MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS

VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

NERINGA VELIKIANEC

PACIENTO, KLIENTO IR VARTOTOJO VAIDMENŲ SANKIRTA SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė

Prof. dr. Birutė Mockevičienė

VILNIUS

2022

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS

PACIENTO, KLIENTO IR VARTOTOJO VAIDMENŲ SANKIRTA SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovė

_____Prof. dr. B. Mockevičienė

2022 m.

Recenzentas

_____

2022m.

Atliko

_____stud. N. Velikianec

2022 m.

VILNIUS, 2022

TURINYS

ĮVADAS 9
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GAVĖJO PORTRETAS IR JO KAITA 12
1.1. Paciento samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūroje 12
1.2. Kliento samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūroje 16
1.3. Vartotojo samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūroje 19
1.4. Sveikatos modelio ir vertybių kaita visuomenėje 24
1.4.1. Sveikatos sampratos kaita ir jos vartojimas 25
1.4.2. Vertybiniai pokyčiai Lietuvos visuomenėje 27
1.5. Paslaugų gavėjas sveikatos politikos kontekste 29
1.5.1. Sveikatos politikos principai 29
1.5.2. Sveikatos politikoje kuriamas paslaugų gavėjo portretas 33
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GAVĖJŲ IR GYDYTOJŲ NUOMONĖS TYRIMAS 49
2.1. Tyrimo metodologija 49
2.2. Taikomo kiekybinio tyrimo instrumentas ir jo struktūra 50
2.3. Tyrimo respondentų imtis ir charakteristika 52
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ 55
3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų nuomonės apie jų vaidmenį įvertinimas 55
3.2. Gydytojų nuomonės apie sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenį įvertinimas 71
IŠVADOS 85
PASIŪLYMAI 87
LITERATŪROS SĄRAŠAS 89
ANOTACIJA 99
ANNOTATION 100
SANTRAUKA 101
SUMMARY 102
PRIEDAI 103

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenų palyginimas 24
2 lentelė. Asmenų dalyvavimas prevencinėse programose 47
3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius požymius 55
4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal juos apibūdinančios sąvokos pasirinkimą skirtinguose sveikatos priežiūros sektoriuose 56
5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pasirenkamą sektorių skirtingoms sveikatos priežiūros paslaugoms gauti 57
6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimo kriterijus 59
7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos sampratą 60
8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežastis, dėl kurių jie kreiptųsi ar nesikreiptų pas šeimos gydytoją 62
9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežasčių, darančių įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūroje, vertinimą 64
10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal elgseną gydytojui paskyrus vaistus 65
11 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal elgseną susidūrus su neefektyviu gydymu 66
12 lentelė. Respondentų pasiskirstymas vertinant konsultacijas skirtinguose sveikatos priežiūros sektoriuose 67
13 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal skirtingų sektorių paslaugų kokybės vertinimą 69
14 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie papildomus mokėjimus 70
15 lentelė. Demografinė - socialinė respondentų charakteristika 71
16 lentelė. Respondentų pasisirstymas pagal juos apibūdinančios sąvokos pasirinkimą skirtinguose sveikatos priežiūros sektoriuose 72
17 lentelė. Respondentų paslaugų gavėjui būdingų bruožų vertinimas 72
18 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pasirenkamą sektorių skirtingoms sveikatos priežiūros paslaugoms gauti 73
19 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos sampratą 75
20 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežastis, dėl kurių jie kreiptųsi ar nesikreiptų pas šeimos gydytoją 76
21 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežasčių, darančių įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūroje, vertinimą 78

22 lentelė. Respondentų nuomonės pasiskirstymas dėl asmens elgsenos jiems paskyrimus medikamentus 79
23 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina savo darbą bei bendravimą konsultacijų metu 81
24 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal skirtingų sektorių paslaugų kokybės vertinimą 83

PAVEIKLSŲ SĄRAŠAS

1 pav. XXI a. Vartotojo požiūrio į sveikatą pokytis 23
2 pav. Sveikatos modelio kaita 25
3 pav. Išlaidų dalis, kurios yra dengiamos nuosavomis lėšomis 43
4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lankymosi pas šeimos gydytoją dažniausias priežastis 61
5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos rūpinimosi būdus ir priemones 77
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasirenkamą gydytojo – paciento bemdravimo modelį 80

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Kokybės ir efektyvumo rodiklių sąrašas 104
2 priedas. Anketa sveikatos priežiūros paslaugų gavėjui 105
3 priedas. Anketa sveikatos priežiūros specialistams (gydytojams) 113

SANTRUMPOS

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

NVV – naujoji viešoji vadyba

VLK – Valstybinė ligonių kasa

TLK – teritorinė ligonių kasa

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas

LR – Lietuvos Respublika

ES – Europos Sąjunga

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

ĮVADAS

Vykstantys globalizacijos procesai keičia sveikatos sampratą, su ja susijusią gyvenimo kokybę, daro tiesioginė įtaką šalies politikos pokyčiams. Taip pat greitai keičiasi ir pati visuomenė: keičiasi paslaugų gavėjas, jo sveikatos suvokimas, susijusios vertybės. Vyraujanti konkurencija, išskirtinis domėjimasis sveikatos priežiūra, technologinė pažanga, sveikatos paslaugų pasiūla ir net Vakarų šalių įtaka formuoja aukštus standartus bei norimą paslaugų teikimo lygį, tad šalies sveikatos politika susiduria su iššūkiais - reaguoti į kintančią paklausą, priimti keliamas visuomenės sąlygas, valdyti paslaugų gavėjų poreikius bei lūkesčius, gebėti prisitaikyti ir pasiūlyti tinkamus sprendimus valstybės, visuomenės bei individualiu lygiu.

Paslaugų gavėjai yra skirtingi ir užimą skirtingą vaidmenį: kartais jie elgiasi kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai ar klientai, o kartais kaip pacientai. Klientai dažniausiai yra sveiki žmonės, kurie mėgaujasi ir net didžiuojasi savo potencialu nusipirkti prekes ar įsigyti paslaugas. Tuo tarpu pacientai (remiantis dabartiniu apibrėžimu) nėra sveiki. Jų statusas yra paveikiamas ligos ar sužeidimų, kurie juos padaro pažeidžiamais, išsigandusiais, dažnai kenčiančiais skausmus, vartojančius medikamentus ir sutrikusius. Negana to, pacientai kartais turi svarbius ir sudėtingus sprendimus, susijusius su jų sveikata, priimti per trumpą laiką. „Prekės", kurias jie perka yra sveikata, o „paslaugos" kurių jie ieško - reikalauja nenusakomo pasitikėjimo paslaugų teikėju. Dalis autorių pritaria, jog nelogiška pacientus vadinti tradiciniais „vartotojais“ ar „klientais", esančiais verslo modelyje, kuris tiesiog tam netinka[1]. Tuo tarpu autorius P. Ganey‘as teigia, kad visų šių dienų piliečių pagrindiniai poreikiai yra tie patys: pas sveikatos priežiūros specialistus jie nori jaustis esantys patys svarbiausi, nori būti informuotais ir aktyviais dalyviais savo gydymo procese[2].

Temos aktualumas. Pastarąjį dešimtmetį pasaulyje vis daugėja diskusijų ir publikacijų (aut. T.Parsonsas, J. Wiley‘as, J. Alforfas, J. V. Denhardas, Julia Neuberger, G. Yiannis‘as ir kiti.), kuriose analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų apibūdinančios sąvokos ir jų priskiriami vaidmenys, susiję su asmens pozicija sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese. Išreiškiamas naujas požiūris, jog sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai vadovaujasi vartotojo samprata bei jam priskiriamu aktyviu vaidmeniu: atsakingas už savo sveikatą, priimantis sprendimus, dalyvaujantis savo gydymo procese,

[1] Kathy Torpie, „Customer service vs. Patient care“, *Patient Experience Journal* 1, 2 (2014): 6, https://pxjournal.org/journal/vol1/iss2/3
[2] *Ibid*

žinantis, besirenkantis ir reikalaujantis. Keičiasi vartotojų vertybės, sveikatos suvokimas, tad atsiranda sveikatos priežiūros vartotojiškumas. Sveikatos priežiūros įstaigos turi prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos ir vartotojų – juos atpažinti, suprasti, įtraukti, patenkinti[3]. Tad sveikatos priežiūros įstaigos atsiduria ant balansuojamos ribos, kai vieną vertus, jos yra tarsi paslaugų teikėjas aptarnaujanti „klientus/vartotojus“, tačiau kartu medicinos įstaiga, besirūpinanti pacientais[4]. Pripažinta, jog paslaugų gavėjų vaidmuo, ypač pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje, yra svarbus aspektas, galintis įtakoti geresnius sveikatos rodiklius ir visos sveikatos priežiūros sistemos sėkmę. Šalies sveikatos politika taip pat turi keistis kartu su aplinka, suprasti kas yra sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, koks jo vaidmuo ir priimti į tai orientuotus sprendimus. Toliau šiame darbu ir bus analizuojama paslaugų gavėjo nevienareikšmės sampratos bei jų vaidmens suvokimo ir formavimo klausimas sveikatos priežiūros sistemoje.

Temos ištirtumas. Nors Lietuvoje gana nemažai piliečių dalyvavimo gydymo procesuose tyrimų, pastebėta, jog mokslinėse publikacijose paslaugų gavėjų vaidmens klausimas - ne tokia jau plačiai išnagrinėta tema. Lietuvių autoriai: E. Stumbraitė – Vilkišienė, A. Raipa, E. Peičius ir R. Kaminskas, taip pat V. Leonavičius ir E. Večorskytė labiau pradėjo gilintis ir analizuoti paslaugų gavėjų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau vis dar stokojama žinių. Šio *tyrimo išskirtinumas* tas, kad į sveikatos priežiūros paslaugų gavėją ir jam priskiriamą vaidmenį pažvelgta iš kelių **pozicijų**: pačių sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų ir šių paslaugų teikėjų bei koks jis yra kuriamas šalies sveikatos politikoje.

Tyrimo objektas. Paslaugų gavėjų vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje.

Problema. Nors sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas dažniausiai yra apibūdinamas kaip „pacientas“, tačiau dėl savo etimologijos ši sąvoka nedera su šių dienų sveikatos priežiūros politika ir kintančiu vis aktyvesniu paslaugų gavėjo vaidmeniu.

Tyrimo tikslas. Ištirti paslaugų gavėjo vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, jų pačių ir gydytojų požiūriu, tobulinant įtraukios sveikatos politikos nuostatas.

Tikslui pasiekti iškelti iškelti tokie **darbo uždaviniai**:

1. Išanalizuoti pagrindines paslaugų gavėją apibūdinančias sąvokas: „pacientas“, „klientas“, „vartotojas“ ir joms priskiriamus vaidmenis.

[3] Jenny Cordina, Rohit Kumar ir Erin Olson, *Enabling healthcare consumerism* (McKinsey & Company, 2017), 7, https://alignerology.com/wp-content/uploads/2019/07/Enabling-Healthcare, Consumerism_R6B.pdf
[4] Torpie, *supra note*, 1

2. Atskleisti visuomenėje vyraujančio sveikatos modelio bei asmens vertybių kaitą.
3. Išnagrinėti ir įvertinti sveikatos politikoje formuojamą paslaugų gavėjo portretą.
4. Identifikuoti kokį vaidmenį sau priskiria paslaugų gavėjai pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje;
5. Atskleisti paslaugų gavėjų vaidmenį pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų požiūriu.

Darbo hipotezė. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenų sandūroje nėra įvykęs paciento virsmas aktyvių vartotoju, tačiau pastebimos to apraiškos ir kryptis.

Tyrimo metodai:

- Teorinis: mokslinės literatūros bei kitų dokumentų (kaip Lietuvos respublikos teisės aktų) analizė ir sisteminimas.
- Empirinis: du kiekybiniai tyrimai panaudojant anketines apklausas sveikatos priežiūros paslaugų gavėjams ir teikėjams, siekiant atskleisti paslaugų gavėjams priskiriamą vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje.
- Statistinis: panaudojant aprašomąją statistiką atskleisti ir išanalizuoti statistiniai duomenys, gauti iš SPSS ir Excel programų, taip pat atlikta ir gilesnė statistinė analizė (koreliacinė).

Darbo struktūra. Visas darbas susideda iš trijų pagrindinių dalių. *Pirmojo dalis* – teorinė, kurioje analizuojama mokslinė literatūra, diskusijos, įžvalgos bei atlikti moksliniai tyrimai analizuojantys vartojamas, sveikatos priežiūros paslaugų gavėją apibūdinančias, sąvokas bei jų suteikiama vaidmenį, visuomenės sveikatos sampratos bei vertybių kaitą. Taip pat šioje dalyje nagrinėjamos ir vertinamos šalies sveikatos politikos gairės, jų įgyvendinimas, koks paslaugų gavėjo portretas yra formuojamas. *Antroje dalyje* supažindinama su tyrimo metodologija, aprašomas kiekybinis tyrimas, pristatoma tiriama įstaiga, respondentai. *Trečioje dalyje* pateikiami atlikto empirinio tyrimo rezultatai ir jų analizė.

Magistro baigiamąjį darbo sudedamosios dalys: įvadas, 3 aptarti skyriai, išvados bei rekomendacijos, naudotos literatūros sąrašas (viso 83 šaltiniai), lietuvių ir anglų kalbomis pateikta santrauka ir anotacija, 3 priedai. Taip pat pateiktas lentelių (viso 24) ir paveikslėlių (viso 6) sąrašas.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GAVĖJO PORTRETAS IR JO KAITA

Analizuojant įvairias autorių publikacijas apie viešąsias ir privačiąsias sveikatos priežiūros paslaugas, galima pastebėti, jog nėra vieningos nuomonės, koks terminas būtų tinkamiausias, apibūdinant sveikatos priežiūros centre esantį paslaugų gavėją, ir vyrauja skirtingos sąvokos: „pacientas", „pilietis", „vartotojas", „klientas" ir t.t.[5] Vartojama sąvokos nėra vien metafora, tai žodis, kuris formuoja mūsų suvokimą, elgesį, lūkesčius, atspindi santykius tarp paslaugų teikėjo ir šių paslaugų gavėjo, tad sąvokos gali apibūdinti asmenį, kuris naudojasi paslaugomis, tačiau kiekviena iš sąvokų jį charakterizuoja skirtingai, nurodo skirtingą tarpusavio santykį[6]. Toliau darbe bus analizuojama kokios sąvokos moksliniuose šaltiniuose yra labiau vartojamos, jų samprata, priskiriamas vaidmuo ir kaip šis diskursas atsispindi sveikatos priežiūros sistemoje.

1.1. Paciento samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūroje

„Pacientas" - viena iš seniausių ir iki šių dienų plačiai vartojama sąvoka, apibūdinanti sveikatos priežiūros dalyvį. Sąvoka "pacientas" kilusi iš lotynų kalbos (lot. patiens, kilm. patientis) ir reiškia *kenčiantis*[7]. Po šia sąvoka slepiasi negalavimo ir ligos potekstė, priskirianti asmeniui „sergančiojo" etiketę. Sąvoka „pacientas" iki XXa. vidurio buvo glaudžiai siejama su vyravusiu paternalistiniu požiūriu. Pagrindinė paternalizmo nuostata, jog gydytojas žino kas geriausia ir naudingiausia pacientui, todėl jis įgalus priimti visus su sveikata susijusius sprendimus, neįtraukiant paties paciento. Paciento laisvė ir teisė tam tikra prasme apribojama – jo paisoma tiek, kiek gydytojui atrodo reikalinga, tad išryškėja gydytojo autoritetas ir valdžia. Susiformuoja asimetriniai gydytojo – paciento tarpusavio santykiai: pacientas traktuojamas kaip pasyvus, lojalus, paklusnus, vykdantis sveikatos priežiūros specialistų nurodymus, o gydytojui priskiriamas aktyvus sprendėjo vaidmuo[8].

---

[5] Edita Stumbraitė -Vilkišienė, „Viešosios paslaugos dalyvių kaip kokybės vertintojų samprata: pilietis - vartotojas", *Jaunųjų mokslininkų darbai* 4(29) (2010): 151, https://www.semanticscholar.org/paper/Vie%C5%A1osios-paslaugos-dalyvi%C5%B3-kaip-kokyb%C4%97s-vertintoj%C5%B3-Stumbrait%C4%97-Vilki%C5%A1ien%C4%97/6bbdb5a1704dd43cb91b12e44c7eecdaba708980

[6] Michael I Shevell, „What do we call 'them'?: the 'patient' versus 'client' dichotomy", *Developmental Medicine & Child Neurology* 51 (2009): 770, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2009.03304.x

[7] „Thesaurus Latino-Lituanicus", Jungtinis lotynų-lietuvių kalbų žodynas nuo XVII iki XXI a., žiūrėta 2021 m. balandžio 23d., http://www.thesaurus.flf.vu.lt/?&antraste_=patiens&searchWhere=fullText&antraste_kirciuota=pati%C4%93ns%20(%C5%BEi%C5%ABr%C4%97ta%202021-04-23)

[8] Raimundas Kaminskas, ir Eimantas Peičius, „Gydytojo-paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai", *FILOSOFIJA. SOCIOLOGIJA* 4 (2005): 65.

Socialogas T. Parsonas aptartuose gydytojo – paciento santykiuose išskiria skirtingus socialinius vaidmenis: gydytojo vaidmuo yra profesionalo, kuris suteikia pagalbą, tuo tarpu pacientui priskiriamas sergančiojo vaidmuo, kuris pasižymi keliais neigiamais požymiais[9]:

1. Sergantysis negali prisiimti atsakomybės už savo ligą, nes jis negali jos valdyti;
2. Sergantysis yra atleidžiamas nuo savo socialinių pareigų ir atsakomybės;
3. Sergantysis turi dėti pastangas, stengiantis pasveikti, ir vėl prisiimti socialines pareigas ir atsakomybes;
4. Sergantysis, pasitelkęs pagalbą, turi rasti būdą kaip bendradarbiauti su gydytoju.

Remiantis paternalistinio modelio nuostatomis, sveikatos priežiūros specialistas yra tas asmuo, kuris turėdamas reikiamas žinias, įgūdžius, patirtį yra įgalintas priimti sprendimus, susijusius su pacientų sveikata, tuo tarpu pacientui priskiriamas sergančiojo vaidmuo sumenkina jo autonomiją ir apriboja galimybę įsitraukti ir būti atsakingam už savo sveikatą. Tačiau sparti naujų sveikatos technologijų pažanga lėmė pačios medicinos raidą: padidėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas, daugėja gydymo alternatyvų, gydytojai specializuojasi, o sprendimų priėmimas tampa vis sudėtingesnis. Tai pakeitė ne tik gydytojo vaidmenį ir jo užimamą socialinį statusą, bet ir paskatino formuotis naują gydytojo – paciento santykių paradigmą, kuri grindžiama didėjančia paciento autonomiją ir gydytojo bei paciento partneryste[10].

Paternalistinę paradigmą, laikytą idealia, palaipsniui pakeitė labiau į pacientą orientuotas modelis. Breueras ir Freudas savo psichosocialinėje ir psichoanalitinėje teorijoje teigė, jog pacientas, tai visų pirma yra asmuo, o gydytojo – paciento santykiuose svarbu pacientą visapusiškai išklausyti. Jie užmezgė tokį komunikacinį ryšį su pacientu, kuris jiems leido pacientą įtraukti į konsultaciją kaip aktyvų dalyvį. Tai padėjo pamatą į pacientą orientuoto modelio formavimuisi[11]. Taip pat, autoriai Szaszas and Hollenderas pasiūlė tris pagrindinius gydytojo – paciento santykių modelius, kurie palaipsniui tolo nuo paternalistinių idėjų[12]:

---

[9] *Ibid*
[10] Rytis Virbalis, ir Eugenijus Gefenas, „Gydytojų profesinės autonomijos etinės problemos: Lietuvos atvejis“, *Visuomenės sveikata* 2 (57) (2012): 18.
[11] Prasanna Sooriakumaran, ir Robert Kaba, „The evolution of the doctor-patient relationship“, *International Journal of Surgery* 5, 1 (2007): 59, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919106000094
[12] S.M. Yasir Arafat, Amin Andalib ir Russell Kabir, „Progression of Doctor-Patient Relationship Model in light of Time and Culture: a Narrative Review“, *International Journal of Perceptions in Public Health* 1, 2 (2017): 103.

1) *Aktyvus – pasyvus modelis (paternalistinis)*. Gydytojas laikomas profesionalu, kuris kontroliuoja situaciją ir priima su paciento sveikata susijusius sprendimus, kuomet nėra kontakto su pacientu. Pacientas laikomas bejėgiu ir pasyviu. Šis modelis tinkamas kritinėse situacijose, teikiant skubią pagalbą.
2) *Orientavimo – bendradarbiavimo (informuoto paciento) modelis*. Gydytojo ir paciento santykiai yra grindžiami bendradarbiavimu. Pacientas, siekdamas pasveikti kreipiasi pagalbos į profesionalą, juo pasitiki ir bendradarbiauja. Tuo tarpu gydytojas įsipareigoja būti kompetentingu ir suteikti tinkamą, teisingą informaciją pacientui, atsižvelgia į jo vertybes priimant sprendimus.
3) *Abipusio dalyvavimo modelis*. Tai naujausias modelis, besiremiantis žmonių lygybe, kuri yra viena iš svarbiausių demokratijos bruožų. Gydytojas ir pacientas turi vienodą galią, nepriklausomybę, o jų santykiams būdinga partnerystė ir empatija. Šiame modelyje pacientui suteikiama daugiau atsakomybės už savo sveikatą, o gydytojas gauna pasitenkinimą ne kontroliuojamas, o padėdamas.

Visuomenė priėmė ir teigiamai vertino poslinkį nuo orientavimo – bendradarbiavimo į abipusio dalyvavimo, demokratiškesnį modelį, kuriame galia ir atsakomybė dalijama vienodai. Įsitvirtino biopsichosocialinis modelis, kuriame pacientas tampa centrine sveikatos priežiūros ašimi. Pacientas priimamas kaip autonomiškas asmuo, su savo poreikiais ir lūkesčiais, o santykiai grindžiami holistiniu požiūriu[13]. Gydytojams taip pat priskiriamas naujas vaidmuo – jie tampa ne tik įprastų ligų gydytojais, tačiau sveikatos išsaugojimo, tausojimo, sveiko gyvenimo būdo patarėjais ir partneriais, kurie padeda priimti sprendimus[14]. Kai kurie autoriai būtent šioje vietoje pastebi ir neigiamą šios sąvokos konotaciją, jog ji nėra tinkama kalbant apie žmones, kurie nėra ligoninės aplinkoje arba sveikų žmonių kontekste, kurie naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis[15]. Tačiau tam tikrose sveikatos priežiūros srityse, tokiose kaip intensyvi terapija, paternalistiniai santykiai gali būti sunkiai išvengiami ar net būtini siekiant išgelbėti žmogaus gyvybę.

---

[13] Vylius Leonavičius, Mindaugas Plieskis ir Jadvyga Petrauskienė, „Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu“, *Sociologija. Mintis ir veiksmas* 1 (2003): 95-96.
[14] Julia Neuberger, „Do we need a new word for patients?“, *BMJ* 318 (1999): 1756, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116090/
[15] Debra Jackson, Marie Hutchinson ir Stacey Wilson, „Editorial: In defence of patients“, *Journal of Clinical Nursing* 25, 9-10 (2016): 1177, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13273

Demokratinėse šalyse pastebimai vis didėja dėmesys prigimtinei žmogaus teisei į sveikatą, tad paternalizmas sulaukė stiprios kritikos ir buvo užgožtas asmens autonomijos idėja. Tačiau, pasak L. Murgic ir kt autorių, yra empirinių įrodymų, jog post-komunistinėse šalyse yra išlikęs paternalistinis mentalitetas/paveldas. Šių autorių atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog Kroatija, kaip ir kitos šalys, sveikatos priežiūros sistemoje susiduria su paciento autonomijos dilema ir tebegyvuojančiu paternalizmu. Nemaža dalis pacientų vis dar tikisi, viliasi ar net skatina paternalistinius santykius, atsisakydami savo autonomijos. Literatūroje galima rasti paaiškinimų, jog tokį pacientų pasirinkimą gali įtakoti nepasitikėjimas savimi, abejojimas dėl tinkamiausio varianto pasirinkimo bei galimas savęs kaltinimas dėl prastų gydymo rezultatų[16]. Nors Lietuva taip pat yra priskiriama post-komunistinėms šalims Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme pacientas yra apibrėžiamas kaip asmuo, besinaudojantis paslaugomis, kurias teikia sveikatos priežiūros įstaiga, nepriklausomai nuo jo sveikatos būklės, tai yra pacientu įvardijamas tiek sveikas tiek sergantis asmuo[17]. Šis apibrėžimas parodo, jog ir Lietuvoje sveikatos priežiūroje bandoma atsukti nugarą paternalizmui.

Dėl savo etimologijos, kuri siejasi su kančia ir nuolankumu, sąvoka „pacientas“ prastai dera su šių dienų sveikatos priežiūros sistema, kurioje paslaugų gavėjas tampa aktyviu dalyviu: turi savo nuomonę, priima sprendimus ir prisiima vis daugiau atsakomybės už savo sveikatą, jos išsaugojimą. Skiriasi ir šių dienų pats gydytojo – paciento santykis: santykis, grįstas ligos kontekstu, kuriame sergančiajam, kenčiančiajam gali padėti tik profesionalas gydytojas, pasitelkdamas savo įgūdžius ir žinias, perkopia į santykį, grindžiama gydytojo – paciento partneryste. Gydytojas įgauna patarėjo, duodančio naudingus patarimu, vaidmenį, o pacientas tampa aktyviu ir įgalintu sveikatos priežiūros dalyviu. Šio amžiaus vienas iš modernios, šiuolaikiškos sveikatos priežiūros tikslų yra išvengti kančios. Stengiamasi, jog paslaugų gavėjas, esantis visą ko centre, nepatirtų kančios, kuri yra nereikalinga. Tarp autorių kyla vis daugiau abejonių, ar sąvoka „pacientas“ siejama su liga, asmens pasyvumu ir paternalistinio požiūrio ištakomis yra tinkamiausia sąvoka apibūdinanti šiandieninį sveikatos priežiūros paslaugų gavėją/dalyvį[18]. Buvo atliekami tyrimai, kurie įvertino ir parodė kaip vis dėlto patys sveikatos priežiūros dalyviai norėtų būti vadinami. 84 proc. Australijos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų pageidavo, kad būtų vadinami „pacientais“, Naujoje Zelandijoje šis skaičius siekia 87 proc., o Kanados nugaros skausmo

[16] Lucija Murgic ir kt., „Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country“, *BMC Medical Ethics* 16, 65 (2015): 2, https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0059-z
[17] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, LRS, žiūrėta 2021 m. gegužės 3 d., I-1562 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (lrs.lt).
[18] Neuberger, *supra note,* 15

klinikoje 73 proc. respondentų pasisakė už šios sąvokos vartojimą. Tyrimo metu buvo galima pasirinkti tik vieną patinkančią sąvoką, tad buvo atliktas dar vienas platesnis tyrimas, kuriame galima buvo pasirinkti kelias norimas sąvokas: klientas, pacientas, vartotojas, išgyventojas, partneris. Šio tyrimas patvirtino prieš tai atliktus tyrimus, jog paciento sąvoka yra labiausiai populiari, o dauguma kitų sąvokų sulaukė neigiamo vertinimo[19]. Autoriai R. Mercieca-Bebber, S.Tesson ir kt. atliko literatūros analizę, kurioje apibendrino autorių iš įvairių pasaulio šalių atliktų tyrimų rezultatus apie pageidaujamas sąvokas, apibūdinančias asmenis, kurie naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis jų pačių požiūriu. Rezultatai parodė tą patį, jog šiuolaikiniame pasaulyje pirmenybė iš visų alternatyvų yra teikiama sąvokai „pacientas“[20].

Nors ir sveikatos priežiūros dalyviai link save laikyti pacientas, autorių tarpe ši sąvoka ir jos samprata kelia abejonių, tad vis aktyviau diskutuojama dėl alternatyvios terminijos vartojimo kaip „vartotojas“, „klientas“ ar „paslaugų naudotojas“. Jie teigia, jog šios sąvokos labiau įgalinančios ir įtraukiančios paslaugų gavėją, negu sąvoka „pacientas“. Šalininkai laikosi nuomonės, jog sąvokos etimologija neturi įtakoti sąvokos vartojimui, o siekiant asmens autonomijos ir įgalinimo turime keisti ne terminiją, o visų pirmą pačią kultūrą ir taikomą praktiką[21]. Mokslinėse publikacijose pastebima dichotomija tarp sąvokų „pacientas“ ir „klientas“, tad siekiant geriau suprasti šį dvilypumą, reikia visų pirma išsiaiškinti kliento sampratą ir vaidmenį, užimama sveikatos priežiūros sistemoje[22].

1.2. Kliento samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūroje

Sąvokos „klientas” kilmė lotyniška (lot. cliens), kuri reiškia: *klientas, globotinis, valdinys*[23]. Lietuvių kalbos žodynas pateikia net kelias šios sąvokos reikšmes: senovės Romoje terminas buvo vartojamas apibūdinti nuo savo patrono priklausantį asmenį; taip apibūdinamas nuolatinis pirkėjas, lankytojas ar asmuo, turintis komercinių ryšių su kreditų, pramogų ar pramonės organizacijomis [24].

---

[19] Raisa B. Deber ir kt., „Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?“, *Health Expectations* 8, 4 (2005): 346, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060307/

[20] Daniel S. J. Costa, „Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings“, *BMJ Journal* 9, 3 (2019): 13, https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e025166

[21] Kath Peters ir Colleen Cunningham, „Response to Jackson, Hutchinson & Wilson (2016) Editorial: In defence of patients“, *Journal of Clinical Nursing* 25 (15-16) (2016): e1, https://www.researchgate.net/publication/304370200_Response_to_Jackson_Hutchinson_Wilson_2016_Editorial_In_defence_of_patients_Journal_of_Clinical_Nursing

[22] Shevell, *supra note*. 6

[23] „Thesaurus Latino-Lituanicus“, *supra note*, 7

[24] Lietuvių kalbos žodynas: elektroninis variantas, žiūrėta 2021 m. gegužės 7d., http://www.lkz.lt/?zodis=klientas&id=17147090000

XX a. viduryje C. Rogersas savo sukurtoje į klieną orientuotoje teorijoje, kuri buvo humanistinės psichologijos dalis, taip pat pradėjo vartoti sąvoką „klientas“. Šią sąvoką psichologas pasirinko neatsitiktinai, o siekiant atitolinti sergančio asmens ar ligos asociacijas, biomedicininį modelį ir perteikti labiau humanistinį, įgalinantį požiūrį. Sąvoka tapo naudojama ne tik psichologijos srityje, bet ir plačiai paplito sveikatos priežiūros sistemoje. J. Wiley‘as teigimu, yra manoma, jog ši sąvoka suteikia asmeniui daugiau autonomijos bei galimybę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ar specialistus teiksiančius paslaugas. Tačiau vien pavartota sąvoka savaime nesuteikia asmeniui autonomijos ir gali turėti klaidingą jos įsivaizdavimą. Kalbant apie sveikatos priežiūrą, ypatingai viešąjį jos sektorių, ne visada asmuo turi galimybę pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, pvz.: negalime pasirinkti budinčios slaugytojos ar gydytojo, tad mažėja ir autonomijos raiška[25].

Kliento sąvoka pradėta plačiai vartoti tuomet, kai prasidėjo sveikatos priežiūros komercializavimas. Esminis pokytis įvyko paraleliai su kaita vartojamojoje kalboje, kurioje pagrindinis dėmesys nukrypo iš „altruizmo priežiūroje“ į „naudą ir rezultatą“. Tą parodo tuo metu augęs korporacijų ir valdžios kišimasis į sveikatos priežiūrą, kuris atspindėjo jų, kaip paslaugų ar prekių tiekėjų bei trečiųjų šalių mokėtojų vaidmenį[26]. Terminas „klientas” atspindi sveikatos priežiūros liberalumą ir leidžia daryti prielaidą, jog žmogus, naudodamasis sveikatos priežiūros paslaugomis yra vartotojas, o taip pat, jog sveikatos priežiūra nėra tik socialine teise, bet kartu ir vartojimo, paslaugų sfera[27]. Šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje kliento sąvoka sufleruoja verslo modelį vyraujanti privačiame sektoriuje, kuriame sveikatos priežiūros paslaugos paverčiamos produktu, kurio prekiaujama konkurencingoje rinkoje[28]. Tačiau net ir viešajame sektoriuje sąvokos „klientas“ ir „rinkodara“ vis rečiau sulaukia kritikos. Pasak McGuire, rinkodara tampa neatsiejama ir viešojo sektoriaus organizacijų valdymo dalimi daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių[29].

Kliento koncepcija akademiniame ir praktikiniame viešajame sektoriuje yra glaudžiai susijusi su Naujosios viešosios vadybos (NVV) doktrina. Tai viešojo valdymo forma, kuri grindžiama, jog privataus (verslo) sektoriaus paslaugų teikimo principai bei kokybės valdymo modeliai, skiriantys dėmesį būtent

[25] Jackson, Hutchinson ir Wilson, *supra note*, 16
[26] Shevell, *supra note*. 6
[27] Danielle Yuri Takauti Saito ir kt., „User, clinet or patient? Which term is more frequently used by nursing students?“, *Text Context Nursing, Florianópolis* 22, 1 (2013): 176, https://www.researchgate.net/publication/262520399_User_client_or_patient_which_term_is_more_frequently_used_by_nursing_students
[28] Peters ir Cunningham, *supra note*, 20
[29] Evandželina Petukienė ir Rigita Tijūnaitienė, „Management of Customer Participation in Public Services: a Case of Townships of Lithuania“, *Socialiniai tyrimai / Social Research* 1, 18 (2010): 84.

klientui, gali būti perimti ir taikytini viešajame sektoriuje. Pagal NVV principus į pilietį žiūrimą kaip į klientą, kuris sumokėdamas valstybei mokesčius, reikalauja, kad jam būtų suteiktos aukštos kokybės paslaugos. Autorius Rosenas išreiškė požiūrį, kuriam pritaria ir daugelis kitų autorių, jog klientas – asmuo, kuris perka įstaigos teikiamas paslaugas. Taip pat vyrauja nuomonė, kuri klientą apibrėžia kaip asmenį, kuris naudojasi kitų asmenų profesionalais patarimais ar paslaugomis arba yra aptarnaujamas, naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis[30].

Kliento sąvoka ir jos samprata NVV kontekste vartojama kalbant apie verslumą, kokybę, paslaugų rezultatą ir pasitenkinimą jomis. Tačiau pati kliento samprata sukėlė abejonių ir diskusijų dėl jos tinkamumo. Autorius J. Alfordas pastebi šios sąvokos trūkumą, jog klientui priskiriamas pasyvus paslaugų gavėjo, o ne aktyvaus proceso dalyvio vaidmuo[31]. Tačiau rinkodaros aspektu klientas gali būti traktuojamas priešingai – kaip aktyvus dalyvis, kurio dalyvavimas gali įtakoti paslaugų rezultatą ir bendradarbiaujant su paslaugų tiekėjais prisidėti prie teikiamų paslaugų efektyvumo didinimo. Dar viena kliento sąvokos konotacija, kurią išreiškė tas pats autorius, jog ji siejasi su asmeniniu, momentinės naudos siekimu, patenkinant savo individualius poreikius. Klientas turi labiau materialinius, ekonominiais principais grįstus santykius su įstaigomis, kuomet lyginama gaunama nauda ir kaštai, o gautos paslaugos jam atneša asmeninę, o ne viešąją naudą[32]. Tad, šiuo aspektu, kliento sąvoka turi ribotumą, kadangi vyriausybė yra atsakinga ir turi tenkinti ne trumpalaikius ir savanaudiškus kliento poreikius, tačiau atstovauti bendruosius, viešuosius interesus - kitų asmenų, kurie siekia sveikatos priežiūros paslaugų, poreikius ir lūkesčius. Taip pat ne visi sveikatos priežiūros dalyviai turi vienodas galimybes pasirinkti paslaugas teikiančią organizaciją ir paslaugas nusipirkti, tad esamomis konkurencijos sąlygomis gali gauti netgi prastesnes paslaugas. Šių dienų kontekste, turimos pajamos, ištekliai formuojantys perkamąja galią gali tapti veiksniu, neleidžiančiu būti klientu. P. Staponkienė pastebi dar vieną viešojo sektoriaus komercializacijos trūkumą - paslaugoms gali nebelikti alternatyvų[33]. Todėl sąvoka, kuri siejasi su ekonominiais, verslo terminais ir ryšiais, tarsi pašalina tam tikras asmenų grupes iš viešųjų paslaugų teikimo proceso, tad nedera viešajame sveikatos priežiūros sektoriuje.

---

[30] *Ibid*
[31] *Ibid*
[32] John Alford, „Why do public-sector clients coproduce? Toward a Contingency Theory“, Administration & Society 34, 1 (2002): 33, https://www.researchgate.net/publication/236325674_Why_Do_Public-Sector_Clients_Coproduce
[33] Jonas Babravičius ir Ignas Dzemyga, „Naujosios viešisios vadybos elementai: teorinis požiūris“, *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos* 1, 25 (2012): 58.

Klientas, kuris traktuojamas kaip asmuo, tiesiogiai ar netiesiogiai mokantis specialistui ar organizacijai už suteiktas paslaugas, turi neigiamą atspalvį ir pačių sveikatos priežiūros specialistų atžvilgiu. Jie į sveikatos priežiūros paslaugų gavėją žiūri su atjauta, kaip į asmenį, kuriam reikia pagalbos, gydymo, santykiai grindžiami tarpusavio pasitikėjimu, o ne kaip į asmenį, kuris tiesiog perka paslaugas - yra vartotojas[34]. Prioritetu jie laiko patį asmenį, o ne išlaidas ar kitus finansinius rodiklius. Tai patvirtina ir San Paulo universitete atliktas tyrimas, kurio rezultatai atskleidė, jog tik 12 proc. slaugos studentų, apibūdinant sveikatos priežiūros paslaugų dalyvį, vartoja sąvoką „klientas“. Mažą vartojimo procentą lemia slaugos studentų sąvokos sąsaja su privačiu sveikatos priežiūros sektoriumi, kuriame atsispindi komerciniai pirkėjo - pardavėjo santykiai: sveikatos priežiūros įstaiga yra paslaugų tiekėjas,, pardavėjas o klientas – paslaugų pirkėjas[35]. Taip pat atlikti tyrimai parodė ir pačių sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų požiūrį į vartojamas sąvokas: naudojant Likerto skalę pastebėtas neigiamas požiūris į sąvoką „klientas”, kurį išreiškė net 45 proc. respondentų, tuo tarpu sąvoka „pacientas” buvo vertinama palankiau ir tik 14proc. respondentų išreiškė nemėgstantys šios vartojamos sąvokos[36].

