

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

Visuomenės sveikatos fakultetas

Sveikatos vadybos katedra

Monika Anelauskienė

**PACIENTŲ NUOMONĖ APIE VIEŠŲJŲ IR PRIVAČIŲJŲ AMBULATORINIŲ
KARDIOLOGIJOS PASLAUGŲ PASIRINKIMO MOTYVUS**

**Magistro diplominis darbas
(Visuomenės sveikatos vadyba)**

Mokslinė vadovė

Dr. Jurgita Vladičkienė

KAUNAS, 2010

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

PACIENTŲ NUOMONĖ APIE VIEŠŪJŲ IR PRIVAČIŪJŲ AMBULATORINIŲ KARDIOLOGIJOS PASLAUGŲ PASIRINKIMO MOTYVUS

Monika Anelauskienė

Mokslinė vadovė dr. Jurgita Vladičkienė

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra.

Kaunas; 2010. 67p.

Darbo tikslas. Įvertinti pacientų nuomonę apie viešųjų ir privačiųjų ambulatorinių kardiologijos paslaugų pasirinkimo motyvus.

Darbo uždaviniai.

1. Iširti pacientų nuomonę apie ambulatorinių kardiologijos paslaugų kokybę.
2. Išaiškinti pacientų nuomonę apie veiksnius, įtakojančius viešųjų ir privačių ambulatorinių kardiologijos paslaugų pasirinkimą.
3. Palyginti viešojoje ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose apsilankiusių pacientų nuomonę apie kardiologinės priežiūros paslaugų kokybę ir pasirinkimo motyvus.

Tyrimo metodika. Buvo atlikta viešosios ir privačios ambulatorinių kardiologijos įstaigų pacientų anoniminė anketinė apklausa, kurios metu buvo išdalinta 500 anketų (250 privačioje gydymo įstaigoje ir 250 viešojoje gydymo įstaigoje). Privačioje gydymo įstaigoje atsako dažnis 81,6 proc., viešojoje gydymo įstaigoje atsako dažnis 78,4 proc. Anketiniai duomenys buvo apdorojami ir analizuojami naudojant statistinį duomenų paketą "SPSS 16.0".

Rezultatai. Registravimosi pas gydytojus patogumą privataus sektoriaus respondentai įvertino labai gerai 89,2 proc., viešajame sektoriuje vertino gerai 55,1 proc. Fizinės aplinkos patogumą privataus sektoriaus labai gerai įvertino 91,2 proc. ir 70,4 proc. viešojo sektoriaus respondentų. Gydytojų profesionalumą konsultacijos metu, labai gerai įvertino 92,6 proc. daugelis viešojo sektoriaus apklaustųjų 78,6 proc. įvertino gerai. 81,9 proc. privačių ir 3,6 proc. viešosios įstaigos respondentų slaugytojų profesionalumą įvertino labai gerai. Didžioji dalis viešojo sektoriaus respondentų registratūros darbuotojų bendravimą įvertino vidutiniškai (82,1 proc.), 5,1 proc. įvertino gerai, ir daugiau kaip dešimtadalis įvertino blogai (12,8 proc.). Privačiajame sektoriuje gydymo įstaigos pasirinkimą daugiausia lemia kainos ir kokybės santykis 34,8 proc., viešajame sektoriuje svarbiausia gera specialistų kompetencija 27,6 proc. 59,3 proc. privačiojo ir

42,3 proc. viešojo sektoriaus respondentų patenkinti ekonominiu prieinamumu. 94,1 proc. privataus sektoriaus ir 30,1 proc. viešojo sektoriaus pacientų yra visiškai patenkinti komunikaciniu prieinamumu. 87,3 proc. privataus sektoriaus ir 11,2 proc. viešojo sektoriaus respondentų visiškai patenkinti organizaciniu prieinamumu.

Išvados. Tiek privačios, tiek viešosios ambulatorinės įstaigos teikiamos paslaugos tenkina didesnę dalį apklausoje dalyvavusių pacientų, tačiau privačios gydymo įstaigos pacientai daugeliu aspektų geriau vertina teikiamų paslaugų kokybę, bei komunikacinį ir organizacinį paslaugų prieinamumą. Pagrindinis veiksnys sąlygojantis privataus sektoriaus pasirinkimą yra geresnis organizacinis prieinamumas.

Raktažodžiai. Privati ir viešoji sveikatos priežiūros įstaiga, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, prieinamumas, pacientų pasitenkinimas.

SUMMARY

Management of Public Health

OPINION OF THE PATIENTS ABOUT MOTIVES OF CHOSING CARDIOLOGICAL OUT-PATIENT PUBLIC AND PRIVATE HEALTH SERVICES

Monika Anelauskienė

Supervisor Dr. Jurgita Vladičkienė

Department of Health Management, Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine.
Kaunas; 2010. 67 p.

Aim of the study. To assess opinion of the patients about motives of choosing cardiological out-patient public and private health services.

Objectives.

1. To examine patients opinion about the quality of ambulatory cardiology services.
2. To find out patients opinion about factors, which influence public or private ambulatory cardiology services selection.
3. To compare patients opinion about the quality of cardiology care services and reasons of selections after visits in public or private healthcare institution.

Methods. It was done an anonymous questionnaire survey of public and private cardiological health care institutions patients, distributed 500 of questionnaires (250 in private and 250 in public cardiological health services). In private health care institution 81,6 % of answers were received, in public institution – 78,4 %. Data of the questionnaire were processed and analysed statistical data analysis packet „SPSS 16.0“.

Results. 89,2 % of respondents evaluate the convenience of registration in private sector as very good, 55,1% evaluate public sector as good. 91,2 % of respondents evaluate physical environment convenience as very good in private sector and just 70,4 % evaluate public sector. The regularity of doctors during consultation as very good evaluate 92,6 % from private sector and in public sector just 78,6 % evaluate as good. 55,9 % of respondents evaluate the communication between receptionist and patient as very good in private sector and 82,1 % in public sector evaluate as average. 34,8% of respondents consider that the selection of healthcare institution in private sector usually is influenced by price and quality proportion and in public sector 27,6% of respondent believe in competition of specialists. The respondent from private (59,3%) and from public (42,3%) sector were satisfied with economic accessibility. 94,1 %

respondents from private sector were satisfied with communication accessibility and just 30,1% of respondent from public sector. 87,3% form private sector were satisfied with organization accessibility and just 11,2% from public sector.

Conclusions. Private and public ambulatory healthcare institutions meet the requirements of patients, but ptivate healthcare institutions patiens evaluate better the quality of services in many aspects. The main factor which influence the selection of private sector is better organization accessibility.

Key words. Private and public health care institution, quality of health care, access to health care, patients satisfaction.

SANTRUMPOS

ASPĮ - asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

ES – Europos sąjunga.

LNSS – Lietuvos Nacionalinė Sveikatos Sistema.

LR – Lietuvos Respublika.

PSD – privalomasis sveikatos draudimas.

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas.

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija.

PSP - Pirminė sveikatos priežiūra.

PTŽAI – pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.

SAM – Sveikatos Apsaugos Ministerija.

SP - sveikatos priežiūra.

SPĮ – sveikatos priežiūros įstaiga.

TLK – teritorinės ligonių kasos.

TURINYS

IVADAS	8
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1. Paciento teisė į geros kokybės sveikatos priežiūrą.....	10
1.2. Veiksniai įtakojantys ambulatorinių paslaugų pasirinkimą.....	12
1.2.1. Sveikatos priežiūros prieinamumas pacientui	12
1.2.2. Sveikatos priežiūros ekonominis prieinamumas	16
1.2.3. Sveikatos priežiūros komunikacinis prieinamumas	17
1.2.4. Sveikatos priežiūros organizacinis prieinamumas.....	18
1.3. Pacientų pasitenkinimas kardiologinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.....	21
2. TYRIMO METODIKA	24
2.1. Tirtųjų sveikatos priežiūrų įstaigų aprašas	24
2.2. Anketos sudarymas.....	24
2.3. Anketinės apklausos organizavimas.....	25
2.4. Demografinė ir socialinė respondentų charakteristika	26
2.5. Statistinė duomenų analizė	31
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	32
3.1. Pacientų nuomonė apie kardiologinių paslaugų kokybę	32
3.2. Veiksniai, sąlygojantys ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą.....	41
3.3. Pacientų nuomonė apie ambulatorinių kardiologinių paslaugų prieinamumą.....	46
IŠVADOS.....	52
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	53
LITERATŪRA	54
PRIEDAI	59

IVADAS

Svarbiausiaja iš pacientų teisių pripažįstama teisė į sveikatos priežiūrą, o ši dar skiriama į teisę į sveikatos apsaugą ir rėmimą bei teisę į sveikatos paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Šiame darbe plačiau bus nagrinėjama vienos iš svarbiausių pacientų teisių: teisė į kokybišką sveikatos priežiūrą, teisė sveikatos priežiūros prieinamumą. Be šių teisių pacientams sunku būtų pasinaudoti teise pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą.

Pacientas yra pagrindinis SP paslaugų vartotojas, kuris atneša pelną asmens sveikatos priežiūros įstaigai (ASPI), todėl norint pritraukti kuo daugiau pacientų, SPI turi teikti geros kokybės ir gerai prieinamas kardiologines paslaugas. Varžymasis dėl pacientų skatina įstaigas gerinti teikiamų paslaugų kokybę, kad jos nebūtų prastesnės nei kitose SP įstaigose, taip pat maloniai ir šiltai bendrauti su pacientais, bei kuo geriau pateisinti pacientų lūkesčius, kad juos išlaikyti savo SPI. Todėl valstybinių ir privačių gydymo įstaigų konkurencija užtikrina gerą paslaugų kokybę ir gerina paslaugų prieinamumą: mažina eiles poliklinikose, sutrumpina laukimo pas gydytoją laiką, praplečia pacientų galimybes rinktis sveikatos priežiūros įstaigą. Tai, kad šiuo metu yra stebima reali konkurencija net tik tarp viešos ir privačių PSP įstaigų, o pacientams gana keblu apsispręsti kurią įstaigą pasirinkti, paskatino atlikti tyrimą ir nustatyti, kaip pacientai pasinaudoja teise pasirinkti SPI praktikoje, išaiškinti veiksnius, įtakančius apsisprendimą pasirinkti PSPĮ, bei palyginti pacientų nuomonę apie teikiamas paslaugas viešoje ir privačiojoje PSP įstaigose.

Medicinos paslaugos pakankamai standartizuotos ir panašios, išsiskirti iš kitų sveikatos priežiūros įstaigų vis sunkiau. Todėl paciento požiūrio bei poreikių vertinimo tyrimas yra svarbus planuojant permainas sveikatos priežiūros sistemoje, kurios padeda įstaigoms išlikti besikeičiančioje rinkoje.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas:

Įvertinti pacientų nuomonę apie viešųjų ir privačiųjų ambulatorinių kardiologijos paslaugų pasirinkimo motyvus.

Darbo uždaviniai:

4. Ištirti pacientų nuomonę apie ambulatorinių kardiologijos paslaugų kokybę.
5. Išaiškinti pacientų nuomonę apie veiksnius, įtakančius viešųjų ir privačių ambulatorinių kardiologijos paslaugų pasirinkimą.
6. Palyginti viešojoje ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose apsilankusių pacientų nuomonę apie kardiologinės priežiūros paslaugų kokybę ir pasirinkimo motyvus.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Paciento teisė į geros kokybės sveikatos priežiūrą

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai orientuojantis į žinantį savo teises, jas įgyvendinantį bei ieškančią savo pažeistų teisių teisinės gynybos pilietį – pacientą, pastarasis palaipsniui tampa jos dėmesio centru (1).

Pacientų teisės skirstomos į socialines (visuomenines) ir individualias (2). Visuomeninės teisės susiję tiek su valstybės, tiek su privačių asmenų įsipareigojimais prieš visą visuomenę užtikrinti tinkamą sveikatos apsaugą. Šis įsipareigojimas tiesiogiai priklauso nuo politinių, socialinių, ekonominių, kultūrinių faktorių, vyraujančių tuo metu valstybėje. Visuomeninėms teisėms priskirtinas lygiateisis visų toje šalyje gyvenančių asmenų sveikatos paslaugų prieinamumas, eliminuojant bet kokius diskriminacinius barjerus.

Individualios teisės, priešingai visuomeninėms, yra aiškiau apibrėžtos, įvardintos konkrečiomis sąvokomis ir gali būti pritaikytos kiekvienam pacientui atskirai. Šioms teisėms priklauso tokios teisės, kaip asmens kūno vientisumo, privatumo, konfidencialumo, religinių įsitikinimų laisvės ir kt. Remiantis kita pacientų teisių klasifikacija, jos skirstomos į tris kategorijas:

1. teisė skųstis ir į žalą atlyginimą bei kompensavimą;
2. teisė į sveikatos priežiūrą ir paslaugų prieinamumą;
3. autonominės pacientų teisės (3).

Svarbiausias teisės aktas, įtvirtinantis pagrindines žmogaus teises Lietuvoje – Lietuvos Respublikos Konstitucija. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis nustato, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus (4). Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Šios nuostatos įtvirtina vieną svarbiausių socialinių vertybių – žmogaus teisę į sveikatos priežiūrą. Valstybė, įgyvendindama konstitucines žmonių sveikatos apsaugos garantijas, turi užtikrinti tam tikrus asmens ir visuomenės sveikatos saugos ir priežiūros standartus. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis deklaruoja teisę į sveikatos priežiūrą ir pakankamai abstrakčiai formuoja kai kuriuos sveikatos sistemos ir jos mechanizmo elementus.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje formuojama pati asmens teisė į sveikatos priežiūrą ir nurodoma, kad nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka turi būti nustatyta įstatymu. Ši nuostata labai svarbi, nes Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis nemokamai medicinos pagalbai teikti reikalauja tam tikros atskiru įstatymu ar įstatymais nustatytos tvarkos bei tam tikrų teisinių sąlygų.

Detaliau pacientų teises reglamentuoja Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas (Šeštoji knyga) , kiti įstatymai bei poįstatyminiai teisės aktai (5). Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas garantuoja teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, į sveikatos priežiūros prieinamumą, į gydytojo, slaugos specialisto ir sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą, teisę į informaciją, paciento dalyvavimą mokymo procese ir atliekant biomedicininis tyrimus, teisę rinktis diagnostikos bei gydymo metodikas, atsisakyti gydymo, teisę nežinoti, teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, teisę skųstis ir į žalos atlyginimą (6,7).

Sveikatos priežiūros sektoriui ypač svarbu parengti teisinę kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bazę (8,9,10).

Teisinis paciento ir sveikatos priežiūros sistemos santykis grindžiamas Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, kuris buvo priimtas 1996 metais spalio 3 d (6). Nuo 2010 metų kovo 1 d. įsigaliojo nauja Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakcija (11). Šis įstatymas turi kilnų tikslą - suaktyvinti pacientą, sudaryti teises prielaidas jam tapti motyvuotam, aktyviam, renkantis sveikatos priežiūros paslaugas. Įstatymas teisiniais svertais skatina paciento norą bei iniciatyvą aktyviai bei racionaliai pasirinkti (kai yra galimybė rinktis) siūlomas ir jam reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas bei gydymo metodikas, prisiimti dalį rizikos. Šiuo požiūriu įstatymas griežtai reglamentuoja ir iš dalies keičia paciento teisę rinktis tam tikras paslaugas, išreikšti savo valią dėl gydymo metodikos, dėl paslaugų pasirinkimo ir patvirtinti tai parašu. Nors literatūroje kartais teigiama, jog įstatymas supriešino gydytojus ir pacientus, tai klaidinga nuomonė. Įstatymo leidėjai turėjo kitą tikslą - suartinti gydytoją su pacientu, įpareigoti dažniau ir išsamiau kalbėti apie pacientui teikiamas paslaugas (6,12).

LNSS įstatymo 49 straipsnyje rašoma, kad pacientas turi teisę pasirinkti Sveikatos Apsaugos Ministerijos ir privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka LNSS pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, taip pat pagal šio straipsnio nustatytas sąlygas

antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, kad suteiktų nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (13).

LR Civiliniame Kodekse pabrėžiama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutartimi savo profesinės ar verslo veiklos dėka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas asmuo (sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas) įsipareigoja teikti kitai šaliai (pacientui) sutartyje numatytas sveikatos priežiūros paslaugas, o pacientas įsipareigoja sumokėti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui sutartą kainą. Bei pacientas kiek įstengdamas turi suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui informacijos ir pagalbos, kuri pagrįstai yra reikalinga norinti įvykdyti sutartį (5).

LR Sveikatos draudimo įstatymo 39 straipsnyje yra numatyta, kad pacientai, apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, turi teisę įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria teritorinės ligonių kasos yra sudariusi sutartį ir joje gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (14).

Literatūroje sprendžiant paciento teisių užtikrinimo klausimus labiausiai akcentuojamos dvi problemos: pacientų teisių kodifikavimas ir mechanizmai, kaip įtraukti pacientus ir visuomenę į sveikatos priežiūros politikos formavimą.

