

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
STRATEGINIO VALDYMO IR POLITIKOS FAKULTETO
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

JOLANTA SRUOGIENĖ
Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo programa

**PAPILDOMO (SAVANORIŠKO) SVEIKATOS DRAUDIMO
POLITIKA LIETUVOJE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas
Doc. dr. Danguolė Jankauskienė

Vilnius, 2007

Turinys

ĮVADAS	3
1. DRAUDIMAS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE	
1.1. Draudime dažniausiai vartojamos sąvokos	8
1.2. Trumpa bendra draudimo istorija	9
1.3. Bendra statistika sveikatos sistemoje	10
2. PAPILDOMO (SAVANORIŠKO) SVEIKATOS DRAUDIMO PATIRTIS	13
2.1. Savanoriško sveikatos draudimo patirtis Europos Sąjungos šalyse	14
2.2. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo Lietuvoje teisinė bazė	21
2.3. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programų Lietuvoje analizė	25
2.4. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo statistinė analizė.....	29
3. RESPONDENTŲ NUOMONĖ DĖL PAPILDOMO (SAVANORIŠKO) SVEIKATOS DRAUDIMO	36
3.1. Tyrimo metodika	36
3.2. Anketų analizės rezultatai	37
IŠVADOS	53
PASIŪLYMAI	54
LITERATŪROS SĄRAŠAS	55
SANTRAUKA	58
SUMMARY (anglų kalba)	60
PRIEDAI	61

IVADAS

Lietuvoje draudimo paslaugų reikšmė ir svarba per dešimtmetį labai pasikeitė. Su tarptautinėmis investicijomis į mūsų šalį pateko naujų draudimo rūšių. Paslaugų vartotojai reikalauja, kad paslauga ar produktas, už kurią jie moka, atitiktų jų lūkesčius ir būtų atliekami taip, kaip numatyta. Jų atsiliepimai yra galutinis produktų ar paslaugų įvertinimas. Dažnai, jeigu paslaugos vartotojams nepatinka, jie nieko nesakę nustoja ja naudotis, pirkti.

Sveikatos priežiūros paslauga – gana sudėtinga paslaugų rūšis. Ji turi ne tik atitikti medicininius standartus, bet ir tenkinti vartotojo, tai yra paciento lūkesčius.

Lietuvoje veikia dviejų rūšių sveikatos draudimai:

„1. Privalomas sveikatos draudimas, tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą.

2. Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas, tai papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos po papildomojo sveikatos draudimo įvykio, draudimo bendrovės apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose“ [4].

Lietuvoje, mažėjant darbingo amžiaus žmonių ir augant pensininkų gretoms, nebeužtenka pasikliauti valstybės parama. Ateityje gyventojams bus galimybės įsigyti vienokius ar kitokius draudimo produktus, kurie garantuos papildomas sveikatos priežiūros paslaugas ligos atvejais.

Šiuolaikinėmis sąlygomis verslas ir jo aplinka kinta, didėja privataus verslo reikšmė, nors susiduriama su įvairiais rizikos elementais. Pati mažiausia rizika, leidžianti sumažinti riziką iki minimumo, ir yra draudimo paslaugos, pagrįstos actuariškai paskaičiuotos rizikos ir įmokos santykiu, apmokamų ir neapmokamų paslaugų balanso parinkimu, gydymo proceso struktūros atitikimu, pagaliau vartotojo poreikių ir išlaidų sveikatinimo atitikimu.

Iki šiol nėra išanalizuoti, palyginti ir įvertinti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo politikos formavimo raida ir esami rezultatai.

Šiuo metu pribrendo ir yra naujos galimybės pradžia sveikatos sistemos politikoje, kuriai pritarti turi šalies politikai, formuodami ir tobulindami sveikatos sistemą.

Temos aktualumas, problemiškas. Gaunamos sveikatos paslaugos yra brangios. Vien to, ką skiria ir finansuoja valstybės biudžetas, neužtenka apmokėti už suteiktas medicininės paslaugas. Mokėti iš savo santaupų dažnam yra brangu. Kyla nepasitenkinimas sveikatos apsaugos sistema ir gautų paslaugų kokybe. Tam tikri apribojimai, pinigų limitas, išlaidų už paslaugas didėjimas kelia visuomenės nepasitenkinimą. Sveikatos apsauga ir pati jos sistema tampa sudėtinga ir pažeidžiama.

Kiekvienais metais sveikatos apsaugai nepakanka skiriamų lėšų, medicininės kvotos apriboja paslaugų gausą. Vis daugiau žmonių nebesikreipia į gydymo įstaigas pradinėse ligos stadijose. Ateinama pagalba, kai liga pažengus labai toli ir yra rimtų problemų. Todėl vėlesnėse ligos stadijose atliekamų medicininių tyrimų kiekis yra didesnis, tyrimai sudėtingesni, paslauga tampa brangi. Sveikatos priežiūros įstaigos negauna tokio finansavimo, koks turėtų būti, už atliktą darbą. Medicinos darbuotojų emigracija sąlygoja sveikatos priežiūros kaštų augimą artimiausius bent penkis metus.

Šalies politikai, valstybės tarnautojai kuria ir formuoja sveikatos politiką. Svarbiausias sveikatos politikos tikslas ir yra sveikas žmogus, sveika šeima ir sveika visuomenė.

Pasaulinės sveikatos organizacijos uždaviniuose planuojamos ir vykdomos sveikų mokyklų, sveikų įmonių egzistavimo galimybės. Akcentuojama sveika mityba, poilsis, profilaktiniai sveikatos tikrinimai. Esama teisinė bazė leidžia kurti tiek privalomo sveikatos draudimo, tiek kitų draudimo paslaugų, esančių sveikatos sistemoje, plėtrą.

Deja, sergančių žmonių skaičius didėja, o pagal statistinius duomenis, dar ir tampame pagyvenusių žmonių visuomene. Nagrinėdamas gyventojų statistinius duomenis, supranti, kad Lietuvoje gimstamumas mažėja, o pagyvenusių žmonių skaičius didėja, todėl kyla medicininių ir socialinių paslaugų paklausa. Spauldoje ne kartą buvo rašyta, kad daug išvažiavusių žmonių grįžta į Lietuvą iš užsienio šalių užleistomis ligomis ar taupumo sumetimais ieško medicininės pagalbos valstybinėse, privačiose gydymo įstaigose. Žmonėms nėra labai svarbu, kur gauti paslaugas: valstybinėse ar privačiose gydymo įstaigose, svarbu gauti paslaugą.

Privalomas sveikatos draudimas reglamentuotas įstatymais, turi patvirtintą strategiją, apibrėžtas, konkrečias paslaugas, kasmet patvirtinamas biudžetas, apmokėjimo tvarkos ir dar daug kitų teisės aktų, kurie kasmet yra peržiūrimi, tobulinami.

Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas, gyvuodamas Lietuvoje tik dešimt metų privačiose draudimo bendrovėse, neturi politinės krypties, apibrėžto sveikatos draudimo objekto, palaikymo iš politikų. Mokestinė aplinka keitėsi du kartus per metus, visai be konkrečios priežasties. nėra savanoriško sveikatos draudimo misijos, vizijos, strategijos bei tikslų sveikatos politikoje, nors sveikatos sistemos įstatyme tai deklaruota. Šias problemas bando spręsti pačios draudimo bendrovės. Jų sprendimai, tai draudimo bendrovės darbuotojų kompetencija, supratimas, žinios. Šiandien draudimą perka turtingos įmonės administracijos arba įmonės, kuriose savininkai, akcininkai yra užsieniečiai. Tradicijos iš kitų valstybių drauge su verslu yra perimamos ir šalies verslininkų. Draudimas yra taikomas kaip skatinamoji priemonė, grupei asmenų. Įmonės administracija apdraudžia darbuotojus papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu, rūpindamasi jų sveikata kartu ir ugdydama rūpinimąsi savo sveikata. Sumoka įmokas, mokesčius, taip skatindama darbuotoją likti įmonėje. Nesant politinės strategijos, draudime

nesiformuoja kritinė klientų masė. Draudikas privalo savo ir kitų klientų saugumui didinti įmokas.

Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas šiandien nėra patrauklus dėl savo brangumo, nepasitikėjimo draudikais, visuomenės neigiamas požiūris į pačią sveikatos sistemą ir dėl paslaugų paskirstymo (tarp Valstybinės ligonių kasos ir draudikų apmokamų paslaugų) nebuvimo. Netvarka privalomojo sveikatos baruose, visuomenės abejingumas, nepalankios selekcijos, mažos konkurencijos neleidžia papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui tobulėti. Šiandien fizinis asmuo negali įsigyti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo.

Apribojama žmogaus pasirinkimo teisė, turime tik privalomą sveikatos draudimą. Žmogus tampa priklausomas nuo jam siūlomo šeimos gydytojo paslaugų. Šeimos gydytoją pakeisti gali vieną kartą per metus, medicininės paslaugas gauti tik toje įstaigoje, kurioje esi registruotas, veikia siuntimų sistema. Visų priešasčių neišvardinsi. Negali įsigalioti pagrindinis sveikatos sistemoje – *solidarumo principas* – kai jaunas moka už seną, sveikas moka už sergantįjį [26].

Supanti aplinka vis sudėtingėja, o jos pokyčiai tampa vis sunkiau nuspėjami, todėl dauguma sveikatos priežiūros organizacijų ir jos dalyvių turės reaguoti į pokyčius. Besitęsiantys privalomo sveikatos reformos etapai, valstybinių institucijų ir privačių institucijų nemokėjimas spręsti problemas drauge neleidžia įdiegti sveikatos sistemoje naujovių. Gal todėl nepakankamai skiriamas dėmesys ir papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo strategijai, jos įgyvendinimui, teisinei bazei bei finansiniams klausimams.

Papildomas (savarankiškas) sveikatos draudimas galėtų išspręsti daug esamų problemų privalomame sveikatos sektoriuje. Tai ne prabanga, o būtinybė, kurią diegia kitos šalys – turtingos šalys, matančios ne tik poreikį šiam finansavimo modeliui, bet ir mokančios planuoti bei numatyti galimai didėjančius kaštus medicininėms paslaugoms. Tam prielaidų turi ir Lietuva:

- bendras visuomenės senėjimas (kas skaudžiai didina socialines, o ypač sveikatos išlaidas);
- jaunų žmonių, potencialių mokesčių mokėtojų, emigracija;
- visuomenės nepasitikėjimas viskuo, kas nauja.

Koks savanoriško sveikatos draudimo rytojus? Koks bus savanoriškas sveikatos draudimas: papildantis, kaupiamasis, privalomai papildomas, o gal jo nereikia? Tai klausimai, kurie vis dar sprendžiami politikų ir kuriuos bandoma nagrinėti šiame darbe.

Temos mokslinis naujumas.

Šis darbas yra vienas iš pirmųjų nagrinėjančių papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo produktą Lietuvoje, jo prieinamumą, teigiamas ir neigiamas puses.

Pirmą kartą buvo surinkti ir analizuoti duomenys apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programas, paslaugų spektrą, įmokas, išmokas, apdraustųjų skaičių, respondentų nuomonė leis suprasti papildomo (savanoriško) draudimo programos reikalingumą ir jos svarbą, kaip alternatyvą valstybinei sveikatos draudimo sistemai.

Tyrimo objektas.

Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos Lietuvoje analizė. Informacija apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą teisės aktuose ir kituose dokumentuose. Respondentų nuomonė apie esamas papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programas ir jų reikalingumą.

Darbo tikslas.

Ištirti papildomo (savarankiško) sveikatos draudimo perspektyvas Lietuvoje.

Siekiant iškelto tikslo, darbe sprendžiami **uždaviniai**:

1. Apibendrinti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos esamą situaciją Lietuvoje ir palyginti kitų Europos Sąjungos šalių patirtį.
2. Ištirti esamas kliūtis papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įgyvendinimui.
3. Ištirti respondentų: gyventojų, draudikų, apdraustųjų darbuotojų bei politikų -nuomonę dėl papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo reikalingumo.
4. Pateikti pasiūlymus papildomo (savarankiško) sveikatos draudimo tobulinimui.

Hipotezė. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo politikos nebuvimas, politikų neapsisprendimas dėl papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo koncepcijos ir yra didžiausi trukdžiai jam įgyvendinti.

Tyrimo metodai.

Atliekant darbą buvo naudojamos šiais metodais:

1. Esamos literatūros bei teisinių dokumentų analize.
2. Respondentų nuomonės sociologinis tyrimas (apklausa pagal anketą).

Pirmoji ir antroji darbo dalis yra teorinio analitinio pobūdžio. Remiantis literatūros, teisės aktų ir kitų dokumentų analize, aprašoma draudimo samprata, sutrumpintos draudimo sąvokos, aprašoma papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programa. Esamos literatūros bei teisinių

dokumentų analizė buvo atlikta tam, kad būtų galima išsiaiškinti ar yra sveikatos politikoje vietos papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui. Darbe remiamasi, kai kuriais Lietuvos Respublikos įstatymais, Pasaulinės sveikatos organizacijos dokumentais, straipsniais.

Trečioji dalis yra taikomojo pobūdžio. Anketinės apklausos metodu ir interviu metodu buvo siekiama, remiantis apklaustųjų nuomone, gauti konkrečią informaciją apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo reikalingumą, esamų sveikatos draudimo programų svarbą. Tai kiekybinis tyrimas.

Apklausiai parengtų anketų skaičius buvo nustatytas pagal imties tūrio formulę [61, P. 22-23]. Apklaustos keturios respondentų grupės, tai Lietuvos gyventojai; draudimo bendrovių darbuotojai – draudikai; įmonės administracijos apdrausti darbuotojai bei politikai. Gauti atsakymų rezultatai buvo suvesti į lenteles, naudojama „MS Excel“ programa.

Praktinė darbo reikšmė. Tyrimo metu gauta informacija iš draudimo bendrovių, literatūros apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programas bei anketų tyrimo analizė gali būti panaudojama tolesniems šios temos tyrinėjimams.

Darbo struktūra. Darbą sudaro įvadas, 3 skyriai, išvados bei pasiūlymai, naudotos literatūros sąrašas bei priedai. Bibliografinį aprašą sudaro 66 šaltiniai. Darbo apimtis – 69 puslapiai.

1. DRAUDIMAS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

1.1. Draudime dažniausiai vartojamos sąvokos

Analizuodami draudimo bendrovių veiklą, draudimo programas dažnai susiduriame su tam tikrais žodžiais, kurie turi savo reikšmes, sąvokas. Čia trumpai pateikiami dažniausia sutinkami žodžiai.

Akturijus – matematikos, statistikos ir apskaitos specialistas, atsakingas už draudimo tarifų, rezervų, dividendų ir kitus statistinius apskaičiavimus draudimo bendrovei.

Apdraustasis – draudėjo nurodytas ir draudimo sutartyje įvardintas fizinis asmuo, kuriam atsitikus draudiminiam įvykiui, draudimo įmonė privalo išmokėti išmoką.

Draudėjas – asmuo, sudaręs su draudimo įmone draudimo sutartį ir mokantis draudimo įmokas bei turintis teisę gauti, atsitikus draudimo įvykiui, draudimo įmoką.

Draudimo įvykis – draudimo sutartyje ar draudimo įstatymo nustatytas atsitikimas, kuriam įvykus, draudėjas, apdraustasis, naudos gavėjas įgyja teisę gauti draudimo išmoką.

Draudimo įmoka – draudimo sutartyje nustatytas draudėjui privalomas mokėjimas už draudimo apsaugą.

Draudimo išmoka – išmokos, numatytos atitinkamose draudimo rūšies taisyklėse, kurias draudimo įmonė, remdamasi dokumentais, privalo mokėti draudėjui, apdraustajam.

Draudimo liudijimas – oficialus dokumentas, kuriuo patvirtinamas draudimo sutarties sudarymas.

Draudimo rizika – tikimybė draudiminiam įvykiui įvykti.

Draudimo apsauga – draudimo bendrovės suteikiamos garantijos atlyginti žalą draudėjui (apdraustajam klientui), atsitikus tam tikriems draudimo sutartyje numatytiems įvykiams.

Draudimo brokeris – juridinis asmuo, vykdomas draudimo tarpininko funkcijas.

Frančizė – nuostolio dalis pinigais, kuria draudėjas dalyvauja atlyginant nuostolį.

Medicinių išlaidų draudimas – medicininių išlaidų draudimas apima medicinos paslaugas, kurias teikia privačios gydymo įstaigos, bet kuriame Lietuvos miestelyje, taip pat valstybinių gydymo įstaigų teikiamas mokamas medicininės paslaugas.

Nedraudiminis įvykis – įvykis, už kurį draudimo įmonė neprivalo mokėti draudimo išmokų.

Gyvybės draudimas – viena iš draudimo šakų, kurias nustato Valstybinio draudimo priežiūros tarnyba prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos klasifikaciją (gyvybės draudimas, gimimo ir sutuoktuvių draudimas).

Ne gyvybės draudimas - viena iš draudimo šakų, kurias numato Valstybinio draudimo priežiūros tarnyba prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos klasifikaciją (draudimas nuo nelaimingų atsitikimų, draudimas nuo ligų, sveikatos draudimas, turto draudimas nuo gaisro ar gamtinių jėgų, teismo išlaidų draudimas, laidavimo draudimas ir kita).

1.2. Trumpa bendra draudimo istorija

Įvairūs istorijos šaltiniai mini, kad draudimo kelias istorijoje prasidėjo gan seniai, Romos imperijos laikais. Teigiama, kad pirmieji „draudimai“ buvo turto (prekių gabenimo, transporto), vėliau atsirado gyvybės, mirties draudimas. Tais laikais draudėjas ir draudikas buvo vienas ir tas pats asmuo. Draudimas neturėjo tikslo pelnytis, todėl nesiekė pelno. Romos imperijai žlugus baigėsi draudimo pirmieji žingsniai ir ilgus metus draudimas buvo pamirštas.

Viduramžiams atėjus į mūsų istoriją, pradėjo kilti ir draudimo organizacijos. Plintant tarpusavio pagalbos principams atsirado rinkliavų sistema, kūrėsi fondai. Fonde surinktos lėšos buvo naudojamos nenumatytiems atvejams padengti, pavyzdžiui: dingus prekėms, vagystės, gaisro atveju. Fondų veikla leido suprasti, kad tai ne tik parama, bet kažkas daugiau. Šis laikotarpis, tai tvirtas draudimo verslo žingsnis. Metai po metų šis verslas ėjo tik pirmyn, gilyn. Palaipsniui kūrėsi komercinio pobūdžio draudimas.

Jau XVI amžiaus pabaigoje dauguma žmonių suprato draudimo reikalingumą. Juolab, kad rankų darbą pradėjo keisti mašinos, technika. Atsirado paklausa rūpintis dirbančiųjų sveikata, gyvybe. Kai kuriose šalyse buvo priimami įstatymai, kurie įpareigojo darbdavius atsakyti už darbuotojo sužeidimus ar mirtį darbo metu. Kuo toliau, tuo labiau darbdavys buvo spaudžiamas atsakyti už nelaimingus atvejus, sveikatos sužalojimus. Plėtėsi ir draudimo rūšys, atsirado: draudimas nuo ligų, nuo invalidumo, senatvės draudimas, sveikatos draudimas. Tuo pačiu atsirado ir draudimo atsakomybė. Taip pradėjo augti ir didėti draudimo kompanijų siūlomų programų skaičius.

Metams iš metų bėgant draudimo kompanijos pradėjo bendradarbiauti su bankais. Buvo ieškomi geriausi būdai patenkinti klientų norus arba nustebinti, pritraukti naujais siūlomais produktais. Vis labiau ir labiau buvo tobulinami pardavimo metodai, draudimo įstatymai, draudimo taisyklės, esami produktai.

Lietuvoje draudimo verslas atsirado apie XIX a. kaip ekonomikos šaka. Po 1940 metų draudimas buvo nacionalizuotas. Svarbiausi tuo meto principai buvo valdymo centralizuotumas, vienodumas, ideologinis dominavimas. Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę atsirado privačios draudimo kompanijos. Draudimas pasiskirstė į gyvybinį ir ne gyvybinį draudimą.

Pagal juridinį statusą draudikai skirstomi į tris tipus: komercinės įmonės (pelno siekiančios įstaigos), taupomosios (pelno nesiekiančios įstaigos) ir savivaldos. Savidraudos ir

taupomosios įmonės turi ilgametę darbo su solidarumo principais pagrįstą socialinės apsaugos patirtį, tai yra, kad solidarumas apibūdinamas kaip mechanizmas, kuris leidžia visiems prisidėti prie paslaugų pagal finansines galimybes ir turėti, gauti iš jų naudos pagal poreikius.

Draudimo veiklos yra suskirstytos dar į: paprastas draudimo grupes ir sudėtinges draudimo grupes. Pagal objektą: asmens draudimas, turto draudimas, finansinių nuostolių draudimas. Pagal draudimo galiojimo laiką į: trumpalaikę ir ilgalaikę. Pagal draudimo kompensacijos nustatymo būdą. Pagal tai, kas yra šios veiklos vykdytojas bei kas už tai atsako. Draudimo veiklos skirstymas priklauso nuo viena sutartimi draudžiamų daiktų ar asmenų skaičiaus. Skirstoma pagal tam tikrą riziką, kuri yra priverstinė ar pasirenkama savo noru.

