

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS**

DAINORA BIELSKYTĖ

**SVEIKATOS SISTEMOS VISUOMENINIO
FINANSAVIMO PRINCIPAS: TEISUMAS**

Magistro baigiamasis darbas

**Vadovė:
Prof. dr. Danguolė Jankauskienė**

VILNIUS, 2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SVEIKATOS SISTEMOS VISUOMENINIO
FINANSAVIMO PRINCIPAS: TEISUMAS

Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 62602S112

Vadovė:

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė

2013

Recenzentas

2013

Atliko

SPVmis9-01 gr. stud.

D. Bielskytė

2013 03 25

VILNIUS, 2013

TURINYS

ĮVADAS	9
1. TEISUMO PRINCIPU GRINDŽIAMAS SVEIKATOS SISTEMOS FINANSAVIMAS. 12	12
1.1. Termino „teisumas“ samprata	12
1.1.1. Sveikatos santykių teisumas ir sveikatos priežiūros teisumas	15
1.1.2. Teisumas sveikatos priežiūros finansavime	20
1.2. Teisumo principas Lietuvos sveikatos priežiūros teisiniame reguliavime	26
1.3. Teisumo principo užtikrinimas finansuojant sveikatos priežiūrą Lietuvoje	27
1.4. Teisumas sveikatos priežiūros finansavime: mokslinių tyrimų apžvalgos	32
2. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO ANALIZĖ TEISUMO ASPEKTU.....	35
2.1. Sveikatos priežiūros išlaidų, lyginant su bendruoju vidaus produktu, pokyčiai 2004–2011 m.	35
2.2. Sveikatos priežiūros išlaidų pokyčiai 2004–2011 m.	37
2.3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir išlaidos 2004–2011 m... 42	42
3. KOKYBINIS TYRIMAS: TEISUMO PRINCIPAS SVEIKATOS SISTEMOS FINANSAVIME: SAMPRATA, UŽTIKRINIMAS IR VERTINIMAS.....	47
3.1. Tyrimo metodika	47
3.2. Tyrimo rezultatai	48
IŠVADOS	57
REKOMENDACIJOS	58
LITERATŪROS SĄRAŠAS	59
ANOTACIJA	69
ANOTATION.....	70
SANTRAUKA.....	71
SUMMARY.....	73
PRIEDAI.....	75

LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros teisumo samprata sveikatos politikoje.....	19
2 lentelė. Bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika pagal sveikatos priežiūros finansuotojus Lietuvoje 2004–2011 m.	39
3 lentelė. Išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika pagal sveikatos priežiūros funkcijas Lietuvoje 2004–2011 m.....	41
4 lentelė. PSDF išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika Lietuvoje 2004–2011 m.....	45
5 lentelė. Demografinės tyrimo respondentų charakteristikos.....	48
6 lentelė. Teisumo principo sąsajos su kitais sveikatos politikos principais	49
7 lentelė. Sveikatos sistemos finansavimo, kuris grindžiamas teisumo principu, samprata.....	50
8 lentelė. Visuomeninio finansavimo dalis bendrajame sveikatos sistemos finansavime	52
9 lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos, užtikrinančios vargšų ir turtingųjų lygybę..	53
10 lentelė. Būdai, užtikrinantys teisumą Lietuvos sveikatos sistemos finansavime.....	54
11 lentelė. Teisumo principo įvertinimas Lietuvoje sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime	55

PAVEIKSLAI

1 pav. Ryšys tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir sveikatos santykių teisumo plačiąja prasme.....	23
2 pav. Sveikatos sistemos finansavimo ryšys su politikos tiklais, kitomis sistemos funkcijomis ir bendrais siekiais.....	24
3 pav. Visų išlaidų ir visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP 2004–2011 m. (proc.).....	36
4 pav. Visų išlaidų (visuomeninių ir privačių) sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP kai kuriose ES šalyse 2010 m. (proc.)	36
5 pav. Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalies nuo BVP, visuomeninių išlaidų dalies (nuo visų išlaidų ir 1 gyventojui, \$) palyginimas tarp kai kurių ES šalių 2010 m.....	37
6 pav. Visuomeninių ir privačių išlaidų sveikatos priežiūrai struktūros kitimas 2004–2011 m. (proc. nuo bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai).....	40
7 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų dinamika 2004–2011 m. (tūkst. Lt, įskaitant lėšų likutį metų pradžioje).....	43
9 pav. PSDF biudžeto išlaidų pokyčiai 2004–2011 m. (tūkst. Lt).....	44

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS

Bendrasis vidaus produktas – „išlaidų metodu įvertinamas kaip rezidentinių institucinių vienetų prekių ir paslaugų galutinio panaudojimo suma (galutinio vartojimo išlaidos: namų ūkių, valdžios sektoriaus ir ne pelno institucijų, teikiančių paslaugas namų ūkiams; bendrojo kapitalo formavimas: bendrojo pagrindinio kapitalo formavimas, atsargų pasikeitimas ir vertybių įsigijimas atėmus netekimus), pridėjus prekių ir paslaugų eksportą ir atėmus prekių ir paslaugų importą“¹.

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – „valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema“².

Namų ūkis – „atskirai gyvenantis vienas asmuo arba grupė viename būste gyvenančių asmenų, kurie dalijasi išlaidas ir bendrai apsirūpina gyventi būtinomis priemonėmis. Giminytės ar vedybiniai ryšiai tarp namų ūkio narių nebūtinai“³.

Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas – „papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio“⁴.

Privalomojo sveikatos draudimo įmokos – „draudžiamųjų ir (arba) jų draudėjų mokamos nustatyto dydžio įmokos“⁵.

Privalomasis sveikatos draudimas – „valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudiminių įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą“⁶.

¹ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas, Vilnius, 2010, <http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf> [žiūrėta 2012-01-11].

² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

³ Lietuvos statistikos departamentas,

<<http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=3092&PHPSESSID=901d0e348f6d32ed4fcac7daa3927743>> [žiūrėta 2012-02-15].

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

Privataus sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas – „tiesioginės namų ūkių bei kitų mokėtojų (įstaigų ir organizacijų), labdaros lėšos“⁷.

Valdžios sektoriaus (visuomeninis) sveikatos priežiūros finansavimas – „valstybės ir sveikatos draudimo fondų išlaidos sveikatos priežiūrai finansuoti“⁸.

⁷ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas, Vilnius, 2010, <http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf> [žiūrėta 2012-01-11].

⁸ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas, Vilnius, 2010, <http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf> [žiūrėta 2012-01-11].

SANTRUMPOS

BVP – Bendrasis vidaus produktas

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

ES – Europos Sąjunga

HISIC – Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

LSP – Lietuvos sveikatos programa

NST – Nacionalinė sveikatos taryba

PASP – Pirminė asmens sveikatos priežiūra

PSD – Privalomas sveikatos draudimas

PSDF – Privalomas sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

VMI – Valstybinė mokesčių inspekcija

VSDFV – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (SODRA)

IVADAS

Sveikata yra apibūdinama kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, ją galima įvardinti kaip ypatingą prekę, kuri yra gaunama ir per sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Kiekvienoje šalyje sveikatos apsaugos sistema yra skirtinga, ji priklauso nuo konkrečios valstybės santvarkos bei vyraujančių politinių idealų. Žmonės tikisi, kad esant sveikatos negalavimams bus aprūpinti svarbiomis medicinos paslaugomis be jokio diskriminavimo – nesvarbu ar jis vargšas ar turtuolis.

Pasaulio sveikatos organizacijos Liublijanos chartijos pagrindiniai principai – sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis teisumo, žmogiškojo orumo, solidarumo, profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius tikslus, orientuota į kokybę ir pirminę sveikatos priežiūrą, bei pagrįsta protingu finansavimu⁹. Lietuvos sveikatos reformos rezoliucijoje yra nurodoma, kad teisingumą turi garantuoti sveikatos priežiūros institucijos, užtikrinant kiekvienam žmogui vienodomis galimybėmis tenkinti savo sveikatos poreikius¹⁰. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatos įtvirtina valstybės rūpestį žmonių sveikata ir jos priežiūra „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“¹¹.

Štai Europos Sąjungos raidos strategijoje „2020 m. Europa“ pabrėžiamas visų šalių narių siekis ir įsipareigojimai užtikrinti, kad Europoje būtų daugiau teisingumo ir mažiau atskirties, Europos Komisijos narys László Andoras pasakė: „Nauja ateinančio dešimtmečio Europos Sąjungos strategija „Europa 2020“, kurios vienas iš tikslų iki 2020 m. išvaduoti iš skurdo bent 20 mln. Europos gyventojų, aiškiai rodo nuoširdų visų šalių įsipareigojimą siekti matomų rezultatų, kad Europoje būtų daugiau teisingumo ir mažiau atskirties“¹².

Pasaulio sveikatos organizacija siūlo sveikatos politikos formavimo principus, kuriais vadovaujantis turi būti kuriama nacionalinė sveikatos politika, vienas iš jų – teisumas. Sveikatos politikos tikslų įgyvendinimo pagrindas yra sveikatos sistemos finansai. Finansavimas yra viena svarbiausių sveikatos sistemos funkcijų. Teisumo principo užtikrinimas sveikatos sistemos finansavime yra sudėtingas procesas, reikalaujantis itin stiprios politinės valios. Mokslininkai sutaria, kad šis principas turi būti užtikrinamas taip, kad finansuojant sveikatos priežiūrą būtų atsižvelgiama į

⁹ Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje 1996 m. birželio 18 d., <http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html> [žiūrėta 2012-02-23].

¹⁰ Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis. Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio rezoliucija, *Sveikatos drauda*, 2000, Nr. 12 (43), p. 3–4.

¹¹ Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

¹² Europos Komisija, Naujas tyrimas rodo, kad vis daugiau žmonių skursta, 2010, <http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-773_lt.htm?locale=en> [žiūrėta 2012-02-18].

žmonių gebėjimą mokėti (mokumą). Joseph Kutzin akcentuoja, kad teisumas nėra pakankamai įtrauktas į šalių sveikatos priežiūros finansavimo sistemas¹³.

Prieš trylika metų (2000 m.) Pasaulio sveikatos organizacija parengė ataskaitą, kurioje buvo pateiktas integruotas sveikatos priežiūros finansavimo teisumo rodiklis, pagal kurį Lietuva atsidūrė 131–133 vietoje tarp PSO šalių narių¹⁴. Pasak Viliaus Jono Grabausko, pagal sveikatos sistemos finansavimo teisumą Lietuva buvo priskirta ketvirtadaliui prasčiausiai besitvarkančių šalių¹⁵. Tačiau šio rodiklio buvo atsisakyta dėl neaiškios skaičiavimo metodikos. Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos, jei Europos Sąjungos šalys sumažintų neteisumą sveikatos priežiūros srityje 10 proc., tada būtų sutaupyta 18 milijardų eurų ir 6 milijardų eurų, kurių netektų išleisti atitinkamai sveikatos priežiūrai ir socialinio draudimo reikmėms¹⁶.

Problema. Įgyvendinant sveikatos priežiūros politiką susiduriama su sveikatos priežiūros finansavimo problemomis, kurios iškelia įvairiausių klausimų, susijusių su teisingų sprendimų priėmimu ir teisingu sveikatos sistemos finansavimu. Šio darbo problemos aktualumą grindžia 2 probleminiai klausimai:

1. Kaip Lietuvos Respublikos teisės aktuose yra apibrėžtas teisumo principas, kuriuo turi būti vadovaujama finansuojant sveikatos priežiūrą?
2. Kaip finansuojant sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra užtikrinamas teisumas, atsižvelgiant į žmonių gebėjimo mokėti principą (mokumą)?

Darbo naujumas. Lietuvoje nei sveikatos politikai, nei kitų mokslo sričių atstovai nėra detalai nagrinėję sveikatos santykių teisumo ir teisumo principo sveikatos sistemos finansavime sampratos, įgyvendinimo ir jo vertinimo. Sveikatos santykių teisumą bei teisumą sveikatos priežiūros finansavime daugiausia tyrinėjo šie užsienio šalių atstovai – Alexandra Bambas, Juan Antonio Casas, Göran Dahlgren, Margaret Whitehead, Adam Wagstaff, Eddy van Doorslaer ir kiti. Šio darbo tema Lietuvoje yra ne tik nauja, bet ir praktiškai aktuali. Išskirtinė priežastis dėl kurios teisumas analizuojamas sveikatos sistemos finansavime – naujumas.

Tyrimo dalykas: teisumo principas sveikatos sistemos finansavime.

Tyrimo objektas: teisumo principo sveikatos sistemos finansavime vertinimas.

Darbo tikslas – išanalizuoti teisumo principo įgyvendinimą Lietuvos sveikatos priežiūros finansavime.

¹³ Kutzin J., „Health financing policy: a guide of decision-makers“, *Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*, WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, 2008, p. 5.

¹⁴ World Health Report 2000. Health system: improving performance, WHO, Geneva, 2000, <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf> [žiūrėta 2012-01-06].

¹⁵ Grabauskas V. J., „Lietuvos sveikatos priežiūra Europos Sąjungos ir pasaulio kontekste“, *Lietuvos sveikatos sektorių amžių sandūroje*, Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 89.

¹⁶ Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje. Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį. Siekiant sveikatos santykių teisumo per socialinius sveikatos veiksmus, Vilnius, 2009. p. 2.

Darbo uždaviniai:

1. Išsiaiškinti teismo sampratą sveikatos priežiūroje ir sveikatos priežiūros finansavime;
2. Išsiaiškinti teismo principo įtvirtinimą Lietuvos sveikatos priežiūros teisiniame reguliavime bei teismo principo įgyvendinimą Lietuvos sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime;
3. Išanalizuoti Lietuvos nacionalinę sveikatos sąskaitą ir jos pokyčius, atsižvelgiant į teismo principo taikymą.
4. Išanalizuoti sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų nuomonę apie teismo principo sampratą, užtikrinimą ir vertinimą Lietuvos sveikatos sistemos finansavime.

Darbo struktūra. Darbas susideda iš trijų struktūrinių dalių bei pabaigoje pateikiamų išvadų ir rekomendacijų. Pirmojoje dalyje teoriniu aspektu tiriamas teismo principo reikalingumas – pateikiama teismo principo samprata, jo vaidmuo sveikatos priežiūroje ir sveikatos priežiūros finansavime, išnagrinėti Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys teismo principo sampratą bei instrumentai, užtikrinantys jo įgyvendinimą. Antrojoje dalyje analizuojamas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas teismo aspektu – sveikatos priežiūros išlaidos ir jos struktūros pokyčiai pagal sveikatos priežiūros finansuotojus ir sveikatos priežiūros funkcijas bei sveikatos priežiūros išlaidos, palyginamos su bendruoju vidaus produktu. Šioje dalyje atlikta Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų analizė. Trečiojoje dalyje pateikiamas empirinis tyrimas, kuriam atlikti buvo naudotas kokybinis duomenų rinkimo būdas – pusiau struktūruotas interviu. Šis empirinis tyrimas buvo naudotas siekiant išsiaiškinti sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų požiūrį į sveikatos sistemos finansavimą, grindžiamą teismo principu, teismo principo sampratą ir vertinimą.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė ir sintezė, sisteminimo, lyginimo, apibendrinimo metodai. Statistinei informacijai apdoroti ir sisteminti panaudoti grupavimo, palyginimo, grafinio vaizdavimo būdai. Empiriniui tyrimui atlikti naudotas kokybinis duomenų rinkimo būdas – pusiau struktūruotas interviu.

1. TEISUMO PRINCIPU GRINDŽIAMAS SVEIKATOS SISTEMOS FINANSAVIMAS

1.1. Termino „teisumas“ samprata

Terminas „teisumas“ yra apibūdinamas kaip „garbumo, dorumo ir teisingumo apraiška“¹⁷.

Alexandra Bambas ir Juan Antonio Casas terminą „teisumas“ apibrėžė kaip „prigimtinė teisė, laisvė nuo šališkumo ar tam tikrų interesų“, priešinga teisumo sąvokai yra terminas „neteisumas“ (angl. *inequity*) – „neteisingumas, šališkumas ar nesąžiningumas“¹⁸.

Terminai „teisumas“ (angl. *equity*) ir „lygybė“ (angl. *equality*) yra dažnai painiojami, nors yra skirtingi ir turi atitinkamai skirtingas reikšmes^{19,20,21,22}. Kaip ir buvo minėta, teisumas nurodo, kad kažkas yra skaidru, teisinga ar nešališka, o lygybė – vienodumą^{23,24}. Teisumu galima pasiekti lygybę²⁵. Tačiau tam tikroje situacijoje ne visada lygus reiškia, kad yra teisingas, skaidrus ar sąžiningas arba atvirkščiai – ne visi skirtumai yra neteisingi, neskaidrūs ar nesąžiningi^{26,27}. Teisumą ir neteisumą yra sunku įvertinti, lyginant su netolygumais (angl. *inequalities*)²⁸.

Mokslinėje literatūroje gausu termino „teisumas“ interpretacijų, jos priklauso nuo to, kokios mokslo šakos atstovas ją interpretuoja. Tai pažymi ir Pasaulio bankas teigdamas, kad terminas

¹⁷ *Lietuvių kalbos žodynas*, <<http://www.lkz.lt/startas.htm>> [žiūrėta 2012-07-13].

¹⁸ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 14.

¹⁹ Poteete A. R., *Is Decentralization a reliable means of increasing equity?* New Orleans, Los Angeles, 2004, p. 4, <http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/2246/Poteete_Decentralization_and_Equity.pdf> [žiūrėta 2011-12-12].

²⁰ Braveman P., Gruskin S., „Defining equity in health“, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, <<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>> [žiūrėta 2012-12-14].

²¹ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 14.

²² *Balancing Equity and Efficiency*, <<http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/balancing-equity-efficiency>> [žiūrėta 2012-03-09].

²³ Poteete A. R., *Is Decentralization a reliable means of increasing equity?* New Orleans, Los Angeles, 2004, p. 3, <http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/2246/Poteete_Decentralization_and_Equity.pdf> [žiūrėta 2011-12-12].

²⁴ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 14.

²⁵ Poteete A. R., *Is Decentralization a reliable means of increasing equity?* New Orleans, Los Angeles, 2004, p. 3, <http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/2246/Poteete_Decentralization_and_Equity.pdf> [žiūrėta 2011-12-12].

²⁶ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 14.

²⁷ Braveman P., Gruskin S., „Defining equity in health“, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, <<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>> [žiūrėta 2012-12-14].

²⁸ Kawachi I. et al., „A glossary for health inequalities“, *Journal of epidemiology and Community Health*, 2002, 56, <<http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full>> [žiūrėta 2013-03-12].

„teisumas“ yra vartojamas įvairiuose kontekstuose „skirtingos interpretacijos, priklausomai nuo šalies ir akademinės disciplinos“²⁹.

Nėra ir neaišku ar galėtų atsirasti vienintelis teismo apibrėžimas, tinkamas visuose kontekstuose. Teismo samprata labiausiai aptariama šiuose moksluose:

Etika. Teisumas dar kitaip suprantamas kaip socialinis teisingumas^{30,31}. Etikoje teisumas yra įvardijamas kaip paskirstomasis teisingumas, pagrįstas teisingu gėrybių (turto, pajamų ir kt.) paskirstymu^{32,33,34,35,36}. Arvydas Guogis teigia, kad socialinis teisingumo galios (pinigų, pajamų ir valdžios) perskirstymas yra neigiamas bruožas, kadangi dėl to dažniausiai kyla pagrindinė socialinio principo įgyvendinimo problema³⁷. Žinoma, paskirstymo teisingumas priklauso nuo valstybės santvarkos bei politinių idealų, kurie vyrauja joje.

Politinė filosofija. Filosofai yra labiausiai išplėtoję teismo sąvokos apibūdinimą³⁸. Šiuolaikinėje politinėje filosofijoje teisingumo samprata susipynusi su lygybės ir laisvės idealais³⁹. Filosofinės ištakos driekiasi iš utilitaristinės krypties teorijų, teigiančių, kad teisinga, jog ištekliai būtų paskirstomi taip, kad pagerėtų skurdžiausių būklė⁴⁰. Galima pateikti du pagrindinius teisingumo modelius: egalitarinės teorijos ir libertalinės teorijos. Šiuose teisingumo modeliuose užfiksuoti skirtingi įsitikinimai:

Johnas Rawlsas apibūdinamas egalitarinį teisingumo modelį, teisingumo teorijoje bando sujungti lygybės, laisvės ir efektyvumo principus. Jis socialinį teisingumą suprato taip, kad visos gėrybės turi būti paskirstomos tolygiai, o pirmenybė turi būti teikiama labiausiai nuskriaustiems gyventojams⁴¹. Pasak Johno Rawlso, kai skirstomi ištekliai, svarbiausia vadovautis nešališkumu⁴².

Robertas Nozickas apibūdina libertarinį teisingumo modelį. Jo požiūriu, teisingumas susijęs su skirstymo procedūra „skirstymo teisingumas, priklauso nuo to, kaip jis vyko“. Filosofas valstybės

²⁹ The World Bank, „Equity and Development“, *World Development Report 2006*, New York: Oxford University Press, 2006, p. 18.

³⁰ Braveman P., Gruskin S., „Defining equity in health“, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, <<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>> [žiūrėta 2012-12-14].

³¹ Gabr M., Health Ethics, Equity and Human Dignity, <<http://www.humiliationstudies.org/>> [žiūrėta 2013-02-09].

³² Braveman P., Gruskin S., „Poverty, equity, human rights and health“, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(7), p. 540.

³³ Nekrašas E., *Filosofijos įvadas*, Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, 2004.

³⁴ Barry B., „Teisingumo teorijos“, *Socialinio teisingumo traktatas*, Vilnius: „Eugrimas“, 2002, p. 365.

³⁵ Whitehead M., *Teismo sveikatos santykiuose koncepcijos ir principai*, Kopenhaga, 1990, p. 26.

³⁶ Barry B., „Teisingumo teorijos“, *Socialinio teisingumo traktatas*, Vilnius: „Eugrimas“, 2002, p. 365.

³⁷ Guogis A., „Ar reikia kitokio Lietuvos visuomenės socialinės raidos modelio?“, *Socialinių mokslų studijos*, 2010, 3(7), p. 30.

³⁸ The World Bank, „Equity and Development“, *World Development Report 2006*, New York: Oxford University Press, 2006, p. 18.

³⁹ Jakutytė S., Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos, 2001, p. 4, <<http://www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf>> [žiūrėta 2012-02-04].

⁴⁰ Jakutytė S., Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos, 2001, p. 7, <<http://www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf>> [žiūrėta 2012-02-04].

⁴¹ Narbutaitė N., *Ar J. Rawlso teisingumo teorija yra I. Kanto praktinės filosofijos interpretacija*, Logos, 2005, p. 43.

⁴² Rawls J., *A Theory of Justice*, Cambridge: Harvard University Press, 1971, p. 60–65.

vykdomą pajamų ir turto perskirstymą vadina amoralium⁴³. Jo nuomone, „nėra jokio centrinio paskirstymo, nėra jokio asmens ar asmenų grupės, turinčios teisę kontroliuoti visus išteklius ir spręsti, kaip jie turi būti padalyti. Tai, ką kiekvienas asmuo gauna, jis gauna iš kitų mainais už ką nors arba kaip dovaną“⁴⁴. Filosofas kvestionuoja ne tik valstybės, kaip vieno iš socialinio teisingumo subjektų, reikalingumą, bet ir paties socialinio teisingumo, kuris garantuotų teisingą paskirstymą, prasmę.

Sveikatos politika. Sveikatos politikams svarbios tos teisingumo formos, kurios reguliuoja individo ir socialinių struktūrų santykius⁴⁵. Lietuvos sveikatos politikoje terminai „teisumas“ ir „teisingumas“ dažniausiai yra vartojami pakaitomis, nediferencijuojant.

