



LIETUVOS RESPUBLIKOS  
SEIMAS

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO KANCELIARIJOS  
INFORMACIJOS IR KOMUNIKACIJOS DEPARTAMENTO  
TYRIMŲ SKYRIUS

Gedimino pr. 53, 01109 Vilnius Tel.: (0 5) 209 6170 / (0 5) 209 6185  
El. p.: tyrimai@lrs.lt; info@lrs.lt; ikd@lrs.lt www.lrs.lt/info

**Analitinė apžvalga**  
**24/88**

**Valstybinės sveikatos draudimo sistemos  
atskirose Europos valstybėse**

patarėja Dainora Valiukaitė

Tel. (+370 5) 209 6187, el. p. [dainora.valiukaite@lrs.lt](mailto:dainora.valiukaite@lrs.lt)

patarėjas dr. Tomas Lavišius

Tel. (+370 5) 209 6181, el. p. [tomas.lavisius@lrs.lt](mailto:tomas.lavisius@lrs.lt)

2024 10 15

*Seimo kanceliarijos Informacijos ir komunikacijos departamento Tyrimų skyriaus parengti analitiniai ir informaciniai darbai skirti Seimo narių parlamentinei ir Seimo kanceliarijos veiklai. Šiuose darbuose pateikta informacija nėra oficiali Lietuvos Respublikos Seimo pozicija. Šį darbą atgaminti, išleisti, platinti, versti, perdirbti, viešai skelbti, išskyrus įstatymų nustatytas išimtis, galima tik gavus Seimo kanceliarijos leidimą.*

*Visais atvejais naudojant šį darbą privaloma nurodyti šaltinį.*

*© Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarija, 2024*

## TURINYS

Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo modelis .....	3
Kitų Europos valstybių nacionalinės sveikatos draudimo sistemos .....	4
Airija.....	4
Austrija .....	7
Belgija.....	8
Čekija.....	9
Danija .....	10
Estija.....	12
Ispanija .....	13
Latvija.....	14
Lenkija.....	15
Liuksemburgas .....	17
Nyderlandai.....	19
Norvegija .....	20
Prancūzija .....	21
Slovakija.....	22
Suomija.....	23
Švedija.....	26
Šveicarija .....	27
Vokietija .....	29

*Nacionalinės sveikatos draudimo sistemos pasižymi tokiais skiriamaisiais ypatumais kaip sistemos vyraujantis finansavimas pagal Beveridžo modelį (iš bendrųjų mokesčių, pavyzdžiui, Airijoje, Latvijoje, Suomijoje, Švedijoje) ar Bismarko modelį (iš apdraustųjų ir jų darbdavių mokamų sveikatos draudimo įmokų, kurių dydis yra susijęs su pajamomis, pavyzdžiui, Estijoje, Lenkijoje). Lietuvoje taikomas Bismarko modelis su daliniais Beveridžo modelio bruožais. Be to, atskirose šalyse patvirtinta savita paciento priemokų tvarka, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūra. Apžvelgiamose valstybėse privalomojo sveikatos draudimo lėšomis kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, kainos, kompensuojamoji dalis ir, kai kuriais atvejais, paciento priemokos yra nustatomos įstatymais ir jų įgyvendinamaisiais teisės aktais.*

*Šiame darbe apžvelgiama Lietuvos privalomojo socialinio sveikatos draudimo tvarka, supažindinama su kitų Europos valstybių – Airijos, Austrijos, Belgijos, Čekijos, Danijos, Estijos, Ispanijos, Latvijos, Lenkijos, Liuksemburgo, Nyderlandų, Norvegijos, Prancūzijos, Slovakijos, Suomijos, Švedijos, Šveicarijos ir Vokietijos nacionalinėmis sveikatos draudimo sistemomis.*

## Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo modelis

Privalomasis sveikatos draudimas yra viena iš socialinio draudimo rūšių, kaip tai nustato Valstybinio socialinio draudimo įstatymas<sup>1</sup> (3 str. 1(6)).

Sveikatos draudimo įstatymas<sup>2</sup> nustato, kad Lietuvoje yra dvi sveikatos draudimo rūšys: privalomasis ir papildomasis (savanoriškasis) (3 str.). Privalomasis sveikatos draudimas grindžiamas visuotinai privalomomis mokėti sveikatos draudimo įmokomis (3<sup>1</sup> str. 1 d.). Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojama sveikatos priežiūra apima labai platų spektrą paslaugų, vaistų, vakcinų, kurių sąrašus tvirtina sveikatos apsaugos ministras (9 str.). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas vertina kokias paslaugas įtraukti į privalomąjį sveikatos draudimą (9<sup>2</sup> str. 1 d.). Ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, įrašytų į atitinkamus sąrašus, kompensuojamieji dydžiai sudaro 100, 90, 80 ar 50 procentų bazinės kainos (10 str. 3 d.). Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis dėl kompensuojamų paslaugų teikimo (26 str. 1 d.). Kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos nustatomos vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinta metodika<sup>3</sup>. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyną tvirtina sveikatos apsaugos ministras savo įsakymu<sup>4</sup>.

Sveikatos draudimo įstatyme įtvirtinta, kad privalomojo sveikatos draudimo kompensavimas taikomas tiek įvykus draudimui įvykiui, tiek profilaktikos tikslais (pavyzdžiui, vakcinavimui), tiek prireikus tam tikrus kriterijus atitinkančio dantų protezavimo (9 str. 1 d.). Be to, sveikatos priežiūros įstaigoms apmokama 100 procentų medicininės reabilitacijos paslaugų bazinės kainos, o 90 procentų sanatorinio gydymo paslaugų bazinės kainos apmokama už vaikų iki 7 metų gydymą ir už asmenų iki 18 metų, kurie teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliaisiais, gydymą (11 str.).

Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojo pasirinktų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą (šis skirtumas gali būti apmokamas ir iš papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo ar kitų lėšų) (10 str. 5 d.).

Pagal Sveikatos draudimo įstatymą, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo institucijos yra draudimo įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka gavusios leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai (42 str.). Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas grindžiamas draudėjo ir draudiko sutartimis, kurių sudarymo ir vykdymo taisyklės nustato Vyriausybė. Draudėju gali būti juridinis arba fizinis asmuo (44 str.). Šios rūšies sveikatos draudimo lėšas sudaro savanoriškos (papildomos) juridinių ir fizinių asmenų piniginių įmokos savanoriškąjį (papildomąjį) sveikatos draudimą vykdančioms draudimo įmonėms (45 str.). Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytomis sąlygomis, draudikas apmoka sutartyse numatytų rūšių ir masto asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei patarnavimus (43 str. 1 d.). Šio draudimo lėšomis gali būti apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos ir vaistai (ar jų kainos dalis), kurių neapmoka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, valstybės ar savivaldybių biudžetai (43 str. 2 d.).

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.1327/asr>

<sup>2</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>

<sup>3</sup> Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.447315/asr>

<sup>4</sup> Įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“: <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=0f25d6602a0111e5a2d7e5e47b869348>

Sveikatos sistemos įstatyme<sup>5</sup> nustatyta, kad Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje, už valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. 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 (49 str. 5 d.).

Pagal Sveikatos sistemos įstatymą, nacionalinės sveikatos sistemos subjektai (valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos, valstybės ir savivaldybių įmonės, taip pat kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais veiklos užsakovais) teikia ne tik kompensuojamas, bet ir mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti (11 str. 2 d.). Šių paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija<sup>6</sup>. Be to, teikiamos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias jų gavėjai moka paslaugos teikėjo nustatytais kainomis.

## Kitų Europos valstybių nacionalinės sveikatos draudimo sistemos

### Airija

Asmens teisė į Sveikatos paslaugų vykdomosios institucijos (angl. *Health Service Executive*, toliau – HSE) kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas remiasi Sveikatos įstatymo<sup>7</sup> nuostatomis. Visai šiai HSE schemai finansuoti skiriamos valstybės biudžeto lėšos<sup>8</sup>.

Airijoje prieigą prie pacientams nemokamų, HSE finansuojamų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų turi Medicinos kortelės turėtojai, o prieigą prie dalies nemokamų ambulatorinių paslaugų – Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelės turėtojai<sup>9</sup>.

Tie Airijos gyventojai, kurie neturi HSE Medicinos kortelės ar Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelės, turi mokėti visą kainą už bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo teikiamas ir kitas ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigose<sup>10</sup>.

Iki 2023 m. balandžio 16 d., kai įsigaliojo paciento mokesčio panaikinimas visose viešojo sektoriaus stacionarinėse gydymo įstaigose (ligoninėse), Medicinos kortelės turėtojams buvo kompensuojamas taip pat ir tas paciento mokestis. Paminėtina, kad paciento mokestis sudarė 80 EUR už dieną, su metine maksimalia 800 EUR riba<sup>11</sup>.

Nuo 2023 m. balandžio 16 d. viešojo sektoriaus stacionarinės gydymo įstaigos (ligoninės) teikia sveikatos priežiūros paslaugas Airijos gyventojams nemokamai. Airijos gyventojų statuso

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

<sup>6</sup> Įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.84815/asr>

<sup>7</sup> *Health Act 1970*: <https://revisedacts.lawreform.ie/eli/1970/act/1/revised/en/html#SEC45>

<sup>8</sup> *P4H Network – The Irish Health System Financing*: <https://p4h.world/en/news/the-irish-health-system-financing/>

<sup>9</sup> *Citizens Information Board – Entitlement to health services*: <https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-system/entitlement-to-public-health-services/>

<sup>10</sup> *European Observatory on Health Systems and Policies – Ireland: Country Health Profile 2023*, p. 16: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/ireland/>

<sup>11</sup> *Department of Health – Press release*: <https://www.gov.ie/en/press-release/11536-abolition-of-public-hospital-inpatient-charges-a-step-closer-as-minister-donnolly-receives-government-approval-to-publish-the-health-amendment-bill-2023/>

neturintis asmuo turi mokėti visą kainą už gydymąsi taip pat ir viešojo sektoriaus ligoninėje, ne tik privačioje<sup>12</sup>.

Už vizitą viešojo sektoriaus ligoninės skubios pagalbos skyriuje (*emergency department*) neturint bendrosios praktikos gydytojo siuntimo, asmeniui yra taikomas 100 EUR mokestis. Su siuntimu – nemokama. Išlyga, numatanti tokio mokesčio netaikymą, apima taip pat Medicinos kortelės turėtojus, tuos atvykusius asmenis, kurie buvo paguldyti į ligoninę, taip pat asmenis, gydomus nuo užkrečiamų ligų, kūdikius iki 6 savaičių amžiaus, vaikus su nustatytų kategorijų ligomis ir neįgalumu, pavyzdžiui, cistine fibroze, hemofilija, vaikus, gydymui nukreiptus po mokyklinės sveikatos patikros, taip pat asmenis, teisę į ligoninės teikiamas paslaugas įgijusius ES reglamentų pagrindu, moteris, kai tai susiję su motinyste, asmenis, sergančius hepatitu C, moteris, praeityje nukentėjusias dėl sunkaus darbo skalbyklose ir dalyvaujančias kompensacinėje schemoje.

Už vizitą viešojo sektoriaus ligoninės sužeidimų skyriuje (*Injury unit*), nesant grėsmės gyvybei ir neturint bendrosios praktikos gydytojo siuntimo ar Medicinos kortelės, asmeniui taikomas 75 EUR mokestis.

Jei gyventojas turi bendrosios praktikos gydytojo siuntimą, tai specialisto konsultacija ar diagnostinis ištyrimas viešojo sektoriaus ligoninės ambulatoriniame padalinyje yra teikiamas nemokamai.

Asmuo, pasirinkęs privataus gydymosi formatą viešojo sektoriaus ligoninėje, turi pats mokėti už buvimą gydymo įstaigoje ir gydymą. Tokiu atveju, asmens turimas privatus sveikatos draudimas gali jam suteikti sutartinio dydžio kompensaciją. Privataus gydymosi viešojo sektoriaus ligoninėje kaina priklauso nuo ligoninės kategorijos ir pasirenkamos palatos, pavyzdžiui, vienvietės palatos kaina gali siekti 800–1 000 EUR už parą, daugiavietė – 659–813 EUR už parą, o dienos gydymo paslaugos atveju, kai neliukama nakčiai – 329–407 EUR. Atskirai dar mokama už gydymą<sup>13</sup>.

Išsamiau apžvelgiant HSE Medicinos kortelės ir Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelės suteikiamas teises, paminėtina, kad Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorijos tematinėje skiltyje, skirtoje Airijos sistemos apžvalgai, pateikiami statistiniai duomenys, atskleidžiantys, kad Medicinos kortelę turi maždaug 36 procentai gyventojų, o iš tų, kurie neturi šios rūšies kortelės, apie 10 procentų įgiję Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelę. Privatų sveikatos draudimą užsitikrinę apie 46 procentai gyventojų. Maždaug 20 procentų šalies gyventojų neturi jokio sveikatos draudimo – abiejų rūšių paminėtų kortelių ar privataus sveikatos draudimo<sup>14</sup>.

Asmuo iki 70 metų amžiaus, gyvenantis Airijoje, turi teikti prašymą HSE dėl Medicinos kortelės suteikimo<sup>15</sup>. HSE vykdo prašymo teikėjo pajamų ir turto (išskyrus šeimos būstą) vertinimą, kadangi teisę į šios rūšies kortelę turi nustatytos vertės ribos neviršijantys gyventojai<sup>16</sup>. HSE, nustatiusi, kad asmuo neturi teisės į Medicinos kortelę, automatiškai įvertina ar asmeniui gali būti suteikiama Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelė, kadangi pastarajai yra taikomos aukštesnės asmens pajamų ir turto (išskyrus šeimos būstą) vertės ribos<sup>17</sup>. Paminėtina, kad tuo atveju, kai jaunesnis kaip 70 metų amžiaus gyventojas pirmiausia pateikia prašymą HSE dėl Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelės suteikimo, tai HSE taip pat automatiškai patikrina asmens galimybes gauti Medicinos kortelę<sup>18</sup>.

<sup>12</sup> Citizens Information Board – Charges for hospital services:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-services/gp-and-hospital-services/hospital-charges/#539493>

<sup>13</sup> Ten pat.

<sup>14</sup> European Observatory on Health Systems and Policies – Ireland:

<https://eurohealthobservatory.who.int/countries/ireland/>

<sup>15</sup> HSE – Apply for a medical card: <https://www2.hse.ie/services/schemes-allowances/medical-cards/applying/apply/>

<sup>16</sup> HSE – Assessment for a medical card:

<https://www2.hse.ie/services/schemes-allowances/medical-cards/applying/assessment/>

<sup>17</sup> Citizens Information Board – Under 70s means test for medical card and GP visit card:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/medical-cards-and-gp-visit-cards/medical-card-means-test-under-70s/#566ca3>

<sup>18</sup> Citizens Information Board – GP visit cards:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/medical-cards-and-gp-visit-cards/gp-visit-cards/#d307f5>

Nepilnametį asmenį tėvai, turintys Medicinos kortelę, gali įrašyti į kortelės duomenis kaip išlaikytinį ir tada tos kortelės užtikrinamos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos taip pat ir nepilnamečiui<sup>19</sup>.

HSE taip pat vykdo asmens (jei tai nepilnametis – tėvų) pajamų ir nustatytos kategorijos turto vertinimą, kai yra sprendžiama dėl Medicinos kortelės suteikimo vyresniems kaip 70 metų amžiaus, jaunesniems kaip 8 metų amžiaus gyventojams, tam tikrų rūšių globos pašalpos ar išmokos gavėjams, nors Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelė šioms grupėms gyventojų suteikiama be pajamų ir turto vertinimo<sup>20</sup>.

Medicinos kortelę ar Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelę turintis asmuo arba pats pasirenka bendrosios praktikos gydytoją iš HSE sudaromų ir skelbiamų šios specializacijos gydytojų sąrašų (gydytojų, pagal sutartis teikiančių HSE kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas), arba priskyrimą suderina pati HSE, pavyzdžiui, kai paties asmens pasirinkti trys bendrosios praktikos gydytojai atsisako asmens priskyrimo jiems<sup>21</sup>. Du atskiri bendrosios praktikos gydytojų sąrašai sudaromi Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelę turintiems asmenims, vyresniems kaip 70 metų amžiaus, ir asmenims iki 8 metų amžiaus<sup>22</sup>.

