

## TEISUMAS KAIP SVARBIAUSIAS SVEIKATOS SISTEMOS FINANSAVIMO PRINCIPAS

**Dainora Bielskytė**

Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras  
Taikos pr. 76, LT-9320 Klaipėda, Lietuva  
Telefonas (+370 46) 234 067  
Elektroninis paštas dainora@sveikatosbiuras.lt

**Danguolė Jankauskienė**

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto  
Politikos mokslų institutas  
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (+ 370 5) 271 4635  
Elektroninis paštas djank@mruni.eu

Straipsnis parengtas pagal mokslinio tyrimo, finansuojamo Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę, medžiagą (projektas „E-sveikatos plėtos integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“, projekto kodas VPI-3.1-ŠMM-07-K-02-029)

Pateikta 2013 m. liepos 2 d., parengta spausdinti 2013 m. rugsėjo 21 d.

doi:10.13165/SPV-13-1-5-04

### **Santrauka**

*Straipsnyje teoriniu aspektu tiriamas teismo principo reikalingumas – pateikiama teismo principo samprata, jo vaidmuo sveikatos priežiūros ir finansavimo sistemoje, išnagrinėti Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys teismo principo sampratą, bei priemonės, užtikrinančios jo įgyvendinimą.*

*Išvados ir rekomendacijos. 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, paslaugų naudojimą. Teismo principo užtikrinimas finansuojant Lietuvos sveikatos sistemą Lietuvos Respublikos teisės aktuose nėra apibrėžtas, tačiau yra reglamentuotos priemonės, todėl siūloma reglamentuoti sveikatos priežiūros finansavimo teismo ir sveikatos priežiūros visuomeninio finansavimo teismo sąvokas.*

**Reikšminiai žodžiai:** *sveikatos sistemos finansavimas, teismo principas, teismo principas finansuojant sveikatos sistemą.*

## Įvadas

**Aktualumas.** 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. Taip pat sveikata yra viena iš svarbiausių žmogaus socialinių teisių. Kiekvienoje šalyje sveikatos apsaugos sistema yra skirtinga, ji priklauso nuo konkrečios valstybės santvarkos bei vyraujančių politinių ideologijų. Žmonės tikisi, kad esant sveikatos negalavimams jiems bus suteiktos svarbios medicinos paslaugos be jokio diskriminavimo – nesvarbu, ar jis vargšas, ar turtuolis.

Pasaulio sveikatos organizacijos Liublianos chartijos pagrindiniai principai – sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis teismo, žmogiškojo orumo, solidarumo, profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius tikslus, būti orientuota į kokybę ir pirminę sveikatos priežiūrą bei pagrįsta protingu finansavimu<sup>1</sup>. Europos sveikatos asamblėjos PSO regioninio komiteto 61-oje sesijoje patvirtintas „Sveikata 2020“ dokumentas atkreipia dėmesį į esminę vertybių sistemą, kuria turėtų būti grindžiamas kiekvienos Europos šalies sveikatos sistemos funkcionavimas, t. y.: visuotinę aprėptį, teismumą sveikatos santykiuose, sveikatinimo ir sveikatos priežiūros prieinamumą, solidarumą įgyvendinant priemones, sistemos tvarumą, visuomenės dalyvavimą priimant sprendimus, orumą visuose sveikatinimo ir sveikatos priežiūros etapuose, diskriminavimo panaikinimą, skaidrumą priimant ir įgyvendinant sprendimus, atskaitomybę<sup>2</sup>.

Lietuvos nacionalinės sveikatos tarybos sveikatos reformos rezoliucijoje yra nurodoma, kad teisingumą turi garantuoti sveikatos priežiūros institucijos, užtikrinant kiekvienam žmogui vienodomis galimybėmis tenkinti savo sveikatos poreikius<sup>3</sup>. 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.“<sup>4</sup>

Štai Europos Sąjungos raidos strategijoje „Europa 2020“ 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.“<sup>5</sup>

Sveikatos politikos tikslų įgyvendinimo pagrindas yra sveikatos sistemos finansai. Finansavimas yra viena svarbiausių sveikatos sistemos funkcijų. Teismo principo užtikrinimas finansuojant sveikatos sistemą yra sudėtingas procesas, reikalaujantis itin stiprios politinės valios. Mokslininkai sutaria, kad šis principas turi būti užtikrinamas taip, kad finansuojant sveikatos priežiūrą būtų atsižvelgiama į žmonių gebėjimą mokėti (mokumą). Joseph'as

<sup>1</sup> 1996 m. birželio 18 d. Liublianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-02-23]. <[http://sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Priedai/Chatija.html](http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html)> .

<sup>2</sup> Lietuvos sveikatos programa 2020 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-02-18]. <<http://www.sveikatosprojektai.org/node/41>> .

<sup>3</sup> Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis. Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio rezoliucija. *Sveikatos drauda*. 2000, 12 (43): 3–4.

<sup>4</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

<sup>5</sup> Europos Komisija. *Naujas tyrimas rodo, kad vis daugiau žmonių skursta* [interaktyvus]. 2010 [žiūrėta 2012-02-18]. <[http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-10-773\\_lt.htm?locale=en](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-773_lt.htm?locale=en)> .

Kutzin as akcentuoja, kad teisumas nėra pakankamai įtrauktas į šalių sveikatos priežiūros finansavimo sistemas<sup>6</sup>.

Prieš trylika metų (2000 m.) Pasaulio sveikatos organizacija parengė ataskaitą, kurioje buvo pateiktas integruotas sveikatos priežiūros finansavimo teismo rodiklis, pagal kurį Lietuva atsidūrė 131–133 vietoje tarp PSO šalių narių<sup>7</sup>, tačiau dėl neaiškios skaičiavimo metodikos šio rodiklio vėliau buvo atsisakyta. Viliaus Jono Grabausko teigimu, pagal sveikatos sistemos finansavimo teismą Lietuva buvo priskirta ketvirtadaliui prasčiausiai besitvarkančių šalių<sup>8</sup>. 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 reikmėms<sup>9</sup>.

**Problema.** Šio darbo problemos aktualumą galima grįsti dviem problemineis klausimais:

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

**Darbo naujumas.** Lietuvoje nei sveikatos politikai, nei kitų mokslo sričių atstovai nėra detalai nagrinėję sveikatos santykių teismo ir teismo principo finansuojant sveikatos sistemą sampratą, įgyvendinimo ir jo vertinimo. Sveikatos santykių teismą bei teismą finansuojant sveikatos priežiūrą daugiausia tyrinėjo 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 analizuojamas teismus finansuojant sveikatos sistemą, – naujumas.

**Tyrimo objektas:** teismo principo finansuojant sveikatos sistemą vertinimas.

**Tyrimo tikslas** – sistemaiškai apžvelgti teismo, kaip svarbiausio sveikatos finansavimo principo, sampratą sveikatos politikoje ir išanalizuoti, ar Lietuvos teisės aktai reglamentuoja sveikatos santykių ir sveikatos priežiūros teismą.

**Tyrimo metodai:** mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, sintezė, lyginimo bei apibendrinimo.

## 1. Termino „teismus“ samprata

Terminas „teismus“ yra apibūdinamas kaip „garbumo, dorumo ir teisingumo apraiška“<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> World Health Report 2000. Health system: improving performance. WHO, Geneva, 2000.

<sup>8</sup> Grabauskas, V. J. Lietuvos sveikatos priežiūra Europos Sąjungos ir pasaulio kontekste. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 89.

<sup>9</sup> *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksmus*. Vilnius: Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje, 2009, p. 2.

<sup>10</sup> *Lietuvių kalbos žodynas* [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-07-13]. <<http://www.lkz.lt/startas.htm>>.