Štai Algirdas Juozulynas ir bendraautorai sveikatos politikos pagrindu įvardina sveikatos skirtumų mažinimą⁴⁶. Antanas Jurgelėnas ir Algirdas Juozulynas teigia, kad sveikatos politikai svarbus yra paskirstomasis teisingumas, kurio tikslas – galimybės suteikimas kiekvienam individui vienodai dalyvauti sveikatos procese nepriklausomai nuo to, kokiai socialinei struktūrai jis priklauso⁴⁷. Svarbiausia yra tai, kad skirstant sveikatos priežiūros lėšas, nė vienas žmogus nebūtų nuskriaustas⁴⁸.

Ekonomika. Pasak sveikatos ekonomisto Gavin Mooney, MacLachlan ir Alan Maynard teisumas yra svarbiausias politikos siekių sveikatos sistemoje, net už efektyvumą^{49,50}. Pasak MacLachlan ir Maynard „ar taip yra ar ne, galima diskutuoti, bet jei teisumas ir nėra pirmaeilis tikslas, tačiau yra aišku, kad sveikatos santykių teisumas yra labai svarbus tikslas daugelyje šalių“⁵¹. Pasaulio Bankas pažymi, kad ekonomistai teisumą sieja su paskirstymo klausimais⁵². Ekonomistai domėdamiesi teismo svarba, pastebėjo, kad gyventojų sveikatos skirtumai pastebimi ne tik tarp šalių, bet ir tam tikroje šalyje tarp įvairių teritorinių, socialinių bei ekonominių grupių⁵³.

⁴³ Nozick R., *Anarchija, valstybė, utopija*, Vilnius: „Eugrimas“, 2003, p. 186.

⁴⁴ Nozick R., *Anarchija, valstybė, utopija*, Vilnius: „Eugrimas“, 2003, p. 163.

⁴⁵ Juozulynas A. ir kt., „Užimtumas ir sveikatos santykių teisingumas“, *Sveikatos mokslai*, 2004, p. 15.

⁴⁶ Juozulynas A. ir kt., „Užimtumas ir sveikatos santykių teisingumas“, *Sveikatos mokslai*, 2004, p. 15.

⁴⁷ Juozulynas A., Jurgelėnas A., „Sveikata ir rizika visuomenės požiūriu“, *Visuomenės sveikata*, Vilnius, 1998, p. 42.

⁴⁸ Jakutytė S., Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos, 2001, p. 4,

<<http://www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf>> [žiūrėta 2012-02-04].

⁴⁹ Mooney G.H., *Economics, medicine, and health care*, Wheatsheaf, Brighton, 1986, 3th ed., p. 74.

⁵⁰ MacLachlan G., Maynard A., „The public/private mix in health care: The emerging lessons“, *The public/private mix in health care: The relevance and effects of change*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.

⁵¹ Van Doorslaer E., O'Donnell, „Measurement and Explanation of Inequality in Health and Health Care in Low-Income Settings“, Discussion Paper, 2008, p. 1.

⁵² The World Bank, „Equity and Development“, *World Development Report 2006*, New York: Oxford University Press, 2006, p. 18.

⁵³ Wagstaff A.J., Van Doorslaer E., „Equity in Health Care Financing and Delivery“, *North Holland Handbook of Health Economics*, Culyer A. J., Newhouse J.P., editors, 1998, p. 4.

1.1.1. Sveikatos santykių teisumas ir sveikatos priežiūros teisumas

Teisumui siekiant sveikatos moksinėje literatūroje apibūdinti yra naudojama sąvoka „sveikatos santykių teisumas“ arba kitaip „lygiateisiškumas sveikatos požiūriu“ (angl. *health equity, equity in health*), o priešinga šiai sąvokai yra „sveikatos santykių neteisumas“ (angl. *health inequity, inequity in health*). Sveikatos santykių teismo sąvoka yra apibrėžiama įvairiai.

Goran Dahlgren ir Margaret Whitehead išskiria neteisybės sveikatos apsaugoje mažinimą, kuri tiesiogiai sąlygoja neteisumą sveikatoje, kaip vieną iš tikslų sveikatos priežiūroje⁵⁴. Neteisumas sveikatos srityje gali atsirasti tarp visuomenės grupių, ar tarp šalių⁵⁵. Ichiro Kawachi ir bendraautorai sveikatos santykių neteisumą apibūdina kaip netolygumus, kurie yra nesąžiningi ar kylantys iš tam tikrų neteisingumo formų⁵⁶. Sveikatos santykių neteisumas yra susijęs ir su sveikatos netolygumais, kurie yra politiškai, socialiai ir ekonomiškai nepriimtini⁵⁷, ir dėl kurių yra apribojami asmens pasirinkimai bei galimybės kontroliuoti veiksniai, galinčius turėti įtakos sveikatai⁵⁸. Neteisumo galima išvengti arba jį pataisyti per tikslingus žmogaus veiksmus⁵⁹.

Sveikatos santykių teisumas reiškia, kad visi turi lygias galimybes siekti didžiausio sveikatos potencialo ir niekas negali sudaryti šiam siekimui nepalankių sąlygų^{60,61}. Margaret Whitehead ir Henk Leenan sveikatos santykių teisumą apibūdina taip pat žmonių lygias galimybes siekti sveikatos bei pažymi, kad negali būti sveikatos skirtumų^{62,63}. Paula Braveman ir Sofia Gruskin sveikatos santykių teisumą apibūdina kaip „sistemingų skirtumų nebuvimas sveikatos srityje (ar sveikatą lemiančių

⁵⁴ Dahlgren G., Whitehead M., Policies and strategies to promote equity in health, WHO, Copenhagen, 1992, p. 7.

⁵⁵ World Health Organization, Social determinants of health, <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html> [žiūrėta 2013-03-12].

⁵⁶ Kawachi I. et al., „A glossary for health inequalities”, *Journal of epidemiology and Community Health*, 2002, 56, <<http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full>> [žiūrėta 2013-03-12].

⁵⁷ World Health Organization, The world health report, <<http://www.who.int/whr/2008/overview/en/index.html>> [žiūrėta 2013-02-27].

⁵⁸ Picavet H.S.J., Perspectives on Health Inequity, Harris E., Sainsbury S., Nutbeam D, editors, Sydney: The Australian Centre for Health Promotion, 1999.

⁵⁹ Commission on social determinants of health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, 2005, p. 5.

⁶⁰ Social justice and equity in health: report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985), Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR804/m02).

⁶¹ World Health Organization, The Solid Facts: Social Determinants of Health. Copenhagen: World Health Organization, 1998, 7th ed., p. 6–7.

⁶² Whitehead M., The concepts and principles of equity and health, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1990, p. 5.

⁶³ Leenan H., „Equality and equity in health care“, *Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting*, Leeds, 1985.

veiksnių) tarp įvairių socialinių grupių⁶⁴, o Margaret Whitehead yra pasakiusi, jog „sveikatos skirtumai yra nereikalingi ir išvengiami, be to jie yra nesąžiningi ir neteisingi“⁶⁵.

Sveikatos santykių teisumas turi etinę reikšmę, kuri grindžiama socialinio teisingumo ir žmogaus teisių principais⁶⁶. Paula Braveman ir Sofia Gruskin taip pat teigia, kad sveikatos santykių teisumas glaužiai yra susijęs su žmogaus teisės sąvoka⁶⁷.

Sveikatos santykių teisumas apibūdina ir skaidrius paskirstymus tarp populiacijos, nuo kurių priklauso ir sveikatos rezultatai. Richard Klein ir David Huang sveikatos santykių teisumą apibūdina kaip sveikatos lemiančių veiksnių, rezultatų ir išteklių (pvz.: sveikatos draudimo, švietimo, švaraus oro ir kt.) skaidrų pasiskirstymą populiacijose, nepriklausomai nuo socialinės padėties⁶⁸. Tokios pačios nuomonės yra Paula Braveman ir Sofia Gruskin pasakodami apie sveikatos santykių teisumą – jų nuomone, sveikatos santykių teisumas apima išteklių paskirstymą ir kitus procesus, nuo kurių priklauso ar bus sveikatos netolygumai tarp skirtingų socialinių grupių ar jų nebus⁶⁹.

Mamdouh Gabr išskiria du požiūrius, kuriais galima siekti teisumo – „solidarumo požiūris“, kuriame pagrindinis dėmesys skiriamas visuomenei, kaip visumai, tačiau gali būti skiriamas didesnis dėmesys kai kuriems visuomenės narių arba jų grupių poreikiams. Kitu požiūriu yra išskiriamas „asmeninės teisės požiūris“, pagal kurį kiekvienas asmuo turi turėti vienodas galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir gauti vienodą sveikatos rezultatą⁷⁰.

Teisumo principu skiriamas dėmesys labiausiai pažeidžiamų žmonių sveikatai⁷¹. Sveikatos santykių teisumu siekiama pagerinti sveikatą tiems, kurie turi nepalankią socialinę ar ekonominę padėtį (sveikatos skirtumų mažinimas sveikatos priežiūros srityje, gyvenimo ir darbo sąlygose)⁷². Tai patvirtina ir Goran Dahlgren ir Margaret Whitehead, kurie sveikatos santykių siekį įvardina sveikatos skirtumų panaikinimą tarp įvairių socialinių ir ekonominių grupių⁷³.

⁶⁴ Braveman P., Gruskin S., „Defining equity in health“, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57: 254–254.

⁶⁵ Whitehead M., „The concepts and principles of equity and health“, *International Journal of Health Services*, 1992, p. 429–445.

⁶⁶ International Society for Equity in Health, <<http://www.iseqh.org/>> [žiūrėta 2013-01-20].

⁶⁷ Braveman P., Gruskin S., „Poverty, equity, human rights and health“, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, p. 540.

⁶⁸ Klein R., Huang D., „Defining and measuring disparities, inequities, and inequalities in the Healthy People initiative“, National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2010/41_Klein.pdf> [žiūrėta 2012-01-05].

⁶⁹ Braveman P., Gruskin S., „Defining equity in health“, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, <<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>> [žiūrėta 2012-12-14].

⁷⁰ Gabr M., Health Ethics, Equity and Human Dignity, <<http://www.humiliationstudies.org/>> [žiūrėta 2013-02-09].

⁷¹ Gabr M., Health Ethics, Equity and Human Dignity, <<http://www.humiliationstudies.org/>> [žiūrėta 2013-02-09].

⁷² Secretary’s Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020, Revised definitions for health disparities and health equity, <<http://healthypeople.gov/2020/about/advisory/FACA6Minutes.aspx?page=2>> [žiūrėta 2013-01-07].

⁷³ Dahlgren G., Whitehead M., Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1, WHO European Office for Investment for Health and Development, 2006, p. 12.

Georgi Shakarishvili teismo savoką įvardina kaip neaiškia ir pažymi, kad teisumą yra sunku įvertinti⁷⁴. Pasak Georgi Shakarishvili bei Timothy Evans ir jo bendraautorių, sveikatos santykių teisumas yra susijęs su sveikatos būklės rodikliais – jų teigimu, sveikatos santykių teisumas pasiekiamas, kai pagrindiniai sveikatos būklės rodikliai, sergamumo ir mirtingumo rodikliai bei jų tendencijos yra panašios visose grupėse, kurios skiriasi socialine ekonomine, etnine, tautybės, lyties, geografinė padėtimi^{75,76}.

Margaret Whitehead teigia, kad nagrinėjant teisumą, kyla daug diskusijų, kadangi kai kurie nagrinėja netolygumų lygį ir sveikatos būklę skirtingose populiacijos grupėse, o kiti – sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir skirstymo netolygumų lygį. Skirtumai paprasčiausiai gali būti įvertinti analizuojant sveikatos statistiką. Tačiau svarbu žinoti, kad ne visi skirtumai gali būti įvardijami kaip netolygumai⁷⁷.

Pasak Alexandra Bambas ir Juan Antonio Casas, teisingoje situacijoje gėrybių paskirstymai, kurie lemia sveikatos būklę, turi atitikti šiuos kriterijus⁷⁸:

- turi būti išvengiami paskirstymų skirtumai,
- neturi atsispindėti laisvas pasirinkimas,
- turi būti tvirtas ryšys su atsakingumu.

William C. Hsiao ir Yuanli Liu sveikatos priežiūros teismui apibūdinti naudoja trumpą apibrėžimą – „vienodas naudojimasis sveikatos priežiūra“⁷⁹.

Analizuojant užsienio šalių literatūrą, terminą „sveikatos priežiūros teisumas“ galima įvardinti kaip daugialypį. Mokslinėje literatūroje sveikatos priežiūros teisumas suprantamas prieinamumo, finansų, išlaidų, kokybės, sveikatos rizikos apsaugos, sveikatos būklės ir kitomis prasmėmis.

Teisumas apima procesą ir rezultatus. Svarbu yra įvertinti konkrečių spendimų poveikį teismui ir siekti, kad priimami sprendimai didintų teisumą⁸⁰.

Kaip ir aukščiau buvo minėta, Georgi Shakarishvili teismo savoką įvardino kaip neaiškia, tačiau jo nuomone teisumas sveikatos priežiūroje yra susijęs su prieinamumu, finansavimu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybe⁸¹.

⁷⁴ Shakarishvili G., *Poverty and Equity in Healthcare Finance: Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform*, Hungary, 2006, p. 6.

⁷⁵ Evans T. et al., *Challenging Inequalities in Health: from ethics to action*, Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75.

⁷⁶ Shakarishvili G., *Poverty and Equity in Healthcare Finance: Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform*, Hungary, 2006, p. 6.

⁷⁷ Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1990, p. 4.

⁷⁸ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 17.

⁷⁹ Hsiao WC., Liu Y., *Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action*, New York: Oxford University Press, 2001, p. 270.

⁸⁰ Gabr M., *Health Ethics, Equity and Human Dignity*, <<http://www.humiliationstudies.org/>> [žiūrėta 2013-02-09].

Štai Anne Drouin sveikatos priežiūros teisumą apibūdina 4 skirtingais lygiais: „teisumas sveikatos priežiūros finansavime, teisumas sveikatos priežiūros prieinamume, teisumas sveikatos būklėje ir teisumas sveikatos rizikos apsaugoje“⁸².

Pasak Timothy Evans ir bendraautorių, sveikatos priežiūros teisumas yra susijęs su sveikatos priežiūros aprūpinimu (įskaitant prieinamumą), sveikatos priežiūros finansavimu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Jų nuomone, sveikatos priežiūros paslaugų teikime teisumas yra įgyvendinamas, kai vienodą poreikį turintys asmenys gauna atitinkamai vienodą priežiūrą⁸³.

Henk Leenan sveikatos priežiūros teisumą apibūdina taip⁸⁴:

- „Vienodas sveikatos priežiūros prieinamumas, turintiems vienodus poreikius“.
- „Vienodas sveikatos priežiūros naudojimas, turintiems vienodus poreikius“.
- „Vienoda sveikatos priežiūros kokybė“.

Mamdouh Gabr sveikatos požiūriu teisumą apibrėžia taip⁸⁵:

- „Vienodai sveikatos priežiūros išteklių paskirstymas kiekvienam individui“.
- „Vienodas sveikatos priežiūros prieinamumas“.
- „Vienoda sveikatos priežiūros kokybė“.
- „Vienoda sveikatos būklė“.
- „Vienodas sveikas gyvenimo būdas už išėikvotus pinigus (pvz: už 1 dolerį)“.
- „Sveikatos priežiūra pagal poreikį“.

Pasak Daniel Lypez Acuca siekti sveikatos priežiūros teismo reikia siekti per 3 komponentus⁸⁶:

- „Poreikiais pagrįstas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos pagal poreikius, nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, gebėjimo mokėti, etniškumo, kultūros ar gyvenamosios vietos“.
- „Pastovus išteklių skirstymo efektyvumo siekimas – kuo didesnė sveikatos priežiūros nauda skirstant išteklius, atsižvelgiant į epidemiologinę situaciją ir sąnaudų veiksmingumą („už turimus pinigus sukuriama didžiausia vertė“)“.

⁸¹ Shakarishvili G., *Poverty and Equity in Healthcare Finance: Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform, Hungary, 2006*, p. 6.

⁸² Drouin A., *Methods of financing health care: A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage*. Technical Commission on Statistical, Actuarial and Financial Studies, Geneva: International Social Security Association, 2007, p. 2–3.

⁸³ Evans T. et al., *Challenging Inequalities in Health: from ethics to action*, Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75.

⁸⁴ Leenan H., „Equality and equity in health care“, *Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting*, Leeds, 1985.

⁸⁵ Gabr M., *Health Ethics, Equity and Human Dignity*, <<http://www.humiliationstudies.org/>> [žiūrėta 2013-02-09].

⁸⁶ Acuca D. L. et. al., „Access to and Financing of Health Care: Ways to Measure Inequities and Mechanisms to Reduce Them“, *Equity & Health*, Pan American Health Organization, 2001, p. 117.

- „Pastovus techninio efektyvumo siekimas – turimi ištekliai turi užtikrinti kuo geresnę paslaugų teikimą, atsižvelgiant į žmonių poreikius“.

Mattias Lundberg ir Limin Wang teisumą sveikatos priežiūroje apibūdina per prieinamumą, finansavimą, išlaidas ir sveikatos būklę, bei pažymi, kad sveikatos politikoje yra išskiriamas horizontalus ir vertikalus teisumas, kuris turi tam tikras reikšmes kiekvienu atveju (žr. 1 lent.)⁸⁷.

1 lentelė. Sveikatos priežiūros teisumo samprata sveikatos politikoje

Teisumo aspektas	Teisumo samprata	
	Horizontalus	Vertikalus
Prieinamumas	„Asmenys su vienodais poreikiais, turi vienodą sveikatos priežiūros prieinamumą“	„Asmenys su didesniais poreikiais, turi didesnę sveikatos priežiūros prieinamumą“
Finansavimas	„Asmenys, kurie yra vienodos socialinės ekonominės padėties, moka tiek pat už sveikatos priežiūrą“	„Turtingesnis namų ūkis moka daugiau už sveikatos priežiūrą nei skurdesnis namų ūkis“
Išlaidos	„Asmenys, kurie yra vienodos socialinės ekonominės padėties ar panašios sveikatos būklės, gauna tokią pačią valstybės finansuojamą sveikatos priežiūrą“	„Namų ūkiai, kurie yra skurdesni ar turi daugiau sveikatos problemų, gauna didesnę sveikatos priežiūrą, nei turtingesni ir sveikesni namų ūkiai“
Rezultatai	„Namų ūkiai turi panašius sveikatos rezultatus, nepriklausomai nuo socialinės ekonominės padėties“	

Šaltinis: Lundberg M., Wang L. Health sector reforms, 2006, p. 49.

Mattias Lundberg ir Limin Wang horizontalų teisumą apibūdina kaip „išlaidų ir naudos paskirstymas tarp grupės žmonių, kurie turi panašią ekonominę socialinę situaciją ir sveikatos būklę“, o vertikalų teisumą – „skirtingas išlaidų ir naudos paskirstymas tarp grupės žmonių, kurie turi skirtingą padėtį“⁸⁸. Pasak Stephen Moris ir bendraautorių, „vertikalus teisumas parodo, jog asmenys su skirtingais poreikiais, gauna ir skirtingą sveikatos priežiūrą“⁸⁹. Vertikalus teisumas glaudžiai yra susijęs su solidarumo principu, kadangi vargingesniems žmonėms turi būti sudaromos palankesnės sąlygos siekti sveikatos.

⁸⁷ Lundberg M., Wang L., Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reforms, The World Bank, 2006, p. 48.

⁸⁸ Lundberg M., Wang L., Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reforms, The World Bank, 2006, p. 49.

⁸⁹ Morris S. et al., „Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation“, *Social Science and Medicine*, 2005, p. 1251.

Horizontaliame ir vertikaliame teisme yra skirtingai apibūdinamas sveikatos priežiūros prieinamumas, finansavimas ir išlaidos, tačiau siekiami sveikatos rezultatai neturi skirtis – jie turi būti vienodi ar bent jau panašūs⁹⁰.

„Nors neteismus sveikatos priežiūros srityje nėra naujas reiškinys, jo galima išvengti, o susiklosčiusią situaciją galima pakeisti imantis veiksmų socialinėje, politinėje ir ekonominėje srityse“⁹¹.

Apibendrinant sveikatos santykių teismo sąvoką, ją galima apibūdinti kaip sudėtinę – žmonių lygias galimybes siekti sveikatos bei gauti vienodus sveikatos rezultatus per skaidrius įvairių išteklių paskirstymus, nepriklausomai nuo socialinės ir ekonominės padėties.

Išnagrinėjus sveikatos priežiūros teismo sampratas matyti, jog mokslinėje literatūroje daugiausia dėmesio skiriama sveikatos priežiūros prieinamumui, kokybei ir sveikatos būklės rezultatams. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas turi būti vienodas visiems, prieinamumas – vienodas tiems, kurie turi vienodus poreikius, o sveikatos būklė – vienoda visose visuomenės grupėse, nepriklausomai nuo socialinės ekonominės padėties.

1.1.2. Teismus sveikatos priežiūros finansavime

Sveikatos priežiūros finansavimas turi dvi sampratas – siaurąją ir plačiąją. Siaurąja prasme – finansavimas susijęs tik su sveikatos priežiūros lėšų sutelkimu, o plačiąja – lėšų sutelkimas sveikatos priežiūrai, lėšų paskirstymas regionams, tam tikroms gyventojų grupėms, sveikatos priežiūrai bei mokėjimų už sveikatos priežiūrą mechanizmai⁹².

Daugelis šalių finansuojant sveikatos priežiūrą naudoja įvairius įmokų šaltinius: bendruosius mokesčius, socialinio draudimo įmokas, privačias sveikatos draudimo įmokas, bendruomeninį finansavimą, tiesioginius pacientų mokėjimus^{93,94}.

William C. Hsiao ir Yuanli Liu teigimu, „teismo požiūriu sveikatos sistemos finansavimas svarbus dėl dviejų priežasčių: lemia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir užtikrina finansinės apsaugos laipsnį nuo katastrofinių išlaidų ir susirgimų“⁹⁵.

⁹⁰ Lundberg M., Wang L., Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reforms, The World Bank, 2006, p. 49.

⁹¹ Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje, Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį. Siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksmus, Vilnius, 2009, p. 3.

⁹² Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action, New York: Oxford University Press, 2001, p. 261.

⁹³ Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action, New York: Oxford University Press, 2001, p. 261.

⁹⁴ Drouin D., Methods of financing health care: A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage. Technical Commission on Statistical, Actuarial and Financial Studies, Geneva: International Social Security Association, 2007, p. 2.

Diana De Graeve teisumą sveikatos priežiūros finansavime apibūdina kaip skaidrų mokėjimų už sveikatos priežiūrą paskirstymą tarp populiacijos. „Kas moka ir kiek moka?“ – tai pagrindiniai klausimai, kurių pagrindu diskutuojama apie teisumu grinžiamą sveikatos sistemos finansavimą⁹⁶. Diana De Graeve ir William C. Hsiao ir Yuanli Liu analizuojant teisumą sveikatos priežiūros finansavime išskiria klausimą – „kas sumokėjo mokesčius ar įmokas į sveikatos sistemą?“ bei papildo analizę dar vienu klausimu – „ar taikomas finansavimo modelis yra teisingas?“. William C. Hsiao ir Yuanli Liu šiuos klausimus užduoda nagrinėjant finansavimą siauraja prasme⁹⁷. Finansavimo modelį apibūdina ir Alexandra Bambas ir Juan Antonio Casas sutelkdami dėmesį ties klausimu – „o kokiais būdais sveikatos priežiūra yra finansuojama atsižvelgiant į gebėjimą mokėti?“⁹⁸.

