

**KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS**  
**VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS**  
**Socialinės medicinos katedra**

**VIOLETA GRIGIENĖ**

**PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS IR PACIENTŲ  
PASITENKINIMAS PASLAUGOMIS PANEVĖŽIO RAJONE**

**MAGISTRO TEZĖS**  
**(Visuomenės sveikatos vadyba)**

**Mokslinė vadovė**  
prof. habil. dr. J.Petrauskienė

Kaunas, 2005

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo vadovei gerbiamai profesorei habilituotai daktarei JADVYGAI PETRAUSKIENEI už pagalbą, patarimus ir sugaištą laiką.

Dėkoju savo šeimai už paramą ir supratimą studijų metu.

## SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

### **PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS IR PACIENTŲ PASITENKINIMAS PASLAUGOMIS PANEVĖŽIO RAJONE**

**Violeta Grigienė**

Mokslinė vadovė prof. habil. dr. Jadvyga Petrauskienė.

Kauno Medicinos Universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Socialinės medicinos katedra,  
- Kaunas, 2005.- 64 p.

**Įvadas.** Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra vieni iš pagrindinių įstaigos veiklos vertinimo kriterijų. Minėtų parametrų tyrimas padeda atskleisti konkretaus regiono sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ypatybes, tuo sudarydamas sąlygas veiklos tobulinimui.

**Darbo tikslas.** Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir pacientų pasitenkinimą paslaugomis Panevėžio rajone.

**Tyrimo metodika.** Tyrimo metu atliktas savaitinis besilankančių viešojoje įstaigoje Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika ir jos padaliniuose (Pajstrio bendrosios praktikos gydytojo kabinetas ir Smilgių ambulatorija) suaugusiųjų pacientų anoniminis anketinis tyrimas. Buvo išdalinta 400 anketų, į anketos klausimus atsakė 359 respondentai (atsakas 89,7 proc.). Statistinė analizė atlikta, požymių statistinį ryšį tiriant susietų lentelių metodu.

**Rezultatai.** Nustatyta, kad didesnė ambulatorijų respondentų dalis sugaišta ženkliai trumpiau, laukdami prie registratūros (70,2 proc.) ir gydytojo kabineto durų (61,7 proc.), 71,8 proc. trumpiau sugaišta laiko, vykstant į sveikatos priežiūros įstaigą, bet poliklinikos respondentai pajėgesni įsigyti medikamentus, lyginant su ambulatorijų (40,4 proc. ir 20,2 proc. atitinkamai). Dauguma visų respondentų (76 proc. ambulatorijų ir 80,7 proc. poliklinikos) pageidautų, kad bendrosios praktikos gydytojas gyventų ir dirbtų arčiau namų. Dvigubai daugiau poliklinikos, lyginant su ambulatorijų respondентаis (56,1 proc. ir 23,4 proc. atitinkamai), registruojasi pas gydytoją telefonu.

52,1 proc. ambulatorijų ir 45,0 proc. poliklinikos respondentų ( $p > 0,05$ ) patenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis, 76,1 proc. ir 65,5 proc. atitinkamai- esama padėtimi sveikatos priežiūros įstaigoje, todėl ir norėtų gydytis pas tą patį gydytoją (73,4 proc. ambulatorijų ir 63,2 proc. poliklinikos). Savo šeimos gydytojo kompetencija vienodai (60,1 proc. ambulatorijų ir 66,1 proc. poliklinikos) buvo patenkinti ambulatorijos ir poliklinikos pacientai. Didesnis poliklinikos respondentų skaičius yra informuojami gydytojų apie jų sveikatos būklę, lyginant su ambulatorijos (88,3 proc. ir 78,7 proc. atitinkamai). Panašus skaičius pacientų (93,0 proc. ambulatorijų ir 91,2 proc. poliklinikos) kreipėsi į gydytojus-specialistus tiek ambulatorijose, tiek poliklinikoje.

**Išvados ir rekomendacijos.** Pacientų apklausos duomenimis viešojoje įstaigoje Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika ir jos padaliniuose pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas buvo nevienodas: finansinis ir informacinis prieinamumas geresnis poliklinikoje, o teritorinis ir organizacinis – ambulatorijose. Respondentų pasitenkinimas suteiktomis pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis minėtoje sveikatos priežiūros įstaigoje buvo panašus, nors nustatyta didesnio pasitenkinimo paslaugomis tendencija ambulatorijose besigydančių tarpe.

Tikslu pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų Panevėžio rajono sveikatos priežiūros įstaigose prieinamumą visais aspektais ir padidinti pacientų pasitenkinimą jomis, būtina priartinti paslaugas, optimizuojant rajono sveikatos priežiūros įstaigų tinklo išdėstymą.

## SUMMARY

Management of Public Health

### **THE PATIENTS' ACCESSIBILITY AND SATISFACTION WITH PRIMARY HEALTH CARE SERVICE IN PANEVEZYS RURAL DISTRICT**

**Violeta Grigienė**

Supervisor Jadvyga Petrauskienė, Dr. Sc., Prof., Department of Social medicine, Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine, - Kaunas, 2005. P.64.

**The aim.** To evaluate the patients' accessibility and satisfaction with primary health care service in Panevezys rural district.

**Methods.** The anonymous questionnaire study was performed among the patients in Panevezys rural district's outpatient clinic and its departments (office of Paistrys general practitioner and Smilgiai dispensary). 400 patients participated in the study, 359 answered the questionnaire (response rate 89%). Statistical analysis was performed using MS EXCEL 2000 standard statistical programming packets.

**Results.** The results indicated that waiting times in dispensary were shorter to compare with the patients from outpatient clinic, at the registration room (70.2%), at the physician room (61.7%), 71.8% wait less time to access health care institution. But the patients in outpatient clinic have better access to necessary drugs as compared to dispensary (40.4% and 20.2%, respectively). The majority of the respondents (76.0% in dispensary and 80.7% in outpatient clinic) preferred the physician would live and work more close to the living place. The registrations by telephone rates were as twice higher among the outpatient clinic patients as compared to dispensary (56.1% and 23.4%, respectively). 52.1% of dispensary and 45.0% of the outpatient clinic respondents ( $p>0.05$ ) were satisfied with health care service, 76.1% and 65.5%, respectively, with the current situation in the health care institution, they would like to have the same physician (73.4% of dispensary and 63.2% of outpatient clinics patients). No differences in satisfaction with the competency of general practitioner between two offices were observed (60.1% patients of dispensary and 66.1% of outpatient clinic). More outpatient clinic patients are informed about their health status comparing with dispensary patients (88.3% and 78.7%, respectively). Similar number of patients addressed to the physician-specialist as in dispensary (93.0%), as in outpatient clinic (91.2%).

**Conclusions and recommendations.** According to the questionnaire information, the access to Panevezys rural outpatient clinic and its departments differed: the financial and information access was better in outpatient clinic, organizational and territorial – in dispensaries. The respondents' satisfaction with primary health care service was similar, through a tendency of higher satisfaction in the dispensaries was observed. In order to improve health care access in Panevezys rural health care offices and to improve patients' satisfaction, the necessity arises to set them closer to the consumers by optimizing the network of the health care services.

## **SANTRUMPOS**

ASPI- asmens sveikatos priežiūros įstaiga  
BMP – būtinoji medicinos pagalba  
BPG – bendrosios praktikos gydytojas  
BVP – bendrasis vidaus produktas  
E- sveikata – elektroninė sveikata  
LNSS- Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema  
PRSP- Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika  
PSO- Pasaulinė sveikatos organizacija  
PSP - pirminė sveikatos priežiūra  
SAM- Sveikatos apsaugos ministerija  
SP – sveikatos priežiūra  
SPI – sveikatos priežiūros įstaiga  
SPK – sveikatos priežiūros kokybė  
SPT – sveikatos priežiūros technologija  
TLK - teritorinė ligonių kasa  
VLK - Valstybinė ligonių kasa  
VšĮ - Viešoji įstaiga

# TURINYS

|                                                                                                                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. ĮVADAS.....</b>                                                                                                                                                                    | <b>1</b>  |
| <b>2. LITERATŪROS APŽVALGA .....</b>                                                                                                                                                     | <b>5</b>  |
| 2.1 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA .....                                                                                                                                          | 5         |
| 2.1.1. <i>Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata .....</i>                                                                                                                       | <i>5</i>  |
| 2.1.2. <i>Kai kurie tarptautiniai sveikatos priežiūros išteklių palyginimai .....</i>                                                                                                    | <i>10</i> |
| 2.2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS IR PACIENTŲ<br>PASITENKINIMAS PASLAUGOMIS.....                                                                                                    | 15        |
| 2.2.1. <i>Sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvoje .....</i>                                                                                                                          | <i>17</i> |
| 2.2.2. <i>Pasitenkinimas – subjektyvus emocinis atsakas į paslaugą .....</i>                                                                                                             | <i>20</i> |
| 2.2.3. <i>Tyrimai sveikatos priežiūros prieinamumo ir pasitenkinimo paslaugomis tematika ..</i>                                                                                          | <i>22</i> |
| <b>3. DARBO METODIKA.....</b>                                                                                                                                                            | <b>29</b> |
| 3.1. TYRIMŲ MEDŽIAGA IR KONTINGENTAS .....                                                                                                                                               | 29        |
| 3.2. STATISTINĖ DUOMENŲ ANALIZĖ .....                                                                                                                                                    | 32        |
| <b>4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS .....</b>                                                                                                                                               | <b>33</b> |
| 4.1. RESPONDENTŲ SOCIALINĖ DEMOGRAFINĖ CHARAKTERISTIKA .....                                                                                                                             | 33        |
| 4.2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS PANEVĖŽIO RAJONO<br>SAVIVALDYBĖS POLIKLINIKOJE IR AMBULATORIJOSE .....                                                                   | 36        |
| 4.3. RESPONDENTŲ, BESIKREIPUSIŲ Į VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS PANEVĖŽIO RAJONO<br>SAVIVALDYBĖS POLIKLINIKĄ IR AMBULATORIJAS, PASITENKINIMAS SUTEIKTOMIS<br>SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS ..... | 48        |
| <b>5. IŠVADOS.....</b>                                                                                                                                                                   | <b>57</b> |
| <b>6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS .....</b>                                                                                                                                                 | <b>58</b> |
| <b>LITERATŪROS SĄRAŠAS.....</b>                                                                                                                                                          | <b>60</b> |
| <b>PRIEDAI.....</b>                                                                                                                                                                      | <b>65</b> |



## 1. ĮVADAS

Sveikatos apsauga- tai žmogaus teisių išraiška, leidžianti kiekvienam individui siekti geresnės fizinės, psichinės ir protinės sveikatos standartų, įskaitant teisę į pakankamą, sveiką mitybą, būstą, teisę gyventi ir dirbti saugioje aplinkoje. Gaila, kad daugelyje šalių, tame tarpe ir Lietuvoje, sveikata nesulaukia reikiamo dėmesio ir išteklių. Palaipsniui ryškėja supratimo tendencija, kad visuomenei naudinga investuoti pinigus, siekiant paremti žmonių iniciatyvą gerinti sveikatą.

Vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugą padedančių realizuoti ir užtikrinti mechanizmų yra kiekvienos valstybės sveikatos priežiūros sistema. Pagal 1984 metų Pasaulinės Sveikatos organizacijos (PSO) priimtą pasaulio sveikatos apsaugos politinį dokumentą “Sveikata visiems 2000“, visos valstybės turi suformuoti tokią sveikatos politiką, kuri užtikrintų visiems gyventojams aukšto lygio medicinos pagalbą, pagrįstą pirmine sveikatos priežiūra ir palaikomą antrinio ir tretinio lygio sistemomis [22]. Be to, pastarąjį dešimtmetį sveikatos priežiūros veikla vis dažniau analizuojama ne tik kaip sistema priemonių, įtakojančių sveikatą, bet ir kaip valstybinio pobūdžio organizacinė struktūra specifinėms paslaugoms teikti. Kartu sveikatos priežiūros sistema tampa vienu iš daugelio paslaugų srities elementų ir paklūsta daugeliui vartotojiškos visuomenės funkcionavimo ypatumų [20].

Atkūrus Lietuvos Respublikos nepriklausomybę ir prasidėjus ūkio pertvarkai, sveikatos priežiūros sistema ir gydymo įstaigos kiekviena atskirai išgyvena didelių pokyčių laikmetį. Buvusi itin centralizuota sveikatos priežiūros (SP) sistema, lėmusi neefektyvų sveikatos priežiūros valdymą ir išteklių naudojimą, pradėta reformuoti 1990 metais. Reforma nukreipta į paslaugų kokybę bei adekvatų finansavimą, o reformos esmė- pirminės sveikatos priežiūros (PSP), kaip vienos iš kertinių reformos elementų, plėtra. Tai deklaruota 1991m. atkuriamojo Seimo patvirtintoje Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje ir įtvirtinta 1998 m. Seimo patvirtintoje Lietuvos sveikatos programoje[44].

Visame šalies gyvenime ir ekonomikoje pasireiškė radikalūs pokyčiai. Keitėsi ne tik verslo sąlygos, bet ir pačios ekonomikos struktūra. Paslaugų sektorius, kuriam priklauso ir PSP, tapo vienu iš sparčiausiai augančių respublikos ekonomikos sektorių. Bet PSP, tapę viešosiomis įstaigomis (VŠĮ), susidūrė su naujais sunkumais: steigėjai vis mažiau ar visai neskiria lėšų, o organizacijos pinigus privalo „užsidirbti“ pačios, teikdamos kokybiškas ir aptarnaujamų pacientų lūkesčius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas. Riboti finansiniai ištekliai

įpareigoja įstaigas juos panaudoti kuo racionaliau ir efektyviau, todėl tapo labai svarbu, kad priimami sprendimai būtų orientuoti į pacientų poreikių tenkinimą[6].

PSP įstaigų veikloje ypač akcentuotinas pacientui reikalingų paslaugų suteikimas, profesionalus ir teisingas mokymas saugoti savo ir aplinkinių sveikatą. Nuo kokybiškų ir profesionalių paslaugų priklauso ne tik gydymo įstaigos įvaizdis, galimybė konkuruoti su kitomis įstaigomis, bet ir žmonių sveikata. Todėl PSP įstaigų teikiamų paslaugų kokybės problema yra ypač aktuali.

Pagal pasaulinius bei Lietuvos sveikatos politikos dokumentus PSP yra prioritetinė sveikatos sistemos dalis, ji gali būti traktuojama kaip bet kurios, sėkmingai veikiančios, racionaliai naudojančios turimus ribotus resursus, besistengiančios užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir aukštą teikiamų paslaugų kokybę, sveikatos sistemos pagrindas. Viešos demokratinės visuomenės sąlygomis SP sistema tapo vienu iš visuomenės vertinimo objektų. Pacientas, kaip visuomenės narys ir SP paslaugų vartotojas, ne tik turi teisę pareikšti savo nuomonę, bet ir raginamas tai daryti. Paciento lūkesčių patenkinimo laipsnis yra paciento pasitenkinimo medicininėmis paslaugomis rodiklis, kuris dalinai priklauso nuo SP paslaugų prieinamumo tam konkrečiam pacientui. Kita vertus, pasitenkinimo arba nepasitenkinimo jausmus gali sukelti paciento dvasinė būseną, nusiteikimas, adekvatūs ar neadekvatūs lūkesčiai, emocinis nusiteikimas, t.y., pasitenkinimo jausmas yra subjektyvus reiškinys[55].

Sveikatos priežiūros organizavimo vienas iš pagrindinių principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės paslaugos – visiems šalies gyventojams. Paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir neturtingiems visuomenės nariams. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas neabejotinai turi reikšmės gyventojų sveikatos būklei. Be to, medicinos paslaugų prieinamumas visiems visuomenės nariams yra būtina sąlyga, numatyta Europos bendrijų komisijos komunikate Tarybai ir Europos Parlamentui [14].

Teisę gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, garantuojamą įstatymų, turi Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje. Sveikatos sistemos įstatymų nubrėžtos gairės lėmė, kad buvo pradėti kurti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo standartų projektai [10]. Tikėtasi, kad 1995-1996 metais šie standartai bus panaudoti sveikatos priežiūros įstaigų akreditacijai ir padės sumažinti egzistuojantį žmonių ir institucijų išteklių perteklių šiame sektoriuje. 1996-1998 metai

parodė, kad akreditacija (arba licencijavimas) pagrindinai buvo nukreiptas į gydymo paslaugų kokybės užtikrinimą.

Kitų paslaugų prieinamumo aspektų, tokių, kaip sveikatos priežiūros paslaugų priartinimas arčiau prie gyventojų, racionalesnis gydymo įstaigų išdėstymas bei esamų išteklių panaudojimas, transporto ir ryšio priemonių nepakankamumas, vienodo paslaugų spektro ir kokybės miesto bei kaimo gyventojams užtikrinimas, pagrindinai dėl politinių ir organizacinių problemų įgyvendinti nepavyko. Dar daugiau, dėl pradiniam sveikatos draudimo etape supaprastintos paslaugų apmokėjimo, siuntimų bei naujos suteiktų paslaugų apskaitos sistemų įvedimo, pacientų aptarnavimo kokybė, tame tarpe ir paslaugų prieinamumo aspektu, pablogėjo (eilės poliklinikose, tiesioginio pacientų patekimo pas gydytojus specialistus ribojimas, kyšių ėmimo problema, kita).

Susidariusią gana komplikotą paslaugų prieinamumo problemą sveikatos sistemos vadovai mėgina spręsti, įteisindami naujas organizacines priemones ir rengdami naujus teisinius dokumentus. Tai SP įstaigų restruktūrizavimo planas, detalizuotas SP paslaugų sąrašas, atsisakant apmokėjimo už paslaugas pagal gydymo įstaigos lygį, o apmokant už paslaugos lygį, PSP paslaugų vystymasis ir, tuo pačiu, paslaugų teikimo priartinimas arčiau gyventojų [65].

Sveikatos priežiūros sistemą galima prilyginti labai sudėtingam ir nuolat besikeičiančiam organizmui. Be to, šis organizmas turi „įgimtas“, todėl sunkiai pakeičiamas plėtojimosi tendencijas. Vienintelis kelias jį sėkmingai modifikuoti ir plėtoti yra remtis realybe, ją tyrinėjant ir analizuojant, o ne bandant įterpti tokią sudėtingą sistemą į pasiskolintus modelius [6].

Pacientų pasitenkinimo tyrimai populiarūs visame pasaulyje, nes jų rezultatai yra objektyvi prielaida teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Kuo stipresnis pacientų pasitenkinimas gydymo įstaigos teikiamomis paslaugomis, personalo darbu, aplinka, tuo stipresnė organizacijos konkurencinė padėtis. Patenkinti pacientai neieško kitų paslaugų teikėjų, skleidžia teigiamą informaciją apie gydymo įstaigą ir ją net parekomenduoja savo pažįstamiems. Rinkodaros požiūriu tai veiksmingiausia gydymo įstaigos reklama.

Sveikatos priežiūros prieinamumas taip pat ne kartą tirtas. Bet kiekvienam administraciniam vienetui būdingas savas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo išdėstymas, todėl būtina atlikti jo tyrimą, įvertinti privalumus ir trūkumus, pateikti pasiūlymus pagerinimo linkme.

Tuo tikslu 2005 metų vasario mėnesį atliktas anketinis suaugusiųjų viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika (PRSP) pacientų tyrimas.

## **DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI**

### **Darbo tikslas**

Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir pacientų pasitenkinimą paslaugomis viešojoje įstaigoje Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Panevėžio rajono sveikatos priežiūros įstaigoje ir jos padaliniuose.
2. Nustatyti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, teikiamomis Panevėžio rajono sveikatos priežiūros įstaigoje ir jos padaliniuose.
3. Pateikti rekomendacijas pirminės sveikatos priežiūros prieinamumui gerinti.

## **2. LITERATŪROS APŽVALGA**

### **2.1 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA**

#### **2.1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata**

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme konstatuojama, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. „Sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė ir socialinė žmonių gerovė. Sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, aprūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą“[41].

Daugumoje šalių sveikatos priežiūros reformų varomoji jėga- tai ekonominiai svertai, tačiau reforma sėkminga tik tada, jei, ją įgyvendinant, pagerės sveikatos priežiūros kokybė[60]. Reformos pagrindiniai tikslai- kaštų sumažinimas ir kokybės padidinimas- suderinami tik tuo atveju, jei siekiami tinkamu būdu[12].

Sveikatos priežiūros problemos gali būti dalinai išspręstos:

- 1) priimant tinkamus politinius sprendimus tikslu paskirstyti turimus resursus;
- 2) taikant sveikatos priežiūros sistemoje kokybės metodus[52].

„Kokybė – tai paslauga, kuri suteikia žmonėms tai, ko jiems reikia, mažiausiais kaštais ir už mažiausią kainą. Žmonės ir idealūs procesai sudaro kokybiškas sveikatos paslaugas“[15]. Kokybiška sveikatos priežiūra apibrėžiama, kaip jos tinkamumas tenkinti vartotojo ir jo šeimos poreikius bei lūkesčius. Nekokybiškos paslaugos – tai blogos organizacijos rezultatas, o ne tingūs ir nekompetentingi sveikatos sistemos darbuotojai. 1980 metais sveikatos priežiūros profesionalų grupė, vadovaujama Berwick ir Batalden, padarė išvadą, kad bloga kokybė retai būna sugebėjimų, geros valios stoka, dažniau- tai blogo vadovavimo, aiškių tikslų nebuvimo išdava[3]. Autorių Deming ir Juran nuomone, 84-94 procentai visų klaidų yra ne darbuotojų, o sistemos klaidos[16].

Kas yra kokybė sveikatos priežiūroje? Tai pacientų poreikių tenkinimas žemiausiomis kainomis, laikantis įstatymų[11], tai visiškas paslaugų atitikimas konstatuojamiems ar numatomiems poreikiams žemiausiomis kainomis. 1981 metais Amerikos Medikų asociacija apibūdino aukštos kokybės sveikatos priežiūrą, „kuri pastoviai gerina gyvenimo kokybę ir /arba gyvenimo trukmę“[16]. 1996 metais Donabedian apibūdino aukštos kokybės sveikatos priežiūros

paslaugas, kaip „paslaugas, kuriomis tikimasi pagerinti paciento gerovę, pacientui įvertinus naudą ir galimus praradimus šiame procese“[11]. JAV Medicinos Institutas apibrėžia sveikatos priežiūros kokybę, „kaip visuomenės pagerėjusią sveikatą ir pasitenkinimą, pasiektą esamų technologijų ir resursų pagalba“[16].

