

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

DANGUOLĖ KONDRATENKIENĖ

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO POLITIKA  
ROKIŠKIO RAJONO SAVIVALDYBĖJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

dr. Gintarė Petronytė

VILNIUS

2016

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO POLITIKA  
ROKIŠKIO RAJONO SAVIVALDYBĖJE

Magistro baigiamasis darbas

Studijų programa *621L22004*

Vadovas

\_\_\_\_\_ dr. Gintarė Petronytė

2016 – 04 – 21

Recenzentas

\_\_\_\_\_

2016 –

Atliko

\_\_\_\_\_ stud. D.Kondratenkienė

2016 – 04 – 21

VILNIUS

2016

# TURINYS

|  |     |
|--|-----|
| ĮVADAS.....  | 8   |
| 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ TEORINĖ ANALIZĖ .....   | 12  |
| 1.1.Sveikatos priežiūros teisumo samprata_sveikatos politikoje .....   | 12  |
| 1.2. Sveikatos priežiūros netolygumai ir juos sąlygojantys veiksniai .....   | 15  |
| 1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumai .....   | 19  |
| 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO POLITIKA EUROPOS SĄJUNGOJE IR LIETUVOJE .....                            | 26  |
| 2.1. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptys Europos Sąjungoje .....                              | 26  |
| 2.2. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje .....                  | 32  |
| 3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO POLITIKA ROKIŠKIO RAJONO SAVIVALDYBĖJE .....                             | 40  |
| 3.1. Tyrimo metodologija.....  | 40  |
| 3.2. Rezultatai ir jų aptarimas.....   | 43  |
| 3.2.1. Sveikatos priežiūros netolygumų vertinimas .....  | 43  |
| 3.2.2. Teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą .....                               | 59  |
| 3.2.3. Strateginių dokumentų, susijusių su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu, analizė.....                    | 67  |
| 3.3.Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos vertinimas_(Kokybinio tyrimo rezultatai ir jų aptarimas)..... | 73  |
| 3.3.1. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimas .....  | 73  |
| 3.3.2. Kliūtys, kylančios mažinant sveikatos priežiūros netolygumus.....   | 84  |
| IŠVADOS .....  | 91  |
| REKOMENDACIJOS.....  | 92  |
| LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS .....  | 93  |
| PRIEDAS .....  | 104 |
| ANOTACIJA .....  | 105 |
| ANNOTATION .....   | 106 |
| SANTRAUKA .....  | 107 |
| SUMMARY .....  | 108 |

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1 pav. | Sergamumo kraujotakos sistemos ligomis skaičiaus 1000 gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.                   | 44 |
| 2 pav. | Sergamumo tuberkulioze skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.                             | 45 |
| 3 pav. | Mirtingumo dėl kraujotakos sistemos susirgimų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.      | 46 |
| 4 pav. | Mirtingumo dėl piktybinių navikų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.                   | 47 |
| 5 pav. | Prevencinių programų įgyvendinimo rodiklio (proc.) pokyčiai Rokiškio r. sav. gyventojų, patenkančių į atrankines grupes, 2011– 2014 m. | 49 |
| 6 pav. | Mirtingumo dėl tyčinių susižalojimų (savižudybių) skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.  | 50 |
| 7 pav. | Praktikuojančių gydytojų skaičiaus 10 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.                            | 51 |
| 8 pav. | Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus 1-am gyventojui pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.                               | 52 |
| 9 pav. | Apsilankymų paciento namuose dalies (proc.), iš visų apsilankymų pas gydytojus, pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.   | 55 |

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

|            |  |    |
|------------|--|----|
| 1 lentelė  | Sveikatos priežiūros teisumo samprata sveikatos politikoje   | 14 |
| 2 lentelė  | ES šalių gyventojų, per paskutinius 12 mėn. negavusių sveikatos priežiūros paslaugų, skaičius (proc.), pagal pajamų kvintilius                                   | 22 |
| 3 lentelė  | ES šalių sveikatos priežiūros specialistų skaičius   | 24 |
| 4 lentelė  | Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto siūlymai mažinti sveikatos priežiūros skirtumus ES šalyse  | 28 |
| 5 lentelė  | Mirtingumo dėl krūtų, gimdos kaklelio ir priešinės liaukos piktybinių navikų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m. | 48 |
| 6 lentelė  | Apsilankymų pas I ir II/III lygio paslaugas teikiančius gydytojus skaičiaus 1-am gyventojui pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.                 | 53 |
| 7 lentelė  | Aktyvių odontologų skaičiaus 10 tūkst. gyventojų ir apsilankymų pas odontologus skaičiaus 1-am gyventojui pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.   | 53 |
| 8 lentelė  | Rokiškio r. sav. stacionariųjų sveikatos priežiūros ir stacionaro dienos atvejų skaičiaus tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.  | 56 |
| 9 lentelė  | Rokiškio r. sav. tarybos sprendimų švietimo, sveikatos ir socialinės paramos klausimais skaičius 2011– 2014 m.   | 58 |
| 10 lentelė | Rokiškio r. sav. išlaidų (tūkst. Eur) pagal paslaugas pokyčiai 2011– 2014 m.   | 58 |
| 11 lentelė | Rokiškio r. sav. institucijų 2011 – 2014 m. priimtų teisės aktų, reglamentuojančių visuomenės sveikatos priežiūrą ir jos prieinamumą, nuostatos                  | 60 |
| 12 lentelė | Rokiškio r. sav. institucijų 2011 – 2014 m. priimtų teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūrą ir jos prieinamumą, nuostatos                      | 63 |

|            |   |    |
|------------|---|----|
| 13 lentelė | VšĮ Rokiškio PASPC 2011 – 2014 m. veiklos pokyčiai, susiję su pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu                                     | 66 |
| 14 lentelė | Rokiškio r. plėtros strateginio plano iki 2015 m. priemonių plane numatytos priemonės, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo         | 68 |
| 15 lentelė | Rokiškio r. plėtros strateginiame plane iki 2015 m. numatytų priemonių, prisidedančių prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo, įgyvendinimo rodikliai | 69 |
| 16 lentelė | Rokiškio r. strateginiame plėtros plane iki 2022 m. numatytos priemonės, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo                       | 71 |
| 17 lentelė | Rokiškio r. sav. įgyvendinamos sveikatos politikos kryptys  | 74 |
| 18 lentelė | Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo priemonės  | 79 |
| 19 lentelė | Kitų sektorių priemonės, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo   | 82 |
| 20 lentelė | Pagrindinės kliūtys, kylančios įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką Rokiškio r. sav.   | 85 |
| 21 lentelė | Siūlymai šalinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios politikos įgyvendinimo kliūtis   | 89 |

## SANTRUMPOS

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

BVP – bendrasis vidaus produktas

EK – Europos Komisija

ES – Europos Sąjunga

PASPC – pirminės asmens sveikatos priežiūros centras

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – sveikatos apsaugos ministerija

TBC – tuberkuliozė (infekcinė liga)

TLK – teritorinė ligonių kasa

VSU – visuomenės sveikatos biuras

VŠĮ – viešoji įstaiga

## IVADAS

**Temos aktualumas.** Šiuolaikinės visuomenės lūkesčiai sveikatos politikoje siejami su teisingumo principo įgyvendinimu teikiant sveikatos priežiūros paslaugas<sup>1</sup>. Europos Sąjungos (toliau – ES) Taryba, teisingumą įvardina pagrindine ES sveikatos politikos vertybe ir pripažįsta, kad „teisingumas yra susijęs su vienodomis galimybėmis, atsižvelgiant į poreikius, nepaisant etninės priklausomybės, lyties, amžiaus, socialinio statuso ar galimybės sumokėti“<sup>2</sup>. Mokslininkai pažymi, kad socialiniai – ekonominiai skirtumai tarp gyventojų ar jų grupių bei netolygus sveikatos priežiūros išteklių paskirstymas dėl geografinių skirtumų įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei skirtingas galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas pagal poreikius<sup>3</sup>. Pažymima, kad esant nevienodomis galimybėms gauti sveikatos priežiūros paslaugas, turtingiausių socialinių sluoksnių gyventojams tenka didžiausia dalis sveikatos priežiūros paslaugų, nors jų sveikatos būklė geresnė ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis yra mažesnis, lyginant su skurdesniais gyventojų sluoksniais<sup>4</sup>. Tuo tarpu netolygų teritorinį sveikatos priežiūros išteklių paskirstymą labiausiai sąlygoja netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas regionuose, kai jie koncentruojasi didžiuosiuose miestuose<sup>5</sup>, todėl sumažėja atokių teritorijų gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Nors daugelio pasaulio šalių sveikatos politikai ir sveikatos srities ekspertai pažymi apie teisingumo principo įgyvendinimą, tačiau sveikatos priežiūros netolygumų problema išlieka aktuali. ES politikai ragina šalis nares plėtoti politiką ir imtis veiksmų, kurie mažina nelygybę sveikatos srityje<sup>6</sup>.

Lietuva yra viena iš ES šalių, pasižyminti didele socialine nelygybe ir netolygiu teritoriniu sveikatos priežiūros išteklių paskirstymu bei prastais gyventojų sveikatos būklės rodikliais<sup>7</sup>. Lietuva išsiskiria aukštais sergamumo tuberkulioze, pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ir galvos smegenų kraujotakos ligų, mirtingumo nuo išorinių priežasčių, priklausomybės nuo

---

<sup>1</sup>World Health Organization. *The World health report 2008: Primary health care now more than ever*. (Geneva: World Health Organization, 2008), žiūrėta 2015 08 19, <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

<sup>2</sup>„Europos Sąjungos Taryba. Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų (2006/C 146/01), Europos Sąjungos oficialusis leidinys, 2006 06 22“, žiūrėta 2016 02 03, [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622(01)).

<sup>3</sup>Margaret Whitehead and Göran Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, (World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007), žiūrėta 2015 12 14, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf..](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf..)

<sup>4</sup>Ten pat.

<sup>5</sup>European Union, *Health at a Glance: Europe 2014*, žiūrėta 2015 08 25, [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf).

<sup>6</sup>„Europos Sąjungos Taryba „Teisingumo ir sveikatos aspektai visų krypčių politikoje: solidarumas sveikatos srityje (2010 gegužės 20 d. SAN120/SOC355)“, žiūrėta 2016 01 25, <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=LT&f=ST%209947%202010%20INIT>

<sup>7</sup>„Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, 2014, liepos 16, Nr. V-815“, žiūrėta 2015 09 08, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73>.



alkoholio rodikliais<sup>8</sup>. Kai kurie šalies rajonai, tarp jų Rokiškio rajono savivaldybė (toliau – Rokiškio r. sav.), išsiskiria ypač prastais gyventojų sveikatos būklės rodikliais lyginant su Lietuvos vidurkiu<sup>9</sup>.

Nacionaliniuose teisės aktuose numatyti tiksliniai veiksmai regioninių skirtumų mažinimui<sup>10</sup>, o sveikatos priežiūros netolygumų mažinimui regionuose planuojamos priemonės, kurias įgyvendinant siekiama gerinti visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros prieinamumą, ypatingą dėmesį skiriant socialinės rizikos asmenims<sup>11</sup>. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, sveikatos politikai numato įgyvendinti visuomenės sveikatos priežiūrą gerinančias priemones, sudaryti sąlygas gyventojams gauti sveikatos priežiūros paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir teikiamų paslaugų modelių spektrą, plėsti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir specializuotą ambulatorinę pagalbą, užtikrinti racionalų sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą<sup>12,13</sup>. Šalyje įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką kyla kliūtys: stokoama darnaus supratimo ir bendradarbiavimo sprendžiant visuomenės sveikatos klausimus, išlieka sveikatos priežiūros išteklių (žmogiškųjų, finansinių, materialinių, informacinių) racionalaus paskirstymo problema, kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos (odontologinės, sanatorinio gydymo) sunkiau prieinamos mažas pajamas gaunantiems gyventojams<sup>14</sup>.

Sveikatos priežiūros netolygumus mažinančių priemonių įgyvendinimas aktualus savivaldos lygiu, nes LR Vietos savivaldos įstatyme, patvirtintame 1994 m. liepos 7 d., Nr. I-533, savivaldybėms priskirta savarankiškoji funkcija – užtikrinti sveikatos priežiūros teikimą gyventojams<sup>15</sup>. Sprendžiant sveikatos priežiūros netolygumų problemą, savivaldybės suinteresuotieji (politikai, sprendimų priėmėjai ir administratoriai) teisės aktais yra įpareigoti nustatyti sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo kryptis bei priimti politinius sprendimus ir numatyti priemones, skirtas mažinti sveikatos priežiūros netolygumus. Todėl savivaldos lygiu formuojamos ir įgyvendinamos sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos vertinimas yra aktualus tiek teoriniu, tiek praktiniu aspektu.

---

<sup>8</sup> „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

<sup>9</sup> Ten pat.

<sup>10</sup> „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, 2014, vasario 19, Nr. 172“, žiūrėta 2015 12 15, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/faa901a09e2711e383c0832a9f635113?jfwid=-9dzqnu7ek>

<sup>11</sup> „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

<sup>12</sup> „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, 2014, birželio 26, Nr. XII-964“, žiūrėta 2015 11 01, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>.

<sup>13</sup> „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“, 2014, liepos 15, Nr. V-810“, žiūrėta 2015 12 15, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=478550&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=478550&p_tr2=2).

<sup>14</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“.

<sup>15</sup> „Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas, 1994, liepos 7, Nr. I-533“, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 55-1049.

**Temos naujumas.** Šalies politikai priima sprendimus, kurie mažina sveikatos priežiūros netolygumus regionuose, tačiau prasti gyventojų sveikatos būklės rodikliai leidžia kelti prielaidas apie įgyvendinamų priemonių stoką arba jų įgyvendinimo kliūtis. Lietuvoje mažai tyrinėta sveikatos priežiūros netolygumus mažinanti politika savivaldos lygiu. Trūkstant žinių apie savivaldybėse įgyvendinamas priemones, kiekviena savivaldybė skirtingai formuoja sveikatos politiką, tai gali nepakankamai užtikrinti nacionalinių tikslų įgyvendinimą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo srityje. Tampa aktualu vertinti savivaldybėse įgyvendinamą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką, analizuoti savivaldybės institucijų priimamus strateginius dokumentus ir teisės aktus, juose numatytas sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo priemones. Lietuvoje nebuvo analizuota sveikatos priežiūros netolygumus mažinanti politika savivaldos lygiu, nevertintas jos įgyvendinimo efektyvumas. Pasaulyje ir šalyje plačiau tyrinėtos sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumų atsiradimo priežastys, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. G. Dahlgren and M. Whitehead analizavo sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumų atsiradimo priežastis, sveikatos priežiūros prieinamumą<sup>16</sup>, T. Buzeti et al. tyrė sveikatos netolygumus Slovėnijoje<sup>17</sup>, J. Hurley and M. Grigon – sveikatos priežiūros prieinamumą Kanadoje<sup>18</sup>. ES institucijų buvo analizuoti sveikatos netolygumai, sveikatos priežiūros prieinamumas Europos regiono šalyse<sup>19,20</sup>. Norway Grants programos lėšomis finansuojamo 2014 – 2016 m. vykdyto projekto „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“<sup>21</sup> metu išskirti sveikatos netolygumų matavimo ir stebėsenos rodikliai. Sveikatos netolygumai ir jų atsiradimo priežastys bei problemos sprendimo būdai Rokiškio r. sav. analizuoti Higienos Instituto 2012 – 2014 m. vykdytame projekte „Sveikatos netolygumų mažinimas: gebėjimų rengiant veiksmų planą ir ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamus projektus stiprinimas“<sup>22</sup>. Atliktas tyrimas leis įvertinti Rokiškio r. sav. formuojamą sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką ir jos įgyvendinimo priemones.

---

<sup>16</sup> Göran Dahlgren and Margaret Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, (World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007), žiūrėta 2016 04 12, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).

<sup>17</sup> Tatjana Buzeti et al., *Health inequalities in Slovenia* (Ljubljana: National Institute of Public Health, 2011): 105, žiūrėta 2015 12 24, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/131759/Health\\_inequalities\\_in\\_Slovenia.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf).

<sup>18</sup> Jeremiah Hurley and Michel Grigon, „Income and equity of access to physician services“, *Canadian Medical Association Journal* 174, nr. 2 (2006): 187–188, žiūrėta 2016 02 15, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329457/>.

<sup>19</sup> European Union, *Health at a Glance: Europe 2014*.

<sup>20</sup> Arne Bjornberg and Johan Hjertqvist, *Euro Health Consumer Index 2014* (Health Consumer Powerhouse: Brussels, 2015), žiūrėta 2015 08 03, [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_Index\\_matrix\\_A3\\_sheet.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_Index_matrix_A3_sheet.pdf).

<sup>21</sup> Higienos institutas, „Norway Grants paramos projektai“, žiūrėta 2016 01 12, <http://www.hi.lt/norway-grants-paramos-projektai.html>.

<sup>22</sup> Higienos institutas, „Sveikatos netolygumų mažinimas“, žiūrėta 2016 03 15, <http://www.hi.lt/lt/action-for-health.html>.

**Darbo tikslas** – įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimą Rokiškio rajono savivaldybėje.

**Darbo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką Lietuvoje.
2. Išanalizuoti Rokiškio rajono savivaldybės strateginius dokumentus ir teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą rajono gyventojams.
3. Įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimą Rokiškio rajono savivaldybėje suinteresuotųjų požiūriu.
4. Nustatyti kliūtis, kylančias mažinant sveikatos priežiūros netolygumus Rokiškio rajono savivaldybėje.

**Tyrimo objektas** – Rokiškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika.

**Tyrimo dalykas** – Rokiškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos vertinimas.

**Tyrimo metodai:**

*Mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė.* Mokslinės literatūros analizės metu buvo analizuojami moksliniai straipsniai, apžvalgos sveikatos priežiūros netolygumų tema. Teisės aktų ir dokumentų analizės metodas taikytas analizuojant ES dokumentus, nacionalinius teisės aktus (įstatymus, poįstatyminius teisės aktus), Rokiškio r. sav. teisės aktus (Rokiškio r. sav. tarybos sprendimus bei administracijos direktoriaus įsakymus).

*Pusiau struktūrizuotas interviu metodas.* Šis metodas taikytas siekiant išsiaiškinti Rokiškio r. sav. suinteresuotųjų požiūrį į sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką ir jos įgyvendinimo kliūtis.

**Darbo struktūra.** Darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmoje dalyje pateikiama sveikatos priežiūros teismo samprata, aptariami sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai ir analizuojamos sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptys Europos Sąjungoje ir Lietuvoje. Antroje dalyje nagrinėjami sveikatos priežiūros netolygumai Rokiškio rajono savivaldybėje, joje įgyvendinami teisės aktai ir strateginiai dokumentai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei vertinama sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika ir jos įgyvendinimo kliūtys.

# 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ TEORINĖ ANALIZĖ

## 1.1. Sveikatos priežiūros teisingumo samprata sveikatos politikoje

Bendraja prasme „teisingumo“ terminas traktuojamas kaip „teisingumo, garbumo ir dorumo apraiška“<sup>23</sup>. Teisingumo koncepcija pagrįsta nediskriminavimu ir priemonių, bet kokiai diskriminacijai šalinti, taikymu<sup>24</sup>. Atskirose mokslo šakose, šio termino vartojimas įgauna skirtingas interpretacijas. Teisingumui sveikatos moksluose apibūdinti, pasak D. Bielskytės ir D. Jankauskienės, „vartojama sąvoka „sveikatos santykių teisingumas“ arba „lygiateisiškumas sveikatos požiūriu“ (*angl. health equity, equity in health*), o priešinga šiai sąvokai yra „sveikatos santykių neteisingumas“ (*angl. health inequity, inequity in health*)“<sup>25</sup>. P. Braveman and S. Gruskin nuomone – sveikatos santykių teisingumas (*angl. equity in health*) yra sisteminių skirtumų nebuvimas sveikatos srityje tarp grupių, kurios skiriasi tarpusavyje turine padėtimi, valdžia ar prestižu<sup>26</sup>. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) teisingumo (*angl. equity*) sąvoką traktuoja kaip skirtumų nebuvimą tarp grupių, pasižyminčių tam tikrais socialiniais, ekonominiais, demografiniais ar geografiniais ypatumais<sup>27</sup>.

Sveikatos politikoje „teisingumo“ sąvokos interpretacija sukelia tam tikrą painiavą. Iš esmės tai susiję su skirtingu sveikatos sistemos ribų suvokimu: vieni sveikatos sistemą traktuoja kaip sistemą, teikiančią sveikatos priežiūros paslaugas (gydytojų, slaugytojų, ligoninių skaičius, jų veiklą), kiti – kaip visaapimančius procesus (sveikatinimo veiklą, išteklius, visus institutus, susijusius su sveikatos gerinimu)<sup>28</sup>. M. Whitehead pažymi, kad diskutuojant apie teisingumą, vieni akcentuoja neteisingumo lygį ir sveikatos būklę (*angl. inequities in the level and quality of health*) tarp tam tikrų socialinių grupių, kiti – sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir skirstymo neteisingumą (*angl. inequities in the provision and distribution of health services*)<sup>29</sup>. Terminai „sveikatos neteisingumas“ (*angl. inequity in health*) ir „sveikatos priežiūros neteisingumas“ (*angl. inequity in health care*) yra susiję, tačiau tai skirtingos sąvokos<sup>30</sup>. Vartojant terminą „sveikatos santykių teisingumas“ turima omenyje visos

<sup>23</sup> Žodynas.lt, žiūrėta 2016 02 02, <http://www.zodynas.lt/terminu-zodynas/t/teisingumas>.

<sup>24</sup> Paula Braveman and Sofia Gruskin „Defining equity in health“, *Epidemiol Community Health*, nr.57 (2003): 254-258, žiūrėta 2016 02 01, <http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full#ref-39>.

<sup>25</sup> Dainora Bielskytė ir Danguolė Jankauskienė, „Teisingumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas“, *Sveikatos politika ir valdymas*, nr. 1 (5) (2013): 49.

<sup>26</sup> Braveman and Gruskin „Defining equity in health“.

<sup>27</sup> World Health Organization. „Health systems. Equity“, žiūrėta 2015 11 25, <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/#>.

<sup>28</sup> Josep Figueras and Martin McKee, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems* (The European Observatory on Health Systems and Policies, 2012), [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/164383/e96159.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf)

<sup>29</sup> Margaret Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*, (World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000), žiūrėta 2015 03 20, [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf)

<sup>30</sup> Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

priemonės (socialinės, ekonominės, medicininės, politinės), sąlygojančios geresnę gyventojų sveikatos būklę, o terminas „sveikatos priežiūros teisumas“ apima teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų lygį pagal gyventojų poreikius<sup>31</sup>. Sveikatos priežiūros teisumas yra tik vienas iš daugelio veiksnių, sąlygojančių sveikatos teisumą visuomenėje<sup>32</sup>. A. J. Culyer nuomone, sveikatos priežiūros ir sveikatos ryšys yra tiek svarbus, kiek sveikatos priežiūra užtikrina sveikatos priežiūros poreikių patenkinimą<sup>33</sup>.

Sveikatos priežiūros teismo samprata (*angl. equity in health care*) traktuojama kaip sąžiningas ir teisingas išteklių paskirstymas bei paslaugų prieinamumas visai visuomenei<sup>34</sup>. A. Oliver and E. Mossialos sveikatos priežiūros teisumą apibrėžia kaip – universalią, visuotinę sveikatos priežiūrą, suteikiamą pagal poreikius, nepriklausomai nuo žmonių socialinės – ekonominės padėties, lyties, sveikatos būklės ar gerbūvio<sup>35</sup>. Sveikatos priežiūros teismo principas apima:

- sveikatos priežiūros prieinamumo lygybę;
- naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis lygybę;
- sveikatos priežiūros rezultatų lygybę<sup>36</sup>.

M. Lundberg and L. Wang pateikia *horizontalią* ir *vertikalią* sveikatos priežiūros teismo sampratą, jungiančią *sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, finansavimą, išlaidų paskirstymą ir gautus sveikatos rezultatus* (1 lentelė)<sup>37</sup>. Horizontalus sveikatos priežiūros teisumas įgyvendinamas, kai gyventojams su vienodais poreikiais, vienoda sveikatos būkle ir socialine ekonomine padėtimi, išlaidų ir naudos pasiskirstymas yra vienodas. Tuo tarpu vertikalus teismo įgyvendinimo principas apima skirtingą išlaidų ir naudos pasiskirstymą tarp skirtingų grupių<sup>38</sup>. J. Culyer pažymi, jog teisingumas užtikrinamas teisingai skirstant sveikatos priežiūros išteklius, sudarant galimybę visiems pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis nepriklausomai nuo galimybės susimokėti<sup>39</sup>. Iškeliamas solidarumo principas – vienodos galimybės visiems

---

<sup>31</sup>Paul R Ward, “The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a “fair go, for a fairinnings”, *Quality in Primary Care* 17, (2009): 49-54, žiūrėta 2016 02 10, <http://primarycare.imedpub.com/the-relevance-of-equity-in-health-care-for-primary-care-creating-and-sustaining-a-fair-go-for-a-fair-innings.php?aid=1078>.

<sup>32</sup> Figueras and McKee, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*.

<sup>33</sup>Anthony J Culyer. „Equity – some theory and its policy implications“. *J Med Ethics*, nr. 27 (2001): 275-283.

<sup>34</sup> Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*.

<sup>35</sup> Adam Oliver and Elias Mossialos. „Equity of Access to health care: outlining the foundations for action“. *J. Epidemiol Community Health*, nr. 58 (2004): 655-658.

<sup>36</sup>Ten pat.

<sup>37</sup>Mattias Lundberg and Limin Wang. *Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reform*. (Washington: The World Bank, 2006), 43-110, žiūrėta 2016 02 03, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPSIA/0,,contentMDK:20930338~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:490130,00.html>

<sup>38</sup>Ten pat.

<sup>39</sup>Anthony J Culyer. „Equity – some theory and its policy implications“. *J Med Ethics*, nr. 27 (2001): 275-283.

gyventojams gauti sveikatos priežiūros paslaugas, neatsižvelgiant į jų galimybes mokėti už sveikatos priežiūrą<sup>40</sup>.

1 lentelė. Sveikatos priežiūros teismo samprata sveikatos politikoje

| <i>Teismo samprata</i>  |              |  |   |
|-------------------------|--------------|--|---|
|                         | Horizontalus | Vertikalus   |   |
| <b>Teismo veiksniai</b> | Prieinamumas | Asmenys, su vienodais poreikiais, turi vienodą sveikatos prieinamumą   | Asmenys, su didesniais poreikiais, turi didesnę arba intensyvesnę sveikatos priežiūros prieinamumą                                    |
|                         | Finansavimas | Asmenys, kurių socialinė ekonominė padėtis yra vienoda, už sveikatos priežiūrą moka vienodai   | Turtingesnis namų ūkis moka daugiau nei skurdesnis namų ūkis  |
|                         | Išlaidos     | Asmenys su vienoda socialine ekonomine padėtimi ar panašia sveikatos būkle, gauna tokią pačią valstybės finansuojamą sveikatos priežiūrą | Skurdesni ar turintys daugiau sveikatos problemų namų ūkiai gauna didesnę sveikatos priežiūrą nei turtingesni ir sveikesni namų ūkiai |
|                         | Rezultatai   | Namų ūkių sveikatos rezultatai panašūs, nepriklausomai nuo socialinės ekonominės padėties  |   |

Šaltinis: Mattias Lundberg and Limin Wang. *Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reform*. (Washington: The World Bank, 2006), p. 49, žiūrėta 2016 02 03, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPSIA/0,,contentMDK:20930338~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:490130,00.html>

Nors mokslininkai ir sveikatos ekspertai pažymi sveikatos priežiūros teismo svarbą, egzistuojant socialinei nelygybei visuomenėje, šis principas neretai yra pažeidžiamas<sup>41</sup>. Tai išryškėja esant ribotam sveikatos priežiūros prieinamumui socialiai pažeidžiamose gyventojų grupėse, teikiant brangias, mokamas sveikatos priežiūros paslaugas ir neužtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų poreikio<sup>42</sup>. Mažesnes pajamas gaunančių gyventojų grupėse mažėja galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis dėl skurdo ir negalėjimo susimokėti už paslaugas<sup>43</sup>. Teisingai paskirstant sveikatos priežiūros išteklius, siekiama tikslo, kad labiau pažeidžiamų

<sup>40</sup> Oliver and Mossialos. „Equity of Access to health care: outlining the foundations for action”.

<sup>41</sup> Figueras and McKee, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*.

<sup>42</sup> Whitehead and Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*.

<sup>43</sup> Ten pat.

gyventojų grupių sveikatos rezultatai susilygintų su geresnėje socialinėje padėtyje esančių gyventojų sveikatos lygiu<sup>44</sup>.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros teisumo samprata apibrėžia sveikatos priežiūros paslaugų lygį, teikiamą gyventojams pagal jų poreikius, sveikatos išteklių teisingą ir sąžiningą paskirstymą bei visuotinį paslaugų prieinamumą, neatsižvelgiant į gyventojų socialinius – ekonominius, geografinius ir kitus skirtumus. Sveikatos priežiūros teisumo įgyvendinimui išskiriami *horizontalus* ir *vertikalus* teisumo užtikrinimo principai. Tikrovėje šie teisingumo principai ne visada įgyvendinami: mažesnes pajamas gaunančiose, skurdesnėse socialinėse gyventojų grupėse sveikatos rodikliai yra prasčiausi, čia yra didžiausias sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, tačiau šių grupių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra ribotas dėl socialinės – ekonominės padėties. Esant nelygioms galimybėms gauti sveikatos priežiūros paslaugas pagal poreikius, t. y. neįgyvendinus sveikatos priežiūros teisumo principo visuomenėje, iškyla sveikatos priežiūros netolygumų problema.

## 1.2. Sveikatos priežiūros netolygumai ir juos sąlygojantys veiksniai

Jei sveikatos priežiūros teisumas traktuojamas kaip pamatinis sveikatos apsaugos sistemos principas, įtvirtinantis sąžiningą ir teisingą išteklių paskirstymą bei visuotinį prieinamumą, tai sveikatos priežiūros netolygumai (*angl. inequalities in health care*) siejami su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir naudojimosi paslaugomis skirtumais<sup>45</sup>. Pagal P. R. Ward, užtikrinant sveikatos priežiūros teisumo principą, išryškėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir galimybės naudotis jomis skirtumai dėl socialinių – ekonominių, etninių, amžiaus, lyties ir kitų skirtumų visuomenėje<sup>46</sup>. PSO sveikatos ekspertai pažymi, kad galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis riboja tam tikri gyventojų ar jų grupių geografiniai skirtumai<sup>47</sup>.

**Socialiniai – ekonominiai veiksniai.** Pagal J. Figueras and M. McKee, sveikatos priežiūros netolygumus sąlygoja nelygios galimybės naudotis paslaugomis dėl socialinės nelygybės, kurią sąlygoja gyventojų pajamos, užimtumas, išsilavinimas<sup>48</sup>. Gyventojams, turintiems aukštesnį išsilavinimą, mažesnė tikimybė patirti skurdą<sup>49</sup>, nes jis garantuoja geresnes darbo ir pajamų

---

<sup>44</sup> Braveman and Gruskin, „Defining equity in health“.

<sup>45</sup> Margaret Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*.

<sup>46</sup> Ward, „The relevance of equity in health care for primary care“.

<sup>47</sup> World Health Organization. „Health systems. Equity“, žiūrėta 2015 11 25, <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/#>.

<sup>48</sup> Figueras and McKee, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*.

<sup>49</sup> Europos Komisija. Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui. *Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa*, Briuselis, 2010 12 16, KOM (2010)758, žiūrėta 2015 10 15, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52010DC0758&from=EN>.

perspektyvas, tuo pačiu gerėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, ypač perkant brangias, privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas, t. p. šių grupių asmenų sveikatos rodikliai yra geresni<sup>50</sup>. T. Buzeti et al., atlikto Slovėnijoje tyrimo metu nustatyta, kad hipertenzija ir širdies susirgimai (45 – 64 m. amžiaus grupėje) dažniau pasitaiko žemesnį išsilavinimą turinčių gyventojų tarpe, taip pat šios grupės vyrų gyvenimo trukmė yra 7,3 m. trumpesnė už aukštesnį išsilavinimą turinčius vyrus<sup>51</sup>.

Kitas socialinis veiksnys, sąlygojantis sveikatos priežiūros netolygumus – bedarbystė. Ji didina skurdo riziką, nes netenkama socialinio, o tuo pačiu ir sveikatos draudimo garantijų, neužtikrinamos nuolatinės pajamos, tai kelia psichologinę įtampą, didėja savižudybių skaičius: 3 proc. padidėjęs nedarbas ES šalyse, 5 proc. padidino savižudybių skaičių<sup>52</sup>. Bedarbystė sąlygoja papildomą stresą, kuris dažnai malšinamas nesveiku gyvenimo būdu (alkoholio vartojimu, rūkymu)<sup>53</sup>. EK nuomone, skurdą gali lemti ir dirbančiųjų žemas užmokestis: „skurdo pavojus bedarbiams yra penkis kartus didesnis nei dirbantiesiems (44 %, palyginti su 8 %) <...> dėl menko užmokesčio, prastų įgūdžių ir nepakankamo užimtumo galima tapti skurstančiu dirbančiuoju“<sup>54</sup>. Skurstančių gyventojų sveikata dažnai būna prastesnė, jiems reikia daugiau sveikatos priežiūros paslaugų, tačiau šių paslaugų prieinamumą riboja negalėjimas susimokėti už jas<sup>55</sup>. Pasak M. Whitehead, skurstantys gyventojai sunkiau pakelia ligotumą ar neįgalumą, jie lėčiau sveiksta po ligų, nes neįperka reikalingų vaistų ar paslaugų<sup>56</sup>. Skurstantys gyventojai, negavę nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų, dėl finansinių sunkumų neturi galimybės gauti alternatyvių, privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų, paslaugų<sup>57</sup>. Žemesnės socialinės padėties gyventojai dažniau skundžiasi ilgomis eilėmis pas gydytojus, tiesioginėmis finansinėmis sąnaudomis, didesniu atstumu iki sveikatos priežiūros įstaigos<sup>58</sup>. Šiose gyventojų grupėse išryškėja sveikatos netolygumai: 25 – 50 proc. aukštesnis mirtingumas lyginant su kitomis socialiai geresnėje pozicijoje esančiomis grupėmis, aukštesni sergamumo kraujotakos sistemos ligomis ir piktybiniais navikais, psichinėmis ligomis rodikliai, dažnesnės traumos<sup>59</sup>.

---

<sup>50</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *Sveikata visiems XXI amžiuje*, Vilnius: LR sveikatos apsaugos ministerija, 1999.

<sup>51</sup> Tatjana Buzeti et al., *Health inequalities in Slovenia* (Ljubljana: National Institute of Public Health, 2011): 105.

<sup>52</sup> World Health Organization. *The European health report 2012: Charting the way to well-being*, (2013): 161.

<sup>53</sup> Ten pat.

<sup>54</sup> „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa“.

<sup>55</sup> Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

<sup>56</sup> Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*.

<sup>57</sup> Social protection Committee. *Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation*, Brussels, (2013): 46.

<sup>58</sup> Europos Komisija, *Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje* (Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011): 28.

<sup>59</sup> Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.



Dėl socialinio nepritekliaus labiausiai rizikuoja patirti skurdą ir negauti jiems reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų – vaikai, vyresnio amžiaus žmonės, neįgalieji<sup>60</sup>. *Vaikai* yra viena iš išskirtinių rizikos grupių, kurioje sveikatos priežiūros ir socialinės aplinkos nepriteklis formuoja nepataisomus padarinius tolimesniam jų gyvenimui. Skurdžioje aplinkoje augantys vaikai neretai patiria smurtą, seksualinį išnaudojimą, patyčias ir pažeminimą bendraamžių tarpe, dėl nepriežiūros – dažniau žūsta nelaiminguose atsitikimuose<sup>61</sup>. ES regiono šalyse skurdo pavojus gresia kas ketvirtam vaikui iš daugiavaikių šeimų ir 1/3 vaikų, gyvenančių su vienu iš tėvų<sup>62</sup>. *Neįgalieji* – tai gyventojų grupė, pasižyminti specifinių sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu. Neįgaliųjų socialinė padėtis visuomenėje dažnai būna apsunkinta dėl šių žmonių sveikatos sutrikimų, kurie trukdo judėti, patekti į tam tikras viešas vietas ar naudotis viešuoju transportu.. Neįgalūs žmonės arba sergantieji sunkiomis lėtinėmis ligomis dažnai susiduria su dideliais ekonominiais sunkumais, kuriuos patiria visas namų ūkis<sup>63</sup>. Ginant žmonių su negalia teises, Žmonių su negalia teisių konvencijoje pabrėžiama, kad neįgalieji turi teisę į aukščiausio pasiekiamo lygio sveikatos įgyvendinimą nediskriminuojant jų dėl negalios<sup>64</sup>. Neįgalieji privalo gauti tokios pačios kokybės ir lygio nemokamas bei prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kaip numatyta kitiems asmenims, įskaitant visuomenės sveikatos programas, taip pat papildomas sveikatos paslaugas, kurios reikalingos būtent dėl negalios, paslaugas, skirtas sumažinti ir užkirsti kelią tolesniam negalios vystymuisi<sup>65</sup>.

**Teritoriniai skirtumai.** M. Whitehead pažymi, kad sveikatos priežiūros netolygumų priežastimi gali būti teritorinis gyventojų pasiskirstymas<sup>66</sup>. EK nuomonė apie skurdo riziką dėl teritorinio pasiskirstymo pateikta 2010 m. gruodžio 16 d. komunikate „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa“, „teritoriniai aspektai ypač svarbūs, nes „neturtingiausi asmenys“ dažnai būna susitelkę tam tikruose regionuose ar net mažesnėse srityse <...>. Kai kuriose valstybėse narėse skurdo pavojus kaimo vietovėse yra du kartus didesnis nei miestuose“<sup>67</sup>. Ne tik didesnė skurdo rizika, bet ir netolygus sveikatos priežiūros išteklių paskirstymas tam tikrose teritorijose sąlygoja sveikatos priežiūros netolygumų vystymąsi: Lietuvos miestuose dirba daugiau kaip 71 proc. visų gydytojų, o rajonuose

---

<sup>60</sup>Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

<sup>61</sup> *Sveikata visiems XXI amžiuje*.

<sup>62</sup> „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa“.

<sup>63</sup> Ten pat.

<sup>64</sup>United Nations, „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“, 2006, žiūrėta 2015 08 05, <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.

<sup>65</sup>Ten pat.

<sup>66</sup> Whitehead, The concepts and principles of equity and health.

