jeigu jiems už darbą mokamas darbo užmokestis, – socialinio draudimo (tarp jų – ir privalomojo sveikatos draudimo) įmokas apskaičiuoja ir sumoka darbdavys. Valstybės

lėšomis draudžiami tik labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys – vaikai, moksleiviai, pensininkai, neįgalieji ir kiti, – jei jie neturi pajamų, nuo kurių skaičiuojamos sveikatos draudimo įmokos.

Būtina atkreipti dėmesį, kad šį pavasarį įsigaliojus naujiems Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimams asmenims, gaunantiems pajamų pagal autorinę sutartį, sporto ar atlikėjo veiklos pajamų, taip pat asmenims, užsiimantiems individualia veikla, mokantiems įmokas savarankiškai, ūkinių bendrijų nariams, individualių įmonių savininkams privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja kitą mėnesį po to, kai 3 mėnesius iš eilės jie moka sveikatos draudimo įmokas, ir galioja tol, kol šios įmokos mokamos.

Kita vertus, neapdraustas asmuo, kuriam nedelsiant prireikia medicinos pagalbos, turi galimybę nelaukti 3 mėnesių ir iš karto gauti reikiamą sveikatos priežiūrą, kurios išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto. Tam jis turi sumokėti 3 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio įmoką (šiuo metu – 2400 Lt). Kad draustumas nenutrūktų, įmokas toliau reikia mokėti įprastine įstatymo nustatyta tvarka, t. y. kas mėnesį po 72 litus.

Jei žmogus neapdraustas arba neapsidraudęs privalomuoju sveikatos draudimu, už medicinos paslaugas, turės mokėti pats pagal gydymo įstaigos nustatytus paslaugų įkainius (neapdraustiesiems garantuojama tik būtinoji medicinos pagalba). Beje, gydymo išlaidos gali būti gerokai didesnės nei privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Pavyzdžiui, dabar apendikso šalinimo operacija kainuoja 2243 litus, širdies operacijos kaina svyruoja nuo 11 532 iki 14 415 litų, klubo sąnario protezavimo operacijos ir reabilitacijos kurso po jos kaina siekia 8707 Lt (be paties protezo kainos) ir pan.

Tad sportininkams, atlikėjams, individualia veikla besiverčiantiems, ūkinių bendrijų nariams ar individualių įmonių savininkams ir kitiems įmokas savarankiškai turintiems mokėti žmonėms būtina dar sykį priminti: jei norite išvengti didesnių netikėtų išlaidų bei prireikus gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos apmokamos PSDF lėšomis, privalote mokėti kasmėnesines privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

*Valstybinė ligonių kasa
prie Sveikatos apsaugos ministerijos*