1.2. Veiksniai įtakojantys ambulatorinių paslaugų pasirinkimą

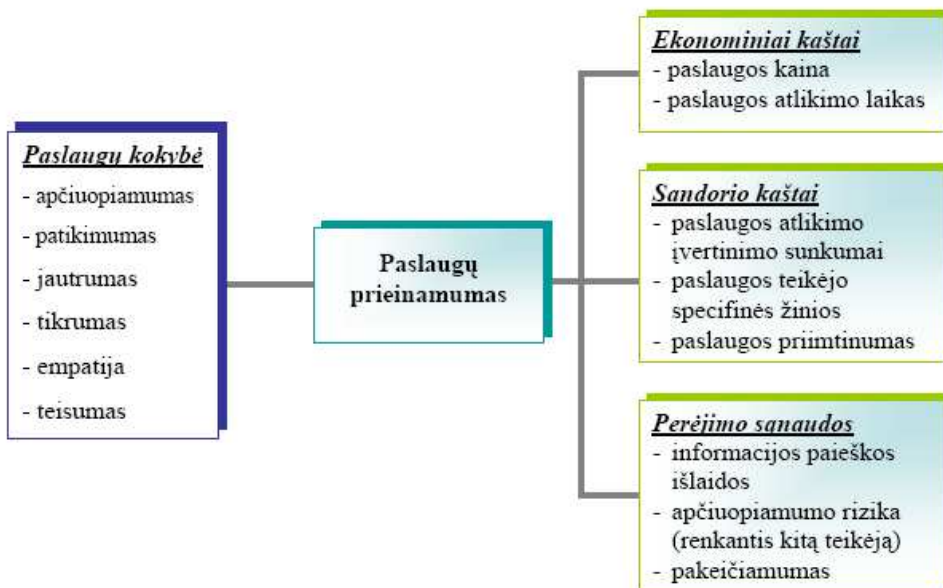
1.2.1. Sveikatos priežiūros prieinamumas pacientui

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu laikoma galimybė ligos ar sveikatos sutrikimo atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis (15). Gali būti teikiamos labai aukštos kokybės medicinos paslaugos, tačiau jei visuomenė negalės jomis pasinaudoti, jos nebetenka prasmės. Sveikatos sistemos egzistavimo misija – laiku užkirsti kelią sveikam nesusirgti ir padėti sergančiam greičiau pasveikti. Tačiau laikui bėgant ir išsigalint rinkos dėsniams paslaugų prieinamumo koncepciją papildė paslaugų efektyvumas atsižvelgiant į jų kaštus ir rezultatus (16,17)

Prieinamumas yra multidimensinis dydis. R. Pechansky su bendraautoriais teigia, kad prieinamumas gali būti apibrėžiamas kaip „atitikimo laipsnis“ tarp vartotojų ir sveikatos

priežiūros sistemos, ir išskiria keletą pagrindinių bruožų šiam laipsniui charakterizuoti (žr. 1 pav.) (18).

- priimtinumą (sveikatos priežiūros vartotojų bei paslaugų teikėjų požiūrių ir įsitikinimų sutapimą);
- perkamumą (susietą su paslaugų kaina pacientui ir apimančią tiek tiesiogines, tiek netiesiogines išlaidas);
- naudingumą (susietą su adekvačia paslaugų priežiūros ir paklausos pusiausvyra);
- prisiderinamumą (susietą su tuo, kaip paslaugų teikimas yra organizuotas, atsižvelgiant į paciento poreikius bei tinkamumo suvokimą – darbo valandos, išankstinio rezervavimo galimybė, eilės).



1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą skatinantys veiksniai (18).

Šis konceptualus požiūris į prieinamumą yra naudingas, nes parodo skirtingas paslaugų vartotojo – teikėjo santykio dimensijas, nukreiptas vien tik į paslaugų vartojimą.

JAV Medicinos institutas prieinamumą apibūdino kaip savalaikį asmenų sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą, siekiant pasiekti maksimaliai gerų priežiūros rezultatų (19).

A. Rogers su bendraautoriais optimalų prieinamumą mato kaip „reikiamų paslaugų teikimą reikiamu laiku ir reikiamoje vietoje“ (20). Šios definicijos atskleidžia dar du prieinamumo aspektus – tai maksimaliai geri priežiūros rezultatai ir teikiamos paslaugos. Reiškia,

vertinant prieinamumą, reikėtų vertinti ir paslaugų bei rezultatų priimtinumą tiek vartotojo, tiek paslaugų teikėjo požiūriu.

Sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti vertinamas įvairiais aspektais: gyventojų galimybe patekti pas gydytoją, pasinaudoti sveikatos priežiūros sistemos paslaugomis ir šių paslaugų vartojimu, gyventojų aprūpinimu sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionarinių lovų skaičius tūkstančiui gyventojų), sergamumo, mirtingumo bei mirštamumo rodikliais (21).

Tačiau laikui bėgant ir įsigalint rinkos dėsniams paslaugų prieinamumo koncepciją papildė paslaugų efektyvumas atsižvelgiant į jų kainas ir rezultatus. Tradiciškai paslaugų prieinamumas matuojamas sveikatos draudimo mastais ir gyventojų galimybe patekti pas gydytoją. Kadangi šis sveikatos apsaugos sistemos bruožas paprastai susilaukia didžiausio gyventojų dėmesio, gerinti prieinamumą yra vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugos sektoriaus reformos tikslų. Tačiau reformos tikslai gali būti arba suderinami, arba nesuderinami su sveikatos sistemos ekonominiu efektyvumu (racionalumu). Pavyzdžiui, sprendimas skirti lėšų ir įsteigti kiekvienoje gyvenvietėje sveikatos priežiūros centrą arba ligoninę gali būti ekonomiškai neveiksmingas. Kita vertus, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisingumą propaguojančios reformos strategijos gali dėti tam tikrą pastangą tam, kad užtikrintų geografinį teritorinį paslaugų prieinamumą neturtingiausioms bendruomenėms.

Gydytojų ir ligoninių lovų tenkančių 100 000 gyventojų rodikliai Lietuvoje yra vieni aukščiausių ES. Hospitalizacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES vidurkiu, viršija pastarąjį daugiau nei 30%, taip pat išlieka ilga vidutinė gydymosi trukmė ligoninėse (22). Tačiau augantis piliečių nepasitenkinimas sveikatos sistema Lietuvoje byloja apie tai, kad sveikatos priežiūros prieinamumas asmeniui yra ganėtinai komplikotas.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – tai labai svarbus veiksnys, atspindintis sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų kokybę. Pacientų sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo jos prieinamumo ir efektyvumo, t.y. nuo to, ar ji pacientui yra suteikiama, o kai suteikiama – ar pakankamai gera (23). Sveikatos priežiūros ambulatorinės grandies paslaugų kokybės gerinimas, paslaugų prieinamumo problemų sprendimas, pastaraisiais dešimtmečiais susilaukęs daug dėmesio daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių, tampa svarbia sveikatos reformos tendencija Lietuvoje.

Medicinos srities atstovai iš esmės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdino kaip „sugebėjimą pasiekti trokštamų rezultatų“, kur trokštami rezultatai reiškia „pagerėjusią sveikatos būklę“ (24). Kokybišku rezultatu laikoma tai, kai gydytojas tinkamai padeda savo pacientui pasiekti norimą sveikatos lygį. Tuo tarpu paslaugų rinkodaros srities atstovai dažniausia akcentuoja pacientų paslaugų prieinamumą, poreikių patenkinimą, priimtinumą, didžiausią dėmesį skiriant bendravimo su pacientais aspektams (25,26).

2003 metais Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje buvo atlikta dar viena pacientų anketinę apklausą apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos priežiūros lygis per pastaruosius dvejus metus pakilo (27).

2001 metais pagal bendrą projektą su PSO Kauno medicinos universiteto Biomedicininių tyrimų institutas atliko tyrimą, siekiant įvertinti Lietuvos gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Nustatyta, kad pasirenkant patinkantį gydytoją, 57,7 proc. žmonių neturėjo sunkumų, 16,5 proc. – turėjo nedidelių sunkumų, 10,1 proc. – ypač didelių sunkumų. Didžioji dalis respondentų atsakė, kad jiems pirminės sveikatos priežiūros įstaigose visada pagalba buvo suteikta iš karto. Suteiktų paslaugų kokybės vertinimui didelės įtakos turėjo sveikatos darbuotojų elgesys, t.y. ar poliklinikose buvo elgiamasi su pacientais pagarbiai, ar atidžiai juos išklausė, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikdavo informaciją it t.t. (28).

Įgyvendinant programą „Sveikatos priežiūros paslaugų poreikio, kokybės ir prieinamumo įvertinimas Lietuvoje“, 2003 m. gegužės mėnesį atliktas Lietuvos gyventojų tyrimas, siekiant nustatyti kai kuriuos ambulatorinės sveikatos priežiūros grandies poreikių, prieinamumo ir kokybės skirtumus, nurodomus pacientų Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio miestuose, rajonų centruose/miestuose, kaimuose/miestuose. Tyrimo rezultatai parodė, kad ambulatorinė pagalba šalies gyventojams prieinama, didesnių prieinamumo skirtumų pagal gyvenamąją vietą nėra (29).

2005 metais Vilniaus teritorinė ligonių kasa ištyrė specializuotų ambulatorinių paslaugų, teikiamų Vilniaus TLK zonos gyventojams, prieinamumą ir analizavo eilių prie šias paslaugas teikiančių specialistų susidarymo priežastis (30).

Taigi, restruktūrizuojant SP įstaigų tinklą, siekiama gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, priimtinumą ir kokybę. Todėl aktualu periodiškai tirti pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei priimtinumą įvairioms socialinėms grupėms.

Kad tinkamai palyginti viešos ir privačios sveikatos priežiūros prieinamumą pacientui, būtina vertinti 3 pagrindinius sveikatos priežiūros prieinamumo asmeniui kriterijus, numatytus LR Sveikatos sistemos įstatymo antrajame straipsnyje...: ekonominis, organizacinis bei komunikacinis prieinamumas. Taigi, valstybė turi užtikrinti visumą priemonių, kurios leistų asmeniui laiku ir tinkamai pasinaudoti teise į sveikatos priežiūrą

1.2.2. Sveikatos priežiūros ekonominis prieinamumas

Prieinamumas ekonomine prasme atspindi, ar gyventojams PSP prieinama finansiškai, t. y. ar paslaugos nėra tokios brangios, kad būtų nepakeliamos šeimos biudžetui, ar gyventojams yra laidojamos ir kokios nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kokia privalomojo sveikatos draudimo apimtimi yra apdrausti gyventojai. Ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas gali būti vertinamas pagal tai, kaip kinta gyventojų tiesioginės sveikatos apsaugos išlaidos ir pačių ASPĮ finansavimas bei išlaidos paslaugoms teikti (22)

Medicinos technologijų pažanga ir naujų gydymo metodų bei naujų vaistų atsiradimas rinkoje reikalauja vis didesnių finansinių išteklių. Ir, jei į kitus Lietuvos ūkio sektorius ateina santykinai nemažos privataus sektoriaus investicijos, tai sveikatos sektorius iš esmės išlieka valstybinis, privačios investicijos čia vis dar nevaizdina reikšmingo vaidmens. Todėl ypač svarbus sveikatos sistemos plėtros veiksnys ir toliau išlieka valstybės šiam tikslui skiriamų išteklių apimtys. Jų padengimo šaltiniai pasiskirsto tokiomis proporcijomis – 2/3 šių išlaidų padengia valstybė, 1/3 – patys gyventojai per PSDF. Įvertinus tai, kad, augant gyventojų pajamomis apmokamai sveikatos išlaidų daliai, socialiai mažas pajamas gaunantiems gyventojų sluoksniams kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos gali tapti nebeprieinamos, Lietuvos sveikatos politikos nuostatose yra priimtas siekis užtikrinti, kad privačiais ištekliais apmokama dalis neviršytų 30 proc. bendrų sveikatos apsaugai išleidžiamų lėšų. Nors tokia proporcija sutinkama ir kai kuriose ekonomiškai aukštai išsivysčiusiose valstybėse, tačiau negalima pamiršti kitų ją lemiančių aplinkybių. Pirmiausia Lietuvoje ir kitose valstybėse yra nelygiavertė absoliutinė šių proporcijų išraiška, labai skirtinga yra išlaidų, tenkančių vieno gyventojų sveikatos apsaugai, apimtis, išsivysčiusiose valstybėse stabiliai funkcionuoja dešimtmečiais kurtos sveikatos draudimo sistemos ir pan.

Kalbant apie privataus sveikatos priežiūros sektoriaus ekonominį prieinamumą akivaizdu, kad proporcijos - 2/3 valstybės išlaidų, 1/3 – gyventojų, negalima pritaikyti. Privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartis su TLK, pacientas vidutiniškai primoka 10-30% kainos priklausomai nuo paslaugos. Likusi dalis yra padengiama TLK lėšomis, kurias sudaro valstybės ir kasmėnesinės dirbančio gyventojų PSD įmokos. Tai prieinama nedidelei daliai pacientų, o galinčių apmokėti visą paslaugos kainą – dar mažiau. Kita vertus, nėra patenkinami netgi tos mažos dalies pacientų poreikiai.

Taigi, norint patenkinti nors ir mažos dalies pacientų, galinčių sau leisti gydytis privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, poreikį reiktų padidinti kvotas, numatančias kompensuojamų paslaugų kiekį. Tai būtų nedidelis, bet svarbus žingsnis link konkurencingumo sąlygų suvienodinimo viešam ir privačiam sveikatos priežiūros sektoriui. Svarbiausia – būtų įgyvendinta paciento teisė į sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą. Tuomet būtų galima kalbėti ir apie ekonominį prieinamumą pacientui, svarstančiam dėl gydymosi privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje.

1.2.3. Sveikatos priežiūros komunikacinis prieinamumas

Prieinamumas komunikacine prasme atspindi, kaip išdėstytas įstaigų tinklas, kad gyventojai būtų mediciniškai saugūs ir per nustatytą laiką galėtų pasiekti ir gauti PSP bei greitosios medicinos pagalbos paslaugas, taip pat susisiekti su savo gydytoju telefonu bei savu arba visuomeniniu transportu. Todėl vertinant komunikacinį prieinamumą svarbu atsižvelgti į atstumus iki sveikatos priežiūros įstaigų, į jų geografinę padėtį, į visuomeninio transporto infrastruktūrą, gyventojų demografinę padėtį, teritorijų planavimą, miškingumą, gyventojų tankumą (22).

Šiandien Lietuvoje vyksta centralizacijos procesas – miestelių ir kaimų ligoninės, slaugos namai uždaromi, o pacientų srautas nukreipiamas į rajonines sveikatos priežiūros įstaigas. Tokiu būdu mažinamos sveikatos priežiūrai skirtos išlaidos. Tačiau šie veiksmai turi ir neigiamų pasekmių pacientų atžvilgiu. Tai itin aktualu socialiai jautriai grupei - vyresnio amžiaus pacientams, kuriems kyla susisiekimo keblumų. Šią problemą galbūt padėtų išspręsti privačios sveikatos priežiūros įstaigos, besikuriančios vietovėse, kuriose jaučiamas pastarųjų stygius. Tačiau platesnio spektro sveikatos priežiūros paslaugų teikimo negalima tikėtis neišsprendus

klausimo dėl privataus sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamų paslaugų kompensavimo iš PSDF kvotų padidinimo. Tokiu atveju vėl atsiduriama ties aklaviete – pacientas būtų nepajėgus apmokėti visą teikiamos paslaugos kainą.

Kitokia situacija susiklosčiusi pirminės sveikatos priežiūros srityje. Sveikintinas SAM įsakymas dėl 2000-2010 m. Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos patvirtinimo bei įsakymas dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus tarp miesto ir kaimo (31).

Vertinant šiandieninę sveikatos priežiūros situaciją Lietuvoje komunikacinio prieinamumo aspektu, galima teigti, kad politikų siekis taupyti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, uždarant stacionarias gydymo įstaigas provincijoje, paciento interesą jaustis mediciniškai saugiais palieka antrame plane.

1.2.4. Sveikatos priežiūros organizacinis prieinamumas

Prieinamumas organizacine prasme atspindi, kaip SP organizuota gyventojams: ar savivaldybėje yra SP strateginiai planai; ar SP teikiama visos apimties ambulatorinėje ir stacionarioje grandyje (BPG institucijos, bendrosios praktikos odontologo, GMP, psichikos sveikatos centro, slaugos ir palaikomojo gydymo); ar užtenka specialistų gydytojų, slaugytojų, kitų specialistų PSP paslaugoms teikti; kaip dirba sveikatos priežiūros įstaigos, kiek laiko reikia laukti pagalbos, ar PSP įstaigose užtikrinama paslaugų kokybė ir kaip ji stebima; kokia teikiamų PSP paslaugų kaita ir jos įtaka gyventojų sveikatos rodikliams (22). Labai svarbu organizacinio prieinamumo požiūriu įvertinti, kokios gyventojams sudarytos sąlygos gauti skubią ir planinę medicinos pagalbą. Gyventojams svarbi ir galimybė pas gydytoją užsirašyti iš anksto bei gauti neatidėliotinę pagalbą. Organizuojant užrašymą pas gydytojus trečdalis apylinkių gydytojų darbo laiko numatoma asmenims, besikreipiantiems dėl skubios pagalbos. Trečdalis gydytojo darbo laiko skiriama asmenims, kurie pas gydytojus kreipiasi dėl naujos sveikatos problemos, ir trečdalis laiko pakartotinai atvykstantiems asmenims.

Malbon ir bendraautorių tyrimas nustatė, jog tik 21 proc. Jungtinės Karalystės gyventojų pavyksta susitarti su gydytoju dėl neskubaus vizito tą pačią dieną, 18 proc. – sekančią dieną. Dauguma žmonių (58 proc.) priversti laukti daugiau nei dvi dienas, o apie 28 proc. – daugiau nei

tris dienas (32). Kai kurie autoriai šią problemą siūlo spręsti atidžiau tvarkant gydytojo darbo tvarkaraštį arba ieškant alternatyvių paslaugų teikimo formų, pvz. Plačiai įdiegti konsultavimą telefonu (Jungtinės Karalystės pavyzdys – NHS Direct) (33, 34).

Akivaizdūs pirminės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio skirtumai pagal metų laikus, tam įtakos turi ligų sezoniškumas. Labai svarbu, kad gyventojai patekti pas gydytoją galėtų per kiek galima trumpesnį laiką ir tai nuolat būtų stebima. ASPĮ stengiamasi užtikrinti, kad gyventojai pas gydytojus patektų nurodytu laiku, o laukti prie gydytojo kabineto reikėtų ne daugiau kaip 20 - 30 min. Ši tvarka numatoma teritorinių ligonių kasų sutartyse su ASPĮ, ASPĮ vidaus tvarkos taisyklėse, kokybės vadovuose. Taip pat prasto sveikatos priežiūros organizacinio prieinamumo priežastimi yra tai, kad didelėse gydymo įstaigose didesnis aptarnaujamų gyventojų srautas, todėl didesnis darbo krūvis tenka registratūrai.

Chanters su bendraautoriais išanalizavo 2004 m. užpildytus 37981 paciento klausimynus iš 155 PSP teikimo (praktikos) vietų. Naudotas Mančesterio universitete sukurtas GPAQ (ang. General Practice Assessment Questionnaire) klausimynas. 73% respondentų nurodė, kad prie gydytojo durų tenka laukti nuo 6 iki 20 minučių, tačiau, kad toks laukimo laikas netenkina ar visai netenkina atsakė tik kas 20 (35).