<sup>67</sup> „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa“.

suteikiama 60 proc. visų rajono gyventojams reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų<sup>68</sup>. Kai kuriuose Lietuvos rajonuose trūksta šeimos gydytojų, jų pasiskirstymas šalies viduje skiriasi daugiau kaip 3 kartus, todėl yra neužtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kaimiškose vietovėse<sup>69</sup>. Kitose ES šalyse, pavyzdžiui Slovėnijoje egzistuoja sveikatos priežiūros netolygumų problema, nes atokesnėse geografinėse srityse stinga gydytojų, odontologų ir slaugytojų<sup>70</sup>.

Nevienalytės priežastys sąlygoja sveikatos priežiūros netolygumų atsiradimą, todėl problemos sprendimui reikalingos kompleksinės priemonės. A. J. Culyer siūlo sveikatos priežiūros netolygumus mažinti vadovaujantis šiais principais:

- teisingam sveikatos priežiūros išteklių paskirstymui naudoti ne vieną kriterijų;
- atsižvelgiant į daugybines skurdo priežastis, mažinti skirtumus ne sveikatos srityje;
- būtina sąlyga – užtikrinti valstybinės sveikatos priežiūros prieinamumą;
- užtikrinti būtinosios medicinos pagalbos ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą;
- valstybinė sveikatos priežiūra turi patenkinti gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius ir prisidėti prie sveikatos netolygumų mažinimo<sup>71</sup>.

M. Whitehead sveikatos priežiūros netolygumų mažinimui siūlo tokius principus:

- sveikatos priežiūros ištekliai turi būti skirstomi pagal socialinius ir sveikatos poreikius;
- geografinis sveikatos išteklių paskirstymas privalo užtikrinti paslaugų prieinamumą kiekvienoje teritorijoje;
- socialiniai gyventojų grupių skirtumai neturi būti kliūtimi gauti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas;
- turi būti užtikrinta aukšta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir priimtinumas<sup>72</sup>.

M. Whitehead pažymi, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, atsižvelgiant į socialinius ar geografinius gyventojų skirtumus, yra vienas pagrindinių sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo veiksmų<sup>73</sup>.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros netolygumai tai – skirtingas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir nevienoda galimybė naudotis jomis. Šiuos skirtumus sąlygoja gyventojų socialinė padėtis, išsilavinimas, teritoriniai skirtumai. Sprendžiant sveikatos priežiūros

---

<sup>68</sup> „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, 2014, birželio 26, Nr. XII-964“, žiūrėta 2015 11 01, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>.

<sup>69</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. *Valstybinio audito ataskaita. Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?*, Vilnius (2013):58.

<sup>70</sup> Tatjana Buzeti et al., *Health inequalities in Slovenia*.

<sup>71</sup> Anthony J Culyer. „Equity – some theory and its policy implications“. *J Med Ethics*, nr. 27 (2001): 275-283.

<sup>72</sup> Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*.

<sup>73</sup> Ten pat.

netolygumų problemą svarbus sveikatos priežiūros prieinamumo faktorius, socialinių ir teritorinių skirtumų mažinimas visuomenėje. Valstybių politikams keliamas uždavinys garantuoti valstybines, prieinamas, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas visiems pagal poreikius. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas įvardijamas vienu pagrindinių faktorių, lemiančių sveikatos priežiūros netolygumų mažėjimą.

### 1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumai

Visų ES šalių siekis – teikti gyventojams prieinamas, aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas pagal poreikius<sup>74</sup>. A. Oliver ir E. Mossialos išskiria bendrą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo principą – galimybę gauti universalias ir lengvai prieinamas aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas<sup>75</sup>. Pasak M. Chan, aukščiausia sveikatos priežiūros teisingumo išraiška – visuotinis prieinamumas, kuris naikina skirtumus tarp turtingų ir skurdžių, privilegijuotų ir nuskurdusių, jaunų ir senų, moterų ir vyrų<sup>76</sup>. LR Sveikatos sistemos įstatyme, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I–552, sveikatos priežiūros prieinamumas apibrėžiamas „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą asmeniui ir visuomenei“<sup>77</sup>. Pasak D. Jankauskienės, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas „tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas“<sup>78</sup>. Sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti vertinamas šiais aspektais:

- *organizacinis* prieinamumas – įstaigų infrastruktūra, bazinio paslaugų krepšelio prieinamumas, specialistų skaičius, išteklių, technologijų lygis, įstaigos darbo laikas, pacientų eilės;
- *komunikacinis* prieinamumas – atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų, viešojo transporto prieinamumas, kitos susisiekimo priemonės (telefonas, internetas);
- *ekonominis* prieinamumas – kiek gyventojas sumoka ar primoka už sveikatos priežiūros paslaugas ar galioja solidarumo principas<sup>79</sup>.

<sup>74</sup>WHO Regional Office for Europe „*Strengthening people – centred health systems in the WHO European Region: roadmap*, (WHO Regional Office for Europe, 2013), žiūrėta 2016 02 15, <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/background-documents/strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-a-roadmap>.

<sup>75</sup> Oliver and Mossialos, „Equity of Access to health care: outlining the foundations for action“.

<sup>76</sup>Margaret Chan, “Best days for public health are a head of us, says WHO Director-General”, Geneva 2012, žiūrėta 2015 08 23, [http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha\\_20120521/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/).

<sup>77</sup> "Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas", *Valstybės žinios* 63, nr. 1231, (1994), žiūrėta 2015 09 10, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=454090](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=454090).

<sup>78</sup>Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje“, *Gydymo menas*, nr. 06, 129 (2006):12.

<sup>79</sup> Ten pat.

Organizacinį sveikatos priežiūros prieinamumą iš dalies lemia sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir teisingas išteklių paskirstymas<sup>80</sup>. Nuo sveikatos apsaugos finansavimo priklauso: kiek išvystyta ir kaip funkcionuoja šalies sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, kokios apimties bazinis sveikatos priežiūros paslaugų krepšelis, sveikatos priežiūros įstaigose taikomų technologijų lygis, ar pakankamas specialistų skaičius<sup>81,82</sup>. Dėl senstančios visuomenės daugėja lėtinių ligų, auga sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, tuo pačiu didėja išlaidos sveikatos apsaugos sistemai<sup>83</sup>. ES šalyse procentas nuo Bendrojo vidaus produkto (toliau – BVP), skirtas sveikatos apsaugai, vidutiniškai kito nuo 7,3 proc. (2000 m.) iki 8,7 proc. (2012 m.)<sup>84</sup>. 1990 – 2012 m. laikotarpyje sveikatos apsaugos finansavimas kai kuriose ES šalyse išaugo beveik du kartus, pavyzdžiui, Nyderlanduose nuo 7,0 proc. iki 11,8 proc., Vokietijoje nuo 8,4 proc. iki 11,3 proc. nuo BVP<sup>85</sup>. Augant sveikatos apsaugos finansavimo poreikiui, šalių politikams iškyla uždavinys ieškoti efektyvesnių sprendimų, gerinančių visuomenės ir gyventojų sveikatos būklę<sup>86</sup>. 2013 m. PSO Europos regionui išleido veiklos programą „Į žmogaus poreikius orientuotų sveikatos apsaugos sistemų stiprinimas Europos regione: veiksmų planas“, kurioje pabrėžiama inovatyvių sprendimų taikymo būtinybė sveikatos apsaugos sistemose, siekiant išlaikyti jas efektyvias bei teikti visiems prieinamas, aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas nepriklausomai nuo socialinių, ekonominių, geografinių skirtumų<sup>87</sup>. EK nuomone, efektyvus išteklių naudojimas, gerinantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, gali būti pasiektas perorientuojant sveikatos apsaugos sistemas, pirmenybę teikiant ligų prevencijai, mažinant brangių stacionariųjų paslaugų ir plečiant ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtį<sup>88</sup>. Nors akcentuojama alternatyvių, efektyvesnių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra, dažna Europos Sąjungos valstybių problema, kad sveikatos prioritetu laikomos būtent stacionarinės paslaugos<sup>89</sup>. Ligų prevencijai skiriama tik nedidelė dalis sveikatos apsaugai skirtų lėšų: ES šalyse vidutiniškai – 6 proc., Lietuvoje – 3 proc.<sup>90</sup>.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia bazinio paslaugų krepšelio turinys ir prieinamumas šalies gyventojams. Jis garantuoja minimalų sveikatos priežiūros paslaugų lygį,

---

<sup>80</sup> Figueras and McKee, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*.

<sup>81</sup> Oliver and Mossialos. „Equity of Access to health care: outlining the foundations for action“.

<sup>82</sup> Social protection Committee. *Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation*, Brussels, (2013): 46.

<sup>83</sup> „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa“

<sup>84</sup> European Union, “Health at a Glance: Europe 2014”, žiūrėta 2015 08 25, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)

<sup>85</sup> Ten pat.

<sup>86</sup> Ten pat.

<sup>87</sup> “Strengthening people – centred health systems in the WHO European Region”.

<sup>88</sup> European Commission. „European semester thematic fiche. Health and Health systems, 2015“, žiūrėta 2015 08 05, [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/index_en.htm).

<sup>89</sup> Ten pat.

<sup>90</sup> OECD. Stat, žiūrėta 2015 09 04, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).

būtiną sveikatos užtikrinimui ir apsaugai nuo ligų<sup>91</sup>. Bazinio krepšelio turinys, prieinamas daugumai šalies gyventojų, mažina sveikatos priežiūros netolygumus, ypač neturtingiems<sup>92</sup>. Kiekvienoje šalyje bazinis paslaugų krepšelis yra skirtingas ir priklauso nuo ekonominių, epidemiologinių ir socialinių veiksnių<sup>93</sup>. Daugumoje ES šalių gydytojų konsultacijos, tyrimai, stacionarinis gydymas teikiami nemokamai sveikatos draudimu draustiems gyventojams<sup>94</sup>. Labiausiai rizikuoja negauti sveikatos priežiūros paslaugų sveikatos draudimo neturintys gyventojai (pavyzdžiui – ilgalaikiai bedarbiai)<sup>95</sup>. Nedraustiems privalomuoju sveikatos draudimu gyventojams ES šalys garantuoja tik nemokamą būtinąją medicinos pagalbą. M. Whitehead teigia, kad ES šalyse nėra mokėjimų už būtinąją medicinos pagalbą ir nebuvo mirčių dėl negalėjimo susimokėti už šias paslaugas, tačiau išlieka netolygus kitų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas<sup>96</sup>.

Vienas iš sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ribojančių veiksnių – negalėjimas susimokėti už paslaugas<sup>97</sup>. ES šalių gyventojai sveikatos priežiūros išlaidoms skiria nuo 1,3 proc. (Jungtinė Karalystė) iki 5 proc. (Kipras) visų namų išlaidų (Lietuva – 3,2 proc.)<sup>98</sup>. Didžiausią išlaidų dalį sudaro mokėjimas už vaistus tokiose šalyse kaip: Rumunija (77 proc.), Kroatija (70 proc.), Lietuva (62 proc.), o 62 proc. Kipro ir 49 proc. Liuksemburgo gyventojų daugiausiai lėšų, skirtų sveikatos priežiūros išlaidoms, skiria gydymui<sup>99</sup>. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai išryškėja teikiant mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. 20 proc. Latvijos, 10 – 15 proc. Portugalijos, Rumunijos, Bulgarijos gyventojų teigė negalintys gauti odontologinės pagalbos dėl negalėjimo susimokėti<sup>100</sup>. Posovietinėse šalyse sveikatos priežiūros prieinamumą neretai lemia neoficialūs mokėjimai medikams, jie egzistuoja tokiose šalyse kaip Lietuva, Latvija, Rumunija, Bulgarija, Vengrija, Serbija, tačiau tokių mokėjimų nėra Estijoje, Vokietijoje, Švedijoje, Danijoje, Šveicarijoje<sup>101</sup>.

Socialinė gyventojų padėtis tiesiogiai siejasi su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu<sup>102</sup>. Todėl G. Dahlgren and M. Whitehead pažymi, jog siekiant geresnio sveikatos priežiūros paslaugų

---

<sup>91</sup>The Free Dictionary, žiūrėta 2016 02 12, <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/basic+health+services>.

<sup>92</sup>World Health Organization, *Essential health packages: what are they for? What do they change?* DRAFT Technical Brief no 2, 3 July 2008, žiūrėta 2016 02 13, [http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical\\_brief\\_ehp.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf).

<sup>93</sup>Ten pat.

<sup>94</sup>„Health at a Glance: Europe 2014“.

<sup>95</sup>Ten pat.

<sup>96</sup>Whitehead, *The concepts and principle of equity and health*.

<sup>97</sup>Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

<sup>98</sup>„Health at a Glance: Europe 2014“.

<sup>99</sup>Ten pat.

<sup>100</sup>Ten pat.

<sup>101</sup>Ten pat.

<sup>102</sup>Europos Bendrijų Komisija. Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui. „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“, {sek(2009) 1396}{sek(2009) 1397}, žiūrėta 2015 12 11, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52009DC0567&qid=1449820403562&from=EN>.

prieinamumo, viešosios sveikatos priežiūros įstaigos turi būti ne pelno siekiančios, o paslaugas teikiamos pagal poreikius, bet ne pagal galimybę susimokėti už jas<sup>103</sup>. Tai, kad didesnės gyventojų pajamos siejasi su geresniu sveikatos priežiūros prieinamumu, rodo ES šalių staistiniai rodikliai (2 lentelė). Mažiausias pajamas (1 kvintilis) gaunantys gyventojai dažniausiai nurodė per paskutinius 12 mėnesių negavę sveikatos priežiūros paslaugų dėl vienos iš priežasčių: finansinių sunkumų, ilgo laukimo laiko ar atstumo iki gydymo įstaigos. Kuo aukštesnės gyventojų pajamos (aukštesni kvintiliai), tuo mažesnė dalis gyventojų nurodė negavę sveikatos priežiūros paslaugų<sup>104</sup>. Lietuvoje 4,6 proc. mažiausias pajamas ir 2,0 proc. didžiausias pajamas gaunančių gyventojų nurodė negavę sveikatos priežiūros paslaugų per paskutinius 12 mėnesių.

**2 lentelė. ES šalių gyventojų, per paskutinius 12 mėn. negavusių sveikatos priežiūros paslaugų, skaičius (proc.), pagal pajamų kvintilius\***

| <i>ES šalis</i>    | <i>1-as kvintilis</i> | <i>2-as kvintilis</i> | <i>3-as kvintilis</i> | <i>4-as kvintilis</i> | <i>5-as kvintilis</i> |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Airija             | 3,8                   | 4,4                   | 3,5                   | 3,2                   | 1,5                   |
| Belgija            | 5,5                   | 2,1                   | 1,7                   | 0,2                   | 0,1                   |
| Bulgarija          | 21,1                  | 8,7                   | 7,3                   | 5,4                   | 1,9                   |
| Čekija             | 1,9                   | 1,1                   | 0,7                   | 0,6                   | 0,7                   |
| Danija             | 1,6                   | 1,5                   | 1,7                   | 0,8                   | 0,7                   |
| Estija             | 10,8                  | 8,5                   | 6,9                   | 9,7                   | 6,3                   |
| Ispanija           | 1,6                   | 1,1                   | 0,6                   | 0,3                   | 0,2                   |
| Italija            | 14,6                  | 9,9                   | 5,6                   | 3,7                   | 1,8                   |
| Jungtinė Karalystė | 1,5                   | 1,4                   | 2,3                   | 1,6                   | 1,3                   |
| Kipras             | 6,7                   | 6,7                   | 5,1                   | 2,5                   | 0,8                   |
| Kroatija           | 7,8                   | 4,2                   | 2,5                   | 1,3                   | 0,7                   |
| Latvija            | 25,4                  | 19,3                  | 12,9                  | 7,4                   | 4,3                   |
| Lenkija            | 11,8                  | 10,7                  | 8,1                   | 7,1                   | 6,3                   |
| <b>Lietuva</b>     | <b>4,6</b>            | <b>3,2</b>            | <b>3,1</b>            | <b>2,9</b>            | <b>2,0</b>            |
| Liuksemburgas      | 2,5                   | 0,8                   | 0,6                   | 0,5                   | 0,1                   |
| Malta              | 1,4                   | 1,6                   | 1,0                   | 0,3                   | 0,1                   |
| Nyderlandai        | 0,8                   | 0,5                   | 0,5                   | 0,1                   | 0,3                   |
| Portugalija        | 5,1                   | 4,7                   | 2,6                   | 1,9                   | 0,9                   |
| Prancūzija         | 5,7                   | 3,8                   | 1,6                   | 1,5                   | 0,7                   |
| Rumunija           | 14,0                  | 13,7                  | 10,7                  | 9,0                   | 4,7                   |
| Slovakija          | 2,9                   | 2,2                   | 2,1                   | 1,2                   | 1,3                   |
| Suomija            | 6,0                   | 4,8                   | 4,2                   | 4,0                   | 2,3                   |
| Švedija            | 3,2                   | 2,1                   | 1,6                   | 1,5                   | 1,0                   |
| Vengrija           | 6,5                   | 2,7                   | 1,3                   | 1,0                   | 0,3                   |
| Vokietija          | 3,3                   | 2,1                   | 1,0                   | 0,7                   | 0,8                   |

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis duomenimis: ECHI, žiūrėta 2015 12 09, [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/indicators/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/indicators/index_lt.htm).

<sup>103</sup> Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

<sup>104</sup> ECHI, žiūrėta 2015 12 09, [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/indicators/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/indicators/index_lt.htm).

\* Kvintiliai suskirsto gyventojų pajamų duomenų seką, išdėstyta didėjimo tvarka į penkias lygias dalis. Pirmasis kvintilis – parodo 20 proc. mažiausias pajamas gaunančių gyventojų vidutinės pajamas, penktasis kvintilis parodo 20 proc. turtingiausių gyventojų vidutinės pajamas.<sup>105</sup>

Keliama prielaida, jei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas gerėja didėjant gyventojų pajamoms. Tačiau J. Hurley and M. Grigon, tyrę Kanados gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nustatė, kad šalyje, esant nemokamoms sveikatos priežiūros paslaugoms, vis tiek egzistuoja sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai, ypač teikiant specializuotas paslaugas<sup>106</sup>. Kaip vieną iš pagrindinių priežasčių mokslininkai įvardino – netolygų gydytojų specialistų pasiskirstymą šalyje, kai jie koncentruojasi didžiuosiuose miestuose<sup>107</sup>. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir netolygus jų pasiskirstymas yra viena aktualiausių problemų daugelyje Europos šalių<sup>108</sup>. Pavyzdžiui, Čekijos sostinėje Prahoje odontologų ir gydytojų yra dvigubai daugiau nei visoje šalyje<sup>109</sup>. 2013 m. Pasaulio banko duomenimis, Lietuva tarp kitų ES šalių pagal gydytojų skaičių užima 5-ą vietą kartu su Portugalija – 4,1 gyd./1000 gyv. Didžiausias gydytojų skaičius – Graikijoje, Belgijoje, Ispanijoje; slaugytojų – Belgijoje, Airijoje, Liuksemburge (3 lentelė)<sup>110</sup>. Slaugytojų absoliutus skaičius Lietuvoje kasmet mažėja, tačiau dėl spartaus gyventojų skaičiaus mažėjimo, rodiklis 1000 gyventojų mažėja nežymiai<sup>111</sup>. Lyginant su kitomis ES šalimis – Lietuvoje gydytojų skaičius buvo pakankamai didelis, tačiau slaugytojų skaičius žymiai mažesnis nei senosiose ES šalyse, bei šiek tiek didesnis nei naujų ES šalių (3 lentelė).

LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarime Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo“, (toliau – Lietuvos sveikatos 2014 –2025 metų programa) traktuojama, „nors dabartiniams Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti šiuo metu gydytojų pakanka, gydytojai šalyje yra pasiskirstę labai netolygiai“<sup>112</sup>. ES šalyse gydytojų teritorinę pasiskirstymą reguliuoja valstybė: pavyzdžiui Vokietijoje įvedamos įstatymu nustatytos kvotas, o Prancūzijoje sudaromos sąlygos jauniems specialistams, pasirinkusiems atokias vietas, verstis privačia praktika<sup>113</sup>.

<sup>105</sup>Eurostat, žiūrėta 2015 12 12,

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Income\\_quintile\\_share\\_ratio](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Income_quintile_share_ratio).

<sup>106</sup>Jeremiah Hurley and Michel Grigon, „Income and equity of access to physician services“, *Canadian Medical Association Journal* 174, nr.2 (2006): 187–188, žiūrėta 2016 02 15, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329457/>.

<sup>107</sup>Ten pat.

<sup>108</sup>„Health at a Glance: Europe 2014“.

<sup>109</sup>Ten pat.

<sup>110</sup>The World Bank. 2.15 World Development Indicators: *Health systems*, žiūrėta 2015 12 02.

<http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.

<sup>111</sup>„Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“.

<sup>112</sup>„Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“.

<sup>113</sup>„Health at a Glance: Europe 2014“.

3 lentelė. ES šalių sveikatos priežiūros specialistų skaičius

| <i>ES šalis</i>    | <i>Gydytojų skaičius 1000 gyv.</i> | <i>Slaugytojų skaičius 1000 gyv.</i> |
|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Airija             | 2,7                                | 15,7                                 |
| Austrija           | 4,8                                | 7,9                                  |
| Belgija            | 4,9                                | 16,8                                 |
| Bulgarija          | 3,9                                | 4,8                                  |
| Čekija             | 3,6                                | 8,4                                  |
| Danija             | 3,5                                | 16,8                                 |
| Estija             | 3,2                                | 6,4                                  |
| Graikija           | 6,2                                | 0,2                                  |
| Ispanija           | 4,9                                | 5,7                                  |
| Italija            | 3,8                                | 0,3                                  |
| Jungtinė Karalystė | 2,8                                | 8,8                                  |
| Kipras             | 2,3                                | 4,5                                  |
| Kroatija           | 3,0                                | 5,3                                  |
| Latvija            | 3,6                                | 3,4                                  |
| Lenkija            | 2,2                                | 6,2                                  |
| <b>Lietuva</b>     | <b>4,1</b>                         | <b>7,2</b>                           |
| Liuksemburgas      | 2,9                                | 12,6                                 |
| Malta              | 3,5                                | 7,5                                  |
| Nyderlandai        | 2,9                                | 8,4                                  |
| Portugalija        | 4,1                                | 6,1                                  |
| Prancūzija         | 3,2                                | 9,3                                  |
| Rumunija           | 2,4                                | 5,6                                  |
| Slovakija          | 3,3                                | 6,1                                  |
| Slovėnija          | 2,5                                | 8,5                                  |
| Suomija            | 2,9                                | 10,9                                 |
| Švedija            | 3,9                                | 11,9                                 |
| Vengrija           | 3,1                                | 6,5                                  |
| Vokietija          | 3,9                                | 11,5                                 |

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis šaltiniu: The World Bank. 2.15 *World Development Indicators: Health systems*, žiūrėta 2015 12 02, <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.

Dėl netolygaus gydytojų pasiskirstymo šalies viduje iškyla sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ribojantis veiksnys – ilgos laukimo pas gydytojus eilės<sup>114,115</sup>. Pavyzdžiui, specializuotos medicininės pagalbos, tokios kaip chemoterapija ir radioterapija tenka laukti iki 3 savaičių Vokietijoje, Belgijoje, Šveicarijoje, Estijoje, tuo tarpu Lietuvoje, Latvijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje, Serbijoje tenka laukti ilgiau kaip 3 savaites<sup>116</sup>. Neskubios operacijos (pavyzdžiui, klubo sąnario pakeitimo) 90 proc. Vokietijos, Belgijos, Šveicarijos gyventojų sulaukia per 3

<sup>114</sup>„Health at a Glance: Europe 2014“.

<sup>115</sup>„European semester thematic fiche“.

<sup>116</sup>Euro Health Consumer. EHCI 2014 Single Indicator Score Sheets, žiūrėta 2015 11 30, <http://www.healthpowerhouse.com/ehci2014-indicators/>.



mėnesius, o Latvijos, Lenkijos gyventojai laukia ilgiau kaip 3 mėnesius<sup>117</sup>. Taip pat skirtingas skubios medicininės pagalbos laukimo laikas ES šalyse: Belgijoje, Šveicarijoje laukimo laikas – 1,4– 1,5 val., Lietuvoje – 2,5 val., Airijoje – 3 val.<sup>118</sup>. Nors Lietuva pasižymi didesniu gydytojų skaičiumi lyginant su kitomis ES šalimis, tačiau pakliūna tarp šalių, kuriose laukimo pas gydytojus laikas yra pats ilgiausias. Tai rodo šalies sveikatos sistemos neefektyvumą. Apžvelgiant situaciją Lietuvoje, LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakyme Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, traktuojama: „4 proc. vyresnių nei 16 m. šalies gyventojų (daugiau kaip 100 tūkst.) teigė, kad per pastaruosius 12 mėn. buvo nors vienas atvejis, kai negavo medicininės konsultacijos ar gydymo, kurių tikrai reikėjo, <...> 43 proc. – negavo paslaugos, nes jos teko ilgai laukti“<sup>119</sup>.

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą paslaugų vartotojų požiūriu, tarp Europos regiono šalių geriausiai įvertinta Švedija, Nyderlandai, prasčiausiai – Albanija, Bulgarija, Juodkalnija<sup>120</sup>. Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas įvertintas 81 balu iš 150 galimų (Latvija – 81 balas, Estija – 119 balų), laukimo pas gydytoją laikas įvertintas 100 balų iš 250 galimų (Latvija ir Estija – 150 balų), Lietuva užėmė 32 vietą iš 36 Europos šalių<sup>121</sup>. A. Bjornberg pranešime apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje teigė: „turime paskelbti aukščiausio lygio išpėjimą dėl Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos <...> jau anksčiau buvusi menka viešųjų paslaugų pasiūla toliau mažinama, pacientams tenka ilgai laukti gydymo, tai tikriausiai lemia žalingas pasekmes <...>“<sup>122</sup>.

Apibendrinant, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas reiškia lygias galimybes visiems gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumai gali formuotis dėl organizacinių, ekonominių ar komunikacinių priežasčių. Neužtikrinta sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, minimalaus bazinio paslaugų krepšelio turinys ir prieinamumas, sveikatos priežiūros specialistų trūkumas, didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų, ribotos gyventojų galimybės susimokėti ar prisimokėti už sveikatos priežiūros paslaugas – tai veiksniai, kurie mažina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Formuodama šalies politiką, kiekviena valstybė laiduoja tam tikro lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikimą gyventojams. Tačiau dėl ekonominių, socialinių ir kitų skirtumų Europos regione ir Lietuvoje sveikatos priežiūros netolygumai išlieka neišspręsta ir aktualia problema.

---

<sup>117</sup>Euro Health Consumer.

<sup>118</sup>Ten pat.

<sup>119</sup> „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

<sup>120</sup>Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powerhouse, žiūrėta 2015 08 03, [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_Index\\_matrix\\_A3\\_sheet.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_Index_matrix_A3_sheet.pdf).

<sup>121</sup>Ten pat.

<sup>122</sup> Arne Bjornberg and Johan Hjertqvist, *Euro Health Consumer Index 2014*. Health Consumer Powerhouse: Brussels, 2015 01 27, žiūrėta 2015 08 03, [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_Index\\_matrix\\_A3\\_sheet.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_Index_matrix_A3_sheet.pdf).

## 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO POLITIKA EUROPOS SAJUNGOJE IR LIETUVOJE

### 2.1. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptys Europos Sąjungoje

Europos Sąjungoje visa atsakomybė už gyventojų sveikatos priežiūrą tenka pačioms valstybėms, „bendrija savo veikloje visuomenės sveikatos srityje visiškai pripažįsta valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą <...>“<sup>123</sup>. Tačiau ES šalys kartu gali padaryti daugiau nei kiekviena šalis atskirai, su sąlyga, kad šalys vadovausis solidarumo ir tarpusavio bendradarbiavimo principais bei sieks užtikrinti šalyje (ir tarp šalių) teisingas ir visiems prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas<sup>124</sup>. Bendrija gali pagelbėti šalims skleisdama informaciją, pasidalindama gerąja patirtimi tarp šalių, padėdama rengti tinkamas politines priemones konkreitiems valstybių narių ar tam tikrų socialinių grupių poreikiams tenkinti<sup>125</sup>. „Sąjunga turi papildyti ir remti nacionalinę sveikatos politiką, skatinti valstybių narių bendradarbiavimą ir jų programų koordinavimą, visiškai pripažindama valstybių narių atsakomybę už jų sveikatos politikos nustatymą ir sveikatos paslaugų bei sveikatos priežiūros organizavimą ir teikimą“<sup>126</sup>.

ES Bendrija formuoja pagrindines sveikatos politikos kryptis, strategijas, teikia šalims finansinę paramą iš ES struktūrinių fondų. ES Tarybos 2006 m. birželio 22 d. pareiškime (2006/C 146/01) „Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų“, iškeliami ES šalių narių sveikatos sistemos bendrieji principai ir vertybės: „svarbiausios *universalumo, galimybės naudotis geros kokybės priežiūra, teisingumo ir solidarumo* vertybės <...>“<sup>127</sup>. „Universalumas reiškia, kad visi turi galimybę naudotis sveikatos priežiūra; solidarumas yra glaudžiai susijęs su mūsų nacionalinių sveikatos sistemų finansinėmis nuostatomis bei su poreikiu užtikrinti visų galimybes naudotis sveikatos priežiūra; teisingumas yra susijęs su vienodomis galimybėmis, atsižvelgiant į poreikius, nepaisant etninės priklausomybės, lyties, amžiaus, socialinio statuso ar galimybės sumokėti“<sup>128</sup>.

<sup>123</sup> Amsterdamo sutartis, 1997, žiūrėta 2015 08 09, [http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=29686](http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=29686).

<sup>124</sup> „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“.

<sup>125</sup> Ten pat.

<sup>126</sup> Europos Parlamentas Ir Europos Sąjungos Taryba. Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentas (ES) Nr. 282/2014, 2014 m. kovo 11 d., kuriuo nustatoma „*Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.)*“ ir panaikinamas Sprendimas Nr. 1350/2007/EB, žiūrėta 2015 12 12, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&qid=1449818484896&from=EN>.

<sup>127</sup> Europos Sąjungos Taryba. „Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų“, 2006 06 22, (2006/C 146/01), žiūrėta 2015-12-10, [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622(01)).

<sup>128</sup> Ten pat.

EK 2007 m. išleistoje Baltojoje knygoje „Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“ deklaruojami ES šalių sveikatos politikos strateginiai siekiai, pagrindinės sveikatos politikos vertybės, iškeliamas sveikatos priežiūros paslaugų visuotinio ir prieinamo principas bei sveikatos integravimas į visų sektorių politikas:

- sveikatos politikos strategija remiasi pagrindinėmis sveikatos vertybėmis – visuotinio, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, solidarumo, lygybės, paslaugų prieinamumo;
- sveikata – didžiausias turtas;
- sveikatos integracija į kitas politikas;
- ES įtakos stiprinimas tarpvalstybiniu, pasauliniu mastu vykstant globalizacijos procesams<sup>129</sup>.

Užtikrinant ES šalių sveikatos sistemos bendrųjų principų įgyvendinimą, iškeliamas sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo siekis. 2009 m. spalio 20 d. ES Komisija paskelbė komunikatą COM(2009) 567 „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“<sup>130</sup>. Dokumente pabrėžiama būtinybė rinkti informaciją apie sveikatos priežiūros netolygumus, plėtoti mokslinius tyrimus šioje srityje, dalintis gerąja patirtimi tarp šalių, tiek nacionalinėms vyriausybėms, tiek regionų valdžiai koordinuoti įvairių valdymo lygmenų politiką (sveikatos priežiūra, užimtumas, socialinė apsauga, švietimas), ypatingą dėmesį skirti socialiai pažeidžiamų grupių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, toliau plėtoti Sanglaudos politiką ir susijusių struktūrinių fondų panaudojimą<sup>131</sup>. 2011 m. kovo 8 d. Europos Parlamentas pateikė rezoliuciją (2010/2089(INI)) 2012/C199 E/04) dėl aukščiau minėto komunikato, kuriame palankiai įvertino pagrindinius Komisijos siūlymus ir nurodė pagrindines sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo kryptis: „prie mūsų bendrų socialinio ir ekonominio vystymosi tikslų priskirti teisingesnį sveikatos galimybių pasiskirstymo siekį, gerinti duomenis ir žinias (taip pat priemones, susijusias su kiekybiniu ir kokybiniu įvertinimu, stebėseną ir ataskaitomis), stiprinti visos visuomenės įsipareigojimus sumažinti sveikatos priežiūros skirtumus, tenkinti pažeidžiamų grupių poreikius ir stiprinti ES politikos poveikį sveikatos priežiūros skirtumų mažinimui“<sup>132</sup>. Tais pačiais metais Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas išreiškė nuomonę (2011/C 18/13) dėl Komisijos komunikato „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“ ir pasiūlė konkrečias priemones sveikatos priežiūros netolygumams ES šalyse mažinti (4 lentelė)<sup>133</sup>.

---

<sup>129</sup>Commission of the European Communities. „White paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013“, 2007, žiūrėta 2015 08 20, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf).

<sup>130</sup>„Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas“.

<sup>131</sup>Ten pat.

<sup>132</sup> Europos Parlamentas. „2011 m. kovo 8 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl sveikatos priežiūros skirtumų mažinimo ES“ (2010/2089(INI)) 2012/C 199 E/04, žiūrėta 2015 12 11, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52011IP0081&qid=1449820403562&from=EN>.

<sup>133</sup>Ágnes Cser ir Renate Heinisch. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Komisijos komunikato Tarybai, Europos Parlamentui, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui

**4 lentelė. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto siūlymai mažinti sveikatos priežiūros skirtumus ES šalyse**

| <i>Spręstiniai klausimai</i>   | <i>Priemonės</i>   |
|--|--|
| <i>I. Sveikatos priežiūros vienodinimas kaip bendro socialinio ir ekonominio vystymosi dalis</i>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sukurti bendro socialinio ir ekonominio vystymosi modelį, kuris skatintų spartesnį ekonomikos augimą, užtikrintų didesnę socialinę teisingumą, stiprintų solidarumą, sanglaudą ir keltų sveikatos priežiūros lygį.</li> <li>2. Vadovaujantis solidarumo ir rizikos paskirstymo principais, užtikrinti socialinį ir nacionalinį sveikatos draudimą – suvienodinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (paslaugų įperkamumas, pasiūla, kokybė, informacija apie paslaugas).</li> <li>3. Sveikatos priežiūros skirtumų klausimus spręsti remiantis pragmatine strategija, kurios tikslas – visuotinė aprėptis ir veiksminga galimybė naudotis paslaugomis, koordinuojant sveikatos priežiūros finansavimo schemas ir sistemas (socialinis ir privatus draudimas, socialinės paramos schemas, valstybinės sveikatos priežiūros sistemos ir t. t.).</li> <li>4. Reformos turi būti vykdomos per socialinį dialogą, siekiant užtikrinti plataus masto sutarimą ir tuo būdu finansavimo sprendimų tvarumą bei geras darbo sąlygas ir apdraustiesiems, ir sveikatos priežiūros darbuotojams.</li> <li>5. Tolesnis privatizavimas galėtų sukelti neigiamų padarinių, nes sukurtų sistemą, kuri būtų grįsta ne solidarumu, o konkurencija.</li> </ol> |
| <i>II. Duomenų, žinių ir priemonių, susijusių su vertinimu, stebėseną ir ataskaitomis, gerinimas</i> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visos valstybės privalo dalyvauti renkant duomenis, žinias ir vertinant, atliekant stebėseną ir teikiant ataskaitas dėl sveikatos priežiūros skirtumų (įskaitant ekonominį ir socialinį poveikį) mechanizmų. Laiku teikti palyginamus tarp šalių duomenis.</li> <li>2. Bendradarbiauti su valstybėmis narėmis siekiant parengti naujus sveikatos priežiūros skirtumų stebėsenos rodiklius ir sveikatos audito valstybėse narėse metodologiją, kad būtų galima nustatyti svarbiausias tobulintinas sritis bei geriausią praktiką.</li> <li>3. Įtraukti, kaip pažangos rodiklį, visuotinės galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir socialinės sveikatos apsaugos aprėpties vertinimą ir stebėseną; duomenis suskirstyti pagal lytį ir amžių, socialinį ir ekonominį statusą bei geografinę vietovę.</li> <li>4. Sudaryti sąlygas keistis mokslinių tyrimų rezultatais.</li> </ol>   |
| <i>III. Visos visuomenės įsipareigojimų stiprinimas</i>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bendradarbiauti ir konsultuotis su ES šalimis narėmis bei kitais suinteresuotais subjektais dėl: sveikatos priežiūros skirtumų problemos iškelimo prioritetine sritimi; specialistų rengimo priemonių plėtos, siekiant spręsti sveikatos priežiūros netolygumus, naudojantis struktūriniais fondais ir kt. mechanizmais.</li> <li>2. Visos visuomenės įsipareigojimų stiprinimas per pilietinės visuomenės bei socialinių partnerių dalyvavimą.</li> <li>3. Sprendžiant sveikatos priežiūros netolygumų klausimą konsultuotis su pažeidžiamomis gyventojų grupėmis.</li> </ol>   |
| <i>VI. Pažeidžiamų grupių poreikių tenkinimas</i>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerinti pažeidžiamų gyventojų grupių galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir profilaktika.</li> <li>2. Įgyvendinti būsimas sveiko senėjimo iniciatyvas.</li> <li>3. Atsižvelgiant į demografinius pokyčius, remti sanglaudos politiką ir struktūrinius fondus panaudoti pažeidžiamų grupių sveikatos priežiūrai</li> </ol>  |

„Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“ (COM(2009) 567 galutinis) 2011/C 18/13, žiūrėta 2015 12 12, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52010AE0640&qid=1449820403562&from=EN>.

|  |   |
|--|---|
|  | <p>užtikrinti.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Susitelkti į ribotą priemonių skaičių; tačiau tas priemones kur kas labiau išplėtoti.</li> <li>5. Sveikatos skirtumus ir pažeidžiamas grupes, įskaitant neįgaliuosius, vertinti atsižvelgiant į bendras, su lygiomis galimybėmis ir diskriminavimu susijusias aplinkybes (lytis, išsilavinimas, migrantų padėtis ir pan.).</li> <li>6. Organizuoti kampanijas ir paslaugas, skirtas atitinkamoms pažeidžiamoms grupėms, nes visai visuomenei skirtos kampanijos sveikatos klausimais paprastai neturi veiksmingo poveikio nepalankioje padėtyje esančioms grupėms.</li> <li>7. Organizuoti ligonių organizacijų platformą, kurioje būtų dalijamasi patirtimi ir informacija apie gyvenimo būdo (mitybos, alkoholio vartojimo ir kt.) poveikį pažeidžiamoms grupėms.</li> <li>8. Garantuoti visiems vienodą galimybę įgyti kokybišką bendrąjį išsilavinimą ir siekti mokslo, kad kiekvienas įgytų įgūdžių, būtinų savo gyvenimui tvarkyti. Sveikatos priežiūros skirtumų prevencijos priemonė – vaiko įvairių priežiūros formų prieinamumas, ypač esančių nepalankioje socialinėje – ekonominėje padėtyje.</li> </ol>   |
| <p><i>V. Kitų ES politinių priemonių indėlis</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paskelbti sveikatos priežiūros skirtumų šalinimą prioritetiniu tikslu ir užtikrinti, kad būtų geriau koordinuojamos, stebimos ir vertinamos tos politikos sritys, kurios turi įtakos socialiniams, ekonominiams ir sveikatos klausimams, siekiant skatinti gerąją praktiką ir skleisti informaciją visoje ES.</li> <li>2. Išnagrinėti įvairių ES politikos sričių poveikį sveikatos būklei.</li> <li>3. Siekti geresnio supratimo – kokį poveikį politika turi sveikatai ir koordinuoti skirtingų sričių politiką: švietimo, darbo sąlygų, teritorinės plėtros, aplinkosaugos, transporto ir kt.</li> <li>4. Įgyvendinti ES piliečių gerovės užtikrinimą per šūkį „sveikata visose politikos srityse“.</li> <li>5. Sukurti mechanizmus, skirtus vertinti vykdomos politikos poveikį įvairių gyventojų grupių sveikatai ir surinkti informacijos tolesniam politikos vystymui.</li> <li>6. Didinti valstybių narių, asociacijų ir specialistų informuotumą apie tikrąjį sveikatos priežiūros skirtumų poveikį, juos lemiančius veiksnius ir priemones jiems įveikti.</li> <li>7. Valstybės narės privalo įtraukti sveikatos priežiūros skirtumų klausimą į savo darbo programas ir parengti atitinkamas tarpsektorines strategijas.</li> <li>8. Didinti pasinaudojimą ES Sanglaudos politika ir gerinti informaciją apie sanglaudos fondus, didinti investicijas į sveikatos ir socialinės rūpybos sektorius valstybėse narėse ir geriau pasinaudoti turimomis ES kaimo plėtros politikos galimybėmis ir bendrąja žemės ūkio politika (BŽŪP).</li> <li>9. Padidinti pastangas kovoje su sveikatos priežiūros skirtumais kaimo vietovėse, pirmiausia atsižvelgiant į demografinių pokyčių keliamus iššūkius.</li> </ol> |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis šaltiniu: Ágnes Cser ir Renate Heinisch. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Komisijos komunikato Tarybai, Europos Parlamentui, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui „*Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES*“ (COM(2009) 567 galutinis) 2011/C 18/13, žiūrėta 2015 12 12, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52010AE0640&qid=1449820403562&from=EN>.

