

Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai

ILONA TAMUTIENĖ, INGA ČERNIAUSKAITĖ, AUSTĖ SRUOGAITĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

Santrauka. Šio straipsnio tikslas – išanalizuoti prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtis ir kontekstą per kaimo bei miesto gyventojų patirtis Lietuvoje. Tyrimo metodas – pusiau struktūruoti kokybiniai interviu. Interviu atlikti 2010 m. rugsėjo–lapkričio mėnesiais. Iš viso atlikta 68 interviu, iš kurių 29 – su kaime gyvenančiais respondentais, 39 – su gyvenančiais miestuose ir miesteliuose. Respondentų sudėtis – 20 vyrų, 48 moterys. Amžiaus vidurkis – 52 metai. Remiantis kokybiniais ir kiekybiniais turinio analizės metodais, išskirtos ir kiekybiškai apibendrintos finansinio, komunikacinio / teritorinio ir organizacinio prieinamumo kliūtys. Kiekybinių apibendrinimų kontekstas iliustruotas kokybiniais pavyzdžiais. Brangūs nekompensuojami ar iš dalies kompensuojami vaistai, brangios mokamos paslaugos, ypač odontologų ir medicininių tyrimų, – praktiškai neveikiamos finansinės kliūtys mažas pajamas turintiems asmenims: jiems tenka arba išleisti santaupas, arba apriboti kitus bazinius poreikius. Kaimo gyvenantiems asmenims papildomai prisideda kelionės išlaidos, kurios jiems – didelė našta, susijusi ir su teritorinėmis kliūtimis. Tai viešojo transporto problemos: viešojo transporto prieinamumas, maršrutai, tvarkaraščiai, dideli atstumai iki sveikatos priežiūros įstaigų. Be neformalios pagalbos daugumai tyrime dalyvavusių kaimo gyventojų sveikatos priežiūra taptų labai sunkiai arba visiškai neprieinama. Žvelgiant į prieinamumo kliūtis, kurios atsiranda dėl sveikatos priežiūros teikiančių institucijų administracinių-organizacinių charakteristikų, nustatyta: pacientams tenka įveikti ilgus eiles, kurios susidaro dėl nepatogaus (per trumpo) darbo laiko, talonėlyje nurodyto laiko nesilaikymo. Dėl profesionalumo ir objektyvios informacijos apie valstybės apmokamas paslaugas ir kompensuojamus vaistus stygiaus aptarnavimo srityje iškyla etinių, profesionalumo kliūčių, kurias įveikti asmenys bando kėšiais. Finansinės, komunikacinės / teritorinės bei organizacinės sveikatos priežiūros prieinamumą ribojančios kliūtys akivaizdžiai didesnę įtaką turi kaimo gyventojams ir skurdžiai gyvenantiems asmenims. Jie turėtų tapti tyrėjų ir sveikatos politikos formuotojų bei įgyvendintojų dėmesio centas.

Raktažodžiai: sveikatos priežiūros prieinamumas, finansinės, teritorinės ir organizacinės kliūtys, miestas, kaimas.

Keywords: access to health care, financial, territorial and organizational barriers, rural areas, cities.

IVADAS

Kiekvienas žmogus turi teisę į sveikatą. Esminė sąlyga šiai teisei įgyvendinti – kiekvienam piliečiui prieinama sveikatos priežiūra, nepaisant amžiaus,

gyvenamosios vietos, statuso ir kitų veiksnių. Sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoka apibrėžiama įvairiai, pagal pasirinktą teorinę prieigą. Markas (2004) pataria sąvoką apibrėžti atsižvelgiant į prieinamumo dimensijas, t. y. potencialų prieinamumą (asmenys nori ir gali, pagal laiką ir vietą, gauti sveikatos priežiūrą) ir jau realizuotą prieinamumą, gautas paslaugas, kai įveiktos prieinamumo kliūtys. Potencialios sveikatos priežiūros prieinamumo studijos labiau sutelktos į makrolygmenį, kai analizuojamos finansavimo schemos (World Health Organization 2010), sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymas, sveikatos priežiūros pasiūlos ir paklausos faktoriai (Ensor, Cooper 2004), lėšų švaistymas (Bentley et al. 2008) ir kiti faktoriai, turintys įtaką bendram analizuojamos šalies gyventojų sveikatos priežiūros prieinamumui (Obrist 2007). Realizuota sveikatos priežiūra dažniausiai analizuojama remiantis pacientų patirtimi, identifikavus kliūtis, kurios buvo įveiktos paslaugoms gauti arba dėl kurių asmenys negavo sveikatos priežiūros paslaugų ar jų atsisakė (Zivanovic 2009). Dažniausiai realizuoto prieinamumo kliūtys analizuojamos žvelgiant į geografinį, komunikacinį, organizacinį ir finansinį prieinamumą (Exworthy, Peckham 2006). Realizuoto prieinamumo teorinis modelis naudojamas ne tik bendro populiacijos prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų, bet veikia rizikos grupių asmenų, tokių kaip sveikatos draudimu nedrausti asmenys, migrantai (Richardson, Norris 2010), gyvenantys teritorijose, kuriose stokojama paslaugų ir pan. (Hwang et al. 2010; Lebrun, Dubay 2010) tyrimams. Prieinamumo prie sveikatos priežiūros problematikos analizė galudžiai siejama su teisingumo, lygybės bei kokybės kontekstais (Goddard 2009). Kai kurios prieinamumo prie sveikatos priežiūros studijos siejamos su konkrečių sričių prieinamumo aspektais, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros prieinamumas vaistams įpirkti (Gemmell, Thomson, Mossialos 2008; Špokienė 2008). Kai kurie autoriai prieinamumą prie sveikatos priežiūros apibrėžia per sveikatos priežiūros paslaugų prizmę, akcentuodami paslaugų tinkamumą, įperkamumą, pasiekiamumą, adekvatumą ir priimtinumą (Obrist 2007). Empiriniais duomenimis grįstos studijos daugiausia dėmesio skiria prieinamumo kliūtims identifikuoti (Bigdeli, Annear 2009; Ensor, Cooper 2004). Goddard (2009) teigia, kad atskleisti kliūtis, susijusias su prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų, ir sąveikas tarp pacientų-medikų charakteristikų, – esminė užduotis tyrėjams. Autorės nuomone, bendrus prieinamumo tyrimus būtina papildyti kokybiniais tyrimais, kurie įgalina pažvelgti į tyrinjamą objektą be nereikalingų apibendrinimų. Be šių išvalgų rizikuojama, kad sveikatos politikos tikslas – užtikrinti prieinamą sveikatos priežiūrą visiems – gali būti neįgyvendintas. Show ir Carrozza (2008) siūlo atsisakyti sindromo „jei pasiūlysite sveikatos priežiūros paslaugą, pacientai patys ateis“, nes jų atliktas vertinimas parodė priešingus rezultatus.