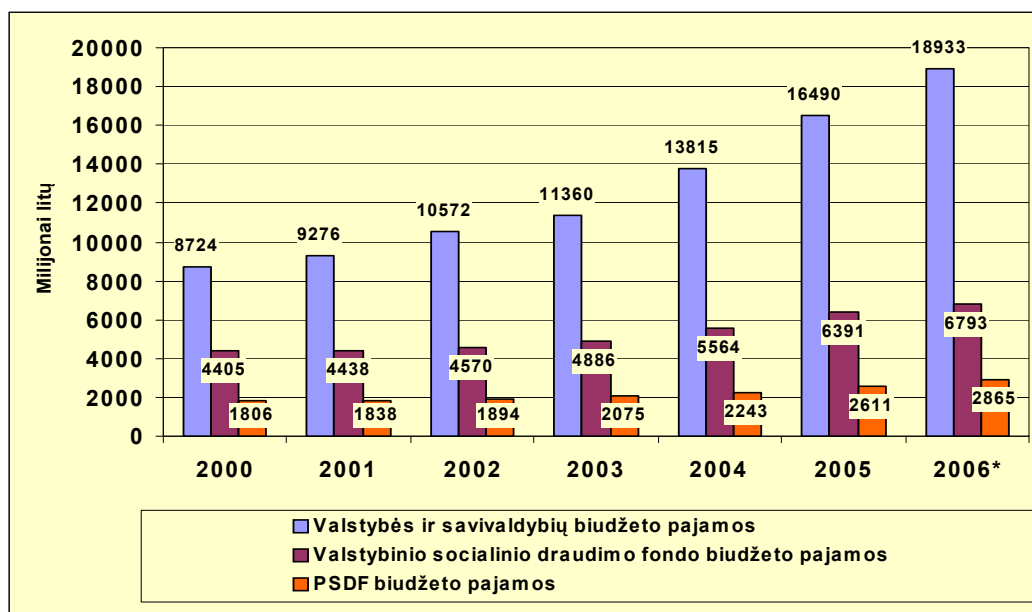
„Savanoriškas draudimas yra vykdomas draudėjo ir draudiko aptarimu, sutarties pasirašymu. Savanoriško draudimo ypatumai, yra:

1. Būdinga atranka, kadangi ne visi draudėjai dalyvauja.
2. Savanoriškas draudimas galioja tik sumokėjus įmoką.
3. Savanoriškas draudimas turi griežtą laikotarpį. Sutartyje įrašoma draudimo pradžia ir pabaiga, o tai reiškia, kad žala apmokama tik tuo laikotarpiu.
4. Draudimo apsauga priklauso nuo draudėjo pageidavimų, pasirinkimo paslaugų spektrui, sumai. Apribojimai, nedraudiminiai atvejai surašomi taisyklėse“ [28].

Ekonominiu požiūriu draudimas yra šalies vystimosi sąlyga. Bankai juk nesiryžtų kredituoti daugelio projektų. Socialiniu požiūriu draudimas yra kaip gerovės, prisitaikymo bei turtingų skirtumų tarp atskirų visuomenės sluoksnių mažinimo priemonė. Viena iš jų yra, kai įmonė sumoka už savo darbuotojo gydymo paslaugas, taip skatindama atidžiau pasirūpinti patiems savo sveikata. Tuo pačiu įmonė sulauks ne tik gerų rezultatų darbo baruose, bet bus gera darbuotojų tarpusavio atmosfera, atsiras noras dirbti tokioje įmonėje. Todėl kiti finansavimo būdai ar programos sveikatos apsaugoje turi būti teigiamai suprantami, jiems pritariama ir siekiama įgyvendinimo.

1.3. Bendra statistika sveikatos sistemoje

Lietuvos Respublikoje Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis 2006 metais buvo registruoti 3 mln. 403 tūkstančiai gyventojų. Pagal galiojančius teisės aktus dauguma iš jų yra drausti privalomu sveikatos draudimu. Sveikatos sistema yra finansuojama iš Privalomo sveikatos tarybos biudžeto, valstybino socialinio draudimo fondo biudžeto ir savivaldybių biudžeto pajamų (1 paveikslas). Privalomojo sveikatos draudimo išlaidos 2006 m. siekė 3 090 509 tūkst. litų be kasos apyvartos lėšų [62].



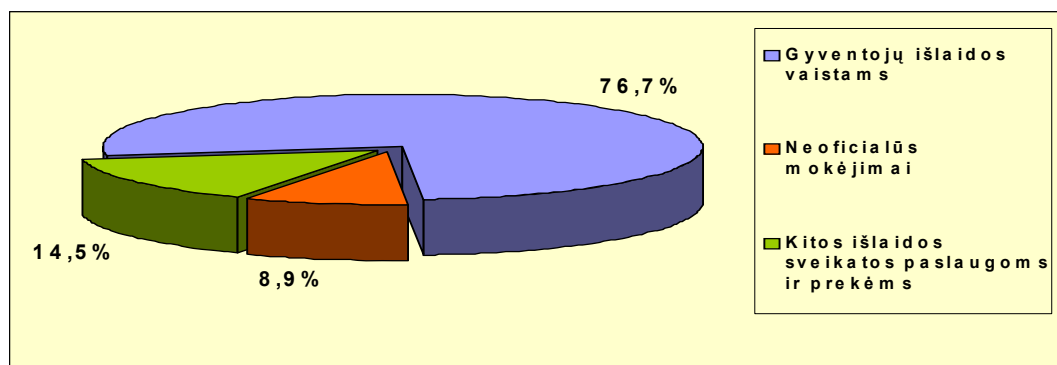
1 paveikslas. Fondų iš kurių finansuojama Lietuvos sveikatinimo veikla pajamų kitimas (mln. Lt), 2000-2006 m. (pagal Valstybinės ligonių kasos ir Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2006* m. informacija be IV ketvirčio).

Didžiausią privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų dalį – 68,1 proc. – sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti: „2006 m. tam buvo išleista 2 106 115 tūkst. litų. Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti buvo skirta 547 170 tūkst. Lt (7,9 proc. daugiau nei planuota). Šios išlaidos sudarė 17,7 proc. visų 2006 m. biudžeto išlaidų. Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti buvo skirta 107 469 tūkst. Lt, tai yra 11,9 proc. daugiau nei 2005 metais“ [62]. Valstybinė ligonių kasa apmoka gydymo įstaigai pagal pasirašytas sutartis, pagal patvirtintus Sveikatos apsaugos ministerijos įkainius. Pats klientas gaudamas paslaugas valstybinio sektoriaus gydymo įstaigose už medicininės paslaugas nemoka. Sveikatos draudimo išmokų sumos didelės.

Pirmas paveikslas rodo, kad 2000 - 2005 m. laikotarpiu „Nacionalinio biudžeto pajamos augo 189 proc., Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto pajamos – 145 proc., o Privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos augo – 144,5 proc.“ [62]. Privalomas sveikatos draudimas turi finansuoti dideles medicininių paslaugų sumas, apmokėdamos nuo jauniausio paciento iki paties vyriausio. Prie šių finansavimo prisijungia ir programinis finansavimas, kaip finansuojamos sveikatinimo paslaugos (gimdos kaklelio, odontologijos paslaugos ir kita).

Uždirbdami ir taupydami savo pajamas tikriausia ne kiekvienas galime tiksliai pasakyti, kiek konkrečiai išleidžiame savo lėšų sveikatos apsaugai. Nagrinėdamas namų ūkio išlaidų statistiką sveikatos išlaidoms, pastebi, kad papildomai už sveikatos paslaugas mokame

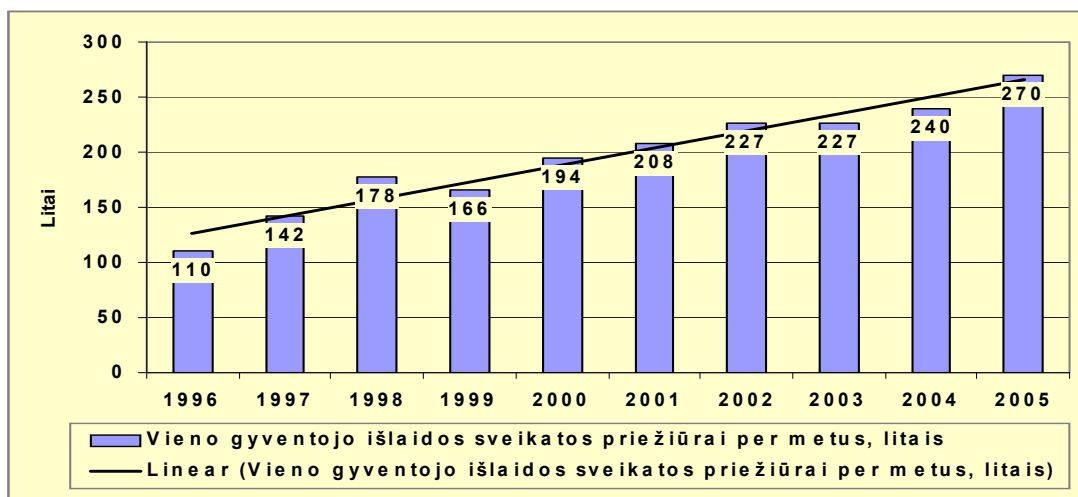
pakankamą procentą. Mūsų visuomenėje dar egzistuoja ir neoficialūs mokėjimai medikams, vokelių sistema, kurios sumos taip pat yra nemažos. Gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai rodo ženkliai nepakankamą valstybės kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų lygį. (2 paveikslas).



2 paveikslas. Namų ūkių biudžetų 1996 - 2005 m. tyrimų rezultatai. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenys.

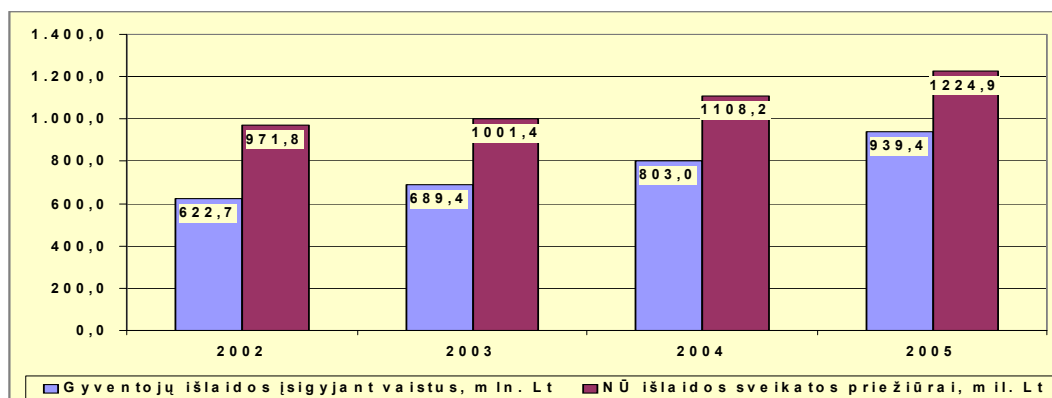
Pacientų srautai parodė, kad pacientai gydomi savo gyvenamojoje vietoje: apie 86 proc. gyventojų stacionarinės paslaugos suteikiamos juos aptarnaujančios teritorinėse ligonių kasos veiklos zonos ligoninėse (likusioji dalis gydomi kitų teritorinių ligonių kasų veiklos zonų ligoninėse), o ambulatorines paslaugas gauna net 95 proc. gyventojų. Apsilankymų skaičius pas šeimos gydytojus konsultacijos 2005 metais buvo 13875, o 2006 m. išaugo iki 14387. [62]. Visose šalyse išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms didėja, tačiau kiekvienos šalies medikamentų kompensavimo problemų mastą pirmiausia lemia tai, kiek šiam sveikatos sistemos sektoriui valstybė skiria lėšų. Lietuvoje vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti kasmet išleidžiama vis daugiau privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų: 2006 m. išleista - 503,09 mln. Lt – vaistams, 30,92 mln. Lt – medicinos pagalbos priemonėms [62].

Sveikatos sutrikimų negalime numatyti, planuoti. Negalime tiksliai numatyti ir išlaidų šioms paslaugoms apmokėti. Valstybė pagal galiojančius teisės aktus apmoka sveikatos gydymą, deja papildomų lėšų skiriama vis daugiau ir daugiau, o jų vis tiek nepakanka nebeužtenka ir tenka pacientams mokėti iš savų asmeninių lėšų (3 paveikslas).



3 paveikslas. Namų ūkių tyrimai. Vieno namų ūkio nario išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje, litais, 1996 - 2005m. (Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis).

Kaip matyti iš 4 paveikslo, vaistams yra išleidžiamos didelės sumos ne vien iš valstybinio biudžeto, bet skiriame ir asmeninių lėšų. Sveikatos apsaugos ministerija turi patvirtinusi kompensuojamųjų vaistų sąrašus, deja, vis netyla nepasitenkinimas, kad vienoks ar kitoks vaistas nekompensuojamas ir reikia pirkti.



4 paveikslas. Namų ūkių tyrimai. Lietuvos gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai ir vaistams, mln. Lt., 2002-2005 m. (pagal Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2005 m. tyrimų rezultatus).

Susirgę ieškome pagalbos gydymo įstaigose, mokame už gautą paslaugą ir tikimės pagerėjimo, visai negalvodami apie išleidžiamas sumas. 2005 metų „Sprinter“ tyrimo duomenimis parodė, kad visuomenė bijo sveikatos sutrikimų ir tai įvardina, kaip grėsmę asmeniniame gyvenime, po finansinio nepritekliaus. Statistinė informacija apie sergamumą bei ligotumą rodo, kad sergame vis labiau ir sparčiau, auga širdies ir kraujagyslių ligų, kvėpavimo takų ligų skaičius, onkologinių ligų ir kitos ligos. Atsitikus nelaimei, ligos atveju už gautas medicininės paslaugas tenka susimokėti, o tai kelia dažnam nepasitenkinimą dėl paslaugos

brangumu. Visgi, esant ligai ieškome visų galimų variantų gauti greitas, kokybiškas sveikatos paslaugas.

Sveikatos priežiūros prieinamumas, tai žmonių apsirūpinimas atitinkamais sveikatos priežiūros ištekliais, reikalingais norint išsaugoti arba pagerinti savo sveikatą, o tai gali nusakyti: paslaugų buvimas, jų gavimas, paslaugų tinkamumas ir efektyvumas.

2. PAPILDOMO (SAVANORIŠKO) SVEIKATOS DRAUDIMO PATIRTIS

2.1. Savanoriško sveikatos draudimo patirtis Europos Sąjungos šalyse

Skirtingai nuo naujųjų Europos Sąjungos šalių narių senosios Europos Sąjungos šalys turi ilgametę savanoriško sveikatos draudimo patirtį. „Europos Sąjungos šalyse savanoriškas sveikatos draudimas klasifikuojamas į:

1) **pakaitinį**, pakeičiantį draudimą, kuris kitu atveju būtų prieinamas iš valstybės. Pakaitinis savanoriškas sveikatos draudimas apsiriboja konkrečiomis gyventojų grupėmis, kurios nedalyvauja visose sveikatos draudimo programose keliose ES valstybėse (Austrija, Nyderlandai, Belgija, Vokietija).

2) **papildantį**, kuris papildomai dengia tas paslaugas, kurios nėra įtrauktos arba nepilnai dengiamos valstybės, įskaitant valstybinėje sveikatos priežiūros sistemoje taikomų priemonių dengimą. Papildantį savanorišką sveikatos draudimą dažniausia renkasi aukštesniųjų pajamų grupės nariai.

3) **pridėtinį**, kuris papildomai dengia greitesnę paslaugų prieinamumą ir didesnę vartotojo pasirinkimą“ [58].

Papildantis draudimas išplito, išbraukus tam tikras paslaugas iš valstybinio draudimo bei padidinus priemokas už valstybines paslaugas. Pridėtinis draudimas susiformavo, kad padidintų vartotojų pasirinkimą, pagerintų skirtingų sveikatos paslaugų prieinamumą.

Plėtojant savanoriško sveikatos draudimo rinką svarbu įvertinti draudžiamųjų riziką, įskaitant apdraustojo amžių, lytį, sveikatos būseną, paveldimas ligas ir draudimo apimtį. Papildantis ir /ar pridėtinis savanoriškas sveikatos draudimas prieinamas daugumos valstybių gyventojams.

Apdraustųjų savanorišku sveikatos draudimu lygis valstybėse labai skiriasi. Kinta nuo 0,2 proc. gyventojų (Austrijoje) iki 30 proc. (Nyderlanduose). Jei nagrinėti, koks vyrauja draudimas, ar papildantis, ar pridėtinis, tai dažniausia šios dvi kategorijos neišskiriamos, todėl, kad skiriasi draudimo kokybė. Šalyse, kur vyrauja papildantis draudimas, apdraudimo lygis kinta nuo 20 proc. iki 70 proc., o kur vyrauja pridėtinis, jis paprastai apima 10 proc. gyventojų. Analizuojant papildomu sveikatos draudimu apdraustųjų charakteristikas, aišku, kad įsigyjantys šį draudimą, dažniausia priklauso aukštesniųjų pajamų turinčiai grupei, tai yra geriau, pasiturinčiai

gyvenantys asmenys. Pridėtinio draudimo naudotojų charakteristikos yra skirtingesnės, tai yra mažas pajamas išturintys ir nedirbantys žmonės (studentai, bedarbiai, pagyvenę žmonės ir kt.).

Savanoriškas sveikatos draudimas neatlieka ryškaus, pagrindinio vaidmens finansuojant sveikatos apsaugą. Tarp visų išlaidų sveikatos priežiūrai sudaro mažiau nei penkis procentus Belgijoje, Danijoje, Graikijoje, Italijoje, Suomijoje, Švedijoje, daugiau kaip dešimt procentų - Prancūzijoje, Nyderlanduose, kitur.

Vieša Europos Sąjungos valstybių narių politika apskritai buvo siekiama išlaikyti sveikatos priežiūros finansavimo iš valstybės arba socialinio draudimo lėšų principą ir padaryti ją prieinamą visiems šalies piliečiams, nežiūrint jų mokumo. Taip vystėsi sveikatos priežiūros sistemos, kurias paprastai apibūdina beveik visuotinis aprėpimas, privalomas dalyvavimas, visa apimančių išmokų teikimas ir valstybių išlaidų lygis. Šios ypatybės yra svarbūs veiksniai, nulėmę savanoriško sveikatos draudimo rinkos apimtį ir dydį.

Kadangi sveikatos priežiūros sistemos finansuojamos iš mokesčių, tai dalyvavimas valstybinėje sveikatos priežiūros sistemoje paprastai yra privalomas. Ši taisyklė turi išimčių, asmenims leidžiama įsigyti pakaitinį savanorišką sveikatos draudimą (Austrijoje, Belgijoje, Vokietijoje ir kt.).

Europos Sąjungos šalyse savanoriško sveikatos draudimo reguliavimo struktūra tapo vis svarbesniu sveikatos draudimo viešosios politikos aspektu, ir pagrindinė to priežastis buvo Europos Komisijos direktyvos. Jų tikslas yra sukurti vieningų rinkų gyvybės ir ne gyvybės draudimą. Europos Komisijos galutinis vieningos draudimo rinkos tikslas yra teikti vartotojams didesnę asortimentą draudimo produktų bei didinti konkurenciją tarp draudimo kompanijų. Konkurencijoje aplinkoje veikiantys draudikai gali turėti stiprių paskatų mažinti savo kaštus pasirenkant rizikingumą ir skatinant klientūrą, pasižyminčią mažesniu nei vidutinis rizikingumu. Rizikingumo pasirinkimas gali kelti klausimų dėl lygybės principo. Tikėtina, kad rizikingumo pasirinkimas gali pasireikšti ten, kur savanoriško sveikatos draudimo draudikai turi galimybę atmesti prašymus, nedrausti sergančių asmenų ir nepasirašyti sutarčių. Trečioji ne gyvybės draudimo direktyva uždraudė kainų ir produktų reguliavimą, vildamasi, kad konkurencija padės vartotojui, nes sumažės kainos ir padidės paslaugų spektras, tačiau gyvenimo patirtis ne visada pasitvirtina, todėl savanoriško sveikatos draudimo rinkos reguliavimas tapo finansiniu mokumu.

Tikėtina, kad valstybinės išlaidos sveikatos priežiūrai didės ten, kur stengiamasi padidinti valstybinio draudimo aprėpimą, įtraukdamos tas grupes, kurių anksčiau nebuvo. Aprėpimo lygis rodo žmonių, apdraustų savanorišku sveikatos draudimu, dalį duotame gyventojų skaičiuje ir paprastai yra susijęs su valstybinės sveikatos priežiūros sistemos taisyklėmis ir mechanizmais. Pakaitinį savanoriško sveikatos draudimo aprėpimo lygį didžia dalimi apsprendžia privalomojo arba valstybinio draudimo aprėpimo lygis, o papildančiojo ir pridėtinio savanoriško sveikatos

draudimo aprėpimo lygis priklauso nuo to, ar laiku ir visapusiškai valstybė teikia geros kokybės paslaugas (1 lentelė).

1 lentelė. Valstybinės ir privačios išlaidos kaip procentinės visų sveikatos priežiūros išlaidų dalis

Šalis	1990 m.	1996 m.	1998 m.
Švedija			
Valstybinis	89,9	84,8	83,8
Privatus	10,1	15,2	16,2
Nyderlandai			
Valstybinis	68,7	67,7	74,7
Privatus	31,3	32,3	25,3
Vokietija			
Valstybinis	76,3	78,3	-
Privatus	23,7	21,7	-
Danija			
Valstybinis	82,6	82,4	81,9
Privatus	17,4	17,6	18,1

Pasaulio sveikatos organizacijos 2004 m. informacija.

Daugumoje šalių savanoriško sveikatos draudimo rinkos užima tik nedidelę dalį visos ne gyvybės draudimo dalies.

Europos Sąjungos valstybės siekia išlaikyti sveikatos priežiūros finansavimą iš valstybės arba socialinio draudimo lėšų principą. „Taip stengiamasi padaryti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą prieinamą visiems piliečiams, nepaisant jų mokumo ir to, kad valstybinė sveikatos priežiūros sistema yra privaloma. Ši tezė turi išimčių, asmenims leidžiama įsigyti ir savanorišką sveikatos draudimą kaip pakaitalą valstybinei apsaugai“[58]. Taip vystėsi sveikatos priežiūros sistemos, kurias paprastai apibūdina aukštas valstybinių išlaidų lygis, išmokų teikimas, privalomas dalyvavimas, visuotinis aprėpimas. Šios ypatybės yra labai svarbūs veiksniai, nulėmę savanorišką sveikatos draudimo rinkos apimtį ir dydį Europos Sąjungoje, kartu ir Lietuvoje.

Kitaip galima teikti, kad dauguma valstybių turi du draudimus, o tai garantuojama platesnių paslaugų teikėjų pasirinkimą, greitesnį gydymą, geresnėmis sąlygomis bei patogumais ligoninėse / stacionaruose.

Svarbiausias savanoriško sveikatos draudimo apėmimas ir pasiskirstymo veiksnys yra mastas, kuriuo draudimą perka individualūs asmenys ar jų grupės, deja, Lietuvoje individualūs asmenys negali įsigyti šio draudimo. Grupinis sveikatos draudimas įdomus šiandien todėl, kad: mažesnė kaina už vienetą ir didesnė verslo apimtis be didelių rinkos išlaidų; grupinės įmokos mažesnės ir palankios sąlygos drausti jaunesnius, sveikesnius, vienodesnes gyventojų grupes.

