

LIETUVOS GYVENTOJŲ INFORMUOTUMAS IR PASITIKĖJIMAS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMA

KĘSTUTIS MIŠKINIS¹, OLGA RIKLIKIENĖ², RAMUNĖ KALĖDIENĖ³, GABIJA JARAŠIŪNAITĖ⁴

¹Valstybinės ligonių kasos Strategijos skyrius, ²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedra, ³Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos vadybos katedra,

⁴Vytauto Didžiojo universiteto Teorinės psichologijos katedra

Raktažodžiai: *privalomasis sveikatos draudimas, informuotumas, pasitikėjimas, vaistai, sveikatos priežiūros kokybė.*

Santrauka

Po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo pasirinktas sveikatos priežiūros finansavimas iš esmės pakeitė Lietuvos sveikatos sistemą, kuri iš integruoto modelio perėjo į sutarčių arba draudiminės medicinos modelį.

Tyrimo tikslas - ištirti nuolatinių Lietuvos gyventojų informuotumą ir pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema bei nustatyti reikšmingus vienerių metų pokyčius.

Metodika. Pirmasis tyrimas vykdytas 2009 m., antrasis – po metų, kasmet apklausiant po 1067 nuolatinius Lietuvos gyventojus nuo 18 metų amžiaus (atsako dažnis buvo atitinkamai – 68,2 proc. ir 66,6 proc.). Apklausai naudotas tiesioginio interviu metodas. Duomenys analizuoti SPSS 16.0 for Windows programa. Statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp sociodemografinių tiriamųjų charakteristikų nustatyti naudoti Chi kvadrato (χ^2) kriterijus ir dispersinė analizė ANOVA, statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp dviejų porinių kintamųjų nustatyti naudotas z statistinis kriterijus.

Rezultatai. Gyventojų teigimu, Konstitucinė teisė į sveikatos priežiūrą daugumai jų užtikrinama tik iš dalies, tačiau per metus padaugėjo manančiųjų, jog ši teisė jiems yra visiškai garantuojama. Padaugėjo respondentų, teigiančių, kad sprendimai dėl šalies sveikatos priežiūros priimami neatsižvelgiant arba mažai atsižvelgiant į pacientų interesus. Trečdalis respondentų buvo įsitikinę, kad už visą sveikatos priežiūrą Lietuvoje reikia mokėti, legaliai arba nelegaliai, ir nurodė, kad per metus

“atsilygino” vieną ar keletą kartų, dažniausiai už gydytojo-specialisto konsultaciją. Daugiau kaip 80 proc. gyventojų, ypač jauniausio ir vyriausio amžiaus, neturi informacijos apie originalius ir generinius vaistus, jų kokybę, skirtumus bei panašumus. Beveik kas antras žmogus iš viso nežino apie sveikatos draudimo lėšų panaudojimą, o kas trečias sveikatos draudimo funkcijas sieja su socialiniu draudimu. Aukščiausiai vertinamos reabilitacijos įstaigų paslaugos, žemiausiai – slaugos ligoninių; pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema didesnis nei vidutinis – 6,42 balo iš 10.

Išvada. Šalies gyventojų informuotumas apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą yra nepakankamas; pasitikėjimas, kaip asmeninis pojūtis, yra aukštas, tačiau per metus reikšmingai sumažėjo, tuo tarpu visuomenėje vyraujantis pasitikėjimas sveikatos draudimo sistema yra aukštas ir nekintantis.

ĮVADAS

Prieš du dešimtmečius, netrukus po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, pasirinktas sveikatos priežiūros finansavimas iš esmės pakeitė Lietuvos sveikatos sistemą, kuri iš integruoto modelio perėjo į sutarčių arba draudiminės medicinos modelį. Lietuvos privalomasis sveikatos draudimas – tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą [13]. Ligoninių kasų, kaip pagrindinės privalomąjį sveikatos draudimą vykdančios institucijos, misija yra užtikrinti gyventojų

sveikatos priežiūrą, kompensuojant jos išlaidas, skaidriai ir efektyviai naudojant lėšas [27]. Racionaliai valdant finansinius išteklius, siekiama sukurti kuo didesnę vertę kiekvienam žmogui ir visai visuomenei. Kuo didesnė sukuriama pridėtinė vertė, tuo labiau šalies gyventojai pasitiki privalomojo sveikatos draudimo sistema [28].

Gyventojų informuotumas apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir jos funkcionavimą formuoja gyventojų nuomonę apie šią sistemą ir lemia pasitikėjimą ja. Pasitikėjimas pasirinktas kaip vienas iš privalomojo sveikatos draudimo sistemos vertinimo kriterijų. Lietuvos gyventojų nuomonę apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir pasitikėjimą ja formuoja ne tik vykdančiųjų institucijų veiklos efektyvumas, bet ir sveikatos priežiūros įstaigų organizuotumas, medicinos darbuotojų elgesys, vaistų tarnybų priimami sprendimai ir jų įgyvendinimo sėkmė, asmeninis pacientų patyrimas ir visuomenėje vyraujantis požiūris apie sveikatos priežiūros rezultatus ir pasekmes, patirta ekonominė nauda arba nuostoliai ir t.t. Pasitikėjimas – tai saugumo jausmas, kylantis iš patyrimo ir žmonių tarpusavio bendravimo, būtinas kuriant gerovę visuomenėje. Pasirinkimas vertinti pasitikėjimą sistema nulemtas šios sąvokos esmės: pasitikėjimas susijęs su emocijomis ir lūkesčiais, kurie galėtų lemti elgesio pasirinkimą ateityje [25]. Pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema svarbu vertinti ir todėl, kad paneigtume nepagrįstą visuomenės nuomonę ir klaidingus sveikatos sistemos vertinimus, kurie atsiranda ignoruojant arba nesuprantant esamos situacijos ir jos aplinkybių, nesidomint įrodymais ir pagrįstais vertinimais.

Tyrimo tikslas – ištirti nuolatinių Lietuvos gyventojų informuotumą ir pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema bei nustatyti pokyčius 2009 – 2010 metais.

TYRIMO METODIKA

Tyrimo tikslinė grupė – nuolatiniai Lietuvos gyventojai nuo 18 metų amžiaus. Klausimyno pirmojoje dalyje pateikti uždarojo tipo klausimai apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą; antrojoje dalyje – respondentų duomenys.

Tyrimui atlikti naudota reprezentatyvi tikimybinė atranka, kurios metu vertintas nuolatinių Lietuvos gyventojų nuo 18 metų pasiskirstymas pagal apskritis, gyvenamąją vietą (miestas, kaimas), amžių bei lytį. Sudarant imtį remtasi 2008 ir 2009 m. Statistikos Departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis [11,12]. Apskaičiuojant imtį, naudota T. Yamane imties skaičiavimo formulė [5]. Lietuvos gyventojų apklausos rezultatų bendrųjų atsakymų pasiskirstymų paklaida

su 95 proc. tikimybe neviršija 3 proc. Buvo vykdoma daugiapakopė stratifikuota atsitiktinė atranka: 1) geografinis atrankos suskirstymas ir respondentų skaičiaus vietovėje nustatymas; 2) pirminių atrankos punktų nustatymas ir atrankos maršruto sudarymas; 3) namų ūkių, dalyvausiančių tyrime, atranka; 4) amžiaus ir lyties kvotų užpildymas; 5) tiriamųjų imties kontrolė telefonu, kai apklaustasis buvo registruojamas respondentų sąrašė ir apklausėjas kas valandą turėjo informuoti tyrimo vadovą apie apklaustus respondentus.

Pirmoji apklausa atlikta 2009 m. gruodžio 18-28 d.; antroji – 2010 m. spalio 12- lapkričio 16 d. 2009 m. iš viso aplankyti 1564 namų ūkiai, apklausti 1067 respondentai (atsako dažnis – 68,2 proc.). Dėl įvairių priežasčių tyrime nedalyvavo 497 (31,7 proc.) respondentai, iš kurių 282 (18,0 proc.) atsisakė dalyvauti tyrime; 215 (13,7 proc.) respondentų nerasta namuose lankantis tris kartus. Tarp atsisakiusiųjų daugiau buvo vyrų – 176 (62,4 proc.) nei moterų – 106 (37,6 proc.).

2010 m. iš viso aplankyti 1602 namų ūkiai, apklausti 1067 respondentai (atsako dažnis – 66,6 proc.). Dėl įvairių priežasčių tyrime nedalyvavo 535 (33,4 proc.) respondentai, iš kurių 199 (12,4 proc.) atsisakė dalyvauti tyrime, 336 (21,0 proc) respondentų nerasta namuose lankantis tris kartus. Tarp atsisakiusiųjų daugiau buvo vyrų - 128 (64,3 proc.) nei moterų - 71 (35,7 proc.).

Apklausei naudotas tiesioginio interviu (angl. *Face-to-face*) metodas, kurio metu respondentus apklausė ir klausimyną pildė specialų mokymo kursą išklause 25 apklausėjai. Pasitaikydavo atvejų, kai respondentai pagėidaudavo patys užpildyti klausimyną. 2009 m. 96,6 proc. visų klausimynų pildė tik apklausėjas ir 3,4 proc. atvejų – užpildė patys respondentai. 2010 m. 88,6 proc. klausimynų pildė apklausėjas, o likusius (11,4 proc.) užpildė patys respondentai. Vidutinė interviu trukmė – 20 min. Tikrinant anketas, rastos 16 (2009 m.) ir 23 (2010 m.) nekokybiškos anketos, kurios nebuvo naudojamos tolimesnei duomenų analizei. Sugadintas anketas pildė patys respondentai, daugiausia jauni žmonės (18-24 m.), ypač vaikinai. Į tuos regionus, kuriuose pasitaikė didelių apklausos klaidų, apklausėjai vyko antrąsyk ir naudodamiesi tuo pačiu atrankos principu, papildomai užpildė trūkstamas anketas.

Autorių parengto dviejų dalių klausimyno patikimumui (angl. *reliability*) nustatyti analizuotas vidinis nuoseklumas (angl. *internal consistency*). Atskirai įvertinus anketos dalies apie privalomąjį sveikatos draudimą (73 teiginiai) vidinį nuoseklumą nustatyta, kad šis rodiklis buvo aukštas (Cronbach alfa koeficiento reikšmė – 0,959). Antroji anketos dalis buvo skirta duomenims

apie respondentus. Remiantis psichometrijos rodiklių vertinimo rezultatais, anketa yra tinkama išskirti pastovią ir patikimą respondentų nuomonę apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą.