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas pažymi pagrindines kryptis, kurios sumažintų sveikatos priežiūros netolygumus: sveikata kaip bendra socialinio ir ekonominio vystymosi dalis, informacijos apie problemą rinkimas ir analizė, visos visuomenės atsakomybės didinimas išsaugant sveikatą, dėmesys pažeidžiamų gyventojų grupių sveikatos gerinimui ir

kryptingos politikos formavimas<sup>134</sup>. Formuojant sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką, pirmiausia turi būti pripažinta sveikatos priežiūros netolygumų problema, iškeltas jos mažinimo prioritetas, ši politika turi koordinuoti kitų sektorių politikas bei būti vertinamas jos efektyvumas<sup>135</sup>.

Sprendama sveikatos priežiūros netolygumų problemą regionuose, ES Bendrija finansuoja silpnesnes šalis per ES struktūrinius ir investicinius fondus. EK 2013 m. vasario 20 d. komunikate SWD(2013)44 „Sveikatos srities investicijos“, kuri yra socialinių investicijų dokumentų rinkinio dalis, numatytos strateginės investicijų kryptys, kuriomis Europos Bendrijos šalys užtikrintų sveikatos sistemų tvarumą ir efektyvų funkcionavimą, įskaitant ir sveikatos priežiūros netolygumų mažinimą per prieinamas viešąsias paslaugas, socialinės gerovės didinimą. Numatomos finansuoti šios kryptys:

- investicija į tvarių sveikatos sistemų sukūrimą per pažangias reformas, kuriomis būtų užtikrinamos efektyvios ir prieinamos viešosios paslaugos;
- investicija į žmonių sveikatą kaip žmogiškąjį kapitalą. Užimtumo didinimo politikos vystymas;
- investicija į sveikatos priežiūros skirtumų mažinimą prisidedant prie skurdo ir socialinės atskirties mažinimo;
- investicija į sveikatos priežiūrą per ES fondų paramą<sup>136</sup>.

Tęsiant ES sanglaudos 2014 – 2020 m. politiką, valstybės narės turės galimybę investuoti ES Bendrijos lėšas į sveikatos sektorių, užtikrinant sveikatos sistemos tvarumą ir didinant sveikatos priežiūros prieinamumą šalies gyventojams. Išskiriamos priemonės, tinkamos finansuoti ES struktūrinių fondų lėšomis, mažinančios sveikatos priežiūros netolygumus:

- sveikatos moksliniai tyrimai ir inovacijos, e. sveikata;
- sveikatos ugdymas, vyresnių žmonių aktyvumas ir sveikata, darbuotojų sveikata;
- galimybė naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas, psichikos sveikata;
- perėjimas nuo institucinės prie bendruomenės slaugos, įskaitant investicijas į infrastruktūrą ir įrangą;
- sveikatos priežiūros sistemų pajėgumas ir reformos, kuriomis siekiama veiksmingos ir tvarios sveikatos priežiūros;

---

<sup>134</sup> Cser ir Heinisch. „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“.

<sup>135</sup> Ten pat.

<sup>136</sup> European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the committee of the regions. „Investing in Health. Social investment package“, 2013 02 20 SWD(2013)44, žiūrėta 2015 12 12, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A52013DC0083>.

- sveikatos priežiūros darbuotojai, sveikatos priežiūros specialistų rengimas ir mokymasis visą gyvenimą.
- sveikatos priežiūros paslaugos kitose valstybėse narėse, valstybių narių ir regionų bendradarbiavimas<sup>137</sup>.

Finansuojamos sritys, skatinančios reformuoti sveikatos sistemas pereinant nuo brangių stacionariųjų paslaugų prie ambulatorinių paslaugų modelio, didinančios galimybes gauti aukštos kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, ypač mažinant skirtumus regionuose ir socialinės rizikos grupėse<sup>138</sup>. Tęsiant sveikatos politikos įgyvendinimą ES šalyse, Europos Parlamento ir ES Tarybos 2014 m. kovo 11 d. reglamentu Nr. 282/2014 nustatoma trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014 – 2020 m.)<sup>139</sup>. Programoje numatyti tikslai, kurie siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu – „papildyti ir remti valstybių narių politiką, gerinti Sąjungos piliečių sveikatą ir mažinti sveikatos priežiūros skirtumus skatinant sveikatingumą, inovacijas sveikatos srityje, didinant sveikatos priežiūros sistemų tvarumą ir saugant Sąjungos piliečius nuo didelių tarpvalstybinių grėsmių sveikatai, ir suteikti šiai politikai pridėtinės vertės“<sup>140</sup>.

Apibendrinant sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką ES, galima teigti, kad ES politikai formuoja pagrindines Bendrijos sveikatos politikos kryptis, bendrąsias sveikatos vertybes ir principus. Sveikatos politikoje iškeliami universalumo, teisingumo, solidarumo, galimybės naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis principai. ES politikų numatomos pagrindinės kryptys, kuriomis turi vadovautis ES šalys narės formuodamos savo politiką:

- formuojant politiką – sveikatą laikyti prioritetu, užtikrinti sveikatos politikos pamatinių principų ir vertybių laikymąsi;
- integruoti sveikatą į kitų sričių politikas bei koordinuoti kitų sektorių veiksmus, mažinant sveikatos priežiūros netolygumus;
- didinti gyventojų socialinį teisingumą;
- dėmesį skirti labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms;
- didinti visuomenės atsakomybę už sveikatos išsaugojimą ir puoselėjimą;
- plėsti duomenų rinkimą ir dalijimąsi gerąja patirtimi tarp ES šalių apie sveikatos priežiūros netolygumų problemos sprendimus.

<sup>137</sup>Europos Komisija. „Kaip naudotis Europos struktūriniais ir investiciniais fondais (ESI fondais) sveikatos rėmimo tikslais?“, žiūrėta 2015 09 05, [http://ec.europa.eu/health/health\\_structural\\_funds/used\\_for\\_health/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/used_for_health/index_lt.htm).

<sup>138</sup>„Investing in Health. Social investment package“.

<sup>139</sup>„Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.)“.

<sup>140</sup>Ten pat.

ES Bendrijos numatytų sveikatos politikos kryptių privalo laikytis visos ES šalys, tačiau visa atsakomybė už sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios politikos formavimą ir priemonių įgyvendinimą tenka kiekvienos šalies politikams.

## 2.2. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje

Lietuvoje sveikatos sistemos funkcionavimą reglamentuojanti teisinė bazė pradėta kurti atgavus nepriklausomybę. Lietuvos Aukščiausioji Taryba 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ patvirtino nacionalinę sveikatos koncepciją, kurioje sveikata buvo pripažinta socialine bei ekonomine šalies vertybe<sup>141</sup>. Šio dokumento pagrindu formavosi nacionalinė sveikatos politika, sveikatos sistemos vystymosi kryptys ir organizavimo principai. Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, sveikatos politikoje iškeliami teismo, solidarumo, prieinamumo, priimtino, lygybės, visapusiškumo, laisvo pasirinkimo, pagrįstumo, integralumo principai<sup>142</sup>. Valstybės rūpestis piliečių sveikata ir medicininės pagalbos laidavimas reglamentuotas pagrindiniame šalies įstatyme 1992 m. spalio 25 d. referendume priimtoje Lietuvos Respublikos Konstitucijoje<sup>143</sup>. Šalies gyventojų teisė į kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas įteisinta LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, priimtame 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562<sup>144</sup>.

Pagrindinėje valstybės vystymosi strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintoje LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015, iškeltas siekis išsaugoti gyventojų sveikatą, kaip sumanios visuomenės vystymosi veiksnį<sup>145</sup>. Šio dokumento pagrindu LR Vyriausybė 2012 m. lapkričio 28 d. priėmė nutarimą Nr. 1482 „Dėl 2014 – 2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“ (toliau – Nacionalinė pažangos programa), kuriame pažymima, jog šalyje egzistuoja regioniniai skirtumai viešųjų paslaugų (tame tarpe ir sveikatos priežiūros)

---

<sup>141</sup> „Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991, spalio 30 d. Nr. I-1939“, *Valstybės žinios* 33, Nr. 893 (1991), žiūrėta 2015 09 01, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.66813A09EB5B>.

<sup>142</sup> „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011, birželio 7, Nr. XI-1430“, *Valstybės žinios* 73, Nr. 3498 (2011), žiūrėta 2015 11 20, <https://www.e-tar.lt/rs/legalact/TAR.0E672DF64E70/>.

<sup>143</sup> „Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume“. *Valstybės žinios* 33, Nr.1014 (1992), žiūrėta 2015 09 03, <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm>.

<sup>144</sup> „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Valstybės žinios* 102, Nr. 2317 (1996), žiūrėta 2015 09 09, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=477161](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=477161).

<sup>145</sup> „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, 2012, gegužės 15, Nr. XI-2015“, *Valstybės žinios* 61, Nr. 3050 (2012), žiūrėta 2015 05 15, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5EE74F9648A5>.



kokybės ir prieinamumo srityse<sup>146</sup>. Šiame teisės akte iškeltas uždavinys, mažinantis sveikatos priežiūros netolygumus regionuose – *gerinti viešųjų sveikatos paslaugų prieinamumą ir kokybę*, įgyvendinant tokias priemones: stiprinant nevyriausybinių organizacijų vaidmenį, teikiant viešąsias paslaugas; plečiant savanorišką veiklą; diegiant naujus ir efektyvius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius; modernizuojant viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrą; diegiant informacines ir ryšių technologijas<sup>147</sup>. Dokumente pažymima tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir koordinuotų veiksmų, sprendžiant regionines problemas, svarba, todėl šios programos pagrindu buvo numatyti horizontalieji prioritetai ir parengti tarpinstituciniai veiklos planai, kuriuose numatytos priemonės ir asignavimai tikslams pasiekti. Sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios priemonės numatytos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ ir „Regioninė plėtra“ tarpinstituciniuose veiklos planuose<sup>148, 149</sup>. Horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstituciniame veiklos plane iškeltas tikslas – *užtikrinti kokybišką, prieinamą ir tvarią sveikatos priežiūrą*, kuriam pasiekti numatytos priemonės tiesiogiai siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu:

- diegti inovatyvius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius, atkreipiant dėmesį į tikslines gyventojų grupes, siekiant gerinti paplitusių pagrindinių lėtinių ligų (kraujotakos sistemos, cerebrovaskulinių, onkologinių) ir išorinių mirties priežasčių rizikos veiksnių prevenciją;
- plėtoti infrastruktūrą, kuri sudarytų geresnes galimybes tikslinėms gyventojų grupėms laiku gauti kokybišką specializuotą (specialistų) medicinos pagalbą ir sveikatos paslaugas (pavyzdžiui, įrangos ir (arba) transporto, skirtų mobiliosioms paslaugoms ir specializuotai pagalbai minėtose vietovėse, pacientų vežimo paslaugoms, nuotolinėms sveikatos paslaugoms teikti, įsigijimas);
- didinti paramą tiksliniams projektams, kuriais bus plėtojama sveikatos priežiūros infrastruktūra, padedanti gerinti sveikatos priežiūros prieinamumą socialiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, priklausomybės ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo paslaugoms plėtoti („žemo slenksčio“ kabinetai, aktyvus konsultavimas ir asmenų, ypač menko išsilavinimo, turinčių mažas pajamas, psichikos sutrikimų, taip pat nedirbančių asmenų pritraukimas į rūkymo ir alkoholio atsisakymo grupių seansus ir pan.);

---

<sup>146</sup>„Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“, 2012, lapkričio 28, Nr. 1482“. *Valstybės žinios* 144, Nr. 7430 (2012), žiūrėta 2016 03 05, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.31A566B1512D>.

<sup>147</sup>Ten pat.

<sup>148</sup>„Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, 2014, kovo 26, Nr. 293“, žiūrėta 2015 12 15, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=468446&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=468446&p_tr2=2).

<sup>149</sup>„Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, 2014, vasario 19, Nr. 172“, žiūrėta 2015 12 15, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/faa901a09e2711e383c0832a9f635113?jfwid=-9dzqnu7ek>.

- tobulinti sveikam senėjimui užtikrinti reikalingą infrastruktūrą (ligų prevencijai ir ankstyvajai diagnostikai reikalingos infrastruktūros, taip pat geriatrinių paslaugų plėtrai, medicininei reabilitacijai atlikti, efektyviau ir greičiau sveikatai grąžinti reikalingos įrangos ir infrastruktūros atnaujinimas)<sup>150</sup>.

Mažinant regioninius skirtumus šalyje, horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstituciniame veiklos plane iškeltas tikslas – užtikrinti tolygią ir tvarią regionų plėtrą<sup>151</sup>. Šiame plane iškeltas vienas iš uždavinių – didinti viešųjų paslaugų kokybę ir prieinamumą, apima ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gerinimą. Numatytos priemonės regioniniams skirtumams mažinti, kurios siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų problemos sprendimu:

- informacijos teikimas pažeidžiamoms gyventojų grupėms, jų švietimas ir mokymas sveikos gyvensenos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo, ligų prevencijos ir kontrolės temomis;
- sveikatos gerinimo programų savivaldybėse parengimas ir įgyvendinimas siekiant mažinti vietos gyventojų sveikatos netolygumus (įskaitant bendradarbiavimo ir kompetencijų stiprinimo projektus);
- pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros atnaujinimas;
- tiksliniai veiksmai, skirti pasirinktoms tikslinėms teritorijoms, kurios išsiskiria dideliais gyventojų sveikatos būklės netolygumais, palyginti su visa Lietuva<sup>152</sup>.

Šiuose tarinstituciniuose veiklos planuose numatytos priemonės, kurias deklaruoja ES politikai, siekdami mažinti sveikatos priežiūros netolygumus: inovacijų plėtra, dėmesys pažeidžiamoms gyventojų grupėms, informacijos rinkimas ir sklaida, tikslinių priemonių taikymas tam tikrose teritorijos skirtumų mažinimui.

Šešioliktosios LR Vyriausybės 2012 – 2016 m. programoje, patvirtintoje 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228, sveikatos priežiūros netolygumų mažinimas neišskirtas prioritetine veiklos kryptimi, tačiau šioje programoje įvardintos nuostatos, kurių įgyvendinimas prisideda prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo: socialinio draudimo sistemos tvarumo užtikrinimas; jaunimo politika, eliminuojant nedarbą; sveikatos tausojimas ir stiprinimas, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politikos plėtra gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, trumpinant laukimo trukmę patekti pas šeimos gydytoją, nustatant valstybės laiduojamos (nemokamos) medicinos pagalbos teikimo valstybinėse gydymo įstaigose tvarką, garantuojant, kad apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu turimų finansinių išteklių apimtimi būtų garantuotas valstybės

<sup>150</sup> „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“.

<sup>151</sup> „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“.

<sup>152</sup>Ten pat.

laiduojamas ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose<sup>153</sup>.

Kryptingai įgyvendinant sveikatos politiką šalyje, Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ ir Nacionalinėje pažangos programoje numatytiems tikslams pasiekti, LR Seimas 2014 m. birželio 26 d. patvirtino „Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programą“, kurioje iškeltas strateginis tikslas – *pagerinti gyventojų sveikatą ir sumažinti sveikatos netolygumus*<sup>154</sup>. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo priemonės, susijusios su sveikatos apsaugos sistema, išdėstytos šios programos 4 tikslo 2 uždavinyje – *plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą*<sup>155</sup>. Numatyta įgyvendinti veiksmus, kurie tiesiogiai siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu:

- diegti efektyvius ir inovatyvius viešųjų paslaugų teikimo modelius;
- įgyvendinti kompleksines priemones priešlaikiniam mirtingumui mažinti;
- sveikatos priežiūros paslaugas teikti kuo arčiau gyvenamosios vietos, plečiant pirminės sveikatos priežiūros infrastruktūrą, gerinant specializuotą ambulatorinę pagalbą;
- centralizuotai teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms teikti reikia sudėtingos technologinės įrangos ir specialistų bei sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms teikti nereikia sudėtingos technologinės įrangos, teikti sveikatos priežiūros įstaigose arčiau paciento gyvenamosios vietos;
- plėsti slaugos paslaugas, integruoti slaugos ir socialinės globos paslaugas;
- gerinti pirminės sveikatos priežiūros organizavimą, užtikrinant tolygų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą savivaldybėse;
- skatinti bendradarbiavimą tarp gydymo įstaigų bei tarpžinybinį veikimą;
- didinti sveikatos priežiūros prieinamumą rizikos grupės gyventojams<sup>156</sup>.

Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje iškelti kiti tikslai, tiesiogiai ir netiesiogiai siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu šalyje: kurti saugesnę socialinę aplinką (mažinant skurdą ir diferenciaciją tarp socialinių – ekonominių gyventojų grupių), sveikatai palankią darbo ir gyvenamąją aplinką (kuriant saugias darbo vietas, užtikrinant saugią ir sveiką gyvenamąją aplinką), formuoti sveiką gyvenseną (sumažinant priklausomybių nuo alkoholio, tabako, skatinant sveiko maisto ir fizinio aktyvumo įpročius)<sup>157</sup>.

---

<sup>153</sup> „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, 2013, kovo 13, Nr. 228“, *Valstybės žinios* 29, Nr. 1406 (2013), žiūrėta 2016 02 13, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=494156](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=494156).

<sup>154</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“.

<sup>155</sup> Ten pat.

<sup>156</sup> Ten pat..

<sup>157</sup> Ten pat.

LR Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) yra viena pagrindinių institucijų, kuri formuoja ir įgyvendina sveikatos netolygumų mažinimo politiką šalyje. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo siekiama per sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimą, išskiriant labiausiai pažeidžiamas grupes – vaikus, neįgaliuosius, socialinės rizikos asmenis. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakyme Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ (toliau – Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų planas) traktuojama, kad „sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas, ypatingą dėmesį skiriant gyventojų sveikatos išsaugojimui, ligų prevencijai bei ankstyvai ligų diagnostikai, sveikatos priežiūros sistemos optimizavimas ją orientuojant ir pertvarkant taip, kad būtų sumažinti egzistuojantys dideli sveikatos netolygumai tarp žmonių, gyvenančių didžiųjų miestų savivaldybėse ir tarp tų, kurie gyvena rajonų savivaldybėse, tarp stabilias aukštas pajamas turinčių gyventojų ir tarp tų gyventojų, kurių pajamos yra nereguliarios ir mažos, tarp šeimoje gyvenančių ir vienišų žmonių, išlieka viena iš aktualiausių Lietuvos problemų, kurias būtina spręsti“<sup>158</sup>. Šiame plane pateikiami veiklos aprašai ir priemonės, kurios mažintų šalies gyventojų sergamumą ir mirštamumą nuo pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų (kraujotakos sistemos ligos, galvos smegenų kraujotakos sistemos ligos), tuberkuliozės, traumų ir nelaimingų atsitikimų, mažintų priklausomybę nuo alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų, išskiriamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliems ir didesnis dėmesys skiriamas vaikų sveikatai<sup>159</sup>.

Siekiant išlaikyti nacionalinės sveikatos sistemos tvarumą ir didinti efektyvumą bei užtikrinti gyventojams prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, nuo 2003 m. šalyje vykdomas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas<sup>160</sup>. Tęsiant šalies sveikatos sistemos optimizavimą ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos nuostatas, LR sveikatos apsaugos ministras 2014 m. liepos 15 d. patvirtino įsakymą Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“, kuriame numatė priemones gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimui, paslaugų prieinamumui gerinti, sveikatos sistemos efektyvinimui didinti, pertvarkant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir paslaugų struktūrą<sup>161</sup>. Šiame teisės akte reglamentuojamos pagrindinės sveikatos politikos įgyvendinimo kryptys, kurios užtikrins teisingas ir visiems prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas:

---

<sup>158</sup> „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

<sup>159</sup>Ten pat.

<sup>160</sup> „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, 2003, kovo 18, *Valstybės žinios* 28, Nr. 1147 (2003), žiūrėta 2016 02 02, [https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DE34FE8175BE/TAIS\\_224135](https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DE34FE8175BE/TAIS_224135).

<sup>161</sup> „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“.

- Lietuvos gyventojų sveikatos būklės gerinimas ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilginimas (optimizuojant sveikatos sistemos įstaigų ir paslaugų apimtį; mažinant laukimo eiles pas gydytojus ir t.t.);
- sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, netolygumų tarp miesto ir kaimo, socialinės atskirties mažinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas (teritorinio sveikatos priežiūros prieinamumo bei sveikatos lygio skirtumų mažinimas bei socialinės rizikos grupių asmenims aktualių paslaugų vystymas, ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos, prevencinių ir specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo lygio didinimas, ypač didžiausią riziką patiriančių asmenų grupių: bedarbiai, vaikai, senyvi žmonės ir atskirų teritorijų gyventojams, kuriose sveikatos rodikliai yra prasčiausi);
- sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros valdymo ir organizavimo efektyvumo didinimas (gydytojų ir odontologų pasiskirstymo regionuose optimizavimas, slaugytojų skaičiaus didinimas, kitų sektorių aktyvesnio vaidmens skatinimas ir t.t.);
- integruotų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros ir patologijų valdymo modelių įgyvendinimas<sup>162</sup>.

Įgyvendinant šalies sveikatos politiką ir sveikatos priežiūros netolygumams mažinti numatytas priemones, svarbų vaidmenį vaidina vietos savivaldos institucijos. LR Seimo 1994 m. liepos 7 d. patvirtintame Vietos savivaldos įstatyme Nr. I-533, *savarankiškoms savivaldybių funkcijoms* priskiriama: pirminė asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra (įstaigų steigimas, reorganizavimas, likvidavimas, išlaikymas), išskyrus visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybės teritorijoje esančiose ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo mokyklose ir profesinio mokymo įstaigose ugdomų mokinių pagal ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas, visuomenės sveikatos stiprinimą ir visuomenės sveikatos stebėseną; savivaldybių sveikatinimo priemonių planavimas ir įgyvendinimas; parama savivaldybės gyventojų sveikatos priežiūrai; *valstybinėms (valstybės perduotos savivaldybėms) funkcijoms* priskiriama: antrinės sveikatos priežiūros organizavimas įstatymų nustatytais atvejais ir tvarka bei visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybės teritorijoje esančiose ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo mokyklose ir profesinio mokymo įstaigose ugdomų mokinių pagal ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas, visuomenės sveikatos stiprinimas, visuomenės sveikatos stebėseną<sup>163</sup>. LR Sveikatos sistemos įstatyme, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, savivaldybėms paskirta rūpintis pirminės sveikatos priežiūros organizavimo užtikrinimu ir socialiai pažeidžiamomis grupėmis: bedarbiais, vaikais iki 16 metų, našlaičiais iki 18 metų, asmenimis, kurių pajamos yra mažesnės už valstybės remiamas, neįgaliaisiais, asmenimis, sulaukusiais senatvės

<sup>162</sup> „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“.

<sup>163</sup> „Vietos savivaldos įstatymas“.

pensijos amžių<sup>164</sup>. Savivaldybės, arčiausiai žmonių esančios valdžios įstaigos, priimdamos sprendimus dėl atskirų sektorių politikos įgyvendinimo, gali prisidėti prie socialinės ir ekonominės sanglaudos didėjimo ir užtikrinti kokybiškas ir prieinamas viešąsias paslaugas (įskaitant sveikatos priežiūros paslaugas)<sup>165</sup>.

Vertinant sveikatos politikos įgyvendinimą šalyje, LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarime Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ išvelgiamos pagrindinės problemos: *nenuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas* (nėra ilgalaikės sveikatos sistemos plėtros politikos tęstinumo, nėra sveikatos sisteminių pokyčių poveikio vertinimo, sveikatos sistema aukščiausiu politiniu lygiu vertinama ne kaip sudedamoji valstybės socialinės ir ekonominės politikos dalis, bet kaip atskiras ūkio segmentas, nepakankamai atsižvelgiama į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą skirstant lėšas, nepakankamas valstybės dėmesys visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimui, nepakankamas tarpžinybinis bendradarbiavimas, nepakankamai aiškus sveikatos apsaugos ir socialinės politikos santykis, nėra atsakomybės pasidalijimo); *neefektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema* (nepakankamai aiškus viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų dalininkų vaidmuo užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę bei atsakomybę, neužtikrintas tolygus biudžetinių ir viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas, nepakankamai veikiantys kontrolės ir stebėsenos mechanizmai, nepakankamai aktyviai plėtojamos alternatyvios sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo formos (ambulatorinė slauga, slauga namuose, dienos stacionaras, dienos chirurgija, ambulatorinė rehabilitacija ir kita), daugelyje sričių dominuoja stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos)<sup>166</sup>. Nacionalinė sveikatos taryba 2015 m. veiklos ataskaitoje pažymėjo, „nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, neefektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema yra pagrindinė problema neleidžianti pasiekti norimų sveikatos rodiklių. Dažnai priimami fragmentiški, trumpalaikiai sprendimai, neatliekamas sveikatos sistemos pokyčių vertinimas, kuris objektyviai pagrįstų pokyčių naudą arba leistų ieškoti pagrįstų alternatyvių sprendimų“<sup>167</sup>. Atkreipiamas dėmesys, kad sveikatos politiką reglamentuojančiuose teisės aktuose išskirtas sveikatos priežiūros prieinamumas geografiniu požiūriu galioja tik nesudėtingoms paslaugoms (jos turi būti suteiktos kuo arčiau gyvenamosios vietos), o sudėtingoms šis principas negalioja, nors sistema privalo užtikrinti kokybiškų ir saugių paslaugų prieinamumą visiems<sup>168</sup>.

---

<sup>164</sup> „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“, *Valstybės žinios* 63, Nr. 1231(1994), žiūrėta 2015 09 11, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=454090](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=454090).

<sup>165</sup> „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“.

<sup>166</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.

<sup>167</sup> „Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos ataskaita 2015-01-01–2015-12-31“, Vilnius, 2016, žiūrėta 2016 03 05, [http://www3.lrs.lt/pls/inter/www\\_tv.show?id=3533.1.4](http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=3533.1.4)

<sup>168</sup>Ten pat.

Apibendrinant galima teigti, valstybės vystymosi strategijoje, sveikatos politiką reglamentuojančiuose teisės aktuose, programose iškeliamas gyventojų sveikatos gerinimo ir sveikatos netolygumų mažinimo prioritetas. Kai kurios numatytos priemonės tiesiogiai siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu: valstybės laiduojama nemokama medicinos pagalba valstybinėse gydymo įstaigose, prieinamų, aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo užtikrinimas optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir teikiamų paslaugų spektrą, didinant paslaugų prieinamumą tikslinėms grupėms (socialiai pažeidžiamoms grupėms, neįgaliesiems, vaikams), taikant tikslines priemones, atsižvelgiant į teritorinius gyventojų sveikatos skirtumus, diegiant ir plečiant inovatyvius sveikatos priežiūros paslaugų modelius, ypač mažinant sergamumą ir mirštamumą nuo lėtinių neinfekcinių ligų, išorinių mirties priežasčių, išskiriama tarpsektorinio bendradarbiavimo svarba. Kitos priemonės, numatytos nacionaliniuose teisės aktuose, tiesiogiai ir netiesiogiai siejasi su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu: socialinės gerovės didinimas, nedarbo mažinimas, darbo ir gyvenamosios aplinkos gerinimas, sveikos gyvensenos ugdymas. Nors šalies politikai formuoja politiką ir numato priemones sveikatos priežiūros netolygumams mažinti, iškyla šios politikos įgyvendinimo kliūtys. Ekspertai pabrėžia nenuosekliai vykdomą sveikatos politiką šalyje ir neefektyviai organizuojamą sveikatos priežiūros sistemą, kuri užtikrintų visiems prieinamas, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, ribotą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą regionuose, pokyčių vertinimo stoką. Didžiausia atsakomybė už šalies valdančiųjų institucijų priimtų politinių sprendimų vykdymą tenka savivaldybėms, todėl svarbu analizuoti, kaip savivaldybių lygmeniu priimami ir įgyvendinami sprendimai prisideda prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo šalyje.

### 3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO POLITIKA ROKIŠKIO RAJONO SAVIVALDYBĖJE

#### 3.1. Tyrimo metodologija

##### **Rokiškio r. sav dokumentų ir teisės aktų analizė**

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimą Rokiškio r. sav., buvo atlikta Rokiškio r. sav. institucijų priimtų strateginių dokumentų ir teisės aktų analizė. Teisės aktų paieška buvo vykdoma Rokiškio r. sav. interneto svetainėje, teisinės informacijos ir rajono strategijos puslapiuose. Analizei teisės aktai buvo atrankami vadovaujantis šiais atrankos kriterijais:

- teisės aktą priėmęs subjektas (taryba, savivaldybės administracijos direktorius);
- teisės akto rūšis (strateginis plėtros planas, strateginis veiklos planas, sprendimas, įsakymas);
- raktiniai žodžiai ir jų kombinacijos pavadinime ar tekste: „sveikata“, „sveikatos priežiūra“, „sveikatos politika“, „visuomenės sveikata“, „asmens sveikatos priežiūra“;
- teisės aktų aktualios redakcijos;
- teisės aktai priimti nuo 2011 m. ir aktualios jų redakcijos (teisės aktų nuostatos įgyvendinamos šios analizės atlikimo laikotarpiu ir vėlesniais metais)

Darbe analizuoti Rokiškio r. sav. institucijų priimti teisės aktai, reglamentuojantys visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrą ir juose numatytos priemonės, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Strateginiai Rokiškio r. sav. plėtros planai (Rokiškio r. strateginis plėtros planas iki 2015 m.; Rokiškio r. strateginis plėtros planas iki 2022 m.) analizuoti vertinant juose numatytas/įvardintas priemones, siekiant mažinti sveikatos priežiūros netolygumus rajone.

Lyginant ir vertinant Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros netolygumus, vertinimo rodikliai parinkti vadovaujantis Norway Grants paramos projekto „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas (NOR-LT11-SAM-01-TF-02-001)“, projekto poveiklėje „Sveikatos netolygumų stebėsenai reikalingų rodiklių, kaupiamų įvairių sektorių turimose informacinėse sistemose surinkimo ir panaudojimo galimybių studija, parengiant išvadas“ pateikiamais vertinimo rodikliais<sup>169</sup>. Analizuoti Rokiškio r. sav. gyventojų sergamumo ir mirtingumo rodikliai, kurie parodo gyventojų sveikatos rodiklių netolygumus lyginant su Lietuva. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimui naudoti gydytojų, odontologų, slaugytojų skaičius, apsilankymų pas I ir II/III lygio paslaugas teikiančius gydytojus skaičius, stacionariųjų ir dienos stacionaro teikiamų paslaugų teikimo, lėtinių neinfekcinių susirgimų prevencinių

---

<sup>169</sup>Higienos Institutas. „Norway Grants paramos projektai“, žiūrėta 2016 01 12, <http://www.hi.lt/norway-grants-paramos-projektai.html>.



programų vykdymo pokyčiai 2011 – 2014 m. laikotarpyje. Darbe naudoti Higienos Instituto sveikatos informacijos centro ir Panevėžio teritorinės ligonių kasos pateikiami statistiniai rodikliai.

### **Kokybinis tyrimas**

Siekiant įvertinti Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką ir jos priemones bei kliūtis, kylančias įgyvendinant šią politiką, buvo atliktas *kokybinis tyrimas*, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą. Interviu metodas pasirinktas, kaip vienas pagrindinių apklausos metodų kokybiniuose tyrimuose, leidžiantis išsamiai išsiaiškinti informantų nuomonę tiriamu klausimu: „tai yra labai geras priartėjimo prie žmonių suvokimo, reikšmių, situacijų apibrėžimo ir realybės konstravimo (aiškinimo) būdas“<sup>170</sup>. Interviu metodo tikslas – gauti būtinus duomenis tyrimo uždaviniams spręsti<sup>171</sup>. Kokybinio tyrimo metu informantams buvo pateikti atviri klausimai, leidžiant jiems išsakyti subjektyvią, visapusišką nuomonę bei pasidalinti patirtimi. Tyrėjas laikėsi tyrimo procedūros ir klausimų pateikimo sekos, be to, buvo užduodami patikslinantys klausimai, kai tyrėjas pastebėdavo, jog informantas neišsamiai atsakydavo į pateiktą klausimą ir neleisdavo informantams nukrypti nuo temos. Siekiant išvengti subjektyvumo, tyrėjas neišsakydavo savo nuomonės tiriamu klausimu nei prieš tyrimą, nei tyrimo metu.

Išskiriami pagrindiniai **tyrimo etapai**:

- Klausimyno sudarymas;
- Informantų atranka;
- Pasiruošimas interviu ir jo atlikimas;
- Duomenų apdorojimas ir jų analizė.

### **Klausimyno sudarymas**

Darbo autorė parengė klausimyną, kurį sudarė atviro tipo klausimai (1 priedas). Klausimus galima suskirstyti į pagrindines grupes:

- 1 klausimas, skirtas išsiaiškinti pagrindines sveikatos politikos kryptis rajone;
- 2 – 3 klausimai, skirti įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką ir jos priemones;
- 4 – 6 klausimai, skirti išsiaiškinti kitų sektorių įgyvendinamai politikai, mažinančiai sveikatos priežiūros netolygumus bei suinteresuotųjų požiūrį į tarpsektorinį bendradarbiavimą;
- 7 – 9 klausimai, skirti išsiaiškinti kliūtis, kylančias įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką.

### **Informantų atranka**

Atsižvelgiant į analizuojamą temą, dalyvauti tyrime buvo kviečiami informantai iš Rokiškio rajono savivaldybės, taikant šiuos atrankos kriterijus:

---

<sup>170</sup>Irena Luobikienė, *Sociologinių tyrimų metodika. Mokomoji knyga* (Kaunas: Technologija, 2010), 50.

<sup>171</sup> Kęstutis Kardelis, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai* (Kaunas: Judex, 2002), 371.

- atliekamos funkcijos tiesiogiai susiję su politikos formavimu ir (ar) strateginiu planavimu ir (ar) priemonių įgyvendinimu tiesiogiai ir (ar) netiesiogiai prisidedančių prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo;
- darbo stažas rajono savivaldoje ne mažiau 5 metai.

Tyrimo dalyvavo 7 informantai (4 vyrai ir 3 moterys), turintys aukštąjį išsilavinimą. Jų darbo stažas vietos savivaldoje nuo 5 iki 20 metų (vidurkis  $14,29 \pm 5,35$  m.). Pagal užimamas pareigas tyrime dalyvavo: mero pavaduotojas, savivaldybės administracijos direktorius, mero patarėjas, savivaldybės gydytoja, sveikatos ir socialinių reikalų skyriaus vedėjas ir jo pavaduotoja, strateginio planavimo skyriaus specialistė.

### **Pasiruošimas interviu ir jo atlikimas**

Tyrėja telefonu pakvietė atrinktus informantus dalyvauti tyrime, supažindino su tyrimo tikslu bei suderino tyrimo atlikimo laiką ir vietą. Tyrimas vykdytas 2015 m. gruodžio mėn. – 2016 m. sausio mėn. informantų darbo vietose. Tyrimo trukmė nuo 20 iki 45 min.

### **Duomenų apdorojimas ir jų analizė**

Tyrimo duomenis sudaro 7 informantų interviu įrašyti diktofonu, gavus jų sutikimą. Įrašai buvo perrašyti – atlikta transkripcija. Duomenų analizei taikomas turinio (angl. *content*) analizės metodas. Turinio analizė apima – daugkartinį teksto skaitymą, esminių kategorijų išskyrimą, kategorijų turinio skaidymą į subkategorijas ir jų interpretavimą bei pagrindimą remiantis įrašytu tekstu<sup>172</sup>.

### **Tyrimo etikos principai**

Kokybiniame tyrime buvo taikomi pagrindiniai socialinių tyrimų etikos principai: interviu buvo atliekami tik gavus informantų sutikimą, jiems suteikiama informacija apie tyrimo tikslą ir pobūdį, užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas<sup>173</sup>.

---

<sup>172</sup> Luobikienė, *Sociologinių tyrimų metodika*.

<sup>173</sup> Kardelis, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*.