Sveikatos priežiūros paslaugų, skirtingai nuo kitose veiklos srityse teikiamų paslaugų, atitikimas paciento lūkesčiams neapsprendžia paslaugos kokybės, nes paslauga, atitinkdama paciento reikalavimus, gali sunaudoti daug resursų, būtinų kitų pacientų gydymui. Todėl kokybiška paslauga yra ta, kuri atitinka paciento poreikius bet kokia kaina, tuo pačiu efektyviai panaudoja turimus resursus, nes kokybė kartu yra ir efektyvus resursų panaudojimas[52].

Todėl sveikatos priežiūros kokybė gali būti apibūdinta šiomis savybėmis:

- 1) naudingumas;
- 2) tinkamumas;
- 3) priimtinas;
- 4) prieinamumas;
- 5) ekonominis efektyvumas;
- 6) lygybė[13].

J.Ovretveit sveikatos paslaugų kokybę nagrinėja trimis aspektais:

- 1) kliento( paciento) kokybė- paciento poreikių patenkinimo kokybė;
- 2) profesionalų kokybė- procedūros, technologija, įgūdžiai;
- 3) valdymo kokybė- efektyvus resursų panaudojimas [20].

Sveikatos paslaugos neturi paprasto vartotojo. Stambūs sveikatos paslaugų teikėjai turi patenkinti pacientų, smulkių paslaugų teikėjų (dažniausiai bendrosios praktikos gydytojų(BPG) ir sveikatos priežiūros valdymo organų interesus. Gaunamų pajamų dydis priklauso nuo visų šių grupių interesų patenkinimo. Jei nauda apčiuopiama, tai paslauga suteikė tai, ko pacientai nori. Paslaugos kokybė- tai paslaugos, kurių pacientas ir jo artimieji tikisi iš medicinos įstaigos. Sveikatos paslaugų rinkos sėkmė glūdi tame, kad suteikiamos pacientui žemiausia kaina paslaugos jį tenkintų, be to, būtina įtikinti klientą, kad ši paslauga geresnė nei konkurentų, todėl labai svarbu pagerinti paslaugų kokybę arba pacientų pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis[15].

Sveikatos priežiūroje ne tik pacientai sprendžia apie paslaugų kokybę. Negalima teigti, kad paslaugų kokybė aukšta, jei sveikatos priežiūros įstaigoje pacientui suteikta viskas, ko jis nori, ir dar nedidele kaina. Juk paslaugos gali neatitikti reikmių, nenustatyta diagnozė, o

paskirtas gydymas neadekvatus ar neveiksmingas, procedūros neetiškos. Tik profesionalas gali įvertinti paslaugos kokybę. Tuo sveikatos priežiūros paslaugos skiriasi nuo kitų rinkoje teikiamų paslaugų. Juk būna atvejai, kai pacientų lūkesčiai nesutampa su medicinos darbuotojų tikslais. Kalbant apie profesionalų kokybę, nagrinėjama, ar paslaugos atitinka poreikius, ar tinkamai naudojama medicinos įranga, ar tinkamai atliekamos medicininės procedūros. Štai čia ir slypi savotiško konflikto tarp paslaugos teikėjo ir paslaugos gavėjo galimybė, nes pacientas, gaudamas geriausią medicinos darbuotojų požiūriu paslaugą, gali likti nepatenkintas ja arba, atvirkščiai, medicinos darbuotojų požiūriu nepakankamai gydytas pacientas gali likti patenkintas. Juk pacientas, be visiems suprantamo noro pasveikti, turi ir kitų norų, tiesiogiai nesusijusių su medicina. Dažnai į juos neįsigilinama arba jų nepaisoma, todėl ir gydymo vertinimas gali būti netikėtas ir nesuprantamas medicinos darbuotojui ar profesionaliam medicinos paslaugos vertintojui.

Lietuvoje, atkūrus nepriklausomybę, taipogi įvyko konceptualūs sveikatos sampratos pokyčiai. Buvo pereita į kokybiškai naują sveikatos suvokimo lygmenį ne tik teoriškai, bet ir realizuojant šią sampratą svarbiausiuose sveikatos sistemą reglamentuojančiuose aktuose [36]. Kitaip sakant, buvo pereita nuo biomedicininio sveikatos suvokimo prie biopsichosocialinio, integruojančio savyje tiek socialinius, tiek psichologinius, tiek kitus svarbius sveikatą įtakančius veiksnius[55]. Biopsichosocialinio sveikatos modelio atspindys yra gydytojo – paciento santykis[35]. Gydytojo ir paciento santykių kokybė, galima sakyti, yra paciento pasitikėjimo gydymu, paciento pasitenkinimo lygmens ir tolesnio gydymosi pas tą patį gydytoją determinantė [18]. Kadangi biopsichosocialinis sveikatos modelis gydytojo – paciento santykiuje pabrėžia paciento svarbą, tai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas yra susijęs ir su paciento pasitenkinimu paslauga. Pasitenkinimas paslauga tampa svarbus tada, kai sveikatos sistemos centras perkeliamas iš „sveikatos gamintojo“ į pacientą – vartotoją [4].

Reformos eigoje didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros kokybės gerinimui, todėl buvo sudaryta sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa [66], kurioje numatyta tobulinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) veiklą. Siekiama užtikrinti tinkamų, efektyvių ir saugių SP paslaugų teikimo sąlygas, t.y., kad SP paslaugas teiktų tik juridiniai asmenys, atitinkantys SP įstaigoms numatytus reikalavimus, kad fiziniai asmenys, teikiantys pacientams SP paslaugas, būtų tinkamai pasirengę, ir jų kvalifikacija atitiktų Lietuvos ir Europos Sąjungos standartus.

*Sveikatos priežiūros kokybė (SPK)* – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę.

*Sveikatos priežiūros paslaugos* apima sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos ir kitas paslaugas, kurias teikia SP specialistai SP įstaigose ir pacientų namuose.

Sveikatos priežiūros sistemos **struktūra**- tai paslaugų prieinamumas geografiniu ir finansiniu aspektais, pirminės sveikatos priežiūros įstaigų resursai (personalas bei jo kvalifikacija, medicininė įranga, tyrimai, patalpos) ir jų administravimas.

**Procesas**- tai personalo veikla, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams ir racionalus resursų, reikalingų šiai funkcijai atlikti, panaudojimas. Proceso rodikliai yra profilaktika, diagnostika, gydymas, reabilitacija, paciento informavimas ir mokymas. Proceso kokybę apibūdina konsultacijos trukmė, informacijos pateikimas pacientui apie tyrimus ir jų rezultatus, ligų atsiradimo priežastis ir rizikos veiksnius, rekomenduojamus vaistus, jų vartojimą, nepageidaujamą poveikį.

**Rezultatas** (padarinys) parodo, kaip įvykdyti uždaviniai, kaip paciento gydymas atitinka tam tikros profesijos standartus ir paciento lūkesčius. Padarinių rodikliai: paciento sveikatos būklė, jo gerovė ir pasitenkinimas, sveikatos priežiūros rezultatai, turimų resursų panaudojimo efektyvumas. Padarinys įvertinamas pagal pacientui skiriamą dėmesį bei problemas, kurias pacientai norėtų papildomai aptarti su šeimos gydytoju [66].

Siekiant, kad bet kokia intervencija į sveikatos sritį būtų vykdoma, laikantis atitinkamų profesinių įsipareigojimų bei standartų, gerinama medicinos tyrimų kokybė, diegiami šiuolaikiniai diagnostikos ir gydymo metodai, plėtojamos perspektyvios technologijos. Kad jos taptų prieinamos kuo platesniam pacientų ratui, stengiamasi aprobuoti daugiau naujų medicinos technologijų, plėtoti pažangius, gerinančius pacientų gyvenimo kokybę diagnostikos ir gydymo metodus.

Viena iš svarbiausių kokybiško gydymo prielaidų - tiksli ir laiku atlikta diagnostika. Norint, kad pacientas laiku gautų tinkamą gydymą, turi būti užtikrinta operatyvi ir patikima ligų ir būklių diagnostika, atliekant patologinius tyrimus bei operatyvias ir kokybiškas visų rūšių (ambulatorines, stacionarines, psichologines, narkologines ir kt.) ekspertizes[10].

Siekiant užtikrinti pacientų teises į prieinamą ir kokybišką SP, vykdoma asmens SP paslaugų valstybinė kontrolė ir ekspertizė. Įgyvendinant šią programą, siekiama stiprinti kokybės

valdymą SP įstaigose. Valstybinė medicininio audito inspekcija kontroliuoja, kaip SP priežiūros įstaigos diegia kokybės vadybos sistemas ir atlieka vidaus medicininį auditą [9].

Programa[66] siekiama sudaryti sąlygas saugių ir kokybiškų SP paslaugų teikimui, gerinti paslaugų prieinamumą bei kokybės kontrolę.

SPK užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias pagrindines *kokybės dimensijas*, atspindinčias sveikatos priežiūros:

*orientaciją į pacientą* (aktyvų paslaugų vartotoją)- SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas;

*priimtinumą* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikti;

*prieinamumą* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

*tinkamumą* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;

*teisumą* – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingai traktuojami veiksniai;

*tęstinumą* – laipsnį, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;

*veiksmingumą* – sveikatos priežiūros intervencijų galimybes pasiekti, užsibrėžus sveikatos gerinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;

*ekonomiškai pagrįstą efektyvumą* – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;

*saugumą* – užtikrinant saugią SP ir jos aplinką pacientams bei SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėjimo ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

*Pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis* – paciento nuomonė, koku laipsniu sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, poreikius ar norus. Gyventojų

pasitenkinimas paslaugomis yra ne mažiau svarbus SP sistemos reformos tikslas. Šis rodiklis suvokiamas ir kaip objektyvus - apimantis sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą, tačiau tai yra ir subjektyvus rodiklis, nes pasitenkinimo arba nepasitenkinimo jausmus gali sukelti paciento dvasinė būseną, nusiteikimas, adekvatūs arba neadekvatūs lūkesčiai, emocinis nusiteikimas [51].

### **2.1.2. Kai kurie tarptautiniai sveikatos priežiūros išteklių palyginimai**

Viena iš svarbiausių sveikatos priežiūros kokybę apibūdinančių savybių yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. SP paslaugų prieinamumas didžiąja dalimi priklauso nuo turimų resursų ( struktūrinių, finansinių ir žmogiškųjų išteklių apimčių). Nesant pakankamam išteklių kiekiui, teikiamų paslaugų prieinamumas pablogėja, tiesiogine priklausomybe pablogindamas ir sveikatos priežiūros kokybę. Sveikatos priežiūros ištekliai didžiąja dalimi priklauso nuo kiekvienos valstybės skiriamų išlaidų sveikatos priežiūrai dydžio nuo šalies bendrojo vidaus produkto (BVP). Todėl palyginsiu Lietuvos ir kitų valstybių turimų sveikatos priežiūros išteklių duomenis.

Pagrindiniai SP sistemos ištekliai yra sveikatos priežiūros darbuotojai [70]. Nors gydytojų skaičius nėra tiesioginis sveikatos priežiūros kokybės rodiklis, tačiau jų didelis trūkumas gali sąlygoti sveikatos priežiūros teikimo ir prieinamumo skirtumus tarp valstybių.

Kai kurie Europos šalių aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais rodikliai 2003 m. [70, 42] pateikti 1 lentelėje.

Iš 1 lentelės matyti, kad Lietuva gydytojų ir stomatologų skaičiumi 100000 gyventojų nenusileidžia Europos vidurkiui (1 lentelė), tačiau išlaidų sveikatos priežiūrai dalis procentais (%) nuo BVP yra žemesnis už Europos vidurkį. BVP dalis, tenkanti vienam asmeniui, Europos valstybėse labai skiriasi. Didžiausias procentas nuo BVP sveikatos priežiūrai tenka Vokietijoje ir Šveicarijoje, taip pat Maltoje (apie 10%). Mažiausias – Rusijoje, Kazachstane, Albanijoje (2-3% nuo BVP). Buvusiose Tarybų Sąjungos šalyse ir jos įtakos šalyse BVP tesiekia nuo 1 000 iki 8 000 USD vienam asmeniui, tuo tarpu ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse 30 000-40 000 USD vienam asmeniui. Prieštaringa yra tai, kad kuo žemesnis šalies BVP, tuo žemesnė išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (%) nuo BVP. Tuo pačiu netiesiogiai galima spręsti ir apie sveikatos priežiūros kokybę (kaip objektyvų rodiklį) minėtose šalyse.

**1 lentelė . Kai kurie Europos šalių aprūpinimo sveikatos priežiūros resursais rodikliai 2003 m.**

| Šalis                     | Gydytojų skaičius<br>100000 gyventojų | Stomatologų<br>skaičius<br>100000 gyventojų | BVP vienam<br>asmeniui*<br>(USD) | Išlaidų<br>sveikatos<br>priežiūrai dalis<br>(%) nuo BVP |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Lietuva                   | 397,1                                 | 68,8                                        | 5 203                            | 5,26                                                    |
| Latvija                   | 299,02                                | 54,22                                       | 4 453                            | 4,9                                                     |
| Estija                    | 308,4                                 | 79,2                                        | 6 232                            | 5,5                                                     |
| Albanija                  | 129,6                                 | 41,4                                        | 1 915                            | 1,9                                                     |
| Baltarusija               | 451,5                                 | 44,07                                       | 1 768                            | 4,7                                                     |
| Rusija                    | 425,9                                 | 32,42                                       | 3 026                            | 2,9                                                     |
| Kazachstanas              | 361,2                                 | 33,7                                        | 1 785                            | 1,9                                                     |
| Ukraina                   | 301,43                                | 40,23                                       | 975                              | 3,4                                                     |
| Bulgarija                 | 351,87                                | 78,08                                       | 2 533                            | 4,73                                                    |
| Vengrija                  | 319,45                                | 47,67                                       | 8 384                            | 6,8                                                     |
| Suomija                   | 316,23                                | 89,57                                       | 31 069                           | 7                                                       |
| Norvegija                 | 364,46                                | 124,66                                      | 48 881                           | 8,3                                                     |
| Prancūzija                | 333                                   | 67,84                                       | 29 222                           | 9,5                                                     |
| Šveicarija                | 361,62                                | 48,84                                       | 43 486                           | 10,9                                                    |
| <b>Europos vidurkis</b>   | <b>359,82</b>                         | <b>50,91</b>                                |                                  | <b>6,41</b>                                             |
| Šiaurės šalių<br>vidurkis | 332,07                                | 126,06                                      |                                  | 8,24                                                    |

*PSO Europos regioninio biuro duomenys (Lietuvos Sveikatos informacijos centras)*

*\* Social indicators. Indicators on income and economic activity – United Nations Statistics Division <http://unstats.un.org/>*

JAV sveikatos priežiūros sistema susiduria su įvairiomis problemomis: augantys sveikatos priežiūros kaštai, didėja neapsidraudusiųjų skaičius ir sveikatos priežiūros skirtumai tarp socialinių sluoksnių. JAV išleidžiama daugiausia lėšų sveikatos priežiūrai, palyginus su visomis industrinėmis valstybėmis [37, 23], t.y., 15 proc. BVP [61]. JAV vidutiniškai per metus išleidžiama 5 540 USD sveikatos priežiūrai vienam asmeniui [61]. Neapsidraudusiųjų asmenų sveikatos priežiūrai išleidžiama neįtikėtina suma per metus – 45 milijonai USD [7]. Nepaisant to, ryškūs sveikatos priežiūros skirtumai stebimi priklausomai nuo geografinės padėties, rasės, etinės

grupės, socialinės ir ekonominės būsenos [5]. JAV 98 000 ligonių kasmet miršta ligoninėse dėl medikų klaidų [33].

Buvusiose Tarybų Sąjungos ir jos įtakos šalyse, vykstant giliems politiniams pokyčiams, BVP staigiai sumažėjo. Jeigu Lenkijoje ir Slovėnijoje BVP 1999 m. išaugo, palyginus su 1989 m., tai Rusijoje, Ukrainoje BVP sumažėjo 57 proc. ir 36 proc. atitinkamai. Šie neigiami ekonomikos pokyčiai sukėlė masinį gyventojų nuskurdimą. Manoma, kad 1990 m. Rytų Europos šalyse 50 milijonų žmonių teko mažiau kaip 2 USD per dieną [32]. Lietuvoje BVP sumažėjo 42 proc. [69]. Šie BVP pokyčiai koreliuoja su mirtingumo ir vidutinės būsimos gyvenimo trukmės rodikliais Vidurio ir Rytų Europoje [50].

Trumpai apibendrinus ekonominius pokyčius kai kuriose ekonomiškai išsivysčiusiose ir buvusios Tarybų Sąjungos šalyse, netiesiogiai galima daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros kokybė, kaip objektyvus rodiklis ir visuomenės ekonomikos lygio rezultatas, skiriasi įvairiose šalyse. Tuo tarpu subjektyviai suvokiami rodikliai, kaip sveikatos priežiūros prieinamumas ir pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, gali turėti panašias tendencijas ekonomiškai išsivysčiusiose ir skurdo šalyse.

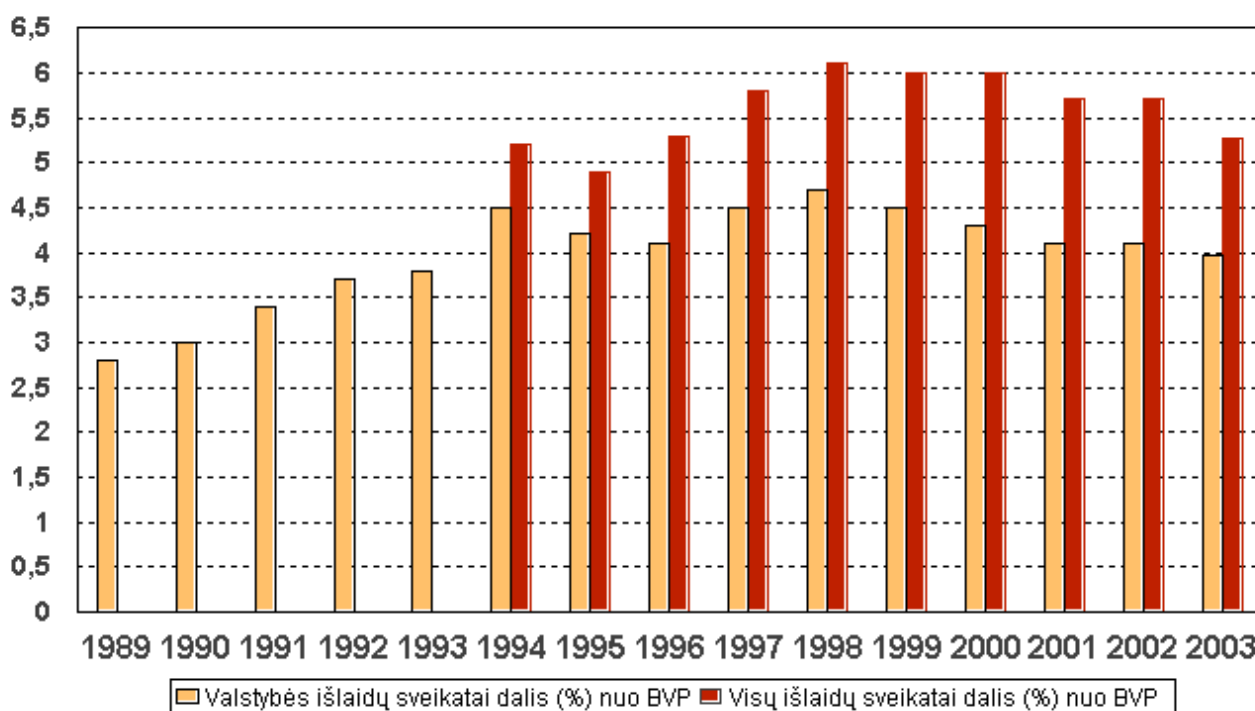
**2 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje 1994-2003 m. (mln.lt)**

|                                                          | 1994  | 1996   | 1998   | 2000   | 2003   |
|----------------------------------------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Išlaidos sveikatai iš viso                               | 878,7 | 1718,4 | 2708,2 | 2727,4 | 2954,5 |
| Bendrasis vidinis produktas (BVP)                        | 16904 | 32290  | 44377  | 45526  | 56179  |
| Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)      | 5,2   | 5,3    | 6,1    | 6,0    | 5,26   |
| Valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%) | 4,5   | 4,1    | 4,7    | 4,3    | 3,97   |
| 1-am gyventojui tenka visų išlaidų sveikatai:            |       |        |        |        |        |
| Litais                                                   | 240,3 | 477,1  | 763,0  | 779,4  | 855,3  |
| JAV doleriais                                            | 60,1  | 119,3  | 190,8  | 194,8  | 247,7  |

*Lietuvos Sveikatos informacijos centro duomenys*

Pateikiu kai kurių sveikatos priežiūros išteklių dinamiką Lietuvoje. 2 lentelėje atsispindi duomenys apie išlaidas sveikatos priežiūrai 1994-2003 metais [42], iš kurių matyti, kad išlaidos sveikatos priežiūrai kasmet auga, auga ir BVP. Tačiau vienam gyventojui tenkanti visų išlaidų sveikatai dalis sudaro 855,3 litus ir žymiai atsilieka nuo ekonomiškai išsivysčiusių šalių finansavimo lygio. Tačiau, palyginus su 1994 m., vienam gyventojui tenkanti visų išlaidų sveikatai dalis Lietuvoje išaugo 3,5 karto, atitinkamai pagerėjo ir SP paslaugų kokybė.

1 pav. atsispindi visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP ir valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP Lietuvoje [43], iš kurių matyti, kad tiek visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP 1998-2003m., tiek valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis Lietuvoje eaugo, 2003 m. sudarydama vos 4 proc.