2002 m. Feddock su kitais autoriais naudodami labai trumpą - tik penkių klausimų anketą - apklausė 269 pacientus apie laukimo laiką ir nustatė, kad tarp pacientų, kuriems teko ilgai laukti prie gydytojo kabineto ir vizitas truko mažiau 15 minučių, buvo net 48% nepatenkintų suteikta paslauga, ir priešingai, tarp pacientų kuriems ilgai teko laukti, bet gydytojo vizitas truko daugiau kaip 15 minučių, nepatenkintųjų sveikatos priežiūros paslauga buvo tik 18% ($p= 0,03$) (36). Autoriai teigia, kad tokie faktai leidžia teigti, kad gydytojas skirdamas daugiau laiko pacientui gali neutralizuoti nepasitenkinimą kilusį dėl ilgo laukimo.

Svarbūs kriterijai, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, yra paslaugos laukimo laikas, procedūrų laukimo laikas, gydytojų ir slaugos darbuotojų dėmesys pacientui (29).

Tokie įstaigos organizacinio darbo nesklandumai, kaip ilgas laukimo laikas registratūroje ir prie gydytojo kabineto, pacientų ir medikų tarpusavio nepagarba ir nepasitikėjimas, medicinos personalo nesiskaitymas su pacientais, neatsižvelgimas į pacientų interesus labai dažnai sutinkamos valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Kai tuo tarpu privačiose gydymo įstaigose jos gana retos, jei išvis jų būna (37).

2000 m. Kauno apskrityje atliekamų sociologinių tyrimų metu, kurie buvo atliekami vykdant Pasaulio banko Lietuvos sveikatos projektą, pacientai, nurodydami sveikatos priežiūros įstaigų darbo trūkumus, visų pirma išvardijo:

- registratūros darbo trūkumus;
- nuoširdžių santykių su gydytojais ir personalu stoka;
- siekiant dėmesio pacientui, reikia duoti dovanų (kas ketvirtas atsakymas) (37).

Kito tyrimo, atlikto didžiuosiuose Lietuvos miestuose 2003 m. metu buvo nustatytos problemos, su kuriomis pacientai susidūrė ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Nurodytos problemos sugrupuotos į dvi grupes, jose išdėstytos pagal svarbą:

- vadybinės: eilės prie kabinetų, per daug „popierizmo“ ir biurokratijos, eilės registratūroje, reikia duoti kyšius, sunku gauti talonus, tenka laukti savaites, mėnesius.
- profesinės, etinės: žema gydytojų kvalifikacija, medikai nejaučia atsakomybės, šiurkštūs, nemandagūs gydytojai, medikai nedėmesingi, medikai darbo metu geria kavą/plepa, o ne rūpinasi pacientais, pacientus skirsto pagal pajamas, amžių (29).

Apžvelgus literatūrą, išryškėja priežastys, sąlygojančios sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumo atsiradimą:

- naudingumas: tam tikros sveikatos priežiūros paslaugos gali būti nenaudingos kai kurioms gyventojų grupėms arba medicinos darbuotojai gali pasiūlyti skirtingas paslaugas pacientams, kuriems reikia tų pačių paslaugų;
- kokybė: tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų siūlomų identiškiems pacientams kokybė gali skirtis skirtingose gyventojų grupėse;
- kaštai: įvairioms gyventojų grupėms teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kaštai (finansiniai ar kiti) skiriasi;
- informacija: sveikatos priežiūros paslaugos gali būti nevienodai prieinamos dėl nevienodo informacijos apie jas prieinamumo skirtingose gyventojų grupėse (38).

Tyrimo rezultatai dar kartą patvirtina tai, kad sveikatos priežiūros sektoriuje yra pakankamai vietos plėtotis privačiai medicinai, tuo pačiu gerinant organizacinį prieinamumą pacientų atžvilgiu. Tokiu būdu paslaugas priartinant prie aptarnaujamų asmenų gyvenamosios vietovės, mažėtų žmonių srautas registratūrose, gyventojai trumpiau lauktų eilėse.

1.3. Pacientų pasitenkinimas kardiologinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis

Paciento pasitenkinimas – tai kaip trokštamasis tikslas: jis lemia paciento požiūrį į slaugą ir jos suvokimą. Siekdami teisingai interpretuoti paciento pasitenkinimą, kitaip tariant, jo atsaką į mūsų veiklą, turime įsisąmoninti, kad šis rodiklis nulemtas daugelio veiksnių: sociodemografinių ypatybių, požiūrių, vertybių, gyvenimo kokybės, sveikatos būklės, bendro pasitenkinimo gyvenimu (39).

Manoma, kad šiais laikais pacientų pasitenkinimas yra svarbus rezultatas, norint įvertinti sveikatos priežiūros paslaugas. Paciento nuomonė ne tik gali, bet ir privalo būti naudojama kaip priemonė medicinos įstaigos darbui vertinti (40). Sveikatos sistemose, kurios orientuotos į rinką, pacientų pasitenkinimas yra pagrindinis vadybininkų rūpestis. Čia kalbama apie esamų vartotojų išlaikymą, naujų pritraukimą ir rinkos dalies padidinimą. Vartotojams turint pasirinkimo galimybę, nepatenkinamos kokybės paslaugų teikimas gali sąlygoti ženklų pajamų praradimą arba net paslaugų teikėjo nnykimą (41).

Pacientų pasitenkinimas ir nepasitenkinimas yra sudėtingas reiškinys, susijęs su pacientų lūkesčiais, sveikatos būseną, asmeninėmis savybėmis, o taip pat ir sveikatos sistemos charakteristikomis. Gautą paslaugą pacientas lygina su savo lūkesčiais ir tampa ja patenkintas ar nepatenkintas.

Egsistuoja keletas požiūrių, kurie naudojami nustatant veiksnius, turinčius įtakos pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis. Paciento pasitenkinimas sveikatos priežiūra gali būti vertinamas ne tik kaip sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodmuo, bet ir kaip kiekybės, sveikatos priežiūros paslaugų poreikio rodmuo (42).

Tyrimai rodo, kad klientai paslaugos kokybę įvertina, lygindami tai, ko jie tikėjosi, su tuo, ką jie iš tiesų gavo. Bet kuris šių veiksnių neatitikimas yra „kokybės spraga“. Tokių „spragų“ mažinimui būtinas sisteminis požiūris į kokybės valdymą, kuris iš esmės yra pokyčių valdymo procesas, susiformavęs visuotinės kokybės vadybos pagrindu, kai pagrindinė visos sveikatos priežiūros veiklos ašis, „svorio centras“ yra pacientas (43).

Pacientas būdamas vartotojas gali išreikšti savo nuomonę apie sveikatos priežiūros aspektus. Jis parodo pasitenkinimą ar nepasitenkinimą vertindamas daugeliu aspektų sveikatos priežiūros procesą ir jo rezultatus (44). Vartotojai, žinodami apie teikiamas paslaugas, gali įtakoti priežiūros kokybę rinkdamiesi paslaugas. Sveikatos priežiūra dabar gyvena „atsakingo

virtotojiškumo“ amžių, nes pacientai reikalauja puikių paslaugų (45). Siekiant geriau tenkinti pacientų lūkesčius, būtina nuolat vertinti pasitenkinimą gaunama paslauga.

Patenkintas sveikatos priežiūra pacientas:

1. dažniau kreipiasi medicinos pagalbos;
2. laikosi skirto gydymo režimo;
3. nuolat ir noriai bendrauja su gydančiu gydytoju.

Nepatenkintas sveikatos priežiūra pacientas:

1. gali nevartoti jam skirtų vaistų, t. y. būti nepaklusnus;
2. nesilaikyti režimo;
3. daugiau į gydytoją nesikreipti.

Žebienės E. ir kt. tyrimas parodė, kad paciento elgsena sunegalavus, priklauso nuo gautos svarbios informacijos ir santykių su gydančiu gydytoju (42). Pasitenkinimas gydytojo-paciento bendravimu įrodo dviejų sričių pagerėjimą: paciento savo sveikatos būklės suvokimo ir gydytojo sugebėjimo paaiškinti nesuprantamą informaciją. Trys tiesos išryškėja valdant šį momentą:

- 1) visa tai reikšmingai įtakoja ligoninės įvaizdį bendruomenėje;
- 2) tai yra svarbus paslaugų kokybės matas;
- 3) tai susiję su paciento paklusnumu bei gydymo rezultatais (46).

Suprantama, kad gana dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės (tyrimo, procedūros kokybės), todėl jų nuomonei apie medicinos paslaugas didelės įtakos turi sveikatos darbuotojų elgsena, t.y. ar SPI darbuotojai pagarbiai su jais elgiasi, juos išklauso ir atsako į jų klausimus, ar tariasi su pacientu dėl tyrimo ir gydymo taktikos, ar pokalbiai būna privatūs, ar saugomas informacijos slaptumas (31).

Tobulėjant visuomenei bei tarpusavio santykiams, keistis ir tobulėti privalo ne tik šalies įstatymai, bet ir kiekvieno individo sąmoningumas, realizuojant jam suteiktas teises ar vykdant prievoles. Kuomet gydymo įstaigų darbuotojai suvoks šiuolaikinį požiūrį į paslaugų kokybę, pacientų teises ir išmanys, kaip gerbiant paciento interesus išspręsti kylančius klausimus, tik tuomet pagerės įstatymų įgyvendinimo sąlygos (47).

Paciento prioritetų, lūkesčių įvertinimas tampa svarbiu žingsniu siekiant įgyvendinti paciento medicininių konsultacijų lūkesčius. Paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonė, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis. Kuo

labiau bus pateisinti paciento lūkesčiai, tuo daugiau vartotojų naudosis įstaigos teikiamomis paslaugomis. Reguliarus pacientų anketavimas leis stiprių ir silpnų vietų identifikavimui ir korekcinį veiksmų nustatymui. Pacientų pasitenkinimo paslaugomis tyrimas leidžia pradėti strateginius pokyčius įstaigoje, keisti nusistovėjusios veiklos įpročius. Pagrindinis sveikatos priežiūros įstaigų uždavinys, pritraukiant naujus pacientus ir išlaikant esamus - yra kuo geriau išsiaiškinti pacientų lūkesčius ir juos patenkinti.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tirtųjų sveikatos priežiūrų įstaigų aprašas

Tyrimas atliktas Kauno miesto vienoje viešojoje ir vienoje privačioje ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose.

Privati kardiologijos įstaiga įsikūrusi nuo 1997 metų. Šiuo metu privačioje klinikoje dirba penki gydytojai – kardiologai ir dvi medicinos seserys ir viena registrorė. Gydytojų – kardiologų darbo laikas 6-7 valandos. Konsultacijos trukmė apie 30 minučių. Per 2009 metus apsilankė 6 259 pacientai. Klinikoje atliekami pagilinti kardiologiniai tyrimai, diagnostika, gydymas ir ilgalaikė sveikatos priežiūra pacientams persirgusiems miokardo infarktu, sergantiems širdies vožtuvų ligomis, taip pat kuriems diagnozuota išeminė širdies liga. Vykdoma atranka reabilitaciniam gydymui po širdies ir kraujagyslių operacijų.

Vertinant viešosios įstaigos teikiamas kardiologines paslaugas, buvo pasirinkta vienos kardiologijos klinikos ambulatorinis skyrius, kuriame 2009 m. apsilankė 78 400 pacientų. Šiuo metu kardiologijos poliklinikoje dirba 28 gydytojai-kardiologai. Čia konsultuojami ligoniai, kuriems atliekamos įvairios širdies operacijos, perkateterinės gydomosios procedūros, taikytos širdies ritmo sutrikimų atstatymo procedūros ar tęsiama ilgalaikė antilipidinė terapija, todėl jie ambulatorijoje ilgą laiką stebimi specialistų. Pirmiausia pas gydytoją siunčiami pacientai, kuriems reikalinga skubi pagalba, neįgalūs žmonės, nėščios moterys, o planiniai pacientai laukia bendrojoje eilėje. Laukdami registratūroje pacientai turi galimybę pažiūrėti specialiai sukurtus filmus apie širdies ligas, rizikos veiksnius, tinkamą mitybą.

2.2. Anketos sudarymas

Pacientų apklausa buvo siekiama įvertinti jų požiūrį į privačios ir viešosios teikiamas ambulatorines kardiologines paslaugas. Pacientų apklausos anketoje buvo pateikti 28 klausimai, kurie buvo sudaryti remiantis literatūros šaltiniais.

Anketos sudarymo metu, norėta atlikti kiek įmanoma išsamesnę pacientų požiūrio analizę, išsiaiškinti problemas susijusias su PSP paslaugų teikimo kokybe, jų prieinamumu.

Tyrimo klausimyną sudaro kelios dalys. 1, 2, 3, 4, 5, 6 anketos klausimai skirti demografinėi ir socialinei respondentų charakteristikoms išsiaiškinti; paslaugų kokybės aspektus atspindi 14, 17, 18 klausimai; 10, 11, 12, 20, 21, 22 klausimai susiję su paslaugų prieinamumu; 13, 15, 23, 24, 25 klausimai susiję su pacientų pasitenkinimo paslaugomis vertinimu.

2.3. Anketinės apklausos organizavimas

Anketinė apklausa buvo vykdoma 2010 metų sausio - vasario mėnesiais. Buvo išdalinta 500 anketų (250 privačioje gydymo įstaigoje ir 250 viešojoje gydymo įstaigoje). Užpildytos buvo 400 anketų: 204 privačioje gydymo įstaigoje (atsako dažnis 81,6 proc.) ir 196 (atsako dažnis 78,4 proc.) viešojoje gydymo įstaigoje.

Privačioje gydymo įstaigoje pacientas įėjęs pro duris patenka tiesiai į registratūrą, tuomet registrorė pasisveikinus pasiteirauja kuo galėtų padėti ir pas ką pacientas užsiregistravęs. Sutikrinus registracijos laiką buvo paprašoma užpildyti anketą paaiškinant jos esmę ir nurodant, kad užpildytą anketą išeidamas įmestų į esamą urną registratūroje. Siekiant garantuoti anonimiškumą, pacientams kartu su anketa buvo įteikiamas vokas, į kurį pacientas įdėdavo užpildytas anketas ir jį užklijuodavo. Prieš išeinant pacientui, registrorė visada atsisveikina ir buvo dar paklausama ar užpildė anketą. Sulaukusi teigiamo atsakymo padėkodavo, pacientai, kurie neužpildė anketos patys pradėdavo teisintis, kad skuba labai, nespėjo ar pan. Ir dažniausiai pažadėdavo anketą atnešti sekantį kartą. Mano nuomone, malonus registrorės bendravimas, jaukios ir patogios aplinkos atmosfera laukiamajame teigiamai veikia, net ir labai suirzusį ar piktą pacientą. Dalinant anketas, kai kurie pacientai iškart atsisakydavo jas pildyti, paaiškindami kad prastai jaučias, vyresnio amžiaus asmenys teisindavosi prastu regėjimu.

Viešojoje įstaigoje anketos buvo duodamos tiesiai pacientams į rankas registratūroje ir buvo prašoma gražinti po gydytojo konsultacijos įmetant į specialią urną.

Vykdam anketavimą tiek privačioje tiek viešojoje įstaigoje pastebėta pacientų reakciją į didelį anketos klausimų skaičių, senyvo amžiaus pacientams šriftas turėtų irgi būti atitinkamai didesnis. Galima daryti prielaidą, kad pacientai neatidžiai įsigilindavo į klausimo esmę stengdamiesi kuo greičiau ją užpildyti. Buvo pastebėta, kad nespėjus užpildyti anketos iki

gydytojo priėmimo ji nebūdavo grąžinama visai. Įvertinti pacientų poreikiams gydymo įstaigoje, siūlyčiau vykdyti anketavimą dažniau, bet klausimų skaičius neturėtų viršyti 10 klausimų ir šriftas turėtų būti didesnis. Labai svarbus gydymo įstaigos personalo motyvacijos vaidmuo vykdant anketavimą, nes šiuo atveju viešojoje įstaigoje nebuvo jokio bendradarbiavimo su gydymo įstaigos personalu.

2.4. Demografinė ir socialinė respondentų charakteristika

Tyrimo metu buvo užpildyta 400 anketų (204 anketos privačiame sektoriuje ir 196 anketos viešajame). Atlikus duomenų analizę paaiškėjo, kad didžiąją dalį respondentų sudarė moterys – tiek viešajame sektoriuje, tiek privačiame sektoriuje jų lankėsi beveik tris kartus daugiau nei vyrų. Privačiame sektoriuje moterų lankėsi 75,5%, o vyrų - 24,5% . Viešajame sektoriuje moterų lankėsi 71,9% , o vyrų - 28,1%. Respondentų struktūra pagal lytį ir PSP įstaigą pateikta 1 lentelėje. Tai, kad tyrime dalyvavo daugiau moterų yra galimos kelios priežastys. Viena iš jų-moterys labiau rūpinasi savo sveikata, o taip pat neretai atvykusios pasikonsultuoja ir dėl vyrų kamuojančių sveikatos problemų. Dažnas atvejis, kad vyro kompensuojamų vaistų išrašymui atvyksta tik moteris. Antra, remiantis 2008 metų Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis vyrų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė trumpesnė daugiau nei dešimčia metų nei moterų (vyrų 66,3, moterų 77,57).