Apibendrinant galima teigti, jog kliento sąvoka visuotinai nebuvo įvertintas kaip teigiama ir priimtina sveikatos priežiūros sektoriuje. Net pats autorius C. Rogersas, kuris prisidėjo prie šios sąvokos populiarinimo sveikatos priežiūros srityje, suprato sąvokos neigiamus aspektus ir siūlė ieškoti tinkamesnio termino[37] .

1.3. Vartotojo samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūroje

„Vartotojas“ – prancūzų kilmės žodis, kuris apibūdina asmenį, perkantį prekes ar paslaugas. Jeigu vartotojui priskiriamas nepriklausomo pirkėjo vaidmuo, tuomet paslaugų teikėjai turi prisiimti pardavėjo/prekybininko vaidmenį ir taip susiklosto prekybiniai santykiai, kuomet rinkoje stengiamasi suderinti pasiūlą su paklausa[38]. Remiantis LR Vartotojų teisių apsaugos įstatymu, vartotojas yra apibūdinamas kaip fizinis asmuo, kuris vartojimo tikslais siekia ir sudaro sutartis[39]. Ši sąvoka taip pat kelia diskusijas ar yra tinkama įvardinant šių dienų sveikatos priežiūros paslaugų gavėją.

[34] Douglas Mossman, „Are the people we serve ‘patients’ or ‘customers’?“, *Current Psychiatry* 13, 3 (2014): 40-41, https://www.researchgate.net/publication/287308240_Are_the_people_we_serve_'patients'_or_'customers'
[35] Saito ir kt, *supra note*, 28: 176-178.
[36] Shevell, *supra note*. 6: 771.
[37] Ibid, 770.
[38] Mossman, *supra note*, 35
[39] „Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymas”, LRS, žiūrėta 2021 m. birželio 5d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.6020?faces-redirect=true.

Autorių teigimu, sveikatos priežiūroje vartotojas yra asmuo, kuris kreipdamasis pagalbos dėl negalavimų, reikalaujančių nesudėtingų gydymų, lygina ne tik kainą, bet ir kitus paslaugų tiekėjų siūlomus privalumus. Asmenims, esant ilgalaikiams, rimtiems sveikatos sutrikimams ar kritinėms būklės svarbiausiu aspektu tampa pati paslauga, o ne kaina ar pasirinkimas, tad paslaugų gavėjui įvardinti vartojama paciento sąvoka. Tačiau tam tikrų paslaugų aspektu pacientas visuomet yra vartotojas: atsiradus nedideliems, dažnai pasitaikantiems sveikatos sutrikimams, vartotojas gali lengvai pasiekti informaciją apie standartinius gydymo metodus, leidžiančius savarankiškai savimi pasirūpinti be sveikatos priežiūros specialistų pagalbos. Kai sveikatos priežiūros įstaigas vartotojas sieja su galima rizika, kaina ir nepatogumu, jis stengiasi maksimalizuoti savo pastangas, kad kuo rečiau reikėtų naudotis šių įstaigų paslaugomis. Pavyzdžiu gali būti Jungtinės Amerikos valstijos, kuriose dominuoja privatūs sveikatos draudimai. Jose net 7 iš 10 vartotojų jaučiasi atsakingi už savo sveikatą ir jos valdymą[40].

Vartotojai nori aktyviau dalyvauti savo sveikatos priežiūroje ir būti priimti. Pastebima, jog vartotojas sveikatos priežiūroje siekia partneryste grįstu santykių su paslaugų tiekėjais, išsamios informacijos apie jų sveikatos būklę ir gydymo galimybes, tinkamų priemonių patiems rūpintis sveikata bei paramos tam, atviro bendravimo, dialogo, kad būtų atsižvelgiama į jo pageidavimus bei tolerancijos. Vartotojai savo pasitenkinimą matuoja per asmeninę prizmę ir gali išugdyti lojalumą ir lemti pajamas sveikatos priežiūros įstaigai. Būtent informacijos suteikimas prieš/per/po apsilankymo pas specialistą gali įtakoti vartotoją pakeisti paslaugų teikėją arba tapti priežastimi, kuri priverstų juos mokėti daugiau. Tyrimai rodo, kad asmuo, turėdamas kuo daugiau ir išsamesnes bei nešališkos informacijos apie savo gydymo galimybes, yra linkęs rinktis konservatyvesnius ir mažiau invazyvius gydymo būdus. Tad net ir toks vartotojo įtraukimas lemia tiek jo, tiek paslaugų tiekėjų abipusę naudą[41]. Taip pat vartotojai nori patys priimti sprendimus. Tik 17 proc. apklaustų vartotojų pasitiki sveikatos priežiūros specialisto sprendimu. Dažniausiai tai vyresnio amžiaus asmenys turintys didesnę patirtį sveikatos priežiūros sistemoje. Jaunoji karta turi silpnus tradicinius santykius su gydytoju, o jų autonomija išreikšta labiau: tik pusė vartotojų patvirtino, kad visuomet klauso savo gydytojo, ir tik kas penktam asmeniui gydytojo rekomendacijos nekelia abejonių. Vartotojų atžvilgiu galima pastebėti mažėjančią gydytojų įtaką, tačiau

[40] „The consumer is the new payer in healthcare", NRC Health, žiūrėta 2021 m. liepos 17 d., https://nrchealth.com/?s=The+consumer+is+the+new+payer+in+healthcare&submit=%EF%80%82.

[41] David Wennberg, „Opportunities to reduce unwarranted care differences", iš *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary,* Pierre L. Young, Leigh Anne Olsen (Washington: National Academies Press, 2010), 101-103, https://nap.nationalacademies.org/catalog/12750/the-healthcare-imperative-lowering-costs-and-improving-outcomes-workshop-series.

jie vis tiek vertinami kaip specialistai, kurie turimų žinių bei patirties dėka prisideda prie sveikatos išsaugojimo. Tačiau vien noro dalyvauti neužtenka galios ir kompetencijos įsigijimui[42].

Vartotojų kapitalizmas vis dar klesti visame pasaulyje, tačiau su visomis ekonominėmis, politinėmis ar socialinėmis permainomis keičiasi ir pats vartotojas. Jis tampa nekantrus – lauks, bet ne per ilgai, stengsis rasti tą paslaugų tiekėją, kuris suteiks jam tinkamas paslaugas tinkamu laiku; norintys paprastumo – mažiau biurokratijos; norintys paslaugų tiekėjų dėmesio ir pirmenybės jiems, o ne pelnui ar politikai. Taip pat vartotojas gali būti nenuspėjamas, sunkiai valdomas bei turintys daug skirtingų veidų. Vartotojas galėdamas uždirbti daugiau ieško vis geresnės kokybės paslaugų, kurios patenkintų kartu didėjančius jo poreikius ir lūkesčius. Vyraujanti konkurencija suteikia vartotojui galimybę rinktis - ieškoti našiausių paslaugų tiekėjų ir juos keisti kol teikiamų paslaugų kokybė ir kaina jį patenkins. Tad vartotojas pereina nuo įprasto sveikatos priežiūros specialisto ar paslaugų tiekėjo atrankos modelio, grįsto gera reputacija, prie modelio, kuriame atrankos kriterijais tampa ne tik reputacija, bet kokybės ir kainos santykis. Pasak autorių Gabrielas ir Langas tai dažniausias ir dominuojantis vartotojo veidas. Autoriai taip pat sugrupavo ir išskyrė dar aštuonis vartotojui būdingus veidus[43]:

- Vartotojas kaip informacijos skleidėjas – perteikia informaciją apie sveikatos priežiūrą socialinėje bei kultūrinėje aplinkoje kitiems asmenims;
- Vartotojas kaip tyrinėtojas – priima naujus sveikatos priežiūros metodus kaip išbandymus ir naują patirtį;
- Vartotojas kaip tapatumo ieškotojas - pasirinktas sveikatos priežiūros būdas prisidedantis prie socialinio identiteto kūrimo;
- Vartotojas kaip hedonistas – naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis siekdamas patirti teigiamą emocinį poveikį;
- Vartotojas kaip auka – save laiko pažeidžiamu, stengiasi apsisaugoti nuo nesąžiningų sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų ar konkrečių specialistų, kurie galėtų jam pakenkti;
- Vartotojas kaip maištininkas – netradicinius sveikatos priežiūros metodus taiko kaip pasipriešinimo ar maišto priemones prieš įprastus ir patvirtintus metodus;
- Vartotojas kaip aktyvistas/aktyvus visuomenės dalyvis – tam tikrus sveikatos priežiūros metodus naudoja politiniams judėjimams prieš esamą situaciją/tvarką;

[42] NRC Health, *supra note*, 41: 8.
[43] Felicity L Bishop ir kt., „Patients as healthcare consumers in the publicand private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK“, *BMC Health Services Research* 11, 129 (2011): 9, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127982/

- Vartotojas kaip pilietis – jo pasirinkimas naudotis tam tikru sveikatos priežiūros metodu yra priimamas visuomenės, todėl šis pasirinkimas turi moralinę bei socialinę reikšmę.

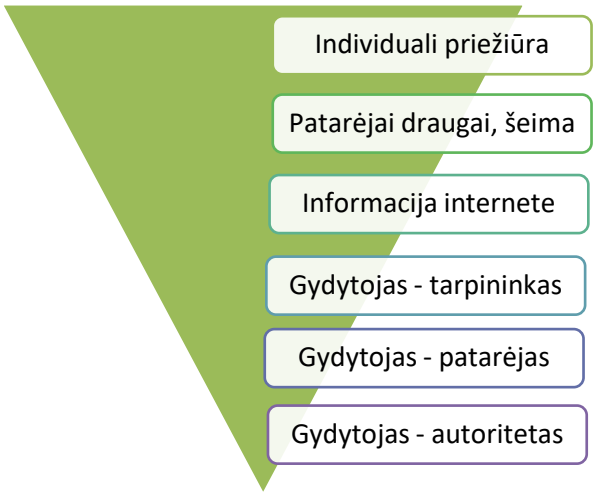
Sparčios technologinės naujovės, išmanieji prietaisai bei globalus internetas suteikia vartotojams vis daugiau galimybių stebėti ir sekti savo sveikatą ir jos pakitimus programėlių pagalba. Vartotojai gali gauti prieigą prie ypatingai svarbių ir specifinių duomenų, kurie leistų savarankiškai nuotoliniu būdu diagnozuoti ir stebėti ir kontroliuoti savo sveikatos būklę bei kilusius negalavimus, o atsakymų ieškoti žiniatinklyje, jungtis į socialines grupes. Tad virtuali sveikatos priežiūra lemia ir vartotojų elgesio transformaciją. Didėjantis žmonių noras pasiekti ir valdyti apie save vis sudėtingesnius duomenis rodo individualizuotos sveikatos priežiūros ateitį bei augantį poreikį iš paslaugų tiekėjų gauti aukštos kokybės paslaugas. Tai patvirtina ir JAV atliktas tyrimas, kuriame net 58 proc. apklaustų vartotojų mano, jog nuotolinės konsultacijos su savo sveikatos priežiūros specialistu turėtų būti įtrauktos į paslaugų sąrašą, o didžioji dalis tiriamųjų kokybę nurodė kaip pagrindinį faktorių, kuris įtakoja sveikatos priežiūros įstaigos ar specialisto pasirinkimą[44].

Apibendrinat galima teigti, jog į vartotoją orientuotas požiūris siūlo:

- priimti idėją, vartotojas turi pasirinkimą ir jame dalyvauja;
- orientaciją ne į kiekybę, o į kokybę;
- skaitmeniniais informaciniais ir kitais kanalais šviesti, mokyti ir įtraukti vartotoją, kuris galėtų priimti kuo geresnius ir teisingesnius sprendimus;
- vertinti vartotojo pasitenkinimą, kuris padėtų sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams suprasti vartotoją, jų bendruomenę ir numatyti visuomenės poreikius;
- vienpusį bendravimą pakeisti dialogu;
- vertę nustatyti per vartotojo prizmę.

XXI a. Sveikatos priežiūra susiduria su nauja vartotojų karta, kurioje vartotojas pats ieškos informacijos internete, tikrins ją pagal savo kriterijus, nustatys sau diagnozę. Gydytojas nebėra jam autoritetas, tad klaus jo patarimo, tikėsis nuoseklaus ir individualaus gydymo plano ir pats vadovaus savo gydymo procesui, nes norės būti atsakingas už savo sveikatą ir gerovę (žr.1 pav.).

[44] NRC Health, *supra note*, 41: 5.



Šaltinis: adaptuota pagal Pukinaitė, 2015, p. 11[45]

1 pav. XXI a. Vartotojo požiūrio į sveikatą pokytis

Vartotojas, galėdamas pasirinkti ir priimti sprendimus apie sveikatą, daro didelę įtaką sveikatos priežiūros paslaugų vertei bei kokybei tiek individualiu, tiek visuomeniniu lygiu. Vartotojiškumas tapo veiksminga priemone skatinanti pokyčius sveikatos priežiūros paslaugų teikime: skatina paslaugų teikėjus stebėti, analizuoti ir nuolat vertinti besikeičiančius jo poreikius, motyvuoja tobulėti ir gerinti paslaugų kokybę[46]. Daugėja įrodymų, jog aktyvus vartotojų įtraukimas ir jų dalyvavimas teikiamų paslaugos procesuose labiau patenkina vartotojų poreikius ir padeda pasiekti geresnių sveikatos rezultatų. Nors informacinės technologijos ir informacijos gausa dalinai įtraukė ir įgalino patį vartotoją pasirūpinti savo sveikata, pati sveikatos priežiūros sistema nepateikia priemonių, per mažai įtraukia ir motyvuoja vartotoją pačiam būti atsakingam už savo sveikatą, visapusiškai ja rūpintis, bei sunkiai priima kylančius iššūkius[47]. Tad vieni vartotojai tiesiog nepajėgia transformuoti visos sveikatos priežiūros sistemos.

Sveikatos priežiūros sistemoje juntamas pokyčių poreikis. Sveikatos politikos formuotojai turi atrasti tas priemones, kuriomis galėtų pasiekti užsibrėžtus sveikatos priežiūros tikslus bei efektyviai patenkinti kylančius gyventojų poreikius ir lūkesčius. Darbe bus analizuojama mūsų viuosmenės vertybiniai pokyčiai, šalies sveikatos politika bei kokį paslaugų gavėją jį formuoja: pacientą, klientą ar vartotoją ir kokį vaidmenį jis turi.

[45] Vaida Pukinaitė, „Palankiausios dimensijos taikyti „sveikata visose politikose“ strategiją“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 18 (2015): 11.
[46] National Academies Press, *supra note*, 42: 569.
[47] Gopi Krishna Garge, Chitra Balakrishna ir Soumya Kanti Datta, „Consumer Health Care: Current Trends in Consumer Health Monitoring“, *IEEE Consumer Electronics Magazine* 7, 1 (2019): 38-39, https://ieeexplore.ieee.org/document/8197442

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenų palyginimas

PACIENTAS	KLIENTAS	VARTOTOJAS
✓ Pasyvus vaidmuo ✓ Neturi perkamosios galios ✓ Autonomijos stoka ✓ Lojalus, paklusnus ✓ Siekiantis lygybės ✓ Gydytojas laikomas autoritetu ✓ Atstovauja viešąjį sektorių ✓ Paslaugų kokybė neakcentuojama ✓ Siekiama visuomeninė nauda ✓ Mokėjimai už paslaugas iš PSDF	✓ Pasyvus-aktyvus vaidmuo ✓ Turi perkamąją galią ✓ Siekia autonomijos ✓ Besirenkantis, lyginantis ✓ Būdinga orientacija į rezultatyvumą, efektyvumą ✓ Nepotizmas ✓ Atstovauja privatų sektorių ✓ Dėmesys paslaugų kokybei ✓ Siekiama individuali nauda ✓ Mokėjimai už paslaugas savomis lėšomis arba dalinis išlaidų kompensavimas	✓ Aktyvus vaidmuo ✓ Turi perkamąją galią ✓ Siekia autonomijos ✓ Nenuspėjamas, nekantrus ✓ Atsakingas už savo sveikatą ✓ Informuotas ir dalyvaujantis ✓ Atstovauja privatų ir viešąjį sektorius ✓ Didelis dėmesys paslaugų kokybei ✓ Siekiama individuali ir visuomeninė nauda ✓ Mokėjimai už paslaugas savomis lėšomis arba dalinis išlaidų kompensavimas ✓ Norintis skaidrumo, atskaitomumo ✓ Gydytojas tarpininkas/patarėjas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

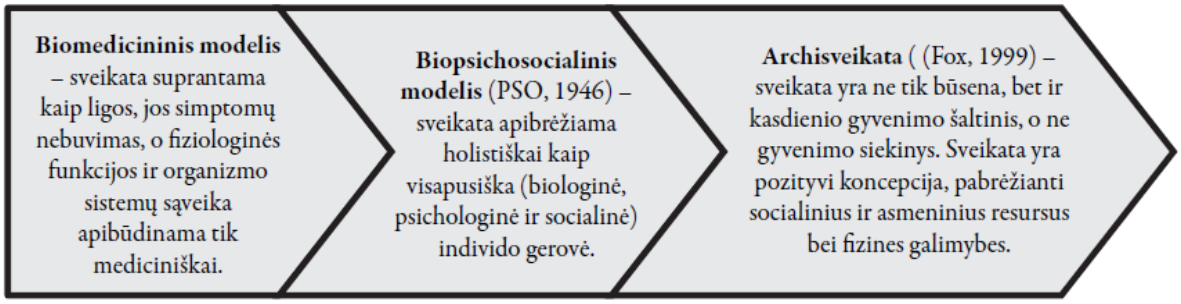
1.4. Sveikatos modelio ir vertybių kaita visuomenėje

Asmens sveikatos samprata bei vertybės įtakoja tiek šalies sveikatos politiką, tiek pačią asmens sveikatos elgseną. Visuomenė nėra stabili ir nekintanti struktūra, ją sudaro atskirų ir mąstančių asmenų visuma, kurią vis sudėtingiau įtalpinti į tam tikros teorijos rėmus. Keičiasi visuomenės narių vertybės, požiūriai, ligos bei sveikatos sampratos, santykiai, pati sveikatos priežiūra, tad visi šie pokyčiai koreguoja ir teorijas, kurios pradeda nebeatspindėti tikrovės.

1.4.1. Sveikatos sampratos kaita ir jos vartojimas

Skirtingais laikotarpiais dominuoja skirtingos visuomenės, tad kartu keičiasi ir vyraujantis sveikatos modelis (žr. 2 pav.). Tradicinė sveikatos samprata arba biomedicininis sveikatos modelis, sveikatą apibrėžią kaip ligų ar negalių nebuvimą. Šis modelis orientuotas į susirgimų biologinių priežasčių nustatymą ir tinkamą gydymo pasirinkimą, o ne į patį pacientą. Tai sveikatos sąvokai suteikia negatyvizmo. Biomedicininį modelį pakeitė biopsichosocialinis modelis, nukreiptas į aktyvią sveikatos priežiūrą ir pabrėžiantis tarpusavyje sąveikaujančius biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnius. Pats asmuo kuria ir puoselėja savo sveikatą, tad jo ligos ar sveikatos samprata bei elgesys įgyja svarbią reikšmę gydymo procese.

Taip XXI a. susiformuoja trečiasis – postmodernistinis sveikatos modelis, kurį autorius N. J. Foxas įvardija kaip *archisveikata*[48]. Jame apie sveikatą yra kalbama kaip apie asmens sveikatos galimybę, kuri kuriama kasdieninėje veikloje – egzistuoja kasdieniuose sveikatos diskursuose. Sveikatos samprata tampa daugialype, gali įgauti įvairius pavidalus. Archisveikata nukreipta į individualizuotą mediciną, kuri pabrėžia individualią žmogaus biologiją bei jo unikalumą. Tai keičia nusistovėjusius medicinos standartus, kadangi tai kas tinkama vienam individui nebūtinai bus tinkama kitiems ir priešingai. Remiantis šiuo modeliu, išvados apie sveikatą ar ligas negali būti pritaikomos visai žmonių populiacijai.



Cituota iš: Leonavičius ir Večorskytė, 2018, p. 113

2 pav. Sveikatos modelio kaita

Sveikatos modeliai yra dinamiški, kadangi juos įtakoja socioekonominiai, kultūriniai ar politiniai veiksniai. Postmoderni sveikatos samprata teigia, jog visuomenė yra pajėgi sukaupti sveikatą, tačiau tai diktuoja didelius pokyčius sveikatos politikoje. Šis sveikatinimosi modelis nukreiptas į pasiturinčias visuomenes, kurių nariai turi finansines galimybes pakeisti gyvenimo būdą ir rinktis įvairias

[48] Vilius Leonavičius ir Eglė Večorskytė, „Sveikatos modelio ir sveikatos nelygybės santykis visuomenės vertybių kaitos požiūriu“, *KULTŪRA IR VISUOMENĖ* 9, 2 (2018): 113, https://www.semanticscholar.org/paper/Sveikatos-modelio-ir-sveikatos-nelygyb%C4%97s-santykis-Leonavi%C4%8Dius Ve%C4%8Dorskyt%C4%97/36ad4b199c9f6a69eea404d5180f0260910974f3

sveikatinimosi veiklas: sporto klubus, kokybišką ir sveiką maistą, rekreaciją ir pan. Tai sudėtinga užtikrinti visuomenėje, kurioje vyrauja socioekonominiai netolygumai, nevienodos žmonių galimybės.

Modernios visuomenės narių požiūris yra nuolat besikeičiantis, laviruojantis, tad atsiranda sąlygos individualiam pasirinkimui bei atsakomybės prisiėmimui už savo pasirinkimą. Sveikata tampa ne tik geros savijautos ar ilgaamžiškumo poreikiu, bet saviraiškos, įvaizdžio formavimo priemone, tad dėmesys daugiau skiriamas individualiems sveikatos veiksniams bei poreikiams. Asmuo pradeda pats kontroliuoti savo sveikatos procesus ir sąmoningai pasirenka jam parankiausią gyvenimo būdą, nukreiptą į geros savijautos išlaikymą bei gyvenimo kokybę. Tačiau, kaip teigia autorius Z. Baumannas, tokia visuomenė tampa vartotojų visuomene, kadangi sveikata komercializuojama[49].

Vartotojiškoje visuomenėje sveikatos modelis grindžiamas asmenine atsakomybe bei galimybe rinktis iš daugybės alternatyvių sveikatinimosi strategijų, kurių centre atsiduria vartotojų poreikių tenkinimas. Sveikatos sampratos formavimuisi įtaką daro įvairios interesų grupės: sveikatos paslaugų vartotojai, politikai, sveikatos priežiūros specialistai, žurnalistai ar verslo atstovai. Šios grupės turi įvairius interesus: jos formuoja visuomenės požiūrį į sveikatą, tačiau tam tikros grupės kartu siekia iš sveikatos sampratos gauti ir ekonominę naudą. Tad šiuolaikinėje visuomenėje galime įžvelgti susiformavusį ir vyraujantį sveikatos kultą. Sveikatos sąvoką vartojama siekiant pateisinti mūsų tam tikrus poelgius ar sprendimus: perkame maistą, kuris yra sveikesnis, gaminame pagal sveikesnius receptus, laikomės madingų dietų, užsiimame aktyvia veiklą, samdome asmeninius trenerius, kad sustiprintume kūną, perkame produktus, kurių gamintojai užtikrina jų naudą sveikatai. Įvairios prekės, sveikos gyvensenos strategijos, skirtingos praktikos konkuruoja tarpusavyje ir įtraukia asmenis ir vis didina sveikatos vartojimą. Vartotojas gali rinkis net medicinos praktikas, kurios asmeniui artimesnės: klasikinę mediciną ar alternatyvias gydymo praktikas kaip akupunktūrą, ajurvedą ar net šamanizmą. Sveika gyvensena tampa mados kryptimi, diktuojanti standartus, kuriuos visuomenės nariai stengiasi atitikti. Sveikatos sąvokai suteikiama ypatinga vertė, įgauna daug prasmių, kurios išplečia sveikatos vartojimą, kuris tampa neribotas ir besaikis. Kitą vertus, sveikatos kultas asmeniui priskiria pareigą – rūpintis savo sveikata ir į ją investuoti. Jis tampa ne tik kūno savininku, tačiau įsipareigoja jį prižiūrėti ir tausoti.

Mūsų vertybiniai, kultūriniai pokyčiai, elgesio modelių kaita paverčia mus informuotais, besirenkančiais sveikatos vartotojais. Sveikatos rinkos vartotojas tam tikra prasme tampa manipuliacijų objektų, tačiau kartu tampa aktyviu sveikatos priežiūros dalyviu, priimančiu sprendimus ir atsakomybę.

[49] Leonavičius ir Večorskytė, *supra note,* 49: 125.

Šalies sveikatos politikai yra naudinga, kad kūnas ir sveikata komercializuojami ir vyrauja sveikatos kultas, kadangi tai diktuoja, jog sveikata tampa pačio asmens atsakomybė ir sveikatos elgsenos padarinys.

1.4.2. Vertybiniai pokyčiai Lietuvos visuomenėje

Asmens vertybės – svarbus aspektas, lemiantis jo požiūrio susiformavimą ar elgseną. Ekonomiškai silpnose visuomenėse vyrauja materialistinio pobūdžio vertybės, kaip fizinis ar ekonominis saugumas, kurias A. H. Maslowas išskiria kaip žemesnio lygmens poreikius (priskiriama ir Lietuvos visuomenė). Tuo tarpu visuomenėse, kuriose vyrauja materialiai pasiturinti ir saugi aplinka, formuoja postmaterialistines vertybes, atspindinčios aukštesnius asmens poreikius kaip tobulėjimas, savirealizacija, gyvenimo kokybė, vadovavimasis individualius poreikius patenkinančia gyvenimo filosofija[50]. Asmenys pradeda vertina dalykus, kurių stokoja. Autorius R. Inglehartas išsivysčiusiose demokratinėse visuomenėse akcentuoja vyraujantį vertybių skirtumą ir tarp amžiaus kartų[51]. Asmens vertybės formuojasi iki suaugant, yra veikiamos skirtingų socialinių ar ekonominių aplinkybių ir per visą gyvenimą mažai kinta. Tad ir visuomenėje vertybinės orientacijos keičiasi kartu su kartomis bei aplinkos pokyčiais – vyresnių kartų vertybės yra užgožiamos jaunesniųjų kartų. Teigiama, jog moderniose visuomenėse, vyresnioji karta vadovaujasi tradicinėmis ir materialinėmis vertybėmis, o postmoderniose visuomenėse, jaunojoje kartoje dominuoja racionalios ir postmaterialistinės vertybės. Tokiose visuomenėse sveikata – gyvenimo būdas.

Autorius R. Inglehartas remdamasis pagal tai, kokios vertybinės nuostatos dominuoja visuomenėse, jas skirto į keturis tipus: tradicinių vertybių visuomenė, išlikimo visuomenė, racionalioji visuomenė, gerovės valstybės visuomenė. Nagrinėjant vertybių kaitą, pastebima, jog Lietuvoje (kaip ir kitose Rytų Europos šalyse) tradicinių vertybių visuomenė keičiasi į išlikimo visuomenę[52].

Tradicines vertybes keičia sekuliarios – racionalios ir materialinės vertybės[53]. Tradicinėse visuomenėse nėra skatinamas socialinis mobilumas. Joje dominuoja tradicijos, religija, šeima, įsipareigojimai Tėvynei bei bendruomenei, paremti stipriomis religinėmis normomis, daug galios turi susiję autoritetai. Tuo tarpu išlikimo visuomenėse dėmesys tenka pastangoms dėl išlikimo, dominuoja tiek

---

[50] Abraham H. Maslow, *Motyvacija ir asmenybė* (Vilnius: Apostrofa, 2006), 132-136.
[51] Leonavičius ir Večorskytė, *supra note*, 49: 119.
[52] Ramunė Jurkuvienė, Indrė Gajdosikienė ir Sandra Jokubauskė, „Jėgos ir galios diferenciacija lietuviškajame socialiniame darbe su socialinės rizikos šeimomis“, *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika* 10 (2015): 11, https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2015~1494425428904/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content
[53] Rita Žiliukaitė, „Vertybiniai pokyčiai Lietuvos visuomenėje: nuo tradicinių link sekuliarių – racionalių vertybių“, *Sociologija. Mintis ir veiksmas* 1, 19 (2007): 116, https://www.researchgate.net/publication/330705356_Vertybiniai_pokyciai_Lietuvos_visuomeneje_nuo_tradiciniu_link_sekuliariu_-_racionaliu_vertybiu

fizinė, tiek ekonominė jėga[54]. Vertinami aukštas pareigas turintys asmenys, autoritetai ir jiems paklūstama. Išlikimo visuomenėse pastebima prastesnė gyventojų sveikata, žemas pasitenkinimo ir pasitikėjimo lygis, žema lyčių lygybė ir tolerancija mažumoms, tačiau vyrauja didelis pasitikėjimas mokslo bei technologiniais pasiekimais ir pažanga. Taigi, Lietuvoje pasikeitė žmonių tradicinis požiūris į autoritetus, sumažėjo religijos svarba ar jos moralinių nuostatų paisymas, atsirado šeimos ir santuokos liberalėjimas, lyčių lygybės pripažinimas. Nors kai kam tradicinės vertybės dar yra svarbios, tačiau jos nebėra dominuojančios. Profesorė V. Liubinienė, tyrinėjusi Lietuvos piliečių universalias vertybes 1997-2018 metų laikotarpiu, pateikė kelias tai įrodančias išvadas. Lietuvoje per visą tirtą laikotarpį svarbiausia vertybė buvo akcentuojama saugumas, kuris būdingas materialistinių vertybių visuomenėse, tačiau 2018 metų duomenimis svarbiausia vertybe tapo sveikata. Taip pat per visą tyrimo laikotarpį buvo pastebėta, jog visuomenės nariai tampa drąsesni, auga hedonizmo svarba, o tuo tarpu konformizmo ir dvasingumo reikšmė proporcingai mažėja[55]. Galime įžvelgti bendras visuomenės kultūrines, ekonomines ar vertybines tendencijas, kurios rodo, jog Lietuvoje yra kryptis link postmodernios visuomenės. Kolkas tai nėra vientisas procesas, kadangi „postmodernėjimą“ lėtina nepakankamai aukštas gyvenimo lygis, saugumo jausmas bei vartojimas, tačiau pastebimos postmodernėjimo apraiškos.

Postmodernizmas įtakoja pokyčius, kuomet akcentuojama nebe ekonominė gerovė, o asmeninis gyvenimo kokybės kūrimas, kuris apima ir sveiką gyvenseną. Lietuvoje sparčiai plečiasi ratas įvairių sveikatos mokyklų, siūlančių psichinės, fizinės, mentalinės ar dvasinės sveikatos stiprinimo ir tausojimo strategijas (pvz.: „Sveikuoliai“, „Tylos gongai“, „Ajurvedos akademija“, ir daugelis kitų). Tokia plati ir įvairi sveikatos paslaugų rinka suteikia gyventojams galimybę rinktis jų pasaulėžiūrą, gyvenimo būdą atitinkančias praktikas ir taip patenkinti savo individualius poreikius. Taip pat, R. Jankauskienė teigia, jog Lietuvoje vykdoma fizinio aktyvumo skatinimo politika yra panaši į vakarietišką (JAV), kurios pagrindinė nuostata, jog fizinis aktyvumas sukuria stiprią, sveiką ir moralią visuomenę. Fizinis aktyvumas tapo gyvenimo būdo bruožas, o kūno išvaizda - socialinio dalyvavimo ir socialinės padėties rodiklis. Tokia politika fizinį aktyvumą mato kaip sveikatos tobulinimo priemone, už kurią atsakingas pats vartotojas[56].

---

[54] Jurkuvienė, Gajdosikienė, Jokubaustė, *op. cit.*

[55] „KTU mokslininkės: ar keičiasi vertybiniai prioritetai lietuvio sąmonėje ir kaip tai gali padėti kovoje su koronavirusu?“, Kauno technologijų universitetas, žiūrėta 2022 m. vasario 6d., https://evf.ktu.edu/news/ktu-mokslininkes-ar-keiciasi-vertybiniai-prioritetai-lietuvio-samoneje-ir-kaip-tai-gali-padeti-kovoj e-su-koronavirusu/.

[56] Rasa Jankauskienė, „Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo skatinimo strategija: kūno kultūra ar kūno kultas?“, Medicina (Kaunas) 44, 5 (2008): 352, https://www.researchgate.net/publication/228485566_Lietuvos_gyventoju_fizinio_aktyvumo_skatinimo_strategija_kuno_kultura_ar_kuno_kultas

Visą tai nukreipia, jog mūsų šalies visuomenėje sveika gyvensena tampa tam tikra pomaterialistine vertybe.

Remiantis atliktais įvairių tarpsnių moksliniais tyrimais, yra teigiama, jog gerėja vaikų žinios ir supratimas apie sveikatą ar ligas, o tam įtakos turi vis augantis pačios visuomenės sąmoningumas dėl sveikatos ir tuo pačiu didėjantis dėmesys sveikatos ugdymui. Autorės, J. Grubliauskienė bei R. Vaičekauskienė, atliko tyrimą, kuriuo siekė atskleisti kokias reikšmes sveikatos sampratai suteikia Lietuvos visuomenėje augantys paaugliai. Tyrimo rezultatai tik patvirtino, jog šiuolaikinėje visuomenėje paaugliai turi aukštą sveikatos sąmoningumą, nes sveikata vertinama įvairiapusiškai, o ne tik kaip ligos ar negalios nebuvimas. Sveikata įvardijama kaip neatsiejama gyvenimo būdo dalis ir užima aukščiausią vietą jų vertybinėje skalėje[57]. Tai patvirtina, jog keičiantis kartos, keičiasi ir sveikatos sampratos bei vertybės.

Profesorė V. Liubinienė, tyrinėjusi Lietuvos piliečių universalias vertybes 1997-2018 metų laikotarpiu, pateikė kelias įžvalgas. Lietuvoje per visą tirtą laikotarpį svarbiausia vertybė buvo akcentuojama saugumas, kuris būdingas materialistinių vertybių visuomenėse, tačiau 2018 metų duomenimis svarbiausia vertybe tapo sveikata. Taip pat per visą tyrimo laikotarpį buvo pastebėta, jog visuomenės nariai tampa drąsesni, auga hedonizmo svarba, o tuo tarpu konformizmo ir dvasingumo reikšmė proporcingai mažėja[58].

Lietuvos visuomenė yra moderni ir vartotojiška, nors pomaterialistinės vertybės dar nėra dominuojančios, tačiau vis daugiau jų apraiškų galima atrasti. Šis visuomenės laipsniškas perėjimas prie postmodernistinių vertybinių ir dėmesys sveikai gyvensenai, kaip teigia įvairūs autoriai, daro tik teigiamą poveikį sveikatai.

1.5. Paslaugų gavėjas sveikatos politikos kontekste

1.5.1. Sveikatos politikos principai

Žmogaus sveikatą įtakoja ne tik jo asmeninės savybės, požiūris ar veikla, bet ir bendra sveikatos politika. Sveikatos apsauga yra vienas iš pagrindinių žmonių poreikių, fundamentali teisė ir yra laikoma viešu interesu, todėl turi būti paremta veiksminga ir kryptinga politika. Tad sveikatos politika – pagrindinė

[57] Jūratė Grubliauskienė ir Rita Vaičekauskaitė, „Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymui kontekste“, *Visuomenės sveikata* priedas 1 (2013): 88, https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.priedas1/VS%202013%20priedas%20Nr1%20ORIG%20S%20Paaugliu%20sveikatos%20samprata.pdf

[58] Kauno technologijų universitetas, *supra note*, 56.

nacionalinės politikos dalis, kuri ne tik įtakoja, bet ir kuria Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą. Sveikatos politikos formavimas ir įgyvendinimas sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą bei teikimas yra priskiriama ES valstybės narės atsakomybei[59]. Sveikata yra laikoma viešu interesu, tačiau apima tiek viešą, tiek privatų sveikatos paslaugų teikimo sektorius, kurie savaip įtakoja sveikatos politiką. Taip pat ir patys politikai yra svarbūs veikėjai, kurie laikomi elitu ir gali tiesiogiai įtakoti politikos formavimą bei patį įgyvendinimą.

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) sveikatos politiką apibrėžia kaip sprendimus, veiksmus ar planus, kurių imamasi siekiant konkrečių sveikatos priežiūros tikslų. Aiškiai suformuluota sveikatos politika paaiškina vertybes, kuriomis remiasi, numato ateities viziją, tikslus, atskaitos taškus ir sudėlioja prioritetus, padeda identifikuoti ir veiksmingai įveikti kylančius iššūkius. Sveikatos politika tai procesas, kuriame dalyvauja ir sąveikauja įvairūs valdžios lygiai bei suinteresuoti asmenys, turintys įvairių poreikių ir interesų, prisidedančių prie politikos rezultatų[60].

Valstybiniuose dokumentuose sveikatos politika apibrėžiama kaip „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija“[61]. Ji tarpusavyje susieja skirtingas sritis: įstatymus, finansavimą, mokesčius, organizacinius modelius ir t.t.. Sveikatos politika yra sudėtinga, plati bei daugiasektorinė sritis. Politikos formuotojai, įgyvendintojai, sveikatos priežiūros atstovai bei kitos suinteresuotosios grupės sutinka, jog daugelį sveikatos sektoriaus problemų galima išspręsti tik remiantis bendromis tarpsektorinėmis pastangomis. Labai svarbu vadovautis „sveikata visose politikose“ principu - sveikatos klausimus įtraukti i visų sričių politiką ir taip pat plėtoti sąveiką ir bendradarbiavimą su kitais sektoriais, siekiant stiprios sveikatos politikos[62]. Įvairių sektorių politikai priimdami viešosios politikos sprendimus, turi atsižvelgti į jų įtaką visuomenės sveikatai ir prisiimti atsakomybę už sprendimų įgyvendinimo pasekmes sveikatos sistemai[63].

---

[59] „Europos Sąjungos sektorinės politikos“, Lietuvos Respublikos užsienio reikalų ministerija, žiūrėta 2021 m. liepos 12d., https://urm.lt/default/lt/uzsienio-politika/uzsienio-politikos-prioritetai/lietuva-europos-sajungoje/kaip-veikia-europos-sajunga/es-sektorines-politikos.

[60] „Health policy“, World health organization, žiūrėta 2021 m. lipeos 17d., https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy.

[61] „Nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo““, LRS, žiūrėta 2021 m. gruodžio 3d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=.