Nagrinėjant plačiau teisumą sveikatos priežiūros finansavime, dažniausiai diskutuojama kaip yra nutolęs sveikatos sistemos finansavimas nuo gebėjimo mokėti⁹⁹. Sveikatos sistemos finansavimo mechanizmas turi atitikti gebėjimo mokėti principą^{100,101,102}. Teisumas, atsižvelgiant į gebėjimo mokėti principą, gali būti nagrinėjamas dviem būdais^{103,104,105,106,107,108}:

- *Vertikalus sveikatos priežiūros finansavimo teisumas* – reiškia, kad žmonės, turintys skirtingas galimybes mokėti, moka skirtingai. Remiantis vertikaliu teisumu, augant mokesčio mokėtojo pajamoms, vis didesnė jų dalis turėtų būti skiriama mokesčiams. Vertikalus teisumas atspindi mokesčius, kurie yra progresyviniai – kuo didesnės pajamos, tuo didesni mokesčiai.

⁹⁵ Hsiao WC., Liu Y., *Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action*, New York: Oxford University Press, 2001, p. 261.

⁹⁶ Graeve D. D., Xu K., „Health Finance, Equity in“, *HEALTH SYSTEM POLICY, FINANCE AND ORGANIZATION*, Carrin G., editor, 2008, p. 195.

⁹⁷ Hsiao WC., Liu Y., *Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action*, New York: Oxford University Press, 2001, p. 261.

⁹⁸ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 14.

⁹⁹ Wagstaff A.J., Van Doorslaer E., „Equity in Health Care Financing and Delivery“, *North Holland Handbook of Health Economics*, Culyer A. J., Newhouse J.P., editors, 1998, p. 16.

¹⁰⁰ Van Doorslaer E., O'Donnell O., *Measurement and Explanation of Inequality in Health and Health Care in Low-Income Settings*, UNU-WIDER World Institute for Development Economics Research, 2008, p. 2.

¹⁰¹ Hurst J.W., „Reforming health care in seven European nations“, *Health Affairs*, 1991, 10(3), p. 7.

¹⁰² Gottschalk P. et al., *Health care financing in U.S., U.K. and Netherlands: distributional consequences, Changes Revenue Structures*, Detroit: Wayne State University Press, p. 351–373.

¹⁰³ Bambas A., Casas J., „Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 14.

¹⁰⁴ Wagstaff A.J., Van Doorslaer E., „Equity in the finance of health care: some international comparisons“, *Journal of health economics*, 1992, p. 371.

¹⁰⁵ Wagstaff A.J., Van Doorslaer E., „Equity in Health Care Financing and Delivery“, *North Holland Handbook of Health Economics*, Culyer A. J., Newhouse J.P., editors, 1998, p. 16.

¹⁰⁶ Wagstaff A.J. et al., „EQUITY IN THE FINANCE AND DELIVERY OF HEALTH CARE: SOME TENTATIVE CROSS-COUNTRY COMPARISONS“, *OXFORD REVIEW OF ECONOMIC POLICY*, 1989, vol. 5, no. 1, p. 93–94.

¹⁰⁷ George A. O. Alleyne, „EQUITY AND HEALTH“, *Equity & Health*, Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 8.

¹⁰⁸ Hsiao WC., Liu Y., *Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action*, New York: Oxford University Press, 2001, p. 266.

Vertikalus sveikatos priežiūros finansavimo teisumas glaudžiai yra susijęs su solidarumo principu, kadangi siekiama sudaryti palankias mokėjimo sąlygas vargingesniems žmonėms, kad jie nebūtų nuskriausti.

- *Horizontalus sveikatos priežiūros finansavimo teisumas* – teisumas egzistuoja tada, kai žmonių grupės, turinčios vienodas galimybes mokėti, moka tiek pat.

Horizontalus teisumas yra apibūdinamas kaip etinis principas, kai suteikiamos vienodos sąlygos žmonėms su vienodomis sveikatos problemomis, t.y. nėra diskriminacijos kaip, kiek ir kokių priežiūros paslaugų turėtų būti suteikta. Todėl horizontalus teisumas apima vienodą veiksmingumą. „Horizontalus teisumas ir sąnaudų efektyvumas yra puikiai suderinami tol, kol išlaidos yra vienodos arba panašios, nes tada gydymo sąnaudų efektyvumas yra vienodas pacientams su vienodomis problemomis. Kitokia situacija yra tada, kai gydymo išlaidos tarp pacientų labai skiriasi, tada teisumas ir efektyvumas tarpusavyje prieštarauja“¹⁰⁹.

Pasak Christopher J. L. Murray ir Julio Frenk, kad sveikatos sistemos finansavimas būtų pagrįstas teisumu, turi būti išspręsti du uždaviniai¹¹⁰:

1. „Namų ūkiai neturėtų skursti – pernelyg didelę savo pajamų dalį skirti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui. Kitaip sakant, finansinių įnašų teisumas atskiruose namų ūkiuose yra priemonė sveikatos finansavimo rizikai sumažinti“.

2. „Vargingai gyvenančios šeimos turėtų mokėti mažiau į sveikatos sistemą nei turtingi namų ūkiai. Įnašai į sveikatos sistemą turėtų atspindėti disponuojamų pajamų skirtumą tarp turtingųjų ir vargšų“.

„Siekiant teisingesnio finansinės naštos paskirstymo sveikatos sistemoje – finansavimo teisumu siekiama, kad turtingesni žmonės mokėtų didesnę savo pajamų dalį už sveikatos priežiūrą nei neturtingesni žmonės“¹¹¹.

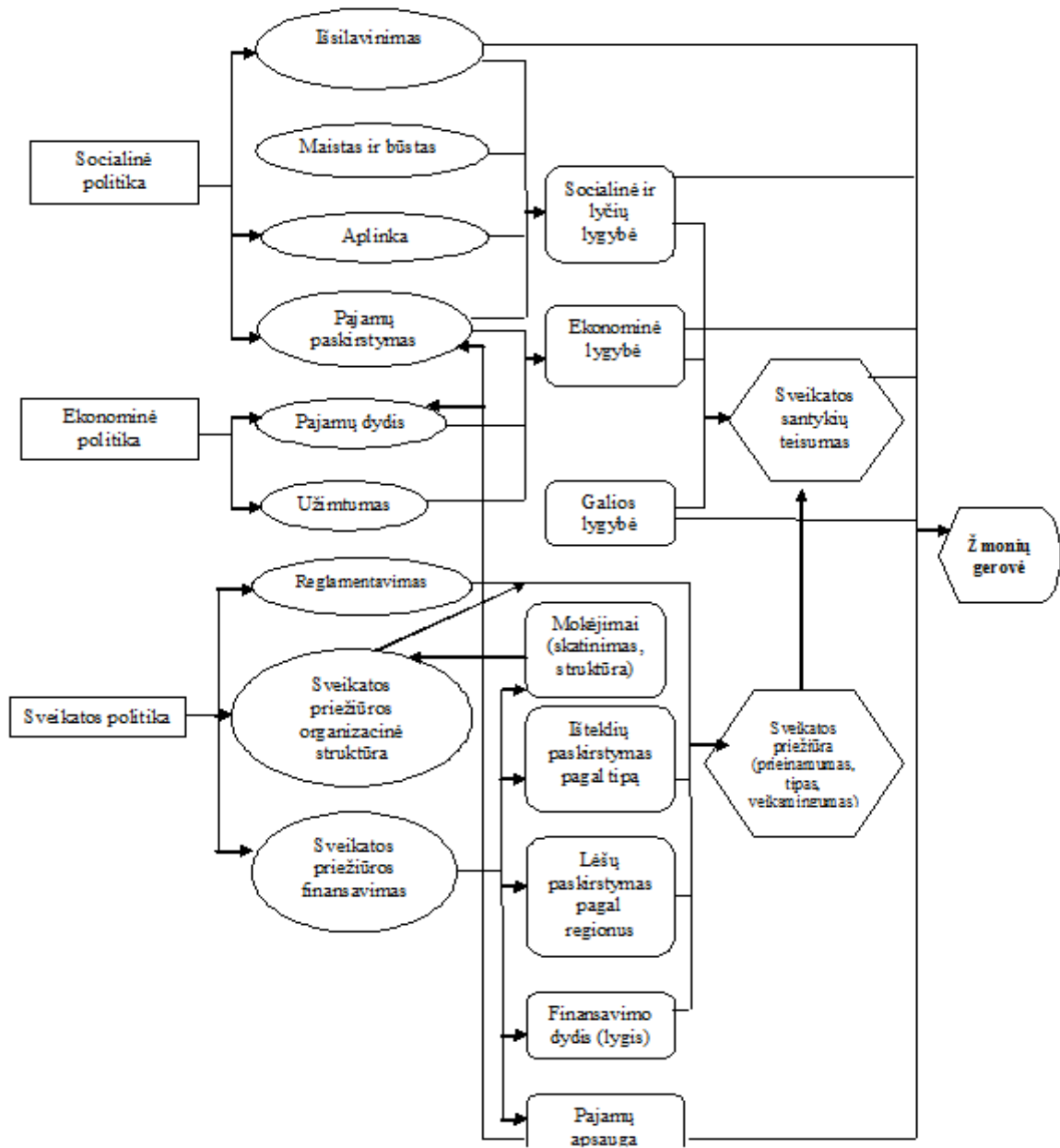
Kai kalbama apie sveikatos priežiūros finansavimo ir išlaidų teisumą, svarbus yra toks finansavimo metodas, kuriuo siekiama teismo sveikatos rezultatuose ir žmonių gerovėje. Yra daug būdų, nuo kurių priklauso sveikatos priežiūros finansavimo įtaka sveikatos priežiūros prieinamumui, paskirstymui ir veiksmingumui. Tai iliustruota yra 1 paveiksle¹¹².

¹⁰⁹ Musgrove P., Health economics in development, The World Bank, Washington, 2004, p. 174–175.

¹¹⁰ Murray C. J. L., Frenk J., „A framework for assessing the performance of health systems“, Bulletin of the World Health Organization, 2000, no. 78 (6), p. 720.

¹¹¹ Thomson S. et al., Financing health care in the European Union: challenges and policy responses, Copenhagen: WHO Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, p. 25.

¹¹² Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action, New York: Oxford University Press, 2001, p. 263.



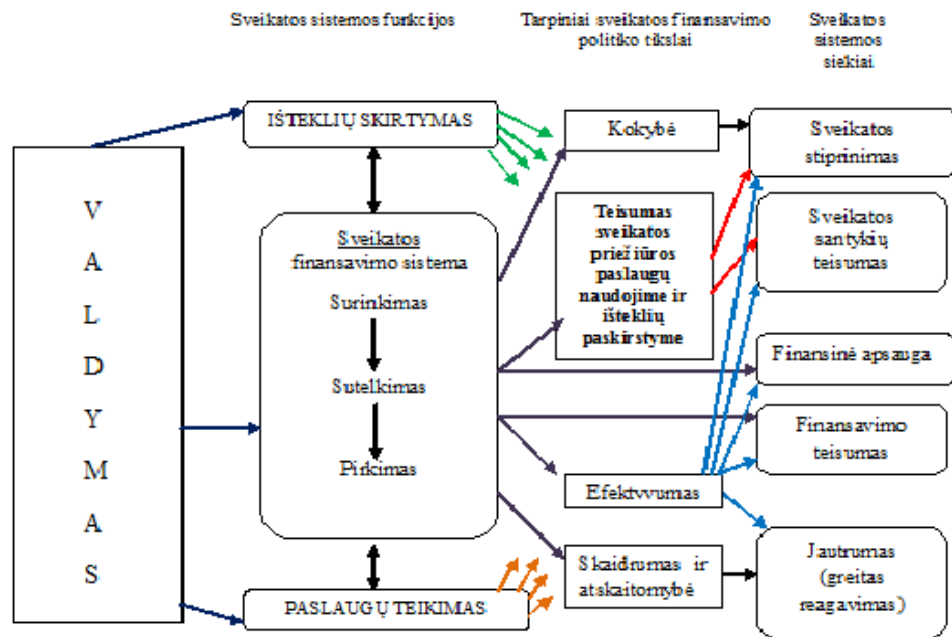
Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Hsiao WC., Liu Y. Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, 2001, p. 264.

1 pav. Ryšys tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir sveikatos santykių teisingumo plačiaja prasme

Šioje schemoje yra parodytas ne tik sveikatos politikos, bet kartu ir socialinės bei ekonominės politikos, galutinis tikslas – žmonių gerovė. Schemoje parodyta, kad žmonių gerovė priklauso nuo socialinės ir ekonominės politikos (išsilavinimo, pajamų, aplinkos sąlygų, pajamų apsaugos ir kt.). Sveikatos priežiūros paslaugų paskirstymas, prieinamumas bei žmonių finansinė apsauga prisideda prie teisingumo sveikatos sistemoje. Sveikatos priežiūra prisideda ir prie žmonių gerovės. Be to sveikatos priežiūros finansavimas yra vienas iš daugelio veiksnių, kuris prisideda prie sveikatos santykių

teisumo. Finansavimo schema taip pat norima parodyti kiek pinigų bus sutelkta, kaip lėšos bus naudojamos ir valdomos, kaip efektyviai, kokios bei kam paslaugos bus prieinamos¹¹³.

Joseph Kutzin sveikatos sistemos finansavimą apibūdina kaip vieną iš keturių sveikatos sistemos funkcijų. Iš tarpinių sveikatos finansavimo politikos tikslų jis išskiria teisumą sveikatos priežiūros paslaugų naudojime ir išteklių paskirstyme. Sveikatos finansavimo politikos tikslai yra naudojami kaip kriterijai nustatant sveikatos sistemos finansavimo teisumą (žr. 2 pav.)¹¹⁴.



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Joseph Kutzin, 2008, p. 77.

2 pav. Sveikatos sistemos finansavimo ryšys su politikos tikslais, kitomis sistemos funkcijomis ir bendrais siekais

Joseph Kutzin, kaip ir aukščiau buvo aptarta, pažymi, kad sveikatos sistema turi būti finansuojama vadovaujantis teisumu – atsižvelgiant į gebėjimą mokėti – vargšas neturi mokėti daugiau negu turtingas. Tačiau jo požiūriu, „teisumas sveikatos priežiūros paslaugų naudojime apibūdina sveikatos paslaugų paskirtimą pagal poreikį, o ne pagal kitus veiksnius, tokius kaip žmonių gebėjimą susimokėti už paslaugas“¹¹⁵. Tam pritaria Reinhold Gruen ir Anne Howath – jų teigimu „teisumas sveikatos priežiūros paslaugų naudojime turi būti taikomos vienodos sąlygos vienodiems

¹¹³ Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action, New York: Oxford University Press, 2001, p. 263.

¹¹⁴ Kutzin J., „Health financing policy: a guide of decision-makers“, *Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*, WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, 2008, p. 3.

¹¹⁵ Kutzin J., „Health financing policy: a guide of decision-makers“, *Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*, WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, 2008, p. 5.

poreikiams, nepriklausomai nuo gebėjimo mokėti, amžiaus, lyties, etniškumo, religijos ir geografinės padėties¹¹⁶.

Pagrindinė teismo problema skirstant sveikatos priežiūros lėšas – paskirstyti sveikatos priežiūros lėšas, kad nė vienas nebūtų nuskriaustas¹¹⁷. Reinhold Gruen ir Anne Howath atkreipia dėmesį į sveikatos priežiūros finansavimo teismumą – jų nuomone, jis svarbus dėl „teisingos finansinės naštos paskirstymo, kuri paprastai yra pasiekama per progresyvinį apmokestinimą ar progresyvinius socialinio draudimo įmokų tarifus“¹¹⁸.

Yra keletas autorių, kurie teigė, kad sveikatos priežiūros finansavimo teisumas turi būti vertinamas grynąja nauda^{119,120}.

Diana De Graeve išskiria du plačiai naudojamus metodus, kurie taikomi įvertinant sveikatos sistemos finansavimo teismumą – *pajamų metodus* ir *finansinės naštos metodus*. „Pajamų metodas yra išvedamas iš teismo vertinimo visuomenės finansuose, kur progresyvumas yra pagrindinis rodiklis. Šis metodas plačiausiai buvo naudojamas EBPO šalyse. Finansinės naštos metodu mokėjimo už sveikatos priežiūrą našta turi būti tolygiai paskirstyta visiems namų ūkiams. Abu metodai papildo vienas kitą ir vadovaujasi principu, kad lėšos sveikatos priežiūrai turi būti skiriamos atsižvelgiant į gebėjimą mokėti“¹²¹.

Analizuodami sveikatos sistemos veiklos įvertinimo metodologiją, Christopher J. L. Murray ir Julio Frenk pateikia tris pagrindinius sveikatos sektoriaus tikslus, kurie apima ne tik gyventojų sveikatinimą, gyventojų lūkesčių, apimančių įvairius sveikatinimo veiklos aspektus, patenkinimą, bet ir teisingo finansavimo mechanizmo įgyvendinimą. Pasak šių autorių, „teisingo finansavimo kriterijus – tai teisingų sveikatos priežiūros sistemos ekonominių santykių įgyvendinimas, vienodai paskirstant sveikatos priežiūros finansavimo ekonominį įnašą, tenkanti įvairioms gyventojų grupėms“¹²².

Apibendrinus sveikatos priežiūros finansavimo teismumą, galima įvardinti šiuos sveikatos sistemos finansavimo aspektus, nuo kurių priklauso teismo principo įgyvendinimas: taikomas sveikatos sistemos finansavimo modelis, finansuotojai ir jų finansavimo apimtys. Finansuojant sveikatos priežiūrą turi būti vadovujamasi teismu, kurio pagrindas – gebėjimo mokėti principas.

¹¹⁶ Gruen R., Howath A., *Managing health services finance*, 2005, p. 14.

¹¹⁷ Jakutyte S., *Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos*, 2001, p. 4, <www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf> [žiūrėta 2012-02-04].

¹¹⁸ Gruen R., Howath A., *Managing health services finance*, 2005, p. 14.

¹¹⁹ Zschock D.K., „Health sector disparities in Peru“, *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1989, 23(3), p. 323.

¹²⁰ Hoare G., Mills A., *Paying for the Health Sector: A Review and Annotated Bibliography of the Literature on Developing Countries*. Evaluation and Planning Center for Health Care, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1986, No. 12.

¹²¹ Graeve D. D., Xu K., „Health Finance, Equity in“, *Health system policy, finance and organization*, Carrin G., editor, 2008, p. 196.

¹²² Murray C. J. L., Frenk J., „A framework for assessing the performance of health systems“, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, no. 78 (6), p. 720–721.

1.2. Teisumo principas Lietuvos sveikatos priežiūros teisiniame reguliavime

Lietuvos teisės aktuose teisumo samprata glaudžiai siejasi su lygybės ir teisės kontekstais.

Sveikatos santykių teisumas yra apibūdintas šiuose Lietuvos teisės aktuose:

1. Lietuvos sveikatos programoje vienas iš trijų pagrindinių tikslų, kuriuo siekiama sumažinti sveikatos skirtumus, yra „sveikatos santykių teisumas“. Jis įvardintas kaip pagrindinis tikslas ir apibūdintas taip – „kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo geresnės sveikatos. Bet sveikatos santykių teisumas reiškia, kad kiekvienas asmuo, siekdamas išsaugoti savo sveikatą, nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir su maksimaliu skirtumų tarp jos siekiančiųjų sumažinimu“¹²³.

2. LR Seimo nutarime „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, yra pažymėta, kad remiantis teisumo principu formuojama ir įgyvendinama Lietuvos valstybės sveikatos sistemos politika – „kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės“¹²⁴.

3. „Teisumo principo sveikatos santykiuose įgyvendinimas“ yra pirmasis VLK sveikatos draudimo plėtojimo uždavinys, kuris apibūdinamas kaip „sveikatos santykių teisumo principas įgyvendinamas susiejant asmeniui skiriamas lėšas su veiksniais, darančiais įtaką jo sveikatos būklei (amžius, lytis, išsilavinimas, turtinė padėtis, šeimyninė padėtis ir kt.)“¹²⁵.

4. 2009 m. Sveikatos apsaugos ministerijos strateginio veiklos plano III tikslas buvo „tobulinti sveikatos sistemos valdymą, sveikatos santykius grįsti teisumo ir solidarumo principais“. Vadovaujantis šiais principais yra užtikrinamas mokesčių naštos padalijimas visiems visuomenės nariams pagal jų pajamų dydį, nepriklausomai nuo jų socialinio statuso. Taip pat siekiama užtikrinti teisingą lėšų administravimą, tolygų gyventojų sveikatos priežiūros poreikių finansavimą, kokybiškų paslaugų teikimą, sveikatos sistemos efektyvumą, racionalų lėšų naudojimą ir kita¹²⁶.

5. 2004 m. rugsėjo 14 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. 174 patvirtintoje „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programoje“, buvo pažymėta, kad sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per teisumo dimenciją, kuri apibrėžiama

¹²³ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.

¹²⁴ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430. *Valstybės žinios*. 2011-06-16, Nr. 73-3498.

¹²⁵ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Sveikatos draudimo plėtojimas, programos aprašymas, <http://www.vlk.lt/vlk/files/str/2008_1b.doc> [žiūrėta 2012-10-06].

¹²⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2011, <<http://www.sam.lt/go.php/Misija>> [žiūrėta 2012-02-18].

kaip lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis ir skirtumus, kuriuos lemia neteisingai traktuojami veiksniai¹²⁷.

Sveikatos priežiūros teisumas yra apibūdinamas šiuose Lietuvos teisės aktuose:

1. LR sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 17 dalyje sveikatos priežiūros teisumas yra apibūdinamas kaip „valstybės pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir kiek įmanoma sumažinant skirtumus tarp jos siekiančių asmenų“¹²⁸.

2. LR sveikatos sistemos įstatymo 6 straipsnyje yra apibrėžti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai, tarp kurių yra socialinio teismo sveikatinimo veikloje užtikrinimas¹²⁹.

Lietuvos teisės aktuose sveikatos santykių teisumas sveikatos priežiūroje yra apibūdinamas sąvoka „sveikatos priežiūros teisumas“. Ši sąvoka yra susijusi su lygybės kontekstu, kai kiekvienam siekiančiam sveikatos, yra užtikrinama sveikatos priežiūra. Be to, siekiama įveikti skirtumus tarp siekiančių sveikatos.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos teisės aktuose teismo principas siekiant sveikatos yra apibūdinamas sąvoka „sveikatos santykių teisumas“. Ši sąvoka yra susijusi su teisės kontekstu – kiekvienas žmogus turi teisę siekti sveikatos, bei lygybės kontekstu – siekti sveikatos lygiomis galimybėmis. Būtina paminėti, kad nė viename Lietuvos teisiniame dokumente nėra apibūdinta sąvoka „teisumas sveikatos priežiūros finansavime“.

Atsižvelgiant į Lietuvos teisės aktuose įtvirtintas aukščiau aptartas sąvokas, galima teigti, kad nėra pakankamai dėmesio skiriama teismo principo užtikrinimui sveikatos priežiūros finansavime.

1.3. Teismo principo užtikrinimas finansuojant sveikatos priežiūrą Lietuvoje

Jolanta Žemgulienė ir Vilius Grabauskas nacionalinę sveikatos priežiūros finansavimo sistemą įvardina kaip instrumentą, įgyvendinant teisingą sveikatos finansavimą Lietuvoje¹³⁰.

Lietuvos sveikatos sistemos finansavime galima išskirti 2 svarbius etapus, kurie atitinka teismo principo įgyvendinimo kriterijus:

¹²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“, 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.

¹²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

¹²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

¹³⁰ Žemgulienė J., Grabauskas V., Teismo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, 2002, p. 83.