Medicinos kortelė ar Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelė suteikia jos turėtojui teisę į nemokamas (HSE kompensuojamas) sveikatos priežiūros ambulatorines paslaugas, kurių palyginimas pateiktas 1 lentelėje. Pažymėtina, kad yra nustatyti kompensuojamų paslaugų skaičiaus ribojimai.

**1 lentelė. HSE kompensuojamos sveikatos priežiūros ambulatorinės paslaugos**

HSE kompensuojamos sveikatos priežiūros ambulatorinės paslaugos	Medicinos kortelė	Bendrosios praktikos gydytojo vizito kortelė
Bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo vykdoma asmens sveikatos priežiūra, tame tarpe nedarbo valandomis	Taip	Taip
Diabeto ir jo tęstinio gydymo kontrolė	Taip	Taip
Receptiniai vaistiniai preparatai	Taip	Ne
Medicinos technikos priemonės (vaikštynės, neįgaliojo vežimėliai ir pan.)	Taip	Ne
Dantų, akių ir ausų apžiūra ir būklės patikrinimas ( <i>checks</i> )	Taip	Ne
Kai kurios slaugytojų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos viešajame sektoriuje	Taip	Ne
Trumpalaikis konsultavimas (pirminiame sveikatos priežiūros lygyje) dėl lengvų ir vidutinio sunkumo psichologinių sutrikimų	Taip	Ne
Motinytės išmoka grynaisiais, siekianti apie 10 EUR už gimusį vaiką, dėl kurios reikia kreiptis į vietinį HSE skyrių	Taip	Ne
Nemedicininės paslaugos		
Nemokamas mokyklinis transportas	Taip	Ne

<sup>19</sup> Citizens Information Board – Medical cards:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/medical-cards-and-gp-visit-cards/medical-card/#611033>

<sup>20</sup> Citizens Information Board – Medical cards:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/medical-cards-and-gp-visit-cards/medical-card/>

<sup>21</sup> Citizens Information Board – Selecting a doctor:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/medical-cards-and-gp-visit-cards/medical-card/#ce9ec3>

<sup>22</sup> HSE – GPs who accept medical cards or GP visit cards:

<https://www2.hse.ie/services/schemes-allowances/medical-cards/about-the-medical-card/gps-who-accept-medical-cards/>



Finansinė pagalba vadovėliams įsigyti kai kuriose mokyklose	Taip	Ne
Valstybinio egzamino mokesčių padengimas valstybės finansuojamose antrosios pakopos mokyklose	Taip	Ne
Sumažintas visuotinio socialinio mokesčio ( <i>Universal Social Charge</i> ) tarifas	Taip	Ne

Šaltinis: *Citizens Information Board*:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-services/gp-and-hospital-services/gp-services-to-medical-card-holders/>

Eiliniai kraujo tyrimai gali būti HSE kompensuojami abiejų rūšių kortelių turėtojams, esant tam tikroms sveikatos būklėms. Dėl tokio kompensavimo galimybės nurodoma teirautis savo bendrosios praktikos gydytojo.

Abiejų rūšių kortelių turėtojams HSE nekompensuoja akių būklės patikrinimo vairuotojo teisėms gauti, su gyvybės draudimu susijusių ataskaitų, medicininių pažymų dėl nebuvimo darbe<sup>23</sup>.

## Austrija

Austrijos sveikatos draudimo sistema įtvirtina nemokamų medicinos (sveikatos) paslaugų teikimą šalies gyventojams, atitinkantiems teisės aktų nustatytiems reikalavimams. Vis dėlto, nemokamų sveikatos paslaugų užtikrinimo principas apibrėžia pagrindinę taisyklę, jog iš esmės nemokamomis pacientams laikomos būtinosios sveikatos paslaugos. Šios paslaugos prieinamos vienodai visiems apdraustiesiems asmenims, nepriklausomai nuo jų privalomojo sveikatos draudimo įnašų dydžio.

Apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu iš esmės skirstomi į tris kategorijas: draudžiami darbdavių, draudžiami valstybės arba besidraudžiantys savarankiškai.

Taigi, valstybės garantuojamos sveikatos paslaugos, teikiamos privalomojo sveikatos draudimo pagrindu, apima šias nemokamas paslaugas:

- 1) medicininį gydymą (medicininę pagalbą, vaistus, medicinos pagalbos priemones), hospitalizaciją, arba, esant poreikiui, priežiūrą namuose;
- 2) vaikų ir paauglių gydymą, profilaktinius patikrinimus bei kitas sveikatingumo priemones;
- 3) dantų gydymą ir protezavimą;
- 4) ligos pašalpos mokėjimą ir (jei nustatomas poreikis) reabilitacijos pašalpos mokėjimą;
- 5) motinystės pašalpos mokėjimą (motinystės atveju)<sup>24</sup>.

Minėta, jog aukščiau išvardintos paslaugos nemokamai teikiamos būtinos pagalbos apimtyje. Atitinkamai darytina išvada, jog į aukščiau paminėtas kategorijas nepatenkančios paslaugos, arba viršijančios būtinos pagalbos apimtį, gali būti neapmokamos.

Pažymėtina, jog kai kurios paslaugos gali būti teikiamos ir apdraustojo šeimos nariams su tam tikra priemoka.

Atskirai pažymėtina, jog sveikatos draudimo sistema, per kurią yra teikiamos sveikatos paslaugos yra administruojama kelių institucijų lygiagrečiai:

<sup>23</sup> *Citizens Information Board – Services for medical card and GP visit card holders*:

<https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-services/gp-and-hospital-services/gp-services-to-medical-card-holders/>

<sup>24</sup> *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Krankenversicherung*:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html>

- 1) Austrijos ligonių kasos – administruoja sveikatos paslaugų teikimą daugeliui gyventojų, dirbančių pagal darbo sutartis bei kitų valstybės draudžiamų grupių (vaikų, paauglių, senjorų ir pan.)<sup>25</sup>;
- 2) Savarankiškai besidraudžiančių asmenų įstaiga – administruoja savarankiškai sveikatos draudimu besidraudžiančių asmenų paslaugas<sup>26</sup>;
- 3) Viešojo sektoriaus tarnautojų, geležinkelių ir kalnakasybos srities darbuotojų draudimo įstaiga – administruoja atitinkamų sričių darbuotojų sveikatos paslaugas<sup>27</sup>.

Medicinos paslaugų kompensavimui yra taikomi keli modeliai. Pirmasis modelis – tiesiogiai nemokamos paslaugos, teikiamos valstybinėse medicinos įstaigose. Antrasis modelis – mokamų paslaugų kompensavimas, pasinaudojant Ligonių kasų išleista vadinamąja virtualia el. paciento kortele. Trečiasis modelis – kompensavimas už rinkoje įsigytas medicinos paslaugas, pateikiant Ligonių kasoms šių paslaugų apmokėjimo sąskaitas, per tam tikslui sukurtą portalą.

Pagal aukščiau aptartą principą ir gydytojai (gydymo įstaigos) yra skirstomi į su Ligonių kasomis sutartį sudariusius (kurių paslaugos pacientams tiesiogiai yra teikiamos nemokamai) bei vadinamuosius „pasirenkamuosius“ gydytojus, kurie įkainius nustato savarankiškai ir pacientai už jų paslaugas sumoka savarankiškai. Tačiau ir tokiu atveju pacientai turi teisę gauti kompensaciją laikantis šių sąlygų:

- 1) medicinos paslauga atitinka „būtinuosius“ medicinos paslaugos reikalavimus;
- 2) pacientui kompensuojama 80 proc. medicinos paslaugos kainos, kuri būtų mokama, jei pacientas atitinkamą paslaugą būtų gavęs iš su Ligonių kasa sutartį sudariusių gydytojų (gydymo įstaigų).

„Būtinuosius“ medicinos paslaugomis be kita ko nelaikomos tokios paslaugos, kaip, pavyzdžiui:

- 1) vaistai, neįtraukti į kompensuojamų vaistų sąrašą;
- 2) mediciniškai nebūtinoms paslaugoms (pavyzdžiui, apžiūra, reikalinga sporto veiklai);
- 3) papildomi profilaktiniai tyrimai, kurie neįeina į įprastą profilaktinį patikrinimą;
- 4) apsilankymai pas pasirinktą gydytoją, jei tą patį kalendorinį ketvirtį pacientas lankėsi ir pas tos pačios specialybės gydytoją pagal sutartį.

Taigi, mokamos paslaugos gali būti kompensuojamos, jei jos patenka į aukščiau įvardintas „būtinąsias“ kategorijas. Visais kitais atvejais, paslaugos patenka į mokamų paslaugų arba kompensuojamų kitais (pavyzdžiui, privataus draudimo) finansiniais mechanizmais.

## Belgija

Belgijos sveikatos draudimo sistema veikia mišriu principu, kurio pagrindu pacientas (apdraustasis) gali naudotis tam tikromis paslaugomis nemokamai, iš dalies nemokamai, pasinaudoti fiksuotais hospitalizacijos subsidijų dydžiais, arba atgauti sumokėtas lėšas už medicinos paslaugas per sveikatos draudimo instituciją.

Siekiant pasinaudoti viena ar keliomis iš minėtų viešojo sveikatos draudimo schemų, asmuo turi būti sudaręs sutartį su viena iš kelių šalyje veikiančių viešąjį sveikatos draudimą administruojančių įstaigų (arba kitaip vadinama – savitarpio draudimo bendrove, pranc. *mutualité*, angl. *mutual*):

- 1) Sveikatos apsaugos fondu;
- 2) Slaugos ir neįgalumo draudimo fondu;
- 3) Belgijos nacionalinės geležinkelių kompanijos sveikatos fondu;

<sup>25</sup> Österreichische Gesundheitskasse:

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867477&portal=oegkportal>

<sup>26</sup> Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen:

<https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816825&portal=svsportal>

<sup>27</sup> Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau:

<https://www.bvaeb.at/cdscontent/?contentid=10007.852277&portal=bvaebportal>



- 4) kitu fondu, tai yra, turėti atitinkamą privatų sveikatos draudimą.  
Automatiškai apdraustaisiais laikomi išlaikomi asmenys (nepilnamečiai).  
Apdraustieji aukščiau nustatyta tvarka, turi teisę į:
- 1) kompensaciją už apmokėtas gydytojo paslaugas;
  - 2) fiksuoto dydžio subsidiją už hospitalizaciją;
  - 3) nedarbo išmoką arba motinystės išmoką.

Apdraustaisiais asmenimis laikomi Belgijoje dirbantys ir nustatytus su darbo santykiais susijusius mokesčiu mokantys asmenys<sup>28</sup>. Apdraustaisiais taip pat laikomi savarankiškai dirbantys asmenys ir savarankiškai mokantys sveikatos draudimo įmokas<sup>29</sup>.

Taigi, matome, jog ši mišri sistema skiriasi nuo tiesioginių sveikatos draudimo taikymo / administravimo schemų, kuomet apdraustiesiems yra prieinamos nemokamos viešosios medicinos paslaugos, kurios paprastai administruojamos ligonių kasų funkciją atliekančios įstaigos, eliminuojant poreikį apdraustiesiems tiesiogiai susimokėti už sveikatos (medicinos) paslaugas ir tuomet kreiptis dėl kompensacijų. Belgijos atveju, kaip jau aptarta, galioja daugiausiai į išlaidų kompensavimą orientuota sistema. Tai yra, apdraustajam yra kompensuojamos tam tikros gydymo, vaistų, medikamentų įsigijimo, slaugos ir kitos paslaugos.

Sveikatos (medicinos) paslaugų įkainiai (pagal kuriuos atitinkamai kompensuojamos apdraustųjų patirtos išlaidos) yra nustatomi pasirašant sutartis tarp sveikatos (medicinos) paslaugas teikiančių subjektų (gydytojų, klinikų ir kt.) ir aukščiau minėtų viešąjį sveikatos draudimą administruojančių įstaigų. Tai reiškia, kad kompensavimo schema norintis pasinaudoti apdraustasis turi naudotis tų sveikatos (medicinos) paslaugas teikiančių subjektų paslaugomis, su kuriais sveikatos draudimo administravimo įstaigos turi pasirašiusios sutartis<sup>30</sup>. Tai reiškia, jog pagal viešojo sveikatos draudimo schemą veikiančių sveikatos (medicinos) paslaugų teikime dalyvauja ratas įvairiais pagrindais veikiančių subjektų (tiek viešųjų, tiek ir privačių).

Taigi, pabrėžtina, jog pagal aukščiau aptartą schemą, kai kurios paslaugos gali būti kompensuojamos visiškai, o kai kurios tik iš dalies. Kiek asmeniui teks prie paslaugų prisidėti asmeninėmis lėšomis (tai yra, kokia paslaugų dalis nebus kompensuota), priklauso nuo asmens sutarties su sveikatos draudimą administruojančia įstaiga (savitarpio draudimo bendrove). Šios įstaigos siūlo savo klientams (apdraustiesiems) įvairius planus ir sutarčių sąlygas, kurios tarpusavyje gali skirtis. Tai reiškia, jog šioje vietoje galioja rinkos konkurencijos elementas tarp savitarpio draudimo bendrovių, toje apimtyje, kokias ekonomiškai patrauklesnes sutarčių sąlygas jos gali pasiūlyti savo klientams (apdraustiesiems).

Apdraustiesiems asmenims sukurtoje socialinio draudimo svetainėje lengvai prieinama informacija prancūzų ir olandų kalbomis. Apdraustieji gali pasitikrinti ar jų pasirinktas gydytojas, klinika ar kitas sveikatos specialistas yra sudaręs sutartį su savitarpio draudimo bendrove ir laikosi oficialiai patvirtintų įkainių<sup>31</sup>.

## Čekija

Čekijos valstybinė sveikatos draudimo sistema veikia universalių nemokamų visuotinių sveikatos (medicinos) paslaugų principu. Šalia visuotinių nemokamų sveikatos paslaugų veikia privatus sveikatos (medicinos) paslaugų sektorius.

Kalbant apie visuotinį sveikatos draudimą, pažymėtina, jog viešojo sveikatos draudimo sistema yra išlaikoma iš asmenų sveikatos draudimo įnašų, mokamų per darbo santykių mokesčius arba savarankiškai. Privati medicinos sistema, savo ruožtu, veikia nepriklausomai nuo valstybinio sveikatos draudimo schemų, yra gerokai brangesnė ir išsilaiko komercinėmis rinkos sąlygomis bei

<sup>28</sup> *Scurite Sociale Belgium. Mutualités*: <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/sante/mutualites>

<sup>29</sup> *The National Institute for the Social Security of the Self-employed (NISSE)*: <https://www.nisse.be/en>

<sup>30</sup> *Scurite Sociale Belgium. Zorgverleners*:

<https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/gezondheid/zorgverleners>

<sup>31</sup> *Ten pat.*

kainomis teikdama sveikatos, medicinos ir kt. paslaugas asmenims, kurie už šias paslaugas sumoka privačiai (arba pasinaudodami privačiu – komerciniu sveikatos draudimu).

Viešajame sveikatos draudime dalyvaujantys asmenys gali laisvai rinktis iš sveikatos (medicinos) paslaugas teikiančių specialistų ir gydymo įstaigų, su sąlyga, kad šie subjektai dalyvauja viešojoje sveikatos draudimo sistemoje, tai yra, jų paslaugos yra apmokamos iš visuotinio sveikatos draudimo fondo lėšų ir apdraustiesiems asmenims tiesiogiai už šias paslaugas mokėti nereikia.

Vis dėlto, už tam tikras paslaugas apdraustieji turi sumokėti priemokas, kurių apimtis (tai yra, paslaugų sąrašas) bei priemokų dydžiai yra tvirtinami valstybės lygiu. Tai reiškia, jog priemokų mokėjimo sistema yra unifikuota ir privalo atitikti valstybės lygiu nustatytus priemokų tarifus ir priemokomis apmokestintų paslaugų sąrašą. Priemokų ir / arba mokamų paslaugų tarifai yra nustatomi sveikatos apsaugos ministro tvirtinamais įsakymais<sup>32</sup>.