Duomenys buvo suvedami ir analizuojami SPSS 16.0 for Windows programa. Statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp skirtingų sociodemografinių tiriamųjų charakteristikų nustatyti naudoti Chi kvadrato (χ^2) kriterijus [2, 21, 26] ir dispersinė analizė ANOVA (*ang. Analysis Of Variance*) [21, 26]. Statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp dviejų porinių kintamųjų nustatyti naudotas z statistinis kriterijus.

REZULTATAI

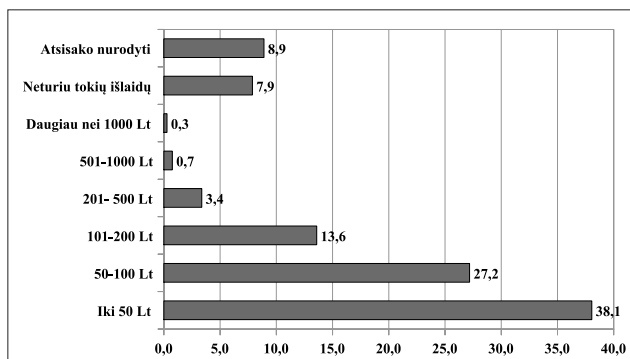
Respondentų duomenys. 2010 metais tyrime dalyvavo 1067 žmonės. Didžiausią respondentų dalį (54,1 proc.) sudarė 35-64 metų asmenys. Tyrime dalyvavo daugiau moterų negu vyrų. Aukštąjį išsimokslinimą turintieji sudarė 33,0 proc. (1 lentelė).

406 (38,1 proc.) apklaustųjų per mėnesį sveikatos išlaidoms (vaistams, med. tyrimams, gydymui, maisto papildams ir kt.) vienam šeimos nariui skyrė iki 50 Lt. 290 (27,2 proc.) nurodė, jog jų šeimoje vienam šeimos nariui sveikatos išlaidoms tenka 50-100 Lt. Neturintys jokių sveikatos išlaidų teigė 84 (7,9 proc.) apklaustieji (1 pav.).

Vertinant pagal užsiėmimą, didžioji tyrimo dalyvių dalis 552 (51,7 proc.) dirbo valstybiniame ar privačiame sektoriuje (2 pav.).

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, amžių bei išsimokslinimą (proc.), N=1067.

Lytis		Amžius				Išsimokslinimas							
Vyrai	Moterys	18-34 m.		35-64 m.		Vyresni nei 65 m.		Aukštasis	Ne aukštasis				
N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.				
499	46,8	568	53,2	304	28,5	577	54,1	186	17,4	349	33,0	709	67,0



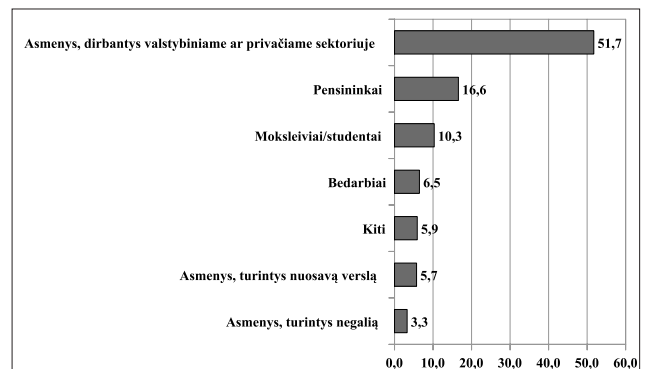
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos išlaidas vienam šeimos nariui per mėnesį litais (proc.), N=1067.

Respondentų tarpe buvo 716 (67,1 proc.) miesto gyventojų ir 351 (32,9 proc.) kaimo gyventojas. Beveik du trečdaliai (65,7 proc.) per paskutiniuosius 12 mėn. naudojo sveikatos priežiūros paslaugomis ir beveik trečdalis (31,9 proc.) vartojo kompensuojamuosius vaistus.

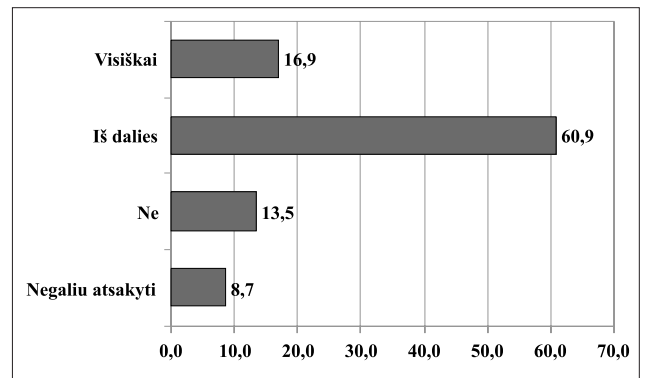
Respondentų nuomonė apie Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Respondentų klausta, ar jų teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra užtikrinta. 16,9 proc. atsakiusiųjų visiškai sutiko su šiuo teiginiu, tačiau didžioji dalis (60,9 proc.) tyrimo dalyvių teigė, jog jų teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra užtikrinta tik iš dalies (3 pav.).

Lyginant 2009 ir 2010 metų tyrimų duomenis nustatyta, kad du kartus padaugėjo respondentų, kurie mano, kad jų teisė į sveikatos priežiūrą yra visiškai užtikrinta (2009 m. – 7,8 proc., 2010 m. – 16,9 proc., $p < 0,001$) ir sumažėjo teigiančiųjų, jog jų teisė į sveikatos priežiūrą užtikrinta iš dalies (2009 m. – 68,4 proc., 2010 – 60,9 proc., $p < 0,001$).

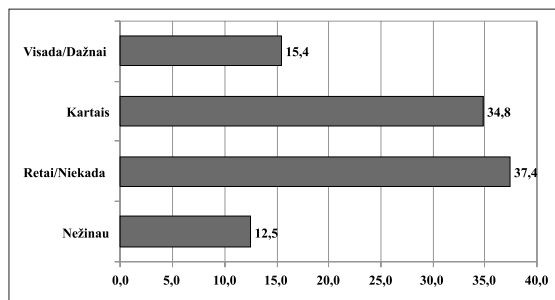
Siekta išsiaiškinti, ar, gyventojų nuomone, sprendimai



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pagrindinį užsiėmimą (proc.), N=1004.



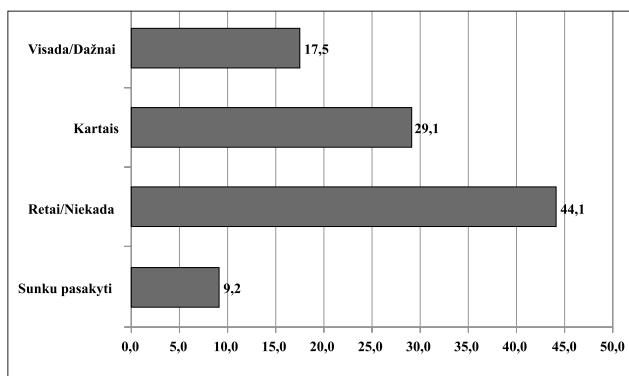
3 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jūsų teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra užtikrinta?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.



4 pav. Atsakymų į klausimą „Ar dažnai sprendimai dėl sveikatos priežiūros Lietuvoje priimami, atsižvelgiant į pacientų interesus?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

2 lentelė. Atsakymų į klausimą „Ar didžioji dalis sveikatos priežiūros Lietuvoje yra nemokama?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

Respondentų nuomonė	N	Proc.
Sveikatos priežiūra Lietuvoje nemokama, už viską sumoka valstybė	79	7,4
Lietuvoje veikia privalomasis sveikatos draudimas, kai gyventojai moka „sveikatos mokesčius“ ir už tai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis	689	64,6
Už visą sveikatos priežiūrą Lietuvoje reikia mokėti, legaliai ar nelegaliai	299	28,0

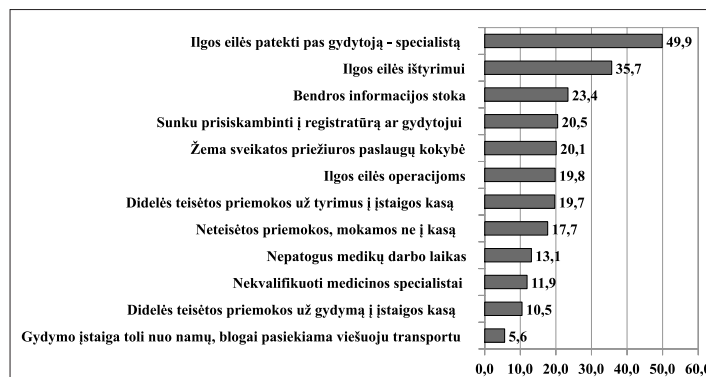


5 pav. Atsakymų į klausimą „Ar dažnai Jums tenka susidurti su sunkumais siekiant sveikatos priežiūros paslaugų?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

dėl sveikatos priežiūros Lietuvoje priimami atsižvelgiant į pacientų interesus. Daugiau nei trečdalis (34,8 proc.) apklaustųjų teigė, kad į pacientų interesus priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros atsižvelgiama kartais, 37,4 proc. – retai arba niekada (4 pav.).

2009 m. ir 2010 m. tyrimo rezultatų palyginimas parodė, kad per metus atsakiusiųjų, jog sprendimai dėl sveikatos priežiūros Lietuvoje priimami neatsižvelgiant į pacientų interesus, reikšmingai padaugėjo du kartus (2009 m. – 5,5 proc., 2010 m. – 11,2 proc., $p < 0,001$).

Respondentų buvo klausiama, ar, jų manymu, didžio-



6 pav. Sunkumų, kylančių siekiant sveikatos priežiūros paslaugų, pasiskirstymas (proc.), N=742.

ji dalis sveikatos priežiūros Lietuvoje yra nemokama. Du trečdaliai (64,6 proc.) respondentų pažymėjo, jog Lietuvoje veikia privalomasis sveikatos draudimas, kai gyventojai moka „sveikatos mokesčius“ ir už tai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis. Beveik trečdalis (28,0 proc.) nurodė, kad už visą sveikatos priežiūrą Lietuvoje reikia mokėti, legaliai ar nelegaliai (2 lentelė).

Tyrimo dalyvių klausiant, ar dažnai jiems tenka susidurti su sunkumais siekiant sveikatos priežiūros paslaugų, 29,1 proc. tiriamųjų nurodė, kad jiems su šiais sunkumais tenka susidurti kartais, o 44,1 proc. su tokiais sunkumais susiduria retai arba niekada (5 pav.).