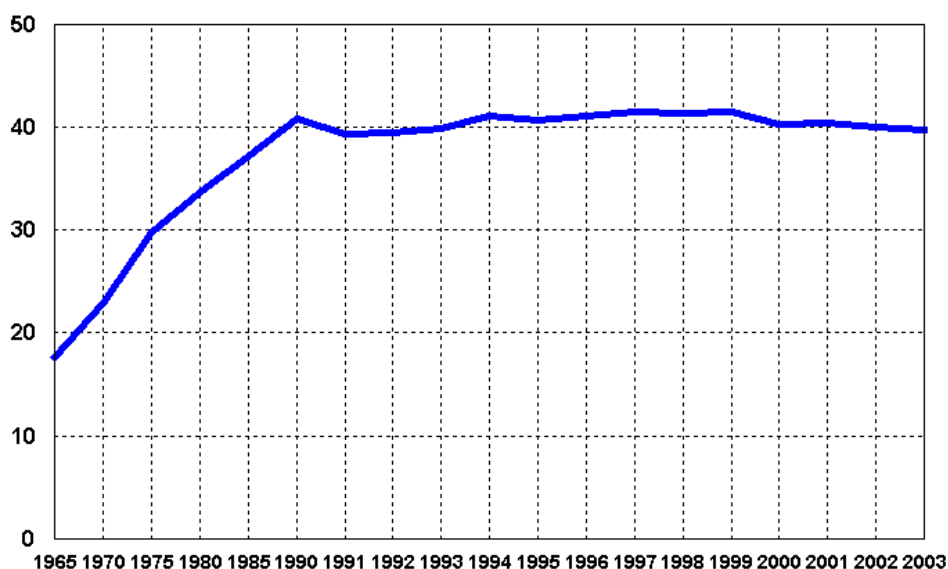


**Pav. 1. Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo bendrojo vidaus produkto Lietuvoje**  
(Lietuvos Statistikos Departamento duomenys)

Taigi, Lietuvos valstybės finansavimo lygis SP yra nepakankamas, neatitinka Europos vidurkio, o maži gydytojų atlyginimai tampa medikų darbo nestabilumo priežastimi, kas gali negatyviai įtakoti SP paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Gydytojų skaičius Lietuvoje neauga, tačiau yra pakankamas, net šiek tiek aukštesnis už Europos vidurkį [43]. 2003 m. metais Lietuvoje 10 000 gyventojų teko 39,7 gydytojo, tačiau

kaimo gyventojų prieinamumas gydytojų paslaugoms dažnai būna nepakankamas dėl didelės dalies medicinos darbuotojų susitelkimo miestuose, todėl dalis kaimo gyventojų tenkinasi felčerių teikiamomis paslaugomis.



**Pav. 2. Gydytojų skaičius 10000 gyventojų Lietuvoje 1965-2003 m. (*Lietuvos Statistikos Departamento duomenys*)**

Be žmogiškųjų ir finansinių išteklių pakankamo kiekio užtikrinimo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pagerinimui būtina tobulinti SP įstaigų tinklo išdėstymą, pačių įstaigų struktūros ir darbo organizavimą, diegiant naujas diagnostines, gydomąsias ir informacines technologijas. Viena iš svarbių sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sąlygų yra informacinių technologijų platus pritaikymas SPI darbe, numatytas Lietuvos elektroninės sveikatos strategijoje. Šiame dokumente apibrėžtos informacinių technologijų diegimo Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemoje pagrindinės nuostatos, kurios skatina ne tik sistemos efektyvumą, bet ir esminių sveikatos sistemos funkcionavimo pertvarkymą, grindžiamą informacijos ir komunikacijų technologijų priemonių panaudojimą visuose sveikatos apsaugos sistemos lygmenyse [39].

Elektroninė sveikatos sistema yra vienintelė pati svarbiausia sveikatos apsaugos revoliucija, lyginant ją su modernių vaistų, vakcinų ar net tokių visuomenės sveikatos priemonių kaip sanitarija arba švarus vanduo taikymu [67]. Ji įgalina išvystyti efektyvią aukštos kokybės SP paslaugų palaikymo sistemą. Ji apima SP paslaugų modernizavimą (išsamių sveikatos įrašų

kaupimas ir pažangus, automatizuotas jų panaudojimas, leidžiantis pajungti neišmatuojamai vertingą ir gausią informaciją ligų prevencijai ir globaliam medicininių žinių kaupimui; išankstinės registracijos sistemos; elektroninės vaistų išrašymo sistemos; pacientų ir profesionalų kortelės; kompensavimo už paslaugas elektroninės sistemos; automatizuotos pažymų išrašymo sistemos sukūrimas).

Klinikinių sprendimų palaikymo sistemos sumažina klaidų kiekį ir yra labai svarbi sveikatos paslaugų kokybės kėlimo priemonė.

Pacientai žinos, kad juos gydantys profesionalai efektyviai ir tiksliai tarpusavyje keičiasi informacija apie paciento būklę. Visuomenė žinos, kad informacijos sistemos padeda teikti nuoseklesnę ir tikslesnę sveikatos priežiūrą, atitinkančią geriausios praktikos standartus.

Lanksti ir paslaugi registravimų sistema ir internetinė prieiga iš esmės išplės registracijos galimybes, taip sumažindama veltui iššvaistomo laiko sąnaudas, leis išvengti besidubliuojančių ir klaidingų vizitų. Internetinė registracijos tvarka leis pacientams pasirinkti jiems patogų vizito laiką ir gydytoją, sumažės neįvykusių apsilankymų skaičius. Registracijos kompiuterizavimas ir „savitarna“ atlaisvins vis didėjančią dalį tuo užimtų darbuotojų.

Sveikatos priežiūros specialistai mažiau laiko skirs paciento ligos istorijos užrašų popieriuje paieškai ir pildymui, o reikalingi dokumentai/informacija bus automatiškai surandami (tai gali būti dokumentai ar jų dalys, tyrimų rezultatai, skaitmeniniai vaizdai, vaizdo ir garso įrašai) [39].

Apibendrinant galima teigti, kad SP paslaugų kokybę nulemia ne tik ištekliai, techninės įstaigų galimybės (teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės), bet ir šiuolaikinės vadybos principų lankstus pritaikymas SPI darbo organizavime.

## **2.2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS IR PACIENTŲ PASITENKINIMAS PASLAUGOMIS**

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra gyventojo galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis medicinos pagalbos paslaugomis, kurios turi būti reikiamo efektyvumo ir santykinai nebrangios [10]. Kitaip sakant, paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje, tinkamu laiku, visiems pacientams – vienodomis sąlygomis, o informacija apie paslaugas, jų kokybę turi būti prieinama visiems [13]. Praktiškai paslaugų prieinamumas matuojamas sveikatos draudimo mastais, gyventojų galimybe

patekti pas gydytoją ir paslaugų kaina [17]. Paslaugų vadybos literatūroje prieinamumas yra apibūdinamas kaip santykis tarp pasiūlos ir paklausos, įvertinamas pagal tam tikrus parametrus [1]:

1) geografinė sveikatos priežiūros įstaigų padėtis. Geografinė padėtis įvertina paslaugų tinklo narių išsidėstymą vienas kito atžvilgiu, atstumą iki įstaigos ir laiką, per kurį pacientas gali pasiekti įstaigą, kitaip sakant, susisiekimo galimybes;

2) įstaigos, teikiančios sveikatos priežiūros paslaugas, darbo organizavimas (darbo laikas, pacientų registravimas ir priėmimo tvarka, medicininė pagalba namuose);

3) informacijos prieinamumas (informacija apie įstaigą, personalą, teikiamas paslaugas, galimybė pacientams teikti pasiūlymus), tai yra, vertinamas pateiktos informacijos apie gydymo įstaigą kiekis.

Pacientui, kaip paslaugos gavėjui, informacijos prieinamumas apie sveikatos priežiūros įstaigą, jos darbuotojus ir teikiamas paslaugas yra svarbus, nes tokia informacija skatina visuomenės narius optimaliai naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis ir stiprina konkrečios gydymo įstaigos vaidmenį, tuo pačiu užtikrindama pranašumą prieš kitas toje teritorijoje esančias gydymo įstaigas, tai yra, didindama įstaigos konkurencingumą. Informacija taipogi vaidina svarbų vaidmenį, perduodant pacientams didžiąją dalį atsakomybės už savo pačių sveikatą.

Beje, informacijos prieinamumas yra apibrėžtas ir įstatymuose (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos ir Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymai), kuriuose teigiama, kad kiekvienas gyventojas turi teisę turėti informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigas, jų vidaus tvarkos taisykles ir kokybės politiką bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (nemokamų ir mokamų paslaugų rūšis, jų teikimo mastą ir kainas), o asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti, kad ši informacija būtų prieinama pacientų susipažinimui [41]. Gana paprasta ir daugumai paslaugų vartotojų priimtina informacijos perteikimo priemonė yra specialus leidinys (spausdintinė ar elektroninė versija), kuriame pateikiama informacija apie įstaigą. Gydymo įstaigos, kaip rodo Vakarų šalių patirtis, tokių priemonių pagalba suteikia galimybę savo nuolatiniams ir potencialiems pacientams greitai ir lengvai susipažinti su šių įstaigų tikslais, kokybės politika, personalu ir pan.

Kaip teigia Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, visi apdraustieji turi teisę susipažinti su sutartimi, kurią kiekvienais metais pasirašo Teritorinė Ligonių Kasa (TLK) ir konkreti sveikatos priežiūros įstaiga.

Pagal sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą kiekviena įstaiga privalo turėti vidaus tvarkos taisykles, kuriose būtų nurodyta:

- 1) pacientų kreipimosi į įstaigą tvarka;
- 2) pacientų teisės;
- 3) ginčų tarp įstaigos ir pacientų sprendimo tvarka;
- 4) įstaigos administracijos darbo laikas;
- 5) įstaigos personalo darbo laikas;
- 6) teikiamų paslaugų diapazonas ir jų teikimo tvarka.

Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga turėtų pacientams pateikti informaciją, kokių kritinių būklių metu ji gali garantuoti medicininę pagalbą pagal savo kompetenciją, apibrėžtą normatyviniuose dokumentuose, suteikiamą visiems be išimties pacientams, ir vadinamą būtinaja medicinos pagalba.

Kiekviena gydymo įstaiga turi užtikrinti galimybę pacientams pareikšti savo nuomonę įstaigos personalui, tai yra, teikti pasiūlymus (periodinis pacientų anketavimas, dėžutė pasiūlymams ir kita). Grįžtamos informacijos iš pacientų reikšmė yra labai didelė, siekiant užtikrinti, kad teikiamos paslaugos būtų nukreiptos į vartotoją- pacientą.

### **2.2.1. Sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvoje**

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme numatyta, kad gyventojų sveikatos potencialą ir palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas ir prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra [41].

Sveikatos priežiūros prieinamumas - valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei[10]. Sveikatos paslaugų visuotinis prieinamumas rodo ne tik tai, kad visi turi gauti vienodas paslaugas, bet ir tai, kad mažesnių galimybių sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai turi turėti papildomas sąlygas[36]. Tai ypač aktualu senyvo amžiaus ar vaikų socialinių grupių atžvilgiu.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos(LNSS) veiklos ir teikiamų paslaugų užsakovai:

1. Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija, kitos valstybinės institucijos, apskričių viršininkai, savivaldybių tarybos, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos bei kitos LNSS ištekliais disponuojančios institucijos.
2. LNSS vykdomųjų subjektų kitos veiklos ir teikiamų paslaugų užsakovais gali būti ir kiti juridiniai bei fiziniai asmenys arba įmonės, neturinčios juridinio asmens teisių.

Lietuvos Respublikoje sveikatinimo veiklos būtinosios sąlygos yra:

- teisės verstis tam tikrų rūšių sveikatinimo veikla įgijimas;
- asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas, priimtinumai ir tinkamumas;
- asmens sutikimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus įstatymų numatytus atvejus, kai tokios paslaugos gali būti suteiktos be jo sutikimo.

Teisė į sveikatos apsaugą yra grindžiama draudimu, o bazinės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems gyventojams. Dėl to ir socialiai nuskurdusiems asmenims tam tikros sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos. Visgi dėl lėšų stokos dalis žmonių, ypač vieniši tėvai su vaikais, priversti kai kurių paslaugų atsisakyti: dantų gydymo (17,5 proc.), dantų protezavimo (13,4 proc.), apsilankymo pas gerą specialistą (15 proc.) [38]. Mažas pajamas turintiems asmenims sunkiai pakeliamos net ir išlaidos vaistams, kurių dalis kompensuojama. Didelį susirūpinimą kelia vaikų, ypač mokyklinio amžiaus, sveikata [40]. Sveiki, nesergantys lėtinėmis ligomis, neturintys jokių defektų ir funkcinių sutrikimų, retai sergantys ūminėmis ligomis vaikai sudaro 43,5 proc. profilaktiškai patikrintų vaikų. LR Nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų plane 2004-2006 m. iškeltas uždavinys stiprinti vaikų profilaktinę sveikatos priežiūrą ir užtikrinti sveikatos apsaugos prieinamumą *visoms be išimties gyventojų grupėms*.

Statistikos departamento prie LR Vyriausybės duomenimis [23], 2003 m. 66,8 proc. Lietuvos gyventojų gyveno miestuose, 33,2 proc. - kaime. Mažinti SP teikimo ir prieinamumo skirtumus miesto ir kaimo gyventojams numatyta Sveikatos priežiūros reformos strateginiame veiklos plane [65]. Jame numatyta gerinti SP paslaugų kokybę ir prieinamumą, siekti, kad SP Lietuvoje būtų lygiavertė sveikatos priežiūrai kitose Europos šalyse.

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) įsakymu “Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės” [10] apibrėžtos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos:

1. Prisirašymas prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir pas pirminės sveikatos priežiūros specialistus.

2. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos medicinos paslaugos.
3. Apsilankymų skaičius.
4. Gydytojo dienos darbo krūvis.
5. Bendrosios praktikos gydytojo (BPG) arba gydytojo specialisto pasirinkimo tvarka.
6. BPG ir gydytojų specialistų bendradarbiavimas.
7. Registratūros darbas.
8. Informacijos prieinamumas.
9. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos medicinos pagalbos apimtys.
10. Ambulatorinių kortelių ir dokumentacijos kokybė.
11. BPG darbo vertinimas (pacientų skaičius, tyrimo galimybės, siuntimo pas specialistus ir į gydymo įstaigas tvarka).

Taigi, įsakymas dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kontrolės užtikrina pacientų teises pasirinkti BPG, gauti kvalifikuotą medicininę pagalbą, gauti adekvačią informaciją apie savo ligą ir gydymą, o apsilankymų pas BPG skaičius pacientams nėra ribojamas.

Pagrindinis ambulatorinių paslaugų teikimo rodiklis yra apsilankymų SP įstaigose skaičius. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis jų raida 1996-2003 m. pateikta 3 lentelėje [42].

**3 lentelė. Apsilankymų pas gydytojus skaičius Lietuvoje 1996-2003 m.**

|                                      | 1996    | 1997    | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 2002    | 2003    |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Apsilankymų skaičius (tūkst.)        | 25314,4 | 26743,4 | 24506,5 | 24466,1 | 22155,5 | 22737,5 | 22018,6 | 22910,7 |
| 1-am gyventojui                      | 7,0     | 7,5     | 6,9     | 6,9     | 6,3     | 6,5     | 6,4     | 6,6     |
| Apsilankymų pas odontologus skaičius | 4346,6  | 5224,1  | 4438,3  | 4274,4  | 4052,6  | 4359,2  | 4045,7  | 4074,7  |
| 1-am gyventojui                      | 1,2     | 1,5     | 1,3     | 1,2     | 1,2     | 1,3     | 1,2     | 1,2     |

*Lietuvos Sveikatos informacijos centro duomenys*

2003 m. Lietuvoje vienam gyventojui teko 6,6 apsilankymų per metus. Šis rodiklis buvo kiek žemesnis už Europos vidurkį (7,42/1-am gyventojui per metus) [42].

Būtiniosios medicinos pagalbos kokybės užtikrinimas ne mažiau svarbus SP paslaugų kokybės rodiklis. Būtinoji medicinos pagalba yra vienodai prieinama visiems Lietuvos

Respublikos gyventojams, teikiama taip pat ir pirminės SP įstaigose. Būtinajai medicinos pagalbai priskiriama:

1. pirmoji medicinos pagalba;
2. institucinė (nestacionarinė ar stacionarinė) skubi medicinos pagalba.

2004 m. balandžio mėn. priimtame būtiniosios medicinos pagalbos teikimo įsakyme [8] teigiama:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPI) (teikiančiose ambulatorines ir/ar stacionarines paslaugas) teikiama skubioji medicinos pagalba yra kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikia gydytojas arba gydytojas kartu su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais. Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant (1 kategorija), arba neatidėliotinai (2, 3 kategorijos) dėl ūmių klinikinių būklių.
2. Būtinoji (pirmoji ir skubioji) medicinos pagalba asmens SP įstaigose teikiama visiems pacientams. Būtinoji medicinos pagalba teikiama etapais: pirmiausia suteikiama pirmoji medicinos pagalba, po to – skubioji institucinė pagalba. Kai kuriais atvejais tai gali būti vykdoma vienu metu.
3. Kreipiantis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl skubiosios medicinos pagalbos gydytojo siuntimas neprivalomas.
4. Kiekviena asmens sveikatos priežiūros įstaiga pagal kompetenciją privalo užtikrinti (suteikti ir organizuoti) būtinąją medicinos pagalbą.
5. Pirmoji medicinos pagalba – tai svarbiausi tikslingi veiksmai, skirti padėti kitų ar savo sveikatai bei gyvybei, panaudojant turimas medicinos ir/ar kitokias priemones bei medžiagas, iki nukentėjusiajam/pacientui bus pradėta teikti skubioji institucinė medicinos pagalba arba paciento būklė taps normali, arba bus konstatuota jo mirtis.

Taigi, būtiniosios medicininės pagalbos teikimo įstatymas numato skubios pagalbos prieinamumą visoms be išimties gyventojų grupėms, nepriklausomai nuo sveikatos draudimo buvimo, socialinės padėties. O neprivalomas gydytojo siuntimas sumažina laiko sąnaudas ir pacientų nepasitenkinimo paslaugomis galimybes.

### **2.2.2. Pasitenkinimas – subjektyvus emocinis atsakas į paslaugą**

Vartotojų pasitenkinimo psichologija grindžiama subjektyvaus suvokimo ir objektyvios tikrovės skirtumais. Objektyvios ir subjektyvios kokybės skirtumai vadybai labai reikšmingi [64]. Paslaugų organizacijose kokybė turi būti grindžiama daugiau psichologija, nei inžinerija.

Subjektyvaus vertinimo reikšmę įrodo organizacijų pastangos įtikinti vartotoją gera paslaugų kokybe. Bendrąją prasme vartotojų patirtą pasitenkinimą galima apibrėžti kaip pozityvų jausmą, kuris atsiranda, palyginus suvokiamą gautos paslaugos rezultatą su lūkesčiais. Vartotojų pasitenkinimo laipsnis priklauso nuo vartotojų lūkesčių ir patirties tarpusavio ryšio [59]. Dažniausiai vartotojų pasitenkinimas aiškinamas neatitikimo modeliu. Pagal jį pasitenkinimo laipsnis, kurį vartotojas patiria sąlytyje su paslauga, nusakomas vartotojo laukiamos ir gautos paslaugos neatitikimu: teigiamas neatitikimas reiškia, kad gauta paslauga geresnė, nei tikėtasi (pasitenkinimas), neigiamas – paslauga blogesnė, nei tikėtasi (nepasitenkinimas), neutrali būseną – paslauga pateisina lūkesčius. Kadangi pasitenkinimas yra emocinis atsakas į paslaugą, tai jį atspindi būsenų įvairovė: pyktis, susierzinimas, abejingumas, malonumas, susižavėjimas. Kokios būsenos bus vartotojas, priklauso nuo to, kiek jo lūkesčiai patenkinti ar nepatenkinti.

Laukiančio žmogaus psichologija būtų tokia [1]:

- Daugelis žmonių nurodo ilgesnį laiką, nei iš tikrųjų laukia.
- Laikas, nieko neveikiant, žmogui atrodo ilgesnis, nei kuo nors užsiėmus.
- Laukimo laiką ilgina nerimas.
- Nepaaiškinus, kad teks laukti, vartotojui visada atrodo, kad jis laukia ilgiau, nei iš tikrųjų yra.
- Kuo mažesnis asmeninės kontrolės laipsnis, tuo mažesnis pakantumas laukimui, nepateisinamas laukimas ilgesnis už pateisinamą.
- Kuo vertingesnė paslauga, tuo pakantesnis vartotojas.
- Vienam laukti visada ilgiau, nei grupėje.
- Streso būsenoje laukimas varginantis, įtampą keliantis reiškinys.

Lūkesčiai – tai išankstinė vartotojo nuomonė apie paslaugą [17]. Jie priklauso nuo išorinių ir vidinių veiksnių. Išoriniams priskirtini rinkodaros veiksniai, kitų žmonių rekomendacijos, įvairi gauta informacija, aplinkos stimulai. Vidiniams – motyvai, suvokimas, patirtis, nuomonė. Neapibrėžti, nerealūs lūkesčiai dažnai nulemia nepasitenkinimą gauta paslauga.

Nemažai mokslininkų paslaugų kokybę sutapatina su vartotojų pasitenkinimu, tačiau vartotojų pasitenkinimo tyrimo ekspertai laikosi nuostatos, kad kokybės ir pasitenkinimo koncepcijos skirtingos. Tai aiškinama tuo, kad suvokiama kokybė yra racionalumo pasireiškimas, o pasitenkinimas - vidinis emocinis atsakas. Jei lūkesčiai patenkina, kokybės lygis tenkina vartotoją, todėl tikėtina, kad vartotojas ir toliau naudosis organizacijos paslaugomis. Tuo atveju,

kai lūkesčiai viršyti, vartotojas jaučia pasitenkinimą ir teigiamai vertina tokios organizacijos paslaugas [48].

Aptariant sveikatos priežiūros sistemos reformą, daug diskutuojama dėl paciento galimybės pasirinkti jam patinkantį gydytoją ar sveikatos priežiūros įstaigą. Gydytojo pasirinkimas priklauso nuo paciento pasitenkinimo jo konsultacija [73].

Pasitenkinimas labiausiai priklauso nuo paciento ir gydytojo tarpusavio santykių [75]. Pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų (atliktas tyrimas, operacija, paskirti vaistai), bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientu. Tyrimo ir gydymo sėkmė priklauso ne tik nuo paciento ir sveikatos darbuotojo emocinio bendravimo, bet ir nuo to, kiek pats pacientas įsitraukia į šį procesą, kaip nuodugniai tyrimo ir gydymo plano vykdymas aptariamas su pacientu [63].

### **2.2.3. Tyrimai sveikatos priežiūros prieinamumo ir pasitenkinimo paslaugomis tematika**

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, kaip ir pasaulio mastu, vyrauja tendencija gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, nedidinant išlaidų. Kitų šalių patirtis parodė, kad didelis ekonominis efektas gaunamas, įdiegus ir stiprinant pirminės sveikatos priežiūros modelį. Todėl siekiant efektyviau naudoti SP skiriamas lėšas, daugelyje šalių remiama PSP grandis ir BPG institucija.

Šios sveikatos grandies svarbumą, populiarumą gyventojų tarpe ir jos veiklos efektyvumą apsprendžia pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas, todėl jis tyrinėjamas įvairiais aspektais. PSP prieinamumui tirti naudojamas efektyvus anoniminės gyventojų apklausos modelis, kai pacientai atsako į specialiai parengtos anketos klausimus[24].

Apžvelgsiu Lietuvoje ir užsienio šalyse atliktus naujausius tyrimus SP prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo paslaugomis tematika.

