



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
ŠIAULIŲ AKADEMIJA**

VIEŠOJO VALDYMO MAGISTRO STUDIJŲ PROGRAMA

AGNĖ ŽIDONĖ

Magistro studijų baigiamasis darbas

**SKAIDRUMO UŽTIKRINIMAS TEIKIANT MOKAMAS IR NEMOKAMAS
MEDICININES PASLAUGAS**

Darbo vadovė doc. dr. Rita Toleikienė

Šiauliai, 2026

**Studijuojančiojo, teikiančio baigiamąjį
darbą, GARANTIJA**

WARRANTY of Final Thesis

Vardas, pavardė <i>Name, Surname</i>	Agnė Židonė
Padalinys <i>Faculty</i>	Šiaulių akademija <i>Šiauliai Academy</i>
Studijų programa <i>Study Programme</i>	Viešojo valdymo magistro studijų programa. <i>Public administration master study program</i>
Darbo pavadinimas <i>Thesis topic</i>	Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicinines paslaugas <i>Ensuring transparency in the provision of taxable and non-taxable medical services</i>
Darbo tipas <i>Thesis type</i>	Baigiamasis darbas <i>Final Thesis</i>

Garantuoju, kad mano baigiamasis darbas yra parengtas sąžiningai ir savarankiškai, kitų asmenų indėlio į parengtą darbą nėra. Jokių neteisėtų mokėjimų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

I guarantee that my thesis is prepared in good faith and independently, there is no contribution to this work from other individuals. I have not made any illegal payments related to this work.

Šiame darbe tiesiogiai ar netiesiogiai panaudotos kitų šaltinių citatos yra pažymėtos literatūros nuorodose.

Quotes from other sources directly or indirectly used in this thesis, are indicated in literature references.

Aš, Agnė Židonė, pateikdamas (-a) šį darbą, patvirtinu (pažymėti)



**Embargo laikotarpis
*Embargo Period***

Prašau nustatyti šiam baigiamajam darbui toliau nurodytos trukmės embargo laikotarpį:
I am requesting an embargo of this thesis for the period indicated below:

☐ _____ mėnesių / *months*
(embargo laikotarpis negali viršyti 60 mėn. / *an embargo period shall not exceed 60 months*).



Embargo laikotarpis nereikalingas / *no embargo requested*.

Embargo laikotarpio nustatymo priežastis / *Reason for embargo period:*

VILNIAUS UNIVERSITETO ŠIAULIŲ AKADEMIJOS DIRBTINIO INTELEKTO ĮRANKIŲ NAUDOJIMO RAŠTO DARBUOSE DEKLARACIJA

Vardas, pavardė: Agnė Židonė

Studijų programa, kursas: Viešojo valdymo magistro studijų programa

Rašto darbo pavadinimas: Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas

Rašto darbo tipas (pvz., referatas, kursinis darbas, baigiamasis darbas):

Magistro baigiamasis darbas

Modulio / dalyko pavadinimas (išskyrus baigiamojo darbo atvejų):

Deklaracijos pateikimo data 2026 m. sausio 9 d.

Patvirtinu, kad vertinimui pateiktas savarankiškai atliktas rašto darbas yra parengtas laikantis Vilniaus universiteto Akademinės etikos kodekso¹, Vilniaus universiteto studijuojančiųjų rašto darbų rengimo, gynimo ir kaupimo nuostatai², Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos rašto darbų rengimo ir gynimo tvarkos³ ir Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairių⁴.

Pažymiu, kad rašto darbo rengimui *buvo naudojami / nebuvo naudojami (pabraukti tinkamą variantą)* generatyvinio dirbtinio intelekto (toliau - DI) įrankiai.

Tuo atveju, jei darbo rengimui buvo pasitelkti DI įrankiai, pateikiu tikslią ir išsamią informaciją apie jų naudojimo tikslus ir apimtį:

1. DI įrankiai:

- Naudoti įrankiai (pvz.: Connected Papers, Midjourney, GitHub Copilot ar kiti, *įrašyti*):

- Naudojimo tikslas (duomenų rinkimas, redagavimas, vertimas, priedų generavimas ar kitas, *įrašyti*):

¹ Vilniaus universiteto akademinės etikos kodeksas, https://www.vu.lt/site_files/Akademines_etikos_kodeksas_suvestine_redakcija.pdf

² Vilniaus universiteto studijuojančiųjų rašto darbų rengimo, gynimo ir kaupimo nuostatai, [2024-05-21 Studijuojančiųjų RD rengimo gynimo ir kaupimo nuostatai.pdf](https://www.vu.lt/site_files/2024-05-21_Studijuojanciju_RD_rengimo_gynimo_ir_kaupimo_nuostatai.pdf)

³ Vilniaus universiteto Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos rašto darbų rengimo ir gynimo tvarka, https://www.sa.vu.lt/external/sa/files/Studiju_skyrius/VUSA_Rasto_darb%C5%B3_rengimo_ir_gynimo_tvarka_2024.pdf

⁴ Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairės, https://www.vu.lt/site_files/SPN-54_2024_priedas.pdf

2. Esminiai DI panaudojimo atvejai:

Darbo dalis/vieta (puslapis, pastraipa)	Naudojimo tikslas	Užklausų pavyzdžiai
3.4.1.	Susumuoti kiekybinio tyrimo rezultatus	Apskaičiuoti ir susumuoti tyrimo rezultatus
3.4.2.	Susumuoti kiekybinio tyrimo rezultatus	Apskaičiuoti ir susumuoti tyrimo rezultatus

3. Savarankiškumas ir autorystė:

- Patvirtinu, kad esu atsakingas(-a) už rašto darbo savarankiškumą ir autorystę: visos DI sugeneruotos rašto darbo dalys mano atidžiai patikrintos, patikslintos, pataisytos ir pažymėtos literatūros nuorodose. Darbas parengtas užtikrinant jame pateikiamų DI įrankiais sugeneruotų teksto dalių ir (ar) priedų tikslumą, patikimumą ir korektiškumą;
- Patvirtinu, kad DI įrankiai nenaudoti darbe pateikiamų duomenų, informacijos, autorių minčių klastojimui, iškraipymui ar kitokio pobūdžio klaidinančiam pateikimui.

4. Akademinei etika:

- Patvirtinu, kad pateikta informacija apie DI įrankių naudojimą yra tiksli ir išsami;
- Patvirtinu, kad DI įrankiai naudoti savarankiško duomenų rinkimo, tyrimo, analizės, teksto ar priedų (*pabraukti tinkamą; jei reikia, įrašyti papildomą informaciją* _____) (pa)pildymui, o ne kaip savarankiško darbo pakaitalas;
- Suprantu, kad nenurodytas DI įrankių naudojimas gali būti laikomas draudimo plagijuoti pažeidimu, kuris numatytas Vilniaus universiteto Akademinei etikos kodekse.

TURINYS

SANTRAUKA	6
SUMMARY	7
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	8
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	10
TERMINŲ IR TRUMPINIŲ ŽODYNAS.....	11
ĮVADAS	13
1. SKAIDRUMO UŽTIKRINIMAS TEIKIANT MOKAMAS IR NEMOKAMAS MEDICININES PASLAUGAS TEORINIAI ASPEKTAI	17
1.1. Gero valdymo principai sveikatos priežiūros sistemoje	17
1.2. Skaidrumo sampratos kompleksiskumas	18
1.3. Sveikatos priežiūros sistema	21
1.3.1. Medicininių paslaugų sampratos kompleksiskumas	21
1.3.2. Medicininių paslaugų teikimo modeliai	26
1.4. Finansinio skaidrumo užtikrinimo modeliai teikiant mokamas ir nemokamas medicines paslaugas	31
1.5. Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicines paslaugas	36
2. TYRIMO METODOLOGIJA	43
2.1. Tyrimo dizainas	43
2.2. Tyrimo metodai.....	44
2.3. Tyrimo organizavimas ir etika	49
3. SKAIDRUMO UŽTIKRINIMAS TEIKIANT MOKAMAS IR NEMOKAMAS MEDICININES PASLAUGAS TYRIMO REZULTATAI	51
3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinis reglamentavimas	51
3.2. Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų organizavimo ir teikimo Lietuvoje analizė .	55
3.3. Skaidrumo neužtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicines paslaugas priežastys: antrinių duomenų analizė.....	59
3.4. Visuomenės narių nuomonės tyrimo rezultatai	63
3.4.1. Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose, vertinimas	63
3.4.2. Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicines paslaugas tyrimo rezultatai	67
3.5. Diskusija	78
IŠVADOS	80
REKOMENDACIJOS	81
LITERATŪRA	82
PRIEDAI	89
1 priedas. Medicininių paslaugų teikimo modelių privalumai ir trūkumai.....	89
2 priedas. Anketa	90

SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Sveikatos priežiūros organizacijų skaidrumas yra būtinas kuriant į pacientą orientuotos priežiūros kultūrą, kurioje pacientai būtų gerbiami, informuojami ir įtraukiami į rūpinimosi savo sveikata ir gerove procesą. Organizacinis skaidrumas yra esminis sveikatos priežiūros sistemos elementas, didinant pacientų saugą ir gerinant jiems teikiamų paslaugų kokybę. Sveikatos priežiūros sektorius yra vienas labiausiai pažeidžiamų sektorių dėl nepakankamo skaidrumo ir korupcijos apraiškų jame teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Šiame kontekste sveikatos priežiūros sistemoje susiduriama su įvairiomis kliūtimis teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, kai trūksta informacijos apie tokių paslaugų gavimo galimybes, ribojama prieiga prie reikiamų mokamų ir nemokamų paslaugų laike, identifikuojamos teikiamų paslaugų kokybės problemos. Nepakankamas skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas dažnai siejamas su korupcija, prastu sprendimų priėmimu, paslaugų teikėjų atskaitomybės trūkumu ir netinkamu viešųjų organizacijų valdymu.

Struktūra. Magistro darbą sudaro santraukos (lietuvių ir anglų kalbomis), įvadas, teorinė, metodologinė ir empirinė dalys, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas ir priedai.

Nagrinėjami **probleminiai klausimai**:

1. Kaip įgyvendinamas skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas?
2. Kokios yra skaidrumo neužtikrinimo priežastys/ situacijos teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas?
3. Kokia yra visuomenės narių nuomonė/ požiūris į skaidrumą ir jo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas?

Tyrimo rezultatai. Atlikus visuomenės narių nuomonės empirinį tyrimą nustatyta, kad mokamos paslaugos ir jų prieinamumas dažnai vertinami geriau nei nemokamos medicininės paslaugos, t.y. gerai ir puikiai. Visuomenės nariai sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumą dažniausiai vertina teigiamai. Vyrauja kritiškas požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, tačiau visuomenės narių nuomone neoficialūs mokėjimai turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Gaunant nemokamas medicininės paslaugas dažniausiai patiriami sunkumai – ilgos laukimo eilės, ribota informacija apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms, ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas, sudėtinga ir nepatogi registracijos nemokamoms paslaugoms sistema. Neoficialūs mokėjimai vertinami neigiamai: daro neigiamą įtaką sveikatos sistemos skaidrumui ir patiems pacientams, juntantiems spaudimą dėl neoficialaus atsiskaitymo. Visuomenės nariai nepateisina neoficialių mokėjimų, tačiau sutinka su tuo, kad šie mokėjimai gali pagreitinti sunkiai prieinamų medicininių paslaugų gavimą. Informacijos apie mokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir skaidrumo trūkumu, mažinančiais visuomenės narių pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis. Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema vertinamas vidutiniškai. Mokamų ir nemokamų paslaugų prieinamumas turi teigiamą poveikį aukštesnio lygio pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema.

Raktiniai žodžiai: skaidrumas, mokamos medicininės paslaugos, nemokamos medicininės paslaugos, korupcija

SUMMARY

In Master's thesis analyzed of ensuring transparency in the provision of taxable and non-taxable medical services. Transparency in healthcare organizations is essential creating patient-centered care culture in which patients are respected, informed and involved in their health and well-being care process. Organizational transparency is crucial healthcare system element, increasing patient safety and improving provided services quality. Healthcare is one of the most vulnerable sectors due to lack of transparency and corruption manifestations providing taxable and non-taxable medical services. In this context, healthcare system faces various obstacles providing taxable and non-taxable medical services, when there is lack of information about possibilities to obtain such services, access to necessary taxable and non-taxable services has time limitation, and identified provided services quality problems. Non-assurance of transparency providing taxable and non-taxable medical services is often associated with corruption, poor decision-making process, lack of service providers accountability, inadequate management of public organizations.

Structure. The master's thesis consists of summary (in Lithuanian and English), introduction, theoretical, methodological and empirical parts, conclusions, recommendations, list of references and appendices.

Analyzed **problematic issues:**

1. How is implemented principle of transparency providing taxable and non-taxable medical services?
2. What are reasons/situations for non-implementation of transparency principle providing taxable and non-taxable medical services?
3. What is public members opinion/attitude towards transparency principle and its implementation providing taxable and non-taxable medical services?

Research results. Public opinion empirical study showed that taxable services and their accessibility are often rated better than non-taxable medical services, i.e. good and excellent. Transparency of healthcare institutions generally valued positively by public members. There is critical attitude towards informal payments (bribes) to healthcare personnel for received services however public members believe that informal payments affect healthcare services quality. The most common difficulties encountering non-taxable medical services are long waiting time, limited information about possible free alternatives to taxable services, limited availability of free tests or procedures, complex and inconvenient non-taxable registration system. Informal payments are viewed negatively: they have negative impact on healthcare system transparency and on patients, who feel pressured due to informal payments. Public member not condone informal payments, but they agree that these payments can expedite access medical services that are difficult-to-access. Lack of information about services payment, unclear services pricing and additional fees are problems associated with informal payments risk and lack of transparency, which reduces public members' trust about provided services. Trust of healthcare system is rated average. Availability of both taxable and non-taxable services has positive impact on higher healthcare system trust level.

Keywords: transparency, implementation of transparency principle, taxable medical services, non-taxable medical services, corruption

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Gero valdymo principai	18
2 lentelė. Skaidrumo samprata	19
3 lentelė. Medicininių paslaugų samprata	22
4 lentelė. Nemokamos medicinos pagalbos samprata	22
5 lentelė. Problemos, kylančios teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas	24
6 lentelė. Medicininių paslaugų teikimo modelių palyginimas	29
7 lentelė. Mokėjimo už medicininės paslaugas modelių privalumai ir trūkumai	33
8 lentelė. Skaidrumo užtikrinimo priemonės teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas	35
9 lentelė. Skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimas	37
10 lentelė. Dokumentų analizės ir antrinių duomenų analizės metodų taikymo pagrindimas	45
11 lentelė. Tyrimo instrumento struktūra ir pagrindimas	46
12 lentelė. Kiekybinio tyrimo būtinios imties dydis	47
13 lentelė. Tyrimo imties charakteristika	48
14 lentelė. Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė	49
15 lentelė. Medicininių paslaugų teikimo teisinio reglamentavimo ypatumai	53
16 lentelė. Tyrimo skalių patikimumo vertinimas	63
17 lentelė. Kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnis, proc.	63
18 lentelė. Kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	64
19 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	65
20 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumo vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	66
21 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimo, požiūrio į neoficialų atsiskaitymą su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, neoficialių mokėjimų įtakos paslaugų kokybei ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	68
22 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimo, požiūrio į neoficialų atsiskaitymą su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, neoficialių mokėjimų įtakos paslaugų kokybei ir bendro gaunamų paslaugų bei jų prieinamumo vertinimo sąsajos	69
23 lentelė. Sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas vertinimas, proc.	69
24 lentelė. Sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	70
25 lentelė. Sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų bei jų prieinamumo vertinimo sąsajos	71
26 lentelė. Sprendimo mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai vertinimas, proc.	72
27 lentelė. Sprendimo mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	72
28 lentelė. Sprendimo neoficialiai mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo sąsajos	73

29 lentelė. Skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimas, proc.	74
30 lentelė. Skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos	74
31 lentelė. Skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo sąsajos	75
32 lentelė. Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos.....	76
33 lentelė. Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo sąsajos	77

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo kokybės sąlygos ir kriterijai.....	23
2 pav. Medicininių paslaugų teikimo modeliai	26
3 pav. Skaidrumo užtikrinimo struktūra	36
4 pav. Korupcija sveikatos priežiūros sistemoje: priežastys, procesai ir pasekmės	39
5 pav. Tyrimo loginė schema	44
6 pav. Tyrimo metodai ir jų taikymo schema	45
7 pav. Tyrimo organizavimo schema	49
8 pav. LR sveikatos priežiūros sistema	55
9 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelis	57
10 pav. Kyšio reikalavimo iš gyventojų dinamika 2011-2022 m.	59
11 pav. Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų vertinimas, proc.	65
12 pav. Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumo vertinimas, proc.	66
13 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimas, proc.	67
14 pav. Požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, proc.	67
15 pav. Neoficialių mokėjimų įtakos gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinimas, proc.	68
16 pav. Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimas, proc.	76

TERMINŲ IR TRUMPINIŲ ŽODYNAS

Apimtimi grindžiamas sveikatos priežiūros modelis - tai tradicinis priežiūros modelis, pagrįstas kiekybiniu medicininių paslaugų teikimo ciklu (Bohler et al., 2024).

Mokamos medicininės paslaugos – tai konkrečios medicininės paslaugos, kurios apmokamos teisės aktuose nustatyta tvarka (Ganguli et al., 2025).

Atsakingos priežiūros organizacijos (ACO) ir bendrų santaupų modelis - tai modelis apibrėžiantis tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grupės dirba kartu turėdamos bendrą tikslą – teikti pacientams koordinuota priežiūrą tuo pačiu užtikrinant bendras santaupas, kurios yra atlyginamos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams už išlaidų sumažinimą ir paslaugų kokybės išlaikymą (Khalili, 2024).

Bendradarbiavimo priežiūros modelis - tai inovatyvus priežiūros teikimo modelis, kuriuo siekiama pagerinti pacientų sveikatos rezultatus, sveikatos priežiūros koordinavimą ir optimizuoti išteklių panaudojimą (Hallgreen, 2021).

Išplėstinės pirminės priežiūros modelis - tai modelis skirtas pirminės sveikatos priežiūros praktikos išplėtimui, teikiant pacientams tikslines ir struktūruotas paslaugas (He et al., 2023).

Laisvosios rinkos modelis – tai modelis, kuris apibrėžia privačią sveikatos priežiūros sistemą- medicininių paslaugų teikimas perduodamas privatiems juridiniams asmenims (Goodair, Reeves, 2024).

Medicininės paslaugos – tai paslaugos teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose, rūpinantis sutrikusia asmens sveikata ir/arba atliekant prevencinius veiksmus, siekiant apsaugoti visuomenės narius nuo sergamumo infekcinėmis, lėtinėmis ir kt. ligomis (Futrell, 2022).

Medicinių paslaugų teikimo modelis – tai modelis, kuris pasirenkamas teikiant medicininės paslaugas, orientuotas į pacientų priežiūros koordinavimą ir valdymą, atitinkamą finansinių resursų delegavimą, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų prieinamos visiems visuomenės nariams (Singh et al., 2024).

Mišrus medicinos paslaugų teikimo modelis – tai modelis, apibrėžiantis suderinamumą tarp valstybinio ir privataus medicininių paslaugų sektorių veiklos (Muthuri et al., 2024).

Nemokamos medicininės paslaugos – tai konkrečios medicininės paslaugos, kurios visuomenės nariams teikiamos nemokamai teisės aktuose nustatyta tvarka (Ganguli et al., 2025).

Nemokama medicinos pagalba - tai medicininių paslaugų teikimas valstybinėse ir/ar viešose sveikatos priežiūros įstaigose; kai pagalba dėl tam tikrų aplinkybių negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose, ji gali būti teikiama ir kitose kokybiškai ir saugiai ją suteikti pajėgiose sveikatos priežiūros įstaigose, o jų patiriamos šios pagalbos teikimo išlaidos turi būti apmokamos iš valstybės biudžeto lėšų (Taminskaitė- Kočiūnė, 2023).

Pajamų pagrindu finansuojamas modelis - tai medicininių paslaugų teikimo modelis, kuris apibrėžiamas kaip hibridinis modelis: pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos jas finansuojant valstybei (per mokestinę sveikatos priežiūros mokesčių sistemą), o papildomų paslaugų gavimas yra priskiriamas individualiems pacientų poreikiams ir finansinėms galimybėms (de Silva Etges et al., 2023).

Paslaugos mokestis - tai yra tradicinis mokėjimo modelis, kurį kompensuoja valstybė arba pacientas už jam individualiai suteiktas paslaugas (Ganguli et al., 2025).

Skaidrumas – tai organizacijų ir joje veikiančių asmenų atvirumas, atskleidžiant aiškią, pacientams naudingą informaciją apie nemokamas ir mokamas medicininės paslaugas, jų teikimo tvarką (Whaley, Frakt, 2022).

Skaidrumo trūkumas – tai situacija, kai yra ribotas prieinamumas prie viešos informacijos, susijusios su sprendimų priėmimo procesais, įstaigų veikla ir veiksmais, kas apriboja atskaitomybę, sumažina veiksmingumą kiekviename veikimo kontekste, didina korupcijos riziką (Vian, 2020).

Socialinio draudimo modelis arba Bismarck modelis - tai modelis, kuris paprastai yra finansuojamas pagal darbo užmokesčio sistemą ir per socialinio draudimo sistemą (Aljohani, Bugis, 2024).

Sugrupuoti mokėjimai - tai mokėjimai, kai yra taikoma fiksuota kaina už visą tam tikros priežiūros epizodą (Khalili, 2024).

Sveikatos priežiūros organizacijų skaidrumas - tai esminis principas, kuriant į pacientą orientuotos priežiūros modelį, kuriame pacientai būtų vertinami, informuojami apie tai, kas ir kaip daroma, skatinami ir įtraukiami į sprendimų, susietų su jų sveikata priėmimą (Fukami, 2024).

Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo už rezultatus modelis - tai modelis, kuriame pagrindinis dėmesys skiriamas paslaugų priežiūros vertei ir kokybei, siekiant pagerinti bendrą sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą, derinant apmokėjimą už paslaugas su veiklos rodikliais (Khalili, 2024).

Valstybinės sveikatos priežiūros modelis – tai modelis, grindžiamas universaliu sveikatos draudimu, kai medicininių paslaugų finansavimas vykdomas per mokestinę sistemą (Cuevas et al., 2023).

Verte pagrįstos priežiūros apmokėjimo modelis – tai apmokėjimo už teikiamas medicininės paslaugas modelis, kurio pagrindinis akcentas yra patirtų išlaidų kompensavimo sąsaja su teikiamų paslaugų verte (Bohler et al., 2024).

Verte pagrįstos sveikatos priežiūros modelis – tai modelis, kurio įgyvendinimas siejamas su geresniais ir teisingesniais rezultatais, pacientų sveikatos gerovės užtikrinimu, atliepiant sveikatos priežiūros sistemos vertybes – rūpestį, pagarbą, lygybę (Forsyth et al., 2022).

Viešasis valdymas – tai pastangos teikti viešąsias paslaugas, programas ir projektus, kurie būtų veiksmingi ir teisingi bendruomenei (Rijal, 2023).

KT – Konstitucinis teismas

LR - Lietuvos Respublika

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

SAM – sveikatos apsaugos ministerija

TLK – teritorinė ligonių kasa

IVADAS

Temos aktualumas. Žmonių sveikata yra vienas pagrindinių kriterijų, lemiančių visuomenės pažangą ekonomikos, demografinės situacijos, technologijų, mokslo ir kt. srityse (Taminskaitė – Kočiūnė, 2023). Sėkmingas šio sektoriaus veikimas yra vertinamas pagal visuomenės narių poreikių ir lūkesčių patenkinimą bei visuomenės pasitikėjimą juo (Ford et al., 2022; Servetkienė ir kt., 2022; Fukami, 2024; Nejatian et al., 2024; Rijal, 2023).

Modernios teisinės – demokratinės valstybės kontekste reikšmingas visuomenės narių pasitikėjimas joje veikiančiu sveikatos apsaugos sektoriumi ir jo skaidrumu teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos tiek nemokamos, tiek mokamos paslaugos. Visi visuomenės nariai, kurie yra drausti privalomuoju sveikatos draudimu (PSD), gali pasirinkti jiems priimtinausią sveikatos priežiūros įstaigą, kuri turi sutartį su teritorine ligonių kasa (TLK) ir gauti joje reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Skaidrumo užtikrinimo gaunant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas klausimai kyla tada, kai pacientams reikia susimokėti už paslaugas, kurios yra (ne) įtrauktos į (ne) apmokamų paslaugų sąrašą, kai reikalingos papildomos paslaugos ar procedūros, kai neturima laiko laukti eilėse norint patekti pas reikiamą specialistą ir kitais įstatyme numatytais atvejais (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024). Šiame kontekste susiduriama su dviprasmiška situacija – reikiamos sveikatos priežiūros paslaugos „čia ir dabar“ gali būti prieinamos tik už jas susimokėjus vienokiu ar kitokiu būdu. Iš tokios situacijos formuojasi skaidrumo užtikrinimo problema bei korupcijos apraiškos. Pastarieji yra neigiami reiškiniai, pažeidžiantys pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema, joje veikiančiomis įstaigomis, ribojantys pacientų galimybę gauti tinkamą medicininę priežiūrą ypatingai tais atvejais, kai pacientas neturi finansinių išteklių, kurie reikalingi siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas (Orlauskas, Gruodytė, 2023). Remiantis aukščiau išdėstyta galima teigti, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas susiduriama su skaidrumo užtikrinimo problemomis teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Sveikatos priežiūros organizacijų skaidrumas yra būtinas kuriant į pacientą orientuotos priežiūros kultūrą, kurioje pacientai būtų gerbiami, informuojami ir įtraukiami į rūpinimosi savo sveikata ir gerove procesą. Organizacinis skaidrumas yra esminis sveikatos priežiūros sistemos elementas, didinant pacientų saugą ir gerinant jiems teikiamų paslaugų kokybę (Fukami, 2024). Skaidrumo užtikrinimą sveikatos priežiūros sistemoje riboja korupciją, privilegijų teikimą ir diskriminacijos apraiškas, piktnaudžiavimą valdžia ir kitų neigiamų reiškinų pasireiškimo dažnį, turintį neigiamą poveikį visuomenės narių sveikatos priežiūrai (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021) bei mažinantį visuomenės narių pasitikėjimą šia sistema (Ford et al., 2022; Fukami, 2024; Nejatian et al., 2024; Rijal, 2023). Skaidrumas apima atvirą pacientų ir sveikatos priežiūros organizacijų bendravimą apie jų veiklą, procesus, rezultatus, kas savalaikiai didina organizacijų atskaitomybę, didina pacientų pasitikėjimą. Skaidrios organizacijos teikia pirmenybę į pacientą orientuotai priežiūrai, įtraukdamos pacientus į sprendimų priėmimą ir skatindamos abipusį bendravimą (Fukami, 2024; Timofeyev et al., 2023). Skaidrumas padidina tikimybę, kad bus aptikti pažeidimai, atskleistas piktnaudžiavimas valdžia ir kruopščiai ištirta netinkama, demokratinės ir teisinės valstybės principams prieštaraujanti veikla (Volpato et al., 2023; Wojciechowski et al., 2023; Matheus et al., 2021; Bernstein, Crowe, 2024), kas savalaikiai gerina sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumą ir didina skaidrumą jame.

Sveikatos priežiūros sektorius yra vienas labiausiai pažeidžiamų sektorių dėl nepakankamo skaidrumo ir korupcijos apraiškų jame (Blažytė, Grubliauskienė, 2020; Derakhshan et al., 2023; Han et al., 2022; Konig et al., 2022; Mead, Ibrahim, 2024; Orlauskas, Gruodytė, 2023) teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Šiame kontekste sveikatos priežiūros sistemoje susiduriama su įvairiomis kliūtimis teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, kai trūksta informacijos apie tokių paslaugų gavimo galimybes (Rao et al., 2022; Berezowski et al., 2023), ribojama prieiga prie reikiamų nemokamų paslaugų laike (Han et al., 2022; Patel et al., 2023), identifikuojamos teikiamų paslaugų kokybės problemos (Bernstein, Crowe, 2024; Brakebill

et al., 2022). Nepakankamas skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas dažnai siejama su korupcija, prastu sprendimų priėmimu, paslaugų teikėjų atskaitomybės trūkumu ir netinkamu viešųjų organizacijų valdymu (Matheus et al., 2021).

Pastaraisiais metais išaugo dėmesys sveikatos priežiūros sistemai ir jos skaidrumui. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas organizuojamas pagal valstybėse integruotus priežiūros paslaugų teikimo modelius. Pagrindinis medicininių paslaugų teikimo tikslas – užtikrinti visuotinai prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas visiems visuomenės nariams. Šiuose modeliuose dalyvauja tiek valstybinės, tiek privačios paslaugas teikiančios įstaigos, tačiau jų teikiamų paslaugų spektras yra skirtingas. Medicininių paslaugų teikimo finansavimo pobūdis yra struktūruotas - jame dalyvauja valstybė ir patys pacientai (Mushasha, Bcheraoui, 2023; Muthuri et al., 2024; de Silva Etges et al., 2023; Aljohani, Bugis, 2024; Khalili, 2024; Cuevas et al., 2023). Taigi, skaidrumas yra vienas pagrindinių veiksnių, sąlygojančių sveikatos priežiūros sistemų veiklos efektyvumą, mažinantis korupcijos riziką, užtikrinantis racionalų sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų finansinių išteklių paskirstymą (Timofeyev et al., 2023; Chen, Miraldo, 2022). Šiame kontekste formuojasi skaidrumo užtikrinimo klausimas – užtikrinti sąžiningą, teisėtą ir efektyvų paslaugų teikimą visiems visuomenės nariams.

Šiandien pripažįstama, kad skaidrumo užtikrinimas tikslinis įgyvendinimas gali sustiprinti sveikatos priežiūros sistemą, skatinti efektyviai panaudoti šiam sektoriui skiriamas lėšas ir turimus išteklius, pagerinti pacientų priežiūros kokybę bei bendrus visuomenės sveikatos rodiklius (Hussman, Cuadrado, 2022). Skaidrumas sveikatos priežiūros organizacijose sukuria aplinką, kurioje yra prieinamos mokamas ir nemokamas paslaugos ir informacija apie jas, vyrauja aukšto lygio sprendimų priėmimas, suinteresuotosios šalys yra atsakingos už savo veiksmus. Visa tai lemia geresnius bendrus mokamas ir nemokamas sveikatos priežiūros prieinamumo rezultatus, geresnę priežiūros kokybę, didesnę pacientų bei visuomenės pasitenkinimą ir pasitikėjimą šiuo sektoriumi (Fukami, 2024). Remiantis aukščiau išdėstytu galima teigti, kad skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas tema yra itin aktuali, nes skaidrumo užtikrinimas yra labai svarbus efektyviam sveikatos priežiūros sistemos veikimui teikiant visuomenės nariams mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Temos mokslinis ištirtumas ir tyrimo naujumas. Viešojo sektoriaus veikimas yra grindžiamas visuomenės interesų užtikrinimo pagrindais teikiant viešąsias paslaugas. Geras viešasis valdymas yra siejamas su atvirumu visuomenei (Martynenko, 2022), visuomenės narių įtraukimu į viešąjį valdymą (Volpato et al., 2023), atvirumu (Chauke, Thusi, 2023; Kuntardjo et al., 2023; Stonkė, 2023; Matheus et al., 2021), atskaitomybe (Gholami et al., 2024; Fukami, 2024; Matheus et al., 2021; Orlauskas, Gruodytė, 2023; Araich et al., 2023; Winegarden, 2023) ir skaidrumu (Gholami et al., 2024; Fukami, 2024; Whaley, Frakt, 2022; Chen, Miraldo, 2022; Ford et al., 2022; Hussman, Cuadrado, 2022). Sveikatos priežiūros sektoriui yra keliami aukšti reikalavimai, todėl jame labai svarbus skaidrumas (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021). Skaidrumas teikiant medicinos paslaugas kaip socialinis reiškiny, yra plačiai analizuojamas skirtingų mokslų kryptių mokslininkų darbuose atskleidžiant šio principo veikimą viešajame valdyme (Androniceanu, 2021; Benson et al., 2021; Buinickienė, 2017; Chauke, Thusi, 2023; Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021; Matheus et al., 2021; Martynenko, 2022; Volpato et al., 2023; Wojciechowski et al., 2023), sveikatos priežiūros sektoriuje (Araich et al., 2023; Berezowski et al., 2023; Bernstein, Crowe, 2024; Hussman, Cuadrado, 2022; Jiang Krishnan, 2023; Kuntardjo et al., 2023; Lindhout, Reniers, 2022; Patel et al., 2023; Timofeyev et al., 2023; Whaley, Frakt, 2023; Winegarden, 2023). Skaidrumo užtikrinimo klausimai mokslininkų darbuose dažnai nagrinėjami per korupcijos prizmę, akcentuojant neigiamą šio reiškinio poveikį sveikatos priežiūros sistemos veikimo efektyvumui (Ambrazevičiūtė ir kt., 2023; Beliūnienė, 2018; Blažytė, Grubliauskienė, 2020; Derakhshan et al., 2023; Han et al., 2022; König et al., 2022; Mead, Ibrahim, 2024; Orlauskas, Gruodytė, 2023; Rasalaitė, 2021; Servetkienė ir kt., 2022), teikiamų paslaugų kokybei (Endeshaw, 2021; Goodair, Reeves, 2024; Zhang et al., 2020), visuomenės narių pasitikėjimui sveikatos priežiūros sistema (Ford et al., 2022; Fukami, 2024; Nejatian et al., 2024; Rijal, 2023). Moksliniuose tyrimuose (Brakebill et al., 2022; Chen,

Miraldo, 2022; Davidian, Bloom, 2024; Gholami et al., 2024; Ogurcova ir kt., 2023; Rao et al., 2022; Švedas, Gutauskas, 2022; Taminskaitė – Kočiūnė, 2023) nustatyta, kad skaidrumo trūkumas riboja visuomenės narių teisę gauti reikiamas ir kokybiškas medicininės paslaugas. Nežiūrint į tai, kad skaidrumo tematika yra plačiai analizuojama socialinių mokslo sričių tyrimuose, tačiau skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas tematika vis dar nėra pakankamai apibrėžta ir vertintina vienareikšmiškai. Paties skaidrumo kompleksiskumas ir jo užtikrinimo poveikis teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas dar nėra pakankamai ištirtas. Todėl atliekamu tyrimu siekiama išanalizuoti ir susisteminti skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas teorinius aspektus bei ištyrus visuomenės narių požiūrį į skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, atskleisti šių dienų realijas.

Problema. Skaidrumo užtikrinimo tematikos analizė atlikta ne viename moksliniame tyrime įvairiais pjūviais. Tačiau skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, atskleidžiant šių dienų realijas Lietuvoje, dar nepakankamai ištirta tema. Siekiant užtikrinti skaidrumą teikiant medicininės paslaugas yra būtina analizuoti šio principo raiškos teorinius aspektus, sveikatos priežiūros paslaugų teikiančių organizacijų veiklą, visuomenės narių požiūrį į skaidrumą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Tokio pobūdžio tyrimai leidžia atskleisti esamą situaciją, identifikuoti šiame kontekste kylančias problemas bei numatyti jų tobulinimo kryptis. Magistro darbe analizuojant tiriamą tematiką keliamas pagrindinis probleminis klausimas – ar teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas yra užtikrinamas skaidrumas?

Magistro darbe siekiama atsakyti į šiuos **probleminius klausimus**:

1. Kaip užtikrinamas skaidrumas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas?
2. Kokios yra skaidrumo neužtikrinimo priežastys/ situacijos teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas?
3. Kokia yra visuomenės narių nuomonė/ požiūris į skaidrumą ir jo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas?

Tyrimo objektas – skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Tyrimo tikslas – teoriškai išanalizuoti ir empiriškai pagrįsti skaidrumo užtikrinimą, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas teorinius aspektus.
2. Atskleisti skaidrumo užtikrinimo priemones teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.
3. Taikant anketinės apklausos metodą nustatyti visuomenės narių požiūrį į skaidrumą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.
4. Numatyti skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas didinimo galimybes.

Tyrimo metodai. Sprendžiant magistro darbe išsikeltą problemą derinami kiekybiniai ir kokybiniai tyrimo metodai. **Teorinėje darbo dalyje** taikyti *mokslinės literatūros analizės, sisteminimo ir apibendrinimo metodai*. Atskleidžiant skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas teorinius aspektus pristatytas skaidrumo sampratos kompleksiskumas, medicininių paslaugų samprata, sveikatos priežiūros sistemos valdymo principai. Pristatytas skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas teorinis pagrindimas. Taikant *dokumentų analizės metodą* pristatyti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisiniai pagrindai ir šios sistemos valdymo principai. Dokumentų ir teisės aktų analizei taikytas

kokybinis turinio analizės metodas. Teorinėje darbo analizuota informacija iš 129 mokslinių šaltinių, 21 teisės akto, 14 kitų informacijos šaltinių.

Empirinėje darbo dalyje taikant *antrinių duomenų analizės metodą* ir *kitus duomenų sisteminimo metodus* atlikta mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo situacijos Lietuvoje analizė. *Empirinis tyrimas* atliktas taikant *kiekybinio tyrimo strategiją*. Atliktas kiekybinis tyrimas, taikant *anketinės apklausos metodą* atskleidžiant visuomenės narių nuomonę/požiūrį į skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Atliekant tyrimą apklausti 137 respondentai. Imtis reprezentatyvi, atsitiktinė paklaida ne didesnė nei 5 proc., esant 95 proc. pasiklioavimo lygmeniui. Atliktos anketinės apklausos duomenų analizei taikytas *aprašomosios statistikos metodas*: χ^2 , vidurkiai, dažnių analizė, statistinis duomenų reikšmingumas p , Spirmeno (angl. *Spearman`s*) koreliacijos koeficientas.

Tyrimo rezultatų mokslinis reikšmingumas. Empirinis tyrimas atskleidė, kad visuomenės nariai sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumą dažniau vertina teigiamai. Vyrauja kritiškas požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, tačiau visuomenės narių nuomone neoficialūs mokėjimai turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, gali pagreitinti sunkiai prieinamų medicininių paslaugų gavimą. Informacijos apie apmokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir ribotu skaidrumo užtikrinimu, mažinančiais visuomenės narių pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis. Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema vertinamas vidutiniškai. Mokamų ir nemokamų paslaugų prieinamumas turi teigiamą poveikį aukštesnio lygio pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema.

Teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas skaidrumas gali būti didinamas: suformuojant bendrą sistemą, kurioje būtų aiškiai ir pagrįstai pateikta informacija apie tai, kokios nemokamos paslaugos priklauso pacientams ir informacija apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms; įgyvendinant aktyvias priemones didinant visuomenės narių švietimo galimybes ir skatinant jų įsitraukimą į antikorupcines veiklas sveikatos priežiūros sistemoje; gerinant nemokamų paslaugų, tyrimų ir procedūrų prieinamumą; tobulinant registracijos nemokamoms paslaugoms sistemą; griežtinant neoficialių mokėjimų praktiką sveikatos priežiūros įstaigose; sprendžiant sveikatos priežiūros specialistų trūkumo problemą.

Tyrimo rezultatų praktinis reikšmingumas. Atliktu empiriniu tyrimu nustatytos skaidrumo užtikrinimo problemas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas lemiančios priežastys. Empirinio tyrimo rezultatai yra naudingi magistro darbo autorei, visuomenės nariams, sveikatos priežiūros įstaigoms bei bendrai visai sveikatos priežiūros sistemai, formuojant pokyčius, susietus su skaidrumo didinimu, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Darbo struktūra. Magistro darbą sudaro santraukos (lietuvių ir anglų kalbomis), įvadas, teorinė, metodologinė ir empirinė dalys, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas ir priedai. Darbe pateiktos 33 lentelės ir 16 paveikslų. Literatūros sąrašą sudaro 129 mokslinės literatūros šaltiniai (iš jų 19 lietuvių kalba ir 110 anglų kalba), 21 teisės aktas, 14 kitų dokumentų ir informacijos šaltinių), 2 priedai. Darbo apimtis – 81 p. (be literatūros sąrašo ir priedų).

1. SKAIDRUMO UŽTIKRINIMO TEIKIANT MOKAMAS IR NEMOKAMAS MEDICININES PASLAUGAS TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Gero valdymo principai sveikatos priežiūros sistemoje

Viešasis valdymas yra vadybos mokslų subdisciplina, kurios kontekste domimasi viešaisiais veikėjais, jų struktūromis, įgyvendinamais procesais ir mechanizmais, turimais ištekliais, susijusiais su viešosios politikos kūrimu ir įgyvendinimu bei kolektyvinių problemų sprendimu (Wojciechowski et al., 2023). Viešasis valdymas yra pagrindinė sistema, kurioje vyriausybė ir viešosios organizacijos teikia paslaugas savo piliečiams (Konig et al., 2022). Atsižvelgiant į šių paslaugų teikimo paskirtį demokratinėse visuomenėse yra būtinas viešųjų institucijų skaidrumas. Išsivysčiusios ar besivystančios šalys vis dažniau pripažįsta, kad skaidrumas, apimantis laisvą prieigą prie informacijos bei sąžiningas paslaugų teikimas yra esminės demokratijos sąlygos, formuojančios visuomenės narių pasitikėjimą viešosiomis institucijomis, jų priimamais sprendimais bei pastarųjų įgyvendinimu (Androniceanu, 2021). Mokslinėje literatūroje *viešasis valdymas* apibrėžiamas kaip pastangos teikti viešąsias paslaugas, programas ir projektus, kurie būtų veiksmingi ir teisingi bendruomenei. Planavimo ir sprendimų priėmimo procesai yra du pagrindiniai aspektai įgyvendinant viešąjį valdymą (Rijal, 2023). Viešojo valdymo kontekste išskiriamos keturios pagrindinės teorinės ir metodologinės kryptys (Wojciechowski et al., 2023):

1. Politinė kryptis (valdžios naudojimas ir išteklių kontrolė viešųjų tikslų pasiekimui);
2. Teisinė kryptis (kolektyvinių veiksmų derinimo normos ir taisyklės);
3. Ekonomiškumo kryptis (visuomeninės veiklos efektyvumas ir rezultatyvumas);
4. Valdymo kryptis (viešųjų reikalų valdymo priemonės ir būdai).

Naujojoje viešųjų paslaugų paradigmoje pabrėžiama, kad piliečiai turi teisę dalyvauti kuriant jų poreikius atitinkančias viešųjų paslaugų programas, turi būti sudarytos sąlygos visuomenei dalyvauti viešajame valdyme, užtikrinti viešųjų paslaugų teikėjų vykdomos veiklos skaidrumą ir atskaitomybę (Benson et al., 2021). Gero viešojo valdymo tikslas yra užtikrinti efektyvų ir optimizuotą viešųjų paslaugų teikimą visuomenės nariams (Rijal, 2023). Skaidrumas yra vienas iš gero valdymo ramsčių, turintis reikšmingą įtaką institucijų elgsenos formavimuisi (Gholami et al., 2024).

Geras valdymas apima demokratiją, pagarba visoms žmogaus teisėms ir pagrindinėms laisvėms, įskaitant teisę į vystymąsi, skaidrų, atsakingą valdymą ir administravimą visuose visuomenės veiklos sektoriuose (Lukman, 2022), taip pat aktyvus pilietinės visuomenės dalyvavimas yra esminė būtinumo dalis socialinio ir į žmones orientuoto darnaus vystymosi realizavimo sąlyga (Pomeranz, Stedman, 2020). Tai yra procesas, įgalinantis matuoti viešųjų institucijų vykdomus veiksmus, procesus, garantuojančius žmogaus teisių įgyvendinimą, atsižvelgiant į teisinės valstybės principus (Lukman, 2022; Breeze, 2021). Geras valdymas reikalauja minimalios korupcijos, priimant valdymo politinius sprendimus atsižvelgiant į visuomenės narių interesus, turi atitikti dabartinius ir būsimus visuomenės poreikius, apimti piliečių dalyvavimą viešajame administravime (Herasymiuk et al., 2020). Geras viešasis valdymas yra pagrindinis veiksnys, lemiantis visuomenės pasitikėjimą išrinkta valdžia, kai yra užtikrinamas teisingas, tvarus ir efektyvus viešųjų paslaugų teikimas. Vadovaujantis gero viešojo valdymo principais valstybės institucijos užtikrina savo vykdomų veiksmų atskaitomybę, piliečiams yra prieinamos jiems reikiamos paslaugos, kurių teikimas užtikrinamas vadovaujantis skaidrumo, atsakomybės, atskaitomybės, teisingumo, įtraukumo principais (Wojciechowski et al., 2023). Konceptualizuojant gero viešojo valdymo reikšmę svarbu paminėti visuomenės informavimą apie tai, kas, kokiais būdais yra/ buvo įgyvendinta, kokie buvo pasiekimai, kokios klaidos identifikuotos ir kaip sprendžiami iššūkiai, su kuriais susiduriama teikiant viešąsias paslaugas. Akcentuotina ir tai, kad geras viešasis valdymas užtikrina ilgalaikį tvarų ekonominį ir socialinį vystymąsi, atliepia demokratinės santvarkos principus (Benson et al., 2021; Rijal et al., 2023). Visgi, nežiūrint į šiuos ypatumus, geras viešasis valdymas nuolatos

susiduria su įvairiais iššūkiais, t.y. korupcija, netinkamu išteklių paskirstymu ir/ar jų ribotumu, kas gali turėti neigiamą poveikį viešųjų paslaugų teikimui, jų prieinamumui ir kokybei. Jei kylantys iššūkiai nėra sprendžiami ar sprendžiami nepakankamai gali formuotis socialinės problemos, kaip antai nelygybė, skurdas, diskriminacija, kas apriboja teisingą viešųjų paslaugų pasiskirstymą, mažina visuomenės pasitikėjimą valdžia ir demokratija (Gholami et al., 2024; Konig et al., 2022). Taigi, gero valdymo principų įgyvendinimas yra neatsiejama viešojo ir privataus sektoriaus organizacijų dalis, nes būtent šių principų įgyvendinimas sudaro sąlygas užtikrinti atsakingą, efektyvų, teisėtą ir skaidrų organizacijų veikimą. Gero valdymo principai (žr. 1 lentelę) yra neatsiejama sėkmingos sveikatos priežiūros sistemos dalis.