1. *Gyventojų įnašai finansuojant sveikatos priežiūrą turi atitikti jų finansines galimybes.* Mokslininkai sutaria, kad siekiant teismo sveikatos priežiūros finansavime, gyventojų įnašai turi atitikti žmonių finansines galimybes (mokumą).

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis skelbia „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“¹³¹.

1996 m. Lietuvoje priėmus LR sveikatos draudimo įstatymą, pradėtas mišrus sveikatos apsaugos finansavimas: privalomojo sveikatos draudimo (PSD) mokesčiais, tiesioginėmis gyventojų išlaidomis bei valstybės ir savivaldybių biudžetų asignavimais. Nuo 1997 m. pagrindiniu sveikatos apsaugos finansavimo šaltiniu tapo Privalomasis sveikatos draudimo fondas (PSDF)¹³², o PSD įmokos tapo pagrindiniu sveikatos biudžetą formuojančiu šaltiniu¹³³. „Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinės ligonių kasos“¹³⁴.

2009 m. yra įvestos 9 proc. PSD įmokos, kurios skaičiuojamos nuo asmens uždirbamų pajamų. „PSD įmokos tapo pagrindiniu sveikatos biudžetą formuojančiu šaltiniu“¹³⁵. Tai reiškia, kad įmokos į PSDF biudžetą yra renkamos užtikrinant teismo principą – įmokos mokamos pagal žmonių mokumą, t.y. jų uždirbamas pajamas. Valstybės biudžetas sumoka įmokas už ekonomiškai silpnas gyventojų grupes, kurios yra reglamentuotos LR sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje (žr. 1 priede)¹³⁶.

LR sveikatos draudimo įstatyme¹³⁷ yra nustatyta, kad visi asmenys, kurie yra apsidraudę privalomuoju sveikatos draudimu ir sumokėję PSD įmokas, turi vienodas teises į sveikatos priežiūros paslaugas – jos yra teikiamos pagal poreikį, nepriklausomai nuo sumokėtų įmokų dydžio per mokesčius finansuojant PSDF biudžetą. Šios įstatymo nuostatos parodo, kad Lietuvoje yra įgyvendinamas privalomojo sveikatos draudimo modelis, grindžiamas ne tik teismo, tačiau ir solidarumo principu – šie principai vienas kitą papildo.

¹³¹ Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

¹³² Žemgulienė J., Grabauskas V., Teismo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, 2002, p. 70.

¹³³ Gudžinskas L., „Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai“, *Politologija*, 2012, 3 (67), p. 74.

¹³⁴ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=121>> [žiūrėta 2013-03-09].

¹³⁵ Gudžinskas L., „Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai“, *Politologija*, 2012, 3 (67), p. 74.

¹³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

¹³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

2. Teisumu grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymas.

Išteklių skirstymas reikalauja ypatingai stiprios valstybės politikos. Politikai turi stengtis ne tik efektyviai panaudoti valstybės lėšas, tačiau skirstant jas vadovautis ir teismo principu.

Vienas iš svarbiausių veiksnių sveikatos sistemoje yra finansavimo įnašų teisingas paskirstymas¹³⁸. Tai reiškia, kad PSD įmokos, kuriomis finansuojama sveikatos priežiūra, skirstant turi būti vadovaujamosi teismo principu.

Finansavimo įnašų paskirstymą aptaria ir Danguolė Jankauskienė bei bendraautoriai „finansavimo mechanizmas, atitinkantis teisingumo kriterijus, yra susijęs su lėšų perskirstymu (turtingesnių gyventojų įnašais, kurie pagal teisingo finansavimo įnašo principą yra didesni, iš dalies yra finansuojama vargingesnių gyventojų sveikatos priežiūra)“¹³⁹, tai patvirtina Jolanta Žemgulienė ir Vilius Grabauskas teigdami, kad „daudimo priemonėmis sveikatos priežiūros finansavimas paskirstomas tarp draudimo fondo narių, t.y. sveikųjų įnašais yra finansuojama pagalba sergantiesiems. Socialinės sveikatos draudimo sistemos sudaro prielaidas perskirstyti sveikatos priežiūros finansavimą tarp gaunančiųjų didesnes ir mažesnes pajamas“¹⁴⁰.

Lėšų perskirstymas finansuojant sveikatos priežiūrą sumažina riziką vargingesnių gyventojų galimybėmis mokėti ir siekti geros sveikatos bei naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis¹⁴¹.

Socialinio draudimo principas Lietuvoje buvo pasirinktas kaip priemonė, užtikrinanti ne tik sveikatos priežiūros kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumą, tačiau ir sveikatos santykių teisumą¹⁴². Algis Sasnauskas atkreipia dėmesį į tai, kad privalomojo sveikatos draudimo sistemą atitinka ES šalių filosofiją ir įgyvendina socialinės valstybės principus – teisumą ir solidarumą¹⁴³.

VLK strateginiame tikslu yra pabrėžta, kad yra svarbu užtikrinti apdraustųjų sveikatos priežiūrą ne tik kompensuojant išlaidas, tačiau skaidriai ir efektyviai naudojant PSDF biudžeto lėšas. Terminas „skaidrumas“ yra sveikatos santykių, užtikrinant teismo principą, dalis. Šis VLK strateginis tikslas įgyvendinamas vadovaujantis pagrindiniais socialinio sveikatos draudimo modelio principais: tolygiai

¹³⁸ Napierala C., *Finance equity comparison of health system*, 2008, p. 35–36

¹³⁹ Jankauskienė D. ir kt., „Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m.“, *Medicina*, 38 tomas, Nr. 9, 2002, Vilnius, p. 933.

¹⁴⁰ Žemgulienė J., Grabauskas V., Teismo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, Vilnius: „Baltijos kopija“, 2002, p. 83.

¹⁴¹ Jankauskienė D. ir kt., „Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m.“, *Medicina*, 38 tomas, Nr. 9, 2002, Vilnius, p. 933.

¹⁴² Jankauskienė D. ir kt., „Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m.“, *Medicina*, Nr. 9, 2002, Vilnius, p. 933.

¹⁴³ Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 391–392.

finansuojant gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, teisingai administruojant lėšas bei didelį dėmesį skiriant didesnės apimties ir geresnėms paslaugoms¹⁴⁴.

Lietuvos sveikatos programoje yra išskirtas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sveikatos draudimo įgyvendinimas, kurio tolesnį išteklių pasiskirstymą lemia du principai¹⁴⁵:

1. *Tolygus gyventojų finansavimas.* „Toku būdu galėtų būti sprendžiamos problemos, susijusios su gyventojų sveikatos būklės gerėjimo užtikrinimu. Būtina didesnę lėšų dalį nukreipti į gyventojus kaip į potencialius pacientus. Visuomenės sveikatos priežiūros, PSP plėtra kartu su sveikatos priežiūros integravimu į socialinių paslaugų plėtros programą – tai prielaida, kad potencialūs pacientai netaps realiais pacientais. Toks problemos sprendimas užtikrina santykinį išlaidų minimizavimą, mažėjant pacientų, gydomų stacionaruose, srautui. Tolygus gyventojų finansavimas turi būti užtikrintas privalomojo sveikatos draudimo lėšas skirstant teritorinėms ligonių kasoms pagal jų aptarnaujamą gyventojų skaičių“.

2. *Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas atsižvelgiant į naudingumą.* „Prioritetiškai turi būti finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos ir atitinkamos medicinos technologijos, kurios užtikrina kuo didesnę naudą pacientams. Priimant sprendimus dėl prioritetų, vertėtų analizuoti, kiek papildomų paciento kokybiško gyvenimo metų užtikrina alternatyvios sveikatos priežiūros technologijos“.

Strateginiai sprendimai sveikatos finansavimo srityje priimami įvairių socialinių, ekonominių, teritorinių gyventojų grupių atžvilgiu, todėl sveikatos priežiūros finansavimo netolygumo problemos aktualios tarp gyventojų grupių pagal socialinius, demografinius, ekonominius požymius¹⁴⁶.

Lietuvos sveikatos programoje tolygus gyventojų finansavimas apibūdinamas kaip privalomojo sveikatos draudimo lėšų skirstymas TLK pagal jų aptarnaujamą gyventojų skaičių¹⁴⁷. VLK pažymi, kad teismo principas sveikatos santykiuose įgyvendinamas susiejant asmeniui skiriamas lėšas su veiksniais, darančiais įtaką jo sveikatai (amžius, lytis, išsilavinimas, turtinė padėtis, šeimyninė padėtis ir kt.). VLK aptartą principą įgyvendina keliais lygmenimis¹⁴⁸:

1. *Administracinio teritorinio vieneto lygmeniu.* „PSDF biudžeto lėšos skirstomos pagal vieningus demografinius bei socialinius ekonominius statistinius rodiklius“¹⁴⁹.

¹⁴⁴ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, 2010 metų veiklos ataskaita, Vilnius, 2011, p. 5.

<http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/2010_VLK_veiklos_ataskaita.pdf> [žiūrėta 2012-01-28].

¹⁴⁵ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.

¹⁴⁶ Teismo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, Vilnius: „Baltijos kopija“, p. 84.

¹⁴⁷ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.

¹⁴⁸ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004, <http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc> [žiūrėta 2012-01-12].

¹⁴⁹ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004, <http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc> [žiūrėta 2012-01-12].

„Siekiant tolygiai finansuoti šalies gyventojų sveikatos priežiūrą, atsižvelgiama ne tik į atskirų regionų gyventojų skaičių, tačiau yra įvertintos stacionarinių bei ambulatorinių paslaugų, suteiktų skirtingo amžiaus (14 amžiaus grupių) bei lyties gyventojams, išlaidos“. VLN duomenimis, mažiausiai sveikatos priežiūros išlaidų tenka 10–40 metų amžiaus gyventojams: minėtos išlaidos beveik du kartus mažesnės nei nuo 1–9 metų amžiaus ir net tris kartus mažesnės nei 70–80 metų amžiaus gyventojų. Siejant gyventojų amžių su sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu, daugiau lėšų turi būti skiriama tiems regionams, kuriuose daugiau senyvo amžiaus gyventojų¹⁵⁰.

2. *Paslaugų teikėjo lygmeniu*. Šiame lygmenyje teismo principas užtikrinamas skirstant sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra apmokamos iš PSDF biudžeto. Teikiamos paslaugos yra skirstomas atsižvelgiant į *gyventojų poreikius*, tam tikrus *veiksnius*, susijusius su sveikatos būkle (amžius, lytis, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, turbinė padėtis ir kt.) bei užtikrinant paslaugų teikimo *reikalingos infrastruktūros funkcionavimą*¹⁵¹.

„Paslaugų teikėjo lygmeniu teismo principas įgyvendinamas diferencijuojant paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekį pagal gyventojų poreikius ir atsižvelgiant į šių veiksmų įtaką tam tikrų ligų ar jų formų paplitimui bei užtikrinant paslaugų teikimo infrastruktūros funkcionavimą“¹⁵².

Siekiant sveikatos sistemos finansavimo teismo ir teismo sveikatos priežiūros paslaugų naudojime, sveikatos apsaugos sistemos gali naudoti įvairias politines ir ekonomines priemones. Skirstant išteklius pagal regionus, kai kurios šalys naudoja formules, pagrįstas demografiniais duomenimis¹⁵³.

Lietuvoje yra naudojamos PSDF lėšų paskirstymo formulės, kurios parengtos padedant švedų konsultantams, o skirstant lėšas atsižvelgiama į gyventojų skaičių, amžių (14 amžiaus grupių), lytį, gyvenamąją vietą (miestas, kaimas), praėjusio laikotarpio faktinį paslaugų vartojimą. Pirmosios PSDF lėšų paskirstymo TLK formulės buvo patvirtintos 2004 m., o pradėtos naudoti 2005 m., o visiškai įgyvendintos per 3 metus¹⁵⁴.

Apibendrinant galima teigti, kad teismas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavime įgyvendinamas, kadangi įmokos mokamos pagal mokumą (pajamas) bei už tuos, kurie neturi pajamų, moka valstybės biudžetas.

¹⁵⁰ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004, <http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc> [žiūrėta 2012-01-12].

¹⁵¹ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004, <http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc> [žiūrėta 2012-01-12].

¹⁵² Kumpienė ir kt., Sveikatinimo veiklos finansavimas ir ekonominis reguliavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos, Vilnius, 2005, p. 92.

¹⁵³ McPake B. et al., Health economics: an international perspective. London: Routledge, 2002.

¹⁵⁴ Sasnauskas A., Privalomasis sveikatos draudimas Lietuvoje: įveikti iššūkiai ir laukiantys darbai. Ligonų kasų trečioji metinė konferencija „Ligonų kasos Lietuvoje. Kas nuveikta per 20 metų?“, Vilnius, 2012-01-26.

<http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/IIIkonf_AlgisSasnauskasED.pdf> [žiūrėta 2012-02-10].

1.4. Teisumas sveikatos priežiūros finansavime: mokslinių tyrimų apžvalgos

Teisumo sveikatos sistemos finansavime studijų nėra daug – šioje dalyje pateikiamos mokslinių tyrimų apžvalgos.

Daugelyje pasaulio šalių mokslinių tyrimų apie sveikatos santykių teisumą ir teisumą sveikatos priežiūroje padaugėjo nuo 1970 m. pabaigos ir 1980 m. pradžios¹⁵⁵. Tarptautinis dėmesys sveikatos santykių neteisumui įgavo didžiausią „pagreitį“ nuo 1980 m., kai Jungtinėje Karalystėje buvo paskelbtas dokumentas apie sveikatos netolygumus, dar kitaip žinomas kaip juodoji ataskaita (angl. *The Black Report*)¹⁵⁶.

Anksčiausi tyrimai apima Hurst (1985), kuris lygino Jungtinėse Amerikos Valstijose, Didžiosios Britanijos ir Kanados sveikatos priežiūros finansavimo sistemas, o Gottschalk (1989) lygino JAV, Didžiosios Britanijos ir Olandijos sveikatos priežiūros finansavimo sistemas. Šie tyrimai buvo kaip atskaitos taškas tolimesniems tyrimams¹⁵⁷.

Daugelis Europoje ir JAV vykdytų sveikatos priežiūros tyrimų parodė, kad norint užtikrinti teisumo principą sveikatos priežiūroje, reikia paslaugas skirstyti pagal poreikį, o ne pagal žmonių gebėjimą mokėti¹⁵⁸.

Moksliniai tyrimai apie teisumą sveikatos priežiūros finansavime labiausiai yra sutelkti į sveikatos priežiūros finansavimą, atsižvelgiant į gebėjimo mokėti principą¹⁵⁹. Kai kurios teisumo sveikatos priežiūros finansavime studijos apima finansavimo principus ir metodus valstybės finansuose¹⁶⁰.

ES narės naudoja įvairias mokėjimų mechanizmus finansuoti sveikatos sistemą: visuomeninius, privačius ir tiesioginius mokėjimus („iš savo kišenės“). Visuomeninės išlaidos finansuojant sveikatos priežiūrą dominuoja visose šalyse, išskyrus Kiprą¹⁶¹. Daugelis tarptautinių tyrimų rezultatai rodo, kad privalomi sveikatos mokėjimo šaltiniai yra teisingiausi, privatūs šaltiniai yra neteisingi, o ypač mokėjimai „iš savo kišenės“¹⁶². Privačių šaltinių neteisingumas pažymimas ir PSO strategijoje

¹⁵⁵ Shakarishvili G., Poverty and equity in healthcare finance. Hungary, 2006, p. 7.

<http://igi.osi.hu/publications/2006/339/Shakarishvili_final_WEB_2.pdf> [žiūrėta 2012-03-02].

¹⁵⁶ Lloyd D. et al., Health inequity: a review of the literature, Souther Cross University, 2004, p. 1.

¹⁵⁷ Wagstaff AJ., Van Doorslaer E., „Equity in Health Care Financing and Delivery“, *North Holland Handbook of Health Economics*, Culyer A. J., Newhouse J.P., editors, 1998, p. 9.

¹⁵⁸ Wagstaff AJ., Van Doorslaer E., Equity in Health Care Financing and Delivery, *North Holland Handbook of Health Economics*, Culyer A. J., Newhouse J.P., editors, 1998, p. 9.

¹⁵⁹ Christopher JL Murray et al., Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system, World Health Organization, GPE Discussion Paper Series, No. 24, p. 3.

¹⁶⁰ Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, *Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action*, New York: Oxford University Press, 2001, p. 266.

¹⁶¹ Thomson S. et al., Financing health care in the European Union: challenges and policy responses, Copenhagen: WHO Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, p. 17.

¹⁶² Wagstaff A. et al., Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3), p. 289–290.

„Sveikata visiems XXI amžiuje”¹⁶³, kurioje pažymėta, kad „privačios draudimo sistemos didina socialinį neteisingumą dėl individualaus rizikos laipsnio nustatymo bei ribotų išteklių padengimo“. Tai patvirtina ir Danguolė Jankauskienė ir bendraautorai „didėjant gyventojų privačių mokėjimų daliai, didėja ir rizika, jog sveikatos priežiūra mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams taps neprieinama. Visuomeninis finansavimas nesudaro apribojimų vartojimui, todėl gyventojai santykinai dažniau naudojami šiomis paslaugomis (lyginant su mokamomis paslaugomis), tuo pačiu didėja ir išlaidos“¹⁶⁴. Būtina pažymėti, kad sveikatos finansavimo rizika ypač padidėja tada, kai tiesioginiai gyventojų mokėjimai vyrauja įsigyjant sveikatos priežiūros paslaugas¹⁶⁵.

Kiti mokslininkai tirdami teisingumą sveikatos priežiūros finansavime vertina progresyvumą ir pajamų perskirstymą^{166,167}. Sveikatos priežiūros finansavimo struktūra yra progresyvi tada, kai sveikatos priežiūros išlaidos apima didesnę pajamų dalį iš turtingųjų negu nuo vargingųjų, o regresyvi – atvirkščiai¹⁶⁸. Progresyvios sveikatos sistemos perskirsto išteklius iš turtingųjų vargšams. Daugelis šalių siekia, kad jų sveikatos sistemos ar jų sudedamosios dalys būtų pažangios ir progresyvios¹⁶⁹. Tačiau progresyvios sveikatos sistemos iškelia ir kitų problemų – yra pastebėta, jog mokesčių slėpimas koreliuoja su nustatyto mokesčių tarifo progresyvumu¹⁷⁰.

Vieni tiria pajamų nelygybę, nes tai yra nuokrypis nuo socialinio teisingumo idėjos¹⁷¹. Kai kuriais tyrimais buvo pastebėta, kad galima pasiekti didesnio teisingumo, jei gautos pajamos iš mokesčių būtų naudojamos įrenginiams, siekiant pagerinti paslaugų kokybę¹⁷². Pastebima, jei sveikatos priežiūros paslaugos yra blogos kokybės, tai neturtingasis turi kreiptis į privatų sektorių¹⁷³. Andersanas (JAV) įrodė, kad teisingame sveikatos priežiūros paskirstyme gaunamos sveikatos priežiūros paslaugos koreliuoja su poreikių rodikliais ir nepriklauso nuo pajamų¹⁷⁴. Pastebėta, kad lyginant tarp

¹⁶³ Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR Sveikatos apsaugos ministerija, 1999, p. 133.

¹⁶⁴ Jankauskienė D. ir kt., „Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m.“, *Medicina*, 38 tomas, Nr. 9., 2002, Vilnius, p. 937.

¹⁶⁵ Teisumo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, Vilnius: „Baltijos kopija“, p. 83.

¹⁶⁶ Van Doorslaer E., O'Donnell O., Measurement and Explanation of Inequality in Health and Health Care in Low-Income Settings, UNU-WIDER World Institute for Development Economics Research, Discussion Paper, 2008, p. 2.

¹⁶⁷ Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action, New York: Oxford University Press, 2001, p. 266.

¹⁶⁸ Mark V. Pauly et al., „Health Economics“, *Handbooks in economics*, North Holland, vol. 2, 2012, p. 1067.

¹⁶⁹ Sherry A. Glied., „Health care financing, efficiency, and equity“, *NBER Working Paper*, No. 13881, 2008, p. 1.

¹⁷⁰ Hsiao WC., Liu Y., Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System, Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action, New York: Oxford University Press, 2001, p. 268.

¹⁷¹ Skučienė D., „Pajamų nelygybė Lietuvoje“, *Filosofija, sociologija*, 2008, Nr. 4, p. 22.

¹⁷² Diop F et al., „The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger“, *Health Policy and Planning*, 1995, 10(3), p. 223–240.

¹⁷³ Abel-Smith B., Rawal P., „Employer's willingness to pay: the case for compulsory health insurance in Tanzania“, *Health Policy and Planning*, 1992, 9(4), p. 409–418.

¹⁷⁴ Andersen R., „Health service distribution and equity“, in: Andersen R. et. al., *Equity in health services* (Ballinger, Cambridge Mass.), 1975.

išsivysčiusių valstybių sveikatos rodiklius, geresni rodikliai buvo valstybėse, kuriose vyravo egalitarinis pajamų paskirstymas¹⁷⁵.

Namų ūkis yra išskiriamas kaip pagrindinis analizės vienetas sveikatos priežiūros finansavimo tyrimuose¹⁷⁶.

George pateikė tyrimo rezultatus apie sveikatos priežiūros reformas vidurio ir rytų šalyse per 1990 m. (prieš reformą) ir 2000 m. (po reformos), kurioms turėjo įtakos vienas iš svarbiausių sveikatos sistemos aspektų – teisumas finansavime. Šis tyrimas pagrįstas namų ūkių sveikatos tyrimo duomenimis. Tyrimo ataskaitoje pateikiami statistiniai duomenys apie teisumą sveikatos sistemos finansavime, atsižvelgiant į tiesioginius mokėjimus („iš kišenės“). Ataskaitoje buvo pasirinktos ir lyginamos trys šalys: Lietuva, Armėnija ir Gruzija. Palyginamos reformos tarp šalių prieš reformą ir po reformos teisumo aspektu sveikatos sistemos finansavime. Šalys buvo vertinamos pagal sveikatos priežiūrai išleidžiamų pajamų dalį, namų ūkiai buvo suskirstyti į pajamų decilius. Atlikus analizę paaiškėjo, kad Lietuva 2000 m. turėjo teisingesnius tiesioginius mokėjimus nei lyginamos šalys.

Apibendrinant galima teigti, kad moksliniai tyrimai, apima namų ūkius ir sveikatos priežiūros finansavimo sistemas. Mokslininkai tirdami sveikatos priežiūros finansavimo sistemas analizuoja jų struktūrą, finansavimo mechanizmus, principus, o namų ūkius – pajamas, jų išlaidas sveikatos priežiūrai.

¹⁷⁵ Elola J. et al., „Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe“, *American Journal of Public Health*, 1995, No. 10, p. 1397.

¹⁷⁶ Christopher JL Murray et al., Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system, World Health Organization, GPE Discussion Paper Series, No. 24, p. 3.

2. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO ANALIZĖ TEISUMO ASPEKTU

2.1. Sveikatos priežiūros išlaidų, lyginant su bendroju vidaus produktu, pokyčiai 2004–2011 m.

Šioje dalyje yra išnagrinėti visų ir visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai dalies nuo BVP pokyčiai 2004–2011 m. laikotarpiu. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės pagalba, Lietuvos išlaidos sveikatos priežiūrai nuo BVP, buvo palygintos su atitinkamais kai kurių Europos Sąjungos šalių rodikliais ir identifikuojama Lietuvos padėtis šių šalių kontekste. Šiems rezultatams pristatyti buvo naudojamas statistinių duomenų analizės metodas.