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

		Lytis			
		Moteris	Vyras	Iš viso	
Privatus/Viešasis	Privatus	n	154	50	204
		(%)	75,5%	24,5%	100,0%
	Viešasis	n	141	55	196
		(%)	71,9%	28,1%	100,0%
	Iš viso	n	295	105	400
		(%)	73,8%	26,3%	100,0%

($\chi^2=0.651$, lls=1, p=0.420)

Daugiausia apklausoje dalyvavo 55-64 metų amžiaus respondentų. Privačiame sektoriuje – 19,1%, o viešajame sektoriuje – 29,6%. Mažiausiai besilankančių gydymo įstaigose buvo 18-24

metų amžiaus grupėje: privačiame sektoriuje – 7,4%, o viešajame sektoriuje – 4,6%. 35-44 metų ir 45-54 metų grupėse besilankančių privačiajame ir viešajame sektoriuose respondentų skaičius buvo labai panašus. 35-44 metų amžiaus grupėje respondentų besilankančių privačiajame sektoriuje buvo 22,1%, viešajame sektoriuje – 16,3%, o 45-54 metų amžiaus grupėje – privačiame sektoriuje lankėsi 27,5% respondentų, viešajame sektoriuje – 16,3% respondentų. Respondentai, kuriems yra 65 ir daugiau metų privatųjį sektorių rinkosi 9,3%, o viešąjį sektorių – 19,9%. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir PSP įstaigą, kurioje jie lankėsi pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

	Amžius						Iš viso
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 ir daugiau	
Privatus n (%)	15 7,4%	30 14,7%	45 22,1%	56 27,5%	39 19,1%	19 9,3%	204 100,0%
Viešasis n (%)	9 4,6%	26 13,3%	32 16,3%	32 16,3%	58 29,6%	39 19,9%	196 100,0%
Iš viso n (%)	24 6,0%	56 14,0%	77 19,3%	88 22,0%	97 24,3%	58 14,5%	400 100,0%

($\chi^2=20.99$, lls=5, $p<0.001$)

Pagal išsilavinimą pacientai buvo suskirstyti į tokias grupes: respondentai su nebaigtu viduriniu išsilavinimu, respondentai turintys tik vidurinį išsilavinimą, respondentai su aukštesnioju išsilavinimu ir respondentai turintys aukštąjį išsilavinimą. Privačiame sektoriuje daugiausia respondentų lankėsi su aukštuoju išsilavinimu – 39,7%, o daugiausia, t.y. 43,4% besilankančiųjų viešajame sektoriuje respondentų buvo su aukštesnioju išsilavinimu. Vidurinį išsilavinimą turinčių respondentų skaičius privačiame ir viešajame sektoriuose šiek tiek skyrėsi: privačiame sektoriuje jų buvo 17,6%, o viešajame sektoriuje – 25,5%. Nebaigtą vidurinį išsilavinimą turėjo mažiausia respondentų dalis tiek privačiame sektoriuje 6,9%, tiek viešajame sektoriuje 9,7%. Taigi, matosi, kad respondentai, turintys aukštąjį išsilavinimą, mieliau renkasi privatųjį sektorių, nei viešąjį sektorių, o respondentai su aukštesnioju išsilavinimu labiau renkasi viešąjį sektorių, negu privatųjį sektorių. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir PSP įstaigą pateikti 3 lentelėje.

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

		Išsilavinimas					
		Nebaigtas vidurinis	Vidurinis	Aukštesnysis	Aukštasis	Iš viso	
Privatus/ Viešasis	Privatus	n (%)	14 6,9%	36 17,6%	73 35,8%	81 39,7%	204 100,0%
	Viešasis	n (%)	19 9,7%	50 25,5%	85 43,4%	42 21,4%	196 100,0%
	Iš viso	n (%)	33 8,3%	86 21,5%	158 39,5%	123 30,8%	400 100,0%

($\chi^2=16.16$, lls=3, p=0.001)

Išanalizavus anketų duomenis apie respondentų šeimyninę padėtį, gauti rezultatai parodė, kad didžioji dalis anketas užpildžiusių respondentų buvo vedę/ištekėjusios. Privačiame sektoriuje tokių lankėsi 65,2%, o viešajame sektoriuje – 55,1%. Nevedusių/netekėjusių respondentų skaičius privačiame ir viešajame sektoriuose šiek tiek skyrėsi: privačiame sektoriuje jų buvo 16,7%, o viešajame sektoriuje – 24,0%. Išsiskyrusių respondentų skaičius tiek privačiame, tiek viešajame sektoriuje buvo labai panašus: atitinkamai 13,2% ir 13,8%. Našliai/našlės tiek privačiame, tiek viešajame sektoriuje sudarė mažą dalį apklaustųjų: privačiame sektoriuje – 4,9%, o viešajame sektoriuje – 7,1%. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį ir PSP įstaigą pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

		Šeimyninė padėtis					
		Vedęs/ ištekęjusi	Nevedęs/ netekėjusi	Išsiskyręs/ išsiskyrusi	Našlys/našlė	Iš viso	
Privatus/ Viešasis	Privatus	n (%)	133 65,2%	34 16,7%	27 13,2%	10 4,9%	204 100,0%
	Viešasis	n (%)	108 55,1%	47 24,0%	27 13,8%	14 7,1%	196 100,0%
	Iš viso	n (%)	241 60,3%	81 20,3%	54 13,5%	24 6,0%	400 100,0%

($\chi^2=5.189$, lls=3, p=0.159)

Analizuojant respondentų socialinę–profesinę padėtį matosi, kad daugiau nei pusė privačiame sektoriuje anketas užpildžiusių žmonių yra dirbantys (63,2%). Viešajame sektoriuje

dirbančiųjų lankėsi šiek tiek mažiau (41,8%). Daugiau nedirbančiųjų buvo viešajame sektoriuje (38,3%) negu privačiame sektoriuje (20,1%). Studentai ir moksleiviai sudarė nežymų procentą iš visų apklaustųjų: privačiame sektoriuje jų lankėsi 5,4%, o viešajame sektoriuje – 3,1%. Pensininkai tiek privačiame, tiek viešame sektoriuose sudarė atitinkamai 11,3% ir 16,8%. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę-profesinę padėtį ir SP įstaigą pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę - profesinę padėtį

		Socialinė-profesinė padėtis				
		Dirbantys	Nedirbantys	Studentas/-ė, moksleivis/-ė	Pensininkas/-ė	Iš viso
Privatus/ Viešasis	Privatus n (%)	129 63,2%	41 20,1%	11 5,4%	23 11,3%	204 100,0%
	Viešasis n (%)	82 41,8%	75 38,3%	6 3,1%	33 16,8%	196 100,0%
	Iš viso n (%)	211 52,8%	116 29,0%	17 4,3%	56 14,0%	400 100,0%

($\chi^2=23.540$, lls=3, $p<0.001$)

Pagal respondentų pasiskirstymą pagal pajamas vienam šeimos nariui matosi, kad viešajame sektoriuje didžiausia dalis besilankančiųjų respondentų gauna nuo 500 iki 1000 lt (63,3%), o tuo tarpu privačiajame sektoriuje jų yra tris kartus mažiau (21,1%). Atitinkamai daugiau respondentų yra privačiame sektoriuje (46,1%) nei viešajame sektoriuje (26,0%), kurie gauna nuo 1001 iki 2000 lt. Net 32,8% respondentų privačiajame sektoriuje gauna daugiau negu 2000 lt, kai tuo tarpu viešajame sektoriuje tokių respondentų visai nėra. Gali būti, kad privačiame sveikatos sektoriuje daugiau uždirbantys pacientai prisirašo dėl to, kad jie yra aktyvesni, geriau informuoti bei norintys aukštesnės paslaugų kokybės. Priešinga situacija yra su respondentais, kurie uždirba mažiau negu 500 lt: viešajame sektoriuje tokių lankosi 10,7%, o privačiajame sektoriuje tokių visai nėra. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas vienam šeimos nariui ir PSP įstaigą pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas vienam šeimos nariui

		Pajamos vienam šeimos nariui				
		<500	500-1000	1001-2000	>2000	Iš viso
Privatus/ Viešasis	Privatus n (%)	0	43 21,1%	94 46,1%	67 32,8%	204 100,0%
	Viešasis n (%)	21 10,7%	124 63,3%	51 26,0%	0 0%	196 100,0%
	Iš viso n (%)	21 5,3%	167 41,8%	145 36,3%	67 16,8%	400 100,0%

($\chi^2=139.935$, lls=3, $p<0.001$)

Respondentai, kurie galvoja, kad jų sveikatos būklė yra labai gera, privačiame sektoriuje sudaro 8,8%, o viešajame sektoriuje – tik 2,6% . Privačiame sektoriuje daugiau negu pusė respondentų (64,7%) savo sveikatos būklę laikė gera. Tuo tarpu viešajame sektoriuje tik 30,1% respondentų laikė, kad jų būklė yra gera. 44,9% viešajame sektoriuje apklaustųjų respondentų galvoja, kad jų būklė yra patenkinama, o tuo tarpu privačiajame sektoriuje tokių apklaustųjų buvo žymiai mažiau – 19,6%. Labai išsiskyrė respondentų nuomonės privačiajame ir viešajame sektoriuose, kurie manė, kad jų sveikatos būklė yra bloga. Privačiame sektoriuje tokių respondentų buvo 6,9%, o viešajame sektoriuje net 22,4%. Taigi, matosi, kad privačiame sektoriuje didžioji dalis respondentų manė, kad jų sveikatos būklė yra gera, o tuo tarpu viešajame sektoriuje dauguma respondentų visgi galvoja, kad jų sveikatos būklė yra tik patenkinama. Gauti duomenys pateikti 7 lentelėje.

7 lentelė. Kaip respondentai vertina savo sveikatos būklę

		Kaip vertinate savo sveikatos būklę				
		Labai gera	Gera	Patenkinama	Bloga	Iš viso
Privatus/ Viešasis	Privatus n (%)	18 8,8%	132 64,7%	40 19,6%	14 6,9%	204 100,0%
	Viešasis n (%)	5 2,6%	59 30,1%	88 44,9%	44 22,4%	196 100,0%
	Iš viso n (%)	23 5,8%	191 47,8%	128 32,0%	58 14,5%	400 100,0%

($\chi^2=68.633$, lls=3, $p<0.001$)

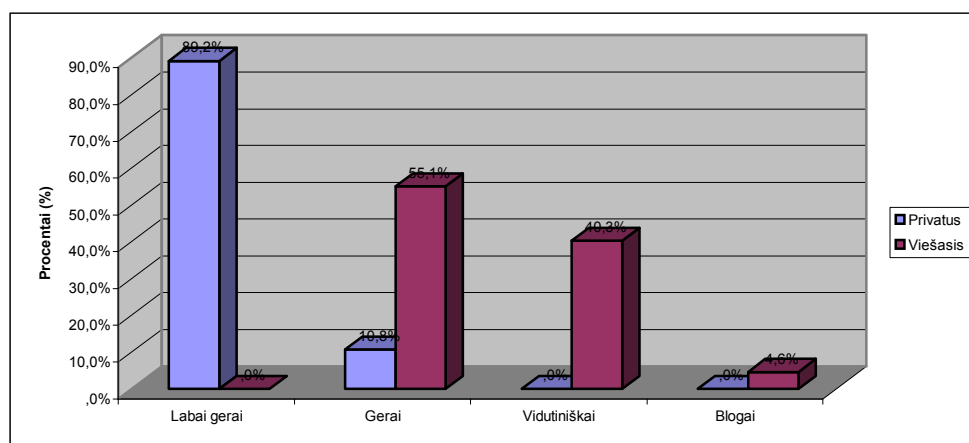
2.5. Statistinė duomenų analizė

Anketiniai duomenys buvo apdorojami ir analizuojami naudojant statistinį duomenų paketą “SPSS 16.0” ir “MS Excel” elektroninę skaičiuoklę. Vykdamas duomenų analizę Chi kvadrato (χ^2) kriterijus buvo naudojamas tikrinti hipotezei apie dviejų požymių nepriklausomumą. Rodiklių skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$ ir laikyti ypač reikšmingais, kai $p < 0,001$.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

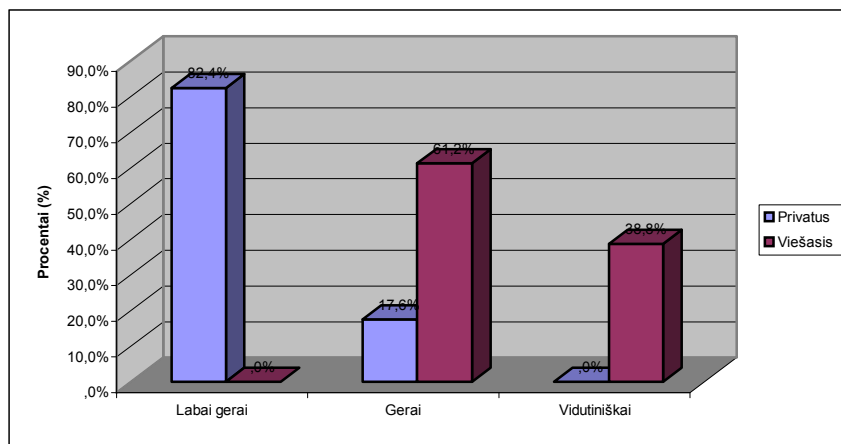
3.1 Pacientų nuomonė apie kardiologinių paslaugų kokybę

Respondentų buvo prašoma atsakyti, kaip jie vertina paslaugų kokybės atskirus aspektus. Registravimosi pas gydytojus patogumą privataus sektoriaus respondentai įvertino gerai (10,8%) ir labai gerai (89,2%) (1 pav.). Viešajame sektoriuje niekas nepasirinko varianto labai gerai, dauguma respondentų registravimosi pas gydytoją patogumą vertino gerai (55,1) arba vidutiniškai (40,3), o 4,6% įvertino blogai.



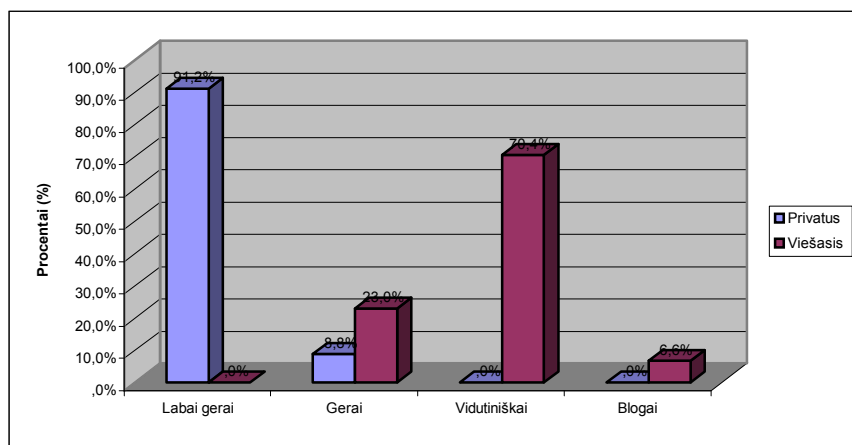
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal nuomonę apie registravimosi pas gydytojus patogumą ($\chi^2=326.863$, IIs=3, $p<0.001$)

Informavimą apie paslaugas ir jų kainas privataus sektoriaus respondentai vertino gerai (17,6%) ir labai gerai (82,4%), o viešojo sektoriaus respondentai – tikrai gerai (61,2%) ir vidutiniškai (38,8%) (2 pav).



2 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal informavimą apie paslaugas, jų kainas ($\chi^2=289,186$, lls=2, $p<0.001$)

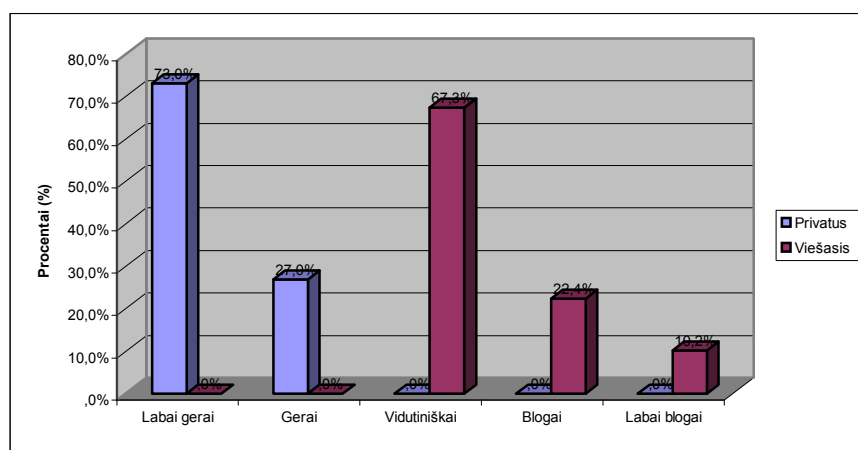
Fizinės aplinkos patogumą labai gerai įvertino net 91,2% privataus sektoriaus respondentų, gerai – 8,8%. Dauguma viešojo sektoriaus apklaustųjų, fizinės aplinkos patogumą įvertino vidutiniškai (70,4%) , 23,0% įvertino gerai ir 6,6% įvertino blogai (3 pav).



3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal vertinimą apie fizinės aplinkos patogumą ($\chi^2=348.551$, lls=3, $p<0.001$)

Didžiausias skirtumas tarp privataus ir viešojo sektoriaus įvertinimų pasirodė vertinant patekimą pas gydytoją pageidaujama laiku. Privataus sektoriaus respondentai įvertino šią paslaugą labai gerai (73,0%) ir gerai (27,0%), tačiau nei vienas viešojo sektoriaus respondentas nepasirinko šių atsakymų variantų (4 pav.). Dauguma apklaustųjų patekimą pas gydytoją pageidaujama laiku įvertino tik vidutiniškai (67,3%), likusieji įvertino blogai (22,4%) ar net labai blogai (10,2%). Mano manymu, kad registracijos eilių problemos nebuvimas yra nepasiekiamas

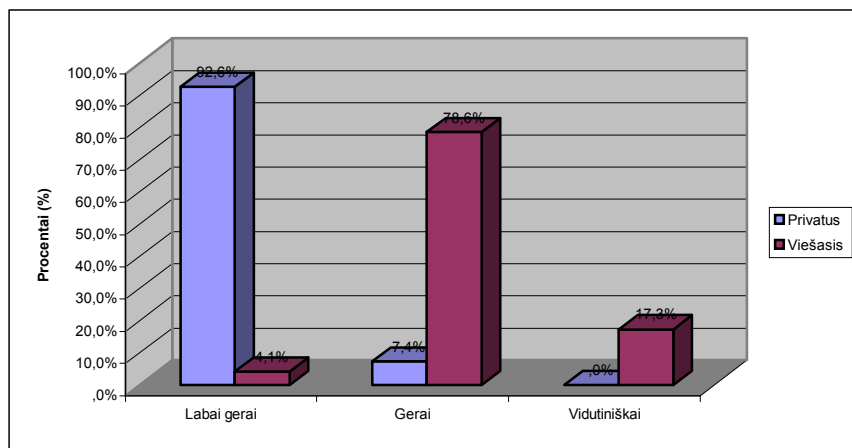
efektas. Viešosios gydymo įstaigos pacientai pripratę prie senos tvarkos, kad pas gydytoją reikia registruotis iš anksto. Privačiosios gydymo įstaigos pacientų poreikiai didesni, o lūkesčiai kartais neatitinka realybės. Dalis pacientų, kurie mano, jog gydytojas-kardiologas dirbantis privačiame sektoriuje privalo priimti tik jam peržengus įstaigos slenkstį, o apie išankstinę registraciją jis nenori ir girdėti. Kadangi pacientų skaičius nuolat auga, o gydytojų-kardiologų darbo valandos neilgėja, tad pacientai taip greitai negali patekti pas gydytoją. Galimos kelios išeitys: gydytojas ilgina priėmimo laiką arba trumpina konsultacijai skirtą laiką.