1 lentelė

Gero valdymo principai

Principas	Apibūdinimas
Teisinė valstybė	Sąžininga teisinė sistema, veikianti pagal valstybėje priimtus nacionalinius teisės aktus, kurie yra taikomi kiekvienam, siekiant reguliuoti elgesį ir nešališkai vykdyti prisiimtas pareigas. Teisinėje valstybėje skiriamas dėmesys visapusiškai žmogaus teisių apsaugai.
Skaidrumas	Visuomenė turi turėti prieigą prie visos informacijos, duomenų ir faktų ir kt., išskyrus atvejus, kai tam tikros informacijos teikimą riboja įstatymai, kai tokia informacija gali turėti neigiamą tiesioginę įtaką žmonių interesams. Visa visuomenės nariams aktuali informacija turi būti pateikiama sąžiningai ir prieinama laiku, valdžios institucijos turi būti pasirengę išklaudyti ir priimti idėjas bei pasiūlymus.
Reagavimas	Demokratinėje valstybėje valdžios institucijos tarnauja žmonėms, atliepia jų interesus su didžiausiu dėmesiu ir rūpestingumu, veiksmingai įgyvendina ir atidžiai stebi vykstančius procesus, reaguoja į neigiamus procesus.
Orientacija į sutarimą (konsensusas)	Geras valdymas sujungia įvairius interesus, siekiant visapusiško ir optimalaus susitarimo tarp valdžios institucijų ir bendruomenės grupių.
Teisingumas ir įtrauktis	Geras valdymas turi prisidėti prie visuomenės gerovės, o tai reiškia, kad visi visuomenės nariai turi jaustis įtrauktas į dalyvavimą viešajame valdyme siekiant užtikrinti jų gerovę arba išlaikyti jų gerovę
Veiksmingumas ir efektyvumas	Viešosios veiklos valdymas ir teikiamos paslaugos turi sukurti rezultatus, atliepiančius visuomenės narių poreikius.
Atsakomybė	Visos valdžios institucijos, valstybės veikėjai ir privatus sektorius turi atsakyti už savo sprendimus ir veiksmus, mes jie gali turėti įtakos tiek viešosioms, tiek privačioms suinteresuotosioms, kolektyvinėms ar individualioms šalims. Dėl šios priežasties visi priimami sprendimai, atliekami veiksmai turi būti paaiškinami ir vykdomi atsakingai, paaiškinami, kad būtų išvengta teisės pažeidimų.
Dalyvavimas	Geras valdymas iš esmės yra dalyvavimas. Dalyvavimas vykdamas gerą valdymą reiškia, kad veikiamas teisingai ir užtikrinamas teigiamas visų vykdomų veiksmų, procesų poveikis visuomenės nariams.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Lukman, 2022, p. 3-4; Herasymuk et al., 2020, p. 546

Gero valdymo principai (žr. 1 lentelę) yra sąžininga teisinė sistema, orientacija į visuomenės narius, reagavimas į visuomenės poreikius, skaidrumo užtikrinimą, atsakomybę, dalyvavimas, veiksmingumas ir efektyvumas. Kiekvienas gero valdymo principas, jo užtikrinimas bei įgyvendinimas yra svarbus ir būtinas teikiant viešąsias paslaugas.

Apibendrinant, mokslininkų teorinėse įžvalgose akcentuojama, kad viešasis valdymas yra neatskiriama teisinės ir demokratinės valstybės funkcionavimo dalis. Geras viešasis valdymas, jo principų įgyvendinimas formuoja visuomenės pasitikėjimą vyriausybe, stiprina pačias valstybes, kuriose užtikrinamas socialinis ir ekonominis augimas, auga stipri visuomenė. Valstybėje veikiančios viešąsias paslaugas teikiančios institucijos veikia pagal skaidrumo, atsakomybės, atskaitomybės, teisingumo, tvarumo, efektyvumo ir veiksmingumo principus, kas turi teigiamą poveikį visos valstybės ir visuomenės augimui, abipusiam pasitikėjimui.

1.2. Skaidrumo sampratos kompleksiskumas

Skaidrumas, kaip socialinis reiškiny, yra plačiai analizuojamas įvairiuose socialiniuose kontekstuose, modeliuojamas įvairiose mokslinėse disciplinose. Skaidrumo principas yra viena svarbiausių gero viešojo valdymo indikacijų ir bruožų (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021),

laikomas bet kurios demokratijos pagrindais veikiančios sistemos principu, stiprinančiu pasitikėjimą, siejamu su atskaitomybe ir sprendimų priėmimo teisingumu (Volpato et al., 2023).

Skaidrumas (angl. *transparency*) – tai viešoji vertybė (Timofeyev et al., 2023), organizacijos/ įstaigos valdymo principas (Hussman, Cuadrado, 2022; Chen, Miraldo, 2022), prieiga prie atviros informacijos (Lindhout, Reniers, 2022; Whaley, Frakt 2022), atskaitomybės išraiška (Fukami, 2024). Tai yra viena kertinių ir kritinių gero valdymo sąlygų, esminis valdžios bei visuomenės galios mechanizmas (Matheus et al., 2021). Skaidrumo užtikrinimas yra siejamas su viešojo valdymo organizacijų veiklos atsakomybe, sąžiningumu, etikos normų ir vertybių laikymusi (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021). Skaidrumas gali padidinti atskaitomybę, o tai yra labai svarbu užtikrinant viešą informacijos prieinamumą (Paschke et al., 2018). Skaidrumas gali sumažinti korupcijos riziką, nes leidžia vertinti ir tikrinti viešojo sektoriaus subjektus ir jų sprendimus. Siekiant užtikrinti skaidrumą vyriausybės privalo aiškiai apibrėžti sveikatos priežiūros teikimo procesų taisykles ir rezultatus bei atskleisti bet kokius antrinius interesus, galinčius turėti įtakos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir politikos formuotojų sprendimams. Taigi, skaidrumas laikomas viena pagrindinių atskaitomybės ir korupcijos prevencijos sąlygų (Vian, 2020). Skaidrios organizacijos yra labiau atskaitingos pacientams, darbuotojams ir visuomenei. Prieiga prie skaidrių duomenų leidžia suinteresuotosioms šalims priimti pagrįstus sprendimus ir pasirinkti tą paslaugų teikėją, kuris bus suinteresuotas suteikti aukštos kokybės paslaugas, atitinkančias suinteresuotų asmenų poreikius ir/ar lūkesčius (Fukami, 2024). Taigi, skaidrumas yra į vartotoją orientuota savybė, įgalinanti vartotojus pasinaudoti savo teisėmis, rinktis ir priimti jiems palankiausius sprendimus renkantis paslaugas, jų teikėjus (Spagnuolo et al., 2020). Skaidrumas yra būtinas didinant socialinę atskaitomybę už vykdomą veiklą, priimamus sprendimus ir kt. (Gholami et al., 2024). Skaidrumas yra siejamas su atskaitomybe, t.y. procesu, kurio metu visuomenės nariams pateikiama informacija apie organizacijų/ įstaigų veiklą, priimtus sprendimus, vykdomus veiksmus, pasiektus rezultatus juos pristatant viešai ir prisiimant atsakomybę už jų netikslumą (Fukami, 2024; Lindhout, Reniers, 2022; Whaley, Frakt, 2022; Nejatian et al., 2024); sąžiningumu, t.y. etikos ir moralės principais, kurių turi būti laikomasi, kad būtų užtikrintas teisingas ir sąžiningas numatytų veiksmų vykdymas ir atsakomybės už juos prisiėmimas (Fukami, 2024; Hussman, Cuadrado, 2022; Orlauskas, Gruodytė, 2023); efektyvumu, t.y. procesu, kuriame matuojama, ar valstybės turimi ištekliai naudojami siekiant patenkinti visuomenės narių poreikius, panaudojant turimus išteklius taip, kad būtų pasiekti ir optimalūs rezultatai (Timofeyev et al., 2023; Nejatian et al., 2024; Fukami, 2024). Taigi, atskaitomybės, sąžiningumo, efektyvumo sampratos yra tiesiogiai susietos su viešųjų paslaugų teikimu ir jų skaidrumo užtikrinimu. Sąžiningi asmenys/ organizacijos yra atskaitingi, nepaperkami, prisiima atsakomybę už savo veiksmus, nepažeidžia moralinių ir etinių vertybių, kuriomis vadovaujasi.

Skaidrumo sampratos analizė yra itin aktuali sveikatos priežiūros sistemoje teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas (Chen, Miraldo, 2022). Skaidrumas reikalauja, kad piliečiai būtų informuojami apie jų teises ir pareigas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo sąlygas bei kaip ir kodėl priimami sprendimai (Hussman, Cuadrado, 2022). Toliau darbe pristatomos moksliniuose diskursuose apibrėžiamos skaidrumo sampratos (žr. 2 lentelę).

2 lentelė

Skaidrumo samprata

Šaltiniai	Sąvoka
Hussman, Cuadrado, 2022	Tai organizacijos/ įstaigos valdymo principas, įgalinantis atskleisti visą informaciją, kurios kontekste priimami pagrįsti veiklos sprendimai.
Ford et al., 2022	Tai veiksmas, kuriais užtikrinama, kad kiekvienas viešajame valdyme vykdomas veiksmas, priimamas sprendimas būtų pagrįstas ir paviešintas.
Lindhout, Reniers 2022	Tai informacijos pacientui teikimas apie tai, kokios medicininės paslaugos yra teikiamos nemokamai ir, už kokias paslaugas bei dėl kokių priežasčių reikės papildomai susimokėti.
Timofeyev et al., 2023	Tai viešoji vertybė, kuri reikalauja, kad visuomenės nariai būtų informuoti apie tai, kaip ir kodėl priimami sprendimai, pagal kokius kriterijus ir procedūras jie buvo priimti.

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Šaltiniai	Sąvoka
Martynenko, 2022	Tai esminis valdžios institucijų veiklos įgyvendinimo pagrindas.
Chauke, Thusi, 2023	Tai valdymo metodas, kuriame priimami sprendimai yra vieši ir atviri, prisiimama atsakomybė, užtikrinamas bendravimas su visuomenės nariais ir/ar kitais suinteresuotais asmenimis. Šis principas nukreiptas į visuomenės nariams aktualių ir teisingų sprendimų priėmimą, pagrįstą tikslia informacija.
Chen, Miraldo, 2022	Tai viešos, aiškiai apibrėžtos informacijos, reikalingos bendravimui ir bendradarbiavimui tarp pacientų ir sveikatos priežiūros įstaigos, sprendimų priėmimui, teikimas, leidžiantis užtikrinti didesnę medicininių paslaugų teikimo skaidrumą, reikalaujanti atviro dalinimosi informacija, kuria grindžiami klinikiniai sprendimai.
Kuntardjo et al., 2023	Tai procesas, kuriuo apibrėžiamas visuomenės nariams aktualios informacijos atskleidimas.
Matheus et al., 2021	Tai geresnė atskaitomybė, geras viešasis valdymas, geresnis sprendimų priėmimas, didesnis atvirumas ir mažesnis korupcijos lygis.
Whaley, Frakt, 2022	Tai organizacijų ir joje veikiančių asmenų atvirumas, atskleidžiant aiškiai, pacientams naudingą informaciją apie nemokamas ir mokamas medicinines paslaugas, jų teikimo tvarką.
Fukami, 2024	Tai organizacijos atskaitomybės dalis, kai informacija apie našumą, pasiektus rezultatus, medicininių paslaugų teikimą ir jų apmokėjimą yra viešai prieinama pacientams ir kitiems suinteresuotiems asmenims. Skaidriai veikiančios organizacijos skatina atvirumą ir komunikaciją.
Gholami et al., 2024	Tai nuostata, kuria vadovaujasi sveikatos priežiūros įstaigos viešai teikdamos informaciją pacientams ir kitiems suinteresuotiems asmenims.
Orlauskas, Gruodytė, 2023	Tai naudotinos informacijos viešas prieinamumas, apimantis gavėjų prieigą prie informacijos (įvykio skaidrumas) ir administracinius procesus, kurie vykdomi pagal visuomenės narių poreikius (proceso skaidrumas).
Paschke et al., 2018	Tai veiksnys, mažinantis korupcijos riziką, didinantis visuomenės pasitikėjimą valdžios institucijomis, gerinantis prieigą prie saugių ir kokybiškų paslaugų.
Vian, 2020	Tai viešoji vertybė, reikalaujanti, kad piliečiai būtų informuoti apie tai, kaip ir kodėl priimami sprendimai, įskaitant procedūras, vyriausybės sprendimų priėmėjų taikomus kriterijus, įrodymus, naudojamus priimančiam sprendimui, ir rezultatus.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis lentelėje nurodytais šaltiniais

Atlikus skaidrumo sampratų analizę (žr. 2 lentelę) galima teigti, kad skaidrumas apibūdina sveikatos priežiūros įstaigose atliekamų veiksmų ir pacientams teikiamos informacijos kokybę. Informacijos teikimas leidžia pacientams priimti pagrįstus sprendimus dėl medicininių paslaugų pasirinkimo. Informacijos teikimas yra susietas su mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimu, kai pacientams yra aiškiai, suprantamai ir tinkamai paaiškinama už ką, kiek ir kodėl jie turi mokėti, norėdami gauti tam tikras medicinines paslaugas.

Skaidrumą analizuojantys mokslininkai, atsižvelgdami į nagrinėjamos srities kontekstą ir mokslinę kryptį, šį principą apibrėžia nevienareikšmiškai. Skaidrumas yra viešoji vertybė, reikalaujanti, kad piliečiai būtų informuoti apie tai, kaip ir kodėl priimami sprendimai, įskaitant procedūras, kriterijus, kuriuos taiko sprendimus priimančias asmenys, įrodymus, naudojamus priimančiam sprendimui ir tokių sprendimų rezultatus (Timofeyev et al., 2023). Skaidrumas yra pagrindinis principas, kuriuo grindžiamas bet kokių viešųjų veiksmų ir/ar procesų patikimumas (Ford et al., 2022), geresnė atskaitomybė, geras viešasis valdymas, geresnis sprendimų priėmimas, mažesnis korupcijos lygis, didesnis atvirumas, piliečių įsitraukimo ir pasitikėjimo valdžia didinimas (Matheus et al., 2021; Chauke, Thusi, 2023). Skaidrumas apima pagrindinius veiksnys, nustatant įrodymais pagrįstos informacijos teikimą, aiškiai apibrėžiant tų įrodymų kokybę, įvertinant pacientų vertybes ir realius poreikius bei tiksliai apibrėžiant mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimą (Chen, Miraldo, 2022). Skaidrumas dažnai tapatinamas su atvirumu. Skaidrumas apibrėžiamas kaip savaime suprantamas ir konkretus veiksnys, o atvirumas apibrėžiamas kaip ne tik informacijos atskleidimas, bet ir dalyvavimas viešajame valdyme. Skaidrumas taip pat reikalauja atsakomybės, sąžiningumo bei atvirumo užtikrinimo (Kuntardjo et al., 2023). Skaidrumui būdingas valdžios institucijų, organizacijų ir jose veikiančių asmenų atvirumas atskleidžiant informaciją, taisykles, planus, procesus ir veiksmus (Gholami et al., 2024). Taigi, sąžiningumas ir atvirumas yra sudedamoji skaidrumo principo dalis, užtikrinanti, kad viešasis sektorius visada veiktų visuomenės interesų naudai (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021).

Valdžios institucijų veiklos skaidrumas yra vienas iš būtinų gero valdymo komponentų demokratinėse valstybėse (Martynenko, 2022), todėl jose veikiančios organizacijos, administracinės struktūros ir bendruomenės turi būti kuo atviresnės ir sąžiningesnės (Chauke, Thusi, 2023). Tuo tarpu skaidrumo trūkumas gali padidinti viešųjų organizacijų pažeidžiamumą dėl korupcijos visose sveikatos sistemų grandyse – žmogiškieji ištekliai, pirkimai ir pardavimai, finansinių išteklių panaudojimas, paslaugų ir informacijos teikimas, valdymas (Gholami et al., 2024). Skaidrumas gali atskleisti korupcijos riziką ir neefektyvumo sritis, kurių galima išvengti. Demokratinėse teisinėse valstybėse skaidrumas sukuria pasitikėjimą, kas lemia mažesnę korupcijos lygį sveikatos priežiūros srityje (Gholami et al., 2024; Orlauskas, Gruodytė, 2023). Kaip pažymi Timofeyev et al. (2023), sveikatos priežiūros kontekste skaidrumas dažniausiai siejamas su prieiga prie aktualios informacijos, t.y. gyventojų medicininės priežiūros teikimo sąlygų skaidrumas, sveikatos priežiūros įstaigų taisyklės dėl išteklių paskirstymo sveikatos priežiūros sistemoje skaidrumas ir sveikatos priežiūros sistemos rezultatų skaidrumas. Taigi, skaidrumas moksliniuose diskursuose yra apibrėžiamas kaip vertybė, kuri sudaro sąlygas visuomenės nariams gauti reikiamas medicininės paslaugas, informaciją, susietą su jų apmokėjimo tikslingumu ir poreikiu. Organizacijos, kurių veiklos pagrindas skaidrumas yra atviros visuomenei, atskaitingos, veikia sąžiningai, didina savo veiklos efektyvumą visuotinai priimtinais teisingumą užtikrinančiais veiksmais.

Fukami (2024) teigė, kad kai informacija apie veiklą ir rezultatus yra lengvai prieinama, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir administratoriai yra labiau atsakingi už savo veiksmus ir sprendimus. Tai rodo, kad sveikatos priežiūros organizacijų skaidrumas vaidina lemiamą vaidmenį skatinant geresnę atskaitomybę. Skaidrios organizacijos skatina atvirą bendravimą, kai informacija apie veiklos rezultatus, rezultatus ir sprendimų priėmimo procesus yra lengvai prieinama, tai palengvina aiškų ir sąžiningą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, personalo, pacientų ir visuomenės bendravimą. Pacientai gali rinktis pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklą ir rezultatus, o administratoriai gali naudoti duomenis, kad priimtų įrodymais pagrįstus sprendimus organizacijos naudai. Skaidrus našumo rodiklių ataskaitų teikimas leidžia nuolat stebėti. Spagnuelo et al. (2020) pažymėjo, kad skaidrumas yra būtinas didinant socialinę atskaitomybę, užtikrinant antikorporcinių intervencijų įgyvendinimą. Gholami et al. (2024) akcentavo, kad viešųjų paslaugų teikimas turi būti susietas su holistine perspektyva, t.y. atsižvelgiant į visus gero valdymo aspektus sveikatos priežiūros ir kitų viešųjų paslaugų srityse, siekiant teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir pagerinti piliečių gerovę prasmingai įgyvendinant visuotinę sveikatos apsaugą.

Taigi, skaidrumas – tai organizacijų ir joje veikiančių asmenų atvirumas, atskleidžiant aiškia, pacientams naudingą informaciją apie nemokamas ir mokamas medicininės paslaugas. Apibendrinant moksliniuose šaltiniuose apibrėžtą skaidrumo sampratą akcentuotina, kad ši samprata apima tris pagrindinius aspektus, t.y. dalijimasis informacija, aiškumas ir tikslumas. Skaidrumo principą sudarantys elementai atskaitomybė, atvirumas, sąžiningumas, efektyvumas yra labai svarbūs siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros sistemos veiklos vientisumą ir atgrasyti nuo korupcijos. Tai principas, nukreiptas į visuotinės gerovės kūrimą, visuomenės narių pasitikėjimo didinimą. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, kad viešojo valdymo kontekste skaidrumas įgalina sukurti efektyviai veikiančią viešąją valdymo sistemą. Neatskiriamai nuo šios sistemos veikiančiame sveikatos priežiūros sektoriuje turi būti užtikrintas skaidrumo principo įgyvendinimas.

1.3. Sveikatos priežiūros sistema

1.3.1. Medicininių paslaugų sampratos kompleksiskumas

Žmogaus gyvybė ir sveikata yra fundamentalios vertybės, sudarančios sąlygas asmens, bendruomenės ir valstybės gerovės vystymuisi (Švedas, Gutauskas, 2022). Žmogaus sveikatos priežiūra užtikrinama tikslingai ir laiku teikiant medicininės paslaugas (Han et al., 2022; Kuntardjo et al., 2023; Whaley, Frakt, 2022). Todėl sveikatos priežiūros sistemoje teikiamos medicininės paslaugos daro įtaką ne tik visuomenės narių sveikatos gerovei, pacientų sveikatos rezultatams, bet ir visuomenės narių pasitenkinimui valstybės rūpesčiu jais bei turi reikšmingą poveikį bendram valstybėje veikiančios sveikatos sistemos tvarumui (Khalili, 2024). Atliekant skaidrumo

užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas teorinę analizę, darbe apibrėžiamos medicininės paslaugos (žr. 3 lentelę) ir nemokamos medicinos pagalbos sampratos (žr. 3 lentelę).

3 lentelė

Medicininės paslaugos samprata

Šaltiniai	Samprata
Hussman, Cuadrado, 2022	Tai formalios priemonės ir sistemos, sukurtos siekiant teikti sveikatos priežiūrą apibrėžtomis gyventojų grupėms, įtraukiant įvairius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemų dalyvius ir komponentus.
Nejatian et al., 2024	Tai veiksmai, kuriais siekiama užtikrinti gerus visuomenės narių sveikatos rodiklius.
Fukami, 2024	Tai bet kokios medicininės paslaugos, kurios medicininio požiūriu yra būtinos visuomenės narių sveikatos apsaugojimui, gyvybės išgelbėjimui, prevencijai ir kt.
Whaley, Frakt, 2022	Tai bet kokios medicinos ar kitos su sveikatos priežiūra susijusios paslaugos, kurios teikiamos visuomenės nariams gerinant jų sveikatos rodiklius.
Futrell, 2022	Tai paslaugos teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose, rūpinantis sutrikusia asmens sveikata ir/arba atliekant prevencinius veiksmus, siekiant apsaugoti visuomenės narius nuo sergamumo infekcinėmis, lėtinėmis ir kt. ligomis.
Rodriguez et al., 2021	Tai veiksmingos ir prieinamos paslaugos, kai taikant tikslinius gydymo metodus saugoma – žmogaus sveikata ir/ar gyvybė.
Valstybės kontrolė, 2018	Tai įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis lentelėje nurodytais šaltiniais

Medicininės paslaugos (žr. 3 lentelę) yra apibrėžiamos kaip priemonės ir veiksmai, kurie yra būtini apsaugant visuomenės narių sveikatą, gelbėjant gyvybes. Naudotis medicininėmis paslaugomis turi teisę visi visuomenės nariai. Brinzac et al. (2023) pažymi, kad medicininės paslaugos samprata apima tokius elementus: ekonominis prieinamumas, sveikatos priežiūros išteklių pasiūla, sveikatos paslaugų poreikis, paklausa ir pasiūla, paslaugų laukimo laikas, kokybė, nepriklausomybė nuo socialinių kultūrinių ir finansinių kliūčių norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

Teikiant medicininės paslaugas turi būti užtikrintas veiksmingumas, kuris grindžiamas mokslinėmis žiniomis ir pagerina pacientų sveikatos būklę. Medicininės paslaugos teikiamos visiems, kam tai gali būti naudinga, o neteikiama tiems, kuriems jų nereikia (Timofeyev et al., 2023). Mokslinėje literatūroje pateikiama ir nereikalingų medicininės paslaugos definicija. Tai yra perteklinis sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, kuris gali būti žalingas, menkavertis, nepakankamas ir netinkamas. Nereikalingų medicininės intervencijų naudojimas yra rimta problema turinti neigiamų pasekmių, įskaitant šalutinį poveikį, dideles išlaidas, laiko švaistymą ir pacientų poreikių ignoravimą (Derakhshan et al., 2023).

Mokamos ir nemokamos medicininės paslaugos (žr. 4 lentelę) yra esminė sveikatos apsaugos sistemos dalis (Zhang et al., 2020; Brakebill et al., 2022; Chartock et al., 2023; Gholami et al., 2024). Tai valstybės finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurias užtikrina privalomojo sveikatos draudimo (PSD) sistema (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024). Todėl šiame turi būti užtikrintos sąlygos visiems visuomenės nariams gauti būtinąsias neapmokamas medicininės paslaugas reikalingas jų sveikatos ir gyvybės išsaugojimui.

4 lentelė

Nemokamos medicinos pagalbos samprata

Šaltiniai	Samprata
Taminskaitė-Kočiūnė, 2023	Tai medicininės paslaugos teikimas valstybinėse ir/ar viešose sveikatos priežiūros įstaigose. Kai pagalba dėl tam tikrų aplinkybių negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose, ji gali būti teikiama ir kitose kokybiškai ir saugiai ją suteikti pajėgiose sveikatos priežiūros įstaigose, o jų patiriamos šios pagalbos teikimo išlaidos turi būti apmokamos iš valstybės biudžeto lėšų.
Brinzac et al., 2023	Tai paslaugos, kurių teikimas užtikrina visuomenės narių sveikatos priežiūros poreikius, nepriklausomai nuo asmens finansinių galimybių už jas sumokėti.

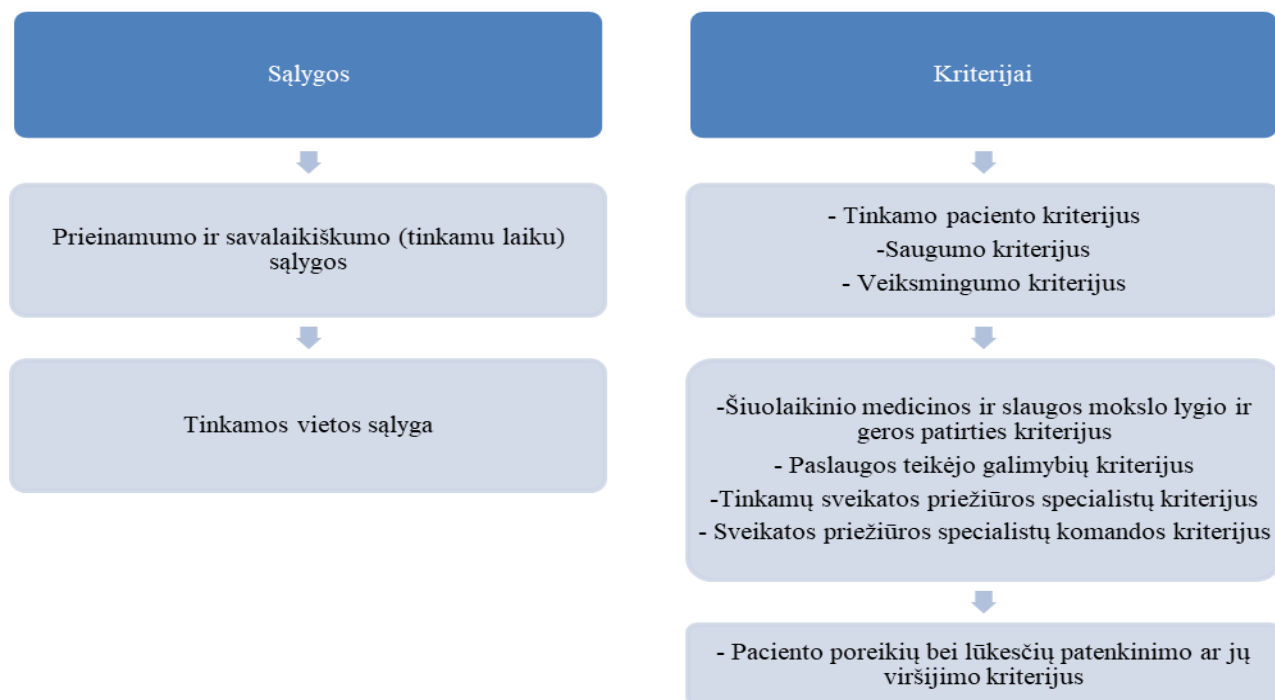
4 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Šaltiniai	Samprata
Birmontas, 2013	Tai visa valstybės laiduojama medicinos pagalba, kuri turėtų būti teikiama nemokamai, t.y. tokios medicinos pagalbos teikimas yra finansuojamas valstybės biudžeto lėšomis.
Špokienė, 2013	Tai tos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias jų gavėjai tiesiogiai nemoka sveikatos priežiūros įstaigoms, o jos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis lentelėje nurodytais šaltiniais

Nemokama medicinos pagalba (žr. 4 lentelę) yra teikiama visiems visuomenės nariams, nepriklausomai nuo jų demografinės charakteristikos. Iš pačios nemokamos medicinos pagalbos sampratos išplaukia tai, kad šios paslaugos iš esmės niekada nėra nemokamos, nes jos yra apmokamos iš valstybės biudžeto ir/ar kitų šaltinių (pvz. papildomas draudimas). Visgi, nemokamos medicinos pagalbos paskirtis yra visuomenės narių sveikatos priežiūra ir gyvybės išsaugojimas užtikrinant, kad, nepriklausomai nuo jokių kitų veiksnių, žmogui bus suteikta reikiama pagalba susirgus ir/ar atsitikus nenumatytiems, nelaimingiems atvejams.

Nepriklausomai nuo teikiamų medicininių paslaugų tipo, susieto su jų ekonomiškumo principu (Rodriguez et al., 2021), teikiamos mokamos ir nemokamos medicininės paslaugos turi atitikti nacionalinius standartus, būti saugios, veiksmingos ir kokybiškos, užtikrintas teikiamų paslaugų tvarumas panaudojant turimus išteklius (Jiang et al., 2024). Teikiamų paslaugų kokybė turi būti orientuota į pacientą (Beliūnienė, 2018), atitikti pacientų poreikius ir lūkesčius (Endeshaw, 2021; Futrell, 2022; Rodriguez et al., 2021). Pačias medicininių paslaugų kokybės ypatybes neapčiuopiamumą, nevienalytiškumą ir vienalaikiškumą sunku apibrėžti ir išmatuoti (Endeshaw, 2021), kas lemia poreikį numatyti mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų kokybės sąlygas ir kriterijus (žr. 1 pav.) (Beliūnienė, 2018). Kaip pažymi Timofeyev et al. (2023), mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų kokybė yra susieta su paslaugų teikimu tokiu būdu, kurį taikant maksimaliai išnaudojami turimi ištekliai, išvengiama nereikalingo resursų (įranga, priemonės, medikamentai ir kt.) švaistymo, tuo pačiu užtikrinant geriausią įmanomą rezultatą išsaugant paciento sveikatą.



1 pav. Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo kokybės sąlygos ir kriterijai

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Beliūnienė, 2018, p. 102

Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimas yra siejamas su dviem pagrindinėmis sąlygomis (žr. 1 pav.), apimančių pacientui reikiamų paslaugų teikimą tinkamoje vietoje „čia ir dabar“. Šios sąlygos yra glaudžiai susietos su paslaugų teikimo kriterijais, kurie turi užtikrinti, kad bus patenkinti realūs paciento poreikiai, o teikiant medicininės paslaugas bus užtikrintas jų veiksmingumas ir paciento saugumas, suderintas su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo turimomis galimybėmis. Teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, atitinkančias paslaugų kokybės sąlygas ir kriterijus yra pasiekiamas tikslinis paciento poreikių ir lūkesčių patenkinimas.

Nemokamos paslaugos yra tos, kurios turi būti teikiamos visuomenės nariams pagal poreikius su tikslu gerinti ir/ar išsaugoti jų sveikatą (Martin et al., 2023; Khalili, 2024). Už šias paslaugas pacientas tiesiogiai nemoka, tačiau jos yra apmokamos iš valstybės biudžeto lėšų (de Soysa, Vadlamannati, 2021; Jiang et al., 2023). Skaidrumas yra glaudžiai susietas su mokamų ir nemokamų paslaugų teikimu sveikatos priežiūros įstaigose (Maleki et al., 2024; Seide et al., 2025; Whaley et al., 2024). Nemokamos medicininės paslaugos yra labai svarbios visuomenės nariams, ypač tiems, kurie yra pažeidžiamose socialinėse grupėse. Visgi, teikiant nemokamas medicininės paslaugas susiduriama su įvairiomis problemomis, kurios apima šioje sistemoje veikiančius veikėjus, įgyvendinamus procesus, politinius sprendimus (žr. 5 lentelę).

5 lentelė

Problemų, kylančių teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas

Probleminė sritis	Veikėjai	Procesai	Politiniai trūkumai
Paslaugų teikimas	Bendruomenės nariai, pacientai	• Ilgas paslaugų laukimo laikas • Nepakankamas gydymas • Trūksta reikiamų paslaugų • Infekcijos kontrolės nesilaikymas teikiant paslaugas • Neigiamas darbuotojų požiūris • Nepasitenkinimas gaunamų paslaugų kokybe	Neįgyvendinti pagrindiniai standartai, kontrolės, stebėsenos, vertinimo trūkumas, ribotas sprendimų priėmimas
Žmogiškieji ištekliai	Darbuotojai	• Kritinis darbuotojų trūkumas • Kvalifikuotų darbuotojų trūkumas • Nepasitenkinimas darbo sąlygomis • Motyvacijos ribotumas • Prasti veiklos rezultatai	Neužtikrinamos motyvuojančios darbo sąlygos: darbo krūviai, darbuotojų kaita, vyraujantis neigiamas mikroklimatas, politinės valios trūkumas
Informacijos sklaida	Pacientai, personalas, institucijos	• Ribota nepakankama komunikacija tarp šalių • Naudojamos nepatikimos informacinės sistemos • Neefektyviai veikianti prieiga prie reikiamų paslaugų (e-paslaugos) • Nėra grįžtamojo ryšio • Visuomenei trūksta informacijos apie įstaigų veiklą- atskaitomybę, skaidrumą, efektyvumą, pasiektus rezultatus ir kt.	Ribotas informacijos valdymas, nepakankama informacinių technologijų vystymo politika
Vaistai, produktai ir įranga	Pacientai, personalas, institucijos	• Reikiamų priemonių (vaistų, įrangos ir kt. trūkumas) • Pirkimų procesai neefektyvūs • Ribotos atsargos • Ne visiems pacientams prieinamos priemonės • Ne visoms įstaigoms prieinama reikiama įranga, priemonės • Inovatyvių sprendimų trūkumas • Atsargų užsakymai nesuderinti su naudojimu • Nėra atsargų sekimo sistemos	Silpna tiekimo grandinės valdymo politika, nepakankamas sąnaudų stebėjimas, neaiškus gaunamų lėšų/ dotacijų paskirstymas, skirtumai tarp didžiųjų ir mažųjų medicininių paslaugų teikėjų (miestai, kaimiškos vietovės)
Finansiniai ištekliai	Pacientai, personalas, institucijos	• Neefektyvus finansinių išteklių paskirstymas • Į biudžetą neįtrauktos prioritetinės programos • Pirmenybė teikiama valstybės nefinansuojamoms mandatams • Disponavimas neteisėtomis lėšomis • Ribota finansinės atskaitomybė	Silpna finansų valdymo politika, delegavimas ir praktika
Lyderystė, valdymas	Personalas, institucijos	• Nėra biudžeto prioritetų • Silpna veiklos vykdymo stebėseną • Nėra politikos ir procedūrų koordinavimo • Atskaitomybės trūkumas • Vadovavimo problemos • Ribotas žmogiškųjų išteklių sutelktumas • Lyderystės problemos	Prastas pasekmių valdymas, silpna veiklos vykdymo politika ir koordinavimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Malakaone et al., 2022, p. 6

Sveikatos priežiūros sistemoje tiek teikiant mokamas, tiek nemokamas paslaugas susiduriama su įvairiais iššūkiais – problemomis (žr. 5 lentelę), ribojančiomis mokamų ir nemokamų paslaugų teikimą visuomenės nariams, keliančiomis sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių žmogiškųjų išteklių nepasitenkinimą, kas savalaikiai trikdo bendrą sveikatos priežiūros veikimą. Atsižvelgiant į tai, šioje sistemoje kylančių problemų sprendimas turi būti visuotinis. Atskirose medicininės paslaugas teikiančiose organizacijose (ir kitose viešąsias paslaugas teikiančiose institucijose, organizacijose ir kt.) turi dalyvauti politinė visuma, kuri užtikrintų, kad būtų priimami aktyvūs sprendimai, turintys teigiamą poveikį ilgalaikiam, tvariam, skaidriam ir efektyviam sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimui.

Nemokamos medicininės paslaugos gali būti vienintelis pirminės sveikatos priežiūros šaltinis socialiai ir ekonominiu požiūriu nepalankioje padėtyje esantiems asmenims, neturintiems sveikatos draudimo (Davidian, Bloom, 2024; Jiang et al., 2024). Fukami (2024) teigimu skaidrumas yra būtinas sveikatos priežiūros sistemoje, kad būtų užtikrintas reikiamų mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų prieinamumas visiems visuomenės nariams, nepriklausomai nuo jų finansinių galimybių ir demografinių charakteristikų. Visgi, anot Ogurcovos ir kt. (2023), dauguma nemokamų paslaugų dažnai yra ribotos tam tikrame kontekste, t.y. ekonominis (finansinis) prieinamumas, kai pacientai turi galimybę gauti nemokamas medicininės paslaugas ir/arba prireikus tam tikras su paslaugomis susietas išlaidas jie turi padengti iš savo asmeninių lėšų.

Teikiant medicinos paslaugas kyla skaidrumo užtikrinimo problema. Nesant skaidrumo ribojama prieiga prie informacijos, dėl kurios pacientai patiria nelygybę, diskriminaciją ir yra paveikiami įvairių rizikų. Ši problema taip pat turi poveikį ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (Alizadeh et al., 2025). Turint ribotą prieigą prie informacijos, pacientai ir sveikatos priežiūros specialistai negali tinkamai įvertinti sveikatai kylančios rizikos ir problemų bei jų išvengti (Rao et al., 2022). Tai lemia sumažėjusią atskaitomybę, kai dėl informacijos skaidrumo trūkumo gali sumažėti organizacijų ir pareigūnų atskaitomybė už visuomenės problemas ir poreikius (Leiva, Castro, 2025). Teikiant medicinos paslaugas susiduriama su skaidrumo trūkumu apskaitant medicinos paslaugų ir produktų sąnaudas, kainas, teikiamų paslaugų kokybę ir jų veiksmingumą, kas didina korupcijos riziką, sąnaudas ir neigiamai veikia pasiekiamus rezultatus. Tapačiai susiduriama su problema, kad dėl informacijos skaidrumo didėja sveikatos priežiūros išlaidos. Tokia situacija didina netikrumą tiek pacientų, tiek sveikatos priežiūros teikėjų tarpe (Alizadeh et al., 2025). Be to, dėl skaidrumo, o tuo pačiu ir atskaitomybės trūkumo, susiformuoja sąlygos korupcijos vystymuisi, ribojamos lygios galimybės visuomenės nariams gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir finansinę apsaugą (Tian, 2020). Pasak Paschke et al. (2018), dėl skaidrumo trūkumo bent pusė pasaulio gyventojų vis dar neturi galimybės naudotis kokybiškomis būtiniausiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kaip antai gauti reikiamų medikamentų, būtinų tyrimų ir kt. Tam pritaria Tian (2020). Mokslininko teigimu skaidrumo užtikrinimo neįgyvendinimas didina korupciją, ko pasekoje visuomenės nariai yra mažiau patenkinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Apskaičiuota, kad dėl skaidrumo trūkumo šalyse, kuriose yra aukštesnis korupcijos lygis, vyrauja didesnis kūdikių, vaikų ir motinų mirtingumas, stebimi prasti suaugusiųjų sveikatos rodikliai. Atlikę tyrimą Alizadeh et al. (2025) išskyrė skaidrumo trūkumo problemas teikiant medicinos paslaugas ir jų pasekmes, t.y. sumažėjusi prieiga prie informacijos, suprastėjusi paslaugų kokybė, padidėjusi korupcija, sumažėjęs visuomenės pasitikėjimas, neefektyvus sprendimų priėmimas; privatumo apsaugos ribojimai, nepakankama prieiga prie reikiamų išteklių. Mokslininkai (Leiva, Castro, 2025; Alizadeh et al., 2025) akcentuoja, kad teikiant medicinos paslaugas kylančios skaidrumo principo įgyvendinimo problemos apriboja pacientų prieigą prie aiškos informacijos apie paslaugų prieinamumą, kokybę, kainas, pacientai neturi informacijos apie gydymo procesus ir jų rezultatus, lieka neaiškūs priimamų sprendimų, eilių sudarymo, paslaugų finansavimo mechanizmai, kas didina korupcijos riziką, nepotizmą, neteisingą paslaugų paskirstymą ir sumažina pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros apsaugos sistema.

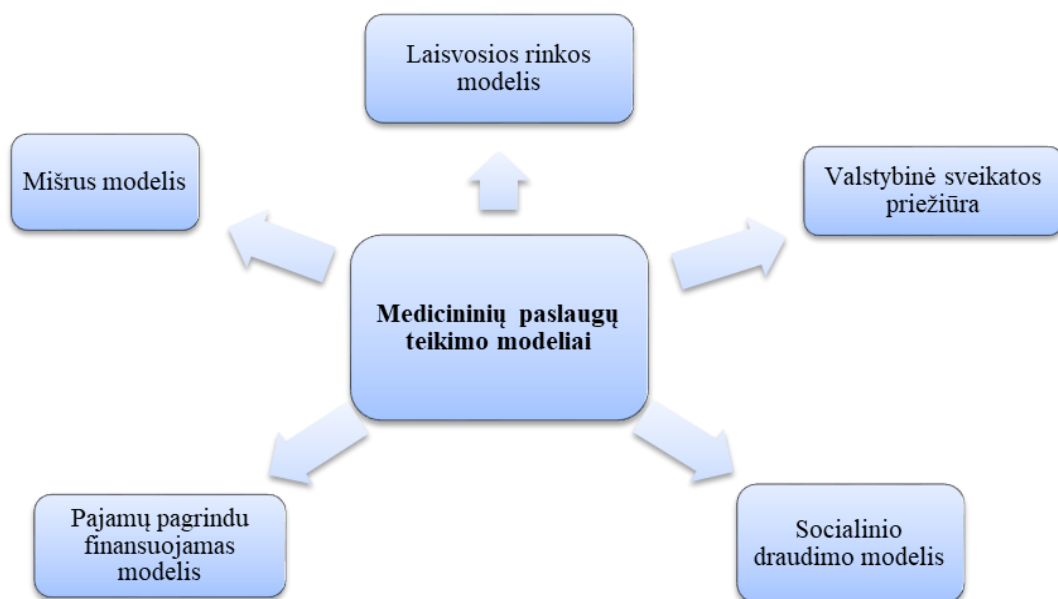
Mokslinės literatūros analizė leido identifikuoti medicininių paslaugų ir nemokamos medicinos pagalbos sampratas. Šių sampratų analizė atskleidė, kad medicininių paslaugų tikslas – apsaugoti

žmogaus sveikatą ir/ar išsaugoti gyvybę. Nepriklausomai nuo paciento demografinių charakteristikų turi būti suteikiamos kokybiškos apmokamos ir neapmokamos paslaugos, pagrįstos būtinosiomis kokybės sąlygomis ir paslaugų teikimo kriterijais. Teikiamos neapmokamos medicininės paslaugos yra lydimos įvairių problemų. Pastarosios yra identifikuojamos paslaugų teikimo procese, žmogiškųjų išteklių srityje, komunikacijos procese, reikiamų medicininių išteklių ribojimai, finansavimo klausimai, valdymas ir lyderystė.

1.3.2. Medicininių paslaugų teikimo modeliai

Medicininių paslaugų teikimas vykdomas pagal modelius, kurie yra susieti su skaidrumo aspektu. Atsižvelgiant į tai, kiekvienas pristatomas medicininių paslaugų teikimo modelis turi būti grindžiamas ne tik teoriniais principais, bet ir atskaitomybe, leidžiančia užtikrinti sveikatos priežiūros sistemos skaidrumą. Šiame poskyryje pristatomi medicininių paslaugų teikimo modeliai bei aptariamas kiekvieno jų skaidrumo principo įgyvendinimo aspektas.

Gyventojų senėjimas, kintantys visuomenės sveikatos narių sveikatos priežiūros poreikiai, didėjantis lėtinių ligų atvejų dažnis skatina vis didesnę dėmesį skirti medicininių paslaugų teikimo modeliams, teikiant pirmenybę pacientams laiku gauti efektyvias ir ekonomiškai paslaugas (Roberts et al., 2023; Aljohani, Bugis, 2024). Teikiant kokybiškas paslaugas į medicininių paslaugų teikimo modelius turi būti integruoti veiksmingi paslaugų organizavimo, teikimo, vykdymo procesai, įvertinti visuomenės narių socialiniai poreikiai, užtikrintos tinkamos klinikinės sąlygos paslaugų teikimui ir jų gerinimui, užtikrintas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, įrodymais pagrįstos medicininių paslaugų teikimo priežiūros procesų įgyvendinimas (Mackwood et al., 2025). Toliau darbe išskiriami ir aptariami keli pagrindiniai medicininių paslaugų teikimo modeliai (žr. 2 pav.)



2 pav. Medicininių paslaugų teikimo modeliai

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal atliktą medicininių paslaugų teikimo modelių analizę

Darbe išskirti pagrindiniai valstybėse įdiegti medicininių paslaugų teikimo modeliai (žr. 2 pav.), kurių kiekvienas pasižymi savo sistema, struktūra, privalumais bei trūkumais.

Kiekviena valstybė pasirenka tokį medicininių paslaugų teikimo modelį, kuris jai yra priimtinausias (organizavimas, finansavimas, koordinavimas, kontrolė, paslaugų prieinamumas, paslaugų apmokėjimo aspektai ir kt.) (de Soysa, Vadlamannati, 2021; Cuevas et al., 2023; Barron et al., 2023). Nežiūrint į tai, koks medicininių paslaugų teikimo modelis pasirenkamas, šios paslaugos turi būti orientuotos į pacientų priežiūros koordinavimą ir valdymą, atitinkamą finansinių resursų

delegavimą, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų prieinamos visiems visuomenės nariams. Paminėtina ir tai, kad valstybėje taikomas medicininių paslaugų teikimo modelis turi būti pagrįstas tuo, jog būtų sumažintos išlaidos ir pagerinti pacientų sveikatos rezultatai (Singh et al., 2024). Visgi, analizuojant atskirus medicininių paslaugų modelių identifikuojami jų panašumai ir skirtumai atskleidė, kad atitinkamų modelių veiksmingumas yra prieštaringas, kai tam tikrų paslaugų teikimas atskiroms visuomenės narių dalims išlieka ribotas dėl šių paslaugų finansavimo aspektų. Toliau darbe aptariamas kiekvienas išskirtas medicininių paslaugų teikimo modelis.