Žvelgiant iš ekonominės pusės, medicininės priežiūros išlaidos turi atitikti jų ribinį naudingumą. Ribinis naudingumas labai skiriasi įvairiems asmenims, ypač sergantiems lėtinėmis ligomis. Norint įvertinti alternatyvias diagnostines procedūras ir gydymo metodus,

reikia pasitelkti kaštų efektyvumo analizę, kaip priemonę nustatant trūkumus ir privalumus. Deja, kaštų efektyvumo analizės dažnai atsisakoma ir pirmenybė teikiama biudžeto metodams. Yra skiriami keturi pagrindiniai draudimo apribojimo tipai:

- neįtraukiantis tam tikrų gyventojų grupių į privalomąjį draudimą;
- neįtraukiantis tam tikrų paslaugų ir prekių;
- ribojantis išmokas vartotojų sumokamu mokesčiu;
- ribojantis paslaugas ribojant teikimą ar mažinant kainas.

Papildomosios (savanoriškas) sveikatos sistemos klasifikacija dvylikoje valstybių ES narių, siejant jas su privalomomis sveikatos draudimo sistemomis, yra tokia: Nyderlanduose ir Vokietijoje 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. Taigi, Vokietijoje ir Nyderlanduose ligonių kasos neturi didelės reikšmės. Tačiau Belgijoje, Prancūzijoje yra papildomosios sistemos, kur mažos rizikos nedengia privalomoji sistema. Airijoje didesnes pajamas turintys asmenys privalo pasirūpinti ir nedidelės rizikos draudimu. Tarp visų keturių papildomojo ir privalomojo draudimo tipų gali kilti nesutarimai. Todėl reguliuojamos papildomojo sveikatos draudimo sistemos: riboti perėmimai 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 išlaidos dengia papildomasis draudimas, kainas.

Papildomieji, pakaitiniai ir alternatyvieji papildomojo sveikatos draudimo sistemų tipai yra papildomieji, antrieji ramsčiai sveikatos sistemai, kuriuos gali įsigyti tiek individualūs asmenys, tiek grupės. Pagrindinio ir papildomojo sveikatos draudimo funkcijų atskyrimas dažnai derinamas su instituciniu bazinių ir papildomų sistemų paskirstymu. Belgijoje papildomasis draudimas daugiausia susijęs su stomatologine pagalba, medicinos priemonėmis, slauga namuose. Danijoje – dengiamos vartotojų išlaidos už vaistus, odontologijos priežiūrą, bei nelaimingo atsitikimo ar ligos metu. Kanadoje - dengiamos vartotojų išlaidos už medikamentus, optines priemones bei odontologijos paslaugas. Kinijoje – kritinių ligų draudimas, stacionariųjų paslaugų priemokas. Suomijoje – privalomosios sistemos nekompensuojamosios sąnaudos yra pagrindinis papildomojo draudimo produktas. Ispanijoje – pasiūlą sudaro medicinos priežiūra privačiose ambulatorinėse institucijose arba ligoninėse.

Papildomojo sveikatos draudimo rinką sudaro daugybė įvairių sudedamųjų dalių. Kiekviena valstybė turi tik jai būdingą sveikatos strategiją. Optimalios medicininės priežiūros sąnaudas sunkiau apibrėžti, nes niekas nežino būtinųjų išlaidų, kurių reikia medicininės

priežiūros reikmėms. Dažniausia neįmanoma nei apibrėžti tikslų gydymo planų, nei numatyti sąnaudų.

Didžiausią papildomojo draudimo išlaidų dalį visoms medicinos išlaidoms galima rasti 1994 m. valstybėse: Švedija - 7 proc.; Danija - 1,9 proc.; Nyderlandai – 14,1 proc.; Airija – 8,2 proc.; Danija – 1,9 proc.; Lenkija – 2,6 proc. Jei valstybės papildomoji sveikatos draudimo sistema moka daugiau sveikatos priežiūros teikėjams, galima tikėtis, kad augs bendrosios sveikatos priežiūros sąnaudos.

Savanoriško sveikatos draudimo draudikai Lietuvoje, paprastai sumoka gydymo įstaigoms tam tikrą mokestį už jų suteiktas paslaugas. Ispanijoje mokama, remiantis pagalvės mokesčiu; Prancūzijoje ir Graikijoje mokamas atlyginimas ir mokesčių už suteiktas paslaugas derinys; Airijoje – pagal nustatytą dieninį tarifą; Olandijoje – draudikai nustato biudžetą įstaigų paslaugoms išmokėti; Austrijoje – prie mokesčio už suteiktas paslaugas pridedamos vienkartinės išmokos. Kai kuriuose valstybėse narėse atlyginimas už paslaugas mokamas pagal nustatytą planą arba nurodytomis kainomis (Portugalija, Liuksemburgas). Aišku, leidimas pakelti paslaugų kainas sukelia tam tikrą sumaištį dėl šališkumo ir veiksmingumo.

Graikijoje, Italijoje, Airijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Portugalijoje draudikai sudaro savanoriško sveikatos draudimo sutartis su gydymo įstaiga, nesvarbu privačia ar valstybine. Olandijoje, Danijoje sudaryti sutartį su valstybinėmis ligoninėmis yra uždrausta. Austrijoje galima rinktis, net draudikai išleidžia direktyvas, kuriose išreikštas pageidavimas, kad valstybinėse ligoninėse būtų privačių palatų skaičius, kuriose turi būti tam tikra įranga.

Austrijoje, Airijoje, Italijoje, Ispanijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje gydytojais skatinami pirmiausia aptarnauti savanorišką sveikatos draudimą turinčius pacientus. Tai yra viešoji politika, o ne pačių draudikų interesai.

Austrijoje, Airijoje, Italijoje, Ispanijoje, Švedijoje ir Jungtinės Karalystės mažina mokestines paskatas, Portugalija - padidino mokestines paskatas fiziniams asmenims. Mokestinės skatinamosios priemonės naudojamos tam, kad darytų poveikį rinkos struktūrai, teikiant pirmenybę vienokio tipo draudikams, arba labiau skatindami grupinius draudimus nei individualius. Tendencija mažinti arba naikinti mokestines paskatas rodo, kad daugelis vyriausybių rado geresnių būdų, kaip panaudoti pinigus, atsižvelgiant, kad mokesčių paskatos individualiems asmenims yra brangios ir didžia dalimi nesėkmingos, skatinti paklausą. Mokestinės skatinamosios priemonės įmonėms veikia sėkmingiau ir skatina darbdavius įsigyti bei sumokėti savanorišką sveikatos draudimo įmokas savo darbuotojo vardu. Mokestinės paskatos, teikiančios pirmenybę tam tikro tipo draudikams kitų draudikų atžvilgiu, gali paveikti rinką, tai nėra gera nacionalinės politikos forma.

Nyderlandų sveikatos priežiūros sistema veikia trimis lygiais. Pirmas lygis – išskirtinės medicinos išlaidos, kai visiems gyventojams kompensuoja brangią, ilgalaikę priežiūrą (slaugą namie po 365 dienų). Šia paslaugą įgyvendina valstybiniai ligonių fondai, savanoriški sveikatos draudėjai. Įmokos dydį nustato valstybė. Antras lygis – vykdomas pagal sveikatos draudimo įstatymą, kuris draudžia visus, tenkinančius tam tinkamus kriterijus. Apmoka valstybinė ligonių kasa, įmokų dydį nustato valstybė. Trečiasis – sudaro papildantysis ir pridėtinis sveikatos draudimas. Asmenys, uždirbantys daugiau nei trisdešimt tūkstančių eurų per metus, neturi teisės į privalomą draudimą ir gali rinktis papildomo draudimo paslaugas. Kai kurie valdininkai nedraudžiami privalomu draudimu, o draudžiami pagal specialią valstybinę sveikatos draudimo programą. Grupinio draudimo, perkamo įmonių, skaičius sparčiai auga. Anksčiau galiojusius dvi programos, skirtos senyvo amžiaus ir savarankiškai dirbantiems asmenims, dabar panaikintos ir galima pasirinkti bendrą pakaitinį draudimą. Jaunesni nei aštuoniolika metų vaikai ir besimokantys jaunuoliai iki dvidešimt septynių metų yra įtraukiami į pagrindinio poliso turėtojo sveikatos liudijimą ir moka tik pusę pagrindinio poliso turėtojo mokamos sumos. Savanoriško sveikatos draudimo draudikai veikia ne pelno arba komerciniu pagrindu. Kai kurie jų specializuojasi sveikatos draudimo srityje, o kiti priklauso didesniems draudimo konglomeratams, siūlantiems ir kitų rūšių draudimą. Pakaitinio draudimo rinka nėra griežtai reglamentuojama, kaip valstybinio sveikatos draudimo programos.

Airija yra vienintelė valstybė, turinti rizikos koregavimo sistemą, taikoma visiems draudikams savanoriško sveikatos draudimo rinkoje. Buvo priimtas vyriausybės nutarimas, siekiant tenkinti trečiosios ne gyvybės draudimo direktyvos reikalavimus, įstatymiškai įtvirtinti esminius principus, kurių pagrindas yra įmokų nustatymas bendruomenės pagrindu, atvira registracija ir draudimas visam gyvenimui. Buvo suvienodintos rizikos programos, atsižvelgta į asmens amžių, lytį ir ankstesnes paslaugas.

Nagrindamas Latvijos nacionalinį privalomą sveikatos draudimą randi informacijos, kad kiekviena medicininė paslauga yra finansuojama tam tikrą procentą, tai yra asmuo turi primokėti procentą paslaugos kainos už gautas medicininės paslaugas. Savanorišką sveikatos draudimą parduoda dvylika draudimo kompanijų. Siūlo minėtą draudimą ne vien grupinį, bet ir fizinių asmenų sveikatos draudimą. Šalies politikai palaiko ir skatina sveikatos draudimą, o visuomenė palaiko ir perka siūlomą draudimą. Nuomonė yra, kad žmogus turi susimokėti nors minimalią frančizę, gauti paslaugas veltui negalima. Draudimo kompanija moka tik tam tikrą paslaugos kainos procentą. Ten, kur apmoka privalomas sveikatos draudimas, papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas pasitraukia. Draudimo įmoka vienam apdraustajam yra nuo 800 litų. Paslaugų krepšelis siekia iki 5000 litų, apmokamos medicininės paslaugos.

Švedijoje šis draudimas turi savo objektą, koncepciją, glaudžiai bendradarbiauja su valstybiniu sektoriumi. Šalies politikai statistikos duomenimis nustatė, kad visuomenė senėja, todėl be valstybės paramos žmogus turi turėti teisę sukaupti tam tikrą dalį lėšų ir sveikatai, tai sveikatos draudimas drauge su kitais produktais, kritinių ligų, nelaimingų. Siūlomos kelios programos: speciali, vidutinė, ekstrinė. Viena nuo kitos skiriasi paslaugų skaičiumi, paslaugų dengimo galimybėmis. Dengiamos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, odontologijos paslaugos, medikamentai, medicininės reabilitacijos paslaugos. Draudiko kompanijos turi jai pavaldžias gydymo įstaigas, kurios ir administruoja, prižiūri apdraustuosius. Glaudžiai bendradarbiauja su valstybinių sektoriumi. Draudimas skiriamas tiek pavieniems asmenims, tiek įmonių darbuotojams (grupės draudimas).

Italijoje savanorišką sveikatos draudimą įsigyja gerai uždirbantys ir išsilavinę žmonės, o taip pat ir socialiai remtini. Šalyje šio draudimo paklausa skiriasi viena nuo kitos, priklausomai nuo gyvenamosios vietos. Parduoda komerciniai draudikai, šiose kompanijose perkami draudimo produktai yra brangesni, savidraudos kompanijose - perkami produktai yra pigesni. Draudimas skiriamas tiek pavieniems asmenims, tiek įmonių darbuotojams.

1992 m. buvo įkurtas Slovėnijos sveikatos draudimo institutas, kuris tapo išskirtiniu privalomojo sveikatos draudimo teikėju. Jis buvo įpareigotas teikti savanorišką sveikatos draudimą konkuruojant su kitomis draudimo kompanijomis. Savanoriškojo draudimo sistemoje už visas atliekamas paslaugas mokama gavus sąskaitas. Augo išmokų skaičius. Vėliau buvo įvesti paslaugų apribojimai, frančizės. Draudimas skiriamas tiek pavieniems asmenims, tiek įmonių darbuotojams.

Šiandien savanoriško sveikatos draudimo produktas vertinamas teigiamai ir Kinijoje, ir Singapūre, ir JAV. Dauguma šalių turi ir fizinių asmenų, ir grupės asmenų savanorišką sveikatos draudimą.

Kaip matyti iš aprašytų draudimo paslaugų, vienur yra kritinių ligų (išlaidų / sumų) draudimas, kitur akcentuojama į ilgalaikės slaugos draudimą / kaupiamasis, dar kitur finansuojamos konkrečios paslaugos: odontologijos, vaistų, medicininės reabilitacijos programos, stacionaro paslaugos.

Visose Europos Sąjungose veikia savarankiškas sveikatos draudimas, prisitaikęs prie šalies rinkos pageidavimų, teisinės bazės, esamos šalies sveikatos sistemos pagrindų.

Nėra smulkesnės informacijos apie savanoriško sveikatos draudimo problemas svetur, kaip valdoma rizika, kaip sprendžiamas žalų suvedimo klausimas. Dažniausia draudimo kompanijų ataskaitose informuojama, kad yra toks draudimo produktas, trumpai pristatoma draudimo paslaugų sumos ir apmokėjimai, minimalios draudimo įmokos, surenkama suma, išmokamų žalų skaičius, tam tikra mokestinė aplinka, teisinė bazė.

Kiekvienoje šalyje savanoriško sveikatos draudimo programos yra skirtingos. Kiekviena šalis turi tik jai būdingą sveikatos draudimo paslaugų spektrą. Vienur akcentuojamos gydymo paslaugos, kitur akcentuojama tik viena paslauga, kaip, pavyzdžiui, valstybės nedengiama paslauga - odontologija. Žinojimas, kad gali pasirūpinti savo sveikata, susimokėti už norimas paslaugas, žmogui suteikia tvirtesnius ir saugesnius jausmus. Dėl šios priežasties žmogus nuo seno rūpinosi savo saugumu ir galimų rizikų poveikiui sumažinimu. Vokiečių teoretikas A. Manes apie draudimą rašė, kad atsiradęs draudimas yra žmogaus proto pergalė prieš įvairiausias gyvenimo jėgas, „mažančios logikos laimėjimas prieš analogiškus šio gyvenimo reiškinius“ [26].

2.2. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo teisinė bazė

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis teigia, kad „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“ [1], todėl sveikatos sistemoje gaunamos paslaugos yra apmokamos.

Lietuva, išsikovojusį ir tapusį nepriklausoma šalimi, 1991 metų gegužės 21 d., patvirtino Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymą ir 1996 metų gegužės 21 d. buvo priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Sveikatos draudimo įstatymas nustatė draudimo rūšis (privalomojo ir papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo sistemą, privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindus, institucijas, vykdančias / teikiančias paslaugas, jų teises, pareigas ir ginčų nagrinėjimo tvarką).

Vėliau ir kiti priimti teisės aktai leido įsitvirtinti privalomam sveikatos draudimui. Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas taip ir liko Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 42 straipsnyje „Papildomas (savanoriškojo) sveikatos draudimo institucijos yra draudimo įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka gavusios leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai“ [4], tai suteikta teisė, galimybė šį draudimą siūlyti visuomenei be šalies strategijos, paslaugų krepšelio.

Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo (Žin., 1991, Nr. 17-447) 3 straipsnio 5 punktas teigia, kad „sveikatos draudimas, kai draudėjas nuo darbo užmokesčio draudžia sveikatos priežiūros paslaugomis ir kompensacijomis, numatytomis Sveikatos draudimo įstatyme“ [7].

Buvo numatytos sveikatos draudimo rūšys. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996. Nr. 55-1287) 3 straipsnis nurodo sveikatos draudimo rūšis. „Sveikatos draudimas yra:

1) privalomas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicininės pagalbos priemones kompensavimą;

2) papildomas (savarankiškas) - papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos po papildomojo sveikatos draudimo įvykio“ [4].

Nuo 1994 m. papildomojo sveikatos priežiūros draudimo srityje trečioji Tarybos direktyva dėl ne gyvybės ir trečioji Tarybos direktyva dėl gyvybės draudimo sudarė Bendrosios rinkos pagrindą draudimo sektoriuje. Buvo įvestas bendras valstybių Europos Sąjungos narių sistemą bendrijos draudimo įmonių įgaliojimams finansinei priežiūrai.

Nuo 2000 metų Lietuvoje pirmuosius savarankiškus žingsnius pradėjo žengti ir savanoriškas sveikatos draudimas draudimo bendrovėse. Neaiškumai teisinėje bazėje didino šio produkto nepopuliarumą visuomenėje. Informacijos stoka neleisdžia išsivalyti rinkoje, nėra galimybės tobulinti esamų sveikatos paslaugų spektrą bei finansavimo būdus šiame bare. Nėra savanoriško sveikatos draudimo strategijos, nors dar 2000 metais sveikatos apsaugos ministras pasirašė įsakymą dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo strategijos ir objekto apibrėžimo / nustatymo. Tačiau net ir tokioje aplinkoje draudimo bendrovės rado savo nišą. Draudimo bendrovės pradėjo kompensuoti mokamas paslaugas privačiose medicinos įstaigose, pvz. vaistus, profilaktikos priemones, stacionarinio gydymo atvejus – medicinos priemones, kurias paprastai pacientai turėdavo nusipirkti patys.

Savanoriškas draudimas visada buvo ir yra naujų apmokamų paslaugų generatorius bei inovacijų skatintojas – kai 1999 - 2001 metais kūrėsi šeimos gydytojo institucija, draudimas reikalavo, kad apdraustieji (jų pačių labui) pasirinktų bendrosios praktikos gydytojo centrus, (kad medicininė dokumentacija būtų prieinama dinamiškoje, o ne išsimėtytų po skirtingas privačias medicinos įstaigas). Ilgos ir sunkios derybos su vaistinėmis, kad dalis vaisto tiesiogiai vaistinėse būtų iš karto kompensuojama draudimo klientui. Privalomojo ir savanoriškojo sveikatos draudimo apjungimas apmokant gydymo paslaugas privačiose gydymo įstaigose. Papildomų paslaugų tiesioginis apmokėjimas valstybinėms gydymo įstaigoms. Vakcinacijos propagavimas, įdiegiant vakcinacijos limitus. Sveikatos stiprinimo paslaugų apmokėjimo įdiegimas. Visa buvo diegiama savanoriško sveikatos produkto nuostolingumo sąlygomis. Tai yra praktiškas produktas, vartotojo naudai, produktas teturint kelis procentus pelno (kai kiti draudimo produktai turi iki 40 proc. pavyzdžiui, gyvybės draudimas).

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 str. (Žin. 1998, Nr. 112-3090), teigia, kad „jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo

iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys“ [2].

2001 metais buvo patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės priemonių programa 2001-2004 m., planuojant paruošti savanoriško papildomo sveikatos draudimo koncepciją. Priemonės vykdymas užtruko ir buvo toliau perkeltas į 2007 m. I ketvirtį Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 - 2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo planą. Šiandien turime tik nuorodas, kad turi būti.

Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymo (2005 m. liepos 5 d. Nr. X-329) 6 straipsnio 2 dalies 16 punktą teigia, kad „Pajamų mokesčio 15 procentų tarifas taikomas šioms pajamoms, kaip „16) vieneto mokamoms draudimo įmokoms darbuotojų naudai už papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, kai draudimo objektas yra apdraustojo sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas“ [9].

Lietuvos Respublikos pelno mokesčio įstatymo (2005 m. liepos 5 d. Nr. X-327, Žin., 2005 m. liepos 21 d.) 26 straipsnio 1 dalies 3 punktą nurodo, kad „Lietuvos vieneto darbuotojų naudai mokamų įmokų suma mokestiniu laikotarpiu gali būti išskaitoma iš pajamų, jei yra mokamos.

3) draudimo įmokos už papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, kai draudimo objektas yra apdraustojo sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas, ir

4) įmokų suma apskaičiuojama ir neviršija 25 procentų per mokestinį laikotarpį kiekvienam iš šių vieneto darbuotojų apskaičiuotų su darbo santykiais susijusių pajamų“ [10].

Tokios šio punkto nuostatos taikomos nuo 2005 metais prasidėjusio mokestinio laikotarpio pradžios vieneto darbuotojų naudai mokamoms sveikatos draudimo įmokoms, neatsižvelgiant į tai, kada 2005 metais buvo sudaryta sveikatos draudimo sutartis. Į 25 proc. įmokų sumą įskaičiuojamos įmokos į Pensijų fondus, gyvybės draudimo įmokos ir sveikatos draudimo įmokos.

Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo (Žin., 1991, Nr. 17-447; 2004, Nr. 171-6295). 7 straipsnis teigia „Pajamos, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos, kad apdraustųjų asmenų, nurodytų šio įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalyse, socialinio draudimo įmokos skaičiuojamos nuo kiekvienos apdraustajam asmeniui apskaičiuotos darbo užmokesčio sumos, ne mažesnės kaip minimali mėnesinė alga, su darbo santykiais susijusių kompensacinio ar skatinamojo pobūdžio išmokų, nustatytų teisės aktuose ir kolektyvinėse sutartyse, neatsižvelgiant į mokėjimo šaltinius“ [12].

Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių (2005 m. birželio 14 d. Nr. 647) 23 punktą teigęs, kad „su darbo santykiais susijusioms kompensacinio ar skatinamojo pobūdžio išmokoms nepriskiriama: „23.2 punktas - draudimo įmokos, darbdavio mokamos draudimo įmonei už darbuotojų sveikatos draudimą, kai draudimo sutartyje nėra nurodomas konkretus darbuotojas ir kai yra numatyta, kad įvykus draudimui įvykiui draudimo įmonė už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas apmoka jas teikusiai medicinos įstaigai“ pripažintas netekusiu galios [12]. Tai reglamentuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. kovo 27 d. nutarimas Nr. 296 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. birželio 14 d. nutarimo Nr. 647 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo“ punktas 23.2 netekusiu galios. (Žin., 2006, Nr. 35-1249), todėl, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 7 straipsniu, skaičiuojamas socialinio draudimo fondo mokestis. Dar vėliau Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas (priimtas 1991-05-21 Nr.I-1336, Žin.,1991, Nr. 17-447; 2004, Nr. 171-6295, 2007-04-03 įstatymo Nr.X-1068 redakcija; Žin. 2007-04-19, Nr.43-1630). 8 straipsnio 1 dalis buvo papildyta 19 punktu. Socialinio draudimo įmokos neskaičiuojamos nuo: „darbuotojo naudai draudėjo mokamų draudimo įmokų už papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, kai draudimo objektas yra apdraustojo sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas“. Tai numato pajamas ir atvejus, kada socialinio draudimo įmokos neskaičiuojamos. Įstatymo nuostata įsigalioja nuo 2007 m. liepos 1 d. Galiojimo išimčių pagal sutarties sudarymo laiką įstatymas nenumato. Jeigu sveikatos draudimo sutartyje, sudarytoje iki 2007-07-01, numatyta, kad papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įmokų suma yra mokama kartą per ketvirtį ar pusmetį, tai yra dalimis, tai nuo papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įmokų sumų, mokamų nuo 2007-07-01, socialinio draudimo įmokos neskaičiuojamos ir nemokamos.

Po ilgos pertraukos, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. V-910, buvo sudaryta darbo grupė savanoriško sveikatos draudimo koncepcijai parengti. Darbo grupė buvo sudaryta iš tarpžinybinių institucijų, kurių tikslas buvo savanoriško sveikatos draudimo objekto apibrėžimas, draudimo koncepcijos pateikimas. Šios darbo grupės rezultatas buvo mokesčių lengvatos įvedimas.

Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 metais sudaryta darbo grupė pasiūlė papildomo savanoriško draudimo modelį / programą, atsižvelgdama į tai, kad privalomo sveikatos draudimo fondo pagrindinis pajamų šaltinis yra žmonių mokami fizinių asmenų pajamų mokesčiai. Valstybės vykdoma mokesčių mažinimo politika gyventojams priimtina, nes didesnė atlyginimo dalis lieka jiems. Tuo metu privalomo sveikatos draudimo fondas praranda dalį lėšų, už kurias apmokami Lietuvos piliečių gydymai. Pasiūlyto modelio principas: piliečiai turės *kaupiamąsias*

korteles, kurios bus papildomos iš žmogaus sumokėtų mokesčių atitinkamai padidinus jam neapmokestinamą pajamų dydį. Grynų pinigų žmogus neturėtų, jie būtų pervedami tiesiai į banko sąskaitas / korteles. Įnašams galiotų pajamų mokesčio lengvatos. Banko kortelėse pinigai bus taupomi, o prireikus, panaudojami. Siūlomas projektas būtų taikomas daugiausia dirbantiesiems. Šiandien už socialiai remtinus draudimo įmokas moka valstybė. Šio modelio trūkumai yra tie, kad lieka už ribos jauni žmonės, pensininkai, socialiai remtini gyventojai. Politikai kritikuoja šio modelio pagrindus ir teigia, kad šis modelis, tikrai neišspręs esančių problemų privalomame sveikatos sektoriuje. Nors kitose šalyse kaupiamosios sąskaitos egzistuoja daugiau nei penkiolika metų. Svarbiausias skirtumas tarp sveikatos draudimo ir medicinos kaupiamųjų sąskaitų yra tas, kad sąskaitos nesuteikia galimybės iš pavienių asmenų įmokėtų lėšų sudaryti bendro naudojimo rizikos fondų. Neperskirstomi sveikų ir sergančiųjų ištekliai. Tačiau suteikia galimybę paviniams asmenims sukaupti santaupas, kurias vėliau galės panaudoti sveikatai. Siūlomas modelis turi ir plusų, ir minusų. Tai politinė valia, kaip pasielgsime ir ką nutarsime.

2007 metais lapkričio 22 d. buvo organizuota Lietuvos konferencija „Individualusis savanoriškas sveikatos draudimas - kodėl jo nėra Lietuvoje?“, kuri vyko Lietuvos Respublikos Prezidentūroje. Pasidalinta informacija, iškeltos esamos problemos sveikatos draudime, pasiūlyta sveikatos paslaugų priemokų įvedimas.

2.3. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programų Lietuvoje analizė

Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo institucijos yra draudimo įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka gavusios leidimą (licenciją) vykdyti šią sveikatos draudimo veiklą. Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas grindžiamas draudėjo (apdraustasis) ir draudiko sutartimi, kurių sudarymo taisyklės nustato Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Šis draudimas garantuoja sveikatos priežiūros išlaidų, susijusių su apdraustųjų sveikatos sutrikimais bei sveikatos būklės pablogėjimu, kurios neatlyginamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo.

Papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu galima drausti ir Lietuvoje. Sveikatos draudimo produktas parduodamas dviejose draudimo bendrovėse: UAB „Ergo Lietuva draudime“ ir UAB SEB VB „Gyvybės draudime“, nuo 2007 m. rugpjūčio mėnesio vidurio į gretas įsiliejo UAB „IF draudimas“, o nuo 2007 m. lapkričio mėn. UAB „BTA draudimas“. Parduodamos tik grupės asmenų papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimo paslaugos.

Komentuojant esamus sveikatos draudimo produktus, nebus draudimo bendrovių pavadinimų, išlaikytas konfidencialumo principas.

Siūlomas dviejų bendrovių (X ir Y) paslaugų paketas yra panašus, kitaip vadinamas klasikinio modelio, ir orientuotas į klientus, kai šie suserga. Draudimo bendrovės Z sveikatos produktas yra pritaikytas daugiau sveikam klientui, skatina rūpintis savo ir savo šeimos narių sveikata (2 lentelė). Didesnių skirtumų savanoriško sveikatos draudimo programose yra tik draudimo įmokų skaičiavimo metodikoje, paslaugų apmokėjime.

Draudimo bendrovės Q sveikatos produktas labai panašus į standartinį klasikinį modelį, kai sveikatos programa apima ambulatorines ir stacionarines paslaugas bei leidžiama pasirinkti papildomas paslaugas.

Ambulatorines paslaugas sudaro šeimos gydytojo konsultacijos, o taip pat ir kitų gydytojų specialistų konsultacijos; medicininiai tyrimai, stacionarinio gydymo komforto pasaugos bei papildomos paslaugos (medicininės reabilitacijos, imunoprofilaktikos, profilaktinių sveikatos patikrinimų, odontologijos paslaugų, vaistų, sveikatą stiprinančių paslaugų). Draudimo sumos ir paslaugų spektras yra pasirenkamas kliento.

Z įmonėje nėra paslaugų suskirstymo. Skirta pagrindinė suma yra kritinių ligų atvejui, o tam tikras pasirinktas draudimo sumos procentas skiriamas ir naudojamas gydytojo konsultacijai, sveikatą stiprinančiai paslaugai, vaistams. Šios bendrovės papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programa neturi apribojimų, nedraudiminių atvejų. Paslaugos apmokamos šimta procentų.

2 lentelė. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos draudimo kompanijose

X įmonė	Y įmonė	Z įmonė
Ambulatorinės, stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos. Skiriama draudimo suma nuo 5000 litų iki 20 000 litų, rečiau iki 40 000 litų. Apmokama paslauga 100 proc., kai nustatoma ūmi liga ar trauma ir 80 proc. lėtinė liga, lėtinės ligos paūmėjimas. (Gydytojas diagnozes nustato pagal ligų klasifikatorių TLK – 10).	Ambulatorinės, stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos. Skiriama draudimo suma nuo 5000 litų iki 20 000 litų, rečiau iki 40 000 litų. Apmokama paslauga 100 proc., kai nustatoma ūmi liga ar trauma, lėtinės ligos paūmėjimas. (Gydytojas diagnozes nustato pagal ligų klasifikatorių TLK – 10).	Skiriama draudimo suma nuo 20 000 tūkstančių litų suma kritinių ligų apmokėjimui pagal nustatytą draudimo kompanijos kritinių ligų sąrašą.
Papildomos paslaugos	Papildomos paslaugos	
1. Medicininė reabilitacija, ūmios ligos ar traumos atveju su gydytojo siuntimu. Apmokama 100 proc. paslaugos kainos. Neapmokamos pragyvenimo ir maitinimo paslaugos.	1. Medicininė reabilitacija, ūmios ligos ar traumos atveju su gydytojo siuntimu. Apmokama 100 proc. paslaugos kainos. Neapmokamos pragyvenimo ir maitinimo paslaugos.	Klientas turi draudimo sumą iki 1000 litų, savo nuožiūra gali gauti medicininę paslaugą, medicininės prekes, vaistus. Apmokama 100 proc., 80 proc. paslaugos kainos.

<p>Draudimo suma nuo 100 litų iki 2000 litų.</p> <p>2. Ambulatorinė nėsčiųjų priežiūra. Apmokama 100 proc. paslaugos kainos. Draudimo suma nuo 300 litų iki 1000 litų.</p> <p>3. Odontologijos paslaugos su / be protezavimo. Apmokama 80 proc. paslaugos kainos. Neapmokamas dantų balinimas, dantų sąkabės.</p> <p>4. Vaistai, medicinos priemonės. Apmokama 50 proc. vaisto kainos. Neapmokamos tam tikros vaistų grupės.</p> <p>5. Optinės prekės (akinių stiklas, lizės). Apmokama 50 proc. prekės kainos.</p> <p>6. Imunoprofilaktika. Skiriama draudimo suma. Skiepo pavadinimai neribojami.</p> <p>7. Sveikata stiprinančios paslaugos: masažai, vandens procedūros, užsiėmimai treniruoklių salėje. Gydytojo siuntimo nereikia. Apmokama 50 proc. paslaugos kainos.</p>	<p>Draudimo suma nuo 100 litų iki 2000 litų. Išskiriamas tam tikras procentas iš bendros sumos masažams.</p> <p>2. Ambulatorinė nėsčiųjų priežiūra. Apmokama 100 proc. paslaugos kainos. Draudimo suma nuo 300 litų iki 1000 litų.</p> <p>3. Odontologijos paslaugos su / be protezavimo. Apmokamas 80 proc. ar 100 proc. paslaugos kainos. Neapmokama dantų balinimas, dantų sąkabės.</p> <p>4. Vaistai, medicinos priemonės. Apmokama 50 proc. vaisto kainos. Neapmokamos tam tikros vaistų grupės.</p> <p>5. Optinės prekės (akinių stiklas, lizės). Apmokama 50 proc. prekės kainos.</p> <p>6. Imunoprofilaktika. Skiriama draudimo suma. Nurodomi skiepo pavadinimai.</p> <p>7. Sveikata stiprinančios paslaugos: masažai, vandens procedūros, užsiėmimai treniruoklių salėje. Gydytojo siuntimo nereikia. Apmokama 50 proc. paslaugos kainos.</p>	
<p>Kita informacija</p>	<p>Kita informacija</p>	<p>Kita informacija</p>
<p>1. Išduodamos draudiminių įvykių apskaitos knygelės. Draudimo bendrovė apmoka gydymo įstaigai, pagal gydymo įstaigos pasitvirtintą įkainį, tam tikrą procentą. Gydymo įstaiga pristato bendrovei sąskaitas faktūras, medicininius išrašus ir draudiminių įvykių apskaitos knygelės nuplėšiamuosius lapelius.</p> <p>2. Draudiko pripažįstamas gydymo įstaigų sąrašas.</p> <p>3. Draudimas galioja vienerius metus Lietuvos Respublikoje.</p>	<p>1. Išduodamos draudiminių įvykių apskaitos knygelės. Draudimo bendrovė apmoka gydymo įstaigai, pagal gydymo įstaigos pasitvirtintą įkainį, tam tikrą procentą. Gydymo įstaiga pristato bendrovei sąskaitas faktūras, medicininius išrašus ir draudiminių įvykių apskaitos knygelės nuplėšiamuosius lapelius.</p> <p>2. Draudiko pripažįstamas gydymo įstaigų sąrašas.</p> <p>3. Draudimas galioja vienerius metus Lietuvos Respublikoje.</p>	<p>1. Nėra draudiminių knygių, yra UAB „Sampo“ banko elektroninė kortelė ir sava pinigų suma. Klientas apsimoka už paslaugą iš savų lėšų, draudimo bendrovė perveda ir gražina išnaudotas sumas gydymo įstaigose po 14 dienų.</p> <p>2. Nėra gydymo įstaigų sąrašo.</p> <p>3. Draudimas galioja vienerius metus Lietuvos Respublikoje</p>

Papildomas (savanoriškas) draudimas turi turėti keturis uždavinius: didinama konkurencija, didesnė pasirinkimo laisvė, mažinamos sąnaudos ir papildomas sveikatos draudimas gali būti panaudojamas didinant sveikatos sektoriaus pajamas.

Lietuvos draudimo kompanijos savanoriško sveikatos draudimo programos patirties sėmėsi iš visų šalių, turinčių savanorišką sveikatos draudimą, didesnės patirties buvo imtasi iš Švedijos, Vokietijos draudimo bendrovių. Tai paslaugų suskirstymas, pats produkto administravimas, vadybos ir rinkodaros klausimai, teisinė bazė.

Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, savanoriško sveikatos draudimo programos yra nacionalinio lygmens. Labai įtakoja produkto pagrindus paslaugų spektras rinkoje, supratimas, kultūra ir privalomojo sveikatos draudimo paslaugos, jų silpnosios pusės, pati sveikatos sistema. Šie produktai neturi analogų užsienyje, minėti produktai yra pilnai sukurti Lietuvoje ir šiandien galima pavadinti „labdaringais produktais“, o visuomenė įvardija, kaip brangią paslaugą.

Savanoriško sveikatos programos draudimo sumas renkasi pats klientas. Draudimo įmoka skaičiuojama pagal atliktas skaičiuokles. Atsiskaitymas gydymo įstaigose vyksta, kai klientas pateikiama draudiminių įvykių apskaitos knygelė. Gydymo įstaiga suteikusi medicininės paslaugas, užpildo reikiamus dokumentus ir siunčia draudimo bendrovei apmokėti, pagal pasirašytą bendradarbiavimo sutartį.

Tik Z įmonės sveikatos draudimo programa yra iš rizikinių ligų draudimo, tam skiriama draudimo suma nuo 20 000 litų, o taip pat ir konkrečios sumos pasirenkamoms medicininėms paslaugoms. Draudimo suma naudojama vartotojo nuožiūra, bet tik gydymo įstaigoje. Atsiskaito apdraustasis banko kortele, o draudimo kompanija, per tam tikrą laiką perveda išnaudotą sumą į kliento asmeninę sąskaitą.

Lietuvos draudikai, siūlo savanorišką sveikatos draudimo programą, o darbdaviai turi mokėti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įmokas, patvirtintus mokesčius. Draudimo kompanijos apmoka apdraustų klientų gydymo kaštus, kai šie suserga ir gauna medicininę paslaugą. Apie tūkstantį litų kainuojančiu papildomu sveikatos draudimu savo darbuotojus šiandien gali apdrausti tik darbdaviai, įmonių administracija.

Teigiamos pusės yra tai, kad papildomas sveikatos draudimas suteikia didesnes, platesnes galimybes gauti medicininės paslaugas, įvairus paslaugų spektras, šiandien palanki mokestinė aplinka ir greitas privačių gydymo įstaigų tinklo aptarnavimas tenkina apdraustuosius. Pasitikėjimas draudimo kompanijos siūloma programa yra vien todėl, kad trumpas draudimo laikotarpis, leidžia akivaizdžiai matyti naudą, gaunant ir apmokant paslaugą.

Neigiama pusė ta, kad asmeniškai, fizinis asmuo, šio draudimo įsigyti negali; galioja draudimas tik Lietuvoje ir tik vienerius metus; nevisos sveikatos priežiūros įstaigos sutinka bendradarbiauti aptarnaudamos apdraustuosius; neišnaudota draudimo suma lieka draudimo

bendrovėje; didelės draudimo įmokos, sunkiai prognozuojama rizika, „išskirtinės grupės“ gali turėti papildomas paslaugas sveikatos sistemoje, išskiria tam tikrą visuomenės grupę, o tai kelia nepasitenkinimą kitos grupės pusėje, tai ir neigiama pusė bei kliūtis besivystančiam papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui Lietuvoje.

Socialinės gerovės ekonomika pateikia du vertinimo kriterijus: teisingumo ir efektyvumo. Paskirstymo efektyvumas garantuoja, kad teikiama sveikatos priežiūra yra veiksminga, kai neįmanoma pakeisti išteklių pasiskirstymo taip, kad būtų galima pagerinti kieno nors padėtį nepabloginant kieno nors kito padėties. Yra dvi specifinės neefektyvumo formos - nepalanki atranka ir išmokų pagunda. Vartotojai apie savo sveikatos būklę žino daugiau nei draudimo bendrovės. Draudimo bendrovės taiko įmokas visiems vartotojams ir nėra pajėgios diferencijuoti kainų pagal draudimo prašytojo individualią riziką. Vartotojas, kuris tiki, kad nauda viršys sąnaudas, perka draudimą, deja, draudimo bendrovės palaipsniui patiria nuostolius. Teisingumas, tai – etikos ir moralinių principų sritis, šioje srityje šiandien pastebimas vartotojų pusės piktnaudžiavimas.

Viena iš pagrindinių priežasčių *trukdžiusių* plėstis papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo rinkai, tai mokesčių aplinkos kaitaliojimas, ir tik nuo 2007 m. liepos mėnesio buvo sudarytos mokesstinės lengvatos apsidraudusiems šiuo draudimu. Šiandien mokama už papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos draudimo įmokas ir penkiolika procentų gyventojų pajamų mokesčio. Pajamos nurašomos į sąnaudas.

Apibendrinama, drąsiai galiu teigti, kad papildomojo (savanoriško) sveikatos draudimo sistema papildo privalomojo sveikatos draudimo sąlygas. *Teigiama pusė*, kad;

- papildomu sveikatos draudimu gali draustis ne tik nuolat gyvenantys asmenys, bet ir Lietuvoje dirbantys užsieniečiai;
- draudimo išmokų rūšys ir dydis laisvai pasirenkamas, tuo tarpu privalomojo sveikatos draudimo atveju išmokas reglamentuoja įstatymai;
- papildomojo sveikatos draudimo įmokos priklauso nuo besidraudžiančiojo pageidaujamos išmokos dydžio, draudėjo amžiaus, lyties, kitų rizikos požymių bei sutarties sąlygų;
- papildomojo sveikatos draudimo sutartis gali pasibaigti arba būti nutraukta įstatymų nustatyta tvarka ir draudiko, ir draudėjo iniciatyva. Privalomasis sveikatos draudimas pasibaigia draudėjui mirus arba išvykus iš Lietuvos gyventi kitur.

Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas turi ir *neigiamas* puses:

- dėl pačios sveikatos sistemos brangumo šis draudimas tampa brangiu ir neprieinamu;
- sistema išryškina socialinę nelygybę visuomenėje;

- pats draudimas reikalauja nemažai finansinių išlaidų;
- priklausomi nuo privačių gydymo įstaigų įkainių;
- visuomenės ugdymo stoka sveikatos klausimams.

Kadangi savanoriškas sveikatos draudimas nėra privalomas, nes sprendimas įsigyti šį draudimą yra savanoriškas. Nėra atviros sistemos, pagal kurią draudikai privalėtų drausti visus to pageidaujančius. Dabar yra pakankama laisvė, sprendžiant ką apdrausti, kokiomis sąlygomis ir už kokią kainą, koks paslaugų spektras, bet tik grupės papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos siūlomos paslaugos yra prieinamos ir naudingos.

2.3. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo statistinė analizė

Labai maža konkurencija ir duomenų apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą nebuvimas neleidžia susidaryti nuomonės apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo galimybes. Apdraustųjų skaičius yra suskaičiuojamas nedidelis, lyginant su privalomojo sveikatos draudimo apdraustųjų skaičiumi, tai lyg lašas jūroje. Per abi draudimo bendroves 2006 metai buvo apdrausta iš viso tik 7203 asmenys, o 2005 metais apdraustų buvo tik 3366 asmenys (3 lentelė).

3 lentelė. Apdraustųjų skaičiaus augimas draudimo bendrovėse nuo 2001 metų

2001 m.	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.
1355	1985	2245	5742	3366	7203

Mažam apdraustųjų skaičiui įtakos turėjo visuomenės atsargumo, apsižiūrėjimo principai, taip pat nepalanki mokestinė aplinka (be draudimo įmokos reikėdavo sumokėti gyventojų pajamų ir Sodros mokesčius), ypač tai matyti 2003 metais ir 2005 metais. Apdraustųjų šuolis parodo, kad tik pasikeitus mokesčiams (mokesčių lengvatos įvedimas) duoda augimo kreivę.

Valstybinės institucijos nesuinteresuotos spręsti savanoriško sveikatos draudimo klausimus, tuo galima įsitikinti vertinant teisės aktus, pateiktas mintis apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, straipsnius spaudoje. Pačiame privalomame sveikatos draudime yra labai daug nepabaigtų darbų, problemų, klausimų. Draudimo bendrovės, teikiančios paslaugas, lieka neišgirstos. Teigiama, kad tai suinteresuotų grupių, bendrovės interesų, norų įgyvendinimas, verslo reikalai, nors gal yra dalis tiesos. Bet negalima atmesti ir to, kad turėdamas tokias paslaugas gali gydytis ir turėti garantijas, kad bus suteikta medicininė pagalba ir už paslaugas sumokės draudimo bendrovė.

Prisiminkime, kaip buvo žiūrima į besikuriančias privačias gydymo įstaigas, kokie būdavo komentarai spaudoje, kad didesnės gyventojų grupės buvo vadinamos išskirtinėmis. Buvo kritikos, abejojimo, traktuojama, kad tai pelno galimybės ir medicininių paslaugų turtingiems visuomenės nariams suteikimo sąlygos. Metams bėgant dauguma gyventojų palapsniui pradėjo pasitikėti ir vertinti privačių gydymo įstaigų teikiamas paslaugas ir kreiptis pagalbos, nors paslaugos ir buvo brangios. Negalima komentuoti, kad buvo geresnis ligos diagnozavimas, nors moderniosios technikos buvo daug, pačios paslaugos prieinamumas, aptarnavimas buvo kultūringesnis, kokybiškesnis, priimtinesnis klientui. Tik privačių įstaigų administracijos geri vadybos sugebėjimai: gydytojų specialistų parinkimas, laiko paskirstymas, paslaugos atlikimas vietoje, techninės naujovės, galėjo pritraukti klientų skaičių. Vėliau klientų skaičius, privačiame sektoriuje, padėjo rasti kompromisus kelius, dėl paslaugų apmokėjimo iš valstybinės ligonių kasos biudžeto. Prisiregistravusiųjų skaičius pas vieną gydytoją valstybiniame sektoriuje – 1338, privačiame – 1033, vidutinis apsilankymas per dieną valstybiniame sektoriuje – 19,7, privačiame – 14,8.