## 3.2. Rezultatai ir jų aptarimas

### 3.2.1. Sveikatos priežiūros netolygumų vertinimas

**Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra.** Rokiškio r. sav. gyventojams sveikatos priežiūros paslaugas teikia asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos. 85 proc. rajono gyventojų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia VšĮ Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centras (toliau – VšĮ Rokiškio PASPC), jungiantis 3 ambulatorijas, 3 bendrosios praktikos gydytojo kabinetus ir 6 medicinos punktus. 15 proc. rajono gyventojų aptarnauja viena privati sveikatos priežiūros įstaiga – UAB R. Burnicko bendrosios praktikos gydytojo kabinetas (toliau – UAB R Burnicko BPG kabinetas). Rokiškio r. sav. gyventojams pirminę psichikos sveikatos priežiūros pagalbą teikia VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centras. Stacionarinę ir gydytojų specialistų ambulatorinę pagalbą teikia VšĮ Rokiškio rajono ligoninė, sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo III etapo programos įgyvendinimo metu įgijusi rajono ligoninės lygmenį, kurioje teikiamos stacionarinės chirurgijos ir akušerijos paslaugos<sup>174</sup>. Rokiškio r. sav. veikia 15 privačių odontologinės priežiūros įstaigų. Visuomenės sveikatos priežiūrą rajone įgyvendina 2008 m. įsteigtas Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras (toliau – VSB). Nors Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra išvystyta, tačiau blogėjantys gyventojų sveikatos rodikliai rodo sveikatos priežiūros netolygumų problemą savivaldybėje. Pagal J. Figueras and M. McKee, gyventojų sveikatos rodiklių skirtumai rodo sveikatos priežiūros netolygumų egzistavimą<sup>175</sup>. Detaliau analizuojami Rokiškio r. sav. gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros rodikliai, leidžia įvertinti sveikatos priežiūros netolygumus rajone.

**Rokiškio r. sav. gyventojų sveikatos rodikliai.** J.Valentienė ir kt. nuomone: „Sergamumas, kaip sveikatos rodiklis, apibūdina ne tik gyventojų sveikatos būklę, bet netiesiogiai ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą“<sup>176</sup>. Analizuojant Rokiškio r. sav. gyventojų sergamumą, matyti, kad rajone, kaip ir šalyje, vyrauja lėtinės neinfekcinės ligos, ypač aukštas rodiklis kraujotakos sistemos susirgimų. Rokiškio r. sav. gyventojų sergamumas kraujotakos sistemos ligomis buvo aukštesnis už Lietuvos vidurkį ir 2011 m. – 2014 m. laikotarpyje nuolat augo (1 pav.). Higienos Instituto vykdyto 2012 – 2014 m. projekto „Sveikatos netolygumų mažinimas: gebėjimų rengiant veiksmų planą ir ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamus projektus stiprinimas“ metu, buvo analizuojami sveikatos netolygumai Rokiškio r. sav. ir pažymima, kad savivaldybėje vyrauja aukšti sergamumo

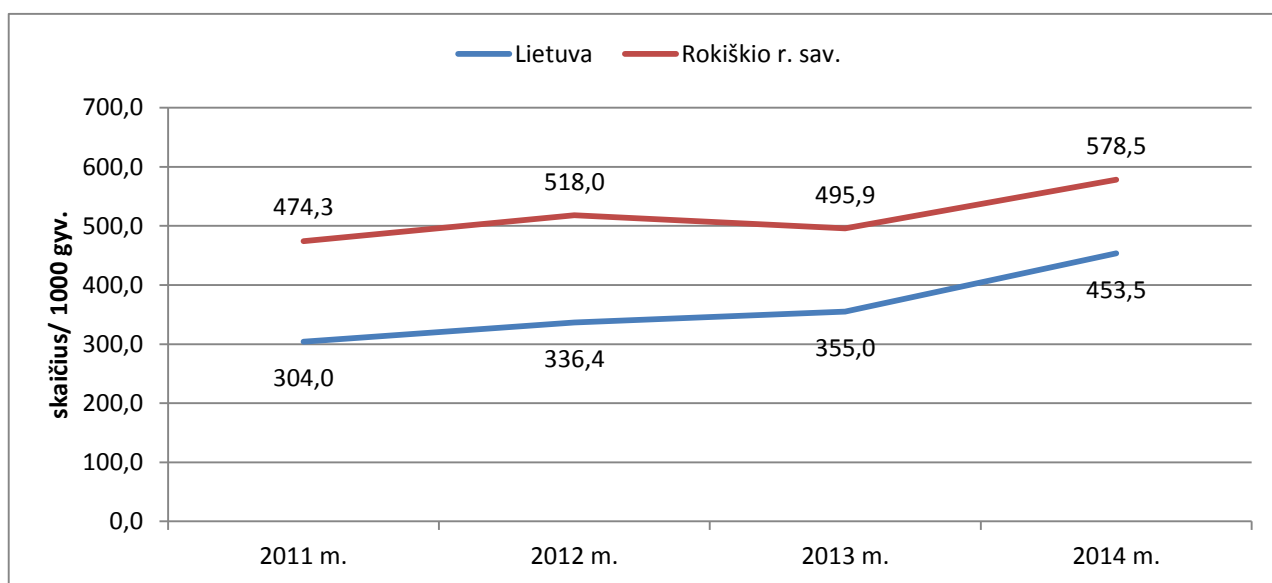
<sup>174</sup> „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, 2009, gruodžio 7, Nr. 1654“, *Valstybės žinios* 150, Nr.6713 (2009), žiūrėta 2015 12 15, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E18E4F6C4564>.

<sup>175</sup> Figueras and McKee, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*, 302.

<sup>176</sup> Jolanta Valentienė ir kt. *Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas. Rekomendacijos*, p. 25, žiūrėta 2016 02 13, <http://www.hi.lt/norway-grants-paramos-projektai.html>.

ir mirštamumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai<sup>177</sup>. Šalies gyventojų sergamumą kraujotakos sistemos ligomis, pagal E. Rinkūnienė ir kt., sąlygoja gyvenimo būdas (rūkymas, piktnaudžiavimas alkoholiu, netaisyklinga mityba, mažas fizinis aktyvumas) ir nekoreguojami sveikatos sutrikimai (padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, II tipo cukrinis diabetas) bei psichinis ir socialinis stresas<sup>178</sup>. M. Whitehead and G. Dahlgren nuomone, lėtinių ligų kontrolės stoka rodo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas<sup>179</sup>. Aukšti sergamumo kraujotakos sistemos ligomis rodikliai gyventojų tarpe, sudaro prielaidą manyti, jog savivaldybėje įgyvendinamų sveikatos politikos priemonių nepakanka arba jos įgyvendinamos neefektyviai.

**1 pav. Sergamumo kraujotakos sistemos ligomis skaičiaus 1000 gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011–2014 m.**



*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras „Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse“, žiūrėta 2016 01 09, <http://sic.hi.lt/>.

Sergamumo tuberkulioze sumažinimas nuo 2013 m. yra viena efektyviausiai įgyvendintų sveikatos politikos priemonių savivaldybėje. Tuberkuliozė (toliau – TBC) – labiausiai paplitusi, kelianti nerimą pasaulio šalių politikams bei medikams infekcinė liga. Šios ligos kontroliavimas priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo visoms gyventojų grupėms (gydymas, vaistai, ypač gydant atsparias infekcijos formas)<sup>180</sup>. TBC skirtingai paplitusi tarp Europos regiono šalių nuo 1 atvejo iki 200 atvejų/100 tūkst. gyventojų (Graikija – 4,3/100 tūkst., Vokietija – 5,3/100

<sup>177</sup> Laura Nedzinskienė ir kt., *Action-for-health: Reducing Inequalities in Health Situation Analysis and Needs Assessment in Seven EU-Countries and Regions*. (Vilnius: Higienos institutas, 2013), 52.

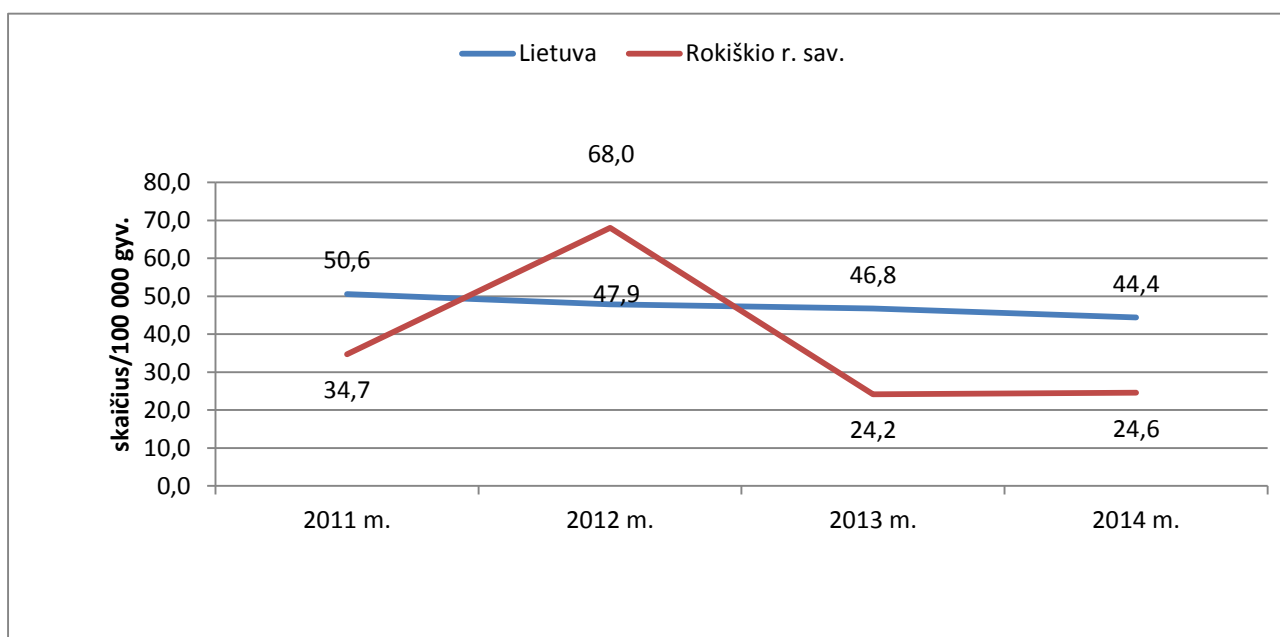
<sup>178</sup> Egidija Rinkūnienė ir kt. „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse“, *Medicinos teorija ir praktika* 19, Nr. 2 (2013): 130-136.

<sup>179</sup> Whitehead and Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*.

<sup>180</sup> WHO Regional Office for Europe, *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013*, Surveillance report, European Centre for Disease Prevention and Control, (2013):228

tūkst., Moldova – 150,7/100 tūkst., Gruzija – 127,8/100 tūkst.)<sup>181</sup>. Lietuva yra tarp šalių, kuriose aukštas sergamumas TBC. Lyginant Rokiškio r. sav. gyventojų sergamumą TBC su situacija Lietuvoje, matyti, kad 2011 m. – 2014 m. laikotarpyje Rokiškio r. sav. gyventojų sergamumas TBC buvo aukštas, ypač 2012 m. (2 pav.). Rajono savivaldybės taryba 2013 m. rugsėjo 27 d. priėmė sprendimą TS-12.217 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tuberkuliozės programos ir kontrolės 2013 – 2015 metų programos ir 2013 – 2015 metų priemonių plano patvirtinimo“, kuriame buvo numatytos priemonės: didinti gyventojų ir specialistų informuotumą; užtikrinti vakcinacijos apimtį; suaktyvinti gyventojų, esančių rizikos grupėse, profilaktinį patikrinimą; skirti pašalpas, sergantiems ir besigydančiams dėl TBC, užtikrinti besigydančių kontrolę, organizuoti sergančių TBC būtinąjį hospitalizavimą.<sup>182</sup>. Įgyvendinus tikslines priemones savivaldybėje, buvo suvaldyta pavojinga infekcinė liga: sergamumas TBC nuo 2013 m. sumažėjo beveik 3 kartus ir stabilizavosi. Be to, Rokiškio r. sav. gyventojų sergamumas TBC nuo 2013 m. mažesnis lyginant su Lietuvos vidurkiu. Tai įrodo, kad savivaldos institucijų priimtais sprendimais galima kontroliuoti pavojingų ligų plitimą.

**2 pav. Sergamumo tuberkulioze skaičius 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.**



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras. „Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse“, žiūrėta 2016 01 09, <http://sic.hi.lt/>.

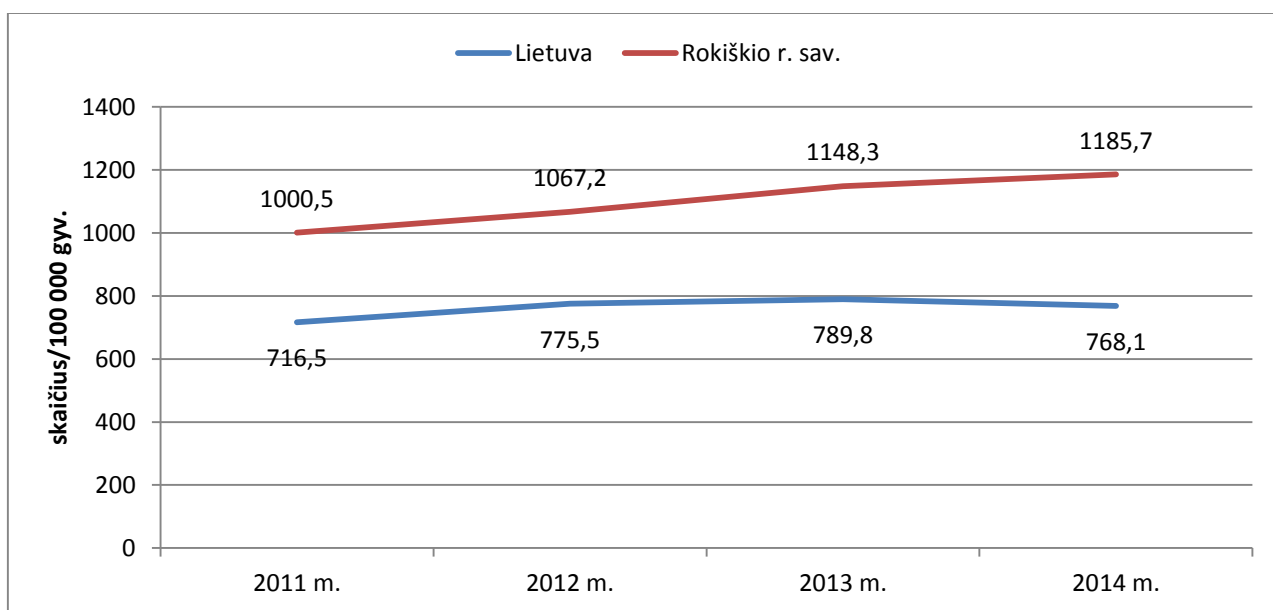
<sup>181</sup>WHO Regional Office for Europe, *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013*, Surveillance report, European Centre for Disease Prevention and Control, (2013):228.

<sup>182</sup>„Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. rugsėjo 27 d. sprendimas TS-12.217 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tuberkuliozės programos ir kontrolės 2013-2015 metų programos ir 2013-2015 metų priemonių plano patvirtinimo“.

Kitas svarbus rodiklis, apibūdinantis gyventojų sveikatos būklę – gyventojų mirtingumas. Mirtingumo rodikliai rodo ne tik gyventojų sveikatos, bet ir sveikatos priežiūros lygį, nes sveikatos priežiūros netolygumams vertinti įtraukti mirtingumo rodikliai nuo mirčių, kurių išvengimo galimybės yra didelės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros pagalba<sup>183</sup>. Rokiškio r. sav. gyventojų bendro mirtingumo rodikliai buvo aukštesni lyginant su Lietuvos mirtingumo rodikliais ir jie tolygiai augo: 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu Rokiškio r. sav. 17,4 – 19,3/1000 gyv., o Lietuvos vidurkis 12,7– 13,7/1000 gyv.<sup>184,185</sup>. Kaip ir visoje šalyje, taip ir rajone vyravo mirtingumas nuo 3-jų pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų: kraujotakos sistemos susirgimų, piktybinių navikų ir išorinių mirties priežasčių<sup>186</sup>.

Mirtingumas dėl kraujotakos sistemos susirgimų Rokiškio r. sav. gyventojų tarpe buvo žymiai aukštesnis nei Lietuvos vidurkis ir 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu nuolat augo (3 pav.). PSO požiūriu, aukštą mirtingumą dėl kraujotakos sistemos ligų sąlygoja lėtinių sveikatos sutrikimų priežiūros stoka<sup>187</sup>. Prasti statistiniai gyventojų sveikatos rodikliai sudaro prielaidą manyti, jog savivaldybėje neužtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal poreikius.

3 pav. Mirtingumo dėl kraujotakos sistemos susirgimų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“, žiūrėta 2016 01 09, <http://www.hi.lt/lt/mpr-statistine-informacija.html>.

<sup>183</sup> Jolanta Valentienė ir kt. *Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas. Rekomendacijos*, p. 25, žiūrėta 2016 02 13, <http://www.hi.lt/norway-grants-paramos-projektai.html>

<sup>184</sup> Higienos Instituto sveikatos informacijos centras. „Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse“, žiūrėta 2015 12 11, <http://sic.hi.lt/>.

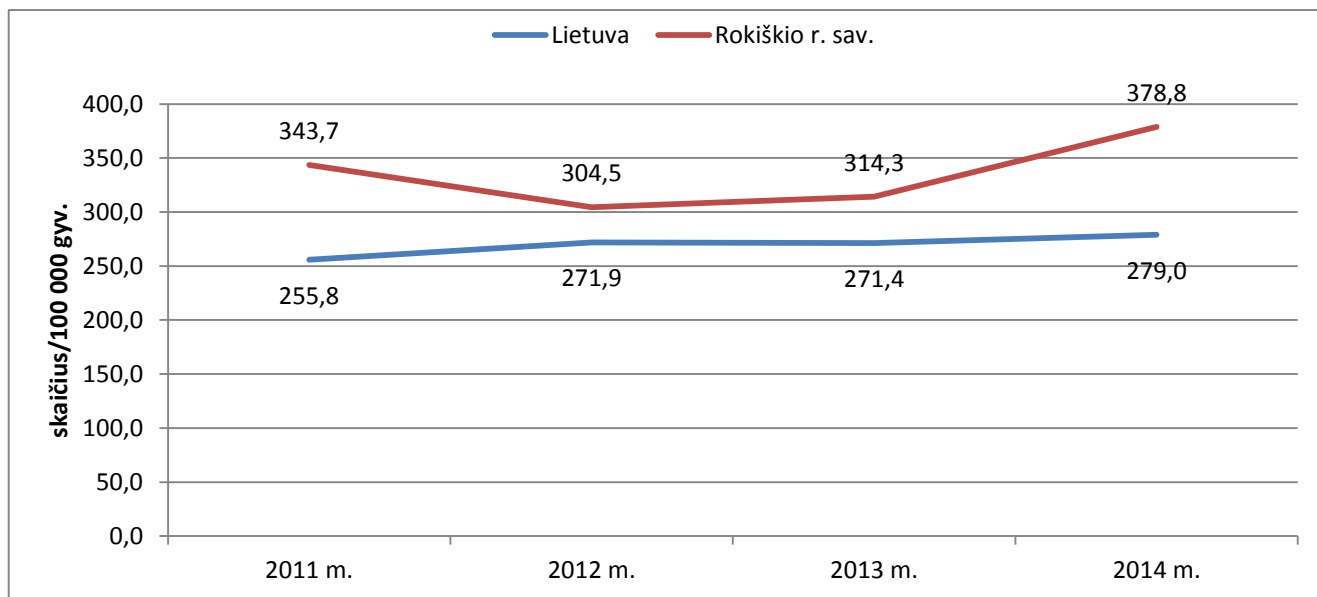
<sup>185</sup>Ten pat.

<sup>186</sup>Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“, žiūrėta 2016 01 09, <http://www.hi.lt/lt/mpr-statistine-informacija.html>.

<sup>187</sup>World Health Organization. *The European health report 2012: Charting the way to well-being*, (2013): 161

Antra pagal dažnumą mirties priežastis Lietuvoje ir rajone buvo piktybiniai navikai<sup>188</sup>. Rokiškio r. sav. gyventojų tarpe mirštamumas nuo šios ligos analizuojamu laikotarpiu aukštesnis nei Lietuvos vidurkis. Be to, 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu mirtingumo rodikliai dėl piktybinių navikų Rokiškio r. sav. augo intensyviau nei Lietuvoje (4 pav.).

4 pav. Mirtingumo dėl piktybinių navikų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011 – 2014 m.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“, žiūrėta 2016 01 09, <http://www.hi.lt/lt/mpr-statistine-informacija.html>.

Lyginant Rokiškio r. sav. ir Lietuvos gyventojų mirtingumo dėl krūtų, gimdos kaklelio ir priešinės liaukos piktybinių navikų rodiklius ir jų pokytį 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu, išryškėja skirtumai. Pasirinkti mirtingumo dėl šių lokalizacijų piktybinių navikų rodikliai, nes Lietuvoje ir Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros įstaigos vykdo šių susirgimų prevencijos programas. Rokiškio r. sav. mirtingumo rodikliai dėl šių 3-jų lokalizacijų piktybinių navikų aukštesni nei Lietuvos vidurkis, ypač gimdos kaklelio ir priešinės liaukos (5 lentelė). Analizuojamu laikotarpiu Lietuvoje ir Rokiškio r. sav. stebima neigiama mirtingumo dėl piktybinių navikų augimo tendencija. Rokiškio r. sav. gyventojų mirtingumas dėl gimdos kaklelio ir priešinės liaukos piktybinių navikų 2014 m. išaugo du kartus. Mirtingumo augimo tendencija nuo ligų, kurių galima išvengti, sudaro prielaidą manyti, kad savivaldybėje neefektyviai įgyvendinama sveikatos politika ligų prevencijos klausimais.

<sup>188</sup> „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“.

**5 lentelė. Mirtingumo dėl krūčių, gimdos kaklelio ir priešinės liaukos piktybinių navikų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.**

|  | 2011 m. | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. |
|--|---------|---------|---------|---------|
| <i>Krūčių piktybiniai navikai</i>            |         |         |         |         |
| Lietuva                                      | 31,4    | 33,6    | 35,4    | 32,4    |
| Rokiškio r. sav.                             | 36,0    | 44,2    | 45,2    | 40,4    |
| <i>Gimdos kaklelio piktybiniai navikai</i>   |         |         |         |         |
| Lietuva                                      | 12,3    | 8,3     | 9,9     | 11,4    |
| Rokiškio r. sav.                             | 14,0    | 9,2     | 16,9    | 34,6    |
| <i>Priešinės liaukos piktybiniai navikai</i> |         |         |         |         |
| Lietuva                                      | 33,9    | 42,5    | 38,8    | 38,6    |
| Rokiškio r. sav.                             | 52,7    | 50,9    | 32,5    | 72,7    |

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“, žiūrėta 2016 01 09, <http://www.hi.lt/lt/mpr-statistine-informacija.html>.

EK siūlo 2 būdus kovai su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis: sveikas gyvenimo būdas ir ankstyva diagnostika<sup>189</sup>. Lietuvoje ir Rokiškio r. sav. jau 10 metų (nuo 2006 m.) įgyvendinamos lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programos:

- asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa;
- priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa;
- atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programa;
- gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa;
- storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa (rajone įgyvendinama nuo 2013 m.)<sup>190</sup>.

PSO nuomone, lėtinių ligų prevencinės programos gali būti efektyvios, jei jose dalyvauja apie 80 proc. atrankos grupei priklausančių gyventojų<sup>191</sup>. Panevėžio teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pateiktais duomenimis apie Rokiškio r. sav. lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų

<sup>189</sup> Europos Komisija. Komisijos ataskaita Europos parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui. 2009 m. birželio 24 d. Komisijos komunikato „Kova su vėžiu: Europos partnerystė“ (KOM(2009) 291 galutinis) įgyvendinimas ir 2003 m. gruodžio 2 d. Tarybos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros (2003/878/EB) antroji įgyvendinimo ataskaita“, Briuselis, 2014 09 23, COM(2014) 584 final.

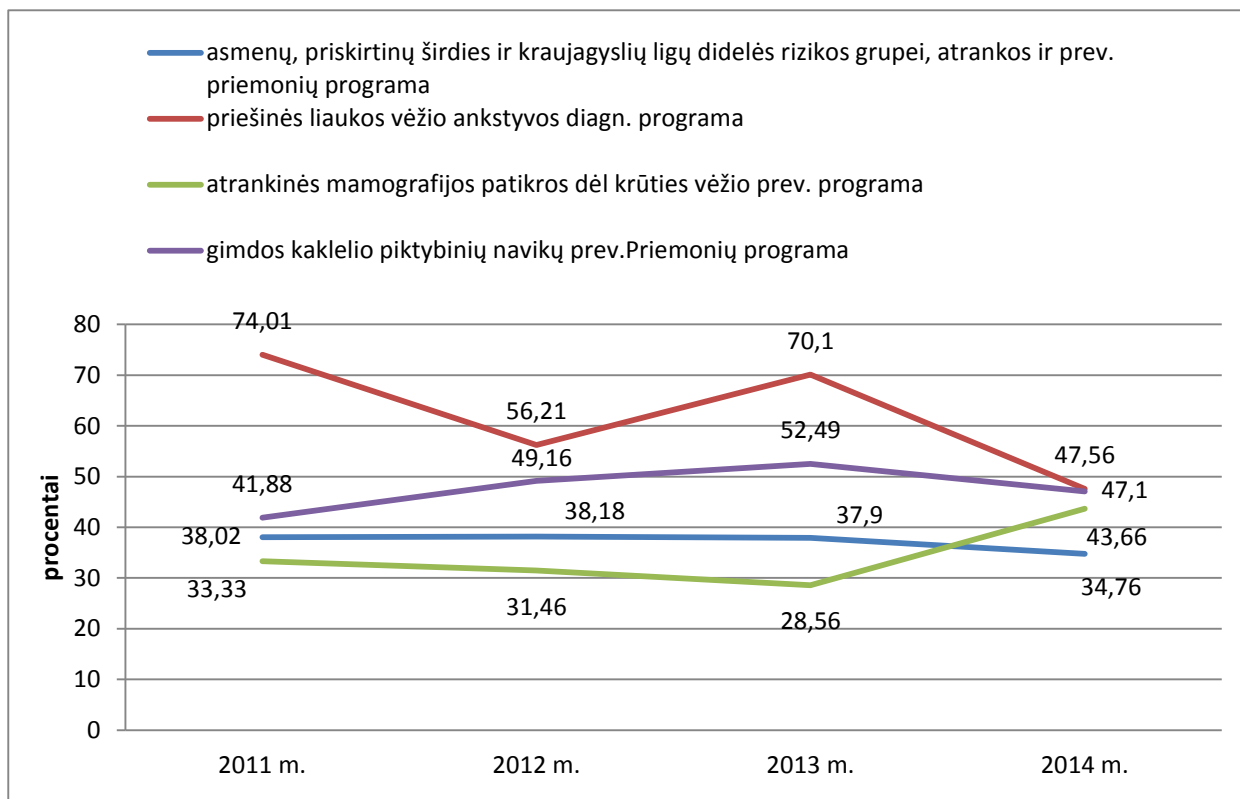
<sup>190</sup> Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Prevencijos (profilaktinės) programos“, žiūrėta 2016 03 05, <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=44>.

<sup>191</sup> “The European health report 2012”.



įvykdymo rodiklius (proc.) ir jų pokytį 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu, matyti, kad rajone šias paslaugas gauna mažiau kaip 50 proc. visų, atrankos grupei priklausančių asmenų (5 pav.)<sup>192</sup>.

5 pav. **Prevencinių programų įgyvendinimo rodiklio (proc.) pokyčiai Rokiškio r. sav. gyventojų, patenkančių į atrankines grupes, 2011–2014 m.**



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Prevencinių programų vykdymas“, žiūrėta 2015 11 10, <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=81>.

5 pav. matyti, kad žemiausias atrankinės mamografijos patikros dėl krūties vėžio trendas. Pakankamai ryškus teigiamas pokytis matyti tik 2014 m. Keliama prielaida, kad šis rodiklis išaugo dėl 2014 m. Rokiškio r. sav. vykdytos visuomenės sveikatos rėmimo fondo lėšomis finansuojamos programos (vykdytojas – VSB), kurios metu rajono moterys organizuotai buvo vežamos į kaimyninių rajonų sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias mamografijos paslaugas<sup>193</sup>. Šis faktas sudaro prielaidą manyti, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą rajone riboja atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų. Panevėžio TLK pateiktais duomenimis – kitų programų (širdies ir kraujagyslių susirgimų prevencijos, priešinės liaukos ir gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvos diagnostikos) įgyvendinimo rodiklių pokytis 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu buvo neigiamas (mažėjantis). Nepakankamas prevencinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

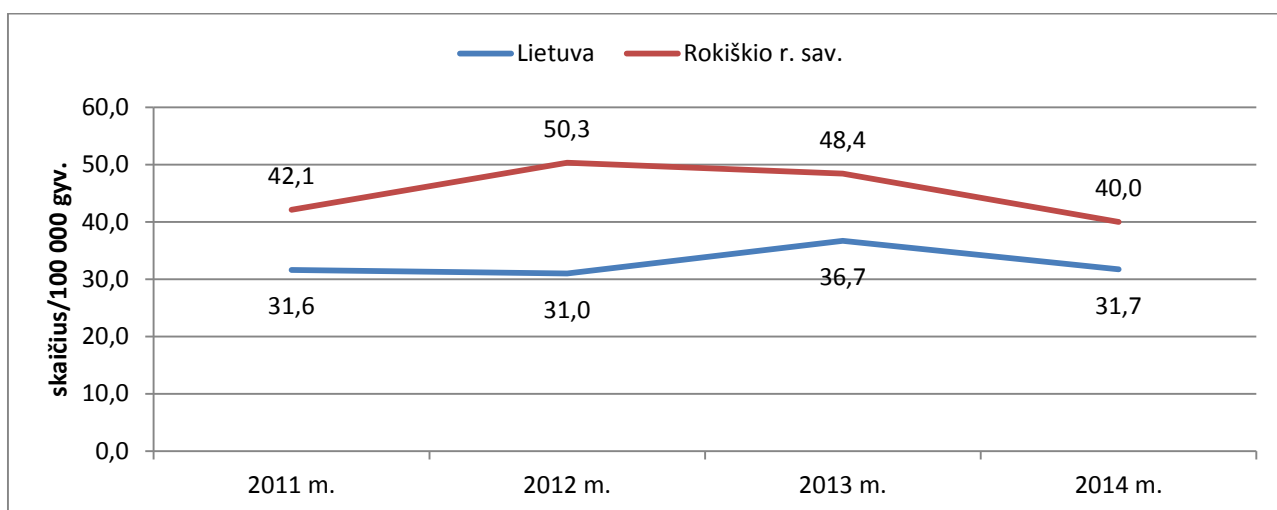
<sup>192</sup>Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Prevencinių programų vykdymas“, žiūrėta 2015 11 10, <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=81>.

<sup>193</sup>„Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-72 „Dėl pritarimo Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2014 metų veiklos ataskaitai“.

savivaldybės gyventojams, priklausantiems atrankinei asmenų grupei, didina tikimybę, kad mirtingumas nuo šių ligų didės.

Rokiškio r. sav. pasižymi aukštu savižudybių skaičiumi gyventojų tarpe<sup>194</sup>. Darbe analizuotas 2011 m. – 2014 m. laikotarpio savižudybių skaičiaus ir jo pokytis Rokiškio r. sav., nes šios mirtys tiesiogiai siejasi su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. K. Levickaitė ir kt. teigia, kad Lietuvos gyventojų savižudybių skaičius daugiau nei dešimtmetį išlieka didžiausiu Europoje, nes psichikos sveikatos centruose dominuoja medikamentinis gydymas (visiems lengvai prieinamas), tačiau neužtikrintas psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugų prieinamumas, ypač savižudybės rizika pasižymintiems asmenims<sup>195</sup>. Rokiškio r. sav. gyventojų mirtingumo nuo savižudybių rodiklis buvo ir išliko aukštesnis už Lietuvos vidurkį. Vertinant 2011 m. – 2014 m. laikotarpio savižudybių skaičiaus pokytį, matyti nedidelė mažėjimo tendencija (6 pav.).

6 pav. Mirtingumo dėl tyčinių susižalojimų (savižudybių) skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011–2014 m.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“, žiūrėta 2016 01 09, <http://www.hi.lt/lt/mpr-statistine-informacija.html>.

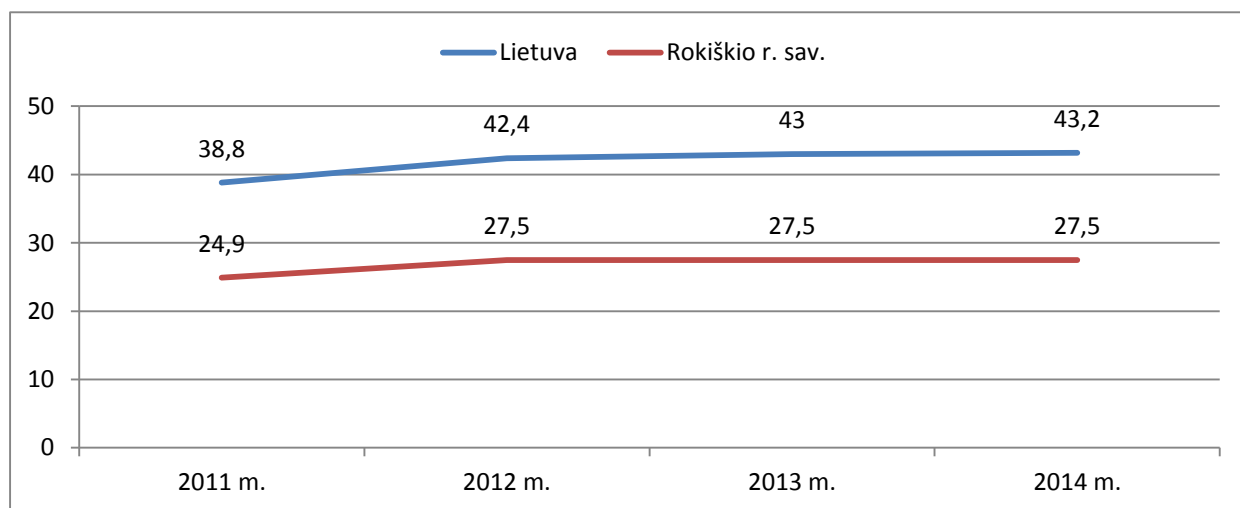
Aukštas savižudybių skaičius savivaldybėje sudaro prielaidą manyti, kad neužtikrinamas psichologinės pagalbos prieinamumas rajono gyventojams arba įgyvendinamų priemonių nepakanka.

<sup>194</sup> „Mirties priežasčių registro statistinė informacija“.

<sup>195</sup> Karilė Levickaitė ir kt. *Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvūs priemonių planas 2016-2018m.* (VŠĮ „Psichikos sveikatos perspektyvos“, 2015), [http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo\\_images/AlternatyvusPlanas.pdf](http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/AlternatyvusPlanas.pdf).

**Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros prieinamumas.** Sveikatos priežiūros specialistų skaičius yra veiksnys, lemiantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą<sup>196</sup>. Rokiškio rajonas yra geografiškai nutolęs nuo didžiųjų šalies miestų, todėl aktuali gydytojų trūkumo (ir jų senėjimo) problema. Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros įstaigų (VšĮ Rokiškio PASPC, VšĮ Rokiškio r. ligoninė) strateginiuose veiklos planuose iki 2020 m., kaip viena iš pagrindinių įstaigų silpnybių nurodoma – jaunų specialistų nenoras atvykti dirbti į rajoną ir dirbančiųjų amžiaus vidurkis (apie – 55 metai)<sup>197, 198</sup>. 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros įstaigose praktikuojančių gydytojų skaičius kito nežymiai, tuo tarpu gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų buvo beveik 2 kartus mažesnis nei Lietuvos vidurkis (7 pav.). Netolygaus teritorinio sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema būdinga ne tik Rokiškio r. sav., bet ir Europos regiono šalims<sup>199</sup>.

7 pav. **Praktikuojančių gydytojų skaičiaus 10 tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.**



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“, žiūrėta 2016 01 09, <http://sic.hi.lt/>

<sup>196</sup>Social protection Committee. *Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation*, Brussels, 2013, November 19: 11, žiūrėta 2015 11 30, <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?pager.offset=60&langId=lt&mode=advancedSubmit&policyArea=750&subCategory=758&year=0&country=0&type=0>.

<sup>197</sup>„Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. vasario 24 d. sprendimas Nr. TS-3.53, „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro 2012-2020 metų veiklos strategijos patvirtinimo“.

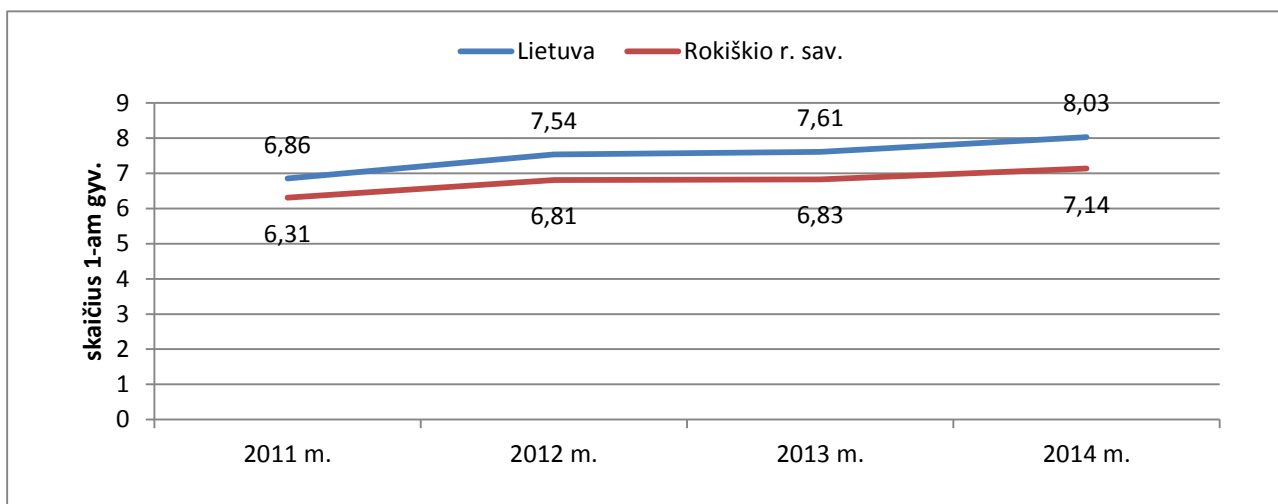
<sup>198</sup>„Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. gruodžio 22 d. sprendimas Nr. TS-14.238, „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės 2013-2020 metų veiklos strategijos patvirtinimo“.

<sup>199</sup> „Health at a Glance: Europe 2014“.

Vertinant Rokiškio r. sav. slaugytojų skaičių ir jo pokytį 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu, matyti, kad šis skaičius atitinka šalies vidurkį: Rokiškio r. sav. – 55,7– 59,3/10 tūkst. gyventojų, Lietuva – 56,6 – 59,2/10 tūkst. gyventojų<sup>200</sup>.