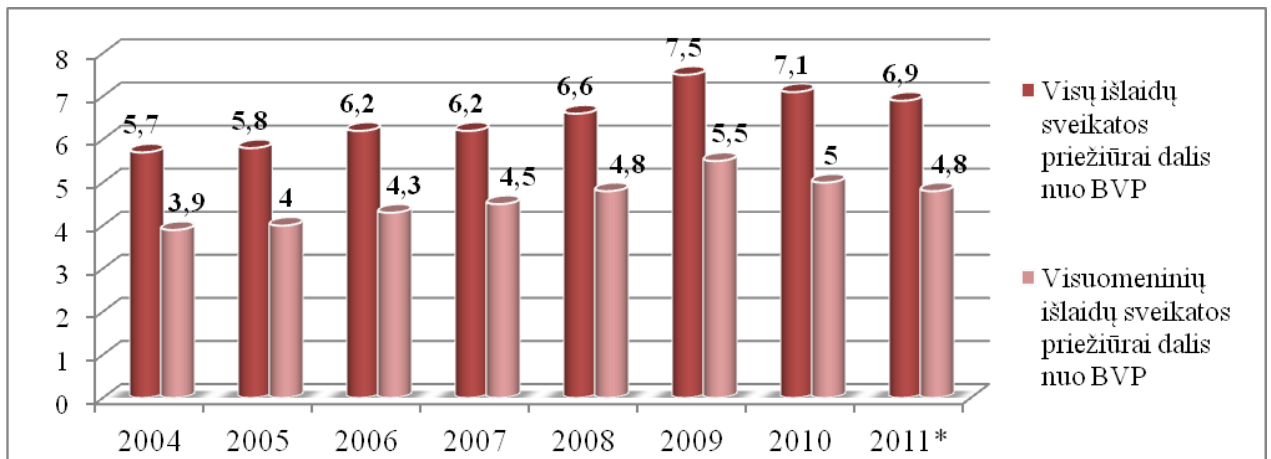
Lietuvos sveikatos programoje yra pažymėta, kad sveikatos sistemos visuomeninis finansavimas susideda iš valstybinio ir socialinio draudimo fondo finansavimo, kuris turėtų sudaryti ne mažiau kaip 5 proc. BVP¹⁷⁷. Pasak Danguolės Jankauskienės „Bendras sveikatos priežiūros finansavimo mastas (visuomeninis ir privatus) Europos Sąjungos šalių praktiką atitiktų, jei sudarytų mažiausiai 8–9 proc. BVP“¹⁷⁸.

Lietuvoje visų ir visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai (procentais nuo BVP) kitimo dinamika pateikta 3 paveiksle.

Vertinant visuomeninių išlaidų (procentais nuo BVP), skirtų sveikatos priežiūrai, kitimo dinamiką 2004–2011 m. laikotarpiu, matyti, kad nuo 2005 m. visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai didėjo ir tik 2009 m. pasiekė LR Sveikatos draudimo įstatyme numatytą didesnę nei 5 proc. finansavimo dydį – 5,5 proc. BVP. Tačiau 2010 m. dėl sudėtingų ekonominių sąlygų, sveikatos priežiūros išlaidų lyginamoji dalis sudarė 7 procentus BVP ir lyginant su 2009 m., sumažėjo 0,6 procento (žr. 3 pav.).

¹⁷⁷ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.

¹⁷⁸ Jankauskienė D., „Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai“, *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 135.

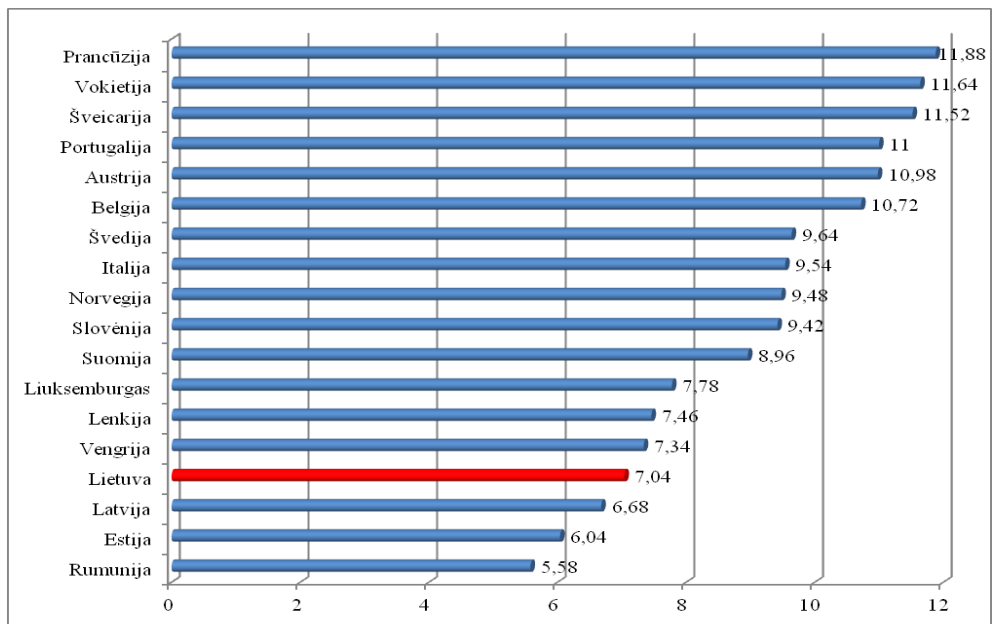


Čia: * – išankstiniai duomenys.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis
<<http://db1.stat.gov.lt>> [žiūrėta 2012-11-24]

3 pav. Visų išlaidų ir visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP 2004–2011 m. (proc.)

Lietuva nedaug išleidžia sveikatos priežiūrai, lyginant su kai kurių ES šalių rodikliais – 2010 m. tai sudarė 7,1 procentą nuo BVP. Visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos sveikatai, vertinant procentais nuo BVP ir lyginant su kai kuriomis ES šalimis, Lietuvoje yra vienos mažiausių (žr. 4 pav.).

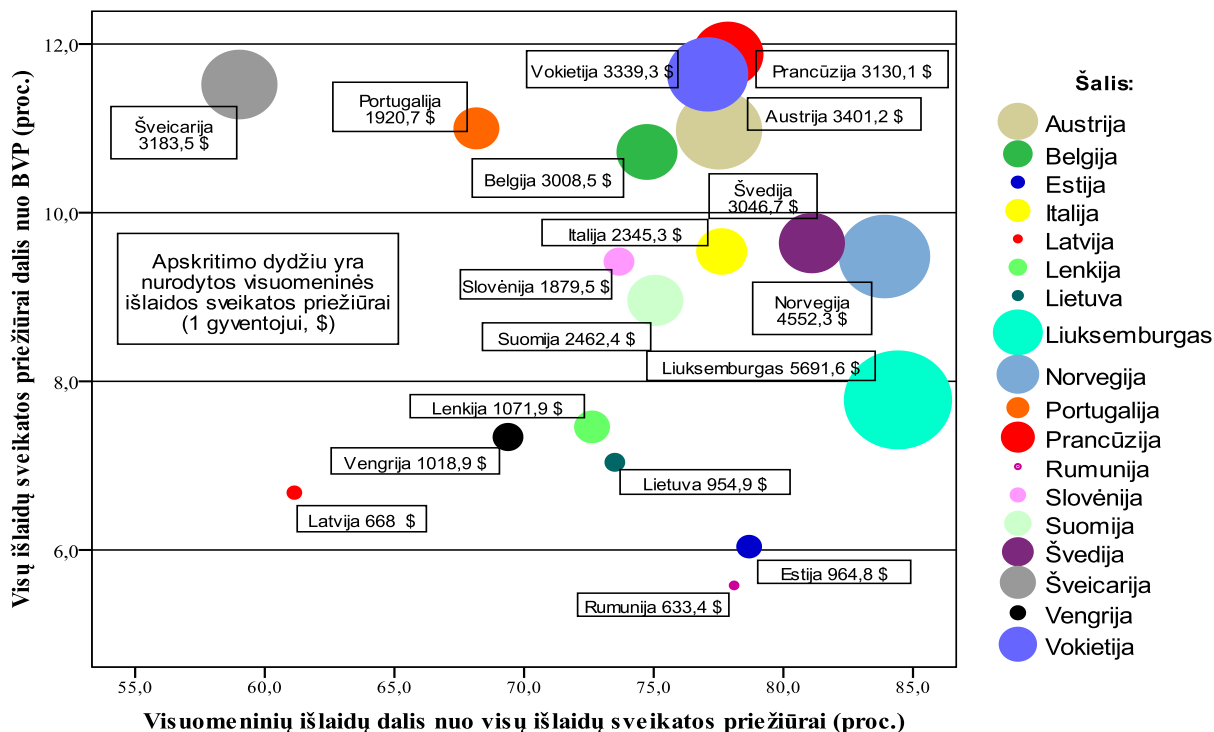


Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis, <<http://data.euro.who.int/hfad/>> [žiūrėta 2012-01-05]

4 pav. Visų išlaidų (visuomeninių ir privačių) sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP kai kuriose ES šalyse 2010 m. (proc.)

5 paveiksle yra parodytos visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalies nuo BVP, visuomeninių išlaidų dalies (nuo visų išlaidų ir 1 gyventojui, \$) palyginimas tarp kai kurių ES šalių. Visuomeninių išlaidų

dalis nuo visų išlaidų sveikatai Lietuvoje, lyginant su kitomis ES šalimis, nėra mažiausios, tačiau visuomeninės išlaidos vienam gyventojui ir visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP yra vienos mažiausių.



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis PSO duomenimis, <<http://data.euro.who.int/hfad/b/>> [žiūrėta 2012-01-05]

5 pav. Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalies nuo BVP, visuomeninių išlaidų dalies (nuo visų išlaidų ir 1 gyventojui, \$) palyginimas tarp kai kurių ES šalių 2010 m.

2.2. Sveikatos priežiūros išlaidų pokyčiai 2004–2011 m.

Nuo 2004 m. Lietuvoje pradėta diegti EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodika, kuria vadovaujantis, išlaidos sveikatos priežiūrai skaičiuojamos pagal sveikatos priežiūros funkcijas, paslaugų teikėjų rūšis ir finansuotojus¹⁷⁹. Lietuvos nacionalines sveikatos sąskaitas nuo 2004 m. periodiškai skelbia Lietuvos statistikos departamentas.

Šioje dalyje yra išnagrinėtos sveikatos priežiūros išlaidos 2004–2011 m. laikotarpiu: bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos ir jų struktūra pagal sveikatos priežiūros finansuotojus, sveikatos priežiūros išlaidos pagal sveikatos priežiūros funkcijas ir einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūrą pagal sveikatos priežiūros funkcijas.

¹⁷⁹ Higienos institutas, Sveikatos priežiūros finansavimas, <<http://sic.hi.lt/html/spf.htm>> [žiūrėta 2012-12-13].

Norint įvertinti ar teismo principas įgyvendinamas finansuojant sveikatos priežiūrą Lietuvoje, buvo išskirti statistinės analizės etapai, kurie apėmė visuomeninių ir privačių finansavimo šaltinių lėšų kiekio ir jų santykio pokyčius. Šiuo įvertinimu galima sužinoti apie sveikatos sistemos visuomeninio finansavimo laipsnį ir išmatuoti gyventojų galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis¹⁸⁰. Taip pat galima įvertinti, kaip laikomasi teismo sveikatos priežiūros finansavime. Išnagrinėjus einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūrą ir jos pokyčius pagal sveikatos priežiūros funkcijas, galima išskirti prioritetingas sveikatos priežiūros sritis bei įvertinti pokyčius.

Pasak Europos Komisijos „Sveikatos apsaugos biudžeto dydis gali lemti sveikatos apsaugos sistemos galimybes tenkinti gyventojų poreikius. Buvo pastebėta, kad tose valstybėse narėse, kuriose trumpesnė tikėtina gyvenimo trukmė ir prasčiau tenkinami medicininės priežiūros poreikiai, mažesnės sveikatos apsaugos išlaidos vienam gyventojui ir kaip BVP procentinė dalis. Sveikatos priežiūros sistemoms kenkia finansinių ir žmogiškųjų išteklių trūkumas bei nevienodas jų geografinis ir socialinis pasiskirstymas“¹⁸¹.

Jolanta Žemgulienė ir Vilius Grabauskas nacionalinę sveikatos priežiūros finansavimo sistemą įvardina kaip instrumentą, įgyvendinant teisingą sveikatos finansavimą Lietuvoje¹⁸².

Pasaulyje vis tobulėjant sveikatos sistemos valdymui, svarbiausiu informacijos šaltiniu formuojant sveikatos politiką tapo išlaidų sveikatos priežiūrai įvertinimas. NSS pateikia ir nurodo finansavimo šaltinių ir sveikatos priežiūros išteklių panaudojimo ryšius¹⁸³. Atsižvelgiant į įvertinimo duomenis, galima daryti išvadas apie teismo principo užtikrinimą sveikatos priežiūros finansavime.

Nagrinėjant Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo struktūrą ir pokyčius, finansavimo šaltiniai bus suskirstyti į visuomeninius ir privačius. Lietuvoje daugiau nei dvidešimt metų visuomeninio finansavimo dalis stabiliai užtikrina apie 60–75 procentų nuo visų išlaidų sveikatos priežiūrai¹⁸⁴.

Gyventojų sveikatinimo poreikiai visad auga, o tai reiškia, kad didėja ir išlaidos poreikių tenkinimui. Poreikių augimas visų pirma priklauso nuo demografinės struktūros, tai aktualu vyresnio amžiaus žmonėms. Kita poreikių augimo priežastis – naujovės (nauji vaistai, naujos diagnostikos ir gydymo technologijos ir kt.). Trečia labai svarbi priežastis yra sveikatinimo politika,

¹⁸⁰ Kumpienė J., Nacionalinė sveikatos sąskaita. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, Vilnius: „Baltijos kopija“, 2002. p. 81.

¹⁸¹ Europos Komisija, Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje, Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011, p. 14.

¹⁸² Žemgulienė J., Grabauskas V., Teismo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, Vilnius: „Baltijos kopija“, 2002. p. 83.

¹⁸³ Kumpienė J. ir kt., Sveikatos veiklos finansavimas ir ekonominis reguliavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos, Vilnius, 2005, p. 85.

¹⁸⁴ Černiauskas G., Jankauskienė D., „Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis“, *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2010 1(2), p. 8.

nuo kurios priklauso ar bus taikomas teismo principas, ar bus apsaugoti gyventojai nuo finansinės rizikos susirgus ir kita¹⁸⁵.

Lietuvos statistikos departamento išankstiniais duomenimis, 2011 m. bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 7 326,9 mln. litų (iš jų visuomeninės išlaidos – 5 066,5, privačios išlaidos – 2026,2). Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidos 2011 m. buvo 546,4 mln. litų arba 7,5 proc. didesnė nei 2010 m. ir 3 752,8 mln. litų arba 51,3 procento didesnės nei 2004 m. (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika pagal sveikatos priežiūros finansuotojus Lietuvoje 2004–2011 m. (mln. litų)

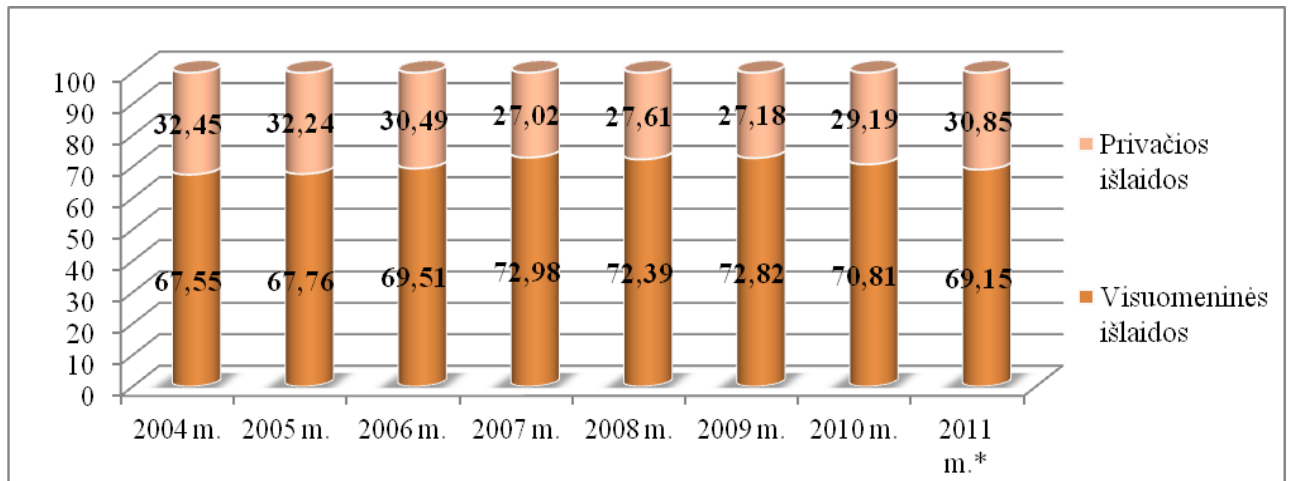
	Metai							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7395,9	6932,4	6780,5	7326,9
Visuomeninės išlaidos	2414,4	2862,5	3584,4	4507,2	5354,2	5048,5	4801,1	5066,5
iš jų soc. draudimo fondai	2106,1	2466,3	3021,3	3619,9	4353,5	4234,8	4053,2	4313,1
Privačios išlaidos	1159,5	1360,9	1571,8	1668,1	2041,3	1883,4	1860,7	2026,2
iš jų tiesioginės privačių namų ūkių išlaidos	1141,4	1341,1	1546,1	1640,2	1999,8	1834,4	1819,8	1980,5

Čia: * – išankstiniai duomenys.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, <<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=M3140803&PLanguage=0>> [žiūrėta 2013-02-05].

Lietuvos statistikos departamento išankstiniais duomenimis, 2011 m. visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai sudarė 69,15 proc., o privačios išlaidos – 30,85 proc. bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų. Vertinant bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūros pokyčius pagal sveikatos priežiūros finansuotojus, matyti, jog 2004–2007 m. Lietuvoje vis didėjo teismo principo užtikrinimas finansuojant Lietuvos sveikatos priežiūrą – išryškėjo teigiamos sveikatos priežiūros finansavimo struktūros pokyčių tendencijos – visuomeninės išlaidos sudarė vis didesnę bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų procentinę dalį. Tačiau nuo 2008 m. iki 2011 m. visuomeninių išlaidų procentinė dalis, finansuojant Lietuvos sveikatos priežiūrą, nors ir nežymiai, tačiau mažėjo (žr. 6 pav.).

¹⁸⁵ Buivydas R., „Lietuvos sveikatos sistema“, *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*, Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 144.



Čia: * – išankstiniai duomenys.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis

6 pav. Visuomeninių ir privačių išlaidų sveikatos priežiūrai struktūros kitimas 2004–2011 m. (proc. nuo bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai)

Nuo 2004 m. iki 2011 m. daugiau nei 65 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų, sudarė visuomeninės išlaidos, o likusi dalis buvo apmokama pačių gyventojų – tai reiškia, kad sveikatos priežiūros finansavimas didžiąja dalimi ir stabiliai yra kontroliuojamas valstybės.

Pasak Europos Komisijos „Sveikatos apsaugos biudžeto dydis gali lemti sveikatos apsaugos sistemos galimybes tenkinti gyventojų poreikius. Buvo pastebėta, kad tose valstybėse narėse, kuriose trumpesnė tikėtina gyvenimo trukmė ir prasčiau tenkinami medicininės priežiūros poreikiai, mažesnės sveikatos apsaugos išlaidos vienam gyventojui ir kaip BVP procentinė dalis. Sveikatos priežiūros sistemoms kenkia finansinių ir žmogiškųjų išteklių trūkumas bei nevienodas jų geografinis ir socialinis pasiskirstymas“¹⁸⁶.

Išanalizavus einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūrą pagal sveikatos priežiūros funkcijas, matyti, jog 2011 m. beveik pusė (49,6 proc.) einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis teko gydymo paslaugoms ir daugiau nei trečdalis (29 proc.) – medicinos prekėms ambulatoriniams ligoniams, mažiausia – 1,1 proc. prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai. Pastebima, kad išlaidų gydymo paslaugoms nuo 2006 m. užtikrina daugiau nei 48 proc. einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų (žr. 3 lent.).

Išlaidos prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai sudaro labai mažą procentinę dalį ir neįžvelgiama jokių tendencijų (žr. 3 lent.). „Sveikatos priežiūros sistemos kartais kritikuojamos dėl pernelyg didelio dėmesio ligonių priežiūrai, t. y. sergančiųjų gydymui, ir nepakankamos ligų

¹⁸⁶ Europos Komisija, Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje, Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011, p. 14.

prevencijos. ES šalyse prevencijai ir visuomenės sveikatos programoms vidutiniškai išleidžiama tik maždaug 3 proc. dabartinių sveikatos priežiūros išlaidų¹⁸⁷.

3 lentelė. Išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika pagal sveikatos priežiūros funkcijas Lietuvoje 2004–2011 m. (mln. litų)

Sveikatos priežiūros funkcijos	Metai							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Gydymo paslaugos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1 611,3	1 875,3	2 361,5	2 784,6	3 476,9	3 317,8	3 217,1	3 477,0
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	46,5	45,8	48,7	48,2	49	48,5	48,8	49,6
Reabilitacinė priežiūra								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	144,8	171,8	207,4	240,1	253,5	237,5	220	296,3
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	4,2	4,2	4,3	4,2	3,6	3,5	3,3	4,2
Ilgalaikės slaugos paslaugos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	123,1	171,9	194	336,4	520,3	625,3	589,9	564,1
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	3,6	4,2	4	5,8	7,3	9,1	8,9	8
Pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	150,4	181,1	243,6	332,5	433,8	412,4	383,3	414,8
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	4,3	4,4	5	5,8	6,1	6	5,9	5,9
Medicinos prekės ambulatoriniams ligoniams								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1 294,0	1 539,4	1 698,5	1 844,5	2 103,7	2 027,6	1 986,8	2 035,5
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	37,3	37,6	35	31,9	29,6	29,6	30,1	29
Prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	61,6	71,4	60,9	107,5	86,8	78,4	56,7	77,8
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	1,8	1,7	1,3	1,9	1,2	1,1	0,8	1,1
Sveikatos priežiūros administravimas ir sveikatos draudimas								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	81,9	80,5	87,8	128,5	222,8	141,9	141,9	148,2
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	2,4	2	1,8	2,2	3,1	2,1	2,1	2,1
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	3 467,2	4 091,4	4 853,7	5 774,0	7 097,9	6 840,9	6 595,8	7 013,6
Su sveikata susijusios funkcijos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1 435,7	1 672,8	2 094,4	2 644,2	3 143,0	3 175,6	3 150,1	3 404,9
Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų kapitalo formavimas								
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	106,9	132,8	303	401,8	298	91,6	184,7	313,2

¹⁸⁷ OECD. Health at glance: Europe, 2010, p. 5, <http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/free/811016je5.pdf> [žiūrėta 2012-02-05].

Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos	3 574,1	4 224,2	5 156,7	6 175,9	7 395,9	6 932,4	6 780,5	7 326,8
---	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Čia: * – išankstiniai duomenys

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, <<http://db1.stat.gov.lt>> [žiūrėta 2012-11-14]

Būtina pažymėti, kad „Dėl šalies sveikatos sistemos ypatumų dalis prevencijos ir visuomenės sveikatos priežiūros išlaidų atskirai neapskaitomos, jos patenka į gydymo paslaugų išlaidas. Be to, dalis šalies sveikatos sistemai priskiriamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų (maisto, higienos ir geriamojo vandens kontrolė, aplinkos sveikata ir kt.) pagal sveikatos sąskaitų sistemos metodiką priskiriamos su sveikata susijusioms funkcijoms ir neįskaičiuojamos į bendrąsias sveikatos priežiūros išlaidas“¹⁸⁸.