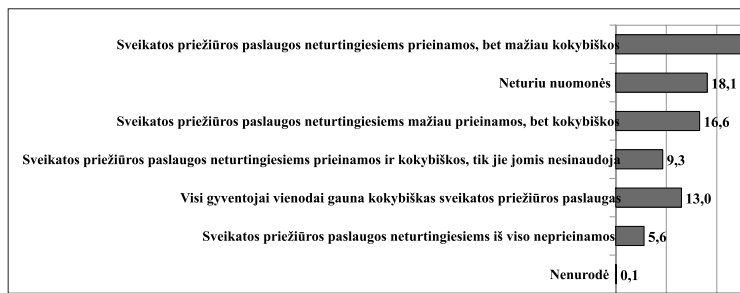
Skirtumai susiduriant su sunkumais siekiant sveikatos priežiūros paslaugų tarp miesto ir kaimo gyventojų buvo statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$). Lyginant 2009 m. ir 2010 m. apklausos rezultatus matyti, kad tarp respondentų padaugėjo tokių, kurie su sunkumais, siekdami sveikatos priežiūros paslaugų, susiduria visada arba dažnai (2009 m. – 9,2 proc., 2010 m. – 17,5 proc., $p < 0,001$).

Dažniausia respondentų nurodoma kliūtis siekiant sveikatos priežiūros paslaugų yra ilgos eilės pas gydytoją specialistą (49,9 proc.). Kitos dažnos problemos: ilgos eilės išsitiirti (35,7 proc.), bendros informacijos stoka (23,4 proc.), sunkumai prisiskambinti į registratūrą arba gydytojui (20,5 proc.). Penktadalis apklaustųjų skundėsi žema sveikatos priežiūros paslaugų kokybe (6 pav.).

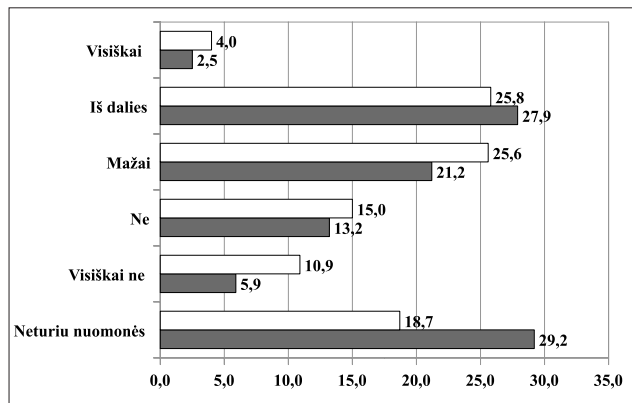
Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų nustatyti vieninteliu aspektu: kaimo gyventojai dažniau nei miestelėnai teigė, kad jiems sunku pasiekti nuo namų nutolusią ir blogai viešuoju transportu pasiekiamą gydymo įstaigą ($p < 0,001$).

2010 metais respondentai reikšmingai (apie 10 proc.) dažniau nei 2009 metais susidūrė su ilgomis eilėmis pas gydytoją specialistą ir ilgomis eilėmis išsitiirti ($p < 0,001$).

Apklausos duomenimis, 37,3 proc. respondentų mano, jog mažas pajamas gaunantiems žmonėms (be-



7 pav. Atsakymų į klausimą „Ar mažas pajamas gaunantys žmonės (bedarbiai, socialiai remtini) gauna kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.



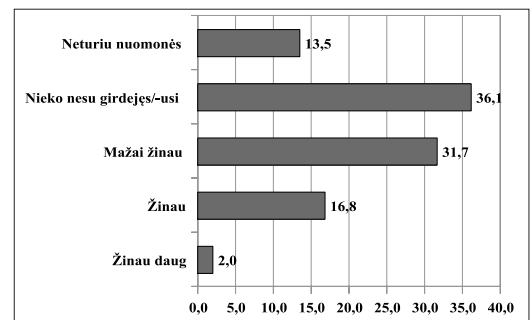
8 pav. Atsakymų į klausimus „Ar vaistų kainos kompensavimo tvarka Lietuvoje yra aiški?“ ir „Ar kompensuojamųjų vaistų politika Lietuvoje yra teisinga?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

darbiams, socialiai remtiniams) sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos, bet mažiau kokybiškos. 13 proc. mano, kad visi gyventojai gauna kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas mūsų šalyje (7 pav.).

Lyginant 2009 ir 2010 m. tyrimo rezultatus nustatyta, kad po metų statistiškai reikšmingai daugiau (2009 m. – 6,8 proc., 2010 m. – 13 proc.) respondentų teigia, jog visi gyventojai gauna vienodai kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje ($p < 0,001$).

Kompensuojamieji vaistai. Teiraujantis, ar vaistų kainos kompensavimo tvarka Lietuvoje yra aiški ir teisinga (du atskiri klausimai), nustatyta, kad ketvirtadaliui (25,8 proc.) tyrimo dalyvių ši tvarka Lietuvoje iš dalies aiški arba mažai aiški (25,6 proc.). Beveik trečdalis (27,9 proc.) respondentų teigė, jog vaistų kainos kompensavimo tvarka Lietuvoje yra iš dalies teisinga, 21,2 proc. nurodė, jog ji mažai teisinga (8 pav.).

Respondentų teirautasi, ar jie žino, kad vaistai būna originalūs (etiniai) ir generiniai. 18,8 proc. atsakė žinantys, o daugiau nei trečdalis apklaustųjų (36,1 proc.) teigė, jog nieko apie tai nėra girdėję (9 pav.).



9 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jūs žinote, kad vaistai būna originalūs (etiniai) ir generiniai?“ pasiskirstymas, N=1067.

3 lentelė. Respondentų pritarimo ar nepritarimo teiginiams apie originalius ir generinius vaistus pasiskirstymas, (proc.), N = 1067.

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku/Visiškai nesutinku	Nežinau
Generiniai vaistai iš esmės yra tokie pat kaip originalūs, tik pigesni	9,1	18,8	22,1	6,9	43,0
Originalūs vaistai yra geresnės kokybės, generiniai – prastesnės negu originalūs	6,1	15,6	19,1	14,3	44,9
Ir originalūs, ir generiniai vaistai veikia taip pat	6,8	18,2	22,8	9,5	42,7
Farmacijos bendrovės spaudžia pirkti originalius vaistus siekdamos pelno	13,3	22,9	20,7	7,0	36,1
Gydytojai rekomenduoja pirkti originalius vaistus, siekdami naudoti sau	10,8	15,2	24,2	11,0	38,9

Analizuojant, kiek didžiųjų Lietuvos miestų gyventojai žino apie originalius ir generinius vaistus nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp turimos informacijos kiekio ir miesto, kuriame respondentai gyveno ($\chi^2 = 59,168$; $p < 0,001$). Daugiausia informacijos turėjo vilniečiai (30,5 proc.), mažiausiai žinojo – šiaurietai (7,3 proc.). Daugiausia neturinčių nuomonės respondentų buvo Kaune (19,1 proc.).

Atsižvelgiant į amžių, daugiausia (22,7 proc.) apie originalius ir generinius vaistus žino žmonės, kurių amžius 35-64 metai, tuo tarpu 75,3 proc. 18-34 metų ir 71,0 proc. vyresnių nei 64 metų gyventojų apie juos žino mažai arba nieko nėra girdėję ($\chi^2 = 58,186$, $p < 0,001$).

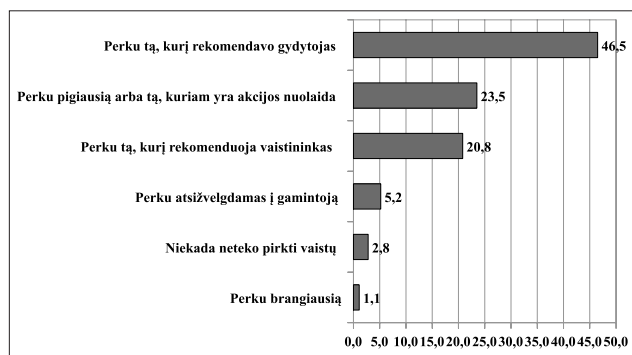
Analizuojant atsakymus į klausimą, ar respondentai žino apie originalius ir generinius vaistus, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp atsakymų į šį klausimą ir respondentų užsiėmimo ($\chi^2 = 66,154$; $p < 0,05$). Daugiausia apie originalius ir generinius vaistus yra girdėję žmonės, turintys nuosavą verslą, o mažiausiai – neįgalūs žmonės (2,9 proc.). Apie originalius (etinius) ir generinius vaistus nuomonės iš viso neturėjo daugiausia pensininkų (19,2 proc.).

Respondentų teirautasi apie jų pritarimą ar nepritarimą keletui teiginių apie originalius ir generinius vaistus. Daugiausia (43,0 proc.) respondentų nežinojo, ar „ge-

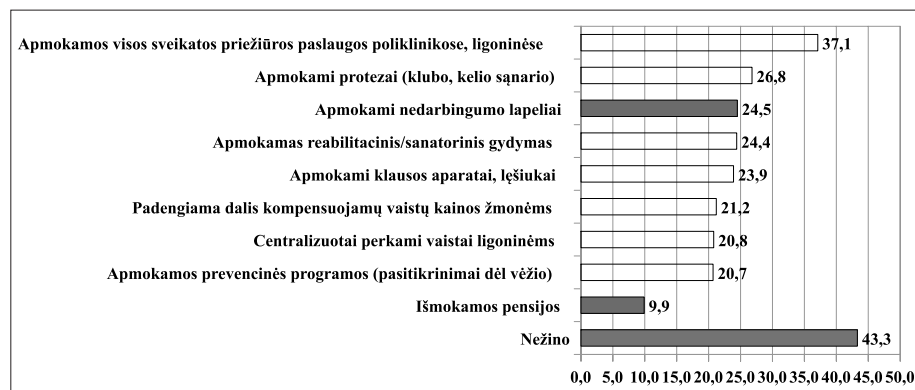
neriniai vaistai iš esmės yra tokie patys kaip originalūs, tik pigesni“, 44,9 proc. negalėjo atsakyti, ar „originalūs vaistai yra geros kokybės, generiniai – prastesnės negu originalūs“, 42,7 proc. nebuvo tikri, kad „ir originalūs, ir generiniai vaistai veikia taip pat“. Rezultatai parodė, kad 22,9 proc. apklaustųjų sutiko su teiginiu, jog „farmacijos bendrovės spaudžia pirkti originalius vaistus siekdamos pelno“ ir 15,2 proc. tiriamųjų patvirtino, jog „gydytojai rekomenduoja pirkti originalius vaistus, siekdami naudoti sau“ (3 lentelė).