A. Bambas ir J. A. Casas terminą „teisumas“ apibrėžė kaip „prigimtinė teisė, laisvė nuo šališkumo ar tam tikrų interesų“, priešinga teismo sąvokai yra terminas „neteisumas“ (angl. *inequity*) – „neteisingumas, šališkumas ar nesąžiningumas“<sup>11</sup>.

Terminai „teisumas“ (angl. *equity*) ir „lygybė“ (angl. *equality*) yra dažnai painiojami, nors yra skirtingi ir turi atitinkamai skirtingas reikšmes<sup>12, 13, 14, 15</sup>. Kaip ir buvo minėta, teisumas nurodo, kad kažkas yra skaidrus, teisinga ar nešališka, o lygybė – vienodumą<sup>16, 17</sup>. Teisumu galima pasiekti lygybės<sup>18</sup>. Tačiau tam tikroje situacijoje ne visada lygus reiškia, kad yra teisingas, skaidrus ar sąžiningas, arba atvirkščiai – ne visi skirtumai yra neteisingi, neskaidrūs ar nesąžiningi<sup>19, 20</sup>. Teisumą ir neteisumą yra sunku įvertinti, lyginant vien su netolygumais (angl. *inequalities*)<sup>21</sup>.

Taigi, mokslinėje literatūroje gausu termino „teisumas“ interpretacijų, jos priklauso nuo to, kokios mokslo šakos atstovas ją interpretuoja. Tai pažymi ir Pasaulio bankas teigdamas, kad terminas „teisumas“ yra vartojamas įvairiuose kontekstuose, jo „skirtingos interpretacijos, priklausomai nuo šalies ir akademinės disciplinos“<sup>22</sup>. Tai akivaizdu ir Lietuvoje.

### 1.1. Sveikatos santykių teisumas ir sveikatos priežiūros teisumas

Teisumui sveikatos mokslų literatūroje apibūdinti yra vartojama 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*). Tačiau ir čia sveikatos santykių teismo sąvoka yra apibrėžiama įvairiai.

Goranas Dahlgrenas ir Margaret Whitehead išskiria neteisybės sveikatos apsaugoje mažinimą, kuri tiesiogiai suponuoja neteisumą sveikatos priežiūroje, kaip vieną iš jos tikslų<sup>23</sup>. Neteisumas sveikatos srityje gali atsirasti tarp visuomenės grupių ar tarp šalių<sup>24</sup>. Ichiro Kawachi ir bendraautorai sveikatos santykių neteisumą apibūdina kaip netolygumus, kurie

<sup>11</sup> Bambas, A.; Casas, J. *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. Equity & Health*. Washington: Pan American Health Organization, 2001, 8: 14.

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

<sup>13</sup> Braveman, P.; Gruskin, S. *Defining equity in health. Journal of Epidemiology & Community Health* [interaktyvus]. 2003, 57 [žiūrėta 2012-12-14]. <<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>>.

<sup>14</sup> Bambas, A.; Casas, J., *supra* note 11, p. 14.

<sup>15</sup> *Balancing Equity and Efficiency* [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-09]. <<http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/balancing-equity-efficiency>>.

<sup>16</sup> Poteete, A. R., *op cit.*

<sup>17</sup> Bamba, A.; Casas, J., *op cit.*, p. 14.

<sup>18</sup> Poteete, A. R., *op cit.*

<sup>19</sup> Bambas, A.; Casas, J., *op cit.*, p. 14.

<sup>20</sup> Braveman, P.; Gruskin, S., *op cit.*

<sup>21</sup> Kawachi, I., *et al.* A glossary for health inequalities. *Journal of epidemiology and Community Health* [interaktyvus]. 2002, 56 [žiūrėta 2013-03-12]. <<http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full>>.

<sup>22</sup> The World Bank, „Equity and Development“. *World Development Report 2006*. New York: Oxford University Press, 2006, p. 18.

<sup>23</sup> Dahlgren, G.; Whitehead, M. *Policies and strategies to promote equity in health*. WHO, Copenhagen, 1992, p. 7.

<sup>24</sup> World Health Organization. *Social determinants of health* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-03-12]. <[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html)>.

yra nesąžiningi ar kylantys iš tam tikrų neteisingumo formų<sup>25</sup>. Sveikatos santykių neteisumas yra susijęs ir su sveikatos netolygumais, kurie yra politiškai, socialiai ir ekonomiškai nepriimtini<sup>26</sup> ir dėl kurių yra apribojami asmens pasirinkimai bei galimybės kontroliuoti veiksmus, galinčius turėti įtakos sveikatai<sup>27</sup>. Neteisumo galima išvengti arba jį pataisyti per tikslingus žmogaus veiksmus<sup>28</sup>.

Sveikatos santykių teisumas reiškia, kad visi turi lygias galimybes siekti didžiausio sveikatos potencialo ir niekas negali sudaryti šiam siekimui nepalankių sąlygų<sup>29,30</sup>. M. Whitehead ir Henkas Leenanas sveikatos santykių teisumą apibūdina taip pat kaip žmonių lygias galimybes siekti sveikatos bei pažymi, kad negali būti sveikatos priežiūros skirtumų<sup>31,32</sup>. Paula Braveman ir Sofia Gruskin sveikatos santykių teisumą apibūdina kaip „sistemingų skirtumų nebuvimą sveikatos srityje (ar sveikatą lemiančių veiksmių) tarp įvairių socialinių grupių“<sup>33</sup>, o M. Whitehead yra pasakiusi, jog „sveikatos santykių skirtumai yra nereikalingi ir išvengiami, be to, jie yra nesąžiningi ir neteisingi“<sup>34</sup>.

Sveikatos santykių teisumas turi etinę reikšmę, kuri grindžiama socialinio teisingumo ir žmogaus teisių principais<sup>35</sup>. P. Braveman ir S. Gruskin taip pat teigia, kad sveikatos santykių teisumas glaudžiai yra susijęs su žmogaus teisės sąvoka<sup>36</sup>.

Sveikatos santykių teisumas apibūdina ir skaidrius paskirstymus tarp populiacijos, nuo kurių priklauso ir sveikatos rezultatai. Richardas Kleinas ir Davidas Huangas sveikatos santykių teisumą apibūdina kaip sveikatą lemiančių veiksmių, rezultatų ir išteklių (pvz.: sveikatos draudimo, švietimo, švaraus oro ir kt.) skaidrų pasiskirstymą populiacijose, nepriklausomai nuo socialinės padėties<sup>37</sup>. Tokios pačios nuomonės yra P. Braveman ir S. Gruskin kalbėdamas apie sveikatos santykių teisumą – jų nuomone, sveikatos santykių teisumas api-

<sup>25</sup> Kawachi, I., *et al.*, *supra* note 21.

<sup>26</sup> World Health Organization. The world health report [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-02-27]. <<http://www.who.int/whr/2008/overview/en/index.html>>.

<sup>27</sup> Picavet, H. S. J. *Perspectives on Health Inequity*. Harris E., Sainsbury S., Nutbeam D. editors. Sydney: The Australian Centre for Health Promotion, 1999.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Social justice and equity in health: report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985). Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR804/m02).

<sup>30</sup> World Health Organization. *The Solid Facts: Social Determinants of Health*. Copenhagen: World Health Organization, 1998, 7th ed., p. 6–7.

<sup>31</sup> Whitehead, M. *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1990, p. 5.

<sup>32</sup> Leenan, H. Equality and equity in health care. *Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting*. Leeds, 1985.

<sup>33</sup> Braveman, P.; Gruskin, S., p. Defining equity in health, *supra* note 13, 254–254.

<sup>34</sup> Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Service*. 1992, p. 429–445.