Kalbant detaliau apie valstybinio sveikatos draudimo apmokamas sveikatos (medicinos) paslaugas, pažymėtina, jog esant darbo santykiams, darbdavys sumoka 2/3, o darbuotojas 1/3 privalomos sveikatos draudimo įmokos (per darbo mokesčius). Kai kuriais atvejais šią draudimo įmoką sumoka valstybė (pavyzdžiui, už išlaikomus vaikus, pensininkus ir pan.). Apdraustasis valstybinio sveikatos draudimu įgyja teisę į šias nemokamas paslaugas:

- 1) profilaktinė, ambulatorinė, diagnostinė, gydomoji reabilitacija, SPA gydomoji reabilitacija, įvertinimas, slauga, paliatyvioji sveikatos priežiūra, kraujo, audinių ir ląstelių tyrimai;
- 2) vaistų, specialios medicininės paskirties maisto, medicinos prietaisų ir stomatologijos gaminių tiekimas;
- 3) apdraustųjų vežimas ir kelionės išlaidų kompensavimas;
- 4) kraujo paėmimas ir transplantacijai skirtų audinių, ląstelių ir organų surinkimas bei būtinas jų tvarkymas (konservavimas, saugojimas, apdorojimas ir tyrimas);
- 5) gyvo donoro nuvežimas į paėmimo vietą ir iš šios vietos į su paėmimu susijusios sveikatos priežiūros suteikimo vietą ir iš šios vietos bei kelionės išlaidų kompensavimas;
- 6) mirusio donoro transportavimas į paėmimo vietą ir iš jos;
- 7) surinktų audinių, ląstelių ir organų transportavimas;
- 8) mirusio apdraustojo apžiūra ir skrodimas, įskaitant transportavimą;
- 9) apdraustojo lydinčiojo asmens buvimas stacionarinėje gydymo įstaigoje,
- 10) sveikatos priežiūra, susijusi su nėštumu ir vaiko gimimu ir kt.

Kaip jau minėta, nemokamos sveikatos paslaugos teikiamos sveikatos paslaugų teikėjų patalpose ir, remiantis sveikatos paslaugų teikėjo ir apdraustojo sveikatos draudimo įstaigos sutartimi, yra apmokamos šios sveikatos draudimo įstaigos. Tik išimtiniais atvejais apdraustos sveikatos paslaugos gali būti teikiamos kitoje vietoje ar įstaigoje, neturinčioje sutarties su apdraustojo sveikatos draudimo įstaiga.

Pacientas tam tikru mastu dalyvauja finansiškai apmokant tam tikrus vaistus. Jie suskirstyti į grupes tokiu principu, kad kiekvienoje grupėje būtų bent vienas vaistų variantas, kurį visiškai apmokėtų sveikatos draudimo įstaiga. Gydymosi ligoninėje metu apdraustasis neapmoka vaistų ir medicinos prietaisų išlaidų, jas visiškai apmoka sveikatos draudimo įstaiga<sup>33</sup>.

## Danija

Danijoje sveikatos draudimo sistema apima nemokamą sveikatos apsaugą apdraustiesiems asmenims arba sveikatos paslaugų išlaidų kompensavimą. Šios sistemos pagrindai nustatyti Sveikatos apsaugos įstatyme<sup>34</sup>. Valstybinė sveikatos apsaugos sistema yra suskirstyta į tris lygius:

<sup>32</sup> Ministerstvo zdravotnictví. Cenová regulace:

<https://mzd.gov.cz/category/agendy-ministerstva/zdravotni-pojisteni/cenova-regulace-zdravotni-pojisteni/>

<sup>33</sup> Ministerstvo zdravotnictví. Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění:

<https://mzd.gov.cz/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni/>

<sup>34</sup> Bekendtgørelse af sundhedsloven: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2024/247>

1. Pirminės sveikatos paslaugos ir būtinoji pagalba pas bendrosios praktikos gydytojus ir kitus specialistus, įskaitant nukreipimą pas antrinio lygio specialistus.

2. Antrinės sveikatos paslaugos ir pagalba ligonėse bei stacionariuose gydymo centruose, įskaitant sudėtingesnes diagnostikos ir tyrimo procedūras, operacijas, radiologijos procedūras ir konsultacijas.

3. Tretinio lygmens sveikatos paslaugos, kurios dažniausiai yra susijus su paslaugomis specializuotose ligoninėse bei specializuotuose gydymo centruose, esant sudėtingiems bei kompleksiniams susirgimams ar sveikatos būklėms.

Papildomai pažymėtina, kad atsakomybė aukščiau išvardintų paslaugų teikimą yra padalinta tarp savivaldybių, regionų ir centrinio valstybės lygmens. Tai reiškia, jog už pirminio lygio paslaugų teikimo užtikrinimą yra atsakingos 98 savivaldybės. Už antrinio lygio paslaugų teikimo užtikrinimą yra atsakingi 5 regionai. Atitinkamai, už tretinio lygio paslaugų teikimo užtikrinimą yra atsakinga centrinės valdžios administracija<sup>35</sup>.

Nemokama bei kompensuojama sveikatos paslaugų sistema galioja registruotiems apdraustiesiems, turintiems unikalų sveikatos draudimo numerį bei pasirinkusiems konkrečią pirminės sveikatos paslaugų įstaigą (užsiregistravusiems). Įgyvendinus šias sąlygas asmuo gali naudotis nemokamomis medicinos paslaugomis pilna apimtimi.

Vis dėlto, pažymėtina, jog kai kurių paslaugų sveikatos draudimas nefinansuoja. Pavyzdžiui, dantų gydymo paslaugos yra nemokamos tik asmenims nuo 22 metų. Tas pats galioja ir kai kuriems medikamentams. Asmuo gali papildomai apsidrausti privačiu sveikatos draudimu ir, vadovaujantis jo privataus draudimo sąlygomis, gauti tam tikrą kompensaciją už mokamas medicinos paslaugas.

Už bendrosios sveikatos paslaugų sistemos funkcionavimo priežiūrą yra atsakinga Danijos pacientų apsaugos tarnyba, atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai. Pacientų apsaugos tarnybos klientų aptarnavimo taškai yra įsikūrę visuose šalies regionuose<sup>36</sup>.

Į aukščiau apibūdintas nemokamas (valstybinio sveikatos draudimo padengiamas) paslaugas nepatenka kai kurios specifinės paslaugos, už kurias asmenys turi susimokėti patys (nepaisant to, kad šias paslaugas gauna viešosiose sveikatos paslaugų įstaigose), pavyzdžiui:

- 1) vaikų ir jaunimo iki 21 metų dantų priežiūra ir gydymas;
- 2) ligonių priežiūra (slauga) namie;
- 3) fizioterapija (savivaldybės gydymo įstaigos lygmenyje);
- 4) reabilitacija po gydymo ligoninėje;
- 5) gydymas nuo alkoholio ir kitų medžiagų priklausomybių ir kt.<sup>37</sup>

Be aukščiau aptartų sąlygų, visi valstybiniu sveikatos draudimu draudžiami asmenys skirstomi į dvi grupes (asmenys gali pasirinkti, tačiau pažymėtina, kad absoliuti apraustųjų dauguma priklauso pirmajai apdraustųjų grupei).

Pirmoji apdraustųjų grupė:

- 1) asmuo turi būti registruotas pas konkretų bendrosios praktikos gydytoją;
- 2) antriniam ir tretiniam gydymui asmuo gauna teisę su bendrosios praktikos gydytojo siuntimu;
- 3) jei bendrosios praktikos gydytojas vykdo veiklą pagal sutartį su sveikatos paslaugas administruojančia regiono institucija, daugelis paslaugų apdraustajam yra nemokamos (išskyrus aukščiau minėtas išimtis).

Antroji apdraustųjų grupė:

- 1) asmuo nėra registruotas pas konkretų bendrosios praktikos gydytoją ir esant poreikiui gali lankytis pas bet kurį bendrosios praktikos gydytoją;
- 2) asmuo neprivalo turėti siuntimo norėdamas patekti pas antrinio ar tretinio lygio specialistus;

<sup>35</sup> *How the Danish healthcare system works. The Danish healthcare system operates across a national, regional and local level:*

<https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/the-danish-healthcare-system/how-the-danish-healthcare-system-works>

<sup>36</sup> *The Danish Patient Safety Authority: <https://en.stps.dk/>*

<sup>37</sup> *The Danish Patient Safety Authority. Access to healthcare in Denmark:*

<https://en.stps.dk/citizens/national-contact-point-for-cross-border-healthcare-in-the-eueea/access-to-healthcare-in-denmark>

- 3) asmuo turi sumokėti skirtumą už suteiktas medicinos paslaugas, jei paslaugų kaina yra didesnė nei regiono administracijos teikiama subsidija<sup>38</sup>.

Kalbant apie mokamų paslaugų reglamentavimą, pažymėtina, jog greta valstybinės sistemos, kuri, kaip minėta, veikia nemokamų paslaugų teikimo principu, šalyje veikia kelios privačios ligoninės ir kitos klinikos. Šios klinikos paslaugas pacientams teikia komerciniais pagrindais, ir valstybinio sveikatos draudimo kompensavimo sistemoje nedalyvauja. Kita vertus, pažymėtina, jog teisės aktai nustato, kad tiek valstybinės, tiek ir privačios klinikos neturi teisės už tas pačias paslaugas reikalauti mokėti daugiau užsienio šalių gyventojams, nei už tokias pačias paslaugas moka Danijos gyventojai.

## Estija

Remiantis Sveikatos draudimo įstatymu<sup>39</sup>, nacionalinėje sveikatos sistemoje taikomas privalomasis, solidarumo principu grįstas sveikatos draudimas (2 str. 2, 3 d.). Draudikas yra Sveikatos draudimo fondas (est. *Tervisekassa*) (3 str. 1 d.). Įstatyme nurodyta, kad apdraustieji turi lygias teises ir galimybes naudotis sveikatos draudimo suteikiamomis naudomis (3 str. 3 d.).

Sveikatos draudimo fondo lėšomis mokama už apdraustiesiems reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas, vaistinius preparatus ir medicinos prietaisus (25 str. 2 d.). Fondas moka už tas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra įtrauktos į patvirtintą sąrašą (29 str. 1 d.). Pastarajame sąrašė esančių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui gali būti taikomas išlaidų pasidalijimas (angl. *cost-sharing*) su apdraustuoju. Pacientui tenkanti mokėjimo dalis negali viršyti 50 procentų referencinės kainos, nustatytos sveikatos priežiūros paslaugai. Išlaidų pasidalijimas netaikomas būtinajai medicinos pagalbai (30 str. 3 d.).

Sveikatos priežiūros paslauga gali būti įtraukiama į aukščiau paminėtą sąrašą, kartu numatant tos paslaugos išlaidų padalinimą tarp Sveikatos draudimo fondo ir apdraustojo, jei:

- 1) sveikatos priežiūros paslaugos tikslas gali būti pasiektas ir kitais, pigesniais metodais, nekeliančiais ženkliai didesnių rizikų ar šalutinių poveikių;
- 2) sveikatos priežiūros paslauga labiau orientuota į gyvenimo kokybės pagerinimą, o ne ligos visišką ar dalinį išgydymą;
- 3) apdraustieji visumoje yra pasirengę patys sumokėti jiems reikalingą sveikatos priežiūros paslaugą, tačiau reikšmingą poveikį apsisprendimui turi tai, ar Sveikatos draudimo fondas padengia nors dalį išlaidų (31 str. 3 d.).

Sveikatos draudimo fondas dalyvauja finansuojant ligų prevencijos projektus, tuo tikslu numatant atitinkamas sumas fondo biudžete ir patvirtinus socialinių reikalų ministrui (34 str.).

Spręsdamas dėl sutarčių su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais sudarymo (fondui nėra pareigos sudaryti tokias sutartis su visais tokių paslaugų teikėjais), Sveikatos draudimo fondas atsižvelgia į:

- 1) sveikatos priežiūros paslaugos reikalingumą ir prieinamumą apdraustiesiems;
- 2) į sveikatos priežiūros paslaugos kokybę ir teikimo sąlygas;
- 3) sveikatos priežiūros paslaugos kainą;
- 4) sveikatos priežiūros paslaugos teikimo vietos atitikimą nustatytiems standartams;
- 5) sveikatos priežiūros paslaugos teikėjų maksimalų skaičių;
- 6) sveikatos priežiūros paslaugos teikėjų išsidėstymo vidutinį tankį;
- 7) nacionalinės sveikatos politikos raidą;
- 8) sveikatos priežiūros paslaugos teikėjų ankstesnių sutarčių vykdymo istoriją;
- 9) sveikatos priežiūros paslaugos teikėjų mokesčių įsiskolinimų buvimą / nebuvimą ir bendrą finansinę padėtį;

<sup>38</sup> *Sygesikring og sikringsgrupper. Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin:* <https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdome/sundhedskort--laegevalg-og-tandlaege/Sygesikring-og-sikringsgrupper?NavigationTaxonomyId=90224c9f-a4ce-456d-b6ba-bff06135dd19>

<sup>39</sup> *Health Insurance Act:* <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/517072024001/consolide>

10) tai, kaip sveikatos priežiūros paslaugos teikėjas laikosi sveikatos srities teisės aktų (36 str. 4 d.).

Sveikatos draudimo įstatymas įtvirtina paciento teisę į vadinamąją antrąją nuomonę, teikiamą kito gydytojo (40 str. 1 d.). Sveikatos draudimo fondas apmoka vienos antrosios nuomonės suteikimą per vieną gydymo epizodą (40 str. 3 d.). Jei apdraustasis pageidauja dėl antrosios nuomonės kreiptis į Estijoje veikiančią sveikatos priežiūros apsaugų teikėją, nesudariusį sutarties su Sveikatos draudimo fondu, tai tuo tikslu turi būti sudaroma išankstinė rašytinė sutartis tarp fondo ir apdraustojo ar jo teisėto atstovo (40 str. 6 d.).

Sveikatos draudimo įstatymo 67–73 straipsniai įtvirtina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teisę nustatyti paties paciento (tame tarpe drausto sveikatos draudimu) mokamas priemokas už konsultacijas, gydymą stacionare, dokumentų išdavimą (visais atvejais numatomos išlygos, pavyzdžiui, nėščiosioms, nepilnamečiams iki dvejų metų amžiaus ir pan.). Gydantis stacionare, paciento mokestis (neviršijantis 2,50 EUR už dieną) gali būti taikomas už kiekvieną kalendorinę dieną, bet ne daugiau kaip už 10 kalendorinių dienų gydant vieną ligą. Pastarasis mokestis negali būti taikomas intensyviosios terapijos laikotarpiu, specializuoto gydymo, susijusio su nėštumu ar gimdymu, taip pat nepilnamečių gydymo laikotarpiais. Tuo tarpu paciento mokestis (priemoka) negali viršyti 5 EUR už šeimos gydytojo vizitą namuose ar paciento apsilankymą ambulatorinėms specializuotoms sveikatos priežiūros paslaugoms suteikti.

Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo įstatymas<sup>40</sup> nustato sistemos valdymo, organizavimo, finansavimo ir priežiūros sąlygas. Šiame įstatyme įtvirtinta, kad sveikatos sistema finansuojama iš valstybės, vietos savivaldybių biudžetų, pacientų įmokų, kitų šaltinių (51 str. 1 d.). Šiame įstatyme nustatyta, kad bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo ir gydytojo specialisto teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas apdraustiesiems apmoka Sveikatos draudimo fondas (11 str. 1 d., 23 str. 1 d.). Asmenys be sveikatos draudimo patys moka už bendrosios praktikos gydytojo ir gydytojo specialisto teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (11 str. 2 d., 23 str. 2 d.). Tuo tarpu teisę į būtinąją medicinos pagalbą turi kiekvienas Estijos teritorijoje esantis asmuo (16 str. 2 d.). Būtiniosios pagalbos teikimą finansuoja Sveikatos draudimo fondas, tuo tikslu sudarydamas sutartis su paslaugos teikėju (19 str. 1 d.).

Sveikatos priežiūros įstaigos pačios nustato savo teikiamų mokamų sveikatos priežiūros paslaugų kainyną, tai yra paslaugų, nekompensuojamų Sveikatos draudimo fondo lėšomis<sup>41</sup>.