Laisvosios rinkos modelis. Tai modelis, kuris apibrėžia privačią sveikatos priežiūros sistemą. Šio modelio taikymo pagrindas – medicininių paslaugų teikimo perdavimas privatiems juridiniams asmenims. Daugelis nacionalinių sveikatos priežiūros paslaugų buvo pradėtos privatizuoti nuo devintojo dešimtmečio tikintis, kad į valstybinę sveikatos priežiūros sistemą įsitraukęs privatus sektorius gali pagerinti medicininių paslaugų priežiūros kokybę (Goodair, Reeves, 2024). Šiame modelyje išlieka ir valstybės finansuojamos medicinos paslaugos, bet jų teikimas deleguojamas privačioms organizacijoms pagal sudarytas paslaugų teikimo sutartis. Šis modelis atrodo patrauklus ir yra ganėtinai populiarus. Tačiau esminis šios sistemos trūkumas, kai privatiems paslaugų teikimo subjektams yra paliekama tam tikra pasirinkimo laisvė nustatyti paslaugų teikimo įkainius, kurių tik dalis yra dengiama iš valstybės biudžeto, kas sudaro sąlygas piktnaudžiavimui (Malakaone et al., 2022; Gholami et al., 2024). Visgi, medicininių paslaugų perdavimas privatiems verslo subjektams yra neatskiriamas nuo jų finansinės atskaitomybės teikimo, kas turi sudaryti sąlygas pacientų gerovės užtikrinimui, naujovių paieškom, nereikalingos biurokratijos panaikinimui (Han et al., 2022). Paminėtina ir tai, kad vyraujant šiam medicininių paslaugų teikimo modeliui gali būti apribota tolygi prieiga prie reikalingų ir kokybiškų medicininių paslaugų skurdesniems visuomenės narių sluoksniams, nes tik didesnes pajamas generuojantys visuomenės nariai gali pasinaudoti mokamomis paslaugomis (de Soysa, Vadlamannati, 2021). Manoma, kad pelno motyvai privatiems sveikatos priežiūros sistemoje veikiantiems subjektams suteikia konkurencinį pranašumą prieš viešąjį sektorių, kurį dažnai riboja griežta kultūra, reglamentai ir ribotos paskatos diegti naujoves. Atsižvelgiant į tai, privačiame sektoriuje veikiantys medicininių paslaugų teikėjai tarpusavyje konkuruoja gerindami bendrą sveikatos sistemos našumą, nes visi paslaugų teikėjai siekia gauti pajamas ir iš valdžios biudžeto už visuomenės nariams teikiamas medicininės paslaugas, todėl yra suinteresuoti pritraukti daugiau pacientų ir suteikti jiems kokybiškesnes paslaugas (Goodair, Reeves, 2024). Šis medicininių paslaugų teikimo modelis yra neigiamai vertinamas dėl sudėtingos struktūros, nepakankamos teikiamų paslaugų kokybės, nepakankamo lygybės principo įgyvendinimo (Khalili, 2024).

Valstybinės sveikatos priežiūros modelis. Tai modelis, kuris grindžiamas universaliu sveikatos draudimu, kai medicininių paslaugų finansavimas vykdomas per mokestinę sistemą. Taikant šį modelį yra užtikrinamas medicininių paslaugų teikimas visiems visuomenės nariams, t.y. kiekvienas visuomenės narys gali gauti reikiamas medicininės paslaugas be papildomų mokėjimų už jas (Cuevas et al., 2023). Pagrindinis šio modelio privalumas yra medicininių paslaugų prieinamumas per valstybėje struktūruotą šių paslaugų finansavimo sistemą. Šis modelis užtikrina lygybės principą visiems visuomenės nariams gauti jiems reikiamas medicininės paslaugas. Paminėtina ir tai, kad šis modelis turi ir tam tikrų apribojimų, kurie yra susieti su mokestine priklausomybe, ribotais ištekliais dėl ko formuojasi ilgesnis reikiamų paslaugų teikimo laikas, galimi skirtumai tarp teikiamų paslaugų kokybės valstybinės ir privačiose įstaigose (Sachs et al., 2022; Levin et al., 2022). Visuotinė sveikatos apsauga pagal šį modelį neturi būti suprantama kaip visiškas nemokamų medicininių paslaugų teikimas visuomenės nariams. Iš esmės visuotinio prieinamumo principas reiškia, kad visi visuomenės nariai gali gauti jiems reikalingas medicininės paslaugas nepatirdami papildomos finansinės naštos. Kadangi sveikatos poreikiai įvairiose visuomenės narių amžiaus, pajamų, sveikatos būklės grupėse skiriasi, vyriausybės turi nustatyti, kaip žmonės gali gauti būtiniausias sveikatos paslaugas už prieinamą kainą. Siekdamas pažangos gyventojų aprėpties srityje ir nustatyti, kas gali gauti joms reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas, vyriausybės turi priimti politinius sprendimus ir remti juos skirdamos prioritetinį

finansavimą (vidaus ir išorės) (Barron et al., 2023). Svarbu paminėti ir tai, kad medicininių paslaugų teikimo procese pagal šį modelį gali vyrauti biurokratija, susiformuoti sąlygos pertekliniam paslaugų teikimui, gali būti identifikuojamas ribotas inovatyvių sveikatos priežiūros metodų taikymas, reikiamų paslaugų trūkumas, nes valstybiniame sektoriuje medicininių paslaugų teikimas koncentruotas į pagrindinių ir būtinųjų medicininių paslaugų teikimą (Cuevas et al., 2023; Androniceanu, 2021; Barron et al., 2023).

Socialinio draudimo modelis arba Bismarck modelis. Tai modelis, kuris paprastai yra finansuojamas pagal darbo užmokesčio sistemą ir per socialinio draudimo sistemą. Šioje sistemoje dalyvauja darbdaviai ir darbuotojai, t.y. mokestinė našta padalinama abiems pusėms. Darbdavio ir darbuotojo sumokėtos socialinio draudimo įmokos yra naudojamos finansuojant teikiamas medicininės paslaugas (Aljohani, Bugis, 2024). Pagrindinis šio modelio privalumas yra sveikatos priežiūros sistemos subalansuotumas ir prieinamumas visiems visuomenės nariams (Busse et al., 2017). Tačiau ir šis modelis pasižymi ne tik privalumais, bet ir trūkumais, kurių vieni pagrindinių yra paslaugų finansavimo sistemos administravimas ir valdymas, pačių teikiamų paslaugų pasirinkimo, efektyvumo, skaidrumo užtikrinimo aspektai (Guinnane, Streb, 2021; Shishkin, Sheiman, 2023).

Pajamų pagrindu finansuojamas modelis. Tai medicininių paslaugų teikimo modelis, kuris apibrėžiamas kaip hibridinis modelis: pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos jas finansuojant valstybei (per mokestinę sveikatos priežiūros mokesčių sistemą), o papildomų paslaugų gavimas yra priskiriamas individualiems pacientų poreikiams ir finansinėms galimybėms. Už papildomas ar greičiau suteikiamas paslaugas pacientai turi sumokėti priemonę, kuri gali būti pilna arba dalinė kaina už gaunamą paslaugą (de Silva Etges et al., 2023). Šį modelį įdiegusios valstybės pozicionuoja aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimą, kuriam reikalingi atitinkami finansiniai ištekliai, turi būti užtikrintas aukšto lygio valdymas. Nesant pastarųjų gali būti susiduriama su žema teikiamų paslaugų kokybe, žmoniškųjų išteklių ir finansinių išteklių trūkumu (įskaitant medicininius reikmenis, medikamentus, įrangą ir kt.). Šio modelio tikslas – užtikrinti gerą gyventojų sveikatos lygį (Fichera et al., 2021; Mushasha, Bcheraoui, 2023). Pagal šį modelį medicininių paslaugų finansavimas vyksta per tris šaltinius – mokestinė sistema, socialinis draudimas ir privataus finansavimo mechanizmai (privatus draudimas) (Luyten, Tubeuf, 2024). Šis modelis sudaro sąlygas užtikrinti medicininių paslaugų teikimo tvarumą ir stabilumą, tačiau esminis dėmesys turi būti skiriamas efektyviai kontrolei, kad būtų užtikrinta visuotinė sveikatos priežiūra bei socialinė lygybė visiems visuomenės nariams tuo pačiu išlaikant aukštą paslaugų kokybę (Mushasha, Bcheraoui, 2023; de Silva Etges et al., 2023).

Mišrus modelis. Šio modelio esmė – suderinamumas tarp valstybinio ir privataus medicininių paslaugų sektorių veiklos. Valstybėse, kuriose yra įdiegtas šis medicininių paslaugų teikimo modelis, pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos visiems visuomenės nariams, o paslaugos, kurias individualiai nori gauti pacientai (greitesnis paslaugų teikimo procesas, paslaugų kokybės klausimai ir kt.) yra apmokamos iš asmeninių lėšų arba papildomų sveikatos draudimo finansavimo įrankių. Šis modelis sudaro sąlygas pasirinkti norimas paslaugas pagal galimybes ir/ar norą bei už jas mokėti papildomai (Mushasha, Bcheraoui, 2023; Muthuri et al., 2024). Šis modelis sudaro sąlygas gauti reikiamas medicininės paslaugas, tačiau šiame kontekste turi būti tiksliai kontroliuojama abiejų sektorių veikla užtikrinant jų skaidrumą, t.y. turi būti užtikrinama, kad pirmiausia visuomenės nariai reikiamas medicininės paslaugas gautų valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose, o jei pastarosios, t.y. teikiamos nemokamos paslaugos neatitinka jų poreikių/lūkesčių ir kt., būtų pasirenkamos mokamos paslaugos abiejų tipų (valstybinė, privati) sveikatos priežiūros įstaigose (Barasa et al., 2021). Šio metodo taikymo tikslas - užtikrinti tinkamus medicininių paslaugų teikimo finansavimo šaltinius, teikiamų paslaugų veiksmingumą, teisingumą, aukštą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Visgi, ir šis modelis turi trūkumų, kurie yra siejami su skirtinga teikiamos priežiūros kokybe (nemokamos paslaugos), kas suformuoja netolygumus prieigoje prie sveikatos priežiūros paslaugų (Onwujekwe et al., 2020). Atliktos analizės pagrindu parengtas darbe pristatytų medicininių paslaugų teikimo modelių palyginimas (žr. 6 lentelę).

Medicininį paslaugų teikimo modelių palyginimas

Modelis	Apibūdinimas	Paslaugų teikėjai	Mokėjimo sąlygos
Laisvosios rinkos modelis (pvz. JAV)	Sveikatos priežiūra koncentruojama privačių paslaugų teikėjų sektoriuje	Valstybinės ir privačios klinikos, ligoninės	Dalinai finansuojamos iš valstybės biudžeto Mokėjimas už paslaugas pagal rinkos kainą, pasinaudojant turimu papildomu sveikatos draudimu
Valstybinė sveikatos priežiūra (pvz. JK)	Visuotinai prieinamas sveikatos paslaugų teikimas	Valstybinės ir privačios klinikos, ligoninės	Finansavimas per mokesčių sistemą
Socialinio draudimo modelis (pvz. Vokietija, Prancūzija)	Visuotinai prieinamas sveikatos paslaugų teikimas	Valstybinės ir privačios klinikos, ligoninės	Paslaugų finansavimas per socialinio draudimo sistemą (darbuotojų ir darbdavių įtraukimas mokant socialinio draudimo įmokas)
Pajamų pagrindu finansuojamas modelis (pvz. Švedija)	Visuotinai prieinamas sveikatos paslaugų teikimas taikant hibridinį paslaugų teikimo modelį	Valstybinės ir privačios klinikos, ligoninės	Paslaugų finansavimas per mokesčių sistemą, papildomos priemokos pacientams norintiems gauti papildomas paslaugas ar greitesnę prieigą prie paslaugų
Mišrus modelis (pvz. Lietuva)	Visuotinai prieinamas sveikatos paslaugų teikimas	Valstybinės ir privačios klinikos, ligoninės	Paslaugos iš dalies finansuojamos per mokestinę sistemą, papildomos priemokos pacientams norintiems gauti papildomas paslaugas ar greitesnę prieigą prie paslaugų

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal atliktą medicininių paslaugų teikimo modelių analizę

Remiantis aukščiau išdėstyta informacija bei medicininių paslaugų teikimo modelių palyginimu (žr. 6 lentelę) galima teigti, kad kiekviename medicininių paslaugų teikimo modelyje dalyvauja tiek valstybiniai, tiek privatūs paslaugų teikėjai. Esminiai šių veikėjų dalyvavimo skirtumai medicininių paslaugų teikimo sistemoje yra nemokamų ir mokamų paslaugų apimtis, finansavimo ypatumai, reikalingų paslaugų pasirinkimo galimybės. Watson et al. (2021) teigimu, medicininių paslaugų modeliai yra įvairūs, apimantys skirtingas sistemas, suformuoti pagal skirtingas struktūras, tačiau visus juos vienija pagrindinis tikslas – užtikrinti tikslingą medicininių paslaugų visuomenės nariams organizavimą, valdymą, finansavimą ir teikimą.

Medicininių paslaugų teikimo modelių tikslas yra gyvenimo kokybės gerinimas, taikant tikslingus sveikatos priežiūros paslaugų modelius. Šių paslaugų modeliai turi būti pagrįsti teikiamos naudos ir efektyvios integracijos tikimybe, kurios kontekste vyksta bendradarbiavimas tarp įvairių institucijų, formuojant efektyvius ir ekonomiškus medicininių paslaugų teikimo modelius (Bayly et al., 2021). Atlikus medicininių paslaugų teikimo modelių analizę buvo išskirti ir susisteminti aptartų modelių privalumai ir trūkumai, leidžiantys identifikuoti aptartų modelių panašumus ir skirtumus (žr. priedą Nr. 1). Atliktos medicininių paslaugų teikimo modelių analizės pagrindu galima teigti, kad dauguma modelių yra panašūs tuo, kad juose užtikrinamas visuotinis prieinamumas, išskyrus laisvosios rinkos modelį, pagal kurį nemokamai prieinamos tik bazinės medicininės paslaugos, nes iš esmės visa sveikatos priežiūra yra sukoncentruota privačių paslaugų teikėjų sektoriuje. Pažymėtina tai, kad visuose modeliuose galima identifikuoti nelygybės kontekstą, kai didesnis medicininių paslaugų prieinamumas yra galimas aukštesnės pajamos gaunantiems pacientams (kreipimasis į privačius paslaugų teikėjus, naudojimas papildomu draudimu). Bendrai vertinant galima teigti, kad nei vienas medicininių paslaugų teikimo modelis nėra nepriekaištingas.

Medicininių paslaugų teikimo modeliai yra sukoncentruoti į efektyvių paslaugų teikimą, kai teikiant medicininės paslaugas bendradarbiauja įvairių sričių medicinos specialistai, vyksta išsamus ir nuolatinis arba poreikius atliepiantis paciento vertinimas, užtikrinamas pacientų švietimas ir jų įtraukimas į gydymo procesą (Bayly et al., 2021). Nepriklausomai nuo pasirinkto modelio, teikiant medicininės paslaugas turi būti integruojamas ir sveikatos priežiūros modelis. **Verte pagrįstos sveikatos priežiūros modelio** (angl. *value-based healthcare*) tikslas – pasiekti geresnių ir teisingesnių rezultatų bei užtikrinti pacientų sveikatos gerovę atliepiant sveikatos priežiūros sistemos vertybes – rūpestį, pagarbą, lygybę (Forsyth et al., 2022). Tai modelis, kuriuo užtikrinama

verte pagrįsta priežiūra, kuri yra pagrindinis mechanizmas, padedantis išnaudoti visą tarpprofesinės komandos teikiamos priežiūros potencialą, kad visiems visuomenės nariams nepriklausomai nuo jų turimų galimybių būtų suteikta reikalinga pagalba (Adler et al., 2023). Vadovaujantis verte pagrįstos priežiūros principais teikiant medicininės paslaugas pasitelkiamos visos reikiamos priemonės siekiant suteikti visapusišką pagalbą pacientams. Tokios priežiūros kontekste vyksta aktyvus teikiamų paslaugų organizavimas ir koordinavimas, vyrauja aukšto lygio bendravimas ir bendradarbiavimas tarp paslaugų teikėjų ir pacientų (Khalili, 2024; Fernandez - Salido et al.). Tai sudaro sąlygas sukurti prasmingus santykius su pacientais, skatina jų pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema, kas lemia veiksmingesnį sveikatos priežiūros sistemos valdymą, užtikrina aukštesnį sveikatos priežiūros galimybių prieinamumą visiems visuomenės nariams (Roberts et al., 2023; Ganguli et al., 2025). Medicininių paslaugų teikimas pagal šį modelį sukuria didesnę vertę panaudojant turimus resursus ir išteklius, diegiant inovatyvius sprendimus, užtikrinant išaugusių visuomenės narių lūkesčius ir mažinant sparčiai didėjančias sveikatos priežiūros sistemos patiriamas išlaidas (Smith et al., 2023). Šis medicininių paslaugų metodas esminį dėmesį sutelkia į sveikatos priežiūrą, tačiau mažai dėmesio skiriama sveikatos prevencijai. Visgi, šis modelis yra vertinamas kaip optimali alternatyva, formuojanti požiūrį į medicininių paslaugų teikimą pokyčius, t.y. kompromisas tarp patiriamų sąnaudų ir pasiekiamų rezultatų, užtikrinant teikiamų medicininių paslaugų efektyvumą ir veiksmingumą (Fernandez - Salido et al., 2024). Tai yra atsakas į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų mažinimą, gerinant visų pacientų padėtį, nepriklausomai nuo jų finansinių galimybių. Dėmesys skiriamas bendrai paciento gerovei ir sveikatos rezultatams, prevencinių priemonių įgyvendinimui. Šis modelis sprendžia sveikatos priežiūros sistemoje kylančius socialinius, demografinius, finansinius ir pačios priežiūros iššūkius, su kuriais susiduriama tenkinant visuomenės narių sveikatos poreikius. (Khalili, 2024).

Kitas modelis, kuris veikia sveikatos priežiūros sistemoje – ***apimtimi grindžiamas sveikatos priežiūros modelis*** (angl. *the volume-based model of healthcare*). Tai tradicinis priežiūros modelis, pagrįstas kiekybiniu medicininių paslaugų teikimo ciklu. Pagrindinis dėmesys skiriamas teikiamų paslaugų kiekiui, bet ne kokybei (Bohler et al., 2024). Taikant šį modelį teikiamos veiksmingos medicininės paslaugos, tačiau jos turi neigiamą poveikį paslaugų kokybei - paslaugų teikėjai gauna dotacijas pagal tai, kiek paslaugų jie suteikė pacientams. Dažnu atveju yra teikiama fragmentiška priežiūra, o paciento interesai ne visada yra prioritetiniai. Be to, šiam modelyje dėmesys skiriamas jau iškilusių problemų – sergamumo valdymui, tačiau ne prevencijai (Fernandez - Salido et al., 2024; Conway et al., 2023).

Dar vienas pacientų priežiūros teikiant medicininės paslaugas modelis yra ***bendradarbiavimo priežiūros modelis*** (angl. *Collaborative Health Care, CHC*). Šis modelis yra unikalus tuo, kad jame pagrindinis dėmesys skiriamas bendradarbiavimui tarp paslaugų teikėjų ir pacientų nepriklausomai nuo to, kur ir koku būdu pacientams yra teikiama pagalba. Tai inovatyvus priežiūros teikimo modelis, kuriuo siekiama pagerinti pacientų sveikatos rezultatus, sveikatos priežiūros koordinavimą ir optimizuoti išteklių panaudojimą. Visi šie tikslai yra susieti su besikeičiančių pacientų poreikių patenkinimu (Hallgreen, 2021). Modelyje akcentuojamas visapusiškas specialistų požiūris į pacientus, užtikrinant jų poreikius, suteikiant visapusiškai koordinuotą priežiūrą, kas lemia aukštesnių rezultatų pasiekiamumą. Šis priežiūros modelis yra naudingas tiek pacientams, kuriems teikiamos medicininės paslaugos pagal jų individualius poreikius, tiek ir sveikatos priežiūros teikėjams, kai pastarieji sulaukia aukštesnio pacientų pasitenkinimo gautomis paslaugomis (Reist et al., 2022). Tarpusavio bendradarbiavimas sudaro sąlygas veiksmingiau ir ekonomiškai efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant tiek mokamas, tiek ir nemokamas medicininės paslaugas (Hernandez et al., 2024).

Dar vienas į pacientų priežiūrą orientuotas modelis yra ***išplėstinės pirminės priežiūros modelis*** (angl. *advanced primary care*). Šis modelis skirtas pirminės sveikatos priežiūros praktikos išplėtimui, teikiant pacientams tikslines ir struktūruotas paslaugas. Šiame modelyje didelis dėmesys skiriamas prevencinei priežiūrai ir jos koordinavimui, pacientų įtraukimui į šiuos procesus gerinant prieigą prie jiems reikalingų medicininių paslaugų (He et al., 2023). Šis modelis yra vertinamas

kaip inovatyvus, kuriuo turėtų vadovautis visi medicininių paslaugų teikėjai. Remiantis šio modelio veikimo principais gali būti gerinama savalaikė prieiga prie reikiamų medicininių paslaugų, palaikomi santykiai tarp pacientų ir paslaugų teikėjų, užtikrinamas priežiūros tikslingumas ir tęstinumas. Modelio privalumai – trumpesnis paslaugų laukimo laikas, struktūruotas ir produktyvus paslaugų teikimas, aukštesnis pacientų pasitenkinimas (Breton et al., 2023).

Apibendrinant išdėstytą, sveikatos priežiūros sistemoje vyrauja įvairūs medicininių paslaugų teikimo modeliai. Medicininių paslaugų teikimo modelių pasirinkimas yra kiekvienos valstybės individualus sprendimas. Darbe pristatyti ir analizuoti laisvosios rinkos, valstybinės sveikatos priežiūros, socialinio draudimo, pajamų pagrindu finansuojamas, mišrus modeliai. Visi šie modeliai yra sukoncentruoti į visuomenės nariams reikalingų medicininių paslaugų teikimą. Visgi, kiekvienas modelis turi tam tikrus akcentus, kuriais vadovaujasi formuojant medicininių paslaugų teikimo politiką, organizavimą, valdymą bei koordinavimą. Nepriklausomai nuo pasirinkto medicininių paslaugų modelio, visuose juose dalyvauja tiek viešieji, tiek ir privatus paslaugų teikėjai, kurių teikiamos paslaugos yra ir mokamos, ir nemokamos. Akcentuotina tai, kad faktiškai visuose medicininių paslaugų modeliuose identifikuojamas tam tikra nelygybė ir priklausomybė nuo visuomenės narių gaunamų pajamų. Greta pateiktų medicininių paslaugų teikimo modelių pristatyti ir medicininės priežiūros modeliai. Pastarieji yra orientuoti į pacientų priežiūrą, gydymą, prevenciją. Šie modeliai yra vertinami kaip alternatyvūs ir inovatyvūs modeliai keičiantys susiformavusią medicininių paslaugų teikimo sistemą, nes yra orientuoti ne į finansinius veiksnius, bet į tikslinę pacientų sveikatos priežiūrą, prevencinės priežiūros aktualizavimą.

1.4. Finansinio skaidrumo užtikrinimo modeliai teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas

Teikiant medicininės paslaugas susiduriama su menkos vertės priežiūra ir didelėmis sveikatos priežiūros sistemos išlaidomis (Ganguli et al., 2025). Skaidrumas suvokiamas kaip esminis gero valdymo ir demokratijos elementas. Korupcija arba netinkamas elgesys yra svarbiausias skaidrumo intervencijų įgyvendinimo pagrindas. Šiuo tikslu formuojasi poreikis diegti (sustiprinti esamas) skaidrumo užtikrinimo priemones, kad būtų užtikrinta geresnė atskaitomybė ir veiksmingesnis medicininių paslaugų teikimo proceso valdymas. Visgi, nepaisant visuotinio įsitikinimo, kad skaidrumas gali užkirsti kelią korupcijai, sistemingose korupcijos sveikatos sektoriuje apžvalgose akcentuojama, kad vien pats skaidrumo principo delegavimas nėra pakankamas sprendimas – būtinos skaidrumo užtikrinimo priemonių įtvirtinimas ir jų įgyvendinimo efektyvumo vertinimas (Gholami et al., 2024). Anot Khalili (2024), siekiant medicininių paslaugų teikimo sistemos pertvarkos, šioje sistemoje turi būti nuolatos analizuojamos taikomos skaidrumo principo įgyvendinimo priemonės, jų vykdymo rezultatai. Valdant skaidrumo užtikrinimą reikalinga į sveikatos priežiūros sistemą integruoti gerąją įrodymais pagrįstą praktiką, taikyti inovatyvius medicininių paslaugų teikimo modelius, kas sudarytų sąlygas performuoti sveikatos priežiūros sistemą, kurioje pirmenybė teikiama efektyvumui, kokybei, tvarumui bei užtikrintų skaidrumo įgyvendinimą. Dapkins (2025) teigimu, skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimas sudaro sąlygas užtikrinti teisingą prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos, kurioje viešai apdrausti ir neapdrausti gali naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis be pernelyg didelės finansinės naštos. Tam pritaria Adler et al. (2023), kurių teigimu siekiant skaidrumo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas būtina sukurti ir integruoti tokius paslaugų apmokėjimo modelius, kurie užtikrinti pacientų poreikių patenkinimą ir tuo pačiu užtikrintų patiriamų sąnaudų efektyvumą. Tokie modeliai skatina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus dirbti kartu, kad pacientams būtų suteikta koordinuota priežiūra, o pačių paslaugų teikimas būtų skaidrus.

Analizuojant skaidrumo užtikrinimo priemones teikiant medicininės paslaugas, darbe pristatoma susisteminta informacija apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apmokėjimo modelius. Pastarieji yra svarbūs užtikrinant lygias galimybes visiems visuomenės nariams gauti jiems reikalingas medicininės paslaugas.

Vienas tokių modelių yra **paslaugos mokėjimas** (angl. *fee-for-service*, FFS). Tai yra tradicinis mokėjimo modelis, kurį kompensuoja valstybė arba pacientas už jam individualiai suteiktas paslaugas (Ganguli et al., 2025). Šis mokėjimo modelis tarsi ir yra veiksmingas, kai yra atsiskaitoma pagal faktą, tačiau teikiant nemokamas paslaugas jos gali nesutapti su paciento poreikiais, dėl ko gali būti suteikta tik fragmentiška ar ribota priežiūra. Be to, taikant šį modelį susiduriama su perteklinio paslaugų naudojimo rizika, nepakankamu dėmesiu prevencinei priežiūrai (Khalili, 2024). Kitas apmokėjimo už medicininės paslaugas modelis yra kapitacija, (angl. *capitation*). Šio modelio esmė – už kiekvieną pacientą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams yra mokama fiksuota suma iš valstybės biudžeto (Nourmohammadi, Sadigh, 2024). Šis modelis skatina prevencinę priežiūrą (galimybė gauti finansavimą už kiekvieną į prevencinę programą įtruktą pacientą) ir visuomenės narių sveikatos valdymą, skatina įvairių paslaugų teikėjų bendradarbiavimą, prognozuojamos sveikatos priežiūros sistemos išlaidos (Khalili, 2024).

Dar vienas modelis yra **sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo už rezultatus modelis** (angl. *pay-for-performance*, P4P). Šio modelio taikymas yra susietas su veiklos rezultatais ir pasiekimais. Paslaugų teikėjai, kurie laikosi nustatytų kokybės rodiklių (pvz. pacientų gydymo rezultatai, klinikinių gairių laikymasis, pacientų pasitenkinimas, įrodymais grįstos praktikos taikymas, struktūruotas priežiūros koordinavimas ir kt.) ir juos atitinka, gauna papildomas finansines paskatas iš valstybės biudžeto savo veiklos vystymui ir tobulinimui (Jamili et al., 2023). Šio modelio taikymas yra siejamas su paskatomis paslaugų teikėjams, kad pastarieji teiktų aukštos kokybės medicininės paslaugas, kuriomis būtų pasiekta aukštesnių rezultatų, sumažintas pakartotinis tapačių ir/ar perteklinių paslaugų teikimas, sumažintas komplikacijų skaičius, įdiegta daugiau prevencinių paslaugų (Khalili, 2024). Pastarasis modelis yra siejamas su finansinėmis paskatomis medicininių paslaugų teikėjams didinant jų suinteresuotumą bei veiklos skaidrumą (Simmons et al., 2024).

Verte pagrįstos priežiūros apmokėjimo modelis (angl. *value based care*, VBC). Šiame apmokėjimo už teikiamas medicininės paslaugas modelyje pagrindinis akcentas yra patirtų išlaidų kompensavimo sąsaja su teikiamų paslaugų verte. Taikant šį apmokėjimo modelį yra didinamas skaidrumas, nes paslaugų teikėjai yra suinteresuoti teikiamų paslaugų kokybe, pasiekiamais rezultatais, ekonomišku. Šio modelio išskirtinumas prieš kitus yra tas, kad kompensuojamos patirtos išlaidos pagal suteiktų medicininių paslaugų apimtį, kas užtikrina paslaugų prieinamumą visiems visuomenės nariams (Bohler et al., 2024; Roberts et al., 2023).

Dar vienas modelis įvardinamas **sugrupuotų mokėjimų** terminu (angl. *bundled payments*). Šio modelio taikymo pagrindas yra fiksuota kaina už visą tam tikros priežiūros epizodą (pvz. sąnario keitimas) (Khalili, 2024). Šio modelis didina skaidrumą, kai yra skatinamas bendradarbiavimas tarp skirtingų sričių specialistų ir bendrai paslaugų teikėjų, kad būtų optimizuoti gydymo rezultatai, nes gaunamas apmokėjimas yra fiksuotas (Nourmohammadi, Sadigh, 2024). Šiam modeliui būdinga medicininių paslaugų teikimo struktūra, t.y. aiškūs medicininių paslaugų teikimo būdai, naudojami tik reikiami ištekliai, kas leidžia sumažinti patiriamas išlaidas ir išlaikyti aukštą kokybę. Šiam modeliui būdingas skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimas, nes fiksuoti mokėjimų paketai įgalina medicininių paslaugų teikėjus užtikrinti balansą tarp patiriamų išlaidų, teikiamų paslaugų kokybės ir kainos (Khalili, 2024; Ganguli et al., 2025; Jamili et al., 2023).

Išskirtinas **atsakingos priežiūros organizacijos (ACO) ir bendrų santaupų modelis** (angl. *accountable care organizations (ACOs) and shared savings*). Teigiamas šio modelio vertinimas siejamas su tuo, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grupės dirba kartu turėdamos bendrą tikslą – teikti pacientams koordinuota priežiūrą tuo pačiu užtikrinant bendras santaupas, kurios yra atlyginamos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams už išlaidų sumažinimą ir paslaugų kokybės išlaikymą. Šis modelis skatina medicininių paslaugų teikėjų bendravimą ir bendradarbiavimą, kas sudaro sąlygas skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimui (Khalili, 2024).

Aukščiau išvardinti iš pristatyti medicininių paslaugų teikimo apmokėjimo modeliai yra siejami su skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimo didinimu sveikatos priežiūros sistemoje. Kiekviename šių modelių yra numatytas tam tikras medicininių paslaugų finansavimo mechanizmas, kuris savalaikiai

turėtų užtikrinti skaidresnį paslaugų teikimo procesą. Visgi, šie modeliai nėra visiškai nauji, jie iš esmės vienu ar kitu elementu jau yra integruoti į medicininių paslaugų sistemą, tačiau jų efektyvumas užtikrinant skaidrumą teikiant medicininės paslaugas vis dar nėra pakankamas. Remiantis aukščiau pateikta informacija, susisteminti ir išskirti skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimui skirtų mokėjimo už medicininės paslaugas modelių privalumai ir trūkumai (žr. 7 lentelę).

7 lentelė

Mokėjimo už medicininės paslaugas modelių privalumai ir trūkumai

Mokėjimo modelis	Skaidrumo kontekstas	Privalumai	Trūkumai
Paslaugos mokestis	Prevencinė korupcijos priežiūra, sveikatos priežiūros išlaidų kontrolė	- Skatinamas paslaugų teikimo lankstumas - Paslaugų teikėjai gauna kompensaciją už kiekvieną paslaugą - Mokėjimas už paslaugas yra tiesiogiai susietas su teikiamomis paslaugomis	- Yra rizika, kad bus teikiamos perteklinės paslaugos - Siekiant finansavimo gali būti teikiama nebūtina nepertraukiama priežiūra - Ribotas dėmesys prevencinei ir koordinuotai priežiūrai
Kapitacija, finansinės paskatos	Prevencinė korupcijos priežiūra, sveikatos priežiūros sistemos išlaidų valdymas	- Skatinama profilaktinė priežiūra - Paslaugų tiekėjai gali prognozuoti pajamų srautus - Skatinamas ekonomiškai efektyvus priežiūros teikimas	- Rizika, kad pacientai bus gydomi netikslingai arba bus suteikta nepakankamai paslaugų - Susiformuoja paciento atrankos galimybė - Ribotas lankstumas teikiant priežiūrą
Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo už rezultatus modelis	Korupcijos prevencijos priemonių diegimas, perteklinių paslaugų teikimo rizikos valdymas	- Skatinama gerinti teikiamų paslaugų kokybę - Apdovanojimas paslaugų teikėjams už numatytų gairių laikymąsi ir jų vykdymo užtikrinimą - Paskatos tiksliai laikytis klinikinių rekomendacijų	- Komplikuotas veiklos, vykdomų procesų matavimas ir administravimas - Rizika, kad bus neteisingai pasinaudojama sistemos teikiama privalumais - Rizika, kad paslaugų prieinamumas bus labiau koncentruotas į tam tikras pacientų grupes
Verte pagrįsta priežiūra	Paslaugų kokybės gerinimas, ekonomiško didinimas apmokėjimą siejant su pasiektais veiksmo rezultatai	- Akcentuojama kokybė, o ne kiekybė - Skatinama koordinuota, į pacientą orientuota priežiūra - Teikiamos paslaugos derinamos su individualiais pacientų poreikiais ir siekiamais rezultatais	- Reikalinga tvirta duomenų infrastruktūra - Pradinės modelio įgyvendinimo išlaidos gali būti didelės - Vertės apibrėžimo ir matavimo iššūkiai
Sugrupuoti mokėjimai	Gydymo rezultatų optimizavimas, finansinių išteklių valdymas, balansas tarp paslaugų kokybės ir išlaidų	- Skatinamas priežiūros koordinavimas - Skatinamas paslaugų teikimo efektyvumas - Mokėjimų suderinamumas su tikslinė ir vertybėmis pagrįsta priežiūra	- Kompleksiškumas apibrėžiant priežiūros epizodą - Sunkumai paskirstant sugrupuotus mokėjimus - Priežiūros kokybės skirtumų rizika
Atsakingos priežiūros organizacijos (ACO) ir bendros santaupos	Medicinių paslaugų teikėjų bendradarbiavimas, koordinuota priežiūra, išlaidų mažinimas	- Skatinamas priežiūros koordinavimas - Akcentuojamas gyventojų sveikatos valdymas - Dėmesio koncentracija į kokybę ir vertę, o ne į kiekybę - Sąnaudų taupymo galimybės per bendrą taupymo sistemą	- Sudėtinga organizacinė struktūra - Reikalingos išankstinės ir didelės investicijos - Interesų konflikto kilimo rizika - Iššūkiai randant tinkamus paslaugų tiekėjus

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Khalili, 2024, p. 177; Bohler et al., 2024, p. 2; Ganguli et al., 2025, p. 3.

Atliktos lyginamosios analizės pagrindu (žr. 7 lentelę) galima teigti, kad kiekvienas apmokėjimo už medicininės paslaugas modelis yra nukreiptas į skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimą. Kiekvienas pristatytas modelis pasižymi tam tikrais privalumais ir trūkumais. Lyginant visus modelius teigtina, kad pusėje modelių yra skatinama medicininių paslaugų kokybė (vykdymo mokestis, vertė pagrįsta priežiūra, atsakingos priežiūros organizacijos ir bendros santaupos), kiti modeliai yra koncentruoti į ekonominį efektyvumą (kapitacija, finansinės paskatos), lankstumą (paslaugos mokestis), finansines paskatas paslaugų teikėjams (vykdymo mokestis). Pagrindiniai akcentuoti modelių trūkumai yra komplikauta pačios paslaugų teikimo sistemos priežiūra (vykdymo mokestis, vertė pagrįsta priežiūra, sugrupuoti mokėjimai, atsakingos priežiūros organizacijos (ACO) ir bendros santaupos), paslaugų prieinamumo rizika (kapitacija, finansinės paskatos, vykdymo mokestis, sugrupuoti mokėjimai), perteklinių (paslaugos mokestis) ar netikslinių (kapitacija, finansinės paskatos) paslaugų teikimo rizika. Atlikta analizė leidžia formuoti išvadą, kad nei vienas modelis nėra pakankamas, kad būtų visapusiškai užtikrintas lygybės ir visuotinio prieinamumo principai. Vykdamas skirtingo pobūdžio mokėjimų už paslaugas sistemas susiduriama su įvairiomis rizikomis, kurios sudaro sąlygas piktnaudžiauti ir neskaidriai vykdyti veiklą. Nežiūrint į išdėstytus modelių trūkumus, jų pilnas ar dalinis diegimas yra labai svarbus teikiant medicininės paslaugas bei užtikrinant jų skaidrumą, nes tokie modeliai leidžia pagerinti pacientų priežiūros rezultatus, sumažinti išlaidas, didinti visuomenės narių pasitikėjimą sveikatos paslaugų teikimo sistema.

Crystal (2022) teigimu, kiekvienas naujas būdas yra galimybė, sprendimas, alternatyva didinanti ir užtikrinanti skaidrumą teikiant medicininės paslaugas. Khalili (2024) akcentuoja, kad užtikrinant skaidrumą teikiant medicininės paslaugas tiksliausia taikyti tarpusavyje suderintus, mišrius mokėjimo už paslaugas modelius. Tokių modelių taikymas yra siejamas su sveikatos priežiūros reformomis, kurie gali sumažinti išlaidas, pagerinti pacientų priežiūrą, padidinti teikiamų medicininių paslaugų skaidrumą įvairiais laikotarpiais (trumpasis, vidutinis, ilgasis). Malakaone et al. (2022) pabrėžė, kad svarbus ne tik pati mokėjimų už medicininės paslaugas integracija į sveikatos priežiūros sistemą, bet ir jų stebėseną, kontrolę, pasiektų rezultatų vertinimas.

Abor ir Tetteh (2023) akcentavo, kad užtikrinant skaidrumą labai svarbų vaidmenį vaidina finansinė atskaitomybė, t.y. finansų valdymas, biudžeto paskirstymas, vykdomų sutarčių priežiūra, pirkimų procesai. Tikslingai vykdoma finansinė atskaitomybė sudaro sąlygas vykdyti stebėseną ir kontrolę, kas užtikrina nustatytų gairių bei praktikos laikymąsi, mažina sąlygas sukčiavimui, švaistymui, korupcijai. Vian (2020) pažymėjo, kad skaidrumo užtikrinimas yra neatsiejamas nuo vykdymo (atsakomybė už veiklos rezultatus), kurio kontekste yra užtikrinama teikiamų paslaugų kokybė, efektyvus turimų išteklių paskirstymas, skiriamas dėmesys nuolatiniam tobulėjimui, laikomasi numatytų standartų, veikloje vadovaujama vertybėmis, vykdoma stebėseną bei vertinimas. Abor ir Tetteh (2023) akcentavo demokratinės – politinės atskaitomybės svarbą, kuri apima teisingą ir sąžiningą paslaugų teikimą, atvirumą ir aiškumą, reagavimą į visuomenės poreikius, kylančių konfliktų sprendimų, paslaugų vartotojų pasitikėjimo vertinimą. Tokiu būdu užtikrinamas informacijos prieinamumas ir sklaida, laikomasi kokybės standartų, profesinių normų, visuotinai pripažintų vertybių.

Hausenkamph et al. (2022) teigimu, skaidrumas teikiant medicininės paslaugas užtikrinamas per viešą reikiamos informacijos prieinamumą. Tai sumažina korupcijos riziką, nes leidžia identifikuoti ir analizuoti paslaugų teikėjų vykdomą veiklą, priimamus sprendimus. Tapačiai vyriausybė turi priimti ir aiškiai apibrėžti paslaugų teikimo taisykles, kurios būtų vienodos visiems paslaugų teikėjams. Visgi, pats veiklos ir procesų skaidrumo identifikavimas gali būti nepakankama atskaitomybės ir korupcijos prevencijos sąlyga.

Teikiant medicininės paslaugas turi būti identifikuotos skaidrumo užtikrinimo priemonės, kuriomis bus siekiama numatytų tikslų bei jų veikimo schema (žr. 8 lentelę), įgalinanti įvertinti pasiektus rezultatus.

Skaidrumo užtikrinimo priemonės teikiant mokamas ir nemokamas medicinines paslaugas

Atskaitomybės tipai	⇒	1. Finansinė atskaitomybė, teisingas finansinių išteklių paskirstymas 2. Atsakomybė už veiklos rezultatus 3. Demokratinė / politinė atskaitomybė
Skaidrumo tipai	⇒	1. Veiklos skaidrumas 2. Procesų skaidrumas
Paslaugų teikimas	⇒	1. Paslaugų prieinamumas visiems 2. Paslaugų kokybė ir tikslingumas 3. Laukimo laiko sutrumpinimas 4. Vienodos galimybės visiems pacientams gauti reikiamus medikamentus, tyrimus ir kt.
Veiklos rodikliai	⇒	1. Klinikiniai rezultatai: mirtingumo rodikliai, komplikacijų dažnis, konkrečių ligų gydymo rezultatai 2. Pacientų saugumas: informacija apie nepageidaujamus reiškinius, atsakomybės už juos prisiėmimas
Žmogiškieji ištekliai	⇒	1. Darbuotojų motyvacija ir vertinimas 2. Teisingas darbo krūvių paskirstymas 3. Tobulėjimo galimybės
Informacijos sklaida	⇒	1. Informacijos aiškumas, tikslumas, vientisumas 2. Informacijos prieinamumas 3. Informacija apie paslaugų organizavimą, teikimą, koordinavimą, planavimą, sprendimų priėmimą 4. Prieiga prie aktualios informacijos, duomenų
Medicininės priemonės	⇒	1. Pirkimų grandinės valdymas 2. Reikiamas atsargų kiekis 3. Naujų technologijų diegimas 4. Prieinamumas visiems pacientams esant tiksliniam poreikiui
Valdymas ir lyderystė	⇒	1. Vykdomos politikos ir veiklos koordinavimas 2. Stebėseną ir kontrolę 3. Ataskaitų apie valdymą teikimas 4. Gerosios praktikos analizė ir diegimas 5. Saugumo užtikrinimas (pacientų saugos pranešimų sistemos)
Pacientai	⇒	1. Grįžtamojo ryšio teikimas 2. Įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą 3. Atviras bendravimas ir bendradarbiavimas 4. Kylančių konfliktų sprendimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Abor, Tetteh (2023); Malakaone et al. (2022); Fukami (2024); Spagnuolo et al. (2020); Gholami et al. (2024); Timofeyev et al. (2023); Watson et al. (2021); Kiseleva et al. (2022); Martin et al. (2023); Pollak (2022); Kong, Ji (2023); Whaley et al. (2025); Araich et al. (2023)

Skaidrumo užtikrinimo priemonės teikiant mokamas ir nemokamas medicinines paslaugas (žr. 8 lentelę) apima atskaitomybę, veiklos ir procesų skaidrumą, paslaugų teikimą, veiklos rodiklių identifikavimą ir viešinimą, žmogiškuosius išteklius, informacijos sklaidą, medicinines priemones (įskaitant jų tikslingą panaudojimą), valdymą ir lyderystę bei pačius pacientus. Atlikta analizė leidžia teigti, kad skaidrumas yra neatsiejamas nuo atskaitomybės, kuri turi būti vykdoma plačiu mastu. Teikiamų paslaugų atskaitomybė yra įgyvendinama per finansinės atskaitomybės teikimą, atsakomybės už veiklos rezultatus prisiėmimą, demokratinę – politinę atskaitomybę, kai veikla vykdoma pagal visuotinai pripažįstamas normas, vadovaujamosi bendrosiomis vertybėmis. Skaidrumo kontekste turi būti užtikrintas vykdomos veiklos ir procesų skaidrumas.

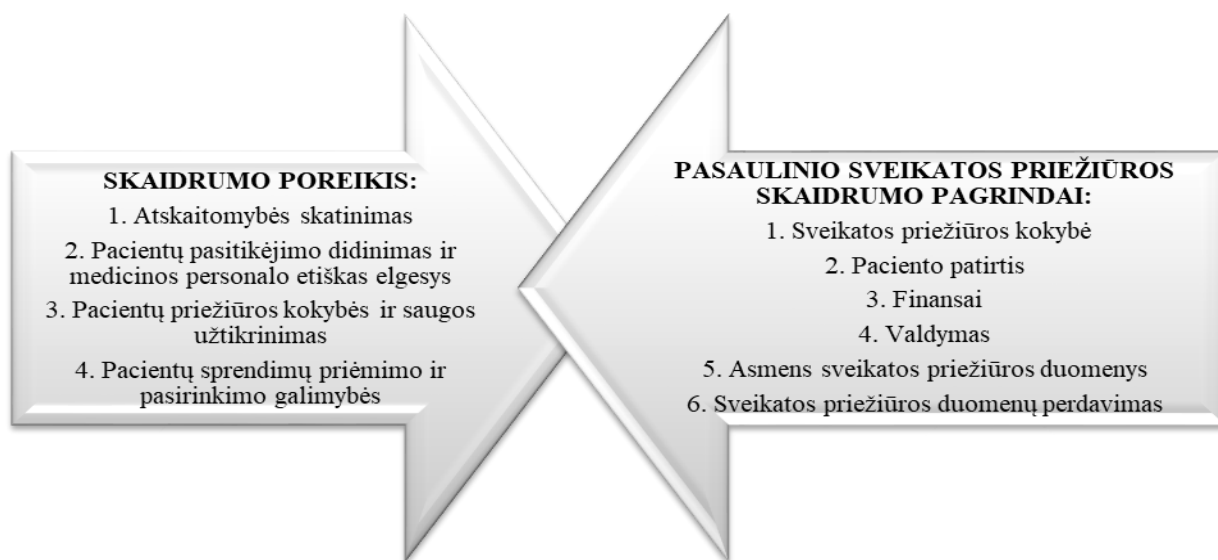
Apibendrinant galima teigti, kad teikiant mokamas ir nemokamas medicinines paslaugas turi būti įgyvendinamos skaidrumo užtikrinimo priemonės. Vykdoma veikla turi būti ne tik efektyvi, bet ir aiškiai apibrėžta, analizuojama, numatant galimas jos tobulinimo sritis, informuojama apie vykdomus veiksmus, už kuriuos paslaugų teikėjai prisiima atsakomybę. Užtikrinant skaidrumą formuojama geresnė teikiamų paslaugų kokybė, didinamas visuomenės narių pasitikėjimas, skatinamas visų suinteresuotųjų šalių įsitraukimas į medicininių paslaugų teikimą, bendrą sprendimų priėmimą. Skaidriai veikiančios organizacijos gali tikslingai įvertinti savo vykdomos

veiklos rezultatus, priimti pagrįstus sprendimus veiklos organizavimui, koordinavimui ir tobulinimui, kas gerina teikiamų paslaugų kokybę, sudaro sąlygas pasiekti skaidrų, tvarų, subalansuotą, efektyvų sveikatos priežiūros įstaigų valdymą bei teikti aukšto lygio medicininės paslaugas, kurios yra prieinamos visiems visuomenės nariams.