Lietuvoje pagal bendrą projektą su PSO atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo 3514 atsitiktinės atrankos principu atrinktų žmonių duomenimis, 4,2 proc. moterų ir 5,3 proc. vyrų išreiškė neigiamą nuomonę apie medicinos paslaugų skubumą [49]. Labai gerai vertino tik 10,7 proc. moterų ir 9,8 proc. vyrų. Pusė respondentų nurodė, kad darbuotojai visada su jais elgėsi pagarbiai. 0,8 proc. atsakė, kad su jais niekada nebuvo elgiamasi pagarbiai, 1,7 proc. nurodė, kad gydytojai ir slaugytojos niekada jų neišklausė. Pusė apklaustųjų nurodė, kad SP darbuotojai visada juos atidžiai išklausė, 3,2 proc. nurodė, kad jie niekada nebuvo suprantamai informuojami. Pasirenkant patinkantį gydytoją, 10 proc. apklaustųjų turėjo didelių sunkumų. Didžioji dalis (59,5 proc.) atsakė, kad jiems PSP įstaigose visada pagalba buvo suteikta iš karto.

Gana detalius PSP prieinamumo tyrimus 1995 metais ir 1998 metais atliko D. Jankauskienė, apklaususi ir įvertinusi po 1075 gyventojus [24]. Apie 50 proc. apklaustųjų turėjo pradinį ir vidurinį išsilavinimą, o likusi dalis- specialųjį vidurinį, aukštąjį ar nebaigtą aukštąjį. Palygintos pacientų grupės, kurių vieno šeimos nario pajamos buvo iki 400 litų, nuo 400 iki 800 litų ir daugiau 800 litų. Savo sveikatos būklę gerai įvertino 15 proc., vidutiniškai-64 proc. ir blogai- 21 proc. Savo laikančių sveikais daugiausiai buvo nebaigto aukštojo ir aukštojo išsilavinimo grupėse (atitinkamai 29 ir 21 proc.). Tik 4 proc. iš pradinį išsilavinimą turinčių pacientų teigė, kad jų sveikata gera. Savo sveikatą bloga laikė tik 6 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių žmonių, tačiau žemesnio išsilavinimo grupėse tai siekė 40 ir 22 proc. Konstatuojama, kad aukštesnio išsilavinimo žmonės geriau vertina savo sveikatos būklę. Nesirgusių žmonių skaičius sumažėjo iki 16 proc., o padidėjo iki 21proc. sergančių lėtinėmis ligomis. Tai atitinka ir bendrąjį gyventojų sergamumą. Dėl teikiamų gydymo paslaugų kokybės teigiamai atsakė 62 proc. apklaustųjų (1995 metais teigiamai atsakė 80 proc.), o 40 proc. gyventojų buvo nepatenkinti gydymu. Labiau nepatenkinti teikiamu gydymu buvo didesnių miestų ir aukštesnį išsilavinimą gyventojai. Kuo daugiau pajamų turi gyventojai, tuo jie mažiau patenkinti gaunamu gydymu ir dažniau naudojasi mokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Gyventojai nepatenkinti valstybinėmis gydymo įstaigomis dėl to, kad patys nesirūpino savo sveikata (21 proc.), kad gydytojai per mažai stengėsi jiems padėti (dažniausias atsakymas 1995m.), neturėję pakankamos informacijos apie gydytojus ir gydymo įstaigą. Gydytojų kvalifikacija nepatenkinti tik 7 proc. respondentų. Gydytojus ir gydymo įstaigą gyventojai rinkosi pagal gyvenamą vietą, ir 41 proc. atvejų tai buvo apylinkės terapeutas ar šeimos gydytojas. Į poliklinikos gydytojus teko kreiptis 74 proc. gyventojų, o į ligoninių personalą -38 proc. respondentų. Dažniau į ligonines kreipėsi kaimo vietovių, mažesnes pajamas turintys ar dažniau sergantys gyventojai. 1995 metais į privačius gydytojus kreipėsi 34 proc. gyventojų (gyvenantys mieste, dažniau sergantys ir turintys didesnes pajamas). Papildomų išlaidų dėl gydymo neturėjo 27 proc. respondentų, kurie per paskutinius du metus gydėsi poliklinikose ir 34 proc. besigydžiusių ligoninėse. Dėl kelionės pas gydytoją 1995 metais sunkumų turėjo 16 proc. gyventojų, o 1998 metais- jau 25 proc. Pablogėjo nuvykimo sąlygos asmenims iš kaimo ir mažų gyvenviečių. Net 43 proc. gyventojų skundėsi dėl blogo, brangaus, nepatogaus įvairiais aspektais transporto.

I. Girdauskaitė ir kiti [58] 2001 metų tyrimuose dėl pacientų lūkesčių asmens sveikatos priežiūrai apklausė 4 apskričių (Kauno, Tauragės, Vilniaus ir Utenos) 4625 respondentus. Konstatuojama, kad visų analizuojamų administracinių vienetų pacientų netenkina registratūros

darbas bei eilės prie gydytojo kabineto durų. Priimtinausias laikas, kurį galėtų laukti pacientai, kol pateks pas gydytoją- vidutiniškai yra nuo 5 iki 30 minučių, optimaliausias- apie 15 minučių. Net 79 proc. apklaustų Utenos apskrities pacientų patenkinti sudaryta galimybe iš anksto pas gydytoją užsiregistruoti telefonu, tačiau Vilniaus ir Kauno apskričių pacientai pageidauja pagerinti šią paslaugą. Net trejose apskrityse pacientai priėmimo pas gydytoją metu norėtų daugiau gydytojo dėmesio, išsiklausymo į problemas, kruopštesnės ir atidesnės apžiūros. Kauno, Vilniaus ir Tauragės apskričių respondentai iš aptarnaujančio medicinos personalo pasigenda informacijos apie ligą, sveikatos būklę, apie gydymo rūšies (stacionarinio ar ambulatorinio) ar gydymo metodo (medikamentinio, instrumentinio) pasirinkimą bei betarpiško bendravimo.

Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje, tiriant SP prieinamumo rodiklį – per kiek laiko pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir pan., - nustatyta, kad pacientai vidutiniškai sugaišta registratūroje 16 minučių, prie gydytojo kabineto – 30 minučių, prie procedūrų kabineto – 17 minučių [28]. Nors laiko sąnaudos poliklinikoje didelės, tačiau dauguma apklaustųjų mano, kad tai neišvengiama, o gydytojo darbo vertinimas nebuvo susijęs su sugaištu laiku, laukiant eilės.

Atliktas tyrimas Šiaulių miesto Gytarių mikrorajono gyventojų (n=303) nuomonės apie pirminės sveikatos priežiūros (PSP) paslaugų prieinamumą ir skirtumus pagal sveikatos priežiūros įstaigų nuosavybės formas. Didelė dalis respondentų palankiai vertino PSP paslaugų prieinamumą: buvo patenkinti jiems teikiamomis paslaugomis (69,6 proc.) bei pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos darbo organizavimu (68,6 proc.), laukė priėmimo pas gydytoją 10–20 min. (34,9 proc.), buvo patenkinti šeimos gydytojo kvalifikacija (44,1 proc.) ir bendravimu su pacientais (49,7 proc.), buvo visada informuojami apie sveikatos būklę, tyrimus, gydymo eigą, ligos prognozę (55,3 proc.). Privačių PSP įstaigų pacientai dažniau, negu pasirinkusieji savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantį gydytoją buvo patenkinti jiems teikiamomis paslaugomis, įstaigos darbo organizavimu, gydytojo kvalifikacija, jo bendravimu su pacientu, trumpiau laukė priėmimo pas gydytoją, dažniau buvo informuojami apie sveikatos būklę bei gydymo eigą. 74,6 proc. respondentų ateityje norėtų rinktis privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje nepriklausomo rangovo principu dirbantį šeimos gydytoją [54].

Tirtas Klaipėdos rajono Paupių PSP centro bendruomenės kreipimasis į įvairių sveikatos priežiūros lygių įstaigas ir požiūris į sveikatos priežiūros sistemą, atsižvelgiant į pasirinktą pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją. Bendruomenės apklausos rezultatai rodo, kad gyventojai, pasirinkę PSP centrą, kurio veikla orientuota į vietos bendruomenę ir pagrįsta

šiuolaikiškos PSP organizavimo principais, palyginti su pasirinkusiais tolimesnes (Klaipėdos, Gargždų, Kretingos ar Palangos) PSP paslaugas teikiančias įstaigas, dažniau dėl sveikatos problemų pirmiausia kreipėsi į pasirinktą šeimos gydytoją (atitinkamai 84,4 proc. ir 74,9 proc. dėl sveikatos problemų) ir rečiau tiesiogiai į antro sveikatos priežiūros lygio specialistus (atitinkamai 12,0 proc. ir 19,3 proc. dėl sveikatos problemų). Aukštojo išsilavinimo gyventojai 8 kartus dažniau kreipėsi tiesiogiai į gydytojus specialistus nei pradinio. Tiesiogiai į antro sveikatos priežiūros lygio specialistus dažniausiai kreipėsi prisirašę prie apylinkės terapeuto gyventojai, rečiau pacientai, pasirinkę persikvalifikavusį iš apylinkės gydytojo šeimos gydytoją, ir rečiausiai – pasirinkę stacionarinę rezidentūrą baigusį šeimos gydytoją. Šeimos gydytoją pasirinkę gyventojai geriau vertino esamą sveikatos priežiūros sistemą, nei pasirinkusieji apylinkės terapeutą. 13,2 proc. bendruomenės narių, pasirinkusių stacionarinę rezidentūrą baigusius šeimos gydytojus, sveikatos priežiūros sistemą vertino gerai, 65,8 proc. vidutiniškai ir 9,6 proc. blogai, tuo tarpu apylinkės terapeutą pasirinkę – atitinkamai 6,7 proc. gerai, 52,8 proc. vidutiniškai ir 30,3 proc. blogai [26].

Siekiant sužinoti pacientų nuomonę apie Kauno Medicinos Universiteto (KMU) Šeimos medicinos klinikos gydytojų teikiamas paslaugas ir apklausos rezultatus sulygtinti su sveikatos priežiūros kokybės metmenų rodikliais, 2000-2001 metais atliktas tyrimas [25]. Tirti KMU Šeimos medicinos klinikoje registruoti ligoniai. Apklausa buvo vykdoma tiesioginiu būdu, anketa įteikiama respondentui asmeniškai ir prašoma ją užpildyti po konsultacijos. Apklausti 462 pacientai, tinkamai anketas užpildė 391 pacientas (86 proc.), kurių atsakymai ir buvo analizuojami. 44,4 proc. apklaustųjų tvirtino, jog sugaišta daug laiko, kol užsiregistruoja. 15,1 proc. apklaustųjų, laukdami gydytojo, laukiamajame užtrunka iki 10 minučių, 30,2 proc. – nuo 10 iki 20 min., 54,7 proc. – daugiau nei 20 min. Kad šeimos gydytojo konsultacija tęsiasi iki 10 minučių, nurodė 31,0 proc. pacientų, 10-20 minučių – 56,8 proc., daugiau nei 20 minučių – 12,3 proc.

52,2 proc. KMU Šeimos medicinos klinikos apklaustųjų teigė, kad šeimos gydytojais skiria jiems pakankamai dėmesio, o 9,4 proc. apklaustųjų tvirtino, kad šeimos gydytojo dėmesio jiems per mažas.

Gyventojai BPG teikiama pagalba labiau patenkinti, negu specialisto dėl holistinio požiūrio į žmogų ir atsakomybę už jo sveikatą [57].

Vilniaus m. Šeškinės poliklinikoje tiriant SP prieinamumo rodiklį – per kiek laiko pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir pan., - nustatyta, kad pacientai

vidutiniškai sugaišta registratūroje 16 minučių, prie gydytojo kabineto – 30 minučių, prie procedūrų kabineto – 17 minučių [28]. Nors laiko sąnaudos poliklinikoje didelės, tačiau dauguma apklaustųjų mano, kad tai neišvengiama, o gydytojo darbo vertinimas nebuvo susijęs su sugaištu laiku, laukiant eilėse.

Pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų (atliktas tyrimas, operacija, paskirti vaistai ir kt.), bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientu, jų tarpusavio santykiais [75]. Gydytojo ir paciento tarpusavio santykiai svarbesni pacientui, negu elgsenos bei pažinimo aspektai. Kuo daugiau paciento lūkesčių įgyvendinama, tuo didesnis paciento pasitenkinimas paslaugomis. Svarbiausi lūkesčiai apima paciento sveikatos sutrikimų išsiaiškinimą bei emocinę paramą. Paciento lūkesčių įgyvendinimas gali būti vertinamas kaip vienas iš SP paslaugų kokybės rezultatų, SP įstaigų vidaus audito taisyklė.

2002 m. Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros grandyje, tiriant lūkesčių priklausomybę nuo socialinių ir demografinių paciento charakteristikų [74], nustatyta statistiškai reikšmingų psichologinės paramos lūkesčių skirtumų pacientų grupėse, tuo tarpu biomedicininiai lūkesčiai (ištyrimas, tyrimų paskyrimas, diagnozės nustatymas, gydymas) bei paciento ir gydytojo bendradarbiavimo (paciento lūkesčiai, susiję su paciento sveikatos įvertinimu bei išsamiau jo paaiškinimu pacientui) nesiskyrė. Pastebėta, kad su amžiumi psichologinės paramos poreikis didėja. Našliai, dažniau negu kiti pacientai, tikėjosi iš gydytojo emocinės paramos.

Įgyvendinant programą “Sveikatos priežiūros paslaugų poreikio, kokybės ir prieinamumo įvertinimas Lietuvoje”, 2003 m. gegužės mėnesį atliktas reprezentatyvus Lietuvos gyventojų tyrimas. Tyrimo duomenys lyginti tarp didžiųjų Lietuvos miestų: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, rajonų miestų ir centrų, miestelių bei kaimų [29]. Paaiškėjo, kad permainas SP įstaigose pacientai dažniau linkę vertinti negatyviai. Didžiausiais palankiais pokyčiais poliklinikose respondentai laiko gydytojo dėmesį pacientui (27 proc.), o negatyvius pokyčius išvelgia registratūros darbuotojų darbe (24 proc.). 40 proc. respondentų nepatenkinti pasunkėjusiomis patekimo pas gydytojus-konsultantus procedūromis. Ambulatorinio ištyrimo galimybes 38 proc. vertina kaip pablogėjusias. Net 38 proc. respondentų neigiamai vertina poliklinikų suskirstymą į PSP įstaigas bei konsultacines poliklinikas, net 42 proc. neigiamai vertina BPG institucijos atsiradimą. Eilės prie kabinetų bei didelė biurokratija – tai pagrindinės respondentų įvardijamos problemos, su kuriomis tenka susidurti pirminio lygio gydymo įstaigose.

Kitos dažniau minėtos problemos – eilės registratūrose, kyšiai gydytojams bei sunkumai, registruojantis konsultacijoms pas norimą gydytoją.

J. Vladičkienė (2001m.) anketinės apklausos metu ištyrė PSP grandyje dirbančių gydytojų nuomonę apie darbo kokybės motyvacijai turinčių įtakos veiksnių reikšmę[71]. Tyrimo metu konstatuojama, kad svarbiausiu veiksnio, skatinančiu geriau dirbti, gydytojai nurodo didesnę užmokestį už darbą. Antruoju reikšmingu veiksnio gydytojai nurodė medicininės dokumentacijos pildymo sumažinimą. Galimybių kelti savo kvalifikaciją, darbo garantijų ir tinkamos įrangos reikšmę, gerinant darbą, respondentai vertino beveik vienodai ( trečia – penkta vietas ).

JAV ištyrus 15 613 suaugusių asmenų, nustatyta, kad 8 proc. tiriamųjų buvo nepatenkinti sveikatos priežiūros prieinamumu, nepriklausomai nuo draudimo rūšies. Be to, sveikatos priežiūra buvo sunkiau prieinama neapsidraudusiems asmenims [47].

Apibendrinus 140 sveikatos priežiūros kokybės rodiklių ir 100 prieinamumo rodiklių, prieita išvados, kad daugumai gyventojų JAV nėra prieinama aukštos kokybės sveikatos priežiūra [31].

Ištyrus 16 528 vaikų iš dirbančių vargingų šeimų, nustatyta, kad šie vaikai beveik 3 kartus buvo dažniau neapdrausti, palyginus su pasiturinčių šeimų vaikais. Šie skirtumai buvo ypatingai ryškūs burnos ertmės priežiūros ir stomatologinių paslaugų prieinamumo srityje [20].Siektina draudiminių kompensacijų šiems vaikams išrūpinimo. Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo subjektyvus suvokimas priklauso netgi nuo to, ar ligoniai pastoviai naudojami, ar keičia sveikatos priežiūros įstaigą [68]. Žemesnis pasitenkinimo paslaugomis laipsnis buvo tarp tų ligonių, kurie keitė sveikatos priežiūros įstaigą. Tai galėjo sąlygoti jų asmenybės tipas.

Sveikatos priežiūros prieinamumo subjektyvų vertinimą atspindi tyrimas, atliktas JAV [39]. Tyrimas parodė, kad tiek baltųjų, tiek negrų sveikatos priežiūros prieinamumo vertinimas priklauso nuo to, kuriame rajone jie gyvena: ar tame kur vyrauja baltieji, ar tame kur vyrauja kitų rasių atstovai.

Vokietijoje atliktame tyrime daroma išvada, kad naujų vaistų prieinamumas skiriasi nuo sveikatos draudimo tipo [34]. Nors visi Vokietijos gyventojai yra apdraudžiami ir turi teisę gauti kompensuojamus vaistus, tačiau privačių sveikatos draudimo kompanijų apdraustieji turi geresnes sąlygas įsigyti naujus vaistus, pavyzdžiui, migrenai gydyti.

JAV atlikus 974 benamių moterų (pažeidžiama visuomenės grupė) tyrimą, nustatyta, kad benamėms moterims sunkiau prieinamas stacionarinis gydymas, joms rečiau suteikiama ambulatorinė pagalba, ne visos turi sveikatos draudimą [46].

JAV, ištyrus 41 209 ligonių pasitenkinimą medicinos darbuotojo – paciento tarpusavio bendravimu rasta, kad pacientai labiau vertino bendravimą su gydytojo padėjėju arba bendruomenės slaugytoja, palyginus bendravimą su gydytoju [62]. Išimtimi buvo cukriniu diabetu sergantys ligoniai. Jiems maloniau buvo bendrauti su gydytoju, palyginus bendravimą su gydytojo padėjėju arba bendruomenės slaugytoja.

Plačioje studijoje, apimančioje JAV 20 miesto ligoninių ir 40 padalinių, buvo tirta priklausomybė tarp medicinos slaugytojų “perdegimo“ sindromo ir ligonių pasitenkinimo slauga. Nustatyta, kad tuose padaliniuose, kur vyravo draugiški medicinos slaugytojų ir gydytojų tarpusavio santykiai, administracijos parama slaugai, medicinos slaugytojoms rečiau nustatytas “perdegimo” sindromas, o ligonių pasitenkinimas medicinos slauga buvo 2 kartus didesnis [72].

Pasitikėjimas gydytoju, mediko profesija ar sveikatos draudimo tipu yra subjektyvus veiksnys, psichologiškai susijęs su pasitenkinimu gydytoju, mediko profesija ir pan., tačiau gali ir skirtis [2]. Tai rodo, kad tiek pasitikėjimas, tiek pasitenkinimas gydytoju yra labai asmeniškai, subjektyvūs reiškiniai.

JAV plačioje (320 000 suaugusių) gydytojų darbo kokybę (meistriškumą, kuris apėmė 4 rodiklius: cukrinio diabeto valdymas, vėžio skriningai, pacientų pasitenkinimas ir ambulatorinės išlaidos) vertinusioje studijoje gauti stebinantys rezultatai, kad aukštas pacientų pasitenkinimo laipsnis buvo susijęs su ambulatorinės pagalbos kaštais ir vėžio skrinimo tempais [56]. Kuo aukštesni buvo ambulatorinės pagalbos kaštai, tuo pacientų pasitenkinimas gydytojo meistriškumu buvo didesnis.

Taigi, medicinos priežiūros prieinamumas ir pasitenkinimas paslaugomis Lietuvoje ir užsienio šalyse yra rodikliai, atspindintys ne tik objektyvią priežiūros kokybės pusę (ištekliai, geresnis prieinamumas, turintiems tam tikros rūšies sveikatos draudimą), bet ir subjektyvūs, žmogiški, psichologijos žiniomis paremti terminai, labiau atspindintys sveikatos paslaugų teikėjų ir pacientų tarpusavio santykių darną. O ši darna savo ruožtu priklauso tiek nuo medikų, tiek nuo pacientų asmenybių vidinės pusiausvyros, teigiamo požiūrio į aplinkinį pasaulį ir kasdienybėje sutinkamus žmones, noro ir pastangų emociškai paremti vieni kitus.

### **3. DARBO METODIKA**

#### **3.1. Tyrimų medžiaga ir kontingentas**

Tyrimas buvo vykdomas viešojoje įstaigoje (VŠĮ) Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika, kurios steigėja yra Panevėžio rajono savivaldybė. Poliklinikai vadovauja vyriausias gydytojas, turintis pavaduotojus pirminei ir antrinei asmens sveikatos priežiūroms. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika aptarnauja 36917 gyventojų. Pagal gyvenamąją vietą -32100 pacientų yra rajono gyventojai (86,95 proc.), o – 4817 miesto gyventojai ( 13,04 proc.) Aptarnaujamų gyventojų skaičius yra kintantis dėl nuolatinių migracinių procesų, vykstančių gydymo įstaigų, respublikos, net užsienio šalių mastu.

VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika savo sudėtyje turi polikliniką, lokalizuotą Panevėžio miesto teritorijoje, ir ambulatorijų, sveikatos punktų tinklą, išdėstytą didžiojoje Panevėžio rajono dalyje. Poliklinikoje teikiamos pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos, nes poliklinikoje funkcionuoja antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų padalinys. 1996-1998 metais daugelis apylinkės terapeutų ir pediatrų persikvalifikavo į šeimos gydytojus, nors įstaigoje dirba ir 3 apylinkės terapeutai (pensinio amžiaus), 1 bendrosios praktikos chirurgas ir 3 akušeriai- ginekologai. Pirminiam sveikatos priežiūros padaliniui priskirta bendros praktikos stomatologų skyrius ir psichikos sveikatos centras.