## Ispanija

Ispanijos sveikatos draudimo sistema apima daugelį medicinos paslaugų, kurios yra nemokamos socialiniu draudimu apdraustiems šalies gyventojams. Vadinamoji Nacionalinė sveikatos sistema<sup>42</sup>, kurios veiklą prižiūri Sveikatos apsaugos ministerija, funkcionuoja nacionaliniu ir regionų bendruomenių lygmeniu. Regioninės viešosios sveikatos paslaugos yra prižiūrimos kiekvieno regiono atskirai ir iš viso apima 17 autonominių regionų.

Bendrosios sveikatos įstatymas 14/1986 nustato, kad Nacionalinė sveikatos sistema yra valstybės administracijos ir autonominių bendruomenių sveikatos paslaugų visuma, apimanti visas sveikatos funkcijas ir išmokas, už kurias atsakingos viešosios valdžios institucijos bei teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimą<sup>43</sup>.

Įstatymas taip pat apibrėžia, jog Valstybė ir autonominės bendruomenės pagal savo atitinkamus įgaliojimus tvirtina sveikatos planus, kuriuose numatomos kasmetinės arba daugiamečių investicijos (lėšų poreikis). Be to, Valstybės, autonominių bendruomenių ir socialinio draudimo

<sup>40</sup> Health Services Organisation Act: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530082024002/consolide>

<sup>41</sup> ECPRD Request No. 5658 – Financing of health care provided by doctors / physicians affiliated with the public health insurance system, 2024.

<sup>42</sup> Sistema Nacional de Salud: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>

<sup>43</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>



biudžetuose turi būti įrašomi visų nuo viešosios administracijos priklausomų sveikatos organizacijų poreikiams tenkinti ir jų kompetencijai plėtoti reikalingi lėšos.

Įstatymo 79 str. nustato, jog aukščiau paminėtos lėšos yra formuojamos iš:

- 1) socialinio draudimo įmokų;
- 2) valstybės įnašų;
- 3) lėšų, surinktų už tam tikras sveikatos paslaugas;
- 4) autonominių bendruomenių įnašų.

Pažymėtina, jog valstybinio sveikatos draudimo lėšomis yra finansuojama apie 70 proc. sveikatos paslaugų apdraustiesiems gyventojams. Tai reiškia, jog likusią dalį jie turi apmokėti savo lėšomis. Pagal bendrąją taisyklę – pirminio lygmens sveikatos paslaugos yra nemokamos, o pacientams gali tekti sumokėti tik už kai kuriuos vaistus. Pirminio lygmens medicinos paslaugos paprastai apima šias sritis:

- 1) šeimos gydytojo paslaugas;
- 2) pediatro paslaugas;
- 3) ginekologo paslaugas;
- 4) fizioterapeuto paslaugas.

Dantų gydymo paslaugos yra nemokamos tik vaikams iki 15 metų arba asmenims, kuriems yra reikalinga skubi odontologinė operacija.

Antrinio lygio medicinos paslaugos daugeliu atvejų yra nemokamos, jei dėl paslaugos yra kreipiamasi su šeimos gydytojo siuntimu. Kita vertus, už kai kurias antrinio lygio sveikatos paslaugas gali tekti sumokėti priemoką. Todėl šalyje yra gana paplitęs papildomas (privatus) sveikatos draudimas, kurį įsigiję asmenys gali papildomo draudimo lėšomis kompensuoti savo išlaidas, susijusias su priemokomis už medicinos paslaugas.

Šalia valstybinio sektoriaus medicinos paslaugų, egzistuoja privatus medicinos paslaugų sektorius, kuris kompensavimo schemose, susijusiuose su asmenų socialiniu draudimu, nedalyvauja, o pacientai už atitinkamas paslaugas sumoka savo lėšomis arba pasinaudodami privačiu sveikatos draudimu, kuris, priklausomai nuo plano, gali kainuoti nuo 50 iki 200 EUR per mėn.<sup>44</sup>

## Latvija

Sveikatos priežiūros finansavimo įstatyme<sup>45</sup> nustatyta, kad valstybinis sveikatos draudimas yra privalomas ir grįstas solidarumo principu (10 str. 1 d.). Apdraustieji turi teisę naudotis pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugomis, papildančiomis minimaliąją valstybės finansuojamą pagalbą, taip pat gauti ambulatoriniam gydymui reikalingus kompensuojamus vaistinius preparatus ir medicinos technikos priemones (10 str. 2 d.). Privalomojo sveikatos draudimo sistemos ribose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų ir medicinos technikos priemonių sąrašą, teikimo ir apmokėjimo bei priemokų tvarką nustato Vyriausybė (10 str. 3 d.).

Valstybės finansuojama minimalioji medicinos pagalba, teikiama šio įstatymo 9 straipsnyje nustatytų kategorijų asmenims (pavyzdžiui, prieglobsčio prašytojams, pabėgėliams, užsieniečiams, turintiems leidimą nuolat gyventi Latvijoje, asmenims be pilietybės ir kt.), apima:

- 1) būtinąją medicinos pagalbą;
- 2) gimdymo pagalbą;
- 3) gydymą sergant pavojų visuomenės sveikatai keliančiomis ligomis, įskaitant tuberkuliozę, psichikos ligas (8 str.).

Būtinoji medicinos pagalba yra teikiama kiekvienam žmogui (7 str. ).

Įstatymas įtvirtina paciento priemokas valstybės finansuojamoms sveikatos priežiūros paslaugoms (6 str. 1 d.). Kartu nustatyta išlyga, atleidžianti nuo paciento priemokų nustatytų kategorijų žmonių grupes (19 kategorijų), tame tarpe nepilnamečius, nėščiąsias, sergančius

<sup>44</sup> *The healthcare system in Spain:*

<https://www.expatica.com/es/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-spain-101467/>

<sup>45</sup> *Veselības aprūpes finansēšanas likums:* <https://likumi.lv/ta/id/296188-veselibas-aprupes-finansesanas-likums>



tuberkuloze, besigydančius psichikos ligas, chemodializės tęstinių procedūrų, plaučių ventilacijos namų sąlygomis pacientus, organų donorus ir kt. (6 str. 2 d.)

Valstybinio sveikatos draudimo kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų srityje, pacientas moka priemokas už gaunamas paslaugas, o valstybė padengia didžiąją dalį kainos (tarifai tvirtinami Vyriausybės lygiu). Jei asmuo draustas privačiu sveikatos draudimu, draudikas apmoka sveikatos priežiūros paslaugas pagal konkrečioje draudimo sutartyje nustatytas sąlygas. Tuo atveju, kai asmuo vien savo pinigais moka už medikų konsultacijas ir gydymą, kaina priklauso nuo gydymo įstaigos mokamų paslaugų kainyno<sup>46</sup>.

Vyriausybės nutarimu patvirtintoje tvarkoje yra detalizuojamos valstybinės sveikatos draudimo sistemos kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų rūšys, taip pat paciento priemokos<sup>47</sup>. Valstybinio sveikatos draudimo kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų srityje, paciento priemokos sudaro, pavyzdžiui, 2 EUR už bendrosios praktikos gydytojo konsultaciją, kai pacientas iki 65 metų amžiaus, ir 1 EUR, kai pacientas 65 metų amžiaus ir vyresnis. Paciento priemoka už gydytojo specialisto konsultaciją siekia 4 EUR. Paciento priemokos gydantis stacionare siekia 4–10 EUR, o atliekant medicininius tyrimus sudaro 2–35 EUR (kainos nustatytos konkrečioms medicininių tyrimų procedūroms). Pacientas gali sumokėti priemoką per 15 dienų nuo sveikatos priežiūros paslaugos gavimo dienos arba per kitą laiko terminą, jei dėl to yra rašytinis susitarimas su sveikatos priežiūros paslaugos teikėju. Nustatyta maksimali paciento priemokų riba – 355 EUR vienam gydymo ciklui ligoninės stacionare, o priemokų sumai (ambulatorinėms ir stacionaro sveikatos priežiūros paslaugoms) per kalendorinius metus nustatyta 570 EUR didžiausia leidžiama riba<sup>48</sup>. Viršijusiems tą ribą, tolesnes paciento priemokas kompensuoja valstybinis privalomasis sveikatos draudimas.

Nacionalinė sveikatos tarnyba užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visoje šalyje ir sudaro sutartis su šių paslaugų teikėjais. Pastarieji gali būti tiek viešojo, tiek privataus sektoriaus subjektais. Pirminiame sveikatos priežiūros lygyje dominuoja privatūs, antriniame – viešojo sektoriaus ir privatūs, o tretiniame – viešojo sektoriaus subjektai<sup>49</sup>.

## Lenkija

Nacionalinė socialinio sveikatos draudimo sistema apima tiek mokančius draudimo įmokas dirbančiuosius, tiek visuomenės grupes, kurių sveikatos draudimas dengiamas valstybės lėšomis (nepilnamečių, bedarbių ir kt.). Būtinoji medicinos pagalba taip pat nemokamai suteikiama bet kuriam asmeniui, nepriklausomai nuo jo draudiminio statuso<sup>50</sup>.

Valstybės finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų įstatymas<sup>51</sup> nustato asmenų, nedraustų privalomuoju sveikatos draudimu (pavyzdžiui, doktorantūros užsieniečių studentų), teisę įsigyti savanorišką sveikatos draudimą Nacionaliniame sveikatos fonde (lenk. *Narodowy Fundusz Zdrowia*) (68 str.). Norint savanoriškai apsidrausti, reikia teikti prašymą Nacionalinio sveikatos fondo vietos padaliniiui, sudaryti draudimo sutartį ir sumokėti nustatyto dydžio įmokas. Asmuo, sudaręs savanoriško sveikatos draudimo sutartį, įgyja teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis pagal

<sup>46</sup> *Nacionālais veselības dienests – Where to obtain medical assistance?:*

<https://www.vmnvd.gov.lv/en/where-obtain-medical-assistance>

<sup>47</sup> *Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 – Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība:*

<https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizesanas-un-samaksas-kartiba>

<sup>48</sup> *Nacionālais veselības dienests – Pacienta līdzmaksājumi:* <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pacienta-lidzmaksajumi-1>

<sup>49</sup> *European Observatory on Health Systems and Policies – Latvia, 2022, p. 3:*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361203/9789289059077-eng.pdf?sequence=1>

<sup>50</sup> *Poland: Country Health Profile 2023, p. 9:*

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/poland-country-health-profile-2023>

<sup>51</sup> *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:*

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000146>

tuos pačius principus, kuriais remiantis sveikatos priežiūra teikiama bet kuriam asmeniui, draustam privalomuoju sveikatos draudimu<sup>52</sup>.

Sveikatos apsaugos ministerija ir Nacionalinis sveikatos fondas yra atsakingi už sveikatos sistemos visuminį valdymą, finansavimą ir pirkimus. Paminėtina, kad 2022 m., priėmus Gydytojo ir odontologo profesijų ir kai kurių kitų įstatymų pataisų įstatymą<sup>53</sup>, įvykdyti reikšmingi sveikatos sistemos finansavimo pakeitimai. Nacionalinis sveikatos fondas įpareigotas finansuoti nedraustiems sveikatos draudimu asmenims teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios iki tol buvo finansuojamos iš valstybės biudžeto ir garantuojamos visiems Lenkijos teritorijoje esantiems žmonėms, nepriklausomai nuo jų draudiminio statuso: būtinąją medicinos pagalbą, vaistus žmonėms virš 75 metų amžiaus ir nėščiosioms, aukštos specializacijos sveikatos priežiūros paslaugas, privalomą vakcinavimą, studentų, karių ir bedarbių sveikatos draudimą, vaistus pagal Sveikatos ministerijos vykdomas programas, hemofilijos gydymą, kalinių, sergančių hepatitu C, gydymą, taip pat užsikrėtusiųjų ŽIV gydymą. Pažymėtina, kad ši reforma sulaukė medikų bendruomenės protestų dėl neužtikrintų papildomų finansinių resursų Nacionaliniam sveikatos fondui, perėmusiam naujus įsipareigojimus<sup>54</sup>.

Už pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą viešajame sektoriuje atsakingi valstčiai, tačiau didžioji dalis pirminio lygio ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų yra privatūs, sudarę sutartis su Nacionaliniu sveikatos fondu<sup>55</sup>. Pirminės grandies bendrosios praktikos gydytojai reguliuoja pacientams prieigą prie labiau specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų. Specializuota ambulatorinė sveikatos priežiūra iš dalies sutelkta prie ligoninių. Pastarosios skatinamos teikti ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas, tokiu būdu nuimant perteklinį krūvį nuo stacionariųjų paslaugų vietų<sup>56</sup>. Dalis viešojo sektoriaus specializuotų ambulatorinių klinikų veikia savarankiškai, be priklausomybės sąsajų su ligoninėmis<sup>57</sup>.

Nacionalinio sveikatos fondo padaliniai vaivadijose, remdamiesi centralizuotai nustatomu garantuojamų sveikatos priežiūros paslaugų paketu, rengia regioninius planus sveikatos priežiūros paslaugų pirkimui. Kiekvienas šių padalinių yra atsakingas už sveikatos priežiūros paslaugų pirkimus savo veiklos teritorijoje. Nacionalinis sveikatos fondas, skirstydamas lėšas savo regioniniams padaliniams, atsižvelgia į tokius veiksnius kaip apdraustųjų sveikatos draudimu skaičius, asmenų amžiaus grupės, sveikatos rizikos faktoriai konkrečioje administracinėje teritorijoje<sup>58</sup>.

2017 m. priėmus Valstybės finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų įstatymo pataisais<sup>59</sup>, įgyvendinta apmokėjimo už šalies ligoninių teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pertvarka. Prieš šią reformą, Nacionalinis sveikatos fondas skirdavo finansavimą sveikatos priežiūros paslaugoms pagal metines sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, tuo tikslu dalyvavusioms viešųjų pirkimų konkurenciniame procese (derybų formatas buvo taikomas retai). Pažymima, kad sutartinių paslaugų apimties viršijimas ir papildomo apmokėjimo prašymas buvo įprastinė praktika.

<sup>52</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia – Voluntary health insurance:

[https://www.nfz-lublin.pl/voluntary\\_health\\_insurance](https://www.nfz-lublin.pl/voluntary_health_insurance)

<sup>53</sup> Ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220002770>

<sup>54</sup> National Health Fund – NHF tasked with financing non-insurance-based healthcare services:

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/poland-2019/national-health-fund-tasked-with-financing-non-insurance-based-healthcare-services>

<sup>55</sup> European Commission – Country Health Profile – Poland, 2023, p. 9:

[https://health.ec.europa.eu/document/download/adbc73e4-7c28-4ed2-9365-e36f12cb1a71\\_en?filename=2023\\_chp\\_pl\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/adbc73e4-7c28-4ed2-9365-e36f12cb1a71_en?filename=2023_chp_pl_english.pdf)

Administrative division of Poland:

<https://stat.gov.pl/en/regional-statistics/classification-of-territorial-units/administrative-division-of-poland/>

<sup>56</sup> European Observatory on Health Systems and Policies – Poland:

<https://eurohealthobservatory.who.int/countries/poland>

<sup>57</sup> Polish Hospital Federation: <https://www.pfsz.org/english-polish-hospital-federation/>

<sup>58</sup> Piotr Lizakowski. National Health Fund in the Health Care System. Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego, 2020, p. 60: <https://bibliotekanauki.pl/articles/2139678.pdf>

<sup>59</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000844>

Nuo 2017 m., pakeitus tvarką, ligoninės, atitinkančios nustatytus kriterijus, Nacionalinio sveikatos fondo sprendimu įtraukiamos į vadinamąjį „ligoninių tinklą“. Šiame tinkle esančios ligoninės priskiriamos kuriam nors iš trijų bazinių ir trijų specializuotų lygių. Priskyrimo galiojimo terminas yra 4 metai. Tuo pagrindu, kiekvienai tinklo ligoninei užtikrinamas tęstinis ketverių metų trukmės finansavimas, skiriamas Nacionalinio sveikatos fondo<sup>60</sup>. Paminėti trys baziniai lygiai tarpusavyje skiriasi tuo, kad pirmajam lygiui priskiriamos ligoninės, teikiančios 4 bazinių sričių medicininės paslaugas: chirurgijos, vidaus ligų, ginekologijos ir akušerijos, neonatologijos ir pediatrijos. Tuo tarpu antrajame ir trečiajame lygiuose, be šių 4 bazinių sričių, pridedama dar papildomų kitų specializacijos sričių. Trys specializuoti lygiai reiškia aukštos specializacijos ligonines, pavyzdžiui, onkologijos ir pulmonologijos, vaikų ligonines, taip pat nacionalinio lygio, universitetines ligonines<sup>61</sup>.