1.5. Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas

Pasaulinė sveikatos sistema yra nestruktūrizuota, sudėtinga ir pliuristinė. Šiai sistemai trūksta veiksmingo koordinavimo ir valdymo, o jos veikėjai turi skirtingus interesus. Sveikatos priežiūros organizacijos visame pasaulyje susiduria su daugybe iššūkių, susijusių su išteklių trūkumu, didėjančiomis sąnaudomis ir didėjančia paklausa (Berezowski et al., 2023). Šiame kontekste labai svarbus gero valdymo principų įgyvendinimas, atsiskleidžiantis per vykdomos veiklos teikiant medicininės paslaugas skaidrumą (Martynenko, 2022; Volpato et al., 2023; Chauke, Thusi, 2023). Pastarasis principas sudaro sąlygas netinkamo elgesio ir korupcijos apraiškų mažinimui bei yra skaidrumo intervencijų įgyvendinimo pagrindas (Gholami, 2024). Organizacinis sveikatos priežiūros sistemos skaidrumas skatina atskaitomybę, pacientų įsitraukimą ir nuolatinį tobulėjimą, galiausiai prisideda prie saugesnės priežiūros, nuolatinio pacientų saugos bei teikiamų mokamų ir nemokamų paslaugų kokybės gerinimo (Fukami, 2024). Atsižvelgiant į tai neatskiriama medicininių paslaugų teikimo modelių dalis yra kokybė, kurios kontekste turi būti užtikrinta, kad teikiamos paslaugos yra nukreiptos į paciento sveikatos gerovę, nepageidaujamų įvykių medicinoje išvengimą (Watson et al., 2021; Mackwood et al., 2025). Tačiau pelno siekimas ne visada gali duoti norimų rezultatų. Valstybinėms institucijoms yra sudėtinga skatinti ir užtikrinti privačių paslaugų teikėjų teikiamų paslaugų kokybę, nes tai yra sudėtingas procesas. Tokiais atvejais pirmenybė gali būti teikiama stebimiems rezultatams (pvz., paslaugų kainai), ypač kai sudėtinga pagerinti kokybę, palyginti ją su konkurentais. Taigi, kai kuriose sveikatos priežiūros sistemose sunku nustatyti konkurencijos ir priežiūros kokybės ryšį, jei trūksta patikimų kokybę matuojančių duomenų ir informacijos apie tai. Nesant tinkamų paskatų užtikrinti privačių paslaugų teikėjų teikiamų paslaugų kokybę, vykdomos veiklos skaidrumą yra itin sudėtinga (Goodair, Reeves, 2024).

Skaidrumo užtikrinimas yra būtinas teikiant medicininės paslaugas. Skaidrumas sveikatos sektoriuje arba vadinamas pasaulinis sveikatos skaidrumas apima šešias dedamąsias dalis (žr. 3 pav.).



3 pav. Skaidrumo užtikrinimo struktūra

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Kuntardjo et al., 2023, p. 46-47

Skaidrumo užtikrinimą (žr. 3 pav.) sudaro pats poreikis, susietas su pacientams teikiama pagalba, jos užtikrinimu. Pasaulinė sveikatos priežiūros sistema turi būti pagrįsta skaidrumo pagrindais –

kokybe, pacientų patirtimi, tiksliniu turimų resursų paskirstymu, valdymu, nukreiptu į optimalų teigiamų pokyčių formavimą, asmens sveikatos priežiūros duomenų rinkimu bei jų tikslingu panaudojimu teikiant medicininės paslaugas. Skaidrumo užtikrinimas iš esmės gerina teikiamų medicininių paslaugų kokybę, didina saugumą (pacientų priežiūra), sumažina korupcijos apraiškų galimybes, skatina visuomenės pasitikėjimą sveikatos priežiūros organizacijų vykdoma veikla.

Mokslinėje literatūroje akcentuojama, kad skaidrios organizacijos gali palyginti savo veiklos rodiklius, rezultatus ir procesus su kitais tame pačiame sektoriuje veikiančiais veikėjais. Tikslinių valdymo principų įgyvendinimas gerina sveikatos priežiūros sistemos valdymą ir sudaro sąlygas pacientams gauti mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas skaidriu būdu (Volpato et al., 2023; Fukami, 2024; Gholami, 2024; Matheus et al., 2021). Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) atliktu tyrimu pagrįsti teigiami sveikatos priežiūros sistemos valdymo pokyčiai į šią sistemą integravus skaidrumo principą (Ford et al., 2022). Skaidrumas sveikatos priežiūros organizacijose sukuria aplinką, kurioje informacija yra prieinama, sprendimai yra gerai informuoti, o suinteresuotosios šalys yra atsakingos už savo veiksmus. Tai lemia geresnius bendrus rezultatus, geresnę priežiūros kokybę ir didesnę pacientų bei visuomenės pasitikėjimą (Fukami, 2024).

Mokslinėje literatūroje akcentuojama, kad teikiant medicininės paslaugas labai svarbus skaidrumas, kuris naudingas kuriant pasitikėjimą. Sveikatos priežiūros sistemoje kuriamos ir įgyvendinamos programos, jų pažangos vertinimas stiprina atskaitomybę apie mokamų ir nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kas savalaikiai sudaro sąlygas įgyvendinti atskaitomybės prielaidas – užtikrinti standartų ir įsipareigojimų laikymąsi, priimti efektyviausius sprendimus bei pasiekti geriausius pacientų sveikatos priežiūros ir gydymo rezultatus (Paschke et al., 2018). Tuo tarpu skaidrumo trūkumas sukuria nepasitikėjimą ir nesaugumą (Kuntardjo et al., 2023; Rodriguez et al., 2021). Sveikatos priežiūros sistemos valdymo kontekste neatsiejamai turi būti vadovaujamosi skaidrumo ir atskaitomybės principais, nes kuo didesnis skaidrumas, tuo didesnė tikimybė, kad organizacija ir joje veikiantys žmogiškieji ištekliai prisiims atsakomybę už savo veiksmus (Orlauskas, Gruodytė, 2023). Geros skaidrumo praktikos įgyvendinimas sudaro sąlygas siekti veiksmingos atskaitomybės (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021). Mokslinės literatūros analizė atskleidžia, kad skaidrumo užtikrinimas teikiant medicininės paslaugas sudaro pasitikėjimo pagrindą tarp visuomenės narių ir sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių veikėjų, kas užtikrina tikslingą tęstinį bendradarbiavimą. Skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje turi būti įgyvendinamas vadovaujantis tam tikrais veiksniais (žr. 9 lentelę).

9 lentelė

Skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimas	
Valdymas	- Valdžios atvirumas - Viešojo intereso gynimas
Informacija ir komunikacija	- Komunikacija teikiant piliečiams suprantamą informaciją su grįžtamoju ryšiu - Laisva prieiga prie informacijos - Valdžios dialogas su piliečiais
Piliečiai	- Galimybė piliečiams kritikuoti valdžios institucijų veiklą - Pilietinio sektoriaus kampanijos
Finansai	- Finansinė atskaitomybė
Veikla	- Aiškiai apibrėžti procesai ir veiklos - Tarnautojų sąžiningumas ir garbingumas - Viešųjų įstaigų gebėjimas užtikrinti „vidinį“ veiklos skaidrumą (stebėseną, priežiūrą, vertinimą, kontrolę, ataskaitas, skundų patikrą ir kt.) bei informacijos pateikimas viešai apie vykdomus veiksmus ir jų rezultatus
Atsakomybė ir atskaitomybė	- Bendros atsakomybės prisiėmimas už valdžios institucijų sprendimus - Atskaitingumo viešumas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021, p. 58

Skaidrumo įgyvendinimas turi užtikrinti medicininių paslaugų prieinamumą visiems visuomenės nariams (žr. 9 lentelę). Įgyvendinant šį principą turi būti užtikrintas tikslingas sveikatos priežiūros valdymas, apimantis valdžios atvirumą ir viešųjų interesų apsaugą. Valdymo kontekste turi būti užtikrinama atvira ir sąžininga komunikacija, informacijos teikimas, kai visuomenės nariai turi

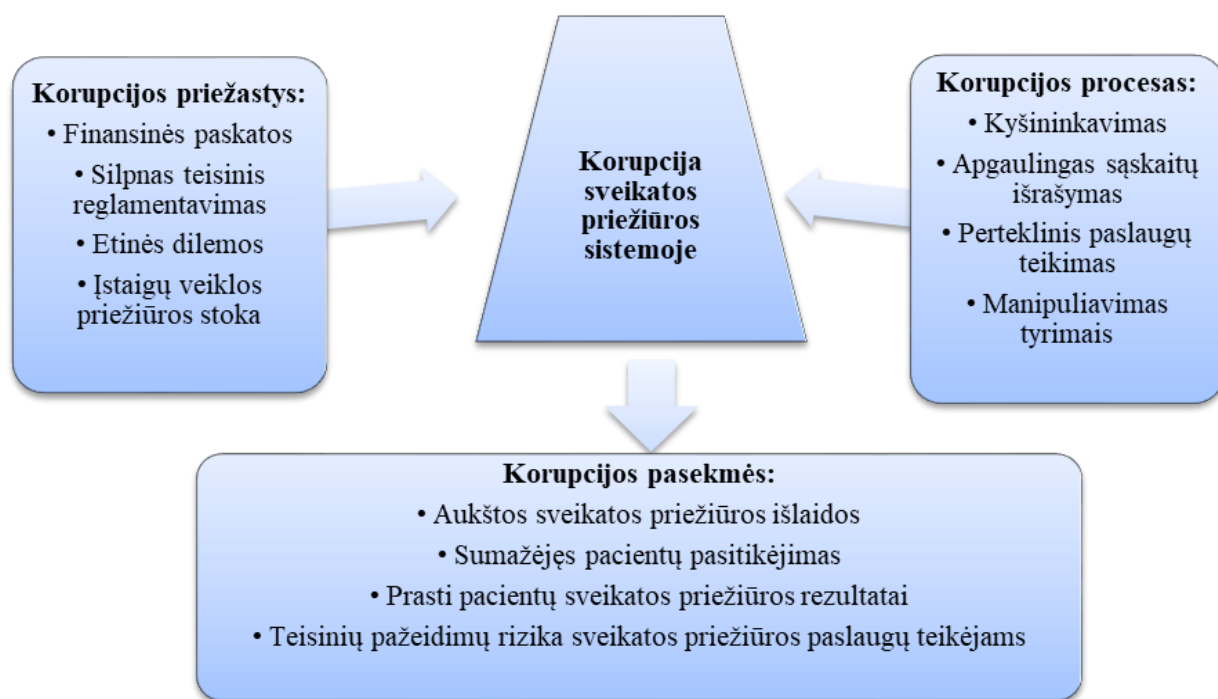
laisvą prieigą prie jiems reikalingos informacijos, jie įtraukiami į sprendimų priėmimą, sukuriamas dvipusis dialogas, teikiamas grįžtamasis ryšys. Piliečiams turi būti sudarytos sąlygos išreikšti savo nuomonę, gauti atsakymus į teikiamus klausimus. Itin svarbus aspektas įgyvendinant skaidrumo užtikrinimą yra finansiniai veiksniai, kad visuomenės nariai būtų informuoti apie tai, kaip ir kur yra paskirstomi finansiniai ištekliai, kokia pridėtinė vertė sukurama. Skaidrumo užtikrinimas atsiskleidžia ir per organizacijų veiklą, procesus, kai yra užtikrinama, kad vykdoma veikla yra suderinta ne tik su paties viešojo ir/ar verslo subjekto poreikiais, bet ir su visuomenės narių poreikiais, jų patenkinimu. Valdžios priimami sprendimai turi būti atsakingi, o vykdomos veiklos atskaitingumo – viešas. Visi šie veiksniai užtikrina skaidrumo principo įgyvendinimą, sukuria aukštesnį visuomenės narių pasitikėjimą vyriausybės sprendimais, viešųjų paslaugų teikėjais.

Fukami (2024) pažymi, kad sveikatos priežiūros organizacijų skaidrumas yra esminis dalykas kuriant į pacientą orientuotos priežiūros modelį, kuriame pacientai būtų vertinami, informuojami apie tai, kas ir kaip daroma, skatinami ir įtraukiami į sprendimų, susietų su jų sveikata priėmimą. Teikiant medicininės paslaugas turi būti skatinamas atviras bendravimas apie organizacijų veiklos rezultatus, vykstančius procesus, kas padidinta sveikatos priežiūros teikėjų atsakomybę ir atskaitomybę, didina visuomenės narių pasitikėjimą jų veikla. Į pacientą orientuotos priežiūros kontekste pirmenybė turi būti teikiama skaidrumui, skatinant paslaugų teikėjų ir pacientų tarpusavio bendravimą, supratimą ir sprendimų priėmimą. Tapačiai, kai sistema veikia skaidriai, visuomenės nariai jaučia psichologinį saugumą, kas skatina juos pranešti apie problemas, iššūkius, su kuriais buvo susidurta, sunkumus, kurie buvo patirti. Pastarųjų identifikavimas leidžia efektyviau valdyti kylančias problemas ir sumažinti įvairių rizikų tikimybę ateityje. Seide et al. (2025) akcentavo, kad domėjimasis pacientų poreikiais, jų patenkinimas nepriklausomai nuo demografinių charakteristikų (rasė, etinė priklausomybė, išsilavinimas, finansinės galimybės ir kt.) yra susijęs su geresniu medicininių paslaugų vertinimu, kuriame išpildomas skaidrumo principas. Visa tai sukuria socialinį pasitikėjimą tarp pacientų ir visuomenės narių, kas palengvina medicininių paslaugų teikimą, valdymą, organizavimą, koordinavimą.

Anot Crystal (2022), skaidrumo užtikrinimas teikiant medicininės paslaugas yra susietas su pacientų patirties gerinimu. Pacientai, kurie turi galimybę gauti jiems reikalingas medicininės paslaugas be papildomos finansinės naštos yra labiau patenkinti viešųjų paslaugų teikimu, vyriausybės sprendimais, susietais su visuomenės narių sveikatos priežiūra ir gerove. Atsižvelgiant į tai, medicininių paslaugų teikimas turi būti prieinamas visiems visuomenės nariams. Tam pritaria ir Nuckols (2024), akcentuodamas, jog teikiamos medicininės paslaugos turi sukurti pridėtinę vertę ir užtikrinti kuo geresnių rezultatų pasiekimą nepriklausomai nuo pacientų finansinių galimybių. Mokslininko teigimu užtikrinant skaidrumą teikiant medicininės paslaugas turi būti užtikrintas tikslingas ir struktūruotas paslaugų teikimas atitinkantis individualius paciento poreikius, kad būtų sumažintas pakartotinių apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose skaičius. Fukami (2024) pažymi, kad organizacinis sveikatos priežiūros skaidrumas skatina atskaitomybę, pacientų įsitraukimą ir nuolatinį tobulėjimą, galiausiai prisidedant prie saugesnės priežiūros ir nuolatinio pacientų saugos ir kokybės gerinimo.

Analizuojant skaidrumo kontekstą, neatskiriama ir korupcija. Tai yra neigiamas socialinis ir ekonominis reiškiny, trikdantis valstybės vystymąsi, mažinantis gyventojų ir verslo pasitikėjimą valdžios institucijomis (Tsipylo, Miniailo, 2025). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis dėl neefektyvaus sveikatos priežiūros sistemos veikimo prarandama apie 20-40 proc. šiai sistemai skirtų lėšų, kaip antai, netikslingai teikiamos paslaugos, neužtikrinama teikiamų paslaugų kokybė dėl ko reikalingas pakartotinis tapačių paslaugų teikimas, apribojama dalies visuomenės narių prieiga prie reikiamų paslaugų, susiformuoja sąlygos lėšų švaistymui, korupcijai, sukčiavimui gavimas (Paschke et al., 2018). Taigi, korupcija kelia rimtą grėsmę sveikatos apsaugai ir sveikatos sistemoms visame pasaulyje. Vyraujant korupcijai neužtikrinamas efektyvus finansinių išteklių sveikatos priežiūrai paskirstymas, mažėja pasitikėjimas valstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis institucijomis, prastėja medicinos paslaugų kokybė. vis dar dažnai susiduriama su situacija, kad korupcinis elgesys yra vyraujantis, korupcinę veiklą vykdančys

subjektai savo veiksmus paslepia po biurokratijos šydu, kas sudaro sąlygas formuoti neskaidrias finansines sistemas, išvengti tradicinių priežiūros mechanizmų ir patikrinimų (Rey-Puech et al., 2025). Nagrinėjamame kontekste sveikatos priežiūros sistema, kurioje yra daugybė suinteresuotųjų šalių, vykdomi sudėtingi procesai per įvairius tinklus, nesant gero valdymo yra itin pažeidžiama. Pasireiškus piktnaudžiavimui ir korupcijai patiriami nuostoliai, turintys tiesioginę neigiamą įtaką pačių sveikatos priežiūros įstaigų funkcionavimui ir visuomenės narių sveikatai. Tapačiai yra mažinamas valstybės gebėjimas užtikrinti geros kokybės ir visiems visuomenės nariams prieinamą sveikatos priežiūrą (Paschke et al., 2018). Sveikatos priežiūros sektoriuje korupcija dažniausiai susiformuoja dėl keturių pagrindinių veiksnių: finansinių paskatų, nepakankamos reguliavimo sistemos, etinių iššūkių ir nepakankamos priežiūros. Šie elementai prisideda prie neetiškos praktikos, tokios kaip netinkamos išmokos, apgaulingas sąskaitų faktūrų išrašymas, per dideli mokėjimai už paslaugas, manipuliavimas tyrimų rezultatais. Šios nesąžiningos veiklos pasekmės yra susietos su padidėjusiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, sumažėjusiu pacientų pasitikėjimu, nepalankiais pacientų gydymo rezultatais (Al Qudah et al. 2025). Dėl korupcinių apraiškų sveikatos priežiūros sektoriuje valstybė patiria nuostolius, kas sumažina teisingą ir efektyvų valstybinio sektoriaus funkcionavimą (Tsipylo, Miniailo, 2025). Taigi, korupcija sveikatos priežiūros sistemoje kyla dėl įvairių priežasčių, tačiau visada yra sistemingas procesas, sukeliantis neigiamas pasekmes (žr. 4 pav.).



4 pav. Korupcija sveikatos priežiūros sistemoje: priežastys, procesai ir pasekmės

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Al Qudah et al., 2025, p. 969

Paprastai korupcija yra tikslingai organizuotas procesas (žr. 4 pav.), kylantis dėl įvairių priežasčių. Nepriklausomai nuo kilimo priežasčių, korupcija visuomet turi neigiamas pasekmes, kuris yra susietos su sveikatos priežiūros finansinių išteklių švaistymu, pacientų pasitikėjimo sumažėjimu, prastais pacientų sveikatos priežiūros rezultatais, teisinais pažeidimais.

Naujausių tyrimų duomenimis skaidrumas praktikoje užtikrinamas jau esamais instrumentais ir praktikomis, kurios nuolatos tobulinamos, vertinant jų efektyvumą ir poveikumą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklai. Atliktų tyrimų analizė leidžia daryti pagrįstą išvadą, kad praktikoje didinant skaidrumą yra taikomos antikorupcinės priemonės, diegiamos informacinės technologijos, gerinama komunikacija, didinamas pacientų įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesą.

Atlikę tyrimą Tsupylo ir Minialo (2025) nustatė, kad praktikoje tradiciškai taikomas sveikatos priežiūros įstaigų antikorupcinis auditas. Jo metu nustatomi finansiniai pažeidimai, identifikuojamos problemos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos problemos, įvertinamas biudžeto lėšų panaudojimo tikslingumas. Atliekant išsamią analizę būtinas aktyvus sveikatos priežiūros įstaigų vadovų įsitraukimas, nes nuo jo priklauso reikiamos informacijos pateikimas. Didinant skaidrumą diegiamos elektroninės finansinės veiklos stebėjimo platformos. Tyrime padaryta išvada, kad bendros elektroninės sistemos diegimas, aktyvus priežiūros institucijų ir sveikatos priežiūros įstaigų vadovų bendradarbiavimas pagerina sveikatos priežiūros sistemos valdymą, užtikrina finansinės informacijos atvirumą, padeda laiku pastebėti neveiksmingus valdymo sprendimus. Kitame Al Qudah et al. (2025) atliktame tyrime nustatyta, kad praktikoje dėl nepakankamo skaidrumo užtikrinimo teikiant nemokamas medicininės paslaugas vyraujant korupcijai prarandamos sveikatos priežiūros sistemai skirtos lėšos – mažas ir vidutinės pajamas gaunančiose šalyse dėl korupcijos prarandama iki 30 proc., o didelės pajamas gaunančiose šalyse – 5-10 proc. sveikatos priežiūros lėšų. Praktikoje diegiami nauji technologiniai sprendimai - blokų grandinė tiekimo grandinės skaidrumui užtikrinti, dirbtiniu intelektu pagrįstos sukčiavimo aptikimo sistemos, sutelktinio finansavimo platformos pranešimams apie korupciją, kas leidžia sėkmingai kovoti su korupcija ir didinti skaidrumą. Tyrime nustatyta, kad teigiamą poveikį skaidrumo didinimui turi aiški ir tvirta teisinė bazė, nuolatinis informacinis visuomenės švietimas, vieša prieiga prie institucinės atskaitomybės rodiklių, viešojo bei privačiojo sektorių partnerystės užtikrinimas. Ketners et al. (2025) atliktame tyrime nustatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigų, kurios savo veikloje turi įdiegę ir vadovaujasi korupcijos prevencijos strategija, skaidrumas nuolatos gerėja. Tyrime nustatyta, kad praktinės korupcijos priemonių valdymo priemonės nukreiptos į teisingą lėšų ir išteklių paskirstymą sumažina pacientų patiriamas išlaidas, užtikrina nemokamų medicinos paslaugų prieinamumą visiems visuomenės nariams, gerina pacientų gydymo rezultatus, didina visuomenės narių pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistemos valdymu. Tyrime nustatyta, kad lyderystė kuriant ir įgyvendinant kovos su korupcija politiką bei parenkant atitinkamas priemones leidžia sėkmingai pagerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir lėšų paskirstymą. Įdiegtos modernios informacinės sistemos gerina prieigą prie paslaugų, sumažina kyšininkavimo atvejus ir netikslinį paslaugų teikimą, sumažina interesų konfliktų atvejų skaičių (Ketners et al., 2025). Atliktų tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių organizacijų veikloje taikant antikorupcines priemones didėja skaidrumas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, gerėja finansinių resursų paskirstymas, realiuoju laiku identifikuojami netinkami sprendimai ir ieškoma būdų įgyvendinti reikiamos patobulinimus.

Skaidrumo užtikrinimui taikomos antikorupcinės priemonės diegiant skaitmenines duomenų valdymo sistemas. Weimerskirch ir Baker (2025) išskyrė elektroninių įrašų ir duomenų sisteminimo priemonės svarbą, nes duomenų skaidrumas yra naudinga priemonė atliekant tyrimus ir gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Aiškios ir viešai prieinamos duomenų sistemos suteikia asmenims ir įstaigoms prieigą prie išsamių duomenų ir nacionalinių lyginamųjų rodiklių, kas pagerina klinikinės priežiūros paslaugų teikimą ir efektyvumą. Įdiegtos skaitmeninės sistemos suteikia gydytojams galimybę stebėti savo veiklą ir gerinti produktyvumą, o pacientams – stebėti eiles pas specialistus. Atlikę tyrimą mokslininkai nustatė, kad praktikoje užtikrinant skaidrumą teikiant medicininės paslaugas svarbus duomenų tikslumas. Praktiškai didinant skaidrumą šios sistemos gerina prieigą prie informacijos, kas pagerina komunikacijos procesą. Atvira prieiga prie duomenų rinkinių leidžia įstaigoms priimti efektyvesnius klinisinius sprendimus ir tikslingai paskirstyti lėšas. Kitame tyrime, kurį atliko Ozieranski et al. (2024) buvo pristatyta skaitmeninių technologijų diegimo instrumentų svarba užtikrinant skaidrumą sveikatos priežiūros sistemoje. Atliktame tyrime nustatyta, kad patogios duomenų bazės sukūrimas palengvino visų suinteresuotųjų šalių prieigą prie informacijos, pagerino komunikaciją tarp valdžios institucijų, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų. Viešojo sistemoje pateikta informacija apie mokėjimus, aiškiai apibrėžtos kainų ribos sumažino netikslinių paslaugų teikimą, padidino pacientų informuotumą apie nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Zeng et al. (2025) atliktame tyrime nagrinėtas išmaniųjų sveikatos priežiūros tinklų efektyvumas praktikoje didinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos skaidrumą.

Nustatyta, kad praktikoje taikomi kovos su korupcija mechanizmai - išmaniosios sveikatos priežiūros sistemos, kurios apsaugo nuo duomenų klastojimo ir netinkamo jų naudojimo, užtikrina saugų, stabilų ir efektyvų duomenų perdavimą. Rey-Puech et al. (2025) atliko tyrimą, kuriame pristatė dirbtinio intelekto panaudojimo galimybes sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje didinant skaidrumą. Tyrime nustatyta, kad naudojant dirbtinį intelektą galima analizuoti didelius duomenų rinkinius, numatyti korupcijos riziką ir aptikti pažeidimus viešuosiuose pirkimuose. Dirbtinio intelekto instrumentų naudojimas turėjo teigiamą poveikį didinant atliekamo audito efektyvumą, sumažinant šališkumą, didinant atskaitomybę, apsaugant pirkimų įrašus bei užkertant kelią manipuliavimui duomenimis. Be to, technologiniai instrumentai identifikuoja įtartinus sandorius, nustato neteisingus mokėjimus už paslaugas, suklaidotus medicininius įrašus (Rey – Puech et al., 2025). Taigi, tyrimų rezultatai rodo, kad praktikoje diegiant informacinių technologijų sprendimus pagerėja skaidrumas, sumažėja korupcijos rizika, padidėja pacientų pasitenkinimas gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema.

Orzianski et al. (2024) atlikę tyrimus nustatė, kad siekiant didinti sveikatos priežiūros paslaugų skaidrumą, visuomenės nariams būtina pateikti aiškią informaciją apie paslaugų įkainius bei nemokamas, visiems pacientams prieinamas paslaugas. Tyrime akcentuota, kad bet kokie finansiniai veiklos rodikliai, gautos įmokos už paslaugas, paslaugų finansavimas iš valstybės biudžeto turi būti aiškiai apibrėžti teikiamose finansinėse ataskaitose ir viešai prieinami pacientams. Fukami (2024) atliktame tyrime nustatyta, kad sveikatos priežiūros sistemoje dirbantis personalas turi būti apmokytas ir gebėti teikti aiškią ir pagrįstą informaciją apie pacientams priklausančias nemokamas paslaugas ir sąlygas, kada tokios paslaugos gali būti apmokamos. Kai pacientai turi prieigą prie informacijos, jie gali jaustis patogiau aptardami savo rūpesčius, užduodami klausimus ir teikdami atsiliepimus, o tai lemia glaudesnį bendradarbiavimą ir komunikabilumą sveikatos priežiūros srityje. Informacijos sklaida didina pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veikla. Dar viena svarbi priemonė skaidrumo didinimui yra pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą. Diegiamos bendro sprendimų priėmimo sistemos formuoja pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bendradarbiavimą, kas leidžia nustatyti tinkamiausią sveikatos priežiūros ir gydymo eigą. Šios priemonės sukuria psichologinį saugumą tarp medicinos personalo ir pacientų, kas yra labai svarbu priimančiam sprendimui. Wasike ir Mbirithi (2025). atliktame tyrime tirta kovos su korupcija politikos priemonių įtaka paslaugų teikimui sveikatos priežiūros įstaigoms, viešųjų paslaugų efektyvumui ir kokybei. Tyrime nustatyta, kad skaidrumo mechanizmai, orientuoti į biudžeto sudarymą ir viso viešųjų pirkimų proceso viešinimą, daro teigiamą poveikį paslaugų teikimui. Tuo pačiu atskaitomybės priemonės, tokios kaip auditai ir veiklos sutartys, iš esmės padidina sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir skaidrumą (Wasike, Mbirithi, 2025). Taigi, tyrimų rezultatai rodo, kad praktikoje diegiamos įvairios priemonės ir instrumentai, gerina ne tik pačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, procesus, bet ir komunikaciją tarp suinteresuotųjų šalių.

Apibendrinant teigtina, kad skaidrumo užtikrinimas teikiant medicininės paslaugas turi būti orientuotas į pacientus. Sveikatos priežiūros sistemoje teikiamos paslaugos turi būti kokybiškos, vertinama pacientų įgyta patirtis, jų pasitenkinimas, pasiekti rezultatai. Skaidrumo įgyvendinimas užtikrina, kad teikiant medicininės paslaugas yra tikslingai paskirstomi turimi resursai, ištekliai, užtikrinamas optimalus teigiamų pokyčių siekimas, teikiamos paslaugos pagal pacientų poreikius, o ne pagal jų finansines galimybes. Iš esmės skaidrumo užtikrinimas gerina teikiamų medicininių paslaugų kokybę bei pacientų priežiūrą, mažina korupcijos tikimybę, didina visuomenės pasitikėjimą tiek sveikatos priežiūrą teikiančiomis organizacijomis, tiek ir pačia vyriausybe, jos priimamais sprendimais. Vadovaujantis skaidrumo užtikrinimu teikiant medicininės paslaugas jos turi būti prieinamos visiems visuomenės nariams, kas užtikrina lygybę. Siekiant skaidrumo įgyvendinimo turi užtikrintas efektyvus šios sistemos valdymas, informacijos ir komunikacijos tikslingumas, piliečių įtraukimas į sveikatos priežiūros sistemą, atvira finansinė atskaitomybė, vykdoma veikla ir procesai, organizacijos turi veikti atsakingai ir būti atskaitingos už savo vykdomą veiklą.

Remiantis naujausių tyrimų duomenimis, skaidrumo įgyvendinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicinines paslaugas praktikoje gali būti sėkmingai užtikrintas diegiant antikorupcines priemones, suformuojant viešai prieinamų duomenų sistemas, teikiant aiškią informaciją apie apmokėjimo už paslaugas sąlygas, suformuojant pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimo procesą sistemą, kas sudaro sąlygas aiškiai komunikacijai, vykdomų procesų aiškumui. Didinant skaidrumą į sveikatos priežiūros paslaugų sistemą įtraukiamas dirbtinis intelektas, kurį taikant efektyviau valdoma informacija, atliekamos veiklos efektyvumo analizės, kas leidžia sumažinti korupcijos riziką ir padidinti skaidrumą, taikant antikorupcines priemones.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. Tyrimo dizainas

Tyrimo metodika – tai konkrečios procedūros arba metodai, naudojami informacijai apie tiriamą reiškinį surinkti, apdoroti, susisteminti, analizuoti. Tyrimo metodika leidžia kritiškai įvertinti tyrimą, jo metu gautų rezultatų pagrįstumą ir patikimumą (Hazari, 2023). Tyrimo metodika yra neatskiriama kiekvieno tyrimo dalis. Tyrimo metodika nurodo praktines gaires, kaip turi būti atliktas tyrimas (Singh, 2022). Remiantis parengta tyrimo metodika, tyrėjas sistemingai vykdo tyrimą, kad būtų gauti pagrįsti ir patikimi rezultatai, atitinkantys tyrimo tikslą, uždavinius, probleminius klausimus, hipotezes. Tyrimo metodika suteikia tyrėjams pagrindą ir gaires, kokia schema turi būti atliekamas tyrimas, kad jis būtų logiškai pagrįstas ir užtikrintų numatytų rezultatų pasiekimą (Dubey, Kothari, 2022). Tyrimo metodikoje turi būti tiksliai nuosekliai ir logiškai apibrėžti esminiai jo komponentai, vykdomos procedūros, kuriomis renkami, matuojami ir analizuojami duomenys (Mishra, Alok, 2017).

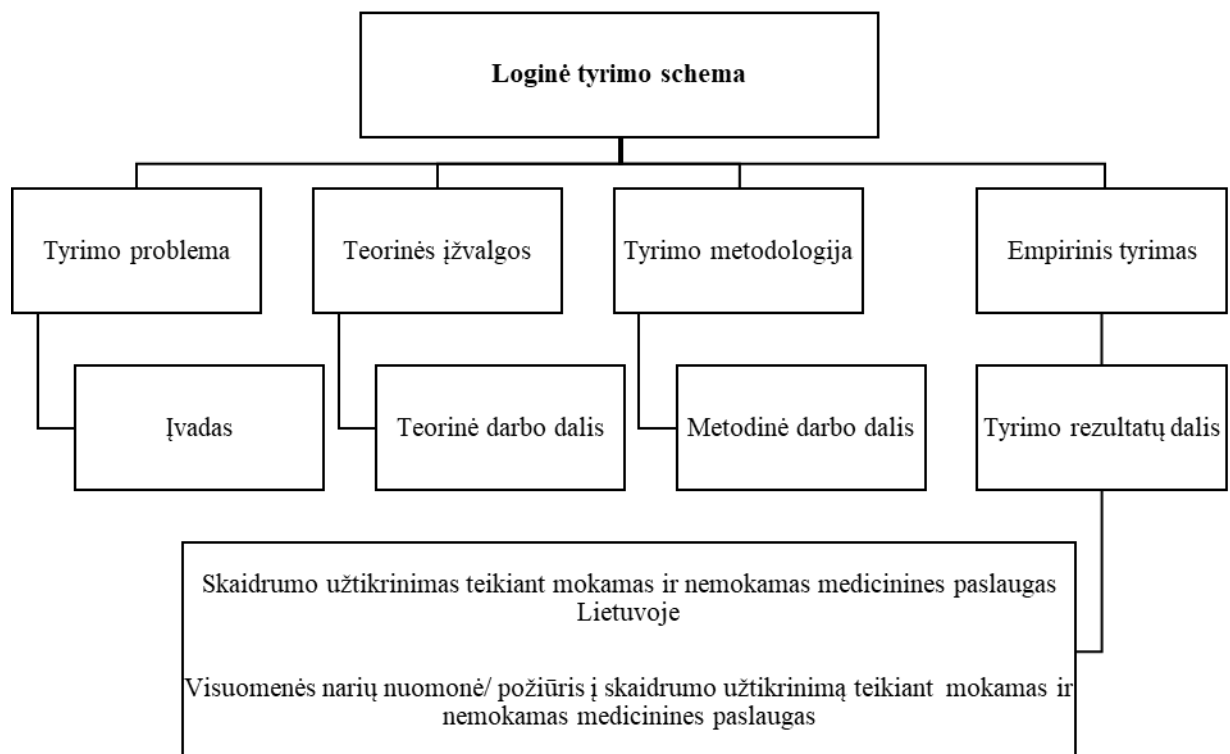
Tyrimo koncepcija grindžiama kiekybine metodologine prieiga. Empirinis tyrimas atliktas taikant **kiekybinio tyrimo strategiją**. Kiekybinis tyrimas – tai skaitmeninių duomenų rinkimo ir analizės procesas (Singh, 2022). Jis gali būti naudojamas ieškant modelių ir vidurkių, darant prognozes, tikrinant priežastinius ryšius tarp tiriamų konstrukto (Dubey, Kothari, 2022). Kiekybinė tyrimo strategija itin dažnai taikoma socialiniuose moksluose tiriant aktualius reiškinius. Kiekybiniai tyrimai yra paremti kiekybės aspektu arba apimtimi. Kiekybiniame tyrime gaunami rezultatai yra sisteminami, apskaičiuojami taikant matematinius ir/ar statistinius metodus (Mishra, Alok, 2017). Kiekybiniuose tyrimuose dominuoja dedukcinė logika. Tai reiškia, kad kiekybinis tyrimas pradedamas nuo teorinės koncepcijos, kurioje apibrėžiamos pagrindinės tyrimo sąvokos ir formuluojami hipotetiniai teiginiai, t.y. tiriamo reiškinio egzistavimą, jo ryšius su tiriamais socialiniais veiksniais pagrindžiančios prielaidos. Pastarosios yra tikrinamos analizuojant tyrimo metu surinktus empirinius duomenis (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014).

Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas Lietuvoje analizei ir tyrimui pasirinkta kiekybinio tyrimo strategija. Atliekamu tyrimu atskleidžiami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisiniai pagrindai, mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo situacija Lietuvoje, medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose, vertinimas, skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Tyrimas grindžiamas mokslininkų įžvalgomis apie skaidrumo užtikrinimu teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas: skaidrumo svarba ir poreikis sveikatos priežiūros sektoriuje (Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021; Androniceanu, 2021; Benson et al., 2021; Buinickienė, 2017; Chauke, Thusi, 2023; Liukinevičienė, Jokubauskienė, 2021; Matheus et al., 2021; Martynenko, 2022; Volpato et al., 2023; Wojciechowski et al., 2023; Araich et al., 2023; Berezowski et al., 2023; Bernstein, Crowe, 2024; Hussman, Cuadrado, 2022; Jiang Krishnan, 2023; Kuntardjo et al., 2023; Lindhout, Reniers, 2022; Patel et al., 2023; Timofeyev et al., 2023; Whaley, Frakt, 2023; Winegarden, 2023). Skaidrumo trūkumo sukeltos neigiamos pasekmės medicininių paslaugų teikimo efektyvumui (Brakebill et al., 2022; Chen, Miraldo, 2022; Davidian, Bloom, 2024; Gholami et al., 2024; Ogurcova ir kt., 2023; Rao et al., 2022; Švedas, Gutauskas, 2022; Taminskaitė – Kočiūnė, 2023) ir visai sveikatos priežiūros sistemai (Ambrazevičiūtė ir kt., 2023; Beliūnienė, 2018; Blažytė, Grubliauskienė, 2020; Derakhshan et al., 2023; Han et al., 2022; König et al., 2022; Mead, Ibrahim, 2024; Orlauskas, Gruodytė, 2023; Rasalaitė, 2021; Servetkienė ir kt., 2022). Empirinis tyrimas, kuriame atskleidžiamas visuomenės narių požiūris į skaidrumą ir šio užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas itin svarbus analizuojant šių dienų sveikatos priežiūros sistemos realijas Lietuvoje.

Tyrimo plano konceptualizavimas yra itin svarbus mokslinio tyrimo etapas. Šiame etape turi būti parengtas tyrimo planas, kuriame numatyti nuoseklūs ir logiški tyrimo etapai. Loginė tyrimo schema sumažina šališkumą ir maksimaliai padidina tyrimo tikslumą, sudaro sąlygas gauti

pakankamai informacijos apie tiriamą problemą bei analizuoti ją plačiu mastu (Dubey, Kothari, 2022). Analizuojant tiriamą tematiką išsikeltas probleminis klausimas – ar teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas yra užtikrinamas skaidrumas? Tyrimo problemai spręsti reikalinga atlikti mokslinės literatūros šaltinių analizę ir sisteminimą, surinkti aktualius dokumentus ir parengti antrinių duomenų analizę atskleidžiant esamą situaciją, atlikti kiekybinį tyrimą, kuriame atskleidžiamas visuomenės narių požiūris į skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Išsami tiriamos tematikos analizė atlikta pagal iš anksto pasirengtą loginę tyrimo schemą (žr. 5 pav.).

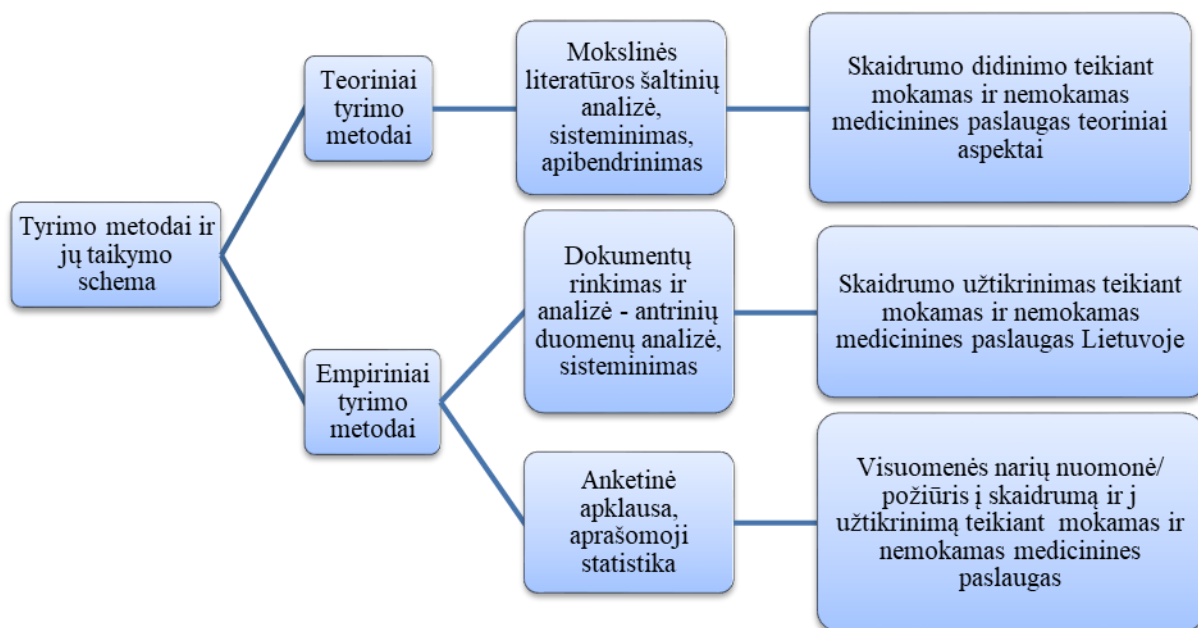


5 pav. Tyrimo loginė schema
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Tyrimas atliktas pagal iš anksto pasirengtą tyrimo schemą (žr. 5 pav.), kurioje išdėstyta loginė veiksmų struktūra, t.y. išsikeltų probleminių klausimų sprendimai analizuoti etapais, kai pirmiausia išsikelta problema, parengtos teorinės įžvalgos, suformuota tyrimo metodologija ir atliktas empirinis tyrimas, kurio rezultatai atsako į darbe išsikeltus probleminius klausimus.

2.2. Tyrimo metodai

Empirinėje darbo dalyje atliktas skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas tyrimas. Tyrimą sudarė dvi dalys, t.y. sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinių pagrindų bei mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo situacijos Lietuvoje analizė ir visuomenės narių nuomonės tyrimas. Atliekant tyrimą taikyti teoriniai ir empiriniai tyrimo metodai (žr. 6 pav.).



6 pav. Tyrimo metodai ir jų taikymo schema

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Rengiant teorinę analizę pasirinkti teoriniai tyrimo metodai, kurie taikyti atliekant skaidrumo didinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas teorinių aspektų analizę (žr. 1 darbo skyrius). Rengiant tyrimą taikyti empiriniai tyrimo metodai – dokumentų rinkimas ir analizė, anketinė apklausa, aprašomoji statistika (žr. 6 pav.), kurie toliau analizuojami šiame poskyryje.

Atliekant tyrimą atliktas taikyti tyrimo metodai – **dokumentų turinio analizės metodas** ir **antrinių duomenų analizės ir sisteminimo metodai**.

Dokumentų turinio analizė - tai metodas, kurį taikant atliekamos sisteminės procedūros (dokumentų peržiūra ir atranka, jų turinio analizė ir interpretavimas) nagrinėjant tyrime išsikeltus klausimus (Hazari, 2023). Dokumentų turinio analizės metodas taikytas tiriant nagrinėjamus klausimus, t.y. analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinius pagrindus ir nemokamų medicininių paslaugų organizavimo ir teikimo Lietuvoje situaciją.

Antrinių duomenų analizės ir sisteminimo metodas yra skirtas aktualios informacijos atskleidimui ją surenkant iš turimų dokumentų ir susisteminant. Taikant šį metodą renkami antriniai duomenys, kurie analizuojami, sisteminami ir pristatomi tyrimo rezultatų pavidalu. Pagrindinis šio metodo bruožas – tyrėjas neturi tiesioginės kontrolės jokiems kintamiesiems, nes atliekama jau esamų duomenų analizė (Mishra, Alok, 2017). Taikant šį metodą atlikta skaidrumo užtikrinimo teikiant medicinos paslaugas priežasčių antrinių duomenų analizė (žr. 10 lentelę).

10 lentelė

Dokumentų analizės ir antrinių duomenų analizės metodų taikymo pagrindimas

Tiriamieji klausimai	Metodas	Analizuoti dokumentai	Nagrinėjami klausimai
Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisiniai pagrindai	Dokumentų analizė	Teisės aktai – LR Konstitucija, įstatymai, įsakymai	1. Kokios yra visuomenės narių teisės į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą? 2. Kokie yra medicininių paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų aspektai bei sąlygos? 3. Koks yra sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmas?
Nemokamų medicininių paslaugų organizavimas ir teikimas Lietuvoje	Dokumentų analizė, antrinių duomenų analizė	Teisės aktai Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos informacija Strata duomenys Sodros duomenys	1. Koks yra sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis Lietuvoje? 2. Kaip organizuojama sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje?

10 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Tiriami klausimai	Metodas	Analizuoti dokumentai	Nagrinėjami klausimai
Skaidrumo užtikrinimo teikiant medicinos paslaugas priežastys	Antrinių duomenų analizė	 Strata duomenys  Sodros duomenys  Valstybės kontrolės ataskaitos  Lietuvos mokslininkų atlikti tyrimai	1. Kokia yra nemokamų medicininių paslaugų teikimo situacija Lietuvoje? 2. Kokios yra mokėjimo už medicininės paslaugas sąlygos? 3. Kokia yra visuomenės narių korupcijos sveikatos priežiūros sistemoje patirtis?

