

# PACIENTŲ MOKĖJIMŲ, SUTIKIMO IR GALIMYBIŲ MOKĖTI UŽ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS LYGYBĖS ASPEKTAI

Liubovė Murauskienė

Viešoji įstaiga „MTVC“ (Mokymų, tyrimų ir vystymo centras)

Antakalnio g. 22B, LT-10305 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 6) 864 2592

Elektroninis paštas [murauskiene@mtvc.lt](mailto:murauskiene@mtvc.lt)

Pateikta 2013 m. liepos 18 d., parengta spausdinti 2013 m. rugsėjo 9 d.

doi:10.13165/SPV-13-1-5-05

## Santrauka

Lietuvoje pacientų mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas periodiškai tampa viešų diskusijų dalyku. Tyrimo tikslas – išanalizuoti vartotojų charakteristikas, kurios turi įtakos tiesioginiams mokėjimams bei sutikimui mokėti, taip pat nelygybės tiesiogiai mokant už sveikatos paslaugas pasireiškimus. Tyrimas atliktas taikant suaugusių Lietuvos gyventojų ( $N = 1012$ ) 2010 m. apklausos duomenų statistinės analizės metodus. Įvertinti faktinių mokėjimų dydžiai ir juos mokėjusių gyventojų charakteristikos. Pateikti nelygybių, mokant už sveikatos priežiūros paslaugas, įrodymai. Nagrinėjami veiksniai, turintys įtakos sprendimams naudotis mokamomis paslaugomis.

**Reikšminiai žodžiai:** pacientų išlaidos, nelygybė, sutikimas mokėti, sveikatos priežiūros paslaugos.

## Įvadas

Sveikatos priežiūros reformos, vykdomos nuo 1980-ųjų pabaigos šalyse, kuriose gyventojų pajamos mažos ir vidutinio dydžio, glaudžiai susijusios su pacientų mokėjimais už viešajame sektoriuje teikiamas paslaugas ir didėjančiu privataus pelno siekiančių tiekėjų vaidmeniu. Užsienio ekspertų teigimu, randasi vis daugiau įrodymų apie namų ūkių nusiskurdinimą dėl didelių tiesioginių pacientų mokėjimų šiose šalyse<sup>1</sup>.

Lietuvoje tiesioginiai pacientų mokėjimai už teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas yra viena iš plačiai diskutuojamų sveikatos politikos temų. Lietuvoje neretai atliekamos sociologinės apklausos skirtingose pacientų mokėjimų sveikatos sektoriuje srityse, tačiau trūksta nuodugnesnės duomenų analizės. Siekiant geresnio viešų diskusijų pagrįstumo, mes analizuojame Lietuvos gyventojų apklausos, atliktos 2010 m., rezultatus. Apklausa

<sup>1</sup> McIntyre, D.; Tiede, M.; Dahlgren, G.; Whitehead, M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*. 2006, 62(4): 858–865.

2010 m. liepos mėn. atliko Gallup International. Gyventojų imtis (1 012 suaugusių asmenų) yra reprezentatyvi pagal gyventojų amžių, lytį, miesto ir kaimo gyventojų santykį. Apklausa metodologija buvo sudaryta, įgyvendinant mokslinį projektą, kurį koordinavo Maastrichto universitetas, keliose Centrinės ir Rytų Europos šalyse (be Lietuvos, Lenkijoje, Bulgarijoje, Rumunijoje, Vengrijoje ir Ukrainoje). Tyrimas buvo finansuotas Europos Komisijos VII bendrosios programos projekto „Pacientų mokėjimų politikų vertinimas ir jų prognozės, atsižvelgiant į veiksmingumą, teisumą ir kokybę“ ASSPRO CEE 2007 (GA no. 217431). Publikacijos turinys atspindi autorės, jokių būdu ne Europos Komisijos arba jos įstaigų, požiūrį. Statistinė analizė atlikta naudojant Microsoft Excel 2010 ir SPSS Statistics 17.0 programinę įrangą.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti vartotojų charakteristikas, kurios turi įtakos tiesioginiams mokėjimams bei sutikimui mokėti, taip pat nelygybės tiesiogiai mokant už sveikatos paslaugas pasireiškimus. Tyrimo objektas – tiesioginiai arba privatūs pacientų mokėjimai (angl. *out-of-pocket payments*) ambulatorinėse ir stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Mokėjimai – tai pinigai (įskaitant prekių pirkimą dovanoti arba įteikti), kuriuos moko pacientas arba kuriuos už jį sumokėjo šeimos nariai, kad pacientas gautų sveikatos priežiūros paslaugas. Buvo išskirti oficialūs ir neoficialūs mokėjimai. Sveikatos draudimo įmokos ir išmokos nėra priskiriamos prie pacientų mokėjimų. Oficialūs mokėjimai apibūdinami kaip mokėjimai, kai buvo išduotas mokėjimą patvirtinantis dokumentas (pvz., sąskaita, kvitas). Neoficialūs mokėjimai apėmė pinigus ir dovanas (atsidėkojant arba davus kyšius). Apsilankymai pas gydytoją (toliau vadinami ambulatoriniu gydymu) apėmė apsilankymus pas gydytojus (įskaitant gydytojų apsilankymus paciento namuose) viešame ir privačiame sveikatos priežiūros sektoriuose. Svarbu pažymėti, kad odontologų ir netradicinės medicinos darbuotojų paslaugos nėra įtrauktos. Taip pat neįskaičiuojamos kelionės į sveikatos priežiūros įstaigą arba iš jos išlaidos ir išlaidos vaistams.