Sveikatos sistemos reformų pradžioje vienas iš pagrindinių tikslų apėmė sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimą, tačiau šios sritys nesulaukia didesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių dėmesio¹⁸⁹.

Apibendrinant bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai struktūrą pagal finansuotojus, matyti, kad visuomeninio finansavimo dalis bendrajame sveikatos sistemos finansavime yra stabili ir atitinkamai užtikrinanti stabilų teisumo principo įgyvendinimą. Sveikatos priežiūros išlaidų pagal sveikatos priežiūros funkcijas ir einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūros pagal sveikatos priežiūros funkcijas pokyčiai rodo, kad didžiausia ir didėjanti sveikatos priežiūros išlaidų dalis tenka gydymo paslaugoms, o prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų dalis yra stabili, mažiausia ir neįgaunanti jokių didėjimo tendencijų.

2.3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir išlaidos 2004–2011 m.

1996 m. Lietuvoje priėmus Sveikatos draudimo įstatymą, pradėtas mišrus sveikatos apsaugos finansavimas: privalomojo sveikatos draudimo mokesčiais, tiesioginėmis gyventojų išlaidomis bei valstybės ir savivaldybių biudžetų asignavimais. Nuo 1997 m. kai buvo pradėta diegti privalomojo sveikatos draudimo sistema, pagrindiniu sveikatos sistemos finansavimo šaltiniu tapo PSDF¹⁹⁰.

Privalomą sveikatos draudimą įgyvendina VLK, kuriai tenka daugiau kaip 80 proc. bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai ir kuri paslaugas perka iš paslaugų teikėjų¹⁹¹. Tad PSDF biudžetą galima

¹⁸⁸ Lietuvos statistikos departamentas, Sveikatos priežiūros išlaidos 2009 m., Vilnius, 2010 m. gruodžio 21 d. <<http://www.stat.gov.lt/>> [žiūrėta 2012-11-14].

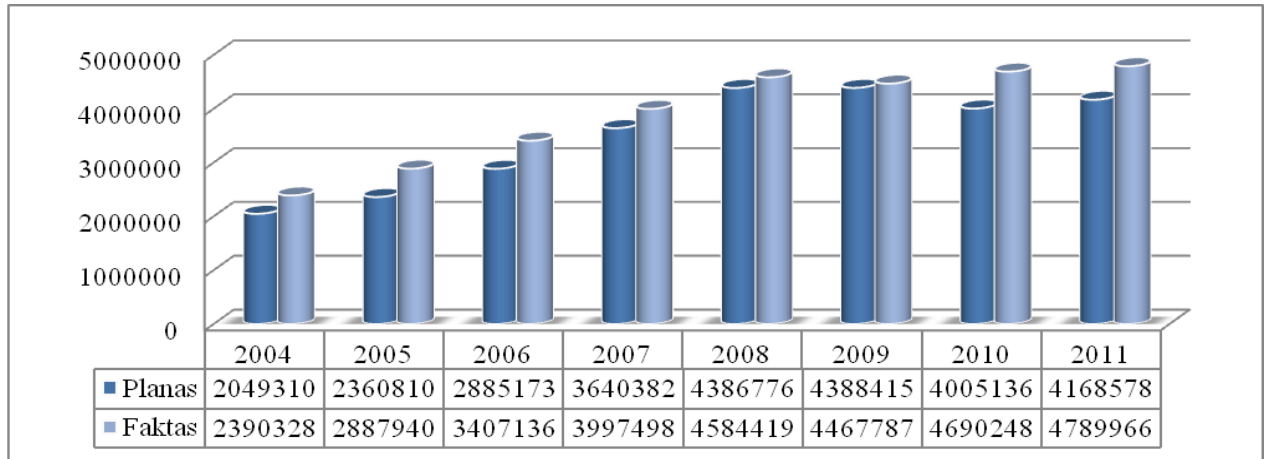
¹⁸⁹ Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 8–9.

¹⁹⁰ Teisumo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, Vilnius: „Baltijos kopija“, p. 70.

¹⁹¹ Valstybės išlaidų Lietuvos socialiniuose sektoriuose apžvalga, Lietuvos Respublikos užsakymu parengė Pasaulio banko grupė, Žmogaus raidos departamentas, Europos ir Vidurio Azijos regionas, 2009, ataskaita Nr. 48604-LT.

įvardinti kaip pagrindinį sveikatos priežiūros sistemos finansinį šaltinį Lietuvoje¹⁹², dėl to šioje dalyje yra nagrinėjama Lietuvos PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų dinamika 2004–2011 m. laikotarpiu.

Išanalizavus 2004–2011 m. laikotarpio PSDF biudžeto pajamų pokyčius, nustatyta, kad 2004–2008 m. pajamos tolygiai didėjo, 2009 m. sumažėjusios, 2010 m. ir 2011 m. vėl didėjo (žr. 7 pav.).



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenimis, Lietuvos Respublikos PSDF metinės biudžeto vykdymo apyskaitos, <http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1> [žiūrėta 2012-11-05]

7 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo pajamų dinamika 2004–2011 m. (tūkst. Lt, įskaitant lėšų likutį metų pradžioje)

Analizuojant PSDF biudžeto pajamų struktūrą ir jos pokyčius išsiskiria trys pagrindiniai pajamų šaltiniai: gyventojų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos už apdraustuosius privalomuoju sveikatos draudimu, valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis bei valstybės biudžeto asignavimai.

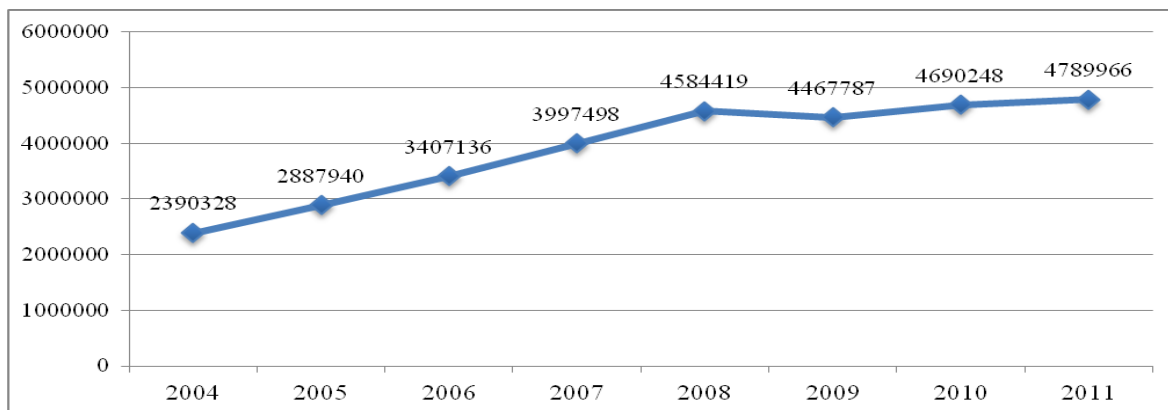
Kaip ir buvo aptarta anksčiau, teismo principas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavime įgyvendinamas atsižvelgiant į gebėjimo mokėti principą – valstybės biudžeto lėšomis yra draudžiami socialiai pažeidžiami asmenys. Sveikatos draudimo įstatyme išvardyta 19 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupių (žr. 1 PRIEDA).

Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų šalyje pastaraisiais metais dėl ekonominio sunkmečio daugėjo¹⁹³. 2011 m. valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis sudarė 32,8 proc. PSDF biudžeto pajamų struktūroje (atitinkamai 2010 m. – 32,2, 2009 m. – 24,1, 2008 m. – 16,6, 2007 m. – 16,9, 2006 m. – 17,9, 2005 m. – 19,7, 2004 – 20,3).

¹⁹² Valstybinė ligonių kasa prie SAM, LIGONIŲ KASOS: 2009-ųjų APŽVALGA, <<http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2009VLKapzvalga.pdf>> [žiūrėta 2012-07-05].

¹⁹³ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Valstybės lėšomis draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys, <http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2011-05-11&item_id=1891> [žiūrėta 2013-02-09].

Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2011 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso sudarė 4789,9 mln. litų (2010 m. – 4690,2 mln. litų). Nuo 2004 m. iki 2008 m. išlaidos tolygiai didėjo, atitinkamai nuo 2390,3 iki 4584,4 mln. litų, 2009 m. sumažėjo ir siekė 4467,7 mln. litų, ir iki 2011 m. didėjo (žr. 8 pav.). Daugėjant senyvo amžiaus žmonių, didėja ir privalomojo sveikatos draudimo išlaidos¹⁹⁴.



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenimis

8 pav. PSDF biudžeto išlaidų pokyčiai 2004–2011 m. (tūkst. Lt)

PSDF biudžeto išlaidas sudaro: išlaidos asmens sveikatos priežiūrai, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugoms, vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir kitų centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos priemonių išlaidoms kompensuoti, ortopedijos techninėms priemonėms kompensuoti, sveikatos programoms finansuoti, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos, kasos apyvartos lėšos, PSDF biudžeto rezervas¹⁹⁵.

Išanalizavus 2004–2011 m. laikotarpio PSDF biudžeto išlaidų struktūrą, matyti, jog didžiausią PSDF biudžeto išlaidų dalį sudaro išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti – apie 70 proc. Šios išlaidos analizuojamu laikotarpiu neįgavo jokių tendencijų (buvo stabilios), tačiau matyti, kad nuo 2010 m. šios išlaidos struktūroje sudarė daugiau nei 70 proc. visų biudžeto išlaidų (žr. 4 lent.).

¹⁹⁴ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, LIGONIŲ KASOS: 2011-ųjų APŽVALGA, p. 7, <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/other/VLK_2011_APZVALGA.pdf> [žiūrėta 2012-01-04].

¹⁹⁵ Valstybinė ligonių kasa prie SAM, LIGONIŲ KASOS: 2009-ųjų APŽVALGA, <<http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2009VLKkapzvalga.pdf>> [žiūrėta 2012-07-05].

4 lentelė. PSDF išlaidų sveikatos priežiūrai dinamika Lietuvoje 2004–2011 m. (be likučio ataskaitinio laikotarpio pabaigoje ir biudžeto rezervo)

Išlaidos	Metai							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	1465541	1666432	2106115	2521288	2888761	2843894	2974510	3135562
Išlaidų struktūra, %	69,4	67,5	69,1	69,5	68,6	69,1	72,2	71,6
Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	389916	494959	547170	617765	679833	700526	642754	652754
Išlaidų struktūra, %	18,5	20,1	18	17	16,2	17	15,6	14,9
Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	89409	95998	107469	131754	141159	129949	127866	145649
Išlaidų struktūra, %	4,2	3,9	3,5	3,6	3,4	3,2	3,1	3,3
Išlaidos centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	52822	72223	83560	117503	136553	151226	141415	197871
Išlaidų struktūra, %	2,5	2,9	2,7	3,2	3,2	3,7	3,4	4,3
Išlaidos ortopedijos technikos priemonėms įsigyti								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	23364	23261	27691	34362	40550	42189	37915	39474
Išlaidų struktūra, %	1,1	0,9	0,9	0,9	1	1	0,9	0,9
Išlaidos sveikatos programoms finansuoti								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	62323	88376	145370	173176	287866	207109	161763	169198
Išlaidų struktūra, %	2,9	3,6	4,8	4,8	6,8	5	3,9	3,9
Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos								
Sveikatos priežiūros išlaidos, tūkst. litų	29555	25763	28584	33062	33811	42862	32643	41507
Išlaidų struktūra, %	1,4	1	0,9	0,9	0,8	1	0,8	0,9
Iš viso	2112930	2467012	3045959	3628910	4208533	4117755	4118866	4382015

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenimis, Lietuvos Respublikos PSDF metinės biudžeto vykdymo apyskaitos, <http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1> [žiūrėta 2012-11-05]

Apibendrinant galima teigti, jog PSDF biudžeto pajamos yra stabilios, o pajamų struktūroje vis didesnę dalį sudaro valstybės lėšomis draudžiami socialiai pažeidžiami asmenys. PSDF biudžeto išlaidų struktūroje dominuoja išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, kurios nuo 2010 m. sudaro daugiau nei 70 proc. visų biudžeto išlaidų.

3. KOKYBINIS TYRIMAS: TEISUMO PRINCIPAS SVEIKATOS SISTEMOS FINANSAVIME: SAMPRATA, UŽTIKRINIMAS IR VERTINIMAS

3.1. Tyrimo metodika

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų nuomonę apie teisumo principo svarbą ir įgyvendinimą sveikatos sistemos finansavime.

Tyrimo metodai. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodu buvo pasirinktas pusiau struktūruotasis interviu – interviu klausimai buvo numatyti iš anksto, tačiau interviu metu tyrėja prie jų tvarkos „neprisirišo“, laisvai juos keitė vietomis. Be to, atsižvelgiant į respondentų skaičių ir tyrėjos bendravimą su jais, šį interviu galima įvardinti kaip individualųjį, kadangi interviu vyko su kiekvienu respondentu atskirai. Interviu vyko pokalbio forma tiesioginio susitikimo metu.

Tyrimo duomenys apdoroti kokybinės turinio analizės metodu (angl. *qualitative content analysis*) – duomenys pagal temas sujungti į subkategorijas, o šios – į kategorijas.

Tyrimo instrumentas. Interviu sudarė 6 klausimai, apimantys teisumo principo sampratą, užtikrinimą, vertinimą ir plėtojimą sveikatos sistemos finansavime. Tyrėja interviu įrašė į diktofoną, iš kurio interviu buvo transkribuojamas (užrašomas). Šio interviu fiksavimo būdo privalumas – gaunamų duomenų išsamumas, atidus respondentų pasisakymų išklausymas bei dėmesio sutelkimas į interviu turinį. Prieš šį interviu fiksavimo būdą, tyrėja gavo respondentų sutikimą bei informavo apie konfidencialumą.

Tyrimo imtis – 5 respondentai, gerai žinomi Klaipėdos mieste politikos formuotojai ir įgyvendintojai.

Tyrimo imties sudarymo būdas – mišrioji tikslinė antranka, kai buvo suderinti keli imties nustatymo būdai. Tyrėja pasirinko respondentes iš Klaipėdos miesto, atsižvelgdama į kokybinio tyrimo sritį.

Tyrėja su respondентаis suderino laiką, vietą, interviu trukmę, eigą bei supažindino su tyrimo etikos principais.

Tyrimo etika. Kokybiniame tyrime didelis dėmesys buvo skiriamas tyrėjos elgesiui su respondентаis etikai¹⁹⁶:

- Respondentai dalyvavo laisvanoriškai.
- Tyrėja informavo respondentes apie tyrimo esmę bei gavo iš jų sutikimą.

¹⁹⁶ Bitinas B. ir kt., Kokybinių tyrimų metodologija, Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija, 2008, p. 115.

- Tyrėja užtikrino gautos informacijos konfidencialumą (respondentų vardai ir pavardės neviešinamos).
- Tirėja užtikrino respondentų anonimiškumą (respondentų suteikta informacija neatskleis jų tapatybės).

Tyrimo laikas – interviu atliktas 2013 m. vasario mėnesį.

Interviu trukmė – nuo 40 minučių iki vienos valandos.

3.2. Tyrimo rezultatai

5 lentelė. Demografinės tyrimo respondentų charakteristikos (n = 5)

Lytis	Moterys (60 %, n = 3), vyrai (40 %, n = 2)
Amžiaus vidurkis	48 metai
Pasiskirstymas pagal institucijos tipą	1 respondentas dirba savivaldybės administracijoje, yra savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybos narys, 1 – univesitete, sveikatos priežiūros įstaigoje, yra savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybos pirmininkas, 1 – universitete, savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybos narys, sveikatos priežiūros įstaigoje, 1 – sveikatos priežiūros įstaigoje, 1 – teritorinėje ligonių kasoje
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	1 respondentas yra direktorius, 2 – direktoriaus pavaduotojai, 2 – vedėjai
Pasiskirstymas pagal išsilavinimą	Visi respondentai yra įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, 1 iš jų – turi profesoriaus pedagoginį laipsnį

Pirmuoju klausimu („*Jūsų nuomone, su kuriais iš pagrindinių sveikatos politikos principų, yra susijęs teismo principas (turi panašumų, savybių ir kt.)?*“) siekta išsiaiškinti respondentų nuomonę apie teismo principo kompleksiskumą, sąsajas su kitais sveikatos politikos principais. Šiame klausime buvo pateikti pagrindiniai sveikatos politikos principai, o respondentas turėjo pasakyti savo nuomonę ir ją pagrįsti su kuriais iš jų yra susijęs teismo principas.

Analizuojant pirmojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija „*teismo principo samprata*“ bei sugrupuotos 7 subkategorijos.

6 lentelė. Teisumo principo sąsajos su kitais sveikatos politikos principais

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Teisumo principo samprata	Sudėtinė sąvoka	„Aš manau, kad teisumo principas yra bendrasis pavadinimas, kurio sudėtinės dalys yra būtent visi sveikatos politikos principai – kiek jie teisumo principu užima vietos reikėtų diskutuoti – šiai dienai gal yra vienaip, o mūsų vizija gal yra visai kitokia“. „[...] teisumo principas apima visus šiuos principus“.
	Solidarumas	„Teisumo principo sąsaja su solidarumo principu yra labai didelė“. „Be abejo teisumo principas labai siejasi su solidarumu, nes tam, kad būtų įgyvendinamas šis principas, reikia solidarizuotis renkant mokesčius“. „Stipriausias ryšys yra su solidarumu, kadangi teisumo principu turi būti siekiama, kad sveikatos draudimo įmokos būtų surenkamos iš visų gyventojų jų sveikatos išlaidoms finansuoti, žinoma, nenuskriaudžiant jų pačių“.
	Lygybė	„Teisumo principas susijęs su lygybės principu, nes visi turi lygias lygias galimybes būti sveikiems“. „Kiekvienas gali ir turi lygiai taip pat siekti sveikatos ir gauti sveikatos priežiūrą pagal poreikį, nepriklausomai nuo amžiaus, lyties, socialinės grupės ar kitų veiksnių“.
	Prieinamumas	„Ir prieinamumas be abejo su teisumo principu susijęs“.
	Laisvas pasirinkimas	„Manau ir laisvas pasirinkimas siejasi su teisumo principu, dažnai mes kalbame apie laisvą pasirinkimą gydytojų, ir kad pinigai turėtų vaikščioti paskui ligonį pasirenkant vieną ar kitą gydymo įstaigą“.
	Teisė	„Be kitų sveikatos politikos principų, šis principas susijęs ir su teisinėmis žmogaus galimybėmis – principu nusakoma žmogaus teisė į lygias galimybes siekti sveikatos“.
	Neaiški sąvoka	„Teisumo principo sąvoka yra labai neaiški, ji visiškai nėra apibūdinta Lietuvos teisės aktuose, aš jos nesuprantu, kadangi neturime visiškai jos pavyzdžio“.

Apibendrinimas. Apibendrinant teisumo principo sampratos rezultatus, galima teigti, kad šis principas yra sudėtinė sąvoka. 2 respondentų supratimu teisumo principą galima įvardinti kaip sudėtinę sąvoką, kurioje ypač svarbią vietą užima ir kiti sveikatos politikos principai. 3 respondentai tiesiogiai neįvardino aptariamo principo kaip sudėtinės sąvokos, tačiau pasakė politikos principus, su kuriais teisumo principas turi glaudžiausią ryšį.

Pagrindinis politikos principas, su kuriuo turi ryšį teismo principas – solidarumas. 1 respondentas be kitų sveikatos politikos principų, teismą sieja ir su žmogaus teisėmis siekti sveikatos. 1 respondentas teismo principo sampratą įvardino kaip neaiškią bei teisiškai neapibūdintą, tačiau pabandė ją apibūdinti.

Vieno respondentas, kurio požiūriu teismo principas yra susijęs su prieinamumo principu, išreiškė tokias savo mintis: „[...] dabar keliamas klausimas galbūt įvesti kokį mokestį lankymuisi pas gydytoją, kad šiek tiek sureguliuoti tuos srautus, pvz.: kaip Latvijoje – 1 latą už patekimą pas gydytoją. Tačiau tada yra „statomas“ barjeras teismo principo įgyvendinimui prienamume, kadangi mažesnes pajamas turintys žmonės sunkiau galės patekti pas gydytoją“.

Antruoju klausimu („*Kaip Jūs suprantate sveikatos sistemos finansavimą, kuris yra grindžiamas teismo principu?*“) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie teismo principo įgyvendinimą sveikatos sistemos finansavime, jo sampratą.

Išanalizavus antrojo klausimo interviu turinį išskirta trys kokybinės kategorijos „*Įmokų surinkimas į sveikatos sistemą*“, „*Sutartys*“ ir „*Išlaidos sveikatos priežiūrai*“ ir 7 subkategorijos.

7 lentelė. Sveikatos sistemos finansavimo, kuris grindžiamas teismo principu, samprata

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Įmokų surinkimas į sveikatos sistemą	Vienodos PSD įmokos dirbantiems ir valstybės biudžetu draudžiamiesiems	„Sveikatos sistemos finansavimui svarbiausios yra PSD įmokos, jos turi būti vienodos visiems, tačiau pagal Sveikatos sistemos įstatymą nėra teisu, kadangi dirbantys moka vienokias įmokas, o už valstybės draustus vis tik tai yra gaunamos ženkliai mažesnės įmokos o valstybės draustų yra labai didelė dalis. Valstybė turėtų mokėti lygiai tiek pat kiek dirbantis“.
	PSD įmokos pagal gebėjimą susimokėti	„Teisumas būtų tada, jei PSD įmokos būtų skaičiuojamos nuo pajamų – daugiau uždirbi, tada didesnę įmoką ir įmoki. Tačiau tai turi būti apgalvotas sprendimas, kad nebūtų kiršinama visuomenė“.
	Privalomos PSD įmokos	„Finansavimas, grindžiamas teismo principu, yra tada, kai Lietuvos Respublikos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, taip pat teisėtai dirbantys ir laikinai Lietuvoje gyvenantys užsieniečiai, privalo mokėti sveikatos draudimo įmokas [...]“.
Sutartys	TLK sutartys su sveikatos priežiūros įstaigomis	„[...] ir tai visiškai nesvarbu kas yra paslaugų teikėjas – ar jis privatus ar jis valstybinis, bet jie turi teikti paslaugas pagal vienodas sutartis, įgalinančios ir įpareigojančios paslaugas teikti tomis pačiomis sąlygomis“.

Išlaidos sveikatos priežiūrai	Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos	„Į teisumą sveikatos sistemos finansavime visų pirma turi būti žiūrima nesvarbu ar tai valstybinis sektorius ar privatus sektorius – visų pirma reikia susitarti tai, kad jei iš PSDF lėšų yra finansavimas, tai iš tų pinigų yra perkamos kokybiškos tam tikros sveikatos priežiūros paslaugos [...]“.
	Bendruomenės sveikatos stiprinimas	„Neturi būti atsisakoma kažkokių tai paslaugų [...] turi būti teikiamos pilnavertės, visapusiškos paslaugos, įsipareigojant dirbti bendruomenėje, įsipareigojant daryti prevenciją bendruomenėje, sveikatos stiprinimo veiklą bendruomenėje, bendradarbiauti su Visuomenės sveikatos biurais“.
	Priemokos už sveikatos priežiūros paslaugas	„[...] tai ir eina kalba, kad negalimos priemokos papildomos nei privačiame nei valstybiniame sektoriuje“.