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Dokumentų analizės metodas taikytas atsakant į nagrinėjimus klausimus, apie sveikatos priežiūros paslaugų teisinį reglamentavimą Lietuvoje bei nemokamų medicininių paslaugų organizavimą ir teikimą Lietuvoje. Antrinių duomenų analizės ir sisteminimo metodas taikytas analizuojant nemokamų medicininių paslaugų organizavimo ir teikimo Lietuvoje aspektus bei skaidrumo trūkumo teikiant medicinos paslaugas priežastis (žr. 10 lentelę). Kiekvieno klausimo analizei ir atskleidimui pasirinkti dokumentai, kuriuose yra teikiama atitinkamo pobūdžio informacija. Tyrime taikyti *dokumentų atrankos kriterijai*: ne senesni nei 10 metų, dokumentų teisinė, mokslinė ir informacinė vertė, vartotojų tyrimai, atsakingų institucijų ir mokslininkų tyrimai, ataskaitos, kuriuose pristatoma informacija, duomenys apie skaidrumo užtikrinimą, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Visuomenės narių nuomonės tyrimas atliktas taikant *anketinės apklausos tyrimo* metodą. Anketinė apklausa – tai metodologiniais principais, procedūromis, taisyklėmis pagrįstas duomenų rinkimo metodas, kuriam reikalinga pasiruošti, suplanuoti visą tyrimo eigos procesą, nes tik tinkamai suplanuota ir atlikta apklausa leidžia gauti patikimus ir pagrįstus duomenis apie tiriamą reiškinį (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014). Anketoje pateikiami klausimai, kuriais siekiama gauti tyrimui aktualią informaciją, kai respondentai atsakinėdami į pateiktus klausimus pristato savo požiūrį, nuomonę, patirtį, nuostatas ir kt. (Dubey, Kothari, 2022). Kiekybinis tyrimas atliktas vadovaujantis dedukcine logika, t.y. skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas kiekybinio tyrimo procesas pradėtas nuo teorinės koncepcijos apibrėžimo, buvo suformuluoti hipotetiniai teiginiai, pagrįstos prielaidos, kurie buvo tikrinami empiriniame tyrime (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014). Anketinės apklausos metodas pasirinktas tikslingai, siekiant atskleisti visuomenės narių nuostatas/ požiūrį į skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Anketiniu tyrimu atskleidžiama visuomenės narių nuomonė apie skaidrumą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas: medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose, vertinimas, skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas tyrimo rezultatai.

Empirinis tyrimas atliktas naudojant darbo autorės parengtą tyrimo instrumentą – anketą (žr. priedą Nr. 2). Tyrimo anketa parengta remiantis teorinėje darbo dalyje pristatytomis Lietuvos (Blažytė, Grubliauskienė, 2020; Ogurcova ir kt., 2023; Servetkienė ir kt., 2022; Valstybės kontrolė, 2018) ir užsienio (Bernstein, Crowe, 2024; Endeshaw, 2021; Jiang et al., 2023; Kuntardjo et al., 2023) mokslininkų įžvalgomis, atliktais tyrimais ir juose naudotais instrumentais (žr. 11 lentelę).

11 lentelė

Tyrimo instrumento struktūra ir pagrindimas

Anketos dalis	Klausimų nr.	Klausimų tipas	Klausimų tikslas
Demografinė charakteristika	5 nenumėruoti klausimai	Uždaras	Tyrimo imties charakteristika (lytis, amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, užimtumas)
Medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas	1 klausimas	Vertinimo skalė	Kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnis
	2 klausimas	Vertinimo skalė	Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų vertinimas
	3 klausimas	Vertinimo skalė	Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumas

11 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Anketos dalis	Klausimų nr.	Klausimų tipas	Klausimų tikslas
Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas	4 klausimas	Uždaras	Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimas
	5 klausimas	Uždaras	Požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas
	6 klausimas	Uždaras	Neoficialių mokėjimų įtaka gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei
	7 klausimas	Vertinimo skalė	Sunkumai, gaunant nemokamas medicininės paslaugas
	8 klausimas	Vertinimo skalė	Sprendimas mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai
	9 klausimas	Vertinimo skalė	Požiūris į skaidrumo principo įgyvendinimą teikiant apmokamas ir neapmokamas medicininės paslaugas
	10 klausimas	Vertinimo skalė	Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema vertinimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Anketą sudaro įvadinė dalis (tyrėjos pristatymas, informacija apie atliekamą tyrimą, jo tikslą, respondentų dalyvavimo svarbą, tyrimo etikos principus), demografinių klausimų dalis, pagrindinė anketos dalis (10 klausimų) ir baigiamoji dalis - padėka už dalyvavimą. Tyrimo instrumentą sudaro 15 klausimų (5 demografiniai ir 10 tikslinių), kurie yra nukreipti į tyrime išsikeltų probleminių klausimų ir uždavinių sprendimą (žr. 12 lentelę). Numatyta apklausos trukmė 7-10 min.

Tyrimo populiacija. Registrų centro (2025) duomenimis 2025 m. sausio 1 d. bendras gyventojų skaičius Lietuvoje buvo 3.054.549, iš jų 2.548.225, kurių amžius svyruoja nuo 18 – 99 m. Tyrimo populiacijos dydis – 2.548.225 gyventojai.

Imties sudarymo tipas – tikimybinė imtis. Sudarant imtį tikimybinio būdu remiamasi tikimybių teorija, kai imtis atrenkama atsitiktinai, tačiau šis atsitiktinumas yra pamatuojamas ir apibrėžtas, o kiekvieno populiacijos elemento patekimo į imtį tikimybė žinoma. Formuojant tyrimo imtį pasirinktas tikimybinės atrankos būdas - paprastoji atsitiktinė atranka (ang. *simple random sampling*), kai kiekvienas populiacijos elementas turi vienodą galimybę pakliūti į atrankos imtį. (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014). Žydžiūnaitės (2011) teigimu, kiekybiniame tyrime turi dalyvauti 60-120 respondentų. Tuo atveju, kai tyrime dalyvauja daugiau nei 120 respondentų tyrimo rezultatai yra apibūdinami kaip esantys didesnio patikimumo laipsnio. Tyrimo imties skaičiavimas atliktas pagal imties tūrio apskaičiavimo formulę (žr. formulę Nr. 1) (Kardelis, 2017):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}} \quad (1)$$

Čia n – imties dydis, Δ^2 - paklaidos dydis (5 proc.), N – generalinės visumos dydis

Imties skaičiavimas grindžiamas nuo mažiausio respondentų skaičiaus, t.y. nuo 120 respondentų (žr. 12 lentelę).

12 lentelė

Kiekybinio tyrimo būtinios imties dydis

Įtrauktinų tyrimo dalyvių skaičius	120	240	360	480	600
Tyrimo imtis	125	149	189	217	238

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Kardelis, 2017

Tyrimo imtis gali varijuoti priklausomai nuo įtrauktinų tyrimo dalyvių skaičiaus (žr. 12 lentelę). Numatyta, kad mažiausia galima tyrimo imtis gali būti 125 respondentai. **Tyrimo imties charakteristika** pateikta 13 lentelėje.

Tyrimo imties charakteristika

Charakteristika	proc.	Charakteristika	proc.
Lytis		Išsilavinimas	
Moteris	69,3	Pagrindinis	0,7
Vyras	27	Vidurinis	16,8
Kita	3,7	Aukštesnysis	19,7
Amžius		Aukštasis (neuniversitetinis)	26,3
<19 metų	2,2	Aukštasis (universitetinis)	36,5
20-30 m.	18,2	Užimtumas	
31-40 m.	24,8	Studentas	6,6
41-50 m.	21,9	Dirbantis privačiame sektoriuje	10,2
51-60 m.	23,4	Dirbantis viešajame sektoriuje	69,3
61-70 m.	8,8	Nuosavo verslo savininkas	5,8
71 m. ir daugiau	0,7	Senjoras	2,2
Gyvenamoji vieta		Bedarbis	1,5
Miestas	77,4	Esu motinystės/ tėvystės atostogose	2,2
Rajonas	22,6	Kita (neįgalus: nedarbingas, iš dalies darbingas)	2,2

Tyrimo dalyvavo 137 respondentai (žr. 13 lentelę), kurių tarpe buvo daugiau nei du trečdaliai (69,3 proc.) buvo moterys. Tyrimo dalyvavusių respondentų amžius svyravo nuo 19 iki 71 m. ir daugiau metų. Didžiąją dalį tyrimo dalyvių sudarė asmenys, nurodę esantys 31-40 m. (24,8 proc.), 41-50 m. (21,9 proc.), 51-60 m. (23,4 proc.). Tyrimo imtį sudarė 77,4 proc. miesto ir 22,6 proc. kaimo gyventojų, turinčių aukštąjį universitetinį (36,5 proc.) ir aukštąjį neuniversitetinį (26,3 proc.). Daugiau nei du trečdaliai (69,3 proc.) respondentų nurodė dirbantys viešajame sektoriuje (69,3 proc.).

Anketinė apklausa vykdyta internetinėje apklausų platformoje www.apklausa.lt (apklausos trukmė 2025 m. gruodžio mėn. 2-9 dienomis). Internetinės apklausos pasirinkimas grindžiamas tuo, kad toks duomenų rinkimo būdas yra patogus respondentams, kurie gali dalyvauti tyrime jiems patogiu laiku jų pasirinktoje vietoje. Internetinės apklausos vykdymas didina respondentų dalyvavimo tyrime tikimybę. Iš viso tyrime gautos užpildytos 139 anketos. Išanalizavus gautas anketas pašalintos netinkamai/ nepilnai užpildytos 2 anketos.

Atliktos visuomenės narių nuomonę/požiūrį į skaidrumą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas anketinės apklausos duomenų analizei taikytas *aprašomosios statistikos metodas*: χ^2 , vidurkiai, dažnių analizė, statistinis reikšmingumas, koreliacija.

Statistinė duomenų analizė yra labai svarbi norint padaryti prasmingas interpretacijas bei patikrinti tyrime išsikeltas hipotezes (Hazari, 2023). Duomenų analizė atlieka svarbų vaidmenį transformuojant daugybę duomenų į kintamus išvadų ir ataskaitų rinkinius (Dubey, Kothari, 2022). Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 27.0 statistinę programinę įrangą. Duomenys suvesti ir su koduoti šioje programoje. Analizuojant duomenis apskaičiuotas p , t.y. statistinis reikšmingumas: jei $p < 0,05$ ir $p < 0,01$ nustatomas statistiškai reikšmingas skirtumas. Jei $p > 0,05$ – skirtumas statistiškai nereikšmingas. Ryšys tarp kintamųjų tirtas taikant Spirmeno (angl. *Spearman's*) koreliacijos koeficientą ir vertinant ryšio tarp kintamųjų stiprumą, kur:

koeficiento reikšmė nuo -1 iki +1, jei koeficientas lygus 0 – statistinio ryšio nėra (žr. 14 lentelę). Koreliacija tarp kintamųjų laikoma statistiškai reikšminga, kai p reikšmė mažesnė už 0,05 (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006; Bekešienė, 2015; Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014).

Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė

Skaitinė reikšmė	Koreliacijos stiprumas
0 iki +/-0,2	Labai silpna koreliacija (ryšio nėra)
+/-0,2 iki +/-0,4	Silpna koreliacija (silpnas ryšys)
+/-0,4 iki +/-0,7	Vidutinė koreliacija (vidutinis ryšys)
+/-0,7 iki +/-0,9	Stipri koreliacija (stiprus ryšys)
Daugiau nei +/-0,9	Labai stipri koreliacija

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Bekešienė, 2015, p. 144-145

Koreliacijos koeficiento reikšmės (žr. 15 lentelę) svyruoja nuo -1 iki +1. Kuo rezultatas yra artimesnis 0 reikšmei tuo koreliacija tarp kintamųjų yra silpnesnė arba jos nėra. Kuo gauti rezultatai yra artimesni -/+1, tuo koreliacija tarp kintamųjų yra stipresnė.

Tyrimo duomenų vizualizacijai (lentelės, paveikslai) naudota MS Excel programa.

Tyrimo skalių patikimumui ir vidiniam suderinamumui vertinti taikytas Kronbacho alfa (angl. *Cronbach alpha*) koeficientas, kurio reikšmė gali būti nuo 0 iki 1. Kronbacho alfos koeficiento vertinimas: puikus ($\alpha \geq 0,9$), geras ($0,9 > \alpha \geq 0,8$), priimtinas ($0,8 > \alpha \geq 0,7$), pakankamas ($0,7 > \alpha \geq 0,6$), prastas ($0,6 > \alpha \geq 0,5$) ir nepriimtinas ($0,5 > \alpha$). Kad klausimynas būtų vertinamas kaip validus, patikimas ir suderintas Kronbacho alfa turi būti ne mažesnė nei 0,7 (Izah et al., 2024).

2.3. Tyrimo organizavimas ir etika

Tyrimas organizuotas pagal iš anksto pasirengtą schemą (žr. 7 pav.).

UŽDUOTYS	2024 m. gruodis – 2025 m. sausis	2025 m. sausis – vasaris	2025 m. kovas – balandis	2025 m. gegužė – birželis	2025 m. birželis – rugsėjis	2025 m. spalis – lapkritis	2025 m. gruodis
Literatūros apžvalga							
Tyrimo metodika							
Situacijos analizė							
Tyrimo instrumentas							
Tyrimo parametrų tikslinimas							
Tyrimo duomenų rinkimas							
Tyrimo duomenų analizė							
Tyrimo rezultatų interpretacija							
Diskusija							
Išvados ir rekomendacijos							

7 pav. Tyrimo organizavimo schema

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Tyrimo pradžia 2024 m. gruodžio mėn. – tyrimo pabaiga 2025 m. gruodis (žr. 7 pav.). Tyrimas organizuotas palaipsniui pereinant nuo vieno etapo prie kito, laikantis nustatytų terminų.

Tyrimo etika. Sociologiniuose tyrimuose galioja tyrėjo etikos kodeksas, kuriuo turi būti vadovojamasi visuose tyrimuose siekiant užtikrinti respondentų gerovę ir apsaugoti juos nuo bet kokios neigiamos įtakos ar nepageidaujamo poveikio (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014). Tyrimo etika atlieka reikšmingą vaidmenį vykdant tyrimus, nes etikos principai yra kertinis pamatas skatinantis respondentų įsitraukimą į tyrimą. Tyrimo etikos principų pristatymas ir vadovavimasis jais tyrime prasideda nuo informuoto respondento sutikimu, kuriuo jis patvirtina savo laisvą ir savanorišką sutikimą dalyvauti tyrime. Tyrime labai svarbu laikytis užtikrinti, kad tyrimo dalyviams nebūtų sukelta jokie pobūdžio žala, kad dalyvaujant tyrimui jie jaustųsi komfortiškai. Užtikrinant anonimiškumo, konfidencialumo, privatumo principus neturi būti atskleista jokia asmeninė informacija apie tyrimo dalyvius (Dubey, Kothari, 2022). Svarbiausi etikos principai, nusakantys respondentų gerovės užtikrinimą jiems dalyvaujant tyrime (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014):

- informuotas ir savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime;

- ✚ anonimiškumo ir gautos informacijos konfidencialumo užtikrinimas;
- ✚ žalos respondentams vengimas.

Visuose tyrimo etapuose, t.y. ruošiantis tyrimui, tyrimo vykdymo metu ir atlikus tyrimą buvo vadovautasi etikos principais, išlaikant sąžiningumą, atsakomybę ir pagarbą tyrimo dalyviams (Kardelis, 2017; Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014; Žydžiūnaitė, 2011). Tyrimo etikos principai numatyti ir apsibrėžti dar tik planuojant tyrimą- numatytos galinčios kilti etinės problemos, jų sprendimo būdai. Tyrimo dalyviams anketos pradžioje pateikta išsami informacija apie atliekamą tyrimą, jo tikslą, duomenų panaudojimą. Prieš pradėdant anketos pildymą tyrimo dalyviams pateiktas kontrolinis klausimas, ar jie sutinku dalyvauti tyrime savanoriškai (užtikrintas savanoriškai išreikštas sutikimas dalyvauti tyrime). Tyrimo dalyviai nebuvo jokiais būdais verčiami dalyvauti tyrime, užtikrinta, kad jie neaptirtų jokių sunkumų (fizinių, emocinių, reputacinių ir kt.) susietų su dalyvavimu tyrime. Užtikrinant anonimiškumo privatumo, konfidencialumo principų įgyvendinimą, respondentai anketose neturėjo nurodyti jokios asmeninės informacijos apie save, kas užtikrino, kad jų tapatybė nebūtų identifikuota jokių būdu. Tyrimo metu gauti rezultatai naudojami tik apibendrintai ir tik rengiant magistro darbą.

3. SKAIDRUMO UŽTIKRINIMAS TEIKIANT MOKAMAS IR NEMOKAMAS MEDICININES PASLAUGAS TYRIMO REZULTATAI

3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinis reglamentavimas

Šiame poskyryje, analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinį reglamentavimą, aptariamas mokamų ir nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinis reglamentavimas, atskleidžiant visuomenės narių teises į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokie yra medicininių paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų aspektai bei sąlygos, koks yra sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmas.

Pagrindinė paciento teisė yra teisė į sveikatos priežiūrą, kuri negali būti atskirtos nuo kitų asmens prigimtinių konstitucinių teisių. Šiame kontekste labai svarbus skaidrumas, formuojantis sąlygas užtikrinti paciento teisę į sveikatos priežiūrą – mokamas ir nemokamas, efektyvias ir sąžiningas paslaugas bei informacijos gavimą (Kuntardjo et al., 2023).

Lietuvos Respublikos Konstitucijos (1992) 53 str. įtvirtinta, kad „valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“. Iš to išplaukia, kad visiems visuomenės nariams turi būti teikiamos nemokamos medicininės paslaugos. Konstituciniai sveikatos apsaugos pagrindai, nustatantys valstybei atitinkamas pareigas, suponuoja įstatymų leidėjui jo funkcijų įgyvendinimo kryptis, t.y. užtikrinti sąlygas visiems visuomenės nariams turėti geresnę sveikatą sudarant sąlygas gauti reikiamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą atitinkančią teisės aktuose įtvirtintas mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo sąlygas (Taminskaitė – Kočiūnė, 2023). Lietuvos Respublikos Konstitucinis teismas (KT) yra išaiškinęs, kad asmens teisė į sveikatą išplaukia iš Konstitucijos 53 str. 1 d., kurioje įtvirtinta valstybės pareiga užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems visuomenės nariams, tačiau sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo našta iš dalies tenka ir visuomenės nariams (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas). Anot Januševičienės (2017), konstitucinė asmens teisė į sveikatą yra neatsietina nuo pareigos rūpintis savo sveikata, t.y. domėtis ja, saugoti ją, sukurti santykius su sveikatos priežiūros specialistais, pagrįstus savitarpio pagarbos, supratimo ir pagalbos principais. Tokiu būdu yra sukuriamą palanki aplinka tikslinei sveikatos priežiūrai ir jos puoselėjimui.

LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996) apibrėžia sveikatos priežiūros staigų veiklą ir reglamentuoja visuomeninius santykius, kurių nereglamentuoja LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (1 str.). Įstatymo 2 str. 10 d. apibrėžta nemokamų paslaugų samprata, t.y. „paslaugos, kurios yra apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar privalomojo sveikatos draudimo fondo, ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų. Šias paslaugas įstaigoms užsako ir už jas apmoka LNSS veiklos užsakovai“. Tai yra planinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams, turintiems teisę gauti tokias paslaugas (45 str. 1 d. 9 p.). Iš įstatymo nuostatų išplaukia, kad sveikatos priežiūros paslaugas gali gauti tik tie pacientai, kurie turi tokią teisę. Ši teisė apibrėžta **LR sveikatos draudimo įstatyme** (1996), kuriame įtvirtinti privalomojo ir papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindai (1 str.). Asmens teisė gauti nemokamas medicininės paslaugas įtvirtinta ir kituose įstatymuose bei teisės aktuose **LR sveikatos sistemos įstatyme** (1994) apibrėžti sveikatos sistemos, jos struktūros, organizavimo ir valdymo pagrindai, šios veiklos subjektų teisės ir pareigos (1 str.). Įstatymo 2 str. 19 p. įtvirtinta valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra, t.y. „asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), valstybės ar savivaldybių biudžeto“. Įstatyme apibrėžti valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros aspektai, t.y. sritys, kuriose turi būti užtikrintas nemokamų paslaugų teikimas (47 str.) bei nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka ir sąlygos (49 str.). Pažymėtina ir tai, kad įstatymo 49 str. 5 d. įtvirtinta, jog iš pacientų neturi būti reikalaujama papildomo mokesčio už valstybės garantuojamas nemokamas sveikatos priežiūros

paslaugas. Tačiau tuo pačiu pažymima, kad pacientas turi teisę pasirinkti kitas, t.y. brangesnes paslaugas savo iniciatyva. Pacientai susipažinę su aktualia informacija apie paslaugas ir priėmę sprendimą jomis naudotis turi prievolę už jas sumokėti asmeniškai ar pasinaudojant papildomais turimais sveikatos draudimais (draudimo bendrovių parduodami papildomų sveikatos priežiūros paslaugų draudimų paketai). Teisė gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas taip pat detalizuota **LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. 301** (2000), kuriame apibrėžta, kad pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra garantuotas apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu (PSD), kai suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš PSDF lėšų (2 str.). Iš šių nuostatų išplaukia, kad medicininių paslaugų teikimas nėra visiškai nemokamas, kaip tai apibrėžta LR Konstitucijoje.

LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. 1113 asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos apraše (2006) apibrėžta, kad nemokamos (iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos) sveikatos priežiūros paslaugos yra skirstomos į keturias grupes, kurias sudaro pogrupiai: pirmoji paslaugų grupė – prioritetinės gydytojų specialistų konsultacijos, skubiosios medicinos pagalbos ir stebėjimo paslaugos, prioritetinės stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugos ir prioritetinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos; antroji paslaugų grupė – ambulatorinės ir stacionarinės slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos paslaugos, sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugos; trečioji paslaugų grupė – dienos stacionaro, dienos chirurgijos, pradinės ambulatorinės ir ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos; ketvirtoji paslaugų grupė – gydytojų specialistų konsultacijos (jei jos neatitinka pirmosios paslaugų grupės kriterijų), stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos (jei jos neatitinka pirmosios paslaugų grupės kriterijų); penktoji paslaugų grupė - stacionarinės gydymo paslaugos, kurios nėra įtrauktos į aprašo 2.1.4 papunktį. **LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas** (2002) reglamentuoja visuomenės narių sveikatos priežiūrą, jos reguliavimo, profilaktikos ir sveikatos stiprinimo aspektus bei juridinių ir fizinių asmenų teisinius santykius visuomenės sveikatos priežiūros srityje (1 str. 1 p.). Įstatymu reglamentuojamos visuomenės sveikatai įtaką darančios atskiros veiklos sritys (1 str. 2 p.). Aukščiau išdėstytuose įstatymuose ir teisės aktuose reglamentuoti medicininių paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų aspektai bei sąlygos, kuriomis vadovaujantis pacientas gali ne tik gauti mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas, bet ir įstatymuose numatytais atvejais turi savo lėšomis padengti asmenines sveikatos priežiūros išlaidas.

LR sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) priimtuose teisės aktuose reglamentuoti įvairių medicininių paslaugų teikimo teisiniai pagrindai. **LR SAM įsakyme Nr. V-488** (2005) įtvirtinta, kad pacientui gavus stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas iš PSDF biudžeto yra mokama tik tada, jei suteiktos medicininės paslaugos atitiko specialiuosiuose paslaugų teikimo reikalavimuose nurodytus gydymo metodus ir diagnostikos technologijas (3 p.). **LR SAM įsakyme Nr. V-668** (2009) įtvirtinta, kad dienos chirurgijos paslaugos nėra pilnai apmokamos iš PSDF biudžeto, jos yra dalinai apmokamos iš paciento asmeninių lėšų ar papildomo draudimo lėšų (26-41 p.). **LR SAM įsakyme Nr. V-1073** (2010) apibrėžti specialieji reikalavimai asmens sveikatos priežiūrai skubiosios pagalbos atveju. Įsakymo 56 p. įtvirtinta, kad visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, išskyrus aktyvų gydymą, yra apmokamos iš PSDF biudžeto. Visgi, ir šių paslaugų apmokėjimas yra ribotas (57-59, 61-66 p.), nes teikiant skubiąją pagalbą turi būti atliekamos 65 p. apibrėžtos paslaugos. Jei atliekamos kitos paslaugos, dalinė jų mokėjimo našta tenka pacientui. **LR SAM įsakyme Nr. V-754** (2013) nuostatose apibrėžta, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra mokamas ir nemokamas teisės aktų nustatyta tvarka (10 p.). Įsakyme įtvirtinta, kad ambulatorinės chirurgijos paslaugų apmokėjimas yra susietas su numatytais reikalavimais (12 p.), įtvirtintais įsakymo 4 p. To paties įsakymo 13 p. pateikta nuoroda į sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sąlygas. Iš to išplaukia, kad nemokamų medicininių paslaugų sąrašas yra ribotas. Paminėtina ir tai, kad toks ribotumas sudaro sąlygas skaidrumo trūkumui, kai norint gauti reikiamas paslaugas „čia ir dabar“ gali būti vykdomi sutartiniai (tarp paciento ir gydytojo) mokėjimai, užtikrinantys reikiamų paslaugų gavimą nebūtinai įstatymuose nustatyta tvarka. **LR SAM įsakyme Nr. 357** (1999) pateiktas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų

sąrašas ir kainynas, apibrėžta mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų nustatymo ir indeksavimo tvarka, mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka.

Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ir licencijavimo, teikiamų paslaugų kokybės ir apmokėjimo teiginiai pagrindai įtvirtinti Lietuvos Respublikos (LR) įstatymuose, LR vyriausybės teisės aktuose, LR sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktuose (Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2023).

Analizuojant tiriamos temos teisinius pagrindus paminėtinas **LR SAM įsakymas Nr. V-65 (2015)**. Įsakyme įtvirtinta skaidrios asmens sveikatos priežiūros įstaigos vardo suteikimo tvarka. Šiame įsakyme apibrėžiamas sveikatos priežiūros skaidrumo taisyklės ir veiksniai, leidžiantys pripažinti, kad įstaiga veikia skaidriai (1 p.). Šioje tvarkoje įtvirtinta, kad skaidrumas yra siejamas su informacijos pacientams teikimu apie mokamas ir nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, jų apmokėjimo tvarką. Dar vienas svarbus **LR SAM įsakymas Nr. V-813 (2023)**, kuriame įtvirtintas šakinio korupcijos prevencijos sveikatos priežiūros sistemoje 2024-2025 m. veiksmų planas. Iš šio įsakymo punktų išplaukia, kad visose sveikatos priežiūros įstaigose turi būti vadovaujamasi skaidrumo principu racionaliai naudojant lėšas (7.4 p.), užtikrintas skaidrumas teikiant informaciją pacientams bei sudarant galimybes jiems gauti reikiamas paslaugas be papildomų mokėjimų (8 p.), vyksti nuolatinę sveikatos priežiūros specialistų ir kitų darbuotojų atsparumo (nepakantumo) korupcijai edukacija (19 p.), teikiant prioritetą visuomenės narių interesų užtikrinimui, kad priimami sprendimai būtų skaidrūs ir nešališki (56 p.). Iš įsakyme išdėstytų nuostatų išplaukia, kad medicininių paslaugų teikimas turi būti nemokamas tiek, kiek tai reglamentuoja teisės aktai, o mokamos paslaugos turi būti apmokamos iš paciento pusės, tačiau mokamos tiesiogiai į sveikatos priežiūros įstaigos biudžetą, o ne pavieniams sveikatos priežiūros asmenims ar jų komandoms. Paminėtina ir tai, kad šio įsakymo 59 p. yra apibrėžta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje vis dar vyrauja apmokėjimo už medicinines paslaugas netolygumai, nėra aiškaus sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmo, kas sudaro prielaidas reikalauti papildomų mokėjimų iš pacientų gydymo įstaigose (neteisėtų priemokų priėmimas iš pacientų). Remiantis aukščiau išdėstyta galima teigti, kad teikiant nemokamas medicinines paslaugas vis dar nepakankamai užtikrinamas skaidrumas. Apibendrinant išdėstytą informaciją 15 lentelėje pateikta susisteminta informacija apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinio reglamentavimo ypatumus.

15 lentelė

Medicininių paslaugų teikimo teisinio reglamentavimo ypatumai

Tiriamas aspektas	Analizės rezultatai	Teisės aktai
Visuomenės narių teisės į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą	Visuomenės narių teisė į sveikatą yra įtvirtinta Konstitucijoje, kurioje pabrėžta, kad visiems visuomenės nariams turi būti sudarytos sąlygos gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias teisės aktuose įtvirtintas apmokamų ir neapmokamų medicininių paslaugų teikimo sąlygos	LR Konstitucija, KT nutarimai
Medicininių paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų aspektai bei sąlygos	Teisės aktuose reglamentuoti medicininių paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų aspektai bei sąlygos, kuriomis vadovaujantis pacientas gali ne tik gauti apmokamas ir neapmokamas medicinines paslaugas, bet ir įstatymuose numatytais atvejais turi savo lėšomis padengti asmenines sveikatos priežiūros išlaidas.	LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, LR sveikatos draudimo įstatymas, LR sveikatos sistemos įstatymas, LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, LR sveikatos apsaugos ministro įsakymai Nr. 301, Nr. V-444.
Sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmas	Teisės aktuose reglamentuotas nemokamų ir mokamų paslaugų teikimas, jų apmokėjimo sąlygos, tačiau nėra aiškaus sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmo, kas sudaro prielaidas reikalauti papildomų mokėjimų iš pacientų gydymo įstaigose (neteisėtų priemokų priėmimas iš pacientų).	LR SAM įsakymai Nr. V-488, Nr. V-668, Nr. V-1073, Nr. V-1073-754, Nr. 357, Nr. V-65, Nr. V-813.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Atlikus analizę nustatyta, kad LR Konstitucija yra įtvirtinta *visuomenės narių teisė į sveikatą ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą*. Užtikrinant lygiateisiškumą ir prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų, visuomenės nariai turi teisę gauti būtinąją medicinos paslaugą nepriklausomai nuo jų draustumo PSD ir demografinių veiksnių, t.y. lyties, rasės, finansinių galimybių, tikėjimo, socialinio statuso ir kt. Paminėtina ir tai, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema yra grindžiama solidarumo principu, kurio išraiška – teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimas užtikrinant teisingumą ir lygybę. Asmenys, kurie yra apdrausti PSD turi teisę į nemokamas paslaugas pagal teisės aktuose įtvirtintas sąlygas, paslaugų teikimo tvarką ir kt. Taigi, sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos visiems, o kiekvienas visuomenės narys turi teisę gauti reikiamas ir kokybiškas paslaugas bei būti informuotas apie savo sveikatos būklę, skiriamus gydymo metodus, dalyvauti sprendimų priėmimo procese, būti informuoti apie priklausančias nemokamas paslaugas ir jų kompensavimo tvarką bei apie paslaugas, už kurias reikalinga primokėti bei, kokių pagrindu grindžiama šios priemokos. Atsakant į klausimą apie *medicininių paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų aspektus bei sąlygas* nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš valstybės lėšų tvarka reglamentuota LR įstatymuose ir juos lydinčiuose teisės aktuose. Sveikatos paslaugų apmokėjimas iš valstybės biudžeto grindžiamas PSD sistema, kurią administruoja VLK ir TLK. PSDF biudžeto lėšos, kurios surenkamos iš PSD mokesčio, garantuoja asmens sveikatos priežiūrą iš valstybės lėšų. Paminėtina, kad visuomenėje yra asmenų grupės, kurios yra draudžiamos PSD automatiškai (socialiai remtini asmenys, vaikai, senjorai ir kt.), t.y. jie nemoka PSD, bet turi apdraustą asmens statusą. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurios yra sudarę sutartį su TL teikia įstatymuose apibrėžtas nemokamas paslaugas asmenims, draustiems PSD. Remiantis teisės aktų analize teigtina, kad iš PSDF apmokamos atitinkamos paslaugos, t.y. šeimos gydytojų konsultacijos ir teikiamos paslaugos, tyrimai, kompensuojamos tam tikros vaistų grupės, stacionarinis gydymas, specialistų konsultacijos, prevencinės programos ir kt., t.y. paslaugos, kurios yra įtrauktos į valstybės kompensuojamų paslaugų sąrašą. Tuo tarpu už galimai tas pačias nemokamas paslaugas, kai pacientai pasirenka brangesnį gydymo būdą, siekia gauti norimas paslaugas greičiau (nelaukti eilėje), pasirenka paslaugas, kurios nėra būtinos pagal asmens sveikatos būklę ir/ar nėra įtrauktos į kompensuojamų paslaugų sąrašą, pacientai moka papildomai. Taigi, Lietuvoje veikiantis *sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmas* apima nemokamų ir mokamų paslaugų teikimą. Teikiamos nemokamos paslaugos finansuojamos iš PSDF biudžeto. Su TLK sutartis sudariusios sveikatos priežiūros įstaigos gauna finansavimą pagal turimų pacientų (apdraustųjų) asmenų skaičių, finansavimą prevencinėms programoms, tam tikram paslaugų kiekiui (laboratoriniai tyrimai, specialistų konsultacijos ir kt.). Pacientai gali gauti nemokamas ir/ ar iš dalies nemokamas paslaugas pasinaudodami kitais finansavimo šaltiniais (pvz. papildomas asmens sveikatos draudimas teikiamas privačių verslo subjektų). Visgi, atlikta analizė parodė, kad sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo mechanizmas nėra pakankamai aiškus, praktikoje nemokamų paslaugų teikimo sistema yra ganėtinai sudėtinga, taikoma nevienodai. Visa tai suformuoja skaidrumo principo įgyvendinimo teikiant medicininės paslaugas problemą: dėl sudėtingos ir nevienodos sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos, nepakankamo ir/ar riboto informacijos viešumo, atsiranda sąlygos iš pacientų reikalauti papildomų priemonių (dažniausiai neoficialių), nors iš esmės šios paslaugos turėtų būti apmokamos iš valstybės lėšų. Teigtina, kad apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas sistemos sudėtingumas ir nevientisumas didina nelygybę, mažina visuomenės narių pasitikėjimą šia sistema, sumažina paslaugų prieinamumą, kas yra tiesiogiai susieta su neigiamais visuomenės sveikatos rodiklių pokyčiais.

Apibendrinant galima teigti, kad medicininių paslaugų teikimo teisinis reglamentavimas Lietuvoje yra platus. Tai yra įstatymai ir juos lydintys teisės aktai. Visgi, vertinant LR Konstitucijoje įtvirtintą asmens teisę gauti nemokamas medicininės paslaugas riboja įstatymų nuostatos, kuriose detalizuojamos medicininių paslaugų apmokėjimo sąlygos ir tvarka. Medicininių paslaugų teikimo, apmokėjimo sąlygos ir tvarka yra įtvirtinta Lietuvos Respublikos įstatymuose, vyriausybės teisės aktuose, sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktuose. LR Konstitucijoje įtvirtinta asmens teisė gauti nemokamas medicininės paslaugas. Atlikta teisės aktų analizė leidžia teigti, kad visiškai

nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas yra ribotas, dalies pacientams reikiamų paslaugų gavimas yra mokamas paciento lėšomis ir/ar iš papildomo turimo sveikatos draudimo.

3.2. Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų organizavimo ir teikimo Lietuvoje analizė

Šiame poskyryje pristatoma atlikta dokumentų analizė, kurioje atsakyta į klausimus apie tai, koks yra sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis Lietuvoje ir kaip organizuojama sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje. Lietuvos Respublikoje sveikatos priežiūros sistema organizuojama 3 lygiais, t.y. savivaldybių, valstybės ir privataus sektoriaus (žr. 8 pav.).



8 pav. LR sveikatos priežiūros sistema

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Strata, 2022, p. 54

Kiekviename sveikatos priežiūros sistemoje veikiančiame lygmenyje (žr. 8 pav.) teikiamos tam tikros paslaugos, koordinuojama sveikatos priežiūros sistema, užtikrinamas visuomenės nariams reikalingų medicininių paslaugų teikimas.

Valstybės lygmeniu, Sveikatos apsaugos ministerija (toliau darbe – SAM) formuoja valstybėje vykdomą sveikatos politiką, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą. Valstybiniu lygmeniu SAM dalyvauja ir įgyvendina jai pavestas sveikatos politikos sritis, organizuoja gyventojų sveikatos būklės rodiklių stebėseną, licencijų paslaugų teikėjams ir sveikatos priežiūros specialistams išdavimą, Valstybinės ligonių kasos ir kitų pavaldžių institucijų, įskaitant tam tikrus paslaugų teikėjus, valdymą, tinklo administravimą. SAM organizuoja tretinę asmens sveikatos priežiūrą, nustato antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą. **Savivaldybės lygmeniu** paskirtos vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens sveikatos priežiūrą (toliau darbe – PASP), įgyvendina jai deleguotas funkcijas – antrinės asmens sveikatos priežiūros organizavimas. **Privatus sektorius** sveikatos priežiūros sistemoje veikia kaip jos dalyvis, kuris teikia pirminės sveikatos priežiūros ir odontologines paslaugas, specializuotas ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra finansuojamos valstybės. Stacionarines asmens sveikatos priežiūros institucijos, teikiančios medicininės paslaugas yra finansuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (Strata, 2022).

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje dalyvauja vienas mokėtojas, t.y. valstybinė ligonių kasa (toliau darbe – VLK) prie SAM (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024). Privalomuoju sveikatos draudimu (toliau darbe – PSD) draudžiami faktiškai visi visuomenės nariai. Jų teisės ir pareigos vykdant PSD yra įtvirtintos LR sveikatos draudimo įstatyme (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996). Šio įstatymo normose įtvirtinta, kad PSD yra draudžiami asmenys, kurie kiekvieną mėnesį privalo mokėti (arba už juos yra sumokamos) nustatyto dydžio mokestį – PSD įmokas, kurios skirtos sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui. Tais atvejais, kai gyventojai priklauso socialiai jautrioms gyventojų grupėms, PSD įmokas moka valstybė. Tuo tarpu nedirbantys asmenys, kurie yra išvykę iš Lietuvos turi deklaruoti savo išvykimą ir nemoka PSD įmokų, o nedeklaravus tokių pokyčių jie turi prievolę mokėti PSD įmokas. Lietuvoje veikianti sveikatos priežiūros apmokėjimo sistema yra susieta su dalyvavimu PSD sistemoje, o pastaroji yra susieta su gyventojų statusu ir prievole mokėti PSD įmokas (Valstybinė

ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024a). Asmeniui, draustam PSD jo gydymas yra apmokamas ligonių kasų. Tačiau vadovaujantis Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, sąrašu ir kainomis (1999) tvarkos aprašu, numatytos paslaugos, kurių mokėjimas yra įteisintas ir PSD apdraustiems asmenims. Tai reiškia, kad nepriklausomai nuo to, kad yra mokamos įmokos į sveikatos draudimo fondo biudžetą, už tam tikras medicinines paslaugas vis tiek reikės susimokėti (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024b).

Kiekvienoje gydymo įstaigoje, turi būti pateikta informacija apie įstaigos turimą sutartį su TLK ir informacija apie tai, kokios paslaugos sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos nemokamai, t.y. apmokamos PSDF lėšomis. Visais atvejais PSD draustiems pacientams turi būti pirmiausia pasiūlytos nemokamos paslaugos ir sudarytos sąlygos jas gauti laiku (Sodra, 2025). Taigi, akcentuotina tai, kad kreipiantis medicininių paslaugų pacientai turi pasidomėti, ar gydymo įstaiga yra sudariusi sutartį su TLK, kokios joje teikiamos paslaugos yra apmokamos iš PSDF, kokios priemokos yra taikomos už brangiau kainuojančias procedūras, paslaugas, medžiagas ir kt. Tais atvejais, kai gydymo įstaigoje yra deleguojama, kad teikiamos nemokamos medicininės paslaugos, bet už jas pareikalaujama susimokėti (PSD apdrausto asmens atvejis) ir/ar įsigyti tam tikras priemones, vaistus, reikalinga išsiaiškinti, ar tokie reikalavimai yra pagrįsti, kodėl yra teikiami tokie reikalavimai. Tapačiai gali būti paprašoma dokumentų, įrodančių tokių priemonių teisėtumą. Tokioje situacijoje sveikatos priežiūros įstaiga turi visada pateikti pacientui reikalingą informaciją, pateikti paaiškinimus, kodėl, už ką ir kiek jis turės susimokėti. Jei pacientas sutinka mokėti (sutikimas dėl mokamų ar iš dalies mokamų paslaugų) tai turi būti patvirtina gydytojo ir paciento parašais. Mokėjimas už paslaugas turi būti atliekamas įstaigos kasoje išduodant mokėjimą patvirtinantį dokumentą (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024b).

Lietuvoje yra naudojama galiojanti bazinio mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ataskaitos forma Nr. 01-PAASP (Įsakymas dėl bazinio mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ataskaitos formos patvirtinimo, 2007). Akcentuotina tai, kad LR teisės aktuose ir juos lydinčiuose dokumentuose yra reglamentuotas teikiamų paslaugų sąrašas, mokamų ir nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąlygos, kainų nustatymo taisyklės. Pacientams yra pateikiamas sutikimas dėl mokamų paslaugų teikimo bei mokėjimo už jas (Dėl sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašo patvirtinimo, 2010). Visgi, teisės aktuose ir juose lydinčiuose dokumentuose nėra apibrėžta ir įtvirtinta formali specifinė pranešimo forma, kuria pacientai būtų informuojami apie poreikį susimokėti asmeniškai už suteiktas paslaugas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose pacientams yra teikiamos formos, kurią pasirašydamas pacientas sutinka su tuo, kad jam bus atlikta mokama paslauga ir sutinka už ją sumokėti. Apskritai, informacija apie priemokas už nemokamas medicinines paslaugas turi būti pateikiama iš anksto, t.y. pacientas turi būti informuojamas, turėti galimybę apsispręsti dėl tam tikrų paslaugų pasirinkimo ir įsigijimo.

Strata (2022) ataskaitoje, Lietuvoje sveikatos priežiūrai vis dar skiriamos mažos išlaidos, tačiau jos palaipsniui yra didinamos. 2019 m. vienam gyventojui tenkančios sveikatos priežiūros išlaidos buvo 1885 Eur (faktiškai perpus mažesnės nei Europos Sąjungos vidurkis – 3521 Eur), tačiau buvo didžiausios lyginant Vidurio ir rytų Europos valstybių mastu. 2015-2019 m. laikotarpiu išlaidos visuomenės narių sveikatos priežiūrai auga apie 6 proc. kiekvienais metais. Valstybės lėšomis buvo finansuojami tik du trečdaliai (66 proc.) suteiktų medicininių paslaugų išlaidų padengimui. Likusi dalis, t.y. 34 proc. buvo apmokama pačių pacientų lėšomis arba dengiama iš privačių sveikatos draudimo fondų lėšų (Strata, 2022). Akcentuotina ir tai, kad atliktos analizės rodo, jog medicininių paslaugų valstybinis finansavimas nėra pakankamai efektyvus, ribotas veiksmingas valstybinių lėšų paskirstymas (Strata 2022a).

Iš Valstybinės ligonių kasos teikiamos informacijos (Strata, 2022) aiškėja, kad neapmokamų medicininių paslaugų teikimas Lietuvoje yra ribotas. Lietuvoje veikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos nemokamos ir mokamos paslaugos. Pagrindinis veiksnys sudarantis sąlygas gauti nemokamas medicinines paslaugas yra asmens privalomasis draudimas. Tačiau net ir tais

atvejais, kai asmuo yra draustas, už tam tikras paslaugas, procedūras, gydymui reikalingas medžiagas gali tekti susimokėti. Išskiriamos mokėjimo už medicininės paslaugas sąlygos, kai asmuo turi mokėti už medicininės paslaugas (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024b):

- ✚ nėra PSD draudimo;
- ✚ kreipiamasi į gydymo įstaigą, kuri nesudariusi sutarties su TLK;
- ✚ norima gauti gydytojo specialisto konsultaciją neturint siuntimo;
- ✚ pacientas pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras savo iniciatyva;
- ✚ pacientas pasirenka į mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įtrauktas mokamas paslaugas (pvz. nėštumo nutraukimas, kosmetologinės procedūros, dantų implantavimas, kosmetinės chirurgijos operacijos, manualinė terapija, akupunktūra, įvairių pažymėjimų įgijimo poreikis – įsigyti ginklą, vairuotojo, aviatoriaus pažymėjimą ir kt.
- ✚ pacientas savo noru pasirenka brangesnes procedūras, paslaugas, medžiagas, priemones, kurių nekompensuoja TLK. Šiuo atveju gali reikėti sumokėti visą sumą arba padengti skirtumą tarp TLK finansuojamos sumos ir galutinės paslaugos/ procedūros ir pan. kainos. (pvz. gydymo procese pasiūloma pacientui naudoti brangesnius medikamentus ir pacientas su tuo sutinka).

PSD nedraustiems asmenims savo lėšomis reikės susimokėti už visas medicininės paslaugas, išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos atvejus, kai tokia pagalba teikiama visiems nuolatiniais Lietuvos gyventojams (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024b).

Apibendrinant išdėstytą informaciją 9 paveiksle pateikta sveikatos priežiūros teikimo ir organizavimo modelis.



9 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Strata, 2022, p. 58-63

Atlikta medicininių paslaugų teikimo ir organizavimo sistemos Lietuvoje analizė (žr. 9 pav.) leidžia teigti, kad medicininių paslaugų teikimas visada yra mokamas – valstybės biudžetas, asmeninės lėšos, savanoriški draudimai, kiti finansiniai įrankiai. Nepriklausomai nuo to, kad kreipdamasis dėl

medicininį paslaugų į PASP pacientas už jas tiesiogiai gali ir nemokėti, tačiau už jas sumoka valstybė, į kurios biudžetą lėšos yra surenkamos iš PSD įmokų ir kitų šaltinių.