## 1. Faktinės išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms

Kaip žinoma iš namų ūkių tyrimų, kuriuos vykdė Lietuvos statistikos departamentas iki 2008 m.<sup>2</sup>, duomenų, pagrindinės pacientų išlaidos yra išlaidos vaistams (jos sudarydavo per 70 proc. visų individualių tiesioginių išlaidų sveikatai). Tačiau, 2010 m. gyventojų apklausa duomenimis, ir pacientų išlaidos ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms per metus nėra mažos, palyginti su 2010 m. rodikliais, kai minimali alga buvo 800 Lt, vidutinė senatvės pensija – 747 Lt, vidutinis mėnesinis neto darbo užmokestis – 1 614 Lt (Darbo ir socialinės apsaugos ministerijos duomenimis<sup>3</sup>): 2009–2010 m. vidutiniškai paciento oficialios ir neoficialios išlaidos visoms paslaugoms sudarė apie 325 Lt per metus, jas patyrė 37 proc. suaugusių gyventojų. Šių išlaidų vidurkis visiems paslaugų vartotojams sudarė 146 Lt, nuo 0 Lt iki 5 800 Lt (standartinė paklaida 15,15).

Kaip parodyta 1 lentelėje, vertinant už paslaugas mokėjusių pacientų išlaidas, oficialūs mokėjimai sudarė vidutiniškai 223 Lt per metus arba 64,6 Lt už apsilankymą pas gydytoją; ligoninėse pacientai vidutiniškai oficialiai išleido 286 Lt per metus arba 158 Lt už vieną stacionarinio gydymo atvejį. Neoficialūs mokėjimai buvo 336 Lt per metus ambulatorinėje

<sup>2</sup> Lietuvos statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Gyventojai ir socialinė statistika. Neatnaujintos lentelės. Gyvenimo lygis (Namų ūkių biudžetų tyrimas) [interaktyvus]. [2013-06-29]. <<http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1680>>.

<sup>3</sup> Lietuvos Respublikos darbo ir socialinės apsaugos ministerija. Baziniai socialiniai rodikliai [interaktyvus]. [2013-06-13]. <<http://www.socialiniszemelapis.lt/index.php?1262538155>>.

grandyje (72,8 Lt apsilankant pas gydytoją) ir 462 Lt už gydymą ligoninėje (246 Lt vienam stacionarinio gydymo atvejui). Pažymėtinas aukštesnis neoficialių mokėjimų už stacionarines paslaugas, lyginant su ambulatorinėmis, dažnumas, kai beveik pusė pacientų mokėjo neoficialiai. Taip pat dėmesį atkreipia faktas, kad beveik trečdalis ligoninių pacientų nurodė, jog mokėjo oficialiai. Šis dažnumas yra panašus į oficialių mokėjimų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose paplitimą, tačiau privačių stacionarinių paslaugų teikėjų Lietuvoje, netgi lyginant su ribota privačių ambulatorinių paslaugų rinka, praktiškai nėra.

**1 lentelė.** Pacientų mokėjimai už sveikatos priežiūros paslaugas 2009 m. liepos – 2010 m. birželio laikotarpiu

		Mokėjusių vartotojų skaičius ir dalis nuo visų tam tikrų paslaugų vartotojų	Vidurkis per metus (diapazonas), litais	Vidutinis mokėjimas už vieną apsilankymą arba hospitalizavimą (diapazonas), litais
Ambulatorinis gydymas (N = 730)	Neoficialūs mokėjimai	124 (17 %)	336 (1-5000)	72,8 (0,2-417)
	Oficialūs mokėjimai	236 (32,3 %)	223 (2-3000)	64,6 (1-3000)
Stacionarinis gydymas (N = 165)	Neoficialūs mokėjimai	79 (48 %)	462 (20-2000)	246 (7-2000)
	Oficialūs mokėjimai	52 (3, 5 %)	286 (40-1600)	158 (0,5-1600)