Nagrinėjant papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įmokas, išmokas ir nuostolingumą galima daryti išvadą, kad šis draudimas nėra pelną nešantis draudimas. Susidomėjimas šiuo draudimu auga, bet apdraustųjų skaičius ypatingai nėra aukštas. Šio draudimo rizika yra labai didelė ir neprognozuojama. Apdraustieji asmenys patenkinti, kad gali kreiptis į gydymo įstaigas medicininės pagalbos, už kurią kompensuos draudimo bendrovė. Susipažinusi, kaip naudojamos savanoriško sveikatos draudimo programos paslaugos procentais (4 lentelė), stebime paslaugų augimą. Populiarios medicininės paslaugos yra odontologija, vaistai, medicininė rehabilitacija, profilaktiniai sveikatos patikrinimai. Šios paslaugos privalomojo sveikatos paslaugų spektre yra mažai finansuojamos, kai kurios paslaugos visai neapmokamos, kaip odontologija.

4 lentelė. Paslaugų naudojimas procentais

Medicininė paslauga	2006 m. proc.	2007 m. rugpjūčio mėn., proc.
Odontologijos paslaugos	89	90
Vaistai ir medicininės priemonės	90	92
Imunoprofilaktika	41	34
Profilaktinis sveikatos tikrinimas	43	70
Medicininė rehabilitacija	48	40
Vitaminai	22	38

X draudimo bendrovės duomenimis.

Aišku, kad per tam tikrą laiką vartotojas išmoksta naudotis visomis paslaugomis, o ypač sveikatos paslaugomis, gal todėl didesnis apdraustųjų skaičius kreipėsi į gydymo įstaigas gauti paslaugas. Ne paslaptis, bet ir gydymo įstaigų darbuotojai, taip pat sėkmingai išmoksta padėti

klientui pasinaudoti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo galimybėmis. Juolab, kad mūsų medikai dažnai dirba keliose darbo vietose, priima klientą, o tai leidžia klientams gauti medicininės paslaugas tinkamiausiu, patogiausiu būdu, pas pageidaujamus specialistus.

Oficialios duomenų informacijos nebuvimas apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įmokas ir išmokas, o taip pat bendrą informaciją apie pacientų apsilankymus pas gydytojus, rodo kliento ir privačių gydymo įstaigų - pasiekimus. Draudimo priežiūros komisijoje prie Finansų ministerijos turi minimalios informacija apie įmokas, išlaidas, apdraustųjų skaičių, finansinės sumos įskaičiuotos į kitų draudimų išlaidas ir pajamas, tokias kaip kelionės draudimas, gyvybės draudimas. Apie vartotojo sveikatos būklę draudikai neturi ir negali žinoti, o tai gali skatinti nesveikos rinkos buvimą.

Nagrinėjant draudimo bendrovių informaciją apie papildomo (savanoriškas) sveikatos draudimo įmokas ir išmokas, galime stebėti nuoseklų augimą (5 lentelė), nors ir papildomo (savanoriško) sveikatos programos nuostolingumas 2006 metais buvo įvertintas 85 procentais.

5 lentelė. Draudimo bendrovių finansinės ataskaitos už 2002 – 2007 m.m.

	2004 12 31	2005 12 31	2006 12 31
Draudimo įmokų suma, litais	2 510 718	2 897 861	6 529 256
Draudimo išmokų suma, litais	1 782 536	2 027 653	3 200 490

Draudimo bendrovių duomenimis.

Išmokų sumose nėra pateikto administravimo procento, komisinio atlygio pardavėjams, todėl labai sunku pasakyti, kiek šis draudimas yra pelningas, o kiek nuostolingas draudimo bendrovei. Nors galime teikti, kad įmokų ir išmokų skaičiaus skirtumas yra didelis.

Stebėdama dviejų draudimo bendrovių įmokų skaičiaus augimą aiškiai supranti, kad turi įtakos didelių ir turtingų įmonių atėjimas į rinką, didelis apdraustųjų darbuotojų skaičius (pavyzdžiui, įmonė draudžia penkis darbuotojus ar šimtą darbuotojų). Pagal augančių išmokų skaičių, gali numatyti, kad tikrai paslauga buvo reikalinga ir buvo suteikta galimybė ją gauti, bet ar tai ne buvo ligos „ieškojimas“. Aišku, reikėtų įvertinti visas puses: kliento, kuriam jo sveikata yra svarbiausia ir kuris, turėdamas galimybę, tikrinasi sveikatą; privačios gydymo įstaigos, gaunančios papildomų pajamų už suteiktas medicininės paslaugas; draudimo bendrovių tikslas, padėti žmogui ar turėti pelno.

Sveikatos draudimas yra labai rizikingas draudimas ir šioje vietoje labai sunku prognozuoti, koks savanoriškas sveikatos draudimo produktas yra geriau ir ar jis reikalingas.

Taigi privatus sektorius sveikatos apsaugos sistemoje kasmet užima vis svarbesnes pozicijas. Visuomenės nuomonė palaipsniui keitėsi ne vien dėl gydymo įstaigų tinklo, bet ir draudimo kompanijų atžvilgiu. Galima numanyti, kad dauguma apdraustųjų, turėdami papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, nebesinaudoja arba minimaliai naudojami privalomu sveikatos draudimu. Draudimo bendrovės, siūlančios savanorišką sveikatos draudimą, tapo populiarios ir reikalingos, o gal ir madingos. Draudimo kompanijos, matydamos visuomenės medicininių paslaugų būtinumu ir kitų šalių patirtimi, iniciavo savanoriško sveikatos draudimo egzistavimo klausimą ir nori konkretaus sprendimo dėl tolesnės valstybės strategijos šiuo klausimu.

Kaip išanalizuoti kliento siekius, kas gali argumentuoti, kodėl mokėdami už gautas paslaugas asmeniškai visada skaičiuojame, žinome paslaugos reikalingumą. Gaudami paslaugą, už kurią lyg ir nereikia mokėti, neskaičiuodami naudojame vienokiu ar kitokiu būdu stengiamės išnaudoti skirtas sumas. Pagrindai sudėti mūsų mąstyme ir supratime, šiandien mums turi būti viskas ir visur nemokama, taip mes suprantame. Sunkiai keičiasi žmonių nuomonė, supratimas, kad valstybė viskuo negali pasirūpinti ir mokėti. Dauguma visuomenės narių teigia, kad valstybė turi rūpintis ir dengti išlaidas, nes yra mokami mokesčiai ir visai nebesvarbu, kiek išleidžiama, o kiek surenkama pajamų valstybėje.

Analizuodama išmokų rezultatus, pastebi, kad jas naudoja apdraustieji ir neturi rūpesčio, jei sutrinka sveikata. Vartant gydymo įstaigų išrašus apie susirgimus, didesnis atvejų skaičius, rodo, kad tam tikras visuomenės skaičius linkęs ištirti savo sveikatą, kai turi savanorišką sveikatos draudimą, taip taupydami privalomojo sveikatos draudimo lėšas. Žemiau pateikiamas vienos įmonės apdraustųjų skaičiaus augimas, įmokų ir išmokų litais didėjimas, nors produkto paslaugos kasmet yra tos pačios, paslaugų sąlygos taip pat (6 lentelė).

6 lentelė. Apdraustųjų skaičiaus, įmokų ir išmokų augimas sveikatos programoje vienoje iš draudimo bendrovių

Draudimo metai	2004 m.	2005 m.	2006 m.
Apdraustųjų skaičius	530	546	588
Bendra draudimo įmoka, litais	390018,00	453408,00	477840,00
Bendra draudimo išmoka, litais*	401764,27	483526,23	448 288,00

Draudimo bendrovės duomenimis.

Šioje statistinėje informacijoje nėra komisinio mokesčio bei administravimo kaštų. Valdymo ir administravimo operacijų kaštai savanoriškame sveikatos draudimo sistemoje yra daug didesni negu valstybiniame. Noras įvertinti riziką, nustatyti įmoką, sukurti išmokų paketus, peržiūrėti prašymus ir gautas sąskaitas - faktūras sudaro labai didelį darbą bei administracinius kaštus. Administravimo kaštai kinta visur, todėl kitose šalyse sveikatos priežiūros administravimo kaštai svyruoja nuo trijų iki penkių procentų, kitur nuo dešimties proc. iki dvidešimt penkių proc. Turima informacijos, kad Lietuvos draudimo administracinis mokestis yra dvidešimt / trisdešimt procentų, o komisiniai siekia iki penkiolikos proc.

Didelis apdraustųjų skaičius auga metų pabaigoje, arba metų pradžioje. Skatinama už gerus darbus darbuotojai, tai įmonės administracijos dėmesys darbuotojams. Mažesnis sveikatos programos pirkimas yra vasaros metu, todėl rudeniop auga žalų išmokų skaičius.

Po mokesčių lengvatos įvedimo Lietuvoje tampa madinga drausti įmonės darbuotojus papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu. Šiandien yra paskaičiuojama jau apie 8000 apdraustųjų.

Nagrinėjant paslaugų spektrą galima teigti, kad privalomas sveikatos draudimas kompensuoja dauguma medicininių paslaugų, o draudimo bendrovės apmoka tik apibrėžtus draudiminiuosius įvykius, draudimo sumas, pasirenkamas paslaugas.

Draudimo bendrovėse draudiminiai atvejai, tai ūmi liga, lėtinės ligos paūmėjimas ir trauma, visai neseniai atsirado ir lėtinės ligos. Pacientas, turėdamas sveikatos nusiskundimų, kreipiasi į privačią gydymo įstaigą gydytojo konsultacijos, diagnozavus ligą, draudimo kompanija dengia gautas paslaugas - 100 proc. arba 80 proc. Reikalingi tyrimai diagnozavimui taip pat yra apmokami, esant gydytojo siuntimui. Liga nustatoma vadovaujantis ligų klasifikatoriumi TLK - 10. „Dubliuojamos“ sveikatos paslaugos savanoriškame draudime yra populiarios ir naudojamos, tai ir rodo draudimo reikalingumą.

Nagrinėjant savanoriško sveikatos draudimo finansinius skaičius ir paskaičiuavus vidutinę draudimo įmoką apdraustajam, išeitų kad 2005 metais ir 2006 metais buvo 908 litai, o vidutinė išmoka (gryna žala, be administravimo ir komisinių kaštų) 2005 metais sudarė 723 litus. Vidutinė draudimo suma vienam apdraustajam 2005 metais sudarė 8419 litų, o 2006 metais - 7954 litus.

Vidutinis papildomo savanoriško sveikatos draudimo apdraustųjų amžius yra 30 – 45 metai, daugiau moterų nei vyrų (60 proc. moterų). Kadangi savanoriško sveikatos draudimo galiojimas yra trumpas, vieneri metai, šis produktas tampa vis patrauklesnis visuomenei, kaip garantas, kad bus apmokėtos išlaidos ir nėra amžino išipareigojimo draudikams. Greitas paslaugų gavimas, neturint apribojimų skatina turėti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą.

Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas suteikia teisę gauti antrą gydytojo konsultaciją. Tik šias paslaugas gauname jau privačiame gydymo sektoriuje.

Draudimo kompanijos Lietuvoje gali pasiūlyti tik grupinį papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą. Todėl dauguma fizinių asmenų, galinčių susimokėti draudimo bendrovei, lieka nuvilti, taip pat nuvilti ir tie visuomenės piliečiai, kurių pajamos yra nedidelės arba vidutinės, taip pat kaimo gyventojai, vaikai, paaugliai, pensininkai, socialiai remtini asmenys.

Rinkos plėtimas skatina mažinti draudimo įmoko kaštus, o tai pigina pačios paslaugos kaštus. Ribos tarp viešosios ir privačios sveikatos priežiūros nėra aiškiai apibrėžtos, ypač jei yra ribota kompensacija, jei paslaugų teikėjams mokama tiek iš viešojo, tiek iš privataus sektoriaus, kažin ar tai gerai ugdant sveiką sveikatos supratimą.

Rinkoje informacija yra būtina ir pirkėjams, ir pardavėjams, ir politikams. Neišsami informacija gali kelti problemų, sunku atskirti didelio rizikingumo individus nuo mažesnio rizikingumo individus. Rizikos atranka lemia neefektyvumą, jei iš rizikingumo atrankos kylantys finansiniai pranašumai nusveria potencialią naudą, gaunamą iš efektyvumo didinimo. Tuomet draudikai neturi noro konkuruoti efektyvaus valdymo arba kokybės pagrindu. Todėl rinkoje galima bandyti mažinti draudimo išmokas pritraukiant daugiau mažo rizikingumo klientą, o ne didindami efektyvumą, o tai jau mažina optimalų konkurencijos lygį draudimo rinkoje.

Šiandien suteikta mokesstinė lengvata leidžia įmonėms, įstaigoms turėti grupės papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, nors ir nėra aiškaus draudimo objekto, kontrolės, paslaugų ir rizikos pasidalijimų.

Patvirtinus papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo objekto apibrėžimą, paslaugų krepšelį galima būtų tobulinti esamas papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimo programas, kaip priemonę privalomojo sveikatos draudimo sistemoje.

3. RESPONDENTŲ NUOMONĖ DĖL PAPILDOMO (SAVANORIŠKO) SVEIKATOS DRAUDIMO

3.1 Tyrimo metodika

Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo reikalingumą, kaip alternatyvą privalomam sveikatos draudimui. Atliekant tyrimą, buvo panaudotas anketinės apklausos. Siekiant išsamiau išanalizuoti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo reikšmę anketos buvo suskirstytos į keturias grupes, respondentus:

1. Pirmoji grupė, tai Lietuvos gyventojai;
2. Antra grupė, tai savanorišką sveikatos draudimą parduodantys asmenys (investavimo vadybininkai, draudimo brokeriai);
3. Trečia grupė, tai savanorišką sveikatos draudimą turintys asmenys (įmonių darbuotojai, atrinkti atsitiktinės atrankos būdu, apdrausti pirmus metus);
4. Ketvirta grupė, tai politikai, valstybės tarnautojai.

Pacientų nuomonės tyrimo metodologija.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti, kaip respondentai priima sveikatos priežiūros sistemoje papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, kokia yra jo paklausa. Šis tikslas buvo taikomas visoms keturioms respondentų grupėms.

Pacientų nuomonės tyrimo imties apibūdinimas.

Tam, kad sužinotume, kiek klientų reikėtų apklausti, kad gautume statistiškai patikimus skirtumus, tyrimo generalinė aibė buvo paskaičiuota pagal imties tūrio formulę [61], pritaikytą visoms keturioms respondentų grupėms:

$$n = \frac{z^2 v(1-v)}{\left(1 - \frac{1}{N}\right) \Delta^2 + \frac{z^2 v(1-v)}{N}}$$

Su tikimybe $p=0,95$ ($z=1,96$) ir ribine paklaida $\Delta=0,05$ bei $V=0,1$ (10 proc.), bei $N=$ besikreipiančių klientų skaičiumi.

Iš viso apklausti 276 respondentai.

Tyrimo etikos principų užtikrinimas.

Tyrimo metu buvo laikomasi tyrimo etikos principų. Visais atvejais buvo gautas respondentų sutikimas. Prieš atliekant anketinę apklausą respondentams buvo paaiškintas tyrimo tikslas, eiga, nurodyta, kam bus panaudoti surinkti duomenys, taip pat buvo paaiškinta, kaip bus užtikrinamas respondentų anonimiškumas ir konfidencialumas dėl tyrimo metu pateikiamos informacijos.

3.2. ANKETŲ ANALIZĖS REZULTATAI

3.2.1. Pirmos (gyventojų) respondentų grupės tyrimų analizė.

Per metus banko filiale vidutiniškai apsilanko 96 000 klientų. Pasinaudojus imties tūrio formule [61] ir įrašius skaičius, gauname:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,1 * 0,9}{(1 - \frac{1}{96000})0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,1 * 0,9}{96000}} = 138$$

Su tikimybe $p=0,95$ ($z=1,96$) ir ribine paklaida $\delta=0,05$ bei $V=0,1$ (10 proc.), bei $N=$ besikreipiančių klientų skaičiumi.

Tektų apklausti 138 klientus. Kad tyrimas būtų patikimas, pagal sisteminės atsitiktinės atrankos būdą (96 000 klientų / 139) reiktų apklausti kas 690 banko filiale besikreipiantį klientą. Tada tyrimas reprezentuotų visus banko klientus, o tai būtų ir brangu, ir gana sudėtinga. Todėl pasirinktas ištisinės atrankos būdas, apklausiant visus atvykus į banko filialą 2007 m. rugpjūčio 10 d. nuo 10.00 val. iki 12.00 val. ir 2007 m. rugpjūčio 10 d. nuo 15.00 val. iki 17.00 val., darant prielaidą, kad jų charakteristikos mažai skirsis savo sudėtimi ir struktūra nuo visų gyventojų sudėties ir struktūros.

Banko investavimo vadybininkės išdalino 139 anketą klientams, kurie tuo metu laukė banko paslaugos.

Anketą sudarė trylika klausimų (1 priedas). Pirmieji klausimai demografiniai, toliau socialinio pobūdžio. Kiekybinis tyrimas. Klausimai buvo uždari ir atviri.

Pagal amžių grupes anketas pildė 86 moteris ir 53 vyrai.

Kaip matome iš 6 lentelėje pateiktų duomenų, dauguma respondentų buvo darbingi, vidutinio amžiaus žmonės. Kadangi respondentai buvo atsitiktiniai, todėl galime teigti, kad vidutinio amžiaus žmonių atsakymai yra rimti ir apgalvoti.

6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Eil Nr.	Amžiaus grupės	Respondentų skaičius	Respondentų skaičius, procentais
1.	nuo 18 iki 25 m.	15	10,7
2.	nuo 26 m. iki 35 m.	47	34
3.	nuo 36 m. iki 45 m.	51	36,6
4.	nuo 46 iki 60 m.	26	18,7
5.	nuo 61 ir daugiau	0	0

Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (7 lentelė) – kadangi skirtingo išsilavinimo, amžiaus gyventojai skirtingai supranta draudimo reikalingumą, teigiamas ir neigiamas draudimo puses, buvo pasidomėta ir apklausiamųjų išsilavinimu.

7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Eil. Nr.	Išsilavinimas	Respondentų skaičius	Respondentų skaičius procentais
1.	Aukštesnysis	59	42,4
2.	Aukštasis neuniversitetinis	0	0
3.	Aukštasis universitetinis	62	44,6
4.	Vidurinis	18	12,9

Išanalizavus anketos atsakymus galima teigti, kad didesnis respondentų skaičius nesikreipia pagalbos į gydymo įstaigas (56,8 proc.). Iš to galima daryti išvadas, kad amžius turi įtakos rezultatams, o kadangi dar ir darbingi, tai tik 41,7 proc. besikreipiančių į privačias gydymo įstaigas siekia gauti greitas, ilgai netrunkančias medicininės paslaugas.

8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gydymo įstaigas

	Atsakymai „Taip“	Atsakymai „Ne“	Atsakymai „Nežinau“
Ar dažnai kreipiatės į valstybines gydymo įstaigas paslaugai gauti?	60	79	0
Ar dažnai kreipiatės į privačiose gydymo įstaigas paslaugai gauti?	58	81	0

Septintojo klausimo „Ar girdėjote apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą“ rezultatai leido suprasti, kad sveikatos sistema yra sudėtinga ir eiliniam piliečiui visai nesuprantama, kas yra privalomas, kas papildomas sveikatos draudimas, kaip finansuojamos privačios gydymo įstaigos, kaip valstybinės, kokios mokamos paslaugos ar kita. Todėl 49 respondentų atsakė, kad girdėjo apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, tai sudarė 35,2 proc., o 90 respondentai atsakė, kad negirdėjo ir nežino, tai sudaro 64,7 proc. Gal atsakydami ir susimąstė, kad yra skirtingi draudimai, bet nurodė, kad informacijos apie papildomą sveikatos draudimą nėra.

Iš 49 respondentų apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, daugiausia informacijos girdėjo bankuose 15,8 proc., draugų rate - 7,9 proc. ir spaudoje - 11,5 proc. Apibendrinant šį klausimą, galima teigti, kad daugiausia informacijos teikia suinteresuota pusė, tai banko vadybininkas, draudimo brokeris siūlydamas ir parduodamas sveikatos draudimo produktą, o ne žiniasklaida ar sveikatos sistemos darbuotojai. Kadangi sveikatos sistema yra sudėtinga ir žiniasklaidai nepatraukli, išskyrus paslaugų kokybę klausimus, reikia manyti, kad

informacija ir toliau plis tik iš draudikų pusės, suinteresuotų grupių. Informacija plis tam, kad kuo didesnis klientų skaičius išgirstų ir turėtų papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą.

„Papildomas savanoriškas sveikatos draudimas yra ...“, respondentų prašėme pagalvoti ir pabaigti sakinį su duotais variantais. Atsakymai verčia manyti, kad gyvenimo patirtis turi įtakos pateikiant teisingą atsakymą (9 lentelė), 41,7 proc. atsakymų „kai apmokama gydymo paslaugos“ buvo teisingi.

9 lentelė. Papildomo (savanoriškas) sveikatos draudimo apibrėžimo atsakymų rezultatai

	Respondentų skaičius	Respondentų skaičius procentais
kai apmokama išmoka mirties atveju;	0	0
kai apmokamos gydymo paslaugos;	58	41,7
kai apdraudžiama nuo kritinių ligų bei mokama išmoka, pvz. infarkto atveju.	18	12,9
kai mokama vienkartinė išmoka, pvz. lūžio atveju ir kt.	32	23
nežinau	31	22,3

Apibendrinant du klausimus, atsakymai parodė, kad respondentai, turėdami savo gyvenimo patirtį ir žiūrėdami į ateitį, nori rūpintis savo sveikata. Todėl į klausimą „Ar Jums pačiam papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas gali būti naudingas?“ 89 respondentai atsakė, kad toks draudimas yra naudingas (sudaro 64,4 procentus), 34 respondentai - „susilaikė“, tai sudaro 24,4 proc., o 16 respondentų (11,5 proc.) nurodė, kad toks draudimas nereikalingas.

