

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

EVELINA RIMDŽIENĖ

SKATINAMŲJŲ PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO
VERTINIMAS PANEVĖŽIO RAJONO SAVIVALDYBĖS
POLIKLINIKOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Lekt. dr. Gintarė Petronytė

VILNIUS

2022

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SKATINAMŲJŲ PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO
VERTINIMAS PANEVĖŽIO RAJONO SAVIVALDYBĖS
POLIKLINIKOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa SPVvmis19-1

Vadovas

_____Lekt. dr. Gintarė Petronytė

2022 -

Recenzentas

2022 -

Atliko

_____stud. Evelina Rimdžienė

2022 -

VILNIUS

2022

TURINYS

ĮVADAS	8
1. PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ANALIZĖ.....	12
1.1. Pirminės asmens sveikatos priežiūros samprata	13
1.2. Pirminės sveikatos priežiūros finansavimo ypatumai	16
2. PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA LIETUVOJE	21
2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą	24
2.2. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir jų finansavimas	29
2.3. Gerų rezultatų rodikliai pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūroje	31
2.4. Skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	39
3. TYRIMO METODIKA IR REZULTATAI	42
3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas.....	42
3.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas	45
3.2.1. Skatinamųjų paslaugų teikimas poliklinikoje.....	45
3.2.2. Kliūtys kylančios teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje ir jų mažinimo galimybės.....	49
3.2.3. Skatinamųjų paslaugų teikimo efektyvumo didinimas.....	53
IŠVADOS	56
REKOMENDACIJOS	57
LITERATŪRA	58
ANOTACIJA.....	65
ANOTATION.....	65
SANTRAUKA	66
SUMMARY	68
PRIEDAI	70

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. PSDF biudžeto lėšų įsisavinimas vykdant prevencines programas 2019 m.	38
2 lentelė. Šeimos gydytojų skatinamųjų paslaugų teikimo vertinimas	46
3 lentelė. Skatinamųjų paslaugų teisinio reguliavimo vertinimas.....	47
4 lentelė. Skatinamųjų paslaugų finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų vertinimas.....	48
5 lentelė. Pagrindinės problemos su kuriomis susiduriama teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje.....	50
6 lentelė. Pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje	51
7 lentelė. Pagrindinės priemonės taikomos poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų skatinamųjų paslaugų teikimą.....	52
8 lentelė. Efektyvios priemonės, kurias reikėtų diegti poliklinikoje gerinant skatinamųjų paslaugų teikimą	53

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų elgesį lemiantys veiksniai	14
2 pav. 2019 m. pirminės sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo visų sveikatos sistemos išlaidų.....	18
3 pav. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros sistema	23
4 pav. Paskiepytų nuo gripo asmenų skaičius Lietuvoje 2013–2020 m.	33
5 pav. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis hospitalizacijos dažniai 2018–2019 m.....	35
6 pav. PSDF biudžeto lėšos skirtos prevencinėms programoms finansuoti 2008–2019 m.	37
7 pav. Skatinamųjų paslaugų kiekis ir išlaidos 2018–2020 m.	41
8 pav. Asmenų pasinaudojusių skatinamosios paslaugomis skaičius 2018–2020 m.	41
9 pav. Kokybiniame tyrime taikyto klausimyno schema	44

PRIEDAI

1 priedas. Sveikatos priežiūros specialistų interviu klausimai	71
---	----

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

ES – Europos sąjunga

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra

PAASPI – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSP – pirminės sveikatos priežiūra

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

TLK – Teritorinė ligonių kasa

ULAC – Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras

VLK – Valstybinė ligonių kasa

IVADAS

Temos aktualumas. Pirminė asmens sveikatos priežiūra yra viena iš svarbiausių praktinės sveikatos priežiūros sričių. Šioje ambulatorinėje grandyje sprendžiama daugelis asmens sveikatos problemų, užsiimama gydymu, ligų prevencija, vykdomos svarbios visuomenės sveikatos priežiūros funkcijos (Jakubynaitė & Kaselienė, 2016). Siekiant tvarios sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo būtina, kad ši sistema racionaliai naudotų turimus resursus bei garantuotų gerą teikiamų paslaugų kokybę. Šalys, kuriose gerai išplėtoti pirminės sveikatos priežiūros grandis, pasižymi geresne gyventojų sveikata, mažesniais sveikatos skirtumais ir mažesnėmis išlaidomis sveikatos priežiūrai. Sveikatos priežiūros įstaigos turėtų užtikrinti kokybiškas, į pacientą orientuotas ir laiku suteikiamas paslaugas (Jakubsevičienė, 2013).

Susidomėjimas pirmine asmens sveikatos priežiūra, užtikrinančia aukšto lygio sveikatos sistemos veikimą pastebimas jau ilgą laiką. 1978 m. Alma-Atos deklaracijoje teigiama, kad kuriant veiksmingas ir operatyvias sveikatos priežiūros sistemas itin svarbi tampa aukštos kokybės pirminė sveikatos priežiūra. Nuolat didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos, išaugę piliečių lūkesčiai susiję su sveikatos priežiūros sistemomis, visuomenės senėjimas ir dažnesnis lėtinių ligų paplitimas tik sustiprino susidomėjimą pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumu (OECD, 2020).

Investavimas į pirminės sveikatos priežiūros sektorių rodo ekonominę naudą, nes leidžia išvengti didelių išlaidų, kurios patiriamos pacientams teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Tvari pirminė sveikatos priežiūra gali atitolinti lėtinių ligų atsiradimą ir sumažinti mirtingumą. Jos vaidmuo prevencijos srityje nuo skatinimo mesti rūkyti iki ankstyvo krūties ir storosios žarnos vėžio nustatymo – labai svarbus pacientų gyvenimo kokybei (OECD, 2020). Kai pirminė sveikatos priežiūra yra prieinama ir kokybiška – mažėja hospitalizacijų ir skubios pagalbos pacientų skaičius. Investuojant į pirminės asmens sveikatos priežiūros sektorių galima pagerinti teikiamų paslaugų koordinavimą bei sveikatos rodiklius.

Prognozuojama, jog iki 2050 m. 65 metų ir vyresnių gyventojų dalis beveik padvigubės (iki 28 proc. nuo visos populiacijos), todėl Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) šalys turi pertvarkyti savo sveikatos priežiūros sistemas (OECD, 2020). Jos turės užtikrinti veiksmingesnę ir kokybiškesnę sveikatos priežiūrą lėtinėmis ligomis sergantiems žmonėms bei kartu sumažinti perteklinį ligoninių ir specializuotų paslaugų poreikį. Tyrimai rodo, jog trisdešimtyje EBPO šalių hospitalizacijos vien dėl diabeto, astmos, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, širdies nepakankamumo, hipertenzijos sudarė apie 6 proc. visų hospitalizacijų. Visų šių ligų galima išvengti, jei būtų užtikrinta stipri pirminė sveikatos priežiūra. 2016 m. duomenimis, EBPO šalyse šių išvengiamų hospitalizacijų išlaidos sudarė apie 21,1 mlrd. JAV dolerių (OECD, 2020). Tokius

rezultatus lėmė nepakankamas dėmesys ligų prevencijai. Daug lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vis dar negauna rekomenduojamų prevencinės priežiūros paslaugų, ypač pažeidžiamiausios gyventojų grupės. Kita problema – daugelyje šalių mažėja bendrosios praktikos gydytojų bei prevencinei priežiūrai skiriama per mažai laiko.

Daugelyje šalių asmens sveikatos priežiūros sistemose siekiama teikti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, efektyviai naudojant turimus resursus, todėl sveikatos priežiūros finansavimo tvarumo užtikrinimas tampa iššūkiu, reikalaujančiu optimalių sprendimų. Visose EBPO šalyse diegiamos daug žadančios pirminės sveikatos priežiūros naujovės, o įrodymų kaip skatinti didesnę veiksmingumą vis daugėja (OECD, 2020). Daug žadančios inovacijos pirminės sveikatos priežiūros srityje gali padidinti sveikatos sistemų gebėjimą valdyti būsimas sveikatos krizes, sumažinti pacientų hospitalizavimą. Remiantis perspektyviausia šalių patirtimi matyti, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pertvarkymas apima kelių specialistų komandas, kurios aprūpintos skaitmeninėmis technologijomis. Jas sklandžiai integravus į specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima padėti gydytojams, slaugytojams, vaistininkams ir kitiems sveikatos priežiūros darbuotojams teikti veiksmingesnes paslaugas.

2019 m. Lietuvoje bendrai asmens sveikatos priežiūrai buvo skirta apie 1,39 mlrd. eurų, iš kurių lėšos priminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai sudarė apie 273 mln. eurų, neskaitant lėšų skirtų prevencinėms programoms (Valstybinė ligonių kasa, 2020a). Skatinamosios paslaugos bei priedai už gerus darbo rezultatus apskaitomi atskirai, o už jų teikimą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto mokama papildomai. Tokia apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas tvarka leidžia siekti aukštesnės paslaugų kokybės, tikslesnės ir ankstyvesnės įvairių ligų diagnostikos bei profilaktikos, mažinamos pacientų eilės pas sveikatos priežiūros specialistus. Siekiant maksimaliai ir optimaliai išnaudoti finansinius ir žmogiškuosius resursus būtina nepriekaištinga vadyba.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. 943, skatinamieji priedai mokami pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigai už 25 grupių paslaugas, kurios apima fiziologinio nėštumo priežiūrą, moksleivių paruošimą mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą, slaugos procedūras namuose ir kitas paslaugas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d). Kasmet yra sudaromi gydymo įstaigų metiniai planai numatant, kiek skatinamųjų paslaugų bus suteikta ir tam skiriamos PSDF biudžeto lėšos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2014a), tačiau nei vienais metais šios lėšos nebuvo pilnai įsisavintos (Valstybinė ligonių kasa, 2021c). Dėl negaunamų paslaugų nukenčia pacientai, o pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, šeimos gydytojai ir bendruomenės

slaugytojai praranda galimybę gauti priedą prie atlyginimo už skatinamųjų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. 2018–2020 m. PSDF biudžeto išlaidos skatinamosioms paslaugoms kito nežymiai ir vidutiniškai siekė apie 23,7 mln. eurų (Valstybinė ligonių kasa, 2021b). 2020 m. buvo suteita šiek tiek daugiau nei 4 mln. skatinamųjų paslaugų, o jomis pasinaudojo 924 tūkstančiai asmenų.

Temos naujumas. Vertinant pirminės asmens sveikatos priežiūros srityje atliktus mokslinius tyrimus Lietuvoje matyti, kad juose buvo analizuojamas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros finansavimas (Banaitytė, 2012; Urnikytė, 2015), skirtingų sveikatos sistemų veiklos modelių ypatumai (Matulevičiūtė & Balžekienė, 2016), pacientų pasitenkinimas ambulatorinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis (Lina Želvienė, 2017), sveikatos priežiūros įstaigų strateginis valdymas ir rodikliai (Dūdonis, 2013; Šablinskas, 2016; Sigita Burokienė, 2005). Tačiau mažai analizuotos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos skatinamosios paslaugos. Atsižvelgiant į tai, buvo atliktas vienas pirmųjų tyrimų, kuriame analizuojamas skatinamųjų paslaugų teikimo organizavimas, finansavimas bei kliūtys kylančios teikiant šias paslaugas.

Tyrimo objektas – skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas poliklinikoje.

Tyrimo dalykas – skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo poliklinikoje vertinimas.

Darbo tikslas – įvertinti skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti teisės aktus, reglamentuojančius skatinamųjų paslaugų teikimą.
2. Įvertinti šeimos gydytojų požiūrį į skatinamųjų paslaugų teikimo organizavimą.
3. Nustatyti šeimos gydytojų požiūrį į skatinamųjų paslaugų finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų.
4. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias teikiant skatinamąsias paslaugas.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą.

Darbo struktūra. Darbą sudaro trys skyriai. Pirmajame skyriuje analizuojama pirminė asmens sveikatos priežiūra bei jos finansavimo ypatumai. Antrajame skyriuje nagrinėjama pirminė asmens sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje bei teisės aktai, reglamentuojantys pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, analizuojamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos

priežiūros paslaugų organizavimas ir finansavimas, geri rezultatų rodikliai bei skatinamosios paslaugos. Trečiajame skyriuje vertinamas skatinamųjų paslaugų teikimas poliklinikoje, nagrinėjamos kliūtys kylančios teikiant šias paslaugas bei analizuojamos efektyvios priemonės gerinančios šių paslaugų teikimą poliklinikoje.

1. PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ANALIZĖ

Pirminės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PSP) srityje atliekama palyginti nemažai tyrimų, nuolat vyksta tarptautinės konferencijos, priimami svarbūs politikos strategijos dokumentai. Pažymima, jog efektyviai funkcionuojanti PSP sistema gali padėti užtikrinti šalies sveikatos paslaugų efektyvumą ir racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai (Dūdonis, 2013).

Daugelis svarbių pirminės sveikatos priežiūros sprendimų buvo numatyta jau nuo praėjusio amžiaus vidurio. Vienas svarbiausių dokumentų – Alma-Atos konferencijoje 1978 metais priimta deklaracija, kurioje Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) valstybės narės sutarė kurti ir plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Deklaracijoje teigiama, kad efektyvios sveikatos priežiūros sistemos užtikrinimui reikalinga gerai funkcionuojanti pirminė sveikatos priežiūra (International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, 1978; World Health Organization, 2018b). Nuo to laiko didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos, išaugę piliečių lūkesčiai susiję su sveikatos sistemomis, visuomenės senėjimas ir dažnesnis lėtinių ligų paplitimas tik sustiprino susidomėjimą pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumu (OECD, 2020). 1984 metais PSO valstybės narės priėmė Europos sveikatos politikos strategijos dokumentą „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Šiuo dokumentu rekomenduojama keisti sveikatos priežiūros modelį, kuris įprastai remiasi ligų diagnostika, gydymu ir reabilitacija. Dokumente akcentuojama, jog reikėtų skirti daugiau dėmesio sveikai gyvensenai ugdyti, sveikatai stiprinti ir ligų profilaktikai (World Health Organization, 1984). Taip pat jame buvo iškeltas siekis stiprinti, adaptuoti ir reformuoti sveikatos priežiūros sistemas bei užtikrinti pagrindinius PSP principus, pateiktus Alma-Atos deklaracijoje (Dūdonis, 2013; World Health Organization, 1984). Kitas sveikatos priežiūrai svarbus dokumentas – 1996 metais priimta Liublianios chartija (World Health Organization, 1996), kurioje pažymima, jog sveikatos sistemos reformą, sveikatos priežiūrą reikėtų orientuoti į sveikatos išsaugojimą ir ugdymą.

PSO pažymi, kad sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti kokybiškas, į pacientą orientuotas ir laiku suteikiamas paslaugas (World Health Organization, 2013a, 2013b). Be to, pabrėžiama pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gyventojams svarba bei paslaugų užtikrinimo kokybė. Pasak PSO, pirminė sveikatos priežiūra apima tris tarpusavyje susijusius ir sinergiškus komponentus (World Health Organization, 2021):

1. Visapusiškas integruotas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios apima pirminę sveikatos priežiūrą, ir daro teigiamą įtaką visuomenės sveikatos rodikliams;
2. Kelių sektorių politika ir veiksmai, skirti spręsti pirminius ir platesnius sveikatą lemiančius veiksnius;

3. Asmenų, šeimų ir bendruomenių įtraukimas, siekiant didesnio socialinio aktyvumo, geresnės sveikatos priežiūros ir savarankiškumo.

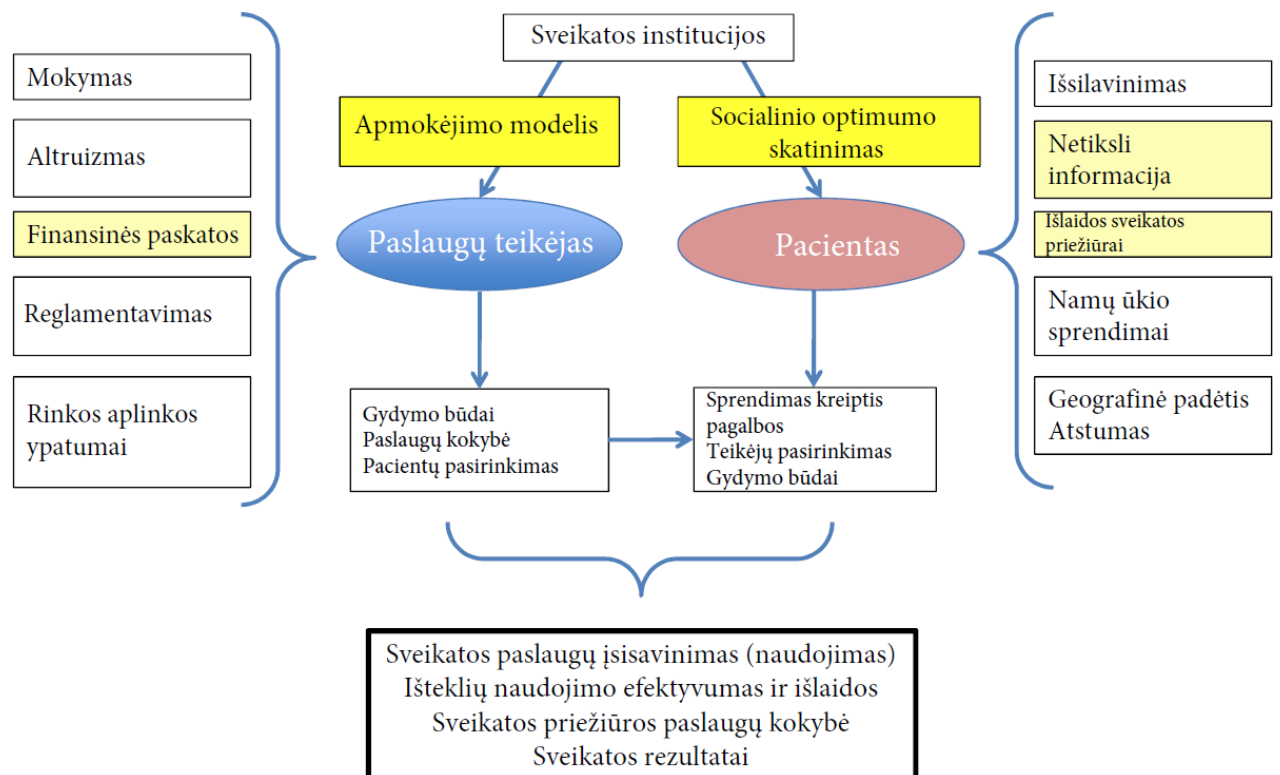
Teigiami sveikatos rodiklių rezultatai pasiekiami tuomet, kai pirminės sveikatos priežiūros paslaugos tenkina daugumos savo pacientų poreikių, žino jų ligos istoriją ir prireikus padeda koordinuoti priežiūrą su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Visose EBPO šalyse diegiamos daug žadančios naujos pirminės sveikatos priežiūroje, o įrodymų kaip skatinti didesnę veiksmingumą vis daugėja (OECD, 2020). Daug žadančios inovacijos pirminės sveikatos priežiūros srityje gali pagerinti būsimų sveikatos krizių valdymą sveikatos priežiūros sistemose bei sumažinti pacientų hospitalizavimo rodiklius.