Tyrimas buvo atliekamas poliklinikoje, Smilgių ambulatorijoje ir Pajstrio bendrosios praktikos gydytojo kabinete. Minėtos įstaigos buvo pasirinktos dėl šių priežasčių:

- 1) jose sveikatos priežiūros paslaugas teikia bendrosios praktikos gydytojai,
- 2) padalinių darbuotojai aptarnauja beveik vienodą gyventojų skaičių,
- 3) padaliniai skiriasi savo geografiniu išsidėstymu, tai yra, atstumu nuo poliklinikos - Pajstrio bendrosios praktikos gydytojo kabinetas -10 kilometrų, o Smilgių ambulatorija- 20 kilometrų (1 priedas).

Poliklinikoje dirbantys šeimos gydytojai aptarnauja 23295 (63,1 proc.) prisirašiusių gyventojų, iš jų – kaimo gyventojų -20321 (87,23proc.) ir 2974 (12,76proc.) miesto gyventojai. Bendrosios praktikos (šeimos) ir apylinkių gydytojai pacientų priėmimui poliklinikoje skiria 5 valandas, likusį laiką jie dirba apylinkėje (vykdo pacientų lankymus namuose). Vieno paciento aptarnavimui poliklinikoje skiriama vidutiniškai 15-20 minučių. Skirtingose pamainose dirbančių gydytojų pasikeitimui laiko skiriama minimaliai dėl įstaigos patalpų stokos, nes poliklinika įsikūrusi seno tipo architektūriniame pastate, minimaliai pritaikytame sveikatos priežiūros paslaugų teikimui ( nėra lifto, jungiančio pastato aukštus, oro kondicionavimo

įrangos ). Gydytojui tenka priiminėti papildomai registruotus pacientus įrengtame specialios paskirties bendrosios praktikos gydytojo kabinete. Bendras apsilankymų pas šeimos gydytojus, dirbančius poliklinikoje, skaičius 2004 metais buvo 51656, o gydytojų valandiniai darbo krūviai – 2,58. Darbo apimtys problemos iškyla dėl pakartotinių kas mėnesį besilankančių lėtinėmis ligomis sergančių pacientų tikslu išsirašyti pastoviai naudojamus medikamentus, nes tai sudaro iki 1/3 apsilankymų. Todėl stengiamasi pagal galimybes, žinoma, jei tai leidžia objektyvi pacientų sveikatos būklė, išrašyti medikamentus ilgesniam laikotarpiui (imtinai iki 3 mėnesių). Taip stengiamasi pagerinti ir paslaugų prieinamumą pacientams, sergantiems ūminėmis ligomis ar lėtinių susirgimų paūmėjimų atvejais. Poliklinikos darbo valandos 7.30 - 19 val. pirmadieniais – penktadieniais, 7.30- 13 val. šeštadieniais. Likusią paros dalį medicininę pagalbą rajono gyventojams suteikia šalia poliklinikos įsikūrusiame greitosios medicininės pagalbos skyriuje dirbantys gydytojai ir slaugytojos.

Smilgių ambulatorija aptarnauja 1516 gyventojų, kurie visi yra kaimo gyventojai. Tai sudaro 4,1 procento nuo visų poliklinikos aptarnaujamų pacientų skaičiaus. Joje dirba 1 šeimos gydytojas, 1 bendrosios praktikos stomatologas ir 3 bendruomenės slaugytojos. Apsilankymų skaičius 2004 metais buvo 3419, o valandinis gydytojo darbo krūvis- 2,22.

Abiejų šių įstaigų darbo valandos 8.00- 13 val. pirmadieniais – penktadieniais. Likusį laiką minėtų įstaigų aptarnaujamiems gyventojams sveikatos priežiūros paslaugas teikia Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje aukščiau nurodytomis darbo valandomis budintis gydytojas, o po darbo valandų ir savaitgaliais - greitosios medicinos pagalbos skyriuje budintis personalas.

Paįstrio bendrosios praktikos gydytojo kabinete dirba 1 šeimos gydytojas ir 3 bendruomenės slaugytojos, kurie aptarnauja 1381 gyventojų, kas sudaro 3,74 procentus visų poliklinikos aptarnaujamų pacientų. Apsilankymų skaičius 2004 metais buvo 4252, valandinis gydytojo darbo krūvis – 2,76.

Minėtų įstaigų veiklos rodikliai pateikti 3.1.1.lentelėje.

### 3.1.1. lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodikliai 2004 metais

| Eil. Nr. | SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGA                     | APTARNAUJAMŲ GYVENTOJŲ SKAIČIUS | APSILANKYMŲ SKAIČIUS | VALANDINIS GYDYTOJO DARBO KRŪVIS (metinių ataskaitų duomenys) |
|----------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1.       | Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika        | 36917                           | 51656                | 2,58                                                          |
| 2.       | Smilgių ambulatorija                             | 1516                            | 3419                 | 2,22                                                          |
| 3.       | Pajstrio bendrosios praktikos gydytojo kabinetas | 1381                            | 4252                 | 2,76                                                          |

Anketinė apklausa buvo vykdoma minėtose trijose įstaigose vienu metu, tai yra, 2005 metų vasario mėnesio 2-osios savaitės bėgyje kasdien, apklausiant pacientus, besilankančius pas ten dirbančius BPG. Visi apklaustieji buvo suaugę asmenys, 20 metų ir vyresnio amžiaus. Anketa buvo sudaryta iš 31 klausimo (2 priedas) Buvo išdalinta 400 anketų: 200 anketų poliklinikoje, po 100 anketų - ambulatorijose. Užpildytos buvo 359 anketos (atsakas 89,7 proc.). Pacientams anketas išduodavo registratorės, o ligoniai jas pildė, išėję iš gydytojo kabineto. Užpildytas anketas pacientai įmesdavo į specialiai tam paruoštas urnas. Anketų anonimiškumas buvo garantuotas. Pacientai buvo pasirenkami atsitiktiniu būdu. Imties dydis apskaičiuotas pagal A.V. Jadov statistinę lentelę[30], leidžiančią apskaičiuoti imties dydį su 5 procentų paklaida.

Anketinio tyrimo tikslas buvo ištirti pacientų požiūrį į VšĮ PRSP pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą bei nustatyti pacientų pasitenkinimą suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis, palyginant gautus rezultatus pagal sveikatos priežiūros įstaigos tipą. Tyrimo anketoje buvo pateikti klausimai apie pacientų socialinę-demografinę charakteristiką, prašyta pacientų įvertinti savo sveikatos būklę, apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje dažnumą ir

priežastis, kiek laiko vidutiniškai pacientas sugaišta vieno apsilankymo pas gydytoją metu, ar patenkintas gydytojo bendravimu bei jo kompetencija, tvarka sveikatos priežiūros įstaigoje, ar informuojamas apie ligą, ar kreipėsi pas gydytojus specialistus ir ar turi kokių nors sunkumų atvykti pas gydytoją ir t.t.

### **3.2. Statistinė duomenų analizė**

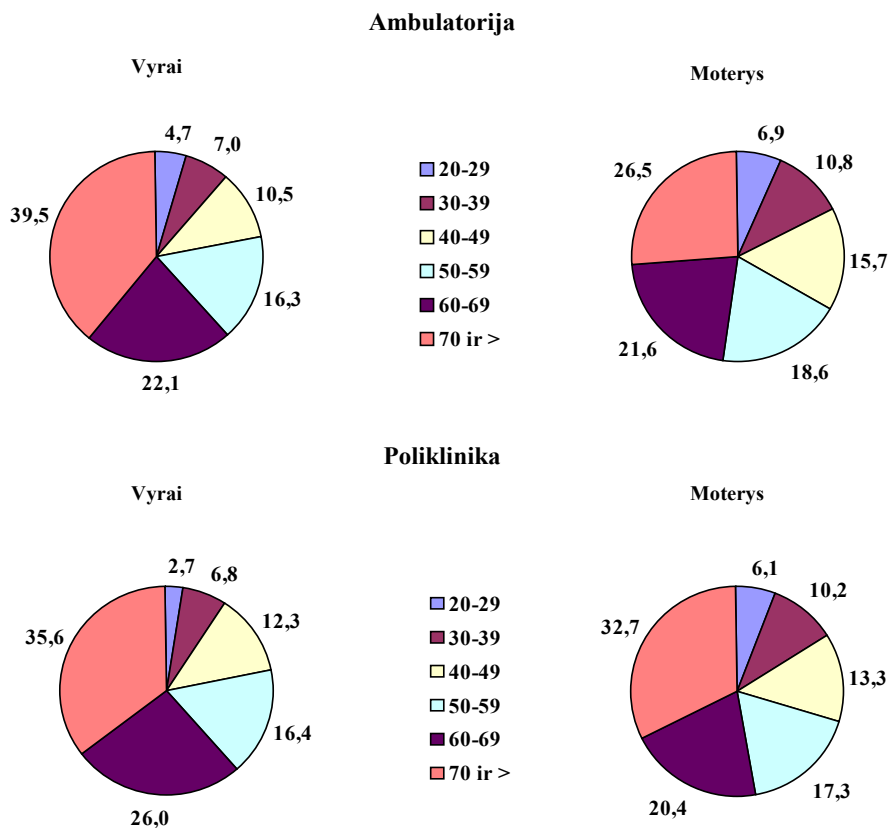
Statistinė gautų duomenų analizė buvo atlikta, naudojant Microsoft Excel 2000 programinį paketą. Analizuojant buvo panaudoti šie duomenų analizės metodai: požymių statistinis ryšys tirtas susietų lentelių metodu. Remiantis lentelės duomenimis, apskaičiuota chi kvadrato kriterijaus reikšmė bei statistinis reikšmingumas  $p$ . Poriniai rodikliai lyginti, naudojant Studento kriterijų. Tikrinant atskirų požymių grupių statistinių rodiklių – dažnumų – lygybės hipotezes, ir nustatius, kad  $p < 0,05$ , lygybės hipotezė buvo atmetama, ir požymis kito analizuojamo rodiklio atžvilgiu, laikytas kaip statistiškai reikšmingas, o kai  $p > 0,05$ , lygybės hipotezė neatmetama, ir požymis, apibūdinantis grupes, laikytas kaip statistiškai nereikšmingas.

## 4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

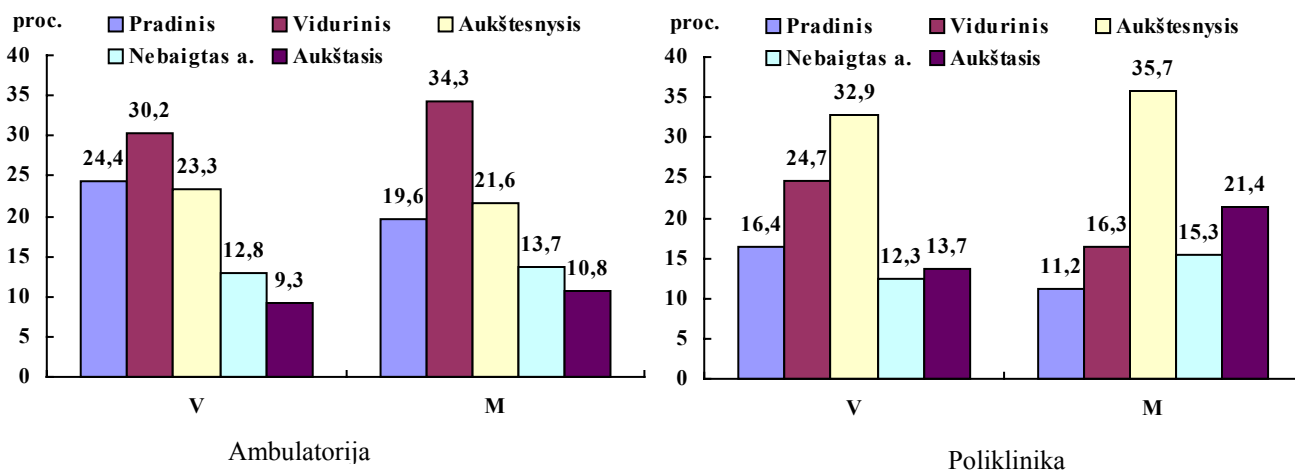
### 4.1. Respondentų socialinė demografinė charakteristika

Nagrinėjant viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika bei dviejų jos padalinių tirtų pacientų (toliau vadinamų respondentais) anketas pagal socialinius demografinius duomenis, buvo nustatyta, kad daugiausia atsakiusių į anketos klausimus tiek poliklinikoje, tiek ambulatorijose buvo vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenys: trys ketvirtadaliai respondentų buvo vyresni nei 50 metų, kas ketvirtas respondentas - jaunesnis nei 50 metų amžiaus. Analizuojant duomenis pagal amžių, nebuvo nustatyta reikšmingų respondentų amžiaus skirtumų ambulatorijose ir poliklinikoje apsilankiusių pacientų tarpe ( $\chi^2=13,97$ ,  $p=0,1$ ) (4.1.1. pav.), o taip pat ir pagal lytį (atitinkamai  $\chi^2= 7,54$ ,  $p=0,6$  ir  $\chi^2= 5,5$ ,  $p=0,8$ ).

Analizuojant tiriamųjų pacientų duomenis pagal išsilavinimą, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų pacientų, besilankančių rajono poliklinikoje ir ambulatorijose, tarpe ( $\chi^2=13,97$ ,  $p=0,1$ ). Nustatyta, kad pradinį išsilavinimą turėjo kas penktas (21,8 proc.) ambulatorijų ir kas septintas (13,5 proc.) poliklinikos, vidurinį išsilavinimą - kas trečias (32,4 proc.) ambulatorijų ir kas penktas (19,9 proc.) poliklinikos, aukštesnįjį išsilavinimą - 35,6 proc. ambulatorijų ir 48,5 proc. poliklinikos, o aukštąjį išsilavinimą -10,1 proc. ambulatorijų ir 18,1 proc. poliklinikos respondentas (4.1.2. pav.). Vyrų ir moterų išsilavinimo reikšmingų skirtumų tarp ambulatorijų ir poliklinikos respondentų nebuvo (atitinkamai  $\chi^2= 6,96$ ,  $p= 0,6$  ir  $\chi^2= 8,4$ ,  $p=0,5$ ).



**4.1.1 pav. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal lytį ir amžių**



**4.1.2. pav. Respondentų , besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal išsilavinimą**

Vertinant respondentų duomenis pagal gyvenamąją vietą, nustatyta, kad visi ambulatorijų respondentai gyveno Panevėžio rajone, o tarp poliklinikos respondentų buvo ir miesto, ir rajono gyventojų. Didžioji dauguma poliklinikos respondentų gyveno Panevėžio rajone, o beveik kas dešimtas respondentas – Panevėžio mieste (4,2 proc.) (4.1.1. lentelė).

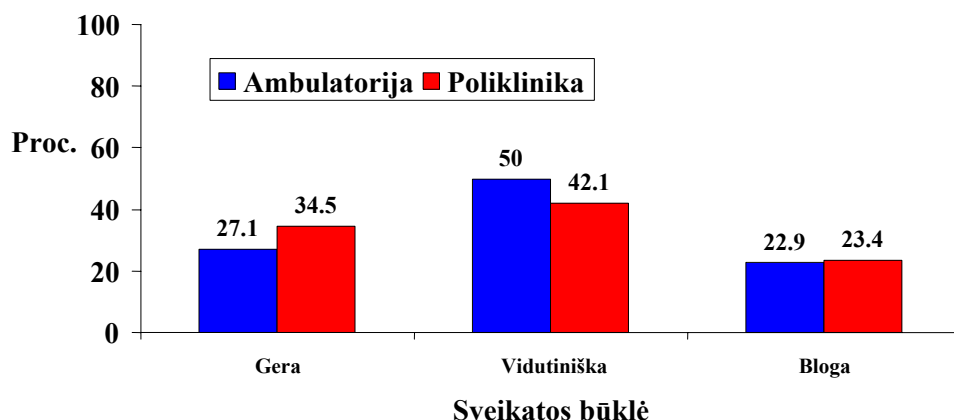
**4.1.1. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą**

| Gyvenamoji<br>vieta | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|---------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                     | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Rajonas             | 188           | 100,0 | 156         | 91,2  | 344     | 95,8  |
| Miestas             | -             | -     | 15          | 8,8   | 15      | 4,2   |
| Iš viso             | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Apibendrinant gautus duomenis, galima pasakyti, kad daugiausia atsakiusių į anketos klausimus tiek poliklinikoje, tiek ambulatorijose buvo vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenys, turintys vidurinį ar aukštesnį išsilavinimą. Be to, tik labai maža dalis miesto gyventojų yra prisirašę prie poliklinikos.

Nagrinėjant VŠĮ PRSP bei ambulatorijų apklaustų pacientų anketinius duomenis apie jų sveikatos būklės vertinimą, nustatyta, kad beveik pusės gyventojų, besikreipusių į ambulatorijas, sveikatos būklė buvo įvardijama vidutiniška, o poliklinikos lankytojai keturi iš dešimties sveikatos būklę vertino vidutiniškai. Savo sveikatą kaip “gera” apibūdino kas penktas ambulatorijų ir kas trečias poliklinikos lankytojas, o savo sveikatą kaip “bloga” įvertino kas ketvirtas ambulatorijų ir kas penktas poliklinikos lankytojas. Nustatytas reikšmingas ryšys tarp savo sveikatos vertinimo ir gydymo įstaigos tipo ( $\chi^2=16,88$ ,  $p=0,01$ ). Poliklinikos respondentų, gerai vertinančių savo sveikatos būklę, buvo daugiau, nei ambulatorijos respondentų (4.1.2. lentelė).

**4.1.2. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal savo sveikatos vertinimą**



( $\chi^2=16,88$ ,  $p=0,01$ )

Literatūros duomenimis, savo sveikatos būklę palankiau vertina vyrai, jaunesnio amžiaus žmonės ir turintys aukštąjį išsilavinimą [29]. Be to, pacientai, kurie savo sveikatos būseną vertino kaip labai gerą, turėjo mažiausiai lūkesčių sulaukti emocinės paramos iš gydytojo, o vertinę savo būseną kaip blogą – daugiausia emocinės paramos lūkesčių [74].

**4.2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje ir ambulatorijose**

Tikslu įvertinti sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų prieinamumą, būtina įvertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą paslaugos gavėjui. Todėl anketinės apklausos duomenys buvo suskirstyti ir nagrinėti minėtais trimis aspektais.

Ekonominį (finansinį) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą atspindi pacientų galimybė nusipirkti reikiamus medikamentus.

Respondentų, besigydžiusių poliklinikoje bei ambulatorijose, buvo klausta, ar jie gali nusipirkti visų vaistų, reikalingų gydymui. Iš tiriamųjų atsakymų paaiškėjo, kad keturi iš dešimties tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos lankytojai ne visada gali nusipirkti būtiniausių

vaistų, o tuo tarpu trečdalis (34,6 proc.) ambulatorijų lankytojų bei šeštadalis (16,4 proc.) poliklinikos respondentų negali nusipirkti būtiniausių vaistų. Likę respondentai (kas penktas ambulatorijų ir keturi iš dešimties poliklinikos pacientai) gali nusipirkti būtiniausių vaistų, ir tai nėra didelė problema. Analizuojant pacientų pajėgumą nusipirkti vaistus priklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos tipo, buvo nustatyta, kad ši charakteristika reikšmingai priklausė nuo įstaigos tipo ( $\chi^2=12,60$ ,  $p=0,03$ ). Poliklinikos pacientai buvo finansiškai pajėgesni nusipirkti vaistus, lyginant su ambulatorijų respondentais(4.2.1. lentelė).

**4.2.1. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar jie gali nusipirkti būtiniausių vaistų**

| Galimybė<br>nusipirkti<br>vaistų | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|----------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                  | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Gali                             | 38            | 20,2  | 69          | 40,4* | 107     | 29,8  |
| Ne visada gali                   | 85            | 45,2  | 74          | 43,3  | 159     | 44,3  |
| Negali                           | 65            | 34,6  | 28          | 16,4* | 93      | 25,9  |
| Iš viso                          | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

\* -  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

Vieną iš svarbių paslaugų prieinamumą atspindintį aspektą, tai yra, teritorinį arba komunikacinį prieinamumą padės įvertinti sekančių duomenų analizė.

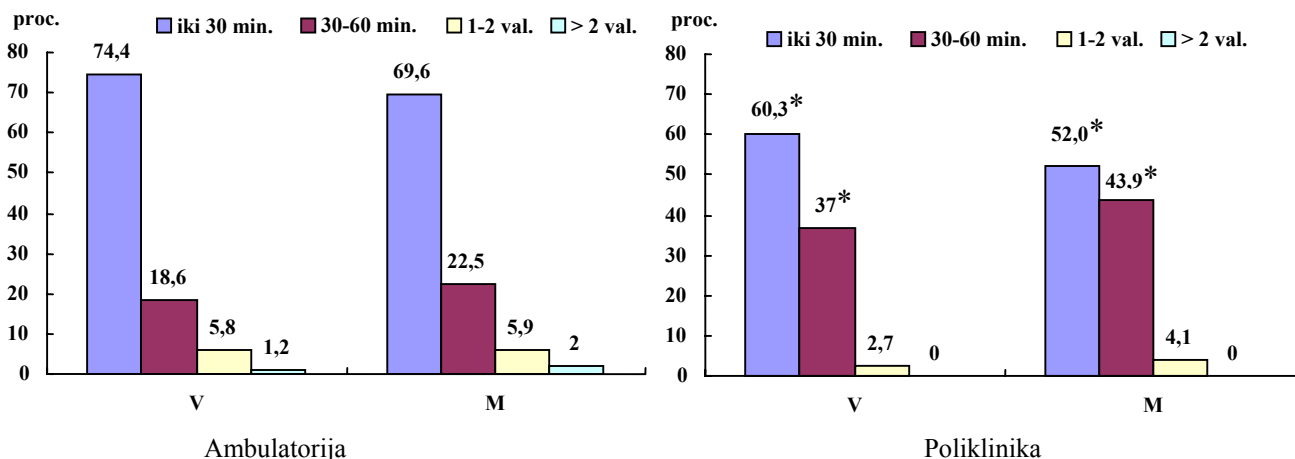
Apklausiant pacientus, besilankančius ambulatorijose ir poliklinikoje apie atvykimo pas bendrosios praktikos gydytoją problemiškumą, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai. Daugiau nei pusė visų respondentų atsakė, kad apsilankymas pas gydytoją neproblemiškas, trečdalis (36,7 proc.) visų ambulatorijų respondentų ir keturi (45,6 proc.) iš dešimties poliklinikos respondentų atsakė, kad kartais apsilankymas pas gydytoją sukelia problemų ar sunkumų, o kas dešimtas respondentas visose sveikatos priežiūros įstaigose pažymėjo, kad apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje yra problemiškas 4.2.2. lentelė). Nustatyta, kad atvykimas pas BPG reikšmingai priklausė nuo sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 21,53$ ,  $p=0,001$ ), tai yra, poliklinikos pacientams, lyginant su ambulatorijų pacientais, jis yra sukeliantis sunkumų.