<sup>35</sup> International Society for Equity in Health [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-01-20]. <<http://www.iseqh.org/>>.

<sup>36</sup> Braveman, P.; Gruskin, S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003, p. 540.

<sup>37</sup> 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 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-01-05]. <[http://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2010/41\\_Klein.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2010/41_Klein.pdf)>.

ma išteklių paskirstymą ir kitus procesus, nuo kurių priklauso, ar bus sveikatos netolygumai tarp skirtingų socialinių grupių, ar jų nebus<sup>38</sup>.

Mamdouh Gabras skiria du požiūrius, kuriais galima siekti teismo, – „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 rezultatą<sup>39</sup>.

Vadovaujantis teismo principu skiriamas dėmesys labiausiai pažeidžiamų žmonių sveikatai<sup>40</sup>. Sveikatos santykių teismu siekiama pagerinti sveikatą tiems, kurių nepalanki socialinė ar ekonominė padėtis (sveikatos skirtumų mažinimas sveikatos priežiūros srityje, gyvenimo ir darbo sąlygų vienodinimas)<sup>41</sup>. Tai patvirtina ir G. Dahlgrenas ir M. Whitehead, kurie sveikatos santykių teismo siekį apibrėžia kaip sveikatos skirtumų panaikinimą tarp įvairių socialinių ir ekonominių grupių<sup>42</sup>.

Georgi Shakarishvili teismo sąvoką įvardina kaip neaišką ir pažymi, kad teisumą yra sunku įvertinti<sup>43</sup>. Pasak G. Shakarishvili bei Timothy Evanso ir jo bendraautorių, sveikatos santykių teismas yra susijęs su sveikatos būklės rodikliais – jų teigimu, sveikatos santykių teismas pasiekiamas, kai pagrindiniai sveikatos būklės rodikliai, sergamumo ir mirtingumo rodikliai bei jų tendencijos yra panašios visose grupėse, kurios skiriasi socialine ekonomine, etnine, tautybės, lyties, geografine padėtimi<sup>44,45</sup>.

M. Whitehead teigia, kad nagrinėjant teisumą kyla daug diskusijų, kadangi vieni 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 netolygumai<sup>46</sup>.

Pasak A. Bambaso ir J. A. Casaso, teisingas gėrybių, kurios lemia sveikatos būklę, paskirstymas turi atitikti šiuos kriterijus<sup>47</sup>:

- turi būti išvengiama paskirstymų skirtumų,
- neturi atsispindėti laisvas pasirinkimas,
- tai turi būti padaryta atsakingai.

<sup>38</sup> Braveman, P.; Gruskin, S. Defining equity in health, *supra* note 13, p. 57.

<sup>39</sup> Gabr, M. *Health Ethics, Equity and Human Dignity* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-02-09]. <<http://www.humiliationstudies.org/>>.

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020, Revised definitions for health disparities and health equity [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-01-07]. <<http://healthypeople.gov/2020/about/advisory/FACA6Minutes.aspx?page=2>>.

<sup>42</sup> 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.

<sup>43</sup> Shakarishvili, G. *Poverty and Equity in Healthcare Finance: Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform*. Hungary, 2006, p. 6.

<sup>44</sup> Evans, T., et al. *Challenging Inequalities in Health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75.

<sup>45</sup> Shakarishvili, G., *op cit.*, p. 6.

<sup>46</sup> Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health, *supra* note 31, p. 4.

<sup>47</sup> Bambas, A.; Casas, J., *supra* note 11, p 17.

Williamas C. Hsiao ir Yuanli Liu sveikatos priežiūros teisumą apibūdina trumpu apibrėžimu – „vienodas naudojimasis sveikatos priežiūra“<sup>48</sup>.

Užsienio šalių literatūroje sąvoka „sveikatos priežiūros teisumas“ gana daugialypė: jai suteikiama prieinamumo, finansų, išlaidų, kokybės, sveikatos rizikos apsaugos, sveikatos būklės ir kitos prasmės.

Teisumas apima procesą ir rezultatus. Svarbu yra įvertinti konkrečių sprendimų poveikį teismui ir siekti, kad priimami sprendimai didintų teismumą<sup>49</sup>.

Kaip minėta, G. Shakarishvili teismo sąvoką įvardino kaip neaiškią, tačiau jo nuomone, teisumas rūpinantis sveikatos priežiūra yra susijęs su prieinamumu, finansavimu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybe<sup>50</sup>.

Štai Anne Drouin sveikatos priežiūros teismumą apibūdina 4 skirtingais lygiais: „sveikatos priežiūros finansavimo teisumas, sveikatos priežiūros prieinamumo teisumas, sveikatos būklės teisumas ir sveikatos rizikos apsaugos teisumas“<sup>51</sup>.

Pasak T. Evanso ir bendraautorijų, sveikatos priežiūros teisumas yra susijęs su sveikatos priežiūros aprūpinimu (įskaitant prieinamumą), sveikatos priežiūros finansavimu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Jų nuomone, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisumas yra įgyvendinamas, kai vienodą poreikį turintys asmenys gauna atitinkamai vienodą priežiūrą<sup>52</sup>.

H. Leenanas sveikatos priežiūros teismumą apibūdina taip<sup>53</sup>:

- Vienodas sveikatos priežiūros prieinamumas, turintiems vienodus poreikius.
- Vienodas naudojimasis sveikatos priežiūra, turint vienodus poreikius.
- Vienoda sveikatos priežiūros kokybė.

M. Gabras sveikatos požiūriu teismumą apibrėžia taip<sup>54</sup>:

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

Pasak Danielio Lypezo Acuca, sveikatos priežiūros teismo reikia siekti per tris komponentus<sup>55</sup>:

<sup>48</sup> Hsiao, W. C.; 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.

<sup>49</sup> Gabr, M., *supra* note 39.

<sup>50</sup> Shakarishvili, G., *supra* note 43, p. 6.

<sup>51</sup> 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.

<sup>52</sup> Evans, T., *et al. Challenging Inequalities in Health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75.

<sup>53</sup> Leenan, H. *Equality and equity in health care. Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting*. Leeds, 1985.

<sup>54</sup> Gabr, M., *supra* note 39.

<sup>55</sup> 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.

- „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.
- Nuolatinis išteklių skirstymo efektyvumo siekimas – kuo didesnė sveikatos priežiūros nauda skirstant išteklius, atsižvelgiant į epidemiologinę situaciją ir sąnaudų veiksmingumą („už turimus pinigų sukuriama didžiausia vertė“).
- Nuolatinis techninio efektyvumo siekimas – turimi ištekliai turi užtikrinti kuo geresnį paslaugų teikimą, atsižvelgiant į žmonių poreikius.“

Mattias Lundberg ir Limin Wang sveikatos priežiūros teisumą 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 lentelę)<sup>56</sup>.