### 1.1. Lemiami veiksniai

Detalesnė analizė, atlikus logistinę regresiją, paaikškino didžiausią pacientų mokėjimų dalį (64 proc. ambulatorinių mokėjimų ir 72 proc. stacionarinių mokėjimų). Pacientų lytis, sveikatos būklė (subjektyvus vertinimas), pajamos (subjektyvus vertinimas) ir pasitenkinimas paslaugų kokybe yra veiksniai, kurie turi įtakos mokėjimams už ambulatorinį gydymą, o pacientų lytis, pajamos (subjektyvus vertinimas) ir pasitenkinimas paslaugų kokybe – tai veiksniai, kurie turi įtakos mokėjimams už stacionarinį gydymą. Vyrai moka už paslaugas rečiau nei moterys. Nepatenkinti paslaugų kokybe gyventojai su žymiai didesne (2-3 kartus) tikimybe moka už paslaugas. Skurdžiausiai (subjektyviai vertinant finansinę situaciją) gyvenantys asmenys rečiau moka už paslaugas, ypač ambulatorines. Nors statistiškai reikšmingo ryšio tarp pacientų išsilavinimo ir mokėjimų už ambulatorines paslaugas nėra pastebėta, šie mokėjimai dažnesni aukštesnio išsilavinimo lygio pacientų. Taigi, galima manyti, kad dažnai mokantys už paslaugas pacientai yra asmenys, kurie, patyrę sveikatos blogėjimą, gali sumokėti už geresnės kokybės paslaugas.

**2 lentelė.** Pacientų mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas 2009 m. liepos – 2010 m. birželio mėn. laikotarpiu determinantai

		Mokėjimai už ambulatorines paslaugas		Mokėjimai už stacionarines paslaugas	
		Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 728)	Galimybių santykis (nuo – iki)	(N =149)	Galimybių santykis (nuo – iki)
Amžius	18-24 m.	62 (8,5)	1 (kk)	7 (4,7)	1 (kk)
	Vyresni kaip 70 m.	93 (12,8)	1,09 (0,41-2,92)	19 (12,8)	0,33 (0,14-7,71)
	60-69 m.	86 (11,2)	1,3 (0,52-3,26)	20 (13,4)	1,69 (0,88-32,59)
	45-59 m.	230 (31,6)	1,5 (0,73-3,10)	48 (32,2)	1,42 (0,15-13,36)
	25-44 m.	257 (35,3)	1,37 (0,7-2,7)	52 (34,9)	0,56 (0,07-4,19)
Lytis	Moterys	453 (62,2)	1 (kk)	55 (36,9)	1 (kk)
	Vyras	275 (37,8)	0,7* (0,50-0,97)	91 (61,1)	0,32* (0,12-0,86)
Gyvenamoji vieta	Sostinė	131 (18,0)	1 (kk)	28 (18,8)	1 (kk)
	Kaimas	234 (32,1)	1,34 (0,81-2,20)	51 (34,2)	1,47 (0,34-6,40)
	Rajonas	284 (39,0)	1,07 (0,67-1,7)	52 (34,9)	0,86 (0,2-3,76)
	Miestas	79 (10,9)	1,34 (0,76-2,44)	15 (10,1)	1,88 (0,30-11,62)
Vedybinis statusas	Gyvenantis šeimoje/partnerystėje	417 (57,3)	1(kk)	94 (63,1)	1 (kk)
	Vienišas	311 (42,7)	0,83 (0,59-1,17)	57 (38,3)	1,7 (0,67-4,35)
Užsiėmimas	Dirbantis mokamą darbą	352 (48,4)	1 (kk)	60 (40,3)	1 (kk)
	Bedarbis	82 (11,3)	1,03 (0,59-1,78)	11 (7,4)	1,2 (0,17-7,32)
	Pensininkas	205 (28,2)	0,64 (0,33-1,78)	55 (36,9)	3,65 (0,62-21,63)
	Kitas	89 (12,2)	0,96 (0,56-1,66)	23 (15,4)	0,16 (0,37-0,69)
Išsilavinimas	Aukštasis	165 (22,7)	1 (kk)	32 (21,5)	1 (kk)
	Pagrindinis/pradinis	89 (12,2)	0,59 (0,30-1,14)	12 (8,1)	0,22 (0,29-1,57)
	Vidurinis	302 (41,5)	0,76 (0,48-1,19)	71 (47,7)	0,50 (0,12-2,05)
	Profesinis	172 (23,6)	0,77 (0,48-1,25)	34 (22,8)	0,45 (0,10-1,96)