Tyrimo rezultatai rodo, kad beveik pusė respondentų (46,5 proc.), neatsižvelgiant į jų amžių, perka tą vaistą, kurį išrašė gydytojas, mažiau nei ketvirtadalis (23,5 proc.) perka pigiausią arba tą, kuriam yra akcijos nuolaida, o penktadalis (20,8 proc.) vadovaujasi vaistininke rekomendacija (10 pav.).

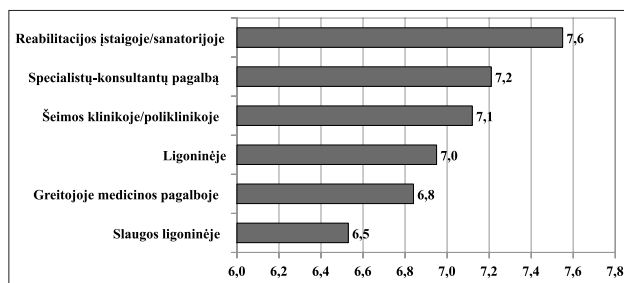
Analizuojant vaistų pasirinkimo kriterijus, nustatytas reikšmingas ryšys tarp vaisto pasirinkimo ir respondentų užsiėmimo ($\chi^2 = 50,229$, $p < 0,05$). Dažniausiai



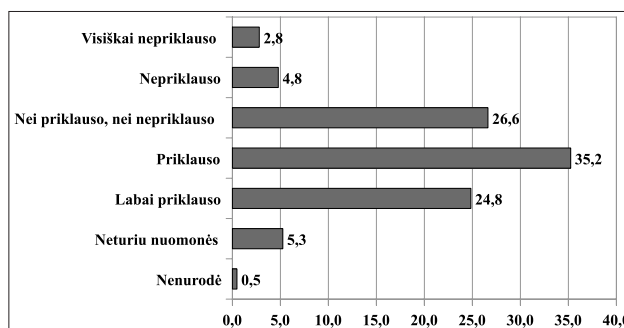
10 pav. Atsakymų į klausimą „Kokį vaistą išigyjate vaistinėje, kai yra galimybė rinktis tarp tos pačios veikliosios medžiagos analogiškų vaistų?“ pasiskirstymas, N=1067.



11 pav. Atsakymų į klausimą „Ar žinote, kur išleidžiamos sveikatos mokesčio lėšos, sukauptos privalomojo sveikatos draudimo fonde?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067. *Klaidingi atsakymai pažymėti pilka spalva.*



12 pav. Atsakymų į klausimą „Kaip apskritai Jūs vertinate sveikatos priežiūros paslaugų kokybę mūsų šalyje?“ pasiskirstymas, vidurkiai, N=1067.

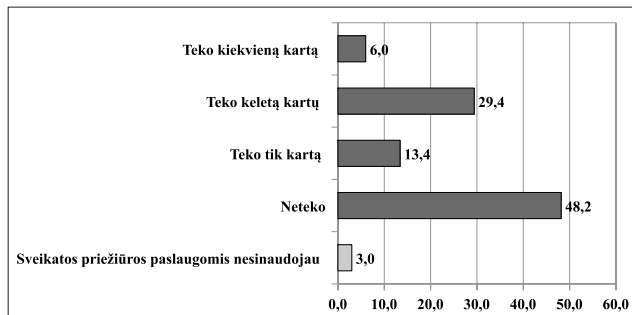


13 pav. Atsakymų į klausimą „Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso nuo asmens „atsilyginimo“ medicinos darbuotojams?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

pigiausias vaistus arba tuos, kuriems yra akcijos nuolaida perka neįgalūs žmonės (37,1 proc.), o rečiausiai – žmonės, turintys nuosavą verslą (11,5 proc.). Gydytojo rekomenduojamus vaistus linkę rinktis daugiau negu pusė pensininkų (53,7 proc.), o mažiausiai juos renka si respondentai, dirbantys valstybiniame ar privačiame sektoriuje (44,4 proc.). Vaistininke rekomenduojamus vaistus dažniausiai perka bedarbiai (26,1 proc.), o rečiausiai – neįgalūs žmonės (11,4 proc.). Į gamintoją dažniausiai atsižvelgia turintieji savo verslą (4,9 proc.), rečiausiai – pensininkai (2,8 proc.). Brangiausias vaistus dažniausiai perka verslininkai (6,6 proc.), o bedarbiai ir neįgalūs žmonės tokių vaistų niekada neperka. 7,3 proc. moksleivių ir studentų sakosi niekada nepirkę vaistų, tuo tarpu neįgalių žmonių grupėje nebuvo nė vieno, kuriam nebūtų tekę pirkti vaistų.

Supratimas apie „sveikatos mokesčius“ ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas. Tyrimo dalyvių klausta, ar jie žino, kur išleidžiamos sveikatos mokesčio lėšos, sukauptos privalomojo sveikatos draudimo fonde. Atsakymams pateikti teisingi ir du neteisingi variantai, tačiau beveik pusė (43,3 proc.) respondentų, užuot pasirinkę kurį iš variantų, nurodė nežinantys atsakymo (11 pav.).

Tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti sveikatos priežiūros kokybę mūsų šalyje penkiuose sektoriuose, t.y. specialistų-konsultantų, šeimos klinikos/poliklinikos paslaugas, greitąją medicinos pagalbą, bendrojo pobūdžio ligoninės ir slaugos ligoninės teikiamas paslaugas. Tyrimo dalyviai kiekvieno pateikto sektoriaus paslaugų kokybę vertino 10 balų skalėje, kur 1 balas atitinka labai blogą vertinimą, 10 balų – puikų vertinimą. Rezultatai



14 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jums ir Jūsų šeimos nariams teko asmeniškai „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas per pastaruosius 12 mėn?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

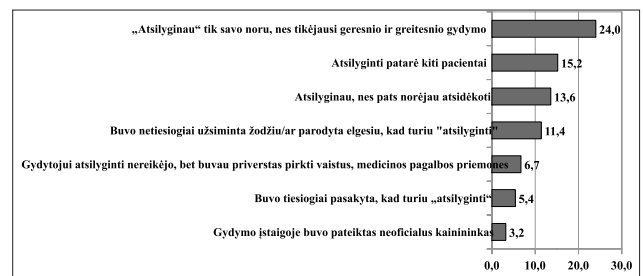
4 lentelė. Atsakymų į klausimą „Jei Jums ar Jūsų šeimos nariams teko asmeniškai „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas per pastaruosius 12 mėn., kokios tai buvo sveikatos priežiūros paslaugos ir kokia apytikrė suma (litais)?“ pasiskirstymas (proc.), N=521.

	Iki 50 Lt	51 - 200 Lt	201 - 500 Lt	501 - 1000 Lt	1001 - 5000 Lt	Daugiau nei 5000 Lt	Atsilyginimo dažnis (proc.)
Šeimos gydytojo konsultacija	11,9	4,2	0,2	0,1	0,0	0,0	16,4
Gydytojo specialisto konsultacija	8,5	14,8	2,2	0,3	0,0	0,0	25,8
Vaikų gydytojo konsultacija	4,1	1,3	0,3	0,1	0,0	0,0	5,8
Slaugos paslaugos	3,7	3,7	1,7	0,3	0,0	0,0	9,4
Įvairūs diagnostiniai tyrimai	5,2	9,7	2,7	0,1	0,2	0,0	17,9
Operacija	0,7	5,3	8,9	3,7	0,7	0,1	19,4
Gimdymas	0,5	1,4	2,5	2,2	0,5	0,0	7,1
Anestezija (narkozė)	2,2	7,1	1,3	0,1	0,0	0,0	10,7
Masažas, fizioterapinės procedūros	4,0	3,3	0,8	0,0	0,1	0,0	8,2
Už paguldymą į ligoninę	1,7	10,7	2,0	0,3	0,0	0,0	14,7

rodo, kad Lietuvos gyventojai palankiausiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina reabilitacijos įstaigose ir sanatorijose, o blogiausiai – slaugos ligoninėje (12 pav.).

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimai palyginti, atsižvelgiant į respondentų demografines charakteristikas. Tyrimo duomenimis, statistiškai reikšmingai geriausiai šeimos klinikos ir poliklinikos teikiamas paslaugas vertino vyresni nei 64 m. žmonės (vidurkis – 7,47) (F=5,277, p<0,05). Šios amžiaus grupės tiriamieji geriausiai vertino sveikatos priežiūros paslaugas ir kituose sektoriuose: specialistų-konsultantų veiklą (vidurkis – 7,53) (F=5,169, p<0,05), ligoninės teikiamas paslaugas (vidurkis – 7,35) (F=6,339, p<0,05), greitosios medicinos pagalbos veiklą (vidurkis – 7,3) (F=6,003, p<0,05), reabilitacijos įstaigų ir sanatorijų veiklą (vidurkis – 7,78) (F=5,680, p<0,05).

Lietuvos gyventojų teirautasi, ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybę priklauso nuo asmeniškai „atsilygini-



15 pav. Atsakymų į klausimą „Kodėl Jums ar Jūsų šeimos nariams teko asmeniškai „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas per pastaruosius 12 mėn?“ pasiskirstymas, (proc.), N=521.

5 lentelė. Atsakymų į klausimą „Ar Jūs sutiktumėte papildomai savo lėšomis mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas (įteisinti atsidėkojimą)?“ pasiskirstymas, (proc.), N=1067.

Respondentų nuomonė	N	Proc.
Sutikčiau, jei galėčiau teisėtai sumokėti į gydymo įstaigos kasą	48	4,5
Sutikčiau, jei galėčiau teisėtai sumokėti į gydymo įstaigos kasą ir mano mokėjimas atitektų tik konkrečiam gydytojui, slaugytojui	207	19,4
Nesutikčiau, nes mokamas sveikatos draudimo mokestis	587	55,0
Neturiu nuomonės	225	21,1

6 lentelė. Atsakymų į klausimą „Ar Jūs sutiktumėte papildomai savo lėšomis mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas (įteisinti atsidėkojimą)?“ pasiskirstymas pagal amžių, (proc.), N=1067.