[62] Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“, Sveikatos politika ir valdymas 1, 3 (2011): 20-21, https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2011~1367176038586/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content

[63] Evelyne de Leeuw, Carole Clavier ir Eric Breton, „Health policy – why research it and how: health political science“, Health *Research Policy and Systems* 12, 55 (2014): 2, https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4505-12-55.pdf

Sveikatos politika turi remtis esminiais principais[64]:

- **Teisumas** – principas, kuris mažina skirtumus tarp įvairių socialinių ir ekonominių grupių ir suteikia žmonėms lygias galimybes siekti sveikatos ir gauti vienodus sveikatos rezultatus. Taip pat šiuo principu siekiama suvienodinti sveikatos priežiūros kokybę bei prieinamumą asmenims, turintys vienodą poreikį[65];
- **Prieinamumas** – principas, kuris valstybės nustatyta tvarka realizuoja galimybę žmonėms gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir užtikrina šių paslaugų ekonominį, komunikacinį bei organizacinį prieinamumą, t.y.: atstumas iki gydymo įstaigos, apmokėjimas už suteiktas paslaugas, specialistų darbo laikas, infrastruktūra ir t.t.;
- **Priimtinumas** – sveikatos priežiūros sąlygos, kurios, valstybės nustatyta tvarka, užtikrina, jog sveikatos priežiūros paslaugos atitinka medicinos mokslo principų bei etikos reikalavimus;
- **Solidarumas** – turi didelę reikšmę organizuojant teisingą privalomojo sveikatos draudimo sistemą, kuomet jaunas asmuo moka už senyvą, dirbantysis už bedarbį, o sveikas už sergantįjį. Solidarumas gali būti apibūdinamas kaip vienas kito parama ir bendra atsakomybė[66];
- **Lygybė** – principas, užtikrinantis vienodumą: remiantis sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu, gyventojams paslaugos prieinamos vienodai, nepriklausomai nuo social-demografinių rodiklių;
- **Visapusiškumas** - principas, kuris užtikrina sveikatos priežiūrą visuose lygiuose – nuo prevencijos iki ligų gydymo;
- **Laisvas pasirinkimas** - šiuo principu yra užtikrinama asmens laisvė rinktis ir priimti sprendimus. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas gali pats pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, pačią sveikatos priežiūros įstaigą ar net diagnostikos bei gydymo metodikas;
- **Tęstinumas** – siekiama, jog asmens sveikatos priežiūra būtų koordinuojama kiekvienoje struktūroje ir tarp jų;
- **Saugumas** – teikiant sveikatos priežiūros paslaugas siekiama išvengti, apsaugoti ar sušvelninti pasekmes, žalą sveikatai. Principas užtikrina saugią aplinką tiek paslaugų gavėjui tiek tame sektoriuje dirbančiam darbuotojui.

---

[64] Jankauskienė, *op. cit., 14*

[65] Dainora Bielskytė ir Danguolė Jankauskienė, „Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 50, https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12820/446-2850-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[66] Indrė Špokienė, „Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje“, *Jurisprudencija* 3, 121 (2010): 337, https://intranet.mruni.eu/upload/iblock/492/19spokiene.pdf

Teisingas šių principų suvokimas ir tinkamas naudojimas gali būti raktas į sėkmingą sveikatos politikos įgyvendinimą ir demokratijos užtikrinimą. Siekiant efektyvios, kokybiškos, ekonomiškos, rezultatyvios, bendradarbiaujančios bei prieinamos sveikatos priežiūros, svarbu jog išvardintais principais vadovautųsi sveikatos politikos formuotojai bei sveikatos priežiūros vadybininkai, kadangi jie yra tiesioginiai sveikatos politikos vykdytojai bei viena iš suinteresuotų pusių.

Sveikatos politikos tikslas – gera visuomenės sveikata, kuri paremta vyraujančiu sveikatos modeliu. Sveikatos modelis, kuris diegiamas šalies sveiktos politikoje, yra visuomenės bei asmens sveikatos aiškinimas. Sveikatos politikai siekia, jog šis modelis būtų ne tik pagrįstas medicinos mokslo pasiekimais, atitiktų moderniosios visuomenės socialinį išsivystymą, bet kartu būtų aiškus ir priimtinas sveikatos politikos tikslinėms grupėms. Itin svarbu, jog sveikatos priežiūros sistemoje vyraujantis sveikatos modelis atitiktų visuomenės sveikatos sampratą bei sveikatos elgseną, kadangi nuo to priklauso įgyvendinamos sveikatos politikos sėkmė[67].

Sveikatos politika stipriai priklauso ir nuo bendrosios politikos, tad ne visuomet ji būna racionali - ją įtakoja esamos politinės valdžios interesai, dėl šios priežasties keičiantis šioms valdžioms kartu kinta ir sveikatos politika[68]. Tad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema kaip ir daugelio kitų šalių nuolat kinta, yra reformuojama. Dėl sveikatos priežiūros sistemos sudėtingumo, joje vykstantys pokyčiai, priimamai sprendimai ar reformos taip pat yra komplikuoti. Sveikatos sistemos reformos dažniausiai yra vykdomos, kai Sistema nepatenkina gyventojų poreikių, yra ekonomiškai neefektyvi dėl per didelių kaštų ar netinkamo valdymo arba nėra sprendžiamos pagrindinės sveikatos problemos[69]. Pasak V. Janušonio, sveikatos reforma – vyriausybės valdomas nuolatinis procesas, nukreiptas į sveikatos priežiūros veiklos, gyventojų sveikatos bei paslaugų kokybės gerinimą. Tai procesas, kuris turėtų užtikrinti sistemos stabilumą. Reforma dažnai yra siejama su politinės valdžios pasikeitimu ir yra pagrįsta politiniu ar ekonominiu motyvu, o ne sveikatos sistemos trūkumais[70]. Į sveikatos priežiūros reformas yra ypač jautriai reaguojama, nes pokyčiai sutrikdo nusistovėjusias gaires, vertinama kritiškai ir su nerimu, tačiau tai neišvengiama sąlyga siekiant tobulinti šalies sveikatos sistemą. Sveikatos reformos efektyvumą lemia

[67] Leonavičius ir Večorskytė, *supra note*, 49: 122.
[68] Vincas Janušonis, „ Sveikatos priežiūros vadybos raida Lietuvoje: pokyčiai, tendencijos, kritinis požiūris, tarptautinis kontekstas“, *Sveikatos ekonomika ir vadyba* 27, 5 (2017): 80, https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/1096-3071-1-PB.pdf
[69] Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos politikos ir valdymo vystymas*“, Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2009): 10, https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367169903621/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content
[70] Vincas Janušonis, „Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai“, *Sveikatos mokslai* 21, 4 (2011): 5-6, https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/88-375-1-PB.pdf

aiški sveikatos politika, numatyti prioritetai bei suinteresuotų grupių įtrauktis, kurie siekia daryti įtaką skirtinguose politikos ciklo etapuose, siekiant sumažinti numanomus nuostolius ar gauti maksimalią naudą iš siūlomų pokyčių[71].

Sveikatos politika įtraukia tiek paslaugų teikėjus, parodydama jiems kokių rezultatų jie siekia, tiek paslaugų gavėjus, kuriems šios paslaugos yra skirtos. Tai didžiausia suinteresuotoji grupė, kuri nori: žinoti kas atsakingas už sveiktą ir prisiimti atsakomybę sau, racionalios sveikatos priežiūros struktūros, o finansiniu aspektu nori, kad sveikatai tenkančios išlaidos netaptų nepakeliama naštą. Paslaugų gavėjai tampa vis svarbesni, ypač didėjant socialinės žiniasklaidos įtakai.

Sveikatos priežiūros sektorius turi funkcionuoti taip, kad duoti naudą, prisiderintų prie įvairių grupių interesų, o ypač prie paslaugų gavėjų. Dažniausiai svarbiausi politiniai lyderiai priima sprendimus kokios, kam ir kokiomis sąlygomis bus teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos ir remiantis tuo pavedama atsakingiems asmenims ir institucijoms šias paslaugas organizuoti ar teikti. Tokiame politiniame procese piliečio, šių paslaugų gavėjo, vaidmuo neretu atveju būna pasyvus. Tačiau augant viešųjų paslaugų teikimui ir jų vertinimui, piliečių vaidmuo taip pat keičiasi – jie tampa aktyvesniais dalyviais politikos procese, kuris apima politikos kūrimą, sprendimų priėmimą, įgyvendinimą ir vertinimą, taip pat ir visoje sveikatos priežiūros sistemoje[72].

Kaip jau buvo aptarta, nuolat keičiasi ne tik aplinkos sąlygos, bet kartu keičiasi ir paslaugų gavėjas. Buvo atliekamas tyrimas Europos sąjungos šalyse, iš kurių net tu trečdaliai patvirtino, jog paslaugų gavėjas tampa dėmesio centre, o jo pažinimas – bene svarbiausia užduotis[73]. Tad vienas iš sveikatos priežiūros sistemos ir politikos uždavinių yra identifikuoti koks jis yra, kokie jo poreikiai ir kaip juos patenkinti. ***Sveikatos politika, vykdydama nuolatines sveikatos priežiūros reformas, gali būti veiksminga ir efektyvi tik jeigu yra aišku kam tai yra nukreipta: pacientui, klientui ar vartotojui.***

1.5.2. Sveikatos politikoje kuriamas paslaugų gavėjo portretas

Mokslinių straipsnių gausa atskleidžia, kad sveikatos priežiūros sistema jau daugelį metų yra aktualus mokslinių tyrinėjimų objektas. Šių dienų žmogui sveikata yra traktuojama kaip neribota vertybė, tad atsakomybė ja rūpintis tenka ne tik pačiam žmogui, bet kartu ir vyriausybė bei kitos

[71] Paola Abril Campos ir Michael R. Reich, „Political Analysis for Health Policy Implementation“, *Health Systems & Reform* 5, 3 (2019): 226-227, Full article: Political Analysis for Health Policy Implementation (tandfonline.com)
[72] *Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas* (Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, 2010), 10, https://vakokybe.vrm.lt/index.php?print=1&id=525.
[73] *Ibid*, 13.

atsakingos institucijos, prisidedančios prie šalies sveikatos politikos formavimo ar įgyvendinimo, valdančios sveikatos priežiūros sistemą. Šioje dalyje bus analizuojama kas yra sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas ir kokį jam vaidmenį kuria šiandieninė sveikatos politika.

LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas užtikrina tam tikras paslaugų gavėjo teises. Viena iš jų - **teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą**[74]. Siekiant užtikrinti šios teisės įgyvendinimą kokybės kontrolė tampa neatsiejama. Kokybė yra glaudžiai siejama su privačiu sektoriumi, kuriame dominuoja klientas, kuriam stengiamasi įtikti, tačiau ypatingą dėmesį kokybei skiria ir akcentuoja sveikatos priežiūros vartotojas. Viešasis sektorius perėmė privataus sektoriaus kokybės vadybos modelį. Privačiame sektoriuje paslaugų kokybė gali lemti sveikatos paslaugų pardavimą ir įmonės pelningumą, tad šiame sektoriuje kokybė svarbus aspektas. Įstaigos vykdo „pasitenkinimo paslaugomis“ subjektyvius tyrimus, kurie padeda nustatyti ir įvertinti paslaugų gavėjo požiūrį ir nuomonę apie suteiktas paslaugas, atskleisti silpnąsias vietas ir pagerinti sveikatos priežiūros kokybę. Ši teisė sufleruoja, jog politikai šiuo aspektu sveikatos priežiūros gavėjui suteikia būtent kliento ar vartotojo vaidmenis.

Sveikatos politikai ir sveikatos priežiūros specialistai vis dažniau kalba apie į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, tad paslaugų gavėjo poreikių ir lūkesčių patenkinimas įgauna naujas ir labai svarbias prasmes. Jie turi būti vertinami kaip neatsiejama paslaugos kokybės dalis, o paslaugų teikimo procesas turi juos patenkinti[75]. Pasitenkinimas sveikatos priežiūra sąlygoja geresnę gydymo eigą ir tikėtinus rezultatus bei lemia veiksnius, kurie tiesiogiai koreliuoja su pačia paslaugų gavėjų elgsena – ar jie laikysis paskirto gydymo, ar tinkamai laikysis rėžimo ir vartos medikamentus, ar atvyks į vizitus ir pan. Tad ryškėja paslaugų gavėjo kaip pagrindinio paslaugų kokybės vertintojo vaidmuo, o jo nuomonė priskiriama kaip svarbus kokybės rodiklis. Valstybės ar savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigos privalo atlikti pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis tyrimą bei rinkti susijusią informaciją. Tačiau 17 proc. šių įstaigų tokio pobūdžio tyrimų neatlieka ir nerenka informacijos. Kita grupė įstaigų (27 įstaigos) atlieka apklausas naudodamos patvirtintas formas, kuriose vertinama paslaugų gavėjų pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis ir aplinka, tačiau nėra identifikuojami jų lūkesčiai, poreikiai,

[74] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, LRS, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 13d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr.

[75] Rimantas Stašys ir Artūras Malikovas, „Vartotojo lūkesčiams darantys įtaką veiksniai“, *Management theory and studies for rural business and infrastructure development* 22, 3 (2010): 7, https://www.researchgate.net/publication/280133494_Vartotojo_lukesciams_darantys_itaka_veiksniai

nuomonė, nekokybiškas paslaugas lėmusios priežastys[76]. Neturint tokių duomenų negalima gauti objektyvaus grįžtamojo ryšio, identifikuoti visas problemas, priimti tinkamus sprendimus šioms problemos spręsti ir tobulinti paslaugų teikimą. Šių priemonių nebuvimas prisideda prie mažėjančios asmenų pasitenkinimo viešose įstaigose teikiamų paslaugų kokybę. EBPO taip pat atkreipia dėmesį, jog Lietuvoje yra vertinamas asmenų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis lygis, tačiau nėra stebimas ir vertinamas paslaugų gavėjų patirties rodikliai, kaip gydytojo skiriamas laikas, asmens įtrauktis į gydymo procesą, jo dalyvavimas jame ir t.t.[77].

Autorius A. Šilys teigia, jog įstaigos sėkmė priklauso nuo jos sugebėjimo patenkinti poreikius ir lūkesčius tiek pačių paslaugų gavėjų, tiek ir kitų suinteresuotų šalių. Šis procesas apima ne tik paslaugos suteikimą, bet ir stebėseną, vertinimą ir analizę. Siekiant tinkamai įvertinti sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, reikalingi bendrieji kokybės rodikliai, kurie leistų vertinti vykstančius pokyčius, jų kryptį ir rezultatus[78]. 2018 m. valstybinio audito ataskaitoje yra teigiama, jog Lietuvoje trūksta šių rodiklių, skirtų paslaugų kokybei matuoti, o sveikatos apsaugos ministro nustatyti rodikliai apima ne visų paslaugų kokybės vertinimą[79]. XVIII-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje numatytas projektas, kuriuo siekiama, jog vykstantys kokybės užtikrinimo ir gerinimo pokyčiai būtų sistematiškai planuojami, įgyvendinami ir matuojami remiantis objektyviais rodikliais. Tam buvo sudaryta darbo grupė, kuri išsamiai išanalizavo esamus teisės aktus, skirtus asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo reglamentavimui. Viso yra 18 teisės aktų, kuriuose nurodomi kokybės ar efektyvumo rodikliai (žr. 1 priedą), tačiau pateikiama išvada, jog asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinime reikia pokyčių. Viena iš priežasčių, jog įstatymuose įtvirtintiems rodikliams trūksta aiškumo, ką siekiama jais matuoti ir vertinti, daliai jų neįmanoma nustatyti siektinų reikšmių arba siektinos reikšmės nustatomos tam tikrai įstaigų grupei, trūksta sąsajų tarp rodiklių ir vertinamų sričių. Taip pat trūksta rodiklių, kurie leistų geriau vertinti stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą[80]. Pasak D. Jankauskienės, kokybės politikoje svarbu turėti aiškų vertinimo

[76] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orpeintacija į pacientą* (Vilnius, 2018), 30, file:///C:/Users/Neringa/Downloads/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-prieinamumas-ir-orientacija-i-pacienta%20(1).pdf.
[77] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas"(Vilnius, 2018), 33-34, https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas.
[78] Arvydas Šilys, „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas" (Vilniaus universistetas, 2012), 80.
[79] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, *op. cit.*
[80] Raimonda Janonienė, „ASPĮ veiklos kokybės vertinimo kriterijai ir kokybės vertinimo politika ateityje", Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, žiūrėta 2022 m. vasario 27d., https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/kompetenciju-

modelį, kuris leistų įvertinti ir palyginti rezultatus, tarp sveikatos priežiūros įstaigų, apie jų teikiamų paslaugų kokybę bei mokytis iš pasiektų geriausių rezultatų. Autorė teigia, jog Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimo modelis yra dar nebaigtas kurti ir trūksta pagrindinio įvertinimo elemento[81]. Tačiau projekte „Naujos kartos Lietuva - ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonės“ suplanuota investicija į kompleksinio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo modelio sukūrimą. Šios investicijos tikslas įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų efektyvumą, kokybę, sukurti gautų rezultatų palyginimo sistemą. Ši priemonė planuojama įgyvendinti iki 2024 II ketv. Tai rodo, jog didėja dėmesys ir valstybės pastangos gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę šių paslaugų gavėjams, tačiau sistemoje pastebimos ir kitos su kokybe susijusios problemos.

Valstybės kontrolės audito ataskaitoje pateikiama, jog tik ketvirtadalis viešų sveikatos priežiūros įstaigų apskritai yra pasitvirtinusios teikiamų paslaugų kokybės politiką. Autoriai A. Kosinskienė ir J. Ruževičius teigia, kuomet įstaigos kokybės politika yra neaiški, neapibrėžta arba kokybės vadybos sistema diegiama tik reikalavimo – jos įgyvendinimas vangus, neduoda rezultatų ir neįtraukia daugumos darbuotojų, kurie didžiąja dalimi prisideda prie kokybiškų paslaugų teikimo[82]. Taip pat sveikatos priežiūros įstaigose nėra vertinamas paslaugų veiksmingumas. Remiantis Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr . V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ (redakcija 2020-05-01), sveikatos priežiūros įstaigos yra įpareigojamos atlikti vidaus medicininį auditą, siekiant įvertinti ir pagerinti įstaigos veiklą bei teikiamų paslaugų kokybę[83]. Išanalizavus įstaigų atliktus auditus buvo pastebėta, jog pagrindinis jų tikslas yra įvertinti ar teikiamos paslaugos atitinka reglamentavimus, ar kokybiški medicininiai įrašai, tačiau šie duomenys nėra pakankama informacija, kuri padėtų įvertinti pačią paslaugų kokybę ar veiksmingumą. Šalyje nėra aiškių metodikų ir standartų, kuriais turėtų vadovautis medicinos auditoriai, taip pat nėra ir institucijos, kuri vadovautų ir kontroliuotų vidaus audito atlikimo procesus. Įstaigos neturėdamos tinkamų duomenų apie svarbius kokybės rodiklius, negali tinkamai identifikuoti probleminių vietų ir kokybę gerinti.

---

centru-ir-regioninio-bendradarbiavimo-modeliu-pagristos-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigu-tinklo-vystymas/sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybes-vertinimas.

[81] Danguolė Jankauskienė, „Ligonių sveikatos priežiūros rodiklių vertinimo modelis”, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 9 (2016): 66-67, https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14599/4338-9550-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[82] Aneta Kosinskienė ir Juozas Ruževičius, „Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui“, Visuomenės sveikata 52, 1 (2011): 13-14, https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1(52)/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf

[83] „Įsakymas „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo”, LRS, žiūrėta 2022 m. vasario 26d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.319609/asr.

Technologinio išsivystimo aspektu, kuris daro įtaką ir sveikos priežiūros paslaugų kokybei, Lietuva bendroje ES lentelėje užima tinkamą vietą. Šalyje kyla vis daugiau problemų dėl šių technologijų reguliavimo, kurį sau prisiėmė Sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Ji tiesiogiai sprendžia, kuri sveikatos priežiūros įstaiga, net ir panaudodama savo uždirbtas lėšas, gali įsigyti vienokią ar kitokią brangią technologiją, o kuri ne. Pastebima tokio monopolinio reguliavimo yda, jog didelės įstaigos, neturinčios ir negalinčios įsigyti brangių technologijų, palaipsniui nebegalės užtikrinti kokybiškų paslaugų teikimo. Tokia situacija jau pastebima ir kelia pasipiktinimą, kadangi kelerius metus technologijos diegiamos universitetinėse klinikose, tuo tarpu kitose įstaigose šios technologijos ribojamos[84].

Politikai, formuodami ir įgyvendindami šalies sveikatos politiką, nuolat numato bei imasi priemonių, reformų, kuriomis siekia pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos vienas iš tikslų – užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, kuri būtų orientuota ir tenkintų gyventojų poreikius[85]. Tačiau 2018 m. naujausias vartotojų tyrimas, kuriame vertinamos 35 Europos šalys, parodė, jog Lietuvos gyventojai yra nepatenkinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir bendroje lentelėje mes užimame 28 vietą[86]. 2017 m. Sprinter atliktas šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos atskleidė, kas labiausiai lemia gyventojų nepasitenkinimą. Pirmose vietose, lemiančiose didžiausią gyventojų nepasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema ar nepasitenkinimą ja, atsiduria vyraujanti korupcija bei didelės eilės. Taip pat 17 proc. respondentų kaip nepasitenkinimo priežastį įvardijo blogą, atmestinį gydymą, nesirūpinimą pacientais[87]. Gyventojų tarpe juntamas negatyvizmas ir slogi nuotaika dėl sveikatos esamos sveikatos priežiūros sistemos. Skiriasi gyventojų santykis su viešuoju ir privačiu sveikatos priežiūros sektoriumi, tad dažniausiai žmonės prieštaraujančiai vertina viešųjų institucijų teikiamas paslaugas, nenoriai į jas kreipiasi. Taip pat, viešasis sveikatos sektorius patiria vis didėjantį žmonių spaudimą atitikti privačiam sektoriui keliamus kokybės reikalavimus ir į jį lygiuotis[88]. D. Jankauskienės teigimu, atliktų tyrimų rezultatai atskleidžia, jog Lietuvos gyventojai yra labiau patenkinti privataus sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis. Tai patvirtina ir VLK, teigianti, jog didžiuosiuose Lietuvos miestuose, privačiose, ambulatorines sveikatos priežiūros teikiančiose įstaigose, lėšos naudojamos racionaliau – mažesnės pacientui tenkančios išlaidos, o

[84] Janušonis, *supra note*, 69: 79.
[85] „Nutarimas "Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvritinimo", LRS, žiūrėta 2021 m. spalio 21d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr.
[86] Arne Björnberg ir Ann Yung Phang, *Euro Health Consumer Index 2018* (Health Consumer Powerhouse, 2019), 17, https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf.
[87] LR Sveikatos apsaugos ministerija, *Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos* (Vilnius, Sprinter tyrimai, 2017), 6, https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Ataskaita%20-%20SAM%20201707.pdf.
[88] Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, supra note, 79: 14.

žmonių pasitenkinimas vis dėlto yra didesnis. Priešingai nei viešasis sektorius, privatus veikia rinkos sąlygomis, tad vyraujanti konkurencija skatina nuolatos vertinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Viešasis sektorius perėmė ir mokosi kokybės vadybos principų iš privataus sektoriaus.

Vis didėjantis dėmesys paslaugų kokybės gerinimui rodo, jog paslaugų gavėjai nori geresnės kokybės, vis dažniau ją akcentuoja, jos ieško ir tampa svarbiais kokybės vertintojais. Tad galima daryti prielaidą, jog šiuo aspektu šalies sveikatos politika stengiasi paslaugų gavėjui suteikti kliento ar vartotojo vaidmenį, tačiau procesas turi dar daug trukdžių, o gairėse numatytos priemonės nėra visapusiškai efektyviai įgyvendinamos.

Pasirinkimo galimybė sveikatos priežiūroje. Ši numatyta teisė yra nukreipta į klientą ir vartotoją, kurių vienas iš bruožų yra plati galimybė rinktis. Pasirinkimas yra sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo autonomijos ir jo teisės elementas, suteikiantis kontrolę bei galimybę priimti sprendimus. Įstaigos pasirinkimas taip pat yra siejamas su konkurencija, kuri įtakoja efektyvumą, skatina įstaigą gerinti paslaugų kokybę, o tai tiesiogiai paveikia ir patį asmens pasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema. Tyrimai atskleidžia, jog teise rinktis dažniau naudojasi ir sveikatos priežiūros įstaigas renkasi jauno amžiaus asmenys, turintys aukštesnį išsilavinimo lygį ir turintys didesnes pajamas arba sveikatos negalavimą turintys pirmą kartą. Pasak V. Janušonio kyla vis didesnės diskusijos, jog sveikatos priežiūros pasirinkimas yra nukreipiamas ne į paciento tam tikrų poreikių tenkinimą, o į politinius procesus[89].

Sveikatos priežiūros sistemoje didėja privataus sveikatos priežiūros sektoriaus, su orientacijjos į klientą ir vartotojiškumo koncepcija, įtaka. Naujausias Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK) atliktas 2018 metų gydymo įstaigų pateiktų duomenų tyrimas atskleidė, jog 66 proc. gyventojų šeimos gydytojo paslaugas renkasi viešosiose įstaigose, tuo tarpu 34 proc. gyventojų privačiuose centruose. Tačiau tyrimas parodė ir kitą tendenciją, jog viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis dažniausiai naudojasi 65 metų ir vyresni gyventojai, kurie sudaro apie 22 proc. visų prisirašiusių, tuo tarpu privačiose įstaigose ši amžiaus grupė sudaro tik 16 proc. Jauni, darbingo amžiaus (18-64 metų) žmonės yra labiau linkę šeimos gydytojo paslaugas rinktis ir gauti privačiose įstaigose, kuriose jie sudaro net 64 proc. visų prisirašiusių gyventojų. Taip pat privačiame sektoriuje daugėja ir

[89] Vincas Janušonis, „Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimas ir kokybė: literatūros apžvalga ir atvejo (Lietuva) analizė“, *Sveikatos ekonomika ir vadyba* 28, 7 (2018): 91, https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/04/90-109.pdf

vaikų[90]. Privačių, ypač pirminės sveikatos priežiūros, įstaigų skaičius kasmet vis didėja. Remiantis naujausiais Higienos instituto statistiniais duomenimis, 2018 m. privačių sveikatos priežiūros įstaigų buvo 3023, 2019 m. buvo 3149 įstaigos, o 2020 m. šis skaičius išaugo iki 3343 įstaigų. Tuo tarpu viešų sveikatos priežiūros įstaigų tinklas mažėja: 2018 m. SAM ir savivaldybių pavaldumo įstaigų buvo 248, o 2020 m. veikė 237 įstaigos[91]. Pateikti skaičiai įrodo, jog privatų sektorių, kuriame dominuoja vartotojiškumas ir į klientą orientuotas požiūris, renkasi vis daugiau žmonių ir pabrėžia šio sektoriaus svarbą visai sveikatos sistemai. Nors šis sektorius auga ir juo naudojasi vis daugiau žmonių, privačios sveikatos priežiūros įstaigos, nesudariusios sutarčių su valstybine ar teritorine ligonių kasomis, nėra įtrauktos į LNSS.

Daugelyje šalių, kuriose sveikatos priežiūra paremta mokesčių sistema ir reguliuojama valstybės gyventojas turi apribotas pasirinkimo galimybes. Taip ir Lietuvoje, valstybės prievolė mokėti PSDF įmokas įpareigoja naudotis viešojo sektoriaus paslaugomis, kurios yra nemokamos, kitu atveju, gyventojas pasirinkęs privačią sveikatos priežiūros įstaigą (nesudariusios sutarties su TLK), praranda savo privalomojo sveikatos draudimo pinigus ir taip susimoka du kartus.

2019 m. aukščiausioji audito institucija, atlikusi privalomojo sveikatos draudimo fondo 2018 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimą, teigė, jog penkių teritorinių ligonių kasų veikla kaip atskirų juridinių asmenų įtakoja, jog nėra užtikrinamos vienodos sąlygos nei paslaugų gavėjams, nei pačioms gydymo įstaigoms[92]. Nors gydymo paslaugos yra padengiamos fondo lėšomis, paslaugų gavėjas jomis pasinaudoti gali ne bet kurioje pasirinktoje gydymo įstaigoje. Gydymo įtaiga sudariusi sutartį su viena teritorine ligonių kasa paslaugas gali teikti tik prisirašiusiems tos teritorijos gyventojams. Tai reiškia, jog paslaugų gavėjas kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje tų pačių paslaugų gali ir negauti arba turės už jas susimokėti. Tuo tarpu sveikatos priežiūros įstaiga, sudariusi sutartis su visomis penkiomis teritorinėmis ligonių kasomis (Vilniaus, Kauno, Panevėžio, Šiaulių ir Klaipėdos TLK) fondo lėšomis dengiamas paslaugas gali teikti visiems asmenims. Tačiau tai padidina sąnaudas ir ne visos sveikatos

[90] „Viešoji ar privati: kurias gydymo įstaigas Lietuvoje renkasi dažniausiai?“, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos pasaugos ministerijos, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 25d., http://old.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Vie%C5%A1oji-ar-privati-kurias-gydymo-%C4%AFstaigas-Lietuvoje-renkasi-da%C5%BEniausiai.aspx.

[91] „Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2018-2020 m.”, Higienos institutas, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 25d., https://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt.

[92] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, *Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2018 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas* (Vilnius, 2018), 5, https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23947/privalomojo-sveikatos-draudimo-fondo-2019-metu-konsoliduotuju-finansiniu-ir-biudz.

priežiūros įstaigos sudaro sutartis su keliomis teritorinėmis ligonių kasomis: 2018 m. buvo sudarytos 1494 sutartys su 893 sveikatos priežiūros įstaigomis, iš jų tik 200 įstaigų sudarė sutartis su keliomis TLK[93]. Toks reguliavimas ir pasiskirstymas suteikia nevienodas konkurencines galimybes sveikatos priežiūros įstaigoms bei paslaugų gavėjams jas renkantis. Vienodomis sąlygomis mokėdami įmokas į PSDF turime nevienodas galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas, nes tai tiesiogiai priklauso nuo to, kurių TLK zonoje gyvename. Pats aptariamas teisės aktas pabrėžia, jog pasirenkant sveikatos priežiūros įstaiga, teisė į nemokamą sveikatos priežiūrą gali būti ribojama.

Taip pat asmens teisė rinktis gali turėti ir kitų įvairių ribojimų – teisės aktai, siuntimai, priemokos, ligonių kasų apmokėjimo tvarka, privačių draudimų apmokėjimo tvarka, paslaugų ar įrangos pasiskirstymas ir t.t. Sveikatos politikai ir sveikatos priežiūros vadovai, remdamiesi požiūriu, jog, ypatingai chirurgijos srityje, veiklos apimtys yra siejamos su paslaugų kokybę, kuria ir vysto centralizuotus centrus – vėžio, širdies ar smegenų chirurgijos ir t.t. Tačiau tai tik dar labiau riboja ar visiškai panaikina asmens pasirinkimą, nes nebelieka alternatyvų rinktis[94].

Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos (POLA) atliktoje studijoje yra teigiama, jog teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ar specialistą riboja ne tik finansinis aspektas (mokamos paslaugos), bet paslaugų gavėjai susiduria ir su kitokias ribojimais, kaip[95]:

- ne visuomet galima pasirinkti antrinio ar tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigą;
- informacijos trūkumas apie įstaigas ar jose dirbančius specialistus;
- ribojama galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis užsienio šalyse.

Apibendrinant galima teigti, jog asmens sveikatos priežiūros įstaigos, specialisto pasirinkimas yra įteisinta galimybė, asmeniui suteikianti kliento/vartotojo vaidmenį, ir vis dėlto sveikatos politikos numatytos priemonės ir jų įgyvendinimas turi šio vaidmens užtikrinimo trukdžių.

Nemokama sveikatos priežiūra. Pagrindinis teisės aktas, Lietuvos Respublikos Konstitucija, 53 straipsnyje įtvirtina, jog Lietuvos piliečių teisė į nemokamą iš valstybės biudžeto finansuojamą medicinos pagalbą valstybinėse gydymo įstaigose yra konstitucinė teisė ir garantija[96]**.** Ši teisė nukreipia, jog sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas yra pacientas, kadangi yra užtikrinama galimybė gauti nemokamą

[93] *Ibid*
[94] Janušonis, *supra note*, 90: 93.
[95] *Pola studija: pacientų teisės* (POLA, 2018), 7, https://pola.lt/wp-content/uploads/2020/02/POLA_Pacient-teis-s.pdf.
[96] Indrė Špokienė, „Nemokamos medicinos pagalbos teikimo konstitucinės garantijos“, Sveikatos politika ir valdymas 5, 1 (2013): 18, https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12818/418-2848-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

sveikatos priežiūrą. Nuo 2021 m. sausio 1d. fiksuota privalomojo sveikatos draudimo (PSD) įmoką, kurią moka gyventojas už einamąjį mėnesį yra 6,98 procento minimaliosios mėnesinės algos (MMA), tai yra 44,81,-eur, o per vienerius metus už savo ir kitų asmenų gydymą susidaro 537,72,-eur suma[97]. Asmenys, gaunantys didesnį mėnesinį atlygį sumoka didesnes PSD įmokas. Tai traktuojama kaip nemokamas gydymas, už kurį susimokame iš anksto. Tačiau net ir viešajame sektoriuje yra išskiriamos išimtys, kuomet sveikatos priežiūros paslaugas tampa mokamos - nekompensuojamos iš valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų, PSDF lėšų, valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos rėmimo specialiųjų programų lėšų[98]:

- ✓ norint gauti gydytojo specialisto konsultaciją be siuntimo;
- ✓ neturint PSD;
- ✓ savo sprendimu pasirenkamos paslaugos ar procedūros;
- ✓ savo sprendimu pasirenkama mokamas paslaugas, įrašytas į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą;
- ✓ pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, nei kompensuoja TLK: tokiu atveju reikės sumokėti jų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų kainų skirtumą.

Už deklaruojamą nemokamą gydymą gyventojai moka metų metus, tačiau kai kuriais atvejais, valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose už paslaugas ar reikiamas priemones tenka susimokėti papildomai, kartais net kai tai būna kompensuojama iš PSDF. Kompensuojamos paslaugos apima: prevencines, pirminės ir specializuotos sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir slaugos paslaugas. Viešose sveikatos priežiūros įstaigose yra taikomi tam tikri mokesčiai už pirmines, specializuotas ambulatorines ar stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas (pvz.: tyrimus). Nors valstybė padengia nuo 50 iki 100 proc. kompensuojamųjų vaistų ar medicinos priemonių įsigijimo išlaidų, taip pat ir priminėje sveikatos priežiūroje teikiamas odontologines paslaugas (išskyrus medžiagas, skirtas suaugusių asmenų dantų priežiūrai), tačiau šių išlaidų valstybės lėšomis dengiama dalis yra mažesnė už Europos Sąjungos vidurkį[99].

[97] „Nuo sausio didėja privalomojo sveikatos draudimo įmokos“, SoDra, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 26d., https://www.sodra.lt/lt/naujienos/nuo-sausio-dideja-privalomojo-sveikatos-draudimo-imokos.
[98] „Mokamas gydymas Lietuvoje”, ligonių kasa, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 26d., https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gyventojams-1/gydymo-ir-sveikatos-prieziuros-paslaugos/mokamas-gydymas-lietuvoje-1.
[99] OECD, *State of Health in the EU, Lithuania: Country Health Profile 2021* (Paris/European Observatory on

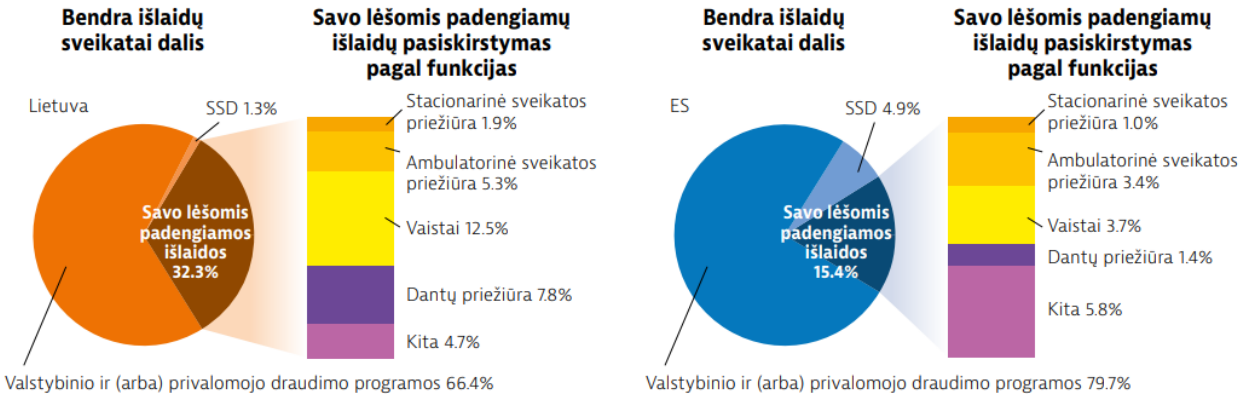
2019 m. Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA) atliko tyrimą, kuriuo siekė išsiaiškinti kiek gyventojų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis, primoka už jiems gyvybiškai svarbų gydymą. Tyrimas atsikleidė, jog net 25 proc. onkologinių pacientų mokėjo nuo šimto iki kelių šimtų eurų už vėžio žymens tyrimus, o už kraujo tyrimus moka net kas penktas pacientas. VLK direktorius Gintaras Kacevičius Seime surengtos spaudos konferencijos metu patvirtino, jog mūsų sveikatos priežiūros sistemoje egzistuoja nepagrįstai renkamos paciento priemokos, o tai sudaro terpę klestėti korupcijai. Sveikatos priežiūros įstaigos tam tikrą finansinių spragų naštą perkelia ant sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančių asmenų pečių[100]. Taip pat remiantis EOCD 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalgos duomenimis, Lietuvoje mokėjimai savomis lėšomis yra dvigubai didesni už Europos Sąjungos vidurkį ir sudaro apie 32,3 proc. bendrų sveikatos išlaidų (žr. 3 pav.)[101]. Remiantis 2017 m. Sprinter tyrimo rezultatais 14 proc. respondentų yra nepatenkinti sveikatos priežiūros sistema dėl brangių vaistų, o 12 proc. respondentų kaip priežastį įvardijo, vis didesnės PSD įmokos ir kartu esančias priemokas. 13 proc. apklaustųjų sveikatos priežiūroje susidūrė su neteisėtomis priemokomis, kurios buvo mokamos ne per įstaigos kasą. Taip pat net 73 proc. visų apklaustųjų teigė, kad nesutiktų mokėti papildomų priemonių už suteiktas paslaugas[102]. Nors Lietuvoje garantuojama nemokama sveikatos priežiūra, toje pačioje OECD apžvalgoje teigiama, jog net kas septintas namų ūkis Lietuvoje patiria nepakeliamas išlaidas sveikatai. Nepakeliamų išlaidų rodiklis yra aukštas ir nuo 2005 m. jis padvigubėjo, o tam įtakos turėjo išlaidos skirtos vaistų pirkimui. Vaistai sudaro didžiausią dalį namų ūkio skiriamų lėšų sveikatos apsaugai.

Health Systems and Policies, Brussels, 2021), 16, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/bc081ccc-lv.pdf?expires=1650826621&id=id&accname=guest&checksum=E132B90AF33934A6EA1686E607FB57BA.

[100] Laura Adomavičienė, „Lietuvos situaciją palygino su džiunglėmis – ligoninėse mokame net už nemokamas paslaugas", *LRT*, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 26d., https://www.lrt.lt/naujienos/lietuvoje/2/1123565/lietuvos-situacija-palygino-su-dziunglemis-ligoninese-mokame-net-uz-nemokamas-paslaugas.

[101] OECD, *supra note*, 100: 17.