		Mokėjimai už ambulatorines paslaugas		Mokėjimai už stacionarines paslaugas	
		Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 728)	Galimybių santykis (nuo – iki)	(N =149)	Galimybių santykis (nuo – iki)
Finansinė situacija (subjektyvus vertinimas)	Galima atidėti santaupas	86 (11,8)	1 (kk)	13 (8,7)	1 (kk)
	Visiškai nepakanka/reikia skolintis	78 (10,7)	0,4*(0,19-0,83)	24 (16,1)	0,94* (0,10-0,92)
	Nepakanka/reikia naudoti santaupas	88 (12,1)	0,83 (0,42-1,59)	15 (10,1)	0,23 (0,23-2,31)
	Padengiam tik reikiamas išlaidas	348 (47,8)	0,77 (0,46-1,31)	67 (45,0)	0,15 (0,22-1,03)
	Galima tik nedaug sutaupyti	128 (17,6)	1,06 (0,59-1,90)	27 (18,1)	0,36 (0,51-2,57)
Sveikatos būklė	Puiki ir labai gera	119 (16,3)	1 (kk)	12 (8,1)	1 (kk)
	Bloga ir labai bloga	84 (11,5)	2,6* (1,2-5,50)	29 (19,5)	9,26 (0,82-104,4)
	Patenkinama	311 (42,7)	1,18 (0,67-2,07)	71 (47,7)	6,18 (0,83-46,15)
	Gera	214 (29,4)	0,94 (0,57-1,56)	34 (22,8)	4,99 (0,72-34,41)
Lėtinė liga	Taip	411 (56,5)	1 (kk)	104 (69,8)	1 (kk)
	Ne	317 (43,5)	0,85 (0,56-1,28)	42 (28,2)	0,87 (0,27-2,87)
Pasitenkinimas kokybe	Taip	401 (55,1)	1 (kk)	85 (57,0)	1 (kk)
	Iš dalies	266 (36,5)	1,60 (0,84-3,07)	54 (36,2)	1,21 (0,12-12,64)
	Ne	61 (8,4)	1,72* (1,75-2,5)	7 (4,7)	3,11* (1,6-9,07)
Pasitenkinimas prieinamumu	Taip	377 (51,8)	1 (kk)	88 (59,1)	1 (kk)
	Iš dalies	231 (31,7)	1,02 (0,61-1,69)	46 (30,9)	0,86 (0,13-5,68)
	Ne	120 (16,5)	1,15 (0,77-1,7)	12 (8,1)	1,06 (0,36-3,12)

kk – kontrolinė kategorija (kategorija su kuria lyginame visas likusias)

\*p≤0,05

## 1.2. Lygybės dimensija

Vertinant faktinius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas pastebėta, kad skurdžiausiai gyvenantys (jų nuomone) žmonės su mažesne tikimybe moka už paslaugas.

Kartu su subjektyviu finansinės situacijos vertinimu analizavome duomenis apie pacientų namų ūkių faktines pajamas, kaip tiesioginių pacientų mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas šaltinį. Kakwani indeksas yra išlaidų progresyvumo rodiklis, rodantis skirtumą tarp koncentracijos ir Gini indeksų. Koncentracijos indeksas (KI) leidžia pamatyti, kiek (faktinių arba tariamų) išlaidų pasiskirstymas skiriasi nuo tolygaus (proporcingo) pasiskirstymo,

o Gini koeficientas mūsų analizėje parodo faktinių namų ūkių pajamų skirtumą nuo „idealaus“ proporcingo pasiskirstymo. Kaip matyti 3 lentelėje, apskaičiuotas Gini indeksas (N = 983) yra 0,3591. Tai yra artima Eurostato paskelbtai Gini koeficiento reikšmei 0,369 Lietuvoje 2010 m.<sup>4</sup>

Kakwani indeksas, apskaičiuotas kaip skirtumas tarp koncentracijos ir Gini indekso, parodo pacientų išlaidų regresyvumą (neigiama Kakwani indekso vertė). Pažymėtina, kad pasiskirstymas, susijęs su pasirengimu mokėti už kokybiškas paslaugas, yra progresyvesnis nei faktinių pacientų išlaidų pasiskirstymas.

**3 lentelė.** Kumuliacinis namų ūkių pajamų ir išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms pasiskirstymas pagal pajamų kvintiles

Namų ūkiai pagal pajamų kvintiles	Namų ūkių pajamos, proc.	Faktinis mokėjimas už paslaugas, proc.	Sutikimas oficialiai mokėti už kokybiškas paslaugas, proc
1 (skurdžiausia 20 proc. dalis)	6	20	13
2	18	36	32
3	35	54	51
4	58	72	71
5 (turtingiausia 20 proc. dalis)	100	100	100
<i>Gini/KI</i>	<i>0,3591</i>	<i>0,0801</i>	<i>0,1361</i>
<i>Kakwani indeksas</i>		<i>-0,2790</i>	<i>-0,2230</i>