Teiginiai	Amžius			Iš viso
	18 - 34 m.	35 - 64 m.	> nei 64 m.	
Pritarčiau	20,7	25,0	25,8	23,9
Nepritarčiau, nes mokamas sveikatos draudimo mokestis	58,9	56,5	44,1	55,0
Neturiu nuomonės	20,4	18,5	30,1	21,1
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0

* $\chi^2 = 19,395; p < 0,05$

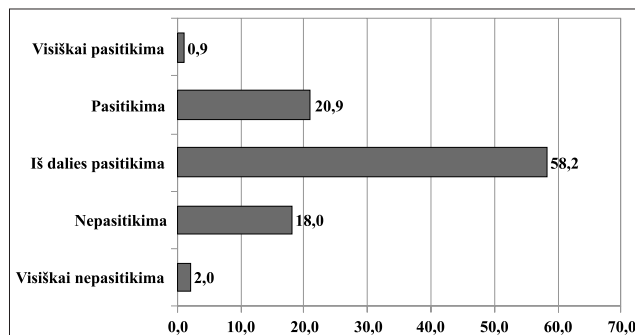
mo“ medicinos darbuotojams. Su teiginiu sutiko 35,2 proc. respondentų ir 24,8 proc. teigė, jog „atsilyginimo“ veiksnys turi labai didelę reikšmę (13 pav.).

Palyginamoji analizė parodė, kad 2010 metais 2,1 proc. padaugėjo manančių, jog sveikatos priežiūros kokybė visiškai nepriklauso nuo asmenišką „atsilyginimo“. Rezultatai rodo ir tai, kad per metus statistiškai reikšmingai padaugėjo respondentų, kurie buvo tikri, jog sveikatos priežiūros paslaugų kokybė labai priklauso nuo asmenišką „atsilyginimo“ (2009 m. tai nurodė 19,7 proc., $p < 0,001$).

Tyrimas atskleidė, kad per pastaruosius 12 mėn. 48,2 proc. apklaustųjų buvo tekę asmeniškai „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas. 29,4 proc. nurodė, jog jiems ar jų šeimos nariams asmeniškai „atsilyginti“ per pastaruosius 12 mėn. teko net keletą kartų, o 6,0 proc. teigė, kad jiems ar jų šeimos nariams tenka „atsilyginti“ nuolat, t.y. kas kartą naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis (14 pav.).

Nustatytos reikšmingos „atsilyginimo“ sąsajos su lytimi ($\chi^2 = 22,970$; $p < 0,001$) ir apskritimi, kurioje respondentai gyvena ($\chi^2 = 120,661$; $p < 0,001$). Tyrimo duomenimis, moterims per pastaruosius 12 mėn. „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas teko dažniau nei vyrams (atitinkamai – 54,9 ir 41,9 proc., $p < 0,001$). Dažniausiai per pastaruosius 12 mėn. „atsilyginti“ teko respondentams Tauragės (85,7 proc.) bei Alytaus (56,1 proc.) apskrityse, rečiausiai – Marijampolės apskrityje (29,8 proc.). Tarp gyvenančiųjų mieste ir kaime, kaip ir tarp didžiųjų Lietuvos miestų gyventojų, reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Analizuojant 2009 ir 2010 metų rezultatus pastebima, kad padaugėjo žmonių, kuriems tenka „atsilyginti“ kiekvieną kartą (2009 m. – 3,4 proc., 2010 m. – 6,0 proc.) ir sumažėjo tų, kuriems teko „atsilyginti“ tik kartą (2009 m. – 18,2 proc., 2010 – 13,4 proc.). Per metus



16 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Lietuvoje pasitikima galiojančia Privalomojo sveikatos draudimo sistema?“ pasiskirstymas (proc.), N=1067.

statistiškai reikšmingai padaugėjo tų, kuriems neteko „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas (atitinkamai – 48,2 ir 45 proc., $p < 0,05$).

Vertinant „atsilyginimo“ apraiškas pagal paslaugų rūšį ir „atlygio“ dydį nustatyta, kad dažniausiai per pastaruosius 12 mėn. respondentams ar jų šeimos nariams teko „atsilyginti“ už gydytojo specialisto konsultaciją (25,8 proc.), rečiausiai – už vaikų gydytojo konsultaciją (5,8 proc.). Tyrimo duomenimis, mažiausias „atlygis“ mokamas už šeimos ir vaikų gydytojo konsultaciją bei masažus ir fizioterapijos procedūras, didžiausias – už operaciją ar gimdymą (4 lentelė).

Respondentų buvo klausama, kas juos paskatino „atsilyginti“ už sveikatos priežiūros paslaugas. Dažniausi pateikti atsakymai: „atsilyginau“ tik savo noru, nes tikėjaisi geresnio ir greitesnio gydymo“ (24 proc.) ir „atsilyginti patarė kiti pacientai“ (15,2 proc.) (15 pav.).

Priemokų įteisinimo galimybės vertinimai. Tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė respondentų (55,0 proc.) nepritarė papildomų nelegalių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas įteisinimui (5 lentelė). Respondentų nuomonė šiuo klausimu per metus reikšmingai nepasikeitė.

Analizuojant respondentų požiūrį į „atsidėkojimo“ įteisinimą, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp respondentų nuomonių ir jų išsimokslinimo ($\chi^2 = 9,209$; $p < 0,05$) bei amžiaus ($\chi^2 = 19,395$; $p < 0,05$). Nepritariančiųjų „atsidėkojimo“ už sveikatos priežiūros paslaugas įteisinimui yra daugiau tarp aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų, o neapsisprendusiųjų ir neturinčiųjų nuomonės šiuo klausimu yra daugiau tarp žemesnį nei aukštąjį išsimokslinimą turinčių žmonių ($p < 0,001$). Įteisinti „atsidėkojimą“ už sveikatos priežiūros paslaugas daugiausia (58,9 proc.) nesutiktų 18-34 metų grupės respondentai. Didžiausia dalis neturinčiųjų nuomonės (30,1 proc.) buvo tarp vyriausio amžiaus žmonių (6 lentelė).

Ryšio tarp gaunamų mėnesio pajamų vienam šeimos nariui ir pritarimo įteisinti „atsidėkojimą“ už sveikatos priežiūros paslaugas nenustatyta.

Pasitikėjimas Lietuvoje galiojančia privalomojo sveikatos draudimo sistema. Daugiau nei pusė (58,2) tyrimo dalyvių mano, kad galiojančia privalomojo sveikatos draudimo sistema mūsų šalyje pasitikima tik iš dalies (visuomenėje vyraujanti nuomonė) (16 pav.).

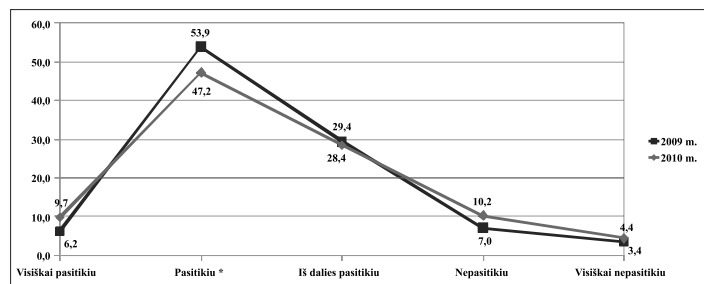
Respondentų atsakymai apie pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema buvo reikšmingai susiję su respondentų amžiumi ($\chi^2 = 28,185$; $p < 0,001$) ir užsiėmimu ($\chi^2 = 10,981$; $p < 0,05$). Tai, kad Lietuvoje pasitikima privalomojo sveikatos draudimo sistema,

teigė daugiausia vyresni nei 64 metų gyventojai, kad nepasitikima – 18–34 metų žmonės. Atsižvelgiant į užsiėmimą, daugiausia pensininkų (32,2 proc.) teigė, kad privalomojo sveikatos draudimo sistema Lietuvoje pasitikima, tuo tarpu daugiausia bedarbių (68,1 proc.) atsakė, jog šia sistema pasitikima tik iš dalies. Turintieji negalią (25,7 proc.), taip pat verslininkai (24,6 proc.) bei įgiję aukštąjį išsimokslinimą žmonės daugiausia teigė, kad Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema nepasitikima. Lyginant 2009 ir 2010 metų tyrimo rezultatus nustatyta, kad respondentų nuomonė apie visuomenės pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema per metus statistiškai reikšmingai pasikeitė taip, kad sumažėjo manančiųjų, jog sistema pasitikima iš dalies ($p < 0,001$). Nors teigiančiųjų, kad sistema pasitikima ir kad nepasitikima skaičius taip pat padidėjo keliomis procentinėmis dalimis (atitinkamai – 3,7 ir 6,1 proc.), 2009 ir 2010 metų rezultatai skirtumai nebuvo reikšmingi.

Respondentai turėjo galimybę išreikšti *asmenišką* pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema mūsų šalyje. Dauguma (72,8 proc.) pasitiki privalomojo sveikatos draudimo sistema daugiau nei vidutiniškai, t.y. pasitikėjimo vidurkis vertinant 10 balų skalėje (1 – visiškai nepasitiki, 10 – visiškai pasitiki) yra 6,42 balo.

2009 ir 2010 metų tyrimo rezultatai buvo palyginti perkodavus dešimties balų skalę, t.y. apjungus skalės reikšmes ir prilyginus jas atsakymų variantams, kur 1–2 balai atitiko atsakymą „visiškai nepasitikiu“, 3–4 balai – „nepasitikiu“, 5–6 balai – „iš dalies pasitikiu“, 7–8 balai – „pasitikiu“ ir 9–10 balai – „visiškai pasitikiu“. Toks duomenų sugrupavimas leido palyginti dviejų metų asmenišką gyventojų pasitikėjimo privalomojo sveikatos draudimo sistema rezultatus atsakymų variantų grupėse (17 pav.). Nustatyta, kad asmenišką pasitikėjimo rodiklis 2010 metais sumažėjo, nes pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema išreiškė statistiškai reikš-

17 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jūs pasitikite galiojančia Privalomojo sveikatos draudimo sistema mūsų šalyje?“ palyginimas pagal atsakymų variantus 2009 ir 2010 m. (proc.), N=1067.



* – $p < 0,05$.

mingai mažesnė apklaustųjų dalis ($p < 0,05$) (17 pav.).

Palyginta respondentų nuomonė apie visuomenės pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema su jų asmenišką pasitikėjimu, atsižvelgiant tik į 2010 metų tyrimo duomenis (18 pav.).