Į klausimą „Ar pageidautumėte pirkti papildomą savanorišką sveikatos draudimą asmeniškai?“ 59 respondentai (42,4 proc.) atsakė, kad sutinka pirkti ir turėti savanorišką sveikatos draudimą, 38 respondentai (27,3 proc.) nežino, kaip pasielgtų, tai abejonės dėl sveikatos paslaugų kokybės, draudikų veiklos. 42 respondentai nesutinka pirkti, mano, kad nereikia turėti kelių programų. Dauguma respondentų yra gavę sveikatos paslaugas, todėl žino, kad papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas negali būti pigi paslauga, todėl ir atsisako. Kiekvienas skaičiuojame savo asmenines pajamas ir išlaidas. Sveikatos paslaugos yra brangios, todėl ir draudimo įmokos yra didelės, todėl nesutinkame arba abejojame dėl jo įsigijimo.

92 respondentai sutinka, kad darbovietė apdraustų papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu, tai sudaro 66,1 procentai, 22 respondentų „nežino“ nes yra tam tikros abejonės dėl įmonės mokumo arba pačios savanoriškos sveikatos programos nežinojimo ir 25 respondentai – nesutiktų, tai sudaro 17,9 proc., kai esi sveikas, tokia medicininė paslauga nereikalinga.

Nagrinėjat 10 lentelės informaciją dėl privalomo ir papildomo sveikatos draudimo reikalingumo, tyrimo rezultatai parodė, kad 42 respondentai sutinka turėti abu sveikatos

draudimus (30,2 proc.). Didesnis respondentų skaičius gerai nežino papildomo sveikatos draudimo sąlygų, teigiamų šio draudimo pusių, aišku, medicinos sistema visada yra vertinama pagal paslaugų suteikimo rodiklius, pagal paslaugos kokybę, todėl susilaikė 97 respondentai (69,7 proc.).

10 lentelės. Privalomojo ir papildomo sveikatos draudimo reikalingumas

	Respondentų skaičius	Respondentų skaičius procentais,
Taip	42	30,2
Ne	0	0
Nežino	97	69,7

Atvirame klausime „Jei turite pasiūlymų, idėjų dėl papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo Lietuvoje“ negavau konkretaus atsakymo. Galima teigti, kad respondentai greičiausiai buvo abejingi, nenorintys gilintis į neaiškias, nežinomas problemas. Reikalingas naujos programos sveikatos sistemoje, tai turi spręsti sveikatos sistemoje dirbantys darbuotojai, taip išsakė 5 respondentai. Visgi manytina, kad šis klausimas liko neatsakytas dėl amžino skubėjimo, nežinojimo.

Taigi, **apibendrinant** gautus pirmos grupės rezultatus, galima teigti, kad 139 respondentai išsiskiria šiomis pagrindinėmis charakteristikomis:

1. Dauguma respondentų yra vidutinio amžiaus piliečiai.
2. Dauguma respondentų turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą.
3. Dauguma respondentų turi supratimą apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą.
4. Dauguma respondentų apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą išgirsta tik bankuose, draudimo bendrovėse.
5. Dauguma respondentų gerai nežino papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo teigiamų pusių, lygina sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę.
6. Dauguma respondentų mano, kad savanoriškas sveikatos draudimas naudingas, nors ir brangus.
7. Dauguma respondentų naudojami ir privalomojo sveikatos draudimo paslaugomis, ir privačių gydymo įstaigų tinklu, apsimokėdami už gautas paslaugas

Visuomenė nėra gerai ir išsamiai informuota, kas vyksta šalyje dėl papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo. Nežinome, todėl nėra ir problemos, nėra problemų, nieko nereikia ir spręsti. Deja, suinteresuotumas papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu yra.

3.2.2. Antros (draudikų) respondentų grupės tyrimo analizė.

Apklausti gyvybės draudimo vadybininkai, draudimo brokeriai, parduodantys įvairius draudimo produktus, drauge ir savanorišką sveikatos draudimą.

Tam, kad sužinotume, kiek respondentų reikėtų apklausti, kad gautume statistiškai patikimus skirtumus, tyrimo generalinė aibė buvo paskaičiuota pagal imties tūrio formulę [61].

Kad tyrimas būtų patikimas, pagal sisteminės atsitiktinės atrankos būdą apklaustit 41 respondentas. Darant prielaidą, kad jų charakteristikos mažai skirsis savo sudėtimi ir struktūra nuo visų respondentų sudėties ir struktūros.

Apklausti respondentai 2007 m. rugpjūčio mėn. 25 d., kurie buvo darbo vietose Vilniuje: UAB „GEUM“ – 3 respondentai, UADBB „Rhea“ – 5 respondentai, UADBB „RDD“ – 10 respondentų, AB SEB VB filialuose – 23 respondentai. Iš viso 41 respondentas.

Anketą sudaro trylika uždarų ir atvirų klausimų. Kiekybinis tyrimas (2 priedas).

Iš 41 respondento atsakusių į pirmąjį klausimą apie lytį, atsakymai aiškiai parodė moterų pirmavimą šiame darbo bare: du vyrai – 4,8 proc. ir 95,1 proc. moterų - 39.

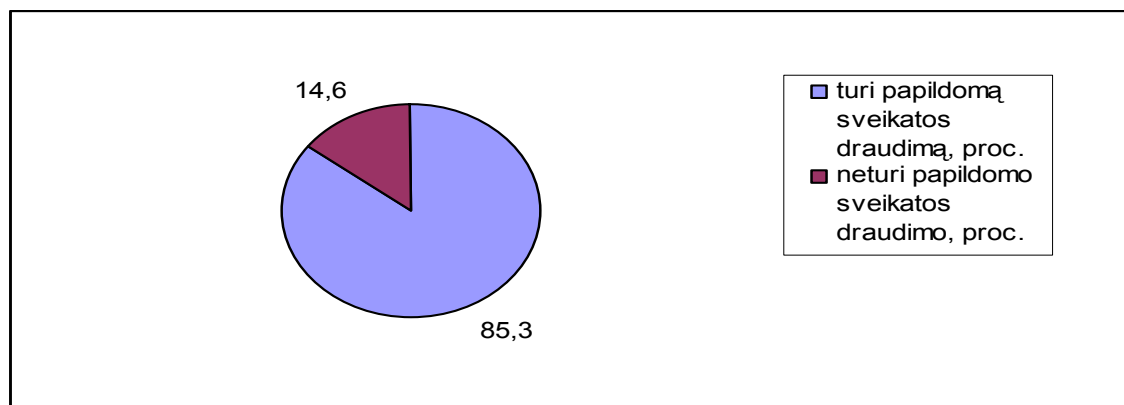
Kaip matome iš 11 lentelėje pateiktų duomenų, dauguma respondentų yra darbingi, ir jauno amžiaus žmonės. Vadybininkais dirba ir karjeros siekia dažniau draudimo kompanijose daugiau jauno ir vidutinio amžiaus darbuotojai. Jaunas ir vidutinis amžius yra vertinamas pardavimo sferoje, tai ieškančios naujovių ir nebijančios rizikuoti darbuotojai, vyresnio amžiaus darbuotojai – turintys gyvenimo patirties, darbo praktikos.

11 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Eil Nr.	Amžiaus grupės	Respondentų skaičius	Respondentų skaičius procentais
1	nuo 18 m. iki 25 m.	5	12,1
2	nuo 26 m. iki 35 m.	14	34,1
3	nuo 36 m. iki 45 m.	11	26,8
4	nuo 46 m. iki 60 m.	9	21,9
5	nuo 61 m. ir daugiau	2	4,8

Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą – svarbi tyrimo imties charakteristika, nagrinėjanti išsilavinimą tų, kurie dirba pardavimuose. Šimtas proc. respondentų turi aukštąjį išsilavinimą. Investavimo vadybininkas gerai orientuotas, nusimano teisinėje bazėje, greitai moka veikti vienokioje ar kitokioje situacijoje. Tai, kad turi būti žinių bagažas, vadybos išmanymas, rodo ir kitas klausimas dėl darbo veiklos. Atsakdami į klausimą „kiek metų jau siūlo šį produktą“ pažymėjo, kad dviejus metus siūlo papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą 24,3 proc. respondentai; nuo 3 iki 5 metų siūlo - 48,7 proc. ir 26,8 proc. siūlo produktą nuo 6 - 8 m. respondentų.

Į klausimą „Ar privalomo sveikatos draudimo užtenka“ – visi respondentai atsakė, kad užtenka. 85,3 proc. respondentų yra draudimo bendrovių apdrausti papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu ir tik 14,6 proc. neturi papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo. Savanoriško sveikatos draudimo turėjimas draudimo vadybininkams (6 paveikslas), tai galimybė iš arčiau susipažinti su sveikatos draudimo programa, suprasti jos reikalingumą, išvelgti teigiamas, neigiamas puses ir mokėti juos paaiškinti. Žinoti pačios sveikatos draudimo programos eigą, paslaugų gavimo schemas.



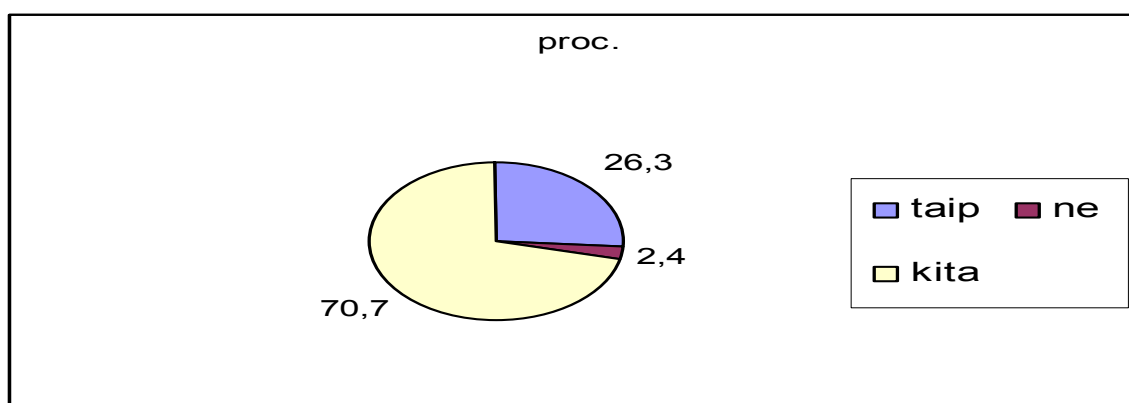
6 paveikslas. Respondentų procentas, turintis papildomą savanorišką sveikatos draudimą.

Be abejo, kalbant apie produktų pardavimus, labai svarbu žinoti, kaip rinkoje atrodo papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas, todėl paklausta, kaip vyksta paslaugos pasiūla, su kokiomis problemomis, neigiamomis ar teigiamomis pusėmis susiduriama. 21 respondentas pažymėjo, kad savanoriškas sveikatos draudimas yra gerai perkamas, įmonių administracija susidomėjusi. 20 respondentų pažymėjo, kad sveikatos draudimas sunkiai suprantamas ir vykstant paslaugų sumų derinimui būna daug klausimų. 51,2 proc. respondentas pažymėjo, kad papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programa yra patraukli, tobula kliento atžvilgiu, o 48,7 proc. respondentai pažymėjo, kad šios paslaugos galimybės nedomina ir neturi ką pasiūlyti.

Atsakymai pasiskirstė beveik po lygiai, kas rodo, kad įmonės atstovai domisi šiuo produktu, bet kainos brangumas, paslaugų neaiškumas, nepasitikėjimas draudimais vis dar pirmauja. Dauguma įmonių administracijų, gaudamos informaciją apie savanorišką sveikatos draudimą, susidomi, bet kai pradeda derinti paslaugas, ypač draudimo įmokas, sprendimai lieka atviri. Pageidavęs vartotojas mažos įmokos ir didelės draudimo sumos, bet nepasiekęs savo - pasitraukia ir motyvuoja, kad sveikatos programa brangi.

Klausimo atsakymai, dėl įsigijimo asmeniškai savanorišką sveikatos draudimą, vienas respondentas pažymėjo, kad nepirktų, nereikia šio draudimo; 11 respondentų, kad pirktų papildomą (savanorišką) sveikatos, nes naudingas ir reikalingas, o 29 respondentai pažymėjo -

„kita“, dažniausia grupės draudimu yra nepatenkinti vartotojai, kadangi yra parinktos paslaugos ne pagal asmeninius interesus, o pagal daugumos grupės interesus (7 paveikslas).



7 paveikslas. Respondentų, kurie asmeniškai įsigytų papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, procentais.

Kadangi respondentai siūlo sveikatos draudimo paslaugas, puikiai žino įmokų sumas, produkto įmokos brangumą, nenori leisti savo lėšų, geriau jau, kai įmoką sumoka kitas / įmonė. Juk asmeninės lėšos yra taupomos, tikslingiau naudojamos, paskaičiuojant, kas būtina ir reikalinga.

Sveikatos samprata lieka antrame plane, kitaip nei pavyzdžiui, automobilių draudimas (nekreipiant dėmesio kokio amžiaus bebūtų vairuotojas). Pirmenybė atsiranda nusipirkus automobilį jį drausti, juk automobilis gali pateikti į avariją, reikės taisyti, o tai yra brangu, todėl draudimo bendrovių siūlomos paslaugos yra labai populiarūs ir reikalinga paslauga. Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas domina tik tada, kai susergame ir visai negalvojame, kad „gal rytoj reikės“.

Kito klausimo „Pasiūlymai sveikatos draudimo produktui“ buvo iškeltas uždavinys išsiaiškinti paslaugų spektro būtinumą, deja 80 proc. atsakė, kad nežino, tai yra negali pasiūlyti nieko naujo. Programoje visos reikalingos paslaugos yra parinktos, sveikatos programa yra gera, esant sveikatos sutrikimams, todėl nėra ką siūlyti.

Visi respondentai vieningai pažymėjo, kad informacijos apie sveikatoje sistemos reformas draudime nėra, savanoriško sveikatos draudimas neturi dėmesio nei žiniasklaidoje, nei radijų laidų temose, nei pačioje sveikatos sistemoje. Visi sutiko, kad nėra skiriamų sveikatos laidų šiuo klausimu, svarbiausia kompensuojami vaistai.

Paskutinis klausimas skatino respondentus fantazuoti, kokio draudimo reikėtų Lietuvai. Suvesti tyrimų rezultatai parodė, kad 53,6 proc. respondentų nori, kad būtų kaupiamojo sveikatos draudimo galimybės, o 24,3 proc., papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos, fizinio sveikatos draudimo pageidautų 21,9 proc. respondentas.

Galima daryti išvadą, kad respondentai supranta papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programą, kaip medicininės pagalbos galimybes ligos atveju, todėl mano, kad jis reikalingas.

Apibendrinant antros grupės respondentus, dirbančius pardavimų versle galima teigti, kad 41 respondentas išsiskiria šiomis pagrindinėmis charakteristikomis:

1. Dauguma respondentų yra jauno amžiaus moterų.
2. Dauguma respondentų turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą.
3. Dauguma respondentų turi supratimą apie sveikatos draudimo programą ir jį siūlo įsigyti, nes darbo stažas šiame bare yra 3-5 metai.
4. Dauguma respondentų yra apdrausti papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu ir turėdami asmeninės patirties rekomenduoti paslaugą klientams.
5. Dauguma respondentų parduoda savanorišką sveikatos draudimą rinkoje, deja, susiduria su programos brangumu.
6. Dauguma respondentų sutiko, kad Lietuvoje reikia savanoriško sveikatos draudimo, bet galėtų atsirasti kitoks sveikatos draudimo produktas, pavyzdžiui kaupiamasis draudimas, fizinio asmens draudimas.

Gauti atsakymai leidžia konstatuoti, kad Lietuvoje gali ir turi būti keli sveikatos draudimai, ir jie yra reikalingi. Draudikai suprantą fizinį asmenų savanorišką sveikatos draudimą, kaip visiems visuomenės nariams prieinamą medicininę paslaugą sveikatos draudimo sistemoje.

3.2.3 Trečios (apdraustųjų) respondentų grupės tyrimo analizė.

Kadangi yra apdrausta savanorišku sveikatos draudimu viso 7000 klientų, atsitiktiniu būdu buvo pasirinktos įmonės, kurios apdraudė savo darbuotojus pirmus metus. Nuo rugpjūčio 3 d. iki rugpjūčio 9 d. buvo apdrausti darbuotojai iš Tauragės, Anykščių ir Vilniaus miestų įmonių. Tai sudarė 83 apdraustuosius.

Tam, kad sužinotume, kiek klientų reikėtų apklausti, kad gautume statistiškai patikimus skirtumus, tyrimo generalinė aibė buvo paskaičiuota pagal imties tūrio formulę [61]. Kad tyrimas būtų patikimas, pagal sisteminės atsitiktinės atrankos būdą 52 respondentus reikėtų apklausti. Darant prielaidą, kad jų charakteristikos mažai skirsis savo sudėtimi ir struktūra nuo visų respondentų sudėties ir struktūros

55 anketos buvo išsiųstos paštu, kiekvienam asmeniškai, gauti visi išsiųsti atsakymai. Iš viso sudarė respondentų pagal lytį 15 vyrų, tai sudarė 27,2 proc. ir 39 moterų (70,9 proc.).

Kadangi pirmieji klausimai yra demografinio pobūdžio, tai pagal amžių grupes respondentų skaičius pasiskirstė (12 lentelė).

12 lentelė. Amžiaus grupės vienetais ir procentais

Pasirinktas amžius	Respondentų skaičius	Respondentų skaičius procentais
Nuo 18 iki 25 m	4	7,27
Nuo 26 iki 35 m	8	14,5
Nuo 36 iki 45 m.	19	34,5
Nuo 46 iki 60 m.	24	43,6
Daugiau kaip 60 m.	0	0

Respondentai pagal amžiaus grupes yra vyresnio amžiaus. Greičiausia, tam turi įtaką dirbantys įmonėje ir pageidaujantys ar sutinkantys turėti šį sveikatos draudimą. Dažniausiai rūpintis savo sveikata pradeda žmogus turėdamas virš 30 metų, kai pirmuosius simptomus rodyti, vienokius ar kitokius, pradeda liga.

Taip pat įtakos turi ir įmonės administracijos vadybos gabumai, vykdant skatinimo priemones. Juolab, kad rajonuose gyvenantys žmonės labai vertina medikų darbą, o turėti galimybę be jokios draugų pagalbos kreiptis į privačią gydymo įstaigą, tai viena iš teigiamų šio draudimo pusių. Įmonės vadovo politika greičiausia yra padėti darbuotojams ligos atveju. Neatmetama ir prielaida, kad jauni žmonės išvažiuoja į didžiausius miestus ir rajono centruose lieka vyresnio amžiaus žmonės, kuriems daugiau ar mažiau reikia medikų pagalbos.

Gyvenamoji vieta - 38 respondentai, tai sudarė 69 proc. gyvena mieste, o kaimo vietovėje gyveno 17 respondentų, tai sudarė 30,9 proc. Lietuvos statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis kaime gyvenančių žmonių skaičius mažėja, pamirštame rajono gyventojus, todėl šio draudimo teigiama pusė, kad turėdamas ligą be siuntimo galima kreiptis į privačią gydymo įstaigą visoje Lietuvoje.

Privalomo sveikatos draudimo siūlomomis paslaugomis naudojasi 58,1 proc., tai yra 32 respondentai, kadangi esame priregistruoti prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turime savo šeimos gydytoją, esant ligai kreipiamės pagalbos. Kartais naudojasi privalomojo sveikatos draudimo paslaugomis 12 respondentų, tai sudaro 21,8 proc., esant būtinai pagalbai ir nesinaudoja - 11 respondentų (20 proc.), tai jauni ir sveiki.

Kaip matyti, iš gautos informacijos, privalomas sveikatos draudimas yra priimtinesnis gal ir todėl, kad nedideliuose Lietuvos rajonuose yra labai mažai privačių gydymo įstaigų. Medikų, dirbančių rajonuose taip pat yra nedaug, o ir jie visi dirba valstybinėse asmens priežiūros įstaigose. Privačių gydymo įstaigų įkainiai palyginus su miesto įkainiais mažesni, bet rajono gyventojams ir tai brangu.

Analizuojant klausimo atsakymus apie pasirinkimą turėti ar privalomą, ar papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, juolab, kad abu sveikatos draudimus respondentų grupė turi, buvo įdomu. Išskirti vieną sveikatos draudimą ir turėti, tik privalomą sveikatos draudimą, nesutiko 30 respondentų, tai 54,5 proc. Dėl patirties, kad teigiamai buvo gautos pasinaudoti gydymo įstaigų paslaugomis, turint papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, respondentai nurodė, kad abu draudimai yra gerai, nes papildoma vienas kitą medicininėmis paslaugomis. Nežino, ką atsakyti į klausimą 15 respondentų, tai sudarė 27,2 proc., ir „kita“ buvo 10 respondentų. Visgi žmonės supranta, kad valstybės teikiamos gydymo paslaugos, už kurias nereikia mokėti, yra pati patogiausia paslauga, o garantija gauti reikiamas paslaugas – yra svarbiausiai sergančiam. Atsiradus galimybei turėti medicinines paslaugas, kai gali kreiptis pas gydytojus specialistus be siuntimo ir apribojimų, tai suteikiama malonumą ir skatiname rūpintis savo sveikata.

Klausime „įvertinti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo siūlomas / teikiamas paslaugas“, pažymėjo 30 respondentų (54,5 proc.), kad yra patenkinti šiomis paslaugomis, 20 respondentų tik iš dalies yra patenkinti, sudarė 36,3 proc. ir 5 respondentai – nepatenkinti gautomis paslaugomis. Kadangi didesnę darbuotojų dalį sudaro vidurinio amžiaus turintys darbą darbuotojai, tai tokiam amžiuje yra didesnė rizika sirgti. Pasirinkta sveikatos draudimo programa labai priklauso nuo medicinos paslaugų pasirinkimo, o taip pat paslaugoms skirtos sumos. Vienam vartotojui būtinas gydytojo konsultacijos, kitiems konkrečios procedūros, pavyzdžiui masažai. Kai yra galimybė gauti gydymo paslaugą kitame mieste ir turėti kelių medikų išvadas, klientui suteikiama ryžto gydytis ir prižiūrėti save. Todėl 90 proc. respondentų mano, kad papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas yra reikalingas, o 10 proc. - nereikia tokio draudimo. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų suteikimo kokybės yra sprendžiama apie visą sveikatos sistemą, nepatenkinti gydytojo paslauga klientai nenoriai vertino ir papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą.