## 2. Sutikimas ir galimybės mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas

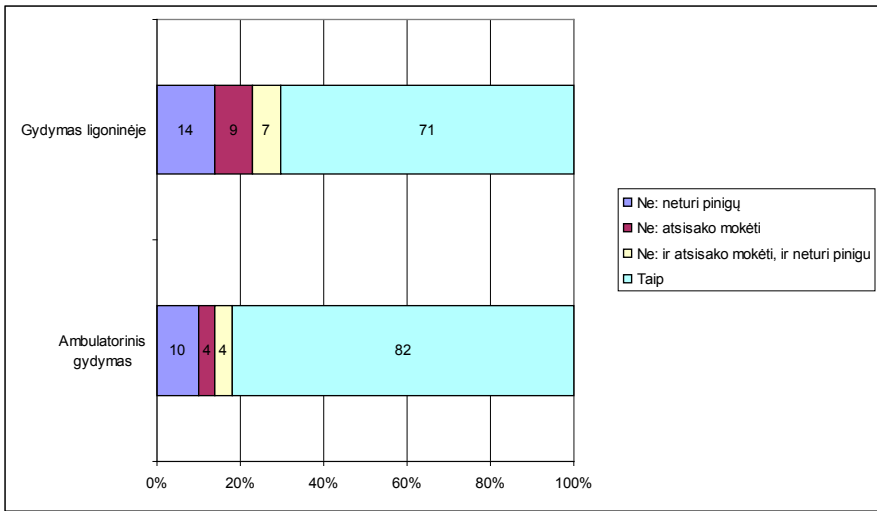
57,9 proc. apklaustųjų teigė, kad sutiktų mokėti viską, ką turi, kad tik gautų geresnes sveikatos paslaugas iškilus rimtų sveikatos problemų. Statistiškai reikšmingi veiksniai yra amžius, mažesnės pajamos ir gyvenimas kaime (iš dalies dėl populiacijos amžiaus struktūros). O amžiaus, kaip veiksnio, svarbą stipriai lemia sveikatos būklės subjektyvus vertinimas.

Respondentams buvo užduoti klausimai apie jų sutikimą oficialiai mokėti už geros kokybės ir greitai prieinamą medicinos darbuotojo konsultaciją ir ištyrimą, jei jiems pasireikštų nerimą keliantys neaiškaus susirgimo simptomai. Panašiai išaiškintas pacientų sutikimas oficialiai mokėti už geros kokybės ir greitai prieinamą stacionarinį gydymą planinės operacijos dėl gyvybės pavojaus nekeliančio susirgimo atveju. Kaip matyti 1 pav., panašiose situacijose 82 proc. (N = 992) asmenų sutiktų mokėti už ambulatorinį gydymą ir 71 proc. (N = 982) asmenų sutiktų mokėti už stacionarinį gydymą.

Ambulatorinėse ir stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose pacientai teikia pirmenybę šioms paslaugų teikimo kokybės ir prieinamumo dimensijoms (mažėjančia tvarka): gydytojų reputacija ir iškūdrumai, medicinos įranga, darbuotojų požiūris į pacientus, laukimo laikas. Mokėjimas už paslaugas, patalpų būklė ir kelionės laikas yra mažiau svarbūs<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> <[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_di12](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12)>.

<sup>5</sup> Murauskienė, L.; Veniute, M.; Pavlova M.; Groot, W. Towards a more comprehensive view on patient payments in Lithuanian new findings from a population survey. *Society and Economy*. 2012, 34 (2): 241-251.



**1 pav.** Gyventojų požiūris į oficialių mokėjimą už geresnės kokybės paslaugas, proc.

**4 lentelė.** Sutikimas mokėti už geresnės kokybės paslaugas, Lt

	Vidurkis (nuo – iki)	Standartinė paklaida
Stacionarinis gydymas (N = 657)	355,49 (20-2000)	8,46
Ambulatorinis gydymas (N = 798)	41,82 (5-600)	1,73

Kaip matyti 4 lentelėje, vidutiniškai už geresnės kokybės stacionarines ir ambulatorines paslaugas vartotojai sutiktų mokėti atitinkamai 355 Lt ir 42 Lt.

**5 lentelė.** Demografinės, sveikatos ir socialinės-ekonominės vartotojų, kurie sutiktų oficialiai mokėti už geresnės kokybės paslaugas, charakteristikos

		Ambulatorinis gydymas		Stacionarinės paslaugos	
		Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 721)	Galimybių santykis (nuo – iki)	Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 147)	Galimybių santykis (nuo – iki)
Amžius	18-24 m.	61 (8,5)	1 (kk)	7 (4,8)	1 (kk)
	Vyresni kaip 70 m.	92 (12,8)	0,64 (0,17-2,41)	19 (12,9)	0,35 (0,012-9,66)
	60-69 m.	85 (11,8)	0,41(0,12-1,47)	20 (13,6)	0,24 (0,01-6,75)
	45-59 m.	225 (31,2)	0,41 (0,85-2,66)	47 (32,0)	0,09 (0,00-1,96)
	2544 m.	258 (35,8)	1,22 (0,41-3,66)	54 (36,7)	0,23* (0,09-0,58)