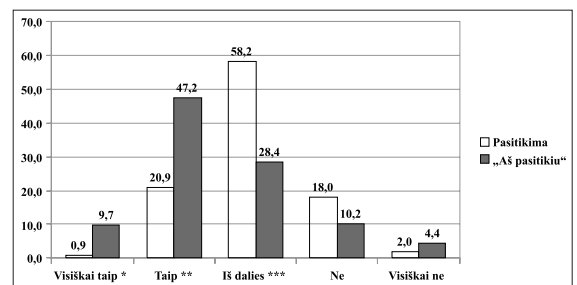
Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai: Lietuvos gyventojų pasitikėjimas, kaip asmeninis pojūtis, buvo ženkliai didesnis nei jų vertinamas visuomenės pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema.

REZULTATŲ APTARIMAS

Lietuvoje žmonių teisė į sveikatos priežiūrą garantuoja konstitucinė teisė. Nors kasmet Europos mastu organizuojami nacionalinių sveikatos sistemų vertinimai apie Lietuvos pastarųjų metų pasiekimus pacientų teisių ir informavimo srityje yra pozityvūs ir pripažįstami, šis tyrimas parodė, kad beveik du trečdaliai šalies gyventojų nėra visiškai tikri dėl teisės į sveikatos priežiūrą realizavimo praktikoje. Per metus įvykę Lietuvos gyventojų nuomonės šiuo klausimu pokyčiai yra teigiami. Teigiamo poslinkio tendenciją pastaraisiais metais rodo ir rezultatų palyginimas su V.Grabausko ir kt. 2004 metais gautais rezultatais, kuomet 48,9 proc. nurodė, kad teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra užtikrinta įstatymu ir 27,5 proc. išdėstė nuomonę, kad teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje neužtikrinta [4]. Teisės į sveikatos priežiūrą užtikrinimas, kaip ir kitų deklaruojamų teisių garantavimas šalies piliečiams, yra teisinės valstybės pagrindas.

Europos Sąjungoje valstybės narės yra atsakingos už sveikatos priežiūros sistemų administravimą, finansavimą ir planavimą pagal gyventojų poreikius. PSO Liubianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje iškelia tikslus sveikatos apsaugos reformoms ir nurodo, kad „sveikatos priežiūra <...> turi užtikrinti, kad gyventojų nuomonė ir pasirinkimas būtų lemiantys, planuojant

18 pav. Respondentų nuomonės apie visuomenės pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema rezultatų palyginimas su jų asmenišką pasitikėjimu įverčiais 2010 m. (proc.), N=1067.



* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,001$.

sveikatos priežiūrą ir pasirenkant sveikatos priežiūros teikimo būdą“ [16]. Ši nuostata rodo, kad pacientai ir sveikatos priežiūros specialistai bei jų organizacijos, draudėjai, valstybės institucijos, visi suinteresuoti partneriai turi glaudžiau bendradarbiauti ir pilnateisiškiau atstovauti gyventojams, kuriant ir tobulinant sveikatos sistemą šalyje.

Šio tyrimo duomenys pakartoja kitų mokslininkų gautus rezultatus, kur daugiau kaip pusė respondentų teigė, jog Lietuvos gyventojų vaidmuo sprendžiant sveikatos priežiūros problemas yra nereikšmingas, t. y. gyventojai neturi tam įtakos [4]. Aktyvesnis šalies gyventojų, medicinos darbuotojų ir pacientų bei jų atstovų dalyvavimas formuojant sveikatos priežiūros politiką laiduotų nuomonių įvairovę, didesnį sutarimą ir sprendimų priimtinumą, skaidrų ir atvirą viešųjų paslaugų teikimą, bendradarbiavimą. Išklausant pacientų nuomones ir vertinimus, atsiranda grįžtamasis ryšys tarp paslaugų organizatorių, teikėjų ir vartotojų, imamos formuoti paslaugų vartotojų dalyvavimo sveikatos priežiūroje tradicijos, kurios Lietuvoje – dar naujas reiškinys [14].

Lietuvos gyventojų supratimas apie sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tvarką yra menkas ir šiuo supratimu grindžiamas elgesys nevisiškai atitinka tikrovę, nes beveik kas trečias šalies gyventojas įsitikinęs, kad už visą sveikatos priežiūrą Lietuvoje reikia mokėti, legaliai ar nelegaliai. Tokie rezultatai iš esmės paneigia esamą privalomąjį sveikatos draudimą ir verčia abejoti jo efektyviu funkcionavimu. Kita vertus, pastebima ir tai, kad lietuviai sparčiai tolsta nuo dar visai neseniai vyravusio, vadinamojo “tarybinių” laikų supratimo, jog sveikatos priežiūra yra nemokama ir už viską sumoka valstybė – taip manančiųjų buvo mažiau nei dešimtadalis. Šis persiorientavimas leidžia tikėtis didesnio gyventojų sąmoningumo rūpinantis sveikatos draudimu ir sąžiningai mokant mokesčius, jei jie nenori patirti vis didėjančių tiesioginių, legalių ar nelegalių sveikatos priežiūros kaštų.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kaip gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas, mūsų šalyje vertintas ne kartą iš paslaugų vartotojų ir teikėjų pozicijų [19, 20, 29], o gauti rezultatai leido atskleisti svarbiausias nepakankamo paslaugų prieinamumo priežastis: ilgas gydytojo konsultacijos laukimo laikas ir užsitęsęs guldymas į ligoninę, sunkiai įveikiamas atstumas iki gydymo įstaigos, informacijos stoka ir jos nesuprantamumas, žmoniškųjų ar technologinių išteklių problemos ir t.t. D. Jankauskienės su kolegomis 2007 metais atliktas tyrimas atskleidė, kad kas antram pacien-

tui sveikatos priežiūros paslaugos yra gerai prieinamos, nors gydytojai paslaugų prieinamumą vertino reikšmingai kritiškiau [6]. Kaip paaiškėjo, dažniausios problemos (per metus jų dažnis išaugo dar apie 10 proc.) siekiant sveikatos priežiūros paslaugų yra ilgos eilės pas gydytoją specialistą bei ilgos eilės išsitiirti ir tai visų pirma atsiliepia ambulatorinių paslaugų prieinamumui ir kokybei. Prioritetas pirminei sveikatos priežiūrai skiriamas siekiant išvengti bereikalingų ir ženkliai brangesnių antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros paslaugų ir didesnių kaštų [22], o kai šis siekis neįgyvendinamas, sistema patiria nepagrįstų išlaidų.

Vis daugiau Lietuvos gyventojų patiria bendros informacijos apie paslaugas trūkumą ir negali prisiskambinti į registratūrą, laukia ilgose eilėse operacijoms, moka dideles teisėtas priemokas už tyrimus į įstaigos kasą – šie veiksniai formuoja nepalankią vartotojų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugas ir sveikatos sistemą apskritai. Pateikiami duomenys, kad egzistuoja tiesioginis ryšys tarp sveikatos paslaugų prieinamumo ir atstumo, kuris skiria gyventoją nuo gydymo įstaigos: 70 proc. gyventojų apsilanko pas medikus bent kartą per metus, jei atstumas iki gydymo įstaigos neviršija 5 km ir tik 50 proc. – jei atstumas sudaro 6-10 km [17]. Siekis priartinti sveikatos priežiūros paslaugas prie kaimo vietovių gyventojų išlieka aktualus, nes ir šios apklausos metu kaimo gyventojai patikimai dažniau nei miestelėnai teigė, kad jiems sudaro sunkumų gydymo įstaiga, nutolusi nuo namų ir blogai pasiekama viešuoju transportu ($p < 0,001$).

Lietuvos gyventojų nuomonė dėl lygybės ir socialinio solidarumo principo įgyvendinimo sveikatos priežiūros sistemoje gerėjo, bet nebuvo vieninga: trečdalis mano, jog mažas pajamas gaunantiems žmonėms (bedarbiams, socialiai remtiniems) sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos, bet mažiau kokybiškos. Tai atitinka kito mūsų šalyje atlikto tyrimo duomenis, kur nustatyta, kad net 27 proc. bedarbių sveikatos paslaugų vartotojų buvo patyrę diskriminaciją dėl savo socialinės ir turinės padėties gaunant sveikatos priežiūros paslaugas ir tik 20 proc. nurodė esą visiškai patenkinti jiems suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis [23]. Mokslinėje literatūroje pateikiami duomenys, kad tarp visų paslaugų vartotojų nedirbantys pacientai (bedarbiai, pensininkai, studentai, namų šeimininkės) turi mažesnę galimybę pasirinkti gydymo įstaigą planinei hospitalizacijai [1], o, mūsų tyrimo duomenimis, bedarbiai ir neįgalūs žmonės niekada neperka brangiausių vaistų. Sveikatos priežiūros užtikrinimas socialinės atskirties grupės žmonėms yra kur kas didesnė problema, nei tik individualus poveikis

jų sveikatai ir pasitenkinimui. Amerikiečių mokslininkai padarė svarbią išvadą apie ilgalaikį gyventojų sveikatos nedraustumo poveikį jų pačių sveikatai ir visuomeniniams kaštams [30]. Nustatyta, kad neturėdami sveikatos draudimo ir baimindamiesi paslaugų kainų, labiausiai socialiai pažeidžiami piliečiai, kai kurie iš jų sergantys lėtinėmis ligomis (pvz., diabetu), reikšmingai dažniau vengia arba atsisako jiems reikalingų sveikatos paslaugų, dėl ko blogėja jų sveikata, kyla komplikacijos ir auga potencialios tiek asmeninės medicininės, tiek būtiniosios medicinos pagalbos išlaidos. Idealus sveikatos priežiūros išteklių paskirstymo modelis turėtų garantuoti visiems gyventojams horizontaliai tolygų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą [10].

Igyvendinant pacientų teises ir stiprinant jų dalyvavimą, būtinas švietimas ir teisingas informavimas apie esminius privalomojo sveikatos draudimo elementus, kurių vienas yra išlaidų už vaistus kompensavimas. Tenka pripažinti, kad aprūpinimo kompensuojamaisiais vaistais tvarka keičiasi ir gyventojai ne visada spėja į ją įsigilinti ir nemano, jog ji yra teisinga. Įvairios visuomenės nuomonės apklausos skelbia tokias vaistų vartotojų nepasitenkinimo priežastis: didelė vaistų kaina, per mažai vaistų kompensuojama arba per mažą kompensuojamąją dalis, blogas vaistų prieinamumas, mažai žinoma vaistų kompensavimo tvarka arba jos pasikeitimai ir kt.