Lietuvos mokslininkų studijose sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas apibrėžiamas kaip tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas (Jankauskienė, Pečiūra 2007). Į sveikatos priežiūros prieinamumą žvelgiama finansiniu,

komunikaciniu ir organizaciniu aspektais. Šiuos prieinamumo aspektus akcentuoja ir LR Sveikatos sistemos įstatymas (1994). 2001 m. atliktu tyrimu nustatyta: pagrindinė nepasitenkinimo esama sveikatos priežiūra priežastis Vilniuje – didelės eilės pas apylinkės terapeutą (Kairys, Gurevičius 2001). Nustatyta, kad jos susidaro dėl asmens dokumentų patikrinimo bei įvairių apskaitos formų pildymo (Kairys, Gurevičius 2002). Gana teigiamai 2002 m. pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą įvertino Misevičienė ir Dregval (2002).

Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumą tyrinėję Kairys ir kt. (2004) teigia, jog ambulatorinė pagalba šalies gyventojams – prieinama, didesnių prieinamumo skirtumų pagal gyvenamąją vietą taip pat nėra. Priešingas išvadas daro Pečiūra, Jankauskienė ir Gurevičius (2006). Jie nustatė, kad patekti į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas gyventojams trukdo ribotos rajonų visuomeninio transporto galimybės.

Specifinių socialinių grupių prieinamumo prie sveikatos priežiūros studijų nėra daug. Brogaitė, Kairys ir Gaižauskienė (2007) tyrinėjo vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūros paslaugų problematiką ir nustatė, kad šios socialinės grupės sveikatos priežiūros paslaugas riboja prasta asmenų sveikatos būklė, t. y. jiems sunku laukti eilės ir fiziškai pasiekti instituciją. Apibendrinus Lietuvoje atliktus tyrimus, galima teigti: šiame tyrimų lauke atlikta tik kiekybinių tyrimų. Stokojama tyrimų, susijusių su mažas pajamas turinčių asmenų prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų problematika, o miesto ir kaimo gyventojų prieinamumas vertinamas kontraversiškai. Todėl šio straipsnio **objektas** – prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų Lietuvoje realizacija. Straipsnio **tikslas** – išanalizuoti prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtis bei kontekstą per kaimo ir miesto gyventojų patirtis. Studija remiasi finansinio, organizacinio ir geografinio prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų struktūriniu modeliu. **Tyrimo metodas** – pusiau struktūruoti kokybiniai interviu. Interviu atlikti 2010 m. rugsėjo–lapkričio mėnesiais. Klausimai buvo užduodami pagal dažniausias teorines struktūrinio modelio dalis (teritorinę, organizacinę / komunikacinę ir ekonominę), taikomas prieinamumo kliūtims identifikuoti. Iš viso atlikti 68 interviu, iš kurių 29 – su kaime gyvenančiais respondentais, 39 – su gyvenančiais miestuose ir miesteliuose¹. 20 respondentų – vyrai, 48 – moterys. Amžiaus vidurkis – 52 metai, bet pusė respondentų – 60 metų ir vyresni. Vidutinė interviu trukmė – 58 minutės. Respondentų atrankos kriterijai: gyvenamoji vieta ir patirtis naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, t. y. prieš atliekant interviu, respondentų buvo klausiam, ar jie naudojami ambulatorinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis. Tyrime neatspindėtos patirtys, susijusios su vaikų sveikatos priežiūra. Interviu atlikti laikantis kokybinio tyrimo etikos. Laikantis anonimiškumo ir konfidencialumo principų, tyrimo duomenys pateikti apibendrintai, nurodyta respondento lytis, amžius ir apibendrinta

¹ Straipsnio autorės dėkoja 2010/2011 m. m. Viešojo administravimo studijų programos trečio kurso studentams už techninę pagalbą atliekant tyrimą.

gyvenamoji vieta. Remiantis kokybiniu ir kiekybiniu turinio analizės metodais, išskirtos ir kiekybiškai apibendrintos finansinio, komunikacinio / teritorinio ir organizacinio prieinamumo kliūtys. Kiekybinių apibendrinimų kontekstas iliustruotas kokybiniais pavyzdžiais.

Prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų finansinės kliūtys ir jų charakteristikos

Finansinis sveikatos priežiūros prieinamumas siejamas su gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir apsirūpinti vaistais bei medicinos priemonėmis, apmokant tai iš nacionalinių fondų ar privačių šaltinių. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo sistema atveria galimybę gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas visiems privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims, o būtinąją medicinos pagalbą – ir nedraustiems asmenims. Draudžiamųjų grupė gana didelė, jei įtrauksime asmenis, kurie dirba ir patys moka įmokas, bei valstybės draudžiamus asmenis. Lietuvos privalomojo draudimo sistema formaliai aprėpia visus Lietuvos Respublikos piliečius, apibrėžtais atvejais – ir užsieniečius. Šio straipsnio autorių atlikto kokybinio tyrimo rezultatai leidžia teigti: tyrime dalyvavusiems asmenims privalomasis sveikatos draudimas nėra problema. Bet darbingo amžiaus mažžemiams kaimo ūkininkams, gyvenantiems vien iš savo ūkio, sveikatos draudimo įmokos yra didelė našta:

Iš ūkio mes gauname labai mažai pinigų, kai reikia mokėti už elektrą, vandenį, nupirkti ėdalo gyvuliams, sau jau labai mažai lieka. Mokėti sveikatos draudimo mokestį mums per brangu. Už tiek pinigų, jei reiks, aš galiu kreiptis privačiai. Blogai, kad nėra palikta alternatyvos nemokėti sveikatos draudimo įmokų. Aš manau, kad tai dar vienas būdas nuskurdinti ir atimti žemę iš mažžemių, turiu omeny, už skolas sveikatos draudimo fondui (vyras, 47 m., kaimas).

Kad našta – didelė, netiesiogiai rodo šio respondento nuogastavimai, jog už sveikatos draudimo skolas gali netekti vieno hektaro savo žemės.

Kiekybiškai apibendrinus kokybinių interviu duomenis, pastebėtina: 15 respondentų neišvardijo prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų finansinių kliūčių, 13 iš jų – miesto ir miestelio gyventojai, 2 – kaimo. Likę 53 respondentai įvardijo vienokią ar kitokią problemą, kurią galima priskirti prie finansinio prieinamumo prie ambulatorinių paslaugų kliūčių. Iš kokybinių duomenų buvo išskirtos šios su finansiniu prieinamumu susijusios kategorijos: tiesioginis mokėjimas už paslaugas, iš kurių didelis svoris tenka neįperkamos ar brangioms odontologo paslaugoms bei brangiems tyrimams; brangi kelionė (kaimo gyventojams), brangūs ar neįperkami vaistai ir kyšių davimas. 1 lentelėje pateikti kiekybiniai apibendrinimai, susiję su finansinių

kliūčių įvardijimu. Į lentelę įtraukta tik interviu metu įvardyta pirmoji kliūtis, t. y. ta kliūtis, kurią respondentai paminėjo pirmuoju numeriu. Keturiolika respondentų be pirmosios kliūties išreiškė ir daugiau finansinio prieinamumo kliūčių, iš kurių dažniausiai minėta mokėjimų už paslaugas ir vaistus našta, o kaimo gyventojai įvardijo ir kelionės išlaidas.

