

PACIENTO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS (LIGONINĖS) PASIRINKIMAS IR KOKYBĖ: LITERATŪROS APŽVALGA IR ATVEJO (LIETUVA) ANALIZĖ

Vinsas Janušonis

Klaipėdos universitetas, Klaipėdos universitetinė ligoninė

Raktažodžiai: ligoninės pasirinkimas, sveikatos priežiūros kokybė, paciento charakteristikos, ligoninės charakteristikos.

Santrauka

Darbo tikslas: išanalizuoti ir įvertinti paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimo galimybę, šiam procesui įtakos turinčius veiksnius bei jų sąsajas su kokybe ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse ir Lietuvoje. Analizuota įvairių šalių mokslinės publikacijos, nagrinėjančios sveikatos priežiūros įstaigų (ligoninių) pasirinkimą, teisės aktai, statistiniai duomenys, pacientų apklausos anketos. Medžiaga sisteminta ir vertinta. Darbe pateikta pacientų pasirinkimo koncepcija, atskleistas šio proceso sudėtingumas ir jį apsprendžiantys ar paveikūs veiksniai. Pateikta trumpa pacientų pasirinkimo Lietuvoje ir ligoninėje analizė. Daroma išvada, kad ligoninės pasirinkimas yra sudėtingas procesas, sąlygojamas įvairių veiksnių, organizacijos bei paciento charakteristikų, teigiamai veikiantis sveikatos priežiūros kokybę.

Įvadas

Pacientų sveikatos priežiūros pasirinkimas – nauja sąvoka ir taikytas jau praeito amžiaus pabaigoje (1,2), tačiau diskusijos dėl pasirinkimo naudos, jo apimtys ir plėtros, įtakos kokybei pradėjo stiprėti šio amžiaus pradžioje (3-5).

Diskusijos, kiek naudingas pacientui ir visuomenei sveikatos priežiūros pasirinkimas turi daugiau ar mažiau politinį ir ideologinį, o ne paciento poreikių tenkinimo pagrindą (6,7,158). Tačiau vis dėlto pripažįstama, kad pasirinkimas labai svarbus instrumentas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti (8-11).

Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimas yra sudėtingas procesas, priklausantis nuo paciento ir ligoninės charakteristikų, jų elgsenos, įvairių aplinkų konteksto. Šiame procese labai svarbus vaidmuo tenka informacijai –

informuoto paciento sprendimai jam naudingesni (12,13). Todėl įrodymais pagrįstos informacijos pateikimas pacientui – viena labiausiai diskutuotinių temų ligoninės pasirinkimo procese. Tai ypač aktualu informacijos gausos, socialinių tinklų, interneto kontekste (14,15).

Ligoninių ar kitų sveikatos priežiūros organizacijų vaidmuo paciento pasirinkimui svarbus ir nuolat augantis. Jų organizacinės galimybės, technologijos, medicinos personalo kvalifikacija, paslaugų kaina ir kokybė, prieinamumas didele dalimi lemia paciento pasirinkimą ir pasitenkinimą sveikatos priežiūra bei naudą (16-19,8).

Galutinį paciento pasirinkimą veikia ne atskirai paimtos paciento ir ligoninės charakteristikos, o jų visuma bei santykis (20,21).

Darbo tikslas: išanalizuoti ir įvertinti paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimo galimybę, procesą, paveikius veiksnius bei jų sąsajas su kokybe ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse ir Lietuvoje.

Tyrimo objektas ir metodai

Tyrimo objektas – pacientų sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimo procesas. Atliekant tyrimą taikyta sisteminė mokslinės literatūros analizė, interpretavimas ir tendencijų ekstrapoliavimas, statistinių duomenų analizė, teorinis apibendrinimas.

Atlikta pacientų apklausų 2013-2017 m. anketų (forma paruošta autoriaus) lyginamoji analizė.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 21 for Windows programa. Duomenų skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$ (statistinis pasikliautimumo lygmuo 95 proc.).

Rezultatai ir jų aptarimas

1. Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimo koncepcija. Pacientų sveikatos priežiūros pasirinkimas – jų pačių asmeninių charakteristikų bei elgsenos ir sveikatos priežiūros subjektų (ligoninių) charakteristikų bei elgsenos

sąveikos išdava. Šį procesą veikia aplinka ir jos pokyčiai.

Paciento pasirinkimo kaip fenomeno atsiradimą skatino nauji mokslo pasiekimai medicinoje ir sveikatos priežiūroje, naujos vadybos teorijos ir kryptys, informacinių ir kitų technologijų, rinkos vystymasis.

Mokslinė paradigma, taip pat pacientų pasirinkimo, veikia apibrėžtoje erdvėje ir laike.

Ji nėra absoliuti tiesa, o tik pagrindas jos ieškojimui, priklauso nuo laiko, vietos, konteksto, atsitiktinumų, aplinkos.

Ši paradigma veikia ne tik sveikatos priežiūros sistemos, bet ir išskirtinių, unikalių sveikatos priežiūros organizacijų kontekste, kur vadyba ir kokybė yra išskirtinės veiklos ir rezultatų sąlyga (22).

Sveikatos priežiūros sistema, nepriklausomai nuo šalies ir jos išsivystymo lygio, yra labai sudėtinga sistema. Todėl bet kurie pakeitimai, reformos, strateginiai sprendimai taip pat yra labai sudėtingi.

Sveikatos priežiūros sistema ir jos organizacijos, kurių tikslas asmeninė ir visuomeninė žmonių sveikata, jos formavimas, stiprinimas ir palaikymas, turi įvairialypius stiprius ryšius su aplinka, konkuruoja viduje ir išorėje, paliečia bei paveikia labai įvairius (politinius, ekonominius, finansinius ir kt.) interesus.

Paciento pasirinkimo konceptuali paradigma turi savo istoriją. Pasirinkimas pradėtas diegti ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse visuomenei spaudžiant politikus. Žmonės norėjo priimtinos, greičiau pasiekiamos, efektyvesnės sveikatos priežiūros.

Pacientai renkasi ligoninę ar kitą sveikatos priežiūros subjektą remdamiesi daugiau įvaizdžiu, įspūdžiu, o ne objektyvia informacija. Pacientų ligoninės pasirinkimas vertinamas kaip vienas naujosios viešosios vadybos elementų (23-25).

Pasirinkimas suteikia pacientams galimybę, kartais iliuzinę, kontroliuoti situaciją, savo ligos eigą ir priimti tam tikrus sprendimus. Jis suteikia galimybę kontroliuoti savo gyvenimą – elgseną, gyvenimą, savo galimybes. Pacientas nenori tokios kontrolės perleisti gydytojams ar ligoninėms. Sveikata yra paciento pagrindinis poreikis, didžiausias turtas, jo gyvenimo kokybės garantas (26-28).

Ligoninės ir sveikatos priežiūros pasirinkimas yra paciento identiteto bei autonomijos, jo teisės į savo sveikatą patvirtinimas, jo pasitikėjimo ligonine ar gydytoju išraiška (29). Tačiau paciento pasirinkimas neturi pažeisti kitų pacientų, visuomenės teisių ir interesų.

Paciento teisė rinktis ligoninę, gydytoją skatina juos duoti atitinkamą atsaką – gerinti sveikatos priežiūros kokybę, informaciją apie ligoninės veiklą ir kt. Tačiau sveikatos priežiūros sistemos galimybės, taip pat finansinės, negali suteikti pacientui visko, ko jis nori ar net visko, ko jam reikia.

Kita vertus, nemažai pacientų pageidavimų atlikti chirur-

gines nebūtinai intervencijas, skirti nebūtinai ar net kenksmingus vaistus prieštarauja medicinos etikai ir gali pakenkti pačio paciento sveikatai. Teiginys, kad pacientas visada teisingas nėra absoliutus – pacientas, kaip ir gydytojas, gali klysti.

Paciento pasirinkimas panašus į prisiekusiųjų teismą. Prisiekusieji priima principinį sprendimą „kaltas - nekaltas“, o detalų nuosprendį priims profesionalūs teisėjai. Paciento pasirinkimas – irgi principinis sprendimas – tolesnius detalius sprendimus priims konkreti jo pasirinkta ligoninė ar gydytojai. Todėl riboti paciento pasirinkimą, motyvuojant, kad taip gal blogiau pacientui, bet geriau kitiems ar visuomenei, kad pacientas gali klysti pasirinkdamas, vargu ar teisingas sprendimas.

Vis dėlto kai kurie autoriai, kaip jau minėta, pasirinkimą vertina daugiau kaip politinį ir ideologinį sprendimą nei pacientų (piliečių) poreikių tenkinimą.

Ligoninės, sveikatos priežiūros, gydytojo pasirinkimas yra vienas diskusijų objektų, reformuojant sveikatos priežiūros sistemas išsivysčiusiose šalyse (30-33).

Kartu tai vienas svarbiausių instrumentų siekiant išteklių kontrolės, efektyvumo, kokybės, paslaugų teikėjų atsakomybės ir pacientų lygiateisiškumo (34,10).

Tačiau kai kurie autoriai (35,36) teigia, kad nepakanka įrodymų dėl ligoninių pasirinkimo įtakos sveikatos priežiūros efektyvumui ir kainų mažinimui.

Be to, ligoninės pasirinkimas neveiks kaip instrumentas kokybei gerinti, jeigu bus netinkamai išdėstytos ligoninės ir paskirstyti išteklių ar pacientai galės, bet neturės ką rinktis (33,11).

Šalyse, kur sveikatos priežiūra paremta mokesčių sistema ir valstybiniu reguliavimu, pasirinkimas visada daugiau ar mažiau ribojamas (JK, Skandinavijos šalys, Naujoji Zelandija). Iš dalies jis ribojamas ir kitose šalyse (Prancūzija, Vokietija) (37).

Toks pasirinkimo ribojimas pateisinamas, nes nepakanka įrodymų, jog pasirinkimas stipriai įtakos sveikatos priežiūros kokybei ir efektyvumui, neigiamai veikia lygiateisiškumą, atsiranda galimybė proteguoti paslaugų teikėjų interesus.

Ligoninės pasirinkimas negarantuoja pacientui pačios geriausios sveikatos priežiūros, tačiau jis skatina žinių ir technologijų vystymąsi, medikų – pacientų bendradarbiavimo dėka sudaro sąlygas pačiai sveikatos priežiūrai tapti geresne. Vis daugiau mokslinių tyrimų pateikia įrodymą, kad pasirinkimas ir konkurencija didina sveikatos priežiūros efektyvumą (38,39).

Ligoninės pasirinkimas turi stiprų ryšį su paciento patenkinimu sveikatos priežiūros sistema apskritai (40,41).

Kita vertus, didėjant paslaugų (taip pat sveikatos priežiūros) pasirinkimui atsiranda daugiau nepatenkintų paslaugomis (auga žmonių lūkesčiai) (42).

Ligoninės ar/ir gydytojo, kitos sveikatos priežiūros pasirinkimas susijęs su vienos ar kitos valstybės finansinėmis galimybėmis. Tačiau rinkos sąlygomis konkurencija yra būtina, ji yra ekonomikos variklis. Nėra pasirinkimo – nėra konkurencijos, kuri skatina gerinti kokybę ir mažinti kainas.

Dažniau minimas vadinamasis „informuoto paciento“ pasirinkimas. Tačiau reikėtų turėti galvoje, kad pacientas informaciją taip pat renkasi, gali ją priimti, atmesti, savaip traktuoti ar interpretuoti. Informacijos gali būti nedaug, bet ji kokybiška, ar daug, tačiau nepadedančios pacientui pasirinkti jam tinkamą ligoninę. Paciento individualios charakteristikos, jo sveikatos būklė turi įtakos, kokią informaciją jis renkasi, kaip ją palygina, supranta ir vertina.

Informacija kartu su mobilumo galimybėmis iš esmės veikia paciento pasirinkimą ir kartu sudaro sąlygas nelygybei - čia didesnes galimybes turi aukštesnio išsilavinimo ir didesnių pajamų socialinis – ekonominis visuomenės sluoksnis (43).

Sveikatos priežiūros sistema, kuri neleidžia pacientui rinktis sveikatos priežiūros, ligoninės – nėra gera sistema ir jos teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos nėra visiškai tinkamos ir optimalios (2,44).

Paciento konkretaus pasirinkimo negalima traktuoti kaip blogo ar gero – tai, kas gerai vienam, gali visiškai netikti kitam, priklausomai nuo individualių charakteristikų, aplinkos, informacijos ir kt. Pacientas gali, pavyzdžiui, rinktis kokybiškesnę, bet trumpesnę gyvenimą ir šį jo pasirinkimą atitinkančią sveikatos priežiūrą.

Rinkdamasis ligoninę, sveikatos priežiūrą, pacientas visada susiduria su eile tarpusavyje sąveikaujančių sudedamųjų: prieinamumas (eilės), kaina, sveikatos priežiūros kokybė, pasitenkinimas, gyvenimo kokybė, informacija ir kt. Integruoti visas sudedamąsias (ar daugumą jų) priimant sprendimą pasirinkti ligoninę, pacientams yra sudėtinga, todėl jie neretai renkasi ligoninę pagal vieną, dvi ar tris sudedamąsias.