### 1 lentelė. Sveikatos priežiūros teismo samprata sveikatos politikoje

Teismo aspektas	Teismo samprata	
	Horizontalus	Vertikalus
Prieinamumas	Asmenys, kurių vienodi poreikiai, turi vienodą sveikatos priežiūros prieinamumą	Asmenys, kurių didesni poreikiai, turi didesnę sveikatos priežiūros prieinamumą
Finansavimas	Asmenys, kurių socialinė ekonominė padėtis vienoda, už sveikatos priežiūrą moka tiek pat	Turtingesnis namų ūkis moka daugiau už sveikatos priežiūrą nei skurdesnis namų ūkis
Išlaidos	Asmenys, kurių socialinė ekonominė padėtis vienoda ar panaši sveikatos būklė, gauna tokią pačią valstybės finansuojamą sveikatos priežiūrą	Skurdesni ar turintys daugiau sveikatos problemų namų ūkiai gauna didesnę sveikatos priežiūrą nei turtingesni ir sveikesni namų ūkiai
Rezultatai	Namų ūkių sveikatos rezultatai panašūs, nepriklausomai nuo socialinės ekonominės padėties	

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

M. Lundbergas ir L. Wangas horizontalų teisumą apibūdina kaip „išlaidų ir naudos paskirstymą tarp grupės žmonių, kurių panaši ekonominė socialinė padėtis ir sveikatos būklė“, o vertikalų teisumą – kaip „skirtingą išlaidų ir naudos paskirstymą tarp grupės žmonių, kurių skirtinga padėtis“<sup>57</sup>. Pasak Stepheno Moriso ir bendraautorių, „vertikalus teisumas parodo, jog asmenys, turintys skirtingus poreikius, gauna ir skirtingą sveikatos priežiūrą“<sup>58</sup>. Vertikalus teisumas glaudžiai susijęs su solidarumo principu, kadangi vargingesniems žmonėms turi būti sudaromos palankesnės sąlygos siekti sveikatos.

<sup>56</sup> Lundberg, M.; Wang, L. *Health sector reforms. Analyzing the Distributional Impact of Reforms*. The World Bank, 2006, p. 48.

<sup>57</sup> Lundberg, M.; Wang, L., *ibid*, p. 49.

<sup>58</sup> Morris, S., *et al.* Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science and Medicin*. 2005, p. 1251.



Horizontaliu ir vertikaliu lygiu yra skirtingai apibūdinamas sveikatos priežiūros prieinamumo, finansavimo ir išlaidų teisumas, tačiau siekiami sveikatos rezultatai neturi skirtis – jie turi būti vienodi ar bent jau panašūs<sup>59</sup>.

„Nors neteisumas sveikatos priežiūros srityje nėra naujas reiškinys, jo galima išvengti, o susiklosčiusią situaciją galima pakeisti imantis veikslių socialinėje, politinėje ir ekonominėje srityse.“<sup>60</sup>

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

Išnagrinėjus sveikatos priežiūros teismo sampratą 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.*

## 1.2. Teisumas finansuojant sveikatos priežiūrą

Sveikatos priežiūros finansavimas turi dvi sampratas. Viena iš jų – finansavimas susijęs tik su sveikatos priežiūros lėšų sutelkimu, kita – finansavimas apima lėšų sutelkimą sveikatos priežiūrai, lėšų paskirstymą regionams, tam tikroms gyventojų grupėms, sveikatos priežiūrai bei mokėjimų už sveikatos priežiūrą mechanizmus<sup>61</sup>.

Daugelis šalių finansuojant sveikatos priežiūrą naudoja įvairius įmokų šaltinius: bendruosius mokesčius, socialinio draudimo įmokas, privačias sveikatos draudimo įmokas, bendruomeninį finansavimą, tiesioginius pacientų mokėjimus<sup>62, 63</sup>.

W. C. Hsiao ir Y. Liu teigimu, „teismo požiūriu sveikatos sistemos finansavimas svarbus dėl dviejų priežasčių: lemia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir užtikrina finansinės apsaugos nuo katastrofinių išlaidų ir susirgimų laipsnį“<sup>64</sup>.

Diana De Graeve teismą finansuojant sveikatos priežiūrą apibūdina kaip skaidrų mokėjimų už sveikatos priežiūrą paskirstymą tarp populiacijos. „Kas moka ir kiek moka?“ – tai pagrindiniai klausimai, kurių pagrindu diskutuojama apie teismu grindžiamą sveikatos sistemos finansavimą<sup>65</sup>. D. D. Graeve ir W. C. Hsiao ir Y. Liu analizuodami teismą finansuojant sveikatos priežiūrą išskiria klausimą – „kas sumokėjo mokesčius ar įmokas į sveikatos sistemą?“ bei papildoma analizę dar vienu klausimu – „ar taikomas finansavimo modelis yra teisingas?“ W. C. Hsiao ir Y. Liu šiuos klausimus užduoda nagrinėdami finansavimą siaurąja prasme<sup>66</sup>. Finansavimo modelį apibūdina ir A. Bambas ir J. A. Casas sutelkdami dėmesį ties klausimu – „o kokiais būdais sveikatos priežiūra yra finansuojama atsižvelgiant į gebėjimą mokėti?“<sup>67</sup>.

<sup>59</sup> Lundberg, M.; Wang, L., *supra* note 56, p. 49.

<sup>60</sup> *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksmus, supra* note 9, p. 3.

<sup>61</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *supra* note 48, p. 261.

<sup>62</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *ibid.*, p. 261.

<sup>63</sup> Drouin, D., *supra* note 51, p. 2.

<sup>64</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *op. cit.*, p. 261.

<sup>65</sup> Graeve, D. D.; Xu, K. Health Finance, Equity. *Health System Policy, Finance and Organization*. Carrin G., editor. 2008, p. 195.

<sup>66</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *op. cit.*, p. 261.

<sup>67</sup> Bambas, A.; Casas, J., *supra* note 11, p. 14.

Nagrinėjant plačiau teisumą finansuojant sveikatos priežiūrą, dažniausiai diskutuojama, kiek sveikatos sistemos finansavimas yra nutolęs nuo gebėjimo mokėti<sup>68</sup>. Sveikatos sistemos finansavimo mechanizmas turi atitikti gebėjimo mokėti principą<sup>69, 70, 71</sup>. Teisumas, atsižvelgiant į gebėjimo mokėti principą, gali būti nagrinėjamas dviem būdais<sup>72, 73, 74, 75, 76, 77</sup>:

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

Vertikalus sveikatos priežiūros finansavimo teisumas yra glaudžiai 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, turintiems vienodas sveikatos problemas, 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 vienodas arba panašios, nes tada gydymo sąnaudų efektyvumas yra vienodas pacientams, turintiems vienodas problemas. Kitokia situacija yra, kai pacientų gydymo išlaidos labai skiriasi, tada teisumas ir efektyvumas tarpusavyje prieštarauja“<sup>478</sup>.

Pasak Christopherio J. L. Murray ir Julio Frenko, kad sveikatos sistemos finansavimas būtų pagrįstas teisumu, turi būti išspręsti du uždaviniai<sup>79</sup>:

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.

<sup>68</sup> 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.

<sup>69</sup> 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.

<sup>70</sup> Hurst, J. W. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*. 1991, 10(3): 7.

<sup>71</sup> 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.

<sup>72</sup> Bambas, A.; Casas, J., *supra* note 11, p. 14.

<sup>73</sup> Wagstaff, A. J.; van Doorslaer, E. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of health economics*. 1992, p. 371.

<sup>74</sup> Wagstaff, A. J.; Van Doorslaer, E. Equity in Health Care Financing and Delivery, *supra* note 68, p. 16.

<sup>75</sup> 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, 5(1): 93–94.

<sup>76</sup> George, A. O. Alleyne, „Equity and Health“. *Equity & Health*. Washington: Pan American Health Organization, 2001, 8: 8.

<sup>77</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *supra* note 48, p. 266.