Šis tyrimas patvirtino, kad daugiau nei 80 proc. gyventojų, ypač jaunesnieji ir vyriausieji, neturi informacijos apie originalius ir generinius vaistus, jų kokybę, skirtumus bei panašumus. Nors generiniai vaistai yra gerokai pigesni nei originalūs, o jų poveikis – veiksmingumas ir saugumas – pacientui paprastai yra toks pats, kaip ir originalių vaistų, beveik pusė respondentų, neatsižvelgiant į jų amžių, perka tą vaistą, kurį nurodė gydytojas, o kita pusė sprendimą priima vaistinėje. Tokiam Lietuvos gyventojų elgesiui įtakos gali turėti mažas informuotumas, nepakankamas žinojimas ir netgi menkas sveikatos raštingumas, todėl šiuos aspektus reikėtų toliau tyrinėti ieškant įrodymų ir sprendimų.

Nepakankamą Lietuvos gyventojų informuotumą apie privalomojo sveikatos draudimo sistemos principus įrodė jų nežinojimas, kaip išleidžiamos sveikatos mokesčio lėšos, sukauptos privalomojo sveikatos draudimo fonde. Mažą daugumos Lietuvos gyventojų išprusimą apie privalomojo sveikatos draudimo paskirtį ir funkcijas patvirtino ir tai, kad beveik pusė respondentų, tik uždavus klausimą, nurodydavo nežinantys atsakymo, o kita dalis sveikatos draudimo funkcijas siejo su socialiniu draudimu, t.y. nedarbingumo lapelių ir pensijų išmokėjimu.

Vykstant reformoms, sveikatos priežiūros kokybė tapo asmens sveikatos priežiūros organizacijų veiklos prioritetu. Didėjančių išlaidų ir kintamų sveikatos priežiūros modelių epochoje paslaugų teikėjai yra priversti vykdyti kokybišką ir kartu racionalią pacientų priežiūrą, nes tik tokios paslaugos padeda taupyti išteklius ir tenkinti pacientų lūkesčius. Tai, kad Lietuvos gyventojai palankiausiai vertina reabilitacijos įstaigų ir sanatorijų veiklą, o blogiausiai – sveikatos priežiūros paslaugų kokybę slaugos ligoninėje, galima aiškinti nevienareikšmiškai. Visų pirma, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui įtakos turi asmeninė patirtis ir visuomenėje galiojančios nuostatos. Šiuo atveju atstatomosios sveikatos paslaugos, teikiamos reabilitacijos įstaigose, dažniausia susijusios su didesniu efektu ir teigiamomis emocijomis, kurias lemia sveikatos atstatymas, todėl nuomonė apie jas yra geriausia. Be to, pastaraisiais metais įvykę pokyčiai lėmė naujus iššūkius reabilitacinio pobūdžio ligoninėms ir sanatorijoms, kai sumažinus iš valstybės finansuojamą šių paslaugų dalį, įstaigoms teko imtis iniciatyvos pertvarkyti sveikatinimo paslaugų teikimą į patrauklesnį, kokybiškesnį, netgi iš dalies komercinį, kad jis pritrauktų daugiau pacientų ir save finansuojančių sveikų žmonių. Toks persiorientavimas, suprantama, atnešė naudos paslaugų vartotojams, o įstaigoms garantavo išlikimą. Tuo tarpu apie palaikomojo gydymo ir slaugos ligonines vyrauja nuomonė, jog tai – „ligoninės mirštantiems“, jose dažnai pasitaiko letali paciento būklės išėjimas su neigiamais paciento ir jo artimųjų išgyvenimais. Mūsų visuomenėje dar nedaug žinoma, kad šio tipo ligoninėse mažinamos sunkiai sergančiųjų kančios, lengvinamas jų artimųjų gyvenimas, stabilizuojama ir/arba gerinama pacientų būklė, stiprinama jų sveikata, mokoma savi-priežiūros ir netgi gerinama pacientų gyvenimo kokybė. Stacionariųjų slaugos paslaugų (lovų) poreikis šalyje yra didelis ir nuolat auga, todėl galima būtų manyti, kad slaugos ligoninės, rinkos sąlygomis nepatirdamos didelės konkurencijos dėl pacientų, daugiau rūpinasi rutininiais paslaugų teikimu nei paslaugų kokybe.

Šis tyrimas atskleidė dar vieną reikšmingą ir kitų tyrėjų [7] nustatytą rezultatą, kad vyresni nei 64 metų žmonės yra geriausios nuomonės, lyginant su kitomis amžiaus kategorijomis, ne tik apie reabilitacijos įstaigų ir sanatorijų veiklą, bet ir apie šeimos klinikos ir poliklinikos teikiamas paslaugas, specialistų konsultantų veiklą, ligoninės teikiamas paslaugas ir greitosios medicinos pagalbos paslaugas. Tai gausiausia (ir daugiausiai privalomojo sveikatos draudimo sistemai kainuojanti) sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų grupė, todėl jų teigiami vertinimai labai svarbūs.

Nelegalių mokėjimų sveikatos sistemoje tema pastaruju metu diskutuojama daug ir įvairioje erdvėje, nes tai – viena iš korupcijos apraiškų, paminanti ne tik žmoniškąsias vertybes, bet kenkianti visai sveikatos sistemai ir visuomenei, atnešanti didelės ekonominės žalos, mažinanti tikėjimą teisingumu. Ši apklausa parodė, kad mūsų šalies gyventojai sieja asmenišką „atsilyginimą“ su sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kai „atsilyginę“ tikisi geresnio ir greitesnio gydymo. Tokia nuomonė skatina dažniau ar net nuolat, t.y. kas kartą naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, nelegaliai mokėti už paslaugas gydytojams ir kitiems sveikatos priežiūros sistemos darbuotojams, nepaisant geografinės ir gyvenamosios vietovės. Vengrijoje papildomi nelegalūs pacientų mokėjimai medikams įvardijami kaip „arbatpinigiai“, Latvijoje – kaip padėkos mokestis [8], o visumoje tai yra vienas iš akivaizdžių korupcijos sveikatos priežiūros sistemoje ženklų, plaunančių sistemos veiksmingumą ir pasitikėjimą ja pamatus [24]. Šis fenomenas, dažniau būdingas mažų ir vidutinių pajamų šalims, įsitvirtinęs pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų santykiuose, kelia rimtų etinių bei teisinių dilemų, kurias reikia neatidėliotinai spręsti, bet ne ignoruoti arba dangstyti. Kaip žinia, Lietuvoje buvo imtasi nelegalių mokėjimų įteisinimo priemonių, sudarant pacientams galimybę sumokėti papildomai į įstaigos kasą, nurodant įmokos paskirtį ir gavėją, tačiau, kaip rodo ir mūsų tyrimas, legalios priemokos neišgyvendino nelegalių mokėjimų. Yra pagrindo manyti, kad visada atsiras tokių žmonių, kurie tikės didesnio poveikio mokant tiesiai į rankas, t.y. „čia ir dabar“, todėl ignoruos oficialią tvarką. Aiškėja tai, kad ne paslaugų vartotojai savo elgesiu pakeis sistemą, bet sistema turi pasikeisti, kad neskatintų ydingo vartotojų elgesio. Nelegalius mokėjimus siūloma išgyvendinti labiau finansškai skatinant medicinos profesionalus [8] ir keičiant tvarką bei aplinką, kurioje tokie mokėjimai yra įsišakniję. Šiam tikslui pasiekti reikalinga griežta profesinė ir teisinė atsakomybė, išankstinis mokėjimas už paslaugas, po to išlaidas gražinant iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, korupcijos prevencijos ligoninėje programa [9], nepriimtino elgesio viešinimas, bendros kultūros ugdymas, pacientų švietimas ir pilietiškumo stiprinimas. Optimizmo būtiniais pokyčiams suteikia ir šio tyrimo rezultatai: šalies gyventojai, ypač jaunos kartos ir įgiję aukštąjį išsimokslinimą, nelinkę įteisinti „atsidėkojimų“ pinigais už sveikatos priežiūros paslaugas ir kas antras mano, jog toks įteisinimas nereikalingas, nes mokamas privalomas sveikatos draudimo mokestis.

Šalies gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema, konfidencialios informacijos saugojimu ir

gydytojų kompetencija jau buvo tyrinėti [3, 15], tačiau tikslus klausimas apie pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema, mūsų žiniomis, Lietuvos gyventojams pateiktas pirmą kartą tik šiame tyrime. Penktadalis respondentų, daugiau vyresnių nei 60 metų ir turinčių pradinį išsimokslinimą, išreiškė visuomenėje vyraujančią nuomonę, kad privalomojo sveikatos draudimo sistema mūsų šalyje pasitikima. Vertindami asmenišką pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema, beveik trys ketvirtadaliai respondentų nurodė didesnę nei vidutinį pasitikėjimo įvertį 10 balų skalėje, šio vertinimo vidurkis – 6,42 balo. Galima daryti prielaidą, kad pakankamai aukštam Lietuvos gyventojų pasitikėjimo privalomojo sveikatos draudimo sistema įvertinimui įtakos turėjo tai, kad sunkmečio sąlygomis sistema išsaugojo sveikatos sistemos finansinį tvarumą – vieną svarbiausių Europos Sąjungos keliamų reikalavimų nacionalinėms sveikatos sistemoms. Nepaisant mažėjančio finansavimo, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms už atliktus darbus buvo apmokama laiku ir pagal sutartis, o šalies gyventojai gavo visas jiems būtinas paslaugas. Nerimą kelia tai, kad 2010 metais statistiškai reikšmingai mažesnė respondentų dalis išreiškė asmeninį pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema, ir tai rodo, kad pasitikėjimas po truputį mažėja.

Apibendrinus tyrimą reikia sutikti, kad nepaisant ne visiškai palankių rezultatų ir nedidelių teigiamų poslinkių per metus, šalies gyventojų, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų, grįžtamasis ryšys paslaugų teikėjams yra esminis, formuojantį pacientus orientuotą sveikatos priežiūrą [18]. Įvertinant tai, kad žmogaus pasitikėjimas yra ne jo asmens savybė, bet būklė, kurią galima ir reikia keisti, pasitikėjimo matavimas gali paskatinti organizacinius pokyčius bei tarpasmeninių teikėjų ir vartotojų santykių plėtojimą. Dalyvaujantys tobulinant sveikatos sistemą, ja pasitikintys, finansškai ir psichologiškai saugūs pacientai taps lojaliais sveikatos priežiūros paslaugų vartotojais ir pilietiškais privalomojo sveikatos draudimo sistemos dalyviais.

IŠVADOS

1. Lietuvos gyventojų nuomone, Konstitucinė teisė į sveikatos priežiūrą daugumai šalies piliečių užtikrinama tik iš dalies, tačiau pastebimos teigiamų poslinkių tendencijos, kai vis daugiau žmonių mano, jog ši teisė jiems yra visiškai garantuojama.