Dažniausiai pacientai vertina šeimos gydytojo patarimą, nuotolį ir savo patirtį (45,46).

Pats terminas „ligoninės pasirinkimas“ yra daugiareikšmis, daugiaplanis, su daugeliu tarpinių variantų tarp „laisvo pasirinkimo“ ir „negalimo pasirinkimo“ (2).

Įtvirtinant pasirinkimą sveikatos priežiūros sistemose (ir kitose viešojo sektoriaus srityse) remiamasi dviem esminiais aspektais - ideologiniu požiūriu (asmens laisvės ir teisės rinktis) bei instrumentiniu požiūriu (viešasis sektorius turi užtikrinti kokybišką, efektyvią, lygiateisišką sveikatos priežiūrą ir teisę rinktis paslaugų teikėją – ligoninę, kitą sveikatos priežiūros įstaigą ar šeimos gydytoją) (4,47).

Pacientų paslaugų teikėją (ligonines) pasirenkant būtinas tam tikros bendros išankstinės sąlygos:

- politikai ir sistemos vadovai turi sudaryti sąlygas įgyvendinti paciento teisę ir galimybę rinktis paslaugų teikėją;
- pacientai (dauguma jų) turi norėti pasirinkti;
- turi būti ką pasirinkti;
- turi būti pakankamai prieinamos, tinkamam pacientų pasirinkimui būtinos informacijos;
- pacientai turi turėti galimybę ta informacija naudotis;
- medikai turi visapusiškai ir objektyviai padėti pasirinkti ligoninę ar kitą sveikatos priežiūros įstaigą.

Turi būti priimti atitinkami teisės aktai, įteisinantys pacientų pasirinkimą ir nustatantys jo tvarką.

Valstybės pagal savo finansines galimybes, kultūrinius ypatumus, kitą aplinką, įvertinę visuomenės nuomonę, priima teisės aktus, įtvirtinančius paciento galimybę rinktis ligoninę ar kitą įstaigą, gydytoją ar net slaugytoją. Visiškai laisvo pacientų pasirinkimo praktiškai nėra nė vienoje šalyje - visur yra tam tikri sisteminiai, medicininiai, paslaugų apmokėjimo ir kiti didesni ar mažesni apribojimai.

Ne visose šalyse pacientai galimybę rinktis ligoninę ar gydytoją mano esant labai svarbią. Tai priklauso nuo šalies istorinių ypatumų, kultūrinės aplinkos, sveikatos priežiūros sistemos sandaros ir kt.

Pavyzdžiui, JK pacientams ligoninių pasirinkimas nėra didelis prioritetas (9).

Taip pat svarbu, kaip pacientams pateikiama jų galimybė rinktis ir kaip jie ją supranta, kaip pasirinkimo galimybę įprasminta jų lūkesčiuose.

Vien priimtų teisės aktų ir pacientų noro rinktis ligoninę nepakanka. Tam turi būti sudarytos sąlygos – t.y. pacientas turi turėti iš ko rinktis. Geriausiai, kai netoli paciento gyvenamosios vietos yra dvi ar daugiau ligoninių, kurias pacientas gali rinktis bent jau dauguma atvejų.

Apribojimų pacientui rinktis gali būti įvairių - centralizuotos paslaugos, ligonių kasų ar kitų draudimo kompanijų apmokėjimo ypatumai, įvairios reguliavimo (technologijų paskirstymo ar leidimų jas įsigyti sistemos, šeimos gydytojo siuntimai, skubios pagalbos srautų reguliavimas, pacientų priemokos ir kt.). Tačiau yra ir nuomonių, kad per didelis pasirinkimas demotyvuoja pacientus rinktis ligoninę ir mažina jų pasitenkinimą sveikatos priežiūra (48).

Informacija apie ligonines turėtų būti pagrindas pacientų pasirinkimui. Svarbu informacijos sklaida ir prieinamumas – ji turėtų būti ligoninių informacinėse svetainėse, sveikatos ministerijos skelbiamuose reitinguose (lyginamoji informacija), kitose visuomenės informacijos priemonėse, šeimos gydytojo kabinetuose ir kt. Eilėje šalių, tarp jų Lietuvoje, renkama tam tikra informacija iš visų ligoninių apie jų veiklos ir kokybės rodiklius. Tokia informacija renkama centralizuotai, dažniausiai tai daro sveikatos apsaugos ministerija ar jos įgaliota institucija.

Tuo tikslu pildomos specialios formos (17,49,50). Jos dažniausiai pildomos elektroniniu būdu pagal specialias programas. Ligoninės dažniausiai skelbia savo internetinėse svetainėse, socialiniuose tinkluose ir kitą papildomą informaciją apie savo stipriąsias puses, ypatumus ir konkurencinius pranašumus.

Informacija skleidžiama per besigydančius ligoninėse pacientus, įvairiais kitais būdais (lankstinukai, informacinės laidos ir kt.) taip pat gana efektyvi.

Kadangi daug pacientų gauna informaciją iš šeimos gydytojo ir kartu su juo dirbančio medicinos personalo - labai svarbu, kad informaciją apie ligonines šeimos gydytojai turėtų ir ją efektyviai pateiktų pacientams. Tai gana sudėtinga tose šalyse, kur gydytojai dirba ir šeimos gydytojais, ir ligoninėse. Ligoninė, kurioje dirba šeimos gydytojas, beveik visada būna „geresnė“ už kitas.

Pacientas turi turėti galimybę informacija apie ligonines ir gydytojus naudotis – turėti priejimą prie kompiuterio, mokėti juo naudotis, mokėti skaityti (tai aktualu kai kuriose besivystančiose šalyse) ir kt.

Be to, reikia turėti galvoje, kad pacientai labai nenoriai prisiima atsakomybę pasirinkdami ligoninę. Jie tą atsakomybę noriai perleidžia kitiems – pavyzdžiui, savo šeimos gydytojui (51,13). Šeimos gydytojas, kai kurių autorių duomenimis, daugiau nei pusei pacientų padeda pasirinkti ligoninę (52). Toks pasirinkimas dažniausiai būna pagrįstas bendru šeimos gydytojo ir paciento sprendimu. Nors šeimos gydytojai ne visada noriai padeda pacientui pasirinkti ligoninę - jie taip pat vengia atsakomybės ir papildomo darbo (51,53,54).

Šeimos gydytojai (ir kiti medikai) dažniausiai vertina ne atskirus specializuotus skyrius, jų veiklą, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o vieną ar kitą rekomenduojamą pacientui ligoninę visumoje, tuo tarpu pacientai daugiau vertina tos visumos (ligoninės) atskirus elementus (skyrius ar gydytojus specialistus) (52).

Kita vertus, tiek šeimos gydytojai, tiek kiti medikai nepakankamai domisi ligoninių veiklos kokybiniais rodikliais ir jų rekomendacijos rinktis vieną ar kitą ligoninę ne visada pakankamai objektyvios (55-57).

Bet kuriuo atveju paciento pasirinkimas – tai daugialypis, interaktyvus santykis tarp paciento (paslaugų gavėjo) ir ligoninės (paslaugų teikėjo) su visa eile tarpininkų (šeimos ir kitų gydytojų, artimųjų, visuomenės informacijos priemonių ir t.t.).

Apibendrinant pacientų pasirinkimo koncepciją, galima daryti išvadą, kad ši teorija yra teisinga, nuolat kintanti, o jos pritaikymas ir rezultatai priklauso nuo šalies, jos sveikatos priežiūros sistemos sandaros, visuomenės ir daugelio kitų kintamųjų.

2. Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimo ir kokybės sąsajos. Analizuojant ligoninės pasirinkimo Europos šalyse įtaką kokybei – ją nurodo tik apie 15 proc. pacientų, tuo tarpu kai gydytojo pasirinkimo įtaką kokybei - apie 27 proc. pacientų (58).

Kartais pacientų teisė rinktis ligoninę įvardijama kaip kompensacinis mechanizmas blogos kokybės (59).

Kiti autoriai nurodo, kad daugelis sprendimų tik atrodo nukreipti į paciento sveikatos gerinimą – sveikatos priežiūra kasmet negerėja ir kokybė nėra prioritetas – finansinė nauda ir pinigai yra pagrindinis tikslas (60).

Paciento sprendimą rinktis vieną ar kitą ligoninę vis tik, kaip anksčiau minėta, lemia informacija (įvairios jos formos). Informacija pacientams, kurią pateikia ligoninės, ligonių kasos ar sveikatos priežiūros sistemos vadovybė (sveikatos apsaugos ministerija), galima lengvai manipuliuoti, ją dozuoti, akcentuoti ar neteikti reikšmės atskiriems momentams. Todėl labai svarbus pacientų mokymas bei organizacinis mokymas, organizacijos elgsena, pacientų kokybės supratimo vystymas iš įvairių perspektyvų (16,61,11).

Net ir ribotas duomenų apie sveikatos priežiūros organizaciją (ligoninę) ir sveikatos priežiūros kokybę joje atskleidimas didina paciento pasirinkimo, kurio tikslas – greitesnė, pigesnė ir geresnė kokybės paslauga, galimybes.

Dauguma mokslinių straipsnių, nagrinėjančių paciento pasirinkimo ir sveikatos priežiūros kokybės sąveiką, vertina gana ribotus ir diskutuotinus kokybės rodiklius – mirštamumą ligoninėje ar nuo specifinių ligų, pakartotines hospitalizacijas, ligoninių reitingus ar jų pasirenkamumą (21,62,63,50,64). Tačiau mažai nagrinėjami tokie sveikatos priežiūros kokybės rodikliai kaip pacientų sveikatos būklės, jų funkcijų, gyvenimo kokybės pokyčiai po gydymo pasirinktoje ligoninėje (65,19). Pavyzdžiui, suminis mirštamumas ligoninėse kai kuriose šalyse (Anglija) naudojamas kaip kokybės rodiklis, tačiau jis labai priklauso nuo daugelio aplinkybių - rizikos laipsnio atliekant chirurgines intervencijas ligoninėje, jos profilio, indikacijų hospitalizacijai apimties, paciento išrašymo iš ligoninės standartų ir daugelio kitų, todėl yra nepatikimas (66,44).

Ne mažiau nepatikimi ir specifiniai atskirų ligų mirštamumo rodikliai ligoninėse (MI, GSI ir kt.), juos lyginti ir vertinti reikia labai atsargiai. Atsargiai reikia lyginti ir pačias ligonines dėl jų aplinkos, neanalizuojamų ir nevertinamų kokybės rodiklių, jų pačių charakteristikų įvairovės ir nepalyginamumo (skirtingumo), finansavimo ir kt.

Diskutuotina ir nepageidaujamų įvykių, medicininių klaidų ar skundų skaičiaus įtaka kokybei – gerai veikianti kokybės ir nepageidaujamų įvykių registracijos sistema parodys didesnę jų skaičių, nors pati sveikatos priežiūros kokybė tose ligoninėse gali būti puiki.

Pacientai į nepageidaujamus įvykius, net ir pavienius, žiūri gana šališkai ir subjektyviai.

Labai diskusinis klausimas, kiek ligininės pasirinkimą lemia kokybės rodikliai (pati sveikatos priežiūros kokybė). Jeigu paklausime – visi pacientai atsakys, kad jie renkasi kokybiškiausią (kokybiškesnę) sveikatos priežiūrą. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad praktiškai kokybės rodiklius pacientai vertina gana paviršutiniškai ir jie jų pasirinkimui įtakos turi ne taip jau daug (13,45,47).

Tačiau yra mokslinių darbų (2,68,69), kuriuose teigiama, kad kokybė ir kaina - pagrindiniai momentai, apsprendžiantys paciento pasirinkimą. Kiti šaltiniai (70-72) nurodo, kad labai svarbų vaidmenį paciento pasirinkime vaidina ligininės geografinė padėtis (nuotolis) ir laukimo laikas.

Kokybė daugiau lemia pasirenkant intervencinę, chirurginę pagalbą (operaciją).

Pacientų elgsena, sprendimo priėmimas yra daugiau socialinis nei pažintinis procesas. Labiau nei objektyvius duomenis - ligininių veiklos ir kokybės rodiklius - pacientai vertina draugų, artimųjų, socialinių tinklų draugų, ypač tų, kuriais tiki, atsiliepiamus ir savo patirtį (73).

Nemažai pacientų, pasirinkdami ligininę, vertina ir tolesnės tęstinės sveikatos priežiūros galimybę – liginėse arčiau paciento gyvenamosios vietos tęstinės sveikatos priežiūros galimybės didesnės.

Neretai labai sureikšminamos ligininių veiklos apimčių (pvz., operacijų, gimdymų ir kt.) įtaka kokybei. Kai kurie autoriai (74,75) netgi teigia, kad ligininės veiklos apimtys tiesiogiai koreliuoja su sveikatos priežiūros kokybe, ypač chirurgijos srityje. Visa tai skatina politikus ir sveikatos priežiūros sistemų vadovus vystyti kai kurių medicinos sričių centralizaciją, kurti gydymo centrus – įvairių lokalizacijų vėžio, vaikų ligų, širdies chirurgijos, galvos smegenų insultų, miokardo infarktų ir kt. (76,77).