**4.2.2. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar atvykimas pas bendrosios praktikos gydytoją nesukelia problemų ar sunkumų**

| Atvykimo į gydymo įstaigą problemiškas | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|----------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                        | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Sukelia                                | 17            | 9,0   | 19          | 11,1  | 36      | 10,0  |
| Kartais                                | 69            | 36,7  | 78          | 45,6  | 147     | 40,9  |
| Nesukelia                              | 102           | 54,3  | 74          | 43,3* | 176     | 49,1  |
| Iš viso                                | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

Tyrimo anketoje respondentų buvo prašyta nurodyti laiką, sugaištą, vykstant į sveikatos priežiūros įstaigą. Nustatyta, kad dauguma pacientų vykimui į ambulatorijas sugaišdavo iki 30 min., o respondentų, vykstančių į polikliniką iki 30 min., skaičius buvo mažesnis ir sudarė daugiau kaip pusę. Tuo tarpu respondentų, vykstančių į ambulatorijas 30-60 min., buvo kas penktas, o tokių respondentų, vykusių į polikliniką, buvo keturi iš dešimties. Respondentai, vykę daugiau nei valandą tiek į ambulatorijas, tiek į polikliniką, sudarė mažą procentą (iki 6 proc.) vykusių į sveikatos priežiūros įstaigą. Taigi, geresnis teritorinis prieinamumas buvo ambulatorijų respondentams ( $\chi^2 = 58,29$ ,  $p=0,0001$ ). Tai galima paaiškinti tuo, kad kaimo vietovėse lokalizuotos sveikatos priežiūros įstaigos yra lengviau pasiekiamos toje teritorijoje gyvenantiems pacientams ir nesukelia jiems transporto problemų, su kuriomis susiduria pacientai, gyvenantys priemiestinėse seniūnijose ir privalantys vykti į miesto centre esančią rajono savivaldybės polikliniką. Lyginant atskirai vyrus ir moteris pagal sugaištą laiką, vykstant į sveikatos priežiūros įstaigą, nustatyti tie patys dėsningumai (4.2.1. pav.)



\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

#### 4.2.1. pav. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal sugaištą laiką, vykstant į sveikatos priežiūros įstaigą

Reprezentatyvaus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų kokybės tyrimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, 87,3 proc. gyventojų galimybę atvykti į polikliniką – susisiekimą vertina kaip patogų ir labai patogų, o 12,2 proc. gyventojų – kaip nepatogų. Geresnis susisiekimas su sveikatos priežiūros įstaiga buvo miestuose, lyginant su rajonų centruose ir kaimuose esančiomis SP įstaigomis. Be to, daugiau rajonų centrų, kaimų ir miestelių gyventojų, turinčių mažas pajamas, teigė, kad susisiekimas su poliklinika buvo nepatogus, tai yra, finansinis prieinamumas prastesnis [29].

Apklausiant pacientus, besilankančius ambulatorijose ir poliklinikoje, kiek jų pageidautų, kad bendrosios praktikos gydytojas gyventų ir dirbtų arčiau namų, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai. Trys ketvirtadaliai visų respondentų pageidautų, kad bendrosios praktikos gydytojas gyventų ir dirbtų arčiau namų, kas šeštas ambulatorijų ir kas aštuntas poliklinikos respondentas neturėjo savo nuomonės, o vidutiniškai 7 proc. ambulatorijų ir 8 proc. poliklinikos respondentų atsakė, kad bendrosios praktikos gydytojas nebūtinai turi gyventi ir dirbti kuo arčiau jų namų (4.2.3. lentelė). Duomenų analizės metu nebuvo nustatytas reikšmingas ryšys tarp pageidaujančių ir nepageidaujančių, kad BPG gyventų ir dirbtų arčiau namų, respondentų ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 8,29$ ,  $p=0,1$ ).

**4.2.3. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar pageidautų, jei bendrosios praktikos gydytojas gyventų ir dirbtų arčiau namų**

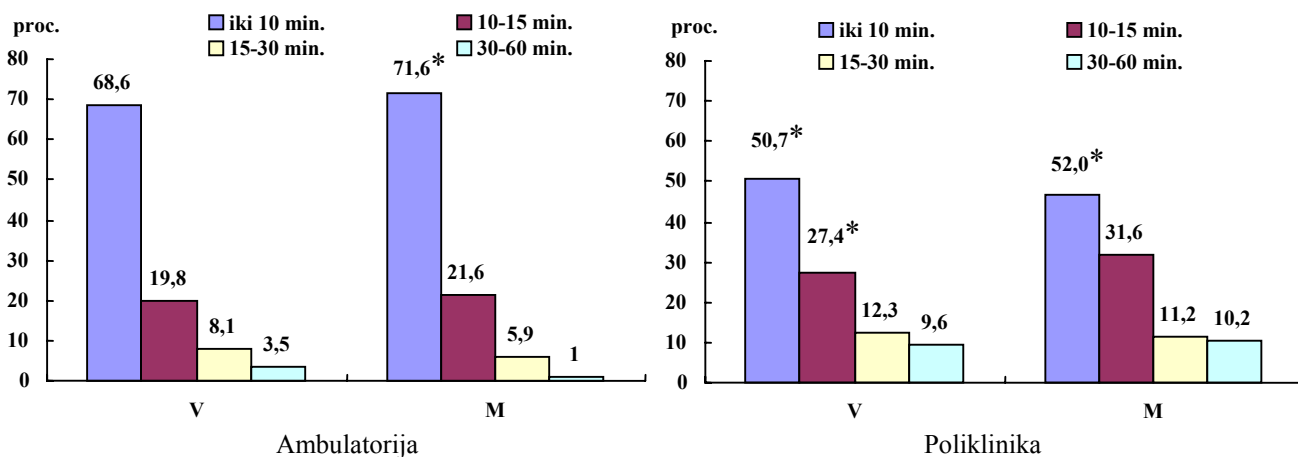
| Pageidavimas,<br>kad BPG<br>dirbtų arčiau<br>namų | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|---------------------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                                   | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Taip                                              | 143           | 76,1  | 138         | 80,7  | 281     | 78,3  |
| Ne                                                | 13            | 6,9   | 14          | 8,2   | 27      | 7,5   |
| Neturiu<br>nuomonės                               | 32            | 17,0  | 19          | 11,1  | 51      | 14,2  |
| Iš viso                                           | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Didžiaja dalimi sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia kiekvienos įstaigos darbo organizavimo tvarka (eilių buvimas atskiruose įstaigos padaliniuose, įvairių atliekamų procedūrų ar suteikiamų paslaugų trukmė, tinkamas pacientų srautų sureguliuojimas, darbuotojų kompetencija ir gebėjimas atlikti vienokią ar kitokią procedūrą, išsamios ir visiems paslaugų vartotojams suprantamos informacijos pateikimas apie organizacijos veiklą ir kt.). Tai apsprendžia įstaigos, teikiančios paslaugas, organizacinį prieinamumą. Tyrime buvo nagrinėtos organizacinį prieinamumą atspindinčios charakteristikos:

- 1) paciento sugaištas laikas registratūroje, prie gydytojo kabineto durų;
- 2) registracijos telefonu galimybė ir informacijos apie ją buvimas;
- 3) gydytojo priėmimo trukmė.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad daugiau kaip du trečdaliai respondentų, besilankančių ambulatorijose, sugaišta registratūroje iki 10 min., o tokių asmenų, besilankančių poliklinikoje, buvo tik kas antras. Kas penktas pacientas, besilankantis ambulatorijose, ir kas trečias asmuo, besilankantis poliklinikoje, sugaišta prie registratūros 10-15 min., o po 15-30 min.-vidutiniškai 7 proc. ambulatorijų pacientų bei kas dešimtas poliklinikos lankytojas. Apie 10 proc. poliklinikos lankytojų tenka sugaišti prie registratūros net 30-60 min., kai tokių asmenų, besilankančių ambulatorijose, buvo tik vienetai. Analizuojant anketos duomenis, buvo nustatytas reikšmingas skirtumas tarp laiko, sugaištamo prie registratūros, ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo

( $\chi^2=77,47$ ,  $p=0,0001$ ). Respondentai ( vyrai ir moterys), besilankantys ambulatorijose, registruojantis sugaišdavo ženkliai trumpiau, lyginant su rajono poliklinikos respondentais(4.2.2.pav.). Šį skirtumą galima paaiškinti skirtingu aptarnaujamu pacientų skaičiumi ir dėl to susidarančiais pacientų srautais įstaigose ( poliklinikoje dirbantys gydytojai aptarnauja 23295 ( 63,1 proc.) gyventojus, o ambulatorijos- tik 1300-1500 ( 1,3-1,5 proc.) gyventojų. Galima daryti prielaidą, kad mažos įstaigos, teikiančios sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrina geresnį teikiamų paslaugų prieinamumą, lyginant su didelėmis įstaigomis–poliklinikomis. Tikslu pagerinti paslaugų prieinamumą poliklinikose, būtina imtis radikalių organizacinių pertvarkų, ženkliai pagerinančių atskirų struktūrinių padalinių, ypač registratūros, darbą.



\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

#### 4.2.2. pav. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal laukimo prie registratūros laiką

Reprezentatyvaus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų kokybės tyrimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, tik 18 proc. miestų gyventojų ir 27-29 proc. rajonų ir kaimo gyventojų nurodė, kad jiems poliklinikos registratūroje laukti beveik neteko, o trečdalis visų respondentų teigė, kad registratūroje paprastai priversti laukti per ilgai [29].

Klausiant respondentų, ar jie registruojasi į sveikatos priežiūros įstaigą telefonu, buvo nustatyta, kad beveik kas ketvirtas (23,4 proc.) ambulatorijų ir kas antras (56,1 proc.) poliklinikos pacientas registruojasi pas gydytoją telefonu ir tikrai kas dešimtas ambulatorijos bei keli

procentai poliklinikos lankytojų nežinojo, kad galima registruotis telefonu. Analizuojant duomenis, buvo nustatyta reikšmingas skirtumas tarp registravimosi telefonu fakto ir sveikatos įstaigos tipo ( $\chi^2=45,0$ ,  $p=0,0001$ ). Žymiai daugiau poliklinikos respondentų registruojasi pas gydytoją telefonu, lyginant su ambulatorijų pacientais (4.2.3. lentelė). Šį skirtumą galima paaiškinti dviem aspektais: esant mažesniems pacientų srautams ambulatorijose, lankytojams nėra poreikio išankstinei registracijai, skirtingai poliklinikoje besilankantiems pacientams, be to, kaimo gyventojų finansinis pajėgumas telefoninio ryšio panaudojimui yra mažesnis, lyginant su poliklinikos pacientais.

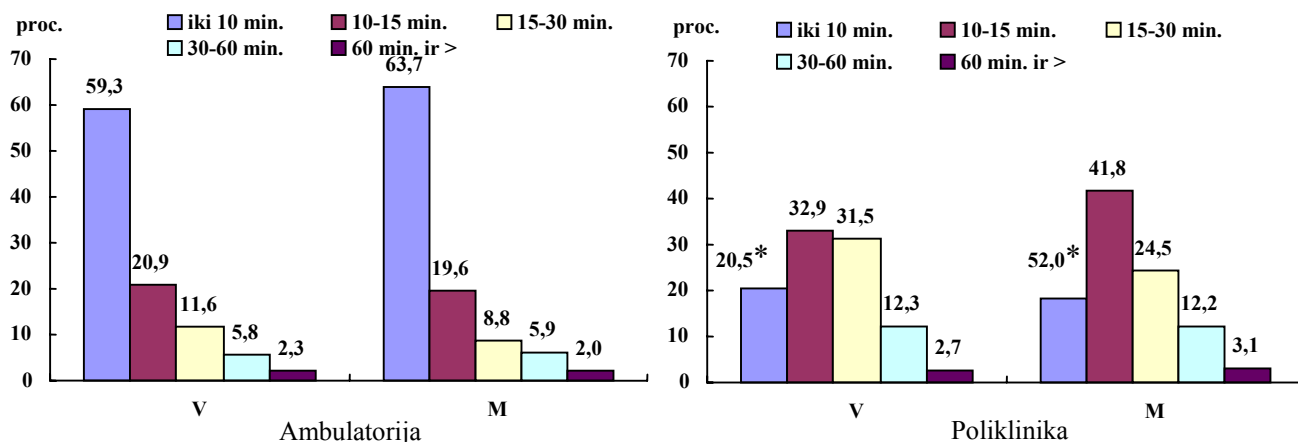
**4.2.3. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal registravimosi telefonu faktą**

| Registravimasis telefonu | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|--------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                          | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Taip                     | 44            | 23,4  | 96          | 56,1* | 140     | 39,0  |
| Ne                       | 122           | 64,9  | 69          | 40,4* | 191     | 53,2  |
| Nežinojo                 | 22            | 11,7  | 6           | 3,5   | 28      | 7,8   |
| Iš viso                  | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

Vertinant pacientų sugaištą laiką prie gydytojo kabineto durų, beveik du trečdaliai (61,7 proc.) respondentų atsakė, kad ambulatorijose laukia iki 10 min., o tokių asmenų, besilankančių poliklinikoje, buvo tik kas penktas (19,3 proc.). Vidutiniškai kas penktas (20,2 proc.) ambulatorijų ir kas trečias (38,0 proc.) poliklinikos respondentas prie gydytojo kabineto užtrunka 10-15 min., o kas dešimtas ambulatorijų ir kas ketvirtas poliklinikos lankytojas - 15-30 min. Tik 6 proc. ambulatorijų ir kas aštuntas poliklinikos respondentas atsakė, kad laukia prie gydytojo kabineto 30-60 min. Daugiau nei valandą prie gydytojo kabineto laukia mažas respondentų skaičius tiek ambulatorijose, tiek poliklinikoje. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp laukimo prie gydytojo kabineto trukmės ir gydymo įstaigos tipo ( $\chi^2=62,04$ ,  $p=0,0001$ ). Ambulatorijos didesnė respondentų (vyrų ir moterų) dalis žymiai trumpiau laukdavo pas gydytoją, lyginant su poliklinikos respondentais (4.2.3. pav.). Šį skirtumą taipogi galima sieti su ženkiai

besiskiriančiu aptarnaujamų pacientų minėtose sveikatos priežiūros įstaigose skaičiumi ( poliklinika aptarnauja 15,53 karto daugiau pacientų, negu ambulatorijos).



\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

#### 4.2.3. pav. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal laukimo prie gydytojo kabineto laiką

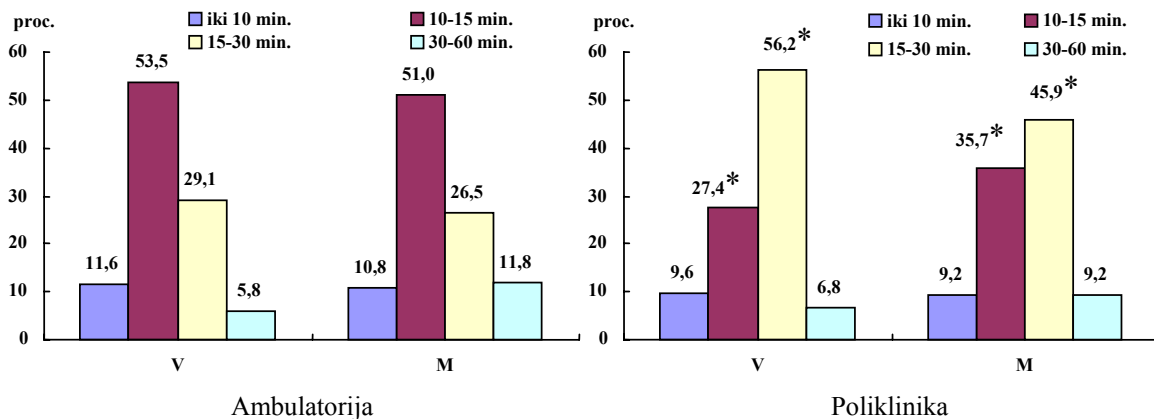
Kitų autorių duomenimis, po 34,9 proc. respondentų laukė prie gydytojo kabineto durų 10-20 min. ir 20-40 min., o ilgiau negu 40 min. prie gydytojo kabineto durų sugaišo 30,3 proc. respondentų [54]. Reprezentatyvaus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų kokybės tyrimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, priėmimo pas gydytoją laukimo laiko vidurkis buvo net 43 minutės [29].

Apklausiant respondentus, besilankančius ambulatorijose ir poliklinikoje, kiek jie sutiktų laukti prie gydytojo kabineto, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai. Kas ketvirtas (26,6 proc.) ambulatorijų ir kas penktas (19,3 proc.) poliklinikos respondentas atsakė, kad nenorėtų laukti, po trečdalį tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentų sutiktų prie gydytojo kabineto laukti iki 10 min., o kas ketvirtas ambulatorijų ir poliklinikos respondentas sutiktų palaukti 10-15 min., o ilgiau kaip 15 min. sutiktų palaukti kas aštuntas (11,7 proc.) ambulatorijų ir 12,3 proc. poliklinikos respondentų ( $\chi^2=14,88$ ,  $p=0,09$ ). Reikšmingo skirtumo tarp sveikatos įstaigos tipo pacientų šiuo aspektu nebuvo nustatyta (4.2.4. lentelė).

**4.2.4. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, kiek gyventojai sutiktų laukti prie gydytojo kabineto**

| Sutikimas laukti prie gydytojo kabineto | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|-----------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                         | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Nelaukti                                | 50            | 26,6  | 33          | 19,3  | 83      | 23,1  |
| Iki 10 min.                             | 62            | 33,0  | 65          | 38,0  | 127     | 35,4  |
| 10-15 min.                              | 47            | 25,0  | 47          | 27,5  | 94      | 26,2  |
| 15-30 min.                              | 22            | 11,7  | 21          | 12,3  | 43      | 12,0  |
| 30-60 min.                              | 7             | 3,7   | 5           | 2,9   | 12      | 3,3   |
| Iš viso                                 | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Analizuojant respondentų atsakymus, kiek trunka priėmimas pas gydytoją, ambulatorijų pacientų duomenys pasiskirstė sekančiai: kas antro ambulatorijų respondento priėmimas pas gydytoją trunka 10-15 min., trijų iš dešimties-15-30 min., o iki 10 min. užtrunka kas dešimtas lankytojas. Poliklinikoje daugiau nei pusės respondentų priėmimas pas gydytoją užtrunka 15-30 min., trečdalis - užtrunka 10-15 min., o iki 10 min. būna tik kas vienuoliktas respondentas. 30-60 min. pas gydytoją užtrunka apie 7 proc. tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentų. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp priėmimo trukmės pas gydytoją ir gydymo įstaigos tipo ( $\chi^2 = 39,4$ ,  $p=0,0001$ ). Taigi, didesnė pacientų, besilankančių poliklinikoje, dalis ilgiau užtrukdavo gydytojo kabinete, lyginant su ambulatorijų respondentais (4.2.4. pav.).



\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

#### 4.2.4. pav. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, kiek trunka priėmimas pas gydytoją

Informacinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą galima skaidyti į dvi dalis:

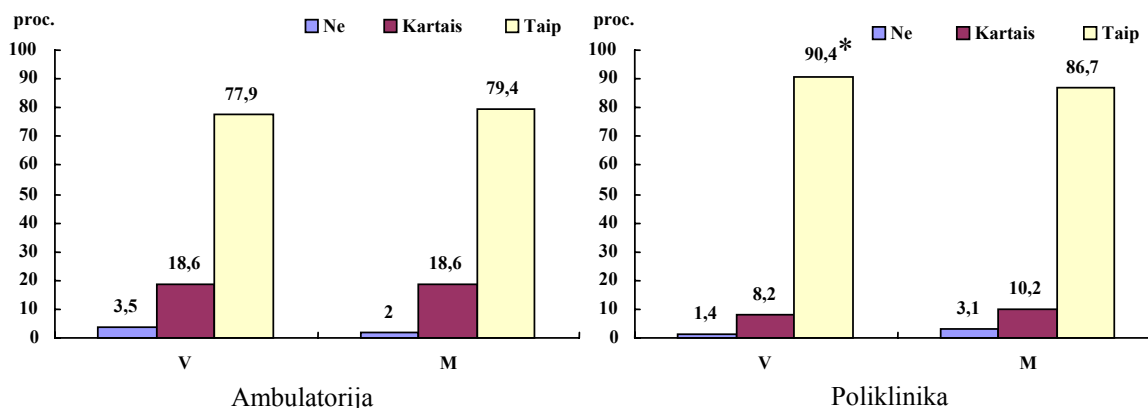
1) informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigą ( vidaus tvarkos taisyklės, teikiamų paslaugų spektras, sutarties su teritorine ligonių kasa turinys, galimybė pacientams teikti pasiūlymus) buvimas ir galimybių su ja susipažinti pacientui sudarymas, kitaip sakant, aktyvus informacijos priėmimo būdas;

2) informacijos, kurią suteikia pacientui apie jo sveikatos būklę, ligas, galimus gydymo ir diagnostikos būdus ir metodus, susirgimų išvengimo galimybes medicinos darbuotojai (gydytojai ir slaugytojos) buvimas arba pasyvus informacijos gavimo būdas. Ši informacija svarbi, deleguojant didžiąją atsakomybės už savo sveikatą dalį pačiam pacientui, įtraukiant jį patį į gydymo ir sveikatos stiprinimo procesą.

Savo darbe nenagrinėjau informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigos teikiamas paslaugas (specialūs leidiniai, informacijos pateikimas pačioje įstaigoje ar už jos ribų, žiniasklaidos priemonės) prieinamumo, apsiribodama iš anketos klausimų gautų duomenų apie paciento galimybes gauti informaciją iš medicinos darbuotojo pusės analize.

Nagrinėjant respondentų atsakymą, ar jie yra informuojami apie savo sveikatos būklę, nustatyta, kad trys ketvirtadaliai ambulatorijų ir beveik devyni iš dešimties poliklinikos respondentų gydytojų yra informuojami apie sveikatos būklę, beveik kas penktas ambulatorijų ir kas dešimtas poliklinikos respondentas kartais informuojamas apie sveikatos būklę, o labai mažas skaičius tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentų yra gydytojo neinformuojami apie jų sveikatos būklę. Buvo nustatytas reikšmingas skirtumas tarp respondentų informavimo apie jų

sveikatos būklę ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 120,18$ ,  $p=0,0001$ ). Poliklinikos respondentai, ypač vyrai, labiau buvo informuojami apie jų sveikatos būklę, lyginant su ambulatorijos respondентаis (4.2.5. pav.).



\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

#### 4.2.5. pav. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar yra informuojamas apie sveikatos būklę

Kitų autorių duomenimis, privačių PSPĮ pacientai statistiškai patikimai dažniau informuojami apie sveikatos būklę (71,4 proc.), palyginus su savivaldybės PSPĮ (47,8 proc.) [54].