Apibendrinimas. Atsakymai į antrąjį klausimą atskleidė jog respondentai didžiausią dėmesį skyrė PSD įmokų rinkimui – jos turi būti ne tik privalomos visiems, tačiau jos turi būti skaičiuojamos atsižvelgiant į žmonių uždirbamas pajamas. 1 respondentas aptarė priemokas už sveikatos priežiūrą, kurios negalimos nė viename teikiamų paslaugų sektoriuje. 1 respondentas atkreipė dėmesį į sutarčių sudarymą su TLK – kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai turi būti sudaromos vienodos sutarčių sąlygos. Buvo atkreiptas dėmesys ir į išlaidas sveikatai – kokybiškų paslaugų teikimą bei pirminės visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimą.

Vieno respondento nuomonė: „[...] *kitas dalykas gali būti privatus sektorius, kuris dirba ir teikia paslaugas tik privačiai, jie neturi jokių įsipareigojimų ir sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis, tai tam tikros gyventojų grupės, kurios turi daugiau pajamų, naudojami jų paslaugomis, draudžiasi papildomai – privačiu draudimu, ir gali gauti šias paslaugas, bet tada nepažeidžiamas teismo principas ir solidarumo principas*“.

Trečiuoju klausimu (*„Jūsų požiūriu, kiek turėtų sudaryti visuomeninis finansavimas bendrojo sveikatos sistemos finansavimo, kad būtų užtikrinamas teismo principas? kodėl?“*) buvo norima išsiaiškinti, kokia dalis visuomeninio finansavimo turi būti, kad būtų užtikrinamas teismo principas.

Analizuojant trečiojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija „visuomeninio finansavimo dalis bendrajame sveikatos sistemos finansavime“ ir 2 subkategorijos.

8 lentelė. Visuomeninio finansavimo dalis bendrajame sveikatos sistemos finansavime

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Visuomeninio finansavimo dalis bendrajame sveikatos sistemos finansavime	Visuomeninio finansavimo didėjimas	<p>„Sunku pasakyti kiek jis turėtų sudaryti mišriame sveikatos sistemos finansavime [...] nemanau, kad jis turėtų mažėti, tikrai jis neturėtų mažėti, aš labiau balsuočiau už didėjimo tendencijas nei mažėjimo tendencijas, manau tada mažėtų gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatai“.</p> <p>„[...] jei būtų visuomeninis finansavimas didesnis, tada būtų mažiau papildomų primokėjimų, kurie yra nereglamentuoti [...]“.</p> <p>„Visuomeninis finansavimas žinoma turėtų didėti, nes kuo jis didesnis, tuo didesnės gyventojų galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir gali būti pasiektos labiausiai socialiai pažeistos gyventojų grupės – manau tai būtų didelis žingsnis link teismo“.</p> <p>„[...] šis finansavimas turi didėti didinant išlaidas pirminei sveikatos priežiūrai, visuomenės sveikatos stiprinimui, Visuomenės sveikatos biurų veiklos plėtojimui“.</p> <p>„Kuo didesnis šis finansavimas, tuo didesnės žmonių galimybės gauti paslaugas kokių jam reikia“.</p>
	90 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo	<p>„[...] visuomeninis finansavimas turėtų sudaryti didesnę procentą viso sveikatos sistemos finansavimo, manau, kad galėtų būti bent 90 proc., tada būtų labiau užtikrinamas paslaugų krepšelis nemokamai“.</p> <p>„Dėl žemo pragyvenimo lygio, kadangi daug žmonių gauna žemas pajamas, yra sudėtinga mokėti papildomas įmokas, valstybinis sveikatos sistemos finansavimas turėtų sudaryti 90 proc. viso finansavimo“.</p>

Apibendrinimas. Visi respondentai teigė, kad norint užtikrinti teisumą sveikatos sistemos finansavime, visuomeninis finansavimas turėtų būti didesnis, t. y. sudaryti daugiau nei 70 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo. Respondentų nuomone, dėl padidėjusio visuomeninio finansavimo, sumažėtų tiesioginės išlaidos, priemokos už sveikatos priežiūros paslaugas, paslaugos būtų teikiamos labiau atsižvelgiant į poreikius bei būtų lengviau prieinamos skurdžiausioms gyventojų grupėms.

Vienas respondentas teigė: „*Vienareikšmiškai tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai turėtų mažėti. Bet kita vertus yra tokių paslaugų, kurių apmokestinimas ir nepažeistų teismo principo, pavyzdžiui plastinės operacijos*“.

Ketvirtojo klausimo („*Jūsų nuomone, kokiais būdais sveikatos priežiūros mišriame finansavimo modelyje turėtų būti užtikrinama vargšų ir turtingųjų lygybė, mokant privalomojo sveikatos draudimo įmokas? Kodėl?*“) tikslas buvo išsiaiškinti respondentų požiūrį apie vargšų ir turtingųjų finansinę lygybę mokant privalomojo sveikatos draudimo įmokas: ar jos turi skirtis ar turi būti taikomos vienodos, galbūt bus išgirsti nauji pasiūlymai.

Išskirtos dvi kokybinės kategorijos – „*PSD įmokų rinkimo instrumentai nuo dirbančiųjų pajamų*“ ir „*Atsakomybės už savo sveikatą didinimas*“ ir 3 subkategorijos.

9 lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos, užtikrinančios vargšų ir turtingųjų lygybę

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
PSD įmokų rinkimo instrumentai nuo dirbančiųjų pajamų	Įmokų rinkimas, taikant progresyvumą	<p>„Aš už progresyvumą mokant PSD įmokas“.</p> <p>„Daugelis išsivysčiusių šalių siekia, kad jų sveikatos sistemoje taikomi mokesčiai būtų progresyvūs, t. y. užtikrintų didesnę žmonių lygybę. Aš manau, kad šis pavyzdys yra geras, kad ir kaip būtų nepatenkintas turtingasis. Tačiau prieš taikant šį būdą reikia gerai apsvarstyti ar jis tinkamas nūdienos Lietuvoje“.</p>
	Įmokų rinkimas, taikant visiems dirbantiesiems vienodą procentą nuo pajamų	<p>„Įmokos neturėtų mažėti, bet visgi turi būti ieškoma daugiau būdų kaip racionaliau išnaudoti PSDF lėšas [...]“.</p> <p>„Manau, kad šiuo metu 9 proc. PSD įmoka, kuri yra nuskaičiuojama nuo dirbančių yra tinkama, kadangi jei asmuo uždirba mažiau, nuo jo uždirbamos sumos yra mažesnė įmoka nuskaičiuojama, o jei daugiau – didesnė. Tai galėčiau įvardinti kaip progresyvumą“.</p> <p>„Jeigu mes pradėtume taikyti progresyvumą iškiltų kita problema – būtų slepiamos pajamos – likime prie šiuo metu taikomos sistemos“.</p> <p>„Mano manymu, progresiniai mokesčiai gali tik sukiršinti mūsų visuomenę, tad aš lieku prie dabartinio PSD įmokų rinkimo – mažiau uždirbi, mažiau ir nuskaičiuoja įmokų, nenuskriaudžiame nei varguolių, nei turtingesnių“.</p>
Atsakomybės už savo sveikatą didinimas	Finansinė atsakomybė tiems, kurie nesirūpina savo sveikata	<p>„Turėtų būti kažkoks balansavimas įdiegiant priemones, tiems, kurie nepaisant aktyvios priežiūros kenkia savo sveikatai, neina profilaktiškai pasitikrinti savo sveikatos laiku, turi elgsenos rizikos veiksnių, tuo pačiu didinant ir finansinę atsakomybę ir tiems, kurie savo elgsena žeidžia savo sveikatą, nes tas, kuris dirbantis ir prisiziūrintis savo sveikatą mokės už tą, kuris ne gana, kad nemoka, bet dar ir gadina savo sveikatą“.</p>

		<p>„Manau, kad reikėtų kažkaip sureguliuoti įmokų rinkimą stebint gyventojų gyvenseną – ar jie turi žalingų įpročių ar kaip kitaip žaloja save... jei yra vargšas ir jis dar žaloja savo sveikatą, kodėl turtingesnis turėtų mokėti didesnę įmokų dalį? [...] reikėtų įdiegti tokią sistemą, kuri atsižvelgtų į gyvenseną, tačiau tai jau sudėtingas darbas“.</p> <p>„[...] jei tu nesveikai gyveni, tai atitinkamai turėtų būti kitokie įnašai [...] už savo nesveiką gyvenseną turi mokėt galų gale“.</p>
--	--	---

Apibendrinimas. 3 respondentai sveikatos priežiūros mišriame finansavimo modelyje užtikrinant vargšų ir turtingųjų lygybę per PSD įmokų rinkimą mato, kad įmokos turėtų likti tokios kaip šiuo metu yra. 2 respondentai pasisakė už progresyvumo taikymą, renkant PSD įmokas. 2 respondentai paminėjo, jog renkant įmokas turi būti formuojama atsakomybė už sveikatą žalojančią elgesį.

Penktuoju klausimu („*Gal turėtumėte pasiūlyti papildomų, neaptartų būdų, kuriais būtų galima užtikrinti teisumą Lietuvos sveikatos sistemos finansavime?*“) buvo norima sužinoti interviu metu neaptartų teisumo užtikrinimo būdų sveikatos sistemos finansavime.

Išskirtos viena kokybinė kategorija – „*Būdai, užtikrinantys teisumą sveikatos sistemos finansavime*“ ir 3 subkategorijos.

10 lentelė. Būdai, užtikrinantys teisumą Lietuvos sveikatos sistemos finansavime

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Būdai, užtikrinantys teisumą sveikatos sistemos finansavime	Pirminės sveikatos priežiūros plėtra, stiprinant socialiai silpnų žmonių sveikatą	<p>„Be galo ir be krašto gali būti didinamos PSDF lėšos, tačiau mes neturėsime teisumo principo... reikia investuoti į tai, kad būtų pasiekiami socialiai silpni žmonės“.</p> <p>„Pirminėje sveikatos priežiūroje ir ypatingai bendradarbiaujant su VSB turi atsirasti daugiau strategijų, nukreiptų į pažeidžiamas visuomenės grupes [...]“.</p> <p>„[...] turėtų būti rengiamos specialios programos bei projektai, skirti pasiekti labiausiai nuskriaustus“.</p>
	Įmokos už valstybės draudžiamus asmenis	„[...] už valstybės lėšomis draustus asmenis įmokų didinimas“.
	Išskirtinės sąlygos – papildomi mokėjimai	„Turėtų atsirasti visuomeninio finansavimo paslaugų krepšelis, už kurį moka draudimas visiems vienodai, o jei tu nori išskirtinių sąlygų, papildomų dalykų, tada čia turėtų labai aiškiai įvardinti ir įteisinti papildomi

		mokesčiai“.
--	--	-------------

Apibendrinimas. 3 respondentai pažymėjo, jog reikėtų daugiau dėmesio skirti socialiai pažeidžiamų žmonių grupei per pirminės sveikatos priežiūrą ir jos plėtrą. 1 respondentas pažymėjo, kad yra didelis skirtumas tarp valstybės draudžiamų asmenų ir dirbančių asmenų įmokų, įmokas valstybė turėtų mokėti didesnes už draudžiamus asmenis.

Vieno respondento nuomonė: „[...] teritorinės ligonių kasos yra šiek tiek „primerkusios akis“ būtent į netolygumų sprendimą, pirminės sveikatos priežiūros kokybę, prevencinio darbo kokybę, nors ir yra diegiami indikatoriai, bet jie sudaro tokią mažą dalį... Kuriasi pirminės sveikatos priežiūros kokybės modeliai, tačiau jie užsiima pacientų priėmimu, gydymu [...]“.

Šeštuoju klausimu („Kokių pasiūlytumėte būdų įvertinti teismo principo užtikrinimą Lietuvoje sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime?“) siekta gauti respondentų pasiūlymų įvertinti teismo principą Lietuvos sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime.

11 lentelė. Teismo principo įvertinimas Lietuvoje sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Sveikatos priežiūros finansavimo procesas	Lėšų surinkimas	„Reikėtų vertinti pajamų surinkimo procesą“. „[...] galbūt valstybės draudžiamų asmenų pokyčiais“. „[...] kiek išleidžia pacientai primokėdami už priežiūrą, kaip tai kinta“.
	Išlaidos sveikatos priežiūrai	„Idomu pasižiūrėt pačią išlaidų kitimo struktūrą, gal ten būtų galima ką nors išvelgti [...]“.
Sveikatos priežiūros finansavimo rezultatai	Sveikatos rodiklių stebėseną	„Sveikatos rodikliais – išvengiamo mirtingumo rodiklius, išvengiamos hospitalizacijos rodiklius, per savalaikį ligų išaiškinamumą“.

Apibendrinimas. Respondentai sunkiai pateikė pasiūlymus kaip būtų galima įvertinti teismo principą. Visi respondentai pateikė po vieną pasiūlymą. 3 respondentai siūlė atsižvelgti į sveikatos lėšų surinkimo procesą – kaip surenkamos pajamos, kiek yra valstybės draudžiamų asmenų ir kokie pokyčiai bei pacientų priemokas. 1 respondentas siūlė išanalizuoti sveikatos priežiūros išlaidas ir jų kitimą, o dar 1 respondentas – siūlė stebėti sveikatos būklės statistiką.

Vieno respondento išsakyta nuomonė: „Net neįsivaizduoju kaip reikėtų įvertinti. Mano manymu, pirmiausiai turi būti sutvarkyti teisės aktai, juose turi būti teismo principo sąvoka apibrėžta ne šiaip

sau – ji turi turėti ne tik „rėmus“, bet ir turinį [...] aš nematau jokių apibrėžimų, Valstybinė ligonių kasa aprašo tolygų finansavimą, o apie teisingą finansavimą nekalba, tai kaip jis gali būti vertinamas? [...]“.

IŠVADOS

- Teisumo principo sampratos interpretacijų yra įvairių, jos priklauso nuo mokslo srities atstovo, kuris ją interpretuoja. Lietuvos Respublikos teisės aktuose sveikatos santykių teisumo sąvoka yra apibūdinta, tačiau teisumo sveikatos priežiūroje sąvoka nėra pakankamai ir detalai reglamentuota.

- Mokslininkai sutaria, kad teisumas sveikatos priežiūros finansavime yra užtikrinamas tada, kai finansuojant sveikatos priežiūrą yra atsižvelgiama į žmonių gebėjimą mokėti. Teisumas sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime glaudžiai siejasi su solidarumo principu, kadangi mokumas yra susijęs su žmonių finansinėmis galimybėmis, kai turtingesni žmonės moka didesnę savo pajamų dalį už sveikatos priežiūrą, o neturtingesni – mažesnę.

- Lietuvos sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje, teisumo principo užtikrinimas finansuojant Lietuvos sveikatos sistemą nėra visiškai apibrėžtas, tačiau yra reglamentuoti instrumentai, kuriais siekiama teisumo renkant įmokas į PSDF biudžetą: įmokos mokamos pagal žmonių mokumą, jų uždirbamas pajamas, o už ekonomiškai silpnas gyventojų grupes – įmokas sumoka valstybės biudžetas.

- Sveikatos politikos formuotojai ir įgyvendintojai dėl teisumo principo sampratos sudėtingumo ir žinių trūkumo, nepakankamai tiksliai šį principą supranta ir apibūdina sveikatos priežiūroje. Sveikatos politikai pastebi, kad yra apleistas socialiai ir ekonomiškai silpnų gyventojų grupių sveikatos stiprinimas, pirminės visuomenės sveikatos priežiūros plėtra ir neformuojama atsakomybė už sveikatą žalojančią elgesį.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Siūlau LR sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 17 dalyje tiksliai reglamentuoti sveikatos priežiūros teisumo sąvoką (per sveikatos priežiūros prieinamumą, finansavimą, išlaidas, kokybę, naudojimą) ir LR sveikatos sistemos įstatymo III dalį papildyti ir reglamentuoti sveikatos sistemos finansavimo principus, teisumo sveikatos priežiūros finansavime ir sveikatos priežiūros visuomeniniame finansavime sąvokas bei instrumentus jiems įgyvendinti.
- Siūlau LR sveikatos draudimo įstatymo III dalį papildyti ir reglamentuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų sudarymą, atsižvelgiant į teisumo principą.

Sveikatos apsaugos ministerijai, sveikatos politikams, Valstybinei ligonių kasai:

- Siūlau svarstyti galimybę pakeisti Lietuvos Respublikoje teisės aktus, numatant paciento atsakomybę už savo sveikatos žalojimą (rizikingą elgseną) – žalingus įpročius, gydytojo nurodymų nevykdymą, profilaktinius nesilankymus pas gydytojus. Galbūt būtų galima susisieti sveikatą žalojančią elgseną su įnašu į sveikatos sistemą apimtimi.

Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai:

- Siūlau apsvarstyti galimybes didinti sveikatos sistemos visuomeninį finansavimą atitinkamai didinant sveikatos priežiūros išlaidas prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai, užtikrinant socialiai ir ekonomiškai silpnų gyventojų grupių sveikatos stiprinimą.

Akademinei bendruomenei:

- Siūlau organizuoti ir vykdyti mokymus teisumo principo įgyvendinimo sveikatos priežiūroje temomis, skirtus Lietuvos sveikatos politikos formuotojams ir įgyvendintojams.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.
2. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.
3. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 73-3498.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“, 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.
6. Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

Mokslinių žurnalų straipsniai, mokslo darbai ir pranešimai:

1. **Abel-Smith B., Rawal P.** Employer's willingness to pay: the case for compulsory health insurance in Tanzania // *Health Policy and Planning*. – 1992, Nr. 9(4)
2. **Acuca D. L. et al.** Access to and Financing of Health Care: Ways to Measure Inequities and Mechanisms to Reduce Them // *Equity and Health*. – Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. – ISBN 92 75 12288 1
3. **Andersen R.** Health service distribution and equity // *Equity in health services*. – Ballinger: Cambridge Mass., 1975
4. **Bambas A., Casas J.** Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria // *Equity and Health*. – Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 12–21. – ISBN 92 75 12288 1
5. **Braveman P., Gruskin S.** Poverty, equity, human rights and health // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2003, No. 81(7), p. 539–545
6. **Buivydas R.** Lietuvos sveikatos sistema // Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 143–194. – ISBN 978-9955-562-75-7

7. **Braveman P., Gruskin S.** Defining equity in health // *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57
8. **Commission on Social Determinants of Health.** Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health // Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, 2005
9. **Černiauskas G., Schneider M.** Sveikatos politikos analizė // PHARE projektas: OSS 98-5320, LI9704/0201 „Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje“. – Vilnius, 1999
10. **Černiauskas G., Jankauskienė D.** Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 1(2), p. 4–10. – ISSN 2029-3569
11. **Dahlgren G., Whitehead M.** Policines and strategies to promote equity in health. – WHO, Copenhagen, 1992, p. 1–60
12. **Drouin D.** Methods of financing health care: A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage // Technical Commission on Statistical, Actuarial and Financial Studies. – Geneva: International Social Security Association, 2007
13. **Dubauskas G.** Finansų valdymo teorijos // Mokslo studija. – Vilnius: Krašto apsaugos ministerijos bendrųjų reikalų departamento Informacinio aprūpinimo tarnybos Spaudinių skyrius, 2011. – ISBN 978-9955-423-97-3
14. **Diop F. et al.** The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger // *Health Policy and Planning*. – 1995, Nr. 10(3), p. 223–240
15. **Elola J. et al.** Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe // *American Journal of Public Health*. – 1995, No. 10
16. **Europos Komisija.** Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje. – Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011. – ISBN 978-92-79-15041-8
17. **Evans T. et al.** Challenging Inequalities in Health: from ethics to action. – Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75
18. **George A. O. Alleyne.** EQUITY AND HEALTH // *Equity and Health*. – Washington: Pan American Health Organization, 2001, No. 8, p. 3–12. – ISBN 92 75 12288 1
19. **Goddard M.** Access to Health Care Services – an English Policy Perspective // *Health Economics: Policy and Law*. – 2009, p. 196–208
20. **Grabauskas V. J.** Lietuvos sveikatos priežiūra Europos Sąjungos ir pasaulio kontekste. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 84–97. – ISBN 978-9955-562-75-7

21. **Graeve D. D, Xu K.** Health Finance, Equity in // HEALTH SYSTEM POLICY, FINANCE AND ORGANIZATION, edited Carrin G.– Geneva, Switzerland, 2008, p. 195–203. – ISBN: 978-0-12-375087-7
22. **Gefenas E.** Teisingumas ir šiuolaikinės medicinos kolizijos // Filosofija, sociologija. – 1997, Nr. 2, p. 75–81
23. **Gudžinskas L.** Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai // Politologija. – 2012, Nr. 3(67), p. 62–94. – ISSN 1392-1681
24. **Guogis A., Gruževskis B.** Ar reikia kitokio Lietuvos visuomenės socialinės raidos modelio? // Socialinių mokslų studijos. – 2010, Nr. 3(7), p. 19–35
25. **Gottschalk P. et al.** Health care financing in U.S., U.K. and Netherlands: distributional consequences // Changes Revenue Structures. – Detroit: Wayne State University Press, p. 351–373.
26. **Health system: improving performance** // World Health Report 2000. – WHO: Geneva, 2000. – ISBN 92 4 156198 X
27. **Hurst J.W.** Reforming health care in seven European nations // Health Affairs. – 1991, Nr. 10(3), p. 7–21
28. **Hoare G., Mills A.** Paying for the Health Sector: A Review and Annotated Bibliography of the Literature on Developing Countries. – London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Evaluation and Planning Center for Health Care, 1986, No. 12
29. **Hsiao WC., Liu Y.** Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System // Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action. – New York, Oxford University Press, 2001
30. **Jankauskienė D. ir kt.** Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m. // Medicina. – Vilnius, 2002, Nr. 38(9), p. 933–939
31. **Jankauskienė D.** Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai // Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 104–139. – ISBN 978-9955-562-75-7
32. **Juozulynas A., Jurgelėnas A.** Sveikata ir rizika visuomenės požiūriu // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 1998, Nr. 2–3(5–6), p. 42–45
33. **Juozulynas A ir kt.** Užimtumas ir sveikatos santykių teisingumas // Sveikatos mokslai. – Vilnius: UAB „Akritis“, 2004, 3(34), p. 14–17
34. **Jurgelėnas A., Juozulynas A.** Sveikatos priežiūros skirtumai Lietuvoje // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2001, Nr. 2, p. 30–32.
35. **Kalėdienė R., Petrauskienė J.** Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų pokyčiai pereinamuoju į rinkos ekonomiką laikotarpiu // Medicina. – 2001, p. 1537–1543

36. **Kumpienė J. ir kt.** Lietuvos nacionalinė sveikatos sąskaita // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos. – Vilnius: BĮ „Baltijos kopija“, 2005, p. 85–91. – ISSN 1648-7338
37. **Kutzin J.** Health financing policy: a guide of decision-makers // Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. – WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, 2008
38. **Leenan H.** Equality and equity in health care // Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting. – Leeds, 1985
39. **Lundberg M., Wang L.** Health sector reforms // Analyzing the Distributional Impact of Reforms. – The World Bank, Washington, 2006, vol. 2, p. 43–110. – ISBN-10: 0821363484
40. **Lloyd D. et al.** Health inequity: a review of the literature. – Souther Cross University, 2004
41. **Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis.** Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio rezoliucija // Sveikatos drauda. – 2000, Nr. 12 (43), p. 3–4
42. **Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje,** Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, ISBN 978-9955-562-75-7
43. **MacLachlan G., Maynard A.** The public/private mix in health care: The emerging lessons // The public/private mix in health care: The relevance and effects of change. – London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982
44. **Morris S. et al.** Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation // Social Science and Medicine. – 2005
45. **Murray C. J. L., Frenk J.** A framework for assessing the performance of health systems // Bulletin of the World Health Organization. – 2000, 78 (6), p. 717–731
46. **Murray C.J.L. et al.** Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. – World Health Organization, GPE Discussion Paper Series: No. 24
47. **Petrauskienė J., Kalėdienė R.** Teritoriniai ir socialiniai Lietuvos gyventojų mirtingumo skirtumai // Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai Lietuvoje – situacijos analizė. – Kaunas: KMU, 1998, p. 15–45
48. **Sen A.** Health Equity: Perspectives, Measurability, and Criteria // Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action. – Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75
49. **Sherry A. Glied.** Health care financing, efficiency, and equity // NBER Working Paper. – 2008, No. 13881
50. **Skučienė D.** Pajamų nelygybė Lietuvoje // Filosofija, sociologija. – Lietuvos mokslų akademijos leidykla, 2008, 19(4), p. 22–33

