

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS INSTITUTAS

JOLANTA MAČIENĖ

MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
TEIKIMO VERTINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
dr. G. Petronytė

VILNIUS
2023

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS INSTITUTAS

MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
TEIKIMO VERTINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Recenzentas

Vadovas

_____ dr. G. Petronytė

2023-04-27

Atliko

_____ stud. J. Mačienė

2023-04-27

VILNIUS

2023

TURINYS

ĮVADAS.....	8
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ FINANSAVIMO IR APMOKĖJIMO ANALIZĖ EUROPOS SĄJUNGOS ŠALYSE	11
1.1. Sveikatos priežiūros sistemų finansavimo ypatumai	11
1.2. Mokėjimai už asmens sveikatos priežiūros paslaugas	18
2. MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO ANALIZĖ LIETUVOJE.....	28
2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir jų kainas.....	28
2.2. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo ypatumai	32
2.3. Veiksniai, lemiantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą	35
3. MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO VERTINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE.....	39
3.1. Tyrimo metodika	39
3.2. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų 2018-2022 m. analizė.....	42
3.3. Kokybinio tyrimo rezultatai ir jų aptarimas	52
3.3.1. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ligoninėje vertinimas	52
3.3.2. Iššūkiai, kylantys teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ligoninėje	54
3.3.3. Mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gerinimas ligoninėje	57
3.3.4. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimas ligoninėje	60
IŠVADOS.....	63
REKOMENDACIJOS.....	65
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	66
ANOTACIJA	74
ANNOTATION	74
SANTRAUKA	75
SUMMARY	76

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sveikatos sistemų finansavimo šaltiniai ir mechanizmai	13
2 lentelė. Mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus ir kitas priemones centrinės ir rytų ES šalyse	24
3 lentelė. Tyrimo instrumentas	40
4 lentelė. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo SPI vertinimas	52
5 lentelė. Pagrindinės priemonės, taikomos SPI, siekiant užtikrinti efektyvų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.....	53
6 lentelė. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teisinio reglamentavimo vertinimas	54
7 lentelė. Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduriama ligoninėje teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas	55
8 lentelė. Pokyčiai, kurie reikalingi ligoninėje teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas	56
9 lentelė. Siūlymai, skirti gerinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ligoninėje ..	57
10 lentelė. Priemonės, skirtos užtikrinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką	59
11 lentelė. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimo priežastys	60
12 lentelė. Pacientų patiriamos problemos pasirenkant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas	61

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui ES šalyse, 2019 m. Eur.....	15
2 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai ES šalyse, 2019 m., proc.	17
3 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis stacionarinei sveikatos priežiūrai, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.....	19
4 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatorinei sveikatos priežiūrai, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.....	19
5 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatoriniams vaistams, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.	20
6 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis dantų gydymui, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.....	22
7 pav. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos sudedamos dalys	30
8 pav. Priežastys, dėl kurių asmuo turi mokėti už asmens sveikatos priežiūros paslaugas	32
9 pav. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolę atliekančios institucijos, jų funkcijos ir atsakomybės	34
10 pav. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą lemiantys veiksniai	36
11 pav. Nepatenkinti sveikatos priežiūros poreikiai, 2021 m. (proc.)	37
12 pav. Tyrimo strategija	39
13 pav. SPĮ suteiktos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos 2018-2022 m.....	43
14 pav. SPĮ suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.	44
15 pav. SPĮ suteiktos gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugos 2018-2022 m.	44
16 pav. SPĮ suteiktų gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.....	45
17 pav. SPĮ suteiktos antrinio lygio ambulatorinės asmens SPP 2018-2022 m.....	45
18 pav. SPĮ suteiktų antrinio lygio ambulatorinių asmens SPP suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.....	46
19 pav. SPĮ suteiktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (apsilankymai), teikiamos nedarbo metu 2018-2022 m.	46
20 pav. SPĮ suteiktų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (apsilankymai), nedarbo metu, suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.	47
21 pav. SPĮ suteiktos gydytojų specialistų konsultacijos, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai 2018-2022 m.	47
22 pav. SPĮ suteiktų gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai, suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.....	48

23 pav. SPĮ atliktos brangiosios procedūros 2018-2022 m.	48
24 pav. SPĮ atliktų brangiųjų procedūrų suma ir jų vidutinė kaina (Eur) 2018-2022 m.	49
25 pav. SPĮ suteiktos fizinės ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugos 2018-2022 m.	49
26 pav. SPĮ suteiktų fizinės ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.	50
27 pav. SPĮ suteiktos skubios medicinos pagalbos paslaugos 2018-2022 m.	50
28 pav. SPĮ suteiktų skubios medicinos pagalbos paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.	51

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ES – Europos Sąjunga

LNSS ASPI – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaiga

LR – Lietuvos Respublika

MASPP – mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos

PSD – privalomas sveikatos draudimas

PSDF - privalomo sveikatos draudimo fondas

SPP – sveikatos priežiūros paslauga

SPI – sveikatos priežiūros įstaiga

TLK – teritorinė ligonių kasa

IVADAS

Temos aktualumas. Johansson, Jakobsson & Svensson (2019) pažymi, jog išlaidų sveikatos priežiūrai pasidalijimas tarp valstybės ir jos piliečių – įprasta taikoma sveikatos politikos priemonė, skirta didinti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą. Kiekvienoje valstybėje teisės aktais yra reglamentuojamos nemokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (kurios įprastai yra finansuojamos iš valstybių biudžetų) ir mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (pilietis apmoka savo lėšomis už šias paslaugas). Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo (1994) 49 straipsnyje nustatyta, kad valstybė suteikia nemokamą asmens sveikatos priežiūrą, tačiau pacientai savo iniciatyva gali pasirinkti ir brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tačiau tokiu atveju skirtumą tarp valstybės kompensuojamos sumos už paslaugą ir faktinės paslaugos kainos pacientas susimoka pats.

Vadovaujantis LR Sveikatos sistemos įstatymo 11 str. 1 d. 4 p. mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas, kurios nepriskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, nustato paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų administracija. Kaina nustatoma remiantis tiesioginėmis (tiesiogiai susijusios su paslaugos atlikimu) ir netiesioginėmis (administracijos ir aptarnaujančio personalo darbo užmokestis, ryšių, komunalinių paslaugų, kanceliarinių priemonių įsigijimo ir kt.) išlaidomis.

Labai svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos nustatymas yra reikšmingas ir itin svarbus aspektas, kadangi kaina turi atitikti faktines išlaidas. Jeigu kaina bus per didelė, tuomet mažės gyventojų noras mokėti už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o tuo pačiu ir šių paslaugų prieinamumas. Jeigu kaina bus per maža, tai gali lemti žemą teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kadangi esant mažai paslaugos kainai, paslaugos teikėjas gali bandyti tai kompensuoti didinant teikiamų papildomų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, o dėl to gali nukentėti kokybė, aptarnavimas, efektyvumas ir tvarumas. (WHO, 2019).

Šiandien Europos šalys susiduria su sudėtingais iššūkiais užtikrinant prieinamą, teisingą ir aukštos kokybės asmens sveikatos priežiūrą, tuo pačiu užtikrinant viešųjų finansų valdymo tvarumą (European Union, 2019). Anot Johansson, Jakobsson & Svensson (2019), nustačius per didelę teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kainą, kyla grėsmė, kad mažesnes pajamas gaunantys gyventojai neįpirks papildomų sveikatos priežiūros paslaugų, o tai padidins su pajamomis susijusią sveikatos priežiūros nelygybę bei gali sukelti neigiamų pasekmių gyventojų, kurie negali įpirkti mokamų asmens sveikatos paslaugų, sveikatai.

Remiantis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų finansinės veiklos ataskaitos duomenimis, daugiausiai mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikiama poliklinikose (LR SAM, 2022). Minėtos ataskaitos duomenimis, 2019 m. Lietuvoje valstybinės sveikatos priežiūros

įstaigos suteikė mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų už 54 mln. Eur, tačiau 2020 m. jų buvo suteikta mažiau – už 42 mln. Eur. Siekiant išsiaiškinti tokių pokyčių priežastis, tampa aktualu analizuoti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą tiek kainos, tiek ir kokybės aspektais, bei aiškintis veiksnius, kurie lemia mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą.

Temos iširtumas. Mokslinėje literatūroje nuolat pristatomi tyrimai, kuriuose vertinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos ir kaip nuo jų priklauso pacientų ketinimas naudotis paslaugomis. Arora, Moriates ir Shah (2015). Johansson (2021) analizavo pacientų reagavimą į mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų pokyčius. Mafi et.al. (2017) analizavo pacientų išlaidas mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Sveikatos priežiūros paslaugų kainų skaidrumą ir poveikį paslaugų kokybei tyrė Zhang et.al. (2020). Optimalios asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos nustatymo metodus bei kainos įtaką paslaugos teikimo kokybei analizavo Tanwar et.al. (2020). Vertinant asmens sveikatos priežiūros srityje atliktus mokslinius tyrimus Lietuvoje matyti, jog juose buvo analizuojama asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė (Štaras ir kt., 2013). Janušonis (2018), pažymi, kad paslaugos teikimo kaina yra labai svarbi asmenims, kurie renkasi asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau kur kas svarbesnis aspektas yra šių paslaugų kokybė (naudojamos technologijos, sveikatos priežiūros įstaigos vadyba, veikla ir kt.). Brogienė ir Gurevičius (2009) tyrė pacientų nuomonę apie stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, Zolubienė ir kt. (2014) analizavo pacientų požiūrį į asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Keliauskaitė ir kt. (2012) tyrė pacientų pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis, o Mikaliūkštienė ir kt. (2018) analizavo kardiologijos paslaugų kokybę. Vieną naujausių tyrimų atliko Servetkienė ir kt. (2022), nagrinėję gyventojų patirtis, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose atlikti tyrimai rodo temos aktualumą vertinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, tačiau tyrimai daugiausiai nukreipti į asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neišskiriant mokamų paslaugų.

Tyrimo objektas – mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo problema – mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas gali prisidėti prie efektyvesnės sveikatos priežiūros sistemos šalyje, be to, jų teikimas sukuria pasirinkimo laisvę pacientui. Vis dėlto, mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali tapti papildoma našta pacientams ir teikiant šias paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su įvairiomis kliūtimis. Todėl šiame darbe analizuojami šių paslaugų teikimo ypatumai, kylančios problemos ir galimos tobulinimo kryptys, siekiant išnaudoti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kaip galimybę efektyvinant sveikatos priežiūros sistemą šalyje.

Tyrimo tikslas – įvertinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti teisės aktus reglamentuojančius mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.
2. Išanalizuoti sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2018-2022 metais.
3. Ištirti sveikatos priežiūros įstaigos administratorių požiūrį į mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje.
4. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias sveikatos priežiūros įstaigoje teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo metodai:

- teisės aktų analizė;
- mokslinės literatūros analizė;
- statistinių duomenų analizė;
- kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą;
- kokybinis turinio (*angl. content*) analizės metodas.

Darbo struktūra: magistro darbą sudaro įvadas, trys skyriai ir darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei rekomendacijos. Pirmame skyriuje analizuojami sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ir apmokėjimo Europos Sąjungoje ypatumai. Antrame skyriuje pateikiama mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų analizė Lietuvoje: analizuojami teisės aktai reglamentuojantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir jų kainas, apmokėjimo ypatumai bei veiksniai, lemiantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą. Trečiame skyriuje pateikiamas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vertinimas pasirinktoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: analizuojama 2018-2022 m. suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dinamika bei pateikiami kokybinio tyrimo, kuriame dalyvavo sveikatos priežiūros įstaigos administratoriai, rezultatai apie mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ypatumus, kylančius iššūkius, teikiant šias paslaugas ir jų tobulinimo galimybes. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, rekomendacijos ir literatūros sąrašas.

Tyrimo apribojimai. Tyrimu vertinta tik vienoje SPI teikiamų MASPP situacija, be to, nevertintas pacientų požiūris į MASPP.

Tyrimo rezultatų taikymo sritys: tyrimo rezultatai gali būti pritaikyti gerinant mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir organizavimą SPI bei tobulinant įstatyminę bazę šioje srityje, siekiant užtikrinti kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ FINANSAVIMO IR APMOKĖJIMO ANALIZĖ EUROPOS SĄJUNGOS ŠALYSE

1.1. Sveikatos priežiūros sistemų finansavimo ypatumai

Visuotinė sveikatos priežiūra turi sukurti kuo aukštesnį sveikatos lygį užtikrinančią sveikatos apsaugos sistemą. Šią sistemą sudaro trys aspektai: kas yra apdraustasis, kokios paslaugos yra kompensuojamos ir kokia išlaidų dalis yra kompensuojama (Halásková & Bednář, 2021). ES šalių sveikatos priežiūros sistemomis siekiama užtikrinti kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą visiems asmenims. Toks sveikatos priežiūros sistemų modelis skatina gyventojų, o kartu ir visos šalies ekonominę gerovę, nes užtikrinus tinkamą gyventojų sveikatos priežiūrą, mažėja sergamumas, ilgainiui reikia mažiau finansų sveikatos priežiūrai, didėja gyventojų dalyvavimas darbo rinkoje ir produktyvumas (Popescu, Militaru, Cristescu, Vasilescu & Maer Matei, 2018).

Sveikatos priežiūros sistemos kiekvienoje ES valstybėje narėje veikia konkrečiomis politinėmis, ekonominėmis ir institucinėmis sąlygomis. Sveikatos priežiūros sektoriui didelę reikšmę turi įvairių lygių teisės aktai, tokie kaip Konstitucija, tarptautinės sutartys, reglamentai, direktyvos ir ES sprendimai, taip pat nacionaliniai ir vietiniai teisės aktai (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020). Prieinamumas prie sveikatos priežiūros turėtų būti vertinama kaip gyventojų teisė, o ne kaip galimybė (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018). Tačiau 2016 m. ES 42 % neapdraustų asmenų neturėjo galimybės gauti medicininės priežiūros, o 9 % apdraustųjų nurodė, kad neturėjo šeimos gydytojo arba nesinaudojo jokiais paslaugomis, kai jiems jų reikėjo, nes jie susidūrė su neoficialiomis išlaidomis. Beveik pusė (47 %) neapdraustųjų turėjo atidėti apsilankymą pas gydytoją dėl finansinių išlaidų palyginus su 15% tų, kurie turėjo sveikatos draudimą (Pasaulio sveikatos organizacija, 2017).

„Sveikatos priežiūros finansavimas – tai lėšų kaupimas šiam tikslui ir tinkamų šių lėšų paskirstymo būdų užtikrinimas, leidžiantis išleisti taip, kad būtų patenkinti visuomenės sveikatos poreikiai” (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020, p.2).

ES sveikatos sistemų finansavimas turi būti vykdomas taip, kad būtų pasiekti šie tikslai (Thomson, Foubister ir Mossialos, 2009, p. 25-26):

- skatinti visuotinę apsaugą nuo finansinės rizikos, susijusios su bloga sveikatos būkle; finansine apsauga siekiama užtikrinti, kad žmonės neskurstų dėl pernelyg brangių sveikatos priežiūros paslaugų;
- skatinti teisingą įnašą į sveikatos sistemą paskirstymą; finansinis teisingumas reikalauja, kad turtingesni žmonės už medicininę priežiūrą mokėtų daugiau palyginti su neturtingesniais žmonėmis;

- sąžiningo paslaugų naudojimo ir teikimo skatinimas; lygios galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas, pagrįstos poreikiu, o ne mokėjimu;
- sistemos skaidrumo ir atskaitomybės gerinimas, pavyzdžiui, užtikrinant, kad būtų aiškiai suprantamos gyventojų teisės ir pareigos, sprendžiant neoficialių mokėjimų klausimą, stebint ir teikiant ataskaitas.

Siekiant finansuoti bet kurią sveikatos priežiūros sistemą, būtina rinkti įmokas iš gyventojų į valstybinius fondus, iš kurių būtų apmokamos SPP paslaugos. Taip siekiama paskirstyti medicinos paslaugų kaštus tarp sergančių ir sveikų žmonių, priklausomai nuo kiekvieno asmens ir valstybės turimų išteklių (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018).

ES šalių sveikatos priežiūros sistemos skiriasi finansavimo šaltiniais, kompensacija ir išmokų teikimo būdais, tačiau jos daugiausiai finansuojamos iš mokesčių arba darbdavių ir darbuotojų įmokų. Šis faktas pagrindžia viešųjų ir privačių sveikatos priežiūros išlaidų skirtumus (Cantarero-Prieto, Pascual-Sáez & Gonzalez-Prieto, 2017). Kiekviena ES šalis turi sveikatos priežiūros sistemą, pritaikytą jos socialinei ir ekonominei situacijai. Kiekvienos šalies gebėjimas naudoti išteklius ir pritaikyti juos sveikatos rezultatams priklauso nuo daugelio aspektų, tokių kaip sistemos projektavimas ir institucinė sąranga, taip pat nuo ekonominės ir socialinės šalies situacijos bei dabartinio sveikatos sistemos veikimo (angl. performance) lygio (Popescu, et.al., 2018). Remiantis Strzelecka (2019), geriausiai įvertintos ES šalys pagal sveikatos sistemos finansavimo apimtį bei išlaidų SPP panaudojimo efektyvumą – Švedija ir Vokietija, o prasčiausiai Graikija ir Italija. Taip pat, nustatyta, kad šiaurės ir vakarų ES šalyse skiriamas didesnis dėmesys sveikatos apsaugai, nei pietiniuose ir rytiniuose ES regionuose (Strzelecka, 2019). Pažymima, kad ES šalių politika nukreipta į sveikatos priežiūros išlaidų mažinimą, drastiškai nemažinant teikiamų paslaugų kokybės (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020).

Taip, kaip renkamos lėšos sveikatos priežiūrai, turi didelę įtaką finansavimo tikslams, skaidrumo ir atskaitomybės politikos įgyvendinimui. Lėšų rinkimo procesas apima tris elementus: finansavimo šaltinius, įnašų mechanizmus, naudojamus lėšoms rinkti, ir organizacijas, atsakingas už lėšų rinkimą. Asmenys ir įmonės yra pagrindiniai sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai, nors kai kurios lėšos gali būti nukreipiamos per nevyriausybinės organizacijas (toliau - NVO) ir daugiašales organizacijas, tokias kaip Pasaulio bankas (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018).

Finansavimo būdas, kuris įprastai derinamas su sveikatos priežiūros sistemos organizavimu, lemia asmenų, turinčių galimybę gauti sveikatos priežiūrą, kategorijas, SPP kainą, efektyvumą ir gyventojams siūlomų paslaugų kokybę (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018). Dažniausiai ES šalyse taikomi sveikatos sistemų finansavimo šaltiniai ir mechanizmai pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Sveikatos sistemų finansavimo šaltiniai ir mechanizmai

Finansavimo šaltinis	Įnašo mechanizmas	Renkanti institucija
Asmenys, namų ūkiai ir darbuotojai	Viešasis	Centrinė, regioninė ar vietos valdžia
Įmonės, juridiniai asmenys ir darbdaviai	Tiesioginiai ir netiesioginiai mokesčiai Privalomojo sveikatos draudimo įmokos (tiksliniai mokesčiai)	Nepriklausoma viešoji įstaiga arba socialinio draudimo agentūra (bendrai, visoms socialinėms išmokoms arba tik sveikatos priežiūros išlaidoms)
Užsienio ir vidaus nevyriausybinės organizacijos ir labdaros organizacijos	Privatus	Valstybiniai draudimo fondai arba privatūs ne pelno ar pelno siekiantys draudimo fondai
Užsienio vyriausybės ir daugiašalės agentūros	Privataus draudimo įmokos Privačios sveikatos draudimo ir medicininės taupomosios sąskaitos Mokėjimai savo lėšomis (angl. out-of-pocket payments arba trumpinys anglų kalba OOP)	

Šaltinis: Thomson, Foubister & Mossialos (2009, p. 27).

Iš 1 lentelėje pateiktos informacijos matyti, kad įnašų į sveikatos sektorių mechanizmai skirstomi į dvi kategorijas – valstybinį ir privatų. Valstybės, mokesčių ir socialinio draudimo įmokos yra privalomos ir mažina finansinę riziką, ypač žmonėms, turintiems sveikatos problemų. Ekonominiu požiūriu ši sistema didina sveikatos priežiūros efektyvumą, nes pašalina neapibrėžtumus, susijusius su finansine rizika. Gyventojai dažnai nežino kiek, kada, kaip sunkiai sirgs ir kokios bus jų sveikatos priežiūros išlaidos ir, ar pajėgs susimokėti už gydymą, todėl labai svarbu, kad viešųjų įnašų mechanizmai būtų pagrįsti pajamomis ir leistų gauti sveikatos priežiūros paslaugas pagal poreikį, o ne mokėjimą. Privačių įnašų mechanizmai paprastai yra savanoriški ir gali apimti išankstinius mokėjimus pagal privačias draudimo sutartis ir sveikatos taupymo sąskaitas. Renkantis tokį mechanizmą, asmens pajamų dydis nevertinamas, mokama numatyta suma už sveikatos draudimą (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018).

ES šalyse dažniausiai taikomi sveikatos priežiūros finansavimo modeliai (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020):

- **Bismarko modelis (socialinės sveikatos draudimo sistemos modelis).** Jis pavadintas Bismaro Ottcko vardu, kuris sukūrė šį modelį XIX amžiuje. Šis modelis reprezentuoja viešojo ir privataus sveikatos paslaugų sektorių partnerystę. Pagrindinės modelio charakteristikos yra šios: finansavimo šaltinis yra draudimo įmoka, kuri yra privaloma tiek iš darbdavio, tiek iš darbuotojo; įstatymų nustatytos įmokos procentais yra fiksuotos, tačiau kiekvienas asmuo moka skirtingas įmokas, nes skiriasi pajamų (nuo kurių mokama įmoka) dydis; įstaigos ir darbuotojo dalyvavimo sistemoje lygmuo priklauso nuo vykdomosios valdžios politikos ir šalies ekonominio potencialo (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018). Bismarko modelyje finansavimo šaltinis yra draudimo įmokos, kurias darbuotojas ir darbdavys moka nepriklausomoms ligonių kasoms, kuriami specialios paskirties fondai, o už draudimo apsaugos organizavimą atsakingos valstybės institucijos. Sveikatos paslaugas teikia valstybinės ir privačios SPI, kurioms finansavimas skiriamas pagal sudarytas sutartis. Turtingi

gyventojai šioje draudimo sistemoje nedalyvauja, todėl susirgus nukreipiami į privačius subjektus. Šis modelis naudojamas Vokietijoje, Austrijoje, Belgijoje, Nyderlanduose ir Prancūzijoje (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020).

- **Beveridžo modelis.** Šis modelis grindžiamas valstybės finansavimu ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais: slaugytojais, gydytojais ir vaistininkais. Modelis kilęs iš Didžiosios Britanijos, taip pat taikomas Danijoje, Portugalijoje, Ispanijoje, Graikijoje, Švedijoje ir Suomijoje (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020). Beveridžo modeliu siekiama užtikrinti visuotinę visų gyventojų teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas iš viešojo sektoriaus nemokamai. Šis modelis apima SPP finansavimą iš valstybės biudžeto. SPP organizuoja valstybė iš lėšų, surinktų per viešąją mokesčių sistemą, o SPP teikiantys specialistai dirba viešosiose SPI. Modelyje SPP skirstomos į tris lygius: pirminė pagalba (būtinoji), antrinė pagalba (teikia šeimos gydytojai) ir trečio lygmens pagalba (kai paslaugas teikia aukštesnio lygio specialistai) (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018). Pažymima, kad pagal šią sistemą teikiamos tik pagrindinės SPP, todėl norint gauti kitų rūšių SPP būtinas savanoriškas sveikatos draudimas (Rokicki, Perkowska & Ratajczak, 2020). Papildomo (savanoriško) asmens sveikatos priežiūros draudimo būdo privalumas yra tas, kad privačiai apsidraudęs asmuo gali gauti SPP nelaukdamas bendroje eilėje (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018).

- **Mišrus modelis.** ES šalyse taip pat taikoma mišri sistema – tai Beveridžo ir Bismarko modelių derinys, kuriame vyrauja privatus finansavimas iš savanoriško draudimo schemų arba išankstinių mokėjimų (Mance, Vretenar & Gojković, 2019). Gyventojams suteikiama galimybė gydytis tiek privataus sektoriaus SPI, tiek ir viešojo sektoriaus SPI. Taikant tokį modelį, didžioji dalis SPP teikiama viešojo sektoriaus SPI, tačiau privataus sektoriaus SPI gali taip pat teikti SPP, kurias pilnai arba dalinai kompensuoja valstybė iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Tokiu atveju, paslaugos gavėjas susimoka kainos skirtumą (tarp SPI nustatytos kainos ir kompensuojamosios dalies). Tokia sistema skatina privačių SPI konkurenciją, o konkurencija naudinga paslaugų gavėjui kainos ir paslaugų kokybės atžvilgiu (Mance, Vretenar & Gojković, 2019). Tokia sveikatos priežiūros finansavimo sistema taikoma Lietuvoje.

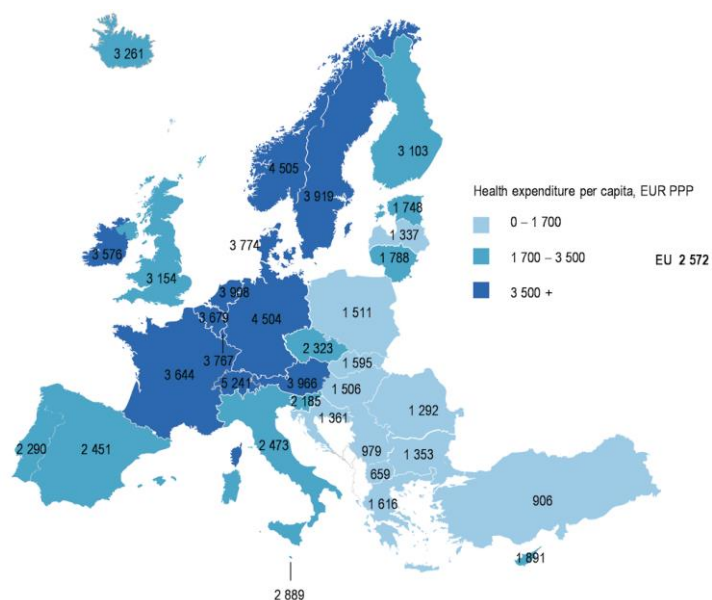
Daugumoje ES šalių taikomas „Bismarko“ modelis. Po Antrojo pasaulinio karo, Vokietijos pavyzdžiu, visos ES šalys pritaikė universalias sveikatos priežiūros sistemas, kuriose sveikatos draudimas pagrįstas socialinėmis įmokomis (iš darbdavių ir darbuotojų) (Albulescu, 2022). Šiuo metu Vokietijoje ir Austrijoje išlaikomos socialinės apsaugos sistemos, kurios užtikrina kokybišką sveikatos priežiūrą, tačiau kartu yra labai brangios. Pradėjusios nuo panašaus modelio, Suomija ir Nyderlandai neseniai sujungė iš mokesčių finansuojamą savivaldybės modelį su nacionaline draudimo sistema. Šiose šalyse vykdytomis reformomis buvo siekiama ne pakeisti esamą sistemą, o ieškoti lygiagrečių sprendimų, kaip pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Tačiau Ispanija ir

Portugalija perėjo nuo Bismarko modelio prie Beveridžo modelio – vieningos sveikatos priežiūros sistemos su visuotine aprėptimi, kurioje bendrieji mokesčiai yra pagrindinis finansavimo šaltinis (Albulescu, 2022). Remiantis sveikatos priežiūros sistemų finansavimu (Bismarko modelis, Beveridžo modelis) ir pasirinktų sveikatos rodiklių vertinimu, tyrimai įrodo, kad sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo požiūriu Beveridžo sistemą taikančios šalys pasiekia geresnių rezultatų, palyginti su šalimis, kurios taiko Bismarko sveikatos priežiūros sistemą (Halásková & Bednár, 2021).

Anot Halásková & Bednár (2021), Europos šalys taiko tokias sveikatos priežiūros sistemas: 1) universali valstybės finansuojama sveikatos sistema (dar vadinama vieno mokėtojo sveikatos priežiūra) būdinga Šiaurės šalims, Italijai, Portugalijai, Ispanijai, Airijai, Maltai; 2) universali valstybinio draudimo sistema, kuri taikoma Belgijoje, Prancūzijoje, Liuksemburge, Čekijoje, Lenkijoje ir kitose šalyse; 3) universali viešojo ir privataus draudimo sistema (taikoma Austrijoje, Kipre) ir 4) universali privataus sveikatos draudimo sistema (taikoma Nyderlanduose, Vokietijoje).

Pažymėtina, kad ES šalyse reikšmingai skiriasi bendros sveikatos išlaidos vienam gyventojui. Remiantis EBPO (2020) duomenimis, išlaidos sveikatos priežiūrai (t.y. bendros išlaidos, skirtos medicininiams paslaugoms, priemonėms, prevencinėms programoms), ir jų dydis priklauso nuo pokyčių, kuriuos lemia demografiniai, socialiniai, ekonominiai veiksniai, bei sveikatos sistemos finansavimo. Taigi, tikslinga aptarti, kaip ES šalyse skiriasi bendros sveikatos priežiūros sistemos išlaidos vienam gyventojui.

Iš 1 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad bendros sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui ES šalyse labai skiriasi. Pavyzdžiui, Prancūzijoje, Vokietijoje, Austrijoje, Švedijoje, Airijoje, Belgijoje ir Olandijoje 2019 m. šios išlaidos buvo tris kartus didesnės nei Latvijoje, Serbijoje, Rumunijoje, Kroatijoje, Graikijoje ir du kartus didesnės nei Estijoje ar Lietuvoje.