Paminėtina, kad tinklui priklausančių ligoninių nuosavybės forma yra įvairi. Pavyzdžiui, iš 594 ligoninių, pradžioje įtrauktų į tinklą, 31 ligoninė buvo privati, priklausanti Lenkijos privačių ligoninių asociacijai<sup>62</sup>.

Į tinklą neįtrauktos ligoninės ir toliau gali pretenduoti į Nacionalinio sveikatos fondo finansavimą per viešųjų pirkimų procesus ir sutartis<sup>63</sup>.

Sveikatos apsaugos ministerija, o regioniniame lygmenyje – vaivados nuo 2015 m. parengia nacionalinius ir vaivadijų sveikatos poreikių žemėlapius, siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimą ir prioritetų nustatymą<sup>64</sup>. Valstybės finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų įstatymo<sup>65</sup> 95a straipsnio pagrindu rengiamas Sveikatos poreikių žemėlapis (*map potrzeb zdrowotnych*) yra 5 metų laikotarpį apimantis instrumentas, Sveikatos apsaugos ministerijos naudojamas strateginiam planavimui, racionaliam sprendimų priėmimui ir lėšų paskirstymui. Tokio žemėlapio sudarymas grindžiamas demografiniais, epidemiologiniais duomenimis, suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų statistika, žmoniškųjų resursų ir įrangos apkrovų skaičiais. Sveikatos apsaugos ministerijoje nacionalinio sveikatos poreikių žemėlapio rengimu užsiima Analizės ir strategijos departamentas<sup>66</sup>.

## Liuksemburgas

Šalies gyventojai, tarp jų visi dirbantieji, privalo būti apdrausti sveikatos draudimu. Šį procesą reguliuoja Bendrasis socialinės apsaugos centras (pranc. *Centre Commun de la Sécurité Sociale*, toliau – CCSS). CCSS priskiria apdraustuosius privalomuoju sveikatos draudimu vienai iš draudimo kasų, priklausomai nuo sektoriaus, kuriame apdraustasis dirba, o būtent Nacionalinei sveikatos kasai (*Caisse Nationale de Santé*, toliau – CNS) – privataus sektoriaus darbuotojus ir kai kurias kitas grupes, pavyzdžiui, bedarbius, fizinį darbą viešajame sektoriuje dirbančius darbuotojus (angl. *manual workers*), o Valstybės tarnautojų ir kitų viešojo sektoriaus darbuotojų ligonių kasai (pranc. *Caisse de Maladie pour Fonctionnaires et Employés Publics*, toliau – CMFEP) – valstybės tarnautojus ir kitus viešojo sektoriaus dirbančiuosius. Paminėtina, kad viešojo sektoriaus srityje dar veikia, pavyzdžiui, Savivaldybių valstybės tarnautojų ir kitų darbuotojų ligonių kasa (*Caisse de maladie des*

<sup>60</sup> Katarzyna Dubas-Jakóbczyk. *The 2017 reform of the hospital sector in Poland – The challenge of consistent design. Health Policy*, 2019: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306237#tbl0005>

<sup>61</sup> *Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000844/O/D20170844.pdf>

<sup>62</sup> *European Union of Private Hospitals – Poland*: <https://www.uehp.eu/corners/towards-a-strong-polish-healthcare-sector/>

<sup>63</sup> *Ten pat.*

<sup>64</sup> *Country Health Profile – Poland*, 2023, p. 15: [https://health.ec.europa.eu/document/download/adbc73e4-7c28-4ed2-9365-e36f12cb1a71\\_en?filename=2023\\_chp\\_pl\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/adbc73e4-7c28-4ed2-9365-e36f12cb1a71_en?filename=2023_chp_pl_english.pdf)

<sup>65</sup> *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>

<sup>66</sup> *Mapy potrzeb zdrowotnych*: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/>

*fonctionnaires et employés communaux*, toliau – CMFEC), Liuksemburgo geležinkelio darbuotojų savitarpio medicinos pagalbos fondas (*Entraide médicale des CFL*)<sup>67</sup>.

Kiekvienas darbdavys (viešojo ir privataus sektoriaus) turi pareigą registruoti naujai priimtą darbuotoją CCSS. Ši registracija automatiškai reiškia taip pat ir darbuotojo privalomąjį apdraudimą sveikatos draudimu pas atitinkamą draudiką. Asmens sveikatos draudimas gali apimti ir to asmens išlaikytinius, pavyzdžiui nepilnamečius vaikus iki 18 metų amžiaus (jei vaikas studijuoja, tai iki 26 metų amžiaus). Bedarbius CCSS registruoja Užimtumo plėtros agentūra (*Agence pour le Développement de l'Emploi*)<sup>68</sup>.

CCSS administruoja sveikatos draudimo įmokas ir užtikrina koordinuotą duomenų rinkimą ir būtinos informacijos suteikimą draudikams<sup>69</sup>.

Jei pilnametis asmuo nepatenka į kategoriją asmenų, apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, pavyzdžiui, nutraukia savo darbinę veiklą, tai gali rinktis savanorišką tęstinį arba pasirenkamą sveikatos draudimą<sup>70</sup>. Savanoriško sveikatos draudimo įmokos apskaičiuojamos pagal tam tikslui pasirinktą minimalų socialinį atlyginimą, kurį sudaro 2 570 EUR ir taikant 5,60 procentų nuo šios sumos, tai yra 143,97 EUR per mėnesį<sup>71</sup>.

Bet kuriuo atveju, kiekvienam asmeniui, net ir nedraustam, užtikrinamas valstybės finansuojamas būtinosios medicinos pagalbos suteikimas. Pažymėtina, kad nors pati būtinoji medicinos pagalba nemokama, tačiau greitosios pagalbos brigados iškvietimas yra mokamas dalykas ir draudimo neturinčiam asmeniui vėliau gali būti pateikiama sąskaita (turintiems sveikatos draudimą iš dalies apmoka draudikas, pavyzdžiui, vaikui CNS kompensuoja 70–80 procentų kainos). Įprastinė greitosios pagalbos brigados iškvietimo kaina siekia 120 EUR<sup>72</sup>.

CNS savo apdraustiesiems taiko kai kuriuos ribojimus, pavyzdžiui, tam tikrais atvejais reikia išankstinio CNS patvirtinimo ir Socialinės apsaugos medicinos tarybos sutikimo, kad sveikatos priežiūros paslauga bus kompensuota. Be to, CNS apmoka tik vieną bendrosios praktikos gydytojo ar vienos srities specialisto konsultaciją per parą, nebent intervencijos prireiktų dėl būtinosios medicinos pagalbos. CNS kompensuoja bendrosios praktikos gydytojo ar vienos srities specialisto suteiktas 2 konsultacijas per 7 dienų laikotarpį ar 12 konsultacijų per 6 mėnesius, išimtį taikant konsultacijoms ilgai būnant slaugos priežiūroje ar ligoninės stacionare ar gavus išankstinį sutikimą paslaugoms kompensuoti. Ribojimai netaikomi receptų pratęsimui ar tęstinėms vaistų injekcijoms ar perrišimams<sup>73</sup>.

Sveikatos priežiūros paslaugų kompensacijų tarifai nustatomi CNS susitarus su Gydytojų ir dantų gydytojų asociacija. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos kompensuojamos pilnamečiams – 88 procentų, o nepilnamečiams iki 18 metų amžiaus – 100 procentų. Stacionarus gydymas ar dienos stacionaras visų amžiaus grupių apdraustiesiems kompensuojamas 100 procentų. CNS taip pat kompensuoja visą ar dalį receptinių vaistų kainos, tai yra 40, 80 ar 100 procentų<sup>74</sup>. Pažymėtina, kad nors gydymas ligoninės stacionare yra visiškai kompensuojamas, tačiau gydomi pilnamečiai pacientai turi patys iki 30 dienų per kalendorinius metus mokėti (tai nekompensuojama) kasdieninę įmoką (angl. *daily contribution*), sudarančią 24,88 EUR. Pastaroji įmoka netaikoma iki 12 dienų laikotarpiu esant ligoninėje po gimdymo. Be to, apdrausti pilnamečiai asmenys, stebėsenai

<sup>67</sup> Official information portal – Health insurance funds for the public sector and related sectors:

[https://guichet.public.lu/en/citoyens/organismes/organismes\\_citoyens/caisses-maladie-secteur-public.html](https://guichet.public.lu/en/citoyens/organismes/organismes_citoyens/caisses-maladie-secteur-public.html)

<sup>68</sup> Martin Jonsson. How Luxembourg's healthcare system works, and how to register. *Luxembourg Insider*, 2024:

<https://today.rtl.lu/luxembourg-insider/healthcare/a/1628328.html>

<sup>69</sup> Martin Jonsson. How Luxembourg's healthcare system works, and how to register. *Luxembourg Insider*, 2024:

<https://today.rtl.lu/luxembourg-insider/healthcare/a/1628328.html>

<sup>70</sup> Centre Commun de la Sécurité Sociale – Voluntary health insurance affiliation:

<https://ccss.public.lu/en/particuliers/assures-volontaires/assurance-volontaire-maladie/affiliation-volontaire-assurance-maladie.html>

<sup>71</sup> *Ten pat.*

<sup>72</sup> Hospitals in Luxembourg: what help is available and who can get it. *Luxtoday.lu*, 2024:

<https://luxtoday.lu/en/knowledge/hospitals-in-luxembourg-what-help-is>

<sup>73</sup> CNS – doctors: <https://cns.public.lu/en/assure/vie-privee/sante-prevention/prestations-medicales/medecins.html>

<sup>74</sup> CNS – Liste positive des médicaments – triée par nom:

<https://cns.public.lu/fr/legislations/textes-coordonnes/liste-positive.html>



esantys dienos stacionare, moka 12,44 EUR sudarančią kasdieninę įmoką (netaikoma nepilnamečiams iki 18 metų amžiaus)<sup>75</sup>.

Liuksemburgo sveikatos draudimo sistemos ypatumas tas, kad apdraustieji savo lėšomis sumoka už sveikatos priežiūros paslaugas ir po to nemokamai teikia prašymą savo sveikatos draudikui (CNS, CMFEP ir pan.) dėl išlaidų kompensavimo<sup>76</sup>. Kartu su prašymu pateikiami tokie priedai kaip apmokėtos sąskaitos originalas ir mokėjimo įrodymas (išrašas ar čekis). Kreipiantis pirmą kartą, pateikiami su banko sąskaita susiję duomenys. Išlaidų kompensacija pervedama į asmens sąskaitą<sup>77</sup>.

Nuo 2013 m. sausio 1 d. veikia vadinamoji trečiojo mokėtojo sistema, pagal kurią CNS gali tiesiogiai apmokėti sveikatos priežiūros paslaugos teikėjui, kai apdraustajam nereikia pačiam pirmiau apmokėti sąskaitos. Ši sistema įvesta siekiant mažų pajamų asmenims palengvinti prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Apdraustasis turi teikti prašymą savo gyvenamosios vietos savivaldybės socialinės gerovės tarnybai, kad ši įvertintų jo poreikio pasinaudoti trečiojo mokėtojo sistema pagrįstumą. Esant teigiamam įvertinimui, asmeniui suteikiamas vardinis terminuotas (3 mėnesiams, išskirtiniais atvejais – 6 mėn.) sertifikatas ir knygelė su geltonos spalvos etiketėmis. Sertifikato galiojimas nutrūksta automatiškai, pasibaigus nustatytam laikui, tačiau yra galimybė pratęsti ar atnaujinti asmeniui prašant. Paminėtas etiketes sveikatos priežiūros specialistai klijuoja prie savo sąskaitų ir siunčia tiesiogiai CNS. Pastaroji sumoka visą kainą ir kreipiasi į apdraustojo socialinės gerovės tarnybą, kad atgautų paciento priemokos dalį, jei tokia yra. Socialinės gerovės tarnyba sumoka tą paciento priemoką ir, savo ruožtu, aiškinasi, ar asmuo gali pats padengti tą sumą<sup>78</sup>.

## Nyderlandai

Sveikatos priežiūros draudimo įstatyme<sup>79</sup> įtvirtinta pareiga kiekvienam asmeniui, gyvenančiam ar dirbančiam Nyderlanduose, būti apsidraudusiam standartiniu sveikatos draudimu, padengiančiu tokias išlaidas kaip bendrosios praktikos gydytojo konsultacija, gydymas stacionare, receptinių vaistų skyrimas. Papildomas sveikatos draudimas nėra privalomas<sup>80</sup>.

Dėl standartinio sveikatos draudimo apimties sprendžia Vyriausybė. Visi draudikai siūlo vienodą standartinį draudimo paketą. Be to, sveikatos priežiūros srities draudikai turi pareigą apdrausti kiekvieną, kas kreipiasi į juos ir pageidauja tokio standartinio sveikatos draudimo varianto, taip pat privalo taikyti vienodus draudimo įmokų dydžius, nepriklausomai nuo apdraustojo amžiaus ir sveikatos būklės. Nepilnamečiai iki 18 metų amžiaus privalo būti apdrausti standartiniu sveikatos draudimu. Tuo tikslu tėvai turi registruoti gimusį vaiką draudimo įmonėje per pirmus keturis vaiko gyvenimo mėnesius<sup>81</sup>.

Privalomas standartinis sveikatos draudimas neapima visų sveikatos priežiūros paslaugų. Asmuo gali savanoriškai pasirinkti dar ir papildomą sveikatos draudimą, į kurį įeina, pavyzdžiui, fizioterapijos ar odontologijos paslaugos. Dėl standartinio ir papildomo sveikatos draudimo leidžiama kreiptis į skirtingus draudikus, tai nebūtinai turi būti tas pats draudikas. Be to, draudimo paslaugas

<sup>75</sup> CNS – Hospitals in Luxembourg:

<https://cns.public.lu/dam-assets/publications/depliants/hopitaux/cns-hopitaux-infoletter-web-en-2023.pdf>

<sup>76</sup> CNS – Reimbursement procedure: <https://cns.public.lu/en/assure/vie-privee/depenses-sante.html>

<sup>77</sup> CNS – medical services:

<https://cns.public.lu/en/assure/vie-privee/sante-prevention/prestations-medicales/medecins.html>

<sup>78</sup> Official information portal – Using the third-party payer system:

<https://guichet.public.lu/en/citoyens/sante/remboursement-frais-medicaux/prestations-sante-resident/tiers-payant-social.html>

<sup>79</sup> Zorgverzekeringswet: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2024-07-01>

<sup>80</sup> Public Information Service – Compulsory standard health insurance:

<https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance/compulsory-standard-health-insurance>

<sup>81</sup> Public Information Service – Standard health insurance:

<https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>

siūlantys subjektai neturi pareigos apdrausti kiekvieną, kas kreipiasi dėl papildomo sveikatos draudimo<sup>82</sup>.

Standartinio draudimo atveju, savo sveikatos draudiką asmuo gali pakeisti kiekvienų metų pabaigoje. Tai ar galima keisti papildomo sveikatos draudimo teikėją, priklauso nuo sutarties sąlygų.

Standartiniu sveikatos draudimu neapsidraudusį asmenį, nereaguojantį į reikalavimą apsidrausti, nepaisant įspėjimų ir dviejų baudų skyrimo, kontrolės funkciją atliekanti Centrinė administravimo tarnyba registruoja pas draudiką ir išskaito iš asmens pajamų draudimo įmokas. Jei tuo momentu, kai prireikia sveikatos priežiūros paslaugų, asmuo neturi sveikatos draudimo, tai moka savo asmeninėmis lėšomis<sup>83</sup>.