Apklausus respondentus, besilankančius ambulatorijose ir poliklinikoje, apie tai, ar jie yra informuojami apie ligos išvengimo būdus, paaiškėjo, kad daugiau kaip pusė visų ambulatorijas lankančių pacientų yra informuojami apie ligos išvengimo būdus, o tokių, besilankančių poliklinikoje, buvo vidutiniškai 45 proc. Kartais apie ligų išvengimo būdus yra informuojami trys iš dešimties ambulatorijų ir beveik pusė poliklinikos respondentų. Visiškai gydytojas neinformuoja apie ligų išvengimo būdus kas dvylikto ambulatorijų ir kas dešimto poliklinikos lankytojo. Buvo nustatytas reikšmingas ryšys tarp respondentų informavimo apie ligos išvengimo būdus ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 29,52$ ,  $p=0,0001$ ) (4.2.5. lentelė).

**4.2.5. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojas informuoja apie ligos išvengimo būdus**

| Paciento informavimas apie ligos išvengimo būdus | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|--------------------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                                  | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Taip                                             | 111           | 59,0  | 77          | 45,0* | 188     | 52,4  |
| Kartais                                          | 62            | 33,0  | 76          | 44,4  | 138     | 38,4  |
| Ne                                               | 15            | 8,0   | 18          | 10,5  | 33      | 9,2   |
| Iš viso                                          | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

Kitų autorių duomenimis, apie ligos išvengimo būdus pacientai informuojami tik 38,8 proc. atvejų ir šis skirtumas savivaldybės bei privačiose SPI statistiškai nereikšmingas (atitinkamai 35,0 ir 46,9 proc.) [54]. Panašaus pobūdžio pacientų teisių pažeidimai nustatyti ir kitų autorių tyrimų metu [45].

Analizuojant Vši PRSP bei ambulatorijų apklaustų pacientų anketinius duomenis pagal lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje priežastį, buvo nustatyta, kad pusei visų gyventojų, besikreipusių tiek į ambulatorijas, tiek į polikliniką, pagrindinė priežastis buvo kompensuojamųjų vaistų išrašymas, trims iš dešimties – ligos simptomai, o likę respondentai kreipdavosi į gydytoją profilaktiniais tikslais. Nebuvo nustatytas reikšmingas ryšys tarp respondentų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje priežasties ir įstaigos tipo ( $\chi^2=7,83$ ,  $p=0,2$ ) (4.2.6. lentelė).

**4.2.6. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje priežastį**

| Apsilankymo priežastis     | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|----------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                            | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Dėl ligos                  | 54            | 28,7  | 47          | 27,5  | 101     | 28,1  |
| Dėl kompensuojamųjų vaistų | 98            | 52,1  | 86          | 50,3  | 184     | 51,3  |
| Profilaktiniu tikslu       | 36            | 19,1  | 38          | 22,2  | 74      | 20,6  |
| Iš viso                    | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Taigi, pagal kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas priežasčių struktūrą, tiek poliklinikoje, tiek ambulatorijose dominuoja pacientų apsilankymai dėl kompensuojamų medikamentų išrašymo ( 50,3 proc. ir 52,1 proc. atitinkamai), rečiau pacientai lankosi susirgę ar paūmėjus lėtinių susirgimų simptomams ( 27,5 proc. ir 28,7 proc. atitinkamai), rečiausiai- profilaktiniais tikslais( 22,2 proc. ir 19,1 proc. atitinkamai).

**4.3. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis**

Vienas iš svarbiausių paslaugų kokybės kriterijų yra paslaugos vartotojo pasitenkinimas gaunama paslauga. Nuo vartotojo pasitenkinimo didžiąja dalimi priklauso ir pačios organizacijos egzistencija, nes kuo labiau savo veikla pateisinsime vartotojo lūkesčius, tuo daugiau vartotojų naudosis įstaigos teikiamomis paslaugomis, tuo didesnę pelną gaus

organizacija, tuo kokybiškesnes paslaugas ji turės galimybes teikti toliau. Konkrečios organizacijos teikiamų paslaugų populiarumo laipsnį galima nustatyti, periodiškai apklausiant toje įstaigoje besilankančius paslaugų gavėjus, tuo pačiu išgryninant pozityvias ir negatyvias veiklos puses ir jas tolimesnėje veikloje stengiantis paryškinti ar sumažinti pagal galimybes. Apklausų reguliarus pravedimas leis organizacijos vadovams užsiimti prevenciniu veiklos modifikavimu, nelaukiant akivaizdžių neefektyvios veiklos rezultatų – paslaugų gavėjų, sveikatos priežiūros įstaigose pacientų, praradimo. Taigi, pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis tyrimas gali būti naudingu instrumentu, leidžiančiu prognozuoti tolimesnes organizacijos vystymosi perspektyvas.

Analizuojant VŠĮ PRSP-oje ir jos padaliniuose besilankančių pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, teikiamomis minėtoje įstaigoje, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai. Daugiau kaip pusė visų ambulatorijų respondentų teigė, kad patenkinti tos sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje gydomi, paslaugomis, o taip manančių poliklinikos respondentų buvo vidutiniškai keturi iš dešimties. Dalinai patenkinti tos sveikatos priežiūros įstaigos, kurią lanko, paslaugomis, buvo trečdalis ambulatorijų ir beveik pusė poliklinikos respondentų. Nepatenkintų sveikatos priežiūros įstaigos suteiktomis paslaugomis buvo kas dešimtas tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos pacientas. Taigi, nustatytas reikšmingas ryšys tarp respondentų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis gydymo įstaigoje ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 21,25$ ,  $p=0,0001$ ). Tačiau atlikus porinių rodiklių palyginimus, reikšmingo skirtumo nenustatyta (4.3.1. lentelė).

**4.3.1. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas pasiskirstymas pagal tai, ar patenkintas sveikatos priežiūros paslaugomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje**

| Pasitenkinimas<br>sveikatos<br>priežiūros<br>paslaugomis | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |      |
|----------------------------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|------|
|                                                          | n             | %     | n           | %     | n       | %    |
| Taip                                                     | 98            | 52,1  | 77          | 45,0  | 175     | 48,7 |
| Dalinai                                                  | 69            | 36,7  | 77          | 45,0  | 146     | 40,7 |
| Ne                                                       | 21            | 11,2  | 17          | 9,9   | 38      | 10,6 |
| Iš viso                                                  | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100  |

Kitų autorių duomenimis, pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis priklausė nuo PSPĮ nuosavybės formos. Privačių įstaigų pacientai buvo labiau patenkinti gydytojo paslaugomis (85,1 proc.), o savivaldybės PSPĮ pacientai buvo mažiau patenkinti gydytojo teikiamomis paslaugomis (80,4 proc.), tačiau duomenys nebuvo statistiškai patikimi [55]. Du trečdaliai respondentų Šiauliuose [54], Kaune [36] ir Vilniuje [27] atliktų tyrimų duomenimis buvo patenkinti šeimos gydytojo teikiamomis paslaugomis.

Analizuojant respondentų, besilankančių ambulatorijose ir poliklinikoje, atsakymus apie pasitenkinimą sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje jie lankosi, gydytojo kompetencija, atsakymus, paaiškėjo, kad šeši iš dešimties ambulatorijų ir du trečdaliai poliklinikos respondentų patenkinti savo šeimos gydytojo kompetencija, nors kas dešimtas tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentas nebuvo patenkintas savo šeimos gydytojo kompetencija. Kas ketvirtas respondentas, atsakęs į šį klausimą, buvo dalinai patenkintas gydytojo kompetencija. Taigi, nustatytas reikšmingas ryšys tarp respondentų pasitenkinimo sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo kompetencija ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 60,35$ ,  $p=0,0001$ ). Tačiau atlikus porinių rodiklių palyginimus, reikšmingo skirtumo nenustatyta (4.3.2. lentelė).

**4.3.2. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar patenkintas gydytojo kompetencija**

| Pasitenkinimas<br>gydytojo<br>kompetencija | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|--------------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                            | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Taip                                       | 113           | 60,1  | 113         | 66,1  | 226     | 63,0  |
| Dalinai                                    | 55            | 29,3  | 43          | 25,1  | 98      | 27,3  |
| Ne                                         | 20            | 10,6  | 15          | 8,8   | 35      | 9,7   |
| Iš viso                                    | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Kitų autorių duomenimis, pasitenkinimas šeimos gydytojo kvalifikacija priklausė nuo gydytojo darbo vietos: privačių gydytojų kvalifikacija buvo patenkinti 62,7 proc. respondentų, o savivaldybės SPĮ šeimos gydytojo kvalifikacija tenkino tik 35,7 proc. asmenų [54]. Kitų tyrimų metu nustatyti panašūs gydytojo darbo trūkumai, nes gydytojai pripažįsta, kad per pacientui priimti nustatytą laiką nespėja sutvarkyti dokumentacijos ir skirti pakankamai laiko ligoniui [71]. Kitų autorių duomenimis, nepakankama šeimos gydytojo kvalifikacija skundėsi 15,7 proc. respondentų [54].

Vertinant respondentų atsakymus apie pasitenkinimą sveikatos priežiūros įstaigoje esama padėtimi, matyti, kad patenkinti yra trys ketvirtadaliai ambulatorijų ir du trečdaliai poliklinikos respondentų, o nepatenkinti- 5-7 proc. tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentų. Dalinai patenkintų esama padėtimi buvo kas penktas ambulatorijų ir kas ketvirtas poliklinikos respondentas. ( $\chi^2 = 5,71$ ,  $p=0,5$ ). Iš minėtų duomenų išryškėja, kad reikšmingo skirtumo tarp respondentų pasitenkinimo esama padėtimi asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo nėra ( $\chi^2 = 83,77$ ,  $p=0,0001$ ) (4.3.3. lentelė).

**4.3.3. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar yra patenkintas esama padėtimi asmens sveikatos priežiūros įstaigoje**

| Pasitenkinimas<br>padėtimi SPĮ | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|--------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Taip                           | 143           | 76,1  | 112         | 65,5  | 255     | 71,0  |
| Dalinai                        | 35            | 18,6  | 46          | 26,9  | 81      | 22,6  |
| Ne                             | 10            | 5,3   | 13          | 7,6   | 23      | 6,4   |
| Iš viso                        | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Reprezentatyvaus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų kokybės tyrimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, net 38 proc. respondentų neigiamai vertino poliklinikų suskirstymą į PSP įstaigas ir konsultacines poliklinikas, o 42 proc. neigiamai vertino pačios BPG institucijos atsiradimą [29]. Tačiau Kauno miesto gyventojų tyrimo duomenimis, net 81,1 proc. respondentų buvo patenkinti PSP struktūra ir paslaugomis [55].

Apklaustos apie norą ir toliau gydytis pas tą patį gydytoją metu, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai: vidutiniškai trys ketvirtadaliai ambulatorijų ir du trečdaliai poliklinikos respondentų atsakė, kad jie ir toliau norėtų gydytis, vidutiniškai 6 proc. ambulatorijų ir kas dešimtas poliklinikos respondentas atsakė, kad nenorėtų, o abejojančių buvo kas penktas ambulatorijų ir kas ketvirtas poliklinikos respondentas. Taip nustatytas reikšmingas skirtumas tarp respondentų norėjimo gydytis pas tą patį gydytoją ir ateityje ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 77,33$ ,  $p=0,0001$ ). Paaiškėjo, kad daugiau ambulatorijos respondentų, palyginus su poliklinikos respondentais, norėtų gydytis pas tą patį gydytoją (4.3.4. lentelė).

Ambulatorijų respondentų didesnę pasitenkinimą esama padėtimi jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje ir norą ir toliau gydytis pas tą patį gydytoją galima paaiškinti subjektyviomis ir objektyviomis priežastimis. Objektyvios priežastys:

1) pacientų pripratimas ir susitaikymas su tradiciškai nusistovėjusiu sveikatos priežiūros tinklo išdėstymu;

- 2) artima sveikatos priežiūros įstaigos lokalizacija;
- 3) pacientų realus suvokimas, kad kreipimasi į atokiau išdėstytas sveikatos priežiūros įstaigas riboja jų pačių finansinės galimybės;
- 4) geresnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ambulatorijose, ką parodė atliktos anketinės apklausos duomenų analizė.

Subjektyvios priežastys:

- 1) mažesni kaimo gyventojų poreikiai teikiamų paslaugų kokybei ir reiklumas savo sveikatai;
- 2) psichologinio suderinamumo nusistovėjimas su eilę metų kaimo vietovėse dirbančiais medicinos darbuotojais.

**4.3.4. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar norėtų gydytis pas tą patį gydytoją ir ateityje**

| Noras gydytis pas tą patį gydytoją | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                    | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Taip                               | 138           | 73,4  | 108         | 63,2* | 246     | 68,5  |
| Ne                                 | 12            | 6,4   | 18          | 10,5  | 30      | 8,4   |
| Abejoju                            | 38            | 20,2  | 45          | 26,3  | 83      | 23,1  |
| Iš viso                            | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ambulatorijų pacientais

Šiaulių miesto Gytarių mikrorajono gyventojų apklausos duomenimis, privačių PSP įstaigų pacientai dažniau, negu pasirinkusieji savivaldybės SPS įstaigoje dirbantį gydytoją, buvo patenkinti teikiamomis paslaugomis, gydytojo bendravimu su pacientu, ir net 74,6 proc. nurodė,

kad ateityje norėtų rinktis privačioje SPS įstaigoje nepriklausomo rangovo principu dirbantį gydytoją [54].

Analizuojant respondentų atsakiusių į klausimą, ar jiems per paskutinius 12 mėn. teko kreiptis į gydytojus-specialistus, atsakymus, buvo nustatyta, kad beveik trys ketvirtadaliai respondentų tiek ambulatorijose, tiek poliklinikoje kreipėsi į gydytojus-specialistus su siuntimu, kas šeštas respondentas kreipėsi savarankiškai, o kas dešimtas visai nesikreipė pas gydytojus-specialistus. Rezultatai rodo, kad didžioji dalis pacientų kreipėsi į gydytojus specialistus ne savarankiškai, aplenkdami BPG instituciją, o su šeimos gydytojo nukreipimu, ir reikšmingo skirtumo tarp respondentų kreipimosi į gydytojus specialistus ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo nebuvo ( $\chi^2 = 7,76$ ,  $p=0,5$ ) (4.3.5. lentelė). Matomai, didelę siuntimų pas specialistus dalį įtakoja ribotos BPG institucijos diagnostinės galimybės, pasitikėjimo savo kompetencija stoka, o ne pacientų nepasitenkinimas šia institucija.

Lietuvoje atliktos BPG darbo analizės metu nustatyta, jog gydytojų atliekamų procedūrų skaičius dar nepakankamas [58], kas taipogi nulemia siuntimo pas gydytojus – specialistus priežastis.

**4.3.5. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, ar per paskutinius 12 mėn. teko kreiptis į gydytojus-specialistus**

| Kreipimasis į gydytojus specialistus | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|--------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                                      | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Nesikreipiau                         | 13            | 6,9   | 15          | 8,8   | 28      | 7,8   |
| Kreipiausi su savo gydytojo siuntimu | 139           | 73,9  | 126         | 73,7  | 265     | 73,8  |
| Kreipiausi savarankiškai             | 36            | 19,1  | 30          | 17,5  | 66      | 18,4  |
| Iš viso                              | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Apklausoje pas kokius gydytojus-specialistus buvo kreiptasi, metu paaiškėjo, kad beveik kas ketvirtas respondentas kreipėsi į gydytojus neurologus ir okulistus, kas penktas - į gydytojus

otolaringologus, kas septintas - į traumatologus, kas dešimtas - į kardiologus ir kas dvylikas - į endokrinologus. Tyrimo metu nenustatytas reikšmingas skirtumas tarp respondentų kreipimosi į specialistus ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ( $\chi^2 = 8,94$ ,  $p=0,4$ ) (4.3.6. lentelė).

**4.3.6. lentelė. Respondentų, besikreipusių į viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką ir ambulatorijas, pasiskirstymas pagal tai, pas kokius specialistus dažniausiai kreipėsi**

| Gydytojas specialistas        | Ambulatorijos |       | Poliklinika |       | Iš viso |       |
|-------------------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
|                               | n             | %     | n           | %     | n       | %     |
| Neurologas                    | 43            | 22,9  | 27          | 15,8  | 70      | 19,5  |
| Okulistas                     | 55            | 29,3  | 27          | 15,8  | 82      | 22,8  |
| Otolaringologas               | 32            | 17,0  | 40          | 23,4  | 72      | 20,1  |
| Traumatologas                 | 28            | 14,9  | 24          | 14,0  | 52      | 14,5  |
| Kardiologas ar endokrinologas | 30            | 16,0  | 53          | 31,0  | 83      | 23,1  |
| Iš viso                       | 188           | 100,0 | 171         | 100,0 | 359     | 100,0 |

Apibendrinant gautus darbo rezultatus, konstatuojama, kad respondentų, besigydžiusių Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje bei ambulatorijose, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas buvo nevienodas. Finansinį prieinamumą atspindintis pacientų pajėgumas nusipirkti vaistus buvo geresnis poliklinikos, o ne ambulatorijos respondentams (beveik trečdalis ambulatorijų ir šeštadalis poliklinikos pacientų negali nusipirkti būtiniausių vaistų). Teritorinis prieinamumas buvo mažiau problemiškas ambulatorijų pacientams (daugiau nei pusei visų respondentų apsilankymas pas gydytoją nesukelia problemų, lyginant su poliklinikos pacientais). Trys ketvirtadaliai visų respondentų pageidautų, kad bendrosios praktikos gydytojas gyventų ir dirbtų arčiau namų, nors ryškesnio skirtumo tarp dviejų skirtingų organizacijų tipo respondentų statistiškai nenustatyta.

Lyginant tiriamųjų duomenis pagal sveikatos priežiūros įstaigos tipą, išryškėjo statistiškai reikšmingi skirtumai kriterijų, apibūdinančių organizacinį paslaugų prieinamumą. Daug laiko respondentai sugaišta, laukdami prie registratūros, ypač poliklinikoje. Apie 10 proc. poliklinikos lankytojų tenka sugaišti prie registratūros net 30-60 min., kai tokių asmenų,

besilankančių ambulatorijose, buvo tik vienetai. Ambulatorijų respondentų, laukiančių prie registratūros iki 10 min., buvo reikšmingai daugiau, nei poliklinikos respondentų. Klausiant respondentus apie registraciją telefonu, buvo nustatyta, kad beveik kas ketvirtas ambulatorijų ir kas antras poliklinikos lankytojas registruojasi pas gydytoją telefonu, tai yra, šia paslauga noriau naudojasi poliklinikos pacientai. Beveik du trečdaliai respondentų atsakė, kad jie prie gydytojo kabineto ambulatorijose laukia iki 10 min., kai tokių asmenų, besilankančių poliklinikoje, buvo tik kas penktas. Kas ketvirtas ambulatorijų respondentas ir kas penktas poliklinikos respondentas atsakė, kad norėtų nelaukti, po trečdalį tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentų sutiktų prie gydytojo kabineto laukti iki 10 min. Kas antras ambulatorijų respondentas pas gydytoją užtrunka 10-15 min., kai tuo tarpu daugiau nei pusė poliklinikos respondentų užtrunka 15-30 min. Pagal gautus duomenis, organizacinis prieinamumas ambulatorijose yra geresnis, nei poliklinikoje. Ištyrus informacinį paslaugų prieinamumą, paaiškėjo, kad tris ketvirtadalius ambulatorijų ir beveik devynis iš dešimties poliklinikos respondentus gydytojai informuoja apie sveikatos būklę. Daugiau kaip pusė visų ambulatorijas lankančių pacientų yra informuojami apie ligos išvengimo būdus, kai tokių polikliniką lankančių respondentų buvo vidutiniškai 45 proc.

Tiriant pacientų pasitenkinimą gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, paaiškėjo, kad daugiau kaip pusė visų ambulatorijų respondentų yra patenkinti tos sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje gydomi, paslaugomis, o tokių poliklinikos respondentų buvo vidutiniškai keturi iš dešimties. Šeši iš dešimties ambulatorijų respondentai ir du trečdaliai poliklinikos respondentų patenkinti savo šeimos gydytojo kompetencija, nors kas dešimtas tiek ambulatorijų, tiek poliklinikos respondentas nebuvo patenkintas savo šeimos gydytojo kompetencija. Esama padėtimi sveikatos priežiūros įstaigoje yra patenkinti trys ketvirtadaliai ambulatorijų ir du trečdaliai poliklinikos respondentų, o vidutiniškai trys ketvirtadaliai ambulatorijų ir du trečdaliai poliklinikos respondentų atsakė, kad jie ir toliau norėtų gydytis pas tą patį gydytoją.

Beveik trys ketvirtadaliai respondentų tiek ambulatorijose, tiek poliklinikoje kreipėsi į gydytojus-specialistus su siuntimu, kas šeštas respondentas kreipėsi savarankiškai, o kas dešimtas- visai nesikreipė pas gydytojus-specialistus. Beveik kas ketvirtas respondentas kreipėsi į gydytojus neurologus ir okulistus, kas penktas- į gydytojus otolaringologus, kas septintas- į traumatologus, kas dešimtas -į kardiologus ir kas dvyliktas -į endokrinologus.

## 5. IŠVADOS

1. Pacientų apklausos duomenimis nustatyta, kad viešojoje įstaigoje Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika ir jos padaliniuose pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas buvo nevienodas:
  - 1.1. Finansinis prieinamumas geresnis poliklinikos pacientams.
  - 1.2. Teritorinis prieinamumas geresnis ambulatorijų pacientams, matomai, tai sąlygoja arti gyventojų išdėstytas sveikatos priežiūros įstaigų tinklas.
  - 1.2. Organizacinis prieinamumas geresnis ambulatorijose, matomai, tam turi įtakos mažas įstaigoje aptarnaujamų pacientų skaičius.
  - 1.3. Informacinis prieinamumas geresnis poliklinikoje, matomai, sąlygotas didesnių pacientų poreikių, keliamų teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms.
2. Tyrimo metu nustatyta, kad viešojoje įstaigoje Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika ir jos padaliniuose besigydančių pacientų pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis buvo panašus:
  - 2.1. Ambulatorijų pacientų tarpe nustatyta didesnio pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir esama padėti įstaigoje tendencija.
  - 2.2. Bendrosios praktikos gydytojo kompetencija vienodai tenkina tiek ambulatorijų, tiek ir poliklinikos pacientus, bet didesnis ambulatorijos pacientų skaičius norėtų gydytis pas tą patį gydytoją.
  - 2.3. Ambulatorijų ir poliklinikos pacientų panašus skaičius kreipėsi į gydytojus-specialistus su bendrosios praktikos gydytojo nukreipimu, o ne savo iniciatyva, kas parodo pacientų pasitikėjimą bendrosios praktikos gydytojo institucija.
3. Tikslu pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų Panevėžio rajono sveikatos priežiūros įstaigose prieinamumą visais aspektais ir pacientų pasitenkinimą jomis, būtina priartinti paslaugas, optimizuojant rajono sveikatos priežiūros įstaigų tinklo išdėstymą, gerinant atskirų įstaigų padalinių darbą ir keliant medicinos darbuotojų kompetenciją, pasinaudojant įdiegtų informacinių technologijų suteikiamais pranašumais. Be to, būtina ir toliau stiprinti bendrosios praktikos gydytojo institucijos pozicijas, tikslu optimaliai ir efektyviai panaudoti turimus ribotus sveikatos priežiūrai skiriamus resursus, perorientuojant savo veiklą daugiau profilaktinės medicinos kryptimi, kreipiant kuo didesnę dėmesį į pacientų lūkesčius, stiprinant bendradarbiavimą su jais ir dalijantis bendra atsakomybe už savo ir savo palikuonių sveikatą.