2. Kas trečias gyventojas įsitikinęs, kad sprendimai dėl šalies sveikatos priežiūros priimami neatsižvelgiant arba mažai atsižvelgiant į pacientų interesus. Taip manančiųjų 2009-2010 metais padaugėjo, nors Lietuvos

bei tarptautiniuose dokumentuose skelbiama gyventojų nuomonės ir pasirinkimo pirmenybė planuojant sveikatos priežiūrą.

3. Žmonių supratimas apie privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tvarką nėra visapusiškas ir teisingas, nes trečdalis jų įsitikinęs, kad už visą sveikatos priežiūrą Lietuvoje reikia mokėti, legaliai arba nelegaliai.

4. Ilgos eilės pas gydytoją specialistą bei ilgos eilės išsitiirti, su kuo susiduria pusė arba trečdalis apklaustųjų, taip pat sunkumai kaimo gyventojams viešuoju transportu pasiekti toli nuo namų esančią gydymo įstaigą yra didėjanti problema, kuri blogina ambulatorinių paslaugų prieinamumą ir vis labiau mažina gyventojų pritarimą šių paslaugų plėtrai.

5. Lietuvos gyventojų nuomonė dėl lygybės ir socialinio solidarumo principo įgyvendinimo sveikatos priežiūros sistemoje gerėja, bet išlieka nevieninga: trečdalis mano, jog mažas pajamas gaunantiems žmonėms (bedarbiams, socialiai remtiniams) sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos, bet mažiau kokybiškos ir tik kas dešimtas teigia, kad visi gyventojai, nepriklausomai nuo socialinės padėties, gauna prieinamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje.

6. Vaistų kainos kompensavimo tvarka žmonėms yra neaiški ir atrodo neteisinga; daugiau kaip 80 proc. gyventojų, ypač jauniausio ir vyriausio amžiaus, neturi informacijos apie originalius ir generinius vaistus, jų kokybę, skirtumus bei panašumus. Dažniausiai vadovaujamas gydytojo nuoroda, rečiau vaistininio rekomendacija arba pasinaudojama akcijos nuolaida, kai yra galimybė rinktis tos pačios veikliosios medžiagos analogiškus vaistus.

7. Dauguma Lietuvos gyventojų nežino apie privalomojo sveikatos draudimo paskirtį ir funkcijas. Beveik kas antras žmogus iš viso nežino apie sveikatos draudimo lėšų panaudojimą, o kas trečias sveikatos draudimo funkcijas painioja ir sieja su socialiniu draudimu.

8. Sveikatos priežiūros kokybė skirtinguose paslaugų sektoriuose vertinama geriau nei vidutiniškai: aukščiausiai vertinamos reabilitacijos įstaigų paslaugos, žemiausiai – slaugos ligoninių; geriausios nuomonės apie sveikatos priežiūros paslaugas yra vyresni nei 64 metų žmonės.

9. Asmeniško „atsidėjimo“ už sveikatos priežiūros paslaugas apraiškos yra dažnos, įteisintos legalios priemokos neišgyvendino nelegalių mokėjimų: trečdalis apklaustųjų per metus „atsilygino“ vieną ar keletą kartų. Kas trečias tyrimo dalyvis sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sieja su asmenišku „atsilyginimu“ medikams; ket-

virtadalis yra tuo įsitikinęs ir „atsilyginęs“ tikisi geresnio ir greitesnio gydymo, tačiau daugiau kaip pusė apklaustųjų, ypač jauno amžiaus ir įgiję aukštąjį išsimokslinimą, nepritaria „atsidėjimo“ pinigais įteisinimui.

10. Lietuvos gyventojų asmenišką pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema yra didesnis nei vidutinis – 6,42 balo iš 10; pasitikėjimas, kaip asmeninis pojūtis, yra ženkliai didesnis nei respondentų vertinamas visuomenėje vyraujantis pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema.

11. Šalies gyventojų informuotumas apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą yra nepakankamas; pasitikėjimas, kaip asmeninis pojūtis, yra aukštas, tačiau per metus reikšmingai sumažėjo, tuo tarpu visuomenėje vyraujantis pasitikėjimas sveikatos draudimo sistema yra aukštas ir nekintantis.

Literatūra

1. Brogienė D. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą. Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas, 2010.
2. Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai I. Vilnius, 2000; 197-214.
3. Giedrikaitė R., Misevičienė I., Jakušovaitė I. Gydytojų ir pacientų nuomonės apie pasitikėjimą ir konfidencialumą vertinimas. Medicina 2008; 44(1):64-71.
4. Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimanant sveikatos priežiūros sprendimus. Medicina 2004; 40(11):1109-1116.
5. Yamane T. Elementary Sampling Theory. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall, 1967, 398-399
6. Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaitkevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas. Visuomenės sveikata 2008;3(42):10-19.
7. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. Medicina 2002;38(1):94-102
8. Karnite R. Low salaries lead to illegal payments in health care sector. Institute of Economics, Latvian Academy of Sciences. Prieiga per internetą <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2007/07/articles/lv0707039i.htm>. Žiūrėta 2011.01.11.
9. Korupcijos prevencijos VŠĮ Klaipėdos ligoninėje programa, 2010 09 28, Klaipėda. Prieiga per Internetą: http://www.jurlig.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=172&Itemid=128. Žiūrėta 2011.01.14.
10. Kreng V.B., Yang C.T. The equality of resources allocation in health care under the National Health Insurance System in Taiwan. Health Policy, 2010. Prieiga per internetą: <http://www.mdlinx.com/hospital-administration/xml-article.cfm/3396476>. Žiūrėta 2011.01.14.
11. Lietuvos gyventojų skaičius apskrityse, savivaldybėse, mieste ir kaime 2009 m. pradžioje. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2010.
12. Lietuvos gyventojų skaičius apskrityse, savivaldybėse, mieste ir kaime 2008 m. pradžioje. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2009.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, Žin., 1996; 55-1287.
14. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė. Valstybinio audito

ataskaita. Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema. 2007 06 26. Nr. VA-P-10-4-9. Prieiga per internetą: www.vkontrolė.lt/auditas_ataskaita.php?2480. Žiūrėta 2011.01.18.

15. Liubarskienė Z., Šoliūnienė L., Kilius V., Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. *Medicina* 2004; 40: 278-285.

16. Liubljanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje. 1996 m. birželio 18 d. Prieiga per internetą: http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.htm. Žiūrėta 2011.01.18.

17. LR SA ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-805 „Dėl bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategijos“ (Žin., 2003, Nr.28-1147).

18. Marcinowicz L., Chlabicz S., Grebowski R. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Care Research*. 2009;9:63. Prieiga per internetą: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/63>. Žiūrėta 2011.01.14.

19. Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina* 2006; 42 (3): 231-237.

20. Pečiūra R., Jankauskienė D., Gurevičius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. *Medicina* 2006; 42(11): 939-943

21. Pūkėnas K. Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga. Kaunas, 2005, 180-191.

22. Schafer W., Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Deville W, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit* 2010;12(1):xxvii, 1-228.

23. Stankūnas M., Stankuvienė S., Kalėdienė R., Kapustinskienė V. Bedarbių požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tyrimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2006, tomas X, Nr.4: 245-9.

24. Szebek I. Masked ball: ethics, laws and financial contradictions in Hungarian health care. *Sci Eng Ethics*, 2003; 9(1): 109-24.

25. Thom D. H., Hall M. A., Pawlson L. G. Measuring Patients' Trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs* 2004; 23 (4): 124-132.

26. Vaitkevičius R., Saudargienė A. Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose: mokomoji knyga. Kaunas, 2006, 133-137.

27. Valstybinės ligonių kasos tinklapis. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=87> Žiūrėta 2011.01.10.

28. Valstybinės ligonių kasos strateginis veiklos planas, 2011-2013 m. 5 p. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/strategija/2011-2013m_VLK_strateginis_veiklos_planas.pdf Žiūrėta 2011.03.14.

29. Vanagienė V., Žilaitienė B., Vanagas T. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėsčiųjų lūkesčius. *Medicina* 2009;45(8):652-659.

30. Vital signs: health insurance coverage and health care utilization. United States, 2006-2009 and January-March 2010. Centers for disease control and prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010; 59(44):1448-54.

LITHUANIAN CITIZEN'S KNOWLEDGE OF AND CONFIDENCE IN THE MANDATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

Kęstutis Miškinis, Olga Riklikienė, Ramunė Kalėdienė, Gabija Jarašiūnaitė

Summary

Key words: mandatory health insurance, knowledge, confidence, medications, quality of health care.

When Lithuania regained independence, the old integrated model of state-funded health care financing was replaced by the mandatory system of health insurance.

The aim of this study was to investigate knowledge of and confidence in the national mandatory health insurance system and to measure significant changes in a one year period among Lithuanian citizens.

Methods. The study was based on the survey first conducted in 2009 and repeated in 2010. Both surveys included participants aged 18 and over (response rate – 68.2% and 66.6% respectively). 1067 citizens, representing the entire population of Lithuania were selected and interviewed.

The data were analyzed using the statistical package for social sciences (SPSS 16.0 for Windows). Chi square (χ^2) test and disperse analysis ANOVA were used to determine the significant differences among socio-demographic characteristics of respondents, to measure changes between variables from 2009 to 2010 z statistical criterion was employed. The results revealed that majority of participants viewed the constitutional guarantee of the right to health service as “partially provided”, although this opinion improved in one year. During the second survey, more residents recognized that decisions regarding health care provisions were made regardless of or with little public consultation. One third of participants were convinced that all health services in Lithuania were related to out-of-pocket expenses, legally or illegally, and had made such payments once or several times within the past 12 months. More than 80% of citizens, especially the youngest and the eldest, were not aware of the differences, quality or similarities between brand name and generic medications. Almost half of the participants had no understanding of how The National Health Insurance Fund is used and nearly 30% confounds health insurance with social insurance. Rehabilitation institutions were rated as the best among health care institutions, while long-term care institutions were considered to provide the worst quality of care services. Nevertheless, confidence in the mandatory health insurance system is higher than average – 6.42 out of 10.

Conclusion. The knowledge of the mandatory health insurance system in Lithuanian citizens is not sufficient, level of personal confidence is high but decreased within one year, level of public confidence in mandatory health insurance system remains high.

Correspondence to: kestutis.miskinis@vlk.lt

Gauta 2011-04-07