Pažymėtina sveikatos draudimo sistemos ypatybė, leidžianti dėl asmens įsitikinimų atsisakyti dalyvavimo privalomo sveikatos draudimo sistemoje. Dėl išlygos asmuo turi pildyti prašymą Socialinio draudimo bankui. Sveikatos draudimo sistemoje nedalyvaujantis asmuo negali turėti kito draudimo, nes priešingu atveju išlyga panaikinama. Asmuo, kuriam pritaikyta išlyga, nemoka privalomo sveikatos draudimo įmokų, tačiau pastarųjų įmokų dydžio sumos vis tiek yra išskaitomos iš jo pajamų ar atlyginimo kaip alternatyvus lygiavertis mokestis ir surenkamos Mokesčių ir maitų administracijos bei perduodamos Nacionaliniam sveikatos priežiūros institutui. Jei sveikatos draudimo sistemoje nedalyvaujančiam asmeniui prireikia gydymo paslaugų, jų kaina dengiama iš sukauptų mokesčių, o jei suma nepakankama, asmuo likusią dalį sumoka pats<sup>84</sup>.

Standartinio sveikatos draudimo sistemoje apdraustajam pacientui taikoma privalomoji išskaita, siekianti 385 EUR. Tai reiškia, kad pacientas turi pats sumokėti šią sumą, kad draudimas imtų dengti tolesnes išlaidas. Ši išskaita taikoma gydantis stacionare, specialistų konsultacijoms, receptiniams vaistams. Išskaita netaikoma bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų konsultacijoms, nėščiųjų, nepilnamečių sveikatos priežiūros paslaugoms, kai kurioms prevencinėms paslaugoms (pavyzdžiui, vakcinavimui, krūties vėžio prevencijos tyrimams)<sup>85</sup>.

## Norvegija

Nors Norvegija ir nėra ES valstybė narė, tačiau šalies sveikatos sistema veikia panašiu principu, kaip ir kitose ES šalyse. Vis dėlto, gali būti išskirti ir tam tikri ypatumai. Visuotinė sveikatos apsaugos sistema yra paremta trimis pagrindiniais principais:

- 1) universalus prieinamumas;
- 2) decentralizacijos;
- 3) laisvo sveikatos paslaugų teikėjo pasirinkimo.

Pagal minėtus principus, sveikatos draudimo sistema finansuojama per darbo santykius – darbuotojo ir darbdavio įnašais. Visi nuolatiniai Norvegijos gyventojai dalyvauja Nacionalinėje sveikatos schemoje (norv. *Folketrygden*, *NIS*), kurią administruoja Sveikatos ekonomikos administracija (*Helseøkonomiforvaltningen*, *HELFO*). Tuo pačiu, privataus sveikatos draudimo galimybės (apimtis ir paslaugų padengimas) yra ribojamas, tokiu būdu aiškiai prioretizuojant Nacionalinę sveikatos schemą.

Nors sistemos priežiūra yra vykdoma centralizuotai, minėta, jog sveikatos (medicinos) paslaugų teikimo atžvilgiu yra taikomas decentralizacijos principas. Vietos savivalda yra atsakinga už pirminės sveikatos (medicinos) paslaugų teikimą ir administravimą. Daugelis šalies sveikatos įstaigų yra valstybinės, tačiau egzistuoja ir kelios privačios ligoninės, kurios, savo ruožtu, taip pat yra

<sup>82</sup> *Ten pat.*

<sup>83</sup> *Public Information Service – People with no health insurance:*

<https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance/people-with-no-health-insurance>

<sup>84</sup> *Public Information Service – Compulsory standard health insurance:*

<https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance/compulsory-standard-health-insurance>

<sup>85</sup> *CZ Health Insurance – Health insurance deductible: how it works:*

<https://www.cz.nl/en/zorgverzekering/eigen-risico>



finansuojamos viešosiomis lėšomis ir jų paslaugos prieinamos apdraustiesiems Nacionalinės sveikatos schemos dalyviams.

Pagal Nacionalinę sveikatos schemą, apdraustieji gali laisvai pasirinkti šeimos gydytoją, pas kurį prisiregistruoja priminės sveikatos paslaugoms gauti<sup>86</sup>.

Taigi, šalyje yra stipriai išplėtotą medicinos paslaugų visuotinio sveikatos draudimo pagrindu schema, kurioje privatūs subjektai dalyvauja tik epizodiškai.

## Prancūzija

Prancūzijos valstybinio sveikatos draudimo sistema apima tiek viešąsias, tiek privačias sveikatos įstaigas. Tai reiškia, kad sistemoje dalyvauja tiek viešieji, tiek ir privatūs sveikatos (medicinos) paslaugas teikiantys subjektai.

2016 m. įgyvendinta sveikatos sistemos reforma leido išplėsti universalių sveikatos paslaugų visuotinį prieinamumą platesniam asmenų ratui (įskaitant asmenis su specialiaisiais poreikiais bei užsieniečius)<sup>87</sup>. Pagal bendrąją taisyklę Prancūzijos universalioji sveikatos apsaugos sistema užtikrina sveikatos (medicinos) paslaugų nemokamą arba dalinai kompensuojamą teikimą:

- 1) dirbantiems asmenims;
- 2) asmenims oficialiai Prancūzijoje gyvenantiems bent 3 mėnesius.

Tam tikri asmenys yra įpareigoti mokėti priemoką (apie 6,5 proc. nuo paslaugos kainos), net ir būdami universaliosios sveikatos paslaugų sistemos dalyviais, jeigu:

- 1) asmuo neturi su darbo santykiais susijusių pajamų arba jo pajamos iš darbo santykių yra mažesnės nei 20 proc. metinių socialinio draudimo lubų (2024 m. – 9274 EUR).
- 2) asmens pajamos iš investicijų ir nekilnojamojo turto (nuomos ir pan.) viršija 50 proc. metinių socialinio draudimo lubų (2024 m. – 23184 EUR).

Pagal aukščiau nurodytą principą Prancūzijos sveikatos draudimo sistema apima apdraustųjų ir jų nepilnamečių išlaikytinių sveikatos išlaidas (sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą), o apdraustiesiems – pinigines išmokas (laikinojo nedarbingumo atveju). Kad galėtų dalyvauti šioje sistemoje, asmuo turi būti sudaręs sutartį su vienu iš šalyje veikiančių sveikatos draudimo fondų.

Sveikatos priežiūros išlaidos apima sveikatos ir greitosios pagalbos išlaidas, taip pat vaistus, ortopedinius prietaisus ir ligoninės išlaidas. Apdraustieji turi teisę gauti tokias sveikatos išmokas tiek sau, tiek pašalpų gavėjams (išlaikytiniams), kuriems netaikoma jokia socialinio draudimo sistema. Nepilnamečiai iki 18 m. laikomi naudos gavėjais. Tačiau asmuo nuo 16 metų gali kreiptis dėl savarankiško draudimo.

Nemokamos ir kompensuojamos paslaugos apdraustiesiems aprėpia pirminės sveikatos priežiūros gydytoją ir ambulatorinę priežiūrą bei siuntimą pas antrinio lygio specialistus. Medicininės procedūros kompensuojamos standartiniu tarifu, kai jas atlieka arba rekomenduoja pirminės sveikatos priežiūros gydytojas, atsižvelgiant į tai, kad pacientas laikosi suderintos priežiūros. Tačiau, jei pacientas nėra užsiregistravęs pas pirminės sveikatos priežiūros gydytoją arba tiesiogiai kreipiasi į gydytoją specialistą, jam bus grąžinama mažiau lėšų, nei tuo atveju, jei būtų kreipęsis koordinuotai.

Į ginekologus, oftalmologus ir psichiatrus taip pat galima kreiptis tiesiogiai, be pirminės sveikatos priežiūros gydytojo siuntimo.

Pacientas paprastai turi apmokėti dalį savo medicininių išlaidų iš savo kišenės. Tačiau ypatingais atvejais, pavyzdžiui, jei moteris nėščia daugiau nei 6 mėnesius arba serga ilgai trunkančiomis ligomis, pacientas nuo šio įmokos atleidžiamas. Gydytojo paskyrimas pagal koordinuotą sveikatos priežiūros sistemą kompensuojamas 70 proc. Paciento įmoka didės, jei jis nesilaikys nustatyto gydymo plano (koreguos jį savavališkai ir pan.). Visų priemokų įkainiai yra oficialūs ir yra skelbiami viešai internete „ameli.fr“<sup>88</sup>.

<sup>86</sup> Helse Norge: <https://www.helsenorge.no/>

<sup>87</sup> The French Social Security System: [https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/an\\_1.html](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_1.html)

<sup>88</sup> Assurance Maladie: <https://www.ameli.fr/>

Priemokų apskaičiavimui galioja tam tikros taisyklės. Pavyzdžiui, pacientas visada sumoka 1 EUR „administracinę“ mokestį už apsilankymą pas gydytoją. Fiksuotas mokestis už vadinamąsias „platesnes medicininės procedūras“ (pranc. *forfait actes lourds*) yra 24 EUR ir taikomas medicininėms ar chirurginėms procedūroms, kainuojančioms daugiau nei 120 EUR. Tam tikroms procedūroms šis mokestis netaikomas. Taip pat jis netaikomas asmenims, kurie dėl sveikatos priežasčių yra apdrausti 100 proc. įstatymų numatytu sveikatos draudimu.

Minėta, kad visi pacientai privalo mokėti fiksuotą 1 EUR mokestį už vizitą pas gydytoją ar atliekamą procedūrą, taip pat už rentgeno ir laboratorinius tyrimus. Tokie mokesčiai negali viršyti 4 EUR vienam gydytojui ar laboratorijai per dieną arba 50 EUR asmeniui per kalendorinius metus. Šis 1 EUR mokestis netaikomas už apsilankymus pas gydytoją jaunesniems nei 18 metų asmenims arba nėščioms moterims, kurių nėštumo mėnuo yra 6 ir daugiau.

Socialinės apsaugos sistema padengia dalį išlaidų vaistams, įtrauktiems į kompensuojamųjų vaistų sąrašą. Tam tikri vaistai kompensuojami pagal referencinę kainą, kuri nustatoma pagal mažiausią kainą turinčio generinio ekvivalento kainą. Vaistų kaina kompensuojama priklausomai nuo pripažintos vaisto medicininės naudos:

- 1) 100 proc. kompensacija vaistams, pripažintiems brangiais ir nepakeičiamais;
- 2) 65 proc. kompensacija vaistams, turintiems didelę ar reikšmingą medicininę naudą;
- 3) 30 proc. kompensacija vidutinės medicininės naudos vaistams ir sudėtiniais preparatais;
- 4) 15 proc. kompensacija vaistams, kurių medicininė nauda nereikšminga.

Už kiekvieną kompensuojamųjų vaistų prekę taikomas fiksuotas 1 EUR mokestis.

Už neatidėliotiną medicininę pagalbą (greitąją medicininę pagalbą) mokamas fiksuotas 19,61 EUR greitosios pagalbos mokestis. Mokestis nemokamas, jei asmuo, suteikęs greitąją pagalbą, paguldomas į ligoninę.

Kai kurios ligoninės taiko vadinamuosius „perteklinių paslaugų“ mokesčius kurių neapima sveikatos draudimo sistema. Jau minėta, kad ligoninių ir klinikų įkainiai bei kompensavimo tarifai skelbiami viešai internete.

Papildomai pažymėtina, jog naudodamasis trečiosios šalies mokėjimo sistema, pacientas nemoka medicininių išlaidų iš anksto. „Assurance Maladie“ (ligonių kasos) tiesiogiai sumoka sveikatos priežiūros specialistui už paskyrimą ar medicininę procedūrą.

Taip pat pažymėtina, jog papildomas (pavyzdžiui, suteikiamas darbdavio arba įsigijamas savarankiškai) apima sveikatos priežiūros išlaidas, kurių nedengia privaloma bazinė sistema, arba paslaugas, kurių ši sistema visiškai neapima.

## Slovakija

Slovakijoje viešosios sveikatos paslaugos yra finansuojamos solidariais darbuotojų ir darbdavių įnašais per su darbo santykiais susijusius mokesčius. Tai reiškia, kad dirbantys asmenys, kaip ir daugelyje kitų aptariamų valstybių, laikomi automatiškai apdraustais valstybiniu sveikatos draudimu ir tam tikra apimtimi turi teisę nemokamai naudotis viešosiomis sveikatos (medicinos) paslaugomis. Savarankiškai dirbantys asmenys, norintys naudotis šiomis paslaugomis, atitinkamas draudimo įmokas turi sumokėti savarankiškai.

Šalyje veikia trys organizacijos<sup>89</sup>, atliekančios ligonių kasų funkcijas, iš kurių apdraustieji privalo pasirinkti vieną. „Všeobecná zdravotná poisťovňa“<sup>90</sup> yra valstybinė organizacija (kurios paslaugomis naudojasi apie 55,2 proc. apdraustųjų), savo ruožtu „Union“<sup>91</sup> ir „Dôvera“<sup>92</sup> yra privačios organizacijos, kurių paslaugomis naudojasi atitinkamai 12,4 ir 32,4 proc. apdraustųjų.

Su šių organizacijų siūlomais paslaugų planais ir yra susiję reikalavimai apdraustiesiems sumokėti tam tikras priemokas už sveikatos (medicinos) paslaugas. Tai reiškia, jog priklausomai nuo

<sup>89</sup> Ministerstvo zdravotníctva. Zdravotné poisťovne: <https://health.gov.sk/?zdravotne-poisťovne>

<sup>90</sup> Všeobecná zdravotná poisťovňa: <https://www.vszp.sk/>

<sup>91</sup> Union: <https://www.union.sk/>

<sup>92</sup> Dôvera: <https://www.dovera.sk/>

organizacijos, kuriai priklauso apdraustasis ir jo pasirinkto plano priklausys sveikatos ir medicinos paslaugų, taip pat vaistų ir kitų medikamentų priemonių dydis.

Valstybė savo lėšomis sveikatos draudimu draudžia vaikus, senjorus, neįgaliuosius, religinių bendrijų šventikus ir pan. Tai reiškia, jog šie asmenys privalomųjų sveikatos draudimo įmokų mokėti neturi.

Nemokamos arba dalinai nemokamos sveikatos medicinos paslaugos teikiamos valstybinėse klinikose, ambulatorijose ir sveikatos centruose.

Mokamos, arba per privatų draudimą kompensuojamos paslaugos yra teikiamos privačiose klinikose ir sveikatos centruose. Apie pastarųjų įmonių veiklos kontroversiją dažnai viešojoje erdvėje diskutuojama kaip apie korupcinio pobūdžio reiškinį. Pavyzdžiui, vienas galingiausių privačių finansinių subjektų yra finansų grupė „Penta Investments“<sup>93</sup>. Jai priklauso ligoninių, poliklinikų, vaistinių tinklas ir be kita ko – jau minėta sveikatos draudimo bendrovė „Dôvera“. Todėl kyla diskusijos dėl galimo interesų konflikto, dėl kurio galimai yra iškreipiama konkurencija rinkoje.

## Suomija

2021 m. priėmus Gerovės paslaugų apskričių įstatymą<sup>94</sup>, po parengiamojo laikotarpio, atsakomybė už sveikatos priežiūros, socialinių ir gelbėjimo paslaugų organizavimą nuo 2023 m. sausio 1 d. galutinai perduota naujai sukurtoms gerovės paslaugų apskritims (angl. *wellbeing services counties*) (iki tol šios funkcijos buvo priskirtos vietos savivaldybėms). Iš viso yra 21 gerovės paslaugų apskritis, o šalies teritorijos suskirstymas į šias apskritis praktiškai beveik atitinka regionų administracines teritorines ribas<sup>95</sup>. Helsinkio miestas, kaip ir Alandų regionas, nesudaro atskiros gerovės paslaugų apskrities ir išlaiko atsakomybę už sveikatos priežiūros, socialinių ir gelbėjimo paslaugų organizavimą savo administracinėse ribose<sup>96</sup>.

Sveikatos priežiūros srityje, gerovės paslaugų apskričių kompetencijai priskirtos tiek pirminio lygio, tiek specializuotos aukštesnio lygio sveikatos priežiūros paslaugos ir būtinoji medicinos pagalba, neįgaliųjų reikalai, psichikos sveikatos ir priklausomybių ligų klausimai<sup>97</sup>.