Nors Rokiškio r. sav. gydytojų skaičius nuo 2012 m. nesikeitė, tačiau ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų poreikis 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu augo, lyginant su Lietuvos vidurkiu – apsilankymų pas gydytojus skaičius 1-am Rokiškio r. sav. gyventojui buvo šiek tiek mažesnis (8 pav.). Atsižvelgiant į faktą, kad praktikuojančių gydytojų skaičius rajone beveik 2 kartus mažesnis už Lietuvos vidurkį, o apsilankymų skaičius mažai skiriasi, keliama prielaida, kad rajono gydytojams tenka didelis darbo krūvis, todėl ilgėja laukimo eilės pas juos, dėl šios priežasties mažėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

8 pav. Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus 1-am gyventojui pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras, „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“, žiūrėta 201601 09, <http://sic.hi.lt/>.

Analizuojant laukimo laiką pas Rokiškio r. sav. gydytojus, pažymėtina, kad pirminio lygio gydytojų paslaugų mažiausiai tenka laukti iki 3 dienų (VšĮ Rokiškio PASPC, UAB R. Burnicko BPG kabinetas, VšĮ Rokiškio psichikos centras). Problema kyla dėl gydytojų specialistų, kurių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų mažiausiai tenka laukti iki 7 dienų, o pavyzdžiui echoskopuotojo, oftalmologo, kardiologo paslaugų gali tekti laukti iki 14 dienų (VšĮ Rokiškio rajono ligoninė)<sup>201</sup>.

<sup>200</sup> „Health at a Glance: Europe 2014“.

<sup>201</sup> Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Paslaugų laukimo eilės“, žiūrėta 2015 11 03, <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=207>.

Lyginant 2011 m. – 2014 m. laikotarpio Rokiškio r. sav. gyventojų apsilankymų skaičių pas I ir II/III lygio paslaugas teikiančius gydytojus su Lietuvos vidurkiu, išryškėja šių paslaugų prieinamumo netolygumai. Nors Rokiškio r. sav. gyventojų, lyginant su Lietuvos gyventojų apsilankymų skaičiumi pas I lygio paslaugas teikiančius gydytojus, nesiskyrė, tačiau jie du kartus rečiau lankėsi pas II/III lygio paslaugas teikiančius gydytojus (6 lentelė).

**6 lentelė. Apsilankymų pas I ir II/III lygio paslaugas teikiančius gydytojus skaičiaus 1-am gyventojui pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.**

|                  | Apsilankymų skaičius 1-am gyventojui pas I lygio paslaugas teikiančius gydytojus |         |         |         | Apsilankymų skaičius 1-am gyventojui pas II/III lygio paslaugas teikiančius gydytojus |         |         |         |
|------------------|--|---------|---------|---------|---|---------|---------|---------|
|                  | 2011 m.  | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. | 2011 m.   | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. |
| Lietuva          | 5,0  | 5,3     | 5,3     | 5,6     | 2,4   | 2,7     | 2,8     | 3,0     |
| Rokiškio r. sav. | 5,0  | 5,1     | 5,1     | 5,3     | 1,2   | 1,4     | 1,3     | 1,3     |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“, žiūrėta 2016 01 09, <http://sic.hi.lt/>.

Kai kurių II/III lygio sveikatos priežiūros specialistų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų rajono gyventojams tenka vykti į kitus miestus, todėl mažėja šių paslaugų prieinamumas. Pavyzdžiui, burnos chirurgo paslaugomis 2013 m. pasinaudojo tik 2,9/1000 rajono gyventojų (Lietuvoje – 18,4/1000 gyv.), hematologo – 5,9/1000 gyv. (Lietuvoje – 6,7/1000 gyv.), neurochirurgo – 6,3/1000 gyv. (Lietuvoje – 13,7/1000 gyv.)<sup>202</sup>. Tuo tarpu aktyvių odontologų skaičius Rokiškio r. sav. iki 2012 m. buvo mažesnis už Lietuvos vidurkį, tačiau nuo 2013 m. išaugo ir viršijo šalies vidurkį. Analizuojant Rokiškio r. sav. odontologų skaičiaus ir apsilankymų pas odontologus skaičiaus, tenkančio 1-am gyventojui, pokytį 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu, pastebimas ryšys tarp šių dviejų rodiklių. Išaugus odontologų skaičiui rajone, apsilankymų pas juos skaičius taip pat išaugo ir viršijo šalies vidurkį (7 lentelė).

**7 lentelė. Aktyvių odontologų skaičiaus 10 tūkst. gyventojų ir apsilankymų pas odontologus skaičiaus 1-am gyventojui pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011 – 2014 m.**

|  | 2011 m. | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. |
|--|---------|---------|---------|---------|
| <i>Aktyvių odontologų skaičius 10 tūkst. gyventojų</i> |         |         |         |         |
| Lietuva  | 7,1     | 8,4     | 8,5     | 8,5     |
| Rokiškio r. sav.                                       | 4,7     | 6,0     | 9,2     | 9,3     |

<sup>202</sup>Jonas Narbutas. *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo netolygumai*, Panevėžio TLK, 2013.

| <i>Apsilankymų pas odontologus skaičius 1-am gyventojui</i> |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|
| Lietuva   | 1,0 | 1,1 | 1,3 | 1,4 |
| Rokiškio r. sav.  | 0,8 | 1,0 | 1,9 | 1,9 |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras, „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“, žiūrėta 2016 01 09, <http://sic.hi.lt/>

Galima daryti prielaidą, kad odontologų skaičiaus didėjimas Rokiškio r. sav. lėmė geresnį odontologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams. Tačiau tyrime nebuvo analizuotas rizikos grupių odontologinių paslaugų prieinamumas savivaldybės gyventojams. Tuo tarpu Higienos Instituto atlikto tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose gyventojams su judėjimo negalia odontologinių paslaugų prieinamumas yra ribotas dėl pastatų įrengimo specifikos (nėra įrengtų pandusų, nepritaiktos laukimo vietos), trūkstant specialių transportavimo paslaugų, 49,7 proc. tyrime dalyvavusių asmenų nurodė negaunantys paslaugų dėl finansinių sunkumų<sup>203</sup>.

Psichikos sveikatos priežiūros specialistų skaičius 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu nekito. VŠĮ Rokiškio psichikos sveikatos centre dirbo 3 gydytojai psichiatrai, 2 psichologai, 2 psichikos sveikatos slaugytojai, 1 socialinis darbuotojas<sup>204, 205, 206</sup>. Atsižvelgiant į Rokiškio r. sav. gyventojų skaičių (2014 m. – 31 810 gyv.) ir į LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 11 d. įsakyme Nr. V-679 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“, nustatytą maksimalų aptarnaujamų gyventojų skaičių (gydytojui psichiatrai – 20 000 gyv., psichologui – 40 000 gyv., psichikos sveikatos slaugytojui – 20 000 gyv.), galima daryti išvadą, kad sveikatos priežiūros specialistų rajone pakako<sup>207, 208</sup>. Tačiau aukšti sergamumo psichikos sveikatos sutrikimais rodikliai<sup>209</sup> ir didelis savižudybių skaičius

<sup>203</sup> Higienos Institutas. „Odontologinių paslaugų prieinamumas pacientams su judėjimo negalia“, žiūrėta 2016 04 12, [http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Ivykdyti%20projektai/77.%20Odontologiniu\\_pasl\\_priein\\_pacientams\\_su\\_jud\\_ne\\_galia%20\(2012\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Ivykdyti%20projektai/77.%20Odontologiniu_pasl_priein_pacientams_su_jud_ne_galia%20(2012).pdf)

<sup>204</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. balandžio 26 d. sprendimas TS-6.113 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2012 metų veiklos ataskaitai“.

<sup>205</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. balandžio 25 d. sprendimas TS-90 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2013 metų veiklos ataskaitai“.

<sup>206</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas TS-71 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitai“.

<sup>207</sup> Oficialiosios statistikos portalas, žiūrėta 2016 03 12, <http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=45df86a4-d8a0-4d6c-8998-18f2a3964b51>.

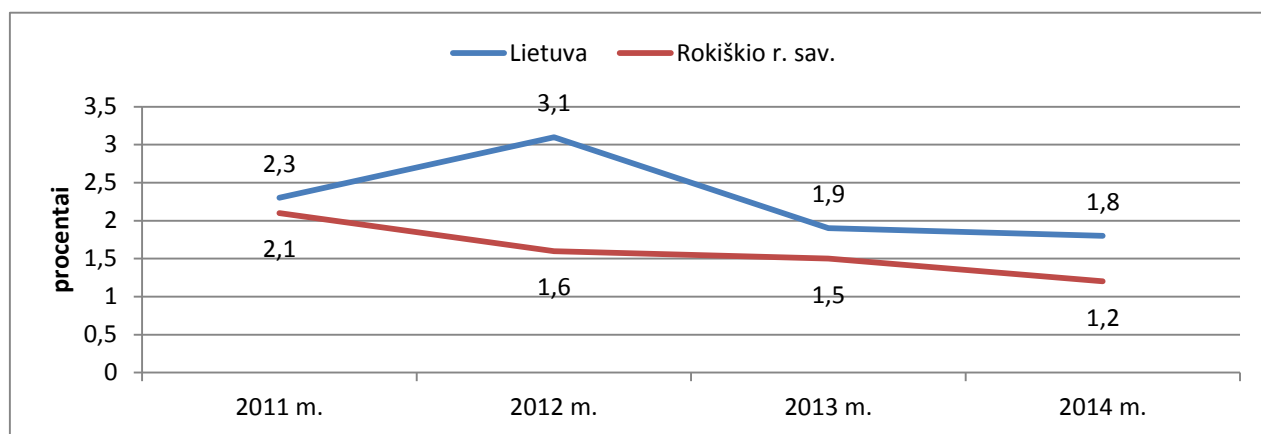
<sup>208</sup> „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-679 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios* 89, Nr. 4286, (2011), žiūrėta 2016 03 13, [http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=403825](http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=403825)

<sup>209</sup> „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“.

savivaldybėje, sudaro prielaidą manyti, kad LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatyti maksimalūs aptarnaujamų gyventojų skaičiai psichikos sveikatos priežiūros specialistams yra per dideli.

Kryptingai įgyvendinant nacionalinę sveikatos politiką savivaldybės lygiu, turi būti užtikrinamas ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas arčiau pacientų gyvenamosios vietos. Viena iš sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formų – sveikatos priežiūros specialistų lankymasis namuose. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 30 d. įsakymu Nr. V-133 „Dėl šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ buvo apibrėžti atvejai, kada šeimos gydytojas (gydytojų komandos narys) vyksta pas pacientą į namus. Ši tvarka iš dalies apribojo pacientų sveikatos paslaugų prieinamumą namuose, išskyrus vaikus iki 1 m. amžiaus, neįgaliuosius (0 – 25 proc. darbingumo lygis), sunkią negalią turinčius asmenis<sup>210</sup>. Rokiškio r. sav. kaip ir Lietuvoje šių paslaugų teikimas pacientams 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu palaipsniui mažėjo, o priėmus aukščiau minėtą teisės aktą, pasiekė žemiausią lygį (9 pav.). Rokiškio r. sav. lankymosi paciento namuose rodiklis buvo ir išliko žemesnis nei Lietuvoje. Galima daryti prielaidą, kad šių paslaugų prieinamumas Lietuvos ir savivaldybės gyventojams pasidarė mažiau prieinamas.

9 pav. Apsilankymų paciento namuose dalies (proc.), iš visų apsilankymų pas gydytojus, pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras. „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“, žiūrėta 2016 01 09, <http://sic.hi.lt/>.

Lietuvoje, kaip ir daugelyje ES šalių, būdingas aukštas stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygis<sup>211</sup>. Rokiškio r. sav. gyventojams stacionariųjų paslaugų (išskyrus stacionaro

<sup>210</sup> „LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2014, sausio 30, Nr. V-133“ žiūrėta 2016 03 25, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=465428&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=465428&p_tr2=2)

<sup>211</sup> „European semester thematic fiche. Health and Health systems, 2015“.

dienos atvejus) buvo suteikta daugiau lyginant su Lietuvos gyventojais. Tuo tarpu dienos stacionaro paslaugų Rokiškio r. sav. gyventojams buvo suteikta beveik 2 kartus mažiau lyginant su šalies vidurkiu (8 lentelė). Šalyje sveikatos politikos kryptis – teikti mažiau finansinių išteklių reikalaujančių sveikatos priežiūros paslaugų<sup>212</sup>. Stacionarinių paslaugų dominavimas Rokiškio r. sav. leidžia kelti prielaidą, jog sveikatos priežiūros ištekliai naudojami neracionaliai, nes jie investuojami į brangias stacionarines paslaugas, be to nėra augimo dienos stacionaro paslaugų.

**8 lentelė. Rokiškio r. sav. stacionarinių sveikatos priežiūros ir stacionaro dienos atvejų skaičiaus tūkst. gyventojų pokyčiai Rokiškio r. sav. ir Lietuvoje 2011– 2014 m.**

|                  | Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus stacionaro dienos atvejų) skaičius/1000 gyv. |         |         |         | Stacionaro dienos atvejų skaičiaus/1000 gyv. |         |         |         |
|------------------|--|---------|---------|---------|--|---------|---------|---------|
|                  | 2011 m.  | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. | 2011 m.                                      | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. |
| Lietuva          | 257,4  | 255,2   | 251,3   | 249,1   | 23,4   | 24,9    | 25,6    | 21,9    |
| Rokiškio r. sav. | 316,5  | 274,2   | 271,1   | 280,7   | 12,3   | 12,9    | 13,3    | 11,8    |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Higienos Instituto sveikatos informacijos centras., „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“, žiūrėta 201511 09, <http://sic.hi.lt/>.

Šalies sveikatos politikų nuomone, stacionarinių paslaugų redukavimą (mažinant hospitalizavimo skaičių) galima kompensuoti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų apimčių didinimu bei dienos stacionaro paslaugų plėtra<sup>213</sup>. Rokiškio r. sav. 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu buvo 64 slaugos ir palaikomojo gydymo lovos (1,9/1000 gyv.), Lietuvoje lovų skaičius didėjo nuo 1,5/1000 gyv.– 1,8/1000 gyv.<sup>214, 215</sup>. Rokiškio r. sav. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius atitiko Lietuvos vidurkį. Tačiau pažymint, kad Rokiškio r. sav. yra vienas labiausiai senstančių Lietuvos rajonų, ateityje slaugos paslaugų poreikis didės<sup>216</sup>. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakyme Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidacijos iki 2025 metų plano patvirtinimo“ numatyta didinti medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo lovų skaičių iki 2,5/1000 gyv.<sup>217</sup>. Siekiant integruoti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas su socialinėmis paslaugomis, LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 4 d. įsakymu Nr. V-231 „Dėl Panevėžio ir Utenos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų patvirtinimo“, buvo numatyta ne mažiau kaip 50 proc. slaugos ir

<sup>212</sup> „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“.

<sup>213</sup> „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“, 2003, gruodžio 31, „Nr. V-804“ *Valstybės žinios* 30, Nr. 999 (2004).

<sup>214</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-70 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitai“.

<sup>215</sup> „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“.

<sup>216</sup> Oficialiosios statistikos portalas, žiūrėta 2016 03 12, <http://osp.stat.gov.lt/temines-lenteles19>.

<sup>217</sup> „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“.



palaiikomojo gydymo paslaugų teikti kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis<sup>218</sup>. Tačiau iki 2014 m. Rokiškio r. sav. neįsteigta nei viena socialinės globos lova<sup>219</sup>.

VšĮ Rokiškio rajono ligoninė neteikia kai kurių specializuotų II ir III lygio sveikatos priežiūros paslaugų. Šios paslaugos gali būti suteiktos Panevėžio miesto (atstumas – 90 km.) arba Vilniaus miesto (atstumas – 159 km.) sveikatos priežiūros įstaigose. Didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų riboja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą rajono gyventojams. Be to, Rokiškio r. sav. gyventojai patiria didesnes transporto išlaidas siekdami gauti tokias pačias sveikatos priežiūros paslaugas lyginant su didžiųjų miestų gyventojais. Pažymėtina, kad komunikacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus mažina šiuolaikinių technologijų diegimas sveikatos priežiūros įstaigose. Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros įstaigos diegia e. sveikatos sistemą<sup>220</sup>, kuri leis efektyviau teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir padaryti jas labiau prieinamas. Rokiškio r. sav. yra geografiškai nutolusi nuo didžiųjų šalies miestų, todėl svarbūs savivaldybės politikų priimami sprendimai užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

**Sveikatos politika Rokiškio r. sav. institucijų sprendimuose.** Išanalizavus Rokiškio r. sav. tarybos 2011 m. – 2014 m. metinėse veiklos ataskaitose pateiktus duomenis apie priimtus sprendimus, galima teigti, kad rajono politikai linkę spręsti švietimo klausimus, o sveikatos priežiūros srities klausimai sprendžiami integruotai su socialinės paramos klausimais (9 lentelė)<sup>221, 222, 223, 224</sup>. Sveikatos ir socialinės paramos srityje priimtų sprendimų skaičius beveik 2 kartus mažesnis lyginant su švietimo srityje priimtais sprendimais. LR Vietos savivaldos įstatymu reglamentuota nuostata, jog sveikatos priežiūros ir švietimo užtikrinimas yra savivaldybės funkcijos<sup>225</sup>. Tačiau Rokiškio r. sav. tarybos ataskaitose pateikiamas priimtų sprendimų skaičius rodo, kad rajono politikai prioritetą skiria švietimo sričiai, o sveikatos priežiūros klausimams teikiamas mažesnis dėmesys.

---

<sup>218</sup> „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Panevėžio ir Utenos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų patvirtinimo“, 2007, balandžio 4, Nr. V-231“ *Valstybės žinios* 41, Nr.1548 (2007).

<sup>219</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-70 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitai“.

<sup>220</sup>Ten pat.

<sup>221</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. kovo 30 d. sprendimas NR. TS-4.97 "Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2011 metų veiklos ataskaitos"

<sup>222</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. kovo 29 d. sprendimas NR. TS-5.99 "Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 metų veiklos ataskaitos"

<sup>223</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. kovo 28 d. sprendimas NR. TS-79 "Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 metų veiklos ataskaitos"

<sup>224</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas NR. TS-106 "Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 metų veiklos ataskaitos".

<sup>225</sup> „Vietos savivaldos įstatymas“.

**9 lentelė. Rokiškio r. sav. tarybos sprendimų švietimo, sveikatos ir socialinės paramos klausimais skaičius 2011– 2014 m.**

| Svarstytų klausimų pobūdis             | Priimtų sprendimų skaičius |         |         |         |
|--|----------------------------|---------|---------|---------|
|  | 2011 m.                    | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. |
| Švietimo sritis                        | 27                         | 33      | 27      | 37      |
| Sveikatos ir socialinės paramos sritis | 15                         | 19      | 19      | 14      |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. kovo 30 d. sprendimas NR. TS-4.97 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2011 metų veiklos ataskaitos“; Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. kovo 29 d. sprendimas NR. TS-5.99 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 metų veiklos ataskaitos“; Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. kovo 28 d. sprendimas NR. TS-79 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 metų veiklos ataskaitos“; Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas NR. TS-106 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 metų veiklos ataskaitos“, žiūrėta 2015 12 01, <http://www.rokiskis.lt/lt/teisine-pagalba.html>.

Analizuojant Rokiškio r. sav. išlaidų struktūrą ir dinamiką 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu, matyti, kad sveikatos priežiūrai skiriama mažiau nei 1 proc. nuo visų išlaidų (10 lentelė)<sup>226</sup>. Įgyvendinant savivaldybei deleguotą funkciją – užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą rajono gyventojams, be to, didėjant sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui, galima teigti, kad rajono politikai sveikatos politikai neteikia prioriteto ir per mažai finansinės paramos skiria šiai sričiai.

**10 lentelė. Rokiškio r. sav. išlaidų (tūkst. Eur) pagal paslaugas pokyčiai 2011– 2014 m.**

| Rokiškio rajono savivaldybės išlaidos | 2011 m. | Proc. nuo visų išlaidų | 2012 m. | Proc. nuo visų išlaidų | 2013 m. | Proc. nuo visų išlaidų | 2014 m. | Proc. nuo visų išlaidų |
|---------------------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|
| Bendros valstybės paslaugos           | 1770,9  | 7,18                   | 1560,99 | 6,58                   | 1491,62 | 6,38                   | 1870,22 | 7,5                    |
| Gynyba                                | 49,38   | 0,20                   | 15,52   | 0,07                   | 16,13   | 0,07                   | 17,31   | 0,06                   |
| Viešoji tvarka ir visuomenės apsauga  | 553,14  | 2,25                   | 542,34  | 2,29                   | 572,95  | 2,45                   | 554,94  | 2,23                   |
| Ekonomika                             | 784,05  | 3,18                   | 774,73  | 3,27                   | 714,20  | 3,05                   | 873,75  | 3,5                    |
| Aplinkos apsauga                      | 172,72  | 0,7                    | 140,69  | 0,6                    | 146,37  | 0,6                    | 262,30  | 1,06                   |
| Būstas ir komunalinis ūkis            | 1644,37 | 6,67                   | 1843,48 | 7,78                   | 1917,97 | 8,2                    | 2185,12 | 8,81                   |

<sup>226</sup>„Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. vasario 27 d. sprendimas Nr. TS-61„Dėl Rokiškio rajono savivaldybės 2015 - 2017 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“.

10 lentelės tęsinys

|                                    |               |             |              |             |              |             |               |             |
|------------------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| Poilsis,<br>kultūra ir<br>religija | 1449,40       | 5,87        | 1532,23      | 6,46        | 1603,79      | 6,86        | 1488,38       | 6,0         |
| Švietimas                          | 13519,89      | 54,80       | 12563,31     | 52,97       | 12522,73     | 53,56       | 13101,97      | 52,8        |
| Socialinė<br>apsauga               | 4618,13       | 18,72       | 4650,51      | 19,61       | 4303,86      | 18,4        | 4242,41       | 17,10       |
| <b>Sveikatos<br/>apsauga</b>       | <b>126,88</b> | <b>0,51</b> | <b>96,93</b> | <b>0,41</b> | <b>88,62</b> | <b>0,38</b> | <b>204,18</b> | <b>0,82</b> |

Šaltinis: cit. pagal Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. vasario 27 d. sprendimas Nr. TS-61 „Rokiškio rajono savivaldybės 2015-2017 metų strateginis veiklos planas“, žiūrėta 2015 12 01, <http://www.rokiskis.lt/lt/teisine-pagalba.html>.

Apibendrinant sveikatos priežiūros netolygumų ypatumus, galima teigti, kad Rokiškio r. sav. pakankamai išvystyta sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, tačiau savivaldybė pasižymi sveikatos netolygumais, kurie gali būti sąlygoti riboto sveikatos priežiūros prieinamumo. Savivaldybėje išryškėję veiksniai, kurie įtakoja sveikatos priežiūros prieinamumą:

- sveikatos priežiūros specialistų trūkumas;
- didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų;
- nepakankamas augimas alternatyvių sveikatos priežiūros paslaugų (dienos stacionaro, paslaugų teikimo namuose) redukuojant stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas;
- nepakankamas rajono politikų dėmesys ir skiriama finansinė parama sveikatos priežiūrai.

Mažinant sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje, svarbūs Rokiškio r. sav. institucijų priimti teisės aktai bei įgyvendinamas priemonės, gerinančias sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

### 3.2.2. Teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą

Rokiškio r. sav. institucijų (savivaldybės tarybos, savivaldybės administracijos direktoriaus) priimti teisės aktai analizuoti siekiant apibrėžti teises prielaidas sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimui savivaldos lygiu ir įvertinti priemones, kurias įgyvendinant prisidedama prie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo ir sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo.

Sveikatos išsaugojimas laikomas vienu pagrindinių veiksnių sveikatos sistemos tvarumui užtikrinti, racionaliausiu būdu sveikatos ištekliams taupyti bei mažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumus<sup>227</sup>. Vienas iš vietos savivaldos uždavinių – užtikrinti ir gerinti visuomenės

<sup>227</sup>Europos Parlamentas Ir Europos Sąjungos Taryba. Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentas (ES) Nr. 282/2014, „2014 m. kovo 11 d., kuriuo nustatoma trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020

sveikatos priežiūrą. Išanalizavus Rokiškio r. sav. institucijų priimtus teisės aktus visuomenės sveikatos klausimais 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu, matyti, kad kiekvienais metais buvo tvirtinamos VSB veiklos programos, pagal kurias įgyvendinamos visuomenės sveikatos stiprinimui skirtos priemonės, vykdoma visuomenės sveikatos stebėseną, užkrečiamų ligų profilaktika ir kontrolė (11 lentelė).

**11 lentelė. Rokiškio r. sav. institucijų 2011 – 2014 m. priimtų teisės aktų, reglamentuojančių visuomenės sveikatos priežiūrą ir jos prieinamumą, nuostatos**

| Priimtas teisės aktas   | Teisės akto nuostatos   | Teisės aktą priėmusi institucija                                |
|---|---|---|
| <p>2011 m. kovo 04 d. sprendimas TS– 3.40 „Dėl pritarimo Rokiškio rajono savivaldybės VSB 2010 metų veiklos ataskaitai ir 2011 metų veiklos programos patvirtinimo“;<br/>2012 m. vasario 24 d. sprendimas NR. TS–3.56 „Dėl pritarimo Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2011 metų veiklos ataskaitai ir 2012 metų veiklos programos patvirtinimo“;<br/>2013 m. vasario 22 d. sprendimas Nr. TS–4.64 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2013 metų veiklos programos patvirtinimo“</p> | <p><u>Tikslai:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mažinti vaikų ir jaunimo sergamumą, rizikos veiksnių paplitimą, įgyvendinant sveikos gyvensenos įgūdžių formavimą ir ligų profilaktiką.</li> <li>2. Teikti kokybiškas Rokiškio rajono bendruomenei priimtinas ir prieinamas visuomenės sveikatos paslaugas.</li> <li>3. Stebėti, analizuoti ir vertinti Rokiškio rajono gyventojų sveikatos būklę ir ją veikiančius sveikatos rizikos veiksnius.</li> <li>4. Gerinti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrą ir personalo kvalifikaciją.</li> </ol> <p><u>Numatytos priemonės, didinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mokymų metu skatinti Rokiškio r. sav. gyventojus dalyvauti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programose (širdies ir kraujagyslių susirgimų, krūties ir gimdos kaklelio, prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos prev. programa).</li> <li>2. Gyventojų sveikos gyvensenos mokymus, priklausomybių prevencijos (nuo alkoholio, tabako ir kt. psichotropinių medžiagų) renginius organizuoti seniūnijose, bendruomenėse.</li> </ol> | <p>Rokiškio rajono savivaldybės taryba</p>                      |
| <p>2012 m. liepos 30 d. įsakymas AV–678 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės organizacinių priemonių plano 2012–2014 m. patvirtinimo“</p>  | <p><u>Numatytos priemonės, didinančios visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizuoti gyventojų sergamumą užkrečiamomis ligomis ir prognozes pateikti visuomenei, teikti konsultacijas šiais klausimais.</li> <li>2. Vykdyti tuberkuliozės, ŽIV/AIDS, gripo, ūmių viršutinių kvėpavimo takų infekcijos (toliau – ŪVKTI) profilaktikos ir kontrolės programas.</li> </ol>  | <p>Rokiškio rajono savivaldybės administracijos direktorius</p> |
| <p>2013 m. vasario 21 d. sprendimas Nr. TS–4.63 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės</p>  | <p><u>Tikslas:</u> tęsti nuolatinę Rokiškio rajono visuomenės sveikatos stebėsenos sistemos veiklą, kuria bus siekiama gauti išsamią informaciją apie rajono gyventojų sveikatos būklę, jai įtaką darančius veiksnius ir jų kitimo tendencijas, kuo remiantis būtų</p>  | <p>Rokiškio rajono savivaldybės taryba</p>                      |

m.) ir panaikinamas Sprendimas Nr. 1350/2007/EB", žiūrėta 2015 12 12, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&qid=1449818484896&from=EN>.

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| sveikatos stebėsenos 2013–2015 metų programos patvirtinimo"  | <p>planuojamos ir įgyvendinamos prevencinės programos.<br/><i>Pritarta įgyvendintoms priemonėms, didinančioms sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Įgyvendinant Nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 m. programą, rajone vykdytos priemonės: užtikrinta ankstyvos intervencijos paslaugų kokybė ir prieinamumas vaikams ir jaunimui, užtikrinta sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė asmenims, vartojantiems narkotines ir psichotropines medžiagas.</li> <li>2. Įgyvendinat nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategijos įgyvendinimo priemonių 2009–2013 m. planą, vykdytos priemonės: VSB bendradarbiavimas su nevyriausybinėmis organizacijomis, bendruomenėmis, savivaldybės atstovais, sprendžiant sveikatos priežiūros plėtros klausimus.</li> <li>3. Įgyvendinant Rokiškio r. sav. visuomenės sveikatos stebėsenos 2010–2012 m. programą, VSB renkami visuomenės sveikatos duomenys, analizuojama socialinių ir ekonominių veiksnių įtaka gyventojų sveikatai.</li> <li>4. Visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios 2012 m. programos lėšomis vykdyta neinfekcinių ir traumų profilaktika ir kontrolė (organizuoti renginiai, mokymai, sveikatos stovyklos ir kita); užkrečiamų ligų profilaktika ir kontrolė (mažas pajamas ir socialinės rizikos šeimose vykdyta niežų, pedikuliozės, blusų prevencija); rajono neįgaliesiems organizuota kultūrinė ir sportinė veikla.</li> </ol> |                                     |
| 2013 m. rugsėjo 27 d. sprendimas TS–12.217 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tuberkuliozės programos ir kontrolės 2013–2015 metų programos ir 2013–2015 metų priemonių plano patvirtinimo" | <p><u>Tikslas:</u> Rokiškio rajono savivaldybėje iki 2015 metų sumažinti sergamumą tuberkulioze.<br/><u>Numatytos priemonės, didinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informuotumo didinimas, mokymų organizavimas apie TBC profilaktiką, ypač socialinės rizikos grupės asmenims.</li> <li>2. Socialinės rizikos asmenų nukreipimas profilaktiniam krūtinės ląstos tyrimui dėl TBC.</li> <li>3. Vienkartinių pašalpų skyrimas mažas pajamas turintiems asmenims, kuriems skirtas ambulatorinis gydymas dėl TBC.</li> <li>4. Būtiną hospitalizavimą organizavimas sergantiems TBC, nemokamų vaistų išrašymas.</li> <li>5. Paskirto ambulatorinio prieštuberkuliozinio gydymo kontrolė.</li> </ol>  | Rokiškio rajono savivaldybės taryba |
| 2014 m. vasario 28 d. Nr.TS–34 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2014 metų veiklos programos patvirtinimo"  | <p><u>Tikslas:</u> teikti kokybiškas Rokiškio rajono bendruomenei priimtinas ir prieinamas visuomenės sveikatos paslaugas.<br/><u>Numatytos priemonės, didinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sveikos gyvensenos mokymai bendruomenėse, organizacijose, tikslinėse grupėse.</li> <li>2. Gyventojų skatinimas dalyvauti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programose.</li> <li>3. Teikti konsultacijas rizikos grupės asmenims seniūnijose priklausomybių prevencijos temomis.</li> </ol>   | Rokiškio rajono savivaldybės taryba |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | 4. Organizuoti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos priemonės senjorams. |  |
|--|---|--|

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono savivaldybė, žiūrėta 2016 01 10, <http://www.rokiskis.lt/lt/teisine-pagalba.html>.

Vertinant teisės aktus, reglamentuojančius visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumą Rokiškio r. sav., matyti, kad yra numatytos ir įgyvendinamos priemonės, gerinančios šių paslaugų prieinamumą. Priemonės nukreipiamos į tikslines gyventojų grupes (vaikai ir jaunimas, socialinės rizikos grupės, vyresnio amžiaus gyventojai), organizuojamos arčiau gyvenamosios vietos – seniūnijose, bendruomenėse, organizacijose, skatinamas bendradarbiavimas su socialiniais partneriais, nevyriausybinėmis organizacijomis, bendruomenėmis. Rokiškio r. sav. institucijų priimtuose teisės aktuose numatytos priemonės, gerinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tačiau išliekantys aukšti savivaldybės gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo lėtinių neinfekcinių ligų rodikliai leidžia kelti prielaidą apie įgyvendinamų priemonių nepakankamumą arba kitas egzistuojančias priežastis. Nors nacionaliniuose teisės aktuose pabrėžiamas visuomenės sveikatos saugojimo ir stiprinimo visuotinumai, viena iš priežasčių gali būti nusistovėjusi nuostata visuomenėje, kad sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o tik nuo valdžios priimamų sprendimų<sup>228</sup>. Pavyzdžiui, Rokiškio r. sav. VSB organizuojamuose renginiuose, kurie skirti formuoti vaikų ir jaunimo sveikos gyvensenos įgūdžius bei teisingą jų požiūrį į savo sveikatą (dalyvauja rajono švietimo įstaigų moksleiviai ir įstaigų bendruomenė), dalyvavo nuo 38 iki 3800 dalyvių. Tuo tarpu renginiuose, skirtuose suaugusių rajono gyventojų sveikatai stiprinti – lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai, fizinio aktyvumo didinimui dalyvavo nuo 30 iki 480 dalyvių<sup>229</sup>. Mažas suaugusių rajono gyventojų skaičius, dalyvavęs VSB organizuojamuose renginiuose ir vykdomose akcijose rodo, kad gyventojai stokoja motyvacijos sveikatos stiprinimui. ES strateginiuose dokumentuose iškeltas uždavinys – didinti visuomenės atsakomybę už sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą<sup>230</sup> savivaldybėje sunkiai įgyvendinams. Kita priežastis – Rokiškio r. sav. gyventojų senėjimas. Pavyzdžiui, 2014 m. savivaldybės gyventojų natūralus prieaugis – -11,0/1000 gyv.<sup>231</sup>. Darbingo amžiaus gyventojai sudarė 59,6 proc. visų savivaldybės gyventojų (šalyje – 61,8 proc.), pensinio amžiaus – 24,8 proc. (šalyje – 22,4proc.)<sup>232</sup>. Didesnis vyresnio amžiaus gyventojų skaičius savivaldybėje sąlygoja aukštesnius sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumo dėl šių ligų rodiklius, be to šių gyventojų sveikatos būklė dažnai priklauso nuo asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio užtikrinimo.

<sup>228</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.

<sup>229</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas TS-72 „Dėl pritarimo Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2014 metų veiklos ataskaitai“.

<sup>230</sup> Cser ir Heinisch. „*Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES*“.

<sup>231</sup> „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“.

<sup>232</sup> Oficialiosios statistikos portalas, žiūrėta 2015 09 15, <http://osp.stat.gov.lt/web/guest>.

Rokiškio r. sav. institucijų priimti teisės aktai, apibrėžiantys rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir teikiamų paslaugų prieinamumą, pateikiami 12 lentelėje.

**12 lentelė. Rokiškio r. sav. institucijų 2011 – 2014 m. priimtų teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūrą ir jos prieinamumą, nuostatos**

| Priimtas teisės aktas   | Teisės akto nuostatos   | Teisės akta priėmusi institucija                         |
|---|---|--|
| <b><i>VšĮ Rokiškio PASPC veiklą ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą reglamentuojantys teisės aktai</i></b>   |   |  |
| 2012 m. vasario 24 d. sprendimas Nr. TS–3.53 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro 2012– 2020 metų veiklos strategijos patvirtinimo“   | <p><u>Numatytos strategijos kryptys, didinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ligų prevencijos didinimas, sergamumo ir išvengiamo mirtingumo mažinimas plečiant profilaktinių programų įgyvendinimo apimtį, suteikiant pacientams informaciją ir juos aktyviai skatinant, įtraukiant į šią veiklą visus sveikatos priežiūros specialistus; plečiant bendradarbiavimą su VSB, visuomeninėmis organizacijomis, seniūnijų bendruomenėmis, žiniasklaida, įgyvendinant bendrus sveikatinimo projektus; diegiant naujus skubius tyrimus, siekiant pagerinti ankstyvą diagnostiką tų susirgimų, kurie yra dažniausia mirties priežastis.</li> <li>2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kokybės ir saugos gerinimas tobulinant darbo organizavimą taip, kad gydytojo darbo laikas būtų maksimaliai išnaudotas tiesioginiam darbui su pacientu; plečiant slaugos paslaugų namuose teikimo apimtį; nuolat keliant darbuotojų kvalifikaciją, atnaujinant medicininę įrangą.</li> <li>3. Plėsti informacinių technologijų naudojimo apimtį, e. sveikatos sistemos plėtrą.</li> <li>4. Sudaryti patrauklią darbo aplinką, siekiant pritraukti jaunos šeimos gydytojus atvykti į įstaigą – modernizuoti visas darbo vietas, tobulinti darbo apmokėjimo tvarką.</li> </ol> | Rokiškio rajono savivaldybės taryba                      |
| 2013 m. balandžio 26 d. įsakymas Nr. AV–379 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro siektinų veiklos užduočių 2013 metams patvirtinimo“; 2014 m. balandžio 28 d. Nr. AV–357 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro siektinų veiklos užduočių 2014 metams patvirtinimo“ | <p><u>VšĮ Rokiškio PASPC numatyti siektini kokybiniai rodikliai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis.</li> <li>2. Kokybės vadybos sistemos vystymas.</li> <li>3. Siekti, kad darbuotojų kaita nepablogintų įstaigos veiklos ir darbo organizavimo rezultatų.</li> <li>4. Plėsti profilaktinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį.</li> <li>5. Plėsti informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygį</li> </ol>  | Rokiškio rajono savivaldybės administracijos direktorius |
| <b><i>VšĮ Rokiškio rajono ligoninės veiklą ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą reglamentuojantys teisės aktai</i></b>  |   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 2012 m. gruodžio 28 d. sprendimas Nr. TS– 14.238 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės 2013– 2020 metų veiklos strategijos patvirtinimo“.  | <u>Uždaviniai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u><br>1. Nuolat didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvairių pacientų grupių atžvilgiu.<br>2. Užtikrinti aukštą paslaugų kokybę.<br>3. Kelti darbuotojų kvalifikaciją.<br>4. Atnaujinti medicininę įrangą.<br>5. Plėsti paslaugų spektrą.<br>6. Nuolat tobulinti darbo organizavimą.<br>7. Vykdyti prevencines sveikatinimo programas.<br>8. Diegti naujų gydymo ir tyrimo metodus.<br>9. Plėsti informacinių technologijų naudojimo apimtis.<br>10. Vykdyti e. sveikatos projektą.<br>11. Pritraukti naujus darbuotojus į įstaigą.<br>12. Plėsti bendradarbiavimą su socialiniais partneriais, visuomeninėmis organizacijomis, žiniasklaida.  | Rokiškio rajono savivaldybės taryba                      |
| 2012 m. balandžio 26 d. Nr. AV–413 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės ir viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro veiklos užduočių projektų 2012 metams tvirtinimo“ | <u>VšĮ Rokiškio r. ligoninei numatyti siektini kokybiniai rodikliai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u><br>1. Teikti pacientams mokslu ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas, saugias, kokybiškas, atitinkančias pacientų poreikius ir interesus bei lūkesčius asmens sveikatos priežiūras paslaugas.<br>2. Siekti, kad 2012 m. darbuotojų kaita nepablogintų įstaigos veiklos ir darbo organizavimo rezultatų, nesikeistų gydytojų skaičius mažėjimo linkme, pritraukti naujus gydytojus darbui įstaigoje, ruošti ligoninei reikalingų specialybių gydytojus (gastroenterologą, kardiologą, chirurgą ir kt.), apmokant rezidentūros išlaidas.<br>3. Didinti prioritetinių paslaugų – dienos chirurgijos, stebėjimo, ambulatorinės reabilitacijos, ambulatorinių konsultacijų, priėmimo – skubios pagalbos, dienos stacionaro - dalį teikiamų paslaugų struktūroje.<br>4. Diegti ir atnaujinti pažangias informacines technologijas.<br>5. Diegti e.sveikatos projekte numatytas priemones. | Rokiškio rajono savivaldybės administracijos direktorius |
| 2014 m. gruodžio 19 d. sprendimas Nr. TS–264 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės sveikatos apsaugos paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“.   | <u>Numatyta priemonė –įsigijus kompiuterinį tomografą, bus pasiekti rezultatai:</u><br>1. Laiku užtikrinama kokybiška, šiuolaikinius reikalavimus atitinkanti diagnostika.<br>2. Sutrumpėja pacientų ištyrimo ir hospitalizavimo laikas.<br>3. Pagerėja asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas rajono gyventojams.   | Rokiškio rajono savivaldybės taryba                      |
| <b><i>VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centro veiklą ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą reglamentuojantys teisės aktai</i></b>   |   |  |
| 2012 m. balandžio 30 d. Nr. AV– 423 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro veiklos užduočių projekto 2012 metams tvirtinimo“  | <u>VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centrui numatyti siektini kokybiniai rodikliai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u><br>1. Teigiamai vertinančių įstaigos darbą pacientų skaičius.<br>2. Nededėjantis darbuotojų kaitos rodiklis.<br>3. Naujų informacinių technologijų įdiegimas.   | Rokiškio rajono savivaldybės administracijos direktorius |
| 2014 m. balandžio 28 d. Nr. AV– 350 „Dėl viešosios įstaigos  | <u>VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centrui numatyti siektini kokybiniai rodikliai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą:</u>   | Rokiškio rajono savivaldybės                             |



|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Rokiškio psichikos sveikatos centro siektinų veiklos užduočių 2014 metams patvirtinimo" | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teikti pacientams mokslu ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas, saugias, kokybiškas, atitinkančias pacientų poreikius ir interesus bei lūkesčius asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tuo siekiant kelti pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygį.</li> <li>2. Siekti, kad darbuotojų kaita nepablogintų įstaigos veiklos ir darbo organizavimo rezultatų.</li> <li>3. Didinti prioritetinių paslaugų apimtį.</li> <li>4. Diegti ir atnaujinti pažangias informacines technologijas.</li> </ol> | administracijos direktorius |
|---|--|-----------------------------|

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono savivaldybė, žiūrėta 2016 01 10, <http://www.rokiskis.lt/lt/teisine-pagalba.html>.