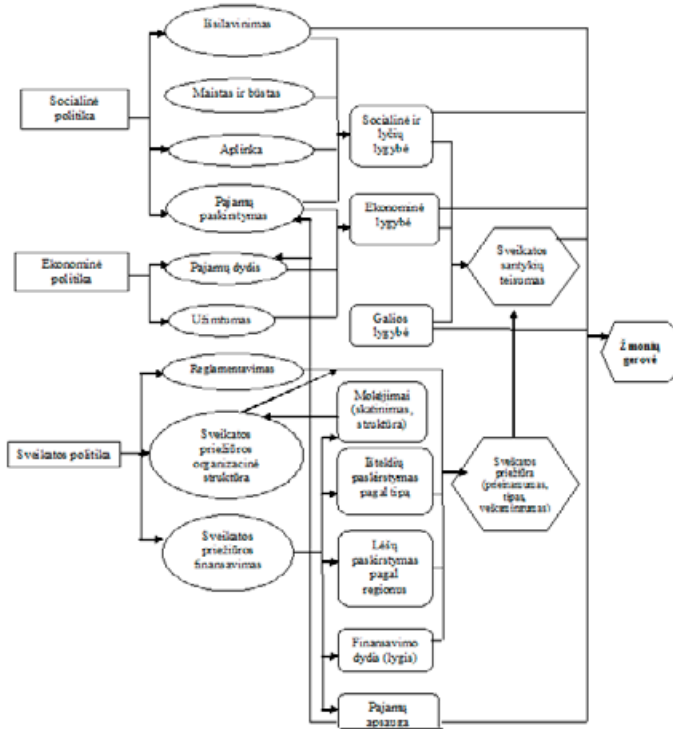
<sup>78</sup> Musgrove, P. *Health economics in development*. Washington: The World Bank, 2004, p. 174–175.

<sup>79</sup> Murray, C. J. L.; Frenk, J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78(6): 720.

2. „Vargingai gyvenančios šeimos turėtų mokėti mažiau į sveikatos sistemą nei turtingi namų ūkiai. Įnašai į sveikatos sistemą turėtų atspindėti disponuojamų pajamų skirtumus 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.<sup>80</sup>

Kai kalbama apie sveikatos priežiūros finansavimo ir išlaidų teisumą, svarbus yra toks finansavimo metodas, kuriuo siekiama sveikatos rezultatų ir žmonių gerovės teismo. Yra daug būdų, nuo kurių priklauso sveikatos priežiūros finansavimo įtaka sveikatos priežiūros prieinamumui, paskirstymui ir veiksmingumui. Tai iliustruota 1 paveiksle<sup>81</sup>.



**Šaltinis:** Hsiao, W. C.; Liu, Y. *Health Care Financing: Assessing Its Relationships to Health Equity, Equitable Health Care System*. 2001, p. 264

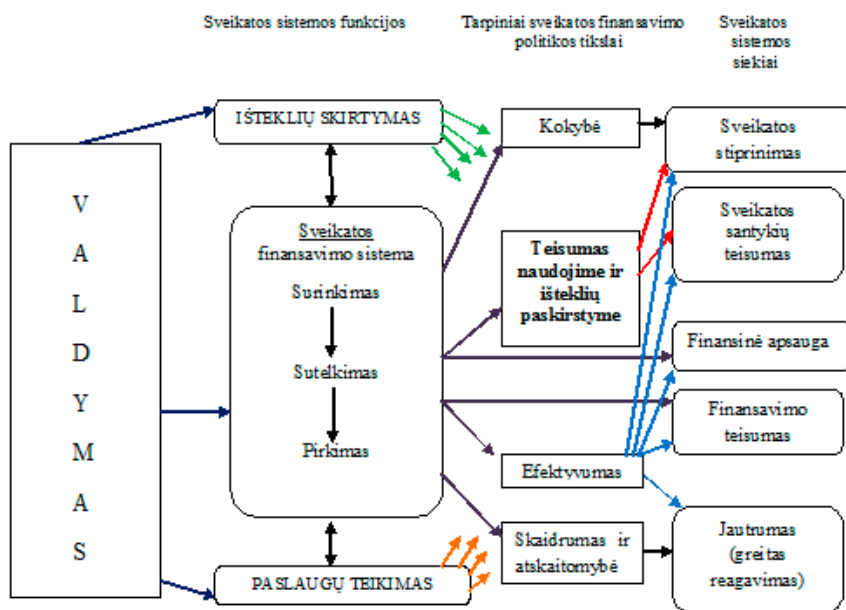
### 1 pav. Ryšys tarp sveikatos priežiūros finansavimo ir sveikatos santykių teismo plačiąja prasme

<sup>80</sup> 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.

<sup>81</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *supra* note 48, p. 263.

Šioje schemoje parodytas ne tik sveikatos politikos, bet 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 teismo sveikatos sistemoje. Sveikatos priežiūra prisideda ir prie žmonių gerovės. Be to, sveikatos priežiūros finansavimas yra vienas iš daugelio veiksnių, stiprinančių sveikatos santykių teismą. Finansavimo schema taip pat norima parodyti, kiek pinigų bus sutelkta, kaip lėšos bus naudojamos ir valdomos, kaip efektyviai, kokios bei kam paslaugos bus prieinamos<sup>82</sup>.

J. Kutzinas sveikatos sistemos finansavimą apibūdina kaip vieną iš keturių sveikatos sistemos funkcijų. Iš tarpinių sveikatos finansavimo politikos tikslų jis išskiria teismą naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis ir paskirstant išteklius. Sveikatos finansavimo politikos tikslai yra naudojami kaip kriterijai nustatant sveikatos sistemos finansavimo teismą (žr. 2 pav.)<sup>83</sup>.



Šaltinis: Kutzin, J. *Health financing policy: a guide of decision-makers*. 2008, p. 77

**2 pav.** Naudojimo ir išteklių paskirstymo teismas Reikėtų pataisyti pav.: Išteklių skirstymas (praleista s); Teismas naudojime ir išteklių paskirstyme= Teismas naudojant ir paskirstant išteklius

J. Kutzinas, kaip jau aptarta, pažymi, kad sveikatos sistema turi būti finansuojama vadovaujantis teismu – atsižvelgiant į gebėjimą mokėti – vargšas neturi mokėti daugiau

<sup>82</sup> Hsiao, W. C.; Liu, Y., *supra* note 48, p. 263.

<sup>83</sup> Kutzin, J., *supra* note 6, p. 3.

negu turtingas. Tačiau jo požiūriu, „teisumas naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis apibūdina sveikatos paslaugų paskirtimą pagal poreikį, o ne pagal kitus veiksnius, tokius kaip žmonių gebėjimą susimokėti už paslaugas“<sup>84</sup>. Tam pritaria Reinholdas Gruenas ir Anne Howath – jų teigimu, „teisumas naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis reiškia, kad turi būti taikomos vienodos sąlygos vienodiems poreikiams, nepriklausomai nuo gebėjimo mokėti, amžiaus, lyties, etniškumo, religijos ir geografinės padėties“<sup>85</sup>.

Pagrindinė teismo problema skirstant sveikatos priežiūros lėšas – paskirstyti sveikatos priežiūros lėšas, kad nė vienas nebūtų nuskriaustas<sup>86</sup>. R. Gruenas ir A. Howath atkreipia dėmesį į sveikatos priežiūros finansavimo teisumą – jų nuomone, jis svarbus dėl „teisingos finansinės naštos paskirstymo, kuri paprastai yra pasiekiamo per progresyvinį apmokestinimą ar progresyvinis socialinio draudimo įmokų tarifas“<sup>87</sup>.

Yra keletas autorių, kurie teigė, kad sveikatos priežiūros finansavimo teisumas turi būti vertinamas grynąja nauda<sup>88, 89</sup>.

D. De Graeve skiria du metodus, kurie plačiai taikomi įvertinant sveikatos sistemos finansavimo teisumą, – *pajamų metodas* ir *finansinės naštos metodas*. „Pajamų metodas yra išvedamas iš visuomenės finansų vertinimo teismo, kur progresyvumas yra pagrindinis rodiklis. Šis metodas plačiausiai buvo taikomas Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos 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.“<sup>90</sup>

Analizuodami sveikatos sistemos veiklos įvertinimo metodologiją, Ch. J. L. Murray ir J. Frenkas 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, tenkantį įvairioms gyventojų grupėms“<sup>91</sup>.