Pirminę sveikatos priežiūrą gerovės paslaugų apskritis gali organizuoti savarankiškai arba kartu su kitomis gerovės paslaugų apskritimis, arba pirkti paslaugas iš privačių teikėjų. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos dažniausiai teikiamos sveikatos ir socialinių paslaugų centruose<sup>98</sup>. Pacientas gali savo nuožiūra pasirinkti bet kurį norimą sveikatos ir socialinių paslaugų centrą pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms gauti. Vienu metu galima priklausyti tik vienam tokiam centrui, tai yra neleidžiama, pavyzdžiui, į vieną centrą kreiptis dėl gydytojo konsultacijos, į kitą – dėl laboratorinių tyrimų. Keisti priklausomybę pasirinktam centrui galima ne dažniau kaip kartą per metus. Už ambulatorinę sveikatos priežiūrą sveikatos ir socialinių paslaugų centre pacientas turi mokėti metinį mokestį<sup>99</sup>. Šis mokestis kas dvejus metus koreguojamas, atsižvelgiant į nacionalinio pensijų indekso pokyčius<sup>100</sup>.

<sup>93</sup> Penta Investments: <https://www.pentainvestments.com/en/default.aspx>

<sup>94</sup> Laki hyvinvointialueesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210611>

<sup>95</sup> Ministry of Social Affairs and Health – Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services: <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties>

Names and territories of the wellbeing services counties: <https://vaalit.fi/en/wellbeing-services-counties>

<sup>96</sup> Ministry of Social Affairs and Health – Wellbeing services counties on the map: <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties-on-the-map1>

<sup>97</sup> Ministry of Social Affairs and Health – Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services: <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties>

<sup>98</sup> Ministry of Social Affairs and Health – Primary healthcare: <https://stm.fi/en/primary-health-care>

<sup>99</sup> Customer service for citizens – Choosing a health and social services centre:

<https://www.suomi.fi/citizen/health-and-medical-care/falling-ill/guide/choosing-a-place-of-treatment/choosing-a-health-and-social-services-centre>

<sup>100</sup> Ministry of Social Affairs and Health – Maximum client fees in healthcare and social welfare to increase by 10 per cent:

Specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos daugiausia sutelktos ligoninėse ir jų ambulatorinėse klinikose. Paciento prieigai prie specializuotos medicinos paslaugų įprastai reikalingas siuntimas. Dauguma ligoninių šalyje priklauso gerovės paslaugų apskritimis. Stacionarinių gydymą vykdo 5 universitetinės ligoninės ir smulkesnis regioninių ligoninių ir sveikatos ir socialinių paslaugų centruose esančių stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų skyrių tinklas<sup>101</sup>.

Gerovės paslaugų apskritims finansavimą skiria šalies Vyriausybė. Dėl Vyriausybės suteikiamų lėšų paskirstymo ir panaudojimo sprendžia pati gerovės paslaugų apskritis<sup>102</sup>. Skiriamas finansavimas privalo būti pakankamas sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimui. Vadovaujantis Gerovės paslaugų apskričių finansavimo įstatymu<sup>103</sup>, apskaičiuojant reikiamų lėšų sumą, atsižvelgiama į keletą kriterijų, tarp jų gyventojų skaičių gerovės paslaugų apskrityje, sveikatos priežiūros paslaugų poreikį nusakančius koeficientus, regioninius ypatumus (gyventojų tankį, dvikalbystę) atitinkančius koeficientus. Siekiant prisitaikyti prie paslaugų poreikio pokyčių, finansavimo dydis apskaičiuojamas kasmet, remiantis naujausiais statistikos duomenimis. Be to, kasmet taikomas retroaktyvus koregavimas, kad nesusidarytų atotrūkis tarp apskaičiuojamo finansavimo ir faktinių išlaidų. Skatinant tausoti skiriamas lėšas, vykdoma *ex post* išlaidų kontrolė<sup>104</sup>.

Privalomas sveikatos draudimo pobūdis yra grįstas Sveikatos draudimo įstatymo<sup>105</sup> 2 straipsnio nuostata, kad gyvenantys ar dirbantys Suomijoje yra drausti sveikatos draudimu.

Valstybinė socialinio draudimo institucija, vadinama trumpiniu Kela, administruoja tris fondus, tarp jų Nacionalinį sveikatos draudimo fondą<sup>106</sup>. Pastarojo fondo lėšomis kompensuojamos gerovės paslaugų apskričių organizuojamos ir užtikrinamos viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat iš dalies kompensuojamos privačių subjektų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos<sup>107</sup>.

Suomijos gyventojai, registravę savo gyvenamąsias vietas šalies savivaldybėse, turi prieigą prie visų viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros paslaugų. Daugumai sveikatos priežiūros paslaugų yra taikomas vadinamasis kliento mokestis už gydymą, kuris yra vienodas kiekvienam gerovės paslaugų apskrities gyventojui. Įprastai sąskaita kliento mokesčiui sumokėti atsiunčiama asmens namų adresu. Kliento mokestis už viešajame sektoriuje vykdomą gydymą yra fiksuoto dydžio ir nesiejamas su faktine to gydymo kaina. Kliento mokestis gali šiek tiek skirtis atskirose gerovės paslaugų apskrityse, tačiau maksimalus dydis nustatomas nacionaliniu lygiu. Pavyzdžiui, toks mokestis 2024–2025 m. laikotarpiu yra:

- 1) Sveikatos ir socialinių paslaugų centre (pirminio sveikatos priežiūros lygio):
  - 1) vienkartinio vizito pas gydytoją mokesčio maksimali riba yra 23 EUR. Sveikatos centras gali šį mokestį asmeniui pritaikyti iki 3 kartų per kalendorinius metus;
  - 2) kaip alternatyva, galimas metinis kliento mokestis iki 46 EUR per kalendorinius metus;
  - 3) bazinis mokestis už vizitą dantų priežiūrai (be šio bazinio dydžio, yra atskiri mokesčiai dantų tyrimų ir gydymo procedūroms) yra iki 11,30 EUR už burnos higienisto vykdomą gydymą, iki 14,60 EUR už dantų gydytojo, o iki 21,50 EUR – už dantų gydytojo specialisto atliekamą gydymą.
- 2) Ligoninėse:

<https://valtioneuvosto.fi/en/-/1271139/maximum-client-fees-in-healthcare-and-social-welfare-to-increase-by-10-percent->

<sup>101</sup> *European Observatory on Health Systems and Policies – Finland*, 2023, p. 11:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366710/9789289059398-eng.pdf?sequence=1>

<sup>102</sup> *Ministry of Finance – Finances of the wellbeing services counties*:

<https://vm.fi/en/finances-of-the-wellbeing-services-counties>

<sup>103</sup> *Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta*: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210617>

<sup>104</sup> *Ministry of Finance – Determination of funding for wellbeing services counties*:

<https://vm.fi/en/funding-of-wellbeing-services-counties>

<sup>105</sup> *Sairausvakuutuslaki*: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

<sup>106</sup> *Kela – financing*: <https://www.kela.fi/operations-funding-and-key-indicators>

<sup>107</sup> *Kela – Valtion korvauksen hakeminen*:

<https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-kansainvaliset-tilanteet-valtion-korvaus-hakeminen>

- 1) ambulatorinio gydymo ligoninės klinikoje – 46 EUR už vizitą;
- 2) ligoninės dienos mokestis – 54,60 EUR už dieną;
- 3) dienos chirurgijos procedūrą – 150,80 EUR;
- 4) psichiatrijos ligoninės dienos mokestis – 25,10 EUR už dieną;
- 5) už tęstinę terapiją, pavyzdžiui, tęstines dializės, radioterapijos, medicininės reabilitacijos procedūras – 12,80 EUR už vizitą<sup>108</sup>.

Yra metinė riba, nustatanti didžiausią suminį kliento mokesčio dydį per metus. Viršijus tą ribą, sveikatos priežiūros paslaugos toliau nemokamos iki kalendorinių metų pabaigos, su retomis išlygomis. Maksimalios metinės ribos dydis peržiūrimas ir koreguojamas kas dvejus metus. Tokia nacionalinė maksimali metinė riba 2024 m. yra 762 EUR. Kai kurie sveikatos priežiūros ir su ja susijusių paslaugų mokesčiai neįtraukiami apskaičiuojant suminį dydį, pavyzdžiui, medicininio transportavimo, privačių gydytojų nukreipimu daromų laboratorinių tyrimų mokesčiai.

Kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos, labiau orientuotos į ligų prevenciją, vakcinaciją, užkrečiamų ligų gydymą, ir sveikatos priežiūros paslaugos nepilnamečiams iki 18 metų amžiaus, teikiamos pacientams nemokamai (be kliento mokesčio), taip pat kaip ir būtinoji medicinos pagalba. Žymiai platesnis viešajame sektoriuje teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų ratas yra nepilnamečių atveju, o būtent ambulatorinis ir stacionarinis gydymas, dializė, dantų gydymas<sup>109</sup>.

Paminėtina, kad viešajame sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje, pilnamečiam asmeniui, rezervavusiam vizitą pas gydytoją, bet neatvykusiam ir nepasinaudojusiam paslauga (neatšaukusiam vizito), gali būti pateikta sąskaita „praleisto vizito“ mokesčio (56,70 EUR) apmokėjimui. Šis mokestis gali būti taikomas net jei pati numatyta sveikatos priežiūros paslauga būtų buvusi nemokama<sup>110</sup>.

Privačiame sektoriuje, Kela nuo 2024 m. sausio 1 d. kompensuoja 30 EUR už vizitą pas bendrosios praktikos gydytoją ar gydytoją specialistą, o jei tai nuotolinė konsultacija – 25 EUR (iki tol kompensacija sudarė 8 EUR). Kela kompensacija už bazinę dantų gydytojo vykdomą apžiūrą yra 30 EUR (iki tol – 15,50 EUR).

Kela nekompensuoja privačiame sektoriuje vykdomų laboratorinių tyrimų ir privačios praktikos gydytojų paskyrimų pagrindu atliekamo gydymo, tame tarpe fizioterapijos. Tuo tarpu kompensuojamas gydytojo psichiatro, dantų gydytojo, burnos ir žandikaulių chirurgo nurodymu atliekamas ištyrimas ir gydymas.

Kela tvirtina savo kompensacijų (už privačias sveikatos priežiūros paslaugas) tarifus atskiru sąrašu. Kompensavimas finansuojamas Nacionalinės sveikatos draudimo sistemos dalimi esančio medicininės priežiūros draudimo lėšomis, iš kurių 67 procentus sudaro valstybės skiriamos lėšos, o 33 procentus – surenkami draudimo įnašai, išskaičiuojami iš pajamų. Pagal Vyriausybės planą, 2024–2027 m. laikotarpiu Kela padidins finansavimą 500 mln. EUR. 2024 m. tiems tikslams numatytas 97,5 mln. EUR, iš kurių valstybės dalis sudaro 65,3 mln. EUR.

Apžvelgiant šalies gyventojų poreikį privačių sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimui, paminėtini šie statistikos skaičiai: 2022 m. apie 40 procentų gyventojų (2,3 mln. asmenų) suteiktos kompensacijos už sveikatos priežiūrą privačiame sektoriuje. Pirmąjį 2023 m. pusmetį, kompensacijų sumos sudarė 16,9 mln. EUR už gydymą ir, atskirai, 23,3 mln. EUR už dantų gydytojų ir dantų higienistų profesines paslaugas<sup>111</sup>.

<sup>108</sup> *Contact Point for Cross-Border Healthcare – What do I pay for treatment in public healthcare?:*

<https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/what-do-i-pay-for-treatment-in-public-healthcare/>

<sup>109</sup> *Ten pat.*

<sup>110</sup> *Wellbeing Services County – Client fees for social welfare and health care services 2024:*

<https://www.luvn.fi/en/our-client/client-fees-social-welfare-and-health-care-services-2024#section-5689>

<sup>111</sup> *Kela – Increased reimbursements from Kela for private medical care:*

<https://www.kela.fi/news/increased-reimbursements-from-kela-for-private-medical-care>



## Švedija

Remiantis Sveikatos ir medicinos paslaugų įstatymu<sup>112</sup>, sveikatos priežiūros paslaugos turi būti lygiomis sąlygomis prieinamos visiems gyventojams (3 str. 1 d.). Pagal įstatymą, šalies regionai atsakingi už sveikatos priežiūros paslaugų organizuotą teikimą ir finansavimą, o vietos savivaldybių atsakomybė sutelkta į garbaus amžiaus gyventojų priežiūrą, slaugą, neįgaliųjų sveikatos reikmes, reabilitaciją (3, 4 sk.). Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas viešajame sektoriuje daugiausia finansuojamas iš regionų ir vietos savivaldybių lygiu surenkamų mokesčių<sup>113</sup>.

Švedijoje prieiga prie viešojo sektoriaus kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų bendroju atveju yra siejama su gyventojų statusu. Tam, kad šalies gyventojas galėtų naudotis viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, jis turi turėti Švedijos mokesčių agentūros (šved. *Skatteverket*), administruojančios Gyventojų registrą, suteiktą asmens identifikavimo numerį (*personnummer*). Paminėtina, kad gimus vaikui, gimdymo vietos sveikatos priežiūros įstaiga praneša šį faktą Švedijos mokesčių agentūrai, o pastaroji registruoja gimimo faktą ir suteikia naujagimiui asmens identifikavimo numerį<sup>114</sup>.

Turėdamas asmens identifikavimo numerį, gyventojas gali registruotis pas bendrosios praktikos gydytoją viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros centre (*vårdcentral*). Paminėtina, kad tokio centro sudėtyje yra atskiras vaikų iki 6 metų amžiaus sveikatos priežiūros centras<sup>115</sup>. Be to, gyventojas gali rinktis ir privataus sektoriaus gydytoją, sudariusį sutartį su apskrities taryba dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo už jas<sup>116</sup>.

Sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo apimtis gali skirtis atskiruose regionuose, tačiau įprastai kompensuojamos prevencinės, pirminio, antrinio, tretinio lygio ambulatorinės ir stacionaro sveikatos priežiūros paslaugos, receptiniai vaistiniai preparatai ir medicinos priemonės, reabilitacija, būtinoji medicinos pagalba, slauga, psichikos sveikatos priežiūra, dantų gydymo ir optometrijos paslaugos vaikams ir jaunimui.

Nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos regionuose apima, pavyzdžiui, ambulatorinę sveikatos priežiūrą ne tik nepilnamečiams, bet ir asmenims iki 20 metų amžiaus, užkrečiamų ligų gydymą, nėščiujų konsultacijas, prevencinį mamografijos tyrimą moterims virš 40 metų amžiaus, kai kuriuos ginekologinius tyrimus moterims virš 23 metų amžiaus, ambulatorinę sveikatos priežiūrą asmenims nuo 85 metų amžiaus<sup>117</sup>.

Regionai yra nustatę priemokas, kurias turi mokėti patys pacientai, tiek už ambulatorines, tiek stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas viešajame sektoriuje ir privačiame, kai sudaryta sutartis su apskrities taryba dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Priemokų tarifai, priklausomai nuo regiono, gali nedaug skirtis. Kai kurie regionai gali tam tikrais atvejais taikyti pacientui mokesťį už transportavimą greitosios pagalbos automobiliu ar sraigtasparniu. Be to, yra nustatytas mokesťis

<sup>112</sup> *Hälso- och sjukvårdslag*:

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

<sup>113</sup> *The Commonwealth Fund – International Health Care System Profiles (Sweden)*:

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden>

<sup>114</sup> *Skatteverket – Personal identity numbers*:

<https://www.skatteverket.se/servicelankar/otherlanguages/inenglishengelska/individualsandemployees/livinginsweden/personalidentitynumbers.4.2cf1b5cd163796a5c8b4295.html>

<sup>115</sup> *Healthcare system's dedicated website – How healthcare works in Sweden*:

<https://www.1177.se/en/Skane/other-languages/other-languages/soka-varld/sa-fungerar-varden-i-sverige/>

<sup>116</sup> *Socialstyrelsen – About the Swedish healthcare system*:

<https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/>

<sup>117</sup> *Healthcare system's dedicated website – Patientavgifter och högkostnadsskydd*:

<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter/>



užsiregistravusiam ir neatvykusiam pacientui (neatšaukto vizito mokestis), 2024 m. siekiantis 400 Švedijos kronų Stokholmo regione<sup>118</sup>. Už nepilnamečių neatšauktą vizitą moka tėvai<sup>119</sup>.