Šaltinis: EBPO (2020).

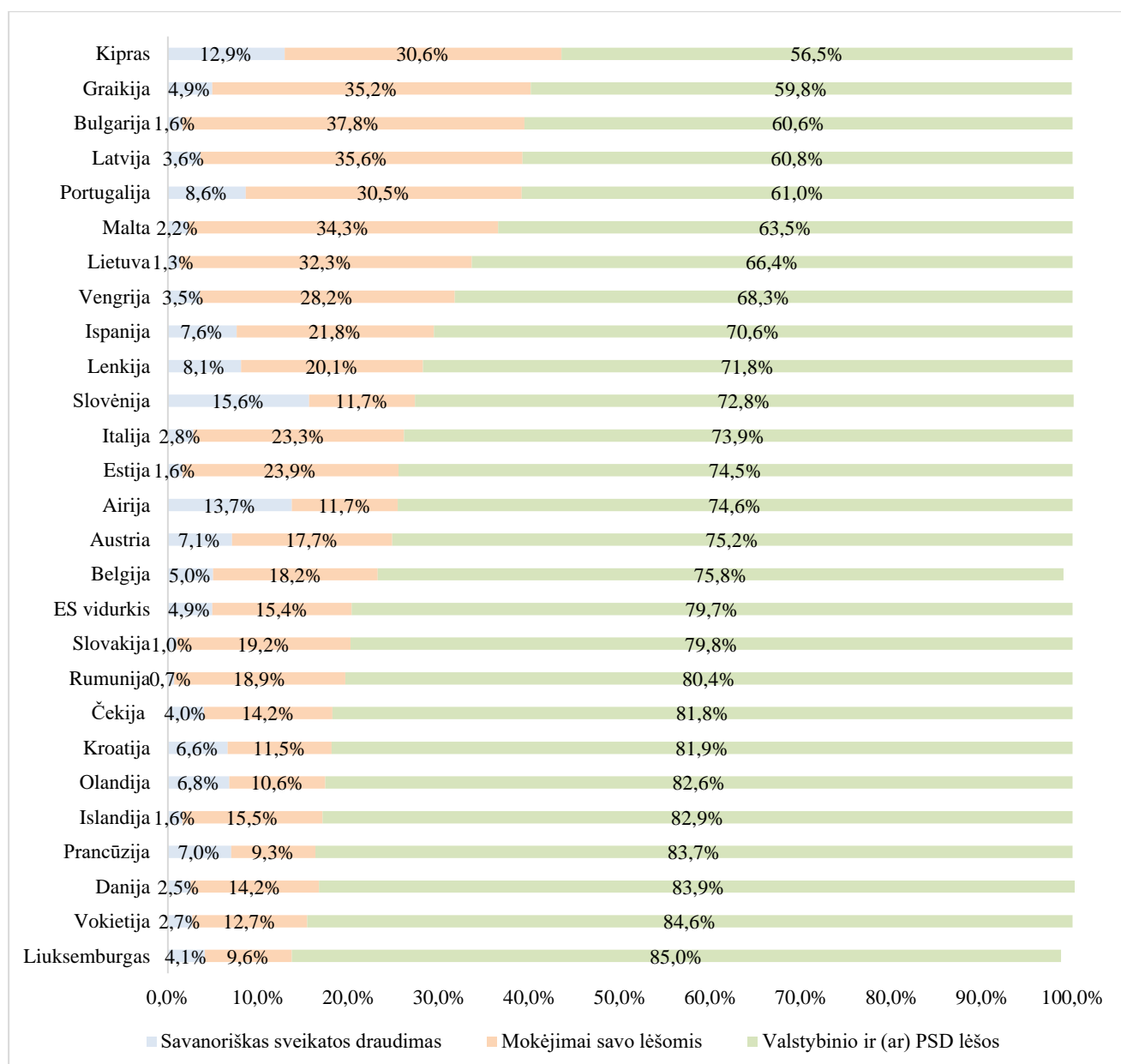
1 pav. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui ES šalyse, 2019 m., Eur

Analizuojant sveikatos priežiūros sistemų finansavimą ES šalyse, tampa aktualu aptarti ir sveikatos sistemos finansavimo šaltinius. 2016 m. Danijoje, Švedijoje ir Italijoje sveikatos priežiūros sistemos daugiau nei 75 % buvo finansuojamos iš vyriausybės schemų, pagrįstų mokesčiais. Minėtose šalyse nebuvo taikomas finansavimas iš privalomų įmokų į sveikatos draudimo sistemas ar privalomojo medicininio taupymo sąskaitų (angl. compulsory medical saving accounts). Sveikatos apsaugos sistema pokomunistinėse šalyse buvo finansuojama- daugiausia iš darbdavių ir darbuotojų privalomųjų socialinio draudimo įmokų. Namų ūkių išlaidos (mokėjimai savo lėšomis) SPP, kaip visų išlaidų sveikatai dalis, 2016 m. ES šalyse labai skyrėsi nuo labai žemo lygio (2 – 8 proc.) Prancūzijoje, Kipre ir Latvijoje iki 48 % Bulgarijoje (Wielechowski & Grzęda, 2020).

Iš 2 paveikslo matyti, kad 2019 m. sveikatos priežiūros sistemų finansavimo pagal šaltinius situacija pasikeitė. ES šalių vidurkis yra apie 80 proc. išlaidų sveikatos priežiūrai finansuojama valstybės lėšomis. Mokėjimų savo lėšomis (angl. out-of-pocket payments arba trumpinys anglų kalba OOP), skiriamų sveikatos priežiūrai dalis, ES šalyse vidutiniškai siekė 15,4 proc., o savanoriško sveikatos draudimo – 4,9 proc. Daugiau nei ES šalių vidurkis, gyventojams sveikatos priežiūras išlaidos buvo finansuojamos iš valstybinio biudžeto tokiose valstybėse kaip Slovakija (79,8 proc.), Rumunija (80,4 proc.), Čekija (81,8 proc.), Kroatija (81,9 proc.), Olandija (82,6%), Islandija (82,9 proc.), Prancūzija (83,7 proc.), Danija (83,9 proc.), Vokietija (84,6 proc.), Liuksemburgas (85 proc.). Mažiau nei 60 proc. sveikatos priežiūros išlaidų finansuojama valstybės lėšomis Kipre (56,5 proc.), Graikijoje (59,8 proc.). Pažymėtina, kad apie 70 proc. išlaidų sveikatos priežiūrai iš valstybinio biudžeto finansuojama Bulgarijoje (60,6 proc.), Latvijoje (60,8 proc.), Portugalijoje (61 proc.), Maltoje (63,5 proc.), Lietuvoje (66,4 proc.) ir Vengrijoje (68,3 proc.).

ES šalių gyventojai nėra linkę naudotis savanorišku sveikatos draudimu. Išlaidos sveikatos priežiūrai iš privataus – savanoriško sveikatos draudimo buvo didžiausios Slovėnijoje (15,6 proc.), Kipre (12,9 proc.) ir Airijoje (13,7 proc.). Kitose valstybėse privačių lėšų sveikatos išlaidoms finansuoti dalis, neviršijo 10 proc. (2 pav.).

Didesnės nei savanoriško sveikatos draudimo išlaidos yra gyventojų mokėjimai savo lėšomis už sveikatos priežiūrą. 7 ES šalyse gyventojų mokėjimai savo lėšomis sveikatos priežiūrai viršijo net 30 proc. visų sveikatos priežiūrai skiriamų išlaidų, t.y. Kipre (30,6 proc.), Graikijoje (35,2 proc.), Bulgarijoje (37,8 proc.), Latvijoje (35,6 proc.), Portugalijoje (30,5 proc.), Maltoje (34,3 proc.) ir Lietuvoje (32,3 proc.). Mažiau nei 10 proc. mokėjimai savo lėšomis dviejų valstybių gyventojai: Prancūzijos (9,3 proc.) ir Liuksemburgo (9,6 proc.).



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis EBPO (2021) duomenimis. Pastaba: nėra duomenų apie Suomiją ir Švediją.

2 pav. Sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai ES šalyse, 2019 m., proc.

Kadangi skiriasi ES šalių sveikatos priežiūros sistemų finansavimas, skiriasi ir gyventojų požiūris į jas bei vertinimai. Nustatyta, kad 90-100 proc. gyventojų sveikatos priežiūros sistemas teigiamai vertino tik Nyderlanduose ir Belgijoje, atitinkamai teigiamai vertino 80-89 proc. Švedijos, Suomijos, Danijos, Vokietijos, Austrijos, Prancūzijos, Maltos ir Liuksemburgo gyventojų 70-79 proc. Estijos, Lietuvos, Čekijos, Slovėnijos, Kipro, Ispanijos gyventojų, 60-69 proc. Lenkijos, Latvijos, Vengrijos, Slovakijos, Italijos, Portugalijos gyventojų. Tačiau tik 20-29 proc. Rumunijos ir Bulgarijos bei mažiau nei 20 proc. Graikijos gyventojų teigiamai vertino sveikatos priežiūros sistemas šalyse (AlSaud, Taddese & Filippidis, 2018).

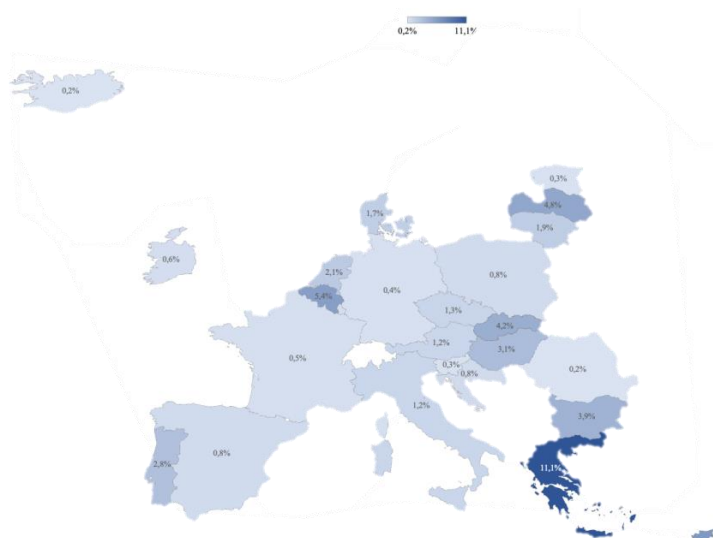
Apibendrinant galima teigti, kad ES šalyse taikomi keli sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modeliai, o dažniausiai taikomi Bismarko ir Beveridžo modeliai. Bismarko modelyje finansavimo

šaltinis yra draudimo įmokos, kurias darbuotojas ir darbdavys moka nepriklausomoms ligonių kasoms. Beveridžo modelis grindžiamas valstybės finansavimu ir visų žmonių teise gauti SPP. Vertinant sveikatos priežiūros sistemų efektyvumą, nustatyta, kad Beveridžo modelį taikančios šalys pasiekia geresnių rezultatų, palyginti su šalimis, kurios taiko Bismarko modelį. Kai kuriose ES šalyse didžiąją dalį išlaidų sveikatos priežiūrai finansuojama valstybės lėšomis (Liuksemburgas, Vokietija, Danija), tačiau kitose šalyse gyventojai patys daugiau moka savo lėšomis už sveikatos priežiūrą (Graikija, Bulgarija, Kipras). Lietuvoje gyventojai moka savo lėšomis už SPP daugiau lyginant su ES šalių vidurkiu. Nepaisant to, ES šalys, įgyvendindamos sveikatos priežiūros sistemų finansavimo politiką remiasi daugybe bendrų vertybių, tokių kaip universalumas, galimybė gauti kokybišką priežiūrą, teisingumas ir solidarumas.

1.2. Mokėjimai už asmens sveikatos priežiūros paslaugas

Europos gyventojai sensta dėl to kyla didesnė rizika susirgti lėtinėmis ligomis, auga sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir didėja sveikatos priežiūros išlaidos. ES šalyse sveikatos priežiūros paslaugos nėra tolygiai paskirstytos, todėl visuomenėje atsiranda sveikatos priežiūros nelygybė (Popescu, et.al., 2018).

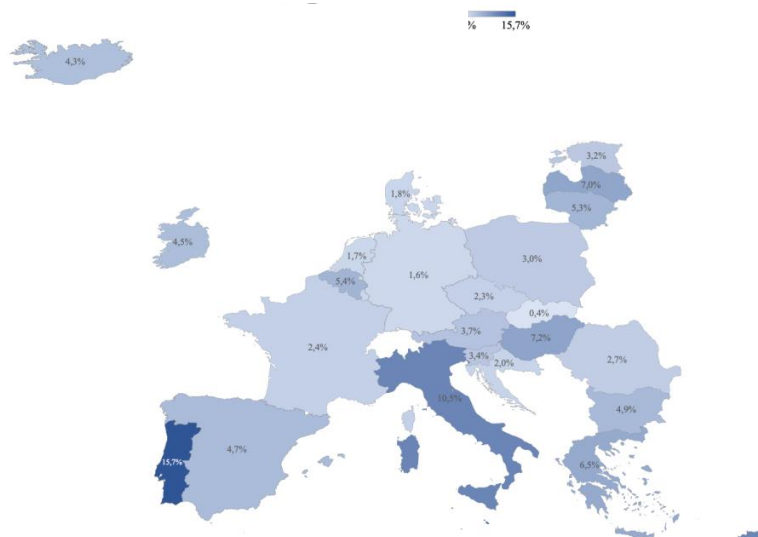
Ankstesniame skyriuje buvo nagrinėta, kad ES šalyse egzistuoja labai dideli skirtumai, vertinant gyventojų mokėjimus savo lėšomis sveikatos priežiūrai. Įvertinus EBPO (2021) duomenis, įvairiose šalyse skiriasi mokėjimų savo lėšomis sveikatos priežiūrai kryptys ir santykiai pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšį. Iš 3 paveikslu matyti, kad 2019 m. ES šalių gyventojų mokėjimų savo lėšomis stacionarinei sveikatos priežiūrai vidurkis sudarė 1 proc., o Lietuvoje, šiek tiek daugiau, t.y. 1,9 proc. Graikijos gyventojai daugiausiai mokėjo savo lėšomis už stacionarinę sveikatos priežiūrą (11,1 proc. nuo visų mokėjimų savo lėšomis už SPP). Tai galėjo lemti įvairūs papildomi tyrimai ir paslaugos, kurios buvo mokamos Graikijos ligoninėse, be to, dalis pacientų gydomi privačiose įstaigose, o tokias išlaidas valstybė kompensuoja nedidele dalimi - vos 30 proc. (Economou et.al., 2017), todėl gyventojams tenka didesnė finansinė našta susimokant už SPP. Taip pat, stacionarinei sveikatos priežiūrai sąlyginai didesni mokėjimai savo lėšomis stebimi Kipre (5,9 proc.), Belgijoje (5,4 proc.), Latvijoje (4,8 proc.), Slovakijoje (4,2 proc.).



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis EBPO (2021) duomenimis. Pastaba: nėra duomenų apie Suomiją ir Švediją.

3 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis stacionarinei sveikatos priežiūrai, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.

Iš 4 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad ES gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatorinei sveikatos priežiūrai buvo didesni nei stacionarinei sveikatos priežiūrai. 2019 m. ES šalių gyventojų mokėjimų savo lėšomis ambulatorinėms SPP vidurkis sudarė 3,4 proc., Lietuvoje – 5,3 proc. Didžiausi gyventojų mokėjimai už ambulatorinę sveikatos priežiūrą buvo Portugalijoje (15,7 proc.). Tai galima paaiškinti tuo, kad Portugalijoje beveik visos ambulatorinės SPP mokamos (Barros, et.al., 2011). Taip pat gyventojai ambulatorinei sveikatos priežiūrai moka savo lėšomis ir Maltoje (12,1 proc.), Kipre (10,4 proc.), Vengrijoje (7,2 proc.) ir Latvijoje (7 proc.). Mažiausiai gyventojai moka savo lėšomis už ambulatorines SPP Vokietijoje (1,6 proc.), Olandijoje (1,7 proc.), Danijoje (1,8 proc.) ir Slovakijoje (0,4 proc.).

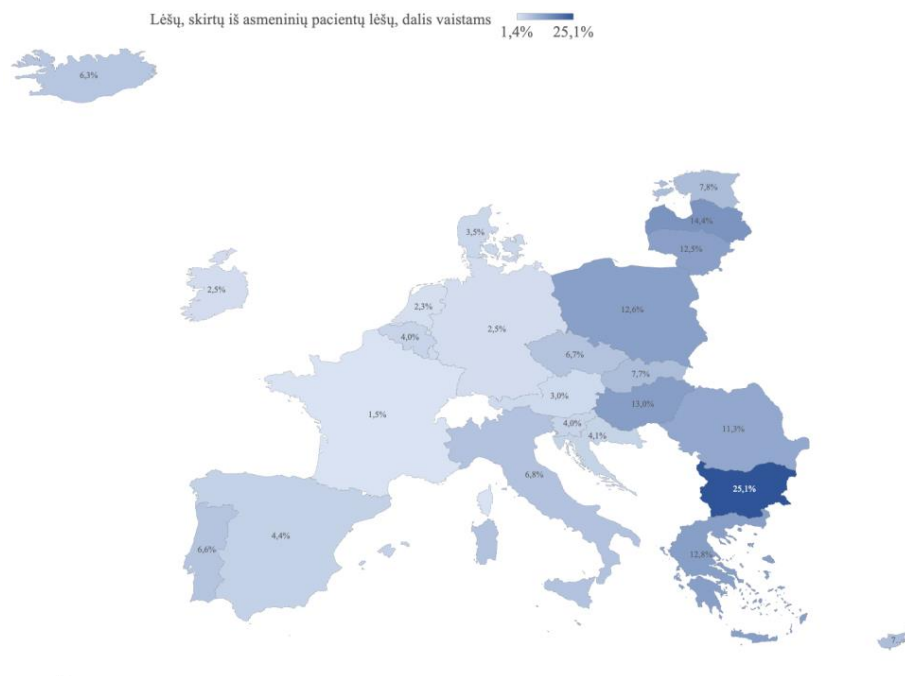


Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis EBPO (2021) duomenimis. Pastaba: nėra duomenų apie Suomiją ir Švediją.

4 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatorinei sveikatos priežiūrai, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.

Pažymėtina, kad ES šalyse didžiausią savo lėšomis padengiamų išlaidų sveikatai dalį sudaro ambulatoriniam gydymui vaistai. Iš 5 paveiksle pateiktos informacijos matyti, kad 2019 m. ES šalių gyventojų mokėjimų savo lėšomis ambulatoriniams vaistams, vidurkis sudarė – 3,7 proc., tačiau nustatyti labai dideli skirtumai tarp šalių. Ambulatoriniams vaistams daugiausiai moka savo lėšomis gyventojai Bulgarijoje (25,1 proc.). Nepaisant to, kad šioje šalyje kai kurie ambulatoriniai vaistai dalinai kompensuojami, gyventojai patiria tokias dideles išlaidas jiems, nes nėra išskirta jokių asmenų grupių, kurioms būtų taikomos išimtys ir reikėtų mokėti mažiau ar nemokėti (Dimova et.l., 2018). Bulgarijoje gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatoriniams vaistams ženkliai didėja. Taip pat gyventojų dideli mokėjimai savo lėšomis ambulatoriniams vaistams Latvijoje (14,4 proc.), Vengrijoje (13 proc.), Graikijoje (12,8 proc.), Lenkijoje (12,6 proc.), Lietuvoje (12,6 proc.). Mažiausiai gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatoriniams vaistams 2019 m. buvo Olandijoje (2,3 proc.), Austrijoje (3 proc.), Airijoje (2,5 proc.) ir Prancūzijoje (1,5 proc.).

Kai kuriose ES šalyse taikomos išimtys pažeidžiamiesiems asmenims, kuriems gydyti dažniausiai reikia vaistų, Remiantis EBPO (2021) duomenimis, didelės gyventojų išlaidos ambulatoriniams vaistams mažina tinkamos sveikatos priežiūros prieinamumą, todėl vienas iš ES šalių bendros vaistų strategijos tikslų yra užtikrinti, kad pacientai galėtų įpirkti jiems reikiamus vaistus. Todėl visoje ES skatinama peržiūrėti vaistų kompensavimo politiką, skiriant didesnę paramą vyresnio amžiaus asmenims, gaunantiems mažas pajamas, vaikams, sergantiems lėtinėmis ligomis, neįgaliems asmenims.

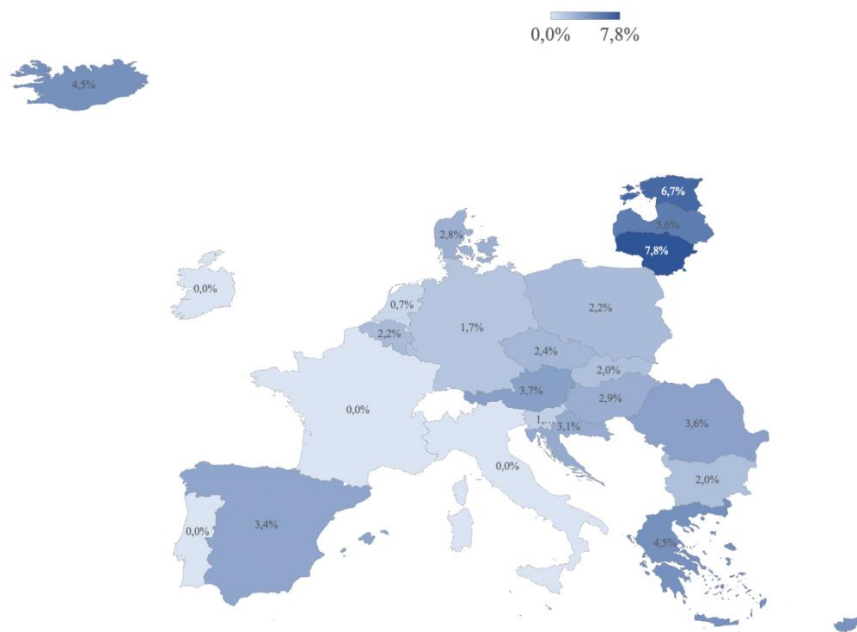


Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis EBPO (2021) duomenimis. Pastaba: nėra duomenų apie Suomiją ir Švediją.

5 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis ambulatoriniams vaistams, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.

ES šalyse viena iš brangiausių asmens sveikatos priežiūros paslaugų – dantų gydymas. ES šalyse labai skiriasi burnos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo būdai, jų kaina ir gydymo išlaidų subsidijavimo iš valstybės lėšų arba privataus draudimo mastas (Eaton, Ramsdale, Leggett, Csikar, Vinall, Whelton & Douglas, 2019). Todėl tikslinga palyginti dantų gydymo paslaugų teikimą ir išlaidas ES šalyse. Visose ES šalyse vaikams dantų gydymas yra nemokamas (Montagu, 2021), tačiau jose skiriasi nemokamo gydymo amžiaus riba, pavyzdžiui, Švedijoje ji yra 21 metai ir planuota keisti į 24 m. amžiaus ribą. Prancūzijoje dantų gydymas yra visuotinai prieinamas vaikams ir jauniems asmenims iki 24 m., t.y. už burnos apžiūrą, prevencines konsultacijas ir gydymą 70 proc. visų išlaidų apmokama iš valstybės biudžeto, o likusius 30 proc. apmoka tėvai arba patys iš privataus sveikatos draudimo. Airijoje nemokama burnos sveikatos priežiūra yra prieinama visiems vaikams iki 16 metų. Graikijoje, Italijoje ir Ispanijoje (Pietų Europos regionas) valstybės finansuojamos SPP neapima burnos sveikatos priežiūros paslaugų. Šiose šalyse yra mažai galimybių nemokamai gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, išskyrus skubius atvejus ligoninių skyriuose. Tačiau Ispanijoje kai kurios nemokamos burnos sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos vaikams nuo 7 iki 15 metų, daugumoje (bet ne visuose) Ispanijos regionų. Nemokamos burnos sveikatos priežiūros paslaugos taip pat yra prieinamos vaikams kai kuriuose Italijos regionuose. Išskyrus vaikus, bet kurioje iš aptartų ES šalių, burnos sveikatos priežiūra nėra prieinama visiems nemokamai. Panaši situacija ir kitose ES šalyse. Pavyzdžiui, Rumunijoje veikia sveikatos draudimu pagrįsta sistema, todėl burnos sveikatos priežiūra yra finansuojama valstybinės sveikatos draudimo sistemos lėšomis nuo 1998 m., tačiau įstatymais nustatytos sveikatos draudimo sistemos lėšos už burnos sveikatos priežiūros paslaugas kompensuojamos ribotai. Vaikams ir jaunimui iki 18 metų taikoma kasmetinė apžiūra; profilaktinis gydymas, konservatyvus gydymas, endodontinis gydymas; periodonto gydymas; protezavimas, ortodontinis gydymas, burnos chirurgija ir burnos ligų ištyrimas. Pagal įstatymų numatytą sveikatos draudimo tvarką apmokama 60 proc. suaugusiųjų dantų gydymo, dantų ištraukimo, akrilo pilnų ir dalinių protezų bei dervos su metaliniais vainikėliais išlaidų. Apskaičiuota, kad Rumunijoje pacientai 90 proc. savo dantų gydymo išlaidų apmoka patys (Oancea, Amariei, Eaton & Widström, 2016). Airijoje vaikams iki 16 m. dantų gydymas nemokamas, taip pat taikomos išimties vyresniems nei 66 m. (protezavimui) bei socialiai remtiniems asmenims – jiems dantų gydymas iš dalies arba pilnai kompensuojamas (Woods, Ahern, Burke, Eaton & Widström, 2017). Tuo tarpu Vokietijoje ir Švedijoje beveik visos burnos sveikatos priežiūros paslaugos yra padengiamos iš valstybės biudžeto lėšų, todėl gyventojai beveik nesusiduria su finansinėmis kliūtimis, siekiant gauti dantų gydymo paslaugas. Šis veiksnys, kartu su nemokamomis vaikų ir paauglių burnos sveikatos priežiūros paslaugomis, leidžia Vokietijai ir Švedijai užtikrinti, kad daugiau nei 75 proc. jų piliečių kasmet lankytųsi pas odontologą (Sinclair, Eaton & Widström, 2019).

Minėti ES šalyse valstybės lėšomis kompensuojami dantų gydymo skirtumai priklauso ir nuo gyventojų mokėjimų savo lėšomis dantų gydymui. ES šalių gyventojai vidutiniškai dantų priežiūrai skiria 1,4 proc. asmeninių lėšų. Iš 6 paveikslo matyti, kad 2019 m. didžiausi gyventojų mokėjimai savo lėšomis dantų gydymui Lietuvoje (7,8 proc.), Estijoje (6,7 proc.), Latvijoje (5,6 proc.), Islandijoje (4,5 proc.), Graikijoje (4,5 proc.), Ispanijoje (3,4 proc.), Austrijoje (3,7 proc.), Rumunijoje (3,6 proc.) ir Kipre (4,4 proc.). Airijos, Prancūzijos ir Italijos gyventojai nemoka savo lėšomis lėšų dantų gydymui. Taigi, matyti, kad ES šalyse vyrauja didelis atotrūkis tarp gyventojų teikiant dantų gydymo paslaugas.



Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis EBPO (2021) duomenimis. Pastaba: nėra duomenų apie Suomiją ir Švediją.

6 pav. Gyventojų mokėjimai savo lėšomis dantų gydymui, dalis (proc.) ES šalyse, 2019 m.

Tambor, Klich & Domagała (2021) analizavo sveikatos priežiūros finansavimą aštuoniose centrinės ir rytų ES šalyse, t.y. Čekijoje, Estijoje, Vengrijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Lenkijoje, Slovakijoje ir Slovėnijoje. Šia analize nustatyta, kad analizuotose šalyse išlaidos sveikatos priežiūrai nuo BVP lygis, nuo 2000 m. iki 2018 m. padidėjo nuo 1,5 proc. iki 3 proc., o daugumoje šalių analizuojamu laikotarpiu, buvo nustatyta statistiškai reikšminga augimo tendencija. Nepaisant to, rodikliai vis dar gali būti laikomi žemais, palyginti su ES-27 2018 m. vidutiniu 8,3 % augimu, todėl šios 8 ES šalys yra tarp mažiausiai išleidžiančių sveikatos priežiūrai ES. Taigi, sveikatos apsaugai skiriamų išlaidų nuo BVP skirtumas tarp vakarų ir rytų, atspindintis skirtingą šių dviejų Europos dalių ekonominę ir politinę raidą nuo Antrojo pasaulinio karo pabaigos, išlieka reikšmingas, kai analizuojamos sveikatos priežiūros išlaidos.

Nepaisant kai kurių bendrų analizuotų šalių sveikatos priežiūros sistemų bruožų, Tambor, Klich & Domagała (2021) nustatė ekonominius, socialinius ir politinius skirtumus tarp šalių. Didžiausi iššūkiai kyla Latvijoje, kurioje dėl mažos dalies viešųjų išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, negalima suteikti pacientams nemokamo plataus masto valstybės finansuojamų SPP „krepšelio“. Todėl

dažniausiai taikomas išlaidų pasidalijimas, o gyventojų mokėjimai iš savo kišenės sudarė beveik 40 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų Latvijoje. Analizėje išsiskirtos Čekija ir Slovėnija – kaip šalys skiriančios daugiausiai viešųjų išlaidų sveikatos apsaugai. Be to, šiose šalyse mokėjimai iš savo kišenės sudaro santykinai mažą sveikatos priežiūros išlaidų dalį, t.y. mažiau nei 15 proc. Čekijoje šis rezultatas buvo pasiektas skiriant prioritetą sveikatai ir reikšmingą (nors bėgant metams mažėjantį) vyriausybės įsitraukimą į sveikatos priežiūros išlaidų padengimą (didelis finansavimas iš valstybės biudžeto ir plati paslaugų aprėptis). Slovėnijoje vyriausybės vaidmuo finansuojant sveikatos priežiūrą yra mažesnis ir dažniausiai taikomas išlaidų pasidalijimas su pacientais. Tačiau savanoriškas privatus draudimas, kurį dažniausiai perka slovenai, perima išlaidų pasidalijimo įsipareigojimus, todėl namų ūkiams nebereikia mokėti iš savo kišenės (Tambor, Klich & Domagała, 2021).