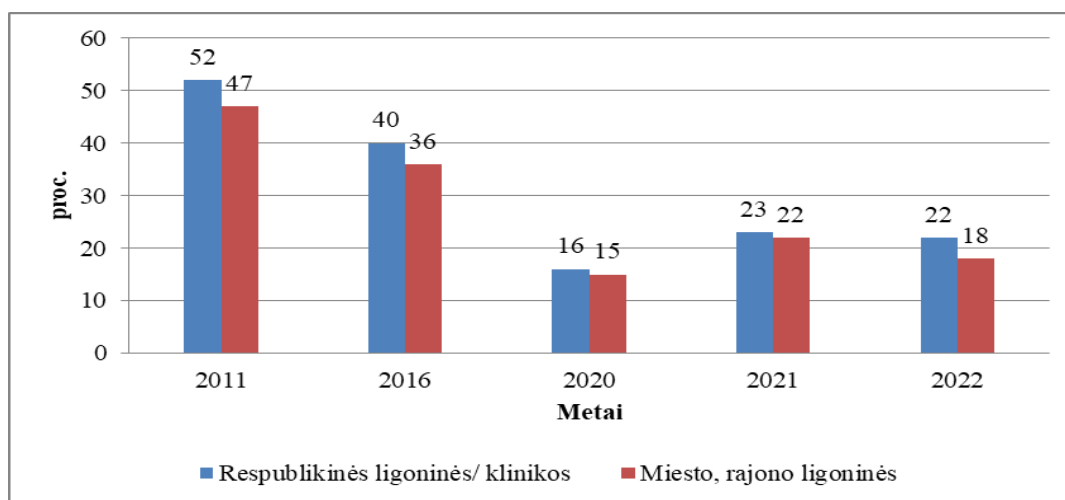
Apibendrinant galima teigti, kad kreipiantis medicininį paslaugų pacientai turi pasidomėti, ar gydymo įstaiga yra sudariusi sutartį su TLK, kokios joje teikiamos paslaugos yra apmokamos iš PSDF, kokios priemokos yra taikomos už brangiau kainuojančias procedūras, paslaugas, medžiagas ir kt. Tais atvejais, kai gydymo įstaigoje yra deleguojama, kad teikiamos nemokamos medicininės paslaugos, bet už jas pareikalaujama susimokėti (PSD apdrausto asmens atvejis) ir/ar įsigyti tam tikras priemones, vaistus, reikalinga išsiaiškinti, ar tokie reikalavimai yra pagrįsti, kodėl yra teikiami tokie reikalavimai. Tapačiai gali būti paprašoma dokumentų, įrodančių tokių priemonių teisėtumą. Tokioje situacijoje sveikatos priežiūros įstaiga turi visada pateikti pacientui reikalingą informaciją, pateikti paaiškinimus, kodėl, už ką ir kiek jis turės susimokėti. Jei pacientas sutinka mokėti (sutikimas dėl mokamų ar iš dalies mokamų paslaugų) tai turi būti patvirtina gydytojo ir paciento parašais. Mokėjimas už paslaugas turi būti atliekamas įstaigos kasoje išduodant mokėjimą patvirtinantį dokumentą (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024b). Apskritai, informacija apie priemokas už nemokamas medicininės paslaugas turi būti pateikiama iš anksto, t.y. pacientas turi būti informuojamas, turėti galimybę apsispręsti dėl tam tikrų paslaugų pasirinkimo ir įsigijimo.

Atsakant į šiame poskyryje išsikeltus klausimus (taikyti dokumentų turinio analizės ir antrinių duomenų analizės metodai) galima teigti, kad *sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje organizuojama pagal mišrų modelį*. Pagrindžiant šį modelį teorinėmis įžvalgomis paminėtina, kad mišrus medicinos paslaugų teikimo modelis – tai modelis, apibrėžiantis suderinamumą tarp valstybinio ir privataus medicininį paslaugų sektorių veiklos (Muthuri et al., 2024). Pagal šį modelį medicinos paslaugas teikia valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Pasak Mushasha, Bcheraoui (2023), Muthuri et al. (2024) šio modelio taikymas grindžiamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo visiems visuomenės nariams principus. Teikiamos nemokamos medicinos paslaugos pagal valstybėje įtvirtintas teisės aktų nuostatas, o mokamos paslaugos (apmokamos iš asmeninių lėšų arba papildomų sveikatos draudimo finansavimo įrankių) yra teikiamos pagal pacientų poreikius ir pasirinkimą. Anot Barasa et al. (2021), šis modelis sudaro sąlygas gauti reikiamas medicininės paslaugas, tačiau šiame kontekste turi būti tiksliai kontroliuojama abiejų sektorių veikla užtikrinant jų skaidrumą. Tam pritaria ir Onwujekwe et al. (2020), tačiau tuo pačiu pabrėžia, kad ir šis modelis turi trūkumų, kurie yra siejami su skirtinga teikiamos priežiūros kokybe (nemokamos paslaugos), kas suformuoja netolygumus prieigoje prie sveikatos priežiūros paslaugų. Mokslininkai (Khalili, 2024; Bohler et al., 2024; Ganguli et al., 2025) pažymi, kad šis modelis turi trūkumų, t.y. nelygybė (didesnis prieinamumas aukštesnes pajamas gaunantiems asmenims naudojantis papildomu draudimu), finansinė našta naudojantis privačių teikėjų teikiamomis paslaugomis, kurios pagal modelį teikiamos nemokamai, ribotas paslaugų (įskaitant išteklius) pasirinkimas, paskatos dėl medicininį paslaugų kreiptis į privačius paslaugų teikėjus (laukimo eilių trumpinimas), neoficialus mokėjimas siekiant gauti reikiamas ir/ar norimas medicininės paslaugas greičiau. Visa tai rodo, kad šio modelio taikymo kontekste kyla nepakankamo skaidrumo užtikrinimo rizika. *Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje organizuojama* vadovaujantis LR įstatymais ir juos lydinčiais teisės aktais. Ši sistema grindžiama PSD įmokomis, kai asmenys, kurie yra apdrausti PSD turi teisę gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra apmokamos iš PSDF. Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo sistema vykdoma trimis lygiais, t.y. valstybinis, vietos (savivaldos) ir privatus. Valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos teikia tiek nemokamas, tiek mokamas paslaugas. Nemokamų paslaugų teikimo finansavimo šaltinis – PSD įmokos, o mokamų paslaugų finansavimo šaltinis – nuosavos lėšos, papildomas sveikatos draudimas, kiti finansiniai įrankiai.

3.3. Skaidrumo neužtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas priežastys: antrinių duomenų analizė

Šiame poskyryje pristatoma atlikta antrinių duomenų analizė, kurioje atsakyta į klausimus kokia yra nemokamų medicininių paslaugų teikimo situacija Lietuvoje, kokios yra mokėjimo už medicininės paslaugas sąlygos, kokia yra visuomenės narių korupcijos sveikatos priežiūros sistemoje patirtis.

Lietuvos sveikatos priežiūros sektorius jau ne vienerius metus yra laikomas vienu labiausiai korumpuotų viešųjų sektorių. „Transparency International“ atliktu tyrimu nustatyta, kad beveik pusės Lietuvos gyventojų nuomone sveikatos apsaugos sektorius yra korumpuotas – siekiant gauti reikiamas nemokamas paslaugas per pastaruosius penkis metus kas ketvirtas tyrimo dalyvis susidūrė su tu, kad iš jo buvo prašoma kyšio miestų ir rajonų ligoninėse, nacionalinio lygmens gydymo įstaigose. Daugiau nei pusė (53 proc.) tyrimo dalyvavusių pacientų teigė manantys, kad sveikatos priežiūros sistemoje veikiančios gydymo įstaigos yra korumpuotos ir tik 3 proc. su tuo nesutiko. Kas ketvirtas pacientas (27 proc.) nurodė, kad per pastaruosius 12 mėnesių neoficialiai atsiskaitė su gydymo įstaigų personalu (smulkios nepiniginės dovanos), kas penktas (18 proc.) tyrimo dalyvių mokėjo tam tikras pinigų sumas konkrečiam gydymo įstaigos personalui už paslaugas, kurias turėtų gauti nemokamai. Kas dešimtas tyrimo dalyvis nurodė, kad per pastaruosius 12 mėnesių gydymo įstaigų personalui davė ir smulkias nepinigines dovanas ir tam tikras pinigų sumas konkrečioms gydymo įstaigų darbuotojams. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad itin dažnai su šia problema susiduria vaikai, moterys, mažiau pasiturintys žmonės, ypač sergantys lėtinėmis, taip pat ir onkologinėmis, ligomis. Taip yra dėl to, kad specializuotas paslaugas teikia ribotas gydymo įstaigų skaičius, trūksta kvalifikuotų specialistų, įrangos, kas sukelia dar didesnę riziką, kad paslaugos, kurios turėtų būti teikiamos nemokamai netiesiogine prasme „tampa“ apmokamos (Kalinauskienė ir kt., 2020). Remiantis Lietuvos korupcijos žemėlapiu duomenimis, tarp 5 labiausiai korumpuotų institucijų buvo išskirtos gydymo įstaigos. Tokį vertinimą įvardino tyrimo dalyvavę 52 proc. gyventojų, 36 proc. įmonių vadovų ir 53 proc. valstybės tarnautojų. Analizuota visuomenės narių korupcijos patirtis. Nustatyta, kad kyšių iš gyventojų (per 5 m. laikotarpį) reikalavimai pakito (žr. 10 pav.).



10 pav. Kyšio reikalavimo iš gyventojų dinamika 2011-2022 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Specialiųjų tyrimų tarnybą, 2024

Vertinant pastarojo dešimtmečio tendencijas (žr. 10 pav.) pastebėtina, kad kyšio reikalavimo atvejų skaičius sumažėjo daugiau nei per pusę. Tokia mažėjimo tendencija buvo itin ženkliai 2020 m., tačiau jau nuo 2021 m. vėl stebimas kyšio reikalavimo atvejų skaičiaus augimas tiek respublikinėse ligoninėse/ klinikose, tiek ir miesto/ rajono ligoninėse.

Orlauskas ir Gruodytė (2023) atlikę tyrimą nustatė, kad sveikatos priežiūros įstaigose yra laikomasi korupcijos prevencijos įstatymo reikalavimų, skiriamas dėmesys skaidrumo ir atskaitomybės didinimui, tačiau taikomų priemonių apimtys skiriasi, dėl ko neužtikrinamas visiškas skaidrumas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Paminėtina ir tai, kad mokslininkai

identifikavo teisės aktuose esančias spragas, dėl kurių susidaro sąlygos skaidrumo užtikrinimo neįgyvendinimui (Orlauskas, Gruodytė, 2023). *Valstybės kontrolės (2018) ataskaitoje pristatyti atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad 25 proc. gyventojų negauna informacijos apie neapmokamas medicininės paslaugas, 7-8 proc. gyventojų nepasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema lemia informacijos, skaidrumo, aiškumo trūkumas, kai pacientams nėra aišku, kas ir kodėl yra daroma jų atžvilgiu, kada ir už ką jie turi mokėti, kai jiems pagal įstatymus turėtų būti teikiamos nemokamos ir/ar mokamos paslaugos. Skaidrumo trūkumas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas dažnai siejamas su paslaugų laukimo eilių mažinimo priemonių neveiksmingumu. Kai šie veiksmai yra nerezultatyvūs formuojasi sąlygos neskaidrumui. Nesprendžiamos esminės pacientų srautų, e. sveikatos veikimo, sveikatos priežiūros specialistų struktūros disbalanso ir kt. problemos. Šiame kontekste susiformuoja situacija, kad beveik penktadalis (17 proc.) pacientų norėdami gauti reikiamas medicininės paslaugas naudojasi mokamomis paslaugomis (pusė iš jų tai daro dėl didelių eilių), dar daugiau pacientų (19 proc.) gydosi patys. Taip pat nustatyta, kad 13 proc. pacientų pripažino, kad reikiamas nemokamas medicininės paslaugas gavo pasinaudodami neteisėtomis priemonėmis, mokamomis ne į gydymo įstaigos kasą (2014 m. – 8 proc., 2017 m. – 13 proc.) (Valstybės kontrolė, 2018). „Transparency International“ atlikto tyrimo duomenys parodė, kad daugiau nei trečdalis visuomenės narių nuomone neoficialus pinigų davimas, smulkios nepiniginės dovanos padeda gauti geresnes paslaugas, „pagreitin“ eilę, gauti nemokamas paslaugas konkrečioje gydymo įstaigoje (Kalinauskienė ir kt., 2020). Iš aukščiau pristatytų tyrimų išvadų išplaukia, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose teikiant apmokamas ir neapmokamas paslaugas trūksta skaidrumo. Ši situacija yra siejama su tuo, kad pacientams nėra pateikiama aiški ir išsami informacija apie tai, kokios paslaugos jiems gali būti suteiktos nemokamai. O net ir suteikus aktualią informaciją susiduriama su kita problema – eilėmis pas reikalingus specialistus. Paminėtina ir tai, kad tokios sąlygos, kai pacientams reikia gauti skubias ir/ar papildomas medicininės paslaugas, įsijungia mokėjimo už jas mechanizmas, kuris gali veikti keliomis kryptimis, t.y. mokėjimu į biudžetą ir/ar mokėjimu tiesiogiai specialistams. Tokia situacija suponuoja sąlygas nepakankamam skaidrumo užtikrinimui teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.*

Lietuvoje vykdomos ES fondų lėšomis remiamos programos, kurių tikslas ir prioritetinės sritys yra lygios galimybės visiems visuomenės nariams gauti kokybiškas nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant jų prieinamumą (Strata, 2024). Rūpestis visuomenės narių sveikata yra viena valstybės funkcijų, kurios įgyvendinimas išplaukia iš LR Konstitucijoje įtvirtintų nuostatų apie nemokamų medicinos paslaugų suteikimą. Jos plėtojamos konstitucinėje doktrinoje, kurioje įtvirtinta, kad „įgyvendinant konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata, inter alia, užtikrinti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, turi būti sukurta veiksminga sveikatos apsaugos sistema, sudarytos deramos sąlygos jai veikti“ (Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas). Konstitucinis teismas (KT) yra išaiškinęs, kad tokiu būdu valstybė vykdo pareigą užtikrinti visiems visuomenės nariams medicininių paslaugų prieinamumą, suteikiant reikiamas, kokybiškas bei nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas jiems susirgus (Taminskaitė – Kočiūnė, 2023). Birmontas (2013) akcentavo, kad nemokamos medicinos pagalbos konstitucinė sąvoka traktuotina kaip savarankiška. Valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas laikoma kompleksine konstitucine valstybės pareiga, kuri apima sveikatos sistemos sukūrimą bei palaikymą, tame tarpe ir sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo šaltinių institucinės sistemos įtvirtinimą bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką. Tačiau tuo pačiu įstatymu leidėjas turi teisę laisvai pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelį, atitinkantį iš Konstitucijos kylančius imperatyvus. Analizuodama šią temą Špokienė (2013) akcentavo, kad tam tikra sveikatos priežiūros paslaugų dalis, būtent piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, yra ne tik valstybės priedermės rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus dalis, bet ir atskira konstitucinė Lietuvos piliečių teisė ir garantija, kurią įtvirtina Konstitucijos 53 str. 1 d. antrojo sakinio norma, kurios įgyvendinimo tvarka yra reglamentuota įstatymu. Kitų asmenų garantijos sveikatos priežiūros srityje kildintinos iš Konstitucijos 53 str. 1 d. pirmojo sakinio normos. Iš aukščiau išdėstytos informacijos išplaukia, kad teikiamos medicininės paslaugos turėtų būti mokamos ir nemokamos,

tačiau mokėjimo už paslaugas prievolė atsiranda pacientams individualiai priimant sprendimus dėl medicininių paslaugų gavimo poreikio ir pasirinkimo, kur šios paslaugos turėtų būti gautos. Remiantis tuo, susidaro sąlygos nepakankamam skaidrumo užtikrinimui teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje paslaugos yra tarsi nemokamos, tačiau yra tokių paslaugų, už kurias pacientai turi sumokėti dalį kainos arba visą kainą. Šie mokesčiai yra taikomi su išimtimis (pvz. pažeidžiamos gyventojų grupės gali mokėti mažiau arba nemokėti). Gyventojams sudaromos sąlygos įsigyti papildomą sveikatos draudimą, dengiantį visą ar dalį sveikatos priežiūros paslaugų kainos (Strata, 2024). LR KT yra aiškiai pasisakęs dėl nemokamų sveikatos priežiūros teikimo: „*valstybė privalo sudaryti teises ir organizacines prielaidas veikti tokiai sveikatos apsaugos sistemai, kuri užtikrintų kokybišką ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą (ne tik expressis verbis laiduojamą medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, inter alia nemokamą medicinos pagalbą piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose, bet ir kitas asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas)*“. KT nutarimuose ne kartą išdėstytos nuostatos, kad pilietinėje visuomenėje svarbi ne tik valstybės pareiga užtikrinti nemokamą sveikatos priežiūrą, bet ir asmeninė atsakomybė už savo sveikatą (LR Konstitucinio teismo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“, 2014). Lietuvos Vyriausiojo administracinio teismo (LVAT) sprendime byloje Nr. I-10-822/2018, konstatuota, kad pacientai paprastai gauna nemokamas antrines ar tretines asmens sveikatos priežiūras paslaugas, tačiau šio lygio sveikatos priežiūros paslaugos gali būti keičiamos pagal pacientų poreikius, kai tokiu atveju patys pacientai pasirenka mokamų paslaugų teikimą pagal pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos nustatytus įkainius (6 p.). Ir vėlgi, pirmenybė turi būti teikiama nemokamų paslaugų teikimui, kai toks procesas užtikrina konstitucinės valstybės priedermės rūpintis žmonių sveikata įgyvendinimą. Todėl valstybėje turi būti užtikrintos sąlygos jai veikti (31 p.). Šioje byloje LVAT nusprendė, kad pacientams suteiktos medicininės paslaugos, kurios neatitinka LR teisės aktuose įtvirtintų nuostatų, gali būti mokamos ir neprieštarauja konstituciniams ūkinės veiklos laisvės, teisinės valstybės ir proporcingumo principams (LR Vyriausiojo administracinio teismo sprendimas byloje Nr. I-10-822/2018).

KT praktikoje ne kartą pabrėžta, kad sprendžiant klausimus dėl mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų teikimo svarbi Konstitucijos 53 str. 1 d., kurioje įtvirtinta nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka. KT taip pat yra konstatavęs, kad šioje nuostatoje įtvirtinti konstituciniai sveikatos apsaugos pagrindai (2013 m. gegužės 16 d. nutarimas); žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių (*inter alia* 2002 m. liepos 11 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2013 m. gegužės 16 d. nutarimai); žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, o rūpinimasis žmonių sveikata – tai valstybės funkcija (*inter alia* 2004 m. sausio 26 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai) (Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo nutarimas byloje Nr. 14/2020). Visgi, valstybės pareiga rūpintis visuomenės narių sveikata nėra absoliuti ir yra sietina su individualiais asmens tikslais ir siekiais. „*Konstitucinių vertybių ryšys implikuoja tai, kad nemokama medicinos pagalba visiems piliečiams privalo būti užtikrinta tokia apimtimi, kokia ji yra būtina žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti*“ *inter alia* reiškia, kad Konstitucijoje yra įtvirtinta gyvybiškai būtinos (reikalingos žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti ir netapatintinos su medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti) nemokamos, t. y. finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis, medicinos pagalbos piliečiams garantija; didesnę, negu implikuoja ši konstitucinė garantija, nemokamos medicinos pagalbos piliečiams apimtį įstatymų leidėjas gali nustatyti tik jeigu tai atitinka valstybės finansines galimybes, t. y. jeigu valstybės biudžetui neužkraunama šių galimybių neatitinkanti našta, dėl kurios valstybė negalėtų įgyvendinti kitų savo funkcijų arba jai taptų daug sunkiau jas vykdyti (LR Konstitucinio teismo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“, 2014). Iš to išplaukia, kad medicininių paslaugų teikimas yra siejamas tiek su valstybės pareiga, tiek su individualiais pacientų poreikiais. KT išaiškinimuose aiškiai pagrindžiama, kad kiekvienas asmuo turi teisę gauti reikiamas medicininės paslaugas, o mokėjimas už jas galimas tik įstatymuose nustatyta tvarka. Tačiau

konstitucinių nuostatų įgyvendinimas realioje praktikoje yra ribotas (ką patvirtina ir atlikti empiriniai tyrimai), kai pacientams negaunant reikiamų paslaugų laiku, jie renkasi šių paslaugų gavimą privačiose sveikatos priežiūros įstaigose (jau mokamos paslaugos) arba už šias paslaugas valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose moka individualiai, pasirinkdami neteisėtų priemonių mokėjimą. Visa tai riboja skaidrumą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Apibendrinant, LR Konstitucijoje įtvirtinta valstybės pareiga rūpintis visuomenės nariais užtikrinant jiems būtinąją nemokamą sveikatos priežiūrą įgyvendinant teisę į sveikatą. Kai pacientams reikia gauti skubias ir/ar papildomas medicininės paslaugas, įsijungia mokėjimo už jas mechanizmas, kuris gali veikti keliomis kryptimis, t.y. mokėjimu į biudžetą ir/ar mokėjimu tiesiogiai specialistams. Tokia situacija suponuoja sąlygas nepakankamam skaidrumo principo užtikrinimui teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Konstitucinio teismo išaiškinimuose yra aiškiai apibrėžta, kad ne visos teikiamos medicininės paslaugos turėtų būti nemokamos, tačiau mokėjimo už paslaugas prievolė atsiranda pacientams individualiai priimant sprendimus dėl medicininių paslaugų gavimo poreikio ir pasirinkimo, kur šios paslaugos turėtų būti gautos. PSD draustiems asmenys sveikatos priežiūros įstaigose, kurios turi su TLK sudarytą sutartį, turi būti sudaromos sąlygos pirmiausia gauti nemokamas paslaugas užtikrinant jų savalaikį prieinamumą. Tik tuo atveju, jei neįmanoma laiku gauti reikiamų paslaugų, gali būti siūlomos mokamos ar iš dalies mokamos paslaugos, procedūros ir kt. Visgi, bet koks mokėjimas/ priemokos už medicininės paslaugas turi būti oficialios, pacientui turi būti suteikta aiški informacija apie mokamas paslaugas, kodėl ir kokia apimtimi tam tikros medicininės paslaugos bus mokamos. Pacientas turi sutikti su mokėjimu už jas. Išskiriamos mokėjimo už medicininės paslaugas sąlygos: gydytojo specialisto konsultacija be siuntimo (išskyrus atvejus, kai toks siuntimas nereikalingas, pvz. dermatovenerologas) ar kreipiantis į tą patį specialistą dėl tos pačios priežasties pakartotinai; kai asmens iniciatyva yra pasirenkamos papildomos medicininės paslaugos, tyrimai, procedūros; kai pasirenkamos paslaugos, kurios yra įtrauktos į sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą (pvz. kosmetologinė procedūra, manualinė terapija, sveikatos patikra siekiant gauti tam tikrus leidimus – ginklui, vairuotojo pažymėjimui ir pan.); kai pasirenkamos brangesnės paslaugos, procedūros, tyrimai nei valstybės numatyta finansuojama paslauga – šiuo atveju padengiamas kainos skirtumas, liekantis nuo VLK apmokamos sumos. Teikiamos medicininės paslaugos PSD nedraustiems asmenims yra mokamos visais atvejais, išskyrus būtinąją medicinos pagalbą.

Atsakant į klausimą, *kokia yra nemokamų medicininių paslaugų teikimo situacija Lietuvoje* galima teigti, kad teoriškai medicinos paslaugos yra nemokamos, tačiau praktikoje situacija yra kiek sudėtingesnė. Nemokamos paslaugos „virsta“ mokamomis tada, kai reikiamos ir/ar pageidaujamos paslaugos nėra skiriamos, norima jas gauti greičiau. Akcentuotina ir tai, kad teisės aktuose yra apibrėžtos paslaugos, kurios gali būti gaunamos tik taikant priemokas ir/ar papildomus mokesčius. Dar vienas svarbus aspektas – paslaugų/ konsultacijų pas specialistus laukimo laikas. Kuo šis laikas ilgesnis, tuo dažniau pacientai yra linkę (pagal finansines galimybes ir/ar poreikius) pasirinkti mokamas paslaugas, teikiamas tiek valstybinėse, tiek privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Verta paminėti ir tai, kad tarp viešojo ir privataus sektoriaus galimi medicininių paslaugų kokybės skirtumai, kai kurios įstaigos gali taikyti papildomus mokesčius (pvz. už tyrimo testus, papildomų rodiklių ištyrimus ir kt.). Atsakant į klausimą, *kokios yra mokėjimo už medicininės paslaugas sąlygos* galima teigti, kad iš esmės mokėjimai už medicininės paslaugas yra atliekami iš PSDF fondo ir šias paslaugas gali gauti visi visuomenės nariai, kurie yra apdrausti PSD. Visgi, verta paminėti tai, kad ne visos medicininės paslaugos yra kompensuojamos iš PSDF, kas reiškia, kad esant poreikiui gauti papildomas paslaugas, neturint siuntimo pas reikiamą specialistą, norint gauti paslaugas greičiau, nei yra susiformavusi laukimo eilė, renkantis brangesnes paslaugų alternatyvas, naudojantis sveikatos priežiūros įstaigų, neturinčių sutarties su TLK paslaugomis ir kt. „įsijungia“ mokėjimo už medicininės paslaugas mechanizmas. Šiame kontekste susiformuoja skaidrumo principo neįgyvendinimo rizika, kai nemokamos medicininės paslaugos gali būti suteikiamos ir už jas sumokant neoficialiai. Be to, pacientams turint ribotą prieigą prie informacijos, jiems gali trūkti

informacijos apie savo teisės į sveikatos prieinamumą įgyvendinimą. Atlikta antrinių duomenų analizė atskleidė, kad *visuomenės nariai turi korupcijos patirties sveikatos priežiūros sistemoje*. Dalis pacientų vis dar atlieka neoficialius mokėjimus, kas riboja skaidrumo principo įgyvendinimą teikiant medicininės paslaugas. Bendrai Lietuvoje korupcijos tendencijos yra mažėjančios, tačiau atlikti tyrimai (Kalinauskienė ir kt., 2020; Specialiųjų tyrimų tarnyba, 2024; Orlauskas, Gruodytė, 2023; Valstybės kontrolė, 2018) rodo, kad norėdami gauti reikiamas nemokamas paslaugas visuomenės nariai vis dar susiduria su neoficialaus mokėjimo reikalavimu miestų ir rajonų ligoninėse, nacionalinio lygmens gydymo įstaigose, kas leidžia daryti išvadą apie nepakankamą skaidrumo užtikrinimo įgyvendinimą teikiant nemokamas medicininės paslaugas.

3.4. Visuomenės narių nuomonės tyrimo rezultatai

Prieš atliekant visuomenės narių nuomonės tyrimo rezultatų analizę, taikant Kronbacho alfa koeficientą patikrintas anketinėje apklausoje taikytų skalių patikimumas. Teiginių skalėse Kronbacho α yra 0,807 (teiginių skaičius – 24). Viso klausimyno Kronbacho α yra 0,753 (klausimų ir teiginių skaičius – 28). Kaip pažymi Izah et al. (2024), skalė, kurios koeficientas yra didesnis nei 0,7 laikoma patikima, skalės teiginiai vertinami kaip koreliuojantys tarpusavyje, kas reiškia, kad galima atlikti tolimesnę analizę. Taigi, klausimynas yra validus, patikimas ir tinkamas naudoti (žr. 16 lentelę).

16 lentelė

Tyrimo skalių patikimumo vertinimas

Konstruktas	Teiginių skaičius	Kronbacho alfa koeficientas
Kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnis	5	,848
Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų ir jų prieinamumo vertinimas	4	,714
Sunkumai, gaunant nemokamas medicininės paslaugas	5	,768
Sprendimas mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai	5	,624
Skaidrumo principo įgyvendinimas teikiant apmokamas ir neapmokamas medicininės paslaugas	5	,842
Teiginiai skalėse, viso	24	,807
Visas klausimynas	28	,753

Kaip matyti iš 16 lentelės, visi klausimyne pateikti teiginiai skirti numatytų konstrukto tyrimui turi aukštą (priimtina) patikimumo vertinimą. Žemesnis patikimumas nustatytas sprendimo mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai skalėje, tačiau ir šios skalės patikimumas vertinamas kaip pakankamas.

3.4.1. Mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose, vertinimas

Tyrime buvo aktualu išsiaiškinti tiriamųjų kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnį. Nustatyta, kad dažniausiai, t.y. 2-3 kartus per metus, tiriamieji kreipėsi į šeimos gydytojus (41,2 proc.) bei kartą per metus atliko reikiamus tyrimus (43,1 proc.). Rečiausiai, t.y. rečiau nei kartą per metus, tyrimo dalyviai naudojos III lygio specializuotomis paslaugomis (63,8 proc.), gydytojų specialistų konsultacijomis (41,1 proc.), slaugytojų paslaugomis (33,8 proc.) (žr. 17 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, kad į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažniausiai kreipiamasi pas šeimos gydytoją, kuris galimai yra lengviausiai prieinamas kontaktas sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje.

17 lentelė

Kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnis, proc.

Teiginiai	Kartą per mėnesį	2-3 kartus per pusmetį	2-3 kartus per metus	Kartą per metus	Rečiau nei kartą per metus
Šeimos gydytojų (įskaitant vidaus ligų, vaikų ligų, chirurgo) paslaugos (I lygis)	14	17,6	41,2	16,2	11
Gydytojų specialistų konsultacijos (pvz. kardiologai, neurologai, pulmonologai ir kt.) (II lygis)	7,8	5,4	15,5	30,2	41,1
Specializuotos aukšto lygio paslaugos (III lygis)	8,5	3,8	6,9	16,9	63,8
Tyrimai (laboratoriniai, echoskopijos, rentgenas, kompiuterinė tomografija ir kt.)	6,2	6,9	23,8	43,1	20
Slaugytojų paslaugos (įskaitant procedūrų kabinetus)	8,5	7,7	21,5	28,5	33,8

Tyrimo nustatytos kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnio ir tiriamųjų demografinių charakteristikų sąsajos. Nustatyta, silpna, statistiškai reikšminga koreliacija tarp lankymosi pas gydytojus specialistus (II lygis), kreipimosi dėl aukšto lygio specializuotų paslaugų (III lygis), slaugytojų paslaugų ir tiriamųjų amžiaus bei užimtumo. Jaunesnio amžiaus (20-40 m.) tiriamieji rečiau nei kitų amžiaus grupių, kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų: gydytojų specialistų konsultacijų ($r=-,261$, $p=,002$), specializuotų aukšto lygio paslaugų ($r=-,299$, $p=,000$), slaugytojų paslaugų ($r=-,249$, $p=,003$). Studentai ir nedirbantys tiriamieji dažniau nei kitas užimtumo galimybes turintys tiriamieji, yra linkę kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių II lygio ($r=-,226$, $p=,008$), III lygio ($r=-,235$, $p=,006$) bei slaugytojų ($r=-,206$, $p=,016$) paslaugų. Neigiama koreliacija rodo, kad didėjant amžiui ir esant mažesnėms užimtumo galimybėms, tiriamieji yra linkę dažniau naudotis II, III lygio ir slaugytojų paslaugomis. Nustatyta, kad kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų dažnis nekoreliuoja su tiriamųjų lytimi, išsilavinimu ir gyvenamąja vieta, t.y. šios demografinės charakteristikos neturi reikšmingos įtakos medicininių paslaugų naudojimosi dažniui (žr. 18 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad tiriamųjų amžius ir užimtumas yra kintamieji, kurie yra statistiškai reikšmingai susiję su kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dažniu.

18 lentelė

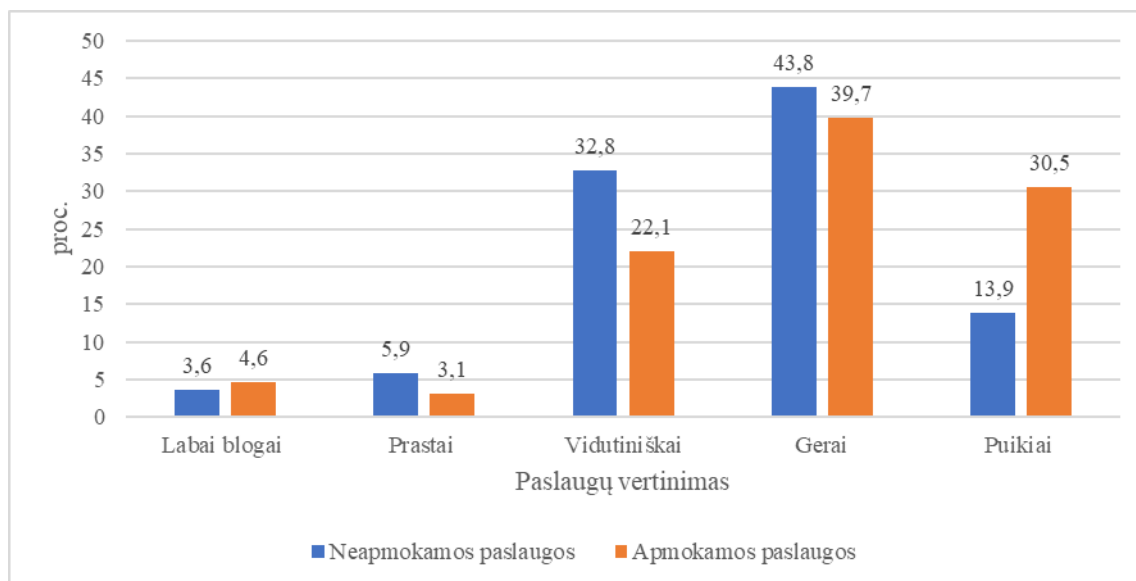
Kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Šeimos gydytojų paslaugos (I lygis)	r	,007	-,137	,000	-,014	-,062
	p	,932	,112	,997	,871	,472
Gydytojų specialistų konsultacijos (II lygis)	r	,088	-,261**	,121	-,106	-,226**
	p	,310	,002	,164	,223	,008
Specializuotos aukšto lygio paslaugos (III lygis)	r	-,022	-,299**	,168	-,168	-,235**
	p	,798	,000	,051	,051	,006
Tyrimai	r	-,094	-,153	,035	-,037	-,165
	p	,275	,074	,686	,666	,053
Slaugytojų paslaugos	r	-,068	-,249**	,098	-,007	-,206*
	p	,432	,003	,255	,935	,016

*Koreliacija reikšminga *0,05 ir **0,01 lygiuose*

Tyrimo buvo aktualu išsiaiškinti kaip bendrai tiriamieji vertina sveikatos priežiūros įstaigose gaunamas mokamas ir nemokamas paslaugas. Tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamos paslaugos dažniausiai vertinamos panašiai, dažniausiai gerai (nemokamos paslaugos 43,8 proc., mokamos paslaugos – 39,7 proc.). Beveik trečdalis tiriamųjų gaunamas nemokamas paslaugas vertino vidutiniškai (32,8 proc.), o mokamas paslaugas – puikiai

(30,5 proc.) (žr. 11 pav.). Tyrimo rezultatai rodo, kad mokamos paslaugos dažniau nei nemokamos vertinamos teigiamai, t.y. gerai ir puikiai.



11 pav. Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų vertinimas, proc.

Tyrime nustatyti koreliaciniai ryšiai tarp sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų mokamų paslaugų ir lyties. Nustatyta labai silpna neigiama koreliacija, rodanti, kad moterys dažniau nei vyrai puikiai vertino mokamas paslaugas ($r=-,174$, $p=,042$). Kiti demografiniai rodikliai nekoreliavo su mokamų paslaugų vertinimu. Nemokamų paslaugų vertinimui reikšmingos įtakos neturėjo tiriamųjų demografinė charakteristika (žr. 19 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad tiriamųjų lytis yra kintamasis, reikšmingai susijęs su sveikatos priežiūros įstaigoje mokamų paslaugų vertinimu.

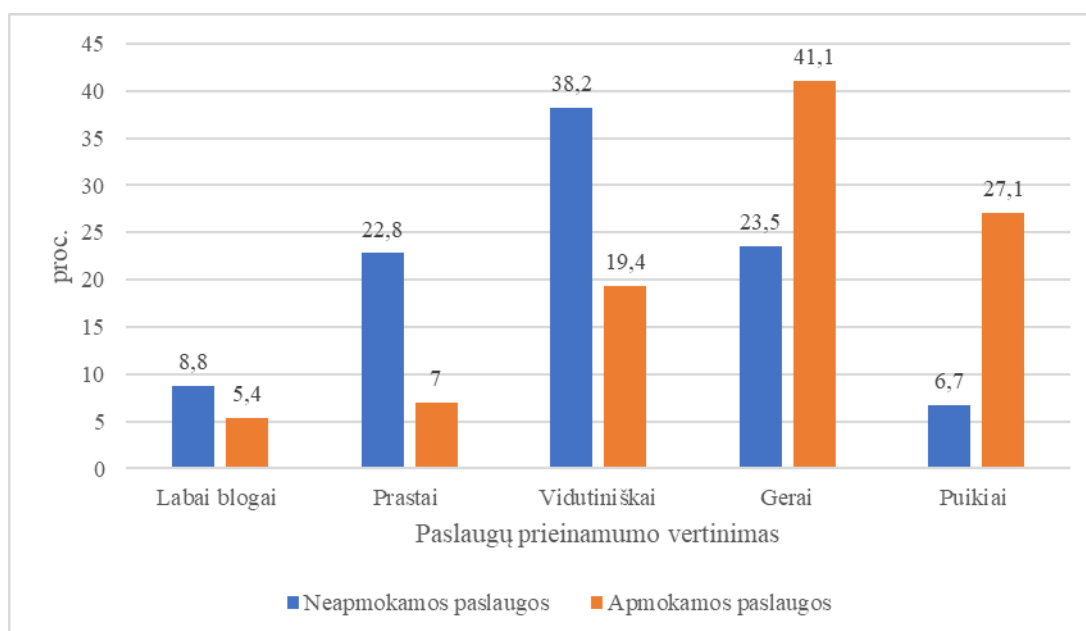
19 lentelė

Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Neapmokamos paslaugos	r	,079	-,090	,088	-,105	-,071
	p	,357	,296	,307	,222	,408
Apmokamos paslaugos	r	-,174*	-,152	,039	-,109	,075
	p	,042	,076	,651	,206	,383

*Koreliacija reikšminga *0,05 lygyje*

Tyrime buvo aktualu išsiaiškinti kaip tiriamieji vertina sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų nemokamų ir mokamų paslaugų prieinamumą. Tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad nemokamų paslaugų prieinamumas dažniausiai vertinamas vidutiniškai (38,2 proc.), o mokamų paslaugų – gerai (41,1 proc.) (žr. 12 pav.). Tyrimo rezultatai rodo, kad mokamos paslaugos yra prieinamos tiriamiesiems dažniau nei nemokamos paslaugos.



12 pav. Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumo vertinimas, proc.

Tyrime nustatyti koreliaciniai ryšiai tarp sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumo ir lyties. Nustatyta labai silpna neigiama koreliacija, rodanti, kad moterys dažniau nei vyrai gerai ir puikiai vertino mokamų paslaugų prieinamumą ($r=-,1710$, $p=,047$). Kiti demografiniai rodikliai nekoreliavo su mokamų paslaugų prieinamumu. Nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimas nekoreliavo su tiriamųjų demografinė charakteristika (žr. 20 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad tiriamųjų lytis yra kintamasis, reikšmingai susijęs su sveikatos priežiūros įstaigoje mokamų paslaugų prieinamumo vertinimu, t.y. moterų nuomone mokamų paslaugų prieinamumas yra geresnis nei nemokamų paslaugų.

20 lentelė

Sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumo vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Neapmokamos paslaugos	r	,138	-,017	-,003	-,018	-,007
	p	,108	,836	,968	,835	,938
Apmokamos paslaugos	r	-,170*	-,157	,027	-,015	,018
	p	,047	0,67	,752	,861	,838

Koreliacija reikšminga *0,05 lygyje

Apibendrinant mokamų ir nemokamų medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose, vertinimo rezultatus nustatyta, kad dažniausiai tiriamieji lankosi pas šeimos gydytojus bei kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigas dėl įvairių tyrimų atlikimo poreikio. Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos paslaugos vertinamos nevienareikšmiškai: mokamos paslaugos ir jų prieinamumas yra vertinami geriau nei nemokamos paslaugos. Atlikto tyrimo rezultatai buvo panašūs su Valstybės kontrolės (2018) atlikto tyrimo duomenimis. Tyrime nustatyta, kad dažniausiai visuomenės nariai kreipiasi dėl I lygio paslaugų. Nustatyta, kad šeimos gydytojų teikiamų paslaugų kokybė yra suprastėjusi. Toks vertinimas susietas su ilgomis laukimo eilėmis, minimaliu informacijos teikimu, nepakankamu domėjimusi individualiomis pacientų problemomis. Tyrime bendrai medicininės paslaugos buvo vertinamos gerai arba labai gerai, o nemokamų paslaugų prieinamumas – vidutiniškai. Sprendžiant šią problemą yra naudojamos mokamomis paslaugomis, kurios yra vertinamos geriau.

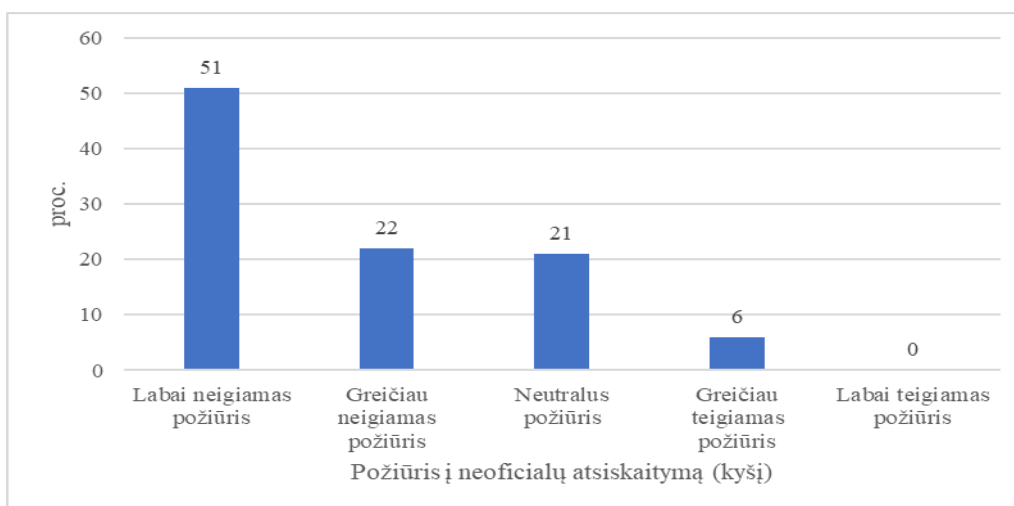
3.4.2. Skaidrumo užtikrinimo teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas tyrimo rezultatai

Analizuojant skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas siekta išsiaiškinti, kaip tiriamieji vertina sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygį. Daugiau nei pusės (52 proc.) tiriamųjų nuomone, sveikatos priežiūros įstaigose vyrauja vidutinis skaidrumo lygis (žr. 13 pav.). Tyrimo rezultatai rodo, kad visuomenės nariai sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumą dažniau vertina teigiamai.



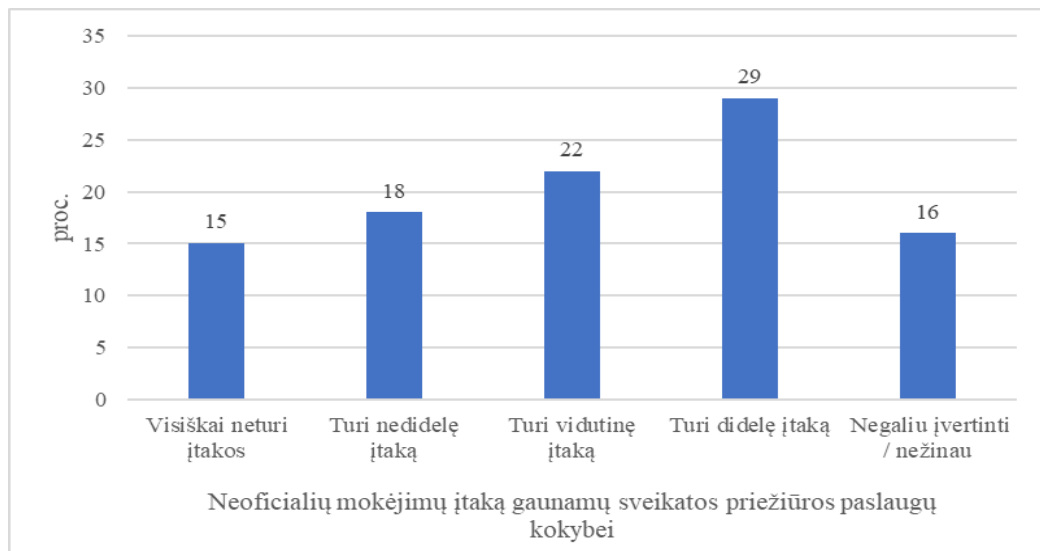
13 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimas, proc.

Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad daugiau nei pusės tiriamųjų požiūris į neoficialų atsiskaitymą yra neigiamas (51 proc.) ar greičiau neigiamas (22 proc.) (žr. 14 pav.). Tyrimo rezultatai rodo, kad tiriamųjų tarpe vyrauja kritiškas požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas.



14 pav. Požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, proc.

Atliktame tyrime siekta išsiaiškinti, ar neoficialūs mokėjimai tiriamųjų nuomone turi įtakos gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Atsakydami į šį klausimą tiriamieji pasiskirstė įvairiai: beveik trečdalis (29 proc.) nuomone – turi didelę įtaką, kiek mažiau nei ketvirtadalis (22 proc.) turi vidutinę įtaką (žr. 15 pav.). Tyrimo rezultatai rodo, kad visuomenės narių nuomone neoficialūs mokėjimai dažniau turi nei neturi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.



15 pav. Neoficialių mokėjimų įtakos gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinimas, proc.

Analizuojant tyrimo rezultatus, apimančius sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygį, požiūrį į neoficialų atsiskaitymą su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, neoficialių mokėjimų įtaką gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, nustatyti koreliaciniai ryšiai tarp tirtų konstruktų ir tiriamųjų demografinių charakteristikų. Nustatyti koreliaciniai ryšiai tarp sveikatos priežiūros skaidrumo lygio ir tiriamųjų gyvenamosios vietos ($r=,171$, $p=,046$), t.y. mieste gyvenantys tiriamieji dažniau sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygį vertino kaip aukštą ar vidutinį. Tarp kitų tirtų konstruktų ir tiriamųjų demografinių charakteristikų nenustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos (žr. 21 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad tiriamųjų gyvenamoji vieta yra kintamasis, reikšmingai susijęs su teigiamu sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimu.

21 lentelė

Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimo, požiūrio į neoficialų atsiskaitymą su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, neoficialių mokėjimų įtakos paslaugų kokybei ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygis	r	-,107	,046	,032	,171*	,115
	p	,214	,596	,713	,046	,181
Požiūris į neoficialų atsiskaitymą	r	,167	,110	,056	-,102	,086
	p	,050	,201	,517	,234	,317
Neoficialių mokėjimų įtaka gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei	r	,114	-,098	-,082	-,037	-,015
	p	,185	,255	,341	,667	,863

Koreliacija reikšminga *0,05 lygyje

Analizuojant tyrimo rezultatus siekta nustatyti sąsajas tarp bendro gaunamų paslaugų vertinimo, paslaugų prieinamumo ir sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimo, požiūrio į neoficialų atsiskaitymą su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, neoficialių mokėjimų įtakos gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinimo. Nustatyta labai silpna neigiama statistiškai reikšminga koreliacija tarp sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio ir bendro nemokamų paslaugų vertinimo ($r=-,171$, $p=,046$). Tai rodo, kad blogai ar prastai vertinantys gaunamas nemokamas paslaugas yra linkę sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygį dažniau vertinti kaip žemą. Nustatyta silpna neigiama statistiškai reikšminga koreliacija tarp paslaugų prieinamumo ir sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio ($r=-,262$, $p=,002$), t.y. tiriamieji, kurie

dažniau neigiamai vertina nemokamų paslaugų prieinamumą yra linkę abejoti ir sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygiu (vertina jį žemesniu lygiu). Tarp kitų tirtų konstruktyvų ir tiriamųjų demografinių charakteristikų nenustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos (žr. 22 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad bendras nemokamų paslaugų ir jų prieinamumo vertinimas yra reikšmingai susijęs su sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimu.