Teisės aktuose, reglamentuojančiuose VšĮ Rokiškio PASPC veiklą, galima išskirti numatytas, paslaugų prieinamumą gerinančias priemones: ligų prevencijos apimčių didinimą, darbo organizavimo tobulinimą, jaunų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimą, e. sveikatos plėtrą, bendradarbiavimą su VSB, bendruomenėmis gerinimą. Rokiškio r. sav. institucijų priimtuose teisės aktuose, reglamentuojančiuose VšĮ Rokiškio rajono ligoninės veiklą, numatytos priemonės ir siekiai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą rajono gyventojams: plėsti paslaugų spektrą, didinti dienos stacionaro, ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, modernizuoti medicininę įrangą, vykdyti prevencines programas, tobulinti darbo organizavimą, diegti e. sveikatą, pritraukti jaunų sveikatos priežiūros specialistų į įstaigą, plėsti bendradarbiavimą su socialiniais partneriais. VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centro paslaugų prieinamumo gerinimui numatyta išlaikyti turimų sveikatos priežiūros specialistų skaičių ir diegti pažangias informacines technologijas. Atsižvelgiant į faktą, kad savivaldybėje aukštas savižudybių rodiklis, Rokiškio r. sav. priimtuose teisiniuose dokumentuose nenumatytos priemonės, šiai problemai spręsti.

Pažymėtina, kad 2011 m. – 2014 m. laikotarpio Rokiškio r. sav. institucijų priimtų teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros veiklą, nėra daug, keliamos užduotys įstaigoms ir siektini kokybės rodikliai analizuojamu laikotarpiu kartojasi ir išlieka tokie patys: užtikrinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, kontroliuoti darbuotojų kaitą, tobulinti darbo organizavimą, diegti naujas pažangias technologijas įstaigose. Dauguma šiuose teisės aktuose numatytų priemonių ar siektinų rezultatų skirti didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui.

Kasmet Rokiškio r. sav. taryba tvirtina rajono sveikatos priežiūros įstaigų direktorių veiklos ataskaitas. Išanalizavus veiklos ataskaitose pateiktus duomenis, matyti įstaigų veiklos pokyčiai siejami su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu VšĮ Rokiškio PASPC mažėjo sveikatos priežiūros specialistų skaičius, ypač ryškus gydytojų skaičiaus mažėjimas 2013 m., o slaugytojų – 2014 m. Pažymint, kad sveikatos priežiūros paslaugų poreikis rajone augo, mažėjant sveikatos priežiūros specialistų, pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas mažėjo. Nacionaliniuose teisės aktuose iškeliamas pirminės sveikatos priežiūros

paslaugų plėtros prioritetas<sup>233</sup>, savivaldybėje nėra įgyvendinamas. Kasmet didėjo greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) pacientų pervežimo skaičius, nes rajono sveikatos priežiūros įstaigos neteikė dalies sveikatos priežiūros paslaugų (13 lentelė). Tai rodo, jog savivaldybėje užtikrinamas komunikacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas teikiant specializuotas paslaugas.

**13 lentelė. VšĮ Rokiškio PASPC 2011 – 2014 m. veiklos pokyčiai, susiję su pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu**

|   | 2011 m. | 2012 m. | 2013 m. | 2014 m. |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Priimtų į darbą gydytojų skaičius                               | 0       | 1       | 1       | 0       |
| Priimtų į darbą slaugytojų skaičius                             | 0       | 1       | 0       | 0       |
| Atleistų iš darbo gydytojų skaičius                             | 0       | 2       | 6       | 1       |
| Atleistų iš darbo slaugytojų skaičius                           | 1       | 7       | 3       | 9       |
| Greitosios medicinos pagalbos (GMP) pacientų pervežimų skaičius | 655     | 610     | 661     | 720     |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-69 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2014 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“; Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. balandžio 25 d. sprendimas Nr. TS-88 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2013 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“; Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-6.112 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2012 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“; Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-5.113 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2011 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.

Išanalizavus Rokiškio r. sav. tarybos patvirtintas VšĮ Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus veiklos ataskaitas, pažymėtina, kad įstaigoje 2011 m. – 2014 m. laikotarpiu mažėjo darbuotojų skaičius nuo 289 iki 278, apsilankymų pas gydytojų skaičius nuo 75208 iki 70964, gydytojų specialistų konsultacijų skaičius nuo 53822 iki 49001, hospitalizavimo skaičius nuo 6314 iki 5099<sup>234, 235, 236, 237</sup>. Analizuojamu laikotarpiu, sumažėjus įstaigos žmogiškiesiems ištekliams ir teikiamų paslaugų apimtims, įstaigoje buvo vykdomi projektai, didinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą: radiologinės pagalbos optimizavimo Lietuvoje projekto metu įsigyta skaitmeninė rentgeno diagnostikos sistema; ambulatorinių, stacionarinių bei palaikomojo gydymo ir

<sup>233</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“.

<sup>234</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-5.114 "Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2011 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo"“.

<sup>235</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-6.111 "Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2012 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo"“.

<sup>236</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. balandžio 25 d. sprendimas Nr. TS-89 "Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2013 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo"“.

<sup>237</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-70 "Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo"“.

slaugos paslaugų kokybės gerinimo VŠĮ Rokiškio ligoninėje projekto lėšomis įsigyta medicininė įranga antrinio lygio konsultacijoms, ambulatorinei reabilitacijai, priėmimo – skubios pagalbos paslaugoms, palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugoms teikti, suremontuotos patalpos ambulatorinės reabilitacijos, dienos chirurgijos, paliatyviosios pagalbos ir antrinio lygio konsultacijoms teikti; įgyvendinta elektroninių sveikatos paslaugų plėtra; palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus Pandėlio poskyrio atnaujinimas<sup>238</sup>.

Apibendrinant galima teigti, kad Rokiškio r. sav. institucijų priimtuose teisės aktuose, reglamentuojančiuose visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumą, numatytos priemonės, didinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Negerėjantys rajono gyventojų sveikatos rodikliai, sudaro prielaidą manyti, kad šiuose teisės aktuose numatytų įgyvendinamų priemonių nepakanka arba egzistuoja kitos blogėjimo priežastys. Rokiškio r. sav. institucijų priimtuose teisės aktuose reglamentuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas ir prieinamumo didinimas, tačiau rajono pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos direktoriaus veiklos ataskaitose pateikiami veiklos rodikliai (sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus mažėjimas) rodo pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo mažėjimą. Rokiškio r. sav. stacionarines paslaugas teikiančioje sveikatos priežiūros įstaigoje, mažėjant stacionarinių paslaugų teikimo apimtims buvo įgyvendinti projektai, gerinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą: modernizuota specializuotų ambulatorinių paslaugų medicininė įranga, plečiama ambulatorinė reabilitacija, palaikomojo gydymo ir slaugos bei paliatyviosios pagalbos paslaugos, diegiama e. sveikata. Tarp Rokiškio r. sav. institucijų priimtuose teisės aktuose nėra numatytų priemonių psichikos sveikatos priežiūros prieinamumui gerinti.

### 3.2.3. Strateginių dokumentų, susijusių su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu, analizė

Rokiškio r. sav. strateginės kryptys, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo, reglamentuojamos strateginiuose savivaldybės dokumentuose. Darbe detaliau analizuojamas Rokiškio r. sav. tarybos 2012 m. spalio 26 d. sprendimas TS–11.192 „Dėl sektoriinių studijų ir atnaujinto Rokiškio rajono plėtros strateginio plano iki 2015 metų patvirtinimo“ (toliau – Rokiškio r. plėtros strateginis planas iki 2015 m.)<sup>239</sup>. Šiame dokumente išskiriama viena iš prioritetinių sričių – *žmogiškųjų išteklių ugdymas bei tobulinimas, gyvenimo kokybės užtikrinimas*, apimantis užimtumo didinimo, socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo priemones, prisidedančias prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo rajone (14 lentelė).

<sup>238</sup> „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.

<sup>239</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. spalio 26 d. sprendimas TS-11.192 „Dėl sektoriinių studijų ir atnaujinto Rokiškio rajono plėtros strateginio plano iki 2015 metų patvirtinimo“.

**14 lentelė. Rokiškio r. plėtros strateginio plano iki 2015 m. priemonių plane numatytos priemonės, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo**

|   |   |
|---|---|
| <b>Prioritetas. Žmogiškųjų išteklių ugdymas bei tobulinimas, gyvenimo kokybės užtikrinimas.</b>   |   |
| <i>Tikslas – taikyti aktyvias darbo priemones, gerinti neįgaliųjų integraciją į darbo rinką.</i>  |   |
| <i>Uždavinys:</i> skatinti darbo vietų kūrimą.  | <i>Priemonės:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subsidijuoti naujai steigiamas darbo vietas.</li> <li>2. Remti pradedančius darbinę veiklą asmenis pagal naujai įgytą profesiją.</li> <li>3. Plėtoti vietinių užimtumo iniciatyvų projektus bei kitus bendruomeninius projektus didelio nedarbo teritorijose.</li> <li>4. Papildomai remiamų bedarbių, siekiant jų įsitvirtinimo darbo rinkoje subsidijuojamas įdarbinimas.</li> <li>5. Plėtoti užimtumo rėmimo bendrąsias paslaugas. vykdyti viešųjų darbų programą</li> </ol>   |
| <i>Uždavinys:</i> padidinti neįgaliųjų ir kitų socialinės atskirties grupių integraciją į darbo rinką   | <i>Priemonės:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizuoti profesinės reabilitacijos paslaugas neįgaliesiems.</li> <li>2. Vykdyti viešųjų darbų programą.</li> <li>3. Remti ir skatinti neįgaliųjų savarankišką užimtumą.</li> </ol>   |
| <i>Tikslas – sukurti socialinių ir viešųjų paslaugų teikėjų įvairovę, gerinti paslaugų teikimo bazę.</i>  |   |
| <i>Uždavinys:</i> optimizuoti socialinių ir viešųjų paslaugų (sveikatos priežiūra, viešasis saugumas ir kt.) teikimo tinklą, modernizuoti paslaugas teikiančias įstaigas. | <i>Priemonės:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atnaujinti rajono medicinos įstaigų pastatus ir medicininę įrangą: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 VšĮ Rokiškio PASPC modernizavimas, atliekant patalpų remontą ir atnaujinant medicininę įrangą;</li> <li>1.2 VšĮ Rokiškio rajono ligoninės palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus Pandėlio poskyrio atnaujinimas.</li> <li>1.3 Aleksandravėlės, Suvainišio ir Kriaunų bendruomenės medicinos punktai.</li> </ol> </li> <li>2. Renovuoti medicinos punktus mokyklose ir gimnazijose.</li> <li>3. Įdiegti modernią diagnostinę aparatūrą sveikatos priežiūros įstaigose (įsigytas skaitmeninis rentgeno aparatas).</li> <li>4. Elektroninės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų informacinės sistemos diegimas VšĮ Rokiškio PASPC.</li> <li>5. Stiprinti sveikatos priežiūrą gerinant specializuotas paslaugas; užtikrinti asmens sveikatos paslaugų teikimo saugumą ir kokybę pacientams bei darbuotojams.</li> <li>6. Gerinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę kaimuose sukurti optimalų, tolygiai išdėstytą kaimo medicinos punktų tinklą.</li> </ol> |
| <i>Uždavinys:</i> Įgyvendinti prevencijos principus socialinių ir viešųjų paslaugų teikimo srityje.   | <i>Priemonės:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stiprinti visuomenės sveikatą savivaldybės bendruomenėje organizuojant renginius, diskusijas, paskaitas, seminarus, konferencijas, akcijas, informacinius pranešimus, pranešimus spaudai, publikacijas internete.</li> <li>2. Vykdyti savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą).</li> </ol>   |
| <i>Tikslas – sumažinti socialinę atskirtį, išplėsti socialinių paslaugų spektrą.</i>  |   |
| <i>Uždavinys:</i> sukurti socialinių ir viešųjų paslaugų teikėjų įvairovę.  | <i>Priemonės:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Įsteigti dienos centrą VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centro patalpose.</li> <li>2. Įkurti vaikų užimtumo dienos centrų Rokiškio rajone ir juos plėsti.</li> <li>3. Įsteigti nakvynės namus Rokiškio rajone.</li> <li>4. Plėsti Rokiškio socialinės paramos centro paslaugas ir gerinti infrastruktūrą.</li> <li>5. Įgyvendinti jaunimo socializacijos ir jaunimo politikos programas.</li> <li>6. Vykdyti narkotikų ir narkomanijos nusikalstamų veikų prevencija ir</li> </ol>  |

|  |   |
|--|---|
|  | kontrolės programa.<br>7. Įsteigti krizių centrą moterims ir vaikams, patyrusiems šeimoje smurtą. |
| <i>Uždavinys:</i><br>pritaikyti žmonėms su negalia švietimo, kultūros ir specialaus ugdymo įstaigas. | <i>Priemonės:</i><br>1. Įrengti reikiamus įrenginius žmonėms su negalia.                          |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. gegužės 8 d. sprendimas Nr. TS-136 „Dėl Rokiškio rajono plėtros strateginio plano iki 2015 metų priemonių plano patvirtinimo“, žiūrėta 2015 12 12, <http://www.rokiskis.lt/lt/rajono-strategija.html>.

Rokiškio r. plėtros strateginiame plane iki 2015 m. iškeltas vienas iš tikslų – taikyti aktyvias darbo priemones, integruoti neįgaliuosius į darbo rinką, kuriant naujas darbo vietas, skatinant verslo plėtrą, vykdant viešųjų darbų programas. Šios priemonės mažina socialinę atskirtį, gerina gyventojų socialinę padėtį, kuri siejasi su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu<sup>240</sup>. Rajone įgyvendinamos socialinės apsaugos ir nedarbo mažinimo priemonės mažina skurdo riziką rajone, didindamos gyventojų ekonomines galimybes gauti (mokamas) sveikatos priežiūros paslaugas. Dokumente numatytos priemonės, susijusios su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, orientuotos į šių įstaigų materialinės bazės gerinimą, medicininės įrangos, patalpų modernizavimą, o vykdant visuomenės sveikatos priežiūrą rajone numatoma įgyvendinti sveikatą stiprinančias priemones ir visuomenės sveikatos stebėseną. Šiame strateginiame dokumente pasigendama sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios krypties, nėra numatytų visuomenės sveikatos politikos priemonių, skirtų pažeidžiamoms gyventojų grupėms.

Rokiškio r. plėtros strateginiame plane iki 2015 m. numatytų priemonių įgyvendinimo rodikliai pateikiami kasmetinėse ataskaitose. Priemonių, susijusių su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu, įgyvendinimo rodikliai pateikiami 15 lentelėje.

**15 lentelė. Rokiškio r. plėtros strateginiame plane iki 2015 m. numatytų priemonių, prisidedančių prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo, įgyvendinimo rodikliai**

| Savivaldybės strateginio veiklos plano 2012 m. ataskaita  | Savivaldybės strateginio veiklos plano 2013 m. ataskaita   | Savivaldybės strateginio veiklos plano 2014 m. ataskaita   |
|---|--|--|
| <i>Socialinės paramos ir sveikatos apsaugos paslaugų kokybės gerinimas</i>  |  |  |
| <i>Igyvendintos 100 proc. ir daugiau:</i><br><br>1. <i>Slauga pagal socialines indikacijas.</i> Socialinę slaugą gavusių asmenų skaičius buvo didesnis nei planuota ir faktinė reikšmė – 20/25 (įgyvendinta 125 proc.). | <i>Igyvendintos 100 proc. ir daugiau:</i><br><br>1. <i>Darbo politikos formavimas ir įgyvendinimas.</i> Viešųjų darbų programoje dalyvavusių asmenų skaičius planuotas ir faktinis skaičius – 620. | <i>Igyvendintos 100 proc. ir daugiau:</i><br><br>1. <i>Asmenų su sunkia negalia socialinės globos finansavimas.</i> Asmenų su sunkia negalia, gavusių socialinės globos paslaugas, skaičius planuotas ir |

<sup>240</sup>Socialinių sveikatos veiksnių komisija. *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksnus*, (Kaunas: UAB Spaudos brokeris, 2009): 44 p.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><i>Neįgyvendintos priemonės (0 proc.):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Pirminės asmens sveikatos priežiūros centro plėtra. Modernizuotų patalpų skaičius – 0.</i></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Asmenų su sunkia negalia socialinės globos finansavimas. Asmenų su sunkia negalia, gavusių socialinės globos paslaugas, skaičius planuotas ir faktinis skaičius – 38.</i></li> <li><i>Socialinės reabilitacijos paslaugų neįgaliesiems bendruomenėje projektams finansuoti. Valstybės dotacijų įsisavinimas – 100 proc.</i></li> <li><i>Sveikatos apsaugos paslaugų kokybės gerinimas Rokiškio VŠĮ ligoninėje. Modernizuotų patalpų skaičius – 50.</i></li> <li><i>Visuomenės sveikatos biuro veiklos užtikrinimas. Visuomenės sveikatos biuro teikiamų paslaugų gavėjų skaičius – 55000.</i></li> <li><i>Sveikatos priežiūros rėmimas įgyvendinant visuomenės sveikatos rėmimo specialiąją programą. Sveikatos projektų skaičius – 60.</i></li> <li><i>Socialinių pašalpų skyrimas ir mokėjimas. Valstybinių išmokų ir piniginių socialinės paramos gavėjų skaičius – 1600, viso mokėta – 3144 (įgyvendinta 196 proc.).</i></li> <li><i>Slauga pagal socialines indikacijas. Socialinę slaugą gavusių asmenų skaičius – 20, gavusių slaugą – 25. (įgyvendinta 125 proc.).</i></li> </ol> <p><i>Neįgyvendintos priemonės (0 proc.):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Psichikos dienos stacionaro (centro) prie VŠĮ Rokiškio psichikos sveikatos centro įkūrimas. Modernizuotas viešųjų pastatų skaičius. (buvo planuota 1. Faktas – modernizuotų patalpų skaičius – 0).</i></li> <li><i>Būsto pritaikymas neįgaliesiems. Būsto pritaikymas neįgaliesiems, (planuota – 2, įgyvendinta – 0).</i></li> </ol> | <p>faktinis– 38.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Slauga pagal socialines indikacijas. Socialinę slaugą gavusių asmenų skaičius – 20.</i></li> <li><i>Socialinės reabilitacijos paslaugų neįgaliesiems bendruomenėje projektams finansuoti. Valstybės dotacijų įsisavinimas – 100 proc.</i></li> <li><i>Sveikatos priežiūros rėmimas įgyvendinant visuomenės sveikatos rėmimo specialiąją programą. Sveikatos projektų skaičius – 60.</i></li> <li><i>Psichikos dienos stacionaro (centro) prie VŠĮ Rokiškio psichikos sveikatos centro įkūrimas. Modernizuotas viešųjų pastatų skaičius – 1.</i></li> </ol> <p><i>Neįgyvendintos priemonės (0 proc.):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Pirminės asmens sveikatos priežiūros centro plėtra.</i></li> </ol> |
|---|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | 3. Pirminės asmens sveikatos priežiūros centro plėtra.<br>(Planuota – 10. Faktas – modernizuotų patalpų skaičius – 0). |  |
|--|--|--|

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono Strateginio planavimo komisijos ir strateginių planų rengimo ir įgyvendinimo priežiūros darbo grupės 2015 m. balandžio 7 d. protokolas Nr. 2 „Savivaldybės strateginio veiklos plano 2013 m. ataskaita“; Rokiškio rajono Strateginio planavimo komisijos ir strateginių planų rengimo ir įgyvendinimo priežiūros darbo grupės 2015 m. balandžio 7 d. protokolas Nr. 2 „Savivaldybės strateginio veiklos plano 2014 m. ataskaita“, žiūrėta 2015 12 10, <http://www.rokiskis.lt/lt/rajono-strategija.html>; Savivaldybės strateginio veiklos plano 2012 m. ataskaita, žiūrėta 2015 12 10, <http://www.rokiskis.lt/lt/rajono-strategija.html>.

Išanalizavus Rokiškio r. plėtros strateginiame plane iki 2015 m. priemonių įgyvendinimą, galima teigti, kad nemažai priemonių vykdyta siekiant užtikrinti socialinę gerovę, darbo politikos įgyvendinimą. Dalis priemonių įgyvendinamos skurdo mažinimui rajone (socialinių pašalpų skyrimas), socialinės atskirties mažinimui (socialinė reabilitacija, socialinės slaugos, socialinės globos paslaugos, būsto pritaikymas neįgaliesiems), iš dalies sprendžia sveikatos priežiūros netolygumų problemą rajone. Tačiau neįgyvendinamos priemonės pirminės asmens sveikatos priežiūros centro modernizavimui, o tai prieštarauja nacionalinės sveikatos politikos kryptčiai, reglamentuojančiai pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtrą<sup>241</sup>.

Žvelgiant į Rokiškio r. sav. institucijų formuojamas sveikatos politikos perspektyvas, detalčiau darbe analizuotas Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. rugsėjo 26 d. sprendimas TS– 159 „Dėl Rokiškio rajono strateginio plėtros plano iki 2022 m. patvirtinimo“ (toliau – Rokiškio r. strateginis plėtros planas iki 2022 m.)<sup>242</sup>. 16 lentelėje pateikiamos dokumente numatytos priemonės, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugų netolygumų mažinimo politika rajone.

**16 lentelė. Rokiškio r. strateginiame plėtros plane iki 2022 m. numatytos priemonės, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo**

| <b>Prioritetas. Sumanios visuomenės ir socialinės gerovės kūrimas</b>                           |   |
|---|---|
| Tikslas - teikti kokybiškas ir visiems prieinamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. |   |
| <i>Uždavinys:</i><br>teikti kokybiškas ir saugias sveikatos priežiūros paslaugas.               | <i>Priemonės:</i><br>1. Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros gerinimas.<br>2. Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų medicininės ir kitos įrangos įsigijimas/atnaujinimas.<br>3. Elektroninių paslaugų teikimo sveikatos sektoriuje plėtra.<br>4. Sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programos parengimas ir įgyvendinimas. |
| <i>Uždavinys:</i><br>užtikrinti visuomenės sveikatos priežiūrą, vykdyti sveikatos               | <i>Priemonės:</i><br>1. Visuomenės sveikatą stiprinančių programų įgyvendinimas.<br>2. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ugdymo įstaigose plėtra.<br>3. Sveikos gyvensenos skatinimas.   |

<sup>241</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“.

<sup>242</sup> „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. rugsėjo 26 d. sprendimas TS-159 "Dėl Rokiškio rajono strateginio plėtros plano iki 2022 m. patvirtinimo"“.

|   |   |
|---|---|
| ugdymą.   | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bendradarbiavimo plėtra tarp socialinių partnerių, visuomeninių organizacijų, įgyvendinant bendrus sveikatinimo projektus.</li> <li>5. Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) vykdymas.</li> <li>6. Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių įgyvendinimas.</li> </ol>  |
| <i>Uždavinys:</i><br>didinti socialinių paslaugų kokybę ir prieinamumą, mažinti socialinę atskirtį. | <i>Priemonės:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra, šių paslaugų kokybės ir prieinamumo užtikrinimas.</li> <li>2. Dienos ir trumpalaikės socialinės globos paslaugų teikimas.</li> <li>3. Stacionarių socialinių paslaugų plėtra, užtikrinant kokybiškas paslaugas pagyvenusiems asmenims, neįgaliems ir vaikams.</li> <li>4. Socialines paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros gerinimas.</li> <li>5. Socialinių paslaugų teikimo, pasitelkiant nevyriausybinės organizacijas, plėtra.</li> <li>6. Savivaldybės socialinio būsto fondo atnaujinimas ir plėtra.</li> <li>7. Elektroninių paslaugų teikimo socialiniame sektoriuje plėtra</li> </ol> |

*Šaltinis:* sudaryta darbo autorės remiantis duomenimis: Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. rugsėjo 26 d. sprendimas TS-159 „Dėl Rokiškio rajono strateginio plėtros plano iki 2022 m. patvirtinimo“, žiūrėta 2015 12 11 <http://www.rokiskis.lt/lt/rajono-strategija.html>.

Rokiškio r. strateginiame plėtros plane iki 2022 m. numatytos priemonės, susiję su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimu ir sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu yra tęstinės (buvo numatytos 2015 m. strateginiame dokumente): sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros gerinimas, medicininės įrangos atnaujinimas, e. sveikatos diegimas, tačiau įtraukta nauja priemonė – kurti sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į rajoną programą. Didelis dėmesys skiriamas visuomenės sveikatos stiprinimui ir socialinės atskirties mažinimui, išskiriant tikslines grupes – pagyvenusius žmones, vaikus, neįgaliuosius. Šioje strategijoje iškeliamas tikslas – teikti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, ko nebuvo 2015 m. dokumente.

Apibendrinant Rokiškio r. sav. institucijų priimtus strateginius rajono plėtros dokumentus, galima teigti, kad juose numatytos priemonės, gerinančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, mažinančios sveikatos priežiūros netolygumus rajone. Pažymėtina, kad Rokiškio r. sav. institucijų priimti sprendimai skirti modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigas, gerinti jų infrastruktūrą, įgyvendinti visuomenę sveikatinančias priemones, plėsti socialinės apsaugos paslaugas. Nepakankamas dėmesys skiriamas pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtrai. Rokiškio r. strateginiame plėtros plane iki 2022 m. iškeltas tikslas – teikti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas bei numatyta priemonė, gerinanti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigas programa. Pažymėtina, kad Rokiškio r. sav. institucijų priimtuose teisiniuose dokumentuose apibrėžiamos atskiros priemonės konkrečioms sveikatos priežiūros tikslams pasiekti, tačiau nėra vienos bendros savivaldybės politikų koncepcijos, strateginio dokumento ar veiksmų plano sveikatos priežiūros netolygumams mažinti. Formuojant sveikatos politiką, mažinančią sveikatos priežiūros



netolygumus, dalyvauja Rokiškio r. sav. suinteresuotieji asmenys (savivaldybės darbuotojai ir politikai), todėl svarbus jų požiūris į šios politikos formavimą ir įgyvendinimą.

### 3.3. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos vertinimas (Kokybinio tyrimo rezultatai ir jų aptarimas)

#### 3.3.1. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimas

**Sveikatos politikos įgyvendinimo kryptys.** Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką Rokiškio r. sav., pirmiausia buvo analizuojamos pagrindinės sveikatos politikos įgyvendinamo kryptys rajone. Informantų buvo klausiama: „Jūsų nuomone, kokios pagrindinės sveikatos politikos įgyvendinimo kryptys Rokiškio rajono savivaldybėje?“. 3 iš 7 informantų pažymėjo, kad savivaldybėje sveikatos politika įgyvendinama tokiomis kryptimis, kurios apibrėžtos nacionalinio lygio teisės aktuose ir strateginiuose dokumentuose. Informantas (1) teigė, *„rajone vykdomos visos kryptys, neatskiriamai nuo vykdomų visoje šalyje. Mes neveikiame atskirai, visada vadovaujamės Lietuvos programomis ar kryptimis. Pirmiausia turėčiau atkreipti dėmesį į Seime patvirtintą Lietuvos sveikatos programą, visuomenės sveikatos strategiją, kitus su sveikata susijusius teisės aktus“*, informantas (5) pažymėjo, jog *„rajone įgyvendinome Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją, įkurdami visuomenės sveikatos biurą. Vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo priemonės vykdomos per Rokiškio rajono savivaldybės vaikų ir jaunimo socializacijos programą; valstybės alkoholio kontrolės programa – per bendruomenių užimtumo didinimui finansuojamas sveikatinimo programos; psichikos sveikatos strategija – įkuriant psichikos dienos stacionarą. Rajone parengta ir įgyvendinama tuberkuliozės programa, neinfekcinių ligų prevencijai – finansuojamos sveikatos programos“*, informantas (6) pabrėžė, kad *„<...> rajone dėmesys skiriamas visoms šalies mastu vykdomoms programoms, neišskiriamas vienai kryptiai“*.

Informantai buvo linkę pabrėžti sveikatos politikos kryptis, numatytas LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarime Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“<sup>243</sup>. Tai – sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo, sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo (17 lentelė). Visi 7 informantai akcentavo sveikatos stiprinimo kryptį, pažymėdami, kad reikia įgyvendinti žalingų įpročių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimo) prevenciją ir plėsti sveikos gyvensenos ugdymą. Informantų dėmesys visuomenės sveikatos stiprinimo kryptiai atitinka LR Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 priimtam 2014 – 2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata

<sup>243</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.

visiems“ tarpinstituciniame veiklos plane iškeltam tikslui – stiprinti ir saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą, didinant fizinį aktyvumą, ugdant sveikos mitybos įpročius, vykdant žalingų įpročių prevenciją<sup>244</sup>. Visi informantai pažymėjo, kad vykdant visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas rajone įkurtas Rokiškio r. sav. VSB. LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo, patvirtinto 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX–886, tvarka, Rokiškio r. sav. VSB plečia savo veiklą ir bendradarbiavimo sutarties pagrindu aptarnauja kaimyninius rajonus<sup>245</sup>. Informantas (2) akcentavo: „<...> į visuomenės sveikatos biuro steigimą buvo labai rimtai pažiūrėta, dabar jis aptarnauja 3 rajonus“.

17 lentelė. Rokiškio r. sav. įgyvendinamos sveikatos politikos kryptys

| Kategorija                  | Subkategorija  | Patvirtinantys teiginiai   |
|-----------------------------|--|--|
| Sveikatos politikos kryptys | Sveikatos stiprinimas  | „<...> kryptis – narkotikų vartojimo, alkoholio ir rūkymo mažinimo“;<br>„<...> mažinti alkoholio vartojimą stiprinant bendruomenes“;<br>„<...> formuoti sveiką gyvenseną ir kultūrą“;<br>„<...> ugdyti sveiką gyvenseną“;<br>„<...> profilaktika nuo darželio, mokyklos“;<br>„<...> didelis dėmesys skiriamas sporto rėmimui“;<br>„<...> įkurtas visuomenės sveikatos biuras, jis užsiima vaikų ir rajono gyventojų mokymu, sveikatos ugdymu“.   |
|                             | Ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimas            | „Viena iš pagrindinių krypčių – profilaktikos plėtra“;<br>„<...> pirmiausia – tai ligų prevencija. Visuomenės sveikatos biuras dirba tinkama linkme“;<br>„<...> neinfekcinių ir infekcinių ligų profilaktika, priklausomybių ligų prevencija“.   |
|                             | Sveikatos priežiūros vadybos tobulinimas                       | „<...> įtraukiamos nevyriausybinės organizacijos į gyventojų sveikimo procesą“;<br>„<...> pavyko apjungti visas neįgaliųjų organizacijas ir įkurti neįgaliųjų reikalų tarybą. Neįgaliųjų organizacijų didelis indėlis į gyventojų reabilitaciją“.  |
|                             | Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas | „<...> paslaugų kokybei gerinti reikia dar nors vienos privačios sveikatos priežiūros įstaigos“;<br>„<...> visose seniūnijose išlaikyti šeimos gydytojų kabinetus“;<br>„<...> svarbiausia medicininių paslaugų prieinamumas, medicininių paslaugų tinklo sudarymas“.<br>„<...> rajone užtikrinti pirmo ir antro lygio gydymo paslaugas“;<br>„<...> naujų paslaugų diegimas sveikatos įstaigose, pavyzdžiui nusprendėme teikti reabilitacijos paslaugas rajono ligoninėje <...> taip ir atsirado šios paslaugos“;<br>„<...> informacinių technologijų plėtra sveikatos įstaigose“;<br>„<...> sveikatos politika nukreipta kiekvienos įstaigos |

<sup>244</sup> „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“.

<sup>245</sup> „LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002, gegužės 16 d. Nr. IX-886“, Valstybės žinios 56, nr. 2225 (2002).

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <i>kryptimi – modernizuojamos įstaigos";<br/>„Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimui – įkurtas psichikos dienos centras, numatyta parengti ir patvirtinti savižudybių prevencijos programą”.</i> |
|--|--|---|

Be visuomenės sveikatos gerinimo krypties, informantai pažymėjo pagrindines sveikatos politikos kryptis, kurias turi užtikrinti savivaldos institucijos – I ir II lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas<sup>246</sup>. 6 informantai į sveikatos politiką pažvelgė platesne prasme, tuo patvirtindami, principo „sveikata visose politikos srityse“ svarbą<sup>247</sup>. Informantai išskyrė socialinės gerovės didinimą, nedarbo mažinimą, infrastruktūros gerinimą. Šių veiksnių poveikis sveikatos netolygumų mažinimui pažymėtas ES ir nacionaliniuose teisės aktuose<sup>248, 249</sup>. Informantas (3) teigė, „svarbu, kad per sveikatinimo programas mažinama socialinė atskirtis“, informantas (1) įžvelgė skurdo mažinimo kryptį: „priemonės mažinant skurdo lygį ir bedarbybę“. Nedarbo mažinimo kryptį, kaip vieną iš sveikatos politikos krypčių, nurodė (2) ir (3) informantai: „<...> mažinant nedarbą, remiant ilgalaikius bedarbius, juos apmokinant darbo įgūdžius, keliant kvalifikaciją“; „<...> integruojant į darbo rinką ilgalaikius bedarbius, didesnę dėmesį skiriant socialinės rizikos šeimoms“. 2 informantai (5) ir (7) prie sveikatos politikos krypčių priskyrė miesto infrastruktūros gerinimą, švietimo sistemos plėtrą: „Gražinam aplinką, gatves tvarkom, verslui gerinam sąlygas – atsiranda užimtumas <...> užimtumui [jaunų specialistų atvykimui dirbti į rajoną] svarbu miesto infrastruktūra – puikiai sutvarkyta švietimo sistema“; „<...> svarbu gerinti aplinką, gražinti, užtikrinant saugumą, žmogaus ir darbuotojo pasitenkinimą aplinka ir darbo vieta <...> tai rodo, kad skiriamas dėmesys šiai sričiai <...> kokybiška infrastruktūra labai svarbu“. 2 informantai (4) ir (7) pažymėjo, kad sveikatos politikos užtikrinimui svarbus bendradarbiavimas: „<...> stengiamės bendradarbiauti su verslininkais dėl kadru [sveikatos priežiūros specialistų] ruošimo“; „<...> plečiama pavėžėjimo [iki gydymo įstaigos] paslauga, bendradarbiauja socialiniai darbuotojai, seniūnijos“.

Informantai, kalbėdami apie įgyvendinamas Rokiškio r. sav. sveikatos politikos kryptis, išskyrė savarankiškosios savivaldybių funkcijos vykdymą: pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą, sveikatinimo priemonių planavimą ir įgyvendinimą bei socialinės gerovės didinimą, nedarbo mažinimą, bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis organizacijomis. Išskirdami savivaldybėje įgyvendinamas sveikatos politikos kryptis, informantai pažymėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gerinančias priemones – esamo sveikatos priežiūros įstaigų tinklo išlaikymą, informacinių technologijų sveikatos priežiūros įstaigose ir sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.

<sup>246</sup> „Vietos savivaldos įstatymas“.

<sup>247</sup> Cser ir Heinisch. „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“.

<sup>248</sup> „White paper. Together for Health“.

<sup>249</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“.

**Sveikatos priežiūros netolygumus mažinanti politika savivaldybėje.** Informantų buvo klausama „Kaip vertinate šiuo metu įgyvendinamą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką savivaldybėje?“. Informantų nuomonės šiuo klausimu nesutapo, informantas (1) teigė, „*rajone yra sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika <...> plečiam sveikatos priežiūros paslaugas <...> dėl aukšto sergamumo psichinėmis ligomis buvo įsteigtas psichikos sveikatos centras ir įkurtas psichikos dienos stacionaras. Kai buvo steigiamas visuomenės sveikatos biuras, buvo didžiulės diskusijos, bet jį įsteigėm*“. Informantas (4) teigė, kad „*tokios krypties nėra <...> nors priemonių, kurios mažina netolygumus, galima rasti*“.