Čekija išsiskiria iš analizuotų šalių tuo, kad šioje šalyje iš valstybinių viešųjų išlaidų pilnai arba didele dalimi kompensuojamos tokios paslaugos kaip diagnostika ir prevencija (tyrimai, skiepai), gydomoji ambulatorinė ir stacionari priežiūra, įskaitant reabilitaciją ir slaugą, lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims, dalinai kompensuojamas dantų gydymas, taip pat vaistai, medicinos pagalbos priemonės, psichoterapija, dirbtinis apvaisinimas, sveikatingumo paslaugos ir kt. (Alexa et.al., 2015).

2 lentelėje pateikiami mokėjimai už sveikatos paslaugas, vaistus ir kitas priemones centrinės ir rytų ES šalyse, t.y. palyginama, kuo skiriasi ambulatorinių SPP, vaistų, kitų gydymo paslaugų apmokestinimas bei kokios išimtytys yra taikomos. Remiantis 2 lentelėje pateiktais duomenimis, Čekijoje, Estijoje, Vengrijoje, Lietuvoje, Lenkijoje ir Slovakijoje apsilankymai pas gydytojus yra nemokami, išskyrus kai kuriuos atvejus, kai į specialistą kreipiamasi be siuntimo (Lietuva, Vengrija), kai siekiama gauti paslaugas ne darbo valandomis (Čekija), kai siekiama gauti paslaugas į namus (Estija). Tuo tarpu Latvijoje ir Slovėnijoje reikia mokėti už apsilankymą pas gydytoją.

Visose analizuojamose šalyse yra numatyti vaistų kompensavimo mechanizmai. Dažniausiai pacientas moka tik dalį vaisto kainos. Šalyse vaistams nustatomos bazinės kainos ir, jei pacientas renkasi brangiau kainuojantį vaistą, jis turi sumokėti skirtumą tarp bazinės kainos ir pardavimo kainos, t.y. sumokėti priemoką.

2 lentelė. Mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus ir kitas priemones centrinės ir rytų ES šalyse

Šalis	Mokamos ambulatorinės paslaugos	Priemoka vaistams	Kitos mokamos paslaugos	Išimtys
Čekija (Alexa, et.al., 2015).	Nėra (išskyrus ambulatorines paslaugas ne įprastomis darbo valandomis).	Yra nustatytas kompensuojamųjų vaistų sąrašas. Šiame sąraše prie kiekvienos vaistų grupės yra bent vienas pilnai kompensuojamas vaistas ir keli dalinai kompensuojami vaistai. Pacientas, pasirinkęs dalinai kompensuojamą vaistą, moka skirtumą tarp kompensuojamos dalies ir vaisto pardavimo kainos. Nustatytos maksimalios kainų lubos daugiau nei 195 kompensuojamų vaistų grupėms.	Pacientas moka už medicinos reikmenis ir dantų priežiūrą, kai kaina viršija kompensuojamąsias sumas.	Kai kurios pažeidžiamiausios asmenų grupės yra atleistos nuo mokesčių už sveikatos priežiūros paslaugas ir vaistus (gyvenantys vargingai, sergantys sunkiomis ligomis, socialiai remtini asmenys). Nustatytos išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms metinės „lubos“. Jeigu asmuo MASPP ir receptiniams vaistams (kurių kaina viršija nustatytą bazinę kainą, t.y. sumoka priemoką) per metus išleidžia daugiau nei 200 Eur, papildomos išlaidos MASPP ir vaistams kompensuojamos iš valstybinio ligonių kasų biudžeto.
Estija (Habicht et.al., 2018)	Pirminė asmens priežiūra neapmokestinta, tačiau apmokestinti specialistų (šeimos gydytojų ir kitų) vizitai į namus (5 Eur).	Pacientas turi sumokėti priemoką už kiekvieną vaistų receptą (2,5 Eur) ir turi sumokėti pusę bazinės kompensuojamo vaisto kainos. Jeigu kompensuojamo vaisto kaina viršija bazinę kainą, pacientas turi sumokėti tą skirtumą (t.y. sumokėti priemoką).	Dantų gydymas kompensuojamas dalinai. Vaikų dantų gydymas nemokamas. Suaugusieji moka 50 proc. nuo visų išlaidų dantų priežiūrai, tačiau turi teisę susigrąžinti iki 40 Eur per metus nuo sumokėtos sumos. Neįgalūs asmenys, vyresni nei 63 m. asmenys ir nėščios moterys moka 15 proc. nuo dantų priežiūros kainos ir turi galimybę susigrąžinti iki 85 Eur per metus.	Vaikams iki dviejų metų ir nėščioms moterims specialistų vizitai nemokami. Neįgaliems, vyresniems nei 63 m. asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis taikomos išimtys dėl priemonių už vaisto receptą ir kompensuojamiems vaistams. Pacientai turi teisę gauti 50 proc. kompensaciją, kai metinės išlaidos gal kompensuojamiems vaistams 100 EUR ir 90 proc. kai viršija 300 EUR.
Vengrija (Gaal et.al., 2011).	Nėra, tačiau gali būti taikoma priemoka, kai kreipiamasi į gydytoją – specialistą be šeimos gydytojo siuntimo arba kai pacientas pasirenka kitą paslaugos teikėją ar papildomas paslaugas.	Receptiniai vaistai yra kompensuojami dalinai (25-100 proc.). Kompensavimo dydis priklauso nuo vaisto specifikos ir paskirties (pavyzdžiui, jei vaistas skirtas gydyti lėtines ligas, kompensuojamoji vaisto dalis yra didesnė).	Pacientai papildomai apmokestinami už medicinos pagalbos priemones, kurios naudojamos gydymui. Medicininės pagalbos priemonių kainos indeksuojamos. Dantų protezavimas suaugusiesiems yra kompensuojamas tik dalinai.	Vaistai, protezai ir medicinos pagalbos priemonės pilnai kompensuojamos asmenims, kurie gauna mažas pajamas. Taikomos išimtys pacientams, sergantiems sunkiomis lėtinėmis ligomis, pavyzdžiui, cukriniu diabetu – jiems gali būti kompensuojama visa vaisto ir medicinos pagalbos priemonių kaina.

Latvija (Behmane et.al., 2019)	Mokamos gydytojų konsultacijos: 1,42 EUR už pirminės sveikatos priežiūros specialisto vizitą ir 4,28 EUR už apsilankymą pas specialistą.	0,71 EUR mokestis už recepto išrašymą (vaistams, kurie kompensuojami 100 proc.), taip pat, pacientas apmoka išlaidas, kurios viršija bazinę vaisto kainą (t.y. sumoka priemoną).	Dantų priežiūra mokama. Taikomas vienkartinis 0,71 EUR mokestis už medicinos pagalbos priemones, naudojamas gydymui.	Išimtys dėl apsilankymo pas specialistus ir kompensuojamiems vaistams taikomos kai kurioms gyventojų grupėms, įskaitant nepilnamečius asmenis, nėščias moteris, ką tik pagimdžiusias moteris (70 d. po gimdymo), politinių represijų aukas, sergančius tam tikromis ligomis, o nuo 2009 m. – ir mažas pajamas gaunančius asmenis. Išimtys dantų priežiūrai taikomos nepilnamečiams (pilnai kompensuojama) ir nukentėjusiems nuo Černobylio, t.y. kompensuojama 50 proc. dantų plastikos išlaidų.
Lietuva (Murauskienė et.al. 2018).	Nėra (išskyrus vizitus pas specialistus be siuntimų).	Suaugusieji moka procentines įmokas už vaistus, įtrauktus į kompensuojamų vaistų sąrašą (bendras įmokos dydis – 20 proc., rečiau – 10 proc. arba 50 proc.). Pacientai moka skirtumą tarp vaisto pardavimo ir bazinės kainos (t.y. sumoka priemoną).	Papildomai apmokestinami diagnostiniai tyrimai bei medicinos pagalbos priemonės, kurie neįtraukti į kompensuojamų tyrimų sąrašą. Suaugusieji moka visą kainą už dantų gydymą ir naudotas medžiagas.	50 proc. B sąrašo vaistų kompensavimo lygis pensinio amžiaus asmenims, neįgaliesiems ir socialinių pašalpų gavėjams. Pilnai vaistai kompensuojami vaikams, sunkią negalią turintiems asmenims, turintiems specifinių sveikatos sutrikimų, sergantiems lėtinėmis ligomis, o nuo 2020 m. – mažas pajamas gaunantiems vyresnio amžiaus žmonėms. Dantų gydymas viešojo sektoriaus įstaigose nemokamai teikiamas vaikams iki 18 m., studentams iki 24 m., socialiai remtiniems asmenims. Pensininkams, neįgaliesiems, vaikams iki 18 m. dantų protezavimas atliekamas nemokamai.
Lenkija (Sagan et.al., 2019)	Nėra.	Fiksuotas mokestis už receptą (0,7 EUR) kompensuojamiems vaistams, kompensuojama 30-50 proc. vaisto bazinės kainos. Pacientas moka skirtumą tarp bazinės kainos ir pardavimo kainos (t.y. sumoka priemoną).	Pacientas moka 10, 30 arba 50 proc. išlaidų, susijusių su naudotomis medicinos pagalbos priemonėmis (nuo bazinės kainos). Jeigu pacientas renkasi brangiau kainuojančias medicinos pagalbos priemones, tuomet moka skirtumą tarp bazinės (kompensuojamos) sumos ir priemonės kainos.	Dantų gydymas nemokamas Išimtys dėl vaistų priemonių (jų nereikia mokėti) vyresniems nei 75 m. asmenims ir pažeidžiamiausioms asmenų grupėms (sergantiems lėtinėmis ligomis, socialiai remtiniems asmenims).

Slovakija (Smatana et.al., 2016)	Nėra	1/3 vaistų visiškai nemokami, kitiems taikomas 0-100 proc. kompensavimo dydis. Taikomas vienkartinis mokestis už vaisto receptą (0,17 EUR)	Apmokestintos 2800 medicinos pagalbos priemonės iš 4500 esančių sąraše. Taikoma 0,17 EUR priemoka už medicinos pagalbos priemonę.	Nustatytos kainų „lubos“ kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.
Slovėnija (Albreht et.al., 2016).	Mokama priemoka nuo 10 iki 90 proc. bazinės kainos, priklausomai nuo paslaugos.	Pacientas maksimaliai moka 30 proc. priemoką kompensuojamiems vaistams.	Pacientai dalinai moka už medicinos pagalbos priemones ir dantų gydymą pagal nustatytus bazinius paslaugų / priemonių dydžius.	Už paslaugas nemoka vaikai iki 18 m., studentai, bedarbiai, gaunantys mažas pajamas, nėščios moterys ir sergantys lėtinėmis ligomis.

Kitos medicininės paslaugos, kurios apmokestinamos yra dantų gydymas ir medicinos pagalbos priemonės. Dantų gydymas kompensuojamas tik Lenkijoje. Lenkijos Konstitucijoje numatyta, kad valstybė turėtų užtikrinti visiems piliečiams teisę į nemokamą odontologinę priežiūrą įstatymų nustatytais sąlygomis ir apimtimi, o vaikams, nėsčiosioms, neįgaliesiems ir pagyvenusiems žmonėms – visapusiškas paslaugas. Nepaisant to, Lenkijoje valstybės finansuojamomis dantų gydymo paslaugomis naudojasi tik apie 30 proc. vaikų (iki 18 m.) ir apie 15 proc. suaugusiųjų, dažniausiai jie renkasi privačiai teikiamas odontologines paslaugas. Vis dėlto, Lenkijoje privačiai teikiamų burnos sveikatos paslaugų kainų nereglementuoja jokie teisės aktai, o jų lygį lemia tik rinka (Malkiewicz, Eaton & Widström, 2016). Tuo tarpu kitose šalyse, dantų gydymas kompensuojamas dalinai. Dažniausiai dantų gydymas kompensuojamas vaikams, vyresnio amžiaus asmenims, neįgaliesiems ir socialiai remtiniams asmenims (2 lentelė).

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad visose šalyse nagrinėjamos asmens SPP teikiamos taip, kad pažeidžiamiausioms asmenų grupėms (neįgaliesiems, vaikams, pensinio amžiaus, sergantiems lėtinėmis ligomis) būtų sudarytos sąlygos gauti nemokamą gydymą, t.y. dažnu atveju jiems nereikia papildomai mokėti už specialistų konsultacijas, medicinos pagalbos priemones, dantų gydymą ar vaistus.

Anot Tambor, Klich & Domagała (2021), analizuotose centrinės ir rytų ES šalyse, ilgas laukimo laikas ir prasta paslaugų kokybė gali būti priežastimis, dėl kurių reikia naudotis privačiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, įsigyti nereceptinių vaistų ar net neoficialiai mokėti už priežiūrą. Todėl gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai yra pakankamai didelės. Kita svarbi priežastis – tai, kad didelę išlaidų dalį sudaro dantų gydymas, kuris retai kompensuojamas, o jei ir kompensuojamas tai tik dalinai.

Apibendrinant galima teigti, kad ES šalyse skiriasi asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo politika, įmokų dydžiai, be to taikomos skirtingos išimties socialiai remtiniams asmenims, vaikams iki 18 m. ir kt. ES šalyse skiriasi valstybės finansavimo gyventojų sveikatos priežiūrai apimtys, todėl kai kuriose šalyse gyventojams tenka mokėti savo lėšomis už ambulatorines ar stacionarines paslaugas, taip pat mokėti už kompensuojamųjų vaistų priemokas ar dantų gydymą. Graikijos gyventojai daugiausiai mokėjo savo lėšomis už stacionarinę sveikatos priežiūrą, atitinkamai Portugalijos ir Italijos gyventojai už ambulatorinę sveikatos priežiūrą, Bulgarijos, Lenkijos, Lietuvos ir Latvijos gyventojai už vaistus, o dantų priežiūrai daugiausiai mokėjo Lietuvos ir Estijos gyventojai. Pažymėtina, kad mokėjimai savo lėšomis už sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus ir dantų priežiūrą Lietuvoje dvigubai didesni už ES šalių vidurkį (EBPO 2019 m. duomenimis, jie sudarė Lietuvoje apie 32,3 proc., o ES šalių vidurkis apie 15,4 proc.). Taigi galima teigti, kad ES šalyse egzistuoja sveikatos priežiūros išlaidų netolygumai.

2. MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO ANALIZĖ LIETUVOJE

2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir jų kainas

Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. patvirtintas LR Sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552 reglamentuoja sveikatos priežiūros sistemą bei nustato pagrindus, kaip turi būti organizuojama ir valdoma sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje (Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Vadovaujantis LR Sveikatos sistemos įstatymo (1994) 49 straipsniu, valstybė suteikia nemokamą asmens sveikatos priežiūrą, tačiau pacientai savo iniciatyva gali pasirinkti ir brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tačiau tokiu atveju skirtumą tarp valstybės kompensuojamos sumos už paslaugą ir faktinės paslaugos kainos, pacientas susimoka pats. Taip pat, pagal to paties įstatymo 11 straipsnį, LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu tvirtinamas mokamų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas, už kurias turi sumokėti pacientas (Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymo Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ 3 p. apibrėžiama mokama asmens sveikatos priežiūros paslauga – „tai tokia paslauga, kuri nėra kompensuojama iš savivaldybių ar valstybės biudžeto, PSDF biudžeto lėšų, ar valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skirtų sveikatos programoms finansuoti“ („Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 1999).

Mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir jų teikimą Lietuvoje reglamentuoja du teisės aktai:

- LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymas Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. Šis įsakymas nustato mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, bazinės jų kainas, kainų nustatymo ir indeksavimo tvarką bei paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarką („Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 1999).

- LR sveikatos apsaugos ministro 1996 m. įsakymas Nr.178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūrose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“. Šiame įsakyme yra numatytos visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų sveikatos priežiūrose

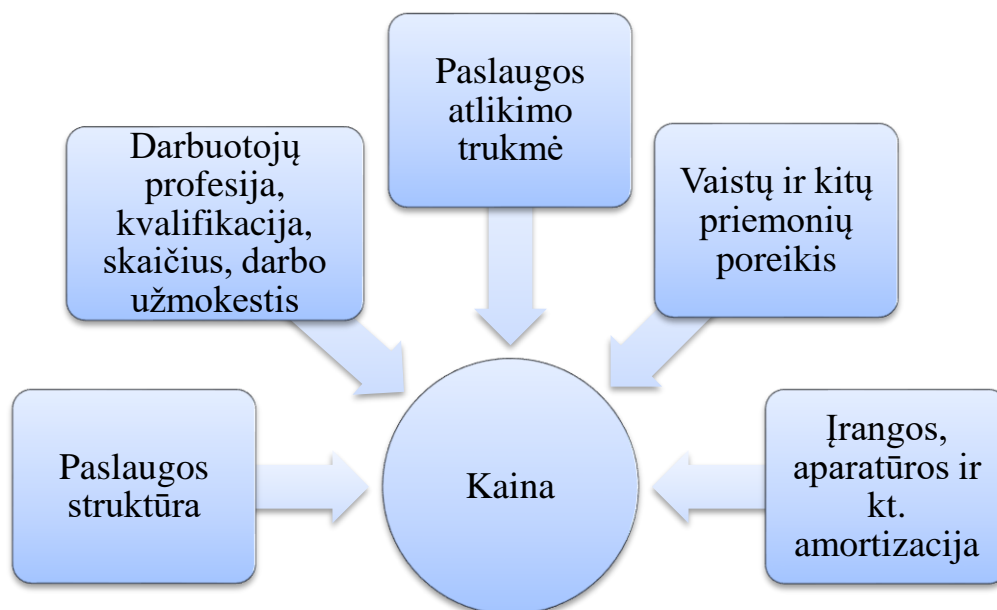
įstaigose, kainos („Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“, 1996).

Mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakyme Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ aprašu, kuriame nustatytas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų SPI sąrašas, jos apima tokias paslaugas kaip nėštumo diagnozavimas ir nutraukimas, kosmetologijos, dermatologo kosmetinės procedūros, dantų protezavimas, priklausomybių gydymas ir kt.

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos yra nustatytos LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakyme Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. Šiame įsakyme nustatyta, kad nėštumo diagnozavimo ir nutraukimo paslaugų kainos svyruoja nuo 3,34 Eur iki 61,11 Eur; akupunktūros kainos svyruoja nuo 1 Eur iki 5,34 Eur.; profilaktinio sveikatos tikrinimo paslaugų kainos svyruoja nuo 7,24 Eur iki 14,18 Eur. Papildomos individualios ligoonio priežiūros ir slaugos gimdymo skyriuje paslaugų kainos svyruoja nuo 66,74 Eur iki 133,48 Eur. Gydytojų nuo piktnaudžiavimo alkoholiu, narkotikais ir kt. medžiagomis bei girtumo, apsvaigimo laipsnio nustatymo kainos svyruoja nuo 4,34 Eur iki 173,52 Eur. Kosmetinių chirurgijos operacijų kainos svyruoja nuo 30,37 iki 168,52 Eur, dermatologo kosmetinės procedūros nuo 0,67 iki 7,67 Eur. Kosmetologijos procedūros nuo 0,67 iki 2,34 Eur, o dantų protezavimo kainos svyruoja nuo 0,91 iki 330,75 Eur. Taigi, matyti, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų skirtumai yra pakankamai dideli, kainos skiriasi priklausomai nuo procedūrų, jų sudėtingumo.

Analizuojant mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas yra tikslinga aptarti, koku principu nustatomos šios kainos ir kaip jos indeksuojamos. Vadovaujantis LR Sveikatos sistemos įstatymu (1994), mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina nustatoma remiantis tiesioginėmis (tiesiogiai susijusios su paslaugos vykdymu) ir netiesioginėmis (administracijos ir aptarnaujančio personalo darbo užmokestis, ryšių, komunalinių paslaugų, kanceliarinių priemonių įsigijimo ir kt.) išlaidomis.

LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakyme Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ numatyta, kad kainos nustatomos kiekvienai paslaugai atskirai. Kaina nustatoma vieną kartą, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad kainos nustatymą lemia ne viena, o kelios sudedamos dalys (7 pav.).



Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“.

7 pav. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos sudedamos dalys

Iš 7 paveiksle pateiktos informacijos matyti, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainą sudaro 5 sudedamos dalys, t.y. paslaugos struktūra, išlaidos, kurios skiriamos paslaugą atliekančių darbuotojų darbo apmokėjimui; paslaugos atlikimo trukmė kiek ir kokių priemonių ir vaistų naudojama paslaugai atlikti bei, kiek ir kokios įrangos naudojama (įskaičiuojamas jos nusidėvėjimas). Kad galima būtų nustatyti kokios ir kaip sudedamos dalys lemia bazinę paslaugos kainą, turi būti parengtas technologinis paslaugos aprašymas, kuriame ir yra įtrauktos minėtos kainą sudarančios dalys.

Pažymėtina, kad mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainą sudarančių sudedamųjų dalių kainos kinta, todėl kinta ir paslaugos kaina. SPP kainą sudarančių dalių kainos kinta priklausomai nuo daugelio veiksnių, pavyzdžiui, infliacijos, rinkoje vykstančių pokyčių, teisės aktų pakeitimų (kuriuose nustatomi specialistų darbo užmokestis, vaistų ir kitų priemonių tiekimo bei paslaugos atlikimo procedūrų pokyčiai, turintys įtakos paslaugų kainoms ir t.t.). Todėl MASPP kainos gali būti peržiūrimos pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis, kai „skelbiamas vartotojų kainų indeksas nuo mokamų paslaugų kainų patvirtinimo datos padidėja ne mažiau kaip 20 proc.“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 2 priedas, 2.1.1 p.). LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 2 priedo,

2.1.2 p. pateikta formulė, pagal kurią apskaičiuojamas mokamų paslaugų kainų padidinimo indeksas. Šiame punkte numatyta, kad indekso padidinimo formulėje įtraukti Lietuvos statistikos departamento skelbiami vartotojų kainų ir sveikatos paslaugų indeksai bei mokamų paslaugų kainos, kurios buvo patvirtintos 1996 m., o atnaujintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 1 d. įsakymo Nr. V-916 redakcija. 2021 m. buvo indeksuota iš naujo tik psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina, o 2022 m. plokštelės protezo kaina. Taigi, kainos indeksuotos pakankamai seniai. Įvertinus tai, kad vien 2022 m. liepos mėn. infliacija pagal suderintą vartotojų kainų indeksą siekė 20,7 proc. (Lietuvos bankas, 2023), galima daryti prielaidą, kad šiuo metu nustatytos MASPP kainos neatitinka paslaugos teikimo sąnaudų.

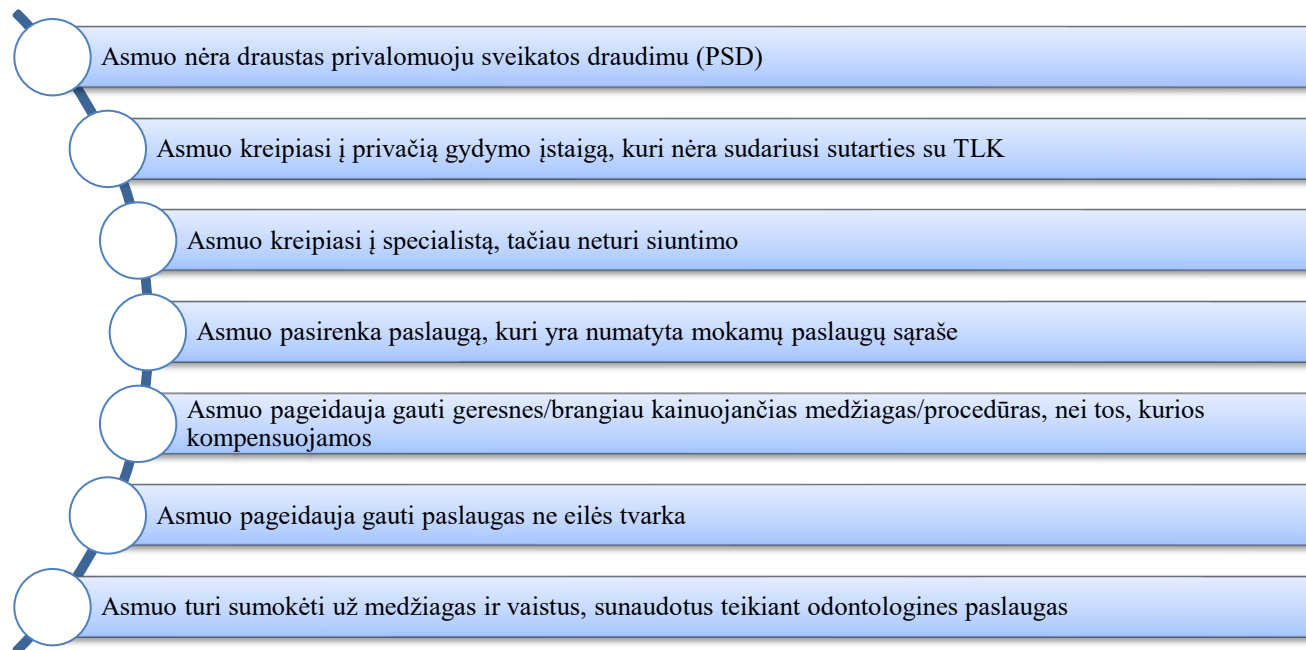
LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (1996) 13 str. numatyta, kad LNSS ASPĮ teikiamų paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, o įstaigų, kurios nepriklauso šiai sistemai kainas nustato tų įstaigų administracija. Todėl kitas svarbus aspektas, kurį tikslinga aptarti analizuojant MASPP teikimą yra tai, kokie egzistuoja susitarimai dėl MASPP teikimo, kaip skiriasi šių paslaugų kaina privačiose ir valstybinėse SPĮ.

Privačių SPĮ teikiamų paslaugų kainas reguliuoja rinka (Pūrienė, Petrauskienė, Balčiūnienė, Janulytė, Kutkauskienė ir Musteikytė, 2008). Pagrindinis aspektas, kuris lemia SPP kainų privačiame ir viešajame sektoriuje skirtumus yra tai, kad valstybinės SPĮ yra ne pelno siekiančios organizacijos, todėl nustatant MASPP kainas valstybinėse gydymo įstaigose nėra skaičiuojamas pelnas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“), tuo tarpu privačiose SPĮ nustatant kainą pridedamas ir pelnas, todėl įprastai šiose įstaigose SPP kaina būna didesnė.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje teikiamoms MASPP priskiriamos įvairios SPP (nėštumo nustatymo, kosmetinės chirurgijos, dantų protezavimo ir kt.). Šių paslaugų kainos yra reglamentuotos teisės aktais, kuriuose numatyta griežta kainų nustatymo ir indeksavimo tvarka. Ši tvarka galioja viešajam sektoriui priklausančioms SPĮ, tuo tarpu privataus sektoriaus SPĮ kainas nustato pagal individualią įstaigos politiką. MASPP kainą sudaro paslaugos struktūra, išlaidos darbuotojų darbo apmokėjimui, vaistams ir priemonėms, kurios naudojamos teikiant paslaugą, įrangos ir prietaisų nusidėvėjimui, taip pat įvertinama paslaugos teikimo trukmė. Teikiamų MASPP kainai įtaką daro įvairūs ekonominiai ir politiniai veiksniai, kadangi MASPP kaina yra koreguojama pagal vartotojų kainų indekso pokyčius.

2.2. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo ypatumai

Vadovaujantis LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymu Nr. 67-2175 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra mokamos ne tik tada, kai pasirenkamos papildomos, nekompensuojamos paslaugos iš PSDF biudžeto, tačiau ir dėl kitų priežasčių, kurios nurodytos 8 paveiksle.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“.