[102] LR Sveikatos apsaugos ministerija, *supra note*, 88: 21.



Šaltinis: OECD, *State of Health in the EU, Lithuania: Country Health Profile 2021*

3 pav. Išlaidų dalis, kurios yra dengiamos nuosavomis lėšomis

Valstybės kontrolės atliktame sveikatos priežiūros sistemos vertinime atskleidžiama, jog sveikatos priežiūros įstaigų, kurios taiko pažangias ir brandesnes technologijas, sąnaudos yra nepilnai kompensuojamos, tuo tarpu įstaigos, kurios taiko mažiau pažangias technologijos gauna didesnį apmokėjimą. Toks skirtingas technologijų taikymas ir jų sąnaudos taip pat sukurią ydą – pacientų priemokas už paslaugas, kurių PSDF neapmoka[103].

Minimoje Konstitucijos nuostata negali būti interpretuojama, jog iš valstybės biudžeto lėšų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugos bus apmokamos pilna apimtimi. Piliečių priemokų mokėjimas sudaro sąlygas privačiomis lėšomis išlaikyti labai brangiai kainuojantį valstybinį sveikatos sektorių. Priemokos suteikia pirkamąją galią ir leidžia pasirinkti geresnės kokybės paslaugas ar medicinines priemones, apeiti ilgas laukimo eiles (gerina sveikatos priežiūros prieinamumą) - įtraukiami kliento/vartotojo bruožai. Tačiau viešajame sektoriuje priemokos sudaro nelygiateisiškumo sąlygas paslaugų prieinamumui, stiprina socialinę nelygybę, atskleidžia sveikatos sektoriaus finansavimo ydas.

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra. LR asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programoje teigiama, jog norint gerinti paslaugų kokybę, būtina sveikatos priežiūrą orientuoti į žmogų, jo poreikius ir lūkesčius[104].

Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijoje yra keliamas tas pats uždavinys – plėtoti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą[105]. Kitaip tariant - sveikatos priežiūros sistema bei jos procesai bus nukreipti

[103] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, *Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas* (Vilnius, 2019), 19, https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23836

[104] „Įsakymas „ Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo"", LRS, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 28d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/asr.

tenkinti paciento poreikius. Šis principas turi glaudžių sąsajų su į klientą orientuotu požiūriu ir vartotojiškumo idėjomis, kurios teigia, jog organizacijoje svarbiausias asmuo yra klientas ir jo, o ne biurokratijos poreikius reikia tenkinti.

Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, lydimas įvairių priežasčių, turi teisę pasirinkti privataus sektoriaus teikiamas sveikatos priežiūras paslaugas. Privačios įstaigos gali sudaryti sutartis su teritorine ligonių kasa dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis[106]. Tačiau tai padengia tik dalį paciento išlaidų už tam tikras paslaugas, ir ne visos privačios įstaigos yra sudariusios šias sutartis. Pacientas, kas mėnesį mokėdamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas, gauna kompensaciją už paslaugas, kurios tenkina daugelio gyventojų bendrus, o ne jo individualius poreikius. Lėšos, paskirstomos atsižvelgiant į sistemą, o ne patį pacientą, nes pacientui rūpi kompensacija už paslaugas, kurių jam reikia, o ne už tas, kuriomis jis gali niekada nepasinaudoti. Sveikatos politikams tenka sunki užduotis – sukurti veiksmingą sveikatos sistemą, kuri ne tik teoriškai tenkintų pacientų poreikius, bet pacientas pats tai galėtų pajusti. Dėl augančio paciento nepasitenkinimo galima būtų teigti, jog esamas PSDF lėšų paskirstymas nepatenkina jo poreikių ar lūkesčių. Turime susiformavusią beveik privačią ir labai brangią sveikatos priežiūros sistemą. Valstybės kontrolės audito ataskaitoje taip pat teigiama, jog sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir esamas finansavimo iš PSDF modelis nėra susijęs su kokybės reikalavimais, t.y. nėra orientuotas į paslaugų veiksmingumą ar rezultatyvumą – kokį poveikį padarė pačiam paslaugų gavėjui[107].

Taip pat vienas iš svarbesnių į pacientą orientuotų paslaugų tikslas yra užtikrinti saugą – minimalią galimą riziką ar žalą paciento sveikatai, kas apima ne tik ligų bet ir nepageidaujamų įvykių valdymą. 2010 m. patvirtintas nepageidaujamų įvykių sąrašas, lyginant su kitomis šalimis, buvo siauras ir apėmė tik šešias grupes, pagal Europos Parlamento ir Tarybos direktyvas ar pateiktas rekomendacijas, tačiau 2020 m. naujojoje įstatymo redakcijoje galima pastebėti, jog šis sąrašas išsiplėtė iki 11 grupių[108]. 2021-2030 m. sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos 2-ajam strateginiam tikslo uždaviniams - didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, efektyvumą, prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas, vieną iš priemonių SAM numato kaip asmens sveiktos

---

[105] „Nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo"", LRS, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 28d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr.

[106] „Sutartys su gydymo įstaigomis", Valstybinė ligonių kasa, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 29d., http://old.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sutarciu-sudarymas.

[107] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, *supra note*, 78: 8.

[108] „Įsakymas „Dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos ir valdymo aprašo patvirtinimo"", LRS, žiūrėta 2021 m. spalio 13d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.372118/asr.

priežiūros įstaigų veiklos rezultatų ir kokybės stebėsenos bei tobulinimo modelio diegimą. Taip pat naudojant patvirtintas metodikas būtų galima užtikrinti visiems paslaugų gavėjams saugias, veiksmingas ir vienodos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, nepriklausant nuo jų demografinės padėties. Valstybės kontrolė nustatė vieną iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų trūkumų, jog tik 20 proc. ligų ir sveikatos būklių yra gydoma pagal šalies mastu standartizuotas metodikas. Atlikto audito rezultatai parodė, jog daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros įstaigų nerengė protokolų standartizuojančių diagnostikos ir gydymo. 23 gydytojų profesinės draugijos (iš 27) yra pabrėžusios, jog sveikatos priežiūros įstaigos esančios rajonuose net nėra pajėgios parengti tokius protokolus [109].

Kaip jau buvo aptarta ankstesniame skyriuje, spartus technologinis tobulėjimas lemia, jog kiekvienas asmuo turi galimybę išmaniųjų sensorių, daviklių, mobiliųjų aplikacijų dėka gauti ir disponuoti informaciją apie savo sveikatos būklę ir taip tapti centrine sveikatos priežiūros ašimi. Tačiau, pasak J. Januševičienės, formuojama teisė yra nukreipta tenkinti ir atliepti bendrus visuomenės poreikius, siekiant išvengti vieno asmens interesus iškelti aukščiau kitų[110]. Darytina prielaida, jog sveikatos politikos gairės yra orientuotos į paslaugų gavėją ir jo gerovę, tačiau šių gairių realizavimas turi spragų.

Atsakomybė už savo sveikatą. Vartotojo vienas iš vaidmenų yra rūpintis ir prisiimti atsakomybę už savo sveikatą. LR sveikatos sistemos įstatyme viena iš gyventojų pareigų sveikatinimo veikloje taip pat yra *pareiga rūpintis savo sveikata*[111]. Pati pareiga kyla iš asmeninių paskatų, siejama su morale ir lemia asmens motyvacijos atsiradimą jos laikytis. Moralinį priimtinumą prisiimti atsakomybę už savo sveikatą įtakoja natūralus asmens noras sklandus biologinis funkcionavimas. Pareiga rūpintis savo sveikata yra neapibrėžta ir sudėtinga, kadangi moralinė pareiga kyla iš vidinių įsitikinimu ir asmuo lengvai gali jos nejausti, jeigu jis tai pasirenka. Anot K. Jovaišo asmens sąmoninga sveikatą žalojanti veikla daro įtaka ir visai visuomenei, tačiau asmens norą būti sveikesniam mažai įtakoja galimybė mažinti visuomenei tenkančią naštą[112]. Sveikatos politikos formuotojai turi rasti priemones, kurios paveiks asmens įsitikinimus ir sukurs asmeninę motyvaciją būti atsakingu vartotoju. Šiuo metu pastebimas sistemos trūkumas, jog formuojama sveikatos politika šią nuostatą deklaruoja ir nori pasiekti, tačiau nemotyvuoja

[109] Aukščiausioji valstybinio audito institucija, *supra note*, 78: 14-15.
[110] Justina Januševičienė, „Paciento pareiga rūpintis savo sveikata kaip teisės į sveiaktos priežiūros paslaugas įgyvendinimo sąlyga", *Teisė* 104 (2017): 185, https://www.zurnalai.vu.lt/teise/article/view/10853/8988
[111] „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas", LRS, žiūrėta 2021 m. rugsėjo 8d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr.
[112] Januševičienė, *op. cit.*, 194.

gyventojų tapti vartotojais, prisiimti šios pareigos bei taupyti sveikatos išlaidas, nes kuo daugiau žmonių neprisiims atsakomybės tuo labiau didės sveikatos priežiūros paslaugų kaštai.

Įstatyme nutatymas įpareigojimas labiau deklaratyvus, kadangi, remiantis LR sveikatos draudimo įstatymo 5 straipsniu, nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas gauna ir tie asmenys, kurių negalavimai ar sutrikimai atsirado dėl sąmoningo nesirūpinimo savo sveikata. Draustų asmenų sveikata ar paslaugų poreikis nėra vertinamas ir įtakojamas jo neatsakingo ir rizikingo elgesio sveikatai[113]. Daugelyje kitų šalių yra įsigalėję žalingos gyvensenos mokestis arba tai bandoma įteisinti, ribojamas nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, siekiant jog sveikatos priežiūros paslaugų teikimas būtų tiesiogiai susietas su pareigos rūpintis savo sveikata vykdymu, tuo tarpu Lietuvos politikoje tik formuojasi tokios sąsajos prielaida[114].

Lietuvoje yra solidarumo principu paremtas sveikatos draudimo modelis, kuris užtikrina visiems privalomuoju sveikatos draudimu draustiems asmenims vienodą sveikatos priežiūrą, nepriklausomai nuo sumokėtų sveikatos draudimo įmokų dydžio: vieni prisideda didesnėmis, kiti mažesnėmis sveikatos draudimo įmokomis, pagal savo galimybes, o paslaugos teikiamos pagal poreikį. Lietuvoje yra aukštas solidarumo lygis: remiantis Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2018 m. duomenimis, 2017 m. gyventojų skaičius siekė 2,85 mln, iš kurių 1,59 mln buvo drausti PSD valstybės lėšomis ir tai sudaro daugiau negu 55 proc. gyventojų. Egzistuoja santykis, kuomet PSDF įmokas moka tik mažiau negu pusė gyventojų, kuriems tenka atsakomybė paremti asmenims, kurie negali savarankiškai mokėti PSDF įmokų[115]. Politinėse diskusija vis aktyviau yra prabyla apie tai, jog tokia forma pasireiškiantis solidarumo principas finansavimo sistemai palaipsniui tampa nepakeliama našta. Esama finansavimo sistema valstybiniame sektoriuje siūlydama nemokamą sveikatos priežiūrą sukuria neribotą paklausą, kuri lemia ir didelių išteklių poreikį, nes žmogiškoji prigimtis naudojasi ir kartais be reikalo eikvoja tai, kas yra nemokama. Autorius H.M. Sassas teigia, jog sveikata ir gerovė priklauso ne tik nuo aplinkos veiksnių, bet ir pačio individo elgesio bei pasirinkimo, tad atsiranda reikiamybė remtis ne tik solidarumo principu, bet ir pritaikyti tokius principus kaip atsakomybė, kuris skatina ir ugdo sveikatos raštingumą ar sveikos gyvensenos pasirinkimą[116].

---

[113] „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas", LRS, žiūrėta 2021 m. rugsėjo 23d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr.
[114] Januševičienė, *op. cit.*, 192.
[115] Jūratė Sabalienė, „Privalomojo sveikatos draudimo sistema", Valstybinė ligonių kasa, žiūrėta 2021 m. spalio 21d., https://slidetodoc.com/privalomojo-sveikatos-draudimo-sistema-valstybins-ligoni-kasos-prie/.
[116] Špokienė, *supra note*, 67: 340.

Nuomonę, jog vykdoma sveikatos politika nemotyvuoja rūpintis savo sveikata patvirtina ir žemas dalyvavimo nacionalinėse profilaktinėse programose lygis. Lietuvoje, siekiant pagerinti ankstyvą vėžio nustatymą ir padidinti išgyvenamumą, yra vykdomos penkios PSDF lėšomis finansuojamos atrankinės patikros programos dėl prostatos, gimdos kaklelio, krūties bei kolorektalinio vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų (žr. 2 lentelę)[117].

2 lentelė. Asmenų dalyvavimas prevencinėse programose

Prevencinė programa	**Prevencinėse programose dalyvavusių asmenų skaičius, tūkst.**				
	2015 m.	**2016 m.**	**2017 m.**	**2018 m.**	**2019 m.**
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa	128	117	119	122	122
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	96	99	106	106	119
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	210	232	230	240	260
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	115	119	96	106	89
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	239	256	265	276	292

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal VLK pateikiamus statistinius duomenis

Kasmet vėžio prevencijos programoms skiriant vis didesnį PSDF finansavimą, gyventojų įtrauktis didėja, tačiau Lietuvos rodikliai vis dar nesiekia ES vidurkio ir Europos Tarybos rekomendacijų, jog gyventojų dalyvavimas sudarytų 80 proc.[118]

Privačioje įstaigoje vartotojas yra labiau motyvuojamas prisiimti tiesioginę atsakomybę už savo sveikatą, kadangi visos arba dalinai sveikatai tenkančios išlaidos yra dengiamos asmeninėmis lėšomis. Tokia sistema priverčia vartotoją rinktis kokių paslaugų jam iš tiesų reikia, išvengia perteklinio vartojimo bei skatina racionaliai naudoti išteklius. Tai sukuria ir pačią motyvaciją asmeniškai prisiimti atsakomybę už savo sveikatą, kuomet pats asmuo pajustų finansinę naštą už savo gyvenimo būdo pasirinkimą ir

[117] „Plėtros programų rengimas“, SAM, žiūrėta 2022 m. sausio 5d., https://sam.lrv.lt/lt/administracine-informacija/planavimo-dokumentai/pletros-programu-rengimas.
[118] SAM, *supra note,* 118

sveikatą įtakojančių sprendimų priėmimą. Yra pastebima, jog vis daugiau Europos šalių mažina viešojo sektoriaus siūlomų paslaugų apimtis, proporcingai didinant privačius įsipareigojimus[119].

Dėl augančių žmonių poreikių ir naujų technologijų sveikatos priežiūra nuolat brangsta reikalaudama vis didesnio finansavimo. Taip pat valstybinio sveikatos priežiūros sektoriaus veikla vykdoma ne rinkos sąlygomis: teikiamų paslaugų kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija pagal esamą lėšų kiekį, tad nesiremiama jokiomis pagrįstomis sąnaudomis, o pagrindiniai lėšų šaltiniai yra mokesčių mokėtojai. Jeigu mokesčių mokėtojai galėtų patys valdyti sveikatai tenkančias išlaidas ar jų pasiskirstymą pagal individualius poreikius ir rizikas, jis būtų suinteresuotas maksimaliai rūpintis savo sveikata, kad išvengti žalingų pasekmių savo sveikatai, o tai nusakytų ir pačios atsakomybės atsiradimą.

Paslaugų gavėjas matomas kaip vartotojas, kuris rūpinasi savo sveikata, prisiima atsakomybę ir atsakingai vertina sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, tačiau pati formuojama sveikatos politika neskatina paciento jaustis ir būti tokiu vartotoju, tai labiau teorinė konstrukcija. Rūpinimosi sveikata nuostata paremta lygiateisiškumo principu, vengiant vartotojiškumo apraiškų. Vartotojas besirūpinantis savo sveikata užimtų ženkliai reikšmingesnį vaidmenį jeigu sveikatos priežiūros sistema būtų paremta ne tik privalomu, bet labiau privačiu sveikatos draudimu bei įtvirtintos aiškios priemones, susiejančios asmens pareigą prisiimti atsakomybę už savo sveikatą ir ribojimus naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Yra diskutuojama, jog ir mūsų sveikatos priežiūros sistemoje turėtų būti siaurinamas solidarumo principas ir daugiau atsakomybės perkeliama pačiam paslaugų gavėjui.

[119] Špokienė, *supra note*, 67

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GAVĖJŲ IR GYDYTOJŲ NUOMONĖS TYRIMAS

2.1. Tyrimo metodologija

Atlikta mokslinė analizė teoriniame lygmenyje padėjo atskleisti paciento, kliento ir vartotojo sąvokas, jų vaidmenis, susipažinti su sveikatos sampratos, gydytojo ir sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo santykių modelių bei visuomenės vertybių kaitomis, šalies sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo ypatumais bei paslaugų gavėjui priskiriamu vaidmeniu joje. Lietuvoje kreipiama vis daugiau dėmesio piliečių įtraukčiai į jų sveikatos priežiūros procesus, jų autonomijai bei atsakomybei. Tačiau Lietuvoje atlikta mažai išsamių tyrimų, tad stokojama žinių kaip keičiasi pačios sveikatos, sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo samprata ir vaidmuo gydytojų bei pačių paslaugų gavėjų požiūriu, vertybės ir kaip tai koreliuoja su šalies sveikatos politikos kuriamu paslaugų gavėjo portretu. Toliau baigiamojo darbe bus aptariamas tyrimas šia tema, pateikiami, analizuojami ir interpretuojami gauti rezultatai.

Pasirinkta kiekybinė (pozityvistinė) tyrimo metodologinė prieiga. Kiekybiniu tyrimu siekiama ieškoti objekto išorinių požymių, atrasti objektyvius, universalius dėsnius ar taisykles, tendencijas ar priežastinius ryšius. K. Kardelio teigimu, kiekybinis tyrimas remiasi iš mokslinės problemos formuluojama hipoteze, o gauti duomenys išreiškiami skaičiais ir analizuojami matematiniais ir statistiniais metodais[120]. Toks tyrimo tipas pasirinktas, kadangi tiriamos grupės, o ne individualūs atvejai, remiamasi teorinėje dalyje išanalizuotomis teorijomis, požiūriais, yra struktūrizuotas bei iš anksto suplanuotas, atsiribojant nuo tiriamo objekto.

Tyrimo tikslas. Ištirti paslaugų gavėjo vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, jų pačių ir gydytojų požiūriu, tobulinant įtraukios sveikatos politikos nuostatas.

Tyrimo metodai. Kiekybinio tyrimo metodu pasirinkta anketinė apklausa, kuri yra taikoma dažniausiai, yra aiški, moksliškai pagrįsta ir patikima. Šis metodas yra tinkamas, kadangi tyrimu bandoma atkleisi žmonių požiūrį, vertybines nuostatas ar elgsenos bruožus. Užtikrinamas respondentų anonimiškumas. Pasirinktas apklausos metodas skirtas kaupti duomenis apie respondentų socialinius ir demografinius požymius, vyraujančias nuostatas, sampratas, požiūrius, elgesio modelius ir ištirti jų

[120] Kęstutis Kardelis, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, modulio konspektas (Kaunas, 2002), 34, https://docplayer.net/39539387-Modulio-konspektas-parengtas-pagal-vadoveli-k-kardelis-moksliniu-tyrimu-metodologija-ir-metodai-2-asis-pataisytas-ir-papildytas-leidimas.html.

pasiskirstymą tiriamoje imtyje. **Tyrimui naudotas instrumentas** – struktūruotas klausimynas, sudaryta pačios darbo autorės. Viso sudaryti du klausimynai, skirti atlikti anoniminei sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų bei gydytojų apklausai pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose. Siekiant įvertinti klausimynų patikimumą, buvo atliktas pilotinis tyrimas: kiekvienai respondentų grupei išdalinta po 10 anketų. Atlikus vertinimą, buvo atlikti pataisymai ir parengtos galutinės ir patikimos anketos, naudotos šiam kiekybiniam tyrimui.

2.2. Taikomo kiekybinio tyrimo instrumentas ir jo struktūra

Suformuluotuose klausimynuose klausimai bei galimi atsakymų variantai suformuluoti iš anksto, nesikeičiantys ir pateikti nekintama tvarka, tad respondentai jiems skirtą anketą pildė pagal tokias pačias instrukcijas. Į klausimynus įtraukti tik būtiniausi klausimai, kurių atsakymai padės įgyvendinti tyrimo tikslą. Abu klausimynai tiria tuos pačius požymius tik skirtingose tiriamųjų grupėse. Remiantis rekomendacijomis klausimų seka yra nuo trumpų ir labai konkrečių, pereinant prie platesnių, išsamesnių ir sudėtingesnių klausimų. Klausimų formuluotės paprastos, suprantamos, konkrečios, nevartojami neaiškūs žodžiai ar terminai[121]. Klausimynuose pateikiami uždaro tipo klausimai, parankiausi kiekybinei analizei, su galimų atsakymo alternatyvų sąrašu, iš kurių respondentas gali pasirinkti jam tinkamiausią atsakymą (-us) arba pateikiamos vertinimo skalės, reitingavimo galimybė.

Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjams skirtą anketą sudaro 24 klausimai, kurie koreliuojasi su teorinės dalies analize (žr. 2 priedą). Pirmieji keturi klausimai skirti įvertinti respondentų socialdemografinius rodiklius. 5, 10, 17, 20, 21 klausimas skirtas išsiaiškinti kokią sveikatos priežiūros įstaigą ar šeimos gydytoją renkasi paslaugų gavėjai ir kokie šio pasirinkimo kriterijai ir sąsajos su paslaugų gavėjo vaidmeniu. 6 anketos klausimas yra skirtas išsiaiškinti ir palyginti, kokią paslaugų gavėją apibūdinančias sąvoką renkasi asmuo, kai kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, kokį vaidmenį pasąmoninkiškai sau priskiria. 7, 11, 12 klausimas skirtas ištirti kokia vyrauja sveikatos samprata ir modelis. Gauti rezultatai padės atskleisti ar vyraujanti samprata koreliuoja su sveikatos priežiūros paslaugų gavėju pasirinkimais. 8, 9, 18, 22 klausimas – asmens vaidmens identifikavimas atsakomybės pasidalijimo klausimu. Jis atskleis ar paslaugų gavėjai rūpinasi sveikata, prisiima atsakomybę už savo sveikatą ar ją numeta ant kitų pečių. 14 klausimas padėtų įvertinti paslaugų gavėjo nuomonę, ar gydytojai/specialistai orientuojasi į paslaugų gavėją, atliepia jo lūkesčius. Atsakymai padėtų interpretuoti,

[121] Inga Gaižauskaitė ir Svajonė Mikėnė, *Socialinių tyrimų metodai: apklausa* (Mykolo Romerio Universitetas, Vilnius, 2014), 132.

kokiam vaidmeniui prigretinamas paslaugų gavėjas pagal šį požymį. 13, 15, 16 klausimai atspindi koks vyrauja gydytojo – paciento santykių modelis sprendimų priėmime, dalyvavime gydymo procese sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo akimis, ar tai atitinka vaidmenį, kurį užima paslaugų gavėjai. 19 klausimas skirtas išsiaiškinti ar esant nemokamai sveikatos priežiūrai paslaugų gavėjas susiduria su priemokomis, ar tai įtakoja jo gydymosi procesą. 23 - 24 klausimai skirti įvertinti paslaugų kokybės aspektus bei galimus skirtumus privačioje bei viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje, paslaugų gavėjo požiūriu (dėmesys, aplinka, aptarnavimas, pasitikėjimas, įranga ir t.t.). Atsakymai padėtų atskleisti, kuriose įstaigose kokybė vertinama geriau bei susieti su aptarta teorija, koks paslaugų gavėjo vaidmuo vyrauja geriau vertintame sektoriuje.

Sveikatos priežiūros specialistams - gydytojams skirtą anketą sudaro 21 klausimai, kurie koreliuojasi su teorinės dalies analize bei paslaugų gavėjams skirta anketa (žr. 3 priedą). Pirmi keturi klausimai skirti įvertinti respondentų socialdemografinius rodiklius (lytį, amžių, darbo patirtį bei sektorių, kuriame dirba). 5, 17 klausimas yra skirtas išsiaiškinti ir palyginti, kokias paslaugų gavėją apibūdinančias sąvokas renkasi gydytojas, kai asmuo kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą. Taip pat išsiaiškinti kokį vaidmenį paslaugų gavėjui gydytojas tiesiogiai priskiria, ar tai koreliuoja su pasirinkta sąvoka. 6, 10 klausimas skirtas ištirti kokia sveikatos samprata ir modelis vyrauja gydytojų tarpe. Atsakymai suteiks galimybę palyginti su paslaugų gavėjo vertinimu bei aptarta teorija. Taip pat, išanalizavus visus anketos klausimus padės padaryti išvadą, kokią įtaką paslaugų gavėjo vaidmeniui turi vyraujanti sveikatos samprata. 7, 8, 12, 15 klausimas - atsakomybės prisiėmimo klausimas. Jis atskleis gydytojo požiūrį kas atsakingas už asmens sveikatą, ar jie patys rūpinasi savo sveikata, o atsakymai leis tai palyginti su paslaugų gavėjų požiūriu. 9, 16, 19 klausimas padės palyginti sveikatos priežiūros įstaigos ar specialisto pasirinkimo kriterijus paslaugų teikėjų ir gavėjų požiūriu. Rezultatai padės atskleisti ar vyrauja skirtumai, taip pat defirencijuoti, kurių sveikatos priežiūros sričių paslaugose labiausiai vyrauja klientelizmo ar vartotojiškumo bruožai. 11 klausimas padėtų įvertinti ar gydytojai/specialistai orientuojasi į paslaugų gavėją (jį girdi, skiria pakankamai laiko), atliepia jo lūkesčius, ir su kokiu paslaugų gavėjo vaidmeniu tai tapatinasi. Atsakymai leistų atlikti palyginimą su pačių paslaugų gavėjų požiūriu, išsiaiškinti ar yra skirtumas tarp šių dviejų interesų grupių požiūrio. 13, 14, 78 klausimas atspindi koks vyrauja gydytojo – paciento santykių modelis sprendimų priėmime, dalyvavime gydymo procese sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo akimis, kaip tai koreliuoja su vyraujančiu sveikatos modeliu bei paslaugų gavėjo vaidmeniu bei siekiamybėmis. 20, 21 klausimas skirtas kokybės analizei ir jos palyginimui tarp sektorių gydytojų – paslaugų gavėjų požiūriu.

Apklausose naudotos įvairios **matavimo skalės**. Ranginės skalės: respondentų nuostatos bei nuomonės matuoti buvo naudota Likerto skalė, taikant 5 balų skalė, išreikšta žodinėmis reikšmėmis (visiškai sutinku, sutinku, nei sutinku nei nesutinku, nesutinku, visiškai nesutinku). Siekiant įvertinti kaip dažnai atliekamas tam tikras veiksmas buvo panaudota verbalinių dažnių skalė („visada“,..... „niekada“). Reikšmių vertinimui pasirinkta svarbos skalė, kurios reikšmės nuo „visiškai nesvarbu“ iki „labai svarbu“. Taip pat, anketose, siekiant įvertinti paslaugų kokybę tarp sektorių, buvo panaudota skaitmeninė vertinimo skalė nuo 1 iki 5, nurodant ribines skaičių reikšmes (1 – visiškai neįtakoja, ..., 5 – labai įtakoja), taip pat nuo 1 iki 10, nurodant ribines skaičių reikšmes (1 – labai blogai,…., 10 – labai gerai). Vertinimo skalė buvo pateikta ir verbalinėmis reikšmėmis (taip, tikriausiai taip, nežinau, tikriausiai ne, ne). Respondentams buvo pateiktas klausimas su trijų reikšmių vertinimo skale: taip, nežinau, ne. Anketoje panaudota ir santykinė skalė, pradinis taškas nulis ir yra išreikšta procentiniais intervalais (0-10%,….., 90-100%). Požymiams, turintiems skaitmeninę išraišką matuoti buvo naudojama ranginė skalė (pvz.: amžiui bei darbo stažo nustatymui).

2.3. Tyrimo respondentų imtis ir charakteristika

Tyrimui pasirinktos įstaigos charakteristika. Tyrimo vykdymui buvo pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga - Mažoji Užupio klinika. Tai privati odontologijos klinika. Klinikoje yra užregistruoti 7632 asmenys, kurie naudojasi įstaigos paslaugomis, tačiau skaičius nuolatos kinta dėl konkurencijos rinkoje. Odontologines paslaugas teikia aukščiausios kvalifikacijos gydytojai odontologai/specialistai, viso 15 gydytojų bei kitas medicininis personalas.

Tiriamųjų imties sudarymas, apskaičiavimas, įtraukimo į tyrimą kriterijai. Siekiant reprezentatyvumo tyrime buvo naudojamos tikimybinės imtys. Imtims sudaryti buvo naudojama stratifikuota atranka, kadangi tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į dvi homogeniškas grupes, pagal tam tikrus požymius: pagal profesiją – gydytojai, pagal naudojimąsi įstaigų teikiamomis paslaugomis ir amžių – paslaugų gavėjai. *Pirmame - paslaugų gavėjų nuomonės tyrime* respondentai atrinkti pasinaudojus stratifikuota atsitiktine atranka. Jų imtis paskaičiuota pagal prie įstaigų prisirašiusių paslaugų gavėjų skaičių. Bendras prie tiriamosios įstaigos prisirašiusiųjų skaičius – 7632 asmenys. Atsižvelgiant į amžiaus kriterijų, tyrime dalyvauti galėjo tik 18 metų ir vyresni asmenys. Dėl šios priežasties iš generalinės aibės buvo pašalinti asmenys, neatitinkantys amžiaus kriterijaus, tad tiriamųjų skaičius sumažėjo – 4884 asmenys. Siekiant, kad tyrime paslaugų gavėjų imtis būtų reprezentatyvi, ji buvo paskaičiuota pagal šią formulę (82):

$$n = \frac{t^2\ N\ p(1\text{-}p)}{\Delta^2\ N + t^2\ p(1\text{-}p)},$$

kai tyrimui aktuali populiacija yra baigtinė (nedidelė)

Reikšmės: t=patikimumas (1,96), Δ – paklaida (0,05), N – populiacijos dydis (4884), p= atsakymų pasiskirstymas (0,5). Remiantis formule ir turimais duomenimis, apskaičiuota:

$$n = \frac{1{,}96^2 \text{ x } 4884 \text{ x } 0{,}5\ (1\text{-}\ 0{,}5)}{0{,}05^2 \text{ x } 4884 + 1{,}96^2 \text{ x } 0{,}5\ (1\text{-}\ 0{,}5)} = 356$$

Nustatyta, jog imtis bus reprezentatyvi, jeigu ją sudarys 356 ar daugiau tiriamųjų.

Antrame - gydytojų nuomonės tyrime imtis sudaryta remiantis stratifikuota klasterinė atranka. Atrinkus pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, buvo apklausiami visi jose dirbantys gydytojai, viso 15 gydytojų.

Tyrimo organizavimas. Pasirinktose įstaigose, gavus atsakingų asmenų leidimą, tyrimas buvo atliekamas 2022 m. sausio – vasario mėnesiais. Gydytojams bei atsitiktinai atrinktiems paslaugų gavėjams anketos buvo siunčiamos arba dalinamos, prašant jas užpildyti.

Duomenų apdorojimas. Gydytojams buvo išdalinta 15 anketų, grąžintos ir tinkamai užpildytos buvo 15 anketų, apskaičiuotas grįžtamumas 100%. Paslaugų gavėjams buvo pateiktos 467 anketos, iš kurių 358 anketos sugrįžo, buvo tinkamai užpildytos ir tiko tolimesniam analizavimui. Bendras abiejų įstaigų anketų grįžtamumas 76,7%.

Anketų duomenų analizė buvo atliekama naudojantis “Microsoft Office Excel 365” ir “SPSS” programomis, kurios dažniausiai taikomos sociologinių ir kitų sričių mokslinių tyrimų statistinių duomenų apdorojimui bei analizavimui. Apklausos atsakymų dažnumo pasiskirstymas apskaičiuotas remiantis kryžminėmis duomenų lentelėmis. Tyrimo duomenų statistinis reikšmingumas buvo vertinamas remiantis chi kvadrato ($\chi 2$) testu ir nustatant *p* reikšmes. Laikytasi, jog statistiškai reikšmingas skirtumas, kurio p (patikimumas)<0,05, t.y. didesnis negu 95%. Gautų tyrimo duomenų atvaizdavimui naudotos įvairios lentelės, diagramos, pateiktos rezultatų teorinės interpretacijos.

Tyrimo trikdžiai. Tiriamųjų motyvacijos trūkumas ir vangus dalyvavimas tyrime arba atsisakymas jame dalyvauti. Dažniausia atsisakymo priežastis – laiko stoka.

Tyrimo etika. Viso tyrimo metu buvo laikomasi etikos principų bei reikalavimų. Respondentams suteikta informacija apie vykdomą tyrimą, jo tikslą bei mokslinę naudą. Taip pat tiriamieji informuoti, jog jų dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, tad suteikiama galimybė atsisakyti jame dalyvauti arba iš jo pasitraukti. Siekiant išlaikyti asmens saugą, užtikrinamas dalyvavimo anonimiškumas bei gautų duomenų konfidencialumas. Taip pat buvo kreiptasi į pasirinktų sveikatos priežiūros įstaigų vadovus ar atsakingus asmenis dėl leidimo tyrimo vykdymui gavimo. Gauti raštiški sutikimai įstaigose vykdyti gydytojų bei sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų anketinę apklausą.

Tyrimo ribotumas. Tyrimas buvo atliekamas tik privačioje odontologijos klinikoje. Šiame sektoriuje iš esmės vyrauja į klientą orientuotas požiūris, kuris diktuoja aukštesnius aptarnavimo ir kokybės standartus. Būtent tai gali įtakoti, jog privačiame sektoriuje dirbančių gydytojų požiūris gali stipriai skirtis nuo viešo sektoriaus atstovų požiūrio, ar jo visiškai neatspindėti. Taip pat, dėl mažos gydytojų dalyvavusių tyrimuose imties rezultatai negali būti reprezentatyvus. To siekiant reikėtų šį tyrimą plėtoti, apklausiant daugiau privataus sektoriaus įstaigų gydytojų bei tyrimą lygiagrečiai atlikti ir viešame sektoriuje, kad būtų galima palyginti požiūris ir identifikuoti tikrąsias problemas ir požiūrius. Tolimesni tyrimai ir šios temos gvildenimas prisidėtų prie sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo.

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų nuomonės apie jų vaidmenį įvertinimas

Demografiniai duomenys. Remiantis 3 lentelėje pateiktais duomenimis, tyrime dalyvavo įvairių amžiaus grupės asmenys, tačiau daugiau kaip pusės respondentų (N=200) amžius svyravo nuo 21 iki 40 metų. Taip pat pastebėta, jog tyrime dominavo moterys (N=321), kurių buvo 8,7 karto daugiau negu vyrų.

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius požymius

POŽYMIS		Respondentų skaičius (N)	Respondentų skaičius procentais (%)
Amžius	18 - 20 m.;	7	2.0
	21 - 40 m.;	200	55.9
	41 - 60 m.;	123	34.4
	Vyresnis (-ė) nei 60 m.	28	7.8
	Iš viso:	358	100
Lytis	Vyras	37	10.3
	Moteris	321	89.7
	Iš viso:	358	100
Gyvenamoji vieta	Vienkiemis	2	0.6
	Kaimas	38	10.6
	Miestelis	52	14.5
	Miestas	109	30.4
	Didmiestis	154	43
	Neatsakytas klausimas	3	0.8
	Iš viso:	358	100
Išsilavinimas	Vidurinis	29	8.1
	Profesinis	48	13.4
	Aukštasis neuniversitetinis	100	27.9
	Aukštasis universitetinis	181	50.6
	Iš viso:	358	100

Analizuojant tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal gyvenamąją vietą nustatyta, jog didesnę jų dalį sudarė gyvenantys gyvenantys didmiesčiuose (43%) arba miestuose (30.4%). Daugiau negu trys ketvirtadaliai visų respondentų buvo asmenys įgiję aukštąjį išsilavinimą: 50,6% universitetinį ir 27,9% neuniversitetinį išsilavinimą. Galima prielaida, jog sudarytas apklaustųjų portretas: 21 - 40 metų amžiaus moteris iš didmiesčio/miesto, turinti aukštąjį išsilavinimą, sudaro jiems galimybę tinkamai ir adekvačiai įvertinti jų norimą užimti vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje bei pačios sistemos, pateiktos per gydytojų prizmę, jiems suteikiamą vaidmenį.

Vyrauja trys pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų gavėją apibūdinančios sąvokos: „pacientas", „klientas" ir „vartotojas", kurios pagal savo kilmę ir reikšmę reprezentuoja tris skirtingus modelius, tarpusavio ryšius, paslaugų sektorius bei vaidmenis. Tyrime buvo siekiama atskleisti, kokią sąvoką dažniausiai renkasi patys paslaugų gavėjai. Taip pat buvo bandoma išsiaiškinti, kuris sveikatos priežiūros sektoriaus (viešas ir privatus), kuriame paslaugų gavėjai naudojasi šeimos gydytojo paslaugomis, yra pasirenkamas dažniau ir kaip tai įtakoja sąvokos pasirinkimą (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal juos apibūdinančios sąvokos pasirinkimą skirtinguose sveikatos priežiūros sektoriuose

ATSAKYMŲ VARIANTAI		Respondentų skaičius	Kreipdamiesi į sveikatos priežiūros įstaigą, kaip norėtumėte, jog Jus vadintų?			IŠ VISO
			PACIENTU	KLIENTU	VARTOTOJU	
Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje esate prisiregistravęs pas šeimos gydytoją?	Privačioje įstaigoje	abs.	73	16	0	81
		proc.	82%	18%	0%	100%
	Viešoje įstaigoje	abs.	236	31	2	269
		proc.	87.70%	11.50%	0.70%	100%
					IŠ VISO (N):	358

Išanalizavus tyrimo rezultatus, pastebėta, jog šeimos gydytojo paslaugų teikimas vyrauja viešajame sveikatos priežiūros sektoriuje (N=269). Tyrimo duomenys patvirtino kitų autorių tyrimo rezultatus, jog didžioji dalis paslaugų gavėjų (daugiau kaip 80%) nori būti vadinami „pacientais", nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros sektoriaus pasirinkimo. Ši sąvoka siejama su paternalistiniu modeliu, paslaugų gavėjui suteikianti sergančiojo ir pasyvaus dalyvio vaidmenį. Autoriai teigia, jog privačiame sektoriuje dominuoja į klientą orientuotas požiūris, tačiau rezultatai rodo, jog asmenys, prisiregistravę pas šeimos gydytoją privačiose sveikatos priežiūros įstaigose taip pat renkasi „paciento" sąvoką ir tik 18% šios grupės asmenų pasirinko „kliento" sąvoką. „Vartotojo" sąvoka sulaukė mažiausio populiarumo – ją pasirinko tik 0,7% apklaustųjų, nors teigiama, jog būtent vartotojas yra aktyviausias sveikatos priežiūros dalyvis. Paslaugų gavėjų tarpe, juos apibūdinančios sąvokos pasirinkimas bei sveikatos priežiūros sektoriaus pasirinkimas yra statistiškai nereikšmingas ($\chi 2 = 3,64$, lls = 3, $p = 0,303$, $p>0,05$).