22 lentelė

Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygio vertinimo, požiūrio į neoficialų atsiskaitymą su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, neoficialių mokėjimų įtakos paslaugų kokybei ir bendro gaunamų paslaugų bei jų prieinamumo vertinimo sąsajos

Spearman's rho		Bendras gaunamų paslaugų vertinimas		Paslaugų prieinamumas	
		Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos	Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos
Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygis	r	-,171*	-,065	-,262**	-,004
	p	,046	,450	,002	,963
Požiūris į neoficialų atsiskaitymą	r	,051	-,077	,094	-,067
	p	,555	,369	,272	,435
Neoficialių mokėjimų įtaka gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei	r	-,074	,072	-,024	,014
	p	,388	,404	,780	,873

*Koreliacija reikšminga *0,05 ir **0,01 lygiuose*

Tyrimo siekta išsiaiškinti, su kokiais sunkumais susiduria tiriamieji gaunant nemokamas medicininės paslaugas. Dauguma tiriamųjų sutiko ar visiškai sutiko su pateiktais teiginiais. Nemokamų medicininių paslaugų gavimas yra ribotas dėl ilgų laukimo eilių (84,7 proc.: visiškai sutinku – 52,6 proc., sutinku – 32,1 proc.), daugeliui pacientų trūksta aiškos informacijos apie nemokamas paslaugas (66,6 proc.: visiškai sutinku – 28,8 proc., sutinku – 37,8 proc.) ir apie nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms (74,3 proc.: visiškai sutinku – 36,8 proc., sutinku – 37,5 proc.). Daugiau nei pusės tiriamųjų nuomone, nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas (69,5 proc.: visiškai sutinku – 37,4 proc., sutinku – 32,1 proc.), registracijos nemokamoms paslaugoms procesas yra sudėtingas/ nepatogus (64,3 proc.: visiškai sutinku – 38 proc., sutinku – 26,3 proc.) (žr. 23 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, kad gaunant nemokamas paslaugas susiduriama su įvairiomis problemomis – ilgos laukimo eilės, informacijos apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms trūkumas, ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas. Tai reiškia, kad nors formaliai visuomenės nariams suteikiama galimybės gauti nemokamas medicininės paslaugas, tačiau realybėje jas gaunant susiduriama su sunkumais ir iššūkiais.

23 lentelė

Sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas vertinimas, proc.

Teiginiai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei nesutinku, nei sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Gauti nemokamas medicininės paslaugas dažnai užtrunka dėl ilgų laukimo eilių	2,9	3,6	8,8	32,1	52,6
Pacientams trūksta aiškos informacijos apie tai, kokios paslaugos yra nemokamos	3,7	10,4	19,3	37,8	28,8
Gydymo įstaigos ne visada aiškiai informuoja apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms	0,7	8,1	16,9	37,5	36,8
Nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas	2,2	10,4	17,9	32,1	37,4
Registracija nemokamoms paslaugoms (gyvai ar internetu) yra sudėtinga arba nepatogi	5,1	13,1	17,5	26,3	38

Nustatytos sąsajos tarp sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas ir tiriamųjų demografinių charakteristikų. Nustatyta silpna neigiama koreliacija tarp teiginio „gauti nemokamas medicininės paslaugas dažnai užtrunka ilgą laukimo eilių“ ($r=-,247$, $p=,004$), labai silpna neigiama koreliacija tarp teiginio „nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas“ ($r=-,199$, $p=,020$) ir lyties. Tai reiškia, kad tiriamųjų nuomonė apie šiuos du sunkumus statistiškai reikšmingai skiriasi lyties aspektu, t.y. šiuos sunkumus dažniau pastebi moterys nei vyrai. Teigiama labai silpna statistiškai reikšminga koreliacija nustatyta tarp teiginio „nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas“ ir išsilavinimo ($r=,179$, $p=,036$), t.y. aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys tiriamieji dažniau nei kiti visiškai sutinka su tuo, jog nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas. Tarp kitų tirtų konstruktyvų ir tiriamųjų demografinių charakteristikų nenustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos (žr. 24 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad moteriška lytis yra reikšmingas kintamasis vertinant sunkumus susijusius su ilgomis laukimo eilėmis. Moteriška lytis ir aukštasis universitetinis išsilavinimas yra reikšmingi kintamieji sunkumų išskiriant nemokamų tyrimų prieinamumą.

24 lentelė

Sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Gauti nemokamas medicininės paslaugas dažnai užtrunka dėl ilgų laukimo eilių	r	-,247**	-,047	,164	,074	-,121
	p	,004	,582	,055	,389	,158
Pacientams trūksta aiškos informacijos apie tai, kokios paslaugos yra nemokamos	r	-,022	,103	,112	-,001	,036
	p	,801	,233	,193	,989	,678
Gydymo įstaigos ne visada aiškiai informuoja apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms	r	-,121	,019	,032	-,084	,058
	p	,158	,826	,710	,331	,504
Nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas	r	-,199*	,011	,179*	,139	-,160
	p	,020	,899	,036	,106	,062
Registracija nemokamoms paslaugoms (gyvai ar (internetu) yra sudėtinga arba nepatogi	r	,077	,163	,029	,065	,041
	p	,374	,057	,738	,450	,638

*Koreliacija reikšminga *0,05 ir **0,01 lygiuose*

Nustatytas silpnas neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys tarp registracijos sistemos vertinimo (sistema yra sudėtinga ir nepatogi) ir bendro nemokamų paslaugų vertinimo ($r=-,273$, $p=,001$). Tai reiškia, kad tiriamieji, kurie registracijos sistemą kaip sudėtingą ir nepatogią dažniau prasčiau vertina ir gaunamas nemokamas paslaugas. Neigiama koreliacijos reikšmė rodo atvirkštinį ryšį, t.y. gerinant registracijos nemokamoms paslaugoms sistemą galima teigiamo nemokamų paslaugų vertinimo augimo tendencija. Nustatytas labai silpnas teigiamas statistiškai reikšmingas ryšys tarp bendro apmokamų paslaugų vertinimo ir pacientams teikiamos ribotos informacijos (trūksta aiškos informacijos apie nemokamas paslaugas) ($r=,190$, $p=,026$). Tai reiškia, kad, kai pacientams trūksta aiškos informacijos apie tai, kokios paslaugos yra nemokamos, tuo labiau jie yra linkę teigiamai vertinti gaunamas mokamas paslaugas. Tiriamieji, kurie geriau vertina gaunamas mokamas paslaugas dažniau identifikuoja sunkumą, kad jiems trūksta aiškos informacijos apie tai, kokios paslaugos yra nemokamos.

Analizuojant paslaugų prieinamumo aspektus, nustatyti neigiami statistiškai reikšmingi labai silpni koreliaciniai ryšiai tarp nemokamų paslaugų prieinamumo ir sunkumų, gaunant nemokamas medicininės paslaugas vertinimo. Ilgesnė nemokamų medicininių paslaugų gavimo trukmė dėl ilgų laukimo eilių koreliuoja su prastesniu nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimu ($r=-,286$, $p=,001$). Ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas turi neigiamą poveikį bendram nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimui ($r=-,203$, $p=,017$), t.y. ribota nemokamų tyrimų/procedūrų pasiūla lemia prastesnį nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimą. Sudėtinga ar

nepatogi registracija nemokamoms paslaugoms neigiamai veikia tiriamųjų suvokimą apie nemokamų medicininių paslaugų prieinamumą ($r=-,187$, $p=,028$). Nustatyta neigiama koreliacija rodo, kad trumpesnės eilės gaunant nemokamas paslaugas, platesnė nemokamų tyrimų ar procedūrų pasiūla, lengvesnė ir patogesnė registracijos nemokamoms paslaugoms sistema pagerintų nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimą (žr. 25 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad tiriamieji, kurie registracijos nemokamoms paslaugoms sistemą vertina kaip sudėtingą ar nepatogią, dažniau prasčiau vertina ir gaunamas nemokamas paslaugas. Kuo didesnis informacijos apie nemokamas paslaugas trūkumas, tuo geriau bendrai vertinamos mokamos paslaugos. Ilgos laukimo eilės, ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas, sudėtinga registracija yra kintamieji, reikšmingai susiję su nepalankiu nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimu. Tiriamųjų pasitenkinimas nemokamų medicininių paslaugų prieinamumu mažėja jiems susiduriant su šių paslaugų prieinamumo iššūkiais.

25 lentelė

Sunkumų, gaunant nemokamas medicines paslaugas vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų bei jų prieinamumo vertinimo sąsajos

Spearman's rho		Bendras gaunamų paslaugų vertinimas		Paslaugų prieinamumas	
		Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos	Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos
Gauti nemokamas medicines paslaugas dažnai užtrunka dėl ilgų laukimo eilių	r	-,0541	,162	-,286**	,050
	p	,531	,059	,001	,561
Pacientams trūksta aiškios informacijos apie tai, kokios paslaugos yra nemokamos	r	,053	,190*	-,067	,104
	p	,541	,026	,438	,227
Gydymo įstaigos ne visada aiškiai informuoja apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms	r	-,002	,136	-,085	,022
	p	,979	,112	,323	,799
Nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas	r	-,084	,065	-,203*	,039
	p	,326	,448	,017	,647
Registracija nemokamoms paslaugoms (gyvai ar internetu) yra sudėtinga arba nepatogi	r	-,273**	,003	-,187*	,090
	p	,001	,974	,028	,297

Koreliacija reikšminga *0,05 ir **0,01 lygiuose

Tyrime siekta išsiaiškinti, kaip tiriamieji vertina sprendimą mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai. Dauguma tiriamųjų sutiko, kad neoficialūs mokėjimai daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui (78,8 proc.: visiškai sutinku – 53,3 proc., sutinku – 25,5 proc.), neoficialių mokėjimų praktika turėtų būti griežčiau kontroliuojama ir mažinama (75,5 proc.: visiškai sutinku – 44,4 proc., sutinku – 31,1 proc.). Daugiau nei pusės (54 proc.: visiškai sutinku – 15,3 proc., sutinku – 38,7 proc.) tiriamųjų nuomone, neoficialus mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas gali pagreitinti paslaugos gavimą. Mažiau nei pusės (46,3 proc.: visiškai sutinku – 16,2 proc., sutinku – 30,1 proc.) tiriamųjų teigimu, jie dažnai jaučia netiesioginį spaudimą mokėti neoficialiai, kad gautų geresnę priežiūrą. Beveik pusės (48,9 proc.: visiškai nesutinku – 23 proc., nesutinku – 25,9 proc.) tiriamųjų nuomone, neoficialūs mokėjimai yra pateisinami, jei oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos (žr. 26 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma tiriamųjų neigiamai vertina neoficialius mokėjimus, turinčius neigiamą poveikį tiek sveikatos sistemos skaidrumui, tiek pacientams, juntantiems spaudimą dėl neoficialaus atsiskaitymo. Tačiau tiriamieji, nors iš esmės nepateisina neoficialių mokėjimų, tačiau sutinka su tuo, kad būtent šie mokėjimai gali pagreitinti sunkiai prieinamų medicininių paslaugų gavimą.

Sprendimo mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai vertinimas, proc.

Teiginiai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei nesutinku, nei sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Neoficialus mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas gali pagreitinti paslaugos gavimą	5,1	14,6	26,3	38,7	15,3
Neoficialūs mokėjimai yra pateisinami, jei oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos	23	25,9	20	21,5	9,6
Neoficialūs mokėjimai daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui	4,4	5,1	11,7	25,5	53,3
Pacientai dažnai jaučia netiesioginį spaudimą mokėti neoficialiai, kad gautų geresnę priežiūrą	4,4	19,9	29,4	30,1	16,2
Neoficialių mokėjimų praktika turėtų būti griežčiau kontroliuojama ir mažinama	2,2	6,7	15,6	31,1	44,4

Nustatytas statistiškai reikšmingas labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys tarp lyties ir neoficialaus mokėjimo pateisinimo (galimybė pagreitinti paslaugos gavimą) ($r=,172$, $p=,045$), t.y. moterys dažniau nei vyrai sutiko, kad neoficialus mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas gali pagreitinti paslaugos gavimą. Nustatytas statistiškai reikšmingas labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys rodo, kad gyvenamoji vieta yra kintamasis, susijęs su neoficialių mokėjimų pateisinimu ($r=-,183$, $p=,033$), t.y. mieste gyvenantys tiriamieji dažniau sutiko, kad neoficialūs mokėjimai yra pateisinami, kai oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos. Kiti kintamieji nebuvo statistiškai reikšmingi, kas rodo, jog amžius, išsilavinimas, užimtumas neturi įtakos tiriamųjų nuomonei apie sprendimą mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai (žr. 27 lentelę). Remiantis tyrimo rezultatais darytina išvada, kad moteriška lytis yra reikšmingas kintamasis priimant sprendimą mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas pagreitinant jų gavimą, o gyvenamoji vieta – miestas yra reikšmingas kintamasis, pateisinant neoficialius mokėjimus, kai oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos.

Sprendimo mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Neoficialus mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas gali pagreitinti paslaugos gavimą	r	,172*	,034	,067	-,109	,158
	p	,045	,695	,438	,205	,065
Neoficialūs mokėjimai yra pateisinami, jei oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos	r	,065	,116	-,126	-,183*	,078
	p	,453	,176	,142	,033	,366
Neoficialūs mokėjimai daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui	r	-,068	-,075	,084	-,047	-,137
	p	,428	,387	,330	,582	,109
Pacientai dažnai jaučia netiesioginį spaudimą mokėti neoficialiai, kad gautų geresnę priežiūrą	r	-,073	-,145	,018	,013	-,156
	p	,397	,092	,833	,878	,071
Neoficialių mokėjimų praktika turėtų būti griežčiau kontroliuojama ir mažinama	r	-,154	,020	,015	,099	-,047
	p	,072	,819	,866	,248	,587

Koreliacija reikšminga *0,05 lygyje

Vertinant bendrai gaunamas mokamas paslaugas nustatyti statistiškai reikšmingi teigiami koreliaciniai ryšiai. Silpna koreliacija nustatyta tarp bendro mokamų paslaugų vertinimo ir neoficialių mokėjimų daromos neigiamos įtakos sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui ($r=,213$, $p=,012$), t.y. tiriamieji, kurie geriau vertina mokamas paslaugas dažniau sutinka, kad neoficialūs mokėjimai turi neigiamą įtaką sveikatos sistemos skaidrumui. Nustatytas labai silpnas teigiamas koreliacinis ryšys ($r=,191$, $p=,026$) rodo, kad tiriamieji, kurie dažniau sutiko, jog neoficialių mokėjimų praktika turėtų būti griežčiau kontroliuojama ir mažinama yra linkę geriau vertinti gaunamas apmokamas paslaugas. Tarp kitų kintamųjų, t.y. bendro gaunamų nemokamų paslaugų vertinamų, nemokamų ir mokamų paslaugų prieinamumo bei sprendimo mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai vertinimo nenustatyti (žr. 28 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, neigiamas požiūris į neoficialius mokėjimus, jų neigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui yra susijęs su teigiamu mokamų paslaugų vertinimu. Tiriamieji, kurie yra linkę pritarti griežtesnei neoficialių mokėjimų praktikos kontrolei, dažniau teigiamai vertina mokamas paslaugas.

28 lentelė

Sprendimo neoficialiai mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo sąsajos

Spearman's rho		Bendras gaunamų paslaugų vertinimas		Paslaugų prieinamumas	
		Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos	Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos
Neoficialus mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas gali pagreitinti paslaugos gavimą	r	,001	-,021	-,007	-,075
	p	,990	,809	,936	,385
Neoficialūs mokėjimai yra pateisinami, jei oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos	r	,035	-,136	,051	,005
	p	,683	,113	,557	,952
Neoficialūs mokėjimai daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui	r	,054	,213*	-,073	,116
	p	,528	,012	,393	,179
Pacientai dažnai jaučia netiesioginį spaudimą mokėti neoficialiai, kad gautų geresnę priežiūrą	r	-,053	,010	-,128	-,001
	p	,539	,911	,137	,994
Neoficialių mokėjimų praktika turėtų būti griežčiau kontroliuojama ir mažinama	r	-,044	,191*	-,156	,096
	p	,609	,026	,068	,265

Koreliacija reikšminga *0,05 lygyje

Tyrimo siekta išsiaiškinti, kaip tiriamieji vertina skaidrumo užtikrinimą, teikiant mokamas ir nemokamas medicines paslaugas. Dauguma tiriamųjų sutiko ir visiškai sutiko, kad pacientams dažnai trūksta aiškos informacijos apie tai, kurios medicininės paslaugos yra mokamos ir nemokamos (65 proc.: visiškai sutinku – 24,1 proc., sutinku – 40,9 proc.), sveikatos priežiūros įstaigose nėra pakankamai skaidriai pateikiami paslaugų įkainiai ir galimi papildomi mokesčiai (61,3 proc.: visiškai sutinku – 19,7 proc., sutinku – 41,6 proc.), paslaugų apmokėjimo neaiškumas gali paskatinti pacientus už paslaugas mokėti neoficialiai (54,8 proc.: visiškai sutinku – 16,1 proc., sutinku – 38,7 proc.), sveikatos priežiūros specialistai ne visada aiškiai paaiškina, kodėl tam tikros procedūros ar paslaugos gali kainuoti papildomai (60,6 proc.: visiškai sutinku – 17,5 proc., sutinku – 43,1 proc.). Daugiau nei dviejų trečdalių (70,8 proc.: visiškai sutinku – 32,1 proc., sutinku – 38,7 proc.) tiriamųjų nuomone, nepakankamas skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje mažina pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis (žr. 29 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, kad informacijos apie apmokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir neskaidrumu. Ribota ir/ar

neaiški komunikacija tarp medicinos personalo ir pacientų neigiamai veikia sveikatos priežiūros sistemos skaidrumą, o pastarasis yra tiesiogiai susijęs su pacientų pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema mažėjimu.

29 lentelė

Skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimas, proc.

Teiginiai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei nesutinku, nei sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Pacientams dažnai trūksta aiškos informacijos, kurios medicininės paslaugos yra apmokamos, o kurios – ne	0,7	8,8	25,5	40,9	24,1
Sveikatos priežiūros įstaigose nėra pakankamai skaidriai pateikiami paslaugų įkainiai ir galimi papildomi mokesčiai	4,4	14,6	19,7	41,6	19,7
Paslaugų apmokėjimo neaiškumas gali paskatinti pacientus neoficialiai mokėti už paslaugas	3,6	13,1	28,5	38,7	16,1
Sveikatos priežiūros specialistai ne visada aiškiai paaiškina, kodėl tam tikros procedūros ar paslaugos gali kainuoti papildomai	3,6	16,8	19	43,1	17,5
Nepakankamas skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje mažina pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis	2,2	10,2	16,8	38,7	32,1

Vertinant sąsajas tarp tiriamųjų demografinių charakteristikų ir skaidrumo užtikrinimą, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas nustatyta statistiškai reikšmingai labai silpna neigiama koreliacija tarp lyties ir nepakankamo skaidrumo užtikrinimo įtakos pacientų pasitikėjimo mažėjimui ($r=-,175$, $p=,041$), t.y. moterys linkę dažniau visiškai sutikti, kad nepakankamas skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje mažina pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis. Nustatytas statistiškai reikšmingas silpnas teigiamas koreliacinis ryšys tarp amžiaus ir neaiškos paslaugų apmokėjimo sistemos sąsają su neoficialiais mokėjimais už paslaugas ($r=,202$, $p=,018$), t.y. 51-60 m. tiriamieji dažniau sutinka, kad neoficialų mokėjimą už paslaugas skatina paslaugų apmokėjimo neaiškumas. Tarp kitų tirtų konstrukčių ir tiriamųjų demografinių charakteristikų statistiškai reikšmingos sąsajos nenustatytos (žr. 30 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, kad moteriška lytis yra reikšmingas kintamasis vertinant skaidrumo užtikrinimą sveikatos priežiūros sistemoje įtaką pacientų pasitikėjimui. Vyresnis amžius yra kintamasis, kuris yra reikšmingai susijęs su įsitikinimu, kad neoficialius mokėjimus gali paskatinti neaiški paslaugų apmokėjimo sistema.

30 lentelė

Skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Pacientams dažnai trūksta aiškos informacijos, kurios medicininės paslaugos yra apmokamos, o kurios – ne	r	-,017	,093	,019	-,053	-,113
	p	,841	,282	,822	,539	,190

30 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Sveikatos priežiūros įstaigose nėra pakankamai skaidriai pateikiami paslaugų įkainiai ir galimi papildomi mokesčiai	r	-,025	,098	,082	-,099	-,052
	p	,774	,254	,343	,252	,550
Paslaugų apmokėjimo neaiškumas gali paskatinti pacientus neoficialiai mokėti už paslaugas	r	-,058	,202*	,114	-,033	-,004
	p	,501	,018	,186	,702	,967
Sveikatos priežiūros specialistai ne visada aiškiai paaiškina, kodėl tam tikros procedūros ar paslaugos gali kainuoti papildomai	r	-,112	,087	,132	,014	,001
	p	,193	,313	,126	,870	,995
Nepakankamas skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje mažina pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis	r	-,175*	,146	,150	,068	-,042
	p	,041	,089	,080	,427	,623

Koreliacija reikšminga *0,05 lygyje

Vertinant nemokamų paslaugų prieinamumą nustatyti statistiškai reikšmingi neigiami silpni koreliaciniai ryšiai. Nemokamų paslaugų prieinamumas koreliuoja su sveikatos priežiūros specialistų teikiama informacija ($r=-,210$, $p=,014$), t.y. prastesnis nemokamų paslaugų prieinamumas vertinamas neigiamai sąsajoje su tuo, kad sveikatos priežiūros specialistai ne visada aiškiai paaiškina, kodėl tam tikros procedūros ar paslaugos gali kainuoti papildomai. Nustatyta, kad ribotas nemokamų paslaugų prieinamumas yra susijęs su pacientų pasitikėjimo teikiamomis paslaugomis mažėjimu ($r=-,229$, $p=,007$), t.y. tiriamieji, kurie prasčiau vertina nemokamų paslaugų prieinamumą yra dažniau įsitikinę, kad sveikatos priežiūros sistemoje trūksta skaidrumo. Tarp kitų kintamųjų, t.y. bendro gaunamų nemokamų paslaugų vertinimo, nemokamų ir mokamų paslaugų prieinamumo bei skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimo nenustatyti (žr. 31 lentelę). Tyrimo rezultatai rodo, kad ribotas nemokamų paslaugų prieinamumas yra susijęs su neaiškia sveikatos priežiūros specialistų teikiama informacija bei vertinimu, kad sveikatos priežiūros sistemoje trūksta skaidrumo, mažinančiu pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis.

31 lentelė

Skaidrumo užtikrinimo, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo sąsajos

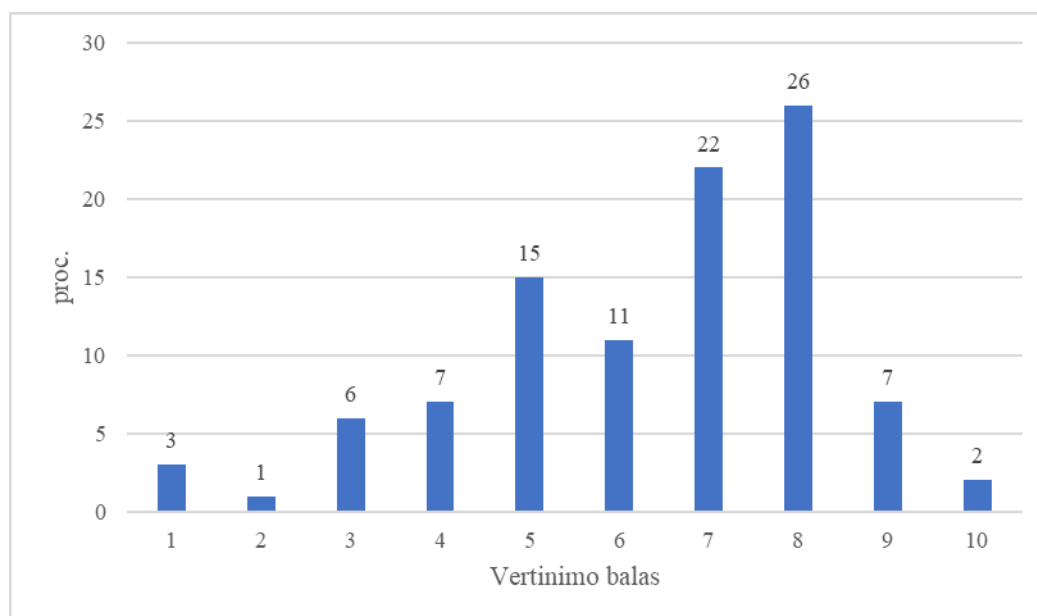
Spearman's rho		Bendras gaunamų paslaugų vertinimas		Paslaugų prieinamumas	
		Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos	Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos
Pacientams dažnai trūksta aiškos informacijos, kurios medicininės paslaugos yra mokamos, o kurios – ne	r	,059	,074	,020	-,006
	p	,495	,393	,813	,944
Sveikatos priežiūros įstaigose nėra pakankamai skaidriai pateikiami paslaugų įkainiai ir galimi papildomi mokesčiai	r	,024	,101	-,077	-,028
	p	,778	,240	,369	,749
Paslaugų apmokėjimo neaiškumas gali paskatinti pacientus neoficialiai mokėti už paslaugas	r	-,063	,042	-,111	,024
	p	,467	,630	,195	,783

31 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Spearman's rho		Bendras gaunamų paslaugų vertinimas		Paslaugų prieinamumas	
		Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos	Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos
Sveikatos priežiūros specialistai ne visada aiškiai paaiškina, kodėl tam tikros procedūros ar paslaugos gali kainuoti papildomai	r	-,151	,008	-,210*	,004
	p	,079	,927	,014	,966
Nepakankamas skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje mažina pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis	r	-,055	,065	-,229**	-,084
	p	,524	,448	,007	,326

Koreliacija reikšminga *0,05 ir **0,01 lygiuose

Tyrime siekta išsiaiškinti, kaip tiriamieji vertina savo pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema. Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema dažniausiai vertinamas 8 (26 proc.) ir 7 (22 proc.) balais, kiek rečiau 5 (15 proc.) ir 6 (11 proc.) (žr. 16 pav.). Tyrimo rezultatai rodo, kad pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema vertinamas vidutiniškai.



16 pav. Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimas, proc.

Vertinant sąsajas tarp pasitikėjimo sveikatos apsaugos lygio vertinimo ir tiriamųjų demografinių charakteristikų statistiškai reikšmingos koreliacijos nenustatytos (žr. 32 lentelę). Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygis nepriklauso nuo tiriamųjų demografinių charakteristikų.

32 lentelė

Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimo ir visuomenės narių demografinių charakteristikų sąsajos

Spearman's rho		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Užimtumas
Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygis	r	-,004	-,087	,013	-,013	-,024
	p	,965	,310	,882	,882	,781

Atlikta tyrimo duomenų statistinė analizė atskleidė ryšius tarp pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo. Nustatyta silpna

teigiama statistiškai reikšminga koreliacija vertinant pasitikėjimo sveikatos apsauga sistema lygį ir bendrą gaunamų nemokamų ($r=,373$, $p=,000$), mokamų ($r=,288$, $p=,001$) paslaugų vertinimą, t.y. geresnis nemokamų ir mokamų paslaugų vertinimas siejasi su didesniu pasitikėjimu sveikatos apsaugos sistema. Nustatyta teigiama vidutinio stiprumo koreliacija tarp nemokamų paslaugų prieinamumo ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygiu ($r=,445$, $p=,000$) bei silpna teigiama koreliacija tarp pasitikėjimo sistema ir mokamų paslaugų prieinamumo ($r=,333$, $p=,000$). Paminėtina ir tai, kad nemokamų paslaugų prieinamumo vertinimas yra labiau priklausomas nuo pasitikėjimo sistema nei mokamų paslaugų atveju. Remiantis atlikta analize galima teigti, kad didesnis tiek nemokamų, tiek ir mokamų paslaugų prieinamumas teigiamai koreliuoja su aukštesniu pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygiu (žr. 33 lentelę). Mokamų ir nemokamų paslaugų prieinamumas turi teigiamą poveikį aukštesnio lygio pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema vertinimui.

33 lentelė

Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygio vertinimo ir bendro gaunamų paslaugų, jų prieinamumo vertinimo sąsajos

Spearman's rho		Bendras gaunamų paslaugų vertinimas		Paslaugų prieinamumas	
		Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos	Neapmokamos paslaugos	Apmokamos paslaugos
Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygis	r	,373**	,288**	,445**	,333*
	p	,000	,001	,000	,000

*Koreliacija reikšminga **0,01 lygyje*

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygis dažniausiai vertinamas kaip vidutinis. Tiriamieji turi neigiamą požiūrį į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas. Neoficialūs mokėjimai turi poveikį gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Gaunant nemokamas paslaugas susiduriama su įvairiomis problemomis – ilgos laukimo eilės, informacijos apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms trūkumas, ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas. Neoficialūs mokėjimai dažniausiai vertinami neigiamai, tačiau neoficialūs mokėjimai pateisinami pagreitinant sunkiai prieinamų medicininių paslaugų gavimą. Informacijos apie apmokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir neskaidrumu. Ribota ir/ar neaiški komunikacija tarp medicinos personalo ir pacientų neigiamai veikia sveikatos priežiūros sistemos skaidrumą, o pastarasis yra tiesiogiai susijęs su pacientų pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema mažėjimu. Pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygis dažniausiai vertinamas 5-8 balais, kas rodo, jog pasitikėjimas sistema yra prastas ir vidutiniškas. Empirinio tyrimo rezultatai yra panašūs lyginant juos su Valstybės audito (2018) ataskaitos išvadamis, kad bendrai sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygis vertintinas vidutiniškai. Nustatyta, kad požiūris į neoficialų atsiskaitymą vis dažniau yra neigiamas. Visuomenės nariai pripažįsta, kad neoficialūs mokėjimai turi įtakos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui. Pagrindiniai sunkumai, gaunant nemokamas medicinines paslaugas yra ilgos laukimo eilės, ribotas informacijos teikimas, reikiamų tyrimų ar procedūrų prieinamumo problematika (dažniausiai sietina su ilgomis eilėmis), vis sudėtingėjanti registracijos gauti nemokamas medicinines paslaugas sistema. Sprendimas mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai dažniausiai yra susietas su ilgų laukimo eilių mažinimu, ko pasekoje priimamas sprendimas reikiamas paslaugas gauti už jas susimokėjus neoficialiai. Tai yra korupcinio pobūdžio veiksmai, kurie visuomenėje toleruojami pasiteisinant asmeniniais poreikiais gauti reikiamas medicinines paslaugas. Dar 2018 m. atliktame tyrime nustatyta, kad sveikatos priežiūros sistemoje nepakankamai užtikrinama informacijos sklaida pacientams, kas formuoja sąlygas neoficialiems mokėjimams, didina pacientų nepasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema ir jos skaidrumu, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tik iš dalies atitinka pacientų lūkesčius ir poreikius. Vyrauja vidutinio lygio pasitikėjimas sveikatos priežiūros organizatoriais, paslaugų teikėjais.

3.5. Diskusija

Magistro darbe tirtas skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Tyrimas atliktas vadovaujantis susisteminta mokslinės literatūros šaltinių analizėje išskirta skaidrumo samprata – tai yra organizacijų ir joje veikiančių asmenų atvirumas, atskleidžiant aiškią, pacientams naudingą informaciją apie nemokamas ir mokamas medicininės paslaugas. Iš esmės ši samprata apima tris pagrindinius aspektus, t.y. dalijimasis informacija, aiškumas ir tikslumas. Viešojo valdymo kontekste skaidrumas įgalina sukurti efektyviai veikiančią viešąją valdymo sistemą. Neatskiriamai nuo šios sistemos veikiančiame sveikatos priežiūros sektoriuje turi būti užtikrintas skaidrumo įgyvendinimas. Sveikatos priežiūros sistemoje teikiamų medicininių paslaugų tikslas – apsaugoti žmogaus sveikatą ir/ar išsaugoti gyvybę. Tai reiškia, kad nepriklausomai nuo paciento demografinių charakteristikų, visiems visuomenės nariams turi būti suteikiamos kokybiškos mokamos ir nemokamos paslaugos, pagrįstos būtinosiomis kokybės sąlygomis ir paslaugų teikimo kriterijais. Skaidrumo įgyvendinimas užtikrina, kad teikiant medicininės paslaugas būtų tikslingai paskirstyti turimi resursai bei ištekliai, užtikrintas optimalus teigiamų pokyčių siekimas, paslaugos teikiamos pagal pacientų poreikius, o ne pagal jų finansines galimybes. Iš esmės skaidrumo užtikrinimas gerina teikiamų medicininių paslaugų kokybę bei pacientų priežiūrą, mažina korupcijos tikimybę, didina visuomenės pasitikėjimą tiek sveikatos priežiūrą teikiančiomis organizacijomis, tiek ir pačia vyriausybe, jos priimamais sprendimais.

Atlikta sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisiniai pagrindų analizė atskleidė, kad visiškai nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas yra ribotas, dalies pacientams reikiamų paslaugų gavimas yra mokamas paciento lėšomis ir/ar iš papildomo turimo sveikatos draudimo. Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje organizuojama pagal mišrų modelį. Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo sistema vykdoma trimis lygiais, t.y. valstybinis, vietos (savivaldos) ir privatus. Valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos teikia tiek nemokamas, tiek mokamas paslaugas. Nemokamų paslaugų teikimo finansavimo šaltinis – PSD įmokos, o mokamų paslaugų finansavimo šaltinis – nuosavos lėšos, papildomas sveikatos draudimas, kiti finansiniai įrankiai. Atlikta antrinių duomenų analizė atskleidė, kad visuomenės nariai turi korupcijos patirties sveikatos priežiūros sistemoje. Dalis pacientų, norėdami sumažinti ilgas laukimo eiles, gauti pageidaujamas paslaugas vis dar atlieka neoficialius mokėjimus, kas lemia nepakankamą skaidrumo užtikrinimą teikiant nemokamas medicininės paslaugas.

Atliktas visuomenės narių nuomonės tyrimas atskleidė, kad medicininių paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas yra nevienareikšmiškas. Tyrimas atskleidė, kad mokamos paslaugos ir jų prieinamumas yra vertinami geriau nei nemokamos paslaugos. Sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygis dažniausiai vertinamas kaip vidutinis. Tiriamieji turi neigiamą požiūrį į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, tačiau neoficialūs mokėjimai pateisinami pagreitinant sunkiai prieinamų medicininių paslaugų gavimą.

Neoficialūs mokėjimai turi poveikį gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Gaunant nemokamas paslaugas susiduriama su įvairiomis problemomis – ilgos laukimo eilės, informacijos apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms trūkumas, ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas. Informacijos apie mokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir neskaidrumu. Ribota ir/ar neaiški komunikacija tarp medicinos personalo ir pacientų neigiamai veikia sveikatos priežiūros sistemos skaidrumą, o pastarasis yra tiesiogiai susijęs su pacientų pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema mažėjimu. Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema

vertinamas 5-8 balais, kas rodo, jog pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema yra prastas ir vidutiniškas.

Atliktas kiekybinis visuomenės narių nuomonės tyrimas turėjo ribotumą – nedidelė tiriamoji imtis, tyrimas nebuvo atliktas visos Lietuvos mastu. Šio tyrimo stiprybė – tyrimo metu gauta naudingų įžvalgų apie skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Be kita ko, tyrimo rezultatai sutampa su Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatais, kad bendrai Lietuvoje korupcijos tendencijos yra mažėjančios, tačiau atlikti tyrimai (Kalinauskienė ir kt., 2020; Specialiųjų tyrimų tarnyba, 2024; Orlauskas, Gruodytė, 2023; Valstybės kontrolė, 2018) rodo, kad norėdami gauti reikiamas nemokamas paslaugas visuomenės nariai vis dar susiduria su neoficialaus mokėjimo reikalavimu miestų ir rajonų ligoninėse, nacionalinio lygmens gydymo įstaigose, kas leidžia daryti išvadą apie skaidrumo užtikrinimą teikiant nemokamas medicininės paslaugas. Remiantis Lietuvos ir užsienio mokslininkų įžvalgomis, atlikto empirinio tyrimo rezultatais galima teikti rekomendacijas, formuluojant intervencijas į sveikatos priežiūros sistemą, siekiant padidinti skaidrumą teikiant nemokamas ir mokamas medicininės paslaugas.

Siekiant padidinti skaidrumą sveikatos priežiūros sektoriuje, ateityje turi būti atliekami tęstiniai visuomenės narių nuomonės tyrimai, vertinant nemokamų ir mokamų medicininių paslaugų teikimo skaidrumo vertinimą tiek trumpalaikėje, tiek ilgalaikėje perspektyvose, į tyrimą įtraukiant didesnes tiriamųjų imtis.

IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, kad praktikoje teikiant nemokamas ir mokamas medicininės paslaugas nepakankamai užtikrinamas skaidrumas, kas sukelia neigiamas pasekmes: sumažėjęs medicininių paslaugų efektyvumas, korupcija, prarandamos sveikatos priežiūros sistemai skirtos lėšos, išauga netikslinių paslaugų teikimas, mažėja prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų galimybės, prastėja visuomenės narių sveikatos rodikliai, mažėja visuomenės narių pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema.
2. Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas užtikrinamas paslaugų teikimo procesą grindžiant atvirumu, sąžiningumu, efektyvumu, būtinosiomis kokybės sąlygomis ir paslaugų teikimo kriterijais. Lietuvoje galiojantys teisės aktai ir juo lydintys dokumentai įpareigoja sveikatos priežiūros įstaigas laikytis privalomų taisyklių teikiant mokamas ir nemokamas paslaugas: pateikti aiškią informaciją apie paslaugų apmokėjimo sąlygas ir poreikį, pristatyti alternatyvas mokamoms paslaugoms, užkirsti kelią sveikatos priežiūros įstaigose nepagrįstam ir/ar neoficialiam paslaugų apmokestinimui. Teisės aktuose įtvirtinti kontrolės mechanizmai bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atsakomybė už medicininių paslaugų apmokėjimo pažeidimus.
3. Atlikus visuomenės narių nuomonės empirinį tyrimą nustatyta, kad, mokamos paslaugos ir jų prieinamumas vertinami gerai ir puikiai; nemokamos paslaugos ir jų prieinamumas vertinami vidutiniškai ir gerai. Visuomenės nariai sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumą dažniau vertina teigiamai. Vyrauja kritiškas požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyšį) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas, tačiau pripažįstama, kad neoficialūs mokėjimai turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, gali pagreitinti sunkiai prieinamų medicininių paslaugų gavimą. Gaunant nemokamas medicininės paslaugas patiriami sunkumai – ilgos laukimo eilės, informacijos apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms trūkumas, ribotas nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas, sudėtinga ir nepatogi registracijos nemokamoms paslaugoms sistema;
4. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad informacijos apie mokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir nepakankamu skaidrumo užtikrinimu, mažinančiu visuomenės narių pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis. Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema vertinamas vidutiniškai. Didesnis mokamų ir nemokamų paslaugų prieinamumas turi teigiamą poveikį aukštesnio lygio pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema.

REKOMENDACIJOS

Atlikto kiekybinio tyrimu nustatyta, kad informacijos apie mokėjimą už paslaugas trūkumas, neaiški paslaugų ir papildomų mokesčių kainodara yra problemos, sietinos su neoficialių mokėjimų rizika ir neskaidrumu. Remiantis atlikto kiekybinio tyrimo rezultatais, teikiamos rekomendacijos skaidrumo užtikrinimui, teikiant nemokamas ir mokamas medicininės paslaugas:

Valdžios institucijoms (politikos formuotojai, sprendimų priėmėjai):

- siekiant sumažinti informacijos asimetriją ir kainodaros interpretacijos galimybes, suformuoti aiškius ir vieningus mokėjimo už paslaugas pateikimo visuomenės nariams standartus (vienodi visoms sveikatos priežiūros įstaigoms), į kuriuos būtų įtraukti aiškūs paslaugų aprašymai ir apmokamų medicininių paslaugų kainodaros taikymo principai;
- diegti skaitmenines (centralizuotas) priemokų už medicininės paslaugas sistemas, kas sudarytų sąlygas kontroliuoti pacientų mokėjimus už suteiktas medicininės paslaugas.

Priežiūros ir kontrolės institucijoms (stebėsenos, audito ir kt. institucijos):

- užtikrinti, t.y. vykdyti nuolatinę stebėseną ir kontrolę, kad sveikatos priežiūros įstaigose būtų netik oficialiai parengta skaidrumo politika, bet ji būtų įgyvendama praktiškai visuose organizacijos lygmenyse;
- diegti kontrolės ir atskaitomybės priemones: vykdyti reguliarius sveikatos priežiūros įstaigų auditus (vidaus ir išorės auditai), kurie leistų identifikuoti neskaidrius mokėjimus bei papildomų mokesčių kainodaros neatitikimus.

Sveikatos priežiūros įstaigoms (paslaugų teikėjams):

- keisti komunikacijos su pacientais būdus ir formas, pristatant mokamas ir nemokamas paslaugas, užtikrinant, kad pacientų gautų aiškią informaciją apie tai, už kurias medicininės paslaugas jie turi mokėti: komunikuoti su pacientais individualiai pateikiant aiškią ir pagrįstą informaciją, kokios nemokamos paslaugos jiems priklauso ir už kokias paslaugas jie turės mokėti; viešai pateikti aiškią, suprantamą informaciją apie mokamų paslaugų kainas, taikomus papildomus mokesčius. Reguliariai atnaujinama informacija apie mokėjimą už paslaugas turi būti pateikiama sveikatos priežiūros įstaigų registratūrose, informaciniuose leidiniuose, interneto svetainėse;
- organizuoti personalo mokymus temomis: atsakomybė už neoficialių mokėjimų priėmimą ir/ar reikalavimą; neoficialių mokėjimų daroma žala pacientų sveikatos rodikliams ir sveikatos priežiūros sistemai, visuomenės narių pasitikėjimui sveikatos priežiūros sistema;
- vykdyti švietėjiškus projektus/ iniciatyvas visuomenės nariams, kad jie keistų savo įpročius siūlyti neoficialų atsiskaitymą (kyšį). Vykdamas visuomenės narių švietimo projektus/ iniciatyvas iškomunikuoti informaciją apie neoficialių atsiskaitymų (kyšių) sukeliamas problemas ir/ar pasekmes tiek visuomenės narių sveikatai, tiek ir bendrai sveikatos priežiūros sistemai.

LITERATŪRA

Mokslinė literatūra

1. Abor, P.A., Tetteh, C.K. (2023). Accountability and transparency: is this possible in hospital governance? *Cogent Business & Management*, 10, 1-18. doi: 10.1080/23311975.2023.2266188.
2. Adler, A.J., Drown, L., Boudreaux, C., Coates, M.M., Marx, A., Akala, O., Waqanivalu, T., Xu, H., Bukhman, G. (2023). Understanding integrated service delivery: a scoping review of models for noncommunicable disease and mental health interventions in low-and-middle income countries. *BMC Health Services Research*, 23(99), 1-14. doi: 10.1186/s12913-023-09072-9.
3. Al Johani, B.A., Bugis, B.A. (2024). Advantages and challenges of implementation and strategies for health insurance in Saudi Arabia: a systemic review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1-9. doi: 10.1177/00469580241233447.
4. Alizadeh, M., Azizi, N., Mahdavi, S., Baghlani, F. (2025). Unveiling the shadows: obstacles, consequences, and challenges of information opacity in healthcare systems. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 20(6), 1-11. doi: 10.1186/s13010-025-00170-6.
5. Al Qudah, A.M., Al-Haddad, A., Aljabali, A.A.A. (2025). Combatting medical corruption: A global review of root causes, consequences, and evidencebased interventions. *International Journal of Innovative Research and Scientific Studies*, 8(2), 968-985. doi: 10.53894/ijirss.v8i2.5397.
6. Ambrazevičiūtė, K., Kavoliūnaitė- Ragauskienė, E., Ragauskas, P. (2023). *Korupcija privačiame sektoriuje*. Vilnius: Lietuvos teisės institutas.
7. Androniceanu, A. (2021). Transparency in public administration as a challenge for a good democratic governance. *Administratie Si Management Public*, 36, 149-164. doi: 10.24818/amp/2021.36-09.
8. Araich, H., Tran, J., Jung, J., Horný, M., Sadigh, G. (2023). Healthcare price transparency in North America and Europe. *British Journal of Radiology*, 1151 (96), 1-8. doi: 10.1259/bjr.20230236.
9. Barasa, E., Mathauer, I., Kabia, E., Ezumah, N., Mbau, R., Honda, A., Dkhimi, F., Onwujekwe, O., Phuong, H.T., Hanson, K. (2021). How do healthcare providers respond to multiple funding flows? A conceptual framework and options to align them. *Health Policy and Planning*, 36(6), 861-868. doi: 10.1093/heapol/czab003.
10. Barron, G.C., Koonin, J., Akselrod, S., Fogstad, S., Fogstad, H., Karema, C., Ditiu, L., Dain, K., Joshi, N. (2023). Universal health coverage is a matter of equity, rights, and justice. *The Lancet*, 11(9), E1335-1336. doi: 0.1016/ S2214-109X(23)00317-0.
11. Bayly, J., Bone, A.E., Ellis-Smith, C., Tunnard, I., Yaqub, S., Yi, D., Nkhoma, K.B., Cook, A., Combes, S., Bakwah, S., Harding, R., Nicholson, C., Normand, C., Ahuja, S., Turrillas, P., Kizawa, T., Morita, T., Nishiyama, N., Tsuneto, S., Ong, P., Higginson, I.J., Evans, C.J., Maddocks, M. (2021). Common elements of service delivery models that optimise quality of life and health service use among older people with advanced progressive conditions: a tertiary systematic review. *BMJ Open*, 11, 1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048417
12. Bekešienė, S. (2015). *Duomenų analizės SPSS pagrindu*. Vilnius: Geneorlo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija.
13. Beliūnienė, L. (2018). Kai kurios privačiame asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sektoriuje Lietuvoje paplitusios korupcijos apraiškos. *Teisės problemos*, 1(95), 85-113. Prieiga per internetą: https://teise.org/wp-content/uploads/2018/02/Beliuniene-2018_1.pdf
14. Benson, L., Thanh, H.T., Thao, B.N. (2021). Public management: a critical overview of new public service concept oriented in public service escalation. *Journal of Asian Multicultural Research for Economy and Management Study*, 3(2), 029-036. doi: 10.47616/jamrems.v2i3.124.
15. Berezowski, J., Czapla, M., Manulik, S., Ross, C. (2023). Rationing in healthcare – a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-5. doi: 10.3389/fpubh.2023.1160691.
16. Bernstein, D.N., Crowe, J.R. (2024). Price transparency in United States' health care: a narrative policy review of the current State and way Forward. *INQUIRY. The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1-11. doi:10.1177/00469580241255823.
17. Birmontas, V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė teisė. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 30-45. doi: 10.13165/SPV-13-1-5-02.
18. Blažytė, J., Grubliauskienė, J. (2020). Pacientų antikorupcinis ugdymas sveikatos priežiūros įstaigose. *Sveikatos mokslai*, 6(30), 208-218. doi: 10.35988/sm-hs.2020.166.
19. Bohler, F., Garden, A., Brock, C., Bohler, L. (2024). Value-based healthcare payment models: a wolf in sheep's clothing for patients and clinicians. *Annals of Medicine*, 1(56), 1-14. doi: 10.1080/07853890.2024.238294.
20. Brakebill, A., Fendrick, A.M., Kullgren, J.T. (2022). How might patients and physicians use transparent health care prices to guide decisions and improve health care affordability? *AMA Journal of Ethics*, 11(24), E1034-1039. doi: 10.1001/amajethics.2022.1034.
21. Breeze, R. (2021). Translating the principles of good governance: in search of *accountability* in Spanish and German. *International Journal of Legal Discourse*, 6(1), 43–67. doi: 10.1515/ijld-2021-2045.
22. Breton, M., Gaboury, I., Beaulieu, C., Deville – Stoetzel, N., Martin, E. (2023). Ten years later: a portrait of the implementation of the advanced access model in Quebec. *Healthcare Management Forum*, 36(5), 317–321. doi: 10.1177/08404704231181676.