		Ambulatorinis gydymas		Stacionarinės paslaugos	
		Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 721)	Galimybių santykis (nuo – iki)	Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 147)	Galimybių santykis (nuo – iki)
Lytis	Moteris	448 (62,1)	1 (kk)	93 (63,3)	1 (kk)
	Vyras	273 (37,9)	0,55* (0,35–0,85)	54 (36,7)	1,03 (0,39–2,69)
Gyvenamoji vieta	Sostinė	130 (18,0)	1 (kk)	28 (19,0)	1 (kk)
	Kaimas	227 (31,5)	1,94* (1,02–3,68)	51 (34,7)	0,64 (0,16–2,63)
	Rajonas	284 (39,4)	1,96* (1,06–3,59)	53 (36,1)	0,72 (0,18–2,92)
	Miestas	80 (11,1)	1,48 (0,67–3,27)	15 (10,2)	0,17* (0,03–0,91)
Vedybinis statusas	Gyvenantis šeimoje/ partnerystėje	414 (57,4)	1(kk)	93 (63,3)	1 (kk)
	Vienišas	307 (42,6)	1,11 (0,70–1,76)	51 (34,7)	0,28* (0,11–0,72)
Užsiėmimas	Dirbantis mokamą darbą	347 (48,1)	1 (kk)	59 (40,1)	1 (kk)
	Bedarbis	182 (25,2)	1,19 (0,57–2,50)	11 (7,5)	1,27 (0,23–7,15)
	Pensininkas	203 (28,2)	0,89 (0,43–1,85)	54 (36,7)	1,20 (0,24–6,08)
	Kitas	89 (12,3)	1,00 (0,46–2,35)	23 (15,6)	0,49 (0,11–2,21)
Išsilavinimas	Aukštasis	164 (22,7)	1 (kk)	32 (21,8)	1 (kk)
	Pagrindinis/pradinis	86 (11,9)	0,41* (0,18–0,95)	12 (8,2)	0,30 (0,048–1,93)
	Vidurinis	301 (41,7)	0,52 (0,26–1,02)	71 (48,3)	0,29 (0,07–1,19)
	Profesinis	170 (23,6)	0,61 (0,29–1,26)	32 (21,8)	0,58 (0,14–2,46)
Finansinė situacija (subjektyvus vertinimas)	Galima atidėti santaupas	85 (11,8)	1 (kk)	13 (8,8)	1 (kk)
	Visiškai nepakanka/reikia skolintis	78 (10,8)	0,22*(0,65–0,76)	22 (15,0)	1,01 (0,11–9,44)
	Nepakanka/reikia naudoti santaupas	89 (12,3)	0,14* (0,43–0,44)	15 (10,2)	1,39 (0,14–14,09)
	Padengiamo tik reikiamas išlaidas	341 (47,3)	0,29* (0,10–0,88)	69 (46,9)	1,50 (0,22–10,46)
	Galima tik nedaug sutaupyti	128 (17,8)	0,72 (0,21–2,49)	28 (19,0)	1,03 (0,39–2,69)
Sveikatos būklė	Puiki ir labai gera	116 (16,1)	1 (kk)	12 (8,2)	1 (kk)
	Bloga ir labai bloga	83 (11,5)	0,60 (0,21–1,71)	28 (19,0)	0,15 (0,10–2,14)
	Patenkinama	307 (42,6)	0,47 (0,19–1,13)	71 (48,3)	0,32 (0,03–3,09)
	Gera	215 (29,8)	0,87 (0,36–2,11)	36 (24,5)	0,29 (0,03–2,58)



		Ambulatorinis gydymas		Stacionarinės paslaugos	
		Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 721)	Galimybių santykis (nuo – iki)	Skaičius ir dalis visų vartotojų (N = 147)	Galimybių santykis (nuo – iki)
Lėtinė liga	Taip	407 (56,4)	1 (kk)	105 (71,4)	1 (kk)
	Ne	314 (43,6)	1,05 (0,61-1,80)	42 (28,6)	1,97 (0,56-6,97)
Mokėjimo faktas	Taip	317 (44,0)	1 (kk)	58 (39,5)	1 (kk)
	Ne	404 (56,0)	0,92 (0,60-1,43)	89 (60,5)	0,23* (0,09-0,58)

kk – kontrolinė kategorija (kategorija, su kuria lyginame visus likusius)

\* $p \leq 0,05$

Kaip matyti 5 lentelėje, šios vartotojo charakteristikos – skurdus gyvenimas, gyvenimas kaime arba rajone ir žemas išsilavinimo lygis, taip pat lytis (vyras) – reikšmingai mažina pasirengimą mokėti už ambulatorines paslaugas. Sprendžiant dėl sutikimo oficialiai mokėti už geresnės kokybės stacionarines paslaugas, svarbiausi veiksniai yra gyvenimas mieste, vienišas gyvenimas ir situacija, kai pacientas nemokėjo už stacionarines paslaugas bent pastaraisiais metais; šie veiksniai statistiškai reikšmingai mažina tikimybę sutikti mokėti už stacionarines paslaugas.