Apibendrinus sveikatos priežiūros finansavimo teisumą, 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.

<sup>84</sup> Kutzin, J., *supra* note 6, p. 5.

<sup>85</sup> Gruen, R.; Howath, A. *Managing health services finance*. 2005, p. 14.

<sup>86</sup> Jakutytė, S. Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos [interaktyvus]. 2001, p. 4 [žiūrėta 2012-02-04]. <[www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf](http://www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf)>.

<sup>87</sup> Gruen, R.; Howath, A., *op cit.*, p. 14.

<sup>88</sup> Zschock, D. K. Health sector disparities in Peru. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 1989, 23(3): 323.

<sup>89</sup> 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, 12.

<sup>90</sup> Graeve, D. D.; Xu, K., *supra* note 65, p. 196.

<sup>91</sup> Murray, C. J. L.; Frenk, J., *supra* note 79, p. 720–721.

## 2. Teisumo principas Lietuvos sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje

Lietuvos teisės aktuose teisumo samprata glaudžiai siejasi su lygybės ir teisės kontekstais. *Sveikatos santykių teisumas yra apibūdintas šiuose Lietuvos teisės aktuose ir dokumentuose:*

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 skirtumu tarp jos siekiančiųjų sumažinimu.“<sup>92</sup>
2. Lietuvos Respublikos Seimo nutarime „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ yra pažymėta, kad vadovaujantis 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“<sup>93</sup>.
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.)“<sup>94</sup>.
4. Sveikatos apsaugos ministerijos 2009 m. 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 kita<sup>95</sup>.
5. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. 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 dimensiją, kuri apibrėžiama kaip lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis ir skirtumus, kuriuos lemia neteisingai traktuojami veiksniai<sup>96</sup>.

<sup>92</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.

<sup>93</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011-06-16, Nr. 73-3498.

<sup>94</sup> Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Sveikatos draudimo plėtojimas, programos aprašymas [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-10-06]. <[http://www.vlk.lt/vlk/files/str/2008\\_1b.doc](http://www.vlk.lt/vlk/files/str/2008_1b.doc)>.

<sup>95</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2011 [žiūrėta 2012-02-18]. <<http://www.sam.lt/go.php/Misija>>.

<sup>96</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.

*Sveikatos priežiūros teisumas yra apibūdintas šiuose Lietuvos teisės aktuose:*

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 17 dalyje sveikatos priežiūros teisumas yra apibūdintas kaip „valstybės pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygų lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir kiek įmanoma sumažinant skirtumus tarp jos siekiančių asmenų“<sup>97</sup>.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 6 straipsnyje yra apibrėžti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai, tarp jų yra socialinio teismo sveikatinimo veikloje užtikrinimas<sup>98</sup>.

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 siekiančiųjų 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 finansuojant sveikatos priežiūrą“.

Atsižvelgiant į Lietuvos teisės aktuose įtvirtintas anksčiau aptartas sąvokas, galima teigti, kad teisine prasme teismo principo reglamentavimui finansuojant sveikatos priežiūrą skiriama nepakankamai dėmesio.

### **3. Teismo principo užtikrinimas finansuojant sveikatos priežiūrą Lietuvoje**

Jolanta Žemgulinė ir Vilius Grabauskas nacionalinę sveikatos priežiūros finansavimo sistemą įvardina kaip instrumentą, įgyvendinant teisingą sveikatos finansavimą Lietuvoje<sup>99</sup>.

Galima skirti du svarbius Lietuvos sveikatos sistemos finansavimo etapus, kurie atitinka teismo principo įgyvendinimo kriterijus:

*Gyventojų įnašai finansuojant sveikatos priežiūrą turi atitikti jų finansines galimybes.* Mokslininkai sutaria, kad siekiant teismo finansuojant sveikatos priežiūrą, 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.“<sup>100</sup>

1996 m. Lietuvoje priėmus Sveikatos draudimo įstatymą, pradėtas mišrus sveikatos apsaugos finansavimas: privalomojo sveikatos draudimo (PSD) mokesčiais, tiesioginėmis gyventojų įmokomis ir išlaidomis bei valstybės ir savivaldybių biudžetų asignavimais. Nuo 1997 m. pagrindiniu sveikatos apsaugos finansavimo šaltiniu tapo Privalomasis sveikatos

<sup>97</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231.

<sup>98</sup> *Ibid.*

<sup>99</sup> Žemgulinė, 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.

<sup>100</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, *supra* note 4.

draudimo fondas (PSDF)<sup>101</sup>, o PSD įmokos tapo pagrindiniu sveikatos biudžetą formuojančiu šaltiniu<sup>102</sup>. „Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinės ligonių kasos.“<sup>103</sup>

2009 m. yra įvestos 9 proc. PSD įmokos, kurios skaičiuojamos nuo asmens uždirbamų pajamų. „PSD įmokos tapo pagrindiniu sveikatos biudžetą formuojančiu šaltiniu.“<sup>104</sup> 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 Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje<sup>105</sup>.

Sveikatos draudimo įstatyme<sup>106</sup> 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 papildoma.

*Teisumu grindžiamas sveikatos priežiūros finansavimo paskirstymas.* Išteklių skirstymas reikalauja ypatingai stiprios ir nuoseklios 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 paskirstymas<sup>107</sup>. Tai reiškia, kad skirstant PSD įmokas, kuriomis finansuojama sveikatos priežiūra, turi būti vadovaujamas 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).“<sup>108</sup> Tai patvirtina J. Žemgulienė ir V. Grabauskas teigdami, kad „draudimo 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“<sup>109</sup>.

Lėšų perskirstymas finansuojant sveikatos priežiūrą užtikrina vargingesnių gyventojų galimybę siekti geros sveikatos bei naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis<sup>110</sup>.

Socialinio draudimo principas Lietuvoje buvo pasirinktas kaip priemonė, užtikrinanti ne tik sveikatos priežiūros kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumą, ta-

<sup>101</sup> Žemgulienė, J.; Grabauskas, V., *supra* note 99, p. 70.

<sup>102</sup> Gudžinskas, L. Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai. *Politologija*. 2012, 3(67): 74.

<sup>103</sup> Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos [žiūrėta 2013-03-09]. <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=121>>.

<sup>104</sup> Gudžinskas, L., *op cit.*, p. 74.

<sup>105</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

<sup>106</sup> *Ibid.*

<sup>107</sup> Napierala, C. *Finance equity comparison of health system*. 2008, p. 35–36.

<sup>108</sup> Jankauskienė, D., *et al.* Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m. *Medicina*. 2002, 38 (9): 933.

<sup>109</sup> Žemgulienė, J.; Grabauskas, V., *supra* note 99, p. 83.

<sup>110</sup> Jankauskienė, D., *et al.*, *supra* note 108, p. 933.



čiau ir sveikatos santykių teisumą<sup>111</sup>. Algis Sasnauskas atkreipia dėmesį į tai, kad privalomojo sveikatos draudimo sistema atitinka ES šalių filosofiją ir įgyvendina socialinės valstybės principus – teisumą ir solidarumą<sup>112</sup>.

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 finansuojant gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, teisingai administruojant lėšas bei didelį dėmesį skiriant didesnės apimties ir geresnėms paslaugoms<sup>113</sup>.