23. Brinzac, M.G., Kuhlmann, E., Dussault, G., Ungureanu, M.I., Cherecheș, R.M., Baba, C.O. (2023). Defining medical deserts—an international consensus-building exercise. *European Journal of Public Health*, 5(33), 785–788. doi: 10.1093/eurpub/ckad107.
24. Buinickienė, N. (2017). Korupcijos priežastys ir jų valdymo priemonės Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, 2(39), 148-156. doi: 10.15544/mts.2017.11
25. Busse, R., Blumel, M., Knieps, F., Barnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390, 882897. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31280-1.
26. Chartock, B.L., Simon, K., Whaley, C.M. (2023). Transparency in coverage data and variation in prices for common health care services. *JAMA Health Forum*, 4(10), 1-3. doi: 10.1001/jamahealthforum.2023.3663.
27. Chauke, K. R., Thusi, X. (2023). Transparency: Should It Be a Stand-Alone Governance Principle?. *International Journal of Social Science Research and Review*, 6(7), 182-191. doi: 10.47814/ijssrr.v6i7.1380.
28. Chen, J., Miraldo, M. (2022). The impact of hospital price and quality transparency tools on healthcare spending: a systematic review. *Health Economics Review*, 12(62), 1-12. doi: 10.1186/s13561-022-00409-4.
29. Conway, S.J., Kuve, I.O., Yeatts, J., Jaffery, J., Berkowitz, S.A. (2023). Transforming health care from volume to value: moving the needle through population health. *The American Journal of Medicine*, 136(9), 874-877. doi: 10.1016/j.amjmed.2023.04.031.
30. Crystal, G. (2022). The next evolution of healthcare delivery. *Nursing*, 52(10), 40-43. doi: 10.1097/01.NURSE.0000872464.40584.87.
31. Dapkins, I. (2025). Telehealth and federally qualified health centers—a vulnerable future. *JAMA Network Open*, 8(2), 1-3. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.59510.
32. Davidian, A.H., Bloom, G.M. (2024). Improving patient care: expansion of access to free clinics. *Patient Experience Journal*; 11(2), 115-120. doi: 10.35680/2372-0247.1887.
33. de Silva Etges, A.P.B., Liu, H.H., Jones, P., Polanczyk, C.A. (2023). Value-based reimbursement as a mechanism to achieve social and financial impact in the Healthcare System. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 10(2), 100-103. doi: 10.36469/001c.89151.
34. de Soysa, I., Vadlamannati, K.C. (2021). Does free-market capitalism drive unequal access to health? An empirical analysis, 1970–2015. *Global Public Health*, 16(12), 1904-1921. doi: 10.1080/17441692.2020.1849350.
35. Derakhshan, Z., Larijani, B., Shamsi-Gooshki, E., Salari, P. (2023). Presenting a comprehensive definition of unnecessary healthcare services and their drivers: a systematic review and meta-synthesis. *Medical Journal of Islamic Republic Iran*, 2(37), 1-11. doi: 10.47176/mjiri.37.106.
36. Dubey, U.K.B., Kothari, D.P. (2022). *Research methodology: techniques and trends*. New York: Chapman and Hall/CRC.
37. Endeshaw, B. (2021). Healthcare service quality measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 2(35), 106-117. doi: 10.1108/JHR-07-2019-0152.
38. Fernández-Salido, M., Alhambra-Borrás, T., Casanova, G., Garcés-Ferrer, J. (2024). Value-based healthcare delivery: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(134), 1-19. doi: 10.3390/ijerph21020134.
39. Fichera, E., Anselmi, L., Gwati, G., Brown, G., Kovacs, R., Borghi, J. (2021). Can Results-Based Financing improve health outcomes in resource poor settings? Evidence from Zimbabwe. *Social Science and Medicine*. 279, 1-13. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113959.
40. Ford, N., Thomas, R., Grove, J. (2022). Transparency: a central principle underpinning trustworthy guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 142, 246-248. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.11.025.
41. Forsyth, P., Radley, A., Rushworth, G.F., Marra, F., Roberts, S., O'Hare, R., Duggan, C., Magui, B. (2023). The collaborative care model: realizing healthcare values and increasing responsiveness in the pharmacy workforce. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(1), 110-122. doi: 10.1016/j.sapharm.2022.08.016.
42. Fukami, T. (2024). Enhancing Healthcare Accountability for Administrators: Fostering Transparency for Patient Safety and Quality Enhancement. *Cureus*, 16(8), 1-6. doi: 10.7759/cureus.66007.
43. Futrell, G. D. (2022). Defining health care marketing: A review of scholarly and other textual sources. *Journal of Applied Marketing Theory*, 9(1), 76-88. doi: 10.20429/jamt.2022.090106.
44. Gaižauskaitė, I., Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: MRU.
45. Ganguli, I., Lim C., Daley, N., Cutler, D., Rosenthal, M., Mehrotra, A. (2025). Telemedicine adoption and low-value care use and spending among fee-for-service medicare beneficiaries. *JAMA Internal Medicine*, February, 1-12. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.8354.
46. Gholami, M., Takian, A., Kabir, M. J., Olyaeemanesh, A., Mohammadi, M. (2024). Transparency interventions to improve health system outcomes in low and middle-income countries: a narrative systematic review. *BMJ Open*, 14, 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2023-081152.
47. Goodair, B., Reeves, A. (2024). The effect of health – care privatisation on the quality of care. *The Lancet Public Health*, 3(9), 199-206. Prieiga per internetą: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900003-3>.
48. Guinnane, T.W., Streb, J. (2021). The introduction of Bismarck's social security system and its effects on marriage and fertility in Prussia. *Population and Development Review*, 47(3), 749–780. <http://www.jstor.org/stable/45419227>.

49. Han, A., Lee, K.H. & Park, J. (2022). The impact of price transparency and competition on hospital costs: a research on all-payer claims databases. *BMC Health Services Research*, 22, 1-10. doi: 10.1186/s12913-022-08711-x.
50. Hallgree, J., Bergman, K., Klingberg, M., Gillsjo, C. (2021). Implementing a person centered collaborative health care model – a qualitative study on patient experiences. *International Emergency Nursing*, 59, 1-5. doi: 10.1016/j.ienj.2021.101068.
51. Hazari, A. (2023). *Research methodology for allied health professionals. A comprehensive guide to Thesis & Dissertation*. Singapore: Springer.
52. He, F., Gasdaska, A., White, L., Tang, Y., Beadles, C. (2023). Participation in a medicare advanced primary care model and the delivery of high-value services. *Health Services Research*, 58(6), 1266–1291. doi: 10.1111/1475-6773.14213.
53. Herasyumiuk, K., Martselyak, O.V., Kirichenko, Y.N., Zhmur, N.V., Shmalenko, I.I. (2020). Principles of Integrity and Good Governance in Public Administration. *International Journal of Management*, 11 (4), 545-555. Prieiga per internetą: <https://ssrn.com/abstract=3601652>.
54. Hernandez, V., Nasser, L., Do, C., Lee, W.C. (2024). Healing the whole: an international review of the collaborative care model between primary care and psychiatry. *Healthcare (Basel)*, 12(16), 1-17. doi: 10.3390/healthcare12161679.
55. Hussman, K., Cuadrado, D. C. (2022). Transparency as a game changer in the health sector? *U4 Practice Insight*, 2, 1-59. Prieiga per internetą: <https://www.cmi.no/publications/file/8640-transparency-as-a-game-changer-in-the-health-sector.pdf>.
56. Izah, S.C., Sylva, L., Hait, M. (2024). Cronbach's Alpha: a cornerstone in ensuring reliability and validity in environmental health assessment. *ES Energy & Environment*. 23, 1-14. doi: 10.30919/ese1057.
57. Jamili, S., Yousefi, M., Pour, H.E., Houshmand, E., Taghipour, A., Tabatabaee, S.S., Adel, A. (2023). Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study. *BMC Health Services Research*, 23(865), 1-11. doi: 10.1186/s12913-023-09841-6.
58. Januševičienė, J. (2017). Paciento pareiga rūpintis savo sveikata kaip teisės į sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo sąlyga. *Teisė*, 104, 184-197. doi:10.15388/Teise.2017.104.10853.
59. Jiang, J.X., Krishnan, R. (2023). Price transparency in hospitals—current research and future directions. *JAMA Network Open*, 6(1):1-3. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.49588.
60. Jiang, J.J., Link, K., Mellgard, G., Silvestri, F., Qian, D., Chennareddy, S., Tran, M., Goldstein, Y., Frid, G., Band, I., Saali, A., Thomas, D.C., Jasti, H., Meah, Y.S. (2023). Evaluation of patient health outcomes of a student-run free clinic in East Harlem. *BMC Medical Education*, 24, 1-8. doi: 10.1186/s12909-024-05070-5.
61. Kardelis, K. (2017). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
62. Ketners, K. (2025). Evaluation of effective anti-corruption strategies in state institutions. *Rivista scientifica di classe A, February*, 1-16. doi: 10.13130/2723-9195/2025-1-48.
63. Khalili H. (2024). Transforming health care delivery: innovations in payment models for interprofessional team-based care. *North Carolina Medical Journal*, 85(3):175-179. doi:10.18043/001c.117089.
64. Kiseleva, A., Kotzinos, D., De Hert, P. (2022). Transparency of AI in healthcare as a multilayered system of accountabilities: between legal requirements and technical limitations. *Frontiers in Artificial Intelligence*. 5, 1-21. doi: 10.3389/frai.2022.879603
65. Kong, E., Ji, Y. (2023). Provision of hospital price information after increases in financial penalties for failure to comply with a US Federal hospital price transparency rule. *JAMA Network Open*, 6(6), 1-10. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.20694.
66. Konig, P.D., Felfeli, J., Achtziger, A., Wenzelburger, G. (2022). The importance of effectiveness versus transparency and stakeholder involvement in citizens' perception of public sector algorithms. *Public Management Review*, 26(4), 1061-1082. doi: 10.1080/14719037.2022.2144938.
67. Kuntardjo, C., Hernoko, A.Y., Anand, G. (2023). Transparency principle to realize justice in health service. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 19(SUPP2), 43-50. Prieiga per internetą: https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202302281635356_1398.pdf.
68. Leiva, V., Castro, C. (2025). Artificial intelligence and blockchain in clinical trials: enhancing data governance efficiency, integrity, and transparency. *Bioanalysis*, 17(3), 161-176. doi: 10.1080/17576180.2025.2452774.
69. Levin, A.T., Owusu-Boaitey, N., Pugh, S., et al. (2022). Assessing the burden of COVID-19 in developing countries: systematic review, meta-analysis and public policy implications. *BMJ Global Health*, 7, 1-17. doi: 10.1136/bmjgh-2022-008477.
70. Lindhout, P., and Reniers, G. (2022). The “Transparency for Safety” Triangle: Developing a Smart Transparency Framework to Achieve a Safety Learning Community. *International Journal of environmental Research and Public Health*, 19, 1-21. doi: 10.3390/ijerph191912037
71. Liukinevičienė, L., Jokubauskienė, A. (2021). Veiklos audito galimybės padidinti veiklos skaidrumą savivaldybėje. *Socialiniai tyrimai*, 44(1), 53-76. doi: 10.15388/Soctyr.44.1.4.
72. Liukinevičienė, L., Blažienė, J. (2022). Ligoninių atsparumo diskursas teoriniame organizacijos atsparumo sampratos, bruožų ir veiksmų kontekste. *Socialiniai tyrimai*, 45(1), 8-35. doi: 10.15388/Soctyr.45.1.1.
73. Lukman, A.K. (2022). Governance and Good Governance: Concepts and Principles. *An International Multidisciplinary Online Journal*, 2(6), 1-4. doi: 10.55454/rcsas.2.6.2022.006.
74. Luyten, E., Tubeuf, S. (2025). Equity in healthcare financing: A review of evidence. *Health Policy*, 152, 1-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2024.105218.

75. Mackwood, M., Fisher, E., Schmidt, R.O., Yang, C.W.W., O'Malley, J., Rodriguez, H.P., Shortell, S., Akre, E.R.L., Schifferdecker, K.E. (2025). Changes in US Primary Care Access and Capabilities During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum*, 6(2), 1-3. doi: 10.1001/jamahealthforum.2024.5237.
76. Malakaone, B., Heunis, J.C., Chikobvu, P., Kigozi, N.G., Kruger, W.H. (2022). Improving public health sector service delivery in the Free State, South Africa: development of a provincial intervention model. *BMC Health Services Research*, 22(486), 1-16. doi: 10.1186/s12913-022-07777-x.
77. Maleki, N., Pamanabhan, B., Dutta, K. (2024). Usability of health care price transparency data in the United States: mixed methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 26, 1-12. doi:10.2196/50629.
78. Martin, G., Chew, S., McCarthy, I., Dawson, J., Dixon-Woods, M. (2023). Encouraging openness in health care: Policy and practice implications of a mixed-methods study in the English National Health Service. *Journal of Health Services Research & Policy*, 28(1), 14-24. doi: 10.1177/13558196221109053.
79. Martynenko, D. (2022). Transparency as a principle of activity of public authority bodies. *Global Prosperity*, 2(3), 40–46. doi: 10.46489/gpj.2022-2-3-5.
80. Matheus, R., Janssen, M., Janowski, T. (2021). Design principles for creating digital transparency in government. *Government Information Quarterly*, 38(1), 1-18. doi: 10.1016/j.giq.2020.101550.
81. Mead, M., Ibrahim, A.M. (2024). Over- and underreporting of prices: most hospitals are not compliant with the hospital price transparency rule. *Health Affairs Scholar*, 2(9), 1-8. doi: 10.1093/haschl/qxae099.
82. Mishra, S.B., Alok, S. (2017). *Handbook of Resarch Methodology*. India: Educreation Publishing.
83. Mushasha, R., El Bcheraoui, C. (2023). Comparative effectiveness of financing models in development assistance for health and the role of results-based funding approaches: a scoping review. *Global Health*, 19(39), 1-11. doi: 10.1186/s12992-023-00942-9.
84. Muthuri, R.N.D.K., Nzinga, J., Tsoba, B., Musiega, A., Mugo, P., Wong, E., Mazzilli, C., Ng'ang'a, W., Hagedorn, B., Turner, G., Musuva, A., Ravishankar, N., Murira, F.M., Barasa, E. (2024). A mixed methods study examining the impact of primary health care financing transitions on facility functioning and service delivery in Kenya: a study protocol. *Wellcome Open Research*, 9(220), 1-18. doi: 10.12688/wellcomeopenres.21173.1.
85. Nejatian, A., Arab, M., Takian, A., Ashtarian, K. (2024). Social Accountability in Health System Governance: A Scoping Review. *Iranian Journal of Public Health*, 3(1), 35–47. doi: 10.18502/ijph.v53i1.14681.
86. Nourmohammadi, N., Sadigh, G. (2024). Patients, practice, and price transparency: The impact of disclosing healthcare costs on consumer decision-making. *Clinical Imaging*, 107, 1-2. doi: 10.1016/j.clinimag.2023.110064.
87. Nuckols, T.K. (2024). Health care delivery innovations—implementation matters in understanding what works. *JAMA Network Open*, 7(4), 1-3. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.3675.
88. Ogurcova, I., Servetkienė V., Jankauskienė, D. (2023). Kaip dešimtmečio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika ir prieinamumas kuria vertę pacientui. *Visuomenės sveikata*, 2(101), 42-58. Prieiga per internetą: <https://cris.mruni.eu/cris/handle/007/47102>.
89. Onwujekwe, O., Mbachu, C., Ezenwaka, U., Arize, I., Ezumah, N. (2020). Characteristics and Effects of Multiple and Mixed Funding Flows to Public Healthcare Facilities on Financing Outcomes: A Case Study From Nigeria. *Frontiers in Public Health*, 7(403), 1-13. doi: 10.3389/fpubh.2019.00403.
90. Orlauskas, K., Gruodytė, E. (2023). Prevention of corruption in the healthcare sector: principles, measures, and their implementation in the healthcare system of Lithuania. *Teisės apžvalga*, 1 (27), 5–28. doi: 10.7220/2029-4239.27.1.
91. Paschke, A., Dimancesco, D., Vian, T., Kohler, J.C., Forte, G. (2018). Increasing transparency and accountability in national pharmaceutical systems. *Bull World Health Organ*, 96, 782–791. doi: 10.2471/BLT.17.206516.
92. Patel, K.N., Shih, S.F., Bondugula, C., Carroll, N.W., Karim, S.A., Ford, E.W., Lee, S.Y.D. (2023). Hospital compliance with price transparency policy in the U.S. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 7, 1-10. doi: 10.21037/jhm.
93. Pomeranz, E. F., Stedman, R. C. (2020). Measuring good governance: piloting an instrument for evaluating good governance principles. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 22(3), 428–440. doi: 10.1080/1523908X.2020.1753181.
94. Pollack, H.A. (2022). Necessity for and limitations of price transparency in American health care. *AMA Journal of Ethics*, 24(11), 1069-1074. doi: 10.1001/amajethics.2022.1069.
95. Rao, P., Fischer, S.H., Vaiana, M.E., Taylor, E.A. (2022). Barriers to price and quality transparency in health care markets. *Rand Health Quarterly*, 9(3), 1-7. Prieiga per internetą: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9242565/>.
96. Rasalaitė, V. (2021). Korupcinio pobūdžio nusikalstamų veikų rizikos lobistinėje veikloje. *Teisės apžvalga*, 2(24), 59-89. doi: 10.7220/2029-4239.24.4
97. Reist, C. Petiwal, I., Latimer, J., Raffaelli, S.B., Chiang, M., Eisenberg, D., Campbell, S. (2022). Collaborative mental health care: a narrative review. *Medicine (Baltimore)*, 101(52), 1-6. doi: 10.1097/MD.00000000000032554.
98. Rey-Puech, P., Balabanova, D., McKee, M. (2025). Artificial Intelligence and Corruption: Opportunities and Challenges in the Health Sector. *The International Journal of Health Planning and Management*, June, 1-7. doi: 10.1002/hpm.70002.
99. Rijal, S. (2023). The importance of community involvement in public management planning and decision-making processes. *Journal of Contemporary Administration and Management*, 2(1), 84-92. doi: 10.61100/adman.v1i2.27.
100. Roberts, N., Carrigan, A., Clay-Williams, R., Hibbert, P.D., Mahmoud, Z., Pomare, C., Pulido, D.F., Meulenbroeks, I., Knaggs, G.T., Austin, E.E., Churrua, K., Ellis, L.A., Long, J.C., Hutchinson, K., best, S., Easpaig, B.N.G., Sarkies, M.N., Auton, E.F., Hatem, S., Dammary, G., Nguyen, M.T., Nguyen, H.M., Arnolda, G., Rapport, F.,

- Zuryski, Y., Maka, K., Braithwaite, J. (2023). Innovative models of healthcare delivery: an umbrella review of reviews. *BMJ Open*, 13, 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2022-066270.
101. Rodriguez, S.I., Mason, A., Gutacker, N., Kasteridis, P., Santos, R., Rice, N. (2023). Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. *Health Economics, Policy and Law*, 18(1), 1-13. doi: 10.1017/S1744133121000293.
102. Sachs, J.D., Karim, S.S.A., Aknin, L., et al. (2022). The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 400, 1224–1280. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01585-9.
103. Seide, A., Uwemedimo, O.T., Rasul, R., Steinway, C., Katzow, M., Jan, S., Kim, E.J. (2025). Participation in clinic-based referral and navigation services among families with social needs. *JAMA Network Open*, 8(2), 1-13. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.0056.
104. Servetkienė, V., Mockevičienė, B., Černovas, A., Jankauskienė, D. (2022). Lietuvos gyventojų patirtis, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. *Visuomenės sveikata*, 1(96), 40-53. Prieiga per internetą: <https://cris.mruni.eu/cris/entities/publication/ce138801-7aee-4d01-85d4-ae51a3d46834>.
105. Shishkin, S., Sheiman, I. (2023). The hard way from the Beveridge to the Bismarck model of health finance: Expectations and reality in Russia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-10. doi: 10.3389/fpubh.2023.1104209.
106. Simmons, C., Pot, M., Lorenz-Dant, K., Lechsenring, K. (2024). Disentangling the impact of alternative payment models and associated service delivery models on quality of chronic care: A scoping review. *Health Policy*, 143, 1-27. doi: 10.1016/j.healthpol.2024.105034.
107. Singh, K.K. (2022). *Research Methodology in Social Science*. Delhi: K.K. Publications.
108. Singh, P., Fu, N., Dale, S., Orzol, S., Laird, J., Markovitz, A., Shin, E., O'Malley, A.S., McCall, N., Day, T.J. (2024). The comprehensive primary care plus model and health care spending, service use, and quality. *JAMA*, 331(2), 132-146. doi:10.1001/jama.2023.24712.
109. Smith, P.C., Sagan, A., Siciliani, L., Figueras, J. (2023). Building on value-based health care: Towards a health system perspective. *Health policy*, 138, 1-7. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104918.
110. Spagnuolo, D., Bartolini, C., Lenzini, G. (2020). Qualifying and measuring transparency: A medical data system case study. *Computers & Security*, 91, 1-12. doi: 10.1016/j.cose.2020.101717.
111. Stonkė, E. (2023). Pasitikėjimu grįstas viešasis valdymas: Skandinavijos regiono modelio dekonstrukcija. *Regional Formation & Development Studies*, 2(40), 146-156. doi: 10.15181/rfds.v40i2.2538.
112. Špokienė, I. (2013). Nemokamos medicinos pagalbos teikimo konstitucinės garantijos. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 15-29. doi: 10.13165/SPV-13-1-5-02.
113. Švedas, G., Gutauskas, A. (2022). Probleminiai gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto baudžiamosios atsakomybės už neatsargiai padarytą žalą paciento gyvybei arba sveikatai pagal Lietuvos Respublikos baudžiamuosius įstatymus aspektai. *Vilnius University Open Series*, 371–393. doi:10.15388/KSK.2022.18.
114. Taminskaitė – Kočiūnė, G. (2023). Solidarumo principo vaidmuo ir reikšmė, aiškinant Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintą teisę į valstybės laiduojamą sveikatos apsaugą. *Konstitucinė justicija Lietuvoje: trys veiklos dešimtmečiai*, 483-493. doi: 10.15388/KJL.2023.17
115. Timofeyev, Y., Dremova, O., Jakovlivec, M. (2023). The impact of transparency constraints on the efficiency of the Russian healthcare system: systematic literature review. *Journal of Medical Economics*, 26(1), 95-109. doi: 10.1080/13696998.2022.2160608.
116. Tsupylo, I., Miniailo, V. (2025). Anti-corruption control in the health sector: challenges and solutions. *Current Problems of Sustainable Development*, 2(2), 115-120. doi: 10.60022/2(2)-12S.
117. Vaitkevičius, R., Saudargienė, A. (2006). *Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose*. Kaunas: VDU.
118. Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13, 1-24. doi: 10.1080/16549716.2019.1694744.
119. Volpato, A., Eliantonio, M., Wright, K. (2023). Transparency and participation in the face of scientific uncertainty: concluding remarks. *European Journal of Risk Regulation*, 14, 371–381. doi: 10.1017/err.2023.34.
120. Wasike, J. N., Mbirithi, D. M. (2025). Anti-corruption policy measure and its effect on service delivery in Trans-Nzoia County Government, Kenya. *International Academic Journal of Arts and Humanities*, 1(5), 296-313. Prieiga per internetą: https://iajournals.org/articles/iajah_v1_i5_296_313.pdf.
121. Watson, S.I., Lilford, R.J., Sun, J., Bion, J. (2021). Estimating the effect of health service delivery interventions on patient length of stay: a Bayesian survival analysis approach. *Journal of the Royal Statistical Society Series C: Applied Statistics*, 70(5), 1164–1186. doi: 10.1111/rssc.12501.
122. Weimerskirch, B., Baker, C. (2025). Data transparency in healthcare quality improvement. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 55(4), 1-16. doi: 10.1016/j.cppeds.2025.101758.
123. Whaley, C., Frakt, A. (2022). If Patients Don't Use Available Health Service Pricing Information, Is Transparency Still Important?. *AMA Journal of Ethics*, 11(24), 1056-1062. doi: 10.1001/amajethics.2022.1056.
124. Whaley, C., Radhakrishnan, N., Richards, M., Simon, K., Chartock, B. (2025). Understanding health care price variation: evidence from Transparency-in-Coverage data. *Health Affairs Scholar*, 3(2), 1-8. doi: 10.1093/haschl/qxaf011.
125. Winegarden, W. (2023). Transparency is a necessary first step toward a better healthcare system. *Forbes*, January. Prieiga per internetą: <https://www.forbes.com/sites/waynewinegarden/2023/01/18/transparency-is-a-necessary-first-step-toward-a-better-healthcare-system/>.

126. Wojciechowski, L., Skrzypek – Ahmed, S., Ivashko, O., Sak-Skowron, M., Dziwulski, J. (2023). Public management as a concept for improving the efficiency and cost-effectiveness of public administration. *Journal of Modern Science*, 5(54), 842-862. doi: 10.13166/jms/176487.
127. Zeng, Y., Guan, X., Sun, J., Chen, Y., Wang, Z., Nie, P. (2025). Enhancing smart healthcare networks: Integrating attribute-based encryption for optimization and anti-corruption mechanisms. *Heliyon*, 1(11), 1-15. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e39462.
128. Zhang, A., Prang, K.H., Devlin, N., Scott, A., Kelaher, M. (2020). The impact of price transparency on consumers and providers: A scoping review. *Health Policy*, 8(124), 819-825. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.06.001.
129. Žydzūnaitė, V. (2011). *Baigiamojo darbo rengimo metodologija*. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.

Teisės aktai

1. Dėl ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2013 m. liepos 25 d., Nr. V-754. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C8990DCCE595/asr>.
2. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo pavirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2006 m. gruodžio 22 d., Nr. V-1113. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/en/legalAct/TAR.63AF88FE1507/asr>.
3. Dėl bazinio mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ataskaitos formos patvirtinimo: Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymas. 2007 m. birželio 1 d. Nr. 1K-87. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.299214/asr>.
4. Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis reikalavimų aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2009 m. rugpjūčio 21 d., Nr. V-668. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.99E96AB53856/asr>.
5. Dėl skaidrios asmens sveikatos priežiūros įstaigos vardo suteikimo tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2015 m. sausio 26 d., Nr. V-65. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/323f3d50acb911e486d695b7d843f736/asr>.
6. Dėl specialiųjų reikalavimų asmens sveikatos priežiūros įstaigos skubiosios medicinos pagalbos skyriui ir skubiosios medicinos pagalbos kabinetui aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2010 m. gruodžio 16 d., Nr. V-1073. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4/asr>.
7. Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2005 m. birželio 13 d., Nr. V-488. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.51579768D4B2/asr>.
8. Dėl sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2010 m. kovo 8 d. Nr. V-184. Prieiga per internetą: <https://www.infolex.lt/ta/131129>.
9. Dėl šakinio korupcijos prevencijos sveikatos priežiūros sistemoje 2024-2025 metų veiksmų plano patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2023 m. liepos 17 d., Nr. V-813. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b87a7660246e11eea0b6cad9848a9596>.
10. Lietuvos Respublikos Konstitucija. 1992 m. lapkričio 2 d. Valstybės žinios, Nr. 33-1014. Prieiga per internetą: <https://www.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija20220522.htm>.
11. Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo nutarimas byloje Nr. 14/2020 „Dėl LR sveikatos draudimo įstatymo 10 str. 1 d., Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 57 str. 2 d., LR Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų ir paciento priemonių už juos apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir šiuo nutarimu patvirtinto aprašo atitikties LR Konstitucijai“, 2021 m. spalio 15 d. Nr. KT168-N13/2021. Prieiga per internetą: <https://lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta2540/content>.
12. LR Konstitucinio teismo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“, priimtas 2014 m. vasario 26 d. byloje Nr. 47/2009-131/2010. Prieiga per internetą: https://lrkt.lt/data/public/uploads/2015/01/2014-02-26_kt6-s3.pdf.
13. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas byloje Nr. 47/2009-131/2010 „Dėl pareigos mokėti valstybinio socialinio draudimo ir privalomojo draudimo įmokas, taip pat dėl motinystės (tėvystės) pašalpų sumažinimo“, 2013 m. gegužės 16 d.. Prieiga per internetą: <https://lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta87/content>.
14. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas byloje Nr. 28/2009 „Dėl 2009 m. valstybės biudžeto ir su juo susijusių statymų priėmimo“, 2013 m. vasario 15 d.. Prieiga per internetą: <https://lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta87/content>.
15. Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 1999 m. liepos 30 d., Nr. 357. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.21897F4DD271/asr>.
16. Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2000 m. gegužės 31 d. Nr. 301. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DC61D74561C5/asr>

17. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr>.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182/asr>.
20. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.167900/asr>.
21. Lietuvos Respublikos Vyriausiojo administracinio teismo 2018 m. birželio 12 d. sprendimas byloje Nr. I-10-822/2018. Prieiga per internetą: <https://www.lvat.lt/lt/doclib/kzc4lyc5j7c5xr9d7rbbesgrpys9pydv>

Kiti informacijos šaltiniai

1. Hausenkamph, D.S., Cuadrado, D.C., Aarvik, P., Kirya, M. (2022). *Anti-corruption, transparency, and accountability in health management information systems Exploring the potential of the District Health Information Software 2 (DHIS2)*. Prieiga per internetą: <https://www.u4.no/publications/anti-corruption-transparency-and-accountability-in-health-management-information-systems.pdf>.
2. Kalinauskienė, I., Gailiūnaitė, I., Bačiulis, D., Muravjovas, S., Dunčikaitė, I., Kimontaitė, I., Žemgulytė, D. (2020). *Korupcija ir gydymo paslaugų kokybė: studija ir praktinės rekomendacijos pacientams ir jų artimiesiems*. Prieiga per internetą: https://pola.lt/wp-content/uploads/2020/04/TILS_POLA_studija-ir-rekomendacijos.pdf.
3. Ozieranski, P., Larkin, J., Rickard, E., Ozaki, A., Mulinari, S. (2024). *Protecting patients and the NHS through full transparency in industry-NHS collaboration*. Prieiga per internetą: <https://www.bath.ac.uk/publications/protecting-patients-and-the-nhs-through-full-transparency-in-industry-nhs-collaborations/attachments/protecting-patients-and-the-nhs-through-full-transparency-in-industry-nhs-collaborations.pdf>.
4. Registrų centras (2025). *Gyventojų skaičius pagal savivaldybes*. Prieiga per internetą: <https://www.registrucentras.lt/p/853>.
5. Sodra (2025). *Apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu antrąkart mokėti už gydymą nereikia*. Prieiga per internetą: <https://www.sodra.lt/naujienos/apdraustiesiems-privalomuoju-sveikatos-draudimu-antrakart-moketi-uz-gydyma-nereikia-?lang=lt>.
6. Specialiųjų tyrimų tarnyba (2024). *Lietuvos korupcijos žemėlapis 2022*. Prieiga per internetą: https://www.stt.lt/data/public/uploads/2024/01/tyrimo_pristatymas_lietuvos_korupcijos_zemelapis_2022.pdf.
7. STRATA (2024). *Personalizuotos medicinos vystymo Lietuvoje galimybių studija*. Vyriausybės strateginės analizės centras. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis. Prieiga per internetą: https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/07/20240701_Personalizuotos-medicinos-vystymo-Lietuvoje-galimybiu-studija.pdf.
8. STRATA (2022). *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis. Vyriausybės strateginės analizės centras*. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf>.
9. STRATA (2022a). *Bazinis visuomenės sveikatos paslaugų teikimo modelis, sudarantis vienodas sąlygas regionuose visoms visuomenės grupėms, ypač pažeidžiamiems ir socialinės atskirties, gauti reikalingas ir kokybiškas visuomenės sveikatos paslaugas*. Vyriausybės strateginės analizės centras. Prieiga per internetą: https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/VISUOMSVEIKATA_tyrimo_ataskaita.pdf.
10. Valstybės kontrolė (2018). *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą*. 2018 m. lapkričio 16 d. Nr. VA-2018-P-10-1-10. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23817/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-prieinamumas-ir-orientacija-i-pacienta>.
11. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie sveikatos apsaugos ministerijos (2023). *Teisės aktų, susijusių su asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimu ir teikiamų paslaugų kokybės priežiūra, sąrašas*. Prieiga per internetą: <https://vaspvt.lrv.lt/lt/teisine-informacija/teises-aktai/teises-aktu-susijusiu-su-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigu-licencijavimu-ir-teikiamu-paslaugu-kokybes-prieziura-sarasas/>
12. Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos (2024). *Klausimų kelia (ne)mokamos sveikatos priežiūros paslaugos*. Prieiga per internetą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/naujienos/klausimu-kelia-nemokamos-sveikatos-prieziuros-paslaugos/>.
13. Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos (2024a). *Apie privalomąjį sveikatos draudimą*. Prieiga per internetą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/apie-privalomaji-sveikatos-draudima/>.
14. Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos (2024b). *Mokamas gydymas Lietuvoje*. Prieiga per internetą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/gydymo-ir-sveikatos-prieziuros-paslaugos/mokamas-gydymas-lietuvoje-1/>

PRIEDAI

1 priedas. Medicininių paslaugų teikimo modelių privalumai ir trūkumai

Modelis	Privalumai	Trūkumai
Laisvosios rinkos modelis	1. Pacientų pasirinkimo galimybės, trumpesnis laukimo laikas, didesnis pacientų pasitenkinimas. 2. Skatinama konkurencija tarp privačių paslaugų teikėjų 3. Aukštesnė paslaugų kokybė 4. Lankstumas prisitaikant prie pokyčių 5. Platus specialistų ir paslaugų spektras 6. Žemo lygio biurokratija	1. Dažnai yra aukštesnės paslaugų kainos. 2. Nelygybė - didesnis prieinamumas aukštesnės pajamos gaunantiems asmenims 3. Galimas ženklus kainų už tapačias paslaugas skirtumas 4. Aukštas išlaidų lygis (rinkodara, administravimas) 5. Ribotas vykdomos veiklos teisinis reguliavimas 6. Perteklinis paslaugų teikimas
Valstybinė sveikatos priežiūra	1. Visuotinis prieinamumas. 2. Apmokamos ir neapmokamos medicininės paslaugos (pagrindinės ir būtinios) 3. Paslaugų teikimas pagal standartus ir jų prieinamumo kontrolė 4. Socialinės garantijos visiems visuomenės nariams	1. Mokestinė priklausomybė 2. Ribotas paslaugų (įskaitant išteklius) pasirinkimas 3. Ilgas paslaugų laukimo laikas 4. Galimi paslaugų kokybės skirtumai lyginant su privačiais teikėjais 5. Aukšto lygio biurokratija
Socialinio draudimo modelis	1. Visuotinis paslaugų prieinamumas 2. Išlaidų paskirstymas 3. Sveikatos priežiūros sistemos stabilumas 4. Atsakomybė už sveikatos poreikius ir motyvacija mokėti mokesčius	1. Ilgas paslaugų laukimo laikas 2. Ribotas paslaugų (įskaitant išteklius) pasirinkimas 3. Draudimo įmokų mokėjimo našta ir priklausomybė nuo sumokėtų mokesčių 4. Paslaugų teikimas gali būti priklausomas nuo vyriausybės priimamų sprendimų 5. Regioniniai skirtumai teikiant paslaugas
Pajamų pagrindu finansuojamas modelis	1. Visuotinis paslaugų prieinamumas 2. Lankstus paslaugų finansavimas 3. Didesnis pacientų pasitenkinimas. 4. Aukštesnio lygio sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikis stabilumas	1. Nelygybė - didesnis prieinamumas aukštesnės pajamos gaunantiems asmenims 2. Mokestinė priklausomybė 3. Sudėtingos administravimo procedūros 4. Regioniniai skirtumai teikiant paslaugas
Mišrus modelis	1. Visuotinis paslaugų prieinamumas 2. Aukštesnė konkurencija tarp paslaugų teikėjų gerinanti teikiamų paslaugų kokybę 3. Platus paslaugų spektras, greitesnis ir lengvesnis paslaugų prieinamumas turint papildomą draudimą 4. Paprasta ir suprantama veikimo sistema pacientams	1. Nelygybė - didesnis prieinamumas aukštesnės pajamos gaunantiems asmenims naudojantis papildomu draudimu 2. Finansinės našta naudojantis privačių teikėjų teikiamomis paslaugomis, kurios pagal modelį teikiamos nemokamai 3. Ribotas paslaugų (įskaitant išteklius) pasirinkimas 4. Paskatos dėl medicininių paslaugų kreiptis į privačius paslaugų teikėjus (laukimo eilių trumpinimas) 5. Neoficialus mokėjimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal atliktą medicininių paslaugų teikimo modelių analizę

Gerbiamas tyrimo dalyvi,

Esu Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos viešojo valdymo programos magistrantė Agnė Židonė. Atlieku tyrimą „Skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas“, kurio tikslas – atskleisti visuomenės narių nuomonę apie skaidrumo užtikrinimą, teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas ir numatyti veiksnius, galinčius padidinti skaidrumą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos tiek nemokamos, tiek mokamos paslaugos. Visi visuomenės nariai, kurie yra drausti privalomuoju sveikatos draudimu (PSD), gali pasirinkti jiems priimtinausią sveikatos priežiūros įstaigą, kuri turi sutartį su teritorine ligonių kasa (TLK) ir gauti joje reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Gaunant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas skaidrumo užtikrinimo klausimai kyla tada, kai pacientams reikia susimokėti už paslaugas, kurios yra (ne) įtrauktos į (ne) mokamų paslaugų sąrašą, kai reikalingos papildomos paslaugos ar procedūros, kai neturima laiko laukti eilėse norint patekti pas reikiamą specialistą ir kitais įstatyme numatytais atvejais (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos, 2024). Šiame kontekste susiduriama su dviprasmiška situacija – reikiamos sveikatos priežiūros paslaugos „čia ir dabar“ gali būti prieinamos tik už jas susimokėjus vienokiu ar kitokiu būdu. Iš tokios situacijos formuojasi nepakankamo skaidrumo užtikrinimo problema bei korupcijos apraiškos.

Atliekamu tyrimu siekiu išsiaiškinti, kaip skaidrumo užtikrinimas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas didina sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą ir kokia yra visuomenės narių nuomonė/ požiūris į skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas.

Kviečiu Jus sudalyvauti apklausoje ir atsakyti joje pateiktus klausimus, kas leistų įvertinti skaidrumo užtikrinimo šiandienines realijas teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas. Atliekant tyrimą laikomasi akademinės etikos principų - dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, anonimiškas ir konfidencialus, užtikrinama, kad tyrimo dalyviai dėl savo dalyvavimo tyrime nepatirs jokių neigiamų pasekmių, gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinta forma magistro darbe. Tyrimo metu užpildyti klausimynai bus saugomi vienerius metus po magistro darbo rezultatų paskelbimo, po šio laikotarpio bus sunaikinti.

Dėkoju už pagalbą ir atsakymus.

DEMOGRAFINIAI RODIKLIAI

Jūsų lytis:

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras
- ☐ Kita

Jūsų amžius:

- ☐ <19 metų
- ☐ 20-30 m.
- ☐ 31-40 m.
- ☐ 41-50 m.
- ☐ 51-60 m.
- ☐ 61-70 m.
- ☐ 71 m. ir daugiau

Jūsų išsilavinimas:

- ☐ Pagrindinis
- ☐ Vidurinis
- ☐ Aukštesnysis
- ☐ Aukštasis (neuniversitetinis)
- ☐ Aukštasis (universitetinis)

Jūsų gyvenamoji vieta:

- ☐ Miestas
☐ Rajonas

Jūsų užimtumas:

- ☐ Studentas
☐ Dirbantis privačiame sektoriuje
☐ Dirbantis viešajame sektoriuje
☐ Nuosavo verslo savininkas
☐ Senjoras
☐ Bedarbis
☐ Esu motinystės/ tėvystės atostogose
☐ Kita (įrašykite)

1. Kaip dažnai kreipiatės į sveikatos priežiūros įstaigą dėl įvairių reikiamų medicininių paslaugų?
(pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymo variantą)

	Kartą per mėnesį	2-3 kartus per pusmetį	2-3 kartus per metus	Kartą per metus	Rečiau nei kartą per metus
Šeimos gydytojų (įskaitant vidaus ligų, vaikų ligų, chirurgo) paslaugos (I lygis)					
Gydytojų specialistų konsultacijos (pvz. kardiologai, neurologai, pulmonologai ir kt.) (II lygis)					
Specializuotos aukšto lygio paslaugos (III lygis)					
Tyrimai (laboratoriniai, echoskopijos, rentgenas, kompiuterinė tomografija ir kt.)					
Slaugytojų paslaugos (įskaitant procedūrų kabinetus)					

2. Kaip vertinate sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamas paslaugas? *(pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymo variantą)*

	Labai blogai	Prastai	Vidutiniškai	Gera	Puikiai
Nemokamos paslaugos					
Mokamos paslaugos					

3. Kaip vertinate sveikatos priežiūros įstaigoje gaunamų paslaugų prieinamumą? *(pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymo variantą)*

	Labai blogai	Prastai	Vidutiniškai	Gera	Puikiai
Nemokamos paslaugos					
Mokamos paslaugos					

4. Kaip Jūs vertinate sveikatos priežiūros įstaigų skaidrumo lygį? *(pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymo variantą)*

- ☐ Labai aukštas skaidrumo lygis
☐ Vidutinis skaidrumo lygis
☐ Žemas skaidrumo lygis
☐ Negaliu įvertinti / nežinau

5. Koks yra Jūsų požiūris į neoficialų atsiskaitymą (kyši) su sveikatos priežiūros personalu už gautas paslaugas? *(pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymo variantą)*

- ☐ Labai neigiamas požiūris
☐ Greičiau neigiamas požiūris
☐ Neutralus požiūris
☐ Greičiau teigiamas požiūris

- ☐ Labai teigiamas požiūris

6. Kaip manote, ar neoficialūs mokėjimai apskritai turi įtakos gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei? (pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymo variantą)

- ☐ Visiškai neturi įtakos
☐ Turi nedidelę įtaką
☐ Turi vidutinę įtaką
☐ Turi didelę įtaką
☐ Negaliu įvertinti / nežinau

7. Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius apie sunkumus, gaunant nemokamas medicininės paslaugas (savo atsakymą pažymėkite kiekvienoje eilutėje)

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei nesutinku, nei sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Gauti nemokamas medicininės paslaugas dažnai užtrunka dėl ilgų laukimo eilių					
Pacientams trūksta aiškos informacijos apie tai, kokios paslaugos yra nemokamos					
Gydymo įstaigos ne visada aiškiai informuoja apie galimas nemokamas alternatyvas mokamoms paslaugoms					
Nemokamų tyrimų ar procedūrų prieinamumas yra ribotas					
Registracija nemokamoms paslaugoms (gyvai ar internetu) yra sudėtinga arba nepatogi					

8. Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius apie sprendimą mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas neoficialiai: (savo atsakymą pažymėkite kiekvienoje eilutėje)

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei nesutinku, nei sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Neoficialus mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas gali pagreitinti paslaugos gavimą					
Neoficialūs mokėjimai yra pateisinami, jei oficialios paslaugos yra sunkiai prieinamos					
Neoficialūs mokėjimai daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros sistemos skaidrumui					
Pacientai dažnai jaučia netiesioginį spaudimą mokėti neoficialiai, kad gautų geresnę priežiūrą					
Neoficialių mokėjimų praktika turėtų būti griežčiau kontroliuojama ir mažinama					

9. Įvertinkite, kiek sutinkate ar nesutinkate su žemiau pateiktais teiginiais apie skaidrumo užtikrinimą teikiant mokamas ir nemokamas medicininės paslaugas (savo atsakymą pažymėkite kiekvienoje eilutėje)

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei nesutinku, nei sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Pacientams dažnai trūksta aiškos informacijos, kurios medicininės paslaugos yra mokamos, o kurios – ne					
Sveikatos priežiūros įstaigose nėra					

pakankamai skaidriai pateikiami paslaugų įkainiai ir galimi papildomi mokesčiai					
Paslaugų apmokėjimo neaiškumas gali paskatinti pacientus neoficialiai mokėti už paslaugas					
Sveikatos priežiūros specialistai ne visada aiškiai paaiškina, kodėl tam tikros procedūros ar paslaugos gali kainuoti papildomai					
Nepakankamas skaidrumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje mažina pacientų pasitikėjimą teikiamomis paslaugomis					

10. Kaip vertinate savo pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygį? (1 – labai žemas pasitikėjimo lygis, 10 – labai aukštas pasitikėjimo lygis) *(pasirinkite Jums tinkamiausią vertinimą)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dėkoju už atsakymus.

Kilus klausimams prašau kreiptis į mane el. paštu: agne.zidone@gmail.com