Pateikiant Stokholmo regiono pavyzdį, pilnamečio asmens (18–84 metų amžiaus) vizito sveikatos centre (*vårdcentralen*) priemoka 2024 m. yra 275 Švedijos kronos, vizito į vietos skubios pagalbos ligoninę (*närakuten*) priemoka yra 375 Švedijos kronos, vizito į regiono ligoninės skubios pagalbos skyrių (*akutmottagning*) priemoka yra 400 Švedijos kronų. Kai asmuo kreipiasi į paminėtus skubios pagalbos skyrius turėdamas gydytojo siuntimą, tai vizitas nemokamas, be priemokos<sup>120</sup>.

Priemokos netaikomos nepilnamečiams – visoms sveikatos priežiūros paslaugoms, o asmenims nuo 85 metų amžiaus – ambulatorinei sveikatos priežiūrai ir vizitams vietos skubios pagalbos ligoninėje (*närakuten*). Išlyga nepilnamečiams taikoma vizitui į ligoninės vaikų skubios pagalbos skyrių, kai yra 120 Švedijos kronų priemoka (tik asmens persiuntimas tarp ligoninių ir grįžtamieji vizitai per 24 valandų laikotarpį yra nemokami)<sup>121</sup>.

Regionuose yra taikomos maksimalios priemokų ribos. Stacionarinio gydymo eigoje paciento priemokos negali būti didesnės kaip 130 Švedijos kronų per dieną. Teikiant ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas, paciento priemokos neturi viršyti 1 400 Švedijos kronų per 12 mėnesių (skaičiuojant nuo pirmo vizito metų eigoje). Viršijus šias nustatytas ribas, sveikatos priežiūros paslaugos toliau teikiamos nemokamai iki 12 mėnesių laikotarpio pabaigos<sup>122</sup>.

## Šveicarija

Šveicarijoje, kaip ne ES valstybėje narėje ir konfederacijos tipo valstybėje yra susiklostęs visuotinis sveikatos draudimo modelis, privalomojo gyventojų sveikatos draudimo pagrindu. Tai reiškia, jog apdraustiesiems Šveicarijos Konfederacijos piliečiams arba oficialiai Šveicarijoje dirbantiems asmenims priklauso tam tikros apimties nemokamos sveikatos (medicinos) paslaugos.

Apdraustieji patys turi išsirinkti draudimo bendrovę, kuri dalyvauja bendrojoje sveikatos draudimo sistemoje. Apdraustieji gali palyginti draudimo bendrovių siūlomus planus ir sąlygas tam tikslui sukurtoje interneto svetainėje, o pasinaudodami specialia skaičiuokle, sužinoti, kokios bus jų privalomojo sveikatos draudimo įmokos ateinančiais metais<sup>123</sup>.

Kiekviena draudimo bendrovė privalo padengti pagrindines sveikatos (medicinos) paslaugas tuo pačiu tarifu. Tai nustato Federalinis Sveikatos draudimo įstatymas<sup>124</sup>. Sveikatos paslaugų teikimui gali būti taikomos skirtingos taisyklės, priklausomai nuo apdraustojo pasirinkto modelio. Pavyzdžiui, pasirinkus vadinamąjį šeimos gydytojo modelį, asmuo dėl negalavimų gydymo ar kitų

<sup>118</sup> Euro ir Švedijos kronos santykis yra 1 : 11,273 (2024-09-29, Lietuvos bankas):

<https://www.lb.lt/lt/pagal-buhalterines-apskaitos-istatyma-formuojami-euro-ir-uzsienio-valiutu-santykiai>

The healthcare hospital visit fee has been increased in Sweden. *Sweden English News*, 2024:

<https://englishnews.se/2024/03/13/the-healthcare-hospital-visit-fee-has-been-increased-in-sweden/>

<sup>119</sup> *Healthcare system's dedicated website – Patient fees:*

<https://www.1177.se/en/Vasterbotten/other-languages/other-languages/regler-och-rattigheter---andra-sprak/patientavgifter-engelska/>

<sup>120</sup> *Region Stockholm – Direkthänvisning:*

<https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/patientavgifter/avgiftshandboken/oppenvard/direkthanvisning/>

<sup>121</sup> *Healthcare system's dedicated website – Healthcare in Stockholm County:*

<https://www.1177.se/en/Stockholm/other-languages/other-languages/soka-ward/hitta-ratt-ward-nara-dig---andra-sprak---stockholms-lan/>

*Region Stockholm – Avgifter i öppen vård:*

<https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/patientavgifter/avgiftshandboken/oppenvard/oppenvardsavgifter---sammanstallning/>

<sup>122</sup> *Healthcare system's dedicated website – Högkostnadsskydd för öppenvård:*

<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/hogkostnadsskydd-for-oppenvard/>

<sup>123</sup> *Priminfo:* <https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien>

<sup>124</sup> *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG):*

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html>

medicininių paslaugų suteikimo visada pirmiausiai turi kreiptis pas šeimos gydytoją, kuris asmenį gali nukreipti gydytis pas kitus specialistus.

Tam tikri išplėstiniai draudimo planai suteikia galimybę naudotis platesniu spektru nemokamų paslaugų, pavyzdžiui:

- 1) vaikų ortodonto (dantų tiesinimo) paslaugomis;
- 2) osteopatijos paslaugomis;
- 3) papildomu komforto paketu lignoninėje;
- 4) teise laisvai rinktis pas kurį gydytoją kreiptis ir pan.<sup>125</sup>

Priemokos už sveikatos (medicinos) paslaugas yra mokamos keliais būdais: pagal franšizės modelį, arba pagal priemokos modelį.

Franšizės modelis. Franšizės sistema yra gana sudėtinga ir priklauso nuo asmens sveikatos draudimo įmokų, pasirinkto plano ir pasirinkto franšizės dydžio. Pavyzdžiui, asmuo apsilanko pas šeimos gydytoją. Už apsilankymą gydytojas išrašo 100 CHF sąskaitą. Asmuo turi nustatytą 300 CHF metinę franšizę. Kadangi asmuo šiais kalendoriniais metais pas gydytoją lankosi pirmą kartą, jis turi pats apmokėti jam pateiktą 100 CHF sąskaitą, nes ji neviršija metinės franšizės sumos. Kito apsilankymo pas gydytoją metu asmeniui už suteiktas medicinos paslaugas išrašoma 1000 CHF sąskaita. Kadangi asmens metinės franšizės likutis – 200 CHF, būtent šią sumą jis turi sumokėti pats, o 800 CHF likutį padengia draudimo bendrovė.

Priemokos modelis. Minėtas priemokos modelis veikia paprastu principu, pagal kurį asmuo, gavęs, pavyzdžiui 100 CHF sąskaitą už gydymo paslaugas, 10 proc. kainos apmoka pats, o likusius 90 proc. padengia draudimas<sup>126</sup>.

Taigi, priemokos modelis yra paprastesnis už franšizės modelį, tačiau ekonomiškai atskirais atvejais asmeniui gali būti naudingesnis franšizės modelis, arba atvirkščiai – priemokos modelis. Todėl apdraustieji privalo patys pasirinkti kokiu modeliu naudosis, atsižvelgiant į savo asmeninius medicininių paslaugų poreikius.

Papildomai pažymėtina, jog nustatant sveikatos (medicinos) paslaugų kainas, tarifus, priemokų dydžius ir pan. svarbiausią institucinį vaidmenį vaidina Šveicarijos Konfederacijos Vidaus reikalų departamentas.

Gydytojų ir chiropraktikų teikiamoms paslaugoms (išskyrus gimdymo ir profilaktikos paslaugas) nėra baigtinio visų privalomų paslaugų sąrašo.

Galioja pagrindinis principas, kad privalomasis sveikatos draudimas kompensuoja visus atliktus tyrimus ir gydymą (vadinamasis pasitikėjimo principas: kad gydytojai ir chiropraktikai teiktų efektyvias, tinkamas ir ekonomišką paslaugas), jei tai nekelia ginčų.

Paslaugos, kurios nėra įtrauktos į sąrašą, iš esmės daugeliu atvejų taip pat kompensuojamos, nebent sveikatos draudimo bendrovė atsisako padengti išlaidas, remdamasi atsakingo medicinos pareigūno individualiu atvejo įvertinimu.

Papildomai pažymėtina, jog kategorija paslaugų į kurią patenka: nustatyti vaistai, laboratoriniai tyrimai, ištekliai ir priemonės, kitos nustatytos sveikatos priežiūros specialistų paslaugos, nustatytos odontologijos paslaugos, taip pat medicininės profilaktikos ir motinystės medicinos paslaugos yra kompensuojamos visais atvejais (vadinamasis „uždaras paslaugų katalogas). Į šį katalogą nepatenkančios paslaugos per sveikatos draudimo sistemą nėra kompensuojamos<sup>127</sup>.

Paslaugų teikėjai sąskaitas faktūras parengia pagal tarifus ir kainas, todėl jiems už suteiktas paslaugas kompensuojama. Dėl jų susitariama draudikų ir paslaugų teikėjų sutartyse arba įstatymų nustatytais atvejais – nustato atsakingoji institucija. Kolektyvinėms sutartims reikalingas atitinkamos atsakingos institucijos pritarimas. Tarifai turi atitikti įstatymus ir ekonomiškumo bei sąžiningumo

<sup>125</sup> Leistungen der Grundversicherung: <https://www.ch.ch/de/familie-und-partnerschaft/mutterschaft-und-vaterschaft/schwangerschaft-und-geburt/leistungen-der-krankenkasse/#leistungen-der-zusatzversicherung>

<sup>126</sup> Die Grund-Versicherung der Krankenkasse: <https://www.priminfo.admin.ch/de/versicherungen/grundversicherung>

<sup>127</sup> Krankenversicherung: Bezeichnung der Leistungen: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>

reikalavimą. Tarifų projektavimo tikslas – užtikrinti kokybišką ir praktišką sveikatos priežiūrą už mažiausią įmanomą kainą<sup>128</sup>.

## Vokietija

Vokietijos sveikatos draudimo sistemą sudaro apdraustiesiems asmenims teikiamos sveikatos paslaugos apmokamos per Ligonių kasų sistemą bei paslaugos už kurias pacientai moka savarankiškai. Dalis savarankiškai pacientų apmokamų paslaugų gali būti kompensuojamos teisės aktų nustatyta tvarka.

Pagal bendrąjį principą, visuotinio sveikatos draudimo sistema tarnauja trijų pagrindinių tikslų įgyvendinimui:

- 1) sveikatos išsaugojimui;
- 2) sveikatos atstatymui;
- 3) sveikatos būklės pagerinimui.

Vadovaujantis šiuo bendroju principu, asmens sveikatos priežiūros apmokėjimo valstybinis įsipareigojimas kyla iš Socialinės apsaugos kodekso<sup>129</sup> nuostatų. Pagal minėtame kodekse nustatytą reguliavimą, sveikatos draudimo sistema apima paslaugas prevencijos, medicininio gydymo ir reabilitacijos srityse. Šioje apimtyje medicininis gydymas reiškia, ne tik gydymą stacionare arba psichoterapinį gydymą, tačiau ir vaistų, tvarsčių, kitų medicinos reikmenų, pagalbinių priemonių, taip pat – dantų protezų teikimą pacientams, apdraustiems valstybiniu sveikatos draudimu. Tai taip pat apima slaugos namuose, namų ūkio pagalbos, medicininės reabilitacijos ir paliatyviosios pagalbos teikimą sunkiai sergantiems ar mirštantiems žmonėms.

Pagal bendrąją tvarką, nuo 2004 m. apdraustieji privalo papildomai mokėti už aukščiau paminėtas paslaugas tam tikrą įnašą (išimtis taikoma asmenims iki 18 metų, globos ir senelių namų gyventojams, tam tikrus kriterijus atitinkantiems nepasiturintiems asmenims). Paprastai toks įnašas sudaro 10 proc. paslaugų sumos, tačiau ne mažiau nei 5 EUR ir ne daugiau nei 10 EUR. Be to, pagal Socialinės apsaugos kodekso V knygos 62 skirsnio reguliavimą, šie įnašai negali viršyti 2 proc. asmens metinių draudžiamųjų pajamų. O lėtinių ir ilgai gydomų ligų atveju 1 proc. Metinės asmens pajamos vertinamos įskaičiuojant ir apdraustojo asmens išlaikomus asmenis (nepilnamečius vaikus, neįgaliuosius sutuoktinius ir pan.).

Atskira apdraustojo priemokos taisyklė galioja, kuomet yra taikoma subsidija (fiksota suma) tam tikrai paslaugai. Pavyzdžiui, asmuo turi primokėti iš savo lėšų, už subsidijos sumą viršijančią dantų protezų kainą<sup>130</sup>.

Detaliau apibūdinant taikomų priemonių tvarką, pažymėtina, jog, pavyzdžiui, už vaistus ir slaugą namuose papildomai mokama 10 proc. išlaidų ir 10 EUR už vieną receptą. Siekiant stiprinti apdraustųjų sąmoningumą savo ir savo šeimos sveikatos atžvilgiu, priemonių nereikia mokėti už nepilnamečius šeimos narius ir kai kurias kitas asmenų grupes (minėta), už tam tikrus prevencijos ir ankstyvo aptikimo tyrimus, rekomenduojamus skiepus, šlapimo ir kraujo tyrimų reagentus ir kt.

Taigi, minėta apdraustųjų priemonių sistema sukuria tam tikrą solidarumo įmokos sistemą, kuri iš esmės praktiškai nekoreliuoja su realia medicinos ir kitų sveikatos paslaugų rinkos kaina, o padeda iš dalies (gana simboliškai) palaikyti valstybinę medicinos sistemą.

Papildomai pažymėtina, jog apdraustieji, kuriems per trumpą laiką tenka sumokėti gana dideles papildomas įmokas, gali susitarti su draudėju dėl papildomų įmokų perėmimo paskolos

<sup>128</sup> *Krankenversicherung: Leistungen und Tarife:*

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>

<sup>129</sup> *Sozialgesetzbuch (SGB):* [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_1/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/)

<sup>130</sup> *Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Krankenversicherung: Was zahlt die Krankenkasse?:*

<https://www.lebenshilfe.de/informieren/familie/krankenversicherung-was-zahlt-die-krankenkasse?srltid=AfmBOoqwLANh345GXRS8Tt41d16jwS0qxwxUzkPKoHk70UTZgyKH8p-Y#wann-muss-ich-bei-leistungen-der-krankenkasse-zuzahlen->

pagrindu. Tai leidžia paskirstyti savo našta keliems mėnesiams. Būtina sąlyga, kad dėl tokios tvarkos iš anksto susitartų ir sveikatos draudimo bendrovės bei socialinės rūpybos teikėjai.

Aukščiau aptartos sveikatos draudimo nuostatos, kylančios iš minėto Socialinės apsaugos kodekso reglamentavimo yra detalizuotos Sveikatos draudimo priemonių mokėjimo taisyklėse<sup>131</sup>.

Kalbant apie viešųjų (sveikatos draudimo sistemoje dalyvaujančių) ir privačių gydymo paslaugų santykį aptariamame reguliavime galioja taisyklė, jog viešųjų paslaugų gavimo atveju, kaina ir priemoka už suteiktas paslaugas administruojama per vieną sistemą ir jokių papildomų dokumentų apdraustieji rinkti neturi. Privačių gydymo paslaugų atveju galioja kompensavimo principas, tai yra, apdraustieji privalo susimokėti už suteiktas paslaugas privatiems medicinos paslaugų teikėjams ir teikti surinktus apmokėjimo dokumentus kompensacijai iš ligonių kasos gauti<sup>132</sup>.

Atskirai pažymėtina, jog šalyje veikia kelios įstaigos, atliekančios ligonių kasų funkciją. Apdraustieji gali pasirinkti kurios įstaigos paslaugomis naudotis<sup>133</sup>.

---

<sup>131</sup> *Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung:*

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen\\_GKV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_GKV.pdf)

<sup>132</sup> *Bundesministerium für Gesundheit. Private Krankenversicherung:*

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html>

<sup>133</sup> *Bundesministerium für Gesundheit. Wechsel zwischen Krankenkassen:*

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/wahl-und-wechsel-der-krankenkasse.html>