Kaip buvo aptarta teorinėje dalyje, paslaugų gavėjas turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą (sektorių) ir gydytoją. Pasirinkta įstaiga gali atspindėti kokio vaidmenio paslaugų gavėjas tikisi, atvykęs gauti paslaugų. Rezultatai, pateikti 5 lentelėje atskleidžia, jog odontologo (83,8%), psichologo (77,1%), plastikos chirurgo (73,2%) bei akušerijos-ginekologijos (45,8%) paslaugos, dauguma jų pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, dominuoja privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje, kuriame vyrauja į klientą orientuotas požiūris ir paslaugų gavėjai laikomi „klientais". Kitos, dažniausiai antrinės ar tretinės , sveikatos priežiūros siūlomos paslaugos respondentų vertinimu dominuoja viešajame sektoriuje, kuriame perkamoji galia nėra tokia svarbi ir yra siejamas su pasyvesniu asmens vaidmeniu.

5 lentelė. . Respondentų pasiskirstymas pagal pasirenkamą sektorių skirtingoms sveikatos priežiūros paslaugoms gauti

PASLAUGOS:	**Viešasis sektorius**		**Privatus sektorius**		**Atsakymo nepasirinko**
	N	**proc.**	**N**	**proc.**	**proc.**
Laboratoriniai tyrimai ar skiepai	224	62,6%	121	33,8%	3,6%
Šeimos gydytojo	241	67,3%	111	31%	1,7%
Chirurgo	214	59,8%	130	36,3%	3,9%
Odontologo	48	13,4%	300	83,8%	2,8%
Kardiologo	213	59,5Į	128	35,8%	4,7%
Psichologo	65	18,2%	276	77,1%	4,7%
Onkologo	234	65,4%	107	29,9%	4,7%
LOR (ausų, nosies ir gerklės	263	73,5%	84	23,5%	3,1%
Alergologo	202	56,4%	134	37,4%	6,1%
Plastikos chirurgo	70	19,6%	262	73,2%	7,3%
Traumatologo	281	78,5%	61	17%	4,5%
Akušerio/ginekologo (tik moterims)	163	45,5%	164	45,8%	8,7%

Svarbu išsiaiškinti, kokie yra gydymo įstaigos bei mediko pasirinkimų kriterijai, kadangi pasirinkimo požymis koreliuoja su paslaugų gavėjo vaidmeniu. Remiantis literatūra, pagal šį požymį pastebima paslaugų gavėjų diferenciacija: „pacientas" dažniausiai gydosi viešojoje sveikatos priežiūros įstaigoje ir nesirenka, „klientas" ir „vartotojas" ieško, lygina ir renkasi geriausią.

Analizuojant šeimos gydytojo pasirinkimo kriterijus, pastebėta, jog didžioji dalis, beveik trečdalis respondentų (30,4%) šeimos gydytoją renkasi atsižvelgdami į kitų asmenų patirtį ir rekomendacijas. Ketvirdalis respondentų šeimos gydytojo pasirinkimui kriterijų nekelia ir pasirenka tą, kuris jam yra siūlomas arba tiesiog paskiriamas registratūroje (24,7%). Detaliau išanalizavus duomenis, apstebėta pasirinkimų diferenciacija pagal lytį ir amžių. Moterims svarbiausias šeimos gydytojo pasirinkimo

kriterijus - rekomendacijomis (42,37%), tuo tarpu vyrai dažniausiai renkasi jiems pasiūlytą gydytoją (37,83%). Šiuo požymiu vyrų bei moterų vaidmenys išsiskiria. Taip pat moterų pasirinkimui statistiškai reikšmingesnė gydytojo patirtis (29%) negu vyrams (5,41%) ($\chi 2 = 9{,}42$, lls = 1, $p<0.002$). Kitų statistiškai reikšmingų ryšių tarp šio požymio nepastebėta. Pasirinkimai statistiškai labai reikšmingi pagal amžių ($p<0{,}001$). 21 – 41 m. amžiaus grupės respondentams svarbiausias kriterijus – atsiliepimai apie gydytoją bei vertinimas internete, 18 – 20 m. ir 41 – 60 m. – pasirinkimui kriterijų neturi, o 61 m. ir vyresniems asmenims - gydytojo turima patirtis.

Kaip teigia autoriai, šių dienų visuomenėje paciento vaidmenį keičia vartotojo vaidmuo, tad didelę reikšmę įgyja veiksniai, kurie nulemia asmens sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą[122]. Atlikus sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimo analizę, stebima, jog respondentams svarbiausias kriterijus, į kurį atsižvelgiama - paslaugų kokybė. Nustatyta, jog statistiškai reikšmingas ryšys tarp amžiaus bei kriterijų pagal svarbą pasiskirstymą. Kokybės kriterijus yra svarbiausias 18 – 20 m., 21 – 40 m. ir 41 – 60 m. amžiaus grupės respondentams ($\chi 2 = 29{,}55$, lls = 9, $p<0{,}001$). Taip pat, kaip matyti 6 lentelėje, svarbūs kriterijai yra: specialistų kvalifikacija, patirtis, atsiliepimai (4,71), kuris yra svarbiausias 61 m. ir vyresnių asmenų grupėje, bei informacinis prieinamumas (4,36). Tuo tarpu, atstumas iki įstaigos yra vertinamas kaip mažiausiai svarbus kriterijus kitų atžvilgiu (3,77). Asmenys esantys 21 – 60 metų amžiaus atstumo kriterijų vertiną kaip turintį mažiausiai įtakos renkantis sveikatos priežiūros įstaigą ($p=0.003$), vyresni asmenys ypatingos reikšmės nesuteikia įstaigos darbo laikui ($p<0{,}001$).

[122] Cordina, Kumar ir Olson, *supra note*, 7.

6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimo kriterijus

KRITERIJAI	18-20 m.	21-40 m.	41-60 m.	61 m. ir vyresni	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
	5 balų svarbą pasirinkusių respondentų skaičius					
Paslaugų kokybė	7	187	104	20	**4.79**	0.80
Specialistų kvalifikacija, patirtis, atsiliepimai	5	173	111	22	**4.71**	0.93
Lengvai ir gretai prieinama informacija	7	122	61	13	**4.36**	1.02
Malonesnis aptarnavimas	5	136	80	16	4.35	1.18
Naudojamos technologijos ir įranga	5	110	79	22	4.34	1.15
Trumpesnis laukimo laikas	3	129	69	15	4.32	1.05
Platus paslaugų spektras	5	138	78	13	4.32	1.20
Patogus susisiekimas	5	96	61	17	4.01	1.30
Įstaigos įvaizdis ir reputacija	7	85	**51**	11	3.95	1.26
Įstaigos darbo laikas	5	94	59	**5**	3.93	1.31
Konsultacijos trukmė	**0**	92	61	7	3.88	1.40
Atstumas iki įstaigos	7	**83**	**51**	12	3.77	1.40
VISO RESPONDENTŲ	7	200	123	28		

Šie rezultatai leidžia manyti, jog sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai renkasi ne atsitiktinę ir artimiausią sveikatos priežiūros įstaigą, o tą, kuri labiausiai atitinka jų individualius kriterijus. Kokybės kriterijus, kuris yra dominuojantis, būdingas „kliento“ ir „vartotojo“ sampratai. Nors tyrimas atskleidžia, jog asmenys renkasi, tačiau remiantis literatūros analize, sveikatos priežiūros sistemoje ši teisė ir galimybė ne visuomet yra užtikrinama.

Sveikatos samprata. Literatūros analizėje autoriai teigia, jog visuomenės keičiasi, o su jomis keičiasi sveikatos modelis ir pats paslaugų gavėjas. Siekiant ištirti, kokia sveikatos samprata vyrauja, respondentams buvo pateikti teiginiai, apibūdinantys tris esminius sveikatos modelius. Biomedicininis sveikatos modelis buvo apibūdintas pirmuoju teiginiu, kuris sveikatą apibrėžė kaip ligos ar jos simptomų nebuvimą. Antroji holistinė sveikatos samprata apimanti asmens biologinę, psichinę bei socialinę gerovę buvo orientuota į biopsichosocialinį sveikatos modelį. Trečiasis teiginys, apibūdinantis sveikatą kaip individualizuotas asmens galimybes rinktis sveiką gyvenimo būdą buvo nukreiptas į naujausią postmodernistinį sveikatos modelį (archisveikatą). Nustatyta, kad tiriamųjų sveikatos samprata skiriasi pagal amžiaus grupę (žr. 7 lentelę).

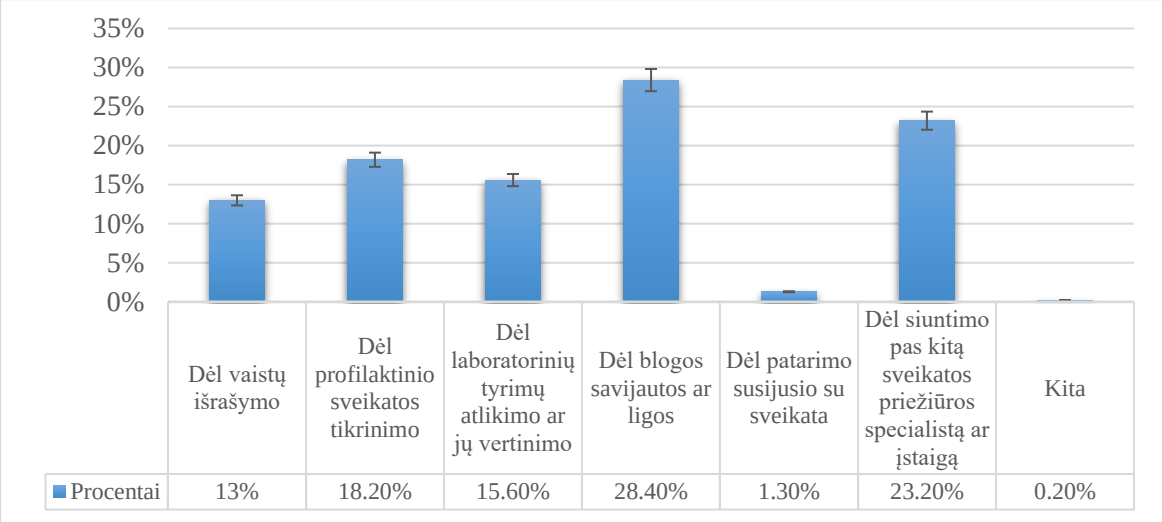
7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos sampratą

SVEIKATOS SAMPRATA	Respondentų skaičius	AMŽIUS				IŠ VISO:
		18 - 20 m.	21 - 40 m.	41 - 60 m.	Vyresnis (-ė) nei 60 m.	
Biomedininis sveikatos modelis	(abs.)	0	50	53	15	118
	(proc.)	0%	25%	43,1%	53,6%	
Biopsichosocialinis sveikatos modelis	(abs.)	7	136	59	13	215
	(proc.)	100%	68%	48%	46,4%	
Postmodernistinis sveikatos modelis (archisveikata)	(abs.)	0	14	11	0	25
	(proc.)	0%	7%	8,9%	0%	

Remiantis tyrimo duomenimis, didžioji dalis respondentų (N=215, 60%) sveikatą apibūdina remdamiesi biopsichosocialiniu sveikatos modeliu. Šis modelis labiausiai dominuoja 18 – 40 metų amžiaus ribose. Vyresnio amžiaus žmonių (41 – 60 m.) požiūris į sveikatą laviruoja tarp biomedicininio ir biopsichosocialinio sveikatos modelio, tačiau nežymią persvarą įgyja pastarasis. Tačiau, analizuojant vyresnių nei 60 metų asmenų grupę, galima pastebėti, jog daugiau kaip pusė respondentų (53,6%) sveikatos sampratą tebesieja su biomedicininiu sveikatos modeliu, orientuotu į ligą. Palyginus, tik nedidelė dalis respondentų sveikatą sieja su gyvenimo būdu (archisveikata) kaip būdinga postmodernioms visuomenėms. Sveikatos samprata statistiškai reikšmingai susijusi su respondentų amžiumi ($\chi 2 = 24,53$, lls = 6, $p<0,01$)

Šie duomenys pagrindžia autorių įžvalgas, jog vykstant kartų kaitoms, keičiasi vertybės bei požiūris į sveikatą: naujesnių kartų sveikatos samprata paremta biopsichosocialiniu modeliu, vyresnio amžiaus žmonių tarpe biomedicininis modelis, kurio koncepcija labiau orientuota į ligą, o ne patį asmenį, vis dar funkcionalus ir suteikia „paciento“ kaip sergančiojo asmens vaidmenį.

Detalesnei vyraujančio sveikatos modelio analizei buvo pateikti papildomi klausimai, siekiant identifikuoti ar sveikatos samprata koreliuoja su paslaugų gavėjo pasirinkimais. Respondentų buvo prašoma įvertinti dėl kurių priežasčių jie dažniausiai kreipiasi pas šeimos gydytoją. Rezultatai (žr. 4 pav.) rodo, jog dažniausiai kreipiamasi pas šeimos gydytoją esant blogai savijautai arba dėl ligos (28,4%). Paslaugų gavėjai nėra linkę kreiptis dėl patarimo susijusio su jų sveikatos būklę (1,3%)..



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lankymosi pas šeimos gydytoją dažniausias priežastis

Analizuojant paslaugų gavėjų elgesį pajutus peršalimo simptomus, rezultatai kontraversiški. Beveik kas antras respondentas (47,5%) esant peršalimui gydosi vartodami natūralias priemones (kaip arbata, imbieras ir pan.). Kita grupė respondentų (46.4%) patys arba pasitarę su vaistininku vartoja vaistus, o pas šeimos gydytoją kreipiasi tik savijautai blogėjant. Tik nedidelė dalis tiriamųjų (3,1%), dažniausiai turintys vidurinį išsilavinimą ir gyvenantys miestelyje (p=0.000), nurodė, jog pas šeimos gydytoją kreipiasi iš karto. Duomenys parodo, jog paslaugų gavėjai nesikreipia pas šeimos gydytoją dėl menko, lengvo sveikatos negalavimo, o sveikata rūpinasi patys, individualiai ar su aplinkinių pagalba priimdami sprendimą ir pasirinkdami jiems labiausiai tinkantį būdą. Tai rodo, jog net ir asmenys, besivadovaudami biomedicininio modelio koncepcija, iki tam tikros ribos prisiima „vartotojo“ vaidmenį.

Tyrimo metu respondentų taip pat buvo prašoma įvertinti priežastis, dėl kurių kreiptųsi ar nesikreiptų pas šeimos gydytoją. Būtent pasirenkamos priežastys padės patikslinti ar jų pasirinkimai koreliuoja su koks sveikatos modelis vyrauja paslaugų gavėju gretose. Remiantis šalies sveikatos politikos gairėmis šeimos gydytojas turi atlikti „vartininko“ funkciją ir nuspręsti kada ir kokiam sveikatos priežiūros specialistui perleisti paslaugų asmens problemą, kai ji viršija jo kompetencijos ribas. Kaip prieš tai parodė tyrimo rezultatai, visuomenėje dominuoja biopsichosocialinis sveikatos modelis, kuris nurodo, jog asmens sveikata apima daugiau komponentų, ne tik fizinę, bet ir psichologinę, socialinę gerovę. Tačiau analizuojant respondentų atsakymus, pastebima, jog jie pas šeimos gydytoją prireikus kreiptųsi esant medicininėms problemoms ar negalavimams, tačiau psichologinės ir socialinės problemos (tokios kaip smurtas artimoje aplinkoje, seksualinės problemos ir pan.) į sąrašą nėra įtraukiamos. Taip pat pas

šeimos gydytoją tik 8,9% respondentų kreiptųsi dėl sveikos gyvensenos patarimo, o tai ypač būdinga postmodernios visuomenės sveikatos sampratai (archisveikata). Pasirinkimai turi ryšį su amžiumi. Dažniausiai dėl socialinių ar psichologinių problemų nesikreiptų asmenys esantys 18-20 m., 61 m. ir vyresnio amžiaus asmenys (p=0.000).

8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežastis, dėl kurių jie kreiptųsi ar nesikreiptų pas šeimos gydytoją

Kreiptumėtės ar nesikeiptumėte pas šeimos gydytoją dėl šių priežasčių?	**Taip**	**Tikriausiai taip**	**Tikriausiai ne**	**Ne**	**Nežinau**	**Neatsakė**
Patarimas dėl sveikos gyvensenos pasirinkimo (mitybos, sporto ir t.t.)	8.9%	10.1%	35.2%	33.2%	8.7%	3.9%
Profilaktinis sveikatos patikrinimas	70.9%	19.8%	3.9%	3.1%	0.6%	1.7%
Nugaros skausmas	58.9%	21.8%	10.3%	3.4%	3.9%	1.7%
Pagalba metant rūkyti arba vartoti	7.3%	6.4%	26.5%	36.9%	17.6%	5.3%
Vaikui stipriai kosint	81.8%	12.0%	0.0%	2.0%	1.4%	2.8%
Klausos sutrikimai	79.6%	12.6%	0.6%	1.1%	3.9%	2.2%
Ilgalaikis nerimas, slogi nuotaika	30.7%	23.5%	17.6%	13.7%	13.7%	0.8%
Šlapinimasis su krauju	88.5%	7.0%	0.8%	2.0%	0.0%	1.7%
Smurtas artimoje aplinkoje	7.3%	11.2%	25.1%	39.4%	14.2%	2.8%
Nutukimas	20.7%	18.4%	17.0%	24.3%	16.8%	2.8%
Seksualinės problemos	11.2%	12.0%	24.9%	31.0%	18.2%	2.8%
Patarimas dėl skiepo	26.0%	28.2%	1280.0%	20.4%	9.5%	3.1%
Padidėjęs kraujospūdis	72.1%	21.8%	0.8%	2.0%	3.4%	0.0%
Tarpusavio santykių problemos	3.1%	4.5%	29.3%	50.0%	10.3%	2.8%
Patarimas dėl vaistų vartojimo	55.6%	24.6%	6.7%	5.6%	7.0%	0.6%

Apibendrinant rezultatus, galima teigti, jog mūsų šalies visuomenėje sveikatos samprata yra įvairi. Žmonės dar visapusiškai nesivadovauja biopsichosocialiniu modeliu, ir dar pasireiškia biomedicininio modelio aspektai, kurie tebegyvuoja vyresnių žmonių tarpe (sovietinės kultūros atstovai). Sveikatos politika turi iššūkį – prisidėti prie sveikatos sampratos formavimo, kuri daro įtaką žmonių elgsenai, sprendimams, kurie tiesiogiai koreliuoja su problemomis kylančiomis sveikatos priežiūros sektoriuje.

Rūpinimasis sveikata ir atsakomybė už ją. Tyrimu toliau buvo bandoma išsiaiškinti kokį vaidmenį užima sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai pagal kitus identifikuojančius požymius: rūpinimąsi sveikata ir atsakomybės už ją prisiėmimą. Tyrimo duomenimis, 84,8% respondentų teigė, kad rūpinasi savo sveikata įvairiomis priemonėmis: gilindami žinias apie sveikatą ar taikydami sveikos gyvensenos principus, kaip sveika mityba, reguliarus fizinis aktyvumas, organizmo grūdinimas, dalyvavimas prevencinėse programose ir pan. Likusi, mažesnioji respondentų dalis (15,2%) nurodė, jog gyvena įprastai

ir sveikata rūpinasi, kai atsiranda su ja susijusios problemos. Taip pat 88,4% apklaustųjų seka su sveikata susijusius rodiklius (pvz.: pulsą, fizinį aktyvumą, miegą ir pan.), pasitelkdami išmaniąsias technologijas, to nedaro tik 11,6% apklaustųjų. Pastebėta, jog sveikatos rodiklių stebėsena labai aktuali 21 – 40 m. amžiaus grupės asmenims ($\chi 2 = 17{,}25$, lls = 3, $p<0{,}001$). Rūpinimasis sveikata apima ir žalingų medžiagų vartojimo įpročius. Analizuojant statistinius duomenis, pastebėta, jog 69,8% respondentų neturi jokių žalingų įpročių. Tarp 30,2% respondentų vyraujantys žalingi įpročiai yra rūkymas ir alkoholio vartojimas. Iš jų mažiausiai žalingų įpročių turi 61 m. ir vyresni asmenys (80% iš amžiaus grupės), bei 41 – 61 m. asmenys (79,19% iš amžiaus grupės). Galima daryti prielaidą, jog rezultatai koreliuoja, tiriamieji rūpinasi savo sveikata bei stebi su sveikata susijusius rodiklius, tai priskiriama aktyviam vartotojo vaidmeniui.

Kitas svarbus aspektas – atsakomybė, kuri taip pat siejama su vartotojo samprata. Atsakomybės už sveikatą požymiui atskleisti respondentų buvo prašoma įvertinti, kas daro įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūroje: patys paslaugų gavėjai, paslaugų teikėjai (medikai) ar šalies sveikatos politika ir jos atstovai. Kaip matyti 9 lentelėje, pagal visų respondentų vertinimą, apskaičiavus kiekvieno teiginio vidurkį, pastebėta, jog didžiausią įtaką jų nuomone daro šalies sveikatos politika, vykdomos reformos bei paslaugų teikėjai – medikai. Respondentai mano, jog jų vaidmuo, susijęs su problemų atsiradimu sveikatos sektoriuje, yra mažiausiais (vidurkis 3,79 ir žemiau). Tik trečdalis apklaustųjų (34,6%) sutinka, jog žmonių elgesys, gyvenimo būdas bei žinios taip pat daro didelę įtaką problemų atsiradimui. Remiantis duomenimis, galima daryti prielaidą, jog paslaugų gavėjai atsakomybės už vyraujančias sveikatos priežiūros problemas sau neprisiima, o tai būdinga „paciento“ sampratai.

9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežasčių, darančių įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūroje, vertinimą

Požymis	Visiškai neįtakoja (1)		Neįtakoja (2)		Nei įtakoje, nei neįtakoja (3)		Įtakoja (4)		Labai įtakoja (5)		Vidurkis	Stand. nuokrypis
	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.		
Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas	8	2,2%	13	3,6%	25	7%	87	24,3%	225	62,8%	4,39	1.031
Žmonių gyvenimo būdas	39	10,9%	17	4,7%	91	25,4%	89	24,9%	122	34,1%	3,63	1.361
Sveikatos reformos	4	1,1%	21	5.9%	96	26,8%	97	27,1%	140	39,1%	3,94	1.093
Žmonių žinios apie sveikatą	6	1,7%	36	10,1%	86	24%	106	29,6%	124	34,6%	3,79	1.212
Dažnai besikeičiantys politikai	45	12,6	62	17,3%	94	26,3%	59	16,5%	98	27,4%	3,21	1.487
Sveikatos priežiūros specialistų abejingumas	9	2,5%	28	7,8%	80	22,3%	98	27,4%	143	39,9%	3,88	1.233
Perdėtas žmonių lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose	27	7,5%	48	13,4	141	39,4%	65	18,2%	77	21,5%	3,27	1.288
Per mažai paslaugų vienoje vietoje (toje pačioje įstaigoje)	34	9,5	36	10,1%	95	26,5%	87	24,3%	106	29,6%	3,54	1.343
Per didelis gydytojų darbo krūvis	20	5,6%	8	2,2%	61	17%	82	22,9%	187	52,2%	4,12	1.179
Žmonių pasyvus dalyvavimas prevencinėse programose	27	7,6%	13	3,6%	88	24,6%	116	36,4%	114	31,8%	3,74	1.249

Apibendrinant rūpinimosi ir atsakomybės už sveikatą rezultatus, darytina prielaidą, jog paslaugų gavėjai kaip „vartotojai“ skiria dėmesį ir rūpinasi sveikata, tačiau stokoja atsakomybės už ją, kadangi nesieja savo žinių, pasirinkto gyvenimo būdo su priežastimis, dėl kurių kyla problemos sveikatos priežiūros sistemoje. Šiuo aspektu paslaugų gavėjai vis dar yra „paciento“ vaidmenyje, kuriame atsakomybė tenka sveikatos politikai, jos atstovams bei patiems medikams. Remiantis literatūros duomenimis esama šalies sveikatos politikos gairės taip pat neskatina „paciento“ prisiimti atsakomybės, nors to ir siekiama.

Gydytojo - paciento santykiai ir orientacija į pacientą. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis didžia dalimi yra siejamas su „gydytojo – paciento“ tarpusavio santykiais. Buvo analizuojamas paslaugų gavėjų elgesys įvairiose su gydymo procesu ir sveikata susijusiose situacijose, siekiant atskleisti kokio gydytojo – paciento modelio jie patys siekia ir kokį vaidmenį sau jame priskiria. Taip pat buvo skiriamas dėmesys ar gydytojams būdinga orientacija į sveikatos sistemos centre esantį paslaugų gavėją: ar skiria jam pakankamai laiko, dėmesio, paiso jo nuomonės, įtraukia į gydymo procesą.

10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal elgseną gydytojui paskyrus vaistus

Ką darote, kai gydytojas Jums paskiria vaistus?	18 - 20 m.	21 - 40 m.	41 - 60 m.	61 m. ir vyresni	Viso (N)	Viso (proc.)	$\chi 2$	*p*	lls
Iš karto juos įsigyju vaistinėje ir vartoju kaip paskirta;	4	162	74	24	264	51.1%	20.22	0.000	3
Ieškau informacijos apie vaistus internete arba klausiu vaistininko/artimųjų prieš juos įsigyjant ir vartojant;	3	29	31	0	63	12.2%	15.30	0.002	3
Klausinėju gydytojo apie paskirtus vaistus, jų poveikį ir alternatyvas;	7	68	35	2	112	21.7%	24.11	0.000	3
Kylant abejonei dėl paskirtų vaistų ieškau antros nuomonės;	0	42	23	13	78	15.1%	12.69	0.005	3
VISO RESPONDENTŲ	7	200	128	24	358				

Analizuojant respondentų elgesį gydytojams paskyrus medikamentus, paaiškėjo: šiek tiek daugiau kaip pusė respondentų (51,1%) patvirtino, jog gavus paskyrimą, gydytojų nurodymus vykdo net neklausinėdami - iš karto vaistus įsigyja ir vartoja pagal nurodyus. Pasirinkdami tokį elgesį, paslaugų gavėjai priima paternalistiniu modeliu grįstus gydytojo - paciento santykius, sau priskirdami pasyvų „paciento" vaidmenį, taip sumenkindami savo autonomiją ir būtent gydytoją įgalindami priimti sprendimus, susijusius su jų sveikata. Paternalistiniai santykiai statistiškai labiau reikšmingi 61 metų ir vyresnio amžiaus asmenims. Taip pat pastebėta, jog vyrai dažniau be abejonių ir klausimų paklūsta gydytojų nurodymus nei moterys ($\chi 2 = 9.27$, lls = 1, $p = 0.002$). Jauno amžiaus asmenys (18 – 20 m.) yra labiau linkę išsiaiškinti su gydytoju apie paskirtus vaistus, vartojimą ar alternatyvas. Kitų statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta.

Respondentams buvo pateikti klausimai, kuriais buvo siekiama išsiaiškinti ar jie įsitraukia į savo gydymo procesą, bei kokį santykių modelį ir vaidmenį pasirenka, susidūrus esant šio proceso neaiškumais: ar nuolankaus, paklūstančio ir pasyvaus „paciento", ar aktyvaus, dalyvaujančio, klausiančio „kliento/vartotojo". Didžioji dauguma apklaustųjų (77,9%) teigia, jog siekia aiškios, išsamios ir jiems aiškios bei suprantamos informacijos, kurią gauna konsultacijos metu. Kilus neaiškumams respondentai užduoda klausimus gydytojams, kol atsakymai patenkina šį jų poreikį. Tai rodo, jog paslaugų gavėjas yra aktyvus, nori žinoti, suprasti ir dalyvauti sprendžiant su jų sveikata susijusius klausimus. 9,8% tiriamųjų klausimų neužduoda, nes gydytojai yra užimti arba jaučiasi nepatogiai tai darydami. Tai paternalistinio modelio santykiai, kuriuose vyraujanti komunikacinio ryšio stoka įtakoja, jog paslaugų gavėjas nėra

įtraukiamas į konsultaciją kaip aktyvus dalyvis. Šis modelis dažniau pasitaiko viešajame sveikatos sektoriuje šeimos gydytojo paslaugomis besinaudojančių asmenų grupėje ($\chi 2 = 8{,}92$, lls = 3, $p = 0.03$).

Kaip rodo statistinių duomenų analizė – paslaugų gavėjai nori būti įtraukti į gydymo procesą (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal elgseną susidūrus su neefektyviu gydymu

Elgesys esant neefektyviam gydymui	**Visiškai sutinku**	**Sutinku**	**Nei sutinku nei nesutinku**	**Nesutinku**	**Visiškai nesutinku**	**Nepasirinko**
Būčiau nepatenkintas, tačiau gydytojui nieko nesakyčiau	7.3%	21.5%	24.9%	27.4%	10.3%	8.7%
Daryčiau toliau tai, ką toliau rekomenduotų gydytojas	11.2%	19.6%	27.4%	29.6%	2.8%	9.5%
Kreipčiausi pas kitą gydytoją	27.4%	38.3%	20.9%	5.6%	2.0%	5.9%
Aiškinčiausi kodėl taip galėjo atsitikti, kas tam turėjo įtakos	28.5%	43.0%	14.0%	6.7%	0.0%	7.8%
Tarčiausi su gydytoju, ką daryti toliau, kokios galimos alternatyvos	32.1%	45.8%	9.8%	5.3%	0.8%	6.1%
Priekaištaučiau gydytojui	2.2%	4.7%	20.1%	34.6%	28.8%	9.5%

Tiriant respondentų elgesį susidūrus su neefektyviu paskirtu gydymu, paaiškėjo, jog dauguma asmenų nepriekaištautų gydytojui, o įsitrauktų į savo gydymo procesą ir klausinėtų, aiškintųsi priežastis, kurios galėjo lemti blogus gydymo rezultatus (71,5%), tartųsi ir ieškotų su gydytojų alternatyvų ir geriausios išeities (77,9%). Toks elgesys statistiškai reikšmingas 21 – 40 m. ir 41 – 60 m. amžiaus asmenų grupėms ($p=0.000$). Taip pat šie asmenys ieškotų ir antros nuomonės, kreiptųsi pas kitą gydytoją tikėdamiesi gauti geresnes paslaugas (65,7%). Likusi asmenų dalis (apie 30%) elgtųsi priešingai – neišsakytų savo nuomonės ar nuogąstavimų, neklausinėtų, o paklusniai vykdytų tolimesnius gydytojo nurodymus. Šie asmenys pasirenka aktyvų – pasyvų bendravimo modelį, kuriame aktyvus vaidmuo suteikiamas gydytojui, o sau prisiima pasyvų („paciento"). Privačiomis sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantys asmenys labiau linkę sau priskirti aktyvius vaidmenis ($p=0.01$), viešajame sektoriuje dažniau pasitaiko pasyvus paslaugų gavėjo vaidmuo ($p=0.03$). Išvados tik patvirtina ankstesnes išvadas, jog paslaugų gavėjai nori būti informuotais, įtrauktas. Jie priima sprendimus dėl savo sveikatos, aiškinasi, klausia, ieško geriausio sprendimo, taip sau suteikdami akyvų vaidmenį, kuris būdingas „kliento/vartotojo" sampratai.

Gydytojo - paciento santykiai yra bendro paslaugų gavėjo pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis sudedamoji dalis, kuri turi įtakos bendram pasitenkinimui suteiktomis paslaugomis ir pačio asmens tolimesniam elgesiui: ar vadovausis suteiktomis rekomendacijomis, laikysis rėžimo, toliau lankysis ir t.t. Tad svarbus yra ne tik pačių paslaugų gavėjų noras užimti tam tikrą vaidmenį, bet labai svarbu yra kokį vaidmenį jiems suteikia ar skatina priimti patys sveikatos priežiūros specialistai. Siekiant tai išsiaiškinti respondentų buvo prašoma įvertinti turėtas konsultacijas pagal tam tikrus požymius, kurie padėtų identifikuoti gydytojų požiūrį į juos ir įtraukti.

12 lentelė. Respondentų pasiskirstymas vertinant konsultacijas skirtinguose sveikatos priežiūros sektoriuose

Konsultacijos vertinimo kriterijai	Privatus sektorius				Viešas sektorius				*p*
	TAIP		NE		TAIP		NE		
	Respond. (N)	Respond. (proc)	Respond. (N)	Respond. (proc)	Respond. (N)	Respond. (proc)	Respond. (N)	Respond. (proc)	
Gydytojas turėjo mano mediciniinius duomenis po ranką	78	87.6	3	3.4	232	86.2	11	4.1	0.015
Gydytojas bendravo maloniai ir pagarbiai	83	93.3	0	0.0	236	87.7	21	7.8	0.007
Gydytojas atidžiai manęs klausėsi	83	93.3	0	0.0	221	82.2	28	10.4	0.010
Gydytojas daugiau laiko skiria Jūsų konsultavimui, nei dokumentacijos tvarkymui	58	65.2	10	11.2	120	44.6	82	30.5	0.001
Gydytojas kalbėdamas žiūrėjo ne į mane, o kažkur kitur	29	32.6	51	57.3	82	30.5	150	55.8	0.479
Gydytojas klausė klausimų, apie ką aš jam jau pasakojau	32	36.0	43	48.3	95	35.3	149	55.4	0.363
Gydytojas teiravosi ir apie kitas mano sveikatos problemas	68	76.4	18	20.2	153	56.9	103	38.3	0.010
Gydytojas Jums siūlo kelis, o ne vieną gydymo būdus	56	62.9	17	19.1	110	40.9	130	48.3	0.000
Gydytojas suteikė rekomendacijas bei davė naudingų patarimų	72	80.9	5	5.6	203	75.5	40	14.9	0.123
Gydytojas klausė mano nuomonės	50	56.2	14	15.7	117	43.5	111	41.3	0.106
Rekomenduočiau šį gydytoją kitiems	72	80.9	3	3.4	156	58.0	39	14.5	0.000

Pastaba: neįtraukti repsondentų atsakymai "nežinau" ir neatsakę į klausimą

Visgi, kaip matyti 12 lentelėje, privačiame sektoriuje statistiškai reikšmingiau pasitaiko atvejų, kuomet gydytojas siūlo kelis gydymo būdus ir leidžia pačiam paslaugų gavėjui, su jo rekomendacijomis, pasirinkti jam geriausią būdą, tuo tarpu viešajame sektoriuje didesnė dauguma respondentų yra įtraukiami mažiau, kadangi gydytojai siūlo tik vieną gydymo alternatyvą – patys priimdami sprendimas, kas geriausia asmeniui. Rezultatai atskleidžia, jog valstybiniame sektoriuje labiau stokojama orientacijos į paslaugų

gavėją. 30% respondentų teigia, jog gydytojas daugiau dėmesio skiria dokumentacijos pildymui negu patiems paslaugų gavėjams ir jų problemai. Taip pat rečiau į paslaugų gavėjos problemas pasižiūrima visapusiškiau - pasiteiraujama ir apie kitas, su sveikata susijusias, problemas.

M. Plieskis savo daktaro disertacijoje teigė, jog partneriški paciento ir gydytojo santykiai, kuriuose paslaugų gavėjui suteikiamas aktyvus vaidmuo, nėra dominuojantis sveikatos priežiūros sistemoje[123]. Tačiau tyrimo duomenys rodo, jog keičiantis visuomenei, sveikatos modeliui, keičiasi ir požiūris į paslaugų gavėją. Jie tampa vis aktyvesni dalyviai savo gydymo procesuose, pradeda rūpintis savo sveikata. Tad vyravę paternalistiniai santykiai konsultacijų metu vis mažiau tampa priimtini. Sveikatos priežiūroje dirbantys gydytojai taip pat pradeda įprasti įtraukti paslaugų gavėją į gydymo procesą, matyti jį sveikatos sistemos centrine figūra. „Paciento“ sampratai abipusiškai vis labiau suteikiama „kliento/vartotojo“ vaidmuo. Visgi viešasis sveikatos priežiūros sektorius šią permainą priima lėčiau lyginant su privačiu sveikatos priežiūros sektoriumi.

Paslaugų kokybė. Remiantis literatūros analize, paslaugų kokybė – vienas svarbiausių ir siektinų aspektų sveikatos priežiūros sistemoje. Kaip parodė tyrimo rezultatai, būtent paslaugų kokybė yra pagrindinis sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo, kaip vartotojo, pasirinkimą, elgseną įtakojantis kriterijus. Taip pat autorių teigimu, paslaugų kokybė lemia ir asmens pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis, tad jo vertinimas – svarbus kokybės rodiklis. Tačiau sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas ne visuomet gali tinkamai įvertinti tam tikrų jam suteiktų paslaugų kokybę, dėl kompetencijos stokos ir nežinojimo. Dėl šios priežastis paslaugų kokybės vertinimui jiems didelę įtaką turi sveikatos priežiūros specialistų elgesys, aplinka ir kiti veiksniai. Tyrime buvo siekiama išsiaiškinti kaip paslaugų gavėjai vertina skirtingų sveikatos sektorių teikiamų paslaugų kokybę, tiesiogiai vertinant pasitenkinimą gautomis paslaugomis ir netiesiogiai - remiantis respondentų bendra patirtimi (žr. 13 lentelę).

[123] Mindaugas Plieskis, „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugosmis šeimos medicinos plėtros kontekste“ (daktaro disertacija, Kauno medicinos universitetas, 2005), 86, https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:2081933/index.html.