8 pav. Priežastys, dėl kurių asmuo turi mokėti už asmens sveikatos priežiūros paslaugas

Pagal 8 paveiksle pateiktą informaciją, pacientas turi mokėti už jam teikiamas paslaugas, jeigu (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“):

- nėra draustas privalomuoju sveikatos draudimu (jei kreipiasi į LNSS ASPĮ, tačiau net jei asmuo nedraustas PSD ir kreipiasi dėl būtinosios medicininės pagalbos – jam turi būti suteikta pagalba nemokamai);
- jeigu kreipiasi į privačią gydymo įstaigą, kuri nėra sudariusi sutarties su teritorine ligonių kasa (TLK);

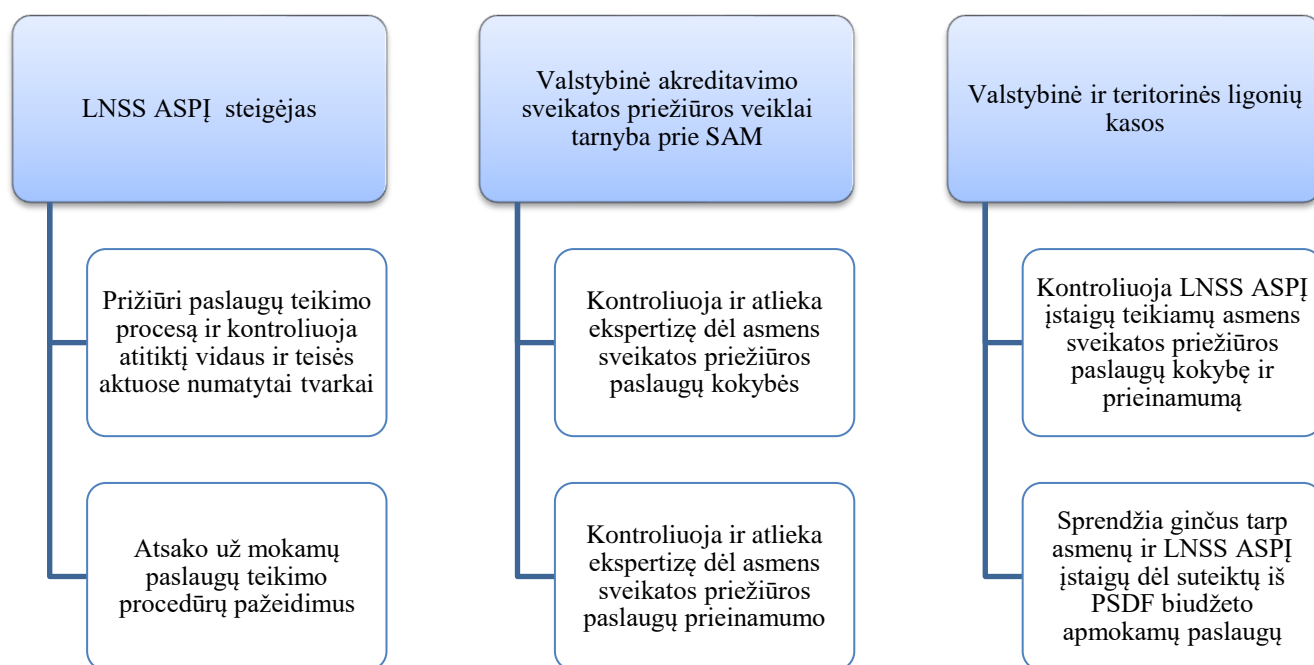
- kreipiasi į specialistą, bet neturi siuntimo. Tikslinga išskirti atvejus, kai gydytojas – specialistas nustato, kad asmuo, kreipęsis be siuntimo (savo iniciatyva), kreipėsi pagrįstai, toliau asmeniui teikiamos paslaugos yra apmokamos iš PSDF biudžeto;
- pasirenka paslaugą iš mokamų paslaugų sąrašo arba papildomą paslaugą, kuri nėra būtina gydymui, pavyzdžiui, tyrimas, medžiaga, vaistai, procedūros ir kt. nėra būtini gydant ligą, tačiau pacientas pageidauja jas gauti);
- siekia gauti geresnes medžiagas, brangiau kainuojančias procedūras, nei tos, kurios kompensuojamos (ši sąlyga galioja tik tuo atveju, jeigu pacientui suteikiama alternatyva rinktis tarp kompensuojamos ir brangiau kainuojančios paslaugos, o pacientas, pasirinkęs brangiau kainuojančią paslaugą, moka tik kainos skirtumą tarp faktinės brangiau kainuojančios paslaugos ar medžiagos kainos ir kompensuojamo kainos dydžio);
- pageidauja gauti paslaugas ne eilės tvarka (įstaiga gali suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas ne eilės tvarka už papildomą mokestį, jeigu asmuo raštiškai supažindintas su informacija, kad jis gali gauti paslaugą nemokamai tam tikru metu ir, jeigu įstaiga laiku suteikia visiems iš anksto užsiregistravusiems pacientams paslaugas);
- kaina už priemones (vaistus, medžiagas, įvairias vienkartinės priemones), naudotas teikiant odontologines paslaugas turi taip pat būti sumokėta iš paciento asmeninių lėšų, t.y. nemokama yra tik paslauga. Ši sąlyga netaikoma nepilnamečiams, studijuojantiems (iki 24 m.) ir socialiai remtiniems asmenims.

LNSS ASPĮ negali teikti MASPP pacientams, jeigu ji neužtikrina, kad atitinkamą paslaugų teikimo dieną, ji pirmiausiai suteiks paslaugas visiems pacientams, kurie iš anksto buvo užsiregistravę (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“). Tačiau tai ne vienintelė taisyklė, kurios turi laikytis LNSS ASPĮ, kurioje teikiamos MASPP paslaugos. Kiekviena LNSS ASPĮ įsipareigoja parengti MASPP teikimo tvarką, kurioje numatyti visi paslaugų teikimo pagrindai ir kainos, be to, joje turi būti numatyta galimybė pacientams susipažinti su šia tvarka, o teikiant MASPP turi būti vadovaujama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymu „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“.

Už minėtas paslaugas gali sumokėti pats pacientas (fizinis asmuo) arba už jį gali sumokėti kiti asmenys, pavyzdžiui, darbdavys arba įstaiga, kurioje asmuo yra apdraustas papildomu sveikatos draudimu. Prieš teikiant MASPP, pacientas turi būti supažindintas (ir apie šį faktą raštiškai patvirtinti), kad jis galėtų gauti paslaugą nemokamai, taip pat su paslaugų ir/ar medžiagų kainomis ir/ar kainų skirtumais (jei pasirenkama brangiau kainuojanti paslauga ir/ar medžiaga). Pacientui turi būti suteiktas

SPP apmokėjimą ir suteikimą patvirtinantis dokumentas, kuriame būtų nurodytos visos mokamos paslaugos, kurios buvo suteiktos, jų kainos, data ir kt. Taip pat visa informacija apie pacientui suteiktas MASPP turi būti pridėta prie asmens medicinos dokumentų. Pažymėtina, kad nesilaikant šių reikalavimų, laikoma, jog SPP apmokėta neteisėtai ir asmeniui turi būti gražinami pinigai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“).

LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakyme „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ numatyta, kad MASPP teikimas LNSS ASPĮ turi būti kontroliuojamas. Kontrolės funkciją atliekančios institucijos, jų funkcijos ir atsakomybės pateikiamos 9 paveiksle.



Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymu Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“.

9 pav. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolę atliekančios institucijos, jų funkcijos ir atsakomybės

Apibendrinant MASPP teikimo ir apmokėjimo ypatumus, galima teigti, kad Lietuvoje LNSS ASPĮ teikiamų MASPP procedūros ir tvarkos yra griežtai reglamentuotos teisės aktais, siekiant apsaugoti ir paslaugas gaunančius asmenis nuo neteisėto apmokestinimo ar netinkamai paskirtos paslaugos apmokėjimo rizikos. Teisės aktuose reglamentuota tvarka apsaugo ir kitus sveikatos paslaugų gavėjus, kadangi MASPP LNSS ASPĮ gali būti suteiktos tik tuo atveju, jeigu įstaiga įvykdo savo įsipareigojimus asmenims iš anksto užsiregistravusiems sveikatos priežiūros paslaugoms. Svarbu pažymėti, kad

MASPP teikimas yra kontroliuojamas tiek instituciniu, tiek ir valstybiniu lygmenimis, todėl sudaromos sąlygos užtikrinti teikiamų paslaugų atitiktį teisės aktuose numatytiems reikalavimams.

2.3. Veiksniai, lemiantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą

Šiame poskyryje analizuojami Lietuvoje atlikti moksliniai tyrimai, kuriuose analizuojami veiksniai lemiantys pacientus rinktis mokamas arba nemokamas SPP. Taip pat, pateikiami minėtų paslaugų pasirinkimo skirtumai, atsižvelgiant į gyventojų socio-demografines charakteristikas.

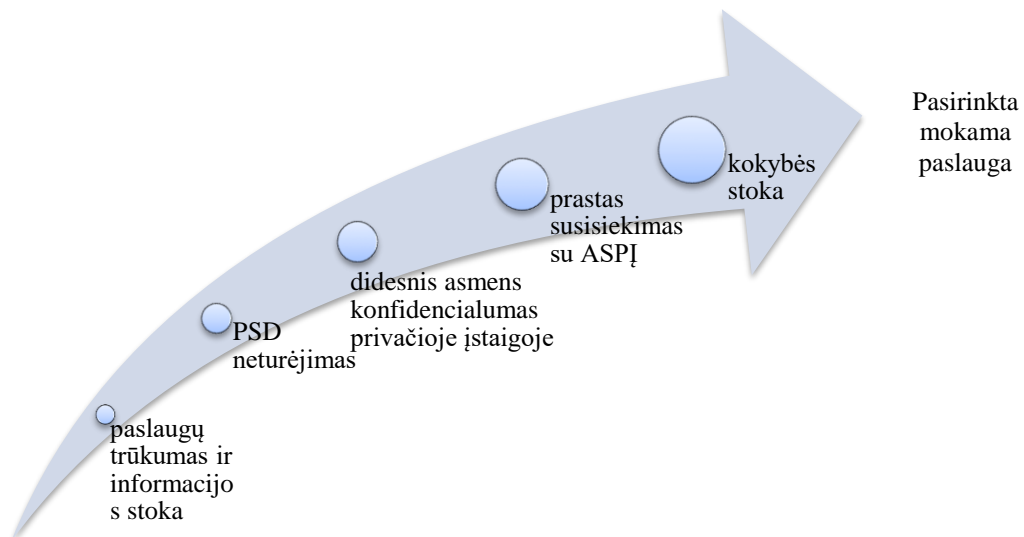
Pasak Pūrienės ir kt. (2008), Lietuvoje pacientai dažniau naudojami nemokamomis valstybinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, tačiau privačiose gydymo įstaigose teikiamos mokamos paslaugos yra kokybiškesnės. Panašūs tyrimo rezultatai gauti ir Štaro, Vedlūgos ir Kalvelytės (2013) atliktame tyrime, kuriame nustatyta, kad viešajam sektoriui priklausančios gydymo įstaigos, pacientų nuomone, neatliepia jų suvokiamos kokybės, nes tenka labai ilgai laukti (planinės operacijos apie 3 mėn., gydyto specialisto apie 1 mėn., o kai kurių kitų specialistų daugiau nei 2 mėn.), kol ateis jų eilė pas gydytoją specialistą. Tuo tarpu privačiose gydymo įstaigose pacientams tenka kur kas trumpiau laukti sveikatos priežiūros paslaugų. Šiuos teiginius galima patvirtinti ir Krajauskaitės ir Krančiukaitės – Butylkinienės (2018) atlikto tyrimo duomenimis, kad didelės sergančiųjų eilės yra viena iš pagrindinių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos keitimo priežasčių.

Privačiose SPI lankosi dažniau jaunesni ir sveikesni asmenys (Štaras, Vedlūga ir Kalvelytė, 2013), todėl galima daryti prielaidą, kad ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose mokamas paslaugas būtų labiau linkę pasirinkti taip pat jaunesnis, sveikesnis asmuo. Remiantis Tamutienės, Černiauskaitės ir Sruogaitės (2011) tyrimo, kuriame analizuoti kaimo ir miesto gyventojų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumai, duomenimis, galima teigti, kad ne tik amžius ir sveikata, tačiau ir gyvenamoji vieta bei finansinė asmens padėtis riboja asmens galimybes gauti mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Anot Tamutienės, Černiauskaitės ir Sruogaitės (2011), finansinės kliūtys yra beveik neįveikiamos mažas pajamas gaunantiems pacientams įpirkti brangias mokamas paslaugas. Nors tyrime nustatyta, kad tiek miestų, tiek kaimų gyventojams finansai yra labai didelė kliūtis siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau kaime gyvenantiems asmenims jas įveikti dar sunkiau dėl papildomų išlaidų, susijusių su kelione pas specialistą. Krajauskaitės ir Krančiukaitės – Butylkinienės (2018) atlikto tyrimo duomenimis, didelis atstumas nuo gyvenamosios vietos iki gydymo įstaigos yra pagrindinė priežastis, kodėl asmenys keičia gydymo įstaigą. Todėl galima teigti, kad atstumas iki gydymo įstaigos yra labai svarbus veiksnys, lemiantis paslaugos prieinamumą ir gydymo įstaigos ir/ar paslaugos pasirinkimą.

Nepaisant to, kad Lietuvos gyventojams kyla finansinių sunkumų renkantis privačias gydymo įstaigas ir mokant už paslaugas, asmenys yra linkę sumokėti net ir už valstybės garantuojamas

nemokamas pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Izokaitis, Liuima, Stonienė ir Vitkūnienė (2015) nagrinėjo situaciją, kai valstybiniame sektoriuje neužtikrinamas pakankamas psichikos sveikatos specialistų prieinamumas, be to, valstybiniame sektoriuje nedirba reikiamos kvalifikacijos specialistai, todėl anot autorių: „<...> pacientui tenka susimokėti, jeigu jis siekia gauti kokybiškesnes, patogesnes, greitesnes ar aukštos specialisto kvalifikacijos reikalaujančias paslaugas.“ (Izokaitis, Liuima, Stonienė ir Vitkūnienė, 2015, p.26). Asmenims labai svarbi paslaugų kokybė, jei ji netenkina beveik pusė asmenų linkę pakeisti gydymo įstaigą ir/ar sumokėti papildomai už asmens sveikatos paslaugas, kad gautų kokybiškesnes paslaugas cit šaltinį. Kokybė turėtų būti suprantama ne tik kaip paslaugos prieinamumas, patogumas, specialisto kvalifikacija, tačiau ir aptarnaujančio personalo bendravimo malonumas, kuris labai svarbus asmenims ir dažnai privačiose SPI bendravimas yra malonesnis, nei viešosiose (Krajauskaitė ir Krančiukaitė – Butylkinienė, 2018).

Jociūtė ir Ibijanskaitė (2022) atlikto vieną naujausių tyrimų apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Remiantis autorių atlikto tyrimo duomenimis, galima išskirti 6 pagrindinius veiksnius, lemiančius mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą: nemokamų (kompensuojamų valstybės lėšomis) asmens SPP trūkumas, PSD neturėjimas, manymas, kad privačioje įstaigoje bus užtikrinamas didesnis asmens konfidencialumas, prastas susisiekimasis su ASPĮ ar su TLK sutartį sudariusiomis privačiomis įstaigomis, informacijos apie paslaugas, kurias galima gauti nemokamai, trūkumas, nepakankama paslaugų kokybė, t.y. nemokamai teikiamos paslaugos ne visuomet atliepia asmens poreikius ir lūkesčius (10 pav.).



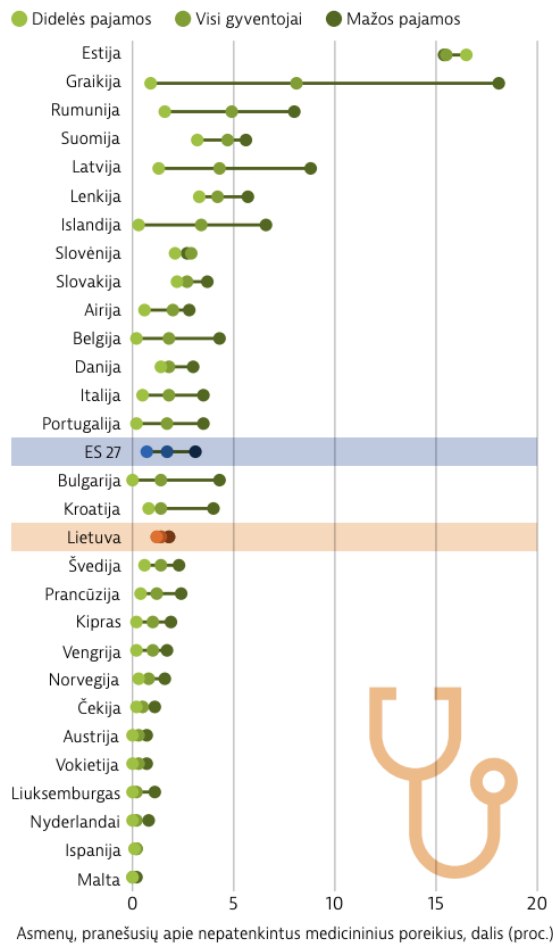
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Jociūtė ir Ibijanskaitė (2022).

10 pav. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą lemiantys veiksniai

Nepaisant minėtų veiksnių, kurie lemia MASPP pasirinkimą (jog privačiame sektoriuje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos kokybiškesnės, ar jų reikia laukti trumpiau), pacientai dažniau renkasi valstybinėse įstaigose teikiamas nemokamas SPP, jie yra pasiryžę ilgiau laukti, nes

neįperka lengviau prieinamų, kokybiškesnių mokamų paslaugų, teikiamų tiek viešosiose, tiek ir privačiose įstaigose (Pūrienė ir kt., 2008). Pažymėtina, kad tokia situacija sudaro prielaidas kyšininkavimui viešajame sektoriuje, kai pacientai, siekdami gauti jiems neprivalomas paslaugas ar gauti paslaugas greičiau, už jas sumoka mažesnę sumą neoficialiai (Tamutienė, Černiauskaitė ir Sruogaitė, 2011).

EBPO (2021) Lietuvos sveikatos priežiūros apžvalgoje pateikti duomenys apie gyventojų nepatenkintus sveikatos priežiūros (sveikatos patikrinimo ir gydymo) poreikius, nes buvo per didelė jų kaina, per ilgas laukimo laikas arba per didelis atstumas nuo gyvenamosios vietos iki gydymo įstaigos. Iš 11 paveiksle pateiktos informaciją matyti, kad nors ir iškyla sunkumų dėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, tačiau Lietuvoje jų yra mažiau nei ES vidurkis (mažiau nei 3 proc.). Vis dėlto, galima atkreipti dėmesį, kad kaip ir kitose šalyse, Lietuvoje dažniausiai nepatenkinami mažas pajamas gaunančiųjų poreikiai.



Šaltinis: EBPO (2021).

11 pav. Nepatenkinti sveikatos priežiūros poreikiai, 2021 m. (proc.)

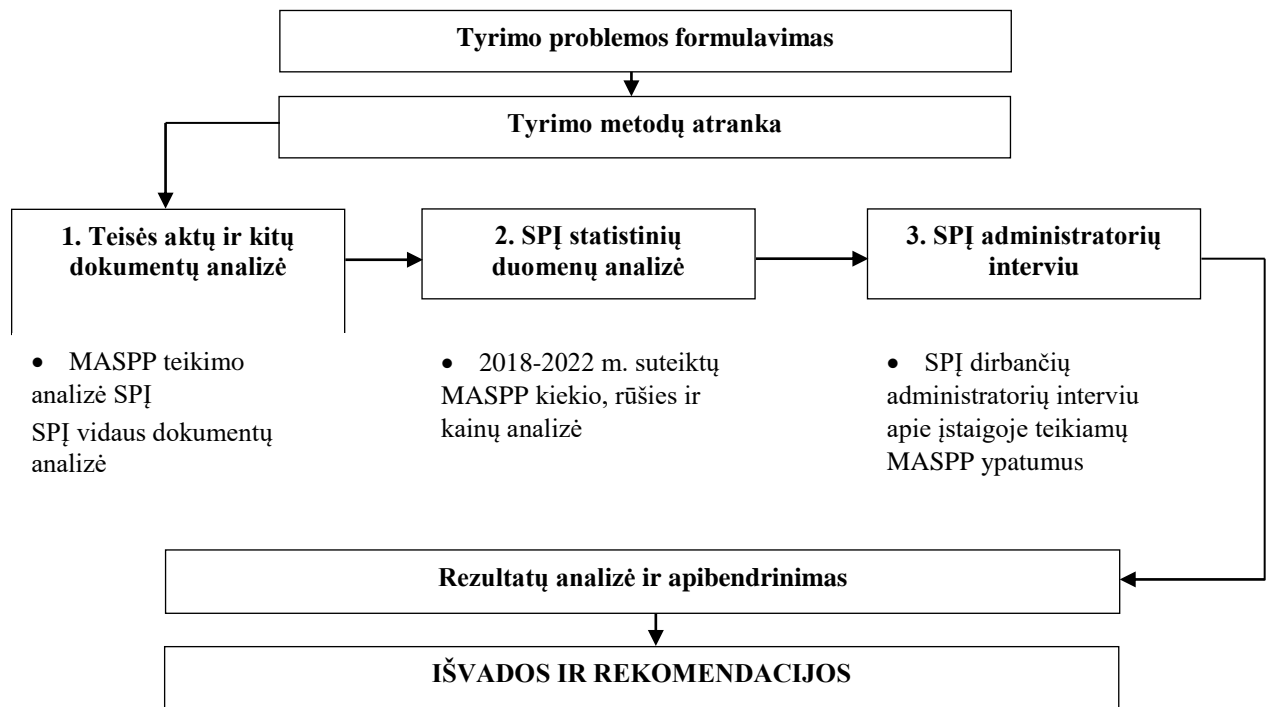
Apibendrinant veiksnius, lemiančius MASPP pasirinkimą, galima teigti, kad pagrindinis veiksnys yra asmens finansinė padėtis nuo kurios priklauso mokamų sveikatos priežiūros paslaugų įperkamumas. Kiti veiksniai, kurie lemia asmens pasirinkimą mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas,

yra PSD neturėjimas, specialistų viešosiose SPĮ stoka, informacijos apie galimas gauti nemokamas paslaugas trūkumas, prastas susisiekimasis su gydymo įstaigomis, kuriose galima gauti nemokamas paslaugas, bei nepakankama nemokamų asmens SPP kokybė. Įvertinus minėtus veiksnius, galima teigti, kad tokia situacija sudaro prielaidas asmens sveikatos priežiūros netolygumams, o mokamų sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimas tampa neišvengiamu pasirinkimu, siekiant gauti kokybiškesnę paslaugą ar gauti greičiau reikiamas paslaugas.

3. MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO VERTINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

3.1. Tyrimo metodika

Siekiant įvertinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, pasirinkta įstaiga – Kauno miesto ligoninė, kurioje yra teikiamos ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat ir mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – SPI). Tyrimui atlikti pasirinkta taikyti kelis tyrimo metodus, t.y. statistinių duomenų analizę apie SPI suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2018-2022 m. laikotarpiu bei kokybinį tyrimą, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą, apklausiant SPI dirbančius administratorius, kurie turi didžiausią kompetenciją dėl savo profesinės patirties ir gali pateikti išsamią informaciją apie MASPP teikimo ypatumus ir iššūkius. Tyrimo strategija pateikta 12 paveiksle.



12 pav. Tyrimo strategija

Pagal 12 paveiksle pateiktą informaciją, tyrimas sudarytas iš trijų pagrindinių etapų: teisės aktų ir kitų dokumentų analizės, SPI statistinių duomenų analizės bei SPI administratorių interviu. Tyrimas buvo atliktas nuo 2023-02-27 iki 2023-03-31. Tyrimo atlikimui SPI gautas rašytinis įstaigos vadovų sutikimas.

SPI statistinių duomenų analizė. Tyrimui atlikti naudoti vidiniai Kauno mieste veikiančios ligoninės duomenys apie 2018 – 2022 m. laikotarpiu suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros

paslaugas. Statistinė duomenų analizė atlikta taikant matematinės ir aprašomosios statistikos metodus, tyrimo duomenys pateikiami skaitine ir procentine išraiška. Analizuojami duomenys apie šias paslaugas (pagal Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakyme (2005) Nr. 1K-81 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ pateiktą klasifikatorių):

- Visos suteiktos MASPP ir jų dinamika
- Gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugos
- Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos
- Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (apsilankymai), teikiamos

nedarbo metu

- Gydytojų specialistų konsultacijos, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai
- Brangiosios procedūros (magnetinio rezonanso tomografija, kompiuterinė tomografija, hiperbarinė oksigenacija)
 - Fizinės ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugos
 - Skubios medicinos pagalbos paslaugos

Kokybinis tyrimas, taikant *pusiau struktūruotą interviu*. Erlingsson & Brysiewicz (2017) nurodo, jog kokybinis tyrimas yra naudingas gilinant supratimą apie žmonių patirtis, o kokybinių tyrimų reikšmė ir jų nauda vis dažniau pripažįstamas įvairių mokslininkų, kurie siekia apibūdinti sudėtingus reiškinius iš realios, praktinės pusės, atskleidžiant ne tik faktus, tačiau ir jų priežastis. Taigi, šio tyrimo metodo pasirinkimas grindžiamas tuo, kad siekiama atskleisti SPI, kurioje teikiamos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, administratorių patirtis ir nuomonės apie MASPP teikimą, kylančius iššūkius ir šių paslaugų pasirinkimą.

Darbo autorė parengė klausimyną (3 lentelė), kurį sudarė atviro tipo klausimai. Sudarytas klausimynas, prieš atliekant tyrimą, buvo išbandytas apklausiant kelis SPI atstovus.

3 lentelė. Tyrimo instrumentas

Klausimų sritis	Klausimai
Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ligoninėje	1. Kaip vertinate mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Jūsų ligoninėje? Pateikite argumentus. 2. Kokios pagrindinės priemonės taikomos Jūsų ligoninėje, siekiant užtikrinti efektyvų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą? Pateikite argumentus. 3. Kaip vertinate mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teisinį reglamentavimą (pvz. ministro, ligoninės vadovybės įsakymus)?
Iššūkiai, kylantys teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ligoninėje	4. Su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) susiduria Jūsų ligoninė teikdama mokamas sveikatos priežiūros paslaugas? Kaip siūlytumėte šias problemas spręsti? 5. Kokius pokyčius Jus siūlytumėte ligoninėje teikiant mokamas sveikatos priežiūros paslaugas?
Mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gerinimas ligoninėje	6. Pateikite siūlymus, skirtus gerinti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ligoninėje. 7. Kokios priemonės taikomos ar, Jūsų nuomone, turėtų būti taikomos ligoninėje,

	siekiant užtikrinti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, reglamentuotą teisės aktuose (pvz. nepagrįstų ir neteisėtų priemonių iš pacientų ėmimo, reikiamos informacijos nepildymą ar klaidingos informacijos pateikimą informacinėse sistemose ir medicininiuose dokumentuose ir kt. prevencija)?
Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimas	8. Dėl kokių, Jums žinomų, pagrindinių priežasčių pacientai renkasi mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas? 9. Su kokiomis, Jums žinomomis, problemomis susiduria pacientai pasirinkdami mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas?

Tyrimo dalyviai - informantai. Gaižauskaitė ir Valavičienė (2016) nurodo, kad vienas svarbiausių kokybinio tyrimo principų yra: „į tyrimą įtraukiami tie žmonės, kurie labiausiai tinka tyrimo temai atskleisti“ (p. 177). Todėl interviu būdu buvo apklausiami sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys administratoriai, kadangi tai asmenys, kurie gali tiksliausiai apibūdinti sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir jų teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje. Taip leis išskirti pagrindines tobulintinas mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kryptis ir galimybes. Kokybinio tyrimo imtis iš anksto nėra numatoma, ji baigiama formuoti duomenų rinkimo ir analizės procesų metu, kai tyrėjas įvertina, kad surinktų duomenų pakanka tyrimo tikslui pasiekti (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016).

Siekiant išsamiai atskleisti tiriamąjį reiškinį, išsikelti kriterijai, pagal kuriuos buvo atrinkti informantai:

- Darbo patirtis sveikatos priežiūros įstaigoje ne mažesnė nei 3 metai
- Darbo sritis – administracinė ir/ar vadybinė.

Tyrimo dalyvavo 9 informantai, analizuojant duomenis jiems buvo suteikti informantų kodai: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9.

Pasiruošimas interviu ir jo atlikimas. Interviu vyko individualių pokalbių su informantais metu. Pokalbiai vyko per nuotolį, naudojantis „Zoom“ programine įranga, skirta nuotolinėms konferencijoms. Pokalbių metu su informantais, tyrėja uždavė iš anksto parengtus klausimus, į kuriuos informantai pateikė atsakymus. Visiems informantams buvo sudarytos sąlygos atsakyti į klausimus laisvai, plačiai, neribojant laike. Tyrėja pokalbius įsirašė, vėliau transkribavo pažodžiui. Visi pokalbiai truko iki 20 min. Tyrimas vyko 2023 m. kovo 15-16 dienomis.

Duomenų analizė. Interviu duomenims analizuoti taikytas *turinio analizės* (angl. content analysis) metodas. Duomenų analizė pradedama pokalbių transkripcija – pažodiniu informantų atsakymų į klausimus perrašymu. Visi informantų atsakymai buvo užkoduoti, t.y. kiekvienam informantui suteiktas informanto kodas (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9), kuris nurodomas transkripcijoje bei baigiamajame darbe prie kiekvieno informanto pasisakymo/citatos. Tuomet formuojamos kategorijos ir subkategorijos. Kategorija formuojama sugrupuojant pasisakymus, kurie yra susiję vienas su kitu savo turiniu ar kontekstu. Kategorijos yra akivaizdaus turinio išraiška, t. y. tai, kas matoma ir akivaizdu duomenyse. Kategorijų pavadinimai yra faktiniai ir trumpi. Tuomet tekstas

skaidomas į dar smulkesnius vienetus – subkategorijas. Subkategorijos, susijusios viena su kita savo turiniu, atspindi kategoriją (Erlingsson & Brysiewicz, 2017).

Tyrimo etika. Atliekant tyrimą buvo vadovaujama šiais etikos principais (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016):

- Tyrimo dalyvio nepriklausomybės ir laisvanoriško dalyvavimo tyrime principas užtikrintas tyrimo dalyvių atsiklausiant, ar jie sutinka dalyvauti tyrime, taip pat buvo nurodoma, kad jie bet kuriuo metu gali apsigalvoti ir nutraukti savo dalyvavimą tyrime.
- Tyrimo dalyvio informuotumo principas užtikrintas tyrimo dalyviui suteikiant esminę informaciją apie tyrimą (tikslą, tyrimo dalyvių atrankos principą, tyrimo duomenų naudojimo ir apdorojimo principus).
- Tyrimo dalyvio anonimiškumo, konfidencialumo ir duomenų privatumo principai užtikrinti neklausiant ir interviu protokoluose ar baigiamajame darbe nenurodant tyrimo dalyvio asmeninių duomenų, tokių kaip vardas, pavardė bei užtikrinant, kad nebus dalijamasi informacija su trečiaisiais asmenimis apie tai, kokie asmenys dalyvavo tyrime.
- Pagarbos asmens orumui principas užtikrintas klausimus pateikiant pagarbiu stiliumi, nediskriminuojant ir neįžeidžiant.