Toliau šiame skyriuje bus analizuojama pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros samprata bei funkcionavimą lemiantys veiksniai. Taip pat apžvelgiami PSP finansavimo ypatumai ES ir kitose šalyse.

1.1. Pirminės asmens sveikatos priežiūros samprata

Pirminė asmens sveikatos priežiūra yra viena iš svarbiausių praktinės sveikatos priežiūros sričių. Šioje ambulatorinėje grandyje sprendžiama daugelis asmens sveikatos problemų, užsiimama gydymu, ligų prevencija, vykdomos svarbios visuomenės sveikatos priežiūros funkcijos. Sėkmingai veikianti, racionaliai naudojanti turimas lėšas bei garantuojanti gerą teikiamų paslaugų kokybę pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos sistemos pagrindas (Jakubsevičienė, 2013). Šalys, kuriose gerai išplėtotą pirminės sveikatos priežiūros grandis, pasižymi geresne gyventojų sveikata, mažesniais sveikatos skirtumais ir mažesnėmis išlaidomis sveikatos priežiūrai (Jakubynaitė & Kaselienė, 2016).

Sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų ir pacientų elgesį lemia daugelis veiksnių. 1 paveiksle patiekama konceptuali paslaugų tiekėjų ir pacientų elgseną lemiančių veiksnių schema.



1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų elgesį lemiantys veiksniai (Lagarde et al., 2010)

Teikiant sveikatos paslaugas gyventojams, šalių vyriausybės pasikliauja sveikatos priežiūros teikėjų teikiamomis paslaugomis. Sveikatos priežiūros specialistų pastangos teikti tokias paslaugas lemia daugelis veiksnių, įskaitant mokymą, reglamentavimą, profesines ir etines normas, finansines paskatas, darbo sąlygas, reputaciją ir altruizmą. Paslaugų teikėjų sprendimus taip pat formuoja platesnės sveikatos priežiūros rinkos aplinkos ypatumai, pavyzdžiui, konkurencijos lygis. Šie skirtingi veiksniai sudaro platų paskatų tinklą, kuris gali būti daugiau įtakojamas vyriausybių, tokiu būdu greičiau pagerinant paslaugų teikėjų veiklą ir politikos tikslus (Grimshaw et al., 2001).

Remiantis pagrindinio atstovo teorija (angl. *principal-agent theory*), sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai veikia kaip darbuotojai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams (Buchanan, 1988). Ekonomikos teorija išskiria keletą problemų, galinčių pakenkti visuotiniams tikslams, kurios kyla dėl pagrindinio atstovo elgesio. Pirma, jei paslaugų teikėjai elgiasi pagal savo interesus, dirbdami už tam tikrą atlyginimą, jie gali bandyti vengti darbo ar mažiau uoliai dirbti. Atsižvelgiant į gyventojų poreikį, tai gali turėti neigiamos įtakos paslaugų kokybei ir paslaugų apimčiai. Antra, jei paslaugų teikėjai turi finansinę paskatą sumažinti išlaidas, jie gali vengti gydyti pacientus, kuriems reikalingas intensyvesnis gydymas. Trečia, įprastai tikimasi, kad paslaugų teikėjai teiks geros kokybės paslaugas naudodami labiausiai ekonomiškus metodus, tačiau jei paslaugų teikėjai nepadengia teikiamų paslaugų finansinių išlaidų, jie nebūtinai atsižvelgs į išlaidas arba nesisistengs efektyviai naudoti išteklius (Lagarde et al., 2010).

Analizuojant 1 paveikslo schemą taip pat galima matyti keletą veiksnių, kurie lemia sveikatos paslaugų paklausą. Pacientų sprendimus lemia tokie veiksniai kaip išsilavinimas, žinios apie skatinamųjų ir prevencinių programų naudą, kultūriniai veiksniai, su sveikatos priežiūra susijusios išlaidos, pasiūlos aspektai tokie kaip sveikatos priežiūros kokybė ar geografinė galimybė naudotis sveikatos paslaugomis. Daugelyje literatūros šaltinių, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų paklausa, skiriamas dėmesys jų kainai (Ensor & Cooper, 2004). Be tiesioginių sveikatos priežiūros išlaidų, kai gyventojai moka įmokas į valstybės biudžetą už sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos paslaugų paklausą gali neigiamai paveikti netiesioginės išlaidos (pavyzdžiui, kelionės išlaidos, ar papildomos išlaidos patirtos per vizitą pas sveikatos paslaugų teikėją). Vertinant prevencines paslaugas, dažnai nustatoma nepakankama jų nauda. Tai yra dar viena esminių kliūčių, siekiant visuotinės prevencinių programų aprėpties (Fiszbein et al., 2009).

2018 m. atliktame tyrime, 14 Europos valstybių buvo nagrinėjamos priežastys, kodėl daugelis pacientų dažnai neatlieka prevencinių programų tyrimų (Pfizzer, 2018). Šioje studijoje viena iš prevencinių programų tyrimų neatlikimo priežastimi įvardinti emocijomis priimami sprendimai. Psichologai teigia, jog žmonės yra labiau linkę susikonscentruoti į trumpalaikius, o ne į ilgalaikius poveikio rezultatus. Didesnė svarba skiriama trumpalaikėms priemonėms, kurios sumažina skausmą, tačiau mažiau svarbios ilgalaikio poveikio priemonės. Taip pat pastebima, jog didelei daliai visuomenės svarbus šeimos ir draugų požiūris svarstant medicininius klausimus. Tam tikra kognityvinė elgsena, kaip pavyzdžiui polinkis nesiimti jokių veiksmų esant abejonėms ar vengimas priimti sprendimus turint per daug pasirinkimų – mažina tikimybę pasirinkti prevencines programas. Asmenims, kurie turi neigiamos informacijos apie konkretų vaistą gali pasireikšti nocebo (priešingybė placebo efektui) efektas (Gupta et al., 2017). Siekiant pašalinti emocines ir kognityvinio elgesio kliūtis, rekomenduojama į informacinius šaltinius įtraukti informaciją gydytojų, artimų grupių ir interneto. Taip pat labai svarbu suprasti veiksnius, kurie skatina baimę ar laimę.

Siekiant išspręsti nepakankamą paslaugų naudojimo problemą, kai kurios šalys taiko paklausos finansines paskatas, kurios skirtos paskatinti asmenis ar namų ūkius labiau naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, ypač prevencinėmis paslaugomis. Tokie mechanizmai įprastai vadinami „sąlyginiais grynųjų pinigų pervedimais“ (angl. *conditional cash transfer*), kai asmenys gauna tam tikrą užmokestį, jei jie naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis (World Health Organization, 2008b). Siekiant visuotinės prevencinių programų aprėpties, šį mechanizmą galima vertinti kaip naudingą papildomą skatinamąją priemonę platesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugoms teikti ir paslaugų teikėjų apmokėjimui. Tokiu būdu, namų ūkiai norėdami gauti atlygį, privalo reguliariai tikrinti vaikų sveikatą. Šiuo būdu tikimasi, kad tai leis valdžios institucijoms

užtikrinti socialiai optimalų pagrindinių sveikatos programų įgyvendinimą (de Janvry & Sadoulet, 2004).

Zakrzewska *et al.* nagrinėjo pagrindinius veiksnius, kurie turi įtakos prevencinių programų įgyvendinimą pirminėje sveikatos priežiūroje (Zakrzewska, 2017). Vienas jų – pakankamas resursų skyrimas optimaliam programų vykdymui: reikalinga skirti pakankamai laiko vizitui, vizitų skaičiui, pacientų švietimui, be to, svarbu atlikti programų vykdymo stebėjimą ir priežiūrą. Pažymėtina, kad veiksmingam prevencinių programų vykdymui būtinos tokios sąlygos kaip paprasti įtraukimo į programą kriterijai, taikomi mažiau invaziniai diagnostiniai tyrimai, paramos programos ir joms įgyvendinti paskirti atsakingi darbuotojai.

EBPO šalys turi pertvarkyti savo sveikatos priežiūros sistemas, nes prognozuojama, jog iki 2050 m. 65 metų ir vyresnių gyventojų dalis beveik padvigubės (iki 28 proc. nuo visos populiacijos EBPO šalyse), todėl jos turės užtikrinti veiksmingesnę ir kokybiškesnę sveikatos priežiūrą lėtinėmis ligomis sergantiems žmonėms bei kartu sumažinti perteklinę ligoninių ir jose teikiamų specializuotų paslaugų poreikį (OECD, 2020). Remiantis perspektyviausia šalių patirtimi teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pertvarkymas apima kelių specialistų komandas, kurios aprūpintos skaitmeninėmis technologijomis. Jas sklandžiai integravus į specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima padėti gydytojams, slaugytojams, vaistininkams ir kitiems sveikatos priežiūros darbuotojams teikti veiksmingesnes paslaugas (OECD, 2020).

1.2. Pirminės sveikatos priežiūros finansavimo ypatumai

Daugelyje šalių asmens sveikatos priežiūros sistemose siekiama teikti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, efektyviai naudojant turimus resursus, todėl sveikatos priežiūros finansavimo tvarumo užtikrinimas tampa iššūkiu, reikalaujančiu optimalių sprendimų. Sveikatos priežiūros sistemos gali būti finansuojamos taikant vieną modelį t. y., Beveridžo, Bismarko, Semaškos arba mišrų modelį, kuris turi kelių modelių bruožų.

Taikant Bismarko modelį, sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų ar mokesčių (Urnikytė, 2015). Šis modelis naudojamas Vokietijoje (šio modelio pradininkė), Austrijoje, Belgijoje, Olandijoje, Šveicarijoje (Wallace, 2013). Įmokos už sveikatos draudimą atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų, sveikatos draudimas yra privalomas, o lėšos kaupiamos fonduose. Fondai sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl medicinos pagalbos paslaugų teikimo (Valstybinė ligonių kasa, 2019b).

Beveridžio sistema paremta finansavimu iš bendrųjų mokesčių. Šioje sistemoje yra nustatyti privataus sektoriaus įnašai, užtikrinamas paslaugų prieinamumas visiems piliečiams (Darbutaitė,

2009). Semaškos modelyje finansavimas vykdomas centralizuotai iš valstybės biudžeto, remiantis Vyriausybės kontroliuojama centrine planavimo sistema (Valstybinė ligonių kasa, 2019b). Šioje sistemoje nėra privataus sektoriaus. Joje apdraudžiami visi asmenys ir visos paslaugos teikiamos nemokamai.

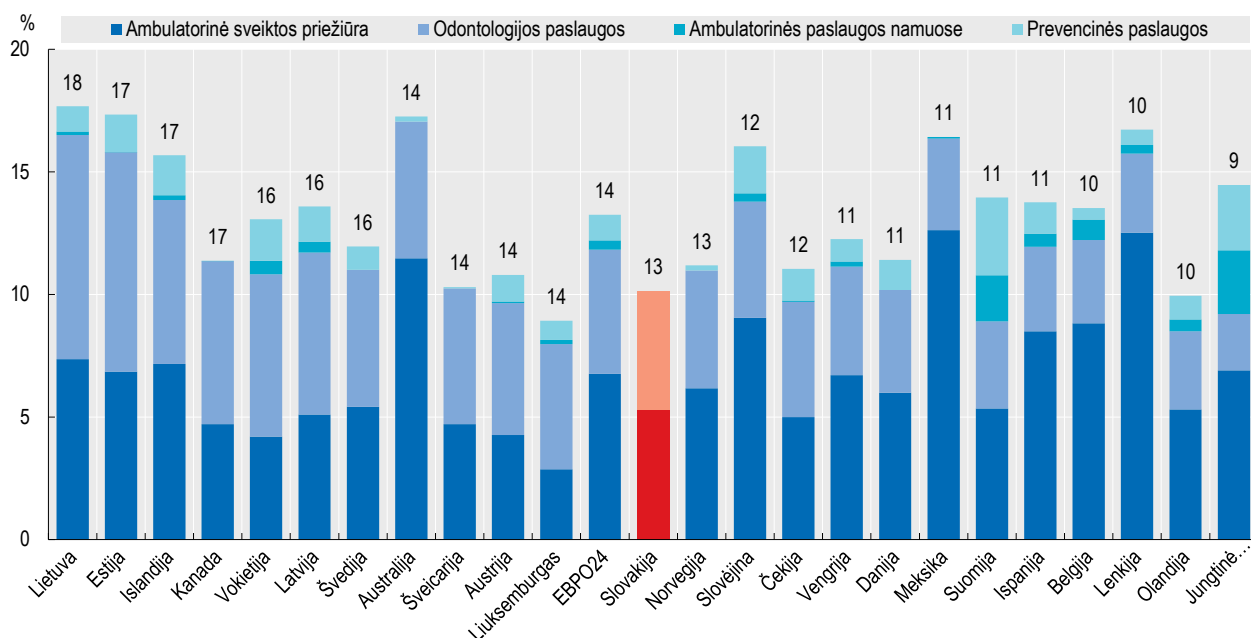
Taikant mišrų finansavimo modelį, tokios sistemos darbuotojai ir darbdaviai turi mokėti įmokas už socialinį sveikatos draudimą. Draudimas skirtas apmokėti už sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų suteiktas paslaugas. Žemo pragyvenimo lygio šalyse įvairios socialinės ir makroekonomikos kliūtys trukdo įgyvendinti socialinio sveikatos draudimo sistemą ar pasilikti ties mokesčiais finansuojama sistema, kuri apima visą populiaciją (Victora et al., 2004).

Nors šie sveikatos priežiūros finansavimo modeliai radikaliai skiriasi savo apimtimi ir organizaciniais principais, juos taikant siekiama panašių tikslų. Visų pirma, finansavimo modeliais siekiama sudaryti galimybę naudotis būtinomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Siekiama, kad visi gyventojai galėtų patenkinti pagrindinius sveikatos priežiūros poreikius. Antra, sveikatos priežiūros finansavimo modeliai skatina efektyvų išteklių naudojimą, pavyzdžiui, taikant ekonomiškai efektyvias priemones (Victora et al., 2004). Be to, taikant šiuos finansavimo modelius siekiama teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Tam, kad šie tikslai būtų pasiekti, politikos formuotojai turi pasirinkti tinkamiausią ar priimtina sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą, apimančią organizacinius ir finansinius susitarimus (Lagarde et al., 2010).

PSO pažymi, kad akivaizdi pastarojo laikotarpio sveikatos priežiūros sistemų finansavimo plėtros tendencija yra Bismarko ir Beveridžo modelių konvergencija, t. y. vienam modeliui iš kito perimant efektyvius lėšų rinkimo, kaupimo bei paskirstymo mechanizmus (World Health Organization, 2011). „Bismarko modelis perima valstybės vaidmens didinimą ir lėšų surinkimo mechanizmus per mokesčių tarnybas ar socialinio draudimo institucijas, būdingus Beveridžo modeliui, o šis – lėšų paskirstymo mechanizmus, būdingus sveikatos draudimui, t. y. sutartis su paslaugų teikėjais ir jų teikiamų paslaugų apmokėjimą. Minėtos konvergencijos rezultatas yra tas, kad šiuo metu visų ES šalių sveikatos priežiūros finansavimo modeliai yra daugiau ar mažiau mišrūs“ (Valstybinė ligonių kasa, 2019b).

Investavimas į pirminės sveikatos priežiūros sektorių rodo ekonominę naudą, nes leidžia išvengti didelių išlaidų, kurios patiriamos pacientams teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Be to, investuojant į pirminės asmens sveikatos priežiūros sektorių, galima pagerinti atliekamų paslaugų koordinavimą bei sveikatos rodiklius. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (toliau – EBPO, angl. *OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development*) taikydama naują metodiką įvertino išlaidas pirminei sveikatos priežiūrai 24 EBPO šalyse (OECD Health Statistics, 2021b). Nustatyta, jog išlaidos pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms EBPO šalyse sudaro apie

13 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų. 2 paveiksle pateikiami 2019 m. įvairių šalių duomenys rodantys, kokią dalį (proc.) visų sveikatos sistemos išlaidų sudaro išlaidos pirminei asmens sveikatos priežiūrai.