I LENTELĖ. FINANSINIO PRIEINAMUMO PRIE AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KLIŪTYS

Gyve- namoji viena		Mokėji- mai už paslaugas	Brangūs vaistai	Brangi kelionė	Neįperkamos odontologi- nės paslaugos	Brangūs tyrimai	Kyšių problema
Miestas	N	8	9	0	3	5	1
	%	57,1 %	56,3 %		60,0 %	62,5 %	25,0 %
Kaimas	N	6	7	6	2	3	3
	%	42,9 %	43,8 %	100,0 %	40,0 %	37,5 %	75,0 %
Iš viso		14	16	6	5	8	4

Kokybinio tyrimo rezultatai kaip probleminių sveikatos priežiūros finansinio prieinamumo segmentą leidžia išskirti dideles vaistų kainas. Nors Lietuvoje egzistuoja vaistų kompensavimo sistema, bet apsirūpinti vaistais kliūdo didelės kainos, kai tenka mokėti visą kainą ar priemokas. 16 respondentų teigė, kad brangūs vaistai – didžiausia finansinė našta, dėl kurios tenka išleisti santaupas, apriboti kitas išlaidas, kartais net atsisakyti juos pirkti. Respondentų vertinimu, vaistų kainos Lietuvoje „išpūstos“:

Vaistų kainos, man atrodo tarsi „išpūstos“, arba vaistinėms žmonėms siūlo brangiausias vaistus, nors yra ir pigesnių panašių, todėl taip ir atrodo... Patenkinamai savijautai palaikyti per mėnesį aš nusiperku vaistų už maždaug porą šimtų litų, nes jokių „kasdieninių“ vaistų valstybė nefinansuoja. Be to, po apsilankymų pas gydytojus, dar gaunu visokių receptų, tai, tiesą pasakius, net kartais jų neperku... Gaila, kad savo pensijos didelę dalį tenka išleisti vaistams (moteris, 74 m., kaimas).

Pacientai, kurių ligos nėra įtrauktos į kompensuojamųjų vaistų sąrašus, susiduria su labai didele ekonomine kliūtimi – neįperkama vaistais. Tyrimo duomenys rodo, kad vaistų kainos našta didelė tiek pensinio, tiek darbingo amžiaus asmenims: „Vaistų Lietuvoje neperku, nes neįperku. Kokių man reikia, sūnus iš Anglijos atsiunčia“ (vyras, 68 m., kaimas); „Nemažą savo pensijos dalį išleidžiu vaistams, suma kas mėnesį keičiasi. Maža to, reikia susimokėti už kai kuriuos daromus tyrimus“ (vyras, 74 m., kaimas).

Išanalizavus pacientų patirtį apie prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų pastebima, kad tyrimo dalyviai neteigė susiduriantys su kliūtimis patekti pas šeimos gydytojus. Bet gauti gydytojo specialisto konsultaciją ne visada paprasta, nes, anot vieno respondento, „Čia nerašytas įstatymas. Jeigu

nori patekti pas gydytoją ne po 5 mėnesių, o po savaitės, turi sumokėti“ (vyras, 51 m., kaimas).

Kadangi pacientams sunku susiorientuoti, už kokias paslaugas apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, o už kokias jie turi mokėti patys, susidaro probleminė padėtis. Kai kurie tiesiog pasitiki gydytoju: „Pagal gydytojos nuožiūrą, ką liepia, tą ir darom. Už ką liepia, už tą ir susimoku“ (vyras, 79 m., kaimas). Tačiau gydytojas yra finansavimo iš PSDF tarpininkas, kompetentingai disponuojantis informacija, o pacientas – nuo jo priklausomas, todėl pasitaiko atvejų, kai už informaciją ir veiksmą reikia mokėti „kyšio pavidalu“: „Jei matai, kad kitaip nieko nebus... bet aišku, visiems gyventi reikia“ (moteris, 56 m., miestas).

Išstatymiškai numatyta galimybė, kad pacientai gali susimokėti už greičiau suteiktas paslaugas (nereikia laukti eilės), už brangiau kainuojančias paslaugas ir vaistus, nei finansuoja valstybė. Ši galimybė iš alternatyvos kartais virsta vienintele sąlyga: „Neturėjau pasirinkimo, teko pirkti. Tik iškilo keletas klausimų, tokių kaip: kodėl aš turiu susimokėti už vaistus arba kodėl turiu pirkti operacijai skirtus rinkinius, juk kiekvieną mėnesį iš mano atlyginimo nuskaičiuojami nemaži mokesčiai sveikatos apsaugai?“ (moteris, 48 m., kaimas). Kai kuriems ligoniams mokėjimas už paslaugas tampa nepasiekiamu ir neįperkamu alternatyva. Jų atsako ir darbingo amžiaus asmenys: „Labai nusivylęs esu, nes sunku patekti pas gydytojus, taip pat turiu mokėti už paslaugas, nors moku mokesčius valstybei. Tokios dabar sąlygos, kad reikia savo sveikata rūpintis pačiam... Tenka įpirkti, ką jau padarysi... kai tokia netobula sistema yra pas mus Lietuvoje. Bet, žinoma, kai kurių paslaugų tenka atsisakyti, nes neįperku“ (vyras, 52 m., miestas).

Analizuojant tiesioginius paciento mokėjimus už paslaugas, vienareikšmiškai kaip didžiausią finansinę naštą šeši respondentai minėjo odontologo paslaugas arba mokesį už odontologines priemones. Pavyzdžiui, respondentė teigė: „Yra tvarkę dantį, plombavo, tai yra tekę sumokėti už priemones. Įkainiai nežmoniškai tiesiog. Jei reikia mokėti, tai tikrai labai daug. Tiesiog kainos per didelės paprastam žmogui“ (moteris, 72 m., miestas). Mažesnes pajamas turintys respondentai naudojami odontologo paslaugomis tik kęsdami nepakeliamą dantų skausmą, kitų paslaugų jiems tenka atsisakyti: „Einu tik kai dėl skausmo dantį reikia ištraukti. Ką jau sakyti apie kitokių dantų tvarkymą, susidėti dantų neturiu pinigų, bet svarbu, kad būtų ką valgyt“ (vyras, 47 m., kaimas).