51. **Social justice and equity in health: report on a WHO meeting** (Leeds, United Kingdom, 1985). – Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR804/m02)
52. **The World Bank.** Equity and Development // World Development Report 2006. – New York: Oxford University Press, 2006, p. 2–22. – ISBN-10: 0-8213-6249-6
53. **Van Doorslaer E., O'Donnell O.** Measurement and Explanation of Inequality in Health and Health Care in Low-Income Settings. – UNU-WIDER World Institute for Development Economics Research, Discussion Paper, 2008. – ISBN 978-92-9230-083-8
54. **Valstybės išlaidų Lietuvos socialiniuose sektoriuose apžvalga.** – Lietuvos Respublikos užsakymu parengė Pasaulio banko grupė, Žmogaus raidos departamentas, Europos ir Vidurio Azijos regionas, 2009, ataskaita Nr. 48604-LT
55. **Veatch R.** Egalitarian and Maximin Theories Of Justice // Journal of Medicine and Philosophy. – 1998, Vol. 23, No. 3
56. **Žemgulienė J., Grabauskas V.** Teisumo principais grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimas // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos. – Vilnius: „Baltijos kopija“, 2002, p. 82–86
57. **Wagstaff A.J., Van Doorslaer E.** Equity in the finance of health care: Some international comparisons // Journal of Health Economics. – North Holland, 1992, p. 361–387
58. **Wagstaff A.J. et al.** Equity in the finance of health care: some further international comparisons // Journal of Health Economics. – 1999, p. 263–290
59. **Wagstaff A.J. et al.** On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. Journal of Health Economics. – North Holland, 1991, p. 169–205
60. **Wagstaff A.J. et al.** EQUITY IN THE FINANCE AND DELIVERY OF HEALTH CARE: SOME TENTATIVE CROSS-COUNTRY COMPARISONS // OXFORD REVIEW OF ECONOMIC POLICY. – Oxford university press, 1989, vol. 5, no. 1, p. 89–112
61. **Wagstaff A.J., Van Doorslaer E.** Equity in Health Care Financing and Delivery // North Holland Handbook of Health Economics, edited Culyer A. J., Newhouse J.P. – 1998
62. **Whitehead M.** The concepts and principles of equity and health // World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. – 1990
63. **Whitehead M.** The concepts and principles of equity and health // International Journal of Health Services. – 1992.
64. **Whitehead M.** Teisumo sveikatos santykiuose koncepcijos ir principai. – Kopenhaga, 1990
65. **World Health Organization.** Health systems: improving performance // The World Health Report. – 2000. – ISBN 92 4 156198 X

66. **Zschock D.K.** Health sector disparities in Peru // Bulletin of the Pan American Health Organization. – 1989, 23(3)

Knygos:

67. **Barry B.** Teisingumo teorijos. Socialinio teisingumo traktatas (I tomas). – Vilnius: „Eugrimas“, 2002. – ISBN: 9955-501-23-5

68. **Bitinas B. ir kt.** Kokybinių tyrimų metodologija. – Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija, 2008. – ISBN 978-9986-31-267-3

69. **Daniels N.** Just Health Care. – Cambridge: Cambridge University Press, 1985. – ISBN 0-521-23608-8

70. **Dahlgren G., Whitehead M.** Concepts and principles for tackling social inequities in health (Levelling up Part 1). – WHO European Office for Investment for Health and Development, 2006

71. **Gruen R., Howarth A.** Managing Health Services Finance. – 2005. – ISBN-10: 0 335 218512

72. **Kardelis K.** Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai (2-asis patais. ir papild. leid.). – Kaunas: Technologija, 2002. – ISBN 9986-948-65-7

73. **Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.** Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. – Vilnius, 2010

74. **Mark V. Pauly et al.** Handbooks in Economics: Health Economics. – North Holland, 2012, vol. 2. – ISBN: 978-0-444-53592-4

75. **McPake B. et al.** Health economics: an international perspective. London: Routledge, 2002.

76. **Musgrove P.** Health Economics in Development. – The World Bank: Washington, 2004 – ISBN: 0-8213-5570-8

77. **Mooney G.H.** Economics, medicine, and health care / 3rd ed. – Wheatsheaf, Brighton, 1986. – ISBN 0 273 65157 9

78. **Napierala C.** Finance Equity Comparison of Health System. 2008. – ISBN 978-3-640-32180-3

79. **Narbutaitė N.** Ar J. Rawlso teisingumo teorija yra I. Kanto praktinės filosofijos interpretacija? Logos, 2005

80. **Nekrašas E.** Filosofijos įvadas. – Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, 2004. – ISBN 5-420-01543-9

81. **Nozick R.** Anarchy, State and Utopija. – New York: Basic, 1974. – ISBN 0-465-00270-6

82. **Nozick R.** Anarchija, valstybė, utopija. – Vilnius: „Eugrimas“, 2003. – ISBN: 978-9955-790-90-7

83. **OECD**. A caring world: the new social policy agenda. – Paris, 1999
84. **Ovretveit J.** What is in Health Services? Health Services Management. – 1990, 6(3)
85. **Oduaran A., Bhola H. S.** Widening Access to Education as Social Justice. – Netherlands: Springer, 2006
86. **Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje.** Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį. Siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksnius. – Kaunas: UAB Spaudos brokeris, 2009. – ISBN 978-609-95132-0-1
87. **Picavet H.S.J.** Perspectives on Health Inequity / edited by Harris E., Sainsbury S., Nutbeam D. – Sydney: The Australian Centre for Health Promotion, 1999. – ISBN 1-86487-313-2.
88. **Rawls J.** A Theory of Justice. – Cambridge: Harvard University Press, 1971. – ISBN 0-19-825054-1
89. **Shakarishvili G.** Poverty and Equity in Healthcare Finance: Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform. – Hungary, 2006
90. **Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje.** Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. – LR Sveikatos apsaugos ministerija, 1999. – ISBN 9986 – 882 –02
91. **Thomson S. et al.** FINANCING HEALTH CARE IN THE EUROPIAN UNION: challenges and policy responses. – Copenhagen: Printed in the European Union, 2009. – ISBN 978 92 890 4165 2
92. **World Health Organization.** The Solid Facts: Social Determinants of Health / 7th ed. – Copenhagen: World Health Organization, 2003. – ISBN 92 890 1371 0

Internetiniai puslapiai:

93. **Balancing Equity and Efficiency.** <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/balancing-equity-efficiency> [žiūrėta 2012-03-09]
94. **Europos Komisija.** Naujas tyrimas rodo, kad vis daugiau žmonių skursta, 2010. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/10/773&format=HTML&aged=0&language=LT&guiLanguage=en> [žiūrėta 2012-02-18]
95. **Gabr M.** Health Ethics, Equity and Human Dignity. <http://www.humiliationstudies.org/> [žiūrėta 2013-02-09]
96. **Higienos institutas.** Sveikatos priežiūros finansavimas. <http://sic.hi.lt/html/spf.htm> [žiūrėta 2012-12-13]
97. **International Society for Equity in Health.** <http://www.iseqh.org/> [žiūrėta 2013-01-20]

98. **Jakutytė S.** Resursų skirstymas. Lietuvos bioetikos komitetas.
<http://bioetika.sam.lt/index.php?1975813574> [žiūrėta 2012-01-27]
99. **Jakutytė S.** Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos, 2001.
www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf [žiūrėta 2012-02-04]
100. **Lietuvos statistikos departamentas.**
<http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=3092&PHPSESSID=901d0e348f6d32ed4fcac7daa3927743>
 [žiūrėta 2012-02-15]
101. **Lietuvos statistikos departamentas.**
<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=M3140803&PLanguage=0> [žiūrėta 2013-02-05]
102. **Lietuvos statistikos departamentas.** Sveikatos priežiūros išlaidos 2009 m., Vilnius, 2010 m.
<http://www.stat.gov.lt/lt/> [žiūrėta 2012-11-14]
103. **Lietuvių kalbos žodynas.** <http://www.lkz.lt> [žiūrėta 2012-07-13]
104. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija** <http://www.sam.lt/go.php/Misija>
 [žiūrėta 2012-02-18]
105. **Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje 1996 m. birželio mėn. 18 d.** http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html [žiūrėta 2012-02-23]
106. **Macinko J.A., Starfield B.** Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980–2001, International Journal for Equity in Health, 2002, 1:1. <http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1>
 [žiūrėta 2012-11-10]
107. **OECD.** Health at glance: Europe, 2010.
<http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/free/811016je5.pdf> [2012-02-05]
108. **Poteete A. R.** Is Decentralization a reliable means of increasing equity? New Orleans, Los Angeles, 2004.
http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/2246/Poteete_Decentralization_and_Equity.pdf
 [žiūrėta 2011-12-12]
109. **Pundžius J.** Valstybės rūpestis Lietuvos žmonių sveikata. 2011, Nacionalinė sveikatos taryba, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011 (skaitytas Seime 2011-11-22).
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1 [žiūrėta 2012-01-11]
110. **Kawachi I. et al.** A glossary for health inequalities // Journal of epidemiology and Community Health, 2002, 56, <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full> [žiūrėta 2013-03-12]
111. **Klein R., Huang D.** Defining and measuring disparities, inequities, and inequalities in the Healthy People initiative. National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2010/41_Klein.pdf [žiūrėta 2012-01-05]

112. **Sasnauskas A.** Privalomasis sveikatos draudimas Lietuvoje: įveikti iššūkiai ir laukiantys darbai. Ligonų kasų trečioji metinė konferencija „Ligonų kasos Lietuvoje. Kas nuveikta per 20 metų? Vilnius. http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/IIIkonf_AlgisSasnauskasED.pdf [žiūrėta 2012-01-26]

113. **Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020.** Revised definitions for health disparities and health equity.

<http://healthypeople.gov/2020/about/advisory/FACA6Minutes.aspx?page=2> [žiūrėta 2013-01-07]

114. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** Valstybės lėšomis draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys.

http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2011-05-11&item_id=1891 [žiūrėta 2012-03-20]

115. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004. www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc [žiūrėta 2012-01-12]

116. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** 2010 metų veiklos ataskaita. Vilnius, 2011. http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/2010_VLK_veiklos_ataskaita.pdf [žiūrėta 2012-01-28]

117. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** Lietuvos Respublikos (2004 m., 2005 m., 2006 m., 2007 m., 2008 m., 2009 m., 2010 m.) PSDF metinės biudžeto vykdymo apyskaitos.

http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1 [žiūrėta 2012-06-15]

118. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** LIGONIŲ KASOS: 2009-ųjų APŽVALGA. <http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2009VLKkapzvalga.pdf> [žiūrėta 2012-07-05]

119. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** LIGONIŲ KASOS: 2010-ųjų APŽVALGA. http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/VLK_2010_APZVALGA.pdf [žiūrėta 2012-08-20]

120. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** LIGONIŲ KASOS: 2011-ųjų APŽVALGA http://www.vlk.lt/resources/files/2012/other/VLK_2011_APZVALGA.pdf [žiūrėta 2012-01-04]

121. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** 2009-12-14 Ligonų kasų konferencijoje – finansavimo aktualijos. http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2009-12-14&item_id=1751 [žiūrėta 2012-07-02]

122. **Valstybinė ligonių kasa prie SAM.** Sveikatos draudimo plėtojimas, programos aprašymas. http://www.vlk.lt/vlk/files/str/2008_1b.doc [žiūrėta 2012-10-06]

123. **World Health Organization.** The world health report. <http://www.who.int/whr/2008/overview/en/index.html> [žiūrėta 2013-02-27]

124. **World Health Organization.** Glossary of terms used. <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html> [žiūrėta 2013-03-07]

125. **World Health Organization.** Social determinants of health.

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html

[Žiūrėta 2013-03-12]

Bielskytė D. Sveikatos sistemos visuomeninio finansavimo principas: teisumas / Sveikatos politikos ir valdymo programos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 79 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas ir įvertintas teismo principo įgyvendinimas sveikatos sistemos finansavime, iškeltos teismo principo įgyvendinimo problemos, bei pateikti pasiūlymai kaip šias problemas būtų galima išspręsti. Pirmojoje dalyje teoriniu aspektu tiriamas teismo principo reikalingumas – pateikiama teismo principo samprata, jo vaidmuo sveikatos priežiūroje ir sveikatos priežiūros finansavime, išnagrinėti Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys teismo principo sampratą bei instrumentai, užtikrinantys jo įgyvendinimą. Antrojoje dalyje išanalizuotas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimas teismo aspektu. Trečioje dalyje nagrinėjamas sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų požiūris į sveikatos sistemos finansavimą, grindžiamą teismo principu, teismo principo samprata ir vertinimas.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos sistemos finansavimas, visuomeninis finansavimas, teismo principas sveikatos sistemos finansavime, teismo principas.

Bielskytė D. The equity principle of public financing of health system / the Health Policy and Management Master's Thesis. Advisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013. – 79 p.

ANOTATION

The master's research paper analyses and evaluates the fulfillment of equity principle in health care financing, emphasizes the problems of equity principle fulfillment and provides suggestions how these problems could be solved. The first part investigates the necessity of equity principle from the theoretical point of view. It provides the notion of equity principle, its role in health care and health care financing. Besides, it analyses the Lithuanian acts of law which regulate the notion of equity principle, and the instruments which guarantee its fulfillment. The second part analyses health care financing in Lithuania from the point of view of equity. The third part sifts through the attitude of policy formers and implementers towards health system financing based on equity principle, the notion of equity principle and its evaluation.

Key words: the health system financing, the public financing, the equity principle in the health system financing, the equity principle.

Bielskytė D. Sveikatos sistemos visuomeninio finansavimo principas: teisumas / Sveikatos politikos ir valdymo programos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 79 p.

SANTRAUKA

Sveikatos politikos tikslų įgyvendinimo pagrindas yra sveikatos sistemos finansai. Finansavimas yra vienas svarbiausių sveikatos sistemos funkcijų. Mokslininkai sutaria, kad teismo principas sveikatos sistemos finansavime turi būti užtikrinamas taip, kad būtų atsižvelgiama į žmonių gebėjimą mokėti.

Tyrimo problema. Įgyvendinant sveikatos priežiūros politiką susiduriama su sveikatos priežiūros finansavimo problemomis, kurios iškelia įvairiausių klausimų, susijusių su teisingu sprendimų priėmimu ir teismo principu grindžiamu sveikatos sistemos finansavimu.

Temos naujumas. Lietuvoje nei sveikatos politikai, nei kitų mokslo sričių atstovai nėra detaliai nagrinėję sveikatos santykių teismo ir teismo principo sveikatos sistemos finansavime sampratos, įgyvendinimo ir jo vertinimo.

Darbo tikslas – išanalizuoti teismo principo įgyvendinimą Lietuvos sveikatos priežiūros finansavime.

Darbo uždaviniai: Išsiaiškinti teismo sampratą sveikatos priežiūroje ir sveikatos priežiūros finansavime. Išsiaiškinti teismo principo įtvirtinimą Lietuvos sveikatos priežiūros teisiniame reguliavime bei teismo principo įgyvendinimą Lietuvos sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime. Išanalizuoti Lietuvos nacionalinės sveikatos sąskaitą ir jos pokyčius, atsižvelgiant į teismo principo taikymą. Išanalizuoti sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų nuomonę apie teismo principo sampratą, užtikrinimą ir vertinimą Lietuvos sveikatos sistemos finansavime.

Tyrimo dalykas: teismo principas sveikatos sistemos finansavime.

Tyrimo objektas: teismo principo sveikatos sistemos finansavime vertinimas.

Darbo metodai: mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, statistinė analizė, empirinis tyrimas.

Išvados. Teismo principo sampratos interpretacijų yra įvairių, jos priklauso nuo mokslo srities atstovo, kuris ją interpretuoja. Lietuvos Respublikos teisės aktuose sveikatos priežiūros teismo sąvoka yra apibūdinta siaura prasme – ją siūloma reglamentuoti per sveikatos priežiūros prieinamumą, finansavimą, išlaidas, kokybę, naudojimą. Teismo principo užtikrinimas finansuojant Lietuvos sveikatos sistemą Lietuvos Respublikos teisės aktuose nėra apibrėžtas, yra reglamentuoti instrumentai – siūloma reglamentuoti teismo sveikatos priežiūros finansavime ir sveikatos priežiūros

visuomeniniame finansavime sąvokas. Sveikatos politikos formuotojai ir įgyvendintojai neturi pakankamai žinių apie teismo principo įgyvendinimą sveikatos priežiūroje – siūloma organizuoti ir vykdyti mokymus teismo principo įgyvendinimo sveikatos priežiūroje temomis.

SUMMARY

Bielskytė D. The equity principle of public financing of health system / the Health Policy and Management Master's Thesis. Advisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013. – 79 p.

The basis of aim implementation in health policy is health care system finances. Financing is one of the most important health care system functions. Academics agree that equity principle in health system financing should be ensured according to people's ability to pay.

The problem of the research. While implementing the policy of health care we should face up to the problems which provide a great number of different questions that are linked with accepting the right solution and equity principle based on health system financing.

Novelty of the subject. Neither health politicians nor representatives of other academic areas in Lithuania have deeply studied the notion of equity in health. They have not analysed the notion equity principle in health system financing, its fulfillment and evaluation.

The purpose of the research. To study the implementation of equity principle in the Lithuanian health system financing.

The tasks of the research.: To discover the notion of equity in health care and health care financing. To discover the implementation of equity principle in health care legal regulations of Lithuania and equity principle realization in the public financing of Lithuanian health system. To analyse the National Health Accounts of Lithuania and to recognize its changes according to the implementation of the equity principle. To analyse the opinion of health care formers and implementers about the conception of equity principle, its guarantee and evaluation in the social financing of Lithuanian health system.

The ground of the research. The equity principle in health system financing.

The object of the research. The evaluation of the equity principle in health system financing. The following **methods** have been employed for the completion of the study: analysis of academic literature and legal documents, statistic analysis and empirical research.

Conclusions. There are different types of equity principle notion interpretations; they depend on the representative of the academic field he represents. In the Legal Acts of the Republic of Lithuania the health care notion of equity is explained in a very narrow meaning. There are suggestions to regulate it through availability, financing, expanses, quality and consuming of health care. The guarantee of the equity principle while financing Lithuanian health system is not defined in the Legal Acts of the Republic of Lithuania, only instruments are regulated. There are suggestions to regulate the

notions in the financing of health care equity and social financing of health care. The formers and implementers of health policy do not have enough knowledge about equity principle implementation in health care. There are suggestions to arrange and fulfill training sessions on the topics of equity principle implementation in health care.

PRIEDAI

Valstybės lėšomis draudžiami asmenys

4. „Apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis (išskyrus asmenis, kurie privalo mokėti arba už kuriuos mokamos sveikatos draudimo įmokos pagal šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3 ir 4 dalis), laikomi:

- 1) asmenys, gaunantys Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytą bet kurios rūšies pensiją;
- 2) darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norintys ir galintys dirbti tam tikrą darbą;
- 3) nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, turintys įstatymų nustatytą būtinąjį valstybinio socialinio pensijų draudimo stažą valstybinei socialinio draudimo senatvės pensijai gauti;
- 4) moterys, kurioms įstatymų nustatyta tvarka suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos, bei nedirbančios moterys jų nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo;
- 5) vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis du ir daugiau nepilnamečių vaikų;
- 6) asmenys iki 18 metų;
- 7) Lietuvos Respublikos bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai, taip pat Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje, studijuojantys Europos Sąjungos valstybių aukštųjų mokyklų dieniniuose skyriuose;
- 8) valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą;
- 9) vienas iš tėvų (įtėvių), globėjas ar rūpintojas, slaugantis namuose asmenį, kuriam nustatytas neįgalumo lygis, arba asmenį, pripažintą nedarbingu iki 24 metų, arba asmenį, pripažintą nedarbingu iki 26 metų dėl ligų, atsiradusių iki 24 metų;
- 10) asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliais;
- 11) asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, kurios yra įtrauktos į Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytą sąrašą;
- 12) pasipriešinimo (rezistencijos) dalyviai – kariai savanoriai, laisvės kovų dalyviai; reabilituoti politiniai kaliniai ir jiems prilyginti asmenys, tremtiniai bei jiems prilyginti asmenys ir asmenys, nukentėję 1991 m. sausio 13-osios ar kituose įvykiuose gindami Lietuvos nepriklausomybę ir valstybingumą;
- 13) asmenys, prisidėję prie Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimo;
- 14) buvusieji geto ir buvusieji mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai;

15) valstybės pripažintamų tradicinių religinių bendrijų dvasininkai, dvasininkų rengimo mokyklų studentai ir vienuolių noviciatuose atliekantys vienuolinę formaciją naujokai;

16) asmenys, kuriems įstatymų nustatyta tvarka yra pripažintas Afganistano karo dalyvių teisinis statusas;

17) nelydimi nepilnamečiai užsieniečiai;

18) papildomą ir laikiną apsaugą Lietuvos Respublikoje gavę užsieniečiai: asmenys iki 18 metų, asmenys, kuriems nustatyta liga ar organizmo būklė, įrašyta į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą, vieniši tėvai, auginantys nepilnamečius vaikus, moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo, asmenys, kuriems sukako Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytas senatvės pensijos amžius“.

Teisumo principas sveikatos sistemos finansavime: samprata, užtikrinimas ir vertinimas

1. Jūsų nuomone, su kuriais iš pagrindinių sveikatos politikos principų, yra susijęs teisumo principas (turi panašumų, savybių ir kt.) ir kodėl?

Sveikatos politikos principas	Pažymėti ar turi panašumų	Paaiškinimas
Visuotinumumas		
Solidarumas		
Prieinamumas		
Priimtinumumas		
Lygybė		
Visapusiškumas		
Laisvas pasirinkimas		
Tinkamumas		

2. Kaip Jūs suprantate sveikatos sistemos finansavimą, kuris yra grindžiamas teisumo principu?

.....

.....

.....

3. Jūsų požiūriu, kiek turėtų sudaryti visuomeninis finansavimas bendrojo sveikatos sistemos finansavimo, kad būtų užtikrinamas teisumo principas?

- 40 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo.
- 50 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo.
- 60 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo.
- 70 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo.
- 80 proc. bendrojo sveikatos sistemos finansavimo.
- Kita (įrašyti) _____

Kodėl?.....

.....

.....

4. Jūsų nuomone, kokiais būdais sveikatos priežiūros mišriame finansavimo modelyje turėtų būti užtikrinama vargšų ir turtingųjų lygybė, mokant Privalomojo sveikatos draudimo įmokas (pvz., taikomas progresyvumas)? Kodėl?

.....

.....
.....
5. Gal turėtumėte pasiūlyti papildomų, neaptartų būdų, kuriais būtų galima užtikrinti teisumą Lietuvos sveikatos sistemos finansavime?„

.....
.....
.....
6. Kokių pasiūlytumėte būdų įvertinti teismo principo užtikrinimą Lietuvoje sveikatos sistemos visuomeniniame finansavime?

.....
.....
.....