Lietuvos sveikatos programoje yra išskirtas Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sveikatos draudimo įgyvendinimas, kurio tolesnį išteklių pasiskirstymą lemia du principai<sup>114</sup>:

*Tolygus gyventojų finansavimas.* „Tokių 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.“

*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 gupių atžvilgiu, todėl sveikatos priežiūros finansavimo netolygumo problemos aktualios tarp gyventojų grupių pagal socialinius, demografinius, ekonominius požymius.<sup>115</sup>

Lietuvos sveikatos programoje tolygus gyventojų finansavimas apibūdinamas kaip privalomojo sveikatos draudimo lėšų skirstymas TLK pagal jų aptarnaujamą gyventojų skaičių<sup>116</sup>. VLK pažymi, kad teismo principas sveikatos santykiuose įgyvendinamas susiejant asmeniui skiriamas lėšas su veiksniais, darančiais įtaką jo sveikatai (amžius, lytis, išsilavinimas, turtinė padėtis, šeimninė padėtis ir kt.). VLK aptartą principą įgyvendina keliais lygmenimis<sup>117</sup>:

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 933.

<sup>112</sup> *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 391–392.

<sup>113</sup> Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. 2010 metų veiklos ataskaita [interaktyvus]. Vilnius, 2011, p. 5 [žiūrėta 2012-01-28]. <[http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/2010\\_VLK\\_veiklos\\_ataskaita.pdf](http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/2010_VLK_veiklos_ataskaita.pdf)>.

<sup>114</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, *supra* note 92.

<sup>115</sup> Žemgulenė, J.; Grabauskas, V., *supra* note 99, p. 84.

<sup>116</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, *supra* note 92.

<sup>117</sup> Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-01-12]. <[http://www.vlk.lt/vlk/za\\_kt/files/vlk\\_str\\_pl\\_ap.doc](http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc)>.

*Administracinio teritorinio vieneto lygmeniu.* „PSDF biudžeto lėšos skirstomos pagal vieningus demografinius bei socialinius ekonominius statistinius rodiklius.“<sup>118</sup>

„Siekiant tolygiai finansuoti šalies gyventojų sveikatos priežiūrą, atsižvelgiama ne tik į atskirų regionų gyventojų skaičių, tačiau yra įvertintos stacionariųjų bei ambulatorinių paslaugų, suteiktų skirtingo amžiaus (14 amžiaus grupių) bei lyties gyventojams, išlaidos.“ VLK 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 gyventojų<sup>119</sup>.

*Paslaugų teikėjo lygmeniu.* Šiuo lygmeniu 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, šeimtinė padėtis, turtinė padėtis ir kt.) bei užtikrinant paslaugų teikimo *reikalingos infrastruktūros funkcionavimą*<sup>120</sup>.

„Paslaugų teikėjo lygmeniu teismo principas įgyvendinamas diferencijuojant paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekį pagal gyventojų poreikius ir atsižvelgiant į šių veiksnių įtaką tam tikrų ligų ar jų formų paplitimui bei užtikrinant paslaugų teikimo infrastruktūros funkcionavimą.“<sup>121</sup>

Siekiant teismo finansuojant sveikatos sistemą ir naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos apsaugos sistemos gali pasitelkti įvairias politines ir ekonomines priemones. Skirstant išteklius pagal regionus kai kurios šalys naudoja formules, pagrįstas demografiniais duomenimis<sup>122</sup>.

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 trejus metus<sup>123</sup>.

Apibendrinant galima teigti, kad teismo principas finansuojant Lietuvos sveikatos priežiūrą įgyvendinamas, kadangi įmokos mokamos pagal mokumą (pajamas) bei už tuos, kurie neturi pajamų, mokama iš valstybės biudžeto, o lėšos paskirstomos pagal formulę, kurios tobulinimas yra ateities politikos uždavinys.

<sup>118</sup> *Ibid.*

<sup>119</sup> *Ibid.*

<sup>120</sup> *Ibid.*

<sup>121</sup> Kumpienė, J., et al. Sveikatinimo veiklos finansavimas ir ekonominis reguliavimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. *Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos*. Vilnius: „B altijos kopija“, 2005, p. 92.

<sup>122</sup> McPake, B., et al. *Health economics: an international perspective*. London: Routledge, 2002.

<sup>123</sup> Sasnauskas A. Privalomasis sveikatos draudimas Lietuvoje: įveikti iššūkiai ir laukiantys darbai. *Ligonių kasų trečiosios metinės konferencijos „Ligonių kasos Lietuvoje. Kas nuveikta per 20 metų?“ medžiaga* [interaktyvus]. Vilnius, 2012 m. sausio 26 d. [žiūrėta 2012-02-10]. <[http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/IIIkonf\\_AlgisSasnauskasED.pdf](http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/IIIkonf_AlgisSasnauskasED.pdf)>.

## Išvados

1. 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 sveikatos priežiūros teisumo sąvoka nėra pakankamai ir detalai reglamentuota.

2. Mokslininkai sutaria, kad teisumas finansuojant sveikatos priežiūrą yra užtikrinamas, kai finansuojant sveikatos priežiūrą yra atsižvelgiama į žmonių gebėjimą mokėti. Sveikatos sistemos visuomeninio finansavimo teisumas 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.

3. Lietuvos sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje teisumo principo užtikrinimas finansuojant Lietuvos sveikatos sistemą nėra visiškai apibrėžtas, tačiau yra reglamentuotos priemonės, kuriomis siekiama teisumo renkant įmokas į PSDF biudžetą: įmokos mokamos pagal žmonių mokumą, jų uždirbamas pajamas, o už ekonomiškai silpnas gyventojų grupes – įmokos mokamos iš valstybės biudžeto, lėšos paskirstomos teritorinėms ligonių kasoms pagal formulę, kurios tobulinimas yra ateities uždavinys.

## Rekomendacijos

Tikslinga Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme reglamentuoti sveikatos priežiūros teisumo sąvoką (per sveikatos priežiūros prieinamumą, finansavimą, išlaidas, kokybę, naudojimą) bei papildyti ir reglamentuoti sveikatos sistemos finansavimo principus, sveikatos priežiūros finansavimo ir sveikatos priežiūros visuomeninio finansavimo teisumo sąvokas bei priemones jiems įgyvendinti.

Tikslinga Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo III dalį papildyti ir reglamentuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų sudarymą, vadovaujantis teisumo principu.

Tikslinga svarstyti galimybę pakeisti Lietuvos Respublikos teisės aktus, numatant paciento atsakomybę už savo sveikatos žalą (rizikingą elgseną) – žalingus įpročius, gydytojo nurodymų nevykdymą, profilaktinius nesilankymus pas gydytojus.

Rekomenduojama organizuoti ir vykdyti mokymus teisumo principo įgyvendinimo sveikatos priežiūros sistemoje temomis, skirtus Lietuvos sveikatos politikos formuotojams ir įgyvendintojams.

## Literatūra

1. Acua, 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, 8, p. 115–127.
2. Bambas, A.; Casas, J. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. *Equity and Health*. Washington: Pan American Health Organization, 2001, 8, p. 12–21.
3. Balancing Equity and Efficiency [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-09]. <<http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/balancing-equity-efficiency>>.
4. Braveman, P.; Gruskin, S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003, 81(7): 539–545.