Tačiau toks centralizavimas apriboja paciento pasirinkimo teisę ar net ją visai panaikina. Šią kontraversiją – ligininės pasirinkimas gerina kokybę ir pasirinkimo apribojimas ar panaikinimas taip pat gerina kokybę – sunku paaiškinti ir dar sunkiau suprasti.

Vis dėlto dauguma šalių, reformuodami savo sveikatos priežiūros sistemas, paciento pasirinkimą vertino kaip kokybės garantą ir jį skatino bei diegė (78,79,159). Tačiau kiti autoriai (80) nurodo, kad kokybę gali neigiamai veikti tik labai mažos tam tikrų ligų diagnostikos ir gydymo apimtys (operacijos). Dar vėlesni analitiniai mokslinių tyrimų duomenys nurodo, kad ryšio tarp sveikatos priežiūros kokybės ir ligininių veiklos apimčių iš viso nėra (81) arba, kad tai nagrinėtina problema 19).

Norvegų mokslininkų tyrimai parodo, kad veiklos apimtys tik labai nedaug turi įtakos mirštamumui (39,82).

Kas geriau – centralizacija su ligininės pasirinkimo apribojimu ar laisvas paciento pasirinkimas ir konkurencija, kas labiau teigiamai veikia kokybę labai sunku spręsti – nuomonių čia yra įvairių ir labai prieštaringų (83,84). Tuo labiau, kad sveikatos priežiūrą ir jos kokybę labai sunku palyginti tiek tarp šalių, tiek tarp ligininių. Todėl pacientai negali gauti įrodymais pagrįstos informacijos ir jiems sunku realizuoti pasirinkimo teisę, įvertinant sveikatos priežiūros prieinamumą, tinkamumą, kokybę.

Pacientai sveikatos priežiūros kokybę vertina naudos sau pagrindu ir pasitenkinimo ja laipsniu. Tuo remdamiesi pacientai renkasi sveikatos priežiūrą ligininėse. Vertindami naudą sau, pacientai vertina ir sveikatos priežiūros kainą.

Sveikatos priežiūros kokybė ir kaštai labai priklauso nuo konkurencijos – ten, kur didesnė konkurencija – aukštesnė kokybė ir didesnis pacientų pasitenkinimas (11).

Pacientų suvokiama sveikatos priežiūros kokybė, nors ir ne visada atitinkanti realią ir objektyvią, pasireiškia per eilę sudedamųjų:

- į pacientą, jo poreikius orientuota, prieinama, saugi sveikatos priežiūra;
- geras kontaktas, bendravimas su liginine, medicinos personalu, pakankama informacija, visapusė pagalba ir emocinė parama;
- aukšta medikų kvalifikacija, gera vadyba, šiuolaikinės technologijos;
- įvairios nemedicininės paslaugos;
- efektyvi, rezultatyvi ir nebrangi sveikatos priežiūra.

Pacientų suvokta sveikatos priežiūros kokybė pasireiškia jų pasitenkinimo laipsniu - jausmu, kiek jo įvertinta ir pasirinkta sveikatos priežiūra atitinka lūkesčius. Ir nors pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūra yra emocinis, subjektyvus, tačiau traktuojamas kaip vienas svarbiausių, nors ir netiesioginių kokybės rodiklių (85).

Vis dėlto tiesioginis ryšys tarp pasitenkinimo ir kokybės lieka neaiškus (86).

Pacientų pasitenkinimo laipsnis susijęs ne tik su jo kokybės suvokimu, bet ir su pačio pasitenkinimo koncepcija.

Pacientų pasitenkinimas, nors ir labai svarbus, tačiau dažniausiai atspindi epizodinį sveikatos priežiūros vertinimą, o ne visuminį, visos ligininės. Todėl ligininės veiklos rezultatų vertinimas pacientų pasitenkinimo laipsniu – labai diskutuotinas (87).

Pasitenkinimas sveikatos priežiūra, turintis įtakos paciento pasirinkimui, apima platų įvairių veiksmų spektrą ir ne visada koreliuoja su rezultatais.

Jis susijęs su jų lūkesčiais, kurie visada didesni nei sveikatos priežiūros galimybės.

Dauguma pacientų, kreipdamiesi į ligininę, ją pasirinkdami tikisi ten idealios švaros, išsamios informacijos apie

jų problemą, tikslaus priėmimo laiko, mandagių ir besisten-giančių padėti medikų, išmanančių, pakankamai žinių turin-čių gydytojų, suprantamų sveikatos priežiūros sprendimų ir sveikatos problemų išsprendimo (88). Tačiau realiai to pacientas jokioje ligininėje negauna.

Paciento pasitenkinimas teikiama sveikatos priežiūra pri-klauso nuo amžiaus – tyrimo duomenimis, per 50 m. amžiaus pacientų patenkinti 82 proc., 18-34 metų – 67 proc. (89). Paciento pasirinkimas glaudžiai susijęs ir su jo patirtimi – daugiaspekte sąvoka, per kurios prizmę pacientas vertina kokybę ir priima sprendimą rinktis vieną ar kitą ligininę.

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad pacientų svei-katos priežiūros pasirinkimas daro teigiamą įtaką sveikatos priežiūros kokybei, nors tai ir diskutuotinas teiginys.

3. Paciento pasirinkimo procesas ir jo asmeninės cha-rakteristikos. Ligininės pasirinkimas – paciento sprendi-mas, vertinant aplinką ir lūkesčius, pagal savo asmenines charakteristikas bei žinias. Tokio sprendimo priėmimas gali turėti keletą atspalvių:

- būti aiškus (vienas aiškus variantas) arba konkurencinis (keli tolygūs variantai).
- privalomas ar neprivalomas (laisvas);
- su tam tikrais apribojimais ar be jų;
- su tam tikromis sąlygomis ar be jų;
- unitarinis ar paveiktas kitų asmenų;
- subjektyvus ar pagrįstas tam tikra objektyvia infor-macija.

Nuo visų šių momentų priklauso paciento pasirinkimo racionalumas, jo pasirinkimo rizikos laipsnis rezultatų po-žiūriu. Paciento sveikatos priežiūros rezultatai - tai objektyvūs jo sveikatos pokyčiai ir paciento pasitenkinimas. Jei pacientas nenori rinktis ligininės ir patiki tai kitiems – tai irgi jo pasirinkimas, jo sprendimas.

Visais atvejais paciento pasirinkimą lemia jo pačio spren-dimas, dažniau parentas subjektyviais informacijos šaltiniais nei objektyviais duomenimis.

Pacientų pasirinkimas dažnai pagrįstas ribota informa-cija, reklama arba netiesiogiai gauta informacija (iš draugų, socialinių tinklų ir kt.) (90).

Ligininės pasirinkimo procesas tik atrodo gana papras-tas – iš tikro tai sudėtinga paciento veikla, padedant kitiems žmonėms ir medikams, kurios galutinis laukiamas rezultatas – teigiami jo sveikatos pokyčiai, išsipildę lūkesčiai (1 pav.).

Pacientas gali rinktis sveikatos priežiūros įstaigą (ligo-ninę) daugelyje Europos šalių, tačiau šis pasirinkimas nėra skatinamas ir propaguojamas, gal išskyrus Nyderlandus ir JK (54).

Pacientų teisė pasirinkti ligininę taikoma ir daugelio kitų šalių (JAV, Iranas, Gana) sveikatos priežiūros sistemose. Daugiausia mokslinių tyrimų ligininių pasirinkimo tema

daroma ir publikuojama JAV, Olandijoje, JK.

Pacientų teisė pasirinkti ligininę grindžiama konkuren-cijos didinimu ir jos padariniais:

- kokybės gerinimu;
- paslaugų teikėjų atsakomybės didinimu;
- kainų mažinimu;
- sveikatos priežiūros efektyvumo didinimu;
- paciento vaidmens didinimu;
- paciento gebėjimu pasirinkti tinkamiausią ligininę, kur paslaugų kainos ir kokybės santykis yra geriausias;
- paciento informuotumu.

Į rinką orientuotose sveikatos priežiūros sistemose paci-entų ligininės pasirinkimas stimuliuoja konkurenciją, kuri gerina kokybę ir mažina kainas (45).

Socialiai saugiose, į viešąjį sektorių orientuotose sveika-tos priežiūros sistemose, tikimasi, kad pasirinkimas sumažins eiles bei pagerins ligininių veiklos rezultatus (37,91,92).

Tačiau pacientų elgsena, pasirenkant ligininę, nepriklau-somai nuo skirtingų šalių ir skirtingų sveikatos priežiūros sistemų, panaši ir pakankamai stabili, nepaisant informa-cijos apie ligininių veiklos rodiklius ir sveikatos priežiūros kokybę augimo (32,11).

Didėjant atstumui tarp ligininių, jų konkurencija dėl sveikatos priežiūros kokybės mažėja (19).

Tačiau palyginti nedaug pacientų teise rinktis ligininę aktyviai naudojami (9,93,94).

Dažniausiai jie pasitiki savo šeimos gydytoju, kuris juos nukreipia į vieną ar kitą ligininę (95,96) ar renkasi arčiau-sią (97), ar tą, kurioje gydėsi anksčiau ir buvo patenkintas (98,11).

Dažniau ir aktyviau ligininę renkasi jauni, aukštesnio išsilavinimo, didesnes pajamas turintys pacientai bei paci-entai, susirgę pirmą kartą (99,94,97,46).

Daug diskutuojama dėl to, kas svarbiau – pasirinkti li-goninę ar šeimos gydytoją bei specialistą.

Vieni teigia, kad svarbiau pasirinkti gydytoją, kiti – kad ligininę (94,11), tačiau reikia pripažinti, kad šie procesai tarpusavyje labai susiję.

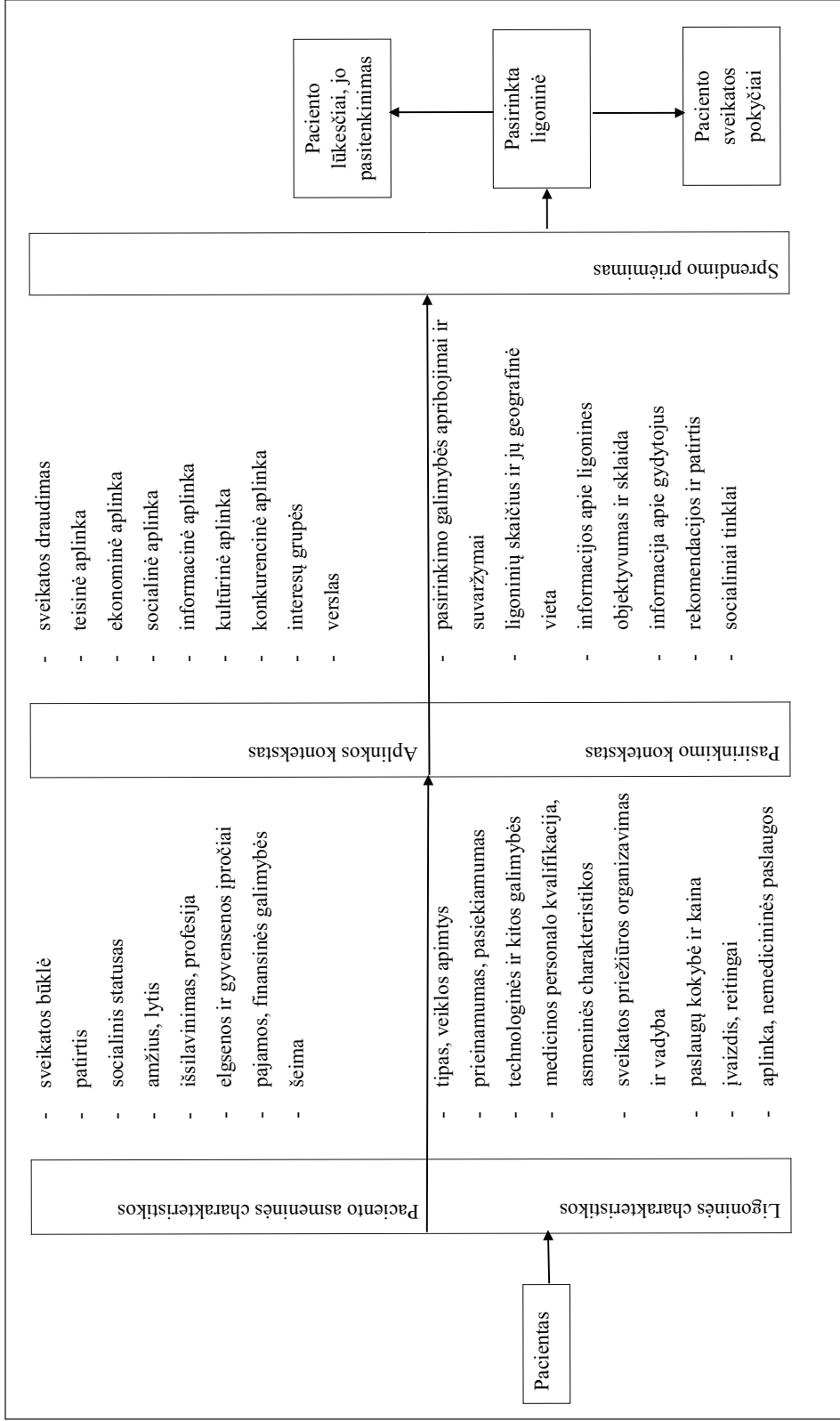
Jeigu vadovautumėmės prielaida, kad pacientų pasirin-kimas yra racionalus, jie renkasi geriausią kokybę ir prie-žiūrą, labiausiai atitinkančią jų lūkesčius, tai svarbesnis yra ligininės pasirinkimas.