2 pav. 2019 m. pirminės sveikatos priežiūros išlaidų dalis (proc.) nuo visų sveikatos sistemos išlaidų (OECD Health Statistics, 2021b)

Iš 2 pav. pateiktų duomenų matyti, jog didžiausia sveikatos sistemų išlaidų dalis (proc.), tenkanti pirminei sveikatos priežiūrai buvo Lietuvoje, Estijoje ir Australijoje (apie 17–18 proc.). Mažiausia sveikatos sistemų išlaidų dalis (proc.) buvo skiriama Liuksemburge ir Olandijoje (apie 9–10 proc.). Daugelyje EBPO šalių pirminės sveikatos priežiūros išlaidų dalis nuo visų sveikatos sistemos išlaidų per pastaruosius penkerius metus beveik nekito. Tai rodo, kad išlaidos skirtos pirminei sveikatos priežiūrai augo kartu su bendromis sveikatos priežiūros išlaidomis (OECD Health Statistics, 2021a). Išimtis yra Lietuva ir Latvija, kuriose pirminės sveikatos priežiūros išlaidos per pastaruosius penkerius metus padidėjo apie 1 procentą, bei Ispanija, Suomija ir Australija – nuo 2013 m. šiose šalyse išlaidos sumažėjo.

Tarp EBPO šalių, daugiau nei pusė pirminės asmens sveikatos priežiūros išlaidų teko ambulatorinės asmens priežiūros paslaugoms t. y., vizitams pas šeimos gydytojus ar slaugytojus dėl ūminių arba lėtinių ligų. EBPO šalyse apie 38 proc. pirminės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų buvo skiriama odontologijos paslaugoms, kurios apėmė burnos priežiūrą bei sudėtingas odontologines operacijas (OECD Health Statistics, 2021a). Maždaug trečdalyje EBPO šalių didžiausią išlaidų dalį sudarė odontologijos paslaugos, ypač Estijoje ir Lietuvoje. Prevencinės

paslaugos, tokios kaip skiepai ir sveikatos patikrinimai, taip pat šeimos gydytojų ar slaugytojų apsilankymai namuose sudarė daug mažesnę išlaidų dalį. Lietuvoje ambulatorinės priežiūros paslaugoms buvo išleidiama apie 7,4 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų išlaidų (apie 42 proc. pirminės sveikatos priežiūros išlaidų), o odontologijos paslaugoms buvo skiriama 9,1 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų išlaidų (apie 52 proc. pirminės sveikatos priežiūros išlaidų).

Pirminė asmens sveikatos priežiūra iki šiol buvo ne visada efektyviai veikianti sveikatos priežiūros sistemos dalis dėl perteklinės pacientų hospitalizacijos ligoninėse. Tyrimai rodo, jog trisdešimtyje EBPO šalių hospitalizacijos vien dėl diabeto, astmos, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, širdies nepakankamumo, hipertenzijos sudarė apie 6 proc. visų hospitalizacijų. Visų šių ligų galima išvengti, jei būtų užtikrinta efektyvi pirminė sveikatos priežiūra. 2016 m. duomenimis, šios išvengiamos hospitalizacijos 30 šalių iš viso kainavo apie 21,1 mlrd. JAV dolerių (OECD, 2020). Tokius rezultatus lemia nepakankamas dėmesys ligų prevencijai. Didelė dalis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vis dar negauna rekomenduojamos prevencinės priežiūros, ypač pažeidžiamiausios gyventojų grupės. Nustatyta, jog ketvirtadaliui pacientų 28 EBPO ir ES šalyse, sergančių kai kuriomis lėtinėmis ligomis, per metus nebuvo atliktas nė vienas iš rekomenduojamų profilaktinių tyrimų.

Lagarde *et al.* apžvelgė sveikatos priežiūros sistemose kylančias problemas dėl tam tikrų finansavimo aspektų (Lagarde *et al.*, 2010). Pasak autorių, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų elgsena stipriai lemia sveikatos priežiūros kokybę ir teikiamų paslaugų efektyvumą. Todėl, siekiant pereiti prie visuotinės sveikatos priežiūros (angl. *universal health coverage*) reikia sukurti tinkamas paskatas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (asmenims arba institucijoms). Jie turi užtikrinti pakankamą paslaugų skaičių ir jų kokybę, o finansiniai ištekliai turi būti naudojami efektyviai. Siekdamas pasiekti šį tikslą, šalių vyriausybės gali taikyti skirtingas priemones, nukreiptas į sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atlyginimą ir pacientų skatinimą (Lagarde *et al.*, 2010).

Kita vertus, suteikiant galimybę visiems naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis reiškia, jog kartais gali prireikti įveikti kliūtis, kurios trukdo socialiai remtinoms grupėms naudotis šiomis paslaugomis. Finansiniai mechanizmai gali būti naudojami sveikatos paslaugų paklausai padidinti iki tokio lygio, kuris laikomas naudingu visuomenei. Šiuos mechanizmus ypač tinkama taikyti prevencinėms paslaugoms, tokioms kaip imunoprofilaktika. Gyventojai prevencines programas dažnai vertina nepakankamai, tačiau jų naudojimas sukuria naudingą poveikį visai visuomenei. Kitaip tariant, galvojant apie lėšų panaudojimo būdus sveikatos paslaugoms apmokėti ar įsigyti, sprendimų priėmėjai gali apsvarstyti mechanizmus, kurie būtų nukreipti į sveikatos paklausos arba pasiūlos paslaugas.

Lagarde *et al.* apžvelgė keturių skirtingų sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modelių privalumus ir trūkumus: atlyginimų tvarką pagal kurią mokama atskiriems paslaugų teikėjams; apmokėjimo mechanizmus priklausančius nuo taikomų priemonių; mokėjimus už darbo efektyvumą; sąlyginį pinigų pervedimą (Lagarde *et al.*, 2010). Pagrindiniai sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimo mokėjimo būdai yra fiksuotas atlyginimas, apmokėjimas už atliktą paslaugą ir apmokėjimas už pacientą. Teoriškai, kiekvienas paslaugos teikėjo apmokėjimo mechanizmas yra sąlygojamas ekonominių sąlygų, kurios skirtingai veikia teikėjo elgesį. Fiksuoti atlyginimai nesudaro sąlygų iniciatyvoms, kurios didintų darbuotojų pastangas siekti geresnių rezultatų, tačiau tuo pačiu neskatina perteklinio paslaugų teikimo ar pacientų atrankos pagal sergamumą (dažniau ir sunkesnėmis ligomis sergančių pacientų gydymas yra brangesnis). Apmokėjimo už paslaugas būdas taikomas tuomet, kai paslaugų teikėjams mokamas atlygis už kiekvieną atliktą paslaugą. Tokiu būdu aiškiai skatinamos iniciatyvos didinti konsultacijų skaičių, net jei tai nėra būtina. Galiausiai, apmokėjimas už pacientą mokamas už kiekvieną asmenį registruotą pas sveikatos paslaugų teikėją. Tokiu tikslu siekiama sudaryti teikėjų sukeltą pacientų paklausą ir skatinti efektyvumą, tačiau tokiu būdu rizikuojama, kad paslaugų teikėjai gali teikti žemesnės kokybės paslaugas arba vengti registruoti labiau sergančius pacientus (Streveler & Sherlock, 2009).

Lagarde *et al.* atlikta sveikatos priežiūros sistemų finansavimo apžvalga rodo, jog taikant apmokėjimą už atliktas paslaugas, suteikiamas didesnis konsultacijų skaičius ir padidėja finansinių išteklių naudojimas. Skirtumas tarp apmokėjimų už pacientus ir fiksuoto atlyginimo yra sąlyginai nežymus. Šioje apžvalgoje nenustatyti jokie sveikatos rodiklių pokyčiai, jei taikomi skirtingi apmokėjimo ar finansavimo mechanizmai.

Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę valstybėse vis dažniau taikomas apmokėjimo už darbo efektyvumą (angl. *pay-for-performance*) modelis (Rosenthal & Dudley, 2007). Ši sistema paremta sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų finansiniu paskatinimu už nustatytų tikslų įvykdymą, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Priklausomai nuo vykdomų veiklų efektyvumo, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gauna padidintą ar sumažintą užmokestį (NEJM Catalyst, 2018).

Siekiant pašalinti finansines ir kultūrines kliūtis dėl kurių žmonės vengia kreiptis sveikatos priežiūros paslaugų, kai kuriose šalyse taikomi sąlyginiai pinigų pervedimai namų ūkiams (įvykdžiusiems tam tikrus reikalavimus) (Fiszbein *et al.*, 2009). Nors šis būdas taikomas tarp mažesnes pajamas gaunančių asmenų, dauguma šių programų buvo vykdomos vidutinės pajamas gaunančiose šalyse. Šiose šalyse tokios programos dažnai buvo pristatomos kaip visapusiškas socialinio perkėlimo (angl. *social transfer*) mechanizmas, skirtas investuoti į žmogiškąjį kapitalą (Jones, 2014).

De Bruin *et al.* apžvelgė lėtinių ligų priežiūrai taikomas skirtingų modelių schemas, kurios taikomos JAV, Vokietijoje, Australijoje ir pateikė įžvalgų apie šių schemų efektyvumą sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei jų kainai (De Bruin *et al.*, 2011). Daugumoje šių schemų vyravo finansinės iniciatyvos paremtos atlygiu už specifinius sveikatos priežiūros rodiklius (pavyzdžiui, periodiškai matuojant kraujo spaudimą ar cholesterolio koncentraciją kraujyje). Daugiau skirtumų tarp taikytų schemų nustatyta vertinant iniciatyvias skatinamąsias priemones, susijusias su sveikatos priežiūros darbuotojų motyvacija, schemų taikymo dažnumu, apimtimi bei trukme. Autoriai, apžvelgę lėtinių ligų priežiūrai taikomas skirtingų modelių schemas, pažymi, jog taikant jas pastebimas teigiamas efektas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

Atliktų mokslinių tyrimų rezultatai rodo, jog didėjantis gydytojų specialistų skaičius tiesiogiai didina sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, tačiau gyventojų sveikatos rodikliams tai turi mažą įtaką (World Health Organization, 2018a). Kita vertus, geresnis pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas gerina visuomenės sveikatos rodiklius (World Health Organization, 2004b). PSO pažymi, jog kai kurios valstybės didžiausią dalį lėšų skiria ligoms gydyti, didina gydytojų specialistų skaičių, tačiau pirminei sveikatos priežiūrai ir ligų jų prevencijai skiriamas per mažas dėmesys (World Health Organization, 2004a, 2008a). Remiantis EBPO duomenimis, daugelyje šalių mažėja bendrosios praktikos gydytojų ir prevencinei priežiūrai skiriamo laiko dalis. Teigiama, kad vidutiniškai 2017 m. visose EBPO šalyse bendrosios praktikos gydytojai sudarė mažiau nei 30 proc. gydytojų (OECD, 2020).

2. PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA LIETUVOJE

Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos pagrindą sudaro Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, patvirtinta 1991 m. spalio 30 d. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos (Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba - Atkuriamasis Seimas, 1991). Vadovaujantis šiuo dokumentu, Lietuvoje siekiama sveikatos priežiūrą perorientuoti į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse. Siekiant įgyvendinti šį tikslą reikia sudaryti sąlygas sveikai gyvensenai paversti socialine norma populiarinant sveiką gyvenimo būdą; skatinti asmenis ir šeimas siekti geresnės sveikatos sukuriant sveiką aplinką; saugoti ją nuo sveikatai pavojingų veiksnių; organizuojant tinkamą, prieinamą ir priimtina sveikatos priežiūrą, t. y. teikiant pirminės sveikatos priežiūros grandies prioritetą, harmoningą visos sveikatos sistemos plėtojimą, apimančią sveikatos stiprinimą ir ligų profilaktiką, savalaikį ligų išaiškinimą, gydymą bei sergančiųjų medicininę ir socialinę reabilitaciją (Lietuvos Respublikos Seimas, 1998).

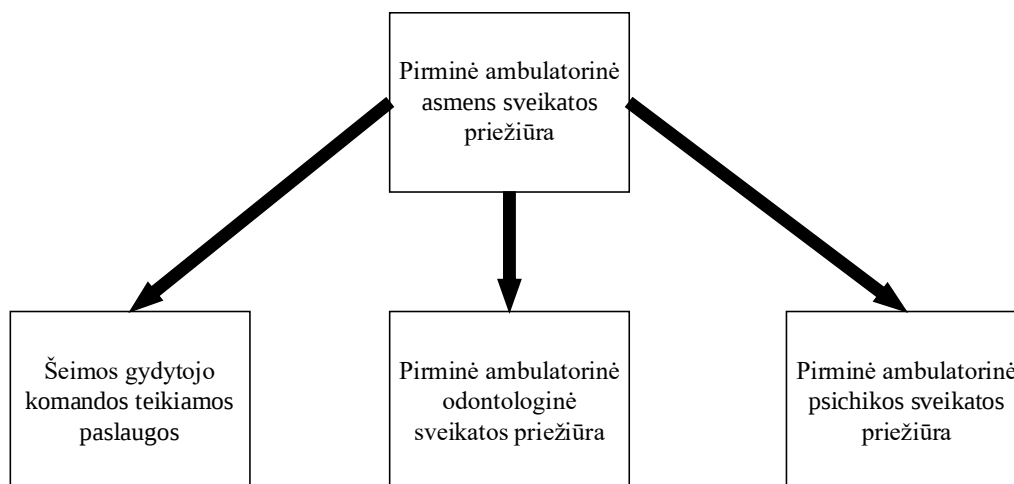
2011 m. birželio 7 d. LR Seimo nutarimu Nr. XI-1430 patvirtinti sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys, kuriuose išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija (Lietuvos Respublikos Seimas, 2011). Siekiant sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą buvo numatyta:

- „Skatinti sveikatos ugdymą, stiprinimą bei ligų prevenciją“;
- „Skatinti sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis“;
- „Didinti sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai“;
- „Siekti užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą“;
- „Skatinti racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą“.

Pirminės sveikatos priežiūros srityje buvo numatyta „parengti dalyvių skatinimo sistemą, prioriteto tvarka plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, tobulinti apmokėjimą už sveikatos priežiūros specialistų darbą, diferencijuojant apmokėjimą už prisiregistravusius gyventojus ir didinant apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir pasiektus veiklos rodiklius, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, gyventojų aptarnavimą, bei kiti būdai, kuriuose nurodoma kaip gerinti pirminės sveikatos priežiūros sektorių“ (Lietuvos Respublikos Seimas, 2011).

Šeimos medicinos istorija Lietuvoje prasidėjo 1990 m., priėmus nacionalinę sveikatos koncepciją, kurioje ypatingas dėmesys buvo skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai (Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba - Atkuriamasis Seimas, 1991). Lietuvoje šeimos gydytojo specialybė buvo įvesta remiantis kitų šalių patirtimi – kaip patarėjo, sveikatos problemų sprendimo koordinatoriaus, padedančio orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje, konsultuojančio įvairiais sveikatos klausimais, stebinčio lėtinių ligų eigą, prireikus nukreipiančio pas reikalingą specialistą (Valstybinė ligonių kasa, 2018).

Lietuvos pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros sistemą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d). Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apima: „šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamas paslaugas, pirminę ambulatorinę odontologinę asmens sveikatos priežiūrą ir pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d). Supaprastinta schema pavaizduota 3 paveiksle.



3 pav. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros sistema

Šeimos gydytojo komandos paslaugos – „nespecializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Šeimos gydytojo medicinos normą, Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normą ir, jei reikia, pagal Bendruomenės slaugytojo medicinos normą, Akušerio medicinos normą, Išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos normą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, pacientų namuose ir socialinės globos įstaigose, kompleksas“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d).

Šeimos gydytojai yra pirmieji gydytojai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas, dėl to jų vaidmuo sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos veikloje yra labai svarbus. Aktyvus jų dalyvavimas šioje veikloje gali padėti užtikrinti veiksmingą išteklių panaudojimą ir mažinti neigiamą ligų poveikį sveikatai (Dūdonis, 2013). „Šeimos gydytojas ne tik tiria, gydo, bet ir pataria, kaip sveikai maitintis, sportuoti, primena, kada reikia pasitikrinti pagal ligų prevencijos programas. Neaiškiais atvejais – siunčia pacientus pas gydytoją specialistą dėl konsultacijos arba į ligoninę. Šeimos gydytojas stebi visų amžiaus grupių gyventojų sveikatą, konsultuoja visais sveikatos klausimais. Jam pagal kompetenciją talkina ir komandoje dirbantys specialistai“ (Valstybinė ligonių kasa, 2021d).

Įvedus šeimos gydytojo specialybę, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1013 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005c) buvo patvirtintos šeimos gydytojo medicinos normos. Šiose medicinos normose nustatytos šeimos gydytojo veiklos sritys, teisės, pareigos, kompetencijos ir atsakomybės. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakyme Nr. V-1013 reglamentuojama, jog šeimos gydytojo teikiamos paslaugos:

- „Bendras paciento ištyrimas“;
- „Būtinoji medicinos pagalba“;

- „Elektrokardiogramos užrašymas ir vertinimas“;
- „Laboratoriniai tyrimai (kraujo tyrimų paskyrimas ir jų išaiškinimas pacientui)“;
- „Arterinio kraujospūdžio matavimas“;
- „Specialus paciento ištyrimas: akių, nosies, gerklės, odos, neurologinis ir kt.“;
- „Nemokamos prevencinės programos“.