Tyrimui atlikti gautas sveikatos priežiūros įstaigos leidimas naudoti duomenis apie suteiktas mokamas paslaugas bei apklausti įstaigos darbuotojus interviu būdu.

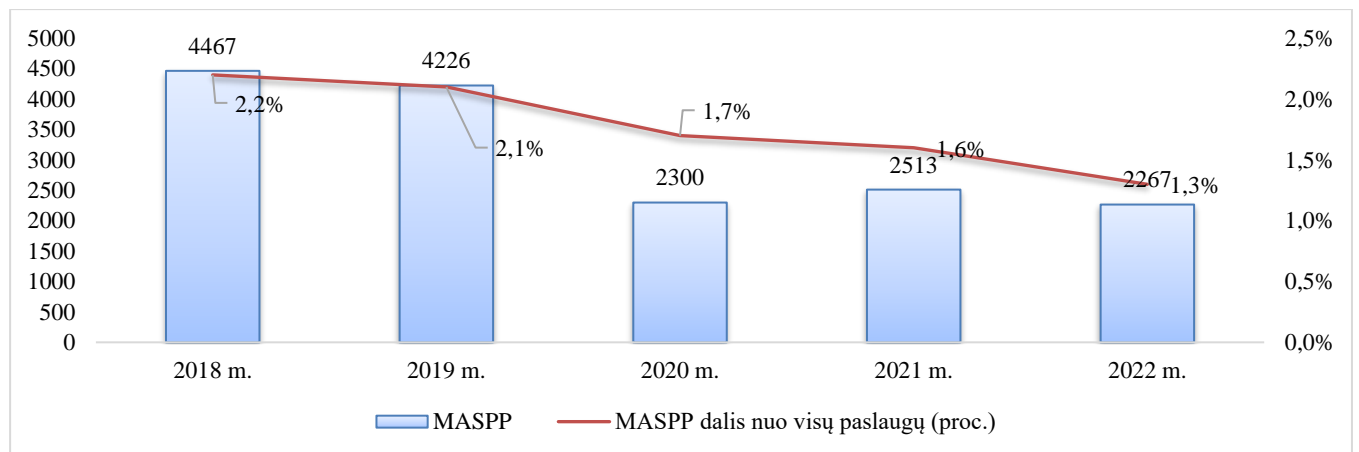
Tyrimo apribojimai. Tyrimu atskleista tik vienos SPĮ teikiamų MASPP situacija, be to, nevertintas pacientų požiūris į MASPP.

3.2. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų 2018-2022 m. analizė

Tyrimui buvo gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos statistiniai duomenys apie 2018 – 2022 m. suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat duomenys apie suteiktas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir jų kainą. Siekiant pateikti apibendrintą informaciją, duomenys apdoroti suskirstant asmens sveikatos priežiūros paslaugas į paslaugų grupes pagal Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakyme (2005) Nr. 1K-81 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ pateiktą SPP klasifikaciją. Analizuojamos tik didžiausią apimtį iš visų grupių sudariusios paslaugų grupės (t.y. į analizę neįtrauktos tokios paslaugų grupės, kurioms priklausančios mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos sudarė mažiau nei 0,1 proc. nuo visų atitinkamos grupės suteiktų paslaugų).

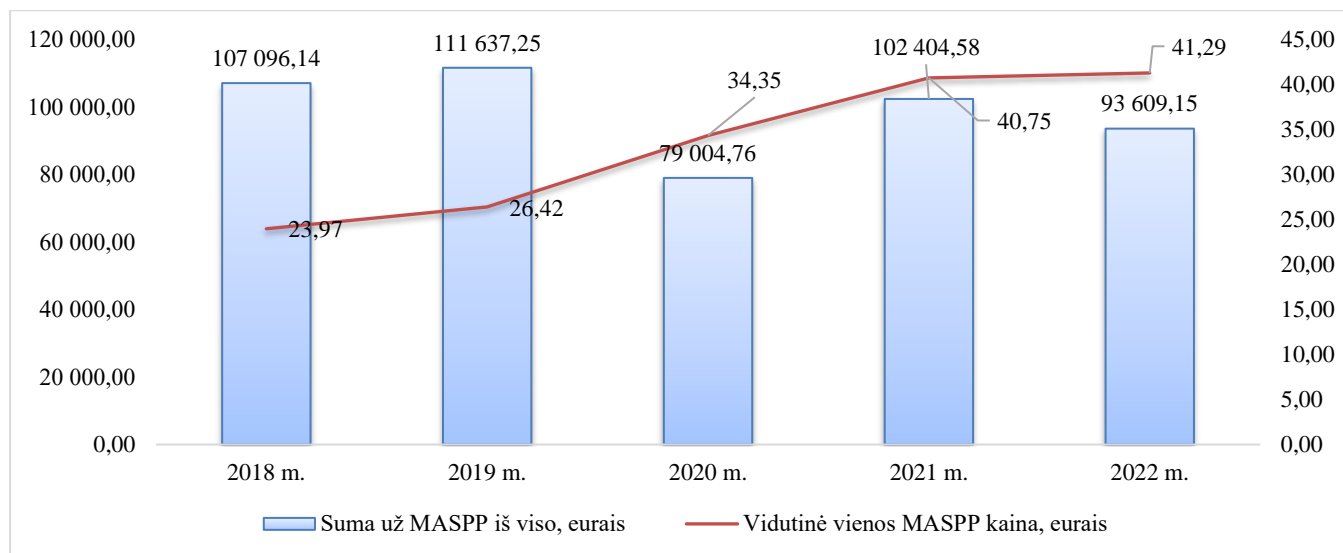
Pirmiausiai, išanalizavus duomenis, siekiama nustatyti, kiek SPĮ 2018 – 2022 m. laikotarpiu suteikė MASPP ir kokią dalį sudarė mokamos paslaugos nuo visų SPĮ pacientams suteiktų paslaugų.

Analizuojant 13 paveiksle pateiktus duomenis matyti, kad daugiausiai MASPP SPĮ suteikė 2018 ir 2019 m., tuo laikotarpiu MASPP dalis nuo visų SPĮ suteiktų paslaugų sudarė atitinkamai 2,2 ir 2,1 proc. Nuo 2020 m. suteiktų MASPP dalis dvigubai mažesnė nei 2018-2019 m. ir sudarė mažiau nei 2 proc. nuo visų suteiktų paslaugų MASPP. Tikėtina, kad tokie pokyčiai buvo lemti Covid-19 pandemijos, kurios metu buvo apribotas SPP teikimas visoje šalyje, didžiausią dėmesį skiriant pandemijos valdymui. Vis dėlto, praėjus pandemijai, t.y. 2022 m., suteiktų MASPP dalis dar labiau sumažėjo.



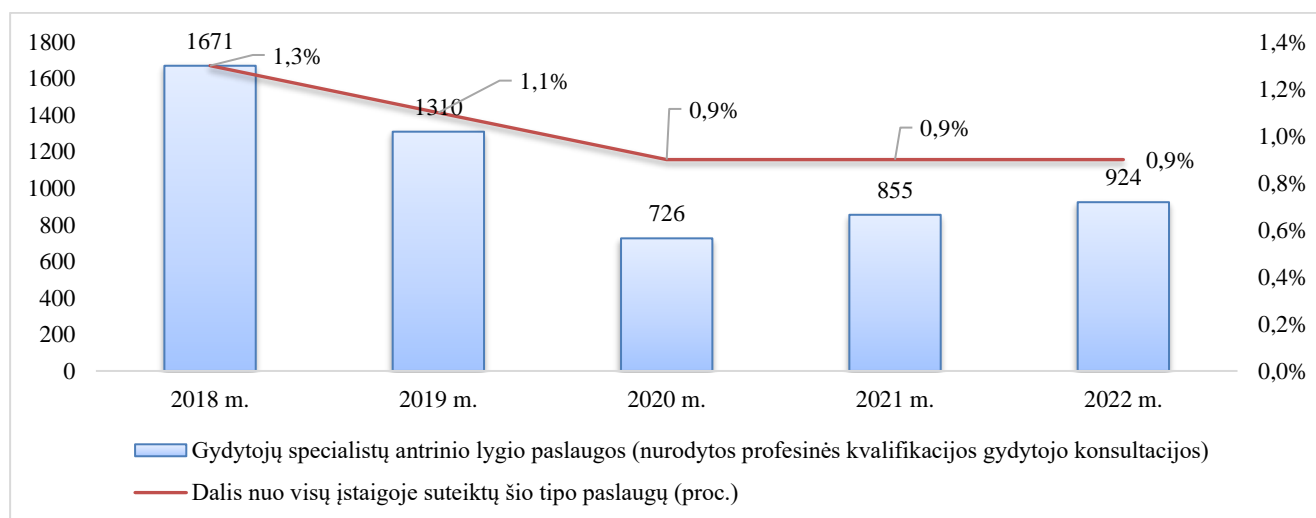
13 pav. SPĮ suteiktos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos 2018-2022 m.

Pagal 14 paveiksle pateiktus duomenis, 2019 m. SPĮ buvo suteikta MASPP už didžiausią sumą (apie 112 tūkst. eurų), tačiau vidutinė vienos MASPP kaina buvo viena mažiausių, t.y. 26,42 eurais. 2020 m. SPĮ gauta suma už MASPP sumažėjo reikšmingai, tačiau vidutinė vienos MASPP kaina išaugo net 8 eurais. 2021 m. ir 2022 m. vidutinė vienos MASPP kaina taip pat didėjo ir sudarė apie 41 Eur lyginant su 2018 ir 2019 m. vidutine vienos MASPP kaina – ji beveik padvigubėjo. Taigi, iš 13 pav. matyti, kad 2022 m. buvo suteikta dvigubai mažiau MASPP nei 2018 m., tačiau surinkta suma už MASPP mažesnė vos 13 tūkst. Eur. Šiuos duomenis galima interpretuoti dvejopai. Pirma, skirtumai gali būti lemiami to, kad pacientai dažniau rinkosi brangesnes MASPP, nei anksčiau, kita vertus, svarbu įvertinti infliaciją, kuri 2022 m. siekė 15-20 proc., o 2018-2020 m. iki 2 proc. (Lietuvos bankas, 2023), todėl įstaiga didino MASPP kainas.



14 pav. SPI suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

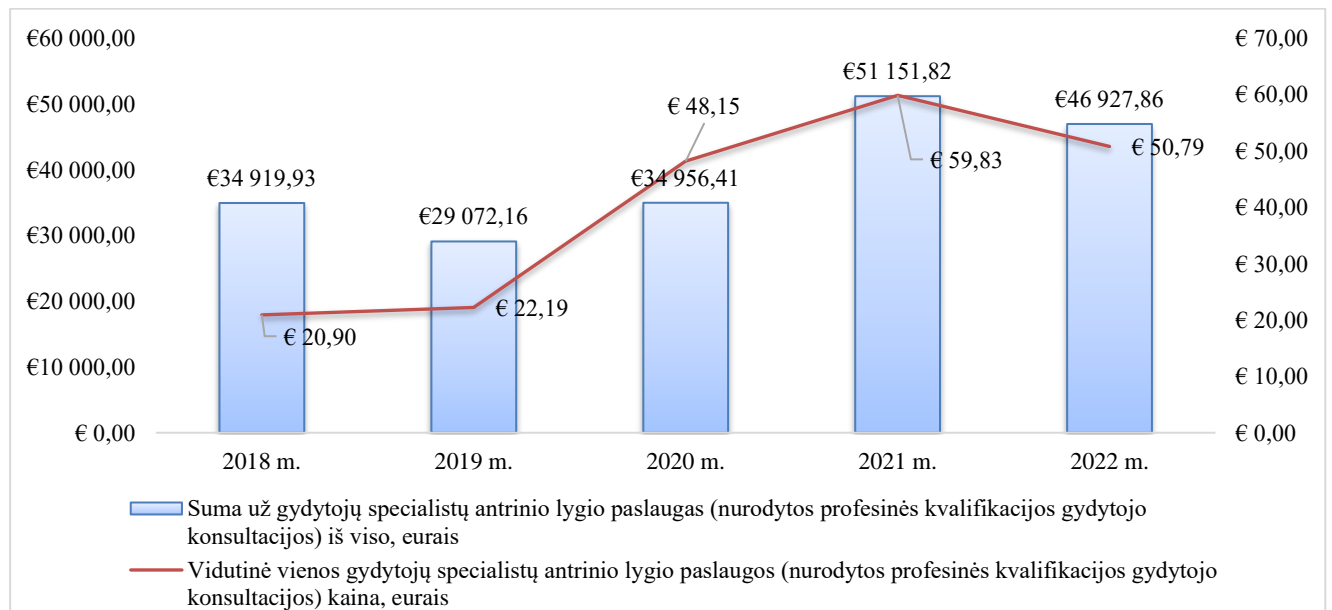
Analizuojant 15 paveiksle pateiktus duomenis matyti, kad 2020-2022 m. laikotarpiu lyginant su 2018-2019 m. SPI suteikė mažiau mokamų gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų (konsultacijų). Tačiau dalis (proc.) nuo visų SPI suteiktų šio tipo paslaugų beveik nekito, t.y. sumažėjo vos 0,2 procentinio punkto (lyginant 2019 ir 2020 m.). Duomenis galima interpretuoti taip, kad SPI pradėjo teikti mažiau šio tipo paslaugų (įskaitant tiek mokamas, tiek ir nemokamas paslaugas).



15 pav. SPI suteiktos gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugos 2018-2022 m.

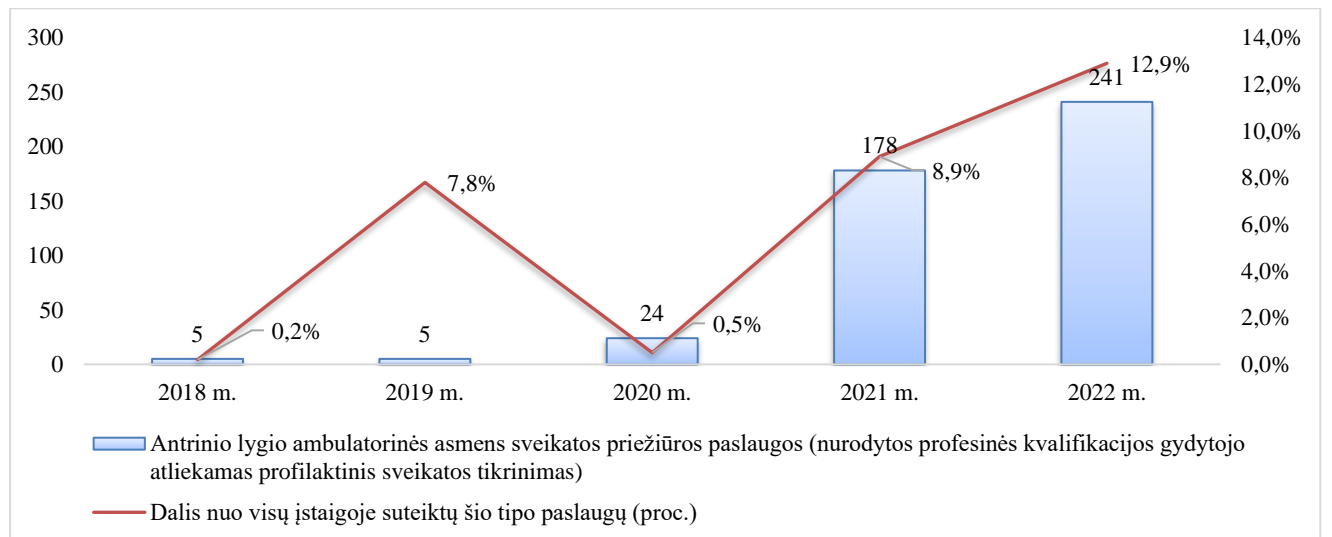
16 paveiksle pateikti duomenys rodo reikšmingą gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų (konsultacijų) kainos augimą. Lyginant 2019 m. ir 2020 m. vidutinė vienos mokamos paslaugos kaina padidėjo net 25,96 Eur, o tai yra dvigubai daugiau. Lyginant 2020 ir 2021 m. kaina dar padidėjo daugiau nei 11 Eur, o 2022 m. ji sumažėjo apie 9 Eur. Šie pokyčiai atspindi tai, kad SPI prasidėjus Covid-19 pandemijai reikšmingai padidino gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų kainas (už konsultaciją). Su infliacija sieti šių kainų pokyčių nebūtų tikslinga, nes 2020 m. ji nebuvo didelė, tačiau kainų pokyčius galima sieti su išaugusiu gydytojų užimtumu dėl pandemijos ir žmogiškųjų

išteklų trūkumu, t.y. vienos paslaugos vidutinės kainos didėjimas galėjo būti nulemtas išaugusiomis darbo sąnaudomis.



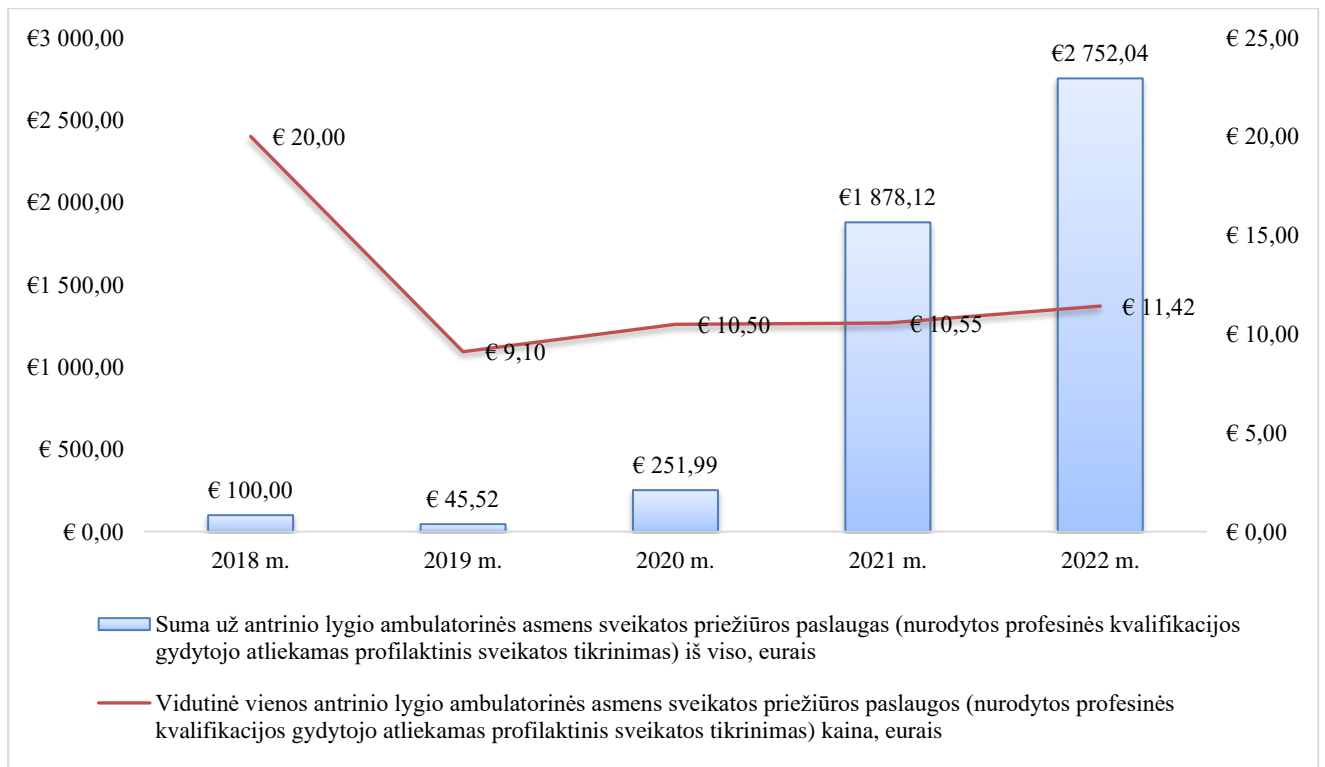
16 pav. SPĮ suteiktų gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

Iš 17 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad nuo 2021 m. ženkliai išaugo SPĮ teikiamų antrinio lygio ambulatorinių asmens SPP apimtys. 2021 m. SPĮ suteiktos mokamos sveikatos patikrinimo paslaugos sudarė net 8,9 proc., o 2022 m. 12,9 proc. nuo visų SPĮ suteiktų šio tipo paslaugų. Situacija galėjo būti nulemta to, kad pacientai dažniau rinkosi mokamas paslaugas, siekdami jas gauti greičiau.



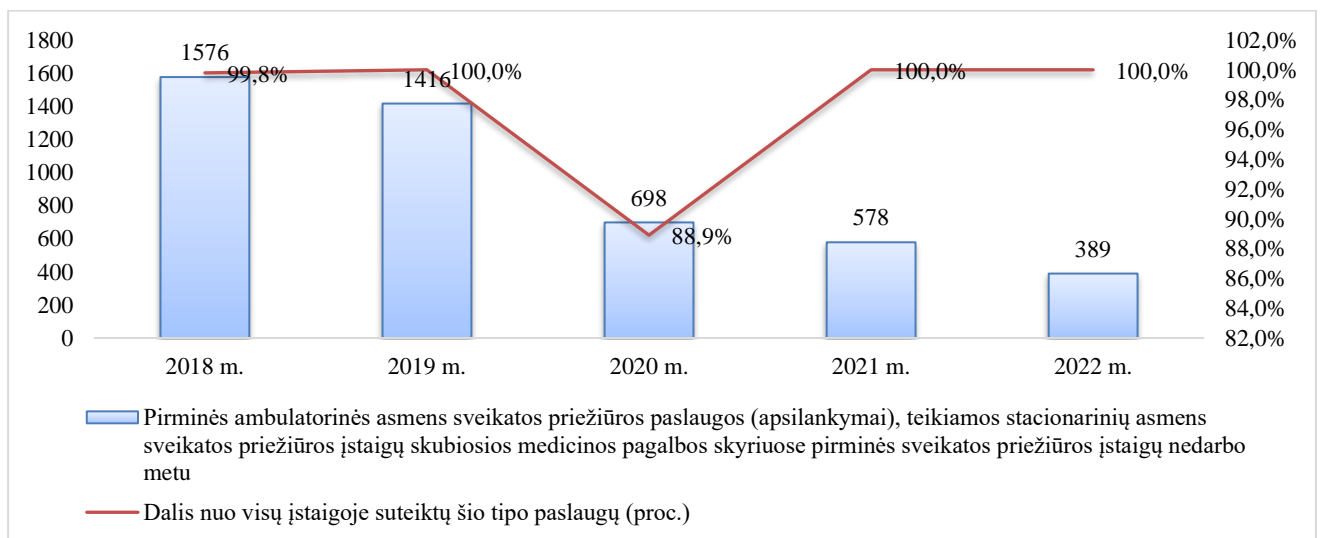
17 pav. SPĮ suteiktos antrinio lygio ambulatorinės asmens SPP 2018-2022 m.

Analizuojant 18 paveiksle pateiktus duomenis, 2019-2022 m. antrinio lygio ambulatorinių asmens SPP vidutinė kaina beveik nesikeitė, nepaisant to, kad 2022 m. fiksuota didelė infliacija. 2021-2022 m. SPĮ bendra surinktų lėšų suma už šias paslaugas išaugo dėl padidėjusių paslaugos teikimo apimčių.



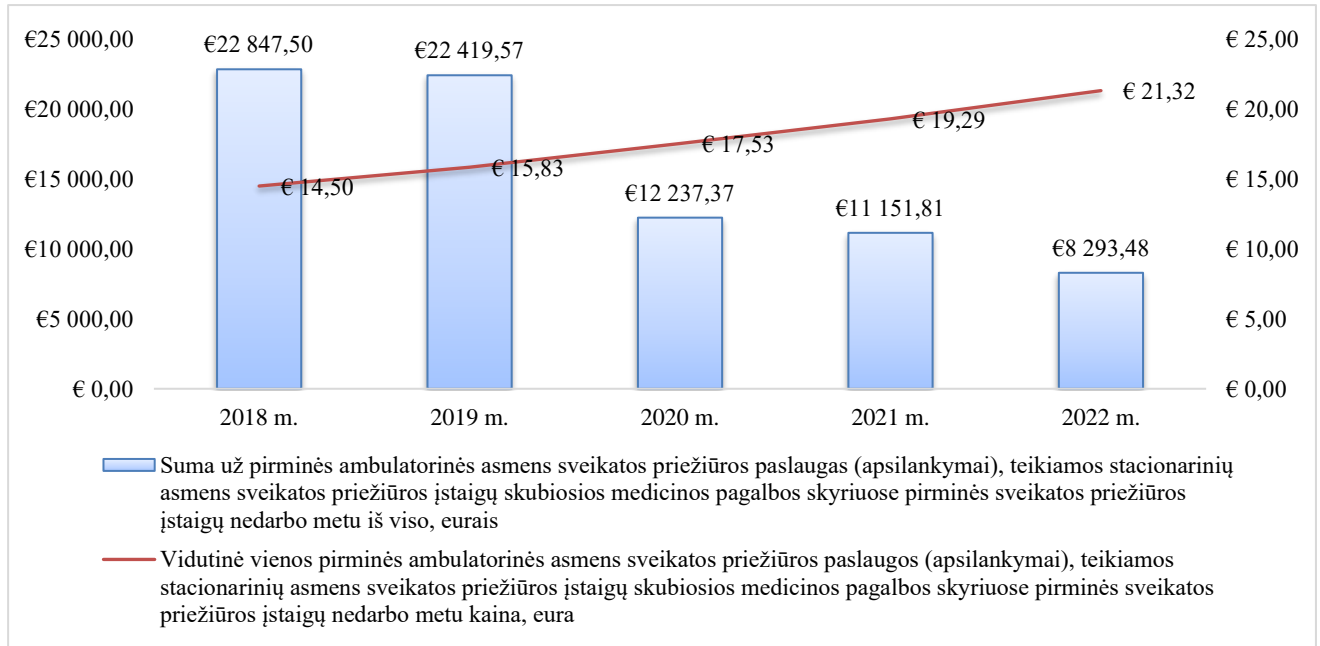
18 pav. SPĮ suteiktų antrinio lygio ambulatorinių asmens SPP suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

19 paveiksle pateikiami duomenys apie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (apsilankymai), teikiamas nedarbo metu. Šių paslaugų 2018 – 2019 m. buvo suteikta ženkliai daugiau nei 2020 – 2022 m. Visos šios paslaugos (išskyrus kai kurios suteiktos 2020 m.) buvo mokamos. Šių paslaugų teikimo sumažėjimas, tikėtina, buvo sąlygojamas Covid-19 pandemijos, kurios metu buvo apribotas šių paslaugų teikimas. 2020 m. skubių, ne darbo metu, suteiktų nemokamai paslaugų galėjo būti suteikta dėl Covid-19, siekiant suteikti skubią medicininę pagalbą (nemokamai) įvertinus pandemijos keliamas rizikas.



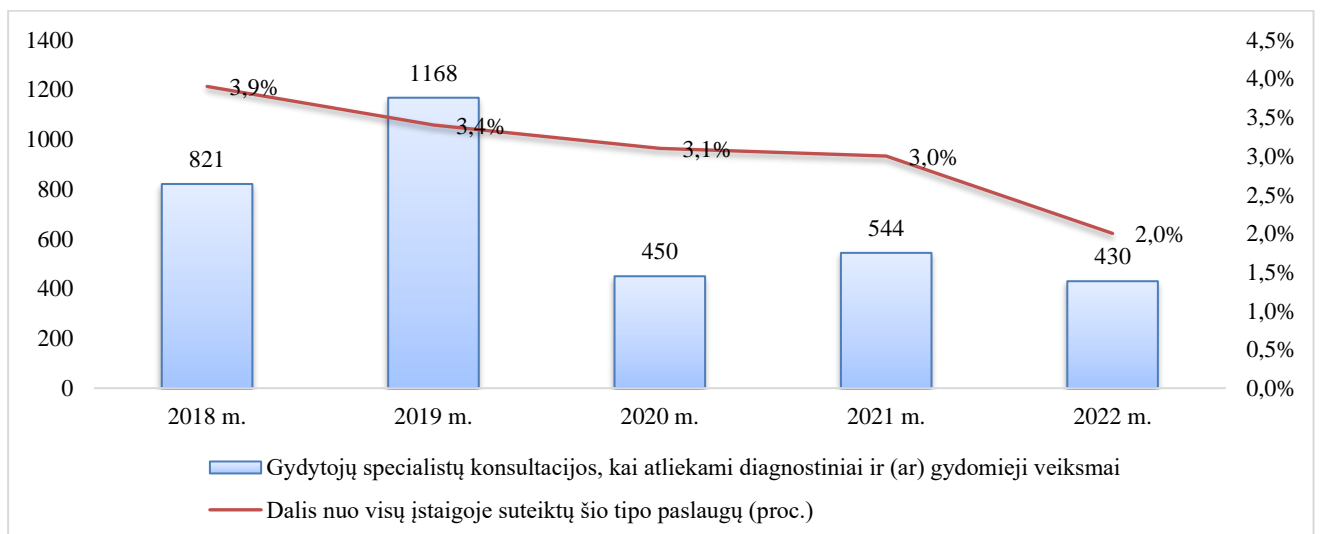
19 pav. SPĮ suteiktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (apsilankymai), teikiamos nedarbo metu 2018-2022 m.