Nors kraujo tyrimai ar rentgeno nuotraukos nėra labai brangūs, bet kai kuriems respondentams tai sudaro sunkumų, ypač kai reikia mokėti ne tik už tyrimus: „Už kai kuriuos atliekamus tyrimus reikia susimokėti patiems. Dažniausiai tai su pinigų trūkumu, nes, jei reikia mokėti už paslaugas, po to dar pirkti vaistus, kuriuos išrašo gydytojai, suma susidaro ištis nemaža, o gyvenant dabartiniais laikais nėra lengva susimokėti už viską“ (moteris, 42 m., miestas). Aštuoni respondentai laikė tyrimus finansinio prieinamumo prie sveikatos paslaugų kliūtimi, ypač tuomet, kai eilėse dėl sveikatos būklės jie negali ilgai laukti. Viena respondentė sakė, kad dėl sveikatos būklės privalo periodiškai

daryti kaulų tankio tyrimą, už kurį turi susimokėti, dėl to yra priversta taupyti kitų svarbių poreikių sąskaita: „Man būtinas kaulų tankio matavimo tyrimas, kuris neapmokamas. Visada moku pati. Kaina siekia 80 litų. Be to, už skubų kraujo tyrimą taip pat mokėjau – 25 litus. Kitam atrodo nebrangu, bet man yra brangu“ (moteris, 48 m., miestas).

Kokybinio tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad pacientai ne visada supranta vaistų ir paslaugų kompensavimo sistemą. Todėl juos gydantis gydytojas įgyja labai didelę galią, kuria kai kurie medikai naudojasi netinkamai, t. y. netiesiogiai reikalauja atlygio už pacientui priklausančią galimybę gauti kompensuojamųjų vaistų, tyrimų ar kitų paslaugų. Kyšius kaip vieną svarbiausių kliūčių paminėjo keturi respondentai, trys iš jų gyvena kaime. Respondentai teigė kyšius davę dėl to, kad gydytojai nekreipė į juos dėmesio, nedarė tyrimų, nesuntė pas specialistus, nerašė kompensuojamųjų vaistų: „Jei norėjai, kad ką nors darytų, – reikėjo duoti“ (moteris, 56 m., miestas). „Pirmus kartus pas ją lankiausi „tuščia“. Vėliau supratau, jei noriu paskubinti reikalus, reikia ką nors atsinešti. Pirma dovanodavau ir meno, ir juvelyrinius dirbinius, vėliau jau *nebe-sisarmatinau*, nešiau ir pinigais“ (moteris, 48 m., miestas). Kito respondento patirtis nepasitikėjimą gera gydytojų valia akivaizdžiai sieja su finansiniais mokėjimais: „Turi ne tik pirkti brangiausius vaistus, kurie dažniausiai yra nekompensuojami, bet dar ir šio tokias dovanėles gydytojams duoti, nes kitaip nesį garantuotas, jog jie dės visas pastangas, kad tu pasveiktum. Tokiu atveju gydymas tampa jau per brangus ir pasiturinčiam žmogui. Jei neturi pinigų, tai gali sau pasirašyti mirties nuosprendį“ (vyras, 46 m., miestas). Respondentas įsitikinęs, kad kyšis palankiau nuteikia gydytoją paciento atžvilgiu. Dviem jaunesnio amžiaus respondentams kyšiai asocijavosi su gimdymų priėmimu; jie net nesiaiškino, kad ši paslauga nemokama, nes buvo nusiteikę duoti kyšį ir gydymo įstaigą pasirinko pagal mažesnę neformalų mokėjimą: „Gydytoja, pas kurią turėjau gimdyti, pasakė *stafkė*, nes sumokėjus pinigų į ligoninės kasą, jai mažai tų pinigų skiriama, tad būtų tekę mokėti dvigubai. Pinigų suma būtų susidariusi virš tūkstančio. Klinikose nedavėm net pusės tos sumos“ (moteris, 34 m., miestas). Respondentai įvardijo kyšių sumas – nuo penkiasdešimties iki kelių šimtų litų. 64 m. kaimo vyro patirtis apibendrina situaciją, susijusią su kyšių davimu: „Šiomis dienomis galime pastebėti, kad neturint pinigų tu, žmogau, esi niekas. Tau užtrenktos visos durys. Visur tik kyšiai, korupcija... O tai susiję ir su žmogaus sveikatos priežiūra. Matematika paprasta: neduosi kyšio – negausi siuntimo, biuletenio, neišrašys kompensuojamų vaistų. Ankščiau veždavau iš savo ūkio naminio sūrio, dešros, skilandžių. Dabar tai nevertinama... Matau, kad tikisi pinigų, todėl ir duodu. Nedaug, bet duodu, apie 50 litų“.

Analizuojant kokybinio tyrimo rezultatus, galima išskirti finansinio sveikatos priežiūros prieinamumo kliūtį, būdingą tik kaimo gyventojams, – susisiekimą su sveikatos priežiūros teikėjais. Ši problema skaudžiai palietė šešis kaimo gyventojus. 2 respondentai teigimu, vieną kartą nuvykti į sveikatos priežiūros centrą jiems kainuoja nuo 20 iki 30 litų. Šios sumos labai apsunkina jų

biudžetus: „Jei prašau, kad nuvežtų kaimynai, moku 20–30 litų. Man tai labai brangu“ (moteris, 68 m., kaimas). Taigi galima daryti prielaidą, kad kaimo gyventojams, ypač pensinio amžiaus asmenims, susisiektis su sveikatos priežiūros įstaigomis – didelė našta, kurią tiksliai apibūdina 73 m. kaimo moters žodžiai: „Mano pensija minimali, daug pinigų išleidžiu vaistams. Tad kartais turiu labai pataupyti, kad galėčiau nuvykti į Jurbarką, po to ir į Kauną“.

Apibendrinant finansinio prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų patirtis, galima teigti: priežiūros finansavimas iš privačių šaltinių, įskaitant neformalius mokėjimus bei mokėjimus už paslaugas ir vaistus, – didelė našta, nepriklausanti nuo gyvenamosios vietos ar amžiaus. Be to, kaimo gyventojai dar patiria išlaidų dėl brangaus transporto, o mažas pajamas gaunančių verslininkų ir ūkininkų našta sunkina ir sveikatos draudimo įmokos. Atsižvelgiant į susidariusią situaciją, reiktų išsamesnių tyrimų apie sveikatos priežiūros finansinį prieinamumą, ypač ekonomiškai skurdžiausių visuomenės sluoksnių.

Prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teritorinės / komunikacinės kliūtys ir jų kontekstai

Teritorinis arba komunikacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas susijęs su susisiektis galimybėmis, t. y. atstumu iki gydymo įstaigos, viešojo transporto prieinamumu ir laiku, per kurį pacientas pasiekia sveikatos paslaugas teikiančią įstaigą. Remiantis kiekybine kokybinių interviu turinio analize išskirtos pagrindinės respondentų minimos teritorinio sveikatos priežiūros prieinamumo kliūtys. Tyrimo analizė atskleidė, jog 15 respondentų neįžvelgė teritorinio prieinamumo kliūčių. Pastebėtina, kad apie teritorinį sveikatos priežiūros prieinamumą neigiamai pasisakė daugiausiai kaimo gyventojai (žr. 2 lentelę). Apibendrinus kokybinio tyrimo rezultatus matyti didelis skirtumas tarp miesto ir kaimo gyventojų galimybių ir teisių į vienodą bei prieinamą sveikatos priežiūrą. 20 iš 22 apklaustų miestiečių nematė kliūčių arba neišsakė nuomonės apie teritorinį sveikatos priežiūros prieinamumą. Tačiau net 18 iš 28 apklaustų kaimo gyventojų paminėjo daugiau negu vieną kliūtį, sunkinančią prieinamą sveikatos priežiūrą.