Jei ligininės veiklos rezultatai yra geri, tai joje dirba aukštos kvalifikacijos gydytojai.

Vis tik dauguma pacientų ligininės pasirinkimui nau-dojami paviršutine informacija (dažniausiai internetine) ir tik mažuma – gilesne sistematizuota informacija (97,100).

Paciento pasirinkimas priklauso nuo informacijos pasie-kiamumo, jos trūkumo ar pertekliaus, pagrįstumo ir aiškumo, galimybės ją palyginti (12,101,13).

1 pav. Ligoninės pasirinkimo procesas.



Paciento pasirinkimas, kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje tirtis ir gydytis ir pas kokį konkretų specialistą - sudėtingas procesas. Priklausomai nuo šalies, joje veikiančios sveikatos priežiūros sistemos, sveikatos draudimo ir kitų aplinkybių, pacientas gali turėti galimybę rinktis sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, tokia galimybė gali būti ribota (sugaržyta), ar jos iš viso nebūti.

Jeigu galimybė – pilna ar dalinė - rinktis ligoninę pacientui yra, ji gali būti įgyvendinama tokiais būdais:

- pacientas priima sprendimą pats;
- sprendimą priima artimieji, giminės, globėjai (kai pacientas negali to daryti ar patiki sprendimo priėmimą jiems);
- sprendimą priima šeimos gydytojas, kai yra nustatyta tokia tvarka ar pacientas tai patiki jam.

Pasirinkimo procese dalyvauja pacientas (paslaugų gavėjas), ligoninė (paslaugų teikėja) ir tarpininkai (patarėjai).

Jų dalyvavimo procese apimtis, įtraukimą į jį lemia, kaip jau minėta, sveikatos priežiūros – sveikatos draudimo sistemos, todėl pacientų pasirinkimas, pavyzdžiui, JAV (vyrauja privati sistema) ir JK (vyrauja viešoji sveikatos priežiūros sistema) skiriasi.

Dažniausiai tai susiję su pacientų galimybe tiesiogiai rinktis ligoninę ar per šeimos gydytoją (jo siuntimu) ir apmokėjimu (papildomais kaštais pacientui).

Pasirinkimas geriausiai veikia, kai „pinigai seka paskui ligonį“ – tai užtikrina tikrą konkurenciją ir teigiamas jos išdavas (3).

Paciento pasirinkimas, kurioje ligoninėje gydytis, iš esmės yra tam tikras ligoninės (sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo) ir paciento (sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo) santykis. Be to, šiame procese dar dalyvauja tarpininkai – artimieji, draugai, medikai, VIP. Paciento pasirinkimo siekis – pigiau, geriau, greičiau, efektyviau.

Nors daug pacientų nesirenka ligoninės iš principo ar nelaiko tai svarbiu dalyku (94), ar negali rinktis, nes jų pasirinkimas apribotas (9,54), ar neturi pakankamai duomenų savo sprendimui ką rinktis (12,100).

Be to, pasirinkimas dažnai remiasi viena ar keliomis ligoninės charakteristikomis, ir ne visada svarbiausiomis (102), nors vis dažniau naudojami viešai skelbiami ligoninių veiklos rodikliai (103).

Pacientas, rinkdamasis ligoninę, pirmiausia remiasi struktūros, kiek mažiau procesų ir dar mažiau rezultatų rodikliais (104).

Diskutuojama taip pat, kas svarbiau renkantis ligoninę – ligoninė visumoje ar joje dirbantys gydytojai (čia, matyt, panaši diskusija, kaip kas pirmiau – višta ar kiaušinis).

Tačiau vis dėlto reikėtų pripažinti, kad dažniausiai pacientai renkasi tam tikrą gydytoją ar gydytojus kartu su ligonine. Ypač turint galvoje, kad kai kurios gydytojų cha-

rakteristikos (lytis, rasė, religija ir kt.) dalyje šalių laikomos svarbiomis.

Antai teigiama, kad moterys dažniau renkasi gydytojas moteris, vyrai – vyrus (atitinkamai ir ligoninę) (90).

Paciento pasirinkimui įtakos turi ir jį lemia šie veiksniai:

- Asmeninės charakteristikos:
 - lytis;
 - amžius;
 - rasė;
 - išsilavinimas, profesija;
 - sveikatos būklė bei jos įvertinimas;
 - pajamos ir mokėjimo galimybės;
 - elgsenos ir gyvensenos nuostatos, įpročiai;
 - informuotumas, žinios apie sveikatos priežiūrą, ją teikiančias įstaigas;
- patirtis;
- šeima, socialinis statusas;
- sveikatos įtakos gyvenimo kokybei ir trukmei supratimas.
- Sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės) charakteristikos:

- prieinamumas;
- paslaugų teikimo lygis;
- statusas (universitetinė, rajono ir kt.);
- dydis, paslaugų apimtis;
- vieta (prieinamumas);
- privati ar valstybinė ligoninė;
- technologinis aprūpinimas;
- fizinė aplinka;
- patirtis, įgūdžiai;
- medikų – pacientų bendravimas;
- įvaizdis, reitingai;
- paslaugų kaina;
- nemedicininės paslaugos (maistas, higiena ir kt.);
- veiklos rodikliai;
- sveikatos priežiūros kokybė;
- privatumo, konfidencialumo užtikrinimas;
- kitos.
- Kiti veiksniai:
 - patarimai (šeimos gydytojo, artimųjų ir kt.);
 - sveikatos draudimo sistema;
 - galimybių rinktis ribojimas;
 - konkurencija tarp ligoninių;
 - ligoninių palyginamumo galimybės;
 - socialiniai tinklai;
 - kita informacinė aplinka.

Paciento pasirinkimui įtakos turi sudedamųjų visuma – ligoninės ir paciento charakteristikos bei jų santykis, kaina, atstumas, kokybė (20,21).

Įvairiose šalyse pacientų pasirinkimo modelių yra įvai-

rių (21):

a) pagal hierarchiją:

- dviejų pakopų – renkasi šeimos gydytoją ir ligininę;
- trijų pakopų – renkasi gydytis pačiam ar kreiptis į formalią įstaigą (1), šeimos gydytoją, skubios pagalbos skyrių ar gydytojus konsultantus (į ligininę) (2), ir renkasi privačią ar viešąją įstaigą (3);

b) riboto pasirinkimo:

- tik pirminę sveikatos priežiūrą (šeimos gydytoją);
- tik gydytojus konsultantus;
- tik liginines;

c) riboto pasirinkimo:

- geografinė prasme;
- sveikatos priežiūros paslaugų lygio prasme;
- alternatyvų prasme.

Ligininės pasirinkime labai svarbios pačio paciento charakteristikos. Dažniau renkasi ligininę pacientai, nepatenkinti ankstesniu gydymu, patyrę nepageidaujamus įvykius, labiau informuoti (101,13,105,94,44).

Labai svarbi paciento patirtis – ji yra vienas svarbiausių veiksnių pasirenkant ligininę.

Ypač patirties vaidmuo išryškėja, jeigu ji teigiama – pasitenkinimas ir kartotinis ligininės pasirinkimas tiesiogiai koreliuoja (101,11).

Kadangi daug pacientų (beveik pusė) turi gydymosi ligininėse patirtį, jie vadovaudamasi ja, ligininę pasirenka greitai ir dažniausiai tą pačią, kur gydėsi anksčiau.

Vyresni, mažiau išsilavinę, mažiau informuoti pacientai renkantis ligininę labiau pasikliauja gydytojų ar artimųjų patarimais (100,103).

Labai svarbi kitų pacientų nuomonė pasirenkant ligininę – čia ypač didelį vaidmenį vaidina socialiniai tinklai ir įvairūs komentarai internete (14,15).

Informacinių technologijų eroje vis tik išlieka svarbi artimųjų, draugų ir kitų žodžiu perduota informacija, ypač tam tikrose kultūrose. Jose pagal žodinę informaciją ligininę ir gydytoją pasirenka iki 25 proc. pacientų (107).

Tačiau paciento asmeninių charakteristikų negalima suabsoliutinti – jos vienos ar kitos ligininės pasirinkimą lemia tik paciento aplinkos, gyvenamosios vietos, jo darbo vietos kontekste (108,109). Todėl socialinių, kultūrinių, psichologinių sudedamųjų įtaka asmeninėms paciento charakteristikoms taip pat svarbi.

Labai svarbus ne tik paciento pasirinkimo objektas (ligininė), bet ir to objekto turinys (ten dirbantys medikai, technologijos ir kt.).

Antai, beveik penktadalis moterų renkasi gydytojus griežtai tik moteriškos lyties ir tai apsprendžia ligininės pasirinkimą (89).

Paciento sveikatos būklė daro didelę įtaką jo pasirinkimui

– kuo sunkesnė sveikatos būklė ir sudėtingesnė, pavojingesnė liga (išskyrus ūmius sveikatos sutrikimus), tuo pacientai labiau renkasi aukštesnio lygio (daugiaprofilinę, universitetinę, aukštųjų technologijų) ligininę (110,111).

Todėl įvairūs apribojimai rinktis pacientui sveikatos priežiūrą pagal savo ligą, jos sudėtingumą, mažina sveikatos priežiūros efektyvumą. Antai, Anglijoje panaikinus apribojimus pacientams pasirinkti ligininę, sergant miokardo infarktu, sumažėjo mirtingumas nuo ūmaus miokardo infarkto (38,112).

4. Sveikatos priežiūros organizacijų vaidmuo pacientui pasirinkime. Ligoninių vaidmuo paciento pasirinkime nuolatos auga – galimybės jas pacientui rinktis ne tik nacionaliniame lygmenyje, bet ir tarptautiniame verčia liginines tobulinti savo veiklą, gerinti kokybę ir rezultatus, didinti konkurencinius pranašumus.

Atskirose šalyse sveikatos priežiūros organizacijų (ligoninių) įvairovė ir tinklo sandarą veikia paciento galimybė rinktis, todėl politikų, sistemos vadovų sprendimai gali būti labai įvairūs.

Sveikatos priežiūros organizacijoms būdinga daug specialių aspektų ir charakteristikų, objektyvumo ir subjektyvumo santykio, čia vyksta daugybė procesų, tarp jų vadybos kokybės gerinimo, įvairių pokyčių (113,111).

Dažniausiai organizacijos (ligininės) charakteristikos grupuojamos pagal A. Donabediano kokybės principą: struktūra-procesas-rezultatas (18,160,114).

Pagrindiniai paciento pasirinkimą veikiančios struktūros veiksniai:

- prieinamumas (pasiekiamumas);
- organizacijos galimybės;
- organizacijos tipas ir veiklos apimtys;
- medicinos personalas (patirtis, kvalifikacija);
- sveikatos priežiūros organizavimas (vadyba);
- paslaugų kaina;
- gydytojų asmeninės charakteristikos.

Prieinamumas - vienas svarbiausių sveikatos priežiūros vertinimo rodiklių. Tai – integruotas rodiklis, atspindintis sveikatos priežiūros politiką ir strategiją, sistemos ir organizacijos veiklą, medikų veiklą ir elgseną. Jis turi didelę įtaką pacientų sveikatai ir jų pasitenkinimui sveikatos priežiūra. Prieinamumą užtikrina pakankamas ligoninių finansavimas ir jų pačių veikla (11).

Prieinamumas susietas su geografiniu atstumu, transporto galimybėmis, eilėmis, paciento charakteristikomis (ypač ligos pobūdžiu). Artimesnę ligininę dažniau renkasi pacientai po nelaimingų atsitikimų, atsiradus įvairių lokalizacijų ir tipo skausmams ar ūmiai susirgus (5). Ją labiau renkasi ir vyresni pacientai, sergantys sunkiomis, sudėtingomis ligomis (21,19). Jaunesni ir sveikesni pacientai mažiau kreipia

dėmesio į ligoninės nuotolį nuo jų gyvenamosios vietos.

Didėjant nuotoliui, ligoninių pasirinkimas mažėja (115).

Planinėms chirurginėms operacijoms ligoninės nuotolio įtaka mažesnė (116).

Prieinamumas stipriai koreliuoja su valstybiniu kainų reguliavimu – jei kainos yra reguliuojamos – laukimo į ligonines laikas tampa vienu svarbiausių veiksnių, lemiančių jo pasirinkimą (72).