Per metus 21,8 proc. asmenų (N = 980) teigė, kad sirgdami net nesikreipė į gydytoją dėl to, jog negalėjo mokėti už konsultaciją arba kelionę, ir 3,3 proc. (N = 976) asmenų teigė, kad net turėdami siuntimą stacionariniam gydymui, tuo nepasinaudoja dėl lėšų gydymui arba kelionei stokos. 35 ir 23 pacientai teigė, kad jiems teko skolintis arba prašyti pinigų iš šeimos, draugų, parduoti vertingus daiktus ir pan., kad sumokėtų už gydytojo paslaugas ambulatorinėje arba stacionarinėje įstaigoje (atitinkamai skolintų lėšų vidurkiai sudarė 651 Lt ir 500 Lt). Atsisakymui ambulatorinių paslaugų statistiškai reikšmingą įtaką turi pajamų vertinimas (tai 5-6 kartus didina tikimybę atsisakyti paslaugų skurdžiausiose grupėse), lėtinių ligų nebuvimas ir vyriška lytis, taip pat gyvenimas mieste mažina šią tikimybę. Atsisakymas stacionarinių paslaugų stipriausiai neigiamai koreliuoja su sveikatos būkle ir taip pat su pajamomis.

Gyventojai, kurie neigiamai atsakė į klausimus apie sutikimą oficialiai mokėti už geresnės kokybės ambulatorines ir stacionarines paslaugas, paaiškino, kad tai dėl negalėjimo mokėti arba dėl kitų lemiančių „atsisakymo“ poziciją priežasčių. Už ambulatorines paslaugas nesutinka mokėti lėtinėmis ligomis sergantys gyventojai, miestų gyventojai, ir šis sprendimas stipriai susijęs su pajamų vertinimu. Taip pat su pajamomis koreliuoja negalėjimas mokėti už ambulatorines paslaugas. Didesnė nei 10 kartų tikimybė, kad bedarbiai ir vieniši asmenys nesutiktų mokėti už ambulatorines paslaugas dėl lėšų stokos. Lėtinėmis ligomis sergančių asmenų atsisakymas papildomai mokėti už gydymą patvirtina mokslininkų išvadas, kad šie ligoniai gali susidurti su didelėmis finansinėmis paslaugų gavimo kliūtimis<sup>6</sup>.

Atsisakymas oficialiai mokėti už stacionarines paslaugas koreliuoja su pajamomis, sveikatos būkle ir amžiumi.

<sup>6</sup> Kankeu, H. T.; Saksena, P.; Xu, K.; Evans, D. B. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems*. 2013, 11(1): 31.

## Išvados

1. Lietuvoje faktinės 2009 m. liepos – 2010 m. birželio laikotarpiu pacientų išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms sudarė 146 Lt visiems arba 325 Lt mokėjusiems už paslaugas vartotojams (37 proc. gyventojų). Didžiausi ir dažniausi atitinkamoje pacientų grupėje buvo neoficialūs mokėjimai už stacionarines paslaugas. Vyrų ir skurdžiausiai gyvenantys asmenys rečiau moka už paslaugas, tuo tarpu nepatenkinti paslaugų kokybe vartotojai dažniau moka už paslaugas.

2. Paslaugų kokybės svarbą rodo ir faktas, kad didesnė apklaustųjų dalis sutiktų oficialiai mokėti panašių į faktinius mokėjimus dydžių kainas už geresnės kokybės paslaugas, kilus rimtai sveikatos problemai. Skurdus gyvenimas, gyvenimas kaime arba rajone ir žemas išsilavinimo lygis mažina tikimybę mokėti už ambulatorines paslaugas neaiškaus sveikatos sutrikimo situacijoje. Kita vertus, sutikimą mokėti už stacionarines paslaugas planinės pagalbos poreikio atveju mažiau lemia ekonominio pobūdžio veiksniai: tikimybę sutikti oficialiai mokėti mažina tokios vartotojo charakteristikos kaip gyvenimas mieste, vienišas gyvenimas ir situacija, kai pacientas nemokėjo už stacionarines paslaugas bent pastaraisiais metais.

3. Paslaugų vartojimo nelygybės dėl socialinės-ekonominės padėties pasireiškimus papildė įrodymai dėl tiesioginių pacientų išlaidų regresyvumo.