Šeimos gydytojai be antrinės ir tretinės ligų profilaktikos, turėtų nemažai dėmesio skirti pirminei profilaktikai, kurios tikslas išvengti ligos jai dar nepasireiškus (Leonardo da Vinčio projekto medžiaga, 2008). PSO ragina lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę integruoti į programas, kurių tikslas – sustiprinti PSP ir padėti jos darbuotojams susidoroti su naujais iššūkiais plintant šioms ligoms (World Health Organization, 1976). Tokiose programose šeimos gydytojai ir slaugytojai, pasitelkdami visuomenės sveikatos specialistus, turėtų atlikti pagrindinį vaidmenį išaiškinant ir koreguojant rizikos veiksnius bendruomenėje, laiku diagnozuojant lėtines ligas ir koordinuojant jų priežiūrą (World Health Organization, 2008a).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V-943, pirminė ambulatorinė odontologinė asmens sveikatos priežiūra reglamentuojama kaip „nespecializuotų pirminės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti odontologijos paslaugas, kompleksas“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d). Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra reglamentuojama kaip „pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos centrums taikomus reikalavimus, kompleksas“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d).

Pastarųjų dešimtmečių pokyčiai pagerino pirminės asmens priežiūros situaciją Lietuvoje (Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., 2015). Dedamos didelės pastangos pertvarkant pirminę asmens sveikatos priežiūros sistemą, vykdomas šeimos gydytojų švietimas, įvestos apylinkių ir „vartininko“ (angl. *gatekeeper*) sistemos. Tai yra vieni iš pagrindinių veiksnių, kurie labiausiai palengvino reformas.

2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą

Šioje dalyje apžvelgiami pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą Lietuvoje. Teisės aktai, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais, reglamentuoja PAASP paslaugų organizavimą, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPI) skiriamų lėšų už suteiktas PAASP paslaugas tvarką, psichikos

sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūrą, ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugas, šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimą, profilaktinius sveikatos tikrinimus, prisirašančiųjų prie PAASP priežiūros įstaigų tvarką, asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės, telemedicinos paslaugų teikimą.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d) reglamentuoja pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą (toliau - PAASP) – „nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo bei bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t. y. įstaigoje, neteikiančioje stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų), kompleksas“. Šios paslaugos mokslo ir tyrimo tikslais gali būti teikiamos ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose: „PAASP paslaugos mokslo tikslais gali būti teikiamos ne tik ambulatorines paslaugas teikiančiose įstaigose“. „Kiekvienas privalomuoju sveikatos draudimu apdraustas gyventojas gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą, sutartį su teritorine ligonių kasa sudariusią polikliniką, medicinos centrą ar šeimos gydytojo kabinetą bei šeimos gydytoją arba šeimos gydytojo komandoje dirbantį gydytoją“ (Valstybinė ligonių kasa, 2021d).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skiriamų lėšų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugpjūčio 29 d. įsakymu Nr. V-833 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2013a), reglamentuoja metinių lėšų, skiriamų iš PSDF biudžeto asmens sveikatos priežiūros įstaigoms už PAASP paslaugas, už kurias mokamas skatinamasis priedas, ir gerus PAASP rezultatus, planavimo tvarką. Šiame teisės akte reglamentuojama, jog „ASPI skiriamas metinės lėšas už PAASP paslaugas, PAASP paslaugas, už kurias mokamas skatinamasis priedas, ir gerus PAASP rezultatus planuoja teritorinės ligonių kasos“. Be to „ASPI planuojamos skirti metinės lėšos už PAASP paslaugas, už kurias mokamas skatinamasis priedas, ir gerus PAASP rezultatus apskaičiuojamos pagal paskutinio praėjusių 12-os mėnesių laikotarpio, trunkančio nuo vienu metų liepos 1 dienos iki kitų metų birželio 30 dienos, duomenis“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2013a).

Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimus šių paslaugų teikėjams (įstaigai ir specialistams), jų funkcijas ir kompetencijas reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės

ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2012). Šiame teisės akte pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra reglamentuojama kaip „kvalifikuotų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centruose, kompleksas“. Teisės akte reglamentuojama, jog pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas. Taip pat nurodoma, jog „pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems prie psichikos sveikatos centro prisirašiusiems gyventojams“ bei „maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius kiekvienam komandos nariui yra 17 000“.

Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. 730 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2000b), reglamentuoja „vaikų ir paauglių pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, vaikų ir paauglių specializuotų ambulatorinių psichiatrijos paslaugų, vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų, vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaikų ir paauglių krizių intervencijos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimo vaikams nuo gimimo iki 18 metų amžiaus reikalavimus ir apmokėjimo tvarką“. Teisės akte nurodoma, jog vaikų ir paauglių pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu LR sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2012), psichikos sveikatos centruose, turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Nėščųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūrą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-900 „Dėl Nėščųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2013b). Šis teisės aktas reglamentuoja, jog nėščųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūra Lietuvoje vykdoma trimis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiais. Teisės akte numatyti atskiri reikalavimai specialistams, paslaugų kokybei užtikrinti ir vertinti. Be to, šeimos gydytojas atlikdamas mažos rizikos nėštumo priežiūros paslaugas, teikia skatinamąsias paslaugas, kurioms priskiriama:

- „Fiziologinio nėštumo priežiūra“;
- „Nėščiosios kraujo grupės pagal ABO antigenus ir rezus Rh (D) priklausomybės faktoriaus nustatymas“;
- „Nėščiosios Rh antikūnų nustatymas netiesioginiu Kumbso metodu, kai moters Rh neigiama, o vyro Rh teigiama kraujo grupė“;
- „Nėščiosios kraujo tyrimas dėl sifilio (RPR)“;
- „Nėščiosios kraujo tyrimas dėl ŽIV antikūnų“.

Ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-527 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2003), reglamentuoja pirminio ir antrinio lygio ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimus. Reikalavimai nurodomi paslaugas teikiančioms įstaigoms, specialistams bei medicinos prietaisams.

Šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 30 d. įsakymu Nr. V-133, (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2014c) reglamentuoja, jog PAASPI privalo užtikrinti, kad naujai prisirašiusiems pacientams šeimos medicinos paslaugos namuose būtų teikiamos nepriklausomai nuo pacientų gyvenamosios vietos. Paslaugas namuose gali teikti šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas, vidaus ligų gydytojas, gydytojas chirurgas, bendrosios praktikos slaugytojas, išplėstinės praktikos slaugytojas, akušeris. Be to, šiame teisės akte apibrėžti kriterijai reikalingi paslaugų teikimui namuose:

- „Naujagimiams, gavus informaciją apie jų išvykimą iš gimdymo namų ir atvykimą į namus, jei jų namuose neaplanke slaugytojas ar akušeris“
- „Sergantiems vaikams iki 1 metų amžiaus“;
- „Vaikams, kuriems nustatytas sunkus neįgalumo lygis“;
- „Asmenims, kuriems yra nustatytas 0–25 procentų darbingumo lygis arba specialusis nuolatinės slaugos poreikis“;
- „Pacientams, kuriems ūmiai sutriko judėjimo funkcija (negali savarankiškai judėti)“;
- „Pacientams, kuriems karščiavimo metu atsirado naujų odos bėrimų“;
- „Pacientams, kuriems pakilo aukštesnė kaip 38,5 °C temperatūra ir kurios neveikia temperatūrą mažinantys vaistai“.

Profilaktinius sveikatos tikrinimus sveikatos priežiūros įstaigose reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2000a). Šiame teisės akte reglamentuojamos profilaktinių sveikatos tikrinimo rūšys, tikrinimo periodiškumas, profilaktinio tikrinimo įkainiai ir apmokėjimo rūšys. „Pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos atliekant profilaktinius sveikatos tikrinimus, apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu, apmokamos iš Privalomojo socialinio draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų“. Teisės akte nurodoma, jog „neapdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu (išskyrus nėščiąsias) už visas profilaktinio sveikatos tikrinimo paslaugas moka patys ar už juos moka kiti fiziniai ar juridiniai asmenys pagal profilaktinių tikrinimų ar paslaugų kainas. Periodinių sveikatos tikrinimų išlaidos apmokamos iš darbdavio lėšų“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2000a).

Prisirašančiųjų prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir psichikos sveikatos priežiūros centrų registravimo ir jų duomenų tvarkymo taisyklės, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. 1K-317 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2013c), reglamentuoja asmenų, prisirašančių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir psichikos sveikatos centrų, registravimo, jų prisirašymo duomenų taisymo (tikslinimo), informavimo, išregistravimo ir prisirašymo duomenų perkėlimo į kitą PAASP įstaigą ar psichikos sveikatos centrą bei prisirašiusių prie šių įstaigų asmenų apskaitos ataskaitų rengimo tvarką. Teisės aktas reglamentuoja, jog prisirašančių prie PAASP įstaigų ir psichikos sveikatos centrų asmenų registravimas, jų prisirašymo duomenų tvarkymas ir apskaita atliekama privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ asmens prisirašymo prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų kontrolės posistemės priemonėmis.

Asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. spalio 28 d. įsakymu Nr. 1K-287 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2014b), reglamentuoja Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (toliau – LNSS) priskiriamų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų planinių PAASP, specializuotų ambulatorinių, dienos stacionaro, stacionarinių ir dienos chirurgijos paslaugų bei brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, laukimo eilių stebėsenos ir asmenų registravimo į šias eiles tvarką. Šiuo aprašu siekiama reglamentuoti vienodą pacientų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles tvarką, užtikrinti šių eilių stebėseną, laiku bei tinkamai informuoti pacientus apie LNSS priskiriamų ASPI teikiamų planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų

prieinamumą, apibrėžti ASPI, Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) ir Valstybinės ligonių kasos prie SAM (toliau – VLK) funkcijas vykdant šio aprašo nuostatas.

Telemedicinos paslaugų teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-116 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2014d), reglamentuoja telemedicinos paslaugų teikimo LNSS įstaigoms reikalavimus, šių paslaugų teikimo tvarką ir jų išlaidų apmokėjimą. Teisės akte reglamentuojama, jog telemedicinos paslaugos metu atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojas konsultuoja telemedicinos paslaugą gaunančios ASPI gydytoją dėl paciento anamnezės, sveikatos būklės, klinikinių, instrumentinių tyrimų duomenų, vaizdų ir kitos skaitmenizuotos su paciento sveikata susijusios informacijos.

2.2. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir jų finansavimas

Lietuvos sveikatos draudimo sistema yra mišri – pagrįsta tiek sveikatos draudimo įmokomis (Bismarko modelis), tiek bendraisiais mokesčiais (Beveridžo modelis). Lietuvos sveikatos sistemos finansavimo modelis – iliustratyvus tokio mišraus modelio pavyzdys (Valstybinė ligonių kasa, 2019b). Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 (Lietuvos Respublikos Seimas, 1996a), reglamentuoja, kad „apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu valstybė laiduoja nemokamą asmens sveikatos priežiūrą įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis“. Valstybinėms ir privačioms gydymo įstaigoms, kurios yra sudariusios sutartis su ligonių kasomis, už pacientams suteiktas paslaugas pagal vienodus įkainius moka TLK. 2020 m. duomenis, gydymo paslaugoms buvo skirta 1,66 mlrd. eurų, iš jų apie 300 mln. eurų skirta pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms (Lietuvos Respublikos Finansų ministerija, 2020).

Už šeimos gydytojo paslaugas mokama, atsižvelgiant į prisirašiusių gyventojų skaičių ir amžiaus grupes, didžiausias metinės bazinės kainos balas yra skiriamas už asmenų iki vienerių metų priežiūrą, įkainis pagal amžiaus grupę proporcingai mažėja iki 50 metų. Vyresnio amžiaus žmonių, virš 50 metų, priežiūros kainos balas didėja (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d). Vertinant 2019 m. TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymo ataskaitos duomenis (Valstybinė ligonių kasa, 2020c), matyti, kad PAASP paslaugas teikiančiose ASPI prisirašiusių apdraustų gyventojų didžioji dalis (apie 43 proc.) yra vyresnio amžiaus (nuo 50 metų ir vyresni). Visose TLK savivaldybėse asmenys iki vienerių metų sudaro ne daugiau kaip 0,9 proc. pacientų, nuo vienerių iki septynerių metų iki 7,7 proc.

Prie įstaigos prisirašoma gyventojui pateikus nustatytos formos prašymą. Prašymas rašomas ir tuo atveju, jei toje pačioje įstaigoje norima pasirinkti kitą šeimos gydytoją. „Prisirašius prie PAASP įstaigos, nemokamai ją pakeisti galima ne anksčiau kaip po šešių mėnesių. Norint pakeisti gydytoją nepraėjus 6 mėnesiams, už paslaugą reikia mokėti. Šis apribojimas netaikomas asmenims, atvykusiems mokytis į stacionarinę mokymosi įstaigą arba po mokslų grįžusiems į nuolatinę gyvenamąją vietą“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2001).

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. (Lietuvos Respublikos Seimas, 1996b) reglamentuoja, jog „asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti LNSS įstaiga privalo apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui suteikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą per terminą, skaičiuojamą nuo apdraustojo paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko“:

1. „Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą sveikatos apsaugos ministro nustatytų ūmių būklių atveju – ne vėliau kaip per 24 valandas“;
2. „Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d) reglamentuoja, kad už PAASP paslaugas taikomas diferencijuotas apmokėjimas (už aptarnaujamus pacientus bei papildomai už skatinamąsias paslaugas). Nuo 2000 m. „skatinamosios paslaugos bei priedai už gerus darbo rezultatus apskaitomi atskirai, o už jų teikimą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš PSDF biudžeto mokama papildomai. Tokia apmokėjimo už paslaugas tvarka leidžia siekti aukštesnės paslaugų kokybės, tikslesnės ir ankstyvesnės įvairių ligų diagnostikos bei profilaktikos, mažinti pacientų eiles pas specialistus“ (Valstybinė ligonių kasa, 2016).

Apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas mechanizmas skatina paslaugų teikėjų riboti visus paslaugų teikimo kaštus, siekiama mažinti kaštus paslaugos vienetui, riboti paslaugų, tenkančių vienam atvejui, skaičių, nėra paskatų dirbtinai didinti atvejų skaičių (Žemgulienė, 1999). Mažinant paslaugų skaičių vienam atvejui gali turėti įtakos ne tik paslaugų skaičiui mažėti, bet ir teikiamos pagalbos kokybei, nes apmokant paslaugų teikėjui už atvejį, nustatoma tam tikra pinigų suma, kuri turi padengti visų paslaugų, suteiktų vienam gydymo atvejui, kaštus. Dėl šios priežasties VLK prie SAM, sudariusi sutartis su TLK moka už šeimos gydytojų teikiamas paslaugas, atsižvelgiant ne tik į prisirašiusių prie gydymo įstaigos gyventojų skaičių, bet ir į šeimos gydytojo suteiktų paslaugų, atliktų tyrimų bei procedūrų, priskiriamų skatinamosioms paslaugoms, skaičių. Daugiau lėšų gydymo įstaigos taip pat gali gauti ir už pasiektus gerus darbo rezultatus.

2019 m. Lietuvoje bendrai asmens sveikatos priežiūrai buvo skirta apie 1,39 mlrd. eurų, iš kurių lėšos PAASP sudaro apie 273 mln. eurų, neskaitant lėšų skirtų prevencinėms programoms (Valstybinė ligonių kasa, 2020a). Vertinant 2019 m. TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymo atskaitos duomenis (Valstybinė ligonių kasa, 2020c), didžiausias PAASP paslaugoms apmokėti lėšų procentas buvo skirtas baziniams mokėjimas už prirašytus gyventojus ir jis sudarė 76,9 proc., visų mokėjimų, skatinamosios paslaugos sudarė 9,5 proc., geri darbo rezultatai 13,5 proc. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto duomenimis 2020 m. pabaigoje Lietuvoje veikė 133 valstybinės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos bei 1590 privačios ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų 196 pirminės sveikatos priežiūros centrai ir 1394 odontologinės įstaigos (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2021).

2.3. Gerų rezultatų rodikliai pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūroje

Gerų PAASP rezultatų rodikliai yra PAASP įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo kriterijus. Remiantis VLK prie SAM duomenimis, 2019 m. gydymo įstaigoms skatinti iš PSDF biudžeto buvo skirta 35,1 mln. eurų (Valstybinė ligonių kasa, 2020a). Gerų PAASP rezultatų rodiklius, jų reikšmių apskaičiavimo ir mokėjimo pagal šiuos rodiklius tvarką reglamentuoja pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d). „Kiekvienos PAASP įstaigos gerų darbo rezultatų rodiklių reikšmės apskaičiuojamos kas pusmetį, pasibaigus atitinkamam ataskaitiniam 12 mėnesių laikotarpiui, t. y. pasibaigus laikotarpiui nuo praėjusių metų sausio 1 d. iki gruodžio 31 d. (praėję kalendoriniai metai) ir laikotarpiui nuo praėjusių metų liepos 1 d. iki einamųjų metų birželio 30 dienos. Prevencinių programų vykdymo intensyvumo rodiklių reikšmės taip pat apskaičiuojamos kas pusmetį ir atsižvelgiant į šiose programose numatytų paslaugų teikimo tikrinamiems asmenims periodiškumą“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d).