Informantams pateikus argumentus apie įgyvendinamas sveikatos priežiūros netolygumus mažinančias priemones savivaldybėje, buvo vertinama – ar šių priemonių įgyvendinimas didina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą organizaciniu, komunikaciniu ir ekonominiu aspektu<sup>250</sup>. Sveikatos priežiūros prieinamumui užtikrinti organizaciniu aspektu svarbi įstaigų infrastruktūra, specialistų skaičius, išteklių, technologijų lygis<sup>251</sup>. Informantai (4) ir (7) pažymėjo, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas gyventojams užtikrinamas dėl racionalaus sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymo: „*<...> odontologinių paslaugų užtenka, gydymo įstaigos kiekviename didesniame miestelyje – arba ambulatorija, arba bendrosios praktikos gydytojo kabinetas*“; „*turim išlaikyti turimą įstaigų [sveikatos priežiūros įstaigų] tinklą*“. 3 informantai iš 7 akcentavo, jog sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje mažina sveikatos priežiūros įstaigų ir medicininės įrangos modernizavimas, geresnių darbo vietų sveikatos priežiūros specialistams sukūrimas (tikslas – pritraukti jaunus sveikatos priežiūros specialistus į rajoną). Informantas (2) teigė, kad „*modernizuojam, gražinam sveikatos įstaigas, kad darbuotojams būtų sudarytos geros darbo sąlygos*“, o informantas (5) pabrėžė „*<...> rajono strategijoje – akcentas modernizacijai*“, informantas (3) pažymėjo „*<...> ypač gerai vertinu kompiuterinio tomografo įsigijimą*“. Tačiau informantas (5) išreiškė priešingą nuomonę dėl kompiuterinio tomografo įsigijimo: „*manau, kad kompiuterinio tomografo pirkimas rajonui nėra prioritetas <...> lėšas galėjom nukreipti kitur <...> mūsų prioritetas [turėtų būti] pirminė sveikatos priežiūra <...>*“.

Kaip ir visoje Lietuvoje, taip ir Rokiškio r. sav., būdingas netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas, kai savivaldybėje jų trūksta<sup>252</sup>. 5 informantai iš 7 pažymėjo, jog svarbi sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į sveikatos priežiūros įstaigas politika. Tačiau išsiskyrė informantų nuomonės dėl šios politikos įgyvendinimo. 2 informantai teigė, kad įgyvendinamos politinės priemonės sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui į savivaldybę yra ne tik sveikatos priežiūros įstaigos vadovo, bet ir savivaldybės funkcija. Informantas (1) pažymėjo, jog „*ligoninė šiai dienai finansuoja 5 – 6 specialistų rezidentūrą, savivaldybė savo dalį finansuos*“, informantas

<sup>250</sup> Jankauskienė, „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje“.

<sup>251</sup> Ten pat.

<sup>252</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“.

(2) pabrėžė, „gydytojui buvo nuomojamas savivaldybės būstas, dabar jis laisvas, socialinių sąlygų sudarymas jaunam specialistui gali būti vienas iš motyvų, bet manau, kad ne pagrindinis“. 3 informantų požiūriu sveikatos priežiūros specialistų pritraukimas nėra savivaldybės funkcija ir atsakomybė tenka sveikatos priežiūros įstaigų vadovams. Informantas (3) teigė, jog „su specialistų pritraukimu sudėtinga, politikai čia niekuo negali padėti“, o informantas (4) patvirtino, kad „<...> tai įstaigų vadovų atsakomybė, jiems kasmet duodamos užduotys garantuoti paslaugų teikimą, išlaikyti darbuotojus“, tuo tarpu informantas (5) išvelgė sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vadybos trūkumus: „matau kai kurių vadovų [sveikatos priežiūros įstaigos] nenorą pritraukti jaunus specialistus į įstaigą [sveikatos priežiūros įstaigą]“. Rokiškio r. sav. suinteresuotims asmenims, formuojantiems sveikatos politiką rajone, nesutariant dėl sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į rajoną politikos įgyvendinimo, ši problema išlieka viena aktualiausių sveikatos priežiūros prieinamumą ribojančių veiksnių.

Šalies sveikatos politikai sveikatos priežiūros specialistų trūkumą įstaigose siūlo kompensuoti inovatyviais paslaugų teikimo modeliais. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 9 d. įsakyme Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“ nurodoma, kad tam tikrų specialybių gydytojų trūkumas „verčia ieškoti naujų technologijų ir nuotolinių paslaugų teikimo būdų (telemedicina) pacientų konsultavimui, diagnostikai ir stebėsenai, jų gyvenimo kokybės palaikymui, ypač namų sąlygomis“<sup>253</sup>. 2 iš 7 informantų pabrėžė, kad sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje švelnina diegiama e. sveikata sveikatos priežiūros įstaigose. Informantas (2) nurodė, kad „<...> svarbu informacinių technologijų diegimas. E. receptas bus išrašomas <...> gydytojais sutaupys laiko“, o informantas (7) konstatavo: „e. sveikata išspręstų informacijos perdavimo problemą“. Informantas (3) pažymėjo, kad registracija pas gydytojus internetu didina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą jauniems pacientams: „puiku, kad galima registruotis internetu pas gydytojus, dabar ne tik pas šeimos, bet ir gydytojus specialistus. Manau, kad tai labai palengvina prisiregistravimą, ypač jaunam žmogui“.

Informantai pažymėjo geografinę rajono padėtį kaip vieną iš pagrindinių veiksnių, ribojančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Informantas (5) teigė, jog „gauti ambulatorines ir stacionarines aukštos kokybės, kvalifikuotas paslaugas rajone yra sudėtingiau ir ilgiau užtrunka nei didžiųjų šalies miestų gyventojams“, o informantas (3) pažymėjo: „didelė kliūtis – atstumas, žmogui sudėtinga pasiekti gydytoją, autobusai nevažiuoja“, informantas (4) konstatavo, jog „šiandieną galimybė pasiekti gydymo įstaigą nepasidarė geresnė“. Geografiniai skirtumai, kai sveikatos priežiūros išteklių netolygiai išdėstyti regionuose ir tai riboja sveikatos priežiūros

---

<sup>253</sup> „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007 – 2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“, 2007, rugsėjo 9, Nr. V-811“, žiūrėta 2016 01 20, [http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos\\_sritys/E.%20sveikata/Strateginiai\\_e.%20sveikatos\\_dokumentai/Lietuvose\\_sveikatos20072015metupletrosstrategija.pdf](http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/E.%20sveikata/Strateginiai_e.%20sveikatos_dokumentai/Lietuvose_sveikatos20072015metupletrosstrategija.pdf).

paslaugų prieinamumą, būdingi ne tik Rokiškio r. sav., bet ir Europos regiono šalyse<sup>254</sup>. Šios problemos sprendimui, tyrime dalyvavę informantai, išskyrė 2 priemonių kryptis. Viena iš jų – gyventojų vežimas iki sveikatos priežiūros įstaigų, tačiau nesutarė – kokia institucija turėtų šią funkciją vykdyti. Informantas (2) teigė: „*bendradarbiauja socialiniai darbuotojai ir seniūnai padeda, atveža iki gydymo įstaigos*“, o informantas (7) konstatavo, jog „*<...> pavėžėjimas iki gydymo įstaigos, bet tai neturėtų būti pavesta atlikti socialiniam darbuotojui, nes jis nespėja savo darbų padaryti, gal seniūnija padėtų*“. Kita kryptis – sveikatos priežiūros specialistų mobilių komandų vykimas į atokias rajono teritorijas. Informantas (1) pažymėjo, jog „*plečiam paslaugas namuose su neįgaliaisiais*“, o informantas (5) pabrėžė: „*Nedelsk*“ *autobusiukas labai pasitvirtino, daug moterų rinkdavosi kaimuose, vadinasi kuo arčiau žmogaus paslauga tuo geriau. Reikia vykdyti tokias išvykas*“.

Jei organizacinis ir komunikacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas rajono gyventojams siejasi su sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymu, sveikatos priežiūros specialistų skaičiumi ar galimybe pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą, tai ekonominį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia gyventojų socialinė padėtis<sup>255</sup>. Tyrime dalyvavę informantai pabrėžė socialines rajono gyventojų problemas, kurios mažina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Informantas (5) konstatavo, jog „*turtingi asmenys gali gydytis kur jie nori, o neturtingi nieko negali sau leisti*“, informantas (2) teigė: „*<...> socialinė nelygybė, nes turintis aukštesnes pajamas gali nuvykti į kitą miestą gydytojo paslaugų. Aukštas bedarbystės lygis, tokie žmonės gyvena nuo algos iki algos ir sveikatai neskiria dėmesio*“. Informantas (7) išvelgė benamių problemą: „*<...> mes dirbam su socialinės rizikos šeimomis, neįgaliaisiais, o kas pasirūpins „sveikais“ benamiais – jų nėra kur įtraukti, nėra jokių jiems skirtų programų. Dar prisideda alkoholio vartojimas. Nėra kur jų dėti, o ir dirbti jie jau nelabai gali*“. Apibūdinant Rokiškio r. sav. įgyvendinamas priemones sveikatos priežiūros netolygumams mažinti, buvo išskirtos priemonės socialinėms problemoms spręsti. Informantas (3) teigė: „*dirbama rajone su socialinės rizikos šeimomis, neįgaliesiems teikiamos socialinės paslaugos namuose ar globos įstaigose*“, o informantas (6) pažymėjo: „*<...> mokamos socialinės pašalpos, juk negali palikti tokio žmogaus, jis vis tiek bus mūsų rūpestis <...> abai stengiasi darbo birža, kad integruotų ilgalaikius bedarbius į darbo rinką, tačiau ne visada tai pavyksta. Dažnai šie žmonės neturi vidurinio išsilavinimo, tada jų negali siųsti į mokymus ir žmogus netenka vilties gauti darbą*“. Informantas (1) socialinę pagalbą siejo su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu teigdamas: „*galim finansuoti socialinės rizikos žmones, jei tik jie nori pasitikrinti, apmokam gydymo nuo alkoholizmo išlaidas*“. Mokslininkai, tyrę sveikatos priežiūros netolygumus ir juos sąlygojančius veiksnius, išskyrė socialinius veiksnius kaip vienus pagrindinių,

<sup>254</sup> „Health at a Glance: Europe 2014“.

<sup>255</sup> „Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksnius“.

įtakojančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir sveikatos priežiūros netolygumų susiformavimą<sup>256</sup>.

Siekiant išsiaiškinti, kokiomis priemonėmis tyrime dalyvaujantys informantai siūlo mažinti sveikatos priežiūros netolygumus rajone, jų buvo klausama: „Kokių politinių priemonių reikėtų imtis siekiant mažinti sveikatos priežiūros netolygumus rajone?“. Informantai siūlė priemones, kurios gerintų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą rajone (18 lentelė).

18 lentelė. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo priemonės

| Kategorija   | Subkategorija                          | Patvirtinantys teiginiai   |
|--|--|--|
| Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo priemonės | Asmens sveikatos priežiūros sritis     | <p>„Įsigyti automobilių pacientų lankymui namuose“.</p> <p>„Reikia didinti gydytojų ir slaugytojų vizitų į namus pas sergančius. Stiprinti ambulatorinę grandį“.</p> <p>„Organizuoti mobilias specialistų brigadas į kaimus“.</p> <p>„Gal mobilios komandos, mes apie tai labai diskutavom, bet dar neįtraukta į strategiją“.</p> <p>„Kurti jaunų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programas“.</p> <p>„Modernizuoti įstaigas“.</p> <p>„Psichologinėms problemoms spręsti ir mažinti pacientų eiles pas gydytojus reikia psichologinės pagalbos rajone“.</p> <p>„Rajone reikia dar bent vienos privačios gydymo įstaigos“.</p>  |
|  | Visuomenės sveikatos priežiūros sritis | <p>„Riboti alkoholio vartojimą ir vietas, neleisti renginiuose prekiauti alkoholiu. Numatyti daugiau nerūkymo zonų“.</p> <p>„Turim kovoti kaimuose su alkoholio vartojimu. Būtų neblogai priverstinės priemonės, jei tik tai būtų įteisinta mūsų valstybėje“.</p> <p>„Svarbu ir valstybės politika, ir teisinė bazė. Pavyzdžiui, infekcinių ligų ar priklausomybių gydymas turi būti priverstinis, čia negali būti noriu –nenoriu“.</p> <p>„Mažinti alkoholio, tabako vartojimą rajone, gerinti infrastruktūrą (treniruokliai, dviračių takai)“.</p> <p>„Ugdyti ne tik vaikų, bet ir jų tėvų sąmoningumą dėl priklausomybių“.</p> <p>„Fizinio lavinimo pamokos mokykloje turi būti privalomos“.</p> <p>„Didinti visuomenės supratimą, kad žmogus pats atsakingas už savo sveikatą, o ne daktaras“.</p> |

Asmens sveikatos priežiūros srityje informantai įvardino sveikatos priežiūros netolygumus mažinančias priemones, kurios gerina organizacinę ir komunikacinę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – susisiekimą su sveikatos priežiūros įstaigomis užtikrinimą, sveikatos priežiūros

<sup>256</sup> Dahlgren and Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

specialistų stokos mažinimą, sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą. Tuo tarpu visuomenės sveikatos priežiūros srityje, dažniausiai siūlomos priemonės, kurios spręstų alkoholizmo problemą Rokiškio r. sav. Ši tyrime dalyvaujančių informantų siūloma kryptis sutampa su LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakyme Nr. V–815 „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų planas“, numatyta viena iš plano įgyvendinimo krypčių – „priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas“<sup>257</sup>. Analizuojant Rokiškio r. sav. teisinius dokumentus, nebuvo rasta priemonių, kurios spręstų šią problemą. Alkoholizmo problema sukelia ne tik sveikatos sektoriaus, bet ir socialines visuomenės problemas. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. liepos 28 d. įsakyme Nr. A1–212 „Dėl socialinės rizikos šeimų, auginančių vaikus, apskaitos savivaldybės vaiko teisių apsaugos tarnyboje (skyriuje) tvarkos aprašo patvirtinimo“ nurodoma, kad šeimos įtraukiamos į rizikos šeimų sąrašą, dėl nesirūpinimo savo vaikais, dažno tėvų girtavimo<sup>258</sup>. Socialinės rizikos šeimose augantys vaikai patiria „padidėjusią emocinės ir fizinės prievartos, smurto, skurdo ir kitų neigiamų veiksnių riziką, kurios sąlygoja vaikų psichikos sutrikimus“<sup>259</sup>. Todėl šios problemos sprendimas nacionaliniu ir savivaldos lygiu yra ypač aktualus.

Tyrimo dalyvavę informantai, siūlo priemones, susijusias su šios problemos sprendimu. Informantas (6) siūlė: „*mažinti socialinės rizikos asmenų skaičių, juos įdarbinant, dirbti su jais ir jų šeimomis, kad įgautų socialinių įgūdžių*“, o informantas (2) teigė, kad „*toliau turime apmokėti gydymo nuo alkoholizmo išlaidas, priklausomybę turintiems rajono gyventojams*“. Nors informantai pateikė pasiūlymus, sprendžiančius alkoholizmo problemą rajone, įgyvendinant socialines priemones (įdarbinimas, gydymo apmokėjimas), tačiau jie neakcentavo psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo šią problemą turintiems gyventojams, kaip tai apibrėžiama LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo Nr. V–815 „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų planas“ 2 priede „Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo krypties aprašas“<sup>260</sup>.

Mažinant sveikatos priežiūros netolygumus, informantai išvelgė bendradarbiavimo svarbą. Informantas (4) mano, kad reikia: „*įtraukti nevyriausybinės organizacijas į neįgaliųjų reabilitaciją, jų kultūrinį užimtumą, taip jie greičiau sveiksta. Kartais pamiršta, kad ir serga*“, o informantas (5) siūlė: „*stiprinti bendruomenes, ypač per programų finansavimą*“. Bendradarbiavimo svarba, mažinant sveikatos priežiūros netolygumus, pažymima ES ir nacionaliniuose teisės aktuose. ES

<sup>257</sup> „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

<sup>258</sup> „Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl socialinės rizikos šeimų, auginančių vaikus, apskaitos savivaldybės vaiko teisių apsaugos tarnyboje (skyriuje) tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2006, liepos 28, Nr. A1-212“, *Valstybės žinios* 86, Nr. 3373 (2006).

<sup>259</sup> „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

<sup>260</sup>Ten pat.



politikai siūlo sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo klausimą spręsti įtraukiant visuomenę, konsultuojantis su pažeidžiamomis gyventojų grupėmis<sup>261</sup>. LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarime Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ akcentuojamas tarpžinybinis, valstybės institucijų bei nevyriausybinių organizacijų kompleksinis bendradarbiavimas, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę<sup>262</sup>.

Įgyvendinamų priemonių efektyvumas siejamas su gyventojų sveikatos išsaugojimu, PSO socialinių sveikatos veiksnių komisija teigia: „gera viešoji politika gali jau dabar ir ateityje pagerinti sveikatą“<sup>263</sup>. Tyrime dalyvavę informantai (3), (4) ir (7) siūlė Rokiškio r. sav. formuoti kryptingą sveikatos politiką. Informantai (3) ir (7) teigė: „*manau, kad turim turėti vieną sveikatos kryptį*“; „*Politika turi būti sisteminga, o ne pavienės priemonės <...>*“, o informantas (4) pabrėžė: „*visos partijos turi susėsti ir priimti bendrą sprendimą šiuo klausimu, kryptis turi nesikeisti pasikeitus valdžioms*“.

Sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios politinės priemonės Rokiškio r. sav. nukreiptos į asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimą, išlaikant turimų įstaigų tinklą, e. sveikatos diegimą, priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į rajono sveikatos priežiūros įstaigas. Rokiškio r. sav. gyventojai susiduria su didelio atstumo iki sveikatos priežiūros įstaigų problema, todėl gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, gyventojai vežami iki sveikatos priežiūros įstaigų. Užtikrinant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, ypač atkreipiamas dėmesys į alkoholio vartojimo problemą rajone. Išskiriamos socialinio sektoriaus priemonės, mažinančios sveikatos priežiūros netolygumus – socialinių pašalpų mokėjimas, įdarbinimo politika, darbas su socialinės rizikos šeimomis.

**Kitų sektorių įgyvendinamos politikos įtaka sveikatos priežiūros netolygumų mažinimui rajone.** Siekiant išsiaiškinti kitų sektorių įtaką įgyvendinamai politikai, mažinančiai sveikatos priežiūros netolygumus, informantams buvo užduotas klausimas: „Kaip vertinate kitų sektorių įgyvendinamą politiką mažinant sveikatos priežiūros netolygumus Rokiškio rajone?“. Tyrime dalyvavę informantai išskyrė socialinės, švietimo sistemos ir aplinkos apsaugos sektorių įgyvendinamas priemones, siejamas su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu (19 lentelė). Informantas (3) pabrėžė, kad „*socialinė politika nepakankama, nes 1/3 socialinių problemų sprendžia medikai*“, o informantas (2) teigė: „*socialinės apsaugos sektorius labiausiai prisideda prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo*“.

---

<sup>261</sup> Cser ir Heinisch. „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“.

<sup>262</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“.

<sup>263</sup> „Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksnius“.

19 lentelė. Kitų sektorių priemonės, prisidedančios prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo

| Kategorija   | Subkategorija              | Patvirtinantys teiginiai  |
|--|----------------------------|---|
| Kitų sektorių sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo priemonės | Socialinės apsaugos sritis | <p>„Plečiam paslaugas namuose neįgaliesiems“.</p> <p>„Gerėja socialinių paslaugų teikimas namuose &lt;...&gt; įdiegta pavėžėjimo paslauga, kuria gali pasinaudoti rajono gyventojai ir nuvykti į sanatorijas ar kituose miestuose esančias gydymo įstaigas“.</p> <p>„Įkurta neįgaliųjų reikalų taryba &lt;...&gt; koordinuoja visų neįgaliųjų organizacijų rajone veiklą. Šios organizacijos sveikatina rajono gyventojus“.</p> <p>„Dirbama daug su socializacijos programomis [socialinės atskirties mažinimas]“.</p>  |
|  | Švietimo sritis            | <p>„Manau, kad švietimas nemažai dirba su jaunimu [sveikatos ugdymo klausimais]. Tik jaunimui reikia patrauklesnių mokymo priemonių ir formų“.</p> <p>„Mokyklose dirbantys visuomenės sveikatos biuro specialistai kasmet pasirengia programas, tačiau ne viską gali įvykdyti, nes jiems neskirtas pamokų laikas, o tik užklasinė veikla“.</p> <p>„Puikiai sutvarkyta rajone švietimo sistema, pakankamas įstaigų tinklas, platus neformalaus ugdymo būrelių pasirinkimas &lt;...&gt; vaikams sudaryta galimybė gauti mokymosi pagrindus, ir vėliau įgyti specialybę, kuri jam garantuotų pragyvenimą“.</p> |
|  | Aplinkos apsaugos sritis   | <p>„&lt;...&gt; aplinkos gražinimas, rajono infrastruktūros gerinimas netiesiogiai veikia žmogaus sveikatą“.</p> <p>„Sutvarkytos kaimo viešosios erdvės per vietos veiklos grupės projektus &lt;...&gt; skatina gyventojus aktyviau gyventi“.</p> <p>„Daugiabučių renovacija prisideda prie žmogaus geresnės aplinkos sukūrimo“.</p> <p>„Įrengta nerūkymo zona miesto centre, bet jų reikia daugiau“.</p>   |

Informantų pateiktos socialinės apsaugos srities priemonės siejamos su socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, socialinės atskirties mažinimu per socializacijos programas. Švietimo srityje pažymima visuomenės sveikatos biuro darbuotojų veikla švietimo įstaigose, moksleivių sveikatos ugdymas, švietimo įstaigų tinklo užtikrinimas ir galimybė gauti išsilavinimą pagal moksleivių bendrojo lavinimo programą ir neformalų ugdymą. Aplinkos apsaugos gerinimas siejamas su žmogaus psichine sveikata dėl pasitenkinimo gyvenant gražioje, sutvarkytoje aplinkoje, o pritaikius aplinką laisvalaikio praleidimui, skatinamas visuomenės fizinis aktyvumas. Informantas

(2) miesto infrastruktūros gerinimą sieja su sveikatos priežiūros specialistų pritraukimu į rajono sveikatos priežiūros įstaigas: „tik užtikrindami gražią aplinką, patogų gyvenimą, galimybę vaikus leisti į arti esančias mokyklas ir suteikdami jiems aukšto lygio išsilavinimą mokyklose, pritrauksim jaunus specialistus [sveikatos priežiūros specialistus] į rajoną“.

Dėl ribotos tyrime dalyvavusių informantų pateiktos informacijos apie kitų sektorių indėlį mažinant sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje, keliami prielaida, kad principo „sveikata visose politikos srityse“ sąvoka nėra pakankamai aiški suinteresuotųjų asmenų, formuojančių vietos politiką, tarpe. Informantai sveikatos priežiūros sektorių dažniausiai sieja su socialiniu sektoriumi ir išvelgia šių dviejų sektorių didžiausią ryšį.

Siekiant išsiaiškinti bendradarbiavimo reikšmę, mažinant sveikatos priežiūros netolygumus rajone, informantų buvo klausiama: „Kokia Jūsų nuomonė apie tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo srityje?“. 4 iš 7 informantų pažymėjo nepakankamą bendradarbiavimą. (5) ir (1) informantai teigė: „reikia stiprinti sveikatos priežiūros įstaigų ir socialinio sektoriaus bendradarbiavimą“; „socialinės rūpybos ir sveikatos sektorių didžiausias ryšys <...> gali ir daugiau bendradarbiauti – nepakankamai bendradarbiauja“, informantas (4) pažymėjo: „bendradarbiaujant galima pasiekti geresnių rezultatų, bet kol kas jis nepakankamas“, o informantas (6) pateikė nepakankamo bendradarbiavimo priežastis: „Tarpsektorinis bendradarbiavimas vyksta, tačiau ne 100 procentų – laiko stoka, žinių trūkumas, nesusikalbėjimas tarp įstaigų trukdo bendrai veiklai“. Informantas (3) teigė: „Nėra tarpusavio bendradarbiavimo tarp įstaigų“. 2 informantai pažymėjo, kad bendradarbiavimas vyksta. Informantas (2) teigė: „<...> bendradarbiauja seniūnijos, socialiniai darbuotojai su medikais“; o informantas (7) pažymėjo: „nevyriausybinų organizacijų bendradarbiavimą su medicinos sektoriumi vertinu palankiai <...> ypač vykdant visuomenės sveikatos stiprinimą“. Tik 1 informantas iš 7 pažymėjo, kad vyksta bendradarbiavimas su rajono verslininkais: „<...> finansuoja Rokiškio rajono savivaldybėje įsteigtą studijų rėmimo fondą“.

Dauguma tyrime dalyvavusių informantų pažymėjo, kad savivaldybėje trūksta tarpsektorinio bendradarbiavimo. Higienos Instituto 2012 – 2014 m. vykdyto projekto „Sveikatos netolygumų mažinimas: gebėjimų rengiant veiksmų planą ir ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamus projektus stiprinimas“ metu nustatyta, kad Rokiškio r. sav. bendradarbiavimas, siekiant mažinti sveikatos netolygumus, yra nepakankamas, ypač visuomenės sveikatos priežiūros ir pirminės asmens sveikatos priežiūros sektorių<sup>264</sup>.

Siekiant išsiaiškinti kitų sektorių įgyvendinamos politikos efektyvumą, mažinant sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje, informantams buvo pateiktas klausimas: „Jūsų nuomone, ar

---

<sup>264</sup> Laura Nedzinskienė ir Jolanta Valentienė, *Action-for-health: Reduction of Health Inequalities in Rokiskis District Municipality* (Vilnius: Higienos institutas, 2013), 18.

šiuo metu įgyvendinamos visų sektorių sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios priemonės yra efektyvios? Ar jos duoda norimą rezultatą?". 2 informantai atsakė, kad visų sektorių įgyvendinamos priemonės yra efektyvios. Informantas (5) išskyrė socialinės apsaugos sektorių: „Šiai dienai mes visiškai užtikrinam socialinės globos namuose poreikius, socialinė pagalba rajono gyventojams yra efektyvi“, o informantas (2) teigė: „sveikatos priežiūros netolygumų mažinimui efektą davė visos įgyvendintos priemonės <...> miesto infrastruktūros gerinimas, švietimo įstaigų organizuojamų užklasinį veiklų ir formalaus mokymo lygis <...> aplinkos pritaikymas sportiniams užsiėmimams, nerūkymo zonų paskelbimas“. 3 informantai pažymėjo, kad įgyvendinamos visų sektorių priemonės nėra efektyvios. Informantas (1) teigė: „<...> vienareikšmiškai atsakyti sunku, galima būtų pasiekti ir geresnių rezultatų, skiriant daugiau žmogiškųjų išteklių ir kitų resursų bei labiau bendradarbiaujant“, o informantas (3) pažymėjo: „daugėjant senų žmonių rajone, didėja jų poreikis paslaugoms, nei sveikatos, nei socialiniai darbuotojai nespės užtikrinti jų poreikių <...> šiandien įgyvendinamos priemonės neefektyvios, nėra bendradarbiavimo <...> keičiantis poreikiams reikia ieškoti naujų būdų paslaugoms teikti“, informantas (4) teigė: „ne visi sektoriai vienodai įgyvendina savo politikas, kurios mažintų netolygumus <...> sveikatos paslaugų prieinamumas šiandien nepasidarė geresnis“. Informantas (6) atkreipė dėmesį, kad trūksta visuomenėje informacijos: „daug nevyriausybinų organizacijų įgyvendina socialinės reabilitacijos programas, tačiau gana daug žmonių informacijos neturi“.

Tyrime dalyvavę informantai pažymėjo, kad nepakankamas tarpsektorinis bendradarbiavimas, siekiant mažinti sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje, ypač tarp atskirų sektorių ar verslo atstovų bei nevyriausybinų organizacijų. Tyrimo metu informantams buvo sunku susieti kitų sektorių įgyvendinamas priemones su sveikatos priežiūros netolygumų mažinimu.

### 3.3.2. Kliūtys, kylančios mažinant sveikatos priežiūros netolygumus

Siekiant išsiaiškinti kliūtis, kurios iškyla įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką Rokiškio r. sav., informantų buvo prašoma: „Įvardinkite pagrindines kliūtis, kylančias įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką savivaldybėje“. Tyrime dalyvavę informantai išskyrė pagrindines kliūtis: sveikatos priežiūros specialistų stoka, ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, socialinė – ekonominė gyventojų padėtis, politikų ir visuomenės požiūris, vietos politikų politinės valios stoka, finansinių išteklių stoka, aiškios ir kryptingos nacionalinės politikos formavimo ir įgyvendinimo problemos (20 lentelė).

20 lentelė. Pagrindinės kliūtys, kylančios įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką Rokiškio r. sav.

| Kategorija                                       | Subkategorija                                      | Patvirtinantys teiginiai   |
|--|--|--|
| Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo kliūtys | Sveikatos priežiūros specialistų stoka             | <p>„Gydytojų krūviai per dideli“.</p> <p>„Šeimos gydytojų problema, daug popierių pildyti, daug pacientų siunčia pas specialistus, nesprendžia problemų I lygyje“. „Trūksta specialistų. Gydytojų įstaigos neturi socialinių darbuotojų“.</p> <p>„Daug savižudybių, nėra psichologų rajone“.</p> <p>„Problema – gydytojų trūkumas“.</p> <p>„Per mažas visuomenės sveikatos specialistų skaičius, mes finansuojam juos papildomai“.</p> <p>„Po kelerių metų pagrindinė kliūtis bus gydytojų trūkumas. Pritraukti į gydytojų įstaigas irgi sunku, tik atlyginimu, profesinio kilimo čia nėra“.</p>   |
|  | Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas | <p>„Kaimuose nėra gydytojo, medicinos punktai nelabai efektyvūs. Jie atlieka daugiau socialinę funkciją“.</p> <p>„Neišvystyta slauga namuose, net nėra tam sąlygų. Nemanau, kad pirminė grandis turėtų kompensuoti hospitalizavimo mažėjimą. Tiesiog buvo neatsižvelgta į kaimiškųjų rajonų specifiką. Kažin ar ne pigiau kaimo žmogų talpinti į slaugos ligoninę nei lankyti namuose“.</p> <p>„Nėra psichologinės pagalbos rajono gyventojams, nes ši paslauga neapmokama iš ligonių kasų, rajone teikiama ši paslauga tik su psichiatro siuntimu, todėl mažėja prieinamumas“.</p> <p>„Negalim teikti dienos stacionaro paslaugų kaimo žmonėms. Žmonės kaimuose gyvena be patogumų, koks gydymas namuose“.</p> <p>„Rajono specifika – labiausiai nutolęs nuo Panevėžio, gydytojai nevažiuoja iš kitų rajonų, nes labai toli“.</p> <p>„Didelė kliūtis – atstumas, žmogui sudėtinga pasiekti gydytoją, autobusai nevažiuoja“.</p> |
|  | Socialinė – ekonominė gyventojų padėtis            | <p>„Problema – socialinės rizikos žmonės, jų nepriverčiam pasitikrinti &lt;...&gt; kartais sergama tyčia, nesigydoma, kad gautų invalidumą – socialines garantijas“.</p> <p>„Didelė kliūtis – aukštas bedarbystės lygis“.</p>  |
|  | Politikų ir visuomenės požiūris                    | <p>„&lt;...&gt; prevencijos prasmės supratimas – pačiam reikia rūpintis sveikata. Retas supranta, kad į save reikia investuoti kol rimtai nesusirgai“.</p> <p>„&lt;...&gt; per mažas dėmesys fiziniam lavinimui, sveikatinimui, o tai atsiliepia mūsų visų sveikatai“.</p> <p>„Gyventojų nenoras rūpintis sveikata“.</p> <p>„Pagrindinė bėda – dalis visuomenės, tame tarpe ir politikai, kurie nesupranta, kokią reikšmę turi sveikatinimo programos tam, kad nesirgtume. Jei politikai nesupranta, tai ir visuomenė nesupranta“.</p> <p>„Net tarybos nariai tinkamai nevertina visuomenės sveikatos biuro veiklos. Mes nuo seno linkę vertinti tik ligų gydymą. Nepakankamas tarybos narių ir visuomenės sąmoningumas sveikatos klausimais“.</p>   |

|  |   |
|--|---|
| Vietos politikų politinės valios stoka                                   | <p>„Mūsų politikų trūkumas – teigiam, jog turi būti visiems nemokamas gydymas, ko nėra net labiausiai išsivysčiusiuose kraštuose“.</p> <p>„Pagrindinė kliūtis – valdžių kaita, nėra darbų tęstinumo“.</p> <p>„Sprendimai priimami pagal partinę liniją. Nėra kam palaikyti sveikatos politikos formavimo rajone. Dažnai trūksta politinės valios priimti nepopuliarius, o kartais ir labai gerus sprendimus“.</p> |
| Finansinių išteklių stoka  | <p>„Iš savivaldybės biudžeto skiriamas 0,1 procento sveikatos priežiūrai. Visuomenės sveikatos fondui skiria – 0 litų“.</p> <p>Pagrindinė kliūtis – finansų trūkumas“.</p> <p>„Gydymo sveikatos priežiūros įstaigoms taip pat trūksta finansinių išteklių sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, nepakankamai veiksminga šių įstaigų vadyba, kai kuriose iš jų trūksta modernios medicinos įrangos“.</p>         |
| Aiškios ir kryptingos nacionalinės politikos formavimas ir įgyvendinimas | <p>„Teisinės sistemos netobulumas – dabar tik sugriežtino tvarką dėl privalomų skiepų. Turi būti privaloma ir profilaktika, ir higieninių įgūdžių ugdymas, ir priklausomybių gydymas“.</p> <p>„Svarbu ir valstybės politika, ir teisinė bazė“.</p> <p>„Jei valstybės politika bus ir toliau tokia, mes turėsime prisitaikyti, nes kitokio finansavimo nebus, situacija nebus geresnė“.</p>                        |

Informantų pažymimos kliūtys, siejamos su sveikatos priežiūros įstaigų veikla, apima sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, visuomenės sveikatos specialistų, psichologų) trūkumą, sveikatos priežiūros specialistų veiklos organizavimą, kai didžiąją laiko dalį užima dokumentų pildymas, o ne tiesioginė sveikatos priežiūros veikla. Informantas (4) pažymi, kad dažnai sveikatos priežiūros įstaigos atlieka socialinį darbą, „gydymo įstaigose teikiame dalį socialinių paslaugų, ko neturėtų būti“. Informantas (5) išvelgė sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vadybos stoką: „Stinga geros vadybos įstaigose“.

Informantų paminėtos kliūtys visiškai atitinka LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarime Nr. XI–1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ išvardintas problemas Lietuvos mastu: „nepakankamai aiškūs sveikatos apsaugos ir socialinės politikos santykis, nėra atsakomybės pasidalijimo, todėl sveikatos sistemos išteklių sąskaita sprendžiamos socialinės problemos <...> nepakankamai efektyvus sveikatos priežiūros įstaigų valdymas <...> nepakankamai aktyviai plėtojamos alternatyvios sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo formos (ambulatorinė slauga, slauga namuose, dienos stacionaras, dienos chirurgija, ambulatorinė rehabilitacija ir kita) <...> didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: daug laiko sugaištama formalumams ir medicininiais dokumentams pildyti“<sup>265</sup>.

<sup>265</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.

Pažymėtina, kad informantai išskyrė sveikatos priežiūros prieinamumą ribojančias kliūtis – didelį atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigų, ypač ribotą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kaimo gyventojams. Informantai (6) ir (3) išvelgė gyventojų susisiektį su sveikatos priežiūros įstaigomis problemą dėl viešojo transporto neužtikrinimo. Informantas (6) teigė: „autobusai retai važiuoja <...> negali žmogus atvykti pas gydytoją“, o informantas (3) pažymėjo: „viešasis transportas – nepelningas, nėra kaimuose susisiektį. Žmogui neatvykus į gydymo įstaigą susidaro eilės“. Informantas (1) išreiškė nuomonę, kad „kaimiškuose rajonuose, tokiuose kaip Rokiškio, neturėtų būti siekiama mažinti gyventojų stacionarinio gydymo, nes kaimo žmonių negalim gydyti namuose <...> kai kur net vandens neturi“.

Informantai išskyrė pasyvų rajono politikų ir visuomenės požiūrį į sveikatą ir jos išsaugojimą bei ligų profilaktiką, kaip kliūtį sveikatos priežiūros netolygumams mažinti. Ši problema egzistuoja visoje šalyje. LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarime Nr. XI–1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, traktuojama, „nesusiformavęs teigiamas visuomenės požiūris į sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymą, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą <...> dėl ilgą laiką deklaruojamos „nemokamos sveikatos priežiūros“ įsitvirtinusi nuostata, kad asmens sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o nuo valdžios priimamų sprendimų. Gyventojai stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese, nes sveikatos priežiūrą supranta kaip nemokamą paslaugą“<sup>266</sup>.

Ribotas Rokiškio r. sav. politikų požiūris į sveikatą, kaip vieną pagrindinių politikos prioritetinių sričių, sąlygoja vietos politikų politinės valios stoką, kai priimami fragmentiški, be tęstinumo politiniai sprendimai „labiau tenkinantys ne visuomenės, o politikų ar atskirų suinteresuotų grupių interesus“<sup>267</sup>. Rajone neformuojama viena kryptinga sveikatos politika. Informantas (3) teigė: „nėra vienos sveikatos politikos krypties“, o informantas (7) pažymėjo, kad „pasikeitus valdžiai, politika neturi radikaliai keistis“. Tyrime dalyvavę informantai pasigenda aiškios ir kryptingos nacionalinės politikos sveikatos netolygumų mažinimo klausimais. Informantas (2) pažymėjo: „gydymo įstaigoms trūksta finansų <...> turėtų būti atsižvelgiama į rajonų specifiką“, o informantas (4) pastebėjo, kad turi būti griežtesnė šalies politikų pozicija alkoholio kontrolės ir priverstinio gydymo dėl priklausomybių klausimais: „problema visuomenėje išliks, kol bus laisvai prieinamas alkoholis, trūksta politikų valios <...> reikia įteisinti priverstinį gydymą nuo alkoholizmo, nes šis masinis reiškinys priveda prie didelių socialinių nelaimių“. Rokiškio r. sav. išvelgiamos kliūtys, kurios būdingos visos šalies sveikatos sistemai – stokojama bendradarbiavimo, išlieka aktuali alkoholio vartojimo ir savižudybių problema, neužtikrinta

<sup>266</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.

<sup>267</sup> Ten pat.

visuomenės sveikatos specialistų lyderystė sveikatos gerinimo veikloje, išlieka racionalaus žmogiškųjų išteklių, materialinių išteklių paskirstymo problema<sup>268</sup>.