13 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal skirtingų sektorių paslaugų kokybės vertinimą

Kokybės vertinimas	Privatus sektorius		Viešas sektorius	
	Vidurkis	Stand. Nuokrypis	Vidurkis	Stand. Nuokrypis
Vizito metu gydytojas neskuba ir skiria Jums pakankamai laiko	8.82	1.9	6.46	2.96
Gydytojas gilinasi į Jūsų nusiskundimus, palaiko ryšį, bendrauja	8.73	1.9	7.03	2.87
Visas personalas elgiasi pagarbiai ir mandagiai	8.88	1.85	6.11	2.98
Patalpos švarios, šviesios ir jaukios	9.11	1.7	6.77	2.88
Trumpas vizito ar procedūros laukimo laikas	8.61	2.12	5.65	3.17
Naudojama moderni įranga, naujos technologijos	8.83	1.89	6.17	2.8
Personalas jautrus ir dėmesingas, padeda išspręsti problemas	8.68	2.02	6.08	2.97
Visos reikiamos paslaugos vienoje vietoje	8.16	2.36	6.52	2.95
Prieinamos paslaugų kainos	6.6	2.78	8.35	2.59
Pasitikėjimas aptarnaujančiu personalu ir gydymu	8.61	1.96	6.98	2.81
Geresnė suteiktų paslaugų kokybė	8.42	2.02	6.34	2.81
Pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis	8.64	1.99	6.55	2.73
VISO :	102.09		79.01	

Analizuojant apdorotus rezultatus, galima pastebėta, jog privatus sveikatos priežiūros sektorius (suminis vidurkis 102.09) beveik visais aspektais yra vertinamas geriau už viešą (suminis vidurkis 79.01). Pastebėta, jog privačiame sektoriuje geriausiai vertinta patalpų švara ir jaukumas (9,11), dirba malonesnis bei pagarbesnis personalas (8,68), naudojama modernesnė ir naujesnė įranga (8,83), o gydytojai skiria pakankamai laiko paslaugų gavėjui, neskuba (8,82). Privatus sektorius, diktuoja kokybės standartus viešajam sektoriuje. Nors paslaugos abejuose sektoriuose gali būti panašios, tie patys specialistai, kurie dirba privačiame dirba ir valstybinėse įstaigose, tačiau privačiose įstaigose teikiamas papildomas paslaugų paketas – malonesnis aptarnavimas, graži aplinka, naujumas, dėmesys, kurie būtini verslo klestėjimo veiksniai, suteikia joms konkurencinį pranašumą prieš viešą sektorių ir lemia didesni pasitikėjimą specialistais bei koreliuoja su didesniu žmonių pasitenkinimu suteiktomis paslaugomis. Konstatuota, jog labiau privačių įstaigų teikiamomis paslaugomis statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkinti 18-20 m. ir 41-60m. amžiaus asmenys ($\chi 2=77,7$, lls=21, p=0.000), o viešajame sektoriuje labiausiai patenkinti paslaugomis buvo 61 m. ir vyresni asmenys ($\chi 283,4$, lls=30, p=0.000).

Tad remiantis pateiktu vertinimu, galima daryti išvadą, jog paslaugų gavėjai nori būti aptarnaujami kaip klientai, kurie dominuoja privačioje medicinoje. Vienintelis aspektas, kuris valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose yra vertinamas geriau – paslaugų kaina (8,35), probleminis privataus sektoriaus aspektas. Tai barjeras, kuris daugumai žmonių nesuteikia galimybės pasirinkti norimos sveikatos priežiūros įstaigos ir būti klientais.

Kaip buvo analizuota, Lietuvoje kurioje deklaruojama nemokama sveikatos priežiūra, paslaugų gavėjai susiduria su didelėmis priemokomis, kurios tam tikrai daliai tampa nepakeliama našta. Kaip matyti 14 lentelėje, 43,3% respondentų yra tekę papildomai mokėti už tam tikrų specialistų paslaugas. Tačiau didesnę problemų gali įžvelgti, kuomet dėl finansinio neprieinamumo paslaugų gavėjai atsisako paslaugų (pvz. Odontologinių 29,60%), paskirtų tyrimų (14,20%) ar net pačio gydymo ir medikamentų (14%). Pastebėta, jog to atsisako asmenys, esantys darbingo 21- 60m. amžiaus (p=0.000).

14 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pritarimą teiginiams apie papildomus mokėjimus

MOKĖJIMAI	TAIP	NE	Neatsakė
Man teko papildomai mokėti už šeimos gydytojo/terapeuto suteiktas paslaugas	21.50%	74%	4.50%
Man teko papildomai mokėti už gydytojų specialistų (pvz.: chirurgo, kardiologo, pulmonologo**, išskyrus odontologo**) paslaugas	43.30%	52.80%	3.90%
Man yra tekę atsisakyti odontologinių paslaugų, nes buvo per brangu	29.60%	64.80%	5.60%
Man yra tekę atsisakyti gydytojo paskirtų tyrimų, nes buvo per brangu	14.20%	81.80%	3.90%
Man yra tekę atsisakyti gydytojo paskirto gydymo ar vaistų, nes buvo per brangu	14%	82.70%	3.40%

Galima pastebėta, jog esant tokiai situacijai paslaugų gavėjai net ir norėdami būti klientais ir rinktis jiems labiausiai tinkančią sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje tikėtųsi aukštos kokybės paslaugų negali sau leisti dėl finansinio neprieinamumo. Šalies sveikatos politika garantuodama nemokamą sveikatos priežiūrą turėtų imtis priemonių kaip šią teisę užtikrinti, o viešajame sektoriuje užtikrinti aukštos kokybės paslaugas, kad paslaugų gavėjai galėtų vienodai jaustis klientais nepriklausomai nuo jų finansinės padėties ar statuso ir būtų patenkinti gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

3.2. Gydytojų nuomonės apie sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenį įvertinimas

Šioje dalyje pateikiami tyrimo rezultatai ir jų analizė apie pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbančių gydytojų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo užimamą bei priskiriamą vaidmenį. Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų klausimynas buvo adaptuotas gydytojų nuomonės ir požiūrio tyrimui.

Demografiniai duomenys. Remiantis 15 lentelėje pateiktais duomenimis, tyrime dalyvavo dviejų amžiaus grupių respondentai: daugiausiai 21 – 40 m. (N=9) ir 41 – 60 m. (N=6) respondentai. Taip pat pastebėta, jog tyrime dominavo moterys (N=12), kurių buvo 4 kartus daugiau negu vyrų. 40% tyrime dalyvavusių gydytojų turi 1 – 5 m. darbo patirtį, 20% tiriamųjų darbinė patirties siekia 16 –20 m. ar daugiau kaip 21 m.

15 lentelė. Demografinė - socialinė respondentų charakteristika

POŽYMIS		Respondentų skaičius (N)	Respondentų skaičius (%)
Amžius	21 - 40 m.;	9	60
	41 - 60 m.;	6	40
	Vyresnis (-ė) nei 60 m.	0	0
	Iš viso:	15	100
Lytis	Vyras	3	20
	Moteris	12	80
	Iš viso:	15	100
Darbo stažas	1 - 5 m.	6	40
	6 - 10 m.	1	6.7
	11 - 15 m.	2	13.3
	16 - 20 m.	3	20
	Daugiau kaip 21 m.	3	20
	Iš viso:	15	100

Tyrimu buvo siekiama atskleisti kurią sąvoka, apibūdinančią sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai („pacientas“, „klientas“, „vartotojas“) pasirenka gydytojai. Taip pat buvo bandoma atskleisti ar sektorius, kuriame gydytojai turi gali turėti įtakos vienokios ar kitokios sąvokos pasirinkimui.

16 lentelė. Respondentų pasisirstymas pagal juos apibūdinančios sąvokos pasirinkimą skirtinguose sveikatos priežiūros sektoriuose

ATSAKYMŲ VARIANTAI		Respondentų skaičius	Kreipdamiesi į sveikatos priežiūros			IŠ VISO
			PACIENTU	KLIENTU	VARTOTOJU	
Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje diebate?	**Privačioje įstaigoje**	abs.	15	0	0	15
		proc.	100%	0	0%	100%
	Viešoje įstaigoje	abs.	4	0	0	4
		proc.	100%	0%	0%	100%
					IŠ VISO (N):	15

Pastaba: 4 respondentai dirba ir privačioje ir viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje

Išanalizavus tyrimo rezultatus, pastebėta, jog didžio dalis respondentų dirba tik privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje (N=11), tiek privačioje, tiek viešoje įstaigoje dirba 4 gydytojai. Išnagrinėjus statistinius duomenis pastebėta, jog nepriklausomai kuriame sektoriuje gydytojas dirba, vienareikšmiškai paslaugų gavėjams priskiriama „paciento“ sąvoka, kuri siejama su paternalistiniu požiūriu. Lyginant pačių paslaugų gavėjų rezultatus, jų pasirinkimai nebuvo tokie vienareikšmiški ir tarp pageidaujamų sąvokų galima buvo atrasti pasirenkamą „kliento“ sąvoką.

Vartojamos sąvokos ne visuomet tiksliai atitinka jų prasmes. Tyrime buvo bandoma nuodugniau patyrinėti ar gydytojai pasirinkę „paciento“ sąvoką, mato šių dienų sveikatos priežiūros paslaugų gavėjuose pacientui priskiriamus bruožus bei elgseną. Šiam tikslui įgyvendinti, gydytojų buvo prašoma išrikti keturis teiginius, kurie jų nuomone geriausiai apibūdintų šių dienų sveikatos priežiūros paslaugų gavėją (žr. 17 lentelę)

17 lentelė. Respondentų paslaugų gavėjui būdingų bruožų vertinimas

APIBŪDINIMAS	Respondentai (proc.)
Pasitikintis gydančiu gydytoju	4.3%
Reiškiantis savo nuomonę	12%
Stebintis savo sveikatos būklę	7.6%
Jaučiantis pagarbą gydytojui	5.4%
Norintis aukštos kokybės paslaugų	14.1%
Užduodantis daug klausimų	7.6%
Žinantis savo teises ir pareigas	12%
Sutinkantis su skiriamu gydymu	4.3%
Laikosi gydymo ir vartoja paskirtus medikamentus	4.3%
Dalyvaujantis gydymo procese	5.4%

17 lentelės tęsinys

Apsiskaitęs ir ieškantis patarimo	6.5%
Lojalus	0.0%
Daug reikalaujantis	8.7%
Nekantrus	7.6%

Gydytojai, dirbantys tiek viešame, tiek privačiame sektoriuje, paslaugų gavėją apibūdina vienodai: tai asmuo, kuris nori, jog suteikiamos paslaugos būtų aukštos kokybės (14,1%), žino jam suteikiamas teises ir pareigas (12%), nebijantis reikšti savo nuomonės (12%), daug tikisi ir reikalauja (8,7). Remiantis šiuo gydytojų kuriamu paslaugų gavėjų portretu – jis atitinka autorių kuriamą vartotojo portretą. Tuo tarpu, literatūroje pacientą apibūdinantys bruožai, kaip lojalumas, paklusnumas, pasitikėjimas, gydytojų yra vertinami kaip mažiausiai atitinkantys šiandieninį paslaugų gavėją. Galima daryti išvadą, jog vartotina „paciento" sąvoka neatitinka to, kas yra paslaugų gavėjas sveikatos priežiūros sistemoje. Statistiškai svarbių ryšių neaptikta.

Nors gydytojai paslaugų gavėją įvardijančių sąvokų skirtumo skirtinguose sektoriuose ir neišskiria, tačiau buvo tiriama, kurį sektorių jie rinktųsi tam tikroms paslaugoms gauti. Jų pasirinkimo rezultatai simbolizuotų, kokiose sveikatos paslaugų srityse šių sąvokų ir priskiriamų vaidmenų skirtumai turėtų atsirasti.

18 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pasirenkamą sektorių skirtingoms sveikatos priežiūros paslaugoms gauti

PASLAUGOS:	**Viešasis sektorius**		**Prvatus sektorius**	
	N	**proc.**	**N**	**proc.**
Laboratoriniai tyrimai ar skiepai	15	100.0%	0	0.0%
Šeimos gydytojo	15	100.0%	0	0.0%
Chirurgo	14	93.3%	1	6.7%
Odontologo	3	20.0%	12	80%
Kardiologo	13	86.7%	2	13.3%
Psichologo	3	20.0%	12	80%
Onkologo	14	93.3%	1	6.7%
LOR (ausų, nosies ir gerklės gyd.)	14	93.3%	1	6.7%
Alergologo	12	80.0%	3	20.0%
Plastikos chirurgo	2	13.3%	13	86.7%
Traumatologo	14	93.3%	1	6.7%
Akušerio/ginekologo (tik moterims)	8	53.3%	7	46.7%

Rezultatai, pateikti 18 lentelėje, atskleidžia, jog gydytojų vertinimu odontologo (80%), psichologo (80%), plastikos chirurgo (86,7%) paslaugos, dauguma jų pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, turėtų

dominuoti privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje, kuriame vyrauja klientelizmas ir paslaugų gavėjai laikomi „klientais"/"vartotojais". Antrinės/tretinės ir kai kurios pirminės (kaip šeimos gydytojo) sveikatos priežiūros paslaugos dominuoja viešajame sektoriuje, kuriame perkamoji galia nėra tokia svarbi ir labiau vyrauja „paciento" samprata. Šie rezultatai koreliuoja su paslaugų gavėjų vertinimu.

Toliau tyrime paslaugų gavėjo rolė gydytojų požiūriu buvo tiriama pagal kelis požymius: gydytojo bei sveikatos priežiūros pasirinkimą. Kaip ir paslaugų gavėjų, gydytojų buvo prašoma atrinkti kriterijus, pagal kuriuos, jų manymu, turėtų būti pasirenkamas šeimos gydytojas. Šiuo aspektu sveikatos priežiūras paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonė skiriasi. Gydytojų vertinimu pagrindinis šeimos gydytojo pasirinkimo kriterijus, dominuojantis vyru tarpe, turėtų būti kitų asmenų buvusi patirtis ir rekomendacijos (59,1%). Taip pat svarbūs, ypač moterų tarpe, yra gydytojo darbinė patirtis (18,2%) bei esantys atsiliepimai apie jį ir vertinimai (18,2%). Priešingai negu ketvirtadalis paslaugų gavėjų, gydytojai nesutinka su požiūriu, jog sveikatos priežiūros specialistas turėtų būti priskiriamas, neatsižvelgiant į pačio žmogaus norus ir lūkesčius. Statistiškai reikšmingų ryšių pagal šį požymį neaptikta.

Statistiniai duomenys rodo tendenciją, jog pats reikšmingiausias pasirinkimo kriterijus yra paslaugų kokybė (gydytojų vertinimo vidurkis penkiabalėje skalėje yra 5). Konsultacijos trukmė (vidurkis 3) bei atstumas iki įstaigos gydytojų yra vertinamas kaip mažiausiai reikšmingas iš išvardintų kriterijų. Pagal šiuos požymius visų tyrimo dalyvių nuomonė sutampa. Išstudijavus rezultatus, tenka pastebėti, jog jaunesni gydytojai, 21 – 40 m. amžiaus, svarbesniais kriterijais laiko susijusius su aptarnavimu bei patrauklumu pačiam paslaugų gavėjui (pvz.: darbo laikas, atstumas, susisiekimas, aiški informacija). Gydytojai, esantys 41 – 60 m. svarbesniais laiko su medicina susijusius kriterijus, kaip pačių darbuotojų patirtis, kvalifikacija, jų bei įstaigos reputacija ar įstaigoje naudojama įranga.

Apibendrinat šiuos du pasirinkimo požymius, darytina išvada, kad gydytojai paslaugų gavėją skatindami vertinti ir rinktis geriausią, mato jį kaip klientą ar vartotoją, kuris ieško, lygina ir pasirenka tą, kuris labiausiai atitinka jo lūkesčius.

Sveikatos modelis. Remiantis sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų rezultatais, matyti, jog pilietinėje visuomenėje palaipsniui keičiasi sveikatos samprata. Tyrimu buvo bandoma nustatyti ar gydytojų sveikatos koncepcija atitinka paslaugų gavėjų sveikatos aiškinimą. Ši atitiktis labai svarbi, nes daro įtaką individų elgsenai, o tai įtakoja tiek sveikatos politikos, tiek visos sveikatos priežiūros sėkmę. Norint, jog palyginimas būtų kuo tikslesnis klinikos gydytojams taip pat buvo pateikti teiginiai,

atspindintys pagrindinius visuomenėse pasitaikančius sveikatos modelius. Gauti rezultatai atvaizduoti 18 lentelėje.

19 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos sampratą

SVEIKATOS SAMPRATA	Respondentų skaičius			IŠ VISO:
		21 - 40 m.	41 - 60 m.	
Biomedininis sveikatos modelis	(N)	3	3	6
	(proc.)	33%	50%	
Biopsichosocialinis sveikatos modelis	(N)	6	3	9
	(proc.)	67%	50%	
Postmodernistinis sveikatos modelis (archisveikata)	(N)	0	0	
	(proc.)	0%	0%	
	IŠ VISO:	9	6	15

Remiantis tyrimo duomenimis, didžioji dalis respondentų (60%) sveikatą aiškina vadovaudamiesi biopsichosocialiniu sveikatos modeliu ir tai sutampa su paslaugų gavėjų vertinimu. Nustatyta, kad tiriamųjų sveikatos samprata nežymiai skiriasi pagal amžiaus grupę. 67% (dauguma) jaunesnių gydytojų, esančių 21 – 40 metų sveikatai suteikia holistinį požiūrį, apimantį įvairias asmens psichosocialines sritis bei fizinį gerbūvį. Tuo tarpu, vyresnio amžiaus (41 – 60 m.) gydytojų grupėje tolygiai dominuoja dvi koncepcijos: biomedicininio bei biopsichosocialinio modelio. Tai pagrindžia literatūros analizės autorių teiginius, jog pokyčiai ateina su kartų kaita. Ne vienas iš respondentų nepasirinko postmodernios sveikatos sampratos. Kitų svarbių ir reikšmingų ryšių nepastebėta. Apibendrinant galima teigti, jog biopsichosocialinis sveikatos modelis tampa reikšmingas ir stumia biomedicininį sveikatos modelį. Tai rodo, jog tampame vėlyvosios modernybės valstybe, tačiau postmoderni sveikatos samprata vangiai skinasi kelia į sveikatos priežiūros sistemą ir pačius piliečius.

Siekiant įsitikinti ar gydytojų sveikatos samprata iš tiesų remiasi biopsichosocialiniu modeliu, jų buvo prašoma įvertinti priežastis, dėl kurių pilietis turėtų ar neturėtų kreiptis pas šeimos gydytoją. Statistinių duomenų analizė (žr. 20 lentelėje) atskleidė, jog gydytojų ir paslaugų gavėjų vertinimas turi skirtumų. Sveikatos priežiūros specialistų – gydytojų nuomone, paslaugų gavėjas pas šeimos gydytoją turėtų kreiptis ne tik esant fizinės sveikatos sutrikimams ar negalavimams, bet kartu ir dėl įvairesnio spektro problemų, kurios apima jų psichologines ar socialines problemas. Šeimos gydytojas tampa asmeniu, kuris gali pamatyti įvertinti ir suteikti visapusišką pagalbą piliečiui pats arba pasitelkiant kitus komandos narius. Taip pat šeimos gydytojui, bet manytina, jog ir kitiems sveikatos priežiūros specialistams, yra suteikiamas patarėjo vaidmuo, kuomet jis ne tik gydo ligas, et ir dalina patarimus ar

rekomendacijas sveikatos stiprinimo ar išsaugojimo klausimais. Tai skiriasi nuo pačių paslaugų gavėjų vertinimo, kuriame patarėjo vaidmuo nėra taip akcentuojamas ir vertinamas.

20 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežastis, dėl kurių jie kreiptųsi ar nesikreiptų pas šeimos gydytoją

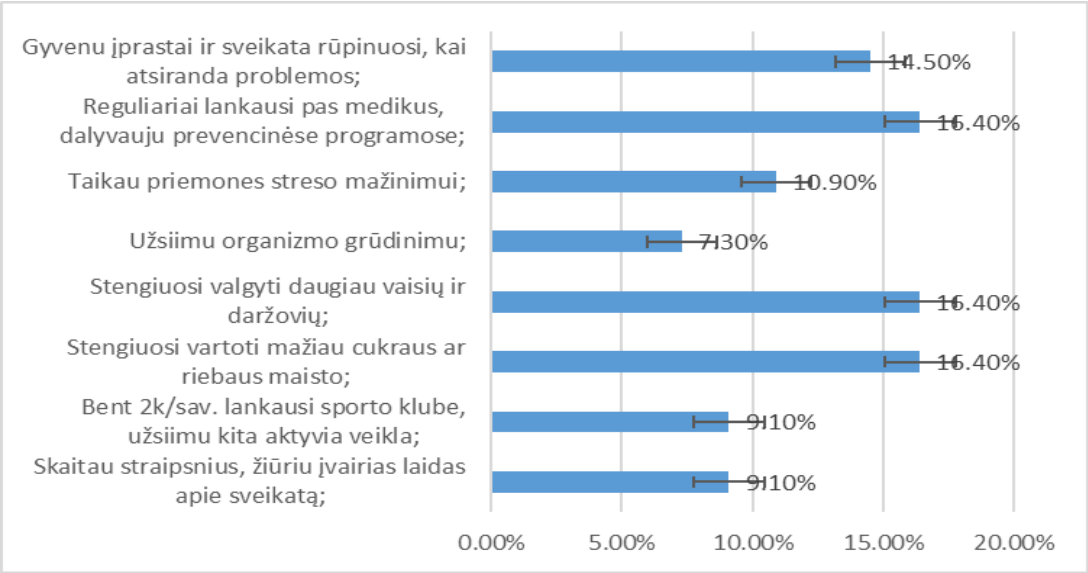
Kreiptumėtės ar nesikeiptumėte pas šeimos gydytoją dėl šių priežasčių?	**Taip**	**Tikriausiai taip**	**Tikriausiai ne**	**Ne**	**Nežinau**
Patarimas dėl sveikos gyvensenos pasirinkimo (mitybos, sporto ir t.t.)	20.0%	46.7%	26.7%	6.7%	0.0%
Profilaktinis sveikatos patikrinimas	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nugaros skausmas	93.3%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Pagalba metant rūkyti arba vartoti alkoholį	53.3%	20.0%	6.7%	13.3%	6.7%
Vaikui stipriai kosint	93.3%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Klausos sutrikimai	93.3%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Ilgalaikis nerimas, slogi nuotaika	60.0%	26.7%	0.0%	6.7%	6.7%
Šlapinimasis su krauju	93.3%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%
Smurtas artimoje aplinkoje	26.7%	20.0%	20.0%	20.0%	13.3%
Nutukimas	80.0%	13.3%	0.0%	0.0%	6.7%
Seksualinės problemos	20.0%	26.7%	13.3%	13.3%	26.7%
Patarimas dėl skiepo	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Padidėjęs kraujospūdis	93.3%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Tarpusavio santykių problemos	0.0%	6.7%	46.7%	26.7%	20.0%
Patarimas dėl vaistų vartojimo	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Galima daryti išvadas, jog sveikatos priežiūros specialistų sveikatos samprata labiau atitinka biopsichosocialinio sveikatos modelio nuostatas negu sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų.

Rūpinimasis sveikata ir atsakomybė už ją. Gydytojas turi būti pavyzdys sveikatos priežiūros gavėjui, tad jo sveikatos suvokimas gali daryti įtaką ir piliečių sveikatos sampratos formavimuisi. Iš piliečių yra tikimasi, jog jie rūpinsis savo sveikata prisiims už ją atsakomybę ir taip sumažins sveikatos priežiūros sistemos naštą. Siekiant įsitikinti ar patys gydytojai, prieš tikėdamiesi to iš piliečių, patys rūpinasi savo sveikata ir kokiomis priemonėmis tai daro.

Tyrimo duomenimis, atvaizduotais 5 pav., 85,5% apklaustų gydytojų teigė, jog skiria dėmesį sveikatai ir ja rūpinasi įvairiomis priemonėmis, daugiausiai pasirinkdami sveikesnę mitybą – vartodami mažiau sukraus ar riebalų (16,4%), į maisto racioną įtraukdami daugiau vaisių ar daržovių (16,4%). Taip

pat gydytojai aktyviau negu paslaugų gavėjai dalyvauja prevencinėse programose ar reguliariai profilaktiškai tikrinasi sveikatą (16,4%). Pastebėta, kad 21 – 40 m. gydytojau daugiau skaito ar žiūri sveikatinimosi laidas, lankosi pas medikus dėl profilaktikos, taip pat statistiškai reikšmingai renkasi sveikesnę mitybą ($\chi2$ = 7,82, lls = 1, p=0.005) lyginant su vyresnio amžiaus gydytojais. Tačiau pastarieji dažniau užsiima aktyvia veikla ($\chi2$ = 5, lls =1 , p=0.025). Mažesnioji respondentų dalis (14,5%) nurodė, jog gyvena įprastai ir sveikata rūpinasi tik tuomet, kai atsiranda su ja susijusios problemos.



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos rūpinimosi būdus ir priemones

Taip pat 80,5% apklaustųjų stebi su sveikata susijusius rodiklius įvairių išmanių technologijų pagalba: daugiausiai stebimi yra fizinio aktyvumo ir su juo susiję rodikliai, miego rėžimas, o moterų tarpe menstruacijų ciklas. Likusieji (10,5%) respondentai jokių rodiklių nestebi ir nevertina. Statistiškai reikšmingų ryšių su socialdemografiniai rodikliais nepastebėta. Analizuotas ir žalingų įpročių paplitimas gydytojų tarpe, kuris apima rūpinimosi sveikata klausimą. Rezultatai rodo, jog gydytojų tarpe žalingi įpročiai yra kur kas labiau paplitę lyginant su paslaugų gavėjų rezultatais. Net 71,4% medikų turi sveikatai kenkiančių įpročių, iš kurių labiausiai paplitęs yra rūkymas (42,9%). Mažiau negu trečdalis (28,6%) tiriamųjų gyvena visapusiškai sveikai. Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, jos gydytojai, kurių prioritetas yra piliečių sveikata, savo sveikata rūpinasi prasčiau dėl vyraujančių žalingų įpročių negu tai daro patys sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai. Patys sveikatos nesiedami su sveika gyvensena galimai neskatina to daryti ir kitų sveikatos priežiūros dalyvių.

Šalies sveikatos politikos tikslas – ne tik skatinti gyventojus rūpintis savo sveikata, bet ir prisiimti už ją atsakomybę, kuri siejama su „vartotojo“ samprata. Tyrime buvo bandoma atskleisti ir gydytojų požiūrį atsakomybės pasidalijimo klausimu. Kaip ir paslaugų gavėjų, gydytojų buvo prašoma penkiabalėje skalėje (1 – visiškai neįtakoja,....., 5 – labai įtakoja) įvertinti kuri priežastis daro didžiausia įtaką problemų formavimuisi sveikatos priežiūros tinkle. Išanalizavus rezultatus, pastebėta, jog požiūris skiriasi.

21 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal priežasčių, darančių įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūroje, vertinimą

Požymis	Visiškai neįtakoja (1)		Neįtakoja (2)		Nei įtakoje, nei neįtakoja (3)		Įtakoja (4)		Labai įtakoja (5)		Vidurkis	Stand. nuokrypis
	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.	Dažnis	Proc.		
Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas	0	0%	0	0%	3	20%	8	53.3%	4	27%	4.07	0.704
Žmonių gyvenimo būdas	0	0%	3	20%	0	0%	6	40%	6	40%	4.00	1.134
Sveikatos reformos	0	0%	1	6.7%	4	26.7	6	40%	4	26.7%	3.87	0.915
Žmonių žinios apie sveikatą	0	0%	1	6.7%	7	46.7%	5	33.3%	2	13.3%	3.53	0.834
Dažnai besikeičiantys politikai	0	0%	4	26.7%	5	33.3%	3	20%	3	20%	3.33	1.113
Sveikatos priežiūros specialistų abejingumas	0	0%	2	13.3%	8	53.3%	3	20%	2	13.3%	3.33	0.900
Perdėtas žmonių lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose	3	20%	2	13.3%	6	40%	3	20%	1	6.7%	2.80	1.207
Per mažai paslaugų vienoje vietoje (toje pačioje įstaigoje)	1	6.7%	4	26.7%	5	33.3%	3	20%	2	13.3%	3.07	1.163
Per didelis gydytojų darbo krūvis	0	0%	2	13.3%	0	0%	5	33.3%	8	53.3%	4.27	1.033
Žmonių pasyvus dalyvavimas prevencinėse programose	0	0%	2	13.3%	1	6.7%	4	26.7%	8	53.3%	4.20	1.082

Kaip matyti 21 lentelėje, remiantis respondentų vertinimu ir apskaičiavus kiekvieno teiginio vidurkį, pastebėta, jog didžiausią įtaką jų nuomone daro įgyvendinamos šalies sveikatos politikos spragos, lemiančios per didelį gydytojų darbo krūvį (vidurkis 4,27) ir specialistų trūkumą (vidurkis 4,07). Statistiškai reikšmingai skiriasi darbo krūvio priežasties vertinimas tarp amžiaus grupių. 88,9% 21 – 40 m. gydytojai šią priežastį vertina kaip labai svarbią ir reikšmingą, tuo tarpu vyresnių gydytojų (41 – 60 m.) nuomonė skirtinga – ši priežastis nėra išskiriama kaip pagrindinė ir labai įtakojanti kylančius sunkumus sveikatos sektoriuje ($\chi 2 = 11,67$, lls = 2, p=0.003). Gydytojai bendru vertinimu išskiria antrą pagal svarbumą priežastį – žmonių pasyvų dalyvavimą prevencinėse programose (vidurkis 4,20). Galima pastebėti, jog jų nuomone ir pats žmonių gyvenimo būdas ir jo pasekmės kelia problemas, paliečiančias visus sveikatos priežiūros dalyvius (vidurkis 4,00). Jų vertinimu tai netgi svarbiau negu perdėtas žmonių lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose (mažiausias vidurkis 2,80). 41 – 60 m. amžiaus 50% gydytojų

būtent šią problemą vertina kaip pačią reikšmingiausią. Palyginus gautus rezultatus tarp abiejų tiriamųjų grupių, galima pastebėti, jog gydytojai labiau linkę piliečiams priskirti atsakomybę už sveikatą negu tai daro jie patys. Šiuo aspektu sveikatos priežiūros paslaugų gavėjui suteikiamas aktyvaus dalyvio vaidmuo, kuris koreliuoja su „kliento/vartotojo“ samprata.

Gydytojo - paciento santykiai ir orientacija į pacientą. Kaip ir buvo aptarta literatūros analizės dalyje, gydytojo ir paciento santykiai yra esminis dalykas medicinoje, nurodantis koks vaidmuo yra skiriamas jos dalyviams. Sveikatos politikos gairėse vis dažniau yra akcentuojama, jog paslaugų gavėjų autonomija yra svarbus jų, kaip aktyvių dalyvių, veiksnys. Tad tyrime buvo analizuojamas piliečių autonomijos raiška ir gydytojų požiūriu, kurie didžia dalimi tai įtakoja.

Šiam tikslui įgyvendinti buvo tiriama kokio elgesio iš paslaugų gavėjų tikisi gydytojai, kai paskiria jiems medikamentus: ar paklusniai vykdyti gydytojo nurodymus, ar klausti, aiškintis, domėtis ir tik tuomet priimti patiems sprendimą dėl vaistų vartojimo.

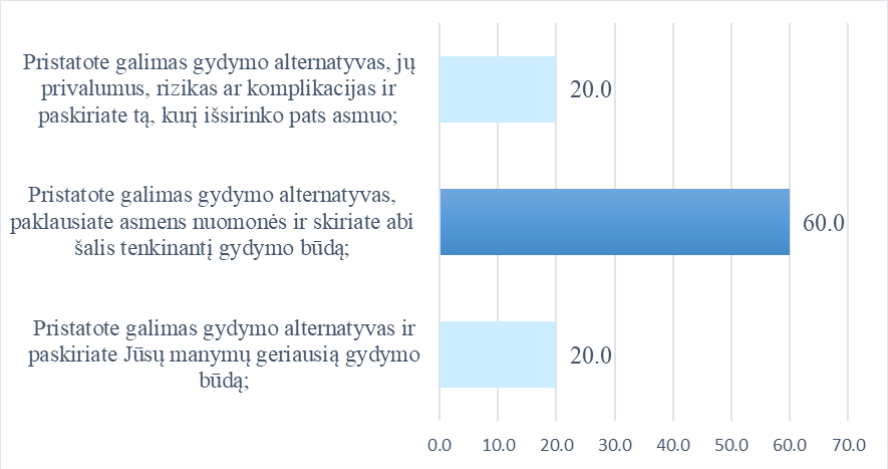
22 lentelė. Respondentų nuomonės pasiskirstymas dėl asmens elgsenos jiems paskyrimus medikamentus

Ką paslaugų gavėjas turėtų daryti, kai paskiriate jam vaistus?	**21 - 40 m.**	**41 - 60 m.**	**Viso (N)**	**Atsakymų pasiskirstymas 100 proc.**	**χ2**	***p***	**Ils**
Iš karto juos įsigyti vaistinėje ir vartoti kaip paskirta;	8	4	12	50%	1.11	0.292	1
Ieškoti informacijos apie vaistus internete arba klausti vaistininko/artimųjų prieš juos įsigyjant ir vartojant;	0	0	0	0%	0.00	0	0
Klausinėti gydytojo apie paskirtus vaistus, jų poveikį ir alternatyvas;	4	2	6	25%	0.19	0.667	1
Kylant abejonei dėl paskirtų vaistų ieškoti antros nuomonės;	5	1	6	25%	2.27	0.132	1
VISO RESPONDENTŲ	9	6	15				

Remiantis tyrimo rezultatais, pateiktais 22 lentelėje, lygiai pusė respondentų vis dėlto (50%) pasirinko paternalistinius gydytojo - paciento santykius apibrėžiantį modelį, kuris buvo apibūdintas paslaugų gavėjų paklusnumą nurodančiu teiginiu „iš karto juos įsigyti vaistinėje ir vartoti kaip paskirta“. Toks požiūris buvo ištirtas ir pačių paslaugų gavėjų imtyje. Taip pat pastebėta, jog ketvirtadalis gydytojų (25%) yra linkę sutikti, jog nurodymai turėtų būti vykdomi ne aklai, o išsiaiškinus visa informaciją ir gavus atsakymus į kylančius klausimus ir esant tikram, jog paskirtas medikamentas paslaugų gavėjui yra geriausias ir tinkamiausias. Statistiškai reikšmingų ryšių nebuvo aptikta.

Gydytojų taip pat buvo teiraujamasi, kaip turėtų elgtis paslaugų gavėjas pajutęs peršalimo simptomus. Išanalizavus rezultatus, didžioji dauguma tiriamųjų (86,7%) mano, jog asmuo turėtų vartoti natūralias priemones gydymo tikslams. Šioms priemonėms nepadedant 26,7% gydytojų mano, jog paslaugų gavėjai neturėtų patys imtis savigydos, o turėtų kreiptis pagalbos pas šeimos gydytoją. Šiuo aspektu gydytojai nemano, jog paslaugų gavėjas turėtų būti „vartotojas“, kuris pats ieško informacijos, tariasi su vaistininkais ar artimaisiais ir pats priima sprendimus esant nesunkiam negalavimui, tačiau nori būti įtraukti į šiuos sprendimus. Toks požiūris taip pat artimas paternalistiniui modeliui, kuriame gydytojas yra autoritetas geriausiai žinantis kas geriausią jo „pacientui“.

Toliau analizuojant piliečių autonomijos klausimą, buvo bandoma išsiaiškinti koks gydytojo – paciento santykių modelis labiausiai dominuoja gydytojų tarpe. Tyrime gydytojams buvo pateikti teiginiai, atspindintys pagrindinius keturis modelis: paternalistinį – sprendimus priima tik gydytojas, informuoto sutikimo – sprendimus priima gydytojas, bet paslaugų gavėjui suteikia atitinkamą informaciją ir atkreipia dėmesį į jo nuomonę, abipusio dalyvavimo – sprendimai priimami kartu bendradarbiaujant, autonomijos arba vartotojo – gydytojas atlieka patarėjo vaidmenį, o sprendimus priima pats paslaugų gavėjas.



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasirenkamą gydytojo – paciento bemdravimo modelį

Išanalizavus respondentų atsakymo rezultatus (žr. 6 pav.), didžioji dauguma (60%) gydytojų pirmenybę suteikia abipusio bendradarbiavimo modeliui, kuomet sprendimai priimami suderinus paslaugų gavėjo sveikatos prioritetą bei jo nuomonę ir pasirinkimą. Šį modelį dažniau renkasi gydytojai esantys 41 – 60 m. (83,3%), iš jaunesnių (21- 40 m.) ir mažesnį darbo stažą turinčių gydytojų šį modelį taiko 44,4%. Šio modelio pasirinkimas nepriklauso nuo sveikatos sektoriaus, kuriame gydytojai dirba. Informuoto

sutikimo modelis sprendimų priėmime, kuomet gydytojas prisiima daugiau atsakomybės sau už asmens gydymą, taikomas rečiau, jį renkasi 20% gydytojų. Šį modelį renkasi kas antras respondentas (50%), turintis 1 - 5 m. darbo stažą (jauni specialistai). Autonomijos (arba vartotojo) modelį, kuris labiausiai grindžiamas asmens autonomija, atsakomybės priskyrimu ir yra visos sveikatos priežiūros siekiamybė, taip pat taiko tik 20% respondentų. Pastebėta, jog šį modelį pasirinko trečdalis respondentų dirbančių privačiame sektoriuje, tuo tarpu viešame sektoriuje dirbantys gydytojai šio modelio nepasirinko visiškai. Tai gali būti siejama su tuo, jog autorių teigimu, privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje labiau dominuoja klientai ar vartotojai negu viešame, tad tai gali turėti įtakos ir santykių modelio pasirinkimui. Galima pastebėti, jog gydytojų tarpe, nebuvo ne vieno, kuris santykius tarp gydytojo ir paciento grįstu paternalistinio modelio principais. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal nepriklausomus požymius pastebėta nebuvo.

Tyrimo metu buvo analizuota, kaip aptarti sprendimų priėmimo ir santykių modelius iš tiesų pritaiko gydytojai konsultacijų metu. Gydytojams skirtoje anketoje buvo prašoma įvertinti jų darbą: kaip jie elgiasi ir bendrauja su paslaugų gavėjais. Rezultatai pavaizduoti 23 lentelėje.

23 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina savo darbą bei bendravimą konsultacijų metu

Konsultacijos vertinimo kriterijai	VISADA		DAŽNIAUSIAI		KARTAIS	
	Respond. (N)	Respond. (proc)	Respond. (N)	Respond. (proc)	Respond. (N)	Respond. (proc)
Turiu konsultuojamo asmens medicininius duomenis po ranka	5	33.3	6	40	4	26.7
Bendrauju maloniai ir pagarbiai	11	73.3	4	26.7	0	0.0
Atidžiai klausausi ką pasakoja konsultuojamas asmuo	8	53.3	7	46.7	0	0.0
Konsultacijos metu daugiau laiko skiriu asmens konsultavimui nei dokumentacijos tvarkymui	11	73.3	4	26.7	0	0.0
Kalbėdamas žiūriu į konsultuojamą asmenį, o ne kažkur kitur	9	60	6	40.0	0	0.0
Teiraujuosi ir apie kitas asmens sveikatos problemas, ne tik apie tą, dėl kurios kreipėsi	4	26.7	8	53.3	3	20.0
Konsultuojamam asmeniui siūlau kelis, o ne vieną gydymo būdus	4	26.7	8	53.3	3	20.0
Konsultacijos metu suteikiu rekomendacijas bei duodu naudingų patarimų	6	40.0	9	60	0	0.0
Klausiu konsultuojamo asmens nuomonės ir į ją atsižvelgiu	5	33.3	8	53.3	2	13.3

Nustatyta, jog visi gydytojai savo bendravimą vertina palankiai: 73,3% respondentų visuomet laikosi bendravimo kultūros ir su paslaugų gavėjais bendrauja maloniai bei pagarbiai. Kiti 26,7%

respondentų taip pat dažniausiai renkasi tokį tarpusavio bendravimo būdą. Vertinant ar gydytojai orientuojasi į konsultuojamų asmenis ir įsiligina į jų problemas rezultatai taip pat teigiami: visi gydytojai stengiasi visuomet arba dažniausiai palaikyti tiesioginį ryšį su konsultuojamu asmeniu, atidžiai jų išklauso, skiria laiką jiems, o ne papildomiems darbams, kaip dokumentacijos pildymui. Tačiau pastebėta, jog kas ketvirtas respondentas (26,7%) kartais neturi asmens medicininių duomenų konsultacijos metu, kas gali įtakoti suteiktos paslaugos kokybę. Taip pat 80% gydytojų į paslaugų gavėją sveikatą plačiau ir visuomet arba dažniausiai teiraujasi ir apie gretutines sveikatos problemas taip orientuodamiesi ne tik į pagrindinę asmens kreipimosi priežastį. Gydytojai orientavimosi aspektą neženkliai vertina geriau, negu įvertino patys paslaugų gavėjai.