Analizuojant 20 paveiksle pateiktus duomenis matyti, kad 2018-2022 m. pirminių ambulatorinių paslaugų, suteiktų nedarbo metu vidutinė kaina kasmet nuosekliai didėjo nuo 14,50 Eur iki 21,32 Eur, Bendra SPĮ gautų lėšų dalis už šias paslaugas 2020-2022 m. ženkliai mažesnė lyginant su 2018-2019 m. dėl mažesnių paslaugos teikimo apimčių.



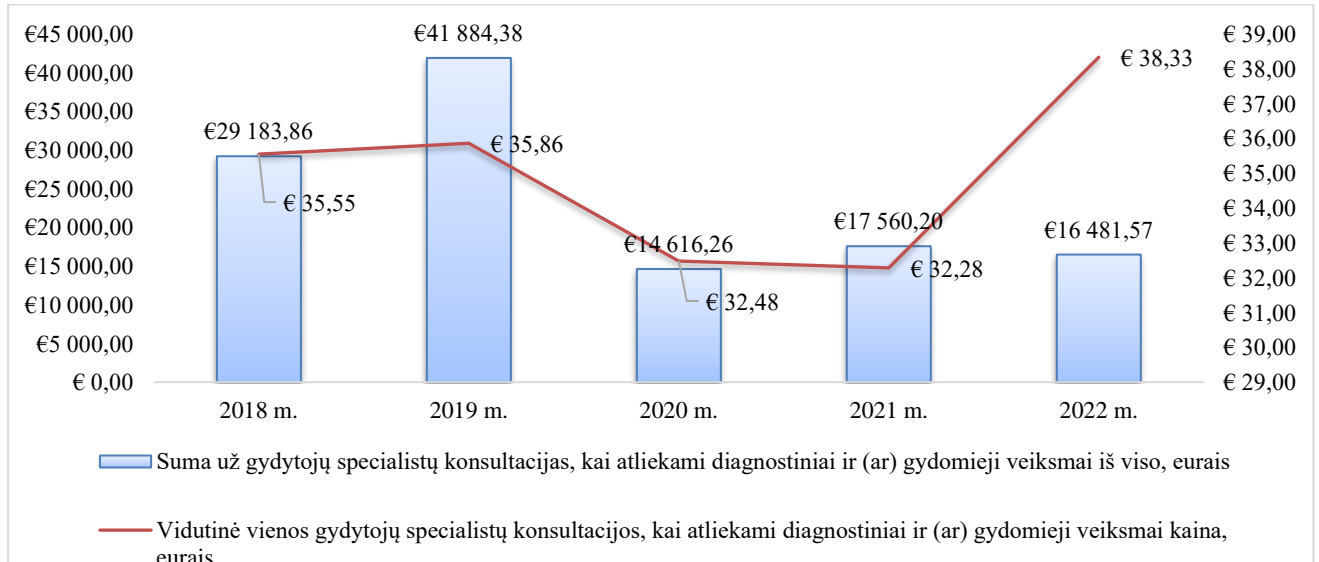
20 pav. SPĮ suteiktų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (apsilankymai), nedarbo metu, suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

21 paveiksle pateikti duomenys apie gydytojų specialistų konsultacijas, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai. Pagal paveiksle pateiktą informaciją, 2018-2019 m. šių paslaugų teikimo apimtys didėjo, tačiau nuo 2020 m. sumažėjo, Vis dėlto, šių paslaugų dalis, nuo visų SPĮ suteiktų šio tipo paslaugų dalis išliko panaši, t.y. apie 3 proc. Todėl galima teigti, kad 2020 ir 2021 m. SPĮ dėl Covid-19 pandemijos teikė mažiau šio tipo paslaugų.



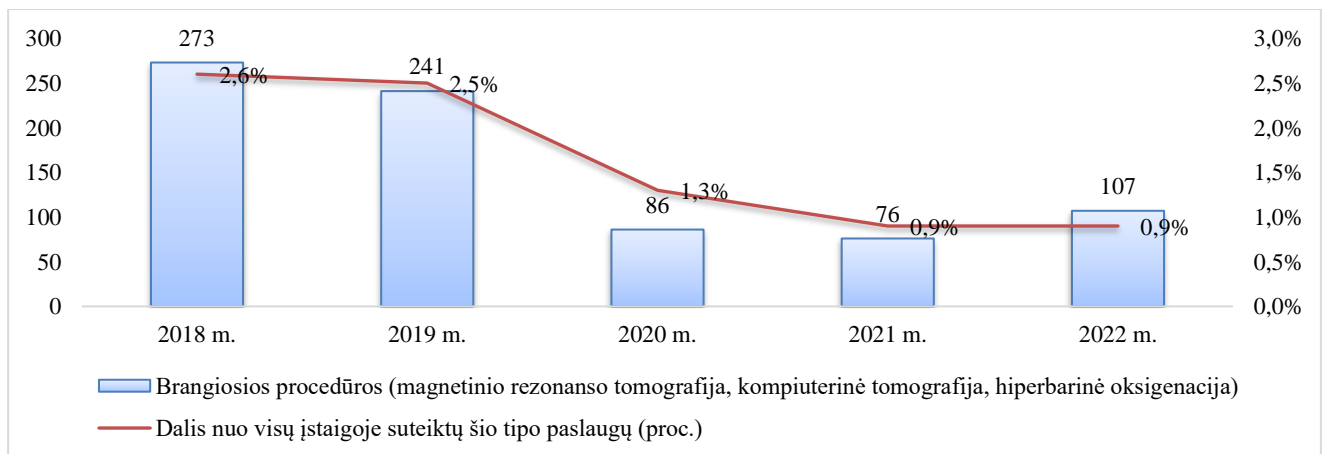
21 pav. SPĮ suteiktos gydytojų specialistų konsultacijos, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai 2018-2022 m.

Remiantis 22 paveiksle pateiktais duomenimis, SPĮ teiktų mokamų gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai tyrimai vidutinė kaina 2020 m. lyginant su 2019 m. sumažėjo ir sudarė apie 32,48 Eur. ir ji, liko tokia pati 2021 m.. Vis dėlto, 2022 m. šios paslaugos vidutinė kaina ženkliai išaugo (38,33 Eur) ir viršijo priešpandeminio laikotarpio kainas. Kainų padidėjimo priežastis – pacientai dažniau rinkosi brangiau kainuojančių paslaugų kainas, didėjo ir teikiamų paslaugų įkainiai.



22 pav. SPĮ suteiktų gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai, suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

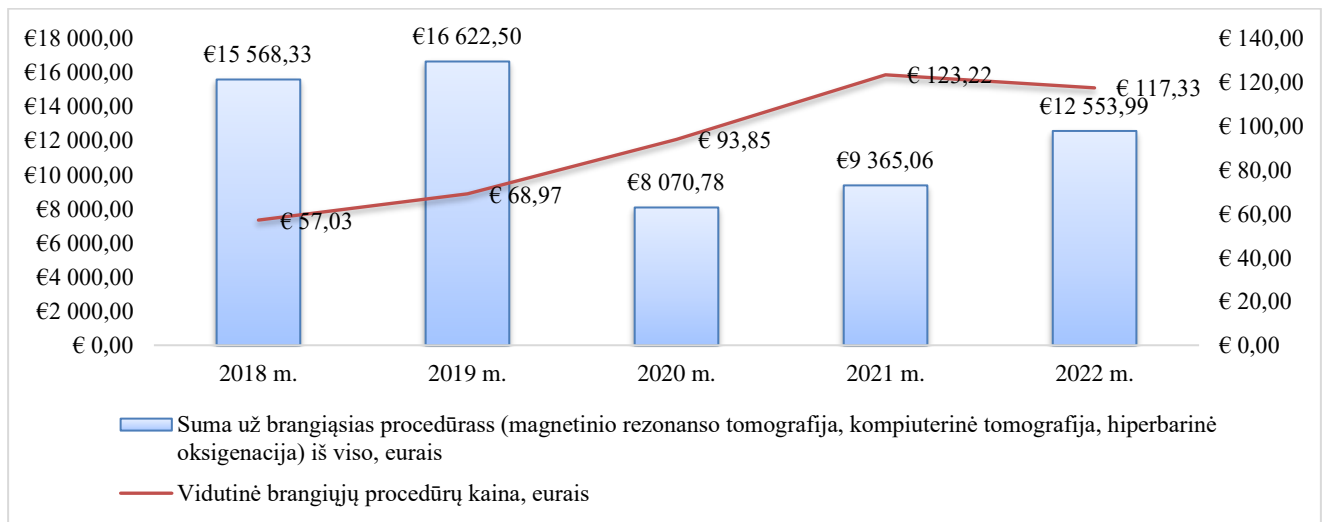
Remiantis 23 paveiksle pateiktais duomenimis, SPĮ nuo 2020 m. lyginant su 2018-2019 m. atliko santykinai mažiau mokamų brangiųjų tyrimų. Iki Covid-19 pandemijos mokamų brangiųjų tyrimų dalis nuo visų atliktų tyrimų sudarė 2,5-2,6 proc., o nuo pandemijos pradžios iki 2022 m. 1,3 proc. ir mažiau. Tai reiškia, kad pacientai rečiau rinkosi mokamus brangiuosius tyrimus atlikti, dažniau jie buvo atliekami nemokamai.



23 pav. SPĮ atliktos brangiosios procedūros 2018-2022 m.

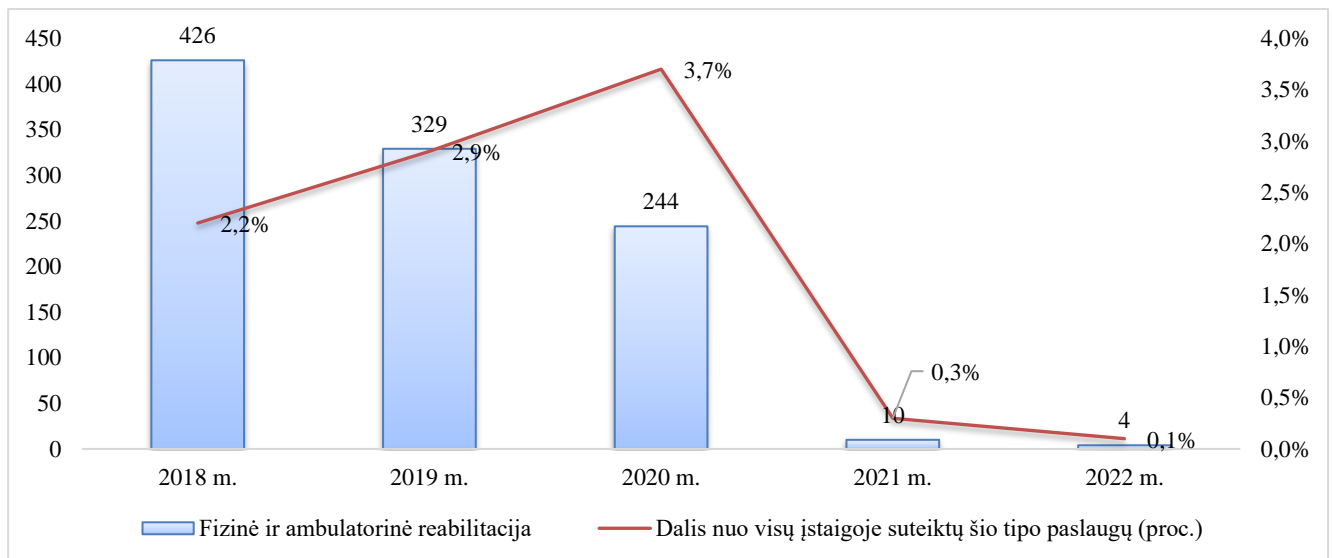
Remiantis 24 paveiksle pateikta informacija matyti, kad brangiųjų tyrimų kaina 2018-2021 m. kasmet didėjo. 2018 m. vidutinė vieno tyrimo kaina siekė apie 57,03 Eur, o 2022 m. – ji jau buvo dvigubai didesnė, t.y. sudarė apie 117,33 Eur). Remiantis šiais duomenimis, galima daryti prielaidą,

kad toks reikšmingas kainų padidėjimas gali būti sviri priežastis dėl kurios pacientai nuo 2020 m. rečiau rinkosi atlikti mokamus brangiuosius tyrimus.



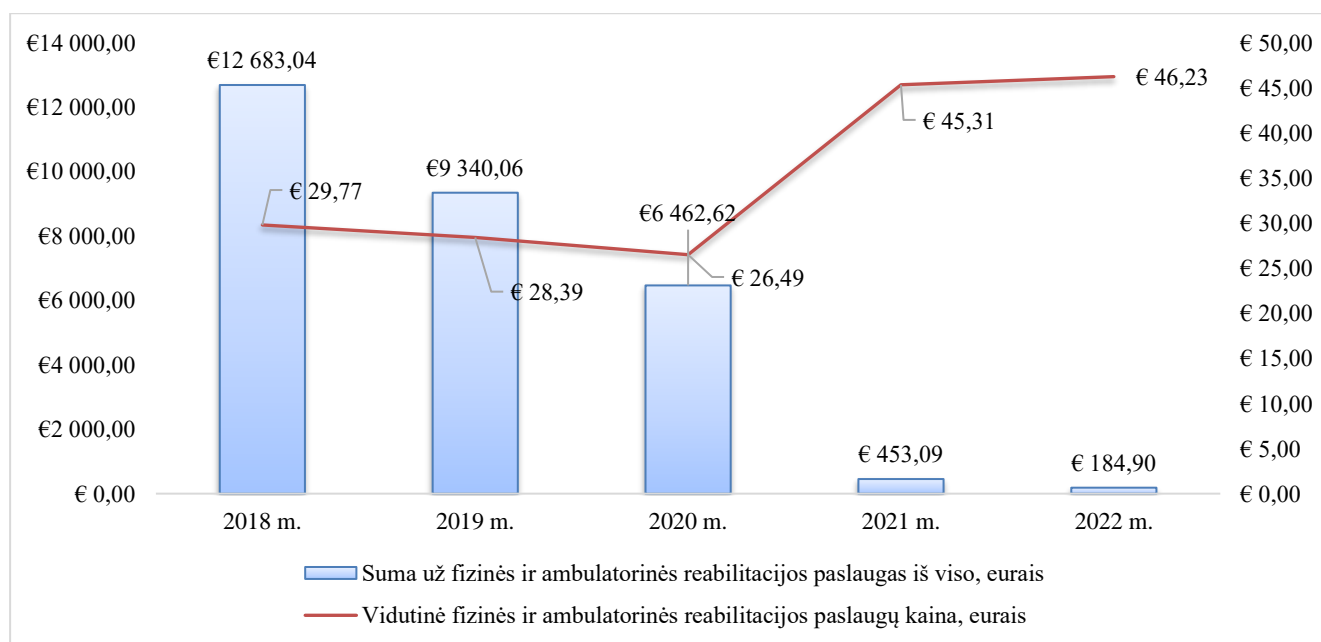
24 pav. SPĮ atliktų brangiųjų procedūrų suma ir jų vidutinė kaina (Eur) 2018-2022 m.

25 paveiksle pateikta informacija apie SPĮ suteiktas mokamas fizinės ir ambulatorinės rehabilitacijos paslaugas. Atkreiptinas dėmesys, kad iki 2020 m. šių paslaugų, suteiktų mokamai, santykinė dalis (proc.) nuo visų šio tipo paslaugų didėjo 2,2-3,7 proc., nors teikiamų paslaugų apimtys mažėjo nuo 426 iki 244 paslaugų. 2021 ir 2022 m. pastebimas reikšmingas mokamai suteiktų fizinės ir ambulatorinės rehabilitacijos paslaugų kiekio ir santykio (proc.) sumažėjimas.



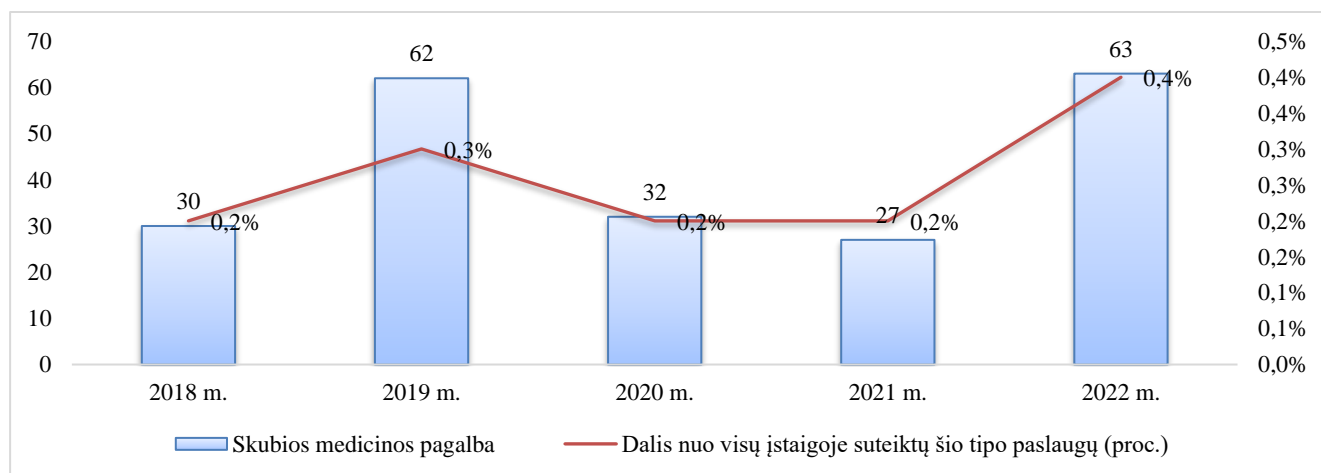
25 pav. SPĮ suteiktos fizinės ir ambulatorinės rehabilitacijos paslaugos 2018-2022 m.

Aptariamų paslaugų kiekio ir santykio (proc.) nuo visų teiktų paslaugų sumažėjimas, tikėtina, sąlygotas reikšmingo – beveik dvigubo kainų padidėjimo. 2020 m. vienos tokios paslaugos vidutinė kaina buvo apie 26,49 Eur, o 2021 m. ji siekė net 45,31 Eur.



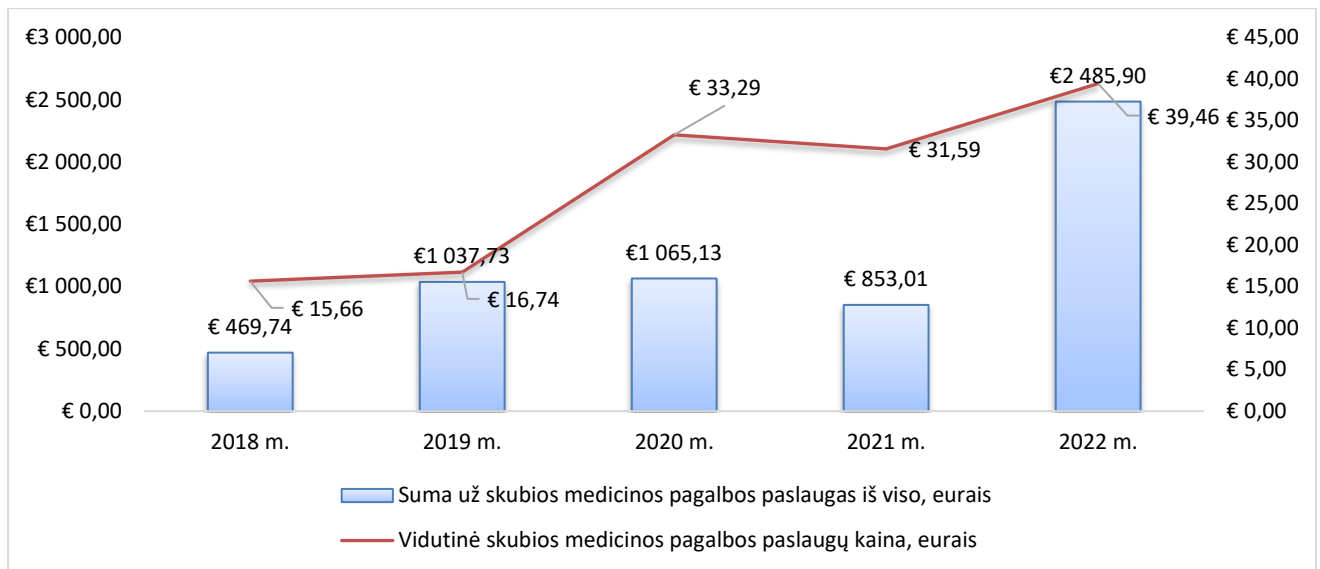
26 pav. SPI suteiktų fizinės ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

Analizuojant 27 paveiksle pateiktus duomenis apie skubios medicinos pagalbos paslaugų, suteiktų SPI, dinamiką 2018-2022 m. matyti, kad pokyčiai nėra žymūs. Nors 2019 m. ir 2022 m. šių paslaugų (skaičiumi) SPI suteikė daugiau nei kitais metais, tačiau santykinė dalis (proc.) nuo visų šių paslaugų beveik nesikeitė ir sudarė iki 0,4 procentinio punkto.



27 pav. SPI suteiktos skubios medicinos pagalbos paslaugos 2018-2022 m.

Pagal 28 paveiksle pateiktus duomenis matyti, kad didėjo SPI teikiamų skubios medicinos pagalbos paslaugų vidutinė kaina. Lyginant 2018 m. ir 2022 m. vidutines paslaugos kainas, jos išaugo 2,5 karto (nuo 15,66 Eur iki 39,46 Eur). Vis dėlto, kaip aptarta prieš tai, suteiktų mokamų paslaugų santykinė dalis (proc.) 2022 m. buvo didžiausia. Tokie duomenys galėjo būti sąlygojami paslaugos specifikos, t.y. analizuojama paslauga – skubios medicinos pagalba, todėl net ir padidėjus jos kainai, pacientai renkasi susimokėti, jei yra skubus poreikis.



28 pav. SPĮ suteiktų skubios medicinos pagalbos paslaugų suma ir vidutinė jų kaina (Eur) 2018-2022 m.

Apibendrinant, sveikatos priežiūros įstaigos 2018 – 2022 m. suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dinamiką, galima teigti, kad suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų santykinė dalis (proc.) nuo visų suteiktų paslaugų mažėjo, tačiau dėl infliacijos didėjo vidutinė mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina. Lyginant priešpandeminį (2018 ir 2019 m.) su pandeminiu (2020 ir 2021 m.) bei popandeminiu (2022 m.) laikotarpiais, mažiausios MASPP kainos buvo priešpandeminiu laikotarpiu, tačiau jos pradėjo didėti 2021 m., o popandeminiu laikotarpiu fiksuojamos didžiausios MASPP kainos analizuojamu laikotarpiu. 2021-2022 m. didėjo gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų (konsultacijų), pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų nedarbo metu, gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai veiksmai, brangiųjų procedūrų, fizinės ir ambulatorinės rehabilitacijos, skubios medicinos pagalbos paslaugų kainos. Kadangi didėjo MASPP kainos, SPĮ jų santykinai suteikė mažiau, t.y. pacientai rinkosi daugiau nemokamų šio tipo paslaugų, išskyrus skubios medicinos pagalbos – jas pacientai rinkosi santykinai dažniau, nepaisant to, kad kaina 2022 m., lyginant su 2018 m. padidėjo net 2,5 karto. Interpretuojant šiuos duomenis, galima daryti išvadą, kad pacientai labiau linkę palaukti, rinktis nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas renkasi esant skubios pagalbos poreikiui. Atsižvelgiant į tai, kad didėjant MASPP kainai mažėjo santykinė tokių paslaugų dalis nuo visų suteiktų paslaugų, galima daryti išvadą, kad pacientai reaguoja į kainų pokyčius.

3.3. Kokybinio tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Siekiant atskleisti MASPP teikimo ypatumus, kylančias problemas bei tobulintinas kryptis, taikytas interviu metodas, apklausiant sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančius specialistus bei administratorius, kadangi tai asmenys, kurie gali tiksliausiai apibūdinti sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir jų teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje.

3.3.1. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ligoninėje vertinimas

Informantams buvo pateiktas klausimas: „*Kaip vertinate mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Jūsų ligoninėje? Pateikite argumentus.*“ Tyrime dalyvavę informantai SPI teikiamas MASPP įvertino teigiamai, kadangi jų teikimas sudaro sąlygas pacientams pasirinkti paslaugą(as), o esant poreikiui gauti sveikatos priežiūros paslaugas greičiau, o tai geriau atliepia pacientų poreikius, didina SPP prieinamumą, anot informanto: „*Siekdama įvertinti, ar formuojama ir įgyvendinama sveikatos priežiūros politika, ligoninė sprendžia paslaugų prieinamumo ir orientacijos į pacientą problemas*“ (A4). Nepaisant to, informantai atskleidė, kad SPI nesuteikia pakankamai informacijos pacientams apie galimybę gauti MASPP, todėl visas tokių paslaugų teikimo potencialas neišnaudojamas (4 lentelė).

4 lentelė. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo SPI vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
MASPP teikimo vertinimas	MASPP teikimas vertinamas teigiamai	A2: „ <i>Vertinu gerai, jeigu pacientui reikia gauti paslaugą greičiau, ir jis gali už tai susimokėti, nematau nieko blogo.</i> “ A3: „ <i>Geras dalykas tai, kad kai kuriais atvejais gali gauti ne bazinę priemonę, bet papildomai sumokėjęs geresnės kokybės priemonę, pvz.: lęšiai.</i> “ A5: „ <i>Vertinu teigiamai, darbuotojams yra galimybė gauti mokamas paslaugas su nuolaida, o pacientams yra aiški tvarka kaip jas gauti ir kaip apmokėti.</i> “ A7: „ <i>Vertinu teigiamai. Pacientas prie planiškai paskirtų tyrimų turi neribotą galimybę pasidaryti papildomus tyrimus už „prieinamą“ kainą. Net gi, yra galimybė atlikti daugumą tyrimų III-tinio lygio.</i> “ A9: „ <i>Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ligoninėje vertinu teigiamai, aiškiai apibrėžti kriterijai už ką ir kiek reikia mokėti.</i> “
	Trūksta informacijos apie MASPP	A1: „ <i>Ligoninėje teikiamos mokamos paslaugos, tačiau gal nėra tai labai akcentuojama viešai. Daugiau ir pirmiausiai orientuojamasi į nemokamas asmens sveikatos paslaugas.</i> “ A6: „ <i>Mokamų paslaugų pasirinkimas labai platus, tačiau tiesiogiai su jomis nedirbant informacijos labai mažai. Dažnai specialistai net nepasiūlo pacientui alternatyvų, net jei tai būtų mokama paslauga.</i> “

Informantams buvo pateiktas kitas klausimas: „*Kokios pagrindinės priemonės taikomos Jūsų ligoninėje, siekiant užtikrinti efektyvų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą?*“. Informantai efektyvaus MASPP užtikrinimo sąlygomis nurodė tinkamą MASPP paslaugų teikimo reglamentavimą, kuriuo turi būti vadovaujama teikiant šias paslaugas, taip pat MASPP viešinimą, informuojant pacientus apie galimybę jomis pasinaudoti, bei informacijos skelbimas apie MASPP kainas (5 lentelė).. Informacijos sklaida, anot informantų, turi būti užtikrinama tiek pačioje SPI, tiek ir

socialinėje erdvėje, SPĮ interneto tinklalapyje. Be to, viena iš MASPP efektyvaus teikimo prielaidų – yra užtikrinimas, kad MASPP būtų lengvai prieinamos.

5 lentelė. Pagrindinės priemonės, taikomos SPĮ, siekiant užtikrinti efektyvų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Efektyvaus MASPP teikimo užtikrinimo priemonės	MASPP teikimo reglamentavimas	A1: „Reglamentuojamos tvarkos generalinio direktoriaus įsakymu, kurios parengtos remiantis SAM.“ A4: „<...> Mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis mokamų paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų nustatyta tvarka.“ A8: „Remiamasi mokamų paslaugų įsakymu, gydytojams / specialistams belieka juo vadovautis. <...>“
	MASPP viešinimas	A2: „Priemonės yra informacijos sklaida, kad pacientai žinotų apie teikiamas paslaugas, reklama, ligoninės tinklaraštis, feisbukas.“ A3: „VŠĮ mokamos paslaugos nėra prioritetas dalykas, tačiau pacientai/klientai turi prieinamą info apie šias paslaugas pvz.: informaciniai standai.“ A4: „Aiškiai matomoje vietoje iškabinta informacija apie ligoninėje teikiamas mokamas ir nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jų gavimo galimybes <...>.“ A6: „Informacijos sklaida socialiniuose tinkluose, ligoninės puslapyje. Mano manymu ji yra nepakankama. Kuo galime pasidžiaugti, tai patogia atsiskaitymo sistema už mokamas paslaugas.“ A9: „<...> Kokiomis mokamomis paslaugomis gali pasinaudoti, informaciją pacientas gali rasti ligoninės tinklalapyje, kuriame pateiktas mokamų paslaugų sąrašas su kainomis <...>.“
	MASPP paslaugų kainų skelbimas	A5: „Visas mokamų paslaugų kainynas yra pateiktas internetiniame puslapyje, todėl galima iš anksto su jomis susipažinti, taip pat atvykus konsultacijai pas gydytoją, jis suteikia informaciją apie mokamas paslaugas.“
	MASPP prieinamumo užtikrinimas	A7: „Pacientas/klientas be išankstinės registracijos gali atvykti į laboratoriją ir jam bus suteiktos mokamos laboratorinių tyrimų paslaugos. Rutininiai tyrimai - tą pačią dieną, retesni savaitės eigoje.“ A9: „Pacientai visada turi galimybę pasirinkti mokamas asmens sveikatos paslaugas. <...> taip pat patogus apmokėjimo būdas. Pacientas gali už paslaugas atsiskaityti ligoninės mokamų paslaugų bankomate.“

Tyrimo informantams pateikus klausimą: „Kaip vertinate mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teisinį reglamentavimą (pvz. LR SAM ministro, ligoninės vadovybės įsakymus)?“ buvo nustatyta, kad LR SAM nustatytas ir SPĮ įsakymais bei tvarkomis nustatytas MASPP teisinis reglamentavimas yra tinkamas ir aiškus. Vis dėlto, kai kurie MASPP teisinio reglamentavimo aspektai nebėra aktualūs, pavyzdžiui, LR SAM ministro teisės aktuose nepanaikinti kai kurių nebeegzistuojančių specialybių/pareigybių teikiamų SPP ypatumai. Anot informanto: „SAM įsakymai ir paslaugos turėtų būti peržiūretos ir suderintos pagal pareigybes, medicinos normas ir kt. <...>Kai kurie SAM įsakymai nėra koreguoti, pvz. felčerio teikiamos mokamos paslaugos, kai tuo tarpu praktikoje tokios pareigybės jau nėra.“ (A1). Dar vienas informantų įvardintas aspektas, rodantis teisinio reguliavimo tobulinimo poreikį, yra tai, kad turėtų būti keičiamas SPP teisinis reglamentavimas, keičiant šių paslaugų kompensavimo tvarką. Informantai nepritarė šalyje taikomai sveikatos draudimo sistemai, kai asmuo moka privalomąjį sveikatos draudimą, tačiau turi papildomai

mokėti dėl geresnio prieinamumo pas specialistą ir kt. ir siūlo keisti šią sistemą, kuri apimtų bazines, papildomas ar kitas įmokas, susietas su gaunamų SPP spektru (6 lentelė). Vis dėlto, toks siūlymas, tikėtina, didintų SPP prieinamumo netolygumus tarp skirtingų gyventojų grupių ir vien dėl mažesnių pajamų apribotų kai kurių gyventojų grupių galimybes gauti kokybiškas SPP. Teigiama, kad gyventojai dažnai nežino kiek, kada, kaip sunkiai sirgs ir kokios bus jų sveikatos priežiūros išlaidos ir, ar pajėgs susimokėti už gydymą, todėl labai svarbu, kad viešųjų įnašų mechanizmai būtų pagrįsti pajamomis ir leistų gauti sveikatos priežiūros paslaugas pagal poreikį, o ne mokėjimą (Mihalache, Tomaziu-Todosia & Apetroi, 2018).