Nors visi respondentų neturi žinių, informacijos, kokie pasiūlymai ar sprendimai yra šalyje dėl papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo, bet nuomonė, kad reikalingas savanoriškas sveikatos draudimas, kaip matyti iš ankstesnių atsakymų, yra. Atsakydami, ką pasiūlyti veikiančiam papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui, kuo papildyti, teigiamos ir daugiau neigiamos šio draudimo pusės, 38 respondentai atsakė ir pageidavo asmeninio savanoriško sveikatos draudimo, tai sudaro 69 procentus, kodėl norėtų, nepakomentavo. 17 respondentų nežino, ką galima pasiūlyti. Komentuoti, kodėl respondentai išsamiai išsakyti savo nuomonės nenori, yra sunku, galbūt visuomenės nuomonė, amžinas nepasitenkinimas gydymo įstaigų, medikų darbu, informacijos stoka, valdininkų nediskutuotini sprendimai, dažnai ir etikos nesilaikymas teikiant paslaugas formuoja visuomenės abejingumo jausmą, bendros draudimo

programos taikymas visai grupei, o ne asmeniui interesui. Respondentų atsakymai dėl teisės pasirinkti ir pačiam įsigyti asmeniškai savanorišką draudimą, ne per įmonę, parodė, kad visuomenė nesugeba, nemoka rūpintis savo sveikata, o gal net nesuinteresuota. Sutiko turėti / nori turėti savanorišką sveikatos draudimą 26 respondentai (sudaro 47 proc.), o 29 respondentai (55 proc.) nesutiko turėti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą. Visgi, sveikatos paslaugų brangumas, didžiausia šio produkto kliūtis. Amžina tiesa, suprantame, kad geras sveikatos pasiūlymas, vertiname, kad turime kelis sveikatos draudimus, bet asmeniškai įsigyti nenorime, motyvuodami brangu, todėl nereikia.

Lėšų panaudojimą iš asmeninės kasos visuose paslaugose turi klausimą, o drauge ir atsakymą „ar man dabar reikia, ar galiu palaukti“, tai pagrindinis šio atsakymo supratimas ir variantas.

Apibendrinant trečios grupės respondentų nuomones, galima konstatuoti, kad:

- daugumos respondentų amžius siekia nuo 36 iki 60 metų, daugiausia tai moterys;
- dauguma gyvena mieste;
- dauguma respondentų turi papildomą savanorišką sveikatos draudimą, apdrausti įmonės grupės draudimu;
- dauguma respondentų naudojami privalomojo sveikatos draudimo paslaugomis;
- dauguma respondentų nesutinka su galimybe rinktis turėti ar privalomą, ar papildomą savanorišką sveikatos draudimą, mano, kad gerai būtų, kad būtų keli sveikatos draudimai;
- dauguma respondentų nėra girdėję per žiniasklaidą, spaudą apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo politiką, galimybes ateityje;
- dauguma respondentų nenori įsigyti asmeniškai papildomo savanoriško sveikatos draudimo savo lėšomis (dėl jo brangumo).

Grupinio draudimo blogybė yra ta, kad gaunamos paslaugos yra pritaikytos tik grupei, o ne asmeniui. Kadangi asmuo turi asmeniškai naudoti pateiktų paslaugų sumas, dauguma norų lieka nepatenkinti. Vieniems reikalingos daugiau ambulatorinės medicininės paslaugos, kitiems profilaktinės, dar kitiems ir tas, ir kitas.

Kiekvienas iš mūsų susirgęs savo sveikatai skiriame nors minimumą pajamų, bet tai būna tik kai reikia, o vienkartinė įmoka 1000 litų yra daug, padalinkime iš dvylikos mėnesių gausime, kad turėtume skirti po 83 litus sveikatai. Daug ar mažai, greičiausia sprendžiama pagal savo pajamų krepšelį. Jei dar jautiesi esantis sveikas, kam tada reikia medicininių paslaugų. Ko gero, toks supratimas valdo mūsų sąmonę ir kol pradėsime suprasti, kad viskas prasideda ne tada, kai ištinka bėda, gal tik tada ir sveikatos samprata taps kita.

Lietuvai dviejų privalomų sveikatos draudimų tikrai nereikia, turi išlikti pasirinkimo teisė. Bet kol neturi kitokio sveikatos draudimo, tik privalomąjį, negali ir įvertinti kito sveikatos draudimo programos reikalingumą. Tyrimo rezultatai įrodė, nėra diskutuojama ir pateikiama informacija apie sveikatos sistemoje vykstančius sprendimus, problemas. Visuomenėje nei per žiniasklaidą, nei per televizijos laidas neturi informacijos apie esamas šiandien ir kitokias galimybes pasirūpinti savo sveikata.

3.2.4. Ketvirtos (politikų, valdininkų) respondentų grupės tyrimų analizė.

Respondentais buvo pasirinkti šalies politikai ir valstybės tarnautojai, kurie dalyvauja sveikatos sistemos bare. Apklausa vyko interviu metodu. Atsakymai buvo užrašomi paties tyrėjo.

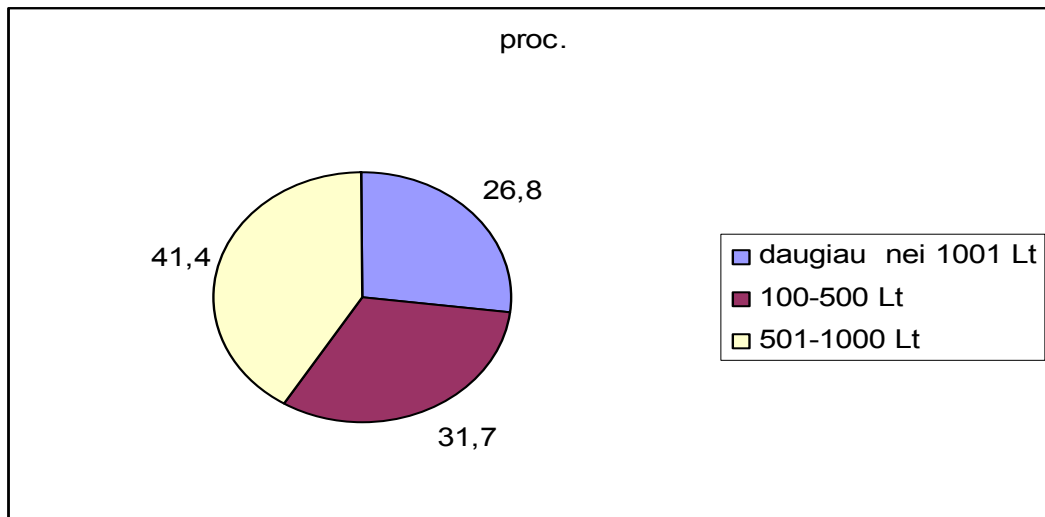
Visus politikus bei valstybės tarnautojus apklausti būtų sudėtinga ir brangu, todėl apklausti 2007 m. rugpjūčio mėn. 30-31 d.: Vilniaus miesto savivaldybės Sveikatos skyriaus darbuotojai (20 respondentų), Sveikatos apsaugos ministerijos (6 respondentai), Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (6 respondentai), Draudimo priežiūros komiteto prie Finansų ministerijos darbuotojai (2 respondentai), Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto (2 respondentai), Finansų ministerijos (5 respondentai).

Tam, kad sužinotume, kiek klientų reikėtų apklausti, kad gautume statistiškai patikimus skirtumus, tyrimo generalinė aibė buvo paskaičiuota pagal imties tūrio formulę [61]. Iš viso apklaustas 41 respondentas.

Anketą sudaro trylika uždarų ir atvirų klausimų (4 priedas).

Pirmieji klausimai buvo demografinio pobūdžio, tai lytis, amžius, darbo užmokestis, skiriamos lėšos sveikatos paslaugoms. Anketų pildyme dalyvavo daugiausiai 36 moterys, o vyrų buvo tik 5. Respondentų amžius buvo vidutinio amžiaus. Jauno amžiaus respondentai sudarė 21,9 proc., o vyresnio amžiaus, kurie turi gyvenimo patirties - sudarė 78 proc.

Į klausimas apie gaunamas asmenines pajamas 24 respondentai (58,5 proc.) atsakė, kad uždirba iki 2000 litų, 17 respondentų (41,4 proc.) uždirba - iki 3000 litų. Pasiteiravus, ar skiriate papildomai sveikatos apsaugai savo lėšų, visi atsakė „taip“ (8 paveikslas). Pasidomėta, kiek skiria, ir paprašyta įvardinti konkrečiai sumą, teko skaičiuoti dideles sumas: 41,4 proc. respondentų papildomai skiria nuo 501 - 1000 litų, 26,8 proc. respondentų papildomai skiria daugiau nei 10001 litą ir 31,7 proc. papildomai sveikatos apsaugai – nuo 100 iki 500 litų. Teko išgirsti įvairiausių buitinių, šeimyninių problemų, apie gydymo įstaigų abejingumą, prastą farmacijos kontrolę, kaltino medikams, vokelių sistemą, įteisintas medikams dovanas. Visi respondentai papildomai sveikatos apsaugai skiria asmeninių lėšų. Todėl buvo daug kalbėta, kad yra būtinas sveikatos paslaugų priemonių įvedimas.



8 paveikslas. Respondentų, skiriančių papildomai lėšų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius.

Respondentų medicininių paslaugų krepšelio pasirinkimas yra labai platus ir įvairus, nuo skiepų programos iki sveikatą stiprinančių paslaugų. Medikamentams išleidžiama daugiausia. Kalbant apie medicininės išlaidas, išsiaiškinau, kad nelabai neskaičiuojama, kokia suma papildomai skiriama sveikatai, ligos atveju. Dažniausia pabrėžiama, kad „jei reikia, tai ir moka“. Kai kas pasidžiaugė, kad pažįsta medikus, todėl taip sutaupo, bet atsilygina kitais būdais. Kiti neturi reikalo kreiptis į medikus yra sveiki, dar kiti teigė, kad geri medikai - dirba tik privačiose gydymo įstaigose, todėl kreipiasi tik ten.

Pasidomėta apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo reikalingumą, paaiškėjo, kad čia įtakos turi jų pareigos atitinkamoje sferoje. Valstybės tarnautojai, dirbantys ne sveikatos sistemoje, prieš pradėdami atsakyti, pasitikslindavo, ar tai ne tas draudimas, kuris dabar diskutuojamas sveikatos apsaugos sistemoje, kiti pasakojo apie draudimo kompanijų siūlomas sveikatos programas. Dauguma respondentų teigė, kad kuo didesnė pasiūla, tuo geriau vartotojams, o lengviau bus politikams priimti teisingus sprendimus, dėl papildomo sveikatos draudimo programų. Kai kas kalbėjo apie nelaimingų atsitikimų, kritinių ligų draudimą, kelionės užsienyje draudimą siūlydami apjungti su papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu.

Sveikatos sistemoje dirbantys respondentai atsakė, kad turi būti papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas, kaip pagalba apmokant paslaugas privalomam sveikatos draudime. Turėdamas kelias sveikatos programas, kurios vienos kitas paslaugas papildo, teigė, kad laimės tik vartotojas / klientas / pacientas ir yra naudinga ir reikalinga, komentavo 30 respondentų. Koks šiandien papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas turi būti, negalėjo

įvardinti 29 respondentai (70,7 proc.) ir 12 respondentų įvardino, kad būtinas fizinių asmenų draudimas, kad kiekvienas galėtų įsigyti šio draudimo paslaugas.

Kalbantis, koks turėtų būti iš esmės savanoriškas draudimas Lietuvoje, vėl išgirsta skirtingų nuomonių. Daugiausia 29 respondentai, pageidavo, kad toks draudimas būtų ir lėšos būtų kaupiamos. Pasigilinus, kiek skirtų lėšų sveikatos kaupimui, įvardintos sumos buvo minimalios. Liūdino, kadangi sveikatos nauda suprantama per paslaugų įkainius. Pati sąvoka „esi sveikas, būsi sveikas“ suprantama, kaip kažkas netikro.

Respondentai daug kalbėjo apie Sveikatos apsaugos ministerijos darbo grupės siūlomą papildomą sveikatos draudimą. Pasiūlyto modelio principas: piliečiai turės kaupiamąsias korteles, kurios bus papildomos iš žmogaus sumokėtų mokesčių atitinkamai padidinus jam neapmokestinamą pajamų dydį. Gryną pinigų žmogus neturėtų, jie būtų pervedami tiesiai į banko korteles. 28 respondentai (68,2 proc.) kritikavo patiekiamo pasiūlymo projektą, kadangi produktas bus pritaikomas tik darbingiems ir turtingiems asmenims, o kur pensininkai, besimokančio jaunimo ir vaikų sveikatos draudimai. 8 respondentai teisinosi, kad gerai neįsigilino į problemą, todėl negali komentuoti ir atsakyti, sudaro 19,5 proc. Penki respondentai mano, kad sveikatos sistemos valdininkų darbas. 22 respondentai (53,6 proc.) mano, kad privačios gydymo įstaigos ir draudimo bendrovės turi inicijuoti pageidavimus, siūlymus, kurie bus apsvaistyti ir ieškodamas geriausias / tinkamiausias projektas visuomenei, o 18 respondentų teigė, kad sveikatos draudimo verslas turi galimybės vystyti esamą produktą (43,9 proc.), reikėtų tik peržiūrėti paslaugų krepšelius.

Sutiko, kad medicininių paslaugų įkainiai, privačiame sektoriuje, turėtų būti peržiūrėti 38 respondentai, sudaro 92,6 proc., 5 respondentai teigė, kad „susitvarkę privalomojo sveikatos draudimo kiemą, eisime prie kito draudimo ...“, sudaro 12,1 proc. Šiandien sąlygos ir galimybė turėti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą įmonėms yra, o tai gan daug, mano 2 respondentai.

38 respondentai mano, kad dėl didelės rizikos ir visuomenės abejingumo greitai neatsiras fizinio asmenų draudimo, vien iš pačių draudimo bendrovių nenoro, o gal ir baimės dėl rizikos valdymo, paties programos brangumo. Papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo klausimai turi būti sprendžiami pirmiausia Sveikatos apsaugos ministerija, mano penki respondentai. Suabejojo 22 respondentai (53,6 proc.) papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo mokesstinės lengvatos patvirtinimu, mokesčių lengvatos gali padidinti susirūpinimą nešališkumu ten, kur jos teikia naudą dirbantiems žmonėms nedarbingųjų sąskaita, ir kur jos taikomos galutine mokesčių riba, tokiu būdu padidindamos lengvatų vertę tiems, kurie yra aukštesnėse mokesčių grupėje, diskutavo respondentai.

Deja, mokesčių lengvatos, kurios teikia daugiau naudos vienoms draudėjų grupėms, o kitos tampa atstumtos, tai gali turėti įtakos rinkos struktūrai, tačiau skirtingas mokesčių taikymas galėtų būti patikima viešos politikos forma, išsakė du respondentai.

Paprašius įsivaizduoti, jei šiandien būtų įvedamas fizinių asmenų draudimas, ar pirktumėte sau ir savo šeimos nariams sveikatos draudimo programos paslaugą ir atsakyti vienu žodžiu „taip“ arba „ne“. Beveik visi respondentai komentavo, kad gali būti brangu, bet naudinga ir reikalinga. Susumavus atsakymus gauta, kad 30 respondentų nepirktų artimiausiu metu savanoriško sveikatos draudimo (sudaro 73,1 proc.), 5 respondentai nenori įsigyti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programos, 6 respondentai negalėjo atsakyti, abejojo ar verta. Šiame atsakyme išsivyravo žmogiškasis faktorius, tai šeimos biudžetas, realios situacijos įvertinimas, juk medicininę pagalbą gauname gydymo įstaigose, pačiu blogiausiu atveju kreipsis ir susimokės, bet be tarpininkų.

Respondentai, atsakydami į klausimą „Kas neleidžia spręsti savanoriško sveikatos draudimo politikos“, pažymėjo, kad nėra tikslios informacijos, kas vyksta šiandien papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo bare, koks tai draudimas, kokios teigiamos ir neigiamos pusės yra šiame draudime, todėl negali įsigilinti į šio draudimo svarbą, taip pat paminėjo, kad visuomenėje yra nepasitikėjimas draudikais, o tai atbaido pirkti paslaugas draudimo bendrovėse; nors apdraustųjų skaičius palaipsniui auga, didėja draudimo bendrovių, kurios siūlo savanoriško sveikatos draudimo programą, deja švietėjiškos veiklos šiuo klausimu nevyksta.

Apibendrinant ketvirtos grupės gautus rezultatus galima teigti, kad:

- dauguma respondentų yra gerai uždirbantys ir gali įsigyti reikiamas medicininės paslaugas;
- dauguma respondentų papildomai skiria savo lėšų sveikatos apsaugai.
- dauguma respondentų pritarė nuomonei, kad Lietuvai reikalingi keli sveikatos draudimo variantai;
- dauguma respondentų mano, kad reikia įvesti medicininių paslaugų įkainių priemokas. Informacija apie mokamas paslaugas, kurios vis didėja ir didėja gydymo įstaigose, įpareigoja pagalvoti apie priemokų įvedimą.
- dauguma respondentų pritarė / žino papildomo (savanoriško) draudimo programą, kuri buvo svarstyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komitete, taip pat patvirtintas mokestines lengvatas įmonėms apdraudžiant savo darbuotojus.
- dauguma respondentų mano, kad turi atsirasti galimybės įsigyti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo paslaugas fiziniam asmeniui.

Formuojantys valstybės politiką politikai supranta, kad papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo reikšmė yra tuo didesnė, kuo didesnius draudimo išmokų apribojimus

numato privalomojo sveikatos draudimo sistema ir pritaria papildomo (savanoriško) draudimo reikalingumui, kaip alternatyvą privalomam sveikatos draudimui.

IŠVADOS

Apibendrinant darbe surinktą ir nagrinėtą papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo literatūrą ir atliktą tyrimą – apklausos anketas - išskirtinos šios **išvados**:

1. Kadangi sveikatos draudimo rinkos egzistavimas priklauso nuo trijų pagrindinių sąlygų: rinkos struktūros (draudimo modelio, draudimo objektų, teisės reglamentų); gyventojų paklausos; draudikų pasiūlos, todėl veikiančio papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo vaidmuo Lietuvoje šiandien nėra aiškus, dėl nenustatyto draudimo modelio ir objekto (bazinio paslaugų krepšelio turinio) nebuvimo.
2. Įvesta mokesčių lengvata juridiniams asmenims yra viena iš svarbiausių prielaidų, kodėl Lietuvoje susidomėta grupės asmenų papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu.
3. Lietuvoje savanoriško sveikatos draudimo paslaugą įvertinama, kaip brangi draudimo paslauga, todėl jos plėtrai yra didelis trukdys. Vienerių metų savanoriško sveikatos draudimo sutartis, skatina nepagrįstai naudotis papildomu (savanorišku) sveikatos draudimu, o tai kelia grėsmę draudimo įmokų kilimui.
4. Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas nėra esminė Nacionalinės sveikatos sąskaitos dalis, tačiau gali papildyti resursus, skiriamus sveikatos priežiūrai, pagerinti sveikatos kokybę, pasirinkimo teisę. Vykstant visuomenės senėjimo procesams bei kylant sveikatos priežiūros paslaugų įkainiams papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas, gali padengti dalį kaštų. Nesant savanoriško sveikatos draudimo rinkai, pacientai turės patys dengti sveikatos paslaugų išlaidas.
5. Statistinė informacija apie papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo plėtrą nėra renkama, ir skelbiama Draudimo priežiūros komisijos prie Finansų ministerijos tinklalapyje, o esama statistika nėra atskirta nuo kitų draudimų nelaimingų atsitikimų, kelionės draudimų.
6. Visuomenė yra nusivylusi ir abejinga sveikatos sistemos pokyčiams, mokesčių politikai, papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo pasiūlai. Nėra šiandien švietėjiškos veiklos papildomam (savanoriškam) sveikatos draudimui propaguoti.

PASIŪLYMAI

Įvertinus darbo išvadas, galimi **pasiūlymai**:

1. Aiškiai numatyti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo objektą. Būtina teisės aktais patvirtinti bazinį paslaugų krepšelį.
2. Būtinai priemonių už medicininės paslaugas įvedimas, išlygą paliekant būtinai pagalbai, vaikams bei šeimos gydytojams.
3. Nustatyti reikalavimus draudimo bendrovėms ruošiantis įvesti fizinio asmenų papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programą, atsižvelgiant ir į tai, kad sveikatos draudimas yra didelės rizikos draudimas.
4. Įpareigoti Draudimo priežiūros komisiją prie Finansų ministerijos patvirtinti ir viešai skelbti tinklalapyje savanoriško sveikatos draudimo apyskaitos formą (atskiriant nuo nelaimingų atsitikimų, kelionės užsienyje draudimo ir kitų draudimų), tam, kad būtų galima vertinti ir prognozuoti sveikatos draudimo rinkos plėtrą.
5. Būtina ruošti visuomenę papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įvedinimo koncepcijai visomis viešųjų ryšių priemonėmis. Būtina visuomenei aiškinti apie kitokias medicinos paslaugų galimybes, apie būtinumą skirti lėšas savo sveikatai ir tuo pačiu būti atsakingiems už savo sveikatą

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 112-3099 (http://www3.lrs.lt/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 109-2995 (http://www3.lrs.lt/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 123-5512 (http://www3.lrs.lt/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24, 2007 09 07.
5. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 74-2262.
6. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Valstybės žinios, 1996 Nr. I-1562.
7. Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas // 1991, Nr. 17-447 (http://www3.lrs.l/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 109-2995 (http://www3.lrs.l/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
9. Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr.73-3085 (http://www3.lrs.lt/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
10. Lietuvos Respublikos pelno mokesčio įstatymas // Valstybės žinios. 2001, Nr. IX-675 (http://www3.lrs.l/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
11. Lietuvos Respublikos pridėtinės vertės mokesčio įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr.35-1271 (http://www3.lrs.l/teisės_aktai); žiūrėta 2007-05-24.
12. Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimas // Valstybės žinios, 2005, Nr. 75-2725.
13. Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisijos 2004 m. kovo 23 d. nutarimas Nr. 33 „Dėl gyvybės draudimo šakos ir ne gyvybės draudimo šakos draudimo grupių aprašymo patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2004, Nr. 33-478.
14. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ // Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893.
15. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842.
16. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 113-5029.