Duomenų analizė parodė, jog didžioji dauguma (80%) gydytojų priimdami su asmens sveikata susijusius sprendimus suteikia jam informaciją, pateikia gydymo alternatyvas ir prieš priimant sprendimą įtraukią ir patį paslaugų gavėją teiraudamiesi jų nuomonės bei į ją atsižvelgdami (86,7%), taip jiems suteikdami aktyvaus dalyvio vaidmenį. Šie rezultatai patvirtina, jog gydymo procese paslaugų gavėjas nėra matomas kaip pasyvus ir paklūstantis asmuo, o vyrauja bendras sprendimų priėmimas ir paslaugų gavėjo įgalinimas, būdingas abipusio dalyvavimo modeliui. Nors remiantis gydytojų požiūriu paternalistinis modelis yra praeityje, kaip buvo atskleista, beveik pusė pačių paslaugų gavėjų dar vis mano ir jaučia, jog šio modelio apraiškų, sveikatos priežiūros sistemoje, ypatingai viešame sektoriuje, dar pasireiškia. Ir gydytojų vertiname pastebėta statistiškai reikšminga sąsaja, jog 50% viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų paklausia ir įvertina jų paslaugų gavėjų nuomonę ($\chi 2 = 6,44$, lls = 2, p=0.04). Kitų statistiškai reikšmingų sąsajų neaptikta.

Apibendrinant galima pasakyti, jog gydytojų požiūriu paslaugų gavėjas yra aktyvus dalyvis savo gydymo procese, kuris yra matomas kaip centrinė figūra, su kuria elgiamasi pagarbiai ir dėmesingai, tad paternalistinis požiūris yra užgožiamas.

Paslaugų kokybė. Gydytojų tarpe taip pat buvo siekiama išsiaiškinti, ar jie įžvelgia skirtumus paslaugų kokybės, apimančios įvairius aspektus, tarp skirtingų sveikatos priežiūros sektorių. Rezultatai padės įvertinti, ar paslaugų gavėjų atskleistas vartotojo vaidmens bruožas – kokybės siekimas yra realizuojamas, gydytojų vertinimu, visose sveikatos priežiūros įstaigose vienodai.

24 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal skirtingų sektorių paslaugų kokybės vertinimą

Kokybės vertinimas	Privatus sektorius		Viešas sektorius	
	Vidurkis	Stand. Nuokrypis	Vidurkis	Stand. Nuokrypis
Vizito metu gydytojas neskuba ir skiria Jums pakankamai laiko	8.67	1.877	6.8	3.005
Gydytojas gilinasi į Jūsų nusiskundimus, palaiko ryšį, bendrauja	8.6	2.165	7.07	3.283
Visas personalas elgiasi pagarbiai ir mandagiai	9.33	0.816	6.33	2.61
Patalpos švarios, šviesios ir jaukios	9.8	0.414	6.27	2.017
Trumpas vizito ar procedūros laukimo laikas	8.4	2.293	5.53	6.67
Naudojama moderni įranga, naujos technologijos	8.73	1.387	6.67	2.498
Personalas jautrus ir dėmesingas, padeda išspręsti problemas	8.87	1.246	6.4	2.923
Visos reikiamos paslaugos vienoje vietoje	7.4	20.98	7.93	2.404
Prieinamos paslaugų kainos	7.07	1.751	9.87	0.352
Pasitikėjimas aptarnaujančiu personalu ir gydymu	9.13	1.187	8.6	1.765
Geresnė suteiktų paslaugų kokybė	8.6	1.844	6.2	2.569
Pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis	9.0	1.134	7.6	2.098
VISO :	**103.6**		**85.27**	

Analizuojant apdorotus rezultatus, galima pastebėta, jog privatus sveikatos priežiūros sektorius (suminis vidurkis 103,6) beveik visais aspektais yra vertinamas geriau už viešą (suminis vidurkis 85,27). Vertinant privatų sektorių, kaip ir paslaugų gavėjai, gydytojai labiausiai atkreipia dėmesį ir geriausiai vertina aplinkos aspektus: švarias bei tvarkingas patalpas (vidurkis 9,8), kurios viešajame sektoriuje vertinamas bene žemiausiu balu (vidurkis 6,27). Taip pat privačioje įstaigoje aukštai vertinama bendravimo kultūra: darbuotojai mandagūs, pagarbūs (vidurkis 9,33), atliepiantis paslaugų gavėją ir skiriantis jam dėmesį (vidurkis 8,87). Šiuo aspektu viešasis sektorius turi beveik 3 valų atotrūkį. Svarbu paminėti ir tai, jog privačiose sveikatos priežiūros įstaigose pasitikėjimas personalu ar pačiu gydymu (vidurkis 9,13) bei pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis (vidurkis 9) taip pat yra vertinami geriau negu valstybinėse įstaigose. Pastebėta, jog privačiame sektoriuje statistiškai reikšmingiau medikais pasitiki naujesni (21-40 m.) gydytojai negu vyresnio amžiaus atstovai ($\chi 2=8,57$, lls=3, $p=0.03$) ir yra labiau patenkinti paslaugomis ($\chi 2=6,67$, lls=, $p=0.036$).

Kaip ir paslaugų gavėjai, gydytojai sutiko, kad ir paslaugų kokybė yra geresnė privačiame sektoriuje (vidurkis 8,6). Tačiau išskyrė ir tą pačią privataus sektoriaus spragą – paslaugų neprieinamumas dėl didelės kainos (vidurkis 7,07), tuo tarpu viešasis sektorius šiuo aspektu tampa patrauklesnis ir vertinamas aukščiausiai (vidurkis 9,87).

Apibendrinant, galima daryti prielaidą, jog gydytojai, labiau akcentuodami ir geriau vertindami įstaigų aplinką, vidinę kultūrą ir santykius, kurie prisideda prie bendro pasitenkinimo ir didesnio pasitikėjimo, įrodo, jog privatus sektorius labiau patenkina paslaugų gavėjų lūkesčius. Taip pat, tai parodo, jog visi paslaugų gavėjai nori gauti papildomą aptarnavimo paketą, kaip „klientai" privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Apklausos dalyviai išskyrė svarbią šio sektoriaus pasirinkimo kliūtį – ekonominis neprieinamumas, kuris gali būti kliūtis pasirenkant norimą sveikatos priežiūros įstaigą, kuri, jo manymu, galimai suteiktų geresnės kokybės paslaugas.

IŠVADOS

1) Ilgą laiką sveikatos priežiūroje vyravo paternalistinis modelis, kuriame sąvoka „pacientas“ siejosi su sergančiu, ligotu ir pasyviu asmeniu. Nuo XXa. antros pusės, gerėjant technologiniam ir informaciniam prieinamumui ir plėtojantis vartotojiškam požiūriui, palaipsniui „paciento“ sąvoka ir vaidmuo išsiplėtė apimdama ir sveikus asmenis. Sveikatos priežiūroje pastebima paciento, kliento ir vartotojo vaidmenų sankirta, kurioje paslaugų gavėjas tampa vis aktyvesniu sveikatos priežiūros procesų dalyviu.

2) XXI a. mūsų šalyje remiamasi biopsichosocialiniu modeliu, tačiau pastebimos tebegyvuojančios ir pasireiškiančios biomedicininio modelio nuostatos, kurios sunkina postmodernistinės sveikatos sampratos, darančios teigiamą poveikį sveikatai, įsišaknijimą visuomenėje. Lietuvoje, keičiantis kartoms, formuojasi moderni ir vartotojiškos kultūros visuomenė, kurioje sveikata tampa vis svarbesne vertybe ir didėja dėmesys sveikai gyvensenai. Tai rodo teigiamai kintantį visuomenės požiūrį.

3) Šalies sveikatos politika formuoja sveikatos priežiūros modelį, kuriame paslaugų gavėjas kuriamas kaip aktyvus dalyvis - vartotojas: besirūpinantis savo sveikata, prisiimantis už ją atsakomybę, turintys galimybę ir teisę rinktis sveikatos priežiūros įstaigą ar specialistą, norintis ir vertinantis aukštos kokybės paslaugas, esantis sveikatos priežiūros sistemos ašimi, priimantis sprendimus dėl savo sveikatos. Nors, remiantis vertinimu, sveikatos politikos siektinas paciento virsmas į vartotoją sveikatos priežiūroje dar nėra pilnai įgyvendintas, tačiau yra formuojamos gairės kaip tai pasiekti.

4) 5.1. Pastebimas paslaugų gavėjų laipsniškas perėjimas nuo gana pasyvaus prie aktyvesnio kliento/vartotojo vaidmens: nori būti informuotais, dalyvaujančiais gydymo procese, galinčiais rinktis, norinčiais aukštos kokybės paslaugų, vertinantys sveikatos priežiūros įstaigos aplinką ir bendravimo kultūrą, skiriantys dėmesį ir besirūpinantys sveikata, tačiau stokojantys už ją atsakomybės. Jų sveikatos samprata paremta biopsichosocialiniu modeliu, tačiau tyrimas atskleidė, jog paslaugų gavėjų tarpe aptinkamos biomedicininio modelio, kaip sovietinės kultūros palikimo, apraiškos, ypač būdingos vyresniems negu 61 m. amžiaus asmenų grupei. Tad aktyvaus vaidmens sveikatos priežiūroje problema dar vis išlieka opi.

5.2. Išskiriami komercializuotos paslaugų sritys, kuriose vyrauja ir yra norimas į klientą orientuotas požiūris: odontologija, akušerija – ginekologija, plastinė chirurgija, psichinė sveikata.

5) Privačiame sektoriuje dominuojantis kokybės standartas įtakojo jame dirbančių gydytojų kuriamą „paciento“ kaip aktyvaus dalyvio – vartotojo portretą: besirenkantis, lyginantis, besirūpinantis savo

sveikata ir prisiimantis atsakomybę, esantis centrine figūra, su kuria elgiamasi pagarbiai ir dėmesingai. Gydytojų pozicija taip pat yra dviprasmiška: vadovaujasi biopsichosocialinio modelio nuostatomis, didžioji dalis (60%) plėtoja abipusio bendradarbiavimo santykius, penktadalis (20%) pritaria autonomijos santykių modeliu – taip skatindami aktyvų piliečių dalyvavimą ir įtrauktį. Tačiau jų pačių elgsena (žalingi įpročiai) rodo, kad kaip paslaugų gavėjai – jie taip pat vengia atsakomybės už sveikatą, o darbinėje veikloje vis dar pasireiškia ir paternalistinio modelio apraiškų. Paciento, kliento ir vartotojo vaidmenų sankirtoje esminis virsmas į vartotoją, iš gydytojų perspektyvos, taip pat nėra galutinai įvykęs.

6) Hipotezė: Sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenų sandūroje nėra įvykęs paciento virsmas aktyvių vartotoju, tačiau pastebimos to apraiškos ir kryptis - pasitvirtino.

PASIŪLYMAI

Remiantis literatūros analize bei atliktų tyrimų rezultatas, pateikiami praktiniai pasiūlymai, skirtus probleminiams aspektams tobulinti:

Valdžios institucijoms ir politikams:

1) Pasitelkus įvairius informacijos sklaidos šaltinius (kaip televizija, radijas, spauda, brošiūros įstaigos laukiamajame ir pan.) gerinti žmonių sveikatos raštingumo lygį. Tik turint pakankamai žinių apie sveikatą, visuomenėje gali pradėti formuotis sveikos gyvensenos požiūris ir įgūdžiai, kurie palaipsniui keičia ir asmens elgseną. Sveikatos raštingumas prisideda prie sąmoningo žmonių dalyvavimo ir atsakomybės už sveikatą prisiėmimo. Sveikatos sampratą reikėtų pradėti ugdyti nuo ankstyvaus amžiaus (darželio, mokyklų), siekiant sulaukti geriausių rezultatų.
2) Labiau plėtoti papildomo sveikatos draudimo įdėją, išplečiant kompensuojamų veiklų sąrašą (pvz.: sporto klubai, baseinai ir t.t., kurios siejamos su sveikos gyvensenos samprata). Naudojantis juo, asmuo gali daugiau investuoti į savo sveikatą ar jos stiprinimą, pats planuotis savo sveikatos išlaidas, naudotis individualiai jam reikiamomis paslaugomis, pasirinkti jam labiausiai tinkančią sveikatos priežiūros įstaigą.

Sveikatos priežiūros įstaigoms:

3) Gerinant paslaugų kokybę, rekomenduotina tobulinti vykdomų pacientų nuomonės tyrimus, praplečiant naudojamas anketas – įtraukti klausimus, kurie atspindėtų paslaugų gavėjo lūkesčius ir šių lūkesčių patenkinimą. Tai padėtų identifikuoti problemines sritis, kurioms reikėtų skirti daugiau dėmesio ar imtis papildomų priemonių susidarančios problemos išspręsti.
4) Plėtoti m. sveikatos technologijas sveikatos priežiūroje. Šios technologijos išmatuodamos ir pateikdamos gyvybiškai svarbius rodiklius, suteikia vartotojui vis daugiau informacijos apie jų sveikatą, ir ugdo savimotyvaciją ja rūpintis (pvz. išgerti vandens, vaistus, pajudėti, prailginti miego trukmę ir pan.) ir prisiimti atsakomybę, taip pat suteikia galimybę priimti labiau objektyvesnius sprendimus susijusius su jų sveikata. Tad sveikatos priežiūros įstaigos turėtų būti pasiruošusios šiuos m. technologijų duomenis priimti ir analizuoti ir susidarius išsamesnį piliečių ligų ir elgsenos vaizdą – suteikti jam labiau individualizuotą pagalbą.
5) Gerinant teikiamų paslaugų kokybę, rekomenduotina įtraukti darbuotojus į kokybės gerinimo veiklą, kaip įstaigos kokybės vadybos sistemos dokumentų rengimas. Tai priemonė, kuri leidžia

darbuotojams labiau įsigilinti į kokybės standartus, kartu identifikuoti kylančias problemas ir ieškoti bendrų sprendimų.

6) Renovuoti, gerinti ir kurti patrauklią įstaigos fizinę aplinką;
7) Parengti pacientams rašytinę informaciją (lankstinukus), kuriuose būtų platesnė informacija apie jų vaidmenį sveikatos priežiūroje, priimant su sveikata susijusius sprendimus ir jų atsakomybės svarbą.

Sveikatos priežiūros specialistams:

8) Specialistams į mokymų programas bei kvalifikacijos kėlimo kursus įtraukti bendravimo įgūdžių, etikos bei kokybės vadybos mokymus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

MOKSLINIAI ŠALTINIAI:

1. Alford, John. „Why do public-sector clients coproduce? Toward a Contingency Theory“. Administration & Society 34, 1 (2002): 32-56. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/236325674_Why_Do_Public-Sector_Clients_Coproduce
2. Aukščiausioji valstybinio audito institucija. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas”. Vilnius, 2018. Prieiga per internetą: https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas.
3. Aukščiausioji valstybinio audito institucija. *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orpeintacija į pacientą*. Vilnius, 2018. file:///C:/Users/Neringa/Downloads/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-prieinamumas-ir-orientacija-i-pacienta%20(1).pdf
4. Aukščiausioji valstybinio audito institucija. *Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2018 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas*. Vilnius, 2018. https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23947/privalomojo-sveikatos-draudimo-fondo-2019-metu-konsoliduotuju-finansiniu-ir-biudz.
5. Aukščiausioji valstybinio audito institucija. *Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas*. Vilnius, 2019. https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23836
6. Babravičius, Jonas, ir Ignas Dzemyga. „Naujosios viešisios vadybos elementai: teorinis požiūris“. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos* 1, 25 (2012): 52-62.
7. Bielskytė, Dainora, ir Danguolė Jankauskienė. „Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 46-69. Prieiga per internetą: https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12820/446-2850-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Bishop, L. Felicity, Fiona Barlow,Beverly Coghlan, Philippa Lee ir George T. Lewith. „Patients as healthcare consumers in the publicand private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK“ *BMC Health Services Research* 11, 129 (2011): 1-11. Prieiga per internetą: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127982/

9. Björnberg, Arne, ir Ann Yung Phang. *Euro Health Consumer Index 2018.* Health Consumer Powerhouse, 2019. https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf.
10. Campos, Paola Abril, ir Michael R. Reich. „Political Analysis for Health Policy Implementation“. *Health Systems & Reform* 5, 3 (2019): 224-235. Prieiga per internetą: Full article: Political Analysis for Health Policy Implementation (tandfonline.com)
11. Cordina, Jenny, Rohit Kumar, ir Erin Olson. *Enabling healthcare consumerism.* McKinsey & Company, 2017. Prieiga per internetą: https://alignerology.com/wp-content/uploads/2019/07/Enabling-Healthcare-Consumerism_R6B.pdf
12. Costa, S. J. Daniel, Mercieca-Bebber R., Tesson S., Seidler Z., ir Lopez A.L. „Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings“. *BMJ Journal* 9, 3 (2019): 1-16. Prieiga per internetą: https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e025166
13. De Leeuw, Evelyne, Carole Clavier, ir Eric Breton. „Health policy – why research it and how: health political science“. Health *Research Policy and Systems* 12, 55 (2014): 1-10. Prieiga per internetą: https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4505-12-55.pdf
14. Deber, B. Raisa, Nancy Kraetschmer, Sara Urowitz, ir Natasha Sharpe. „Patient, consumer, client, or customer: what dopeople want to be called?“. *Health Expectations* 8, 4 (2005): 345-351. Prieiga per internetą: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060307/
15. *Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas.* Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, 2010. https://vakokybe.vrm.lt/index.php?print=1&id=525.
16. Gaižauskaitė, Inga, ir Svajonė Mikėnė, *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Mykolo Romerio Universitetas, Vilnius, 2014.
17. Grubliauskienė, Jūratė, ir Rita Vaičekauskaitė. „Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymui kontekste“. *Visuomenės sveikata* priedas 1 (2013): 83-90. Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.priedas1/VS%202013%20priedas%20Nr1%20ORIG%20S%20Paaugliu%20sveikatos%20samprata.pdf
18. Yasir, S.M. Arafat, Amin Andalib, ir Russell Kabir. „Progression of Doctor-Patient Relationship Model in light of Time and Culture: a Narrative Review“. *International Journal of Perceptions in Public Health* 1, 2 (2017): 102-107.

19. Jackson, Debra, Marie Hutchinson, ir Stacey Wilson. „Editorial: In defence of patients“. *Journal of Clinical Nursing* 25, 9-10 (2016): 1177. Prieiga per internetą: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13273
20. Jankauskienė, Danguolė. „Ligonių sveikatos priežiūros rodiklių vertinimo modelis”. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 9 (2016): 42-67. Prieiga per internetą: https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14599/4338-9550-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos politikos ir valdymo vystymas*“. Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2009): 4-22. Prieigai per internetą: https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367169903621/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content
22. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 3 (2011): 7-26. Prieiga per internetą: https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2011~1367176038586/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content
23. Jankauskienė, Rasa. „Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo skatinimo strategija: kūno kultūra ar kūno kultas?“. Medicina (Kaunas) 44, 5 (2008): 346-355. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/228485566_Lietuvos_gyventoju_fizinio_aktyvumo_skatinimo_strategija_kuno_kultura_ar_kuno_kultas
24. Januševičienė, Justina. „Paciento pareiga rūpintis savo sveikata kaip teisės į sveiaktos priežiūros paslaugas įgyvendinimo sąlyga” *Teisė* 104 (2017): 184-197. Prieiga per internetą: https://www.zurnalai.vu.lt/teise/article/view/10853/8988
25. Janušonis, Vincas. „ Sveikatos priežiūros vadybos raida Lietuvoje: pokyčiai, tendencijos, kritinis požiūris, tarptautinis kontekstas“. *Sveikatos ekonomika ir vadyba* 27, 5 (2017): 76-83. Prieiga per internetą: https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/1096-3071-1-PB.pdf
26. Janušonis, Vincas. „Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimas ir kokybė: literatūros apžvalga ir atvejo (Lietuva) analizė“. *Sveikatos ekonomika ir vadyba* 28, 7 (2018): 90-109. Prieiga per internetą: https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/04/90-109.pdf
27. Janušonis, Vincas. „Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai“. *Sveikatos mokslai* 21, 4 (2011): 5-6. Prieiga per internetą: https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/88-375-1-PB.pdf

28. Jurkuvienė, Ramunė, Indrė Gajdosikienė, ir Sandra Jokubauskė. „Jėgos ir galios diferenciacija lietuviškajame socialiniame darbe su socialinės rizikos šeimomis“. *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika* 10 (2015): 7-20. Prieiga per internetą: https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2015~1494425428904/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content
29. Kaminskas, Raimundas, ir Eimantas Peičius. „Gydytojo-paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai“. *FILOSOFIJA. SOCIOLOGIJA* 4 (2005): 62-69.
30. Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai,* modulio konspektas. Kaunas, 2002. https://docplayer.net/39539387-Modulio-konspektas-parengtas-pagal-vadoveli-k-kardelis-moksliniu-tyrimu-metodologija-ir-metodai-2-asis-pataisytas-ir-papildytas-leidimas.html.
31. Kosinskienė, Aneta, ir Juozas Ruževičius. „Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui“. Visuomenės sveikata 52, 1 (2011): 13-29. Prieiga per ineternetą: https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1(52)/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf
32. Krishna Garge, Gopi, Chitra Balakrishna ir Soumya Kanti Datta. „Consumer Health Care: Current Trends in Consumer Health Monitoring“. *IEEE Consumer Electronics Magazine* 7, 1 (2019): 38-46. Prieiga per internetą: https://ieeexplore.ieee.org/document/8197442
33. Leonavičius, Vilius, ir Eglė Večorskytė. „Sveikatos modelio ir sveikatos nelygybės santykis visuomenės vertybių kaitos požiūriu“. *KULTŪRA IR VISUOMENĖ* 9, 2 (2018): 111-130. Prieiga per internetą: https://www.semanticscholar.org/paper/Sveikatos-modelio-ir-sveikatos-nelygyb%C4%97s-santykis-Leonavi%C4%8Dius Ve%C4%8Dorskyt%C4%97/36ad4b199c9f6a69eea404d5180f0260910974f3
34. Leonavičius, Vilius, Mindaugas Plieskis, ir Jadvyga Petrauskienė. „Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu“. *Sociologija. Mintis ir veiksmas* 1 (2003): 93-101.
35. LR Sveikatos apsaugos ministerija. *Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos.* Vilnius, Sprinter tyrimai, 2017. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Ataskaita%20-%20SAM%20201707.pdf.
36. Maslow, Abraham H. *Motyvacija ir asmenybė.* Vilnius: Apostrofa, 2006.

37. Mossman, Douglas. „Are the people we serve 'patients' or 'customers'?". *Current Psychiatry* 13, 3 (2014): 40-43. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/287308240_Are_the_people_we_serve_'patients'_or_'customers
38. Murgic, Lucija, Philip C. Hébert, Slavica Sovic, ir Gordana Pavlekovic. „Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country". *BMC Medical Ethics* 16, 65 (2015): 1-9. Prieiga per internetą: https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0059-z
39. Neuberger, Julia. „Do we need a new word for patients?". *BMJ* 318 (1999): 1756-1758. Prieiga per internetą: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116090/
40. OECD. *State of Health in the EU, Lithuania: Country Health Profile 2021.* Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2021. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/bc081ccc-lv.pdf?expires=1650826621&id=id&accname=guest&checksum=E132B90AF33934A6EA1686E607FB57BA.
41. Peters, Kath, ir Colleen Cunningham. „Response to Jackson, Hutchinson & Wilson (2016) Editorial: In defence of patients". *Journal of Clinical Nursing* 25 (15-16) (2016): e11-el3. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/304370200_Response_to_Jackson_Hutchinson_Wilson_2016_Editorial_In_defence_of_patients_Journal_of_Clinical_Nursing
42. Petukienė, Evandželina, ir Rigita Tijūnaitienė. „Management of Customer Participation in Public Services: a Case of Townships of Lithuania". *Socialiniai tyrimai / Social Research* 1, 18 (2010): 83-94.
43. Plieskis, Mindaugas. „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugosmis šeimos medicinos plėtros kontekste. Daktaro disertacija, Kauno medicinos universitetas, 2005. Prieiga per internetą: https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:2081933/index.html.
44. *Pola studija: pacientų teisės.* POLA, 2018. https://pola.lt/wpcontent/uploads/2020/02/POLA_Pacient-teis-s.pdf.
45. Pukinaitė, Vaida. „Palankiausios dimensijos taikyti „sveikata visose politikose" strategiją". *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 18 (2015): 7-28.

46. Saito, Y.T. Daniele, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, Mariana Cabral Schveitzer, ir Sayuri
47. Shevell I, Michael. „What do we call 'them'?: the 'patient' versus 'client' dichotomy“. *Developmental Medicine & Child Neurology* 51 (2009): 770. Prieiga per internetą: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2009.03304.x .
48. Sooriakumaran, Prasanna, ir Robert Kaba. „The evolution of the doctor-patient relationship“. *International Journal of Surgery* 5, 1 (2007): 57-65. Prieiga per internetą: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919106000094
49. Stašys, Rimantas, ir Artūras Malikovas. „Vartotojo lūkesčiams darantys įtaką veiksniai“. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development* 22, 3 (2010): 1-8. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/280133494_Vartotojo_lukesciams_darantys_itaka_veiksniai
50. Stumbraitė -Vilkišienė, Edita. „Viešosios paslaugos dalyvių kaip kokybės vertintojų samprata: pilietis - vartotojas“. *Jaunųjų mokslininkų darbai* 4(29) (2010): 151. Prieiga per internetą: https://www.semanticscholar.org/paper/Vie%C5%A1osios-paslaugos-dalyvi%C5%B3-kaip-kokyb%C4%97s-vertintoj%C5%B3-Stumbrait%C4%97-Vilki%C5%A1ien%C4%97/6bbdb5a1704dd43cb91b12e44c7eecdaba708980
51. Šilys, Arvydas. „Asmens sveikatos prieţiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas”. Vilniaus universistetas, 2012.
52. Špokienė, Indrė. „Nemokamos medicinos pagalbos teikimo konstitucinės garantijos“. *Sveikatos politika ir valdymas* 5, 1 (2013): 15-29. Prieiga per internetą: https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12818/418-2848-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Špokienė, Indrė. „Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje“. *Jurisprudencija* 3, 121 (2010): 329-348. Prieiga per internetą: https://intranet.mruni.eu/upload/iblock/492/19spokiene.pdf

Tanaka Maeda. „User, clinet or patient? Which term is more frequently used by nursing students?“. *Text Context Nursing, Florianópolis* 22, 1 (2013): 175-183. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/262520399_User_client_or_patient_which_term_is_more_frequently_used_by_nursing_students

54. Torpie, Kathy. „Customer service vs. Patient care“. *Patient Experience Journal* 1, 2 (2014): 6. Prieiga per internetą: https://pxjournal.org/journal/vol1/iss2/3

55. Virbalis, Rytis, ir Eugenijus Gefenas. „Gydytojų profesinės autonomijos etinės problemos: Lietuvos atvejis“. Visuomenės sveikata 2 (57) (2012): 16-24.

56. Wennberg, David. „Opportunities to reduce unwarranted care differences“. Iš *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*, Pierre L. Young, LeighAnne Olsen, 101-107. Washington: National Academies Press, 2010. Prieiga per internetą: https://nap.nationalacademies.org/catalog/12750/the-healthcare-imperative-lowering-costs-and-improving-outcomes-workshop-series.

57. Žiliukaitė, Rita. „Vertybiniai pokyčiai Lietuvos visuomenėje: nuo tradicinių link sekuliarių – racionalių vertybių“. *Sociologija. Mintis ir veiksmas* 1, 19 (2007): 116-130. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/330705356_Vertybiniai_pokyciai_Lietuvos_visuomenej e_nuo_tradiciniu_link_sekuliariu_-_racionaliu_vertybiu

KITI INTERNETINIAI ŠALTINIAI:

1. Adomavičienė, Laura. „Lietuvos situaciją palygino su džiunglėmis – ligoninėse mokame net už nemokamas paslaugas”. *LRT*, žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 26d. https://www.lrt.lt/naujienos/lietuvoje/2/1123565/lietuvos-situacija-palygino-su-dziunglemis-ligoninese-mokame-net-uz-nemokamas-paslaugas.
2. „Europos Sąjungos sektorinės politikos“. Lietuvos Respublikos užsienio reikalų ministerija. Žiūrėta 2021 m. liepos 12d. Prieiga per internetą: https://urm.lt/default/lt/uzsienio-politika/uzsienio-politikos-prioritetai/lietuva-europos-sajungoje/kaip-veikia-europos-sajunga/es-sektorines-politikos.
3. „Health policy“. World health organization. Žiūrėta 2021 m. lipeos 17d. Prieiga per internetą: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy.
4. Janonienė, Raimonda. „ASPĮ veiklos kokybės vertinimo kriterijai ir kokybės vertinimo politika ateityje”. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Žiūrėta 2022 m. vasario 27d. https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/kompetenciju-centru-ir-regioninio-bendradarbiavimo-modeliu-pagristos-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigu-tinklo-vystymas/sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybes-vertinimas.

5. „KTU mokslininkės: ar keičiasi vertybiniai prioritetai lietuvio sąmonėje ir kaip tai gali padėti kovoje su koronavirusu?“. Kauno technologijų universitetas. Žiūrėta 2022 m. vasario 6d. Prieiga per internetą: https://evf.ktu.edu/news/ktu-mokslininkes-ar-keiciasi-vertybiniai-prioritetai-lietuvio-samoneje-ir-kaip-tai-gali-padeti-kovoj e-su-koronavirusu/.
6. Lietuvių kalbos žodynas: elektroninis variantas. Žiūrėta 2021 m. gegužės 7d. Prieiga per internetą: http://www.lkz.lt/?zodis=klientas&id=17147090000
7. „Mokamas gydymas Lietuvoje”. Ligonių kasa. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 26d. https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gyventojams-1/gydymo-ir-sveikatos-prieziuros-paslaugos/mokamas-gydymas-lietuvoje-1.
8. „Nuo sausio didėja privalomojo sveikatos draudimo įmokos“. SoDra. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 26d. https://www.sodra.lt/lt/naujienos/nuo-sausio-dideja-privalomojo-sveikatos-draudimo-imokos.
9. „Plėtros programų rengimas“. SAM. Žiūrėta 2022 m. sausio 5d. https://sam.lrv.lt/lt/administracine-informacija/planavimo-dokumentai/pletros-programu-rengimas.
10. Sabalienė, Jūratė. „Privalomojo sveikatos draudimo sistema”. Valstybinė ligonių kasa. Žiūrėta 2021 m. spalio 21d. https://slidetodoc.com/privalomojo-sveikatos-draudimo-sistema-valstybins-ligoni-kasos-prie/.
11. „Sutartys su gydymo įstaigomis“. Valstybinė ligonių kasa. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 29d. http://old.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sutarciu-sudarymas.
12. „Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2018-2020 m.”. Higienos institutas. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 25d. https://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt.
13. „The consumer is the new payer in healthcare”. NRC Health. Žiūrėta 2021 m. liepos 17 d. Prieiga per internetą: https://nrchealth.com/?s=The+consumer+is+the+new+payer+in+healthcare&submit=%EF%80%82.
14. „Thesaurus Latino-Lituanicus“. Jungtinis lotynų-lietuvių kalbų žodynas nuo XVII iki XXI a. Žiūrėta 2021 m. balandžio 23d. http://www.thesaurus.flf.vu.lt/?&antraste_=patiens&searchWhere=fullText&antraste_kirciuota=pati%C4%93ns%20(%C5%BEi%C5%ABr%C4%97ta%202021-04-23)
15. „Viešoji ar privati: kurias gydymo įstaigas Lietuvoje renkasi dažniausiai?“. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos pasaugos ministerijos. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 25d.

http://old.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Vie%C5%A1oji-ar-privati-kurias-gydymo-%C4%AFstaigas-Lietuvoje-renkasi-da%C5%BEniausiai.aspx.

TEISĖS AKTAI:

1. „ Įsakymas „ Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo““. LRS. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 28d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/asr.
2. „Įsakymas „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo”. LRS. Žiūrėta 2022 m. vasario 26d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.319609/asr.
3. „Įsakymas „Dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos ir valdymo aprašo patvirtinimo““. LRS,. Žiūrėta 2021 m. spalio 13d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.372118/asr.
4. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“. LRS. Žiūrėta 2021 m. gegužės 3 d. I-1562 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (lrs.lt).
5. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ LRS. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 13d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr.
6. „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas”. LRS. Žiūrėta 2021 m. rugsėjo 23d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr.
7. „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas”. LRS. Žiūrėta 2021 m. rugsėjo 8d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr.
8. „Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymas”. LRS. Žiūrėta 2021 m. birželio 5d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.6020?faces-redirect=true.
9. „Nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvritinimo”. LRS. Žiūrėta 2021 m. spalio 21d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr.
10. „Nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo““. LRS. Žiūrėta 2021 m. gruodžio 3d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=.

11. „Nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo””. LRS. Žiūrėta 2021 m. rugpjūčio 28d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr.

ANOTACIJA

Velikianec N. Paciento, kliento ir vartotojo vaidmenų sankirta sveikatos priežiūroje – magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – prof. dr. Birutė Mockevičienė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, 2022.

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjamas sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo portretas ir vaidmuo sveikatos priežiūroje jų pačių, gydytojų požiūriu bei sveikatos politikos kontekste. Pirmoje teorinėje dalyje analizuojama mokslinė literatūra, vykstančios diskusijos, įžvalgos bei atlikti moksliniai tyrimai analizuojantys vartojamas sveikatos priežiūros paslaugų gavėją apibūdinančias sąvokas bei jų suteikiama vaidmenį, visuomenės sveikatos sampratos bei vertybių kaitą. Taip pat šioje dalyje nagrinėjamos ir vertinamos šalies sveikatos politikos gairės, jų įgyvendinimas, koks paslaugų gavėjo portretas yra formuojamas. Antroje dalyje supažindinama su tyrimo metodologija, aprašomas kiekybinis tyrimas, pristatoma tiriama įstaiga, respondentai. Trečioje dalyje pateikiami atlikto empirinio tyrimo rezultatai ir jų analizė. Pateikiamos tyrimo išvados bei rekomendacijos.

Raktiniai žodžiai: vartotojas, sveikatos samprata, vaidmuo, sveikatos politika

ANNOTATION

Velikianec N. Clash of patient, customer and consumer roles in health care. – master‘s thesis. Supervisor - prof. dr. Birutė Mockevičienė - Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Administration and Business, 2022.

The thesis examines the portrait of a health care recipient and their role in health care from their own point of view, from the point of view of physicians and in the context of health policy. The first theoretical part analyzes the scientific literature, ongoing discussions, insights and researches that analyze the concepts used to describe the recipient of health care services and the role they give, changes in public health concepts and values. This part also examines and evaluates country's health policy, their implementation, and the portrait of the service recipient. The second part introduces the research methodology, describes the quantitative research, introduces the research institution, respondents. The third part presents the results of the empirical research and their analysis. The conclusions and recommendations of the research are presented.

Keywords: consumer, health concept, role, health policy

SANTRAUKA

Velikianec N. Paciento, kliento ir vartotojo vaidmenų sankirta sveikatos priežiūroje – magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – prof. dr. Birutė Mockevičienė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, 2022.

Asmens vaidmeniui sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese skiriamas vis didesnis dėmesys. Vaidmuo yra svarbus aspektas turintis įtakos sveikatos rodikliams bei visos sveikatos priežiūros sistemos sėkmei. Išreiškiamas naujas požiūris, jog keičiantis visuomenės narių vertybėms bei sveikatos sampratai, vyksta ir paslaugų gavėjų virsmas į vartotoją - aktyvų dalyvį. Tad sveikatos priežiūros įstaigos bei šalies sveikatos politika turi prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos, identifikuoti koks yra paslaugų gavėjas ir jo vaidmuo, bei priimti į tai orientuotus sprendimus ir kartu tobulėti. Tad buvo iškelta pagrindinė tyrimo problema - nors sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas dažniausiai yra apibūdinamas kaip „pacientas“, tačiau dėl savo etimologijos ši sąvoka nedera su šių dienų sveikatos priežiūros politika ir kintančiu vis aktyvesniu paslaugų gavėjo vaidmeniu. Šio tyrimo tikslas yra ištirti paslaugų gavėjo vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, jų pačių bei gydytojų požiūriu, tobulinant įtraukios sveikatos politikos nuostatas. Tikslui pasiekti iškelti penki darbo uždaviniai: išanalizuoti pagrindines paslaugų gavėją apibūdinančias sąvokas: „pacientas“, „klientas“, „vartotojas“ ir joms priskiriamus vaidmenis; atskleisti visuomenėje vyraujančio sveikatos modelio bei asmens vertybių kaitą; išnagrinėti ir įvertinti sveikatos politikoje formuojamą paslaugų gavėjo portretą; identifikuoti kokį vaidmenį sau priskiria paslaugų gavėjai pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje ir atskleisti paslaugų gavėjų vaidmenį pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų požiūriu. Naudoti tyrimo metodai: mokslinės literatūros bei kitų dokumentų (kaip Lietuvos respublikos teisės aktų) analizė ir sisteminimas, du kiekybiniai tyrimai panaudojant anketines apklausas, statistinė analizė.

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, jog sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo vaidmenų sankirtoje pastebimas jo laipsniškas perėjimas nuo gana pasyvaus prie aktyvesnio kliento/vartotojo vaidmens: dalyvaujančio, besirenkančio, informuoto, atsakingo ir norinčio geresnės paslaugų kokybės. Taip pat pastebėtas teigiamai kintantis visuomenės požiūris į sveikatos sampratą, kuris vis labiau modernėja, tačiau paslaugų gavėjų ir teikėjų tarpe aptinkamos biomedicininio modelio apraiškos rodo, kad aktyvaus vaidmens sveikatos priežiūroje problema dar vis išlieka opi. Privatus sveikatos priežiūros, sektorius, lyginant su viešuoju, yra labiau linkęs priimti aktyvų dalyvių. Šalies sveikatos politika taip pat formuoja sveikatos priežiūros modelį, kuriame paslaugų gavėjas kuriamas kaip aktyvus dalyvis – vartotojas. Nors siektinas paciento virsmas į vartotoją dar nėra pilnai įgyvendintas, tačiau yra matoma aiški kryptis kaip tai pasiekti. Iškelta darbo hipotezė buvo patvirtinta.