Didelės eilės (ilgas laukimo laikas) skatina pacientus labiau analizuoti informaciją ir rinktis jų lūkesčius geriau atitinkančią ligoninę.

Centralizacija (paslaugų, intervencijų, operacijų, atskirų ligų gydymo ir t.t.), net jei ir gerina kokybę, tačiau sudaro sunkumų pacientams patekti į ligoninę, ypač tiems, kurių pajamos yra mažos (117,111,118).

Prieinamumas nėra pagrindinis kriterijus rinktis ligoninę – sunkiomis ligomis sergantys, chirurginę patologiją, kai reikalinga operacija, turintys pacientai renkasi ne artimiausią ligoninę, bet tą, kur šiuolaikinės technologijos, kvalifikuoti specialistai, pakankamas spektras paslaugų. Pavyzdžiui, onkologiniai ligoniai dažniau pasirenks tą ligoninę, kur yra tinkama diagnostika, galimas operacinis, chemoterapinis ir radioterapinis gydymas (119,120).

Ligoninės galimybės – diagnostikos (laboratorių pajėgumai, genetiniai tyrimai, radiologiniai tyrimai - kompiuterinė daugiapjūvė tomografija, magnetinio rezonanso tomografija, gama kamera, funkciniai ir fiziologiniai tyrimai, PET ir kt.), gydymo (molekuliniai žymenys, linijiniai greitintuvai, robotinė chirurginė ir kt.), šiuolaikinė slauga, daugiaprofilškumas labai svarbūs pacientui ligoninės pasirinkime (121,11).

Antai, JK dalis urologijos centrų ligoninėse ar net pačios ligoninės buvo priversti užsidaryti dėl pacientų stokos, nes neįdiegė robotinės chirurgijos. Pacientai renkasi ligonines su šiuolaikinėmis technologijomis – nagrinėjamu atveju tas, kuriose galėjo atlikti operacijas asistuojant robotinėms technologijoms (118,123).

Kita vertus, naujus gydymo metodus, naujas technologijas, naujus vaistus bei jų įtaką pacientų sveikatai, sveikatos priežiūros kokybei sunku vertinti greitai. Tam reikia laiko ir tam tikros patirties. Todėl kai kuriose šalyse (JK, kai kuriose JAV valstijose) nustatomi tam tikrų procedūrų, operacijų ar pacientų minimalūs skaičiai, kurių neįvykdžius ligoninė (centras, skyrius) uždaromi (122,124).

Vis dėlto naujausių, šiuolaikinių technologijų įtaka kokybei yra neabejotina (125,11,123,133).

Ligoninės tipas ir veiklos apimtis – paciento pasirinkime taip pat labai svarbu, ar ligoninė privati, ar viešoji, universitetinė, ar ne, daugiaprofilinė, ar tik kelių profilių, kokios tam tikrų ligų gydymo ar operacijų apimtys.

Pacientai daugiau renkasi universitetines, daugiapro-

filines, didesnės patirties ir aukštesnės kokybės ligonines Europos šalyse (126-128), JAV (27,129), Kinijoje (110).

Vietinės ligonines pacientai renkasi dėl daugelio priežasčių – atstumo, pakankamos informacijos apie ligoninės galimybes, artimųjų lankymo, sveikatos priežiūros tęstinumo galimybes, patirties ir kt. Tai rodo didelę vietinių ligoninių reikšmę pacientams (130).

Medicinos personalas. Pasirenkant ligoninę, pacientai vertina medicinos personalo kvalifikaciją, patirtį, specializaciją – tai gana ženkliai veikia jų pasirinkimą (96,131,11).

Sveikatos priežiūros organizavimas, vadyba ligoninėje daug lemia paciento pasirinkimą. Jeigu ligoninėje sveikatos priežiūros procesas sureguliuotas, vertinama paciento nuomonė, yra sveikatos priežiūros tęstinumas, galima pasikonsultuoti su gydytoju po išrašymo iš ligoninės, daug dėmesio skiriama sveikatos priežiūros kokybės gerinimui – tokią ligoninę pacientai renkasi dažniau (128). Paciento galimybė rinktis ligoninę skatina organizacijos vadybą kelti jos reputaciją, gerinti įvaizdį per paslaugų kokybės gerinimą. Pacientus pritraukia tos ligoninės, kuriose gera vadyba, kvalifikuoti vadovai, diegiamos inovacijos (54,132,133,11). Pacientai, patys pasirinkdami tokias ligonines, pritraukia ir naujus pacientus skatindami savo pavyzdžiu jas rinktis.

Vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kainą ir ligoninės pasirinkimą gana sudėtinga. Tai priklauso nuo daugelio veiksnių – paciento draustumo, paslaugų apimčių, papildomo mokėjimo ir pan. Didesnę įtaką kainai turi tada, kai pacientui reikia mokėti ar primokėti „iš kišenės“.

Kita vertus, yra autorių, kurie teigia, kad reguliuojant (suvienodinus) paslaugų apmokėjimą (kainas), paslaugų teikėjai konkuruoja gerindami sveikatos priežiūros kokybę (112,66).

Tačiau kiti tyrimai rodo, kad duomenys, kiek sveikatos priežiūros paslaugų kokybę veikia fiksuota paslaugų kaina, yra gana prieštaringi (134,38,135).

Neretai pacientai renkasi didesnę kainą, nors „brangios“ ligoninės ne visada teikia kokybišką sveikatos priežiūrą. Mažą kainą pacientai tapatina su bloga kokybe (136).

Gydytojų asmeninės charakteristikos – vienas svarbiausių veiksnių, apsprendžiančių pacientų pasirinkimą, kurioje jie gydysis. Tai stipresnis veiksnys už sveikatos priežiūros kokybę ligoninėje ir kainą (1).

Gydytojų asmeninės charakteristikos pasirenkant ligoninę – tai lytis, amžius, stažas, biografija, kitų pacientų atsiliepimų vertinimas, rasė, tautybė (19).

Akušerijos-ginekologijos profilio moteriškos lyties gydytojus pacientai renkasi dažniau (137). Vyriškos lyties urologijos profilio pacientai dažniau renkasi vyrus gydytojus. Pasirenkant gydytojus, ypač vaikų skyriuose, vertinama ir gydytojų seksualinė pakraipa (homoseksualas, lesbietė

ar pan.) (11).

Pacientai daugiau renkasi tos pačios tautybės, rasės, amžiaus, kalbos, o neretai ir lyties gydytojus.

Tam tikros gydytojų asmeninės charakteristikos gali būti viešai skelbiamos kartu su ligoninės veiklos rodikliais ar atskirai su jų pačių veiklos rezultatais – tokiu būdu atsiranda sąsajos tarp gydytojo pasirinkimo ir ligoninės pasirinkimo (138).

Tačiau tose šalyse, kur paciento teisė rinktis ligoninę realizuota pilnai, vienas pagrindinių patikimų pacientų informacijos šaltinių yra šeimos gydytojas (28,52).

Pagrindiniai paciento pasirinkimą veikiantys procesų ligoninėse veiksniai (18,11):

- tarpasmeniniai santykiai (medikų – pacientų ir kt.);
- informacija;
- laukimo laikas (eilės);
- sveikatos priežiūros kokybė;
- integruota sveikatos priežiūra;
- sveikatos priežiūros tęstinumas.

Medikų – pacientų bendravimas – medikų draugiškumas pacientų atžvilgiu, atjauta, galimybė dalyvauti priimančias sprendimus yra svarbūs renkantis ligoninę, ypač vyresniems, sunkesne ar specifine liga sergantiems pacientams (13,104).

Pasitikėjimas vienu kitais yra pacientų ir medikų santykių kertinis akmuo. Šie santykiai veikia sveikatos priežiūros kokybę, taigi ir paciento ligoninės pasirinkimą.

Medikų ir pacientų santykiai turi būti pagrįsti geranorišku bendradarbiavimu, bendra atsakomybe už sveikatos priežiūros procesą. Būtina neužmiršti, kad pacientai sveikatos priežiūros procese labiau vertina santykius ir patį procesą, jo eigą, nei rezultatus.

Būtinai ir geri medikų tarpusavio santykiai ligoninėje – vargu ar pacientas rinksis tą ligoninę, kur kolegos tarpusavyje nesutaria. Medikų tarpusavio nesutarimai sąlygoja prastą psichologinį klimatą ligoninėje, nepakankamą paslaugų kokybę ir blogesnius rezultatus (139,140). Taip pat veikia ir blogi medikų – ligoninės vadovybės santykiai.

Informacija pacientui gali būti labai įvairi, tačiau ji vienai ar kitaip susijusi su ligoninių veiklos rodikliais – kokybiniais ir kiekybiniais. Ligoninių veiklos rodikliai teikiami ne tik dėl pacientų pasirinkimo – jie skatina konkurenciją, formuoja ligoninės įvaizdį.

Ligoninės veiklos rezultatai išreiškiami rodikliais. Jie gali būti trijų tipų: struktūros ir apimčių (įvairių procedūrų rezultatai), mirčių (sveikatos priežiūros proceso sąsajos su priežastimis, tikriausiai turėjusiomis įtakos paciento mirčiai) ir naudojimo (proceso) – procedūrų ar veiksmų nepakankamumas, perteklius ar nebuvimas (11).

Tačiau didelis ligoninių veiklos rodiklių kiekis, integracinių rodiklių nebuvimas (negalimumas), rodiklių sąsajos,

pakankamai subjektyvūs įvairūs išvestiniai rodikliai labai apsunkina ligoninių veiklos vertinimą ir pacientų pasirinkimo racionalumą.

Ligoninės veiklos rezultatų įtaka pacientų pasirinkimui – viena labiausiai diskutuotinių temų. Tokie rezultatai kaip mirštamumas, nepageidaujami įvykiai ar ligoninės reitingas arba turi didelę įtaką paciento pasirinkimui (9,141), arba turi įtaką, daugiau priklausomą nuo sveikatos priežiūros specifiškumo (pvz., gimdymai, širdies operacijos, organų transplantacijos, psichikos ligos) ar asmeninių paciento charakteristikų (142,112,143).

Daug ligoninių veiklos rodiklių, kaip ir pačias ligonines, yra labai sudėtinga lyginti arba tas lyginimas neteisingas.

Yra rodiklių (mirštamumas, pakartotinės hospitalizacijos, vėlyvos komplikacijos 3-5 metų laikotarpiu ir kt.), kurie savaime tampa nevertingi paciento pasirinkimui, kadangi ligoninės pasirinkimo metu viskas dažniausiai būna iš esmės pasikeitę (144).

Be to, rinkdamiesi ligoninę, pacientai dažniausiai naudojami kiekybiniais rodikliais, o ne kokybės rezultatais (145,18).

Tačiau vis tik didelėje dalyje prieinamų mokslinių publikacijų daroma išvada, kad pacientų pasirinkimas teigiamai veikia ligoninių veiklos rezultatus (146).

Informacija, jos prieinamumas, visapusiškumas, patikimumas yra labai svarbus veiksnys, veikiantis paciento pasirinkimą. Tačiau viešai skelbiama informacija apie ligoninių veiklos ir kokybės rodiklius nėra vienintelis ar pagrindinis pacientų informacijos šaltinis pasirenkant ligoninę. Jie mielai naudojami artimųjų ir draugų (ir socialiniuose tinkluose) patarimais (19).

Pacientai gana aktyviai domisi įvairių nepažįstamų žmonių komentarais socialiniuose tinkluose, jų „patirtimi“. Tačiau tokie komentarai medikų ir ligoninių požiūriu daugiau neigiami nei teigiami, daug jų kartojasi, nemažą dalį komentarų rašo tas pats asmuo (147).

Todėl informacijos pacientui sistematizavimas, jos periodiškas atnaujinimas, atranka ir pateikimas pacientui suprantama forma ir turiniu padeda jam labiau objektyvizuoti savo pasirinkimą ir gauti didesnę naudą savo sveikatai.

Laukimo laikas (eilės) – svarbus veiksnys pasirenkant ligoninę (148,11).

Paslaugos laukimo laikas yra vienas prieinamumo su dedamųjų. Pacientas neretai sutinka su brangesne, kartais nepakankamai kokybiška paslauga, jeigu jos nereikia laukti.

Eilės susijusios ne tik su sveikatos priežiūros finansavimu, bet ir su vadyba, darbo našumu, pacientų srautais, ligoninių tinklu, jų pajėgumais. Eilės parodo santykį tarp prieinamumo ir kokybės, atspindi visą sveikatos priežiūros politiką ir vadybą šalyje. Pacientų pasirinkimas visa tai atskleidžia per jų pasitenkinimą sveikatos priežiūra (149).

Kuo mažesnės ligoninės galimybės, mažesnė pati ligoninė, joje mažai profilių – tuo darbo našumas jose mažesnis ir eilės didesnės (129).

Eilės atspindi sveikatos priežiūros paslaugų paklausos ir pasiūlos disbalansą, ribotas sveikatos sistemos galimybes. Eilių sąsajos su ligoninėmis pasireiškia ligoninių dydžiu, profiliu, paslaugų lygiu, apimtimi, technologiniu aprūpinimu, eilių tvarkymo pobūdžiu, pacientų srautų reguliavimu, skubios pagalbos teikimo organizavimu, ligoninės veiklos koordinavimu, vidiniu ir išoriniu profesiniu bendravimu, išteklių paskirstymu ir daugeliu kitų kintamųjų.