2 LENTELĖ. PRIEINAMUMO PRIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TERITORINĖS KLIŪTYS

Gyvenamoji vieta	Viešojo transporto problema		Didelio atstumo problema
Miestas, miestelis	N	3	1
	%	16,7 %	9 %
Kaimas	N	15	11
	%	83,3 %	91,0 %
Iš viso	N	18	12

Dažniausiai minėtas viešasis transportas ir didelis atstumas iki gydymo įstaigos: 10 kokybinio interviu dalyvių (9 iš jų gyvena kaime) paminėjo šias kliūtis.

Charakterizuojant viešojo transporto problemas, atkreiptinas dėmesys, kad skundžiamasi susisiekimo galimybėmis: viešojo transporto prieinamumu, maršrutais ir tvarkaraščiais. Viešojo transporto prieinamumas išskirtinai būdinga kliūtis kaimo ir mažų miestelių gyventojams. Atsižvelgiant į respondentų patirtis akivaizdu, kad atokiausiuose kaimuose gyvenantys asmenys neturi galimybės nuvykti į sveikatos priežiūros įstaigą visomis savaitės dienomis: „Čia kaimas, autobusai važiuoja kartą per savaitę, ir tai tik penktadieniais, kartą iš ryto ir kartą per pietus“ (moteris, 70 m., kaimas). Kai kuriems kaimo gyventojams viešasis transportas visiškai nesuteikia galimybės nuvykti iki sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios institucijos: „Į artimiausią polikliniką / ligoninę reikia vykti 22 kilometrus. Nuosavo transporto neturint į Pasvalį nuvykti nėra lengva, nes viešojo transporto tvarkaraščiai pritaikyti mokiniams važiuoti į mokyklą ir grįžti atgal. Todėl galimybė nuvažiuoti yra tik anksti ryte, o grįžti vakare. Tuo metu, kai vaikams atostogos, autobusų tvarkaraštis pakeičiamas, nuvažiuoti ir grįžti tą pačią dieną galimybės nėra“ (moteris, 69 m., miestas). 11 kaime gyvenančių respondentų atstumą iki gydymo įstaigos laiko viena iš pagrindinių teritorinio sveikatos paslaugų prieinamumo kliūčių, kuri ypač padidėja esant silpnai sveikatai: „Ne visada kojos leidžia nukeliauti iki stotelės, o ir autobusai retai važiuoja. Esu neigiamos nuomonės ir manau, kad yra daugybė tokių žmonių, gyvenančių rajonuose. Reikia važiuoti apie 80 kilometrų iki artimiausios poliklinikos, esančios Jurbarko mieste. Sveikata ne visuomet leidžia nueiti iki artimiausio sustojimo, o ir maršrutai labai reti“ (moteris, 73 m., kaimas). Respondentų nurodyti atstumai iki gydymo įstaigos svyruoja nuo 10 iki 80 kilometrų, o vidutinis atstumas pagal pateiktus apklaustųjų duomenis siekia net 25 kilometrus. Artimųjų pagalba norint pasiekti gydymo įstaigą ypač aktuali kaimo gyventojams: „Susisiekimas yra tragiškas, o ypač tokio amžiaus žmogui kaip aš, turiu visada apskaičiuoti laiką, kad spėčiau grįžti į namus, todėl dažniausiai tenka prašyti artimųjų, kad nuvežtų“ (vyras, 74 m., kaimas). Kai kurie respondentai jaučiasi nejaukiai kiekvieną kartą prašydami pagalbos: „Pati nei mašinos turiu, nei vairuoti moku. O ir vaikų prašinėti kiekvieną kartą nesinori. Kas mane privežios tiek kartų į Šakius, vis dėlto 30 kilometrų atstumas“ (moteris, 70 m., kaimas).

Kaimuose, kur autobusai važiuoja kelis kartus per dieną, respondentams taip pat kyla problemų: „Sunku būna grįžti namo, sulaukti tinkamo autobuso, kurie važiuoja retai. O jei dar reikia atlikti tyrimus ir mano gydytoja dirba po pietų, tad sunku prieiti, nespėju net į autobusą“ (vyras, 64 m., kaimas). Mieste gyvenanti pacientė taip pat skundėsi: „Nepatogus susisiekimas, nes nesuderintas autobusų laiko grafikas. Jie važiuoja vienas paskui kitą, po to pertrauka apie 30 minučių“ (moteris, 46 m., miestas). Apibendrinus respondentų patirtis galima teigti, kad miesto gyventojai apskritai beveik nesusiduria su teritorinio susisiekimo kliūtimis.

Daliai respondentų artimųjų pagalba reikalinga ir dėl sveikatos būklės:

„Mane visada kas nors nuveža. Jeigu mano vyras nevairuotų arba vaikai negyventų netoliese ir niekas manęs nenuvežtų pas daktarus, pačiai autobusu turbūt nepavyktų nuvažiuoti“ (moteris, 75 m., kaimas). Sveikatos ir amžiaus sukeliami nepatogumai ypač paaštrina teritorinio susisiekimo su sveikatos priežiūros įstaigomis problemas: „Sveikata ne visuomet leidžia nueiti iki artimiausio sustojimo“ (moteris, 73 m., kaimas).

Šio straipsnio autorių atlikto tyrimo rezultatai atskleidžia panašias, bet platesnes teritorinio sveikatos prieinamumo kliūčių tendencijas, kaip ir minėtas 2006 m. tyrimas (Pečiūra, Jankauskienė, Gurevičius 2006). Tyrimo rezultatai leidžia pritarti Brogaitės, Kairio ir Gaižauskienės (2007) įžvalgai, kad prasta vyresnio amžiaus asmenų sveikata riboja prieinamumą prie sveikatos priežiūros. Gauti rezultatai prieštarauja 2004 m. prieinamumo prie ambulatorinių paslaugų kaime ir mieste vertinimo rezultatams (Kairys ir kt. 2004). Prieštaringi rezultatai, t. y. pablogėjęs teritorinis sveikatos priežiūros prieinamumas kaimo gyventojams, aiškintini kaip sveikatos reformos pasekmė, kurią reiktų nuodugniau tyrinėti.

Prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų organizacinės kliūtys ir jų charakteristikos

Į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą galima žiūrėti ir organizaciniu aspektu. Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumą tyrinėję autoriai nustatė, jog ambulatorinė sveikatos priežiūra gyventojams yra prieinama, o susisiekimas, bendrosios praktikos gydytojo institucija, kitų sveikatos specialistų dėmesys ir darbo organizavimas vertinamas taip pat gana palankiai. Kartu išskirtos pagrindinės organizacinės problemos (vadybinės, etinės bei profesinės), su kuriomis susiduria Lietuvos sveikatos įstaigų pacientai (Kairys ir kt. 2004). Vadybinio pobūdžio problemos ir kliūtys – eilės prie kabinetų, per didelė biurokratija ir eilės registratūroje, kyšio poreikis, talonų gavimo sunkumai, ilgas tyrimų rezultatų laukimas, mokestis už daugumą tyrimų ar kompensuojamųjų vaistų neskyrimas. Organizacinio prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų kliūtimis laikomas ir dažnai nereikalingas siuntinėjimas iš kabineto į kabinetą bei reikiamų tyrimų atlikimo sudėtingumas. Kitas organizacinio pobūdžio problemų pogrupis susijęs su etika ir profesionalumu. Šios problemos – žema gydytojų kvalifikacija ir atsakomybės stoka, šturkštus ir nemandagus elgesys, nedėmesingumas ir asmeninių reikalų sprendimas bei kitos veiklos darbo metu, pacientų skirstymas pagal pajamas ar amžių.

Vienas pagrindinių rodiklių, rodančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, – per kiek laiko pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir kt. (Kairys, Gurevičius 2004). 2001 m. atliktu tyrimu nustatyta, kad pagrindinė nepasitenkinimo esama sveikatos priežiūra priežastis – didelės eilės pas apylinkės terapeutą (Kairys, Gurevičius 2001). Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad pacientai sąlyginai neilgai sugaišta registratūroje, prie gydytojo kabineto ir

prie procedūrų kabineto. Daugiau laiko reikalauja asmens dokumentų patikrinimas, įvairių apskaitos formų pildymas. Tai dabartinės apskaitos, reikalingos statistikai ir ligonių kasoms, dalis, todėl dauguma pacientų teigia, kad eilės arba bent trumpas laukimas – neišvengiama būtinybė (Kairys, Gurevičius 2002).

Kiekybinė šio tyrimo duomenų analizė neatskleidė esminio skirtumo tarp kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų organizaciniu atžvilgiu. 20 respondentų neižvelgė organizacinio pobūdžio kliūčių (10 respondentų mieste ir 10 kaime). Didžiausią organizacinę kliūtį – eiles – pažymėjo 36 apklaustieji, nežymiai daugiau jų gyvena mieste. Nepatogus gydymo įstaigų darbo laikas ir neprofesionalus personalo darbas mieste gyvenantiems pacientams sukėlė šiek tiek daugiau nepatogumų. Pastebėtina, kad kaimo vietovėse gyvenantys respondentai neįvardijo su personalo kompetencija ir profesionalumu susijusių kliūčių.

3 LENTELĖ. PRIEINAMUMO PRIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZACINĖS KLIŪTYS

Gyvenamoji vieta	Eilės		Nepatogus darbo laikas	Neprofesionalus personalo darbas
Miestas	N	20	5	4
	%	55,6 %	62,5 %	100,0 %
Kaimas		16	3	0
	%	44,4 %	37,5 %	0 %
Iš viso:		36	8	4

Šio straipsnio autorių atlikto kokybinio tyrimo rezultatai leidžia išskirti tris pagrindines organizacinio prieinamumo kliūtis kaime ir mieste. Pirmiausia, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietovės, didžiausia problema laikomos ilgos eilės, pradedant nuo išankstinės registracijos pas šeimos gydytojus ir baigiant eilėmis prie gydytojų kabineto durų bei labai ilgomis eilėmis pas specialistus reikalingiems tyrimams atlikti. Respondentai dažnai mini išankstinės registracijos neefektyvumą. Teigiama, kad visi pacientai juda „gyva eile link gydytojo kabineto, talonėliuose nurodytas laikas yra nesvarbus bei personalas visiškai neprižiūri pacientų sekos eilėje, todėl išankstinės registracijos laikas yra tik formalumas“ (vyras, 65 m., kaimas). Neefektyviais laikomi ir išankstinės registracijos būdai telefonu ir internetu: „Užsiregistravus internetu, nuėjus į polikliniką vis tiek tenka laukti eilėje, informuoti apie registraciją internetu, sugaišti laiką eilėje“ (moteris, 50 m., miestas). Eilės registratūroje, jau atvykus į sveikatos priežiūros centrą, taip pat dažnai suvokiamos kaip nemalonios organizacinio prieinamumo kliūtys. Respondentų teigimu, kartais tenka „pralaukti net iki valandos, tam, kad pasiimti ligos istoriją“ (moteris, 74 m., miestas). Kokybinė atliktų interviu analizė atskleidė, kad šio pobūdžio organizacinės kliūtys dažnai laikomos pacientų ligų komplikacijų priežastimis. Pasak vienos iš respondenčių, „talonėlio pas šeimos gydytoją reikėjo laukti maždaug vieną

savaite bei to pasekoje sinusitas komplikavosi į ausų uždegimą“ (moteris, 46 m., miestas). Eiles, ypač sezoninių epidemijų metu, apklausų dalyviai suvokė kaip itin nemalonus bei pavojingas jų sveikatai: „Man nepatinka ilgai sėdėti eilėse laukiant apžiūros, kadangi jos dažnai būna labai didelės, ypač šaltuoju metų laiku, kai padaugėja susirgimų peršalimų ligomis“ (moteris, 18 m., miestas).

Kita organizacinio pobūdžio kliūtis, respondentų nuomone, – nepatogus ir netinkamas šeimos gydytojų darbo laikas, neišvengiamai susijęs su pirmąja dažniausiai įvardijama problema – eilėmis. Gydytojų darbo grafikas, sutampantis su dirbančių gyventojų darbo valandomis, sudaro prielaidas didesniems pacientų srautams rytais ir vakarais, dėl to tenka ilgai laukti priėmimo prie gydytojų kabinetų durų: „Sklандžiam pacientų aptarnavimui kliūtis sudaro daktarų darbo laikas. Dėl tokio grafiko nukenčia paslaugų kokybė, atsiranda pacientų eilės, dažniausiai būna nuo 5 iki 15 žmonių. Kai ateinu pas gydytoją, noriu kuo greičiau pas ją patekti, nes aš dirbantis žmogus ir man laikas labai svarbus, tačiau atsitinka taip, kad gydytoja priima tik po vienos ar dviejų valandų“ (moteris, 60 m., miestas).