4 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vertinimą apie patekimą pas gydytoją pagedaujama laiku ($\chi^2=400$, IIs=4, $p<0.001$)

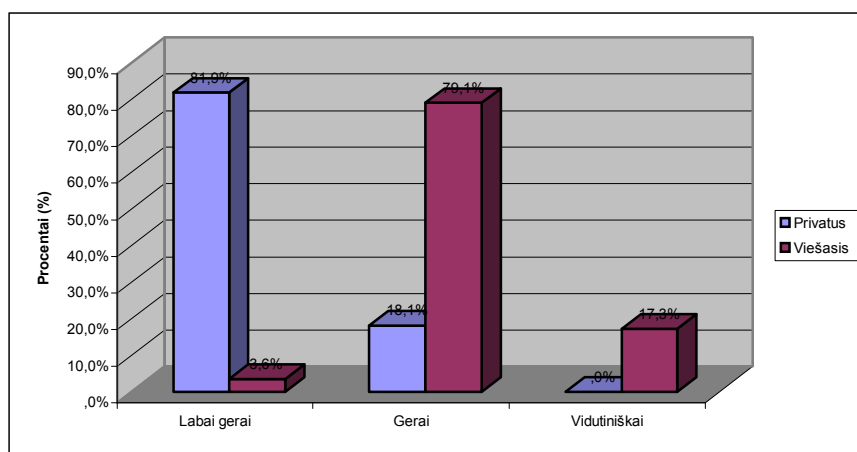
Vilniaus Šeškinės poliklinikose dauguma apklaustųjų respondentų (72,2 proc.) nurodo, kad poliklinikoje yra eilių problema (48). Kitame atliktame tyrime Šiaulių mieste 40 procentų respondentų nurodė, kad pas gydytoją specialistą patenka registracijos dieną ir tiek pat (40 proc.) konsultuojami tik po 1-2 savaitių (49).

Gydytojų profesionalumą konsultacijos metu labai gerai įvertino 92,6% apklaustųjų iš privataus sektoriaus ir 4,1% iš viešojo sektoriaus, likusieji privataus sektoriaus respondentai gydytojų profesionalumą įvertino gerai (7,4%) (5 pav.). Viešajame sektoriuje 78,6% respondentai gydytojų profesionalumą įvertino gerai, o 17,3% - vidutiniškai.



5 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vertinimą apie gydytojo profesionalumą konsultacijos metu ($\chi^2=314.591$, $lfs=2$, $p<0.001$)

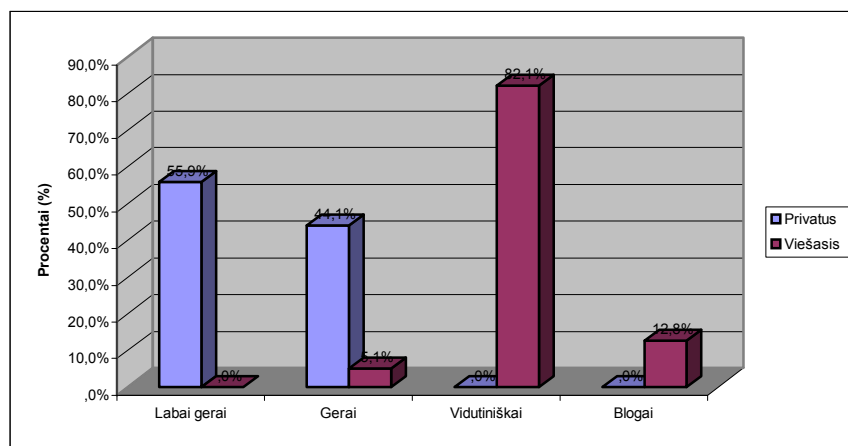
Slaugytojų profesionalumas buvo įvertintas labai panašiai kaip ir gydytojų. Privačiame sektoriuje 81,9% respondentų įvertino labai gerai ir 18,1% įvertino gerai. Viešajame sektoriuje labai gerai įvertino 3,6% apklaustųjų, gerai 79,1% ir 17,3% įvertino vidutiniškai.



6 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vertinimą apie slaugytojų profesionalumą ($\chi^2=253.589$, $lfs=2$, $p<0.001$)

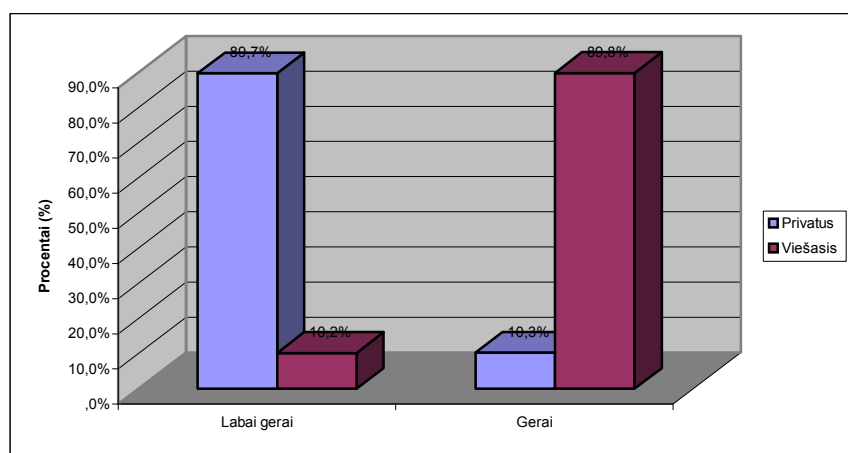
Vertinant registratūros darbuotojų bendravimą su pacientais privataus sektoriaus respondentai nebuvo tokie vieningi, kaip vertinant kitus paslaugų kokybės aspektus. Įvertinimai pasiskirstė beveik per pusę: respondentai, kurie registratūros darbuotojų bendravimą su pacientais įvertino labai gerai buvo 55,9% ir 44,1% įvertino gerai (7 pav.). Didžioji dalis viešojo sektoriaus

respondentų registratūros darbuotojų bendravimą įvertino vidutiniškai (82,1%), 5,1% įvertino gerai, ir daugiau kaip dešimtadalis įvertino blogai (12,8%).



7 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vertinimą apie registratūros darbuotojų bendravimą su pacientais ($\chi^2=363.986$, IIs=3, $p<0.001$)

Vertinant gydytojų bendravimą su pacientais visi įvertinimai buvo teigiami. Labai gerai gydytojų bendravimą su pacientais įvertino 89,7% apklaustųjų privačiame sektoriuje ir 10,2% viešajame sektoriuje, o gerai įvertino 89,8% respondentų viešajame sektoriuje ir 10,3% privačiame sektoriuje (8 pav.).

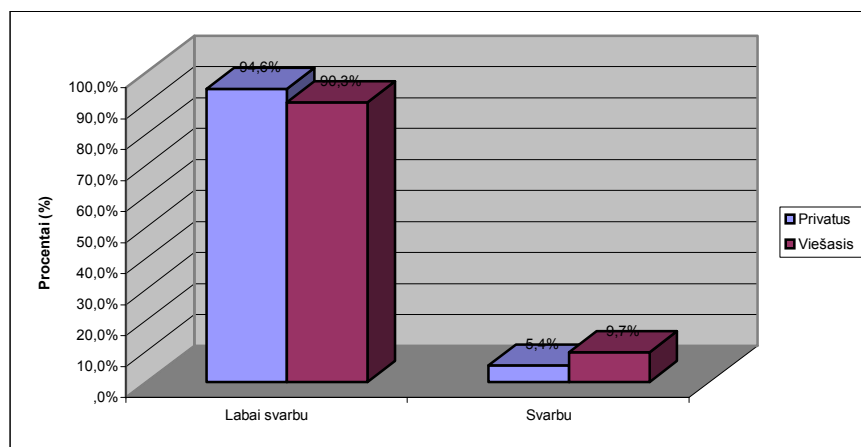


8 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vertinimą apie gydytojų bendravimą su pacientais ($\chi^2=252.777$, IIs=1, $p<0.001$)

Be gydytojo profesinės kompetencijos, labai svarbus veiksnys, įtakojantis paciento pasitenkinimą savo gydytojo-kardiologo teikiamomis sveikatos paslaugomis yra paciento ir

gydytojo bendravimas. Vieni iš gydytojo tikisi malonaus bendravimo asmeniniais klausimais, kiti tikslios informacijos apie ligą ir gydymo galimybes, kiti prioritetu laiko profilaktiką. Manau, kad gydytojas-kardiologas pirmo vizito metu turėtų įvertinti paciento emocinę būklę užduodant pacientui klausimą taip, kad pas galėtų suformuluoti savo problemą, įvertinti jos svarbumą. Kad ir kokie būtų skirtingi paciento lūkesčiai labai svarbu jį palaikyti ir suprasti. Informacija, kuri pateikiama konsultacijos metu yra labai svarbu diagnozės nustatymui ir tolimesniam gydymui. Bendravimas skatina pacientą pasitikėti savo gydytoju, leidžia jam jaustis saugiai ir užtikrintai, padeda išvengti konfliktinių situacijų, bei pacientas nevengia lankytis pas gydytoją. Taip būtų galima apibūdinti kaip gydytojo ir paciento bendradarbiavimą, kuomet pacientas sutinka gydytis ir laikosi gydymo rekomendacijų.

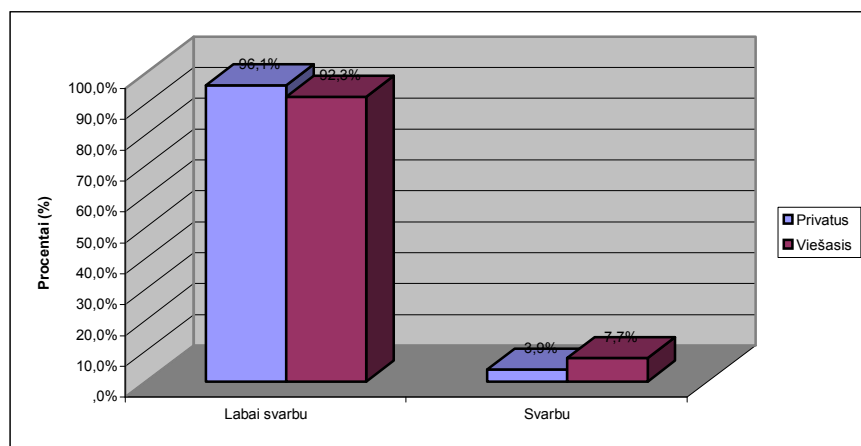
Respondentų buvo paprašyta išreikšti savo nuomonę, kiek išvardinti veiksniai yra svarbūs paslaugų kokybei. Daugeliu atvejų apklaustųjų iš privataus ir viešojo sektorių nuomonės sutapo. Gydytojo-kardiologo darbo laikas buvo labai svarbus tiek privačiam (94,6%), tiek ir viešajam sektoriams (90,3%) (9 pav.). 5,4% respondentų iš privataus sektoriaus nurodė, kad gydytojo-kardiologo darbo laikas yra svarbus, viešajame sektoriuje tokių respondentų buvo 9,7%. Gauti rezultatai rodo, kad apklaustųjų nuomonių skirtumas, tarp viešojo ir privataus sektoriaus, nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$).



9 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal nuomonę apie gydytojo-kardiologo darbo laiko svarbumą ($\chi^2=2,666$, $lfs=1$, $p=0.102$)

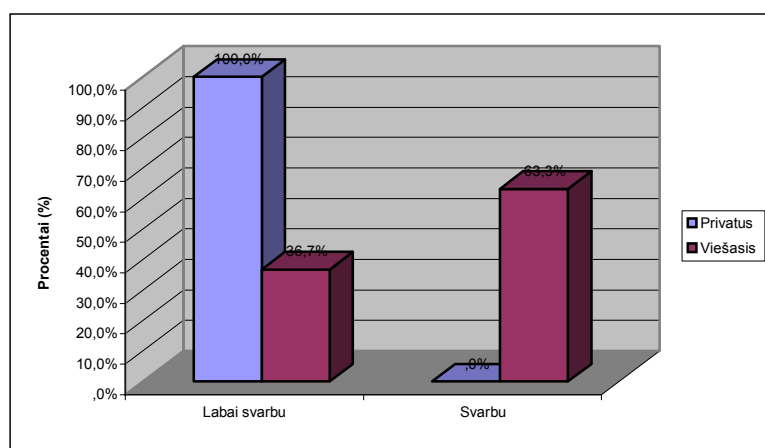
Panašūs rezultatai buvo gauti ir klausiant apie patekimą pas gydytoją norimą dieną. Daugumai respondentų tai buvo labai svarbu (privačiajame sektoriuje – 96,1%, viešajame

sektoriuje – 92,3%) (10 pav.). Ir keletas respondentų įvertino šį veiksnį kaip tiesiog svarbų (privačiame sektoriuje – 3,9%, viešajame sektoriuje – 7,7%). Apklaustųjų atsakymų skirtumai tarp privataus ir viešojo sektoriaus nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$).



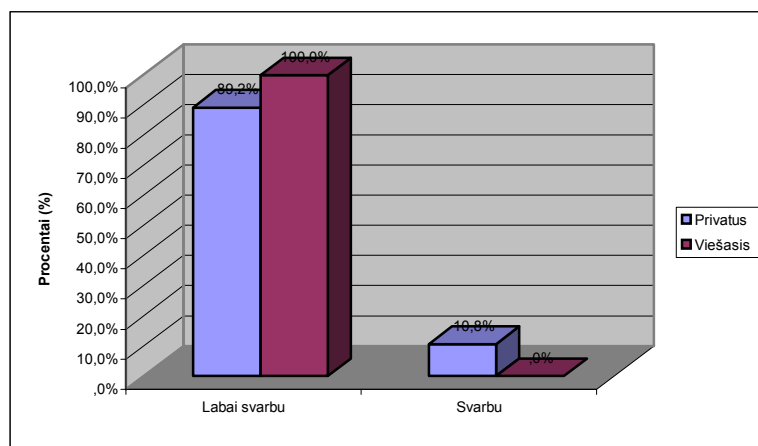
10 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal nuomonę apie patekimą pas gydytoją norimą dieną svarbumą ($\chi^2=2.568$, IIs=1, $p=0.109$)

Absoluti dauguma (100%) apklaustųjų iš privataus sektoriaus manė, kad mandagus registratūros darbuotojų elgesys yra labai svarbus veiksnys vertinant paslaugų kokybę (11 pav.). Taip pat manė ir 36,7% viešojo sektoriaus respondentų, tuo tarpu 63,3% įvardino šį veiksnį tiesiog svarbiu.



11 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal nuomonę apie mandagus registratūros darbuotojų elgesio svarbumą ($\chi^2=187.045$, IIs=1, $p < 0.001$)

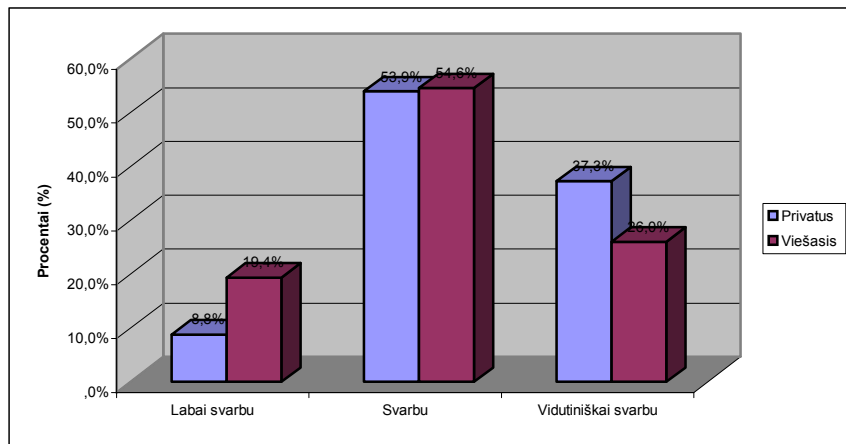
100% viešojo sektoriaus apklaustųjų atsakė, kad pakankama konsultacijos trukmė yra labai svarbu vertinant paslaugų kokybę, su jais sutiko 89,2% respondentų iš privataus sektoriaus, o 10,8% nurodė, kad šis veiksnys yra svarbus.



12 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal nuomonę apie pakankamos konsultacijos trukmės svarbumą ($\chi^2=22.367$, IIs=1, $p<0.001$)

Absoliučiai visi apklaustieji tiek privačiame, tiek viešajame sektoriuose nurodė, kad pacientų nusiskundimų išklausymas ir patekimas pas gydytoją paskirtu laiku yra labai svarbūs veiksniai vertinant paslaugų kokybę.