Kokybė – esminis veiksnys, teigiamai veikiantis paciento pasirinkimą (101,11).

Tačiau problema: pacientų galimybės vertinti, o tuo labiau palyginti sveikatos priežiūros kokybę vienoje ir kitoje ligoninėje, yra nepakankamos (145).

Be to, kokybės vertinimas priklauso ir nuo pačios šalies bei joje funkcionuojančios sveikatos priežiūros sistemos. Antai Anglijoje dauguma pacientų rinkosi ligoninę vertindami paslaugų kokybę, tačiau ją siedami su hospitalinėmis infekcijomis ir švara (35). Tai rodo, kad Anglijos pacientams švara ir hospitalinės infekcijos yra aktualūs veiksniai.

Todėl mokslinius tyrimus ir jų rezultatus atskirose šalyse pacientų pasirinkimo sveikatos priežiūros tema reikia vertinti atsargiai bei pamatuotai.

Tą patvirtina ir tai, kaip pasirinkimą pacientai vertina prieš susirgdami ir kaip susirgę sunkia liga - šie vertinimai labai skiriasi (150,151).

Aukšta paslaugų kokybė ligoninėse didina jų paklausą (152,72,62) ir yra svarbus ligoninių konkurencingumą didinantis veiksnys. Paslaugų kokybė ir jos santykis su pacientų pasirinkimu aptarti anksčiau.

Integruota sveikatos priežiūra paciento požiūriu – tai tokia sveikatos priežiūra pasirinktoje ligoninėje, kurią jis turi gauti nepriklausomai, kokiomis ligomis ir keliomis iš jų serga.

Paciento požiūris į integraciją apima daugiau klinikinę, profesinę bei funkcinę integraciją. Ji svarbi pagyvenusiems žmonėms, kurie turi daug lėtinių ligų. Integruota sveikatos priežiūra pacientui patrauklesnė, saugesnė, kokybiškesnė, pigesnė, labiau tenkina jo poreikius ir atspindi lūkesčius (153).

Integruota, į pacientą orientuota sveikatos priežiūra įgalina ligonines geriau naudoti išteklius ir brangias šiuolaikines technologijas, padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę, didina pacientų pasitenkinimą priežiūra ir skatina juos tokias ligonines rinktis.

Labai svarbi ligoninių ir juose dirbančių gydytojų integracija, tam tikras susitapatinimas. Tada gydytojai visada rekomenduos pacientams tą ligoninę, kurioje dirba (154,11).

Pacientui labai svarbus sveikatos priežiūros tęstinumas, kurį jis per savo patirtį ar artimųjų, draugų, šeimos gydytojo

rekomendacijas vertina pasirinkdamas gydytoją ir ligoninę.

Sveikatos priežiūros (gydymo) tęstinumas apima keletą aspektų:

- paciento galimybę tęsti sveikatos priežiūrą toje pačioje ligoninėje;
- paciento galimybę konsultuotis su tuo pačiu gydytoju, kuris jį gydė, operavo ir pan.;
- paciento galimybę tęsti sveikatos priežiūrą pas savo šeimos gydytoją, kuris turi kontaktą su ligonine, kurioje pacientas gydėsi, su gydžiusiu gydytoju ir gauna visą informaciją apie paciento sveikatos būklę;
- paciento galimybę, esant reikalui, rehospitalizacijai į tą pačią ligoninę ir tą patį skyrių, kur jis gydėsi anksčiau;
- kitus įvairius paciento sveikatos priežiūros aspektus (vaistų išrašymą ir derinimą, profilaktines periodines patikras ir kt.).

5. Pacientų sveikatos priežiūros pasirinkimas Lietuvoje: trumpa apžvalga ir atvejo analizė. Analizuotose pastarųjų metų tarptautinėse mokslinėse publikacijose pacientų sveikatos priežiūros pasirinkimo tema Lietuva neminama, nors pacientų sveikatos priežiūros pasirinkimas (įstaigų ir gydytojų) faktiškai įteisintas jau 1991 m. Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (155).

Ši pacientų teisė po to įtvirtinta LR Sveikatos sistemos įstatymu (1994): „LR gyventojai turi teisę nustatyta tvarka pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti, išskyrus įstatymuose numatytus atvejus“ (84 str. p.6) (156).

Klaipėdos universitetinėje ligoninėje gydytojo pasirinkimas buvo pacientams leistas jau daugiau kaip prieš 30 metų, o autorius apie pacientų pasirinkimą, konkurencijos svarbą sveikatos priežiūros kokybei rašė taip pat panašiu metu (8).

Pacientų teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą, taip pat ir užsienyje, teisė į informaciją įteisinta LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu (157).

Be to, netiesiogiai pacientų teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir specialistą patvirtino ir kiti įstatymai.

Šią pacientų teisę patvirtino ir visa eilė poįstatyminių teisės aktų (LR SAM įsakymai, VLK įsakymai ir kt.).

Būtina atkreipti dėmesį, kad pacientų teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą (ligoninę) riboja kai kurie teisės aktai, įteisinantys klasterius, centrus, operacijų apimtis, sveikatos priežiūros paslaugų lygius, gimdymų apimtis, papildomus mokėjimus ir t.t.

Tačiau pacientai šalyje tikrai turi teisę pasirinkti šeimos gydytoją, gydytoją konsultantą, pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, ligoninę, nors ir su kai kuriais ribojimais.

Autoriaus nuomone, Lietuva, kaip viena pirmųjų šalių, įteisinusių pacientų teisę rinktis sveikatos priežiūros įstaigą

ir specialistą, neminima dėl to, kad šia tema praktiškai nėra mokslinių publikacijų.

Atvejo analizė – Klaipėdos universitetinės ligoninės pacientų pasirinkimo tyrimas 2013-2017 m. Analizuojamu laikotarpiu ligoninės stacionare gydyti 219359 pacientai, iš jų 99643 (45,4 proc.) stacionarizuoti skubos tvarka, 119716 (54,6 proc.) planine tvarka. Iš stacionarizuotų skubos tvarka 99643 pacientų 56964 (57,2 proc.) kreipėsi patys. Iš stacionarizuotų planine tvarka 45130 (37,7 proc.) nukreipti šeimos gydytojų ir 74586 (62,3 proc.) gydytojų konsultantų.

Kadangi galiojantys teisės aktai neleidžia gydytojams (šeimos, konsultantams) nukreipti paciento į konkrečią ligoninę, galima teigti, kad stacionarizuoti planine tvarka ir kreipęsi patys 176680 (80,5 proc.) pacientai pasirinko gydytis Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Be to, galima daryti prielaidą, kad dalis pacientų, atvežtų greitosios medicinos pagalbos (GMP) medikų, taip pat pasirinko ligoninę ar sutiko su tokiu GMP medikų sprendimu.

Analizuojamu laikotarpiu vykdyta pacientų anketinė apklausa dėl sveikatos priežiūros kokybės. Apklausta 175374 pacientai (atsako dažnis 79,9 proc.).

Absoliuti dauguma pacientų teiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis, gydytojų ir slaugytojų bei akušerių darbu patenkinti, teiktos slaugos paslaugos buvo pakankamos, rezultatai tokie, kokių tikėjosi ir geresni.

Dar kartą ligoninę rinkęsi ir ją rekomenduotų kitiems taip pat absoliuti dauguma pacientų.

Iš tirtų pacientų penkerių metų laikotarpyje nepatenkinti teiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis 271 (0,15 proc.), gydytojų darbu 220 (0,13 proc.). Nors slaugytojų ir akušerių darbu nepatenkinti 1244 (0,71 proc.) pacientai, tačiau slaugos paslaugas kaip nepakankamas nurodė 799 (0,45 proc.) pacientų.

Blogesnius sveikatos priežiūros rezultatus, nei tikėjosi, nurodė 1190 (0,68 proc.) pacientų.

Ligoninės kitą kartą nesirinktų 656 (0,37 proc.) pacientai, 663 (0,38 proc.) jos nerekomenduotų kitiems.

Analizuojant atvykusiųjų skubos tvarka 67886 pacientų apklausos anketas, iš kurių 35650 (52,5 proc.) atvyko patys, 32236 (47,5 proc.) atvežė GMP, nustatyta, kad atvykę patys (pasirinkę ligoninę) mažiau nei atvežti GMP nepatenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis (0,14 proc. ir 0,2 proc.), mažiau nepatenkinti gydytojų (0,11 proc. ir 0,2 proc., statistiškai reikšmingas skirtumas) ir slaugytojų bei akušerių (0,71 proc. ir 0,75 proc.) darbu.

Atvykę patys rečiau nurodė slaugos paslaugas kaip nepakankamas, nei atvežti GMP (0,47 proc. ir 0,63 proc., statistiškai reikšmingas skirtumas), tarp jų mažiau tokių, kurie nurodė sveikatos priežiūros rezultatus blogesnius, nei tikėjosi (0,6 proc. ir 0,84 proc.).

Atvykę patys pacientai rečiau nesirinktų ligoninės kitą kartą, nei atvežti GMP (0,4 proc. ir 0,59 proc., statistiškai reikšmingas skirtumas) ir rečiau nerekomenduotų jos kitiems (0,42 proc. ir 0,55 proc., statistiškai reikšmingas skirtumas).

Statistiškai patikimų duomenų skirtumų atskirais tyrimo metais nenustatyta.

Apibendrinant galima teigti, kad absoliuti dauguma 2013-2017 m. gydytų pacientų patys rinkosi Klaipėdos universitetinę ligoninę, rekomendavo joje gydytis kitiems ir teikta sveikatos priežiūra bei rezultatais buvo patenkinti.

Išvados

1. Ligoninės pasirinkimas – sudėtingas procesas, pačių pacientų ir ligoninės charakteristikų, elgsenos sąveikos išdava nuolat kintančios aplinkos kontekste.

2. Vienas sveikatos priežiūros kokybę gerinančių veiksnių – ligoninės pasirinkimas, sąlygojantis aktyvų pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūros procese ir pasitenkinimą ja.

3. Paciento asmeninės charakteristikos ir elgsena, paveikta patirties, žinių ir informacijos, daro didelę įtaką ligoninės pasirinkimui.

4. Ligoninių charakteristikos – jų struktūra, technologijos, vadyba, veikla, kokybė bei rezultatai, atskirų ligoninių palyginimas ir pranašumų išskyrimas – pagrindinis pacientų pasirinkimą apsprendžiantis veiksnys.

5. Ligoninių pasirinkimas Lietuvoje – teisės aktų įteisiinta reali galimybė. Daugiaprofilinė, universitetinio tipo, aprūpinta šiuolaikinėmis technologijomis, teikianti aukštos kokybės paslaugas ligoninė – pacientų pasirinkimo objektas, atspindintis jų poreikius ir lūkesčius, teikiantis pasitenkinimą sveikatos priežiūra.

Literatūra

- Burns LR, Wholey D.R. The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care. *Journal of Health Economics* 1992; 11:43-62.
[https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90024-U](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90024-U)
- Bernstein AB, Gauthier AK. Choices in health care: what are they and what are they worth? *Medical Care Research and Review* 1999; 56(S1):5-23.
<https://doi.org/10.1177/1077558799056001S01>
- Burge P, Devlin N, Appleby J. et al. *Understanding patients' choices at the point of referral*. Cambridge: Rand Europe, 2006.
- Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research Policy* 2006; 11:167-171.
<https://doi.org/10.1258/135581906777641703>
- Miller L, May D. Patient choice in the NHS: how critical are facilities services in influencing patient choice. *Facilities* 2006; 24:-354-364.