6 lentelė. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teisinio reglamentavimo vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
MASPP teisinio reglamentavimo vertinimas	Teisinis reguliavimas tinkamas	A2: „<...> atrodytų yra viskas sutvarkyta, asmenys žino kainas, ir yra viskas pateikta teik ligoninės puslapyje, tiek DVS“ A3: „SAM teisės aktai apibrėžia paslaugas kurios nėra kompensuojamos/apmokamos iš valstybės biudžeto ir pateikia šių paslaugų kainyną. Pagal ką vyksta įtraukimas – nežinau. O remiantis šiais teisės aktais, ligoninė išleidžia įsakymus, kuriais remiantis pacientai/klientai gali susimokėti už paslaugas – todėl labai didelių interpretacijų nėra.“ A6: „Mano manymu, mokamos paslaugos pakankamai aiškiai yra apibrėžtos teisiais aktais, ligoninės įsakymais bei tvarkomis.“
	Galiojantis teisinis reguliavimas dėl SPP kompensavimo yra netinkamas	A3: „Nepaisant SAM įsakymų, kuriuose yra reglamentuota paslaugų apmokėjimo tvarka, galimos tam tikros interpretacijos, todėl galbūt reiktų atsisakyti mokamų paslaugų, bet koreguoti sveikatos draudimo sistemą išskiriant tam tikro lygio paslaugas priklausomas nuo įmokų pvz. moki bazinį draudimą – gauni bazines paslaugas, įmokos didesnės – galimos „extra“ paslaugos.“ A9: „Jeigu jau yra tokie įsakymai, tai vertinti sunku, belieka tik juos vykdyti. Vertinu neigiamai, jeigu pacientas kuris moka mokesčius turi papildomai mokėti pvz., kad pacientas greičiau patektų pas specialistą nes talonų pas gyd. artimiausiu metu nėra ar priemokų iš pacientų ėmimo <...>.“

Apibendrinant, MASPP teikimas ligoninėje vertinamas teigiamai, nors pripažįstama, kad trūksta pacientų informavimo apie galimybę gauti šias paslaugas. Tyrimo nustatyta, kad MASPP trumpinys, bet pirmame sakinyje ne trumpinys teikimo efektyvumą sąlygoja tokios prielaidos kaip aiškus šių paslaugų teikimo reglamentavimas ir jo laikymasis, informacijos apie MASPP viešinimas, skelbiant ir paslaugų kainas, taip pat turi būti užtikrinamas tokių paslaugų prieinamumas. Tyrimas leidžia teigti, kad šiuo metu galiojantis LR SAM ir SPĮ teisinis reguliavimas yra tinkamas ir aiškus, vis dėlto yra keli tobulintini aspektai – tai teisės aktų pakeitimai pašalinant juose neaktualias nuostatas apie nebeteikiamas paslaugas. Keli informantai nurodė, kad būtų tikslinga tobulinti visą SPP kompensavimo ir apmokėjimo tvarką.

3.3.2. Iššūkiai, kylantys teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ligoninėje

Informantams pateikus klausimą: „Su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) susiduria Jūsų ligoninė teikdama mokamas sveikatos priežiūros paslaugas?“, buvo atskleistos kelios

problemos, su kuriomis susiduriama teikiant MASPP. Pirma, neišvystytos IT sistemos, todėl pacientams informacijos prieinamumas apie MASPP yra ribotas, pavyzdžiui, sunku užsakyti mokamus tyrimus arba informacija apie tyrimų atsakymus nesiunčiama pacientui elektroniniu paštu kaip tai daro privačios įstaigos. Antra, sudėtingas MASPP administravimas, t.y. pacientams labai sudėtingas apmokėjimas, kurį galima atlikti tik specialiu aparatu, sunku sistemoje suformuluoti mokėjimo nurodymą. Trečia, pacientas pasirenka MASPP, tačiau jos nėra taip greitai prieinamos, kaip tikimasi, kadangi trūksta sveikatos priežiūros specialistų ir MASPP nėra sudaroma atskira eilė, todėl dažnai pacientams tenka laukti (7 lentelė). Vienas informantas atkreipė dėmesį, kad SPI neišnaudoja galimybių teikti platesnį MASPP spektrą: „<...> manau, kad per mažai yra teikiama mokamų paslaugų, tikrai tai neišnaudota niša į kurią reikia orientuotis.“ (A6), o kitas informantas atskleidė, kad susiduriama su problema išlaikant mokamų ir nemokamų SPP teikimo santykį, kai vienos SPP teikiamos, kitas SPP pasirinkę pacientai turi laukti: „Kaip protingai paskirstyti mokamas ir nemokamas konsultacijas, laikus, kad nenukentėtų pacientas“ (A2)

7 lentelė. Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduriama ligoninėje teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos kylančios teikiant MASPP	Neišvystytos IT sistemos, ribojančios informacijos apie MASPP prieinamumą	A1: „Sunku ligoninės ESIS sistemoje rasti kai kurias mokamas paslaugas, reiktų aktyvesnio IT dalyvavimo, kad būtų patogiau filtruoti ir rasti informaciją apie teikiamas asmens sveikatos paslaugas.“ A7: „Pagrindinė problema, tyrimų atidavimas pacientui/klientui. Šiuo metu taikomas tik fizinis atsiėmimas tyrimų rezultatų. Neturim galimybės siųsti koduotus tyrimų atsakymus el. paštu, nepažeidžiant asmens konfidencialumo. Būtų puikus sprendimas, rezultatus asmeniui gauti į e. sveikatos portalą, tai kaip atlieka privačios laboratorijos.“ A6: „Manau, kad netobula mokamų kraujo tyrimų užsakymo sistema. Slaugytojai ilgai užtrunka, užsakydami mokamus kraujo tyrimus<...>.“
	Sudėtingas MASPP administravimas	A3: „Teikiant mokamas paslaugas pakankamai sudėtingas jų administravimas, kai reikia suforminti mokėjimą. Taip pat ne visą laiką yra galimybė susimokėti kasoje. Nepaisant to, kad yra mokėjimo terminalas, tačiau ir čia susiduriama su trukdžiais – norint susimokėti grynais ne visų formų kupiūros yra priimamos pvz.: tam tikro leidimo 100 eurų kupiūros.“ A5: „Manau, kad didžiausias sunkumas tai apmokėjimo aparatas, nes senyvo amžiaus pacientams yra sunku suprasti kaip naudotis paslauga, bet gerai tas, kad aparatas yra prie registratūros, todėl registratorės visada gali padėti.“
	MASPP nepakankamai prieinamos dėl ilgų eilių ir sveikatos priežiūros specialistų trūkumo	A4: „Paslaugų prieinamumo problema dėl didelių eilių išlieka aktuali.“ A9: „Darbuotojų trukumas (specialistų, slaugos personalo), kad plėsti mokamų paslaugų spektrą ar didinti jų kiekį. Pacientai mokėdami už paslaugas tikisi ją gauti čia ir dabar.“ A6: „<...> mokamų paslaugų paketams turėtų būti trumpesnės eilės, nes tikrai yra pacientų, kurie mieliau susimokėtų už konsultacijas, tyrimus nei lauktų ilgas eiles<...>.“ A8: „<...> tačiau kita bėda yra personalo trūkumas <...>.“

Tyrimė informantams buvo pateiktas klausimas: „Kokius pokyčius Jus siūlytumėte ligoninėje teikiant mokamas sveikatos priežiūros paslaugas?“ Informantai pažymėjo, kad būtų tikslinga gilinti specialistų kompetencijas, kurios įgalintų teikti daugiau ir kokybiškesnių SPP, taip pat turėtų būti

skiriami priedai sveikatos priežiūros specialistams už suteiktas MASPP, kadangi jie būtų labiau suinteresuoti šias paslaugas pasiūlyti ir suteikti pacientui. Taip pat, reikalinga suteikti daugiau informacijos pacientams apie galimybę gauti tokias paslaugas, skirti atskirą eilę šioms paslaugoms gauti bei tobulinti kainodarą, t.y. būtų tikslinga sumažinti kainas ir sudaryti sąlygas ligoninei pačiai nuspręsti, kokia būtų minimali kaina už MASPP – taip užtikrinant didesnę viešosios SPI konkurencingumą su privačiomis SPI (8 lentelė). Tai ypač aktualu, siekiant suteikti sveikatos priežiūros paslaugas įvairioms socialinėms gyventojų grupėms, kadangi, anot Tamutienės, Černiauskaitės ir Sruogaitės (2011), finansinės kliūtys yra beveik neįveikiamos mažas pajamas gaunantiems pacientams įpirkti brangias mokamas SPP.

8 lentelė. Pokyčiai, kurie reikalingi ligoninėje teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pokyčių SPI, teikiant mokamas paslaugas, poreikis	Specialistų kompetencijų tobulinimas	A1: „Turime nemažai specialistų, kurie tiekdami mokamas paslaugas galėtų plėsti savo kompetencijas. Reikalingas pačių specialistų įsitraukimas ir noras.“
	Priedų sveikatos priežiūros specialistams skyrimas už suteiktas MASPP	A2: „Už suteiktas mokamas paslaugas, specialistams reikėtų didesnio apmokėjimo prie DU [darbo užmokesčio] . Nes dabar, kai priedas už mokamas paslaugas yra mažas mokamos paslaugos teikiamos nenoriai, arba pacientams pasiūloma jas suteikti kitoje įstaigoje (kur dirba tas pats specialistas) tik ten jis gauna žymiai didesnę priemonę už atliktas mokamas paslaugas. Tai pakeitus, sumažėtų ir korupcijos atvejų.“ A9: „Reikia spręsti problemą dėl didesnio apmokėjimo specialistams už suteiktas mokamas sveikatos paslaugas. Taip didėtų suteiktų mokamų paslaugų kiekis, pacientai greičiau gautų sveikatos paslaugas, sumažėtų eilės pas specialistus.“ A6: „<...> gydytojai, slaugytojai taip pat turėtų būti suinteresuoti ir gauti paskatimus už suteiktas mokamas paslaugas.“ A8: „Įsakymai tvirtinami turėtų atsižvelgiant ne tik į paciento gerovę, bet ir specialisto. Norėtųsi, kad specialisto darbas ligoninėje būtų įvertintas už papildomus darbo krūvius ir papildomai atliktas intervencijas. Tvirtinti įsakymus turėtų tik ministerija. Ir jie turėtų būti visoms gydymo įstaigoms vienodi, bent kas liečia apmokėjimą už mokamas paslaugas“
	informacijos sklaida apie MASPP	A4: „Galbūt reikėtų daugiau informacijos apie mokamas paslaugas viešose vietose, internetinėje erdvėje.“ A5: „Daugiau teikti informaciją apie mokamas paslaugas <...>.“
	Skirti prioritetą MASPP teikimui	A5: „<...> mokamoms paslaugoms taikyti prioritetą, kad greičiau gauti paslaugą už kurią susimoka pacientas.“ A6: „Atskirti eiles mokamų paslaugų, didesnė sklaida medijose, darbuotojų skatinimas siūlyti mokamas paslaugas <...>.“
	Tobulinti MASPP kainodarą	A6: „<...> skatinant konkurenciją ir suteikiant sveikatos priežiūros įstaigoms teisę teikti paslaugas kainomis, mažesnėmis už valstybės nustatytas sveikatos priežiūros paslaugų bazines.“ A7: „Siekiant geresnės paslaugų kokybės ir adekvataus apmokėjimo už paslaugas, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą.“

Apibendrinant, ligoninėje teikiant MASPP susiduriama su tokiomis pagrindinėmis problemomis: neišvystytas IT sistemų taikymas, per maža MASPP apimtis ir teikiamų paslaugų spektras, neužtikrinamas pacientų informavimas apie galimybę gauti MASPP, neskiriamas prioritetas pacientams, pasirinkusiems MASPP, gauti paslaugas greičiau, sudėtingas MASPP administravimas,

trūksta sveikatos priežiūros specialistų, ir jie nėra suinteresuoti teikti MASPP, nes nėra skiriamos priemokos už šių paslaugų, be to, MASPP kainodara viešojoje SPĮ nekonkurencinga lyginant su privataus sektoriaus SPĮ.

3.3.3. Mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gerinimas ligoninėje

Tyrime dalyvavusių informantų buvo paprašyta pateikti siūlymus, kaip tobulinti MASPP teikimą, pateikiant klausimą: „Pateikite siūlymus, skirtus gerinti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ligoninėje“. Informantai išskyrė 8 MASPP teikimo tobulinimo kryptis: skatinti MASPP teikiančius sveikatos priežiūros specialistus, kad jie informuotų pacientus apie galimybę gauti tokias paslaugas, taip pat būtų tikslinga keisti MASPP teikimo organizavimą taip, kad pacientams, pasirinkusiems MASPP, būtų skiriamas prioritetas, pavyzdžiui, skiriant atskirus specialistus joms suteikti. Taip pat būtų tikslinga atskirti mokamų ir nemokamų SPP eiles, siekiant greičiau suteikti paslaugas, už kurias pacientas sumokėjo. Vis dėlto, informantai pripažino, kad minėti siūlymai turi būti įgyvendinti užtikrinant, kad nebūtų pažeistos pacientų, pasirinkusių nemokamas SPP, teisės gauti savalaikes SPP. Informantai teigė, jog būtina didinti MASPP prieinamumą, kadangi pacientams nėra patogų kreiptis (jie turi laukti bendroje eilėje, nėra atskiros registracijos), apmokėti šias paslaugas, be to, reikia ilgai laukti, kol paslaugos bus suteiktos. Taip pat, būtina didinti skaitmenizaciją, kuri prisidėtų prie MASPP administravimo paprastumo. Informantai pripažino, kad siekiant gerinti MASPP teikimą, svarbu didinti informacijos sklaidą apie MASPP, pasitelkiant masinės komunikacijos priemones. Siekiant padidinti viešosios SPĮ konkurencingumą su privačiomis SPĮ, būtų tikslinga sudaryti sąlygas SPĮ pačiai nustatyti minimalią MASPP kainą (9 lentelė).

9 lentelė. Siūlymai, skirti gerinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ligoninėje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
MASPP teikimo ligoninėje gerinimo siūlymai	Skatinti specialistus teikti MASPP	A2: „Skatinti specialistus teikti mokamas paslaugas, už tai suteikti didesnes priemokas.“ A6: „<...> darbuotojų skatinimas siūlyti mokamas paslaugas <...>.“ A8: „<...> už atliktas mokamas paslaugas turėtų būti pakankamai apmokama jas suteikusiems specialistams <...> norisi paminėti, kad kai kuriais atvejais lyginant su privačiomis įstaigomis už atliktas suteiktas paslaugas darbuotojams yra mokamas labai mažas priedas prie darbo užmokesčio, todėl pacientų srautas nėra gal toks pakankamai didelis kaip norėtųsi<...>.“ A9: „<...> reikėtų didinti specialistų motyvaciją plėsti ir didinti žinias apie mokamas teikiamas paslaugas ligoninėje <...>.“
	Keisti MASPP teikimo organizavimą	A3: „Jei mokamos paslaugos būtų prioritetinės, tai reiktų peržiūrėti jų teikimo galimybių tvarką, išsiaiškinti kurios mokamos paslaugos turi didžiausią paklausą ir pagal tai atlikti darbo organizavimo korekcijas, pvz.: deleguoti specialistą, skirti laiką, skirti įrangą.“ A5: „<...> tokiems pacientams turėtų būti sudaryta gal net atskira registracijos eilė.“ A6: „Atskirti eiles mokamų paslaugų <...>.“ A8: „<...> jei tokios paslaugos teikiamos, tokiems pacientams turėtų būti kita eilė <...>.“ A9: „Sudaryti atskiras eiles, dienas mokamų paslaugoms <...>.“

Didinti MASPP prieinamumą	A4: „Paslaugos prieinamumas, galimybė tą paslaugą gauti greičiau, pacientams patogiu laiku.“ A5: „Teikiamos paslaugos turėtų būti greitai prieinamos, atitikti paciento lūkesčius<...>.“ A7: „Būtų idealu paslaugas pacientui gauti ir savaitgalį, tačiau apmokėjimas terminalo automatu galimas tik darbo dienomis. PSPS skyriuje, esanti kasa, nėra patogus variantas, nes reikalinga tyrimų surašymo koduotė, PLU kodai. Viskas vedama ranka.“ A9: „<...> taip pat sudaryti sąlygas, kad pacientui būtų patogiu kreiptis dėl mokamų paslaugų pvz.: atskira registratūra „Registracija dėl mokamų paslaugų.“
Didinti informacijos sklaidą apie MASPP	A6: „<...> didesnė sklaida medijose <...>.“ A9: „<...> truputį per mažai informacijos apie teikiamas mokamas paslaugas pacientams. Tai turėtų būti vadinama kitaip. Daugumą pacientų turbūt net nežino, kad gali pasinaudoti mokamomis paslaugomis, jiems atliekami būtiniausi nemokami tyrimai, o apie mokamus kaip papildomus daugelis net nežino. Bet tai vadybos problema<...>.“
Ligoninėje įvesti minimalią MASPP kainą	A6: „<...> Skatinant konkurenciją ir suteikiant sveikatos priežiūros įstaigoms teisę teikti paslaugas kainomis, mažesnėmis už valstybės nustatytas sveikatos priežiūros paslaugų bazines.“
Užtikrinti MASPP ir nemokamų SPP prieinamumą pacientams	A5: „<...> tačiau kartu turėtų nenukentėti pacientas, kuris turi teisę gauti nemokamas paslaugas pvz.: neturėtų būti atitolintas jo vizitas, vien dėl to, kad atsirado pacientas, kuris moka už paslaugas<...>.“ A8: „<...> „neišstumti“ iš eilės nemokamų pacientų.<...>“
Didinti skaitmenizaciją	A7: „Atsakymų gavimas internetu <...> siekiamybė IT plati integracija, visiškas automatizavimas, kuo minimalesnis dokumentacijos pildymas.“

Nepaisant informantų išsakytų pasiūlymų apie tai, kad būtų tikslinga tobulinti MASPP sudarant atskiras eiles už SPP mokantiems pacientams, tačiau šiuo metu Lietuvoje galiojantis teisinis reguliavimas numato, kad LNSS ASPI negali teikti MASPP pacientams, jeigu ji neužtikrina, kad atitinkamą paslaugų teikimo dieną, ji pirmiausiai suteiks paslaugas visiems pacientams, kurie iš anksto buvo užsiregistravę (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“).

Svarbu pažymėti, kad informantai pripažino, jog būtų tikslinga tobulinti visas SPI teikiamas paslaugas, ne tik mokamas, anot tyrimo informanto: „Slidus reikalas, kadangi mes turime visas paslaugas gerinti – ne tik mokamas.“ (A1).

Tyrimo informantams buvo pateiktas klausimas: „Kokios priemonės taikomos ar, Jūsų nuomone, turėtų būti taikomos ligoninėje, siekiant užtikrinti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, reglamentuotą teisės aktuose?“. Informantai nurodė, kad ligoninėje, teikiant MASPP vykdomas sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas, siekiant užtikrinti skaidrumą, MASPP vykdymo proceso sklandumą. Tyrimo dalyvavę informantai teigė, kad turi būti laikomasi teisės aktuose įtvirtintų nuostatų, siekiant užtikrinti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką. Be to, informantai pažymėjo, kad turi būti užtikrintas MASPP kainyno viešumas, kad būtų sumažinta korupcijos tikimybė, nes anot informantų, šiuo metu ligoninėje egzistuoja prielaidos korupcijai, t.y. pacientai nėra pakankamai supažindinami su MASPP, jų kainodara, o tai sudaro sąlygas pateikti klaidingą

informaciją, papildomai apmokestinti pacientą ir kt. (10 lentelė). Vienas informantas taip pat nurodė, kad būtų tikslinga didinti pacientų sveikatos raštingumą: „<...> *pacientų sveikatos raštingumo didinimas.*“ (A3).

10 lentelė. Priemonės, skirtos užtikrinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
SPĮ taikomos priemonės užtikrinant MASPP teikimo tvarką	Ligoninėje atliekamas sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas	A4: „Užtikrinant skaidrų nemokamų ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir vykdymo procesą, ligoninėje yra atliekamas nemokamų ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas. Parengta tvarka, reglamentuojanti mokamų ir nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Nuolat vertinama išankstinė pacientų registracija ir galimybės gauti paslaugas ligoninėje.“
Priemonės, taikytinos SPĮ užtikrinant MASPP teikimo tvarką	Didinti MASPP kainyno viešumą, siekiant mažinti korupciją	A1: „Anti korupcijos programa, mokamų paslaugų kainyno viešumas.“ A9: „Kad nebūtų nepagrįstų ir neteisėtų priemonių iš pacientų ėmimo, reikiamos informacijos nepildymo ar klaidingos informacijos pateikimo informacinėse sistemose ir medicininuose dokumentuose ir kt. <...> mokamų paslaugų kainas nustato sveikatos ministerija, tačiau į tą kainą nėra įtraukta medžiagų, reagentų ar kitų paslaugų kaina, todėl ligoninės vadovybė turėtų sudaryti sąlygas pacientui susipažinti su kainynų ir jo dalimis.“ A2: „Pagrindinė priemonė informacijos sklaida, kiekvieno darbuotojo asmeninė atsakomybė, žodis nepakenks. Dalis pacientų, net nežino, kad teikiamos kai kurios mokamos paslaugos ligoninėje. Korupcijos mažinimas.“ A6: „Kai kurios mokamos paslaugos ar/ir priemonės yra mokamos, tačiau ligoninės mokamų paslaugų sąrašuose jų nėra. Manau, tai yra vieta ne visai skaidriai veiklai. Visos mokamos paslaugos/priemonės turėtų būti ligoninės mokamų paslaugų sąrašuose.“
	Vykdyti teisės aktuose nustatytas nuostatas	A5: „Tai manau, turėtų būti taikomos priemonės tokios, kokios yra numatytos teisiniame reguliavime, negali būti taikomos neteisėtos priemonės ir pan.“ A8: „Jei patvirtinta, kad paslaugos mokamos, tai turi būti patvirtinta SAM.“

Anot Tamutienės ir kt. (2011) viešumo stoka sudaro prielaidas kyšininkavimui viešajame sektoriuje, kai pacientai, siekdami gauti jiems neprivalomas paslaugas ar gauti paslaugas greičiau, už jas sumoka mažesnę sumą neoficialiai. Be to, jie gali nežinoti apie tai, kad tokios paslaugos jiems priklauso ir nemokamai (Jociutė ir Ibijanskaitė, 2022), kadangi trūksta informacijos.

Apibendrinant, ligoninėje siekiant tobulinti MASPP teikimą, tikslinga skatinti specialistus, skiriant priedus už atliktas mokamas ASPP, keisti MASPP teikimo organizavimą (skirti papildomai sveikatos priežiūros specialistų, atskirti eiles nuo nemokamai SPP gaunančių pacientų, tuo pačiu užtikrinant nemokamai SPP gaunančių pacientų poreikius), tobulinti MASPP teikimo administravimą (paslaugų užsakymą, atsiskaitymą už jas, didinti skaitmenizavimą, kuris leistų teikti informaciją pacientams elektroninėmis ryšių priemonėmis), įgalinti ligoninę pagal galimybes mažinti MASPP kainas, užtikrinant konkurencingumą su privačiomis įstaigomis, didinti viešumą apie teikiamas MASPP, mažinant korupciją bei periodiškai vertinti MASPP teikimo kokybę ir atitiktį teisės aktams.

3.3.4. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimas ligoninėje

Tyrimė dalyvavusių informantų pasiteirauta „Dėl kokių, Jums žinomų, pagrindinių priežasčių pacientai renkasi mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas?“. Informantai nurodė, kad pacientai MASPP renka dėl šių paslaugų prieinamumo, t.y. pacientas gali pasirinkti mokamą SPP be gydytojo – specialisto siuntimo, ar jei neturi privalomojo sveikatos draudimo. Taip pat tokios paslaugos suteikiamos greičiau. Kita dažna MASPP pasirinkimo priežastis – pacientas siekia gauti aukštesnės kokybės paslaugą, nors anot vieno informanto: „<...> paslaugų kokybė teikiant tiek mokamas, tiek nemokamas paslaugas – nesikeičia.“ (A4). Paslaugų kokybė – labai svarbi, jei ji netenkina beveik pusė asmenų linkę pakeisti gydymo įstaigą ir/ar sumokėti papildomai už asmens sveikatos paslaugas, kad gautų kokybiškesnes paslaugas cit šaltinį. Kokybė turėtų būti suprantama ne tik kaip paslaugos prieinamumas, patogumas, specialisto kvalifikacija, tačiau ir aptarnaujančio personalo bendravimo malonumas (Krajauskaitė ir Krančiukaitė – Butylkinienė, 2018). Taip pat, viena iš MASPP pasirinkimo priežasčių – tai, kad pacientas nedraustas privalomuoju sveikatos draudimu (11 lentelė).

11 lentelė. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimo priežastys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
MASPP pasirinkimo priežastys	Didesnis MASPP prieinamumas	A1: „Dėl prieinamumo <...>.“ A3: „<...> gauti paslaugą neturint specialisto siuntimo, patekti pas norimą specialistą.“ A5: „<...> jei neturi galimybės gauti šeimos gydytojo siuntimo ar reiktų jo ilgai laukti.“ A7: „<...> aplenkiant šeimos gydytojus, specialistus.“
	Greitesnis MASPP suteikimas	A1: „Dėl <...> greitesnio paslaugos gavimo <...>.“ A2: „Pagrindė todėl, kad jam paslaugos reikia čia ir dabar, ir susimokėjęs ją gali gauti, nes kitur talonų reikia laukti 2 mėnesius ir daugiau. Laiko taupymas, pvz. skambini telefonu nori užsiregistruoti, atsiliepia atsakiklis, lauki 15 minučių - tau dainuoja, o po 15 minučių, telefonas išsijungia <...>.“ A5: „Manau, dėlto, kad nenori laukti eilių ir nori gauti greitą paslaugą <...>.“ A6: „Mano manymu dėl greitesnio ištyrimo, diagnozės aiškumo, per didelių eilių gydymo įstaigose.“ A3: „Pvz.: jei yra galimybė gauti greičiau paslaugą <...>.“ A4: „Renkasi manau norėdami greičiau gauti norimą paslaugą <...>.“ A8: „Renkasi dėl to, kad greičiau būti atlikta procedūra, nereiktų laukti eilės. <...> kai pacientas nori paslaugą gauti greičiau, o nemokamų vietų reikia laukti ilgai. <...> dažnas atvejis, kai pacientas renkasi mokamas paslaugas, nes nenori ilgai laukti eilėje pvz. radiologinių tyrimų, taip gaudamas ją greičiau.“ A7: „Dėl laiko, greito atsakymo <...>.“ A9: „Bus greičiau atlikta procedūra ar greičiau gaus gydytojo konsultaciją <...>.“
	MASPP yra aukštesnės kokybės	A1: „<..> taip pacientui skiriamas kai kuriais atvejais didesnis dėmesys ar daugiau informacijos. Pacientas jaučiasi saugiau imdamas mokamas paslaugas, nes taip tikis, kad bus didesnis dėmesys ir nereikės niekuo papildomai rūpintis.“ A2: „<...> žmonės tikisi geresnio aptarnavimo, tikisi geresnės paslaugos, kai už tai susimoka <...>“ A9: „<...> geresnės kokybės medikamentai ar įvairūs implantai (klubo ar kelio sąnario, akies lęšiuko ir t.t.), didesnio komforto palata, pacientas jaučiasi komfortiškai ir tikisi, kad viskuo bus pasirūpinta. Suteikta procedūra bus komfortiškesnė pvz. kolonoskopija su nejautra.“
Nedrausti	A8: „<...> tais atvejais, kai pacientas neturi sveikatos draudimo, nes yra užsienio	

	privalomuoju sveikatos draudimu	<i>pilietis ar neturi sveikatos draudimo dėl kitų priežasčių, paslaugos suteikiamos pačiam apsimokant<...>.</i> “
--	---------------------------------	---

11 lentelėje pateikti rezultatai iš esmės sutampa su Jociutės ir Ibijanskaitės (2022) atlikto tyrimo rezultatais, nes buvo nustatyti tokie veiksniai, lemiantys MASPP pasirinkimą kaip PSD neturėjimas bei manymas, kad mokamos paslaugos bus teikiamos kokybiškiau.