Per trumpas specialistų darbo laikas taip pat laikomas nemažu nepatogumu. Teigiama, jog „dažnai dirbama po 4 valandas per dieną ir tik du kartus savaitėje, todėl tam, kad patekti pirminei apžiūrai, tenka laukti apie mėnesį“ (vyras, 73 m., miestas). Pasitaiko atveju, kai pacientui ilgai pralaukus eilėje, net iš anksto užsiregistravus, pasibaigia gydytojų priėmimo laikas, todėl tiesiog nepavyksta tą pačią dieną atlikti pirminės apžiūros ir tenka procesą kartoti kitą dieną.

Trečiaja ir kompleksine organizacine prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų problema galima vadinti personalo neprofesionalumą ir nekompetentingumą. Personalas, šiuo atveju, – registratūros darbuotojai ir sveikatos priežiūros specialistai. Jau iš anksto registruodamiesi pacientai susiduria su nemaloniu darbuotojų elgesiu – atsisakoma registruoti nepaaiškinus priežasčių arba tinkamu pacientui laiku. Atvykus į registratūrą taip pat dažnai tenka užtrukti, nes personalas dirba lėtai ir atsainiai arba tiesiog nepajėgiama efektyviai ir greitai aptarnauti pacientų dėl per didelio darbo krūvio ir ilgų biurokratinių procedūrų: „Registratūros darbuotojai nenori užregistruoti man tinkančiu metu, siūlo už kelių savaičių ar mėnesio, nors man reikia dabar. Taip pat bendraujant su jais labai dažnai jaučiasi arogancija iš jų pusės“ (vyras, 27 m., miestas).

Tačiau pastebėtina tam tikra respondentų empatija. Per interviu Pušaloto miestelyje buvo teigiama, kad medicinos seserys turi rūpintis ne tik pacientais, bet ir visa medicinos punkto dokumentacija, todėl yra labai užimtos: „Tyrimų, kuriuos atlieka medicinos punkte, rezultatų reikia laukti kelias dienas. Dažnai pacientui pačiam reikia kreiptis į ligoninę ar polikliniką, kad galėtų sužinoti rezultatus. Miestelio gydytojas skundžiasi labai dideliu darbo krūviu“ (moteris, 69 m., miestelis). Tyrimo duomenimis, didžiausiomis ir nemaloniausiomis kliūtimis vis dėlto išlieka personalo arogancija, atsainumas, kultūros trūkumas, pašalinė gydytojų veikla darbo metu: „Nueinu į registratūrą, prašau talonėlio ir sužinau, kad užėiti pas gydytoją galėsiu tik po 3 valandų. Nueinu iki

gydytojo, o ten tuščia, užrakinta arba su kolegomis geria kavą“ (moteris, 69 m., kaimas).

Kaimo vietovių gyventojai taip pat susiduria ir su tiesioginiu tam tikrų specialistų trūkumu, kai tenka važiuoti toli nuo gyvenamosios vietos, kad atliktų reikiamus tyrimus: „Būna gydo gydo ir nugydo galiausiai. Mane tai toli gražu ne iškart nusiuntė į Kauną, dar pati šeimos daktarė gydė, tik gėriau vaistus, kurie mažai naudos turėjo ir be reikalo pinigų leidau. Dar ir dabar būtų gydžius, jei būčiau neliepus duoti siuntimo į Kauną“ (moteris, 62 m., kaimas).

Dalis respondentų šias organizacines problemas laikė kompleksinėmis minėdami ir dideles eiles prie kabinetų, ir siuntimus, registraciją pas norimą gydytoją, ir kyšius. Kaimo ir miesto respondentų nusiskundimai panašūs: „Eilės didelės, o kai nurodo laiką talonuose, tai juokas ima – vis vien niekada pagal juos nepakviečia. Kartais būna, kad išvis lauki lauki daktaro, o jis tavęs nebepriima, kadangi baigėsi jo darbo laikas“ (moteris, 21 m., miestas). Viena respondentė įvardijo įvairiapusiškas organizacinio pobūdžio kliūtis valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose, bet išskyrė privačių gydymo centrų privalumus:

Pirmiausia gydytojams trūksta geranoriškumo bei geros nuotaikos pasitinkant ligonį, nėra teigiamos psichologinės atmosferos. Taip pat savo akimis teko matyti, jog gydytojai drįsta imti kyšius, netgi matant kitam pacientui. Mano nuomone, tai ne tik skatina pacientus galvoti, kad šioje įstaigoje dirba neprofesionalūs bei nekompetentingi gydytojai, bet taip pat ir kuria prastą visos poliklinikos įvaizdį. Galiu pasakyti, kad aplinka labai nejauki poliklinikoje. Trūksta aparatūros, gydytojai ateina skolintis gydymo instrumentų vieni iš kitų. Taip pat dauguma kabinetų apleisti, reikalaujantys remonto, koridoriuose trūksta kėdžių, prastai veikia administracija, joje dirbantys darbuotojai dažnai nenoriai gilinasi į tavo lūkesčius, nemaloniai bendrauja. Žodžiu, klimatas poliklinikoje nekoks. Atmosfera tikrai geresnė privačioje įstaigoje, skiriamas didesnis dėmesys tavo ligai, daugiau klausiama, išsamiai paaiškinama. Privačioje ligoninėje buvau šilčiau priimta, gydytojai pasirodė nuoširdžiai bendraujantys, optimistiškai nuteikiantys, padrąsinantys (moteris, 45 m., miestas).

Kokybiškai apibendrinus atlikto tyrimo duomenis organizacinio prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų aspektu galima pastebėti: daugeliu atvejų kliūtys susijusios tarpusavyje – nepatogus sveikatos priežiūros centrų bei specialistų darbo laikas sudaro prielaidas ilgoms eilėms prie kabinetų bei netolygiam ar per dideliu personalo darbo krūviui susidaryti. Dėl per didelio darbo krūvio ir atskirais atvejais personalo nekompetentingumo bei profesionalumo stygiaus iškyla etinių aptarnavimo kliūčių.

Išvados

Išanalizavus kokybinio interviu duomenis nustatyta, kad ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą riboja finansinės, teritorinės / komunikacinės

ir organizacinės kliūtys. Finansinės kliūtys – tai brangūs nekompensuojamieji ar iš dalies kompensuojamieji vaistai, brangios mokamos paslaugos, ypač odontologų ir medicininių tyrimų. Mažas pajamas turintiems asmenims šios kliūtys yra neįveikiamos arba įveikiamos tik išleidus santaupas ar apribojus kitus bazinius poreikius. Daugiau informacijos turintys pacientai tokią situaciją supranta kaip kontekstą, skatinantį kyšininkavimą, kai už kompensuojamųjų vaistų receptą ar galimybę gauti siuntimą pas specialistus mokama neoficialiai. Šios minėtos kliūtys būdingos ir miesto, ir kaimo gyventojams. Kaime gyvenantiems asmenims kelionės išlaidos taip pat yra didelė našta.