6. Anell A. Swedish health care under pressure. *Health Economics* 2005; 14:s237-s254.
<https://doi.org/10.1002/hec.1039>
7. Dowding K, John P. The value of choice in public policy. *Public Administration* 2009; 87:219-223.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2008.01732.x>
8. Janušonis V. *Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas*. Vilnius. Mokslas, 1990.
9. Fotaki M, Roland M, Boyd A. et al. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research Policy* 2008; 13:178-184.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007163>
10. Fotaki M. Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens and/or co-producers driving improvements in health and social care in the UK and Sweden. *Public Administration* 2011; 89: 933-955.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01879.x>
11. Janušonis V. *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje*. Klaipėda. S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2017.
12. Damman O, Hendriks M, Rademakers J. How do health care consumers process and evaluate comparative health care information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health* 2009; 9:423-430.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-423>
13. Dijns-Elsinga J, Otten W, Versluijs M. et al. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Medical Decision Making* 2010; 30:544-560.
<https://doi.org/10.1177/0272989X09357474>
14. Abraham I, Sick B, Anderson J. et al. Selecting a provider: what factors influence patients' decision making? *Journal of Health care Management* 2011; 56:99-114.
<https://doi.org/10.1097/00115514-201103000-00005>
15. De Groot IB, Otten W, Dijns-Elsinga J. et al. Choosing between hospitals: the influence of the experiences of other patients. *Medical Decision Making* 2012; 32:764-778.
<https://doi.org/10.1177/0272989X12443416>
16. Propper C, Wilson D, Burgess S. Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy* 2006; 35:537-557.
<https://doi.org/10.1017/S0047279406000079>
17. Ogden J, Daniells E, Barnett J. The value of choice: development of a new measurement tool. *British Journal of General Practice* 2008; 58:614-618.
<https://doi.org/10.3399/bjgp08X330735>
18. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers J. Determinants of patient choice of health care providers: a scoping review. *BMC Health Services Research* 2012; 12:272-307.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>
19. Gutacker N, Siciliani L, Moscelli G, Gravelle H. Choice of hospital: which type of quality matters? *Journal of Health Economics* 2016; 50:230-246.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.08.001>
20. Romley JA, Goldman DP. How costly is hospital quality? A revealed – preference approach. *Journal of Industrial Economics* 2011; 59:578-608.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6451.2011.00468.x>
21. Beckert W, Christensen M, Collyer K. Choice of NHS- funded hospital services in England. *The Economic Journal* 2012; 122:400-417.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2012.02496.x>
22. Janušonis V. *Sveikatos priežiūros vadybos raida Lietuvoje: pokyčiai, tendencijos, kritinis požiūris, tarptautinis kontekstas*. Sveikatos mokslai, 2017; 27:76-83.
23. Simonet D. The new public management theory and European health care reforms. *Canadian Public Administration* 2008; 51:617-635.
<https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2008.00044.x>
24. Asworth R, Ferlie E, Hammerschmid G. et al. Theorizing contemporary public management: international and comparative perspectives. *British Journal of Management* 2013; 24:s1-s17.
<https://doi.org/10.1111/1467-8551.12035>
25. Simonet D. Assessment of new public management in health care: the French case. *Health Research Policy and Systems* 2014; 12:57-67.
<https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-57>
26. Langer J. The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975; 32:311-328.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.32.2.311>
27. Mol A. *The logic of care*. Health and the problem of patient choice. Abington: Routledge 2008.
<https://doi.org/10.4324/9780203927076>
28. Barnett J, Ogden J, Daniells E. The value of choice: a qualitative study. *British Journal for General Practitioners* 2008; 58:609-613.
<https://doi.org/10.3399/bjgp08X330717>
29. Elwyn G, Edwards A, Thompson R. *Shared decision making in health care: achieving evidence based patient choice*. Oxford: Oxford University Press 2016.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198723448.001.0001>
30. Beusekom I, Tonshoff S, de Vries H. et al. Possibility or utopia? Consumer choice in health care: a literature review. Santa Monica: RAND Corporation 2004.
31. Vrangback K, Robertson R, Winblad U. et al. Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law* 2012; 7(S1):47-71.
<https://doi.org/10.1017/S1744133111000302>
32. Fotaki M. Is patient choice the future of health care systems? *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1:121-123.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.22>

33. Sheiman I, Shishkin S, Markelova H. Opportunities and limitations of patient choice: the case of the Russian Federation. *Health Policy and Planning* 2014; 29:106-114. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs139>
34. Kreisz FP, Gericke C. User choice in European health systems: towards a systematic framework for analysis. *Health Economics, Policy and Law* 2010; 5:13-30. <https://doi.org/10.1017/S1744133109990132>
35. Jones L, Mays N. Systematic review of the impact of patient choice of provider in the English NHS. London: LSHTM 2009.
36. Ringard A, Saunes IS, Sagan A. The 2015 hospital treatment choice reform in Norway: continuity or change? *Health Policy* 2016; 120:350-355. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.013>
37. Or Z, Cases C, Lisac M. et al. Are health systems problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismark Systems. *Health Economics, Policy and Law* 2012; 5:269-293. <https://doi.org/10.1017/S1744133110000034>
38. Cooper ZS, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does hospitals competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal* 2011; 121:F228-F260. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2011.02449.x>
39. Ringard A. Patients' choices in Norwegian health care: expectations, outcomes and future development. *European Journal of Public Health* 2014; 24 (S2):151-156. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku151.046>
40. Wendt C, Kohl J, Mischke M, Pfeifer M. How do European's perceive their health care system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of health care. *European Sociological Review* 2010; 26:177-192. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp014>
41. Costa Font J, Zigante V. The choice agenda in European Health Systems: the role of middle class demands. LSE: LEQS Paper 2014; 82.
42. Baumann Z. *Consuming life*. Cambridge: Polity Press 2007.
43. Dixon A, LeGrand J. Is greater patient choice consistent with equity? The case of English NHS. *Journal of Health Services Research and Policy* 2006; 11:162-166. <https://doi.org/10.1258/135581906777641668>
44. Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Sisteminė techninė-praktinė apžvalga. Klaipėda. S.Jokužio leidykla-spaustuvė, 2016.
45. Hibbard JH, Greene J, Sofaer S. et al. An experiment shows that a well-designed report on costs and quality can help consumers choose high – value health care. *Health Affairs* 2011; 32:560-568.
46. Kim K, Ahn S, Lee B. et al. Factors associated with patients' choice of physician in the Korean population: database analyses of a tertiary hospital (online), 2018; Doi:101371/journal.pone.0190472.
47. Dixon A, Robertson R, Bal R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Economics, Policy and Law* 2010; 5:295-317. <https://doi.org/10.1017/S1744133110000058>
48. Iyengar SS, Lepper MR. When voice is demotivating: can one desire too much of a good thing? *Personal Sociology and Psychology* 2000; 79:995-1006. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.6.995>
49. Mukamel DB, Haeder SF, Weimer DL. Top-down and bottom-up approaches to health care quality: the impacts of regulation and report cards. *Annual Review of Public Health* 2014; 35:477-497. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-082313-115826>
50. Chou SY, Deily ME, Li S, Lu Y. Competition and the impact of online hospital cards. *Journal of Health Economy* 2014; 34:42-58. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.12.004>
51. Rosen R, Florin D, Hutt R. The anatomy of GP referral decisions. A qualitative study of GPs' views on their role in supporting patient choice. London: King's Fund 2007.
52. Birk HO, Henriksen LO. Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BMC Health Services Research* 2012; 12:126-146. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-126>
53. Ringard A. Why do general practitioners abandon the local hospital? An analysis of referral decisions related to elective treatment. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010; 38:597-604. <https://doi.org/10.1177/1403494810371019>
54. Dixon A, Robertson A, Appleby J. et al. Patient choice. How patients choose and provider respond. London: The King's Fund 2010.
55. Ikkersheim D, Koolman X. The use of quality information by general practitioners: does it alter choices? A randomized clustered study. *BMC Family Practitioner* 2013; 14:95-105. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-95>
56. Hermeling P, Geraedts M. Do physicians know and use mandatory quality reports? *Gesundheitswesen* 2013; 3:155-159.
57. Ferrua M, Sicotte C, Lallone B, Minvielle E. Comparative quality indicators for hospitals choice: do general practitioners care? Open access 2016.
58. Special Eurobarometer 27. Patient safety and quality of health care: Brussels: European Commission 2010.
59. Clarke J, Smith N, Vidler E. The indeterminacy of choice: political, policy and organizational implications. *Social Policy and Society* 2006; 5:327-336. <https://doi.org/10.1017/S1474746406003010>
60. Vassel A, Nguyen TD. Theories of social systems: implications for health care system. *International Journal of Psychological Sciences* 2012; 4:273-277.

- <https://doi.org/10.5539/ijps.v4n2p273>
61. Greaves FD, Ramirez-Cano D, Vlaev I. et al. Harnessing the cloud of patient experience: using social media to detect poor quality health care. *BMJ Quality and Safety* 2013; 22:251-255. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001527>
 62. Moscone F, Tosetti E, Vittadini G. Social interaction in patients' hospital choice: evidence from Italy. *Journal of the Royal Statistical Society* 2012; 175:456-472. <https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2011.01008.x>
 63. Brekke K, Gravelle H, Siciliani L, Straume O. Patient choice, mobility and competition among health care providers. In: Levaggi R., Montefiori M. (eds.). *Health Care Provision and Patient Mobility*. London: Springer 2014. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5480-6_1
 64. McConnel K, Lindrooth R, Wholey D. et al. Modern management practices and hospital admissions. *Health Economics* 2016; 25:470-485. <https://doi.org/10.1002/hec.3171>
 65. Basch E, Torda P, Adams K. Standards for patient-reported outcome-based performance measures. *JAMA* 2013; 310:139-140. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.6855>
 66. Gravelle H, Santos R, Siciliani L. Does a hospital's quality depend on the quality of other hospitals? A spatial econometrics approach. *Regional Science and Urban Economics* 2014; 49:203-216. <https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2014.09.005>
 67. Damman OC, Hendrix M, Rademakers I. et al. Consumers' interpretation and use of comparative information on the quality of health care: the effect of presentation approaches. *Health Expectations* 2012; 15:197-211. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00671.x>
 68. Tay A. Assessing competition in hospital care markets: the importance of accounting for quality differentiation. *RAND Journal of Economy* 2003; 34:786-814. <https://doi.org/10.2307/1593788>
 69. Knight VA, Williams JE, Reynolds I. Modelling patient choice in health care systems: development and application of a discrete event simulation with agent – based decision making. *Journal of Simulation* 2012; 6:92-102. <https://doi.org/10.1057/jos.2011.21>
 70. Burge P, Devlin N, Appleby J. et al. Do patients always prefer quicker treatment? A discrete choice analysis of patients' stated preferences in the London patient choice project. *Applied Health Economics and Health Policy* 2014 3:183-194. <https://doi.org/10.2165/00148365-200403040-00002>
 71. Dixon S. Report on the National Patient Choice Survey – February 2010 England. Department of Health UK, 2010.
 72. Sivey P. The effect of waiting time and distance on hospital choice for English cataract patients. *Health Economics* 2012; 21:444-456. <https://doi.org/10.1002/hec.1720>
 73. Marschal M, McLoughlin V. How do patients use information on health providers? *British Medical Journal* 2010; 341:5272-5274. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5272>
 74. Gaynor M, Seider A, Vogt W. The volume-outcome effect, scale economics, and learning by doing. *The American Economic Review* 2005; 95:243-247. <https://doi.org/10.1257/000282805774670329>
 75. Wyld L, Audisio RA, Poston GJ. The evolution of cancer surgery and future perspectives. *National Review of Clinical Oncology* 2015; 12:115-124. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.191>
 76. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV. et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine* 2002; 346:1128-1137. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012337>
 77. Gruen RL, Pitt V, Green S. et al. The effect of provider case volume on cancer mortality: systematic review and metaanalysis. *CA Cancer Journal for Clinicians* 2009; 59:192-211. <https://doi.org/10.3322/caac.20018>
 78. Balia S, Brau K, Marrocu. What driver patient mobility across Italian regions? Evidence from hospital discharge data. *Developments in Health Economics and Public Policy* 2014; 12:133-154. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5480-6_6
 79. Siciliani L, Chalkley M, Gravelle H. Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy* 2017; 121:103-110. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.011>
 80. Judge A, Chard J, Learmonth I, Dieppe P. The effects of surgical volumes and training centre status on outcomes following total joint replacement: analysis of the Hospital Episode Statistics for England. *Journal of Public Health* 2006; 28:116-124. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdl003>
 81. Varangunam M, Hutchings A, Black N. Relationship between patient – reported outcomes of elective surgery and hospital and consultant volume. *Medical Care* 2015; 53:310-316.
 82. Iversen T, Luras H. Patient switching in general practice. *Journal of Health Economics* 2011; 30:894-903. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.07.008>
 83. Baicker K., Levy H. Coordination versus competition in health care reform. *New England Journal of Medicine* 2013; 369:789-791. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1306268>
 84. Aggarwal A, Lewis D, Mason M. et al. Patient mobility for elective secondary health care services in response to patient choice policies: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 2017; 74:379-403. <https://doi.org/10.1177/1077558716654631>
 85. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients'