5. Braveman, P.; Gruskin, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003, 57.
6. 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.
7. Dahlgren, G.; Whitehead, M. *Policies and strategies to promote equity in health*. WHO, Copenhagen, 1992, p. 1–60.
8. 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.
9. 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.
10. Europos Komisija. *Naujas tyrimas rodo, kad vis daugiau žmonių skursta*, 2010 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-02-18]. <<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/10/773&format=HTML&aged=0&language=LT&guiLanguage=en>>.
11. Evans, T., et al. *Challenging Inequalities in Health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 68–75.
12. Gabr, M. *Health Ethics, Equity and Human Dignity* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-02-09]. <<http://www.humiliationstudies.org/>>.
13. George, A. O. Alleyne. Equity and health. *Equity and Health*. Washington: Pan American Health Organization, 2001, 8: 3–12.
14. 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.
15. Graeve, D. D.; Xu, K. Health Finance, Equity in *Health System Policy, Finance and Organization*, edited Carrin G. Geneva, Switzerland, 2008, p. 195–203.
16. Gruen, R.; Howarth, A. *Managing Health Services Finance*. 2005.
17. Gudžinskas, L. Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai. *Politologija*. 2012, 3(67): 62–94.
18. 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.
19. Hurst, J. W. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*. 1991, 10(3): 7–21.
20. 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, 12.
21. Hsiao, W. C.; 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.
22. Jakutytė, S. *Teisingumo teorijos taikymas sveikatos priežiūroje: galimybės ir ribos* [interaktyvus]. 2001, p. 4 [žiūrėta 2012-02-04]. <[www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf](http://www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-03.pdf)>.
23. Kawachi, I., et al. A glossary for health inequalities. *Journal of epidemiology and Community Health* [interaktyvus]. 2002, 56 [žiūrėta 2013-03-12]. <<http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full>>.

24. Kumpienė, J., *et al.* 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.
25. 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.
26. 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 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-01-05]. <[http://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2010/41\\_Klein.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2010/41_Klein.pdf)>.
27. Leenan, H. Equality and equity in health care. *Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting*. Leeds, 1985.
28. Lundberg, M.; Wang, L. Health sector reforms. *Analyzing the Distributional Impact of Reforms*. The World Bank, Washington, 2006, 2, p. 43–110.
29. Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis. Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio rezoliucija. *Sveikatos drauda*. 2000, 12 (43): 3–4.
30. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
31. Lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-07-13]. <<http://www.lkz.lt>>.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.
33. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.
34. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 73-3498.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.
37. Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija [žiūrėta 2012-02-18]. <<http://www.sam.lt/go.php/Misija>>.
39. Lietuvos sveikatos sveikatos programa 2020 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-02-18]. <<http://www.sveikatosprojektai.org/node/41>>.
40. 1996 m. birželio 18 d. Liublianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-02-23]. <[http://sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Priedai/Chatija.html](http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html)>.
41. McPake, B., *et al.* Health economics: an international perspective. London: Routledge, 2002.
42. Morris, S., *et al.* Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science and Medicine*. 2005.
43. Murray, C. J. L.; Frenk, J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78 (6): 717–731.
44. 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.
45. Musgrove, P. *Health Economics in Development*. The World Bank: Washington, 2004.

46. Napierala, C. *Finance Equity Comparison of Health System*. 2008.
47. Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje. *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį siekiant sveikatos santykių teismo per socialinius sveikatos veiksmus*. Kaunas: UAB Spaudos brokeris, 2009.
48. Picavet, H. S. J. *Perspectives on Health Inequity*. Edited by Harris E., Sainsbury S., Nutbeam D. Sydney: The Australian Centre for Health Promotion, 1999.
49. Poteete, A. R. *Is Decentralization a reliable means of increasing equity?* New Orleans, Los Angeles, 2004 [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-12-12]. <[http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/2246/Poteete\\_Decentralization\\_and\\_Equity.pdf](http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/2246/Poteete_Decentralization_and_Equity.pdf)>.
50. Sasnauskas, A. Privalomasis sveikatos draudimas Lietuvoje: įveikti iššūkius ir laukiantys darbai. *Ligonių kasų trečiosios metinės konferencijos „Ligonių kasos Lietuvoje. Kas nuveikta per 20 metų? medžiaga* [interaktyvus]. Vilnius [žiūrėta 2012-01-26]. <[http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/IIIkonf\\_AlgisSasnauskasED.pdf](http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/IIIkonf_AlgisSasnauskasED.pdf)>.
51. Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. Revised definitions for health disparities and health equity [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-01-07]. <<http://healthypeople.gov/2020/about/advisory/FACA6Minutes.aspx?page=2>>.
52. Shakarishvili, G. *Poverty and Equity in Healthcare Finance: Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform*. Hungary, 2006.
53. *Social justice and equity in health: report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985)*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR804/m02).
54. The World Bank. *Equity and Development. World Development Report 2006*. New York: Oxford University Press, 2006, p. 2–22.
55. Thomson, S., et al. *Financing health care in the European union: challenges and policy responses*. Copenhagen: Printed in the European Union, 2009.
56. 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.
57. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Sveikatos draudimo plėtojimas, programos aprašymas [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-10-06]. <[http://www.vlk.lt/vlk/files/str/2008\\_1b.doc](http://www.vlk.lt/vlk/files/str/2008_1b.doc)>.
58. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. 2010 metų veiklos ataskaita [interaktyvus]. Vilnius, 2011 [žiūrėta 2012-01-28]. <[http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/2010\\_VLK\\_veiklos\\_ataskaita.pdf](http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/2010_VLK_veiklos_ataskaita.pdf)>.
59. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Sveikatos draudimo sistemos vystymas, 2004 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-01-12]. <[www.vlk.lt/vlk/za\\_kt/files/vlk\\_str\\_pl\\_ap.doc](http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/files/vlk_str_pl_ap.doc)>.
60. Zschock, D. K. Health sector disparities in Peru. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 1989, 23(3).
61. 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. 82–86.
62. 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.
63. Wagstaff, A. J., et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*. 1999, p. 263–290.

64. 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.
65. 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, 5(1): 89–112.
66. 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.
67. Whitehead, M. *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1990.
68. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992.
69. World Health Organization. Health systems: improving performance. The World Health Report. 2000.
70. World Health Organization. The Solid Facts: Social Determinants of Health / 7th ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
71. World Health Organization. The world health report [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-02-27] <<http://www.who.int/whr/2008/overview/en/index.html>>.
72. World Health Organization. Social determinants of health [žiūrėta 2013-03-12]. <[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html)>.

## **Equity as the Main Principle of Public Financing of Health System**

**Dainora Bielskytė**

Klaipėda City Public Health Bureau, Lithuania

**Danguolė Jankauskienė**

Mykolas Romeris University, Lithuania

### **Summary**

*The article investigates the necessity of the equity principle from the theoretical point of view. It provides the systemic analysis of the equity principle, its role in health care and health care financing. Besides, it analyses the Lithuanian legal acts, which regulate the notion of the equity principle, and the instruments, which guarantee its fulfillment.*

*Results and recommendations. There are different types of equity principle notion interpretations, which depend on the representative of the academic field of the scientist, who presents findings. The systemic analysis showed that the best interpretation of equity would be equal opportunities of seeking health and receiving equal health results through transparent distribution of resources not dependent on social economic status of population. In the Legal Acts of the Republic of Lithuania, the health care notion of equity is explained in a very narrow meaning. There are some suggestions to regulate it through accessibility, financing, expenses, quality and consuming of health care. The guarantee of the equity principle while financing Lithuanian health system is not well defined in the Legal Acts of the Republic of Lithuania, only instruments are regulated. Public financing in Lithuania is guaranteed through collecting health insurance taxes based on personal income. Also, distribution of financing is assured by the distribution formula, which could be improved in future. It is suggested to regulate the notions more in the financing of health care equity and social financing of health care.*

**Keywords:** *health system financing, public financing, equity principle in the health system financing, equity principle.*

---

**Dainora Bielskytė**, Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos specialistė.

**Danguolė Jankauskienė**, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Politikos mokslų instituto profesorė, biomedicinos mokslų daktarė.

---

**Dainora Bielskytė**, Public Health Specialist, Klaipėda City Public Health Bureau.

**Danguolė Jankauskienė**, Doctor of Biomedicine, is Vice-Dean for Studies at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris University.