Vadovaujantis anksčiau minėtu ministro įsakymu, apmokėjimas vykdomas už šiuos PAASP gerus darbo rodiklius (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d):

- „Gerų šeimos gydytojo komandos darbo rezultatų rodiklius“;
- „Gerų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros rezultatų rodiklius“;
- „Gerų pirminės odontologinės asmens sveikatos priežiūros rezultatų rodiklius“.

Geriems šeimos gydytojo komandos darbo rezultatų rodikliams priskiriama (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d):

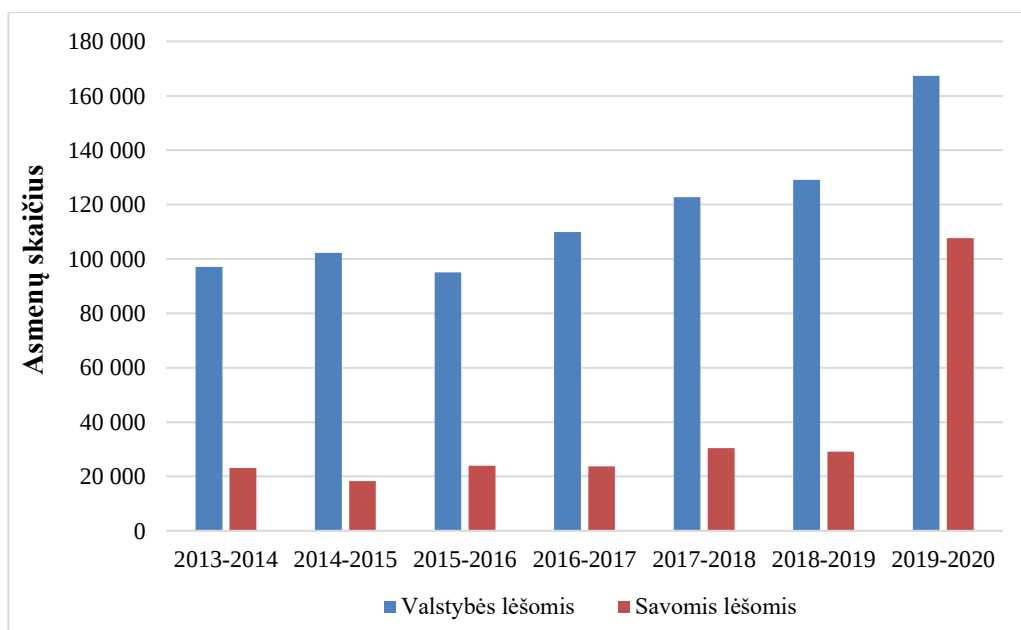
- „Vyresnių nei 65 metų asmenų skiepijimas gripo vakcina (kiek prirašytų prie atitinkamos PAASP įstaigos gyventojų, vyresnių nei 65 metų, buvo paskiepyta gripo vakcina)“;
- „Vaikų profilaktinių tikrinimų intensyvumas (kiek prirašytų prie PAASP įstaigos vaikų bent vieną kartą per metus buvo profilaktiškai patikrinti šeimos gydytojo ar vaikų gydytojo, dirbančio gydytojų komandoje)“;
- „Sergančiųjų (arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, bronchine astma, pneumonija, staziniu širdies nepakankamumu, ausų, nosies, gerklės infekcijomis, pielonefritu, lėtine obstrukcine plaučių liga) hospitalizavimo dažnis (kiek buvo hospitalizavimo dėl atitinkamos ligos atvejų, palyginti su bendru prirašytų prie PAASP įstaigos asmenų, kuriems diagnozuota atitinkama liga)“;
- „Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu glikozilinto hemoglobino efektyvi kontrolė (kiek prirašytų prie PAASP įstaigos sergančių 2 tipo cukriniu diabetu asmenų, kurių glikozilinto hemoglobino reikšmė ataskaitiniu laikotarpiu daugiau nei 1 kartą buvo mažesnė, arba lygi 7 proc. arba mažesnė arba lygi 7,5 proc.)“;
- „Racionalus antimikrobinių vaistų skyrimas vaikams“:
 - „Siauro spektro antimikrobinių vaistų (fenoksimetilpenicilino) skyrimo dažnis (kiek ataskaitiniu laikotarpiu išrašyta kompensuojamųjų siauro veikimo spektro antimikrobinių vaistų receptų prirašytiems prie PAASP įstaigos 0-7 metų vaikams, palyginti su visais kompensuojamųjų antimikrobinių vaistų receptais, išrašytais prie šios įstaigos prirašytiems 0-7 metų vaikams)“;
 - „Bendras antimikrobinių vaistų skyrimo dažnis (bendras antimikrobinių vaistų skyrimo dažnis: skaičiuojama, kokia 0-7 metų vaikų, sirgusių viršutinių kvėpavimo takų infekcija, dalis buvo gydyta antimikrobiniais vaistais)“.
- „Prevencinių programų vykdymas (kiek prirašytų prie PAASP įstaigos gyventojų, turinčių teisę gauti programoje numatytas paslaugas, sudalyvavo programoje)“.

Toliau detaliau apžvelgiami pagrindiniai gerų darbo rezultatų rodikliai ir jų ataskaitiniai duomenys.

Vyresnių nei 65 metų asmenų skiepijimas gripo vakcina

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (toliau – ULAC) duomenimis, 2019 m. spalio–lapkričio mėnesiais panaudota 94,6 proc. rizikos grupių skiepijimui įsigytos sezoninės gripo vakcinos, o 2018 m. visą gripo sezoną – 98,0 proc. Pastebima, kad 2019 m. sezoną (spalio–lapkričio mėn.) pasiskiepijo 46,5 proc. daugiau nėsčiųjų, 24,9 proc. sveikatos priežiūros darbuotojų bei 8,9 proc. 65 m. ir vyresnių asmenų lyginant su 2018 m. sezonu (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2019). PSDF biudžeto lėšomis 2019–2020 m. gripo sezonui nupirktą 12 718 dozių daugiau nei 2018–2019 m. t. y. iš viso įsigytos 144 456 dozės (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2020). Lietuvoje gripo rizikos grupėms priklausantys asmenys valstybės lėšomis nuo gripo skiepjami nuo 2007 m. ULAC duomenimis, valstybės lėšomis finansuojama sezoninio gripo vakcina 2016–2017 m. gripo sezono metu Lietuvoje buvo paskiepyti 109 877 rizikos grupei priklausantys asmenys. Iš jų 56,6 proc. sudarė 65 m. ir vyresni šalies gyventojai, 27,4 proc. – asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, 11,7 proc. – sveikatos priežiūros darbuotojai (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2020). Mažiausiai iš rizikos grupių paskiepyta asmenų, gyvenančių socialinės globos ir slaugos įstaigose (3,8 proc.), ir nėsčiųjų (0,5 proc.).

Toliau esančiame 4 paveiksle pateikiami duomenys apie paskiepytų nuo gripo asmenų skaičių Lietuvoje 2013–2020 m.



4 pav. Paskiepytų nuo gripo asmenų skaičius Lietuvoje 2013–2020 m. (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2020)

Pagal 4 pav. pateiktus rezultatus matyti, jog Lietuvoje nuo gripo besiskiepijančių žmonių skaičius 2016 – 2020 m. augo nuo 109 tuks. iki 167 tuks. Pastebima, kad analizuojamu laikotarpiu augo besiskiepijančių skaičius ne tik valstybės lėšomis, bet ir savomis lėšomis.

Guntarskis *et. al.*, apžvelgęs gripo vakcinacijos apimtims didinti rizikos grupėse taikomų intervencijų veiksmingumo įrodymus (Guntarskis & Petraitytė, 2020), pažymi, jog kai kurių pavienių

intervencijų ir jų derinių taikymas padidintų vakcinacijos apimtį. Pasak autorių, intervencijų veiksmingumas priklauso nuo jų pobūdžio ir rizikos grupės, kuriai jos taikomos. Guntarskis *et. al.* išskiria šias gripo vakcinacijos apimtims didinti taikomų intervencijų grupes:

1. Vakcinacijos prieinamumo gerinimo priemonės: „visos priemonės, kurios pagerina vakcinacijos prieinamumą: nemokama vakcina, pailgintas vakcinacijos laikas, vakcinacija darbo vietoje, mobiliosios vakcinacijos stotelės, sveikatos priežiūros darbuotojų vizitai į namus ir pan.“;

2. Supratimo apie vakcinacijos svarbą gerinimo ir mokymo priemonės: „vakcinacijos reklama: plakatai, skrajutės, priminimai (formalūs ir suasmeninti), naujienlaiškiai, laiškai, telefoniniai skambučiai, trumposios žinutės, klausimynai, asmeninis atstovavimas, vakcinacijos apimčių siekinio pristatymas. Mokymai: pristatymai, paskaitos, vaizdo filmai, susitikimai, klausimynai, individualūs mokymai, grupiniai pacientų vizitai su edukacine programa. Šeimos gydytojų bei slaugytojų mokymai, kompetencijos tobulinimas ir pan.“;

3. Skatinamosios priemonės: „individualiu ir grupės lygiu – dovanos, privilegijos, loterijos, finansinė paskata pacientui, apdovanojimas ar premija įgyvendinus vakcinacijos tikslus, nemokami gėrimai, mugė ir pan.“;

4. Minkštosios privalomos priemonės (sveikatos priežiūros darbuotojams): „privalomas atsisakymo skiepytis formos pildymas. Privalomas apsauginių kaukių dėvėjimas nepasiskiepijus, dirbant su itin pažeidžiamais pacientais ir pan.“;

5. Kietosios privalomos priemonės (sveikatos priežiūros darbuotojams): „privaloma vakcinacija norint įsidarbinti. Nepasiskiepijus draudžiama dirbti su itin pažeidžiamais pacientais“;

6. Technologijų diegimas: „automatiniai priminimai gydytojams, įsijungus paciento elektroninę ligos istoriją“;

7. Daugiakomponentės intervencijos (taikomos kelios priemonės kartu): „mokymas kartu su dovanomis, mokymas kartu su geresniu prieinamumu, priminimais ir pan. Kelių intervencijų derinys“.

Apibendrinami šį tyrimą autoriai teigia, jog „didesnį poveikį vakcinacijos apimčių didėjimui rizikos grupėse gali turėti daugiakomponentės intervencijos. Kita vertus, vienas didžiausių iššūkių įdiegus intervencijas – užtikrinti jų vykdymo tęstinumą“ (Guntarskis & Petraitytė, 2020).

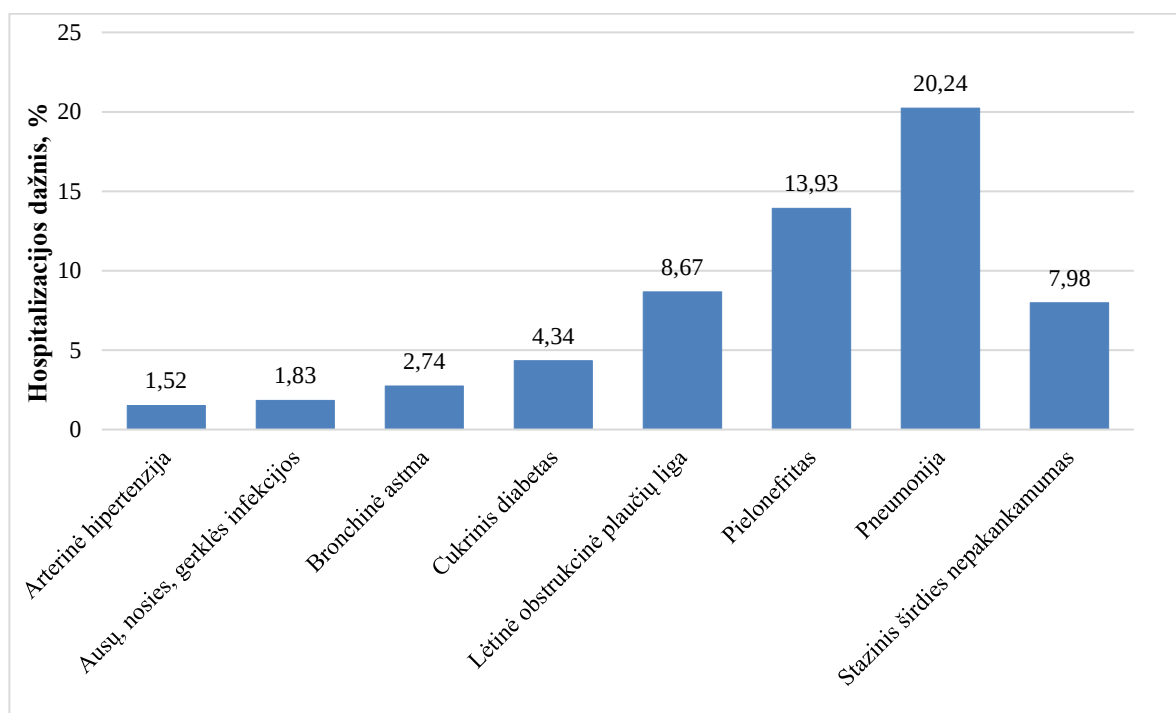
Vaikų profilaktinių tikrinimų intensyvumas

Kasmetinių vaikų profilaktinių patikrinimų duomenys reikalingi kryptingai planuoti ir įgyvendinti sveikatos priežiūrą įstaigoje, organizuoti tikslesnes sveikatos stipinimo priemones, susijusias su ligų ir traumų profilaktika. Profilaktinis vaikų sveikatos patikrinimas svarbus, nes jo

metu išaiškinama dauguma lėtinių ligų. Reguliarūs patikrinimai padeda pastebėti pirmuosius sutrikimus.

Sergančiųjų lėtinėmis ligomis hospitalizavimo dažnis

Lietuvoje lėtinių ligų gydymas kasmet kainuoja apie 430 mln. eurų., o apie 15 proc. pacientų į ligonines guldomi be būtinybės t. y., ligoninių resursai naudojami gydyti lėtinius sutrikimus, kurių galima išvengti arba jie gali būti išgydyti pirminėje grandyje (Laurinavičienė & Ratkienė, 2006). Šis gerų darbo rezultatų rodiklis taikomas siekiant padidinti ambulatoriškai gydomų ligų efektyvumą sumažinant hospitalizavimo dažnį dėl lėtinių ligų. 5 paveiksle pateikti 2018–2019 m. duomenys (Valstybinė ligonių kasa, 2019a) rodo, kad didžiausias hospitalizavimo dažnis buvo dėl pneumonijos (20,24 proc.), o mažiausi hospitalizavimo dažniai stebimi dėl arterinės hipertenzijos (1,52 proc.) bei ausų, nosies ir gerklės infekcijų (1,83 proc.).



5 pav. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis hospitalizacijos dažniai 2018–2019 m. (Valstybinė ligonių kasa, 2019a)

Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu glikozilinto hemoglobino efektyvi kontrolė

Glikemijos kontrolė sergant cukriniu diabetu išlieka svarbiausiu faktoriumi, siekiant išvengti šios būklės komplikacijų. Gliukozės kiekis kraujyje gali patirti didelius svyravimus, susijusius su kasdiene žmogaus veikla, todėl gali kilti gliukozės valdymo sunkumų. HbA1c – standartinis gliukozės kontrolės rodiklis turintis didelę klinikinę svarbą. Gliukozės lygio stebėjimas yra ypač

svarbus veiksmingam ir saugiam hipoglikemijos ir hiperglikemijos gydymo koregavimui, insulino vartojimui.

Geri darbo rezultatai skiriant antimikrobinius vaistus

Esant antibakterinio gydymo poreikiui, siekiama, kad šeimos gydytojai ūminių ir lėtinių ligų gydymui skirtų kuo siauresnio spektro antibiotikus arba taikytų kitus gydymo būdus. Remiantis 2018 – 2020 m. VLK gerų darbo rezultatų duomenis dėl antibakterinių vaistų skyrimo matyti, kad dažniau renkamasi ne siauro spektro antibakterinis gydymas (Valstybinė ligonių kasa, 2021a). Šiuo atveju, siauro spektro antibakterinis gydymas skiriamas apie 14,62 proc. PAASP pacientų, tuo tarpu bendras antimikrobinių vaistų skyrimo dažnis siekia apie 46,17 proc.