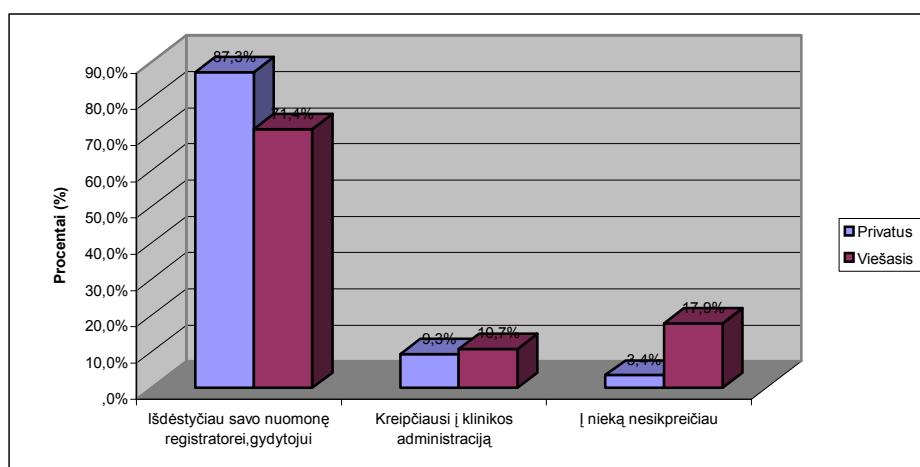
Atsakymai į klausimą apie tai, kiek patogus laukiamasis yra svarbus paslaugų kokybei, pasiskirstė šiek tiek plačiau. Daugiau kaip pusė respondentų tiek privačiame (53,9%), tiek ir viešajame (54,6%) sektoriuose atsakė, kad tai yra svarbus veiksnys (13 pav.). Vidutiniškai svarbiu veiksniu jį laikė 37,3% respondentų iš privataus sektoriaus ir 26,0% iš viešojo sektoriaus. Ir tik maža dalis apklaustųjų manė, kad patogus laukiamasis yra labai svarbu: viešajame sektoriuje tokių buvo 19,4%, o privačiame sektoriuje – 8,8%. Iš gautų rezultatų matosi, kad privataus ir viešojo sektoriaus nuomonė apie patogaus laukiamojo įtaka paslaugų kokybei, skiriasi statistiškai reikšmingai ($p<0,05$).



13 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal nuomonę apie patogaus laukiamojo svarbumą ($\chi^2=11.95$, IIs=2, p=0.003)

Manau, kad laukiamojo sukuriame atmosfera turi įtakos paslaugų kokybei. Jai patalpa maža, atsisėsti nėra kur, deguonies stygius patalpoje, tai ir kelių minučių laukimas sukels diskomfortą. Panevėžio rajone atliktame tyrime kas ketvirtas ambulatorijų respondentas (26,6 proc.) ir kas penktas (19,3 proc.) poliklinikos atsisakė, kad nenorėtų visai laukti (50).

Susidūrę su nepakankamos kokybės paslaugomis didžioji dauguma respondentų išdėstytų savo nuomonę registratorei arba gydytojui, privačiame sektoriuje tai sudarytų 87,3%, o viešajame sektoriuje 71,4% respondentų (14pav.). Į klinikos administraciją kreiptųsi panašus procentas respondentų iš viešojo (10,7%) ir privataus (9,3%) sektoriaus. Privačiajame sektoriuje į nieką nesikreiptų 3,4% respondentų, o privačiajame sektoriuje – 17,9% respondentų.



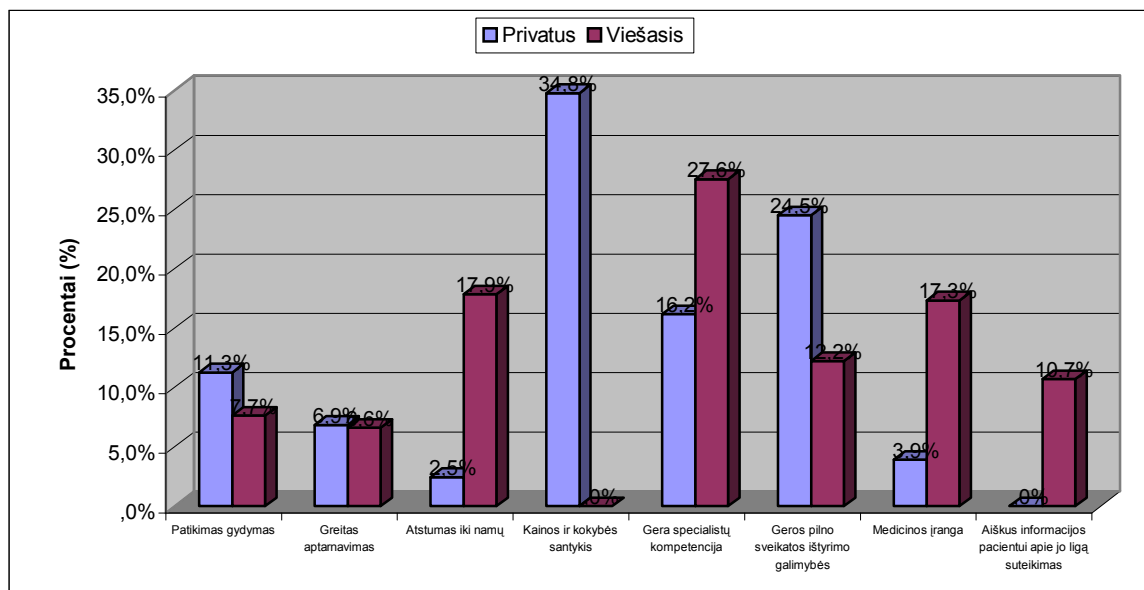
14 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai, kur respondentai kreiptųsi susidūrę su nepakankamos kokybės paslaugomis ($\chi^2=123.886$, IIs=4, p<0.001)

Tai tik patvirtina, kad nėra bendradarbiavimo siekiant pagerinti gydymo įstaigoje aptarnavimo kokybę. Taip pat pacientai savo pasitenkinimą ar nepasitenkinimą, įstaigos teikiamomis paslaugomis, pareiškia už įstaigos ribų bendraudami tarpusavyje “iš lūpų į lūpas“. Manau abipusio bendradarbiavimo pagalba, būtų galima imtis konkrečių veiksmų esamoms problemoms šalinti.

3.2 Veiksniai, sąlygojantys privačios ar viešosios ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimą

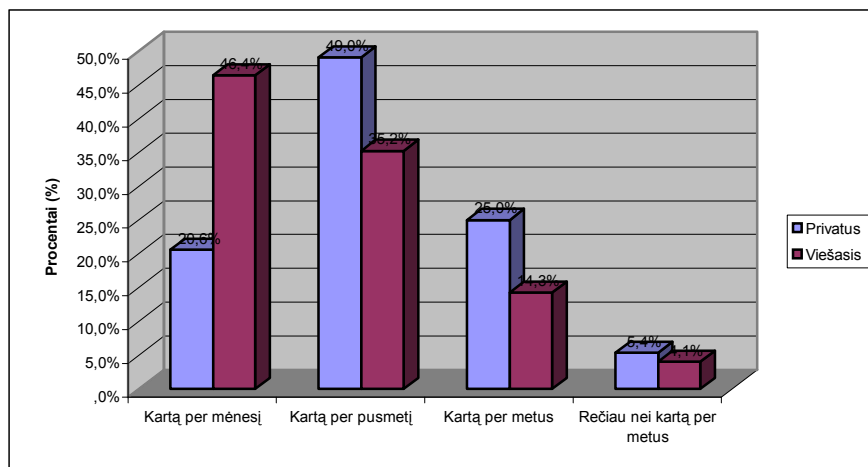
Lietuvos piliečiai gali laisvai patys pasirinkti sveikatos priežiūros gydymo įstaigą, bei gydytoją-kardiologą. Sveikatos politikos požiūriu galimybė laisvai pasirinkti gydytoją ir SPĮ turėtų laiduoti didesnę konkurenciją PSP sistemoje, bei kartu užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą tomis paslaugomis.

Apklausiant respondentus, kodėl jie pasirinko gydymo įstaigą, kurioje jie dabar yra prisirašę. Privačiajame sektoriuje gydymo įstaigos pasirinkimą daugiausia lemia kainos ir kokybės santykis (34,8%), geros pilno sveikatos ištyrimo galimybės (24,5%), bei gera specialistų kompetencija (16,2%) (15 pav.). Kiek mažiau gydymo įstaigos pasirinkimą įtakoja patikimas gydymas (11,3%), greitas aptarnavimas (6,9%), medicinos įranga (3,9%) ir atstumas iki namų (2,5%), aiškus informacijos apie ligą suteikimas buvo visiškai nesvarbus (0%). Viešajame sektoriuje respondentams buvo svarbiausia gera specialistų kompetencija (27,6%), atstumas iki namų buvo beveik tiek pat svarbus kaip ir medicinos įranga (17,9% ir 17,3%). Mažiau svarbūs buvo punktai apie gerą pilną sveikatos ištyrimą (12,2%) ir aiškų informacijos pateikimą apie ligą (10,7%). Mažiausiai dėmesio, renkantis gydymo įstaigą viešajame sektoriuje, respondentai skyrė patikimam gydymui (7,7%) ir greitam aptarnavimui (6,6%).



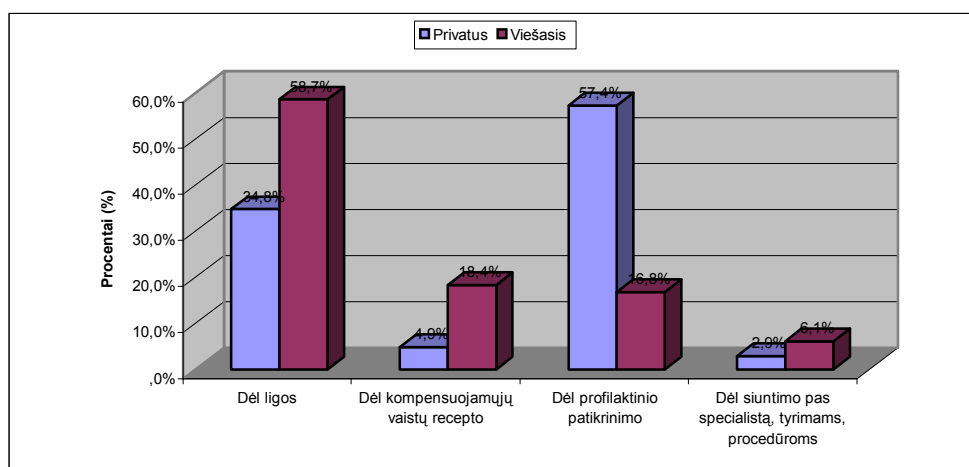
15 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimo motyvus ($\chi^2=146.419$, IIs=7, $p<0.001$)

Pagal respondentų lankymąsi pas gydytoją–kardiologą matome, kad didesnė dalis viešojo sektoriaus respondentų (46,4%) nei privataus (20,6%) lankosi pas gydytoją–kardiologą kartą per mėnesį (16 pav.). Vyresnio amžiaus pacientams ir sergantiems lėtinėmis širdies ligomis yra privaloma periodinė specialisto konsultacija išrašant vaistus bei koreguojant gydymą. Respondentų pasiskirstymas pagal lankymąsi pas gydytoją–kardiologą kartą per pusmetį, daugiausia besilankančių yra privačiame sektoriuje (49,0%), viešajame sektoriuje šiek tiek mažiau (35,2%). Respondentų, kurie lankosi pas gydytoją–kardiologą kartą per metus, privačiame sektoriuje yra 25,0%, o viešajame sektoriuje – 14,3%. Mažiausiai buvo respondentų tiek viešajame, tiek privačiame sektoriuose, kurie lankėsi pas gydytoją–kardiologą rečiau nei kartą per metus, atitinkamai 4,1% ir 5,4. Viešajame sektoriuje daugiausia respondentų pas gydytoją–kardiologą lankėsi kartą per mėnesį, o privačiame sektoriuje – kartą per pusmetį.



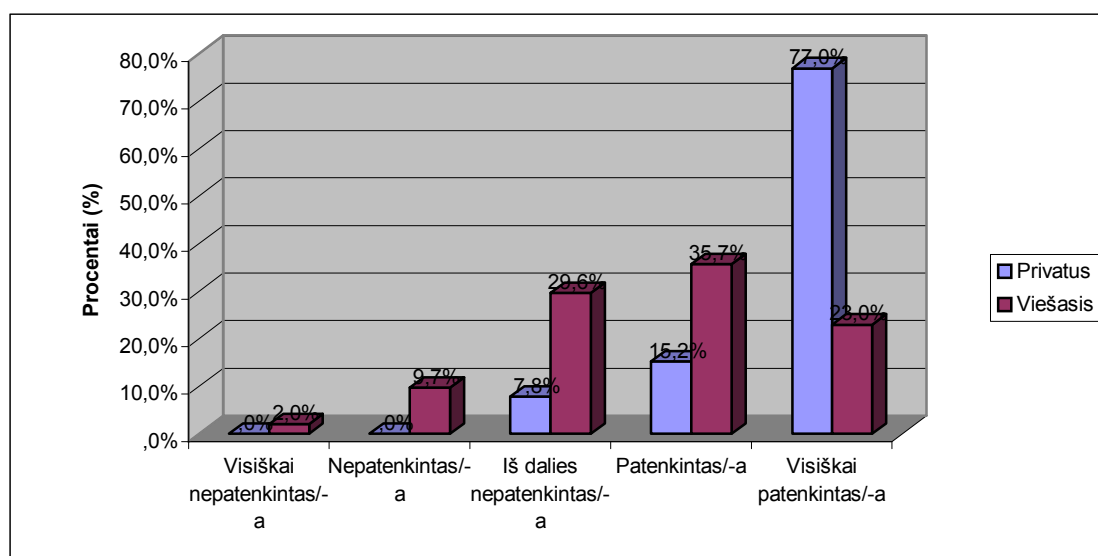
16 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vizitų dažnumą pas gydytoją-kardiologą ($\chi^2=30.761$, IIs=3, $p<0.001$)

Daugiau negu pusė viešojo sektoriaus respondentų lankėsi pas gydytoją-kardiologą dėl ligos (58,7%), privačiame sektoriuje tokių respondentų buvo 34,8%, dėl kompensuojamųjų vaistų recepto atitinkamai – 18,4% ir 4,9% (17 pav.). Privačiame sektoriuje daugiau negu pusė respondentų (57,4%) pas gydytoją-kardiologą lankėsi dėl profilaktinio patikrinimo. Tuo tarpu viešajame sektoriuje – tik 16,8%. Ir tik mažoji dalis respondentų lankėsi pas gydytoją-kardiologą dėl siuntimo pas specialistą, tyrimams, procedūroms: privačiame sektoriuje – 2,9%, o viešajame sektoriuje – 6,1%.



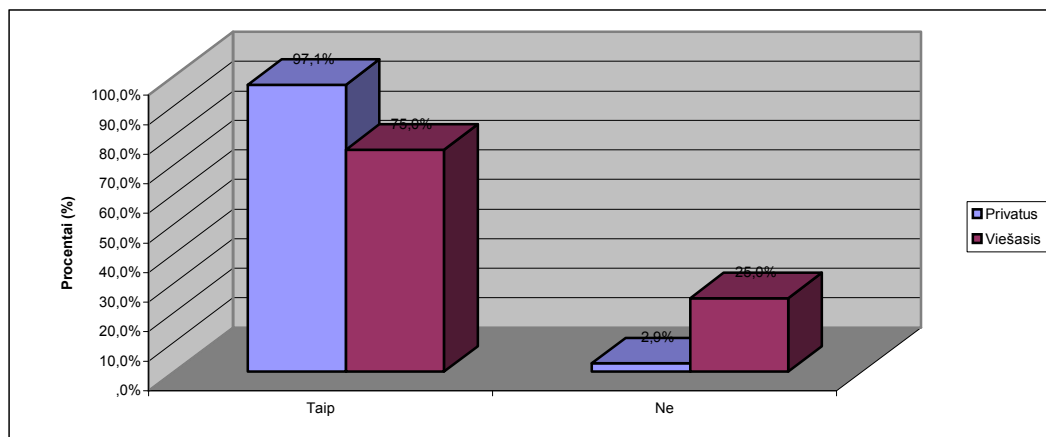
17 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal lankymosi priežastis pas gydytoją-kardiologą ($\chi^2=74.014$, IIs=3, $p<0.001$)

Didžioji dalis privataus sektoriaus respondentų buvo visiškai patenkinti klinikoje teikiamomis kardiologinėmis paslaugomis (77,0%), viešajame sektoriuje tokių respondentų buvo 23,0% (17 pav.). Privačiajame sektoriuje patenkintų respondentų buvo 15,2%, o viešajame sektoriuje 35,7%. Iš dalies patenkintų respondentų privačiame sektoriuje buvo 7,8%, viešajame sektoriuje – 29,6%. Nepatenkintų, arba visiškai nepatenkintų respondentų privačiajame sektoriuje nebuvo, tuo tarpu viešajame sektoriuje jie sudarė atitinkamai 9,7% ir 2,0%.



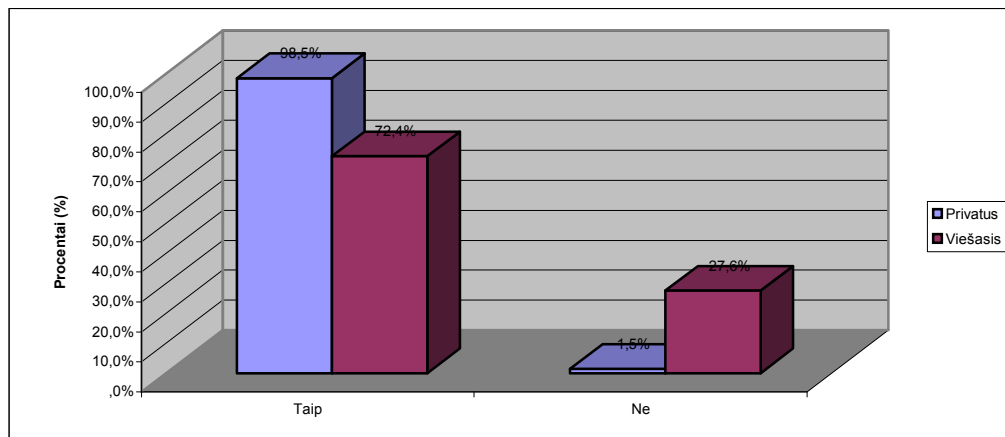
17 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal klinikoje teikiamų kardiologinių paslaugų vertinimą ($\chi^2=123.886$, IIs=4, $p<0.001$)

Į klausimus, ar rekomenduotumėte šią gydymo įstaigą pažįstamiems, didžioji dalis respondentų tiek privačiame (97,1%), tiek ir viešajame sektoriuje (75,0%) atsakė teigiamai. Neigiamai atsakė 25,0% viešojo sektoriaus ir 2,9% privataus sektoriaus respondentų (18 pav.).