Informantams pateikus klausimą: „*Su kokiomis, Jums žinomomis, problemomis susiduria pacientai pasirinkdami mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas?*“, buvo nustatytos šios problemos: pacientams trūksta informacijos apie tai, kokios ir kodėl SPP yra mokamos ir, kad gali gauti mokamas SPP paslaugas, taip pat apie tikslas MASPP kainas, jų teikimo principus, o tai lemia tai, kad paciento gauta paslauga neatitinka jo lūkesčių, t.y. jis ne visuomet SPP gauna greičiau, ne visada gauna ją taip, kaip tikėjosi. Be to, informantai nurodė, kad MASPP paslaugų kaina neretai per didelė (12 lentelė).

Štaro, Vedlūgos ir Kalvelytės (2013) atliktame tyrime nustatyta, kad viešajam sektoriui priklausiančios gydymo įstaigos, pacientų nuomone, neatliepia jų suvokiamos kokybės, nes tenka labai ilgai laukti. Krajauskaitės ir Krančiukaitės - Butylkinienės (2018) atlikto tyrimo duomenimis, didelės sergančiųjų eilės yra viena iš pagrindinių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos keitimo priežasčių.

12 lentelė. Pacientų patiriamos problemos pasirenkant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pacientų patiriamos problemos renkantis MASPP	Trūksta informacijos apie MASPP ir jų įkainius	A1: „ <i>Neaiškumas kodėl reikia mokėti, biurokratinis momentas.</i> “ A3: „ <i>Pagrindinė problema – informacijos stoka apie tas paslaugas kurios kompensuojamos ir kurios nekompensuojamos iš sveikatos draudimo lėšų.</i> “ A8: „ <i><...> neaiški kainos sudėtis, ar kokia bus kaina <...>.</i> “ A4: „ <i>Informacijos stoka, nesuteikiama pakankamai informacijos, kad yra galimybė tam tikras paslaugas gauti mokamas.</i> “ A6: „ <i>Informacijos stoka. Alternatyvų nebūvimas ar neinformavimas.</i> “ A5: „ <i>Gal jei nežino tikslų įkainių, paskui gali būti nemaloniai nustebinti, kai kaina pasirodo ženkliai didesnė <...>.</i> “
	MASPP neatitinka pacientų lūkesčių	A2: „ <i>Gauna ne tai ko tikėjosi ir nusivilia, nes buvo perdėti lūkesčiai.</i> “ A5: „ <i><...>, taip pat jei negauna pilnos informacijos, apie mokamą paslaugą, jos teikimą ar mokamą paslaugą gauna ne iš karto.</i> “ A8: „ <i><...>. Neaišku <...> kokios paslaugos į tai įeina.</i> “ A9: „ <i>Pacientai paslaugą gauna ne taip greitai kaip tikisi, reikia palaukti eilėje. Mokamą paslaugą supranta klaidingai pvz. ateidami per pažintis ar susitarę dėl vizito su gydytoju tiesiogiai.</i> “
	Didelė MASPP kaina	A8: „ <i>Mokama per didelė pinigų suma <...>.</i> “ A7: „ <i><...> retesni tyrimai nekonkurentabilūs su kitų privačių laboratorijų kainomis (pas mus brangiau) <...>.</i> “

Atliktame tyrime nustatytas minėtas problemas galima spręsti, kad SPI ne pilnai įgyvendina teisės aktuose nustatytą reikalavimą ne tik nustatyti MASPP teikimo tvarką, pagrindus bei kainą, bet ir supažindinti pacientus su šiomis tvarkomis, galimybe gauti paslaugą nemokamai, taip pat su paslaugų ir/ar medžiagų kainomis ir/ar kainų skirtumais (jei pasirenkama brangiau kainuojanti paslauga ir/ar

medžiaga). Be to, pacientui turi būti suteiktas SPP apmokėjimą ir suteikimą patvirtinantis dokumentas, kuriame būtų nurodytos visos MASPP, kurios buvo suteiktos, jų kainos, data ir kt. Taip pat visa informacija apie pacientui suteiktas MASPP turi būti pridėta prie asmens medicinos dokumentų. Pažymėtina, kad nesilaikant šių reikalavimų, laikoma, jog SPP apmokėta neteisėtai ir asmeniui turi būti gražinami pinigai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“).

Apibendrinant, pacientai renkasi MASPP, nes siekia greičiau be siuntimo gauti gydytojo-specialisto kokybiškas SPP arba moka už SPP, nes neturi privalomojo sveikatos draudimo. Tačiau pacientai pasirinkę MASPP susiduria su sunkumais, nes jiems trūksta išsamios informacijos apie MASPP, t.y., kokios ir kodėl SPP yra mokamos, kokios MASPP kainos, o tai lemia, kad pacientams suteiktos MASPP neatitinka jų lūkesčių.

IŠVADOS

1. Lietuvoje ASPĮ teikiamoms mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (toliau – MASPP) priskiriamos įvairios sveikatos priežiūros paslaugos (nėštumo nustatymo, kosmetinės chirurgijos, dantų protezavimo ir kt.). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinti teisės aktai reglamentuoja šių paslaugų kainų nustatymo ir indeksavimo tvarką. MASPP kainą sudaro paslaugos struktūra, išlaidos darbuotojų darbo apmokėjimui, vaistams ir priemonėms, kurios naudojamos teikiant paslaugą, įrangos ir prietaisų nusidėvėjimui, taip pat įvertinama ir sveikatos priežiūros paslaugos teikimo trukmė. ASPĮ teikiamų MASPP kainai įtaką daro įvairūs ekonominiai ir politiniai veiksniai, kadangi MASPP kaina yra koreguojama pagal vartotojų kainų indekso pokyčius. ASPĮ teikiamų MASPP procedūros ir tvarkos yra griežtai reglamentuotos teisės aktais, siekiant apsaugoti ir paslaugas gaunančius asmenis nuo neteisėto apmokestinimo ar netinkamai paskirtos paslaugos apmokėjimo rizikos.

2. Išanalizavus sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2018-2022 m. nustatyta, kad suteiktų MASPP santykinė dalis (proc.) nuo visų suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kasmet mažėjo, tačiau dėl infliacijos didėjo vidutinė vienos MASPP kaina. 2018-2019 m. stebimos mažiausios MASPP kainos, tačiau jos pradėjo didėti 2021 m., o 2022 m. MASPP kainos buvo didžiausios analizuojamu laikotarpiu. 2021-2022 m. didėjo gydytojų specialistų antrinio lygio paslaugų (konsultacijų), pirminių ambulatorinių paslaugų, suteiktų nedarbo metu, gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai veiksmai, brangiųjų procedūrų, fizinės ir ambulatorinės reabilitacijos, skubios medicinos pagalbos paslaugų kainos. Kadangi didėjo MASPP kainos, sveikatos priežiūros įstaiga jų suteikė santykinai mažiau, t.y. pacientai rinkosi daugiau nemokamų šių paslaugų, išskyrus skubios medicinos pagalbos paslaugas, kurias pacientai santykinai rinkosi dažniau, nepaisant to, kad šių paslaugų kaina 2022 m., lyginant su 2018 m. padidėjo 2,5 karto.

3. Ištyrus sveikatos priežiūros įstaigos administratorių požiūrį į MASPP organizavimą ir teikimą nustatyta, kad šių paslaugų teisinis reglamentavimas ir jų teikimas vertinamas teigiamai. MASPP teikimo efektyvumą sąlygoja tokios priemonės: aiškus šių paslaugų teikimo teisinis reglamentavimas ir jo laikymasis, informacijos apie MASPP viešinimas, skelbiant ir paslaugų kainas, bei MASPP prieinamumo užtikrinimas.

4. Nustatytos pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios sveikatos priežiūros įstaigoje teikiant MASPP: neišvystytos IT sistemos, ribojančios informacijos apie MASPP pasiekiamumą, sudėtingas MASPP administravimas, nepakankamas MASPP prieinamumas dėl ilgų eilių ir sveikatos priežiūros specialistų trūkumo. Siekiant užtikrinti MASPP teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje būtina skirti prioritetą šioms paslaugoms, tobulinti MASPP kainodarą, nes viešojo ASPĮ nekonkurencinga

lyginant su privataus sektoriaus SPI, taip pat nustatyti priedų skyrimo tvarką sveikatos priežiūros specialistams už suteiktas MASPP bei gerinti informacijos apie MASPP prieinamumą pacientams.

REKOMENDACIJOS

LR sveikatos apsaugos ministerijai:

- Tobulinti teisės aktus, iš jų pašalinant nebeaktualias (nebeteikiamas) MASPP.

Teritorinėms ligonių kasoms:

- Vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis kontrolę, siekiant vertinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jų kokybę bei kainų nustatymo tvarką.

Sveikatos priežiūros įstaigai:

- Diegti skaitmenizacijos priemones, siekiant paprastinti MASPP užsakymą, apmokėjimą bei atsakymų pateikimą pacientams;
- Taikyti priemones, skirtas didinti pacientų informuotumą apie teikiamas MASPP bei jų kainas.
- Skatinti sveikatos priežiūros specialistus skiriant priedus už pacientų informavimą apie MASPP.
- Mažinti brangiųjų tyrimų ir kitų MASPP kainas, atsižvelgiant į kitų rinkos dalyvių (privačių SPĮ) siūlomas kainas, siekiant užtikrinti paslaugų konkurencingumą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Albreht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., ... & World Health Organization. (2016). Slovenia: Health system review. *Health Syst. Transit.* 18, 1–207 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330245/HiT-18-3-2016-eng.pdf?sequence=5=y>
2. Albulescu, C. T. (2022). Health Care Expenditure in the European Union Countries: New Insights about the Convergence Process. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1991.
3. Alexa, J., Rečka, L., Votápková, J., Van Ginneken, E., Spranger, A., Wittenbecher, F., & World Health Organization. (2015). Czech Republic: health system review.
4. AlSaud, A. M., Taddese, H. B., & Filippidis, F. T. (2018). Trends and correlates of the public's perception of healthcare systems in the European Union: a multilevel analysis of Eurobarometer survey data from 2009 to 2013. *BMJ open*, 8(1), e018178.
5. Arora, V., Moriates, C., & Shah, N. (2015). The challenge of understanding health care costs and charges. *AMA journal of ethics*, 17(11), 1046-1052.
6. Barros, P. P., Machado, S. R., Simões, J. D. A., & World Health Organization. (2011). Portugal: Health system review. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330327/HiT-13-4-2011-eng.pdf?sequence=5>
7. Bartsch, S. M., Ferguson, M. C., McKinnell, J. A., O'shea, K. J., Wedlock, P. T., Siegmund, S. S., & Lee, B. Y. (2020). The Potential Health Care Costs And Resource Use Associated With COVID-19 In The United States: A simulation estimate of the direct medical costs and health care resource use associated with COVID-19 infections in the United States. *Health Affairs*, 39(6), 927-935.
8. Behmane, D., Dudele, A., Villerusa, A., Misins, J., Klavina, K., Mozgis, D., ... & World Health Organization. (2019). Latvia: Health system review. *Health Syst. Transit.* 21, 1–165.
9. Brogienė, D., & Gurevičius, R. (2009). Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina*, 45(3), 226-237.
10. Cantarero-Prieto, D., Pascual-Sáez, M., & Gonzalez-Prieto, N. (2017). Effect of having private health insurance on the use of health care services: the case of Spain. *BMC health services research*, 17(1), 1-13.
11. Dimova, A., Rohova, M., Koeva, S., Atanasova, E., Koeva-Dimitrova, L., Kostadinova, T., ... & World Health Organization. (2018). Bulgaria: Health system review. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330182/HiT-20-4-2018-eng.pdf?sequence=7>

12. Eaton, K. A., Ramsdale, M., Leggett, H., Csikar, J., Vinall, K., Whelton, H., & Douglas, G. (2019). Variations in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries: a case study. *International Dental Journal*, 69(2), 130-140.
13. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Austria: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d4349682-en>.
14. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Italy: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5bb1946e-en>.
15. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Belgium: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/57e3abb5-en>.
16. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Latvia: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/919f55f0-en>.
17. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Bulgaria: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c1a721b0-en>.
18. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021*, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/bc081ccc-lv>.
19. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Croatia: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/717e5510-en>.
20. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Luxembourg: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c147ce7-en>.
21. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Cyprus: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c2fe9d30-en>.
22. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Malta: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/cd4b1ed7-en>.
23. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Czech Republic: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8b341a5e-en>.

24. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Netherlands: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/fd18ea00-en>.

25. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Denmark: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/2dce8636-en>.

26. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Estonia: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a6c1caa5-en>.

27. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Poland: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e836525a-en>.

28. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en>.

29. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *France: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7d668926-en>.

30. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Romania: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/74ad9999-en>.

31. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Spain: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7ed63dd4-en>.

32. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Germany: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e4c56532-en>.

33. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Slovak Republic: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ba546fe-en>.

34. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Slovenia: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1313047c-en>.

35. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ab8ea73-en>.
36. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Hungary: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/482f3633-en>.
37. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Iceland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5341c87c-en>.
38. EBPO/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Ireland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, EBPO Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4f7fb3b8-en>.
39. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., & World Health Organization. (2017). Greece: health system review. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf>
40. European Union (2019). *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. An overview of current approaches and opportunities for improvement*. Prieiga per internetą: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/27d2db38-76bc-11e9-9f05-01aa75ed71a1>
41. Gaál, P.; Szigeti, S.; Csere, M.; Gaskins, M.; Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health Syst. Transit.* 13, 1–266.
42. Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., van Ginneken, E., & World Health Organization. (2018). Estonia: health system review. 20, 1–193.
43. Halásková, R., & Bednář, P. (2021). Evaluation of selected indicators of health care in the context of health care systems: Case of 27 European Union countries. *Scientific Papers of the University of Pardubice, Series D: Faculty of Economics and Administration*.
44. Izokaitis, M., Liuima, V., Stonienė, L., & Vitkūnienė, O. (2015). Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, Lietuvoje apžvalga. *Visuomenės sveikata*, 3(70), 18-28.
45. Janušonis, V. (2018). Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimas ir kokybė: literatūros apžvalga ir atvejo (Lietuva) analizė. *Sveikatos mokslai*, 28 (7), 90-109.
46. Jociutė, A., & Ibijanskaitė, A. (2022). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas smurtą artimoje aplinkoje patyrusioms moterims ir jį sąlygojantys veiksniai. *Visuomenės sveikata*, 1(96), 68-75.

47. Johansson, N. (2021). *Price sensitivity and regional variation in health care*. Gothenburg: School of Public Health and Community Medicine Institute of Medicine Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.
48. Johansson, N., Jakobsson, N., & Svensson, M. (2019). Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender. *The European Journal of Health Economics*, 20(8), 1271-1280.
49. Keliauskaitė, S., Stankūnas, M., & Sauliūnė, S. (2012). Kauno miesto gyventojų nuomonės apie pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas= Satisfaction with the primary health care services among Kaunas city inhabitants. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Kaunas: Vitae Litera*, 2012, t. 16, Nr. 3.
50. Kobuszewski, B. (2016). Financing of tasks in the area of public health in selected European Union countries and Norway. *Postępy Nauk Medycznych*, 29(5), 284-291.
51. Krajauskaitė, I., & Krančiukaitė-Butylkinienė, D. (2018). Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasirinkimo motyvai Kauno mieste. *Sveikatos mokslai/Health Sciences*, 28(2), 29-33.
52. Krajauskaitė, I., & Krančiukaitė-Butylkinienė, D. (2018). Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir kokybės vertinimas viešosiose ir privačiose Kauno miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Kaunas: Vitae Litera*, 22 (5), 295-299.
53. Lietuvos Bankas. (2023). Infliacija. Prieiga per internetą: <https://www.lb.lt/lt/infliacija#ex-1-1>
54. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“. 1996-03-26. Nr. 35-892. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.26642/asr>
55. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. 1999-08-04, Nr. 67-2175. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.84815/asr>
56. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996). *Valstybės žinios*, 1996-07-12, Nr. 66-1572. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr>
57. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994). *Valstybės žinios*, 1994-08-17, Nr. 63-1231. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>
58. Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų

paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“. 2005-07-23, Nr. 1K-81. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.260002/asr>

59. Mafi, J. N., Russell, K., Bortz, B. A., Dachary, M., Hazel Jr, W. A., & Fendrick, A. M. (2017). Low-cost, high-volume health services contribute the most to unnecessary health spending. *Health Affairs*, 36(10), 1701-1704.

60. Malkiewicz, K., Malkiewicz, E., Eaton, K. A., & Widström, E. (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union Member States. Part 6: Poland. *British Dental Journal*, 221(8), 501-507.

61. Mance, D., Vretenar, N., & Gojković, J. (2019). Comparison of European Union Public Health Systems. *Sel. Pap*, 65-77.

62. Mihalache, I. C., Tomaziu-Todosia, M. I. H. A. E. L. A., & Apetroi, F. C. (2018). Economic models of financing health services in European Union. *European Financial Regulation-EUFIRE*, 211-224.

63. Mikaliūkštienė, A., Baltokaitė, L., Kalibatienė, D., & Jerdiakova, N. (2018). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas kardiologijos centre: pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai*, 28(5), 32-40.

64. Montagu, D. (2021). The provision of private healthcare services in European countries: recent data and lessons for universal health coverage in other settings. *Frontiers in Public Health*, 9, 171.

65. Murauskiene, L.; Thomson, S. (2018). Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence from Lithuania; WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark. Prieiga per: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/372425/ltu-fp-report-eng.pdfSowada, C.;

66. Naberhuis, J. K., Hunt, V. N., Bell, J. D., Partridge, J. S., Goates, S., & Nuijten, M. J. (2017). Health care costs matter: a review of nutrition economics—is there a role for nutritional support to reduce the cost of medical health care?. *Nutrition and Dietary Supplements*, 9, 55-62.

67. Oancea, R., Amariei, C., Eaton, K. A., & Widström, E. (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states: Part 5: Romania. *British dental journal*, 220(7), 361-366.

68. Pasaulio sveikatos organizacija (2017). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals. Prieiga per: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=3F73310D012CCBA3A7A784EB29CAA714?sequence=1>

69. Popescu, M. E., Militaru, E., Cristescu, A., Vasilescu, M. D., & Maer Matei, M. M. (2018). Investigating health systems in the European Union: Outcomes and fiscal sustainability. *Sustainability*, *10*(9), 3186.
70. Pūrienė, A., Petrauskienė, J., Balčiūnienė, I., Janulytė, V., Kutkauskienė, J., & Musteikytė, M. (2008). Privati ar valstybinė odontologinė gydymo įstaiga? Lietuvos pacientų nuomonė ir patirtis. *Medicina*, *44*(10), 805-811.
71. Rokicki, T., Perkowska, A., & Ratajczak, M. (2020). Differentiation in healthcare financing in EU countries. *Sustainability*, *13*(1), 251.
72. Sagan, A.; Kowalska-Bobko, I.; Badora-Musiał, K.; Bochenek, T.; Domagała, A.; Dubas-Jakóbczyk, K.; Kocot, E.; Mrozek-Gasiorowska, M.; Sitko, S.; et al. (2019) Poland: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 21, 1–235. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325143/HiT-21-1-2019-eng.pdf>
73. Servetkienė, V., Mockevičienė, B., Černovas, A., & Jankauskienė, D. (2022). Lietuvos gyventojų patirtis, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. *Visuomenės sveikata*, *1*(96), 40-53.
74. Sinclair, E., Eaton, K. A., & Widström, E. (2019). The healthcare systems and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 10: comparison of systems and with the United Kingdom. *British Dental Journal*, *227*(4), 305-310.
75. Smatana, M., Pažitný, P., Kandilaki, D., Laktišová, M., Sedláková, D., Palušková, M., ... & World Health Organization. (2016). Slovakia: Health system review. *Health. Syst. Transit.* 18, 1–210 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330213/HiT-18-6-2016-eng.pdf>
76. Strzelecka, A. (2019). Tendencies of Public Health Care Expenditure-Assistance in Health Care Management in EU regions. *Economic and Social Development: Book of Proceedings*, 9-19.
77. Štaras, K., Vedlūga, T., & Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*, *23*(4), 27-33.
78. Štaras, K., Vedlūga, T., & Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*, *23*(4), 27-33.
79. Tambor, M., Klich, J., & Domagała, A. (2021). Financing healthcare in Central and Eastern European countries: How far are we from universal health coverage?. *International journal of environmental research and public health*, *18*(4), 1382.
80. Tamutienė, I., Černiauskaitė, I., & Sruogaitė, A. (2011). Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas*, (2), 95-110.
81. Tanwar, T., Kumar U. D. & Mustafee, N. (2020) Optimal package pricing in healthcare services, *Journal of the Operational Research Society*, *71*(11), 1860-1872.

82. The National Academy of Social Insurance (NASI) (2015). *Addressing Pricing Power in Health Care Markets: Principles and Policy Options to Strengthen and Shape Markets The Final Report of the Academy's Panel on Pricing Power in Health Care Markets*. Prieiga per internetą: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/50116/2000212-Addressing-Pricing-Power-in-Health-Care-Markets.pdf>

83. Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2009). Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. The European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark.

84. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2021). *Gydymo įstaigų finansinės rezultatų suvestinės*. Prieiga per internetą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/atviri-duomenys-1/gydymo-istaigu-finansiniai-rezultatai/gydymo-istaigu-finansines-rezultatu-suvestines>

85. Wielechowski, M., & Grzęda, Ł. (2020). Health care financing in the European Union countries—structure and changes. *Acta Scientiarum Polonorum. Oeconomia*, 19(1), 71-80.

86. Woods, N., Ahern, S., Burke, F., Eaton, K. A., & Widström, E. (2017). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 7: Republic of Ireland. *British dental journal*, 222(7), 541-548.

87. World Health Organization and the Organisation for Economic Co-operation and Development (2019). *Price setting and price regulation in health care Lessons for advancing Universal Health Coverage*. Prieiga per internetą: <https://www.EBPO.org/health/health-systems/EBPO-WHO-Price-Setting-Summary-Report.pdf>

88. 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*, 124(8), 819-825.

89. Zolubienė, E., Beržanskytė, A., Aguonytė, V., & Nedzinskienė, L. (2014). m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. *Visuomenės sveikata*, 3(66), 109-114.

Mačienė, J. (2023). *Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vertinimas sveikatos priežiūros įstaigoje* (magistro baigiamasis darbas). Vadovė Petronytė, G. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas, 2023.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinamas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas sveikatos priežiūros įstaigoje. Pirmame skyriuje analizuojami sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ir apmokėjimo Europos Sąjungoje ypatumai. Antrame skyriuje pateikiama mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų analizė Lietuvoje: analizuojami teisės aktai reglamentuojantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir jų kainas, apmokėjimo ypatumai beveiksniai, lemiantys mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą). Trečiame skyriuje pateikiamas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vertinimas pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje: analizuojama 2018-2022 m. suteiktų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dinamika bei pateikiami kokybinio tyrimo, kuriame dalyvavo sveikatos priežiūros įstaigos administratoriai, rezultatai apie mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ypatumus, kylančius iššūkius, teikiant šias paslaugas ir jų tobulinimo galimybes

Raktiniai žodžiai: asmens sveikatos priežiūros paslaugos, mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos priežiūros sistemos finansavimas.

Mačienė, J. (2023). *Assessment of the provision of paid personal health care services in a health care institution* (master thesis). Supervisor Petronytė, G. Vilnius: Mykolas Romeris University. Faculty of Public Management and Business, Institute of Management and Political Science, 2023.

ANNOTATION

The master's thesis assesses the provision of paid personal health care services in a health care institution. The first chapter analyses the specifics of financing and paying for health services in the European Union. The second section presents an analysis of paid personal health care services in Lithuania: the legal acts regulating the provision of paid personal health care services and their prices are analyzed, the peculiarities of payment and the factors that determine the choice of paid personal health care services are analyzed. The third chapter presents an assessment of the provision of paid personal health care services in the selected health care institution: it analyzes the dynamics of paid personal health care services provided in 2018-2022 and presents the results of a qualitative study involving the administrators of the health care institution on the peculiarities of the provision of paid health care services, the challenges that arise in the provision of these services and their development opportunities.

Keywords: personal health care services, paid personal health care services, financing of the health care system.

SANTRAUKA

Šiandien Europos šalys susiduria su sudėtingais iššūkiais užtikrinant prieinamą, teisingą ir aukštos kokybės asmens sveikatos priežiūrą, tuo pačiu užtikrinant viešųjų finansų valdymo tvarumą. Kiekvienoje valstybėje teisės aktais yra reglamentuojamos nemokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (kurios įprastai yra finansuojamos iš valstybių biudžetų), ir mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (pilietis apmoka savo lėšomis už šias paslaugas). Tai, kiek ir kokios sveikatos priežiūros paslaugos kainuoja, lemia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, o kartu ir visos sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą.

Tyrimo objektas – mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. **Tyrimo tikslas** – įvertinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo uždaviniai: 1. Išnagrinėti teisės aktus reglamentuojančius mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. 2. Išanalizuoti sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2018-2022 metais. 3. Iširti sveikatos priežiūros įstaigos administratorių požiūrį į mokamų paslaugų organizavimą ir teikimą sveikatos priežiūros įstaigoje. 4. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias sveikatos priežiūros įstaigoje teikiant mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo metodai: teisės aktų analizė; mokslinės literatūros analizė; statistinių duomenų analizė; kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą; kokybinis turinio (*angl. content*) analizės metodas.

Rezultatai: 2018-2022 m. suteiktų MASPP santykinė dalis (proc.) nuo visų suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kasmet mažėjo, tačiau dėl infliacijos didėjo vidutinė vienos MASPP kaina. Ištyrus sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių specialistų požiūrį į MASPP organizavimą ir teikimą nustatyta, kad šių paslaugų teisinis reglamentavimas ir jų teikimas vertinamas teigiamai. MASPP teikimo efektyvumą sąlygoja tokios priemonės: aiškus šių paslaugų teikimo teisinis reglamentavimas ir jo laikymasis, informacijos apie MASPP viešinimas, skelbiant ir paslaugų kainas, bei MASPP prieinamumo užtikrinimas. Nustatytos pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios sveikatos priežiūros įstaigoje teikiant MASPP: neišvystytos IT sistemos, ribojančios informacijos apie MASPP pasiekiamumą, sudėtingas MASPP administravimas, nepakankamas MASPP prieinamumas dėl ilgų eilių ir sveikatos priežiūros specialistų trūkumo

Išvados: Nors teisės aktais numatyta galimybė teikti mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, tačiau jų teikimas ir prieinamumas yra ribotas dėl nepakankamai geros informacinių technologijų infrastruktūros, nepakankamo pacientų informavimo apie galimybę gauti mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jų kainą..

SUMMARY

Today, European countries face complex challenges in ensuring accessible, equitable and high-quality personal health care, while ensuring the sustainability of public finance management. In each state, free personal health care services (which are usually financed from state budgets) are regulated by law, and personal health care services are paid (the citizen pays at his own expense for these services). How much and what kind of health care services cost determines the availability of health care services, and with it the efficiency of the entire health care system.

The object of the study is the provision of personal health care services in a personal health care facility.

The purpose of the study is to assess the provision of paid personal health care services in a health care institution.

Tasks of the study: 1. To examine the legislation regulating the provision of paid personal health care services. 2. To analyze the paid personal health care services provided in the health care institution in 2018-2022. 3. To study the attitude of the administrators of the health care institution to the organization and provision of paid services in the health care institution. 4. Identify the main obstacles that arise in the provision of paid personal health care services in a health care institution.

Research methods: analysis of laws, analysis of scientific literature, analysis of statistical data, qualitative research using the semi-structured interview method, content analysis.

Results: 2018-2022 Paid personal health care services (PPHCS) relative share (percentage) of total personal health care services provided declined year-on-year, but inflation led to an increase in the average cost of one PPHCS. After studying the perspective of specialists working in a health care institution to the organization and provision of PPHCS, it was found that the legal regulation of these services and their provision is considered positively. The effectiveness of PPHCS provision is determined by the following measures: clear legal regulation and compliance with the provision of these services, publicity of information about PPHCS through the publication of both the prices of services, and the availability of PPHCS is ensured. Identified the main organizational barriers that arise in the provision of PPHCS in a healthcare facility: undeveloped IT systems that limit the availability of information about PPHCS, complex PPHCS administration, insufficient accessibility of PPHCS due to long queues and lack of health professionals.

Conclusions: Although the legislation provides for the possibility of providing paid personal health care services in public health care institutions, their provision and accessibility are limited due to the lack of good information technology infrastructure, insufficient information and communication technology infrastructure, insufficient information to inform patients about the possibility of receiving paid personal health care services, their cost, composition.

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2023-04-27

Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),

Viešojo valdymo ir verslo fakultetas Vadybos ir politikos institutas, Sveikatos politika ir vadyba (Studijų programa 6211JX074)

(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

studentas (-ė) Jolanta Mačienė

(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / bakalauro / magistro baigiamasis darbas

„Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vertinimas sveikatos priežiūros įstaigoje“

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Žinau, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už akademinės etikos pažeidimą.

(parašas)

Jolanta Mačienė

(vardas, pavardė)