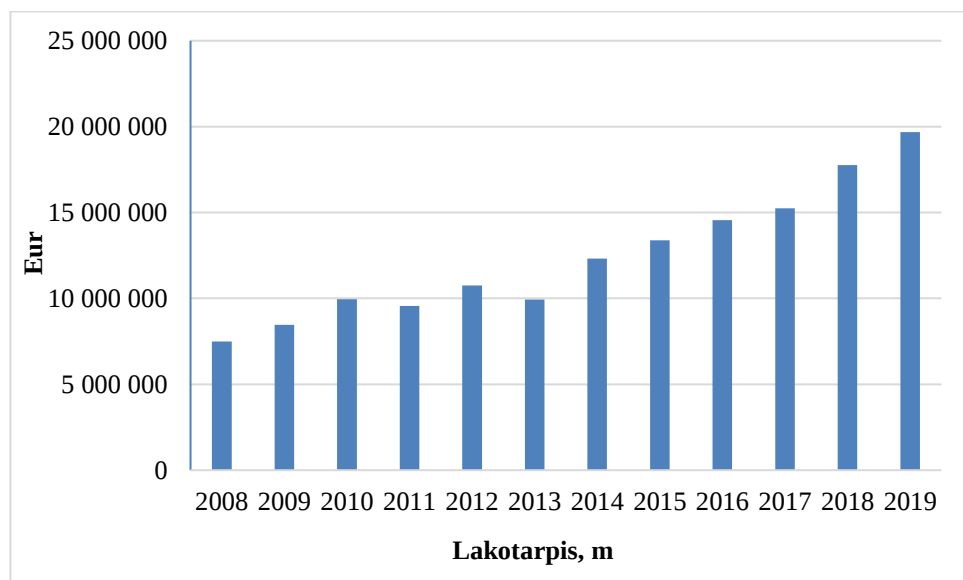
Prevencinių programos vykdymas

Lietuvoje vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai. Laiku užkirtus kelią ligai išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, taupomas gydytojų darbo laikas ir išvengiama didesnių gydymo išlaidų (Dūdonis, 2013). Šiose programose numatyta, kad šeimos gydytojas, bendruomenės slaugytojas arba PSP komandos narys – vidaus ligų gydytojas informuoja pacientus apie galimybę dalyvauti programose. Šiuo metu Lietuvoje vykdomos šios prevencinės programos:

- Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF lėšų, finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2004). Ši programa skirta moterims nuo 25 m. iki 59 m. amžiaus, atliekama kas trejus metus;
- Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, apmokama iš PSDF lėšų, finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005b). Ši programa skirta moterims nuo 50 m. iki 69 m. amžiaus, atliekama kas dveji metai;
- Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, apmokama iš PSDF lėšų, finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2009). Ši programa skirta asmenims nuo 50 m. iki 74 m. amžiaus, atliekama kas dveji metai;

- Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, apmokama iš PSDF lėšų, finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. Nr. V-973 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005e). Ši programa skirta vyrams nuo 50 m. iki 69 m. amžiaus ir vyrams nuo 45 m. jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu. Programa atliekama kas dveji metai;
- Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, apmokama iš PSDF lėšų, finansavimo programa patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005a). Ši programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 m. amžiaus, moterims nuo 50 iki 65 m. amžiaus. Programa atliekama kas metai.

Remiantis VLK duomenimis, 2019 m. prevencinėms programoms finansuoti papildomai buvo skirta 19,7 mln. eurų (Valstybinė ligonių kasa, 2020f). Iš 6 paveikslo duomenų matyti, kad prevencinių programų finansavimui skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuo 2014 m. kasmet tolygiai didėja.



6 pav. PSDF biudžeto lėšos skirtos prevencinėms programoms finansuoti 2008–2019 m. (Valstybinė ligonių kasa, 2020f)

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinei programai 2004 – 2019 m. skirtos PSDF biudžeto lėšos svyravo nuo 1,16 iki 2,05

mln. eurų, bet nei vienais metais šios lėšos nebuvo pilnai panaudotos. Tačiau analizuotu laikotarpiu galima matyti teigiamą lėšų įsisavinimo tendenciją. 2019 m. šia programa pasinaudojo 123 tūkst. moterų – tai sudaro 18 proc. visų moterų galėjusių dalyvauti joje (Valstybinė ligonių kasa, 2020e).

Krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programa. 2019 m. siuntimą atlikti mamografijos paslaugą iš 455 tūkst. moterų gavo 119 tūkst., iš jų net 117 tūkst. paslauga pasinaudojo. Šios programos vykdymo laikotarpiu nuo 2005 m. iki 2019 m. programos įgyvendinimui skirta 25,60 mln. eurų, o panaudota 23,47 mln. eurų (92 proc.) (Valstybinė ligonių kasa, 2020d).

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa. 2019 m. Lietuvoje storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa galėjo pasinaudoti 972 tūkst. tikslinės grupės asmenų, iš kurių 261 tūkst. buvo informuoti ir atliko iFOBT testą. 2009–2019 m. programos vykdymo laikotarpiu buvo suteikta 1 mln. informavimo paslaugų, iš kurių apie 8 proc. atliktų iFOBT testų buvo teigiami (Valstybinė ligonių kasa, 2020h).

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programai 2019 m. buvo skirta 1,8 mln. eurų, iš kurių net 1,7 mln. buvo panaudoti (95 proc.). Programos vykdymo laikotarpiu nuo 2006 m. iki 2019 m. skirta 26 mln. eurų, iš kurių panaudota 23 mln. eurų. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa 2019 m. galėjo pasinaudoti 380 tūkst. vyrų, iš kurių PSA tyrimą atliko apie 90 tūkst. vyrų. 2019 m. lyginant su 2018 m. net 15 proc. mažiau vyrų pasinaudojo šia programa (2018 m. 106 tūkst. vyrų, o 2019 m. 89 tūkst. vyrų) (Valstybinė ligonių kasa, 2020g).

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa. 2019 m. širdies ir kraujagyslių ligų prevencine programa galėjo pasinaudoti 671 tūkst. tikslinės grupės asmenų (iš jų 53 proc. sudarė moterys, 47 proc. vyrai). 2006 – 2019 m. laikotarpiu programos įgyvendinimui buvo skirta 54 mln. eurų, iš kurių įsisavinta 51 mln. eurų (94 proc.) (Valstybinė ligonių kasa, 2020b).

Apibendrinant Lietuvoje vykdomas prevencines programas galima daryti išvadą, kad šių programų įgyvendinimui skirtos PSDF biudžeto lėšos nebuvo pilnai įsisavintos ir programos buvo vykdomos ne pilnu pajėgumu. Iš 1 lentelėje pateiktų duomenų matyti, jog mažiausiai PSDF biudžeto lėšų įsisavinta vykdant gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinę programą ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą.

1 lentelė. PSDF biudžeto lėšų įsisavinimas vykdant prevencines programas 2019 m. (Valstybinė ligonių kasa, 2020f)

Metai	Skirta PSDF lėšų, mln. Eur	Panaudota PSDF lėšų, mln. Eur	Lėšų įsisavinimas, proc.
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa			

Metai	Skirta PSDF lėšų, mln. Eur	Panaudota PSDF lėšų, mln. Eur	Lėšų įsisavinimas, proc.
2019 m.	54,682	51,760	95
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa			
2019 m.	24,079	22,808	95
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa			
2019 m.	26,936	23,789	88
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa			
2019 m.	25,600	23,468	92
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa			
2019 m.	24,705	19,896	81

Apibendrinant, už gerus darbo rezultatus sveikatos priežiūros įstaigoms iš PSDF biudžeto mokama papildomai. Tokia apmokėjimo už paslaugas tvarka skatina siekti geresnių darbo rezultatų, o pacientai dėl to sulaukia daugiau šeimos gydytojų dėmesio, aukštesnės paslaugų kokybės, tikslesnės ir ankstyvesnės įvairių ligų diagnostikos bei profilaktikos, kas leidžia mažinti eiles pas gydytojus specialistus.

2.4. Skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos

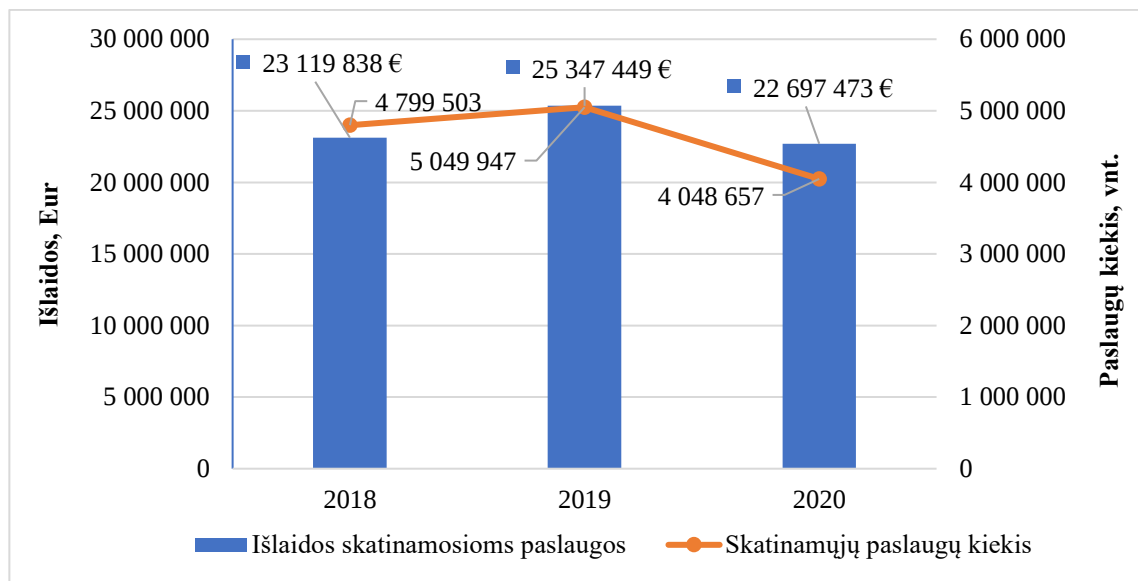
Skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai PAASP paslaugos už kurias mokamas skatinamasis priedas. Skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos reglamentuojamos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943. Šis teisės aktas reglamentuoja, jog yra išskiriamos 25 skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupės (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d):

1. „Kraujo krešumo sistemos būklės ištyrimo ir įvertinimo paslauga (įskaitant tyrimo paėmimą)“;
2. „Glikozilinto hemoglobino nustatymo paslauga“;
3. „Ankstyvoji piktybinių navikų diagnostika“;
4. „Fiziologinio nėštumo priežiūra“;
5. „Vaikų iki 1 metų sveikatos priežiūra“;
6. „Neįgaliųjų sveikatos priežiūra“;
7. „Vaikų imunoprofilaktika“;
8. „Vaiko paruošimas ikimokyklinio ugdymo įstaigai, priešmokyklinio ugdymo įstaigai arba moksleivio paruošimas mokyklai“;

9. „Moksleivių paruošimas mokyklai“;
10. „Slaugos personalo procedūros namuose“;
11. „Būtiniosios medicinos pagalbos teikimas“;
12. „Asmenų, kuriems taikomas pakaitinis palaikomasis gydymas metadonu ar buprenorfinu, kraujo tyrimai“;
13. „Asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas metadonu, priežiūra“;
14. „Kraujo tyrimai, atliekami prieš planinę invazinę ir (ar) intervencinę procedūrą“;
15. „Tuberkulino mėginio (Mantu mėginio) atlikimas 7 metų vaikams ir rizikos grupių vaikams“;
16. „Asmenų, priskiriamų rizikos grupei, skiepijimas gripo vakcina“;
17. „A grupės beta hemolizinio streptokoko antigeno nustatymo greitojo testo atlikimas 2–7 metų vaikams, susirgusiems viršutinėmis kvėpavimo takų infekcinėmis ligomis“;
18. Sergančio tuberkulioze asmens išgydymas“;
19. „Vaikų nuolatinių krūminių dantų dengimas silantinėmis medžiagomis“;
20. „Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas“;
21. „Pirminės psichologinės-psichoterapinės intervencijos“;
22. „Ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas“;
23. „Vaiko psichomotorinės raidos įvertinimas“;
24. „Šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) paslaugos, teikiamos pacientams, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, dėl įtariamos ir (arba) diagnozuotos COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos)“;
25. „Mobiliosios komandos PAASP paslaugos paciento namuose“.

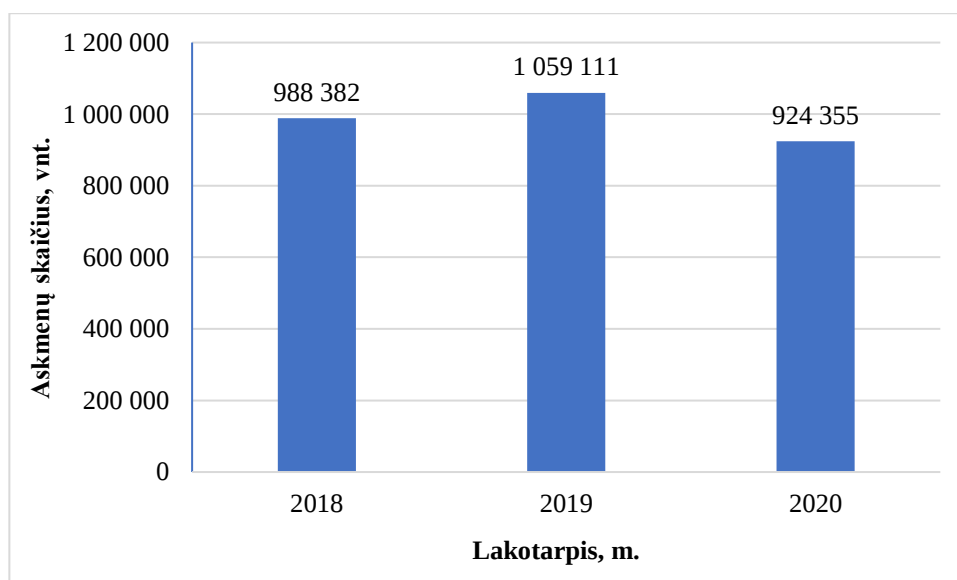
Suteikus skatinamąją paslaugą, kuri atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-943 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d) numatytas teikimo sąlygas, yra mokamas atitinkamas skatinamojo dydžio priedas. „Skatinamasis priedas mokamas PAASP įstaigai iš PSDF biudžeto lėšų už suteiktas PAASP paslaugas, tokiu būdu siekiant aktyvaus šių paslaugų teikimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005d).

Remiantis VLK duomenimis, 2020 m. skatinamosioms paslaugoms finansuoti buvo skirta 22,7 mln. eurų (Valstybinė ligonių kasa, 2021b). 7 paveiksle pateikiamas skatinamųjų paslaugų kiekio ir PSDF biudžeto išlaidų kitimas 2018–2020 m.



7 pav. Skatinamųjų paslaugų kiekis ir išlaidos 2018–2020 m. (Valstybinė ligonių kasa, 2021b)

Iš 7 paveikslą matyti, kad 2018–2020 m. PSDF biudžeto išlaidos skatinamosios paslaugoms kito nežymiai ir vidutiniškai sudarė apie 23,7 mln. eurų. Vertinant suteiktų skatinamųjų paslaugų kiekį matoma, jog 2020 m. buvo suteita šiek tiek daugiau nei 4 mln. paslaugų. 2020 m. palyginus su 2019 m. duomenimis, 2020 m. skatinamųjų paslaugų buvo suteikta 1 mln. mažiau. Vidutinė vienos skatinamosios paslaugos kaina 2020 m. buvo 5,61 eurų, o 2018–2020 m. vidutinė kaina sudarė 5,12 eurų. 8 paveiksle pateikiamas asmenų pasinaudojusių skatinamosios paslaugomis skaičius 2018–2019 m.



8 pav. Asmenų pasinaudojusių skatinamosios paslaugomis skaičius 2018–2020 m. (Valstybinė ligonių kasa, 2021b)

Pagal VLK duomenimis 2020 m. Lietuvoje skatinamosiomis paslaugomis pasinaudojo 924 tūkst. asmenų (Valstybinė ligonių kasa, 2021b). 2018–2020 m. šiomis paslaugomis vidutiniškai pasinaudojo 991 tūkst. asmenų. 2020 m. PSDF biudžeto išlaidos skatinamosioms paslaugoms vienam asmeniui vidutiniškai sudarė 24,55 eurų, o 2018–2019 m. vidurkis buvo apie 24 eurus. Apskaičiuota, jog 2020 m. vienas asmuo vidutiniškai pasinaudojo 4,4 paslaugomis, o 2018–2020 m. vienam asmeniui buvo suteiktos vidutiniškai apie 4,7 paslaugos.

3. TYRIMO METODIKA IR REZULTATAI

3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Siekiant įvertinti skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Panevėžio rajono savivaldybėje buvo pasirinkta atlikti kokybinį tyrimą, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą. Kokybiniuose tyrimuose interviu laikomas vienu iš efektyviausių būdų gauti tyrėjui reikalingą informaciją, užtikrinantis patikimesnius duomenis, nei kiti apklausos būdai. Interviu siekiama suvokti informantų patirtį, sužinoti jų nuomones tiriamu klausimu, vertinimus apie konkrečias vietas, laiką ar įvykius (Nausėdienė, 2005). Pasitelkus kokybinį interviu metodą atrandamas reikšmių ir patirčių turinys: kaip vyko koks nors procesas, kokia jo reikšmė (prasmė) tyrimo dalyviams, kokie galimi šios patirties skirtumai ir savitumai (Inga & Natalija, 2016). Šio tyrimo metu taip pat fiksuojama neverbalinė kalba, kurios metu tyrėjas mato kaip kalba ir elgiasi informantas. Tokiu būdu, interviu padeda tyrėjui suvokti informantų požiūrį, nuomonę, įsitikinimus (Bitinas et al., 2008). Atsižvelgiant į informantų skaičių, interviu tyrime naudotas „kaip savarankiškas tyrimo metodas, kai esti ribota arba maža atranka“ (Tidikis, 2003).

Konkrečių interviu atlikimo būdai gali skirtis priklausomai nuo atliekamo tyrimo specifikos. Tiriamuoju interviu laikomas interviuotojo inicijuotas dviejų asmenų pokalbis, siekiant gauti informaciją, reikalingą pasirinktiems tyrimo uždaviniams. Ypatinga interviu savybė, kad visa informacija, skirtingai nuo kitų apklausos būdų, yra gaunama žodžiu (Kardelis, 2002).

Atliktame tyrime taikytas pusiau struktūruotas interviu metodas, kuris priklauso klasifikavimo pagal apklausiamųjų subjektų tipą klasei. Šis interviu tipas reiškia, kad pokalbio metu iš anksto numatomi būtini ir galimi klausimai, tačiau jie struktūrizuojami tik iš dalies. Pusiau struktūrizuotas interviu metodas pasižymi griežtai neformalizuojamu pokalbiu, todėl tarp klausėjo ir informanto būna laisvesnė atmosfera (Tidikis, 2003).