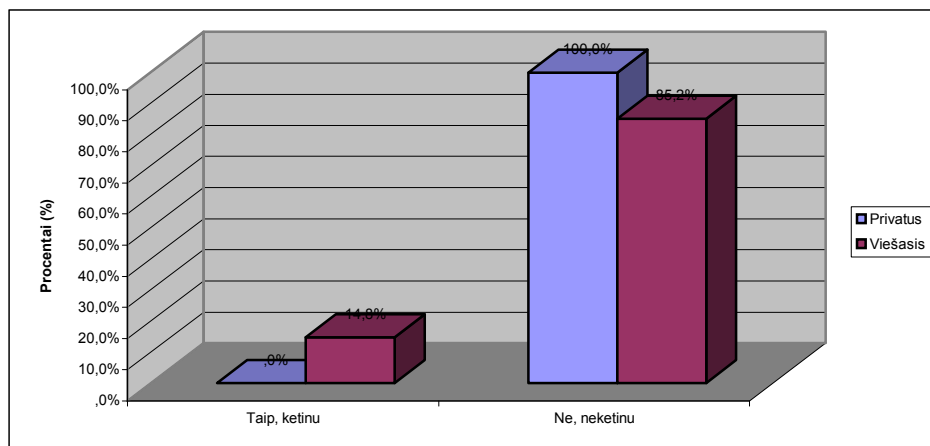
18 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai, ar jie rekomenduotų šią gydymo įstaigą pažįstamiems ($\chi^2=41.014$, lls=1, $p<0.001$)

Panašūs rezultatai buvo ir su klausimu “ar rekomenduotumėte savo gydytoją-kardiologą savo pažįstamiems”. Teigiamai atsakė 98,5% privataus sektoriaus ir 72,4% viešojo sektoriaus respondentų, o neigiamai atsakė 27,6% viešojo sektoriaus ir 1,5% privataus sektoriaus respondentų.



18 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai, ar jie rekomenduotų savo gydytoją-kardiologą savo pažįstamiems ($\chi^2=55.643$, lls=1, $p<0.001$)

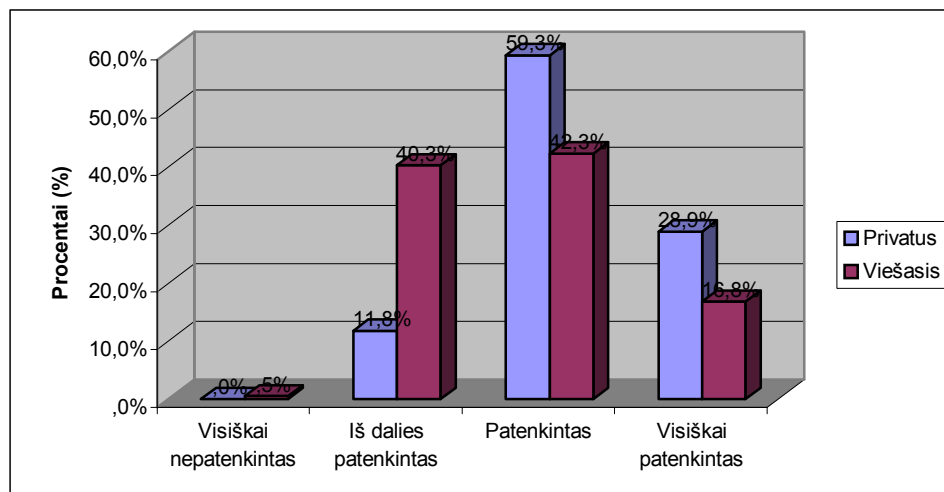
Respondentų buvo klausama, ar jie ketina per artimiausius dvejus metus pereiti gydytis į viešąją/privačiąją sveikatos priežiūros įstaigą (19 pav.). Privačiajame sektoriuje nė vienas iš apklaustųjų respondentų neketina pereiti gydytis į viešąją sveikatos priežiūros įstaigą. Viešajame sektoriuje per artimiausius dvejus metus pereiti gydytis į privačiąją sveikatos priežiūros įstaigą ketina 14,8% apklaustųjų respondentų, o neketinančių - 85,2%.



19 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai, ar jie ketinate per artimiausius dvejus metus pereiti gydytis į viešąją/ privačiąją sveikatos priežiūros įstaigą ($\chi^2=32.543$, IIs=1, $p<0.001$)

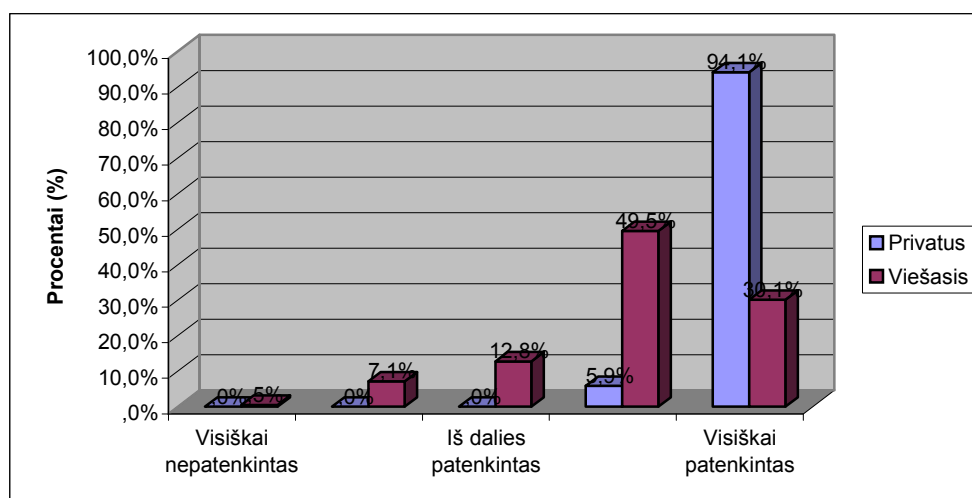
3.3 Pacientų nuomonė apie ambulatorinių kardiologinių paslaugų prieinamumą

Respondentų buvo prašoma įvertinti privačiojo/viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus ekonominę prieinamumą (t.y., tiesioginės išlaidos sveikatos priežiūrai). Daugiau kaip pusė privataus sektoriaus respondentų buvo patenkinti (59,3%), beveik trečdalis buvo visiškai patenkinti (28,9%) ir maža dalis buvo tik iš dalies patenkinti (11,8%), nepatenkintų arba visiškai nepatenkintų respondentų privačiame sektoriuje nebuvo (20 pav.). Viešajame sektoriuje patenkintų (42,3%) ir iš dalies patenkintų (40,3%) respondentų buvo beveik vienodai, o visiškai patenkintų buvo ženkliai mažiau (16,8%). Nepatenkintų respondentų nebuvo, tačiau pasitaikė 0,5% respondentų, kurie buvo visiškai nepatenkinti ekonominiu prieinamumu.



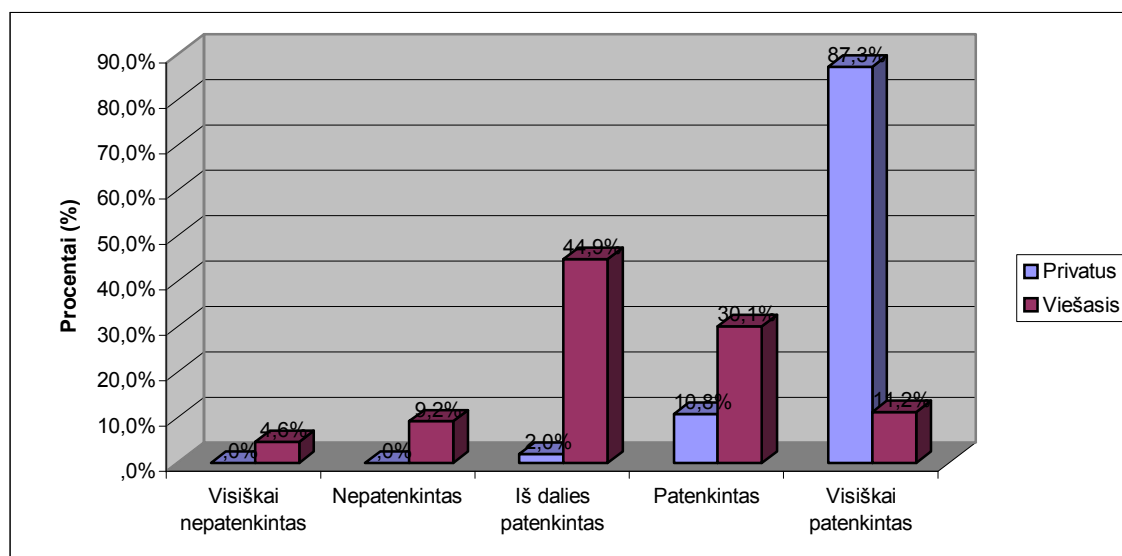
20 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal privataus/viešojo sveikatos sektoriaus ekonominio prieinamumo vertinimą ($\chi^2=44.653$, IIs=3, $p<0.001$)

Respondentų buvo prašoma įvertinti privataus/viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus komunikacinį prieinamumą (t.y., kaip greitai galima pasiekti įstaigą ir gauti medicininę paslaugą, taip pat susisiekti su savo gydytoju-kardiologu telefonu, transportu). Beveik visi privataus sektoriaus respondentai buvo visiškai patenkinti (94,1%) komunikaciniu prieinamumu, tuo tarpu viešajame sektoriuje tokių respondentų buvo tris kartus mažiau (30,1%) (21 pav.). Beveik pusė respondentų viešajame sektoriuje buvo patenkinti (49,5%) komunikaciniu prieinamumu, privačiajame sektoriuje tokių buvo 5,9%. Privačiajame sektoriuje iš dalies patenkintų, nepatenkintų arba visiškai nepatenkintų respondentų nebuvo, tuo tarpu viešajame sektoriuje jie sudarė atitinkamai 12,8%, 7,1% ir 0,5%.



21 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal privataus/viešojo sveikatos sektoriaus komunikacinio prieinamumo vertinimą ($\chi^2=176.669$, IIs=4, $p<0.001$)

Respondentų buvo prašoma įvertinti privataus/viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus organizacinį prieinamumą (t.y., ar užtenka gydytojų, kiek laiko reikia laukti konsultacijos, kaip ilgai reikia laukti registratūroje). Privačiame sektoriuje didžioji dalis respondentų buvo visiškai patenkinti (87,3%), viešajame sektoriuje didžioji dalis respondentų buvo patenkinti tik iš dalies (44,9%), visiškai patenkinti buvo 11,2%, o patenkinti 30,1% respondentų. Privačiame sektoriuje 10,8% respondentų buvo patenkinti ir 2,0% patenkinti iš dalies, nepatenkintų arba visiškai nepatenkintu respondentų nebuvo, tuo tarpu viešajame sektoriuje jie sudarė atitinkamai 9,2% ir 4,6%.

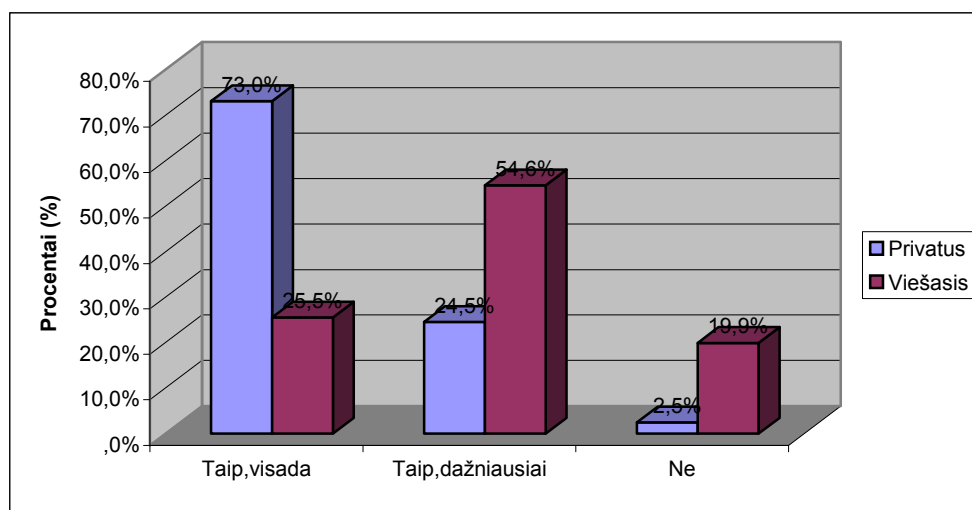


22 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal privataus/viešojo sveikatos sektoriaus organizacinio prieinamumo vertinimą

($\chi^2=242.214$, IIs=4, $p<0.001$)

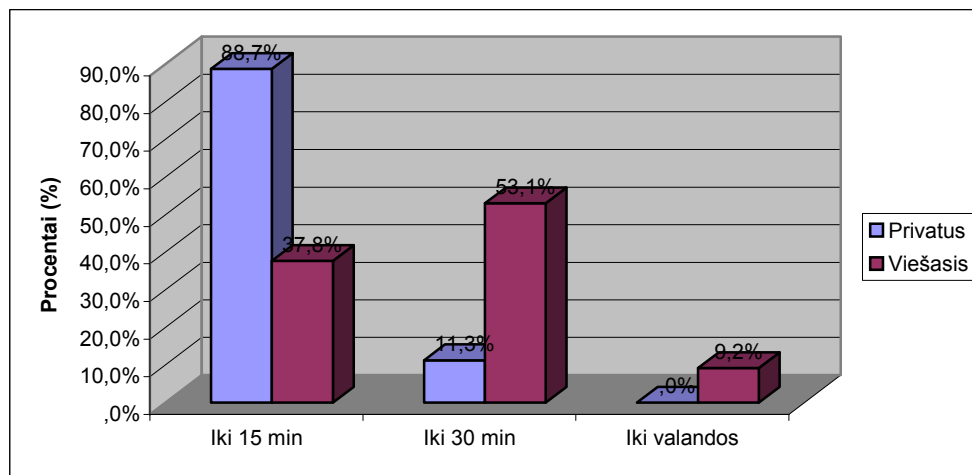
Lietuvoje atlikti tyrimai, vertinę komunikacinio, ekonominio, organizacinio prieinamumo aspektus poliklinikose, rodo, jog pagrindinės problemos yra taip vadinamo „pirmo kontakto“ vietoje – registratūroje, kurioje pacientai neretai susiduria su eilėmis, bei eilės prie gydytojų kabinetų durų. Todėl analizuodami organizacinį prieinamumo aspektą, dėmesį koncentravome ties tuo, kiek pacientams tenka laukti registratūroje ir ar jie patenka pas gydytoją jiems paskirtu laiku.

Atlikus apklausą paaiškėjo, kad privačiame sektoriuje respondentai visada patekdavo pas gydytoją jiems paskirtu laiku (73,0%), ko nebūtų galima pasakyti apie respondentus iš viešojo sektoriaus (25,5%) (23 pav.). Daugiau kaip pusė respondentų viešajame sektoriuje dažniausiai patekdavo pas gydytoją jiems paskirtu laiku (54,6%), o privačiame sektoriuje tokių respondentų buvo 24,5%. 2,5% respondentų privačiame sektoriuje nepatekdavo pas gydytoją jiems paskirtu laiku, o viešajame sektoriuje tokių buvo 19,9%.



23 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai ar pateko pas gydytoją jiems paskirtu laiku ($\chi^2=96.097$, lls=2, $p<0.001$)

Kita labai opi problema, kuri dažniausiai piktina pacientus – laukimas prie gydytojo kabineto. Tyrimo duomenys rodo, kad privačiame sektoriuje respondentai priėmimo pas gydytoją dažniausiai laukia iki 15 minučių (88,7%), o viešajame sektoriuje iki 15 minučių laukia tik 37,8% respondentų (24 pav.). Daugiau kaip pusė respondentų viešajame sektoriuje laukia iki 30 minučių (53,1%), o privačiame sektoriuje 11,3%. Viešajame sektoriuje buvo ir tokių atvejų (9,2%), kai respondentui teko laukti priėmimo pas gydytoją iki valandos, tuo tarpu privačiame sektoriuje tokių atvejų nepasitaikė.



24 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai kiek laiko dažniausiai laukia priėmimo pas gydytoją ($\chi^2=114.445$, IIs=2, $p<0.001$)

Paciento laikas, kurį jis praleidžia kol patenka pas gydytoją, skaičiuojant ir sugaištą laiką registratūroje, ir laukimo prie gydytojo kabineto laiką, susumavus ir pavertus valandomis, bei padauginus šį rodiklį iš apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose skaičiaus, gaunamos labai didelės ir nereikalingos laiko sąnaudos. Suprantama, tikėtis visiškai išvengti laukimo pas gydytoją būtų nerealų, ypačingai viešoms PSP įstaigoms, kurioms tenka valdyti didesnius pacientų srautus nei privačioms PSP įstaigoms. Tačiau sveikatos priežiūros įstaigų administracijos atstovai, įvairių lygių sveikatos priežiūros organizatoriai turėtų skirti didelį dėmesį šios problemos sprendimui.

Apibendrinus šio tyrimo rezultatus, galima teigti, kad privačios ambulatorinės gydymo įstaigos pagrindiniai pacientų pasirinkimo motyvai buvo kainos ir kokybės santykis, bei geros pilno sveikatos ištyrimo galimybės. Viešojoje gydymo įstaigoje pagrindiniai motyvai buvo laikomi gera specialistų kompetencija, bei atstumas iki namų. Didesnė dalis apklaustųjų pacientų jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir viešojoje, ir privačiojoje gydymo įstaigose vertino teigiamai. Tik privačiojoje gydymo įstaigoje respondentai teikiamas kardiologines paslaugas vertino geriau, nei viešojo sektoriaus pacientai, nes jose buvo geresnis organizacinis, komunikacinis, ekonominis paslaugų prieinamumas, bei geresnė teikiamų paslaugų kokybė.