17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 16 d. nutarimas Nr. 1068 „Dėl Valstybinės ligonių kasos įsteigimo“ // Valstybės žinios. 1996, Nr. 88-2083.
18. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 1996 m. lapkričio 20 d. įsakymas Nr. 53 „Dėl teritorinių ligonių kasų įsteigimo ir direktorių skyrimo“.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 101-4523.
20. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2003, Nr. 28-1147.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2004, Nr. 144-5268.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksnių bei priemonių planų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2004, Nr. 160-5860.
23. Asvallas J. E. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. Vilnius: Atviros Lietuvos fondas, 2000.
24. Bartoševičienė V. Ekonominė statistika: mokomoji knyga. Kaunas: Technologija, 2001. P. 4 – 40; 74 – 81.
25. Buivydas R., Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje. Sveikatos ekonomikos centras. Vilnius, 1998.
26. Buivydas R., Černiauskas G., Dobrovolskis A., Schneider M. Rekomendacijos papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo plėtrai Lietuvoje. Papildomasis sveikatos draudimas. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000, P. 50-65.38.
27. Černiauskas G., Dobrovolskas A., Murauskienė L. ir kt. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
28. Černiauskas G., Jankauskienė D, Murauskienė L. Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir sveikatos draudimas // Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. Sveikatos ekonomikos centras, 1998, P.10-26, P.21-26.
29. Černiauskas G. Lietuvos ekonomikos raida 1989-1999 metais. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių - ekonominių pokyčių kontekste. Sveikatos ekonomikos centras, 2000. P. 7-41, P. 85-118, P.168-200.

30. Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimas. III nacionalinė sveikatos politikos konferencija : Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Vilnius. 2000. – P. 78-82.
31. Dikčius V. Marketingo tyrimai: teorija ir praktika: mokomoji knyga. Vilnius: Vilniaus vadybos kolegijos leidykla, 2003.
32. Grabauskas V., Alekna R., Gurevičius R. ir kt. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Kaunas: KMU leidykla, 2001.
33. Gustainienė L. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003.
34. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai // Medicina, 2004. Nr. 40 (6). P. 509 – 516.
35. <http://www.vcv.lt/statistika>; prisijungimo laikas: 2007 05 04.
36. <http://www.sec.lt/docs/pubs/bookpoli.pdf>; prisijungimo laikas: 2007 05 04, 2007 07 10, 2007 11 05.
37. <http://en.wikipedia.org>; prisijungimo laikas: 2007 05 04.
38. <http://www.jmir.org>; prisijungimo laikas: 2007 05 04.
39. <http://www.isft.net>; prisijungimo laikas: 2007 05 04.
40. <http://lat.lt>; prisijungimo laikas: 2007 05 04, 2007 07 10.
41. <http://www.who.int/world-health-day>; prisijungimo laikas: 2007 05 04, 2007 07 10.
42. Jakušovaitė I., Darulis Ž. Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės // Medicina, 2004, Nr. 40 (9). P. 825 – 832.
43. Jankauskienė D. Lietuvos sveikatos apsaugos politika ir strategija // Sveikata. 1998, Nr. 6.
44. Jankauskienė D. Sveikatos reformos sprendimų poveikio gyventojų paslaugų prieinamumui įvertinimas // Sveikatos mokslai. Vilnius, 2000. Nr. 1.
45. Jankauskienė D. Privataus sveikatos draudimo belaukiant//Sveikatos priežiūros vertinimas. Vilnius, 2003, Nr. 7.
46. Jankauskienė D. Poveikis gyventojų sveikatai: Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. Visuomenės sveikata. Vilnius, 2000. Nr. 1.
47. Jankauskienė D. Sveikatos reformos sprendimų poveikio gyventojų sveikatai ir paslaugų prieinamumui įvertinimas // Sveikatos mokslai. 2000, Nr. 1. P. 5-11. 26.
48. Jankauskienė D., Gurevičius R., Pečiūra P., Zeleckienė D. Ar tinkamai kuriama sveikatos sistema. Sveikatos priežiūros vertinimas, 2002 Nr .4, I ketvirtis, P. 1-4. 28.
49. Jankauskienė D. Sveikatos politikos formavimo vertinimas. Sveikatos priežiūros vertinimas. 2001 Nr.1, III ketvirtis, P.1-3. 29.

50. Jankauskienė D. Ar yra išeitis sveikatos sistemos pertvarkoje. Sveikatos priežiūros vertinimas. 2002 Nr.5, II ketvirtis, P.1-2.
51. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. Gydytojas. 2006, Nr. 06 (129), P 12-13.
52. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemų organizacijų valdymas. Klaipėda: Klaipėdos rytas, 2000.P.14-19, 44-63.
53. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei // Medicina, 2004. Nr. 40 (9). P. 891 – 896.
54. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex, 2002.
55. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu. Phare sveikatos priežiūros reformos projektas, 1997.
56. Liubljanos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje // Pasaulio Sveikatos organizacija. 1996.
57. Martišius S. A., Kėdaitis V. Statistika: statistikos išvados ir sprendimai. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2004, II dalis. P. 153 – 161; 193 – 200.
58. Mossialos E., Thomson S. Savanoriškas sveikatos draudimas Europos Sąjungoje // Pasaulio Sveikatos organizacija. 2004, P.50-51, P.68-79, P.1001-112.
59. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas, 2000. Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą.- Vilnius: „Medikų žinių leidykla“, 2001.
60. Puškorius St. Reformų valdymo problemos // Jurisprudencija, 2001.
61. Sapagovas J., Vilkauskas L., Rašymas A., Šaferas V. Informatikos ir matematikos statistikos pradmenys. – Kaunas. 2000. P. 22-23.
62. Sveikatos drauda. Valstybinės ligonių kasos informacinis leidinys, 2006, Nr. 1.
63. Sveikatos draudimas Lietuvoje. Phare sveikatos priežiūros reformos projektas, 1996.
64. Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje. Phare sveikatos priežiūros reformos projektas, 1998.
65. Zakarevičius P. Pokyčiai organizacijose: priežastys, valdymas, pasekmės.- Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003.
66. Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų // Medicina, 2004, Nr. 40 (5), P. 467 – 474.

SANTRAUKA

Magistro darbe nagrinėjamas prieš dešimt metų Lietuvoje atsiradęs papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas. Įvairūs privataus sveikatos draudimo produktai, egzistuojantys kitose Europos Sąjungos šalyse, globalizacijos fone įgauna ne tik stipraus verslo, bet ir socialinio partnerio reikšmę, todėl būtina žinoti jų paklausą bei perspektyvas ir mūsų šalyje. Ištyrėme esamą papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo situaciją Lietuvoje bei atlikome kitų Europos Sąjungos šalių patirties lyginamąją analizę. Darbe numatytos tolimesnės papildomo (savanoriško)sveikatos draudimo vystymosi perspektyvos. Vykdam tyrimus atlikome gyventojų, draudikų, apdraustų darbuotojų ir politikų apklausas. Respondentų nuomonės analizė ir teisės aktų, kitų dokumentų analizė atskleidė papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo teigiamas ir neigiamas puses. Paaiškėjo, kad Lietuvoje papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas neturi apibrėžto sveikatos draudimo objekto, paslaugų krepšelio, bei visuomenės palaikymo. Savanoriškas sveikatos draudimas Lietuvoje ilgai buvo nepopuliarus dėl didelių mokesčių, dėl fizinio asmenų sveikatos draudimo nebuvimo, finansavimo nesureguliuavimo tarp privalomojo ir papildomo sveikatos draudimo paslaugų, pačios informacijos apie sveikatos draudimą. Tačiau įvedus mokestinę gyventojų lengvatą, situacija gerokai pasikeitė, išaugo papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo apdraustųjų skaičius. Mūsų tyrimai rodo, kad papildomas draudimas Lietuvoje yra perspektyvus. Ateityje, išvystyta papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo programa galėtų suteikti papildomas galimybes socialiniams projektams (pvz., dantų protezavimas, prevencinės programos ir kt.), galėtų padengti dalį privalomojo sveikatos draudimo paslaugų kaštų ir galimybė gauti nebrangias medicininės paslaugas privačiame sektoriuje.

Gyventojų, investavimo vadybininkų, apdraustųjų ir politikų nuomonės tyrimų analizė parodė, kad papildomas (savanoriškas) vertinamas palankiai ir yra reikalingas, tačiau draudimo paslauga turėtų būti konkreti, aiški ir pigi, prieinama visuomenei. Be to, papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įgyvendinimo plėtrai būtina vykdyti visuomenės informavimo priemones visomis viešųjų ryšių priemonėmis. Būtina aiškinti apie kitokias medicinos paslaugų galimybes, apie būtinumą skirti lėšas savo sveikatai ir tuo pačiu būti atsakingiems už savo sveikatą.

SUMMARY

Compulsory health insurance existing in Lithuania and other Members States of the European Union has an alternative - a supplementary (voluntary) health insurance. In the framework of globalisation alternative products of private health insurance existing in the world (covering insurance and provision of services) are becoming valuable as strong business and social partner. Insured persons benefit from additional guarantees. Compulsory health insurance regulated by laws has an approved strategy, defined particular services, annually approved budget, payment procedures and numerous other legal acts that are annually revised and improved.

Supplementary (voluntary) health insurance provided in Lithuania by private insurance undertakings only for ten years has neither a definite object of health insurance, nor a basket of services or support from health system employees or politicians. Large fees and voluntary group health insurance made voluntary health insurance in Lithuania unpopular, because medical services are not distinguished between compulsory and supplementary health insurance services. A developed supplementary (voluntary) health insurance scheme might create additional opportunities for social projects (e.g., prosthetic dentistry, preventive programmes, etc.) and cover part of costs of compulsory health insurance services.

According to the opinion of respondents of four groups (residents, investment managers, insured and politicians) who participated in the survey, a supplementary (voluntary) health insurance is necessary but expensive insurance service. People who acquire supplementary health insurance can avail themselves of medical services of the private sector which are financed by insurance undertakings. A short insurance period is convenient for people, but expose to risk insurance companies, because people are interested in using insurance services.

1 Priedas

Gerbiamasis (-oji),

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anketos klausimus, kurie leistų turint apklausos rezultatus ir juos išanalizavus įvertinti minėto draudimo supratimą ir jo ateitį. Pateikite savo pasiūlymus dėl tolesnio papildomo draudimo veiksmų sekos. Jūsų nuoširdūs atsakymai – neabejotina pagalba atliekant tyrimą, kuris skirtas magistro moksliniam tiriamajam darbui parengti. Ši anketa yra anoniminė, todėl vardo ir pavardės rašyti nereikia.

Atsakydami į anketos klausimus, pasirinkite Jums priimtinausius variantus bei juo pažymėkite.

Dėkojame, kad sutikote atsakyti į anketos klausimus.

1. Lytis?

- 1.1. Moteris.
- 1.2. Vyras.

2. Jūsų amžius?

- 2.1. 18-25 m.
- 2.2. 26-35 m.
- 2.3. 36-45 m.
- 2.4. 46-60 m.
- 2.5. Daugiau kaip 60 m.

3. Jūsų išsilavinimas?

- 3.1. Aukštasis (universitetinis)
- 3.2. Aukštasis (neuniversitetinis)
- 3.3. Aukštesnysis
- 3.4. Vidurinis
- 3.5. Kita

4. Ar dažnai kreipiatės į valstybines gydymo įstaigas paslaugai gauti?

- 4.1. Taip
- 4.2. Ne
- 4.3. Kita

5. Ar dažnai kreipiate į privačias gydymo įstaigas paslaugai gauti?

- 5.1. Taip
- 5.2. Ne
- 5.3. Kita

6. Ar girdėjote apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą?

- 6.1. Taip
- 6.2. Ne

7. Jūs gavote informacijos apie papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą?

- 7.1. Spaudoje
- 7.2. TV, radijas
- 7.3. Draugų rate
- 7.4. Bankuose
- 7.5. Personalo susirinkimuose, seminaruose

8. Jūsų nuomone, papildomas savanoriškas sveikatos draudimas yra:

- 8.1. kai sumokama išmoka mirties atveju;
- 8.2. kai apmokamos gydymo paslaugos;
- 8.3. kai apdraudžiama nuo kritinių ligų bei mokama išmoka, pvz. infarkto atveju.
- 8.4. nežinau;
- 8.5. kai mokama vienkartinė išmoka, pvz. lūžio atveju.

9. Jūsų nuomonė, Jums pačiam papildomas savanoriškas sveikatos draudimas gali būti naudingas?

- 9.1. Taip
- 9.2. Ne
- 9.3. Nežinau

10. Ar pageidautumėte turėti papildomą savanorišką sveikatos draudimą asmeniškai?

- 10.1. Taip
- 10.2. Ne
- 10.3. Nežinau

11. Jei Jūsų darbovietė Jus apdraustų papildomu savanorišku sveikatos draudimu, ar Jus sutiktumėte ?

- 11.1. Taip
- 11.2. Ne
- 11.3. Nežinau

12. Kaip Jūs manote, ar turi būti Lietuvoje ir privalomas, ir papildomas sveikatos draudimas?

- 12.1. Taip
- 12.2. Ne
- 12.3. Nežinau

13. Jei turite pasiūlymų, idėjų dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo Lietuvoje, prašome parašyti?

DĖKOJAME UŽ NUOŠIRDŲ DARBĄ IR SUGAIŠTĄ LAIKĄ, ATSAKANT Į ANKETOS KLAUSIMUS.

2 priedas

Gerbiamasis (-oji),

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anketos klausimus, kurie leistų turint apklausos rezultatus ir juos išanalizavus bandyti įvertinti savanoriško sveikatos draudimo supratimą ir jo ateitį. Pateikite savo pasiūlymus dėl tolesnio savanoriško draudimo veiksmų sekos. Jūsų nuoširdūs atsakymai – neabejotina pagalba atliekant tyrimą, kuris skirtas magistro moksliniam tiriamajam darbui parengti. Ši anketa yra anoniminė, todėl vardo ir pavardės rašyti nereikia.

Atsakydami į anketos klausimus, pasirinkite Jums priimtinausius variantus bei juos pažymėkite.

Dėkojame, kad sutikote atsakyti į anketos klausimus.

1. Lytis?

- 1.1. Moteris.
- 1.2. Vyras.

2. Jūsų amžius?

- 2.1. 18-25 m.
- 2.2. 26-35 m.
- 2.3. 36-45 m.
- 2.4. 46-60 m.
- 2.5. Daugiau kaip 60 m.

3. Jūsų išsilavinimas?

- 3.1. Aukštasis(universitetinis)
- 3.2. Aukštasis (neuniversitetinis)
- 3.3. Aukštesnysis
- 3.4. Vidurinis
- 3.5. Kita

4. Kiek metų parduodate papildomą savanorišką sveikatos draudimą?

- 4.1. 0,5-2 metai,
- 4.2. 2-5 metai,
- 4.3. 5-8 metai,
- 4.4. Daugiau.

5. Jūs manote, kad privalomo sveikatos draudimo Lietuvoje pakaktų?

- 5.1. Taip
- 5.2. Ne
- 5.3. Nežinau
- 5.4. Kita

6. Ar turite papildomą savanorišką sveikatos draudimą asmeniškai?

- 6.1. Taip
- 6.2. Ne

7. Kiek metų turite papildomą savanorišką sveikatos draudimą?

- 7.1. Pirmi metai,
- 7.2. 2 metus,
- 7.3. 3 metus,
- 7.4. 4 metus,
- 7.5. Daugiau.
- 7.6. Neturiu

8. Ar noriai „perkamas” papildomas savanoriškas sveikatos draudimas?

- 8.1. Taip
- 8.2. Ne
- 8.3. Kita

9. Jei nebūtų privalomojo sveikatos draudimo ar pakaktų apsidrausti papildomų savanorišku sveikatos draudimu?

9.1. Taip

9.2. Ne

9.3. Nežinau

10. Jei įmonė nedraustų Jūsų papildomu sveikatos draudimu ar Jus savo lėšomis draustumėtės šiuo draudimu?

10.1. Taip

10.2. Ne

10.3. Nežinau

10.4. Kita

11. Gal turite kokių pasiūlymų dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo paslaugų, pačioms programoms?

11.1. Taip

11.2. Ne

11.3. Nežinau

11.4. Kita

12. Ar pakankamai skirta dėmesio spaudoje, TV apie papildomą savanorišką sveikatos draudimą?

12.1. Taip

12.2. Ne

12.3. Kita

13. Koks Jūsų manymu, turi būti Lietuvoje papildomas sveikatos draudimas?

13.1. Papildantys

13.2. Kaupiamasis

13.3. Kita

DĖKOJAME UŽ SUGAIŠTĄ LAIKĄ, ATSAKANT Į ANKETOS KLAUSIMUS.

3 priedas

Gerbiamieji (-oji),

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anketos klausimus, kurie leistų turint apklausos rezultatus ir juos išanalizavus įvertinti minėto draudimo supratimą ir jo ateitį. Pateikite savo pasiūlymus dėl tolesnio papildomo draudimo veiksmų sekos.

Jūsų nuoširdūs atsakymai – neabejotina pagalba atliekant tyrimą, kuris skirtas magistro moksliniam tiriamajam darbui parengti. Ši anketa yra anoniminė, todėl vardo ir pavardės rašyti nereikia.

Atsakydami į anketos klausimus, pasirinkite Jums priimtinausius variantus bei juos pažymėkite.

Dėkojame, kad sutikote atsakyti į anketos klausimus.

1. Lytis?

- 1.1. Moteris.
- 1.2. Vyras.

2. Jūsų amžius?

- 2.1 18-25 m.
- 2.2. 26-35 m.
- 2.3. 36-45 m.
- 2.4. 46-60 m.
- 2.5. Daugiau kaip 60 m.

3. Jūs gyvenate?

- 3.1. Mieste
- 3.2. Kaime

4. Ar naudojate privalomo sveikatos draudimo siūlomomis paslaugomis?

- 5.1. Taip
- 5.2. Ne
- 5.3. Kartai
- 5.4. Kita

5. Jei be privalomojo sveikatos draudimo galima būtų rinktis ir turėti tik papildomą sveikatos draudimą, sutiktume?

- 6.1. Taip
- 6.2. Ne
- 6.3. Nežinau
- 6.4. Kita

6. Ar esate patenkinti papildomo savanoriško sveikatos draudimo siūlomomis paslaugomis, pačiu produktu?

- 6.1. Taip
- 6.2. Ne
- 6.3. Iš dalies
- 6.4. Nežinau

7. Jei įmonė nedraustų Jūsų papildomu sveikatos draudimu, ar Jus savo lėšomis draustumėtės šiuo draudimu?

- 7.1. Taip
- 7.2. Ne
- 7.3. Jei taip ar ne, kodėl

8. Ar reikalingas papildomas savanoriškas sveikatos draudimas?

- 8.1. Taip
- 8.2. Ne

9. Gal turite kokių pasiūlymų dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo paslaugų?

- 9.1. Taip
- 9.2. Ne
- 9.3. Nežinau
- 9.4. Neturiu reikalo tai rašyti.
- 9.5. Nuomonė

10. Ar turite žinių, informacijos, kokie pasiūlymai ar sprendimai vyksta šalyje dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo?

- 10.1. Taip , kokias
- 10.2. Ne

DĖKOJAME UŽ SUGAIŠTĄ LAIKĄ, ATSAKANT Į ANKETOS KLAUSIMUS.

4 Priedas

Gerbiamasis (-oji),

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anketos klausimus, kurie leistų turint apklausos rezultatus ir juos išanalizavus įvertinti minėto draudimo supratimą ir jo ateitį. Pateikite savo pasiūlymus dėl tolesnio papildomo draudimo veiksmų sekos. Jūsų nuoširdūs atsakymai – neabejotina pagalba atliekant tyrimą, kuris skirtas magistro moksliniam tiriamajam darbui parengti.

Atsakymai užrašomi klausiamojo interviu būdu.

Dėkojame, kad sutikote atsakyti į anketos klausimus.

1. Lytis?

1.1. Moteris.

1.2. Vyras.

2. Jūsų amžius?

2.1. 18-25 m.

2.2. 26-35 m.

2.3. 36-45 m.

2.4. 46-60 m.

2.5. Daugiau kaip 60 m.

3. Jūsų pajamos siekia:

3.1. Nuo 500 iki 1000 litų

3.2. Nuo 1001 iki 2000 litų

3.3. Nuo 2001 iki 3000 litų

3.4. Nuo 3000 ir daugiau

4. Sveikatos apsaugos paslaugų apmokėjimui papildomai skiriate lėšų?

4.1. Taip

4.2. Ne

4.3. Taip, nuo 100 litų iki 500 litų

4.4. Taip, nuo 501 litų iki 1000 litų

4.5. Taip, nuo 1000 litų daugiau.

5. Ar Jūsų nuomone, papildomas savanoriškas sveikatos draudimas reikalingas?

5.1. Taip

5.2. Ne

5.3. Nežinau

6. Koks, Jūsų manymu, turi būti papildomas savanoriškas sveikatos draudimas Lietuvoje?

6.1. Papildantys

6.2. Privalomas

6.3. Kita

6.4. Nežinau

6.5. Nereikia

7. Kodėl nėra aiškios papildomo savanoriško sveikatos draudimo strategijos?

Jūsų nuomonė

8. Jei Jūsų nuomonė būtų pagrindinė, kokius pirmiausia sprendimus priimtumėte dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo?

Jūsų nuomonė

9. Kas turi spręsti klausimus dėl papildomo savanoriško sveikatos draudimo?

Jūsų nuomonė

10. Ar pirktumėte sau ir savo šeimos nariams papildomą savanorišką sveikatos draudimą?

10.1. Taip

10.2. Ne

10.3. Kita

11. Kas neleidžia spręsti papildomo savanoriško sveikatos draudimo politiką?

.....

DĒKOJAME UŽ SUGAIŠTĀ LAIKĀ, ATSAKANT Ī ANKETOS KLAUSIMUS.

Magistro darbas baigtas 2007 m. lapkričio 30 d.

Sveikatos apsaugos priežiūros įstaigų
Administravimo specializacijos neakivaizdinio
skyriaus studentė

Jolanta Sruogienė