Tyrėjai renkasi kokybinį interviu turėdami tikslą gauti empirinių duomenų, kuriais remdamiesi galėtų parengti įtikinamus tiriamojo reiškinio ar proceso paaiškinimus (Inga & Natalija, 2016). „Kokybiniai duomenys yra pateikiami tekstine išraiška, todėl juos analizuojant iš kokybinės

perspektyvos yra ieškoma prasmų. Analizė yra atliekama kategorizuojant visą medžiagą tam tikroje kodavimo sistemoje. Koduojant susiejamos skirtingos duomenų dalys, turinčios tų pačių požymių. Tokiu būdu palengvinamas duomenų tvarkymas, paieška ir interpretacija, kurios pagrindu daromos tyrimo išvados“ (Inga & Natalija, 2016). Analizės metu koncentruojamasi tik į tuos pasirinktus reikšmių aspektus, kurie susiję su bendruoju tyrimo klausimu. Be to, kokybinė turinio analizė atliekama sistemingai – patikrinama kiekviena medžiagos dalis, kuri koku nors aspektu atitinka tyrimo klausimą.

Atliktame kokybiniame tyrime dalyvavo ekspertai – „asmenys, kurie dėl savo profesinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją ir patikimiausią bei pakankamai išsamią informaciją apie tiriamąją problemą“ (Tidikis, 2003).

Išskiriami pagrindiniai tyrimo etapai:

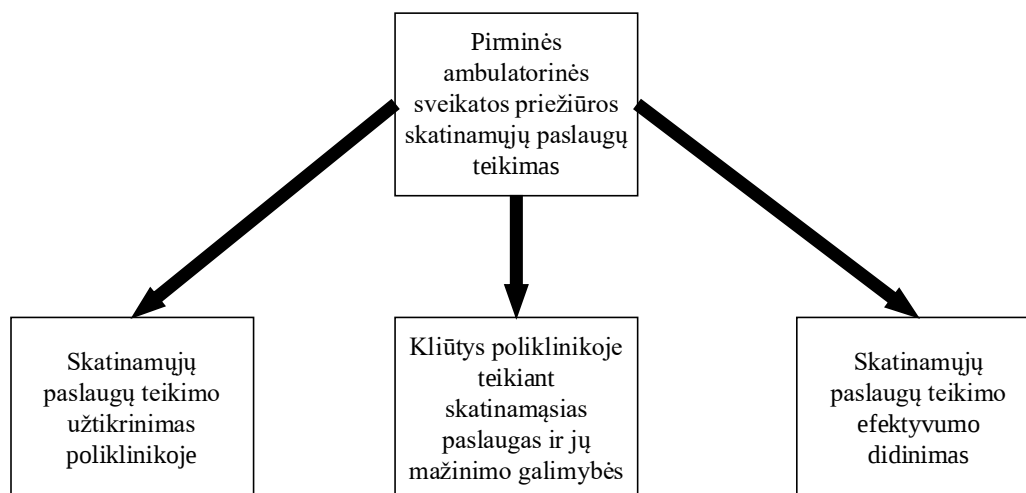
- klausimyno sudarymas;
- informantų atranka;
- pasiruošimas interviu ir jo atlikimas;
- duomenų apdorojimas ir jų analizavimas.

Klausimyno sudarymas

Tyrimo metu darbo autorė parengė klausimyną (1 priedas), kurį sudarė atviro tipo klausimai. Sudarytas klausimynas, prieš atliekant tyrimą, buvo išbandytas apklausiant kelis šeimos gydytojus. Visiems informantams buvo užduodami tie patys klausimai. Klausimus galima suskirstyti į pagrindines grupes:

- 1 – 3 klausimai, skirti įvertinti skatinamųjų paslaugų teikimą poliklinikoje.
- 4 – 6 klausimai, skirti nustatyti pagrindines kliūtis teikiant skatinamąsias paslaugas bei įvertinti jų mažinimo galimybes.
- 7 klausimas skirtas išsiaiškinti galimybes, kaip efektyviau teikti skatinamąsias paslaugas poliklinikoje.

Interviu klausimyno struktūra pavaizduota 9 paveiksle.



9 pav. Kokybiniam tyrimui taikyto klausimyno schema

Šio tyrimo metu, iš pusiau struktūrizuoto interviu klausimynas naudojamas, kaip orientyras šeimos gydytojų nuomonei išsiaiškinti. Siekiant įsigilinti į informantų nuomones kokybiniu aspektu, tyrimo metu orientaciniai klausimai gali būti praplėsti, papildyti, norint gauti kuo išsamesnę informaciją dėl tiriamojo objekto.

Informantų atranka

Tyrimui atlikti buvo pasirinkta Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Poliklinikoje teikiamos ambulatorinės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos daugiau nei 30 tūkstančių gyventojų. Paslaugas teikia 17 šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojų, 4 gydytojai akušeriai ginekologai, 2 gydytojai chirurgai, 5 psichiatrai.

Tyrimo metu buvo siekiama atrinkti ar pakviesti informantus, kurių asmeninė patirtis, savybės, socialiniai kontekstai leistų tiksliausiai ir išsamiausiai atsakyti į tyrimo klausimus. Šiuo atveju buvo pasirinkta tikslinė grupė – 8 šeimos gydytojai, kurių pagrindinis atrankos kriterijus buvo – šeimos gydytojai teikiantys skatinamąsias paslaugas bei jų darbo patirtis ne mažiau 5 metų. Visi informantai buvo moterys.

Pasiruošimas giluminiam interviu ir jo atlikimas

Komunikacija su informantais vyko gyvai Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje bei telefonu, iš anksto susitarus dėl pokalbio laiko. Tariantis dėl interviu su šeimos gydytojais, jie buvo supažindinami su tema, tyrimo tikslu bei jų vaidmeniu šiame tyrime. Atsakydami į klausimus informantai atskleidė savo asmeninę poziciją. Informantams taip pat galėjo būti užduodami su interviu tema susiję papildomi klausimai, buvo sudarytos sąlygos išsamiai išdėstyti subjektyvią nuomonę, o interviuotoja laikantis interviu atlikimo metodikos turėjo galimybę kontroliuoti pokalbį,

siekiant išlaikyti pokalbio temą. Norint išvengti interviuotojo subjektyvumo kriterijaus buvo pasirinkti asmeniškai nepažįstami informantai.

Pokalbis prasidėdavo nuo vykdomo tyrimo tikslo ir temos reikšmingumo pristatymo. Kokybinis tyrimas buvo atliekamas 2021 m. rugsėjo – gruodžio mėnesiais, o interviu trukmė 20 – 30 min.

Duomenų apdorojimas ir analizė

Kokybinio tyrimo duomenys buvo surinkti taikant interviu metodą, apklausiant aštuonis informantus. Visų atsakymų įrašai buvo transkribuoti. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio (angl. *content*) analizės metodas, leidžiantis formuoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu.

Turinio analizės etapai:

- daugkartinis teksto skaitymas;
- esminių kategorijų išskyrimas pagal raktinius žodžius;
- kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas;
- kategorijų ir subkategorijų interpretavimas ir pagrindimas, remiantis tekstiniais įrodymais (Bitinas et al., 2008).

Tyrimo etikos principai

Parengus klausimyną, taikytą informantų interviu metu, buvo susisiektas su įstaigos vadovu bei paprašyta leidimo šioje organizacijoje atlikti tyrimą. Kokybiniame tyrime buvo taikomi pagrindiniai socialinių tyrimų etikos principai: interviu buvo atliekami tik gavus informantų sutikimą, jiems suteikiama informacija apie tyrimo tikslą ir pobūdį, užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas (Kardelis, 2002).

3.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

3.2.1. Skatinamųjų paslaugų teikimas poliklinikoje

Siekiant įvertinti skatinamųjų paslaugų organizavimą, buvo aktualu išsiaiškinti šeimos gydytojų nuomonę ir jų vertinimą apie šių paslaugų teikimą poliklinikoje. Informantai vertindami skatinamųjų paslaugų teikimą pateikė skirtingus vertinimus: vieni turėjo teigiamą požiūrį, o kitų požiūris buvo labiau neigiamas (pesimistinis). 2 lentelėje pateikiami šiuos požiūrius patvirtinantys teiginiai.

2 lentelė. Šeimos gydytojų skatinamųjų paslaugų teikimo vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Paslaugų teikimo vertinimas	Teigiamas požiūris	„Skatinamąsias paslaugas teikiame aktyviai. Dirbame su programa, kurioje pildant paciento apsilankymą dėl ligos galima matyti tam tikras jam priklausančias skatinamąsias paslaugas. <...> pavyzdžiui glikozilinto hemoglobino nustatymas. Tuomet, to paties apsilankymo metu jis apie ją yra informuojamas.“ (Informantas 1) „Vertinu teigiamai. Vykdomė prevencines programas ir teikiame kitas skatinamąsias paslaugas.“ (Informantas 2) „Manau, jog galiu vertinti gerai. Skatinamąsias paslaugas stengiuosi teikti pagal galimybes.“ (Informantas 4) „<...> ganėtinai gerai. Gydytojai ir slaugytojos motyvuoti, nes geras skatinamųjų paslaugų atlikimas suteikia galimybę daugiau užsidirbti.“ (Informantas 5) „Mūsų poliklinikoje esame suinteresuoti teikti skatinamąsias paslaugas dėl finansinių paskatų. Paslaugas stengiamės teikti aktyviai, darbo metu peržiūrimė registruotus pacientus ir tikriname kuriems iš jų tos paslaugos priklauso.“ (Informantas 8)
	Negatyvus požiūris	„<...> dėl pacientų neatsakingumo mažėja motyvacija teikti skatinamąsias paslaugas, nes darbas tampa bereikšmiu.“ (Informantas 3) „<...> apskritai, manau kad papildomas apmokėjimas už skatinamąsias paslaugas nėra geras dalykas dėl nevienodų gydytojų darbo krūvių. Gydytojai turi skirtingo dydžio apylinkes, nevienodo amžiaus pacientų grupes. <...> vieni sugeba užsidirbti daug, o kitų atlyginimas praktiškai lieka nepakitęs. Administracija norėtų, kad skatinamųjų paslaugų būtų suteikiama kuo daugiau, tačiau papildomo laiko skatinamųjų paslaugų atlikimui niekas neskiria. Turi „verstis per galvą“ ir viską spėti atlikti tuo pačiu metu.“ (Informantas 7)

Visi tyrime dalyvavę šeimos gydytojai teigė, jog jų poliklinikoje vykdomos visos prevencinės programos bei teikiamos kitos PAASP skatinamosios paslaugos. Didžioji dalis informantų (šeši iš aštuonių), vertindami skatinamųjų paslaugų atlikimą turėjo teigiamą požiūrį. Dauguma informantų, teigė, jog jie motyvuoti teikti skatinamąsias paslaugas dėl finansinės paskatos bei noro užsidirbti papildomai.

Kita vertus, Informantas 3 atkreipė dėmesį, jog skatinamųjų paslaugų teikimas priklauso ne tik nuo gydytojo, bet ir nuo pacientų „<...> stengiamės teikti maksimaliai, tačiau net ir dedant dideles pastangas pritraukti pacientus stabdis yra pacientai, kurie neatvyksta tyrimams“. Informantas 4 nurodė, kad skatinamųjų paslaugų teikimą gali lemti sezoniškumas „<...> vasaros laikotarpiu esame mažiau apkrauti pacientais dėl to galime daugiau sutikrinti kam ir kokios paslaugos priklauso.

Galime skirti daugiau laiko užsiimti švietėjiška veikla. Šaltuoju metų laiku daugiausia dėmesio skiriama pacientų vakcinacijai“.

Kalbėdamas apie skatinamųjų paslaugų teikimą poliklinikoje Informantas 6 atkreipė dėmesį į administracijos sprendimus, turinčius įtakos šioms paslaugoms teikti „<...> neteikti neįmanoma, kadangi tai yra svarbus poliklinikos finansavimo šaltinis. Dėl šių paslaugų teikimo suinteresuoti net tik gydytojai ir slaugytojos, bet ir „valdžia“. Informantas 7 nurodė, jog ne visos skatinamosios paslaugos atsispindi finansavo ataskaitose „<...> dėl didelio darbo krūvio dažnai net ir teikiant skatinamąsias paslaugas pamirštama suvesti skatinamųjų paslaugų kodus. Dėl šios priežasties kartais būna atvejų kai suteikus paslaugą už tai negauname apmokėjimo“.

Siekiant daugiau sužinoti apie skatinamųjų paslaugų teikimą poliklinikoje, šeimos gydytojams buvo pateiktas klausimas, kaip vertina šiuo metu galiojančią skatinamųjų paslaugų teisinį reguliavimą. Tyrimo metu buvo pastebėta, kad dalis šeimos gydytojų neturėjo aiškos nuomonės apie skatinamųjų paslaugų teisinį reguliavimą. Informantų pateiktus atsakymus galima sugrupuoti į dvi subkategorijas: dalis šeimos gydytojų teisinį reguliavimą vertino teigiamai, o kita jų dalis reguliavimą buvo linkusi vertinti neigiamai. Šiuos požiūrius pagrindžiantys teiginiai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Skatinamųjų paslaugų teisinio reguliavimo vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Skatinamųjų paslaugų teisinio reguliavimo vertinimas	Pozityvus teisinio reguliavimo vertinimas	„<...> vertinu gerai. Atsivertus ministro įsakymą galiu pasiskaityti ir sužinoti kokie balai suteikiami už tam tikras paslaugas <...> galiu vertinti kurios paslaugos yra daugiau arba mažiau apmokamos <...> balas visiems gydytojams yra taikomas vienodas, nepriklausomai nuo darbo patirties.“ (Informantas 4) „Sakyčiau, kad iš esmės viskas gerai. Žinau už kokias paslaugas man moka papildomai, jas pagal galimybes ir atlieku.“ (Informantas 5) „<...> pakankamai aišku <...> žinoma, sutinku, jog tam reikia skirti laiko ir mokėti ieškoti informacijos <...> kiek esu žiūrėjusi, informacija dažniausiai būna konkreti, su skaičiais <...> aišku kokias paslaugas galiu atlikti, kaip dažnai galiu atlikti ir kokie šių paslaugų balai.“ (Informantas 8)

	Negatyvus teisinio reguliavimo vertinimas	„Teisiniame reguliavime nėra numatyta jokių išimčių <...> turiu pacientų, kuriems sunkiai reguliuojasi kraujo krešumas, tačiau pagal šiuo metu galiojantį ministro įsakymą INR tyrimą galima atlikti ne daugiau kaip 12 kartų per metus.“ (Informantas 2) „<...> reikalinga į sistemą suvedinėti paslaugų kodus <...> kai yra daug darbo kartais nutinka, kad paslaugos yra atliekamos, tačiau pamirštu suvesti kodus ir dėl to ši paslauga man nėra užskaitoma.“ (Informantas 6)
--	---	--

Apklausius šeimos gydytojus apie teisinio reguliavimo vertinimą pastebima, jog dalis šeimos gydytojų nėra pakankamai įsigilinę į teisinį reguliavimą, todėl šiuo klausimu negalėjo suteikti konkrečios informacijos „<...> daug apie teisinį reguliavimą nežinau. Administracija tiesiog duoda lapą, kuriame surašyti skatinamųjų paslaugų kodai, kuriuos turime suvesti į programą <...> pagal tai tiesiog gauname apmokėjimą.“ (Informantas 1), „<...> tiesą sakant, nesu per daug į tai įsigilinusį <...> darbo krūviai yra dideli, turiu skirti daug laiko ir kvalifikacijos kėlimui <...> teisiniams dalykams dažniausiai nelieta laiko. Apie pakeitimus dažniausiai sužinau iš kitų kolegų arba informuoja vadovai.“ (Informantas 3), „<...> paprasčiausiai žinau kiek ir kokių paslaugų galiu atlikti per metus <...> mano darbui to užtenka.“ (Informantas 7).

Analizuojant skatinamųjų paslaugų teikimą poliklinikoje, taip pat buvo siekiama išsiaiškinti šeimos gydytojų vertinimą apie skatinamųjų paslaugų finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų. Atlikus tyrimą nustatyta, kad tarp šeimos gydytojų išsiskyrė nuomonės: vieni teigė, kad finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų yra pakankamas ir teisiškai reglamentuotas, o kiti manė priešingai – finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų nepakankamas. 4 lentelėje pateikiami interviu duomenys, išskiriant dvi subkategorijas.