- expectations about the organization of their primary care physicians' practices? *BMC Health Services Research* (online), 2015. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0985-y>
86. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and health care quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2009; 22:366-381. <https://doi.org/10.1108/09526860910964834>
87. Norquist GS. Contended but not better: problems with satisfaction. *Psychiatric Services* 2009; 60:867-967. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.867>
88. Rowling A, Rowe G, Lambert N. et al. The measurement of patients' expectations. *Health Technology Assessment* 2012; 16:1s-50s.
89. Rege A. The 4 biggest factors deforming a patients choice of physician (online). www.beckershospitalzeview.com, 2017.
90. Ettner R, Ettner F, White T. Choosing a surgeon: an exploratory study of factors influencing selection of a gender affirmation surgeon. *Transgender Health* (online) 2016.
91. Katelaar NA, Faler MJ, Westert GP. et al. Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice. *Quality of Primary Care* 2014; 22:81-89.
92. Green J, Hibbard JH, Sacks R. et al. When patient activation levels change health outcomes and costs change, too. *Health Affairs* 2015; 34:431-437. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>
93. De Groot I, Otten W, Smeets H, Marang-van de Mheen P. Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? *BMC Health Services Research* 2011; 11:214-224. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-214>
94. Robertson R, Burge P. The impact of patient choice of providers on equity: analysis of a patient survey. *Journal of Health Services Research Policy* 2011; 16:22-28. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010084>
95. Magee H, Davis IJ, Coulter A. Public views on health care performance indicators and patient choice. *Journal Royal Society Medicine* 2003; 96:338-342. <https://doi.org/10.1177/014107680309600707>
96. Kolstad JT, Chernevo ME. Quality and consumer decision making in the market for health, insurance and health care services. *Medical Care Research and Review* 2009; 66:283-525.
97. Exworthy M, Peckham S. Access, choice and travel: implications for health policy. *Social Policy and Administration* 2010; 40:267-287. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00489.x>
98. Marang-van de Mheen P, Dijks-Elsinga J, Otten W. et al. The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery. *Quality and Safety in Health Care* 2011; 19:1-6.
99. Lako CJ, Rosenau P. Demand – driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey in to hospital choice. *Health Care Annals* 2009; 17:20-35. <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0093-9>
100. Fasolo B, Reutskaja E, Dixon A, Boyce T. Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Education and Counseling* 2011; 78:344-349. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.009>
101. Faber M, Bosch M, Wollersheim H. et al. Public reporting in health care: how do consumers use quality – of – care information? A systematic review. *Medical Care* 2009; 47:1-8. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181808bb5>
102. Moser A, Korstjens I, Van dor Weijden T, Tange H. Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving Web-bases comparative consumer information. *Patient Education and Counseling* 2010; 78:365-371. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.027>
103. De Cruppe W, Geraedts M. Hospital choice in Germany from patients perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2015; 17:720-737. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2712-3>
104. Rademarkers J, Delnoij D, de Boer D. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of health care quality? *BMI Quality and Safety* 2011; 20:326-331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.042358>
105. Hibbard J, Greene J, Daniel D. What is quality anyway? Performance reports that clearly communicate to consumers the meaning of quality of care. *Medical Care Research and Review* 2010; 67:275-293. <https://doi.org/10.1177/1077558709356300>
106. Turnpenney A, Beadle-Brown J. Use of quality information in decision – making about health and social care services – a systematic review. *Health and Social Care in the Community* 2015; 23:349-361. <https://doi.org/10.1111/hsc.12133>
107. Argan M. Investigating word-of-mouth (WOM) factors influencing patients' physician choice and satisfaction. *International Journal of Medical Research and Health Sciences* 2016; 1:191-198.
108. Taylor- Gooby P. Choice and values: individualized rational action and social goals. *Journal of Social Policy* 2008; 2:167-185. <https://doi.org/10.1017/S0047279407001699>
109. Hvidberg L, Wulff CN, Pedersen AF. et al. Barriers to health care seeking, beliefs about cancer and the role of socio-economic position. A Danish population – based study. *Preventive Medicine* 2015; 71:107-113. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.007>
110. Yu W, Li M, Ye F. et al. Patient preference and choice of health

- care providers in Shanghai, China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2017; 7:2016418.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016418>
111. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitikus. Klaipėda. S.Jokužio leidykla – spaustuvė, 2012.
112. Gaynor M, Propper C, Seiler S. Free to choose? Reform and demand response in the English National Health Service. London: National Bureau of Economic Research 2012.
<https://doi.org/10.3386/w18574>
113. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. Klaipėda. Rytas, 2000.
114. Tenkorang EY. Health provider characteristics and choice of health care facility among Ghanaian health seekers. *Health System and Reform* 2016; 2:160-170.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1171282>
115. Beukers PD, Kemp RG, Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economy* 2014; 15:927-936.
<https://doi.org/10.1007/s10198-013-0535-7>
116. Etzioni D, Fowl R, Wasif N, et al. Distance bias and surgical outcomes. *Medical Care* 2013; 51:238-244.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318270bbfa>
117. Stitzenberg KB, Sigurdson ER, Egleston BL, et al. Centralization of cancer surgery: implications for patients access to optimal care. *Journal of Clinical Oncology* 2009; 27:4671-4678.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.1715>
118. Aggarwal A, Lewis D, Charman SC, et al. Determinants of patient mobility for prostate cancer surgery: a population based study of choice and competition. *European Urology (online)*, 2017.
119. Nass SJ, Patlak M. Appropriate use of advanced technologies for radiation therapy and surgery in oncology: workshop summary. Washington, D.C.: National Academics Press 2016.
<https://doi.org/10.17226/21859>
120. Nostedt MC, McKay AM, Hochman DI, et al. The location of surgical care for rural patients with rectal cancer: patterns of treatment and patient perspectives. *Canadian Journal of Surgery* 2014; 57:398-404.
<https://doi.org/10.1503/cjs.002514>
121. Wei M, Xiao JC. Study on influencing factors and countermeasures analyse of choosing different medical institutions by patients. *China Health Service Management* 2014; 31:259-261.
122. Hsia RY, Kellermann AL, Shen YC. Factors associated with closures of emergency departments in the United States. *JAMA* 2011; 305:1978-1985.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.620>
123. Aggarwal A. Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: national, population based study. *The Lancet* 2017; 18:1445-1453.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30572-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30572-7)
124. Aggarwal A, Nossiter J, Cathcart P, et al. Organization of prostate cancer services in the English National Health Service. *Clinical Oncology* 2016; 28:482-489.
<https://doi.org/10.1016/j.clon.2016.02.004>
125. Diana M, Marescaux I. Robotic surgery. *British Journal of Surgery* 2015; 102:e15-e28.
<https://doi.org/10.1002/bjs.9711>
126. Graedts M, Schwartz D, Molzahn T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion on the reported quality indicators. *BMC Health Service Research* 2007; 7:157-162.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-157>
127. Roh CY, Lee KH, Fottler MD. Determinants of hospital choice of rural hospital patients: the impact of networks, service scopes, and market competition. *Journal of Medical Systems* 2008; 32:343-353.
<https://doi.org/10.1007/s10916-008-9139-7>
128. Lux MP, Fasching PA, Schrader M, et al. The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. *Archives Gynecology and Obstetrics* 2011; 293:559-568.
<https://doi.org/10.1007/s00404-010-1398-0>
129. Denton BT, ed. Handbook of health care operations management methods and applications. New York: Springer 2013.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2>
130. Glasby J, Smith J, Dichinson H. Creating "NHS local": a new relationship between PCTs and local government. Birmingham: University of Birmingham 2006.
131. Marang-Van-De-Mheen P, Dijns-Elsinga J, Otten W, et al. The relative importance of quality of care information when choosing a hospital for surgical treatment: a hospital choice experiment. *Medical Decision Making* 2010.
132. De Kuijper M. Profit power economics: a new competitive strategy for creating sustainable wealth. New York: Oxford University Press 2009.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195171631.001.0001>
133. Abrishami P, Boer A, Horstman K. Understanding the adoption dynamics of medical innovations: affordances of the da Vinci robot in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 2014; 117:125-133.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.046>
134. Gowrisankaran G, Town RJ. Competition, payers, and hospital quality. *Health Services Research* 2008; 38:1403-1422.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2003.00185.x>
135. Propper C, Burgess S, Gossage D. Competition and quality: evidence from the NHS internal market 1991-1999. *Economic Journal* 2008; 118:138-170.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2007.02107.x>
136. Backer LC, Bundorf MK, Kessler DP. The effect of hospital /physician integration on hospital choice. Cambridge M.A.: Working Paper 21497, 2005.

137. Guile M, Schnatz P, O'Sullivan D. Relative importance of gender in patients' selection of obstetrics and gynecology providers. *Connecticut Medicine* 2007; 71:325-332.
138. Jenkins DP, Cooper G. Publicly available outcome data for individual surgeons: lessons from cardiac surgery. *European Urology* 2017; 71:309-310.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.09.024>
139. Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Klaipėda. S.Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008.
140. O'Leary KJ, Ritter CD, Wheeler H. et al. Team work on inpatient medical units: assessing attitudes and barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2010; 19:117-121.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2008.028795>
141. Bevan G, Shellen M. Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ* 2011; 343:d6470-d6470.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d6470>
142. Van Empel I, Dancef E, Koolman X. et al. Physicians underestimate the importance of patient – centeredness to patients: a discrete choice experiment in fertility care. *Human Reproduction* 2011; 26:584-593.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deq389>
143. Zimmermann TM, Clouth J, Elosge M. et al. Patient preference for outcomes of depression treatment in Germany: a choice – based conjoint analysis study. *Journal of Affective Disorders* 2013; 148:210-219.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.062>
144. Walker K, Neuburger J, Groene O. et al. Public reporting of surgeon outcomes: low numbers of procedures lead to false complacency. *Lancet* 2013; 382:1674-1677.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61491-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61491-9)
145. Fung CH, Lim YW, Mattke S. et al. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine* 2008; 148:111-123.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006>
146. Ogden J, Barnett J, Daniells E. When is choice a good thing? An experimental study of the impact of choice on patient outcomes. *Psychology Health and Medicine* 2009; 14:34-47.
<https://doi.org/10.1080/13548500802069006>
147. Lagu T, Goff SL, Craff B. et al. Can Social Media be used as hospital quality improvement tool? *Journal of Hospital Medicine* 2016; 11:52-55.
<https://doi.org/10.1002/jhm.2486>
148. Ringard A, Hagen TP. Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? *BMC Health Services Research* 2011; 11:170-178.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-170>
149. Singh V. Use of queuing models in health care. *International Journal of Computing and Business Research* 2011; 2:1-2.
150. Schwartz B. *The paradox of choice: why less is more*. New York: Harper Collins 2004.
151. Greener I. Choice and voice – a review. *Social Policy and Society* 2008; 7:255-265.
<https://doi.org/10.1017/S1474746407004204>
152. Pope DG. Reacting to rankings: evidence from "Americans Best Hospitals". *Journal of Health Economy* 2008; 28:1154-1165.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.08.006>
153. Hwang W, Chang J, LaClair M, Paz H. Effects of integrated delivery system on cost and quality. *American Journal of Managed Care* 2013; 19:e175-e184.
154. O'Malley AS, Bond AM, Berenson RA. Rising hospital employment of physicians: better quality, higher costs? Washington DC: Center for Studying Health System Change 2011.
155. LR Aukščiausios Tarybos nutarimas, 1991 m. spalio 30 d., Nr.I-1939.
156. LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d., Nr.I-552.
157. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 m. spalio 3 d., Nr.I-1562.
158. Pollit C, Bouckaert G. *Public management reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press 2011.
159. Santos R, Gravelle H, Propper C. Does quality affect patients' choice of doctors? Evidence from England. *The Economic Journal* 2015; 127:445-494.
<https://doi.org/10.1111/ecoj.12282>
160. Morris C, Bailey K. Measuring health care quality: an overview of quality measures. www.familieusa.org, 2014.

**HEALTH CARE (HOSPITAL) CHOICE AND
QUALITY: LITERATURE OVERVIEW AND
CASE (LITHUANIA) STUDY**
V. Janušonis

Key words: hospital choice, health care quality, patients characteristics, hospital characteristics.

Summary

The aim of the study – to analyze and estimate the possibility of health care (hospital) choice, factors affecting this process and their relationship with quality in economically developed countries and in Lithuania.

The object of the study and methods. The object of the study - process of the hospital choice.

Methods – systematic analysis of scientific literature, interpretation and extrapolation of tendencies, statistical data analysis, theoretical generalization.

A comparative analysis of patients questionnaires was performed, 175374 patients who were hospitalized in Klaipėda university hospital 2013-2017 years were interviewed (response rate 79,9%).

Statistical data analysis was done using programme SP SS 20.0.1 for Windows.

Results. It has been established that the theory of choice of health care is constantly changing, its application and results depend on the country's structure of health care system, society and many other variables.

The choice of patients health care has a positive impact on health care quality in hospitals, although it is a controversial statement.

Both patient and hospital characteristics play an important role in choosing the hospitals.

Patients in Lithuania have the right to choose a hospital and doctors since 1991. When examining the opinion of patients in the Klaipeda university hospitals, it was found that 80,5 proc. of them choose the hospital themselves, the rest were delivered to the hospital on an urgent basis, so they did not have a free choice.

The absolute majority of patients were satisfied the health care in the hospital and will be chosen if in the future.

Conclusions. The hospital's choice is a complex process, a combination of patient hospital characteristics and behavior interaction in the context of a constantly changing environment.

One of the factors contributing to health care quality improvement is the choice of the hospital which determines the patient's active participation in the health care process and satisfaction.

The patients personal characteristics and behavior influenced by experience, knowledge and information, greatly influence the choice of the hospital.

Hospital's characteristics – their structure, technologies, management, activity, quality and outcomes comparison of individual hospitals and exclusion of advantages – the main determinant of patient choice.

The choice of hospital in Lithuania is a real possibility.

A multidisciplinary, university, equipped with modern technologies, promoting high – quality hospital services – a subject of choice of patients, reflecting their needs and expectations, providing satisfaction with health care.

Correspondence to: janusonis@kul.lt

Gauta 2018-11-30