## **6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS**

1. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo gerinimui būtina toliau restruktūrizuoti rajono sveikatos priežiūros sistemą, steigiant bendrosios praktikos gydytojo institucijas gyvenvietėse, taip priartinant sveikatos priežiūros paslaugas prie gyventojų.

2. Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką rajono savivaldybės poliklinikoje, tuo pačiu užtikrinant organizacinio prieinamumo pagerinimą:

2.1.Registratūros darbo organizavimo gerinimas (kvalifikuotų darbuotojų skaičiaus padidinimas, ypač rytinėmis poliklinikos darbo valandomis, kai ligonių srautai yra didžiausi), patikslinant pacientų kreipimosi priežastis ir tinkamai juos nukreipiant, tai yra, diferencijuojant pacientų srautus, be to, išplečiant registravimosi telefonu paslaugų apimtį.

2.2. Informacinių technologijų įdiegimas (prioritizuojant standartizuotos medicininės dokumentacijos tvarkymo įvedimą) ženkliai pagerintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nes sutrumpintų laukimo prie registratūros ir gydytojo kabineto laiką, pakeistų apsilankymo pas gydytoją struktūrą (didesnę laiko dalį galima būtų skirti pacientų informavimui apie susirgimą, gydymo būdus, gyvenimo kokybės gerinimą, paruošiant informatyvią ir visiems prieinamą metodinę medžiagą apie susirgimų prevenciją ir gyvenimo būdą, sergant vienokiu ar kitokiu susirgimu).

2.3. Bendrosios praktikos gydytojo institucijos tobulinimas, tikslu didinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir gerinti jų kokybę, užtikrinant šiuolaikinių diagnostinių tyrimo ir gydymo metodų taikymą praktiniame darbe, nuolatinį individualų darbuotojų motyvacijos organizacijoje skatinimą, taikant diferencijuotą darbo apmokėjimo modelį, vadovaujantis visuotinai priimtinių ir aiškiai apibrėžtų gydytojo darbo kokybę atspindinčių kriterijų sistema.

2.4.Organizacijos viso kolektyvo narių kompetencijos nuolatinis kėlimas paslaugų prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo aspektu, supažindinant su pacientų apklausų rezultatais, dėmesį sutelkiant į taip vadinamą naujos kartos slaugos personalo ruošimą, išplečiant jų funkcijas ir atsakomybę, diegiant naujovišką požiūrį į darbo procesą.

3. Informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigos darbą išsamesnis pateikimas, reguliarius pacientų anketavimas, tyrimų apibendrintus rezultatus pritaikant praktiniame darbe ir taip stengiantis patenkinti pacientų lūkesčius, tuo pačiu didinant įstaigos konkurencingumą kitų sveikatos priežiūros paslaugas tame regione teikiančių organizacijų atžvilgiu.

4. Plėsti įstaigos veiklos apimtį profilaktinės medicinos kryptimi, organizuojant rajono gyventojų sveikatos profilaktinius patikrinimus, aiškinantis lėtinius neinfekcinius susirgimus predisponuojančius rizikos faktorius ir ankstyvąsias stadijas, panaudojant sveikatos programų lėšas, gaunamas iš rajono savivaldybės sveikatos fondo, į šį darbą įtraukiant pakankamą žmogiškųjų išteklių kiekį slaugos specialistų tarpe, tuo labiau, kad jų skaičius dar padidės, įgyvendinimus elektroninės strategijos pagrindines nuostatas įstaigos mastu.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Bagdonienė L., Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. Vadovėlis. Kaunas: Technologija, 2004.
2. Balkrishnan R., Dugan E., Camacho FT et al. Trust and satisfaction with physicians, insurers and medical profession. Med Care 2003; 41(9): p.1058-64.
3. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med, 1989.- Vol. 320, No 1. p.53-56.
4. Bury M. Health and illness in Changing Society. London and New York, Routledge. 1997.
5. Chandra A., Skinner J. Geography and racial health disparities. NBER working paper no. W9513. Cambridge, Mas.: NATIONAL Bureau of Economic Research, February 2003.
6. Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius, 2000. p. 75-83, 119-150.
7. DeNavas-Walt C., Proctor BD et al. Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2003. Census Bureau current population reports. No. P60-226. Washington, D.C.: Government Printing Office, August 2004.
8. Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2004 balandžio 8 d. Nr. V-208.
9. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų. LR SAM 1998m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571.
10. Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. LR SAM įsakymas, Vilnius, 1997m. liepos 4 d. Nr. 372.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of Medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly.- 1996.- No. 44. p. 194-196.
12. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1998. No. 260-p. 1743-1748.
13. Donabedian A. What is quality in health care? Proceedings. Ninth International Conference of the ISQA-1992.
14. [http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004\\_0487lt01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_0487lt01.pdf) Europos Bendrijų Komisijos Komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui 2007-2013 m. finansinės perspektyvos. Briuselis, 2004.
15. Edvardsson B., Thomasson B., Ovretveit J. Quality of Service. Making it really work. McGrawHill, 1994.

16. Feldbaum E. Healthcare systems. Cost containment versus quality. Financial Times Management Reports. - FT Business enterprises Ltd,- 1993.
17. Gabbot M., Hogg G. Consumers and Services. New York: John Wiley & Sons, 1998.
18. Garaity T.F. Medical compliance and the clinical –patient relationship: a review . Social Sciences of Medicine Vol.15.1981.p.215-222.
19. Geva A. Consumer Behaviour and the decision to purchase II. Ramat- Aviv. Buckingham:Open University Press, 1996.
20. Guendelman S., Angulo V., Oman D. Access to health care for children and adolescents in working poor families: recent findings from California. Med Care 2005; 43(1): p.68-78.
21. Haas JS., Phillips KA., Sonneborn D. et al. Variations in access to health care for different racial/ethnic groups by the racial/ethnic composition of an individual of residence. Med Care 2001; 42(7): p.707-14.
22. Health-21: Health for all policy and strategy for Europe in the 21-t century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1998; p.286.
23. Holtz-Eakin D. Health care spending and the uninsured. CBO testimony before the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, United States Senate, January 28, 2004. Washington, D.C.: Congressional Budget Office, 2004.
24. Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. Visuomenės sveikata, 2000;1(11): p.81-91.
25. Juodrytė S., Kemežytė E., Urbonas G. KMU Šeimos medicinos klinikos pacientų nuomonė apie šeimos gydytojų darbą. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2003;7(3): p.209-10.
26. Jurgutis, Razgauskas E. Gyventojų kreipimosi į įvairių sveikatos priežiūros lygių įstaigų dažnumo ir požiūrio į sveikatos priežiūros sistemą tyrimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas.2003;7(3):p.156-62.
27. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai – problemos Vilniaus mieste. Medicina 2001;37(3): p.293-301.
28. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. Medicina 2002;38(1): p.94-102.
29. Kairys J., Žebienė E., Rutkys BA., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei kaimeliuose. Medicina 2004; 40(2): p.178-190.
30. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, 2002.

31. Kelley E., Moy E., Stryer D. et al. The national health care quality and disparities report: an overview. *Med Care* 2005; 43(3Suppl):p. 13-8.
32. Klugman J., Micklewright J., Redmond G. Poverty in transition: social expenditures and the working-age poor. Innocenti Working Paper No. 91, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2002.
33. Kohn LT., Corrigan JM., Donaldson BS. eds. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press. 2000.
34. Krobot KJ., Miller WC., Kaufman JS. et al. The disparity in access to new medication by type of health insurance: lessons from Germany. *Med Care* 2004; 42(5): p.487-91.
35. Leonavičius V. Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis. *Filosofija.Sociologija*.Nr.3. 2003.
36. Leonavičius V., Plieskis M., Petrauskienė J. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. *Sociologija* 2003;1: p.93-101.
37. Levit K., Smith C., Cowan C. et al. Health spending rebound continues in 2002. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: p.147-159.
38. Lietuva 1999. Gyvenimo sąlygos.2000, p. 187.
39. Lietuvos elektroninės sveikatos strategijos projektas 2005-2010 m. Vilnius, 2004.
40. LR 2004-2006 metų nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planas, Vilnius, 2004, p.12.
41. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius. 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII-946.
42. <http://www.lsic.lt/>. Lietuvos sveikatos informacijos centras.
43. <http://www.std.lt/> Lietuvos statistikos departamentas.
44. <http://www.sam.lt/reforma> Lietuvos sveikatos programa 1997-2010.
45. Liubarskienė Z., Mecelytė R. Pacientų teisė spręsti ir rinktis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2001;5(8): p.646-9.
46. Lim YW., Andersen R., Leake B. et al. How accessible is medical care for homeless women? *Med Care* 2002; 40(6): p.510-20.
47. Litaker D., Cebul RD. Managed care penetration, insurance status, and access to health care. *Med Care* 2003; 9: p.1086-95.
48. Lovelock CH. Managing services: marketing, operations and human resources. Prentice Hall, 1992.

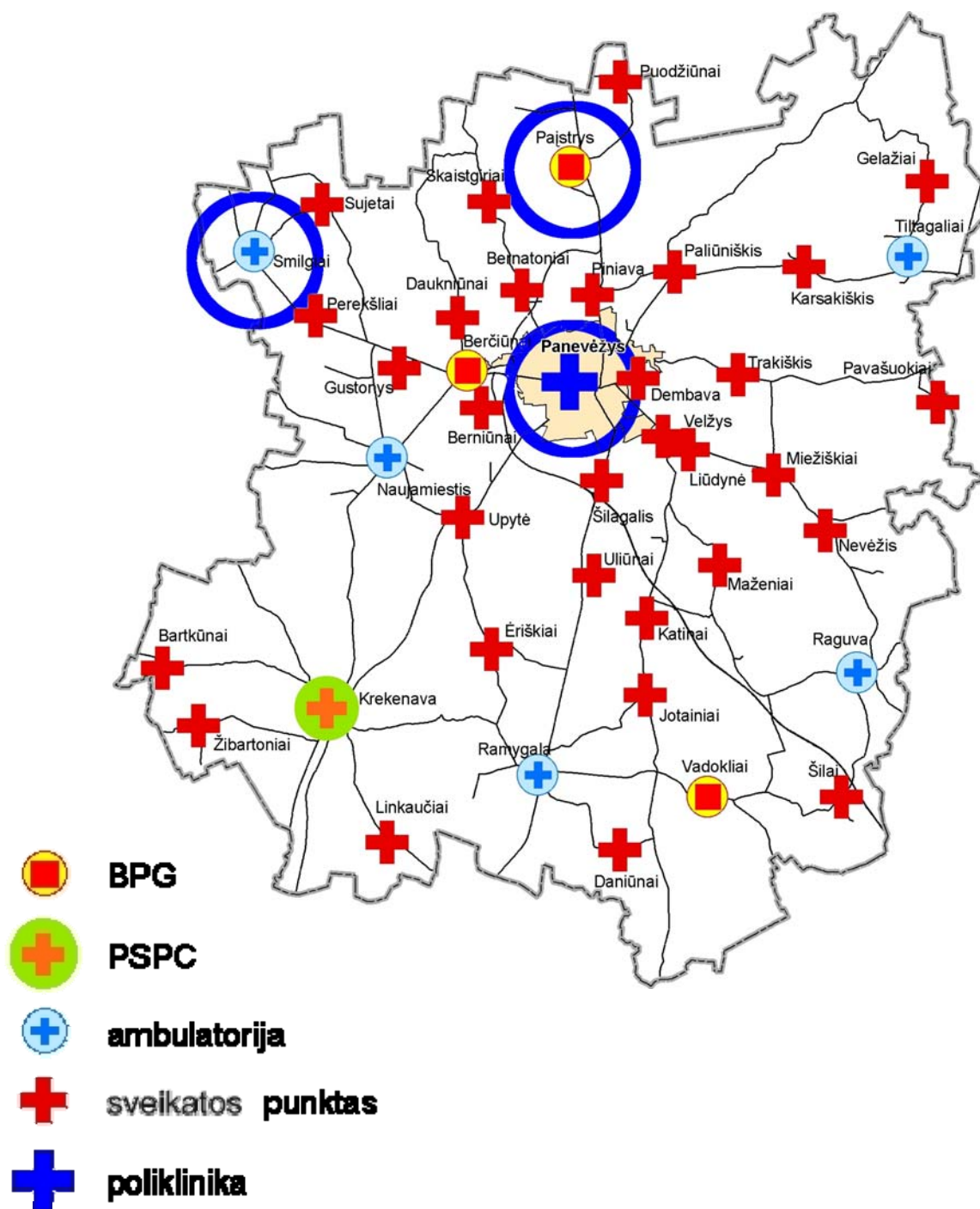
49. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002; 38(11): p.1129-35.
50. Marmot M., Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ* 2000; 321: p.1124-28.
51. Myers DG. *Psychology*, 3-d edition. Worth Publishers, USA, 1992.
52. Ovretveit J. What is Quality in Health Service. *Health Services Management*. - 1990.-p. 132-133.
53. Petrauskienė J., Kalėdienė R., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės mokslo teorija ir praktika. Kaunas, Šviesa. 1999.
54. Petrauskienė J., Stirbienė J. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas šeimos gydytojo paslaugomis. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;1: p.17-21.
55. Plieskis M., Petrauskienė J., Leonavičius V. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje. Gyventojų pasitenkinimas paslaugomis. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;10: p.640-44.
56. Parkerton PH., Smith DG., Belin TR. et al. Physician performance assessment: non-equivalence of primary care measures. *Med Care* 2003; 41(9): p.1034-47.
57. Raila G. Lietuvos apylinkės terapeutų ir užsienio valstybių bendrosios praktikos gydytojų teikiamos pagalbos skirtumai. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 1999;32920:p.162-8.
58. Raila G., Valius L. Bendrosios praktikos gydytojo darbo analizė. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;4(1):p.13-8.
59. Rammasvamy R. *Design and Management of Service Process*. Addison Wesley Publ. CO, 1996.
60. Rawls J. *A theory of justice*- Cambridge, MA:Belknap Press of Harvard University Press, 1971.
61. Reinhardt UE., Hussey PS., Anderson GF. U.S. health spending in an international context. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23:p.10-25.
62. Roblin DW., Becker ER., Adams EK. et al. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Med Care* 2004; 42(6):p.579-90.
63. Ruhnke GW., Wilson SR., Akamatsu T. et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 2000; 118(4):p.1172-82.

64. Rust RT., Zahorik AJ., Keimingham TL. Return on quality (measuring the financial impact of your company's quest for quality). – Probes Publishing, 1994.
65. Sveikatos apsaugos ministerijos 2005-2007 m. sutrumpintas strateginis veiklos planas. Patvirtintas 2005 m. sausio 24 d. nutarimu Nr. 65.
66. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa. Valstybės Žinios, 2004, Nr. 144.
67. Silber D. e.Sveikata, Ataskaita Ministrų lygio konferencijai, Briuselis, 2003, (ISBN 90-6779-180-6).
68. Smith MA., Bartell JM. Changes in usual source of care and perceptions of health care access, quality, and use. Med Care 2004; 42(10): p.975-84.
69. Unicef Education for all? Florence: Unicef International Child Development center, 1998. (The MONEE Project Regional Monitoring Report, No 5).
70. United Nations Statistics Division <http://unstats.un.org/>
71. Vladičkienė J., Petrauskienė J. Pirminės sveikatos priežiūros grandies gydytojų bendradarbiavimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2001;5(2):p.128-31.
72. Vahey DC., Aiken LH., Sloane DM. et al. Nurse burnout and patient satisfaction. Med Care 2004; 42(2Suppl):II p.57-66.
73. Williams S., Weiman J., Dale J. et al. Patient expectations: What do primary care patient want from the GP and how does meeting expectations affect patient satisfaction? Family Practice 1995; 12(2):p.193-201.
74. Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Medicina 2004; (40)5):p.467-74.
75. Žėbienė E., Razgauskas E., Čekanavičius V. Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija. Medicina 2001; 37(7):p.721-7.

## PRIEDAI

1 priedas

### PANEVĖŽIO RAJONO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS



## ANKETA

### **Viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo ir pasitenkinimo paslaugomis įvertinimas pacientų požiūriu**

Ši anketa skirta ištirti pacientų požiūrį į Viešosios įstaigos Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, nustatyti pacientų pasitenkinimą paslaugomis, esamas problemas ir taip padėti pacientams. Duomenis renka Kauno Medicinos Universiteto magistrantė Violeta Grigienė. Šiam darbui vadovauja Kauno Medicinos Universiteto Socialinės medicinos katedra. Duomenys bus naudojami tik mokslo reikams ir yra konfidencialūs.

Labai prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus, parinkdami jūsų nuomone, vieną patį tinkamiausią atsakymą. Jį pabraukite, o kur reikia, įrašykite.

Dėkojame už nuoširdžius atsakymus.

1. Lytis: 1)vyras; 2)moteris.
2. Amžius: (.....)m.
3. Koks Jūsų išsilavinimas?  
1) pradinis; 2)vidurinis;3) aukštesnysis;  
4) nebaigtas aukštasis;5)aukštasis.
4. Kaip jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?  
1)gera; 2)vidutiniška;4) bloga.
5. Kiek kartų lankėtės pas savo bendrosios praktikos gydytoją per paskutinius 12 mėnesių? (.....)kartų.
6. Dėl kokių priežasčių lankėtės pas savo bendrosios praktikos gydytoją?  
1) dėl ligos;2)dėl kompensuojamų vaistų; 3)dėl profilaktinio patikrinimo.
7. Kiek kartų per paskutinius 12 mėnesių Jus namuose aplankė gydytojas?  
(.....)kartų.
8. Kiek kartų per paskutinius 12mėnesių Jus namuose aplankė slaugytoja?  
(.....) kartų.
9. Kiek laiko sugaištate nuvykti iki poliklinikos ar Jūsų šeimos gydytojo?  
1) iki 30min; 2) iki 60min; 3)1-2 val.;4) daugiau kaip 2 val.
10. Ar Jūs galite nusipirkti vaistų, kurių jums reikia?  
1)taip; 2)ne visada;3)ne.
11. Ar jūs pats pasirinkote savo bendrosios praktikos gydytoją?  
1)taip; 2)ne.
12. Kiek laiko paprastai tenka laukti prie registratūros langelio?  
1)iki 10min; 2)10-15 min;3)15-30min;4)30-60min.
13. Ar Jūs kada nors registruojatės telefonu?  
1) taip; 2)ne; 3) nežinojau, kad yra tokia galimybė.
14. Kiek laiko dažniausiai laukiate priėmimo pas gydytoją už jo kabinetų durų?  
1)iki 10 min; 2)10-15 min; 3)15-30min; 4)30-60min;  
5)60 min. ir daugiau.
15. Kiek laiko Jūs sutiktumėte laukti priėmimo pas gydytoją?  
1) nelaukti; 2) iki 10min; 3) 10-15 min; 4)15-30min;5)30-60min;

- 6) 60 min. ir daugiau.
16. Kiek laiko dažniausiai trunka gydytojo priėmimas?  
1) iki 10min; 2) 10-15min; 3) 15-30min; 4) 30-60min.
17. Ar patenkate pas gydytoją priėmimo talone nurodytu laiku?  
1) taip; 2) ne visada; 3) ne.
18. Ar Jūs patenkintas sveikatos priežiūros paslaugomis šioje poliklinikoje (ambulatorijoje)?  
1) taip; 2) dalinai; 3) ne.
19. Ar esate patenkintas savo gydytojo bendravimu su Jumis?  
1) taip; 2) dalinai; 3) ne.
20. Ar Jūs esate patenkinti savo gydytojo kompetencija (sugebėjimu gerai diagnozuoti ir gydyti)?  
1) taip; 2) dalinai; 3) ne.
21. Ar esate informuotas apie savo sveikatos būklę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ar ligos prognozę?  
1) ne, gydytojas nesuteikia tokios informacijos; 2) gydytojas tik kartais suteikia šios informacijos; 3) taip, gydytojas viską išsamiai paaiškina.
22. Ar gydytojas priėmimo metu informuoja jus apie susirgimo, dėl kurio kreipiatės, išvengimo būdus?  
1) taip; 2) kartais; 3) ne.
23. Ar Jūs esate patenkintas esama darbo tvarka poliklinikoje?  
1) taip; 2) dalinai; 3) ne.
24. Ar Jūs norėtumėte ir toliau gydytis pas tą patį bendrosios praktikos gydytoją?  
1) taip; 2) ne; 3) abejoju.
25. Ar per paskutinius 12 mėnesių teko kreiptis pas gydytojus specialistus?  
1) nesikreipiau; 2) kreipiausi su savo gydytojo siuntimu; 3) kreipiausi savarankiškai.
26. Kiek kartų per paskutinius 12 mėnesių teko kreiptis pas gydytojus specialistus?  
..... kartų (įrašykite)
27. Nurodykite, pas kokius specialistus teko kreiptis?  
1) neurologas; 2) okulistas; 3) otorinolaringologas; 4) traumatologas; 5) kardiologas; 6) endokrinologas; 7) kiti..... (įrašykite)
28. Kokiu atstumu gyvenate nuo savo bendrosios praktikos gydytojo (įrašykite)?  
( ..... km)
29. Ar atvykimas pas bendrosios praktikos gydytoją Jums sukelia problemų ar sunkumų?  
1) taip; 2) kartais; 3) ne.
30. Ar pageidautumėte, kad Jūsų bendrosios praktikos gydytojas dirbtų arti Jūsų namų įkurtame pirminės sveikatos priežiūros centre?  
1) taip; 2) ne; 3) neturiu nuomonės.
31. Kur Jūs gyvenate?  
1) mieste; 2) kaime.