Tyrimo rezultatai leido išskirti teritorines kliūtis, kurias dažniausiai tenka įveikti kaimo gyventojams – tai viešasis transportas: jo prieinamumas, maršrutai ir tvarkaraščiai, didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų. Be neformalios artimųjų, kaimynų ir kitų asmenų pagalbos dauguma kaimo gyventojų, ypač vyresnio amžiaus ir turintys sveikatos problemų, sunkiai susisiektų arba visai nesusisiektų su gydymo įstaiga. Norint įveikti teritorinio prieinamumo kliūtis, silpnos sveikatos asmenims, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos, labai svarbi artimųjų pagalba.

Žvelgiant į prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtis, atsirandančias dėl sveikatos priežiūros teikiančių institucijų administracinių-organizacinių charakteristikų, nustatyta: eilės registruotis pas sveikatos priežiūros specialistus, atvykus į gydymo centrus ir prie gydytojų kabinetų bei eilės pas specialistus tyrimams – vienos pagrindinių organizacinio pobūdžio kliūčių. Pastarosios problemos kyla dėl nepatogaus, pacientams per trumpo darbo laiko, reikiamų specialistų stygiaus, ypač kaimo vietovėse. Atliktas tyrimas atskleidė, kad personalo nekompetentingumas bei etinio pobūdžio problemos, susijusios su pacientų aptarnavimu dar registracijos metu, – papildomos organizacinio pobūdžio kliūtys. Dėl profesionalumo ir objektyvios informacijos apie valstybės apmokamas paslaugas ir kompensuojamuosius vaistus trūkumo aptarnaujant pacientus iškyla etinio bei profesinio pobūdžio kliūčių, kurias įveikti siekiama kyšiais.

Finansinės, komunikacinės / teritorinės bei organizacinės sveikatos priežiūros prieinamumą ribojančios kliūtys akivaizdžiai didesnę įtaką turi kaimo gyventojams ir skurdžiai gyvenantiems asmenims. Ateityje į juos turėtų atsižvelgti tyrėjai ir sveikatos politikos formuotojai bei įgyvendintojai.

Literatūra

- Bentley, T. G. K., et al. 2008. “Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework.” *The Milbank Quarterly* 4: 629–659.
- Bigeli, M., Annear, P. L. 2009. “Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia.” *Bull World Health Organ* 87: 560–564.

- Brogaitė, J., ir kt. 2007. „Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos“. *Gerontologija* 8 (4): 230–235.
- Ensor, T., and Cooper, S. 2004. “Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side.” *Health Policy and Planning* 19 (2): 69–79.
- Exworthy, M., Peckham, S. 2006. „Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy.” *Social Policy and Administration* 40 (3): 267–287.
- Gemmill, M. C., et al. 2008. “What Impact do Prescription Drug Charges Have on Efficiency and Equity? Evidence from High-Income Countries.” *International Journal for Equity in Health* 7. Prieiga internete: <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/12> [žiūrėta 2011 03 22].
- Goddard, M. 2009. “Access to Health Care Services – an English Policy Perspective.” *Health Economics, Policy and Law* 4: 196–208.
- Guagliardo, M. F. 2004. “Spatial Accessibility of Primary Care: Concepts, Methods and Challenges.” *International Journal of Health Geographics* 3. Prieiga internete: <http://www.springerlink.com/content/f263305702064475/fulltext.pdf> [žiūrėta 2011 03 22].
- Hwang, S. W., et al. 2010. “Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons.” *American Journal of Public Health* 8: 1454–1461.
- Jankauskienė, D., Pečiūra, R., 2007. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
- Kairys, J., Gurevičius, R. 2001. „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai – problemos Vilniaus mieste“. *Medicina* 37: 293–301.
- _____. 2002. „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“. *Medicina* 38 (1): 100–101.
- Kairys, J., ir kt. 2004. „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“. *Medicina* 2: 178–191.
- Lebrun, L. A., Dubay, L. C. 2010. “Access to Primary and Preventive Care among Foreign-Born Adults in Canada and the United States.” *HSR: Health Services Research* 45 (6): 1693–1719.
- LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2 straipsnis, 1994 07 19, Nr. I-552. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387542 [žiūrėta 2011 03 22].
- LR Sveikatos draudimo įstatymas, Lietuvos Respublikos Seimas. 2010 11 03 Nr. I-1343. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=388727 [žiūrėta 2011 03 24].
- Misevičienė, I., Dregval, L. 2002. „Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę“. *Medicina* 11: 231–237.
- Obrist, B. 2007. “Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action.” *PLoS Med* 4 (10). Prieiga internete: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040308> [žiūrėta 2011 03 24].
- Pečiūra, R., ir kt. 2006. „Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas“. *Medicina* 42 (11): 939–943.
- World Health Organization. 2010. The World Health Report. Health System

- Financing: The Path to Universal Coverage. Internet access: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf [žiūrėta 2011 03 24].
- Richardson, L. D., Norris, M. 2010. "Access to Health and Health Care: How Race and Ethnicity Matter." *Mount Sinai Journal of Medicine* 77: 166–177.
- Shaw, T., and Carrozza, M. 2008. "Is Access Sufficient? An Examination of the Effects of the Med Share Program to Expand Access to Prescription Drugs for Indigent Populations." *Evaluation Review* 6: 526–546.
- Špokienė, I. 2008. „Retųjų vaistų prieinamumo problema įgyvendinant teisę į sveikatos priežiūrą“. *Jurisprudencija* 12: 64–72.
- Zivanovic, A. M. 2009. "Equality in Health: Access to Health Care and Right of Access to Health Care for Children in the Central Bosnia Canton." *Materia Socio Medica* 4: 203–206.

Accessibility of the Health Care Services to Lithuanian Residents in Rural and Urban Areas

Summary

The article analyzes the accessibility of the health care services and identifies major barriers to them that the Lithuanian residents encounter in rural and urban areas. It is based on 68 semi-structured interviews conducted in September – November of 2010. 29 of the respondents lived in the countryside and 39, in the cities and smaller towns. 20 males and 48 females were interviewed. The average age of the respondents was 52 years. The qualitative and quantitative content analysis methods helped to identify financial, physical and organizational barriers to the access to the health care services.

The main economic barriers to the health care services in Lithuania are expensive, partially compensated or not compensated drugs, paid services and examinations. Dental care and expensive medical tests was a particularly important barrier for the low-income individuals. Lithuanians living in the rural areas face territorial barriers, such as additional travel costs, problematic and inconvenient routes and schedules of the public transport, and very long distances to the health care centers. It should be emphasized that without the informal support most health care services would become very complicated or even completely inaccessible for the rural residents. Finally, patients are facing long queues at the reception desks, the health care professionals' inconvenient working hours and the medical personnel's unethical behavior.

In addition, the analysis of the health care access also demonstrates that there exists a lack of medical professionals and of objective information about the state-funded services and essential drugs in the rural areas. These factors make patients pay bribes to the doctors. It is evident that financial, organizational and physical barriers to the access of the health care are more relevant to residents with low income in the rural areas than those in the Lithuanian cities. Therefore, this group of people should become an important object for further research and health care policy in the nearest future.