4. Nemaža gyventojų, kurie atsisakė paslaugų, nes negalėjo už jas mokėti, dalis. Šiuos sprendimus labiausiai lemia finansinė situacija. Kartu su sveikatos rodikliais sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje pastebima socialinių-ekonominių veiksnių įtaka sprendimams naudotis mokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

5. Tiesioginių pacientų mokėjimų mastai ir šio fenomeno sudėtingumas suponuoja tai reguliuoti siekiančios politikos nuoseklumą bei tolesnius tyrimus, vertinant šios politikos įgyvendinimo padarinius.

## Literatūra

1. Kankeu, H. T.; Saksena, P.; Xu, K.; Evans, D. B. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems*. 2013, 11(1): 31.
2. McIntyre, D.; Tiede, M.; Dahlgren, G.; Whitehead, M. What are the economic consequences for households of illness and of ailing for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*. 2006, 62(4): 858-865.
3. Murauskienė, L.; Veniute, M.; Pavlova, M.; Groot, W. Towards a more comprehensive view on patient payments in Lithuania: new findings from a population survey. *Society and Economy*. 2012, 34 (2): 241-251.
4. O'Donnell, O.; van Doorslaer, E.; Wagstaff, A.; Lindelow, M. *Analysing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to techniques and Their Implementation*. The World Bank. Washington, D.C. 2008.

## Šaltiniai

1. Baziniai socialiniai rodikliai. Lietuvos Respublikos darbo ir socialinės apsaugos ministerija[interaktyvus]. [2013-06-29]. <<http://www.socialiniszemelapis.lt/index.php?1262538155>>.

2. Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC). Eurostat [interaktyvus]. [2013-06-18]. <[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_di12](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12)>.

## **Inequalities in Actual Patient Payments, Willingness and Ability to Pay**

**Liubovė Murauskienė**

Public establishment “MTVC” (Training, Research and Development Centre), Lithuania

### **Summary**

*In Lithuania, out-of-pocket patient payments (OOP) in health sector have been the focus of political debates for many years. Pharmaceutical costs constitute a major share of private expenditure on health. However, the OOPs for services both official and unofficial (including quasi official) are significant. The aim of the paper is to present the outcomes of the analysis addressed to patient’s characteristics influencing the OOPs for health services and individual willingness to pay (WTP) as well as inequality dimensions of the OOPs in Lithuania. It is the first outcome of the analysis of the data collected in July, 2010, within the international collaborative project “Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects. The case of Central and Eastern Europe”. The study was financed by the European Commission under FP7 Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (GA no. 217431). The content of the publication is the sole responsibility of the author and it in no way represents the views of the Commission or its services.*

*The data on the OOPs were collected through a nationally representative survey (N=1012) in July, 2010, using face-to-face interviews based on a standardized questionnaire. The questionnaire was discussed with external experts and pre-tested in a pilot study.*

*During the period of July, 2009 – June, 2010, patients spent on average 146 litas<sup>7</sup> for health services or, recalculated for those, who actually paid for the services (about 37% of adult population), 325 litas. Official average payment for outpatient consultation equals 64.6 litas, unofficial one – 72.8 litas. Despite negligible private provision of inpatient services and the declared “all included” hospital services, official average payment in hospital was about 246 (7–200) litas; unofficial payments for inpatient services were the most frequent within the corresponding patients’ group, when almost a half of the patients paid 158 (0.5–1600) litas per hospitalization.*

*Males and the poorest population paid for healthcare less frequently in opposite to more frequent payments among those, who were not satisfied with the quality of the services. Moreover, almost 58 percent of the population agreed to pay officially for better quality services in a case of facing serious threat to their health. In less severe cases, the WTP was even higher when 82 percent, and 71 percent of the respondents agreed to pay officially on average 42 litas and 355 litas for outpatient and inpatient services, respectively. The WTP for the outpatient services was the lowest among the poorest and country-side citizens, as well as those, who had a lower education level. At the same time, living in cities, single persons and those, who had not paid for inpatient services, were determinants for reducing the WTP for the inpatient services. Unemployed and single persons with 10 times higher probability would not agree to pay officially for the outpatient services.*

*About 21.8 percent of the respondents (N=980) said that they needed but could not afford and did not use the outpatient services at least once a year. Regarding the inpatient services, a share of the patients rejecting the services was much less – 3.3 percent.*

<sup>7</sup> 3.45 litas = 1 €.

*In 2010, the actual (and in less degree accepted) OOPs in Lithuania were regressive (Kakwani index -0.279 and -0.223 correspondingly).*

**Keywords:** *Out-of-pocket patient payments, willingness-to-pay, ability-to-pay, inequality.*

---

**Liubovė Murauskienė**, viešosios įstaigos „MTVC“ (Mokymų, tyrimų ir vystymo centras) direktorė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos ekonomija ir finansavimas, socialinių intervencijų vertinimas, visuomenės sveikata.

---

**Liubovė Murauskienė**, Public establishment “MTVC“ (Training, Research and Development Centre), Director. Research interests: health economics and financing, evaluation of social interventions, public health.