Informantams išvardijus kliūtis, kylančias įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką rajone, jų buvo klausama: „Jūsų nuomone, kokiose srityse kyla pagrindinės problemos įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką?“. 3 tyrime dalyvavę informantai pažymėjo, kad pagrindinės kliūtys kyla sveikatos priežiūros srityje. Informantas (5) teigė, kad trūksta vadybos, „*kai kurių sveikatos priežiūros įstaigų nepakankamai veiksminga vadyba*“; informantas (3) pabrėžė neįgyvendintą ligų profilaktiką: „*manau, kad nepakankamas dėmesys ligų prevencijai sveikatos priežiūros įstaigose*“; informantas (4) pažymėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemą: „*didžiausia problema pirmame lygyje, žmogus nesijaučia saugus, negali bet kada kreiptis į šeimos gydytoją, todėl apkrauna specialistus. Dauguma pacientų turi psichologinių problemų, o pagalbos nėra*“.

2 informantai išskyrė švietimo sritį, kurioje jų manymu, kyla didžiausios sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios kliūtys. Informantas (6) pažymėjo, jog „*neskiriamas dėmesys fiziniam lavinimui, todėl auga fiziškai silpna karta. Turi būti privalomas fizinis ugdymas ir daugiau pamokų nei dabar*“. O informantas (7) teigė, kad „*dauguma ilgalaikių bedarbių neturi net vidurinio išsilavinimo, tada jiems visi keliai uždari, negalime siųsti jų mokytis per darbo biržos organizuojamus užsiėmimus. Didžiulė problema – kaip juos įdarbinti*“. Informantas (1) pažymėjo socialinės apsaugos sritį: „*manau, kad pagrindinės problemos socialinėje srityje – bedarbystė, socialinės rizikos šeimos, benamiai <...> nėra kur jų [benamių] dėti, nėra programų, kuriomis juos galėtume integruoti į visuomenę*“. Informantas (2) teigė, kad didžiausios problemos kyla dėl politikų požiūrio į sveikatos politiką rajone: „*nėra politikų rajono taryboje, kurie labai gerai suprastų sveikatos sritį, todėl neformuojama kryptinga sveikatos politika*“.

Išsiaiškinus pagrindines kliūtis ir sritis, kuriose kyla problemos mažinant sveikatos priežiūros netolygumus rajone, informantams buvo pateiktas klausimas: „Jūsų nuomone, kokie galėtų būti kliūčių, su kuriomis susiduriama įgyvendinant sveikatos netolygumų mažinimo politiką, sprendimų būdai?“. Tyrime dalyvavę informantai pasiūlė keletą problemos sprendimo kryptų: 1) asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros stiprinimas, įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų žmogiškųjų išteklių valdymą, specializuotos pagalbos teikimą, sveikatos stiprinimą; 2) įgyvendinant socialinės apsaugos sektoriaus priemones, skatinant bendradarbiavimą ir didinant bendruomenių atsakomybę už sveikatą; 3) politines priemones – racionalių politinių sprendimų priėmimą ir politikų kompetencijų vystymą (21 lentelė).

---

<sup>268</sup> „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“.



21 lentelė. Siūlymai šalinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios politikos įgyvendinimo kliūtis

| Kategorija      | Subkategorija   | Patvirtinantys teiginiai  |
|-----------------|---|---|
| Sprendimo būdai | Sveikatos priežiūros įstaigų žmogiškųjų išteklių valdymas | „Į rajoną pritraukti jaunų šeimos gydytojų. Jie, o ne gydytojai specialistai, turėtų suteikti didžiausią dalį sveikatos priežiūros paslaugų".<br>„Specialistų pritraukimo programos".   |
|                 | Specializuotos pagalbos teikimas                          | „Psichologinėms problemoms spręsti ir mažinti pacientų eiles pas gydytojus reikia psichologinės pagalbos rajone, nes didžioji dauguma pacientų turi psichologinių problemų".<br>„ Priverstinis priklausomybių gydymas".   |
|                 | Sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija                  | „Reikia prevencinių priemonių dėl narkotikų, alkoholio vartojimo".<br>„Ligų prevencijai – privalomi skiepai, privalomi profilaktiniai patikrinimai".<br>"Fizinio aktyvumo skatinimas, bendruomenių aktyvumas ir įtraukimas į sveikatinimą".<br>„Integruoti į gamtos mokslus sveikatos ugdymą".<br>„Norėdami gerinti sveikatos netolygumus turime pradėti nuo vaikų sveikatos ugdymo, alkoholio, rūkymo, narkotikų prevencijos. Tik toks darbas bus efektyvus, nes kai žmogus užauga, jo praktiškai nelabai įmanoma pakeisti". |
|                 | Socialinės apsaugos sistema                               | „Darbo vietų kūrimas".<br>„Mažinti socialinės rizikos asmenų, juos įdarbinant, gydant nuo alkoholizmo".   |
|                 | Bendradarbiavimo stiprinimas                              | „Geresnis, glaudesnis bendradarbiavimas tarp sveikatos ir socialinių sektorių dėl slaugomų ligonių priežiūros. Jis priklauso ir nuo įstaigų vadovų požiūrio".<br>„Reikia tobulinti institucijų bendradarbiavimo sistemą, kad žmogų išleidus iš vienos institucijos, juo rūpintųsi kita, o ne paliktų likimo valiai".  |
|                 | Bendruomenių stiprinimas                                  | „Bendruomenių atsakomybės už savo narius didinimas, artimųjų atsakomybės didinimas".<br>„Gyventojų atsakomybės didinimas už savo sveikatą"  |
|                 | Racionalių politinių sprendimų priėmimas                  | „Kai nebuvo lėšų, tai ir negalėjom spręsti šitų [sveikatos priežiūros netolygumų] problemų, dabar politikai turi nuspręsti kas yra prioritetas rajone".<br>„Turi susėsti ir nusistatyti bendras gaires, kad nebūtų kardinalių pokyčių pasikeitus valdžiai".<br>„Turime gyventi labai ekonomiškai –kiekvienas investuotas euras turi duoti grąžą. Svarbūs mūsų politikų sprendimai formuojant biudžetą, priimant sprendimus – kokiems projektams teikti pirmenybę".<br>„Pagrindinis sprendimas – finansavimo didinimas".       |
|                 | Politikų kompetencijų                                     | „Pirmiausia kliūtis mažintų kompetentingų politikų įtraukimas į sveikatos komitetus. Antra – finansavimo  |

|  |          |  |
|--|----------|--|
|  | vystymas | <i>didinimas sveikatos priežiūrai iš savivaldybės biudžeto</i> .<br><i>„Naujų politikų mokymas, supažindinimas su šalies sveikatos projektais ar programomis, kad skirtų daugiau dėmesio sveikatos politikai“.</i> |
|--|----------|--|

Tyrimo dalyvavę informantai išskėlė kliūčių sprendimo būdus, kurie apibrėžti Europos Komisijos komunikate: „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“, tai – sveikatos priežiūros vienodinimas kaip bendro socialinio ir ekonominio vystymosi dalis, jungiant ne tik sveikatos, bet ir socialines priemones, visos visuomenės įsipareigojimų didinimas išsaugant sveikatą (bendruomenių indėlis, visuomenės sveikatos išsaugojimas ir puoselėjimas), bei pažeidžiamų grupių poreikių tenkinimas<sup>269</sup> (tyrime minėtos priemonės, skirtos vaikams, socialinės rizikos asmenims). Pasak ES politikų, „regionų valdžios institucijos atlieka svarbų vaidmenį organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas“<sup>270</sup> (informantai minėjo vietos politikų priimamų sprendimų ir kompetencijos problemas).

Apibendrinant galima teigti, kad tyrime dalyvavę informantai pažymi, jog Rokiškio r. sav. įgyvendinama sveikatos politika, kurią reglamentuoja nacionaliniai teisės aktai. Išskiriamos rajone įgyvendinamos sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios priemonės, nukreiptos į asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Didinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pažymima inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra (mobilių komandų kūrimas, pacientų vežimas iki sveikatos priežiūros įstaigų), sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimas bei sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į rajono sveikatos priežiūros įstaigas priemonės. Visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumui gerinti, informantų akcentuotas VSB įkūrimas ir jo veikla. Aktualia visuomenės sveikatos problema savivaldybėje įvardijamas alkoholizmas. Pažymima politikų ir visuomenės ribotas požiūris į visuomenės sveikatos išsaugojimą ir šios politikos įgyvendinimą. Mažinant sveikatos priežiūros netolygumus savivaldybėje, tyrime dalyvavę informantai, pažymėjo, jog reikia gerinti gyventojų socialinę padėtį ir modernizuoti rajono infrastruktūrą. Informantų nurodytos pagrindinės kliūtys, išskylančios įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką: sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų, pasyvus politikų dėmesys sveikatos politikos įgyvendinimui rajone.

<sup>269</sup> „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“.

<sup>270</sup>Ten pat.

## IŠVADOS

1. Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Lietuvos Respublikos Seimo nutarimais ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintuose strateginiuose dokumentuose bei teisės aktuose sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptimi išskiriamas sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas. Juose numatytos priemonės, skirtos užtikrinti gyventojų naudojimąsi ligų prevencijos, pirminės ir specializuotomis sveikatos priežiūros paslaugomis bei mažinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo netolygumus.
2. Išanalizavus Rokiškio r. sav. strateginius dokumentus ir teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nustatyta, kad savivaldybėje planuojamos ir įgyvendinamos priemonės, gerinančios visuomenės sveikatos priežiūrą ir užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros plėtrą, numatant sveikatos priežiūros įstaigų ir jose taikomos įrangos modernizaciją, informacinių technologijų diegimą bei sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių valdymą.
3. Rokiškio r. sav. suinteresuotųjų požiūriu, savivaldybėje įgyvendinamos priemonės, gerinančios asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tačiau trūksta aiškių sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo prioritetų bei kryptingos sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios politikos įgyvendinimo. Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimui būtinos šios prielaidos: aiški sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo strategija, tarpsektorinis bendradarbiavimas, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra bei priemonės, gerinančios šių paslaugų organizacinį, komunikacinį ir ekonominį prieinamumą.
4. Nustatytos pagrindinės sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo kliūtys: pasyvus vietos politikų požiūris į sveikatos stiprinimo veiklą, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vadybos stoka, nepakankamai išvystyta pirminė sveikatos priežiūra, ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas dėl sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių stokos ir atstumo iki sveikatos priežiūros įstaigų bei Rokiškio r. sav. gyventojų alkoholio vartojimas, kuris didina sveikatos priežiūros netolygumus.

# REKOMENDACIJOS

## **Rokiškio rajono savivaldybės tarybai**

1. Patvirtinti Rokiškio r. sav. sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo prioritetines kryptis.
2. Tvirtinti Rokiškio r. sav. strateginį veiklos planą, kuriame aiškiai apibrėžtas sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo tikslas, uždaviniai ir priemonės, vykdytojai, asignavimai ir vertinimo kriterijai.
3. Skirti papildomą finansavimą iš savivaldybės biudžeto priemonėms, kurios prisideda prie sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo: visuomenės sveikatos politikos priemonių įgyvendinimui (visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos rėmimas, projektų finansavimas), inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo plėtrai (automobilių paciento lankymui namuose įsigijimas, kuro išlaidų kompensavimas ir pan.).

## **Savivaldybės administracijos direktoriui**

1. Patvirtinti savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos užduočių projektą, kuriame būtų numatyti kryptingi veiksmai, gerinantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą: (sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimo tobulinimas, efektyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sprendimų diegimas (e. sveikata, mobilios komandos).
2. Patvirtinti VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centro veiklos užduočių projektą, kuriame būtų numatytos priemonės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai (savižudybių rizikos, alkoholio, narkotikų ir kitų psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijai).
3. Įgyvendinti tikslines priemones, siekiant mažinti sveikatos priežiūros specialistų trūkumą rajone (trišalių sutarčių su gydytojais rezidentais sudarymas, socialinių sąlygų užtikrinimas įsidarbinusiems jauniems sveikatos priežiūros specialistams).
4. Teisės aktu reglamentuoti tarpinstitucinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo srityje, savivaldybės sveikatos priežiūros netolygumų stebėsenos rodiklius ir paskirti stebėseną koordinuojančią instituciją.

## LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

### ***Knygos ir vadovėliai:***

1. Europos Komisija. *Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje*. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *Sveikata visiems XXI amžiuje*. Vilnius: LR sveikatos apsaugos ministerija, 1999.
3. Luobikienė, Irena. *Sociologinių tyrimų metodika. Mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija, 2010.
4. Nedzinskienė, Laura ir kt. *Action-for-health: Reducing Inequalities in Health Situation Analysis and Needs Assessment in Seven EU-Countries and Regions*. Vilnius: Higienos institutas, 2013.
5. Nedzinskienė, Laura ir Jolanta Valentienė. *Action-for-health: Reduction of Health Inequalities in Rokiskis District Municipality*. Vilnius: Higienos institutas, 2013.
6. Socialinių sveikatos veiksnių komisija. *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksnius*. Kaunas: UAB Spaudos brokeris, 2009.

### ***Elektroninės knygos:***

7. Bjornberg, Arne and Johan Hjertqvist. *Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powerhouse: Brussels*, 2015. Žiūrėta 2015 08 03. <http://www.healthpowerhouse.com/>.
8. Buzeti, Tatjana, Januel Klara Djomba, Mojca Gabrielčič Blenkuš, Marijan Ivanuša, Helena Jeriček Klanšček, Nevenka Kelšin, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Katja Kovše, Jožica Maučec Zakotnik, Barbara Mihevc Ponikvar, Petra Nadrag, Sonja Paulin, Janja Pečar, Siera Pečar Čad, Mateja Rok Simon, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin, Vesna Zadnikand and Eva Zver. *Health inequalities in Slovenia*. Ljubljana: National Institute of Public Health, 2011. Žiūrėta 2015 12 24. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/131759/Health\\_inequalities\\_in\\_Slovenia.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf)
9. Dahlgren, Göran and Margaret Whitehead. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007. Žiūrėta 2015 05 12. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).

10. European Union. *Health at a Glance: Europe 2014*. Žiūrėta 2015 08 25. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en).
11. Figueras, Josep and Martin McKee. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*. The European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. Žiūrėta 2015 06 20. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/164383/e96159.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf)
12. Lundberg, Mattias and Limin Wang. *Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reform*. Washington: The World Bank, (2006): 43-110. Žiūrėta 2016 01 05. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPSIA/0,,contentMDK:20930338~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:490130,00.html>.
13. Whitehead, Margaret. *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen, 2000. Žiūrėta 2015 03 25. [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf).
14. Whitehead, Margaret and Göran Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen, 2007. Žiūrėta 2015 03 25. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)
15. WHO Regional Office for Europe. *Strengthening people – centred health systems in the WHO European Region: roadmap*, WHO Regional Office for Europe, 2013. Žiūrėta 2016 02 15, <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/background-documents/strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-a-roadmap>.
16. World Health Organization Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013*, Surveillance report, European Centre for Disease Prevention and Control, 2013. Žiūrėta 2016 02 13. <http://www.google.lt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjRzLSirpvMAhXCfhoKHdfdBbIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fen%2Fpublications%2Fpublications%2FTuberculosis-surveillance-monitoring-2013.pdf&usg=AFQjCNEYHCyDlzzKNQzmMZ8eIBAjSrJ6jg&sig2=xN04FU1csEHMmQt7ZgDj4g&bvm=bv.119745492,d.d2s>
17. World Health Organization. *The World health report 2008: Primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008. Žiūrėta 2015 08 19. <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

18. World Health Organization. *The European health report 2012: Charting the way to well-being*. (2013): 161. Žiūrėta 2015 06 20.  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf)

***Straipsniai ir tyrimai:***

19. Bielskytė, Dainora ir Danguolė Jankauskienė. „Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas.“ *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(5) (2013): 46-69.
20. Braveman, Paula and Sofia Gruskin. „Defining equity in health“, *Epidemiol Community Health*, Nr. 57 (2003): 254-258. Žiūrėta 2016 02 01.  
<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full#ref-39>.
21. Culyer, Anthony J. „Equity – some theory and its policy implications“. *J Med Ethics* 27, (2001): 275-283.
22. Social protection Committee. “Developing an assessment frame work in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation”. Brussels, 2013.
23. Higienos Institutas. „Norway Grants paramos projektai“. Žiūrėta 2016 01 12.  
<http://www.hi.lt/norway-grants-paramos-projektai.html>.
24. Higienos Institutas. „Odontologinių paslaugų prieinamumas pacientams su judėjimo negalia.“ Žiūrėta 2016 04 12.  
[http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Ivykdyti%20projektai/77.%20Odontologiniu\\_pasl\\_priein\\_pacientams\\_su\\_jud\\_negalia%20\(2012\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Ivykdyti%20projektai/77.%20Odontologiniu_pasl_priein_pacientams_su_jud_negalia%20(2012).pdf)
25. Hurley, Jeremiah and Michel Grigon. „Income and equity of access to physician services“, *Canadian Medical Association Journal* 174, Nr.2 (2006): 187–188. Žiūrėta 2016 02 15, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329457>.
26. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje“, *Gydymo menas* 06, (129), (2006):12- 13.
27. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. „Valstybinio audito ataskaita. Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?, 2013 m. vasario 28 d. Nr. VA-P-10-2-4“. Žiūrėta 2015 08 20.  
[https://www.google.lt/?gws\\_rd=ssl#q=91.%09Lietuvos+Respublikos+valstyb%C4%97s+kontrol%C4%97.+%E2%80%9EValstybinio+audito+ataskaita.+Ar+efektyvi+%C5%A1eimos+gydytoj%C5%B3+veikla%3F%2C+](https://www.google.lt/?gws_rd=ssl#q=91.%09Lietuvos+Respublikos+valstyb%C4%97s+kontrol%C4%97.+%E2%80%9EValstybinio+audito+ataskaita.+Ar+efektyvi+%C5%A1eimos+gydytoj%C5%B3+veikla%3F%2C+)
28. Levickaitė, Karilė ir Dainius Pūras, Liubovė Murauskienė. „Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas 2016-2018m.“ Všet „Psichikos sveikatos perspektyvos“. Žiūrėta 2016 02 15.

[http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo\\_images/AlternatyvusPlanas.pdf](http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/AlternatyvusPlanas.pdf).

29. Oliver, Adam and Elias Mossialos. „Equity of Access to health care: outlining the foundations for action“. *J. Epidemiol Community Health*, Nr. 58 (2004): 655-658.
30. Rinkūnienė, Egidija ir Žaneta Petrulionienė, Ieva Zdanevičiūtė, Vilma Dženkevičiūtė. „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse.“ *Medicinos teorija ir praktika* 19, Nr. 2 (2013): 130-136.
31. Valentienė, Jolanta, Laura Nedzinskienė, Vincentas Liuima, Sandra Mekšriūnaitė, Skirmantė Sauliūnė ir Snieguolė Kaselienė. „Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas.“ *Žiūrėta* 2016 02 13. <http://www.hi.lt/norway-grants-paramos-projektai.html>.
32. Ward, Paul R. „The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a "fair go, for a fairinnings", *Quality in Primary Care*, 17 (2009): 49-54. *Žiūrėta* 2016 02 10. <http://primarycare.imedpub.com/the-relevance-of-equity-in-health-care-for-primary-care-creating-and-sustaining-a-fair-go-for-a-fair-innings.php?aid=1078>.

***Teisės aktai:***

33. „Amsterdamo sutartis“. *Žiūrėta* 2015 06 13. [http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=29686](http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=29686).
34. „Commission of the European Communities. „White paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013“. *Žiūrėta* 2015 12 12. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf).
35. Cser, Ágnes ir Renate Heinisch. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Komisijos komunikato Tarybai, Europos Parlamentui, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES (COM(2009) 567 galutinis) 2011/C 18/13.“ *Žiūrėta* 2015 12 12. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52010AE0640&qid=1449820403562&from=EN>.
36. „Europos Bendrijos Komisija. Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui, „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“, Briuselis, 2009 10 20, Kom (2009)567.
37. „European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the



- committee of the regions. „Investing in Health. Social investment package, 2013 02 20 SWD(2013)44.“ Žiūrėta 2015 08 09. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A52013DC0083>.
38. „Europos Bendrijų Komisija. Komisijos komunikatas Europos parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui. „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES, {sek(2009) 1396}{sek(2009) 1397}.“ Žiūrėta 2015 12 11. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52009DC0567&qid=1449820403562&from=EN>.
39. „Europos Komisija. Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui. „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa, Briuselis, 2010 12 16, KOM (2010)758.“ Žiūrėta 2015 10 13. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52010DC0758&from=EN>.
40. „Europos Komisija. „Komisijos ataskaita Europos parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui. 2009 m. birželio 24 d. Komisijos komunikato „Kova su vėžiu: Europos partnerystė“, (KOM(2009) 291 galutinis) įgyvendinimas ir 2003 m. gruodžio 2 d. Tarybos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros (2003/878/EB) antroji įgyvendinimo ataskaita, Briuselis, 2014 09 23“, COM(2014) 584 final.
41. „Europos Parlamentas. „2011 m. kovo 8 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl sveikatos priežiūros skirtumų mažinimo ES (2010/2089(INI)) 2012/C 199 E/04.“ Žiūrėta 2015 12 11. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52011IP0081&qid=1449820403562&from=EN>.
42. „Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 282/2014 „Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014 – 2020 m.)“. Žiūrėta 2015 09 01. [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2014.086.01.0001.01.LIT](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.086.01.0001.01.LIT).
43. „Europos Sąjungos Taryba. „Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų, 2006 06 22, (2006/C 146/01).“ Žiūrėta 2015 12 20. [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622(01)).
44. „Europos Sąjungos Taryba „Teisingumo ir sveikatos aspektai visų krypčių politikoje: solidarumas sveikatos srityje (2010 gegužės 20 d. SAN120/SOC355)“ . Žiūrėta 2016 01 25. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=LT&f=ST%209947%202010%20INIT>.

45. „Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991, spalio 30, Nr. I-1939“, *Valstybės žinios* 33, nr. 4029 (1991).
46. „Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992 m. spalio 25 d.“ Žiūrėta 2015 06 13. <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm>.
47. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011, birželio 7, Nr. XI-1430.“ *Valstybės žinios* 73, nr. 3498 (2011).
48. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, 2012, gegužės 15, Nr. XI-2015.“ *Valstybės žinios* 61, nr. 3050 (2014).
49. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo“, 2014, birželio 26, Nr. XII-964“. TAR 2014-07-01, Nr. 2014-09403.
50. „Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 63, nr. 1231(1994).
51. „Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002, gegužės 16, Nr. IX-886“, *Valstybės žinios* 56, nr. 2225 (2002).
52. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, 2014, liepos 16, Nr. V-815.“ Žiūrėta 2015 12 18. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73>
53. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų patvirtinimo“, 2014, liepos 15, Nr. V-810“. Žiūrėta 2016 02 10. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=478550&p\\_tr2=2..](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=478550&p_tr2=2..)
54. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2014, sausio 30, Nr. V-133“. Žiūrėta 2016 03 25. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=465428&p\\_tr2=2..](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=465428&p_tr2=2..)
55. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros

- paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo”, 2011, liepos 11, Nr. V-679“. *Valstybės žinios* 89, nr. 4286, (2011).
56. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“, 2003, gruodžio 31, Nr. V-804“. *Valstybės žinios* 30, nr. 999 (2004).
57. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Panevėžio ir Utenos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų patvirtinimo“, 2007, balandžio 4, Nr. V-231.“ *Valstybės žinios* 41, Nr. 1548 (2007).
58. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.“ *Valstybės žinios* 102, nr. 2317 (1996).
59. „Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas, 1994, liepos 7, Nr. I-533“. *Valstybės žinios* 55, nr. 1049 (1994).
60. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 – 2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, 2013, kovo 13, Nr. 228.“ *Valstybės žinios* 29, nr. 1406 (2013).
61. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, 2003, kovo 18, *Valstybės žinios* 28, nr. 1147 (2003).
62. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014 – 2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“, 2012, lapkričio 28, Nr. 1488“. *Valstybės žinios* 144, nr. 7430 (2012).
63. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, 2009, gruodžio 7, Nr. 1654“. *Valstybės žinios* 150, Nr. 6713 (2009).
64. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014 – 2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, 2014, kovo 26, Nr. 293“, TAR, 2014-04-04, Nr. 4113.
65. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl 2014 – 2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, 2014, vasario 19, Nr. 172“, TAR, 2014-02-25, Nr. 2026.
66. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. kovo 30 d. sprendimas NR. TS-4.97 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2011 metų veiklos ataskaitos“
67. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. kovo 29 d. sprendimas NR. TS-5.99 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 metų veiklos ataskaitos“

68. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. kovo 28 d. sprendimas NR. TS-79 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 metų veiklos ataskaitos“
69. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas NR. TS-106 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 metų veiklos ataskaitos“.
70. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. rugsėjo 26 d. sprendimas Nr. TS-159 „Dėl Rokiškio rajono strateginio plėtros plano iki 2022 m. patvirtinimo“.
71. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. spalio 26 d. sprendimas TS-11.192 „Dėl sektorinių studijų ir atnaujinto Rokiškio rajono plėtros strateginio plano iki 2015 metų patvirtinimo“.
72. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. gegužės 8 d. sprendimas Nr. TS-136 „Dėl Rokiškio rajono plėtros strateginio plano iki 2015 metų priemonių plano patvirtinimo“.
73. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. gegužės 8 d. sprendimas Nr. TS-136 „Rokiškio rajono plėtros strateginio plano iki 2015 metų priemonių įgyvendinimo 2014 metais ataskaita“.
74. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. vasario 27 d. sprendimas Nr. TS-61 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės 2015–2017 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“.
75. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. rugsėjo 27 d. sprendimas TS-12.217 „Dėl Rokiškio rajono savivaldybės tuberkuliozės programos ir kontrolės 2013–2015 metų programos ir 2013–2015 metų priemonių plano patvirtinimo“.
76. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. vasario 24 d. sprendimas Nr. TS-3.53 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro 2012–2020 metų veiklos strategijos patvirtinimo“.
77. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. gruodžio 22 d. sprendimas Nr. TS-14.238 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės 2013–2020 metų veiklos strategijos patvirtinimo“.
78. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. balandžio 26 d. sprendimas TS-6.113 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2012 metų veiklos ataskaitai“.
79. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. balandžio 25 d. sprendimas TS-90 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2013 metų veiklos ataskaitai“.
80. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas TS-71 „Dėl pritarimo Viešosios įstaigos Rokiškio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitai“.

81. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-5.113 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2011 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
82. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-6.112 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2012 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
83. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. balandžio 25 d. sprendimas Nr. TS-88 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2013 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
84. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-69 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro direktorės 2014 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
85. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2012 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-5.114 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2011 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
86. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2013 m. balandžio 26 d. sprendimas Nr. TS-6.111 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2012 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
87. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2014 m. balandžio 25 d. sprendimas Nr. TS-89 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2013 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
88. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas Nr. TS-70 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio rajono ligoninės direktoriaus 2014 metų veiklos ataskaitos patvirtinimo“.
89. „Rokiškio rajono savivaldybės tarybos 2015 m. kovo 27 d. sprendimas TS-72 „Dėl pritarimo Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2014 metų veiklos ataskaitai“.
90. „Rokiškio rajono Strateginio planavimo komisijos ir strateginių planų rengimo ir įgyvendinimo priežiūros darbo grupės 2015 m. balandžio 7 d. protokolas Nr. 2 „Savivaldybės strateginio veiklos plano 2013 m. ataskaita“.
91. „Rokiškio rajono Strateginio planavimo komisijos ir strateginių planų rengimo ir įgyvendinimo priežiūros darbo grupės 2015 m. balandžio 7 d. protokolas Nr. 2 „Savivaldybės strateginio veiklos plano 2014 m. ataskaita“.
92. United Nations, “Convention on the Rights of Persons with Disabilities”. Žiūrėta 2015 08 05. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.

**Interneto šaltiniai:**

93. Chan, Margaret. „Best Days for Public Health are a head of us, says WHO Director-General, 2012“. Žiūrėta 2015 08 23. [http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha\\_20120521/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/).
94. European Commission. „European semestre thematic fiche. Health and Health systems, 2015.“ Žiūrėta 2015 08 05. [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/index_en.htm).
95. Europos Komisija. „Ataskaita dėl sveikatos priežiūros netolygumų: tikėtinos gyvenimo trukmės ir kūdikių mirtingumo atotrūkis ES mažėja.“ Žiūrėta 2015 08 10. [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-823\\_lt.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-823_lt.htm).
96. Europos Komisija. „Kaip naudotis Europos struktūriniais ir investiciniais fondais (ESI fondais) sveikatos rėmimo tikslais?“. Žiūrėta 2015 09 05. [http://ec.europa.eu/health/health\\_structural\\_funds/used\\_for\\_health/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/used_for_health/index_lt.htm).
97. „Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos ataskaita 2015-01-01–2015-12-31.“ Žiūrėta 2016 03 05. [http://www3.lrs.lt/pls/inter/www\\_tv.show?id=3533,1,4](http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=3533,1,4)
98. Narbutas, Jonas. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo netolygumai.“ Panevėžio TLK, 2013.
99. Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Prevencinių programų vykdymas.“, Žiūrėta 2015 11 03. <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=81>.
100. Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Prevencijos (profilaktinės) programos.“ Žiūrėta 2016 03 05, <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=44>.
101. Panevėžio teritorinė ligonių kasa. „Paslaugų laukimo eilės.“ Žiūrėta 2015 11 03. <http://www.paneveziotlk.lt/?TabID=207>.
102. “The Free Dictionary”. Žiūrėta 2016 02 12. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/basic+health+services>
103. World Health Organization. „Essential health packages: what are they for? What do they change? DRAFT Technical Brief no 2, 3 July 2008“. Žiūrėta 2016 02 13. [http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical\\_brief\\_ehp.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf).
104. World Health Organization. „Health systems. Equity.“ Žiūrėta 2015 11 19 <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/#>.
105. „Žodynas.lt“. Žiūrėta 2016 02 02. <http://www.zodynas.lt/terminu-zodynas/t/teisumas>.

**Statistiniai šaltiniai:**

106. „Oficialiosios statistikos portalas.“ Žiūrėta 2015 04 12.  
<http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=45df86a4-d8a0-4d6c-8998-18f2a3964b51>.
107. „OECD. Stat.“ Žiūrėta 2015 05 20.  
[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).
108. „Euro Health Consumer. EHCI.“ Žiūrėta 2015 04 12.  
<http://www.healthpowerhouse.com/ehci2014-indicators/>.
109. „Eurostat.“ Žiūrėta 2015 05 12. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Income quintile share ratio](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Income_quintile_share_ratio).
110. „Higienos Instituto sveikatos informacijos centras.“ Žiūrėta 2016 02 12.  
<http://sic.hi.lt/>.
111. „The World Bank.“ Žiūrėta 2015 07 12. <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.

# PRIEDAS

## KLAUSIMYNAS

1. Jūsų nuomone, kokios pagrindinės sveikatos politikos įgyvendinimo kryptys Rokiškio rajono savivaldybėje? Pateikite argumentus.
2. Kaip vertinate šiuo metu įgyvendinamą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką savivaldybėje?
3. Kokių politinių priemonių reiktų imtis siekiant mažinti sveikatos priežiūros netolygumus rajone?
4. Kaip vertinate kitų sektorių (pvz, švietimo, socialinės rūpybos, aplinkos apsaugos ir kt.) įgyvendinamą politiką mažinant sveikatos priežiūros netolygumus Rokiškio rajone?
5. Kokia Jūsų nuomonė apie tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo srityje?
6. Jūsų nuomone, ar šiuo metu įgyvendinamos visų sektorių sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios priemonės yra efektyvios? Ar jos duoda norimą rezultatą? Argumentuokite.
7. Įvardinkite pagrindines kliūtis, kylančias įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką savivaldybėje? Pateikite argumentus.
8. Jūsų nuomone, kokiose srityse kyla pagrindinės problemos įgyvendinant sveikatos priežiūros netolygumus mažinančią politiką?
9. Jūsų nuomone, kokie galėtų būti kliūčių, su kuriomis susiduriama įgyvendinant sveikatos netolygumų mažinimo politiką, sprendimų būdai?



## ANOTACIJA

Kondratenkienė, D. *Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika Rokiškio rajono savivaldybėje* / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas.

Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016.

## ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos formavimas ir įgyvendinimas savivaldos lygiu. Pirmoje dalyje pateikiama sveikatos priežiūros teisumo samprata, aptariami sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai ir analizuojamos sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptys Europos Sąjungoje ir Lietuvoje. Antroje dalyje nagrinėjami sveikatos priežiūros netolygumai Rokiškio rajono savivaldybėje, joje įgyvendinami teisės aktai ir strateginiai dokumentai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei vertinama sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika ir jos įgyvendinimo kliūtys.

**Pagrindiniai žodžiai:** *sveikatos priežiūros prieinamumas, sveikatos priežiūros netolygumai, savivalda.*

## ANNOTATION

Kondratenkienė D. Health care inequalities reduction policy in Municipality of region Rokiškis / Health Policy and Management Master's thesis.

Leader Dr. G. Petronytė. - Vilnius: Mykolas Riomeris University, Policy and Management Faculty, 2016.

## ANNOTATION

Master's thesis analyzes the health inequalities reduction policy formation and implementation of self-government level. The first part contains health concept of righteousness, discusses access to health care and differences in the analysis of health inequalities reduction policies within the European Union and Lithuania. The second part deals with health care inequalities in Rokiškis district municipality, its implementation of legislation and strategic documents regulating access to health care and assessment of health inequalities reduction policy and its implementation obstacles.

**Key words:** *access to health care, health care inequalities, self-government.*

# SANTRAUKA

Kondratenkienė, D. *Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika Rokiškio rajono savivaldybėje* / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas.

Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016.

## SANTRAUKA

Europos Sąjungos ir nacionaliniuose teisiniuose dokumentuose priimami sprendimai dėl sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo, tačiau problema išlieka aktuali. Savivaldos lygiu formuojama sveikatos priežiūros netolygumus mažinanti politika ir įgyvendinamos priemonės prisideda prie problemos sprendimo. Trūkstant žinių apie savivaldybėse įgyvendinamas priemones, kiekviena savivaldybė skirtingai formuoja sveikatos politiką, tai gali nepakankamai užtikrinti nacionalinių tikslų įgyvendinimą sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo srityje.

**Tyrimo objektas** – Rokiškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika.

**Tyrimo dalykas** – Rokiškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos vertinimas.

**Darbo tikslas** – įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimą Rokiškio rajono savivaldybėje.

**Darbo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politiką Lietuvoje.
2. Išanalizuoti Rokiškio rajono savivaldybės strateginius dokumentus ir teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą rajono gyventojams.
3. Įvertinti sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos įgyvendinimą Rokiškio rajono savivaldybėje suinteresuotųjų požiūriu.
4. Nustatyti kliūtis, kylančias mažinant sveikatos priežiūros netolygumus Rokiškio rajono savivaldybėje.

**Tyrimo metodai:** mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą.

**Rezultatai.** Nacionalinio lygio strateginiuose dokumentuose bei teisės aktuose sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptimi išskiriamas sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas. Išanalizavus Rokiškio r. sav. įgyvendinamus strateginius dokumentus bei teisės aktus pažymėtina, kad savivaldybėje planuojamos ir įgyvendinamos visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros prieinamumą gerinančios priemonės, tačiau trūksta aiškių sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo prioritetų bei kryptingos sveikatos priežiūros netolygumus mažinančios politikos. Nustatytos pagrindinės sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo kliūtys Rokiškio r. sav.: pasyvus vietos politikų požiūris į sveikatos stiprinimo veiklą, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vadybos stoka, nepakankamai išvystyta pirminė sveikatos priežiūra, ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas dėl sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių stokos ir atstumo iki sveikatos priežiūros įstaigų bei Rokiškio r. sav. gyventojų alkoholio vartojimas, kuris didina sveikatos priežiūros netolygumus.

**Išvados.** Rokiškio r. sav. trūksta aiškių sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos prioritetų, tačiau savivaldybėje įgyvendinamos priemonės, mažinančios sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumus.

**Darbo struktūra.** Darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmoje dalyje pateikiama sveikatos priežiūros teismo samprata, aptariami sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai ir analizuojamos sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politikos kryptys Europos Sąjungoje ir Lietuvoje. Antroje dalyje nagrinėjami sveikatos priežiūros netolygumai Rokiškio rajono savivaldybėje, joje įgyvendinami teisės aktai ir strateginiai dokumentai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei vertinama sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika ir jos įgyvendinimo kliūtys.

**Pagrindiniai žodžiai:** *sveikatos priežiūros prieinamumas, sveikatos priežiūros netolygumai, savivalda*

# SUMMARY

Kondratenkienė D. Health care inequalities reduction policy in Municipality of region Rokiškis / Health Policy and Management Master's thesis.

Leader Dr. G. Petronytė. - Vilnius: Mykolas Riomeris University, Policy and Management Faculty, 2016.

## SUMMARY

The problem remains acute despite European Union and national legal instruments accepts decisions on health inequalities reduction. Municipal level is forming health care inequalities reducing policies and measures implemented contribute to the problem. Due to lack of knowledge about the measures implemented by the municipalities, each municipality different shapes health policy, it could not be adequately protected national objectives implementation in health inequalities reduction.

**The object of research** is Rokiškis District Municipality health inequalities reduction policies.

**The subject of research** is Rokiškis District health inequalities reduction policy assessment.

**The aim** is to assess the health inequalities reduction policies implementation in Rokiškis district municipality.

### **Work tasks:**

1. To analyze health inequalities reduction policies in Lithuania.
2. To analyze Rokiškis District Municipality strategic documents and legislation governing health-care services to residents of the district.
3. To assess the health care inequalities reduction policies in Rokiškis district municipality interested point of view.
4. To identify barriers to reducing health inequalities in Rokiškis district municipality.

**Methods of research:** literature, law and document analysis, qualitative study using semi-structured interview method.

### **Results**

In the National-level strategic documents and legislation of health inequalities reduction policies excluded access to health care improvement.

Analysing Rokiškis district implementation of the strategic documents and legislation should be noted that in the municipality planned and implemented public and personal access to health care measures improving, but there are the lack of clear health inequalities reduction priorities and targeted health care inequalities mitigation policies.

There were identifies key health inequalities reduction of barriers in Rokiškis district: local politicians passive approach to health promotion, health care management executives lack of primary health care insecurity, limited health care services for the health care of human resources and lack of distance to health care institutions and alcohol consumption of Rokiškis district Municipality population, which contribute to health inequalities.

**Conclusions.** There are lack of clear health inequalities reduction policy priorities in Rokiškis district, but the municipality implemented measures to reduce disparities in access to health care.

**Work structure.** The work consists of two main parts. The first part contains health concept of righteousness, discusses access to health care and differences in the analysis of health inequalities reduction policies within the European Union and Lithuania. The second part deals with health care inequalities in Rokiškis district municipality, its implementation of legislation and strategic documents regulating access to health care and assessment of health inequalities reduction policy and its implementation obstacles.

**Key words:** *access to health care, health care inequalities, self-government.*