Darbas susideda iš trijų pagrindinių dalių. Pirmojo dalis – analizuojama mokslinė literatūra, diskusijos, įžvalgos bei atlikti moksliniai tyrimai analizuojantys vartojamas sveikatos priežiūros paslaugų gavėją apibūdinančias sąvokas bei jų suteikiama vaidmenį, visuomenės sveikatos sampratos bei vertybių kaitą. Taip pat nagrinėjamos ir vertinamos šalies sveikatos politikos gairės, jų įgyvendinimas, koks paslaugų gavėjo portretas yra formuojamas. Antroje dalyje supažindinama su tyrimo metodologija, aprašomas kiekybinis tyrimas, pristatoma tiriama įstaiga, respondentai. Trečioje dalyje pateikiami atlikto empirinio tyrimo rezultatai ir jų analizė. Gale pateikiamos išvados bei rekomendacijos. Pateikta 24 lentelės, 6 paveikslėliai, 83 literatūros šaltiniai.

Raktiniai žodžiai: vartotojas, sveikatos samprata, vaidmuo, sveikatos politika

SUMMARY

Velikianec N. Clash of patient, customer and consumer roles in health care. – master‘s thesis. Supervisor - prof. dr. Birutė Mockevičienė - Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Administration and Business, 2022.

In the world, as well as Lithuania, focus on the individuals’ role in health care is increasing. The person’s role is one of the most important factors influencing health care indicators and the success of the whole health care system. New proof that values of society and the concept of health are changing is constantly emerging, this indicates transformation of service users into a consumers - an active participants in their health care. Therefore, health care institutions and the country's health policy must adapt to the changing environment, identify the recipient of the service and its role, and make informed decisions and improve at the same time.

Thus, the main problem of the study was that although the healthcare recipient is often described as a “patient”, this etymology is incompatible with today's healthcare policy and the ever-changing, more active, role of the recipient. The aim of this study is to examine the role of the recipient in the health care system from their own point of view and from the point of view of physicians and how to make health policy more inclusive. To achieve this goal, five tasks were set: to analyze the main concepts describing the service recipient: “patient”, “customer”, “consumer” and the roles assigned to them; to reveal the change of the prevailing health model and personal values in the society; to examine and evaluate the portrait of the service recipient formed in the health policy; identify the role recipients assign themselves to and disclose the role of recipients from the point of view of physicians in the primary health care setting. Research methods used: analysis and systematization of scientific literature and other documents (such as legal acts of the Republic of Lithuania), two quantitative research using questionnaires, statistical analysis.

The results of the study revealed that intersecting roles of the health care recipient, are gradually transitioning from a rather passive to a more active client/consumer: participating, choosing, well informed, responsible, and seeking better service quality. There has also been a positive change in public attitudes towards the concept of health, which is becoming more and more modern, but the manifestations of the biomedical model among users and providers show that the problem of active role in health care remains. The private health care sector, compared to the public one, is more likely to accept active participants. The country's health policy is also shaping the health care model, in which the recipient of services is being educated as an active participant - consumer, but the desired transformation of the patient into the consumer in health care has not yet been fully developed, but there is a clear direction on how to achieve this. The hypothesis of this thesis was confirmed.

The work consists of three main parts. The first part - analyzes the scientific literature, discussions, insights and research that analyze the concepts used to describe the recipient of health care services and the role they assign, also the change in public health concepts and values. Country's health policy, its implementation, and the portrait of the service recipient in it is also analyzed and evaluated. The second part introduces the research methodology, describes the quantitative research, introduces the research institution, respondents. The third part presents the results of the empirical research and their analysis. Conclusions and recommendations are provided at the end. 24 tables, 6 figures, 83 references are presented.

Keywords: consumer, health concept, role, health policy

PRIEDAI

- SAM 2012-11-29 įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (**13 kokybės, 8 efektyvumo rodikliai**)
- SAM 2014-07-16 įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo„ (**10 kokybės, 2 prieinamumo rodikliai**)
- SAM 2018 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo", 7 priedas, **(2 kokybės, 3 prieinamumo rodikliai)**
- SAM 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo", 4 priedas (**8 kokybės rodikliai**)
- SAM 2019 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1473 „Dėl skubiosios medicinos pagalbos skyrių veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ (**10 kokybės, 9 prieinamumo rodikliai**)
- SAM 2020-11-10 įsakymas Nr. V-2572 „Dėl Laboratorinės diagnostikos paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“, (**1 prieinamumo**, **7 kokybės rodikliai**)
- SAM 2015-11-24 d. įsakymas Nr. V-1330 „Dėl gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento mokymas, teikimo asmenims, sergantiems širdies nepakankamumu, reikalavimų aprašo patvirtinimo“, (**7 kokybės, 9 prieinamumo rodikliai**)
- SAM 2017-07-03 įsakymas Nr. V-940 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto be ST segmento pakilimo (TLK-10-AM I 21.4) atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių pacientų srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“, (**10 kokybės rodiklių**)
- SAM 2017-02-17 įsakymas Nr. V-156 „Dėl Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“, (**7 kokybės rodikliai, 8 prieinamumo**)
- SAM 2014-02-7 m. įsakymas Nr. V-244 „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su st segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“ (**10 kokybės rodiklių**)
- VLK 2019-11-28 d. įsakymas Nr. 1K-264 „Dėl Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo, šių rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos ir duomenų apie pasiektas šių rodiklių reikšmes suvestinės formos patvirtinimo“, (**5 kokybės, 6 efektyvumo rodikliai**)
- SAM 2010-12-27 įsakymas Nr. V-1131 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (VI skyrius), (**2 efektyvumo rodikliai**)
- SAM 2021-03-23 įsakymas Nr. V-619 "Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmenims, sergantiems cukriniu diabetu, prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (**9 kokybės, 2 prieinamumo rodikliai)**

- SAM 2012-11-29 įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (**13 kokybės, 8 efektyvumo rodikliai**)
- SAM 2014-07-16 įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo„ (**10 kokybės, 2 prieinamumo rodikliai**)
- SAM 2018 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo", 7 priedas, **(2 kokybės, 3 prieinamumo rodikliai)**
- SAM 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo", 4 priedas (**8 kokybės rodikliai**)
- SAM 2019 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1473 „Dėl skubiosios medicinos pagalbos skyrių veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ (**10 kokybės, 9 prieinamumo rodikliai**)
- SAM 2020-11-10 įsakymas Nr. V-2572 „Dėl Laboratorinės diagnostikos paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“, (**1 prieinamumo**, **7 kokybės rodikliai**)
- SAM 2015-11-24 d. įsakymas Nr. V-1330 „Dėl gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento mokymas, teikimo asmenims, sergantiems širdies nepakankamumu, reikalavimų aprašo patvirtinimo“, (**7 kokybės, 9 prieinamumo rodikliai**)
- SAM 2017-07-03 įsakymas Nr. V-940 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto be ST segmento pakilimo (TLK-10-AM I 21.4) atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių pacientų srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“, (**10 kokybės rodiklių**)
- SAM 2017-02-17 įsakymas Nr. V-156 „Dėl Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“, (**7 kokybės rodikliai, 8 prieinamumo**)
- SAM 2014-02-7 m. įsakymas Nr. V-244 „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su st segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“ (**10 kokybės rodiklių**)
- VLK 2019-11-28 d. įsakymas Nr. 1K-264 „Dėl Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo, šių rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos ir duomenų apie pasiektas šių rodiklių reikšmes suvestinės formos patvirtinimo“, (**5 kokybės, 6 efektyvumo rodikliai**)
- SAM 2010-12-27 įsakymas Nr. V-1131 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (VI skyrius), (**2 efektyvumo rodikliai**)
- SAM 2021-03-23 įsakymas Nr. V-619 "Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmenims, sergantiems cukriniu diabetu, prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (**9 kokybės, 2 prieinamumo rodikliai)**

2 PRIEDAS

ANKETA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GAVĖJUI

Mielas Respondente,

šiuo metu Mykolo Romerio universiteto studentė atlieka tyrimą, kurio tikslas yra *ištirti paslaugų gavėjo vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje paslaugų teikėju ir gavėjų požiūriu, tobulinant įtraukios sveikatos politikos nuostatas.*

Prašome Jūsų atsakyti į šios anketos klausimus. Jums priimtiną bei pasirinktą atsakymo variantą žymėkite „x“ ar pabraukite, o jeigu reikia įrašykite. Maloniai kviečiame Jus dalyvauti šioje apklausoje ir iš anksto dėkojame Jums už pagalbą ir nuoširdžius atsakymus. Dalyvavimas yra savanoriškas. Anketa yra anoniminė, surinkti duomenys yra konfidencialūs ir bus pateikiami apibendrintai, panaudojant juos mokslo tikslais bei sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui.

1. **Jūsų amžius:**
   - ☐ 18 - 20 m.;
   - ☐ 21 - 40 m.;
   - ☐ 41 - 60 m.;
   - ☐ Vyresnis (-ė) nei 60 m.

2. **Jūsų lytis:**
   - ☐ Vyras
   - ☐ Moteris

3. **Jūsų gyvenamoji vieta:**
   - ☐ Vienkiemis
   - ☐ Kaimas
   - ☐ Miestelis
   - ☐ Miestas
   - ☐ Didmiestis

4. **Jūsų išsilavinimas:**
   - ☐ Vidurinis
   - ☐ Profesinis
   - ☐ Aukštasis neuniversitetinis
   - ☐ Aukštasis universitetinis

5. **Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje esate prisiregistravęs pas šeimos gydytoją?**
   - ☐ Privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje
   - ☐ Viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje

6. **Kreipdamiesi į sveikatos priežiūros įstaigą, kaip norėtumėte, jog Jus vadintų? Pažymėkite Jums priimtiniausią variantą.**

☐ pacientu	☐ klientu	☐ vartotoju

7. Kuris teiginys geriausiai apibūdina kas Jums yra sveikata?

- ☐ Kai man nieko neskauda, nereikia vartoti vaistų ar medikų pagalbos;
- ☐ Kai man nieko neskauda, jaučiuosi laimingas, nusiteikęs optimistiškai (geros emocijos), turiu gerus santykius su draugais ir artimaisiais;
- ☐ Tai mano asmeninė galimybė rinktis man prieinamą sporto klubą, sveiką mitybą, darbą ar laisvalaikį;

8. Kaip Jūs rūpinatės savo sveikata? Galite žymėti visus Jums tinkančius atsakymo variantus.

- ☐ Skaitau straipsnius, žiūriu įvairias laidas apie sveikatą;
- ☐ Bent du kartus per savaitę lankausi sporto klube ar užsiimu kita aktyvia veikla;
- ☐ Dalyvauju sveikatingumo ar sporto renginiuose;
- ☐ Stengiuosi vartoti mažiau cukraus ar riebaus maisto;
- ☐ Stengiuosi valgyti daugiau vaisių ir daržovių;
- ☐ Užsiimu organizmo grūdinimu (pvz.: šalto vandens vonios);
- ☐ Taikau priemones streso mažinimui (pvz.: meditacija);
- ☐ Reguliariai lankausi pas medikus ir dalyvauju prevencinėse programose;
- ☐ Gyvenu įprastai ir sveikata rūpinuosi, kai atsiranda problemos;

9. Kokių žalingų įpročių turite? Galite žymėti visus Jums tinkančius atsakymo variantus.

- ☐ Rūkymas
- ☐ Alkoholio vartojimas (daugiau negu du kartai per savaitę)
- ☐ Narkotinių medžiagų vartojimas
- ☐ Azartiniai lošimai
- ☐ Neturiu jokių žalingų įpročių
- ☐ Kita (įrašykite).....

10. Kaip renkatės šeimos gydytoją? Galimi keli atsakymo variantai.

- ☐ Pagal atsiliepimus ir vertinimus internete;
- ☐ Pagal draugų, pažįstamų ar artimųjų rekomendacijas;
- ☐ Pagal jo patirtį;
- ☐ Renkuosi tą, kurį pasiūlo ar priskiria registratūroje;
- ☐ Renkuosi tą, kuris reklamuojamas ir yra žinomesnis (pagal sveikatos priežiūros įstaigos reklamą);
- ☐ Kita (įrašykite)_____

11. Dėl kokių priežasčių dažniausiai kreipiatės pas šeimos gydytoją? Galimi keli atsakymo variantai.

- ☐ Vaistų išrašymas;
- ☐ Profilaktinis sveikatos tikrinimas;
- ☐ Dėl laboratorinių tyrimų atlikimo ar jų vertinimo;
- ☐ Dėl blogos savijautos ar ligos;
- ☐ Dėl patarimo (pvz.: dėl skiepų, mitybos, sveikatos priežiūros specialistų ar ligoninių pasirinkimo);
- ☐ Dėl siuntimo pas kitą sveikatos priežiūros specialistą ar įstaigą;
- ☐ Kita (įrašykite)_____

12. Ar kreiptumėtės/nesikreiptumėte pas šeimos gydytoją dėl šių problemų? Įvertinkite kiekvieną teiginį.

	Taip	**Tikriausiai taip**	**Tikriausiai ne**	**Ne**	**Nežinau**
Patarimas dėl sveikos gyvensenos pasirinkimo (mitybos, sporto ir t.t.)					
Profilaktinis sveikatos patikrinimas					
Nugaros skausmas					
Pagalba metant rūkyti arba vartoti alkoholį					
Vaikui stipriai kosint					
Klausos sutrikimai					
Ilgalaikis nerimas, slogi nuotaika					
Šlapinimasis su krauju					
Smurtas artimoje aplinkoje					
Nutukimas					
Seksualinės problemos					
Patarimas dėl skiepo					
Padidėjęs kraujospūdis					
Tarpusavio santykių problemos					
Patarimas dėl vaistų vartojimo					

13. Jeigu vizito metu pas šeimos gydytoją buvo kažkas neaišku (dėl gydymo, diagnozės, tyrimų ir pan.) ar klausiate jo papildomų klausimų?

- ☐ Klausiu kol man tampa aišku, o gydytojas išsamiai atsako į mano klausimus;
- ☐ Klausiu, tačiau ne visada suprantu ką gydytojas atsako ir daugiau nebeklausiu;
- ☐ Neklausiu, nes jaučiuosi nepatogiai, tačiau grįžęs į namus ieškau atsakymo pats (internete, pas artimuosius ir pan.)

☐ Neklausiu, nes gydytojai ir taip neturi laiko;

14. Prisiminkite Jūsų paskutinį vizitą pas šeimos gydytoją ar specialistą. Ar sutinkate su žemiau išvardintais teiginiais? Įvertinkite kiekvieną teiginį.

	TAIP	NEŽINAU	NE
Gydytojas turėjo mano medicininius duomenis po ranką	☐	☐	☐
Gydytojas bendravo maloniai ir pagarbiai	☐	☐	☐
Gydytojas atidžiai manęs klausėsi	☐	☐	☐
Gydytojas daugiau laiko skiria Jūsų konsultavimui, nei dokumentacijos tvarkymui	☐	☐	☐
Gydytojas kalbėdamas žiūrėjo ne į mane, o kažkur kitur	☐	☐	☐
Gydytojas klausė klausimų, apie ką aš jam jau pasakojau	☐	☐	☐
Gydytojas teiravosi ir apie kitas mano sveikatos problemas	☐	☐	☐
Gydytojas Jums siūlo kelis, o ne vieną gydymo būdus	☐	☐	☐
Gydytojas suteikė rekomendacijas bei davė naudingų patarimų	☐	☐	☐
Gydytojas klausė mano nuomonės	☐	☐	☐
Rekomenduočiau šį gydytoją kitiems	☐	☐	☐

15. Jeigu gydytojas ar specialistas Jums skiria vaistų, ką Jūs darote? Galime keli atsakymo variantai.

☐ Iš karto juos įsigyju vaistinėje ir vartoju kaip paskirta;
☐ Ieškau informacijos apie vaistus internete arba klausiu vaistininko/artimųjų prieš juos įsigyjant ir vartojant;
☐ Klausinėju gydytojo apie paskirtus vaistus, jų poveikį ir alternatyvas;
☐ Kylant abejonei dėl paskirtų vaistų ieškau antros nuomonės;

16. Kaip elgtumėtės, jeigu gydytojo specialisto (ne šeimos gydytojo) paskirtas gydymas neduotų lauktų rezultatų? Įvertinkite kiekvieną teiginį (visiškai sutinku,....., visiškai nesutinku).

	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Būčiau nepatenkintas, tačiau gydytojui nieko nesakyčiau					

Daryčiau toliau tai, ką toliau rekomenduotų gydytojas					
Kreipčiausi pas kitą gydytoją					
Aiškinčiausi kodėl taip galėjo atsitikti, kas tam turėjo įtakos					
Tarčiausi su gydytoju, ką daryti toliau, kokios galimos alternatyvos					
Priekaištaučiau gydytojui					

17. Ką visų pirmą darote pajutę peršalimo simptomus (sloga, čiaudulys, prikimęs balsas, perštinti gerklė)?

- ☐ Ieškau internete informacijos apie simptomus ir kaip juos gydyti;
- ☐ Kreipiuosi pagalbos į artimuosius ar draugus, kurie galėtų patarti kaip reikėtų tinkamai gydytis;
- ☐ Kreipiuosi pas šeimos gydytoją;
- ☐ Pasitaręs su vaistininku nusiperku vaistų ir juos vartoju;
- ☐ Vartotu vaistus, o savijautai pablogėjus kreipiuosi pas šeimos gydytoją;
- ☐ Vartoju natūralias priemones (arbatos, eteriniai aliejai, medus ir pan.) simptomams lengvinti, o nepraeinant kreipiuosi į gydytoją;

18. Kuriuos su sveikata susijusius rodiklius sekate naudodami išmaniąsias technologijas (telefonai, išmanieji laikrodžiai ar apyrankės ir t.t.)? Galimi keli atsakymo variantai.

- ☐ pulsą;
- ☐ miegą;
- ☐ cukraus kiekį kraujyje;
- ☐ fizinį aktyvumą (žingsniai, nueitas atstumas ir pan.);
- ☐ patiriamo streso/nerimo lygį;
- ☐ išgeriamo vandens kiekį;
- ☐ sudeginamų kalorijų skaičių;
- ☐ menstruacijų ciklą ar vaisingas dienas;
- ☐ ištirpusio deguonies koncentraciją kraujyje, jo suvartojimą;
- ☐ jokių rodiklių neseku ir nestebiu;

19. Pažymėkite sutinkate ar nesutinkate su išvardintais teiginiais apie papildomus mokėjimus.

	TAIP	**NE**
Man teko papildomai mokėti už šeimos gydytojo/terapeuto suteiktas paslaugas	☐	☐
Man teko papildomai mokėti už gydytojų specialistų (pvz.: chirurgo, kardiologo, pulmonologo**, išskyrus odontologo**) paslaugas	☐	☐
Man yra tekę atsisakyti odontologinių paslaugų, nes buvo per brangu	☐	☐

Man yra tekę atsisakyti gydytojo paskirtų tyrimų, nes buvo per brangu	☐	☐
Man yra tekę atsisakyti gydytojo paskirto gydymo ar vaistų, nes buvo per brangu	☐	☐

20. Kurią sveikatos priežiūros įstaigą (viešą ar privačią) rinktumėtės norėdami gauti išvardintų specialistų paslaugas ar procedūras?

	Privačią sveikatos priežiūros įstaigą	**Viešą sveikatos priežiūros įstaigą**
Laboratoriniai tyrimai ar skiepai	☐	☐
Šeimos gydytojo	☐	☐
Chirurgo	☐	☐
Odontologo	☐	☐
Kardiologo	☐	☐
Psichologo	☐	☐
Onkologo	☐	☐
LOR (ausų, nosies ir gerklės gyd.)	☐	☐
Alergologo	☐	☐
Plastikos chirurgo	☐	☐
Traumatologo	☐	☐
Akušerio/ginekologo (tik moterims)	☐	☐

21. Kas Jums svarbu, renkantis sveikatos priežiūros įstaigą? Kiekvieną teiginį įvertinkite 5 balų skalėje pagal jo svarbumą (1 – visiškai nesvarbu, ... , 5 – labai svarbu).

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Paslaugų kokybė (pvz.: patikimesnis gydymas)	1	2	3	4	5
Trumpesnis laukimo laikas	1	2	3	4	5
Malonesnis aptarnavimas	1	2	3	4	5
Dirbančių specialistų kvalifikacija, patirtis ir atsiliepimai	1	2	3	4	5
Įstaigos įvaizdis ir reputacija	1	2	3	4	5
Lengvai ir gretai prieinama informacija apie paslaugas ir gydytojus	1	2	3	4	5
Įstaigoje naudojamos technologijos ir įranga	1	2	3	4	5
Konsultacijos trukmė	1	2	3	4	5
Daug paslaugų vienoje vietoje (toje pačioje įstaigoje)	1	2	3	4	5
Atstumas iki įstaigos	1	2	3	4	5
Įstaigos darbo laikas	1	2	3	4	5

Patogus susisiekimas	1	2	3	4	5

22. Kaip manote, kas daro didžiausią įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūros sistemoje? Žemiau pateiktus teiginius skaitykite po vieną ir kiekvieną iš jų įvertinkite pagal jo įtaką 5 balų skalėje, kur 1 – visiškai neįtakoja, ..., 5 – labai įtakoja.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas;	1	2	3	4	5
Žmonių gyvenimo būdas (mityba, sportas ir t.t.)	1	2	3	4	5
Sveikatos reformos	1	2	3	4	5
Žmonių žinios apie sveikatą	1	2	3	4	5
Dažna besikeičiantys politikai	1	2	3	4	5
Sveikatos priežiūros specialistų abejingumas	1	2	3	4	5
Perdėtas žmonių lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose	1	2	3	4	5
Per mažai paslaugų vienoje vietoje (toje pačioje įstaigoje)	1	2	3	4	5
Per didelis gydytojų darbo krūvis	1	2	3	4	5
Žmonių pasyvus dalyvavimas prevencinėse programose	1	2	3	4	5

23. Prisiminkite paskutinius kartus, kai lankėtės <u>privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje</u>. Įvertinkite teikiamų paslaugų kokybę. Teiginius skaitykite po vieną ir kiekvieną įvertinkite nuo 1 iki 10 (1 - labai blogai,....., 10 - labai gerai).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vizito metu gydytojas neskuba ir skiria Jums pakankamai laiko	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gydytojas gilinasi į Jūsų nusiskundimus, palaiko ryšį, bendrauja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visas personalas elgiasi pagarbiai ir mandagiai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patalpos švarios, šviesios ir jaukios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trumpas vizito ar procedūros laukimo laikas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Naudojama moderni įranga, naujos technologijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Personalas jautrus ir dėmesingas, padeda išspręsti problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visos reikiamos paslaugos vienoje vietoje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Prieinamos paslaugų kainos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitikėjimas aptarnaujančiu personalu ir gydymu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geresnė suteiktų paslaugų kokybė	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. Prisiminkite paskutinius kartus, kai lankėtės <u>viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje</u>. Įvertinkite teikiamų paslaugų kokybę. Teiginius skaitykite po vieną ir kiekvieną įvertinkite nuo 1 iki 10 (1 - labai blogai,....., 10 - labai gerai).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vizito metu gydytojas neskuba ir skiria Jums pakankamai laiko	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gydytojas gilinasi į Jūsų nusiskundimus, palaiko ryšį, bendrauja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visas personalas elgiasi pagarbiai ir mandagiai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patalpos švarios, šviesios ir jaukios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trumpas vizito ar procedūros laukimo laikas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Naudojama moderni įranga, naujos technologijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Personalas jautrus ir dėmesingas, padeda išspręsti problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visos reikiamos paslaugos vienoje vietoje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prieinamos paslaugų kainos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitikėjimas aptarnaujančiu personalu ir gydymu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geresnė suteiktų paslaugų kokybė	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dėkojame!

3 PRIEDAS

ANKETA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAMS (GYDYTOJAMS)

Mielas Respondente,

šiuo metu Mykolo Romerio universiteto studentė atlieka tyrimą, kurio tikslas yra *ištirti paslaugų gavėjo vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje paslaugų teikėju ir gavėjų požiūriu, tobulinant įtraukios sveikatos politikos nuostatas.*

Prašau Jūsų atsakyti į šios anketos klausimus. Jums priimtiną bei pasirinktą atsakymo variantą žymėkite „x“ ar pabraukite, o jeigu reikia įrašykite. Maloniai kviečiame Jus dalyvauti šioje apklausoje ir iš anksto dėkojame Jums už pagalbą ir nuoširdžius atsakymus. Dalyvavimas yra savanoriškas. Anketa yra anoniminė, surinkti duomenys yra konfidencialūs ir bus pateikiami apibendrintai, panaudojant juos mokslo tikslais bei sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui.

1. **Jūsų lytis:**
   - ☐ Vyras
   - ☐ Moteris

2. **Jūsų amžius:**
   - ☐ 21 - 40 m.;
   - ☐ 41 - 60 m.;
   - ☐ Vyresnis (-ė) nei 60 m.

3. **Jūsų darbo stažas**:
   - ☐ 1 - 5 metai;
   - ☐ 6 – 10 metų;
   - ☐ 11 – 15 metų
   - ☐ 16 - 20 metų;
   - ☐ Daugiau kaip 21 metai.

4. **Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje dirbate?**
   - ☐ Privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje;
   - ☐ Viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje;

5. **Kaip vadinate asmenį, kuris kreipiasi į Jus pagalbos/dėl Jūsų teikiamų paslaugų?**

☐ pacientu	☐ klientu	☐ vartotoju

6. **Kuris teiginys geriausiai apibūdina kas Jums yra sveikata?**
   - ☐ Kai man nieko neskauda, nereikia vartoti vaistų ar medikų pagalbos;

- ☐ Kai man nieko neskauda, jaučiuosi laimingas, nusiteikęs optimistiškai (geros emocijos), turiu gerus santykius su draugais ir artimaisiais;
- ☐ Tai mano asmeninė galimybė rinktis man prieinamą sporto klubą, sveiką mitybą, darbą ar laisvalaikį;

7. Kaip Jūs rūpinatės savo sveikata? Galite žymėti visus Jums tinkančius atsakymo variantus.

- ☐ Skaitau straipsnius, žiūriu įvairias laidas apie sveikatą;
- ☐ Bent du kartus per savaitę lankausi sporto klube ar užsiimu kita aktyvia veikla;
- ☐ Dalyvauju sveikatingumo ar sporto renginiuose;
- ☐ Stengiuosi vartoti mažiau cukraus ar riebaus maisto;
- ☐ Stengiuosi valgyti daugiau vaisių ir daržovių;
- ☐ Užsiimu organizmo grūdinimu (pvz.: šalto vandens vonios);
- ☐ Taikau priemones streso mažinimui (pvz.: meditacija);
- ☐ Reguliariai lankausi pas medikus ir dalyvauju prevencinėse programose;
- ☐ Gyvenu įprastai ir sveikata rūpinuosi, kai atsiranda problemos;

8. **Kokių žalingų įpročių turite? Galite žymėti visus Jums tinkančius atsakymo variantus.**

☐ Rūkymas
☐ Alkoholio vartojimas (daugiau negu du kartai per savaitę)
☐ Narkotinių medžiagų vartojimas
☐ Azartiniai lošimai
☐ Neturiu jokių žalingų įpročių
☐ Kita (įrašykite).....

9. Kaip manote, kaip asmenys turėtų rinktis šeimos gydytoją? Galimi keli atsakymo variantai.

- ☐ Pagal atsiliepimus ir vertinimus internete;
- ☐ Pagal draugų, pažįstamų ar artimųjų rekomendacijas;
- ☐ Pagal jo patirtį;
- ☐ Rinktis tą, kurį pasiūlo ar priskiria registratūroje;
- ☐ Rinktis tą, kuris reklamuojamas ir yra žinomesnis (pagal sveikatos priežiūros įstaigos reklamą);
- ☐ Kita (įrašykite)_____

10. Kaip manote, dėl kurių išvardintų priežasčių, žmonės turėtų kreiptis pas šeimos gydytoją? Įvertinkite kiekvieną teiginį.

	Taip	**Tikriausiai taip**	**Nežinau**	**Tikriausiai ne**	**Ne**
Patarimas dėl sveikos gyvensenos pasirinkimo (mitybos, sporto ir t.t.)					

Profilaktinis sveikatos patikrinimas					
Nugaros skausmas					
Pagalba metant rūkyti arba vartoti alkoholį					
Vaikui stipriai kosint					
Klausos sutrikimai					
Nerimas, slogi nuotaika					
Šlapinimasis su krauju					
Smurtas artimoje aplinkoje					
Nutukimas					
Seksualinės problemos					
Patarimas dėl skiepo					
Padidėjęs kraujospūdis					
Tarpusavio santykių problemos					
Patarimas dėl vaistų vartojimo					

11. Atidžiai perskaitykite ir įvertinkite kiekvieną teiginį apie Jūsų darbą (visada,....,niekada).

	VISADA	DAŽNIAUSIAI	KARTAIS	RETAI	NIEKADA
Turiu konsultuojamo asmens medicininius duomenis po ranką	☐	☐	☐	☐	☐
Bendrauju maloniai ir pagarbiai	☐	☐	☐	☐	☐
Atidžiai klausausi ką pasakoja konsultuojamas asmuo	☐	☐	☐	☐	☐
Konsultacijos metu daugiau laiko skiriu asmens konsultavimui nei dokumentacijos tvarkymui	☐	☐	☐		
Kalbėdamas žiūriu į konsultuojamą asmenį, o ne kažkur kitur	☐	☐	☐	☐	☐
Teiraujuosi ir apie kitas asmens sveikatos problemas, ne tik apie tą, dėl kurios kreipėsi	☐	☐	☐	☐	☐
Konsultuojamam asmeniui siūlau kelis, o ne vieną gydymo būdus	☐	☐	☐	☐	☐
Konsultacijos metu visada suteikiu rekomendacijas bei duodu naudingų patarimų	☐	☐	☐	☐	☐
Klausiu konsultuojamo asmens nuomonės ir į ją atsižvelgiu	☐	☐	☐	☐	☐

12. Kaip manote, kas daro didžiausią įtaką problemų atsiradimui sveikatos priežiūros sistemoje? Žemiau pateiktus teiginius skaitykite po vieną ir kiekvieną iš jų įvertinkite pagal jo įtaką 5 balų skalėje, kur 1 – visiškai neįtakoja, ..., 5 – labai įtakoja.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas;	1	2	3	4	5
Žmonių gyvenimo būdas (mityba, sportas ir t.t.)	1	2	3	4	5
Sveikatos reformos	1	2	3	4	5
Žmonių žinios apie sveikatą	1	2	3	4	5
Dažna besikeičiantys politikai	1	2	3	4	5
Sveikatos priežiūros specialistų abejingumas	1	2	3	4	5
Perdėtas žmonių lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose	1	2	3	4	5
Per mažai paslaugų vienoje vietoje (toje pačioje įstaigoje)	1	2	3	4	5
Per didelis gydytojų darbo krūvis	1	2	3	4	5
Žmonių pasyvus dalyvavimas prevencinėse programose	1	2	3	4	5

13. Kaip manote, ką žmogus visų pirmą turėtų daryti pajutęs peršalimo simptomus (sloga, čiaudulys, prikimęs balsas, perštinti gerklė)?

- ☐ Ieškoti internete informacijos apie simptomus ir kaip juos gydyti;
- ☐ Kreiptis pagalbos į artimuosius ar draugus, kurie galėtų patarti kaip reikėtų tinkamai gydytis;
- ☐ Kreiptis pas šeimos gydytoją;
- ☐ Pasitaręs su vaistininku nusipirkti vaistų ir juos vartotų;
- ☐ Vartotų vaistus, o savijautai pablogėjus kreiptųsi pas šeimos gydytoją;
- ☐ Vartotų natūralias priemones (arbatos, eteriniai aliejai, medus ir pan.) simptomams lengvinti, o nepraeinant kreipiuosi į gydytoją;

14. Jeigu Jūs skiriate vaistų, ką Jūsų manymu asmuo turėtų daryti? Galime keli atsakymo variantai.

- ☐ Iš karto juos įsigyti vaistinėje ir vartoti kaip paskirta;
- ☐ Paieškoti informacijos apie vaistus internete arba dar pasitarti su vaistininku/artimaisiais prieš juos įsigyjant ir vartojant;
- ☐ Klausinėti gydytojo apie paskirtus vaistus, jų poveikį ir alternatyvas, pasirinkti ar juos vartoti;
- ☐ Kylant abejonei dėl paskirtų vaistų ieškoti antros nuomonės;

15. Kuriuos su sveikata susijusius rodiklius sekate naudodami išmaniąsias technologijas (telefonai, išmanieji laikrodžiai ar apyrankės ir t.t.)? Galimi keli atsakymo variantai.

- ☐ pulsą;
- ☐ miegą;
- ☐ cukraus kiekį kraujyje;
- ☐ fizinį aktyvumą (žingsniai, nueitas atstumas ir pan.);
- ☐ patiriamo streso/nerimo lygį;
- ☐ išgeriamo vandens kiekį;
- ☐ sudeginamų kalorijų skaičių;
- ☐ menstruacijų ciklą ar vaisingas dienas;
- ☐ ištirpusio deguonies koncentraciją kraujyje, jo suvartojimą;
- ☐ jokių rodiklių neseku ir nestebiu;

16. Kaip manote, kurią sveikatos priežiūros įstaigą (viešą ar privačią) turėtų rinktis paslaugų gavėjai, norėdami gauti išvardintų specialistų paslaugas ar procedūras?

	Privačią sveikatos priežiūros įstaigą	**Viešą sveikatos priežiūros įstaigą**
Laboratoriniai tyrimai ar skiepai	☐	☐
Šeimos gydytojo	☐	☐
Chirurgo	☐	☐
Odontologo	☐	☐
Kardiologo	☐	☐
Psichologo	☐	☐
Onkologo	☐	☐
LOR (ausų, nosies ir gerklės gyd.)	☐	☐
Alergologo	☐	☐
Plastikos chirurgo	☐	☐
Traumatologo	☐	☐
Akušerio/ginekologo (tik moterims)	☐	☐

17. Perskaitykite visus teiginius. Išrinkite ir pažymėkite 4 apibūdinimus, kurie, Jūsų nuomone, geriausiai apibūdina šių dienų sveikatos priežiūros paslaugų gavėją?

- ☐ Pasitikintis gydančiu gydytoju;
- ☐ Reiškiantis savo nuomonę;
- ☐ Stebintis savo sveikatos būklę;
- ☐ Jaučiantis pagarbą gydytojui;
- ☐ Norintis aukštos kokybės paslaugų;
- ☐ Užduodantis daug klausimų;
- ☐ Žinantis savo teises ir pareigas;
- ☐ Sutinkantis su skiriamu gydymu;
- ☐ Laikosi gydymo ir vartoja paskirtus medikamentus;
- ☐ Dalyvaujantis gydymo procese;
- ☐ Apsiskaitęs ir ieškantis patarimo;
- ☐ Lojalus;

- Daug reikalaujantis;
- Nekantrus;

18. Kaip paskiriate gydymą asmeniui, kuris į Jūs kreipėsi? Perskaitykite visus teiginius ir pasirinkite Jums labiausiai tinkantį variantą.

- Apgalvoję alternatyvas, išrenkate, kuris gydymo būdas yra geriausias ir efektyviausias asmeniui ir jį skiriate;
- Pristatote galimas gydymo alternatyvas ir paskiriate Jūsų manymų geriausią gydymo būdą;
- Pristatote galimas gydymo alternatyvas, paklausiate asmens nuomonės ir skiriate abi šalis tenkinantį gydymo būdą;
- Pristatote galimas gydymo alternatyvas, rekomenduojate geriausią gydymo būdą, tačiau paskiriate tą, kurio pageidauja pats asmuo;
- Pristatote galimas gydymo alternatyvas, jų privalumus, rizikas ar komplikacijas ir paskiriate tą, kurį išsirinko pats asmuo;

19. Kaip manote, kas svarbu asmeniui renkantis sveikatos priežiūros įstaigą? Kiekvieną teiginį įvertinkite 5 balų skalėje pagal jo svarbumą (1 – visiškai nesvarbu, ... , 5 – labai svarbu).

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Paslaugų kokybė (pvz.: patikimesnis gydymas)	1	2	3	4	5
Trumpesnis laukimo laikas	1	2	3	4	5
Malonesnis aptarnavimas	1	2	3	4	5
Dirbančių specialistų kvalifikacija, patirtis ir atsiliepimai	1	2	3	4	5
Įstaigos įvaizdis ir reputacija	1	2	3	4	5
Lengvai ir gretai prieinama informacija apie paslaugas ir gydytojus	1	2	3	4	5
Įstaigoje naudojamos technologijos ir įranga	1	2	3	4	5
Konsultacijos trukmė	1	2	3	4	5
Daug paslaugų vienoje vietoje (toje pačioje įstaigoje)	1	2	3	4	5
Atstumas iki įstaigos	1	2	3	4	5
Įstaigos darbo laikas	1	2	3	4	5
Patogus susisiekimas	1	2	3	4	5

20. Prisiminkite paskutinius kartus, kai pats lankėtės <u>privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje</u>. Įvertinkite teikiamų paslaugų kokybę. Teiginius skaitykite po vieną ir kiekvieną įvertinkite nuo 1 iki 10 (1 - labai blogai,....., 10 - labai gerai).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vizito metu gydytojas neskuba ir skiria Jums pakankamai laiko	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gydytojas gilinasi į Jūsų nusiskundimus, palaiko ryšį, bendrauja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visas personalas elgiasi pagarbiai ir mandagiai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patalpos švarios, šviesios ir jaukios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trumpas vizito ar procedūros laukimo laikas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Naudojama moderni įranga, naujos technologijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Personalas jautrus ir dėmesingas, padeda išspręsti problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visos reikiamos paslaugos vienoje vietoje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prieinamos paslaugų kainos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitikėjimas aptarnaujančiu personalu ir gydymu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geresnė suteiktų paslaugų kokybė	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Prisiminkite paskutinius kartus, kai pats lankėtės <u>viešoje sveikatos priežiūros įstaigoje</u>. Įvertinkite teikiamų paslaugų kokybę. Teiginius skaitykite po vieną ir kiekvieną įvertinkite nuo 1 iki 10 (1 - labai blogai,....., 10 - labai gerai).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vizito metu gydytojas neskuba ir skiria Jums pakankamai laiko	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gydytojas gilinasi į Jūsų nusiskundimus, palaiko ryšį, bendrauja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visas personalas elgiasi pagarbiai ir mandagiai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patalpos švarios, šviesios ir jaukios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Trumpas vizito ar procedūros laukimo laikas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Naudojama moderni įranga, naujos technologijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Personalas jautrus ir dėmesingas, padeda išspręsti problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visos reikiamos paslaugos vienoje vietoje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prieinamos paslaugų kainos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitikėjimas aptarnaujančiu personalu ir gydymu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geresnė suteiktų paslaugų kokybė	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dėkojame!

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2022-04-28
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),

Viešojo valdymo ir verslo fakulteto
(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

studentas (-ė) NERINGA VELIKIANEC ,
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / bakalauro / magistro baigiamasis darbas
„Paciento, kliento ir vartotojo vaidmenų sankirta sveikatos priežiūroje”:

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.

Neringa Velikianec

(parašas) *(vardas, pavardė)*