Privačiojoje ir viešojoje ambulatorines kardiologines paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose pacientams yra teikiamos tos pačios sveikatos priežiūros paslaugos, todėl tik suteiktų paslaugų kokybė ir prieinamumas lemia pranašumą prieš konkurentus, nes potencialus pacientas rinksis tą gydymo įstaigą, kurioje suteikiamos paslaugos patenkins jo lūkesčius. Paprastai

sveikatos priežiūros įstaigos turėtų koncentruotis į tai, kodėl pacientai turėtų naudotis jų teikiamomis paslaugomis, o ne nuteikinti pacientus nesinaudoti jų varžovų teikiamomis paslaugomis. Be to, sėkmę lemia dar ir tai, kaip sveikatos priežiūros įstaiga supranta savo aplinką, savo tikslus, savo vartotojus bei varžovus. Pacientai yra svarbiausi sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai, o jų sveikatos priežiūra yra pats svarbiausias SP įstaigų uždavinys, todėl SP įstaigos turi koncentruotis į pacientų poreikių tenkinimą, teikiant jų lūkesčius kuo geriau pateisinančias SP paslaugas, o ne kovoti dėl pacientų, varžantis tarpusavyje.

IŠVADOS

1. Ambulatorinės kardiologijos paslaugos tenkina didesnę dalį apklausoje dalyvavusių pacientų, tačiau privačios ambulatorinės kardiologinės įstaigos pacientai daugeliu aspektų geriau nei viešojo sektoriaus pacientai vertina jų gydymo įstaigos teikiamų paslaugų kokybę: jie turi daugiau galimybių pas gydytoją patekti patogiu laiku, dažniau į gydytojo kabinetą visada patenka paskirtu jiems laiku, trumpiau sugaišta laukdami registratūroje, geresnis gydytojų, registratūros darbuotojų, slaugytojų profesionalumas ir bendravimas, tad dažniau būna patenkinti klinikoje teikiamomis kardiologinėmis paslaugomis.
2. Gydymo įstaigos pasirinkimui reikšmės turi geras organizacinis prieinamumas (galimybė patekti pas gydytoją pageidaujamu laiku, galimybė beveik visada patekti pas gydytoją nurodytu laiku), ekonominis prieinamumas (tiesioginės išlaidos sveikatos priežiūrai), komunikacinis prieinamumas (kaip greitai ir patogiai galima pasiekti gydymo įstaigą ir gauti medicininę paslaugą).
3. Privačiame sektoriuje gydymo įstaigos pasirinkimą daugiausia lemia kainos ir kokybės santykis (34,8%), viešajame sektoriuje respondentams buvo svarbiausia gera specialistų kompetencija (27,6%). Didžioji dalis privataus sektoriaus respondentų buvo visiškai patenkinti klinikoje teikiamomis kardiologinėmis paslaugomis (77,0%), viešajame sektoriuje buvo 23,0%. Tyrimo duomenys rodo, kad privačiame sektoriuje respondentai priėmimo pas gydytoją dažniausiai laukia iki 15 minučių (88,7%), o viešajame sektoriuje daugiau kaip pusė respondentų (53,1%) laukia iki 30 minučių. Privačiame sektoriuje respondentai visada patekdavo pas gydytoją jiems paskirtu laiku (73,0%), o viešajame sektoriuje daugiau kaip pusė respondentų tik dažniausiai patekdavo pas gydytoją jiems paskirtu laiku (54,6%).

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Gerinti sveikatos priežiūros kokybę: tobulinti sveikatos priežiūros personalo kvalifikaciją ne tik profesiniais, bet ir partnerystės su pacientais ir bendravimo klausimais; užtikrinti šiuolaikinių diagnostinių tyrimo ir gydymo metodų taikymą praktiniame darbe.
2. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą: koreguoti gydytojų kardiologų priėmimo valandų grafikus pagal pacientų pageidavimus; periodiškai gydymo įstaigoje atnaujinti nuorodas ir informacinius standus, informacinių technologijų įdiegimas, kurios padėtų valdyti į įstaigą besikreipiančių pacientų srautus ir mažinti paslaugos laukimo laiką.
3. Reguliariai vykdyti pacientų ir gydytojų apklausas, siekiant išsiaiškinti jų nuomonę apie pacientų lūkesčius bei paslaugų prieinamumą. Supažindinti įstaigos vadovus, gydytojus su pacientų apklausos rezultatais, juos informuojant apie nuomonių nesutapimus, vėliau stengiantis įgyvendinti realius pacientų lūkesčius.

LITERATŪRA

1. Engelhardt D. Praktinės medicinos etika. Vilnius: Žiburio leidykla; 1997.
2. Pacientų teisių deklaracija. PSO, 1995.
3. Nikiforos Diamandouros P. The European Ombudsman Speech "Patients' rights in Europe today". Chalandri-Athens 2005.
4. Lietuvos Respublikos Konstitucija: Lietuvos Respublikos piliečių priimta 1992 m. spalio 25 d. referendume. Valstybės žinios 1992;33-1014.
5. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2000 m. Liepos 18 d. Nr. VIII-1864. Valstybės žinios 2000;74-2262.
6. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 13 d. Nr. IX-2361. Valstybės žinios 1996; 102-2317.
7. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo pakeitimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. liepos 13 d. Nr. IX-2361. Valstybės žinios 2004; 115-4284.
8. Grabauskas V. Health policy development in Lithuania. In: Exploring health policy development in Europe. European center for Health Policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000. p. 82-93.
9. Grabauskas V. Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje. Pirmasis reformos dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras; 2000;75-84.
10. Jakušovaitė I, Darulis Ž. Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės. Medicina (Kaunas) 2004;40(9):825-32.
11. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo pakeitimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499. Valstybės žinios 2009; 145-6428.
12. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius; 2004. p. 96.

13. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. Liepos 19 d. Nr. I-552. Valstybės žinios 1994;63-1231.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I – 1343. Valstybės žinios 1996;55-1287.
15. Lietuvos sveikatos programa: priimta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. III-833. Valstybės žinios 1998;64-1842.
16. Anderson DW, Holden J, Campbell St. Quality Assessment for General Practice: Supporting treatment. *J Pediatr Nurs* 1998;13(5):317-325.
17. Sox CM, Swartz, Burstin HR and Brennan TA. Insurance or regular physician: which is the most powerful predictor of healthcare? *Am J Public Health* 1998;3:364-370.
18. Pechansky R, Thomas JW. The concept of access. *Med Care* 1981;19(2):127-40.
19. Gronroos Ch. Service management and marketing. Lexington MA: Lexington Books; 1990.
20. Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach. *BMJ* 1999;319(7214):866-7.
21. Milašauskienė Ž, Juodytė I, Misevičienė I, Boerma W, Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina (Kaunas)* 2006; 42(3):231 - 7.
22. Jankauskienė D, Pečiūra R. Sveikatos Politika ir valdymas. Kaunas: Mykolo Romerio universitetas; 2007, p. 174.
23. Roland M, Holden J, Campbell St. Quality Assessment for General Practice: Supporting Clinical Governance in Primary Care Groups. Univ. Manchester: Manchester; 1998
24. Hospital admission rates to social deprivation, not quality of GP care. Prieiga per internetą: <<http://www.imperial.ac/uk/p7473.htm>>.
25. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw B, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14(2):111-8.
26. Petrauskienė J. Sveikatos politikos strategijos įgyvendinimo problemos. Sveikatos priežiūros vadyba XXI a: tezių rinkinys. Nida; 2000. p. 7-8.
27. Kairys J, Žėbienė E, Zokas I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:88-93.

28. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002;38(11):1129-35.
29. Kairys J, Žėbienė E, Rutkys B.A, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiausiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2004; 40(2):178-191.
30. Burokienė S. Ambulatorinių specializuotų paslaugų prieinamumas Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams. *Lietuvos sveikata* 2005 11 03:9-10.
31. Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m.rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717. *Valstybės žinios* 2007;96-3897.
32. Malbon G, Jenkins C, Gillam S. What do Londoners think of their general practice? London: King's Fund; 2000.
33. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting 'same day' consultations in primary care. *BMJ* 2000;320:1043–8.
34. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost–effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000;320:1048–53.
35. Chanters C, Ashmore S., Mandair S. Improving the patient experience in general practice with the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *Quality in Primary Care*. 2005; 13:225-32.
36. Feddock C.A., Hoellein A.R., Griffith III C.H., Wilson J.F., Bovverman J.L., Becker N.S., Caudill T.S. Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? *Evaluation & The Health Professions*. 2005; 28:40-52.
37. Grabauskas V, Jakušvaitė I, Liubarskienė Z. ir kt. Bendruomenių aktyvinimas sprendžiant sveikatos priežiūros etines problemas. *Mokomasis leidinys*. Kaunas; 2002.
38. Mackenbach J, Bakker, M. Reducing inequalities in health. European perspective. London and New Yourk, Rout – ledge, 2002.
39. Čiplienė M, Istomina N. Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. *Sveikatos mokslai (Kaunas)* 2007; 1(48):643-49.

40. Bučiūnienė I, Petkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(3):272-77.
41. Strasser S, Ahorony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev* 1993;50:219–48.
42. Žėbienė E, Razgauskas E, Čekanavičius V. Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija. *Medicina (Kaunas)* 2001; 37(7):232-239.
43. Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai (Kaunas)* 2004;(1):69-73.
44. Levy S, Bradley DA, Morison MJ, Swanston MT, Harvey S. Future patients care: teleempowerment. *Journal of telemedicine and telecare* [Online] 2002; 8 Suppl. 2: 52-4. Prieiga per internetą http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12217135&query_hl=16&itool=pubmed_DocSum.
45. Barr RG, Somers S. C, Speizer FE and Camargo CA Jr. Patient factors and medication guideline adherence among older women with asthma. *Arch Intern Med.* 2002 Aug 12-2002;162(15):1761-8.
46. Simon de Lusignan, Sally Wells, Paul Johnson, Karen Meredith and Edward Leathan. Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring. The report of a pilot study of patients with chronic Heart Failure. *European Journal of Heart Failure* [Online] 2001 Prieiga per internetą http://www.sciencedirect.com/science?_ob.
47. Jankauskienė Ž, Prapiestis J, Juozulynas A, Liepuonienė R. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių politikos vystymas. *Sveikatos mokslai* 2005 (2): 70-75.
48. Kairys J, Žėbienė E., Zokas I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikose priklausomai nuo socialinės – ekonominės padėties *Sveikatos mokslai* 2007; 3 (3) : 968 – 974.
49. Noriekaitė R, Vaitkevičius J.V. Bendruomenės nuomonė apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę Šaulių mieste *Sveikatos mokslai* 2007; 3 (3,4) : 974 – 980.

50. Grigienė V. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas paslaugomis Panevėžio rajone: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2005

PRIEDAI

Gerbiamieji,

KMU Sveikatos vadybos magistrantė Monika Anelauskienė rengia diplominį darbą „Pacientų nuomonė apie viešųjų ir privačiųjų ambulatorinių kardiologijos paslaugų pasirinkimo motyvus“ ir tuo tikslu atlieka pacientų apklausą. Jūsų atsakymai į anketos klausimus padės nustatyti, kaip pacientai vertina kardiologinių paslaugų kokybę. Ši informacija bus naudinga tobulinant Jums siūlomų paslaugų kokybę ir aptarnavimą.

Perskaite klausimą Jums priimtina atsakymą pažymėkite kryželiu.

Anketa yra anoniminė ir gauti rezultatai bus panaudoti diplominiam darbui rengti. Nuoširdžiai dėkoju už pagalbą.

Pildymo pavyzdys ☒

1. Lytis

- Vyras
- Moteris

2. Amžius

- 18-24 m.
- 25-34 m.
- 35-44 m.
- 45-54 m.
- 55-64 m.
- 65 ir daugiau metų

3. Išsilavinimas

- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis
- Aukštesnysis
- Aukštasis

4. Šeimyninė padėtis

- Vedęs/ištekėjusi arba gyvena nesusituokę/-usi
- Nevedęs/netekėjusi
- Išsiskyres/išsiskyrusi
- Našlys/našlė

5. Socialinė-profesinė padėtis

- Dirbantis/-i
- Nedirbantis/-i
- Studentas/-ė, moksleivis/-ė
- Pensininkas/-ė

6. Pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį

- Iki 500 Lt
- Nuo 500 iki 1000 Lt
- Nuo 1001 iki 2000 Lt
- Daugiau nei 2000 Lt

7. Kaip vertinate savo sveikatos būklę?

- Labai gera
- Gera
- Patenkinama
- Bloga

8. Kaip dažnai lankotės pas gydytoją-kardiologą?

- Kiekvieną mėnesį
- Kartą per pusmetį
- Kartą per metus
- Rečiau nei kartą per metus

9. Dėl kokių priežasčių lankotės pas gydytoją-kardiologą?

- Dėl ligos
- Dėl kompensuojamųjų vaistų recepto
- Dėl profilaktinio patikrinimo
- Dėl siuntimo pas specialistą, tyrimams, procedūroms
- Kita (įrašykite).....

10. Ar patenkate pas gydytoją Jums paskirtu laiku?

- Taip, visada
- Taip, dažniausiai
- Ne

11. Jeigu ne, tai kiek laiko dažniausiai laukiate priėmimo pas gydytoją?

- iki 15 min
- iki 30 min

- iki valandos
- daugiau negu valandą

12. Kas lemia Jūsų pasirinkimą šios gydymo įstaigos (privačios/viešosios)? (galite pasirinkti kelis atsakymo variantus)

- Patikimas gydymas
- Greitas aptarnavimas
- Atstumas iki namų
- Kainos ir kokybės santykis
- Gera specialistų kompetencija
- Geros pilno sveikatos ištyrimo galimybės
- Medicinos įranga
- Aiškus informacijos pacientui apie jo ligą suteikimas
- Personalo bendravimas su pacientu, pagarba
- Kita.....

13. Ar esate patenkintas/-a šioje klinikoje teikiamomis kardiologinėmis paslaugomis?

- Visiškai nepatenkintas/-a
- Nepatenkintas/-a
- Iš dalies patenkintas/-a
- Patenkintas/-a
- Visiškai patenkintas/-a

14. Kaip vertinate paslaugų kokybę atskirus aspektus?

	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
Registravimosi pas gydytojus patogumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informavimas apie paslaugas, jų kainas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fizinės aplinkos patogumas pacientui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patekimas pas gydytoją pageidaujamo laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų profesionalumas konsultacijos metu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaugytojų profesionalumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratūros darbuotojų bendravimas su pacientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų bendravimas su pacientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ar lankantis pas gydytoją patyrėte kokių nors nepatogumų?

- Taip
 Ne

16. Jei taip, įrašykite kokių.....

17. Jūsų nuomone, kiek išvardyti veiksniai yra svarbūs paslaugų kokybei?

	Labai svarbu	Svarbu	Vidutiniškai svarbu	Nesvarbu	Visiškai nesvarbu
Gydytojo- kardiologo darbo laikas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patekimas pas gydytoją norimą dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patekimas pas gydytoją paskirtu laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandagus registratūros darbuotojai elgesys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pakankama konsultacijos trukmė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciento nusiskundimų išklausymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patogus laukiamasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Kaip elgtumėtės susidūrę su nepakankamos kokybės paslaugomis?

- Atvirai išdėstyčiau savo nuomonę (gydytojui, registratorei)
- Kreipčiausi į klinikos administraciją
- Į nieką nesikreipčiau, nes nemanau, kad nuo to kas pasikeis
- Būčiau linkęs pakeisti gydantį gydytoją
- Būčiau linkęs pakeisti gydymo įstaigą
- Kita (įrašykite).....

19. Ar ketinate per artimiausius dvejus metus pereiti gydytis į privačią/viešąją sveikatos priežiūros įstaigą?

- Taip ketinu pereiti gydytis į viešąją sveikatos priežiūros įstaigą, nes (arčiau namų, geresnis aptarnavimas).....
- Ne, neketinu pereiti gydytis į viešąją sveikatos priežiūros įstaigą

20. Įvertinkite privačiojo/viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus ekonominį prieinamumą (Jūsų tiesioginės išlaidos sveikatos priežiūrai, kaip finansiškai Jums prieinama sveikatos priežiūra minėtoje įstaigoje)? (Pasirinktą variantą pažymėkite, 1- visiškai nepatenkintas, 2-nepatenkintas, 3- iš dalies patenkintas, 4-patenkintas, 5-visiškai patenkintas)

Privatusis sektorius	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

21. Įvertinkite privačiojo/viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus komunikacinį prieinamumą (kaip greitai galite pasiekti įstaigą ir gauti medicininės paslaugas, taip pat susisiekti su savo gydytoju-kardiologu telefonu, transportu)? (Pasirinktą variantą pažymėkite, 1-

visiškai nepatenkintas, 2-nepatenkintas, 3- iš dalies patenkintas, 4-patenkintas, 5-visiškai patenkintas)

Privatusis sektorius	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

22. Įvertinkite privačiojo/viešojo sveikatos priežiūros sektoriaus organizacinį prieinamumą (ar užtenka gydytojų, kiek reikia laukti konsultacijos, kaip ilgai reikia laukti registratūroje)? (Pasirinktą variantą pažymėkite, 1- visiškai nepatenkintas, 2-nepatenkintas, 3- iš dalies patenkintas, 4-patenkintas, 5-visiškai patenkintas)

Privatusis sektorius	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

23. Ar visada liekate patenkinti pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos darbu?

- Taip (įrašykite kodėl).....
- Ne (įrašykite kodėl).....

24. Ar rekomenduotumėte šią gydymo įstaigą savo pažįstamiems?

- Taip
- Ne

25. Ar rekomenduotumėte savo gydytoją- kardiologą savo pažįstamiems?

- Taip
- Ne

26. Ar Jums teko lankytis privačiame/viešajame sveikatos sektoriuje?

- Taip
- Ne

Jei taip, ar galėtumėte palyginti viešosios ir privačiosios įstaigos veiklą?

27. Jei lankėtės viešojoje/privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje, ar susidūrėte su kokias nors nepatogumais?

- Taip
- Ne

28. Jei taip, tai su kokais sunkumais susidūrėte sveikatos priežiūros įstaigoje?

- Nepatogus gydytojo- kardiologo laikas
- Nepatekau pas gydytoją norimą dieną
- Nepatekau pas gydytoją paskirtu laiku
- Registratūros darbuotojai elgėsi nemandagiai
- Pacientui skiriama per mažai laiko
- Gydytojas neišklausė nusiskundimų
- Laukiamajame buvo daug žmonių, todėl nebuvo kur atsisėsti

29. Kiek laiko lankotės privačiame/viešajame sveikatos sektoriuje?

- Pirmą kartą
- Mažiau nei metus
- Daugiau kaip metus

Dėkoju Jums už atsakymus.