4 lentelė. Skatinamųjų paslaugų finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Skatinamųjų paslaugų finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų	Pakankamas finansavimas	„<...> manau, kad finansavimo užtenka. Aš esu pakankamai motyvuota atlikti šias paslaugas, žinodama, kad už tai gausiu papildomų pinigų.“ (Informantas 4) „Nuo skatinamųjų ir prevencinių programų įvykdymo priklauso šeimos gydytojo kintamoji atlyginimo dalis <...> tai paskatina aktyviau teikti šias paslaugas.“ (Informantas 5)

		„<...> kiek žinau už skatinamąsias paslaugas apie 50 procentų gauna įstaiga, apie 30 procentų lieka gydytojams ir 20 procentų tenka slaugytojoms <...> šiaip sakyčiau, kad visumoj finansavimas yra pakankamas, tačiau didesnė dalis galėtų tekti medicinos personalui.“ (Informantas 8)
	Nepakankamas finansavimas	„<...> finansavimas turėtų būti didesnis, nes bazinė algos dalis priklauso nuo prisirašiusių pacientų skaičiaus, turimos apylinkės. Norint gauti normalią algą reikia turėti daug pacientų arba teikti daug prevencinių ir skatinamųjų paslaugų <...> manau, kad per didelę dalį finansavimo pasiima įstaiga.“ (Informantas 1) „<...> finansavimas mažas <...> medicinos finansavimas apamai yra nepakankamas <...> gydytojų atlyginimai už tokią atsakomybę turėtų būti didesni.“ (Informantas 2) „<...> nepakankamas. Didelė dalis pinigų sumokama tyrimus atliekančioms laboratorijoms. Jų įkainiai brangsta, o apmokėjimas už skatinamąsias paslaugas nekinta.“ (Informantas 3) „<...> per daug pinigų pasiima įstaiga <...> mums, gydytojams, turėtų atitekti didesnė dalis.“ (Informantas 6) „<...> galėtų būti geresnis finansavimo subalansavimas, nes dabar vieni iš to sugeba užsidirbti gana daug, o kiti skirtumo beveik nepajaučia.“ (Informantas 7)

Tyrimo metu buvo išsiaiškinta, jog šeimos gydytojų atlyginimas yra sudarytas iš dviejų dalių, t. y. pastoviosios dalies ir kintamosios dalies, kurią sudaro priedai bei priemokos pagal poliklinikoje galiojančią tvarką. Skatinamųjų paslaugų atlikimas šeimos gydytojams yra aktualus, nes tai leidžia padidinti jų darbo užmokestį. Šiame tyrime nustatyta, kad didžioji dalis šeimos gydytojų norėtų didesnio skatinamųjų paslaugų finansavimo.

3.2.2. Kliūtys kylančios teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje ir jų mažinimo galimybės

Siekiant nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias teikiant skatinamąsias paslaugas bei jų mažinimo galimybes, visų pirma buvo svarbu išsiaiškinti su kokiomis pagrindinėmis problemomis susiduriama poliklinikoje teikiant šias paslaugas. Šeimos gydytojai pagrindinėmis kliūtimis, kylančiomis teikiant skatinamąsias paslaugas įvardijo: pacientų elgesį ir didelį gydytojų darbo krūvį (5 lentelė).

5 lentelė. Pagrindinės problemos su kuriomis susiduriama teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos teikiant skatinamąsias paslaugas	Pacientų elgesys	„<...> šias paslaugas stengiamės teikti maksimaliai, tačiau vyrauja žmonių abejingumas savo sveikatai <...> liepiu neužmiršti atlikti glikozilinto hemoglobino tyrimą po trijų mėnesių, o pacientas jo neatlieka arba atlieka gerokai per vėlai, nes mano, kad užtenka sekimo namuose <...> kažkam reikėtų labiau rūpintis pacientų švietimu <...> galbūt galėtų būti paskirti sveikatos specialistai, kurie būtų atsakingi už pacientų informavimą skatinamųjų ir prevencinių paslaugų klausimais.“ (Informantas 3) „<...> pagrindine problema įvardinčiau tai, kad pacientai net neatvyksta informavus apie jiems priklausančias skatinamąsias ir prevencines paslaugas, arba šių paslaugų iš viso nenori ir atsisako.“ (Informantas 4) „<...> yra pacientų mėgstamos ir nemėgstamos programos, pavyzdžiui storosios žarnos vėžio prevencinė programa yra nepopuliari <...> prisikviesti jai pacientus yra sunku.“ (Informantas 8)
	Didelis gydytojų darbo krūvis	„<...> manau, jog šiuo metu pagrindinė problema yra per didelis darbo tempas <...> dažnai fiziškai nespėju detaliai įvertinti visų skatinamųjų programų poreikio pacientui <...> įprastai susikoncentruoju į priežastį dėl kurios atvyko pacientas ir nebekreipiu dėmesio į galimas skatinamąsias ir prevencines paslaugas.“ (Informantas 1) „<...> visos skatinamosios ir prevencinės programos papildomai užima laiko, kurio ir taip šiuo metu nepakanka <...> jeigu ne slaugytojų pagalba, šių paslaugų praktiškai nespėčiau atlikti“ (Informantas 2) „<...> kviesti profilaktinėms programoms ar vakcinacijai turi gydytojos arba slaugytojos, kurios neretai yra stipriai apkrautos ir ne visada turi pakankamai tam laiko.“ (Informantas 5) „<...> lieka per mažai laiko <...> ir taip įprastai nieko nespėju laiku, tenka dirbti viršvalandžius.“ (Informantas 6) „<...> nėra kada kviesti pacientų, įprastai kas nori ir kam reikalinga patys dėl to kreipiasi“ (Informantas 7) „<...> pagrindinė problema laiko stoka.“ (Informantas 8)

Apibendrinant, didžioji dalis šeimos gydytojų pagrindine problema įvardino per didelį darbo krūvį skatinamosioms paslaugoms suteikti. Dalis gydytojų nurodė, kad reikėtų taikyti priemones, nukreiptas į pacientų motyvavimą ir jų švietimą.

Toliau nagrinėjant pagrindines kliūtis teikiant skatinamąsias paslaugas, buvo siekiama sužinoti organizacines kliūtis su kuriomis susiduria šeimos gydytojai teikdami skatinamąsias

paslaugas. Informantai pagrindinėmis organizacinėmis kliūtimis, kylančiomis teikiant skatinamąsias paslaugas įvardijo: nepakankamą informacinių sistemų integravimą bei ilgos pacientų laukimo eilės pas specialistus (6 lentelė).

6 lentelė. Pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Organizacinės kliūtys, kylančios teikiant skatinamąsias paslaugas poliklinikoje	Nepakankamas informacinių sistemų išvystymas ir integravimas	„<...> pastebiu, kad šiuo metu egzistuojančios programos nėra pakankamai išvystytos, kad galėtų palengvinti gydytojų darbą <...> programos galėtų audituoti ar kodai suvesti pagal tai kas atlikta, tokiu būdu gal pastebėtume ar viską suvedame <...> arba bent galėtų programa pagal tai kas atlikta patikrinti ar įvestas kodas, ir jei ne tai rodyti pranešimą ar kažkokį priminimą <...> nėščiujų apsilankymų vizitų skaičių sudėtinga sekti, kodai priklausomai nuo apsilankymų skiriasi. Pasitaiko atvejų kai kodai nėra suvedami.“ (Informantas 1) „<...> galėtų būti automatizuotos sistemos, kurios iškart informuotų pacientus <...> pacientas galėtų gauti žinutę ar elektroninį laišką su informacija kur ir kaip užsiregistruoti tyrimui.“ (Informantas 2) „<...> šiais laikais visi tampa išmanūs <...> manau, kad mūsų elektroninė sveikatos sistema galėtų būti tobulesnė. Dabar pacientai gydytojų konsultacijų išrašus dažnai tikrina „e.sveikatoje“. Joje galėtų būti aiškūs pranešimai, kad jums priklauso vienokia ar kitokia prevencinė tyrimų programa <...> prieš atsidarant elektroninės sveikatos sistemos puslapį galėtų būti rodomas specialus pranešimas.“ (Informantas 6) „<...> paprastas būdas būtų siųsti priminimų žinutes.“ (Informantas 8)
	Ilgos pacientų laukimo eilės pas specialistus	„<...> kadangi yra didelė apkrova, pacientams tenka ilgai laukti šeimos gydytojo vizito <...> tuomet yra paskiriama programa, pavyzdžiui kraujo tyrimas <...> pacientai ilgai laukia eilėje dėl kraujo paėmimo <...> po to vėl laukia šeimos gydytojo išvadų, kraujo tyrimo aptarimo <...> manau, kad dažnai dėl šios priežasties pacientai nelabai linkę užsiimti.“ (Informantas 3) „<...> darbo metu pacientų skaičius būna labai didelis <...> pacientams tenka gana ilgai laukti vizito <...> kadangi skatinamosios ir prevencinės programos yra profilaktinės, pacientai dažniausiai tam neranda laiko.“ (Informantas 4) „<...> dažnai iš pacientų girdžiu skundus, kad jiems sunku prisiskambinti į polikliniką užsiregistruoti, tiek vizitui pas šeimos gydytoją, tiek kraujo tyrimams <...> reikia daug kantrybės <...> galėtų būti atskira linija registracijai tik skatinamųjų paslaugų atlikimui.“ (Informantas 5)

		„<...> manau, jog poliklinikoje galėtų būti atskiras kabinetas ir šiems tyrimams sudaroma atskira registracija.“ (Informantas 7) „<...> dėl didelių eilių ir laukimo laiko net ir prisiregistravę, pacientai užmiršta apie vizitą ir konsultacijai neatvyksta.“ (Informantas 8)
--	--	---

Šeimos gydytojai įvardindami pagrindines organizacines kliūtis, kylančias teikiant skatinamąsias paslaugas nurodė, kad labai dažnai susiduriama su ilgomis eilėmis pacientams registruojantis paslaugoms atlikti. Tai viena pagrindinių organizacinių kliūčių, kodėl skatinamosios paslaugos nėra naudojamos efektyviai. Kita organizacine kliūtimi buvo įvardinta informacinės sistemos ir jų taikymo ribotos galimybės. Dalis informantų pažymėjo, kad informacinių sistemų taikymas leistų informuoti pacientus pranešimais apie jiems galimas atlikti skatinamąsias paslaugas. Šiose sistemose turėtų būti numatyta galimybė ar funkcija siųsti automatinius priminimus. Be to, jose turėtų būti įdiegta funkcija, jog pagal atliktas paslaugas, būtų patikrinti skatinamųjų paslaugų kodai.

Tyrimo buvo siekiama išsiaiškinti, kokios pagrindinės priemonės taikomos poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų skatinamųjų paslaugų teikimą. 7 lentelėje pateikiamos šeimos gydytojų įvardintos organizacines priemonės: administracijos priminimus bei finansines paskatas, kurios poliklinikoje taikomos siekiant užtikrinti skatinamųjų paslaugų teikimą.

7 lentelė. Pagrindinės priemonės taikomos poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų skatinamųjų paslaugų teikimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Priemonės užtikrinančios efektyvų skatinamųjų paslaugų teikimą	Administracijos priminimai	„<...> dažniausiai tiesiog girdžiu administracijos nuogąstavimus, kad suteikiame per mažai paslaugų.“ (Informantas 1) „<...> vadovai kontroliuoja ar yra suteiktos paslaugos <...> stebimas suteiktas paslaugų skaičius <...> jeigu suteikta nepakankamai, informuoja, kad pasistengtume labiau.“ (Informantas 4) „<...> skatinamosios paslaugos yra papildomas uždarbis ne tik šeimos gydytojams, bet ir pačiai poliklinikai <...> administracija nuolatos primena, kad atliktumėme.“ (Informantas 6)

	Finansinės paskatos	„<...> paprasčiausiai motyvuojama pinigais <...> kad ir koks mažas gaunasi priedas, tai vis tiek yra papildomi pinigai.“ (Informantas 2) „<...> poliklinikos indėlis yra priedai prie atlyginimo.“ (Informantas 5) „<...> šeimos gydytojų motyvavimas priedais už gerą darbą.“ (Informantas 8)
--	---------------------	---

Dalis informantų negalėjo įvardinti poliklinikoje taikomų efektyvių priemonių, kurios užtikrintų skatinamųjų paslaugų teikimą „<...> pastaruoju metu nepastebiu jokių efektyvių priemonių, kurios padidintų skatinamųjų paslaugų atlikimą <...> tiesiog gauname atlygį už padarytus darbus ir tiek.“ (Informantas 3), „<...> iš poliklinikos pusės nelabai ir pastebiu efektyvių priemonių <...> įprastai pati stengiuosi apšviesti pacientus apie vakcinų naudą, cukraligės tinkamo gydymo naudą, krešumo sistemos reguliacijos svarbą.“ (Informantas 5), „<...> nepastebiu, kad poliklinika imtųsi veiksmų, kad būtų padidintas skatinamųjų paslaugų teikimas <...> kartais būna tokių situacijų, kad kraujo tyrimą reikia atlikti greičiau, tuomet aš skambinu į laboratoriją ir prašau, kad pacientą priimtų be eilės.“ (Informantas 7).

3.2.3. Skatinamųjų paslaugų teikimo efektyvumo didinimas

Siekiant nustatyti skatinamųjų paslaugų teikimo galimybes poliklinikoje, šeimos gydytojai buvo prašomi pateikti pasiūlymus, kokias efektyvias priemones reikėtų diegti poliklinikoje gerinant skatinamųjų paslaugų teikimą. Dalis šeimos gydytojų siūlė tobulinti kompiuterines programas ir informacines sistemas, kurios informuotų pacientus apie teikiamas paslaugas. Kiti šeimos gydytojai įvardijo papildomų specialistų ir kabinetų poreikį bei nurodė paslaugų teikimo organizavimo pokyčius poliklinikoje. Šiuos požiūrius pagrindžiantys teiginiai pateikiami 8 lentelėje.

8 lentelė. Efektyvios priemonės, kurias reikėtų diegti poliklinikoje gerinant skatinamųjų paslaugų teikimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Efektyvios priemonės gerinant skatinamųjų paslaugų teikimą	Automatizuotų pacientų informavimo priemonių taikymas	„<...> manau, jog darbas būtų lengvesnis ir paprastesnis jeigu turėtumėme labiau išmanias programas, kurios galėtų automatiškai informuoti pacientus apie jiems priklausančias skatinamąsias paslaugas. <...> galite įsivaizduoti kaip sumažėtų darbo krūvis, jeigu pacientas gautų automatinę žinutę su priminimu, pavyzdžiui „Jums priklauso gripo vakcina“. <...> galėtų būti pridedamas aiškus paaiškinimas apie tokios skatinamosios paslaugos naudą.“ (Informantas 1) „Kadangi viskas vedama elektroniskai siūlyčiau tobulinti ir diegti sistemas, kurios pacientams siųstų automatinius

		<i>pranešimus apie kvietimą atlikti tyrimus <...> pasitaiko atvejų, ypač tarp vyresnio amžiaus pacientų, kai užmirštama atlikti INR tyrimą, arba atliekama ne laiku <...> gydytojams sudėtinga kontroliuoti pacientų tyrimų atlikimo periodiškumą, dėl to automatizavimas palengvintų darbą ir sumažintų klaidų tikimybę.“ (Informantas 2)</i>
	Papildomų specialistų ir kabinetų poreikis	<i>„<...> sakyčiau, kad mūsų poliklinikoje reikėtų atskiro specialaus kabineto, kuriame būtų registruojami tik tie pacientai, kuriems reikalingi profilaktiniai tyrimai <...> pacientai gautų paslaugas greičiau.“ (Informantas 4)</i> <i>„<...> mūsų poliklinikoje galėtų būti įdarbintas atskiras darbuotojas, koordinatorius, kuris būtų specialiai atsakingas už skatinamųjų paslaugų informavimą <...> vien šeimos gydytojams ir slaugytojams šiuo metu yra per didelis darbo krūvis <...> papildomas darbuotojas galėtų dirbti labiau centruotai ir efektyviau.“ (Informantas 6)</i>
	Paslaugų teikimo organizavimo pokyčiai	<i>„<...> šeimos gydytojams galėtų būti skiriamas atskiras laikas skatinamųjų paslaugų vykdymui. <...> skiriama atskira diena ateina tik tie pacientai kuriems priklauso skatinamosios paslaugos, pavyzdžiui nėščios moterys, vaikai, kuriems priklauso profilaktinės patikros, skiepai.“ (Informantas 5)</i> <i>„Galėtų būti skiriamas papildomas laikas skatinamųjų paslaugų atlikimui <...> jeigu dirbame 6 kontaktines valandas, viena valanda galėtų būti skiriama tik skatinamųjų paslaugų atlikimui.“ (Informantas 7)</i>

Informanto 3 nuomone, skatinamųjų paslaugų teikimas iš gydytojų ir slaugytojų perspektyvos yra pakankamai efektyvus „<...> mūsų įstaigoje sunkiai įsivaizduoju ką dar būtų galima papildomai padaryti <...> pacientus kurie nėra suinteresuoti, ypač sunku motyvuoti atlikti paslaugas. Dažnu atveju, pastangos reikalauja daug laiko, tačiau rezultatas nepasiekiamas. Pavyzdžiui, jei pacientas yra „antivakseris“, net ir po ilgo pokalbio apie vakcinacijos naudą, pacientas nuo gripo pasiskiepyti neatvyksta <...> tą patį galėčiau pasakyti ir apie vaikų vakcinaciją, kuomet tėvai turi kategorišką nuomonę dėl savo vaikų skiepavimo <...> priešingai galėčiau pasakyti apie pacientus, kuriems reikalingos operacijos. Pacientai visuomet atliks tyrimus ir atvyks pas šeimos gydytoją apžiūrai, nes kitaip nebus galima atlikti operacijos.“.

Panašios pozicijos laikėsi ir Informantas 8, kuris pažymėjo, kad esant efektyviam šeimos gydytojo ir slaugytojos komandos įdirbiui esamų priemonių pakanka „<...> mano nuomone, slaugytoja nuo manęs nukrauna pakankami didelę darbo dalį, suvedama paslaugos kodas <...> įprastai, kol aš konsultuoju ligonį, slaugytoja peržiūri kokios skatinamosios ar prevencinės

programos pacientui priklauso <...> pakankamai gerai pažįstu savo apylinkės pacientus, todėl didelių sunkumų šiuo klausimu nekyla.“.

IŠVADOS

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas reglamentuoja skatinamųjų PAASP paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarką. Šiame teisės akte nustatytos 25 skatinamųjų paslaugų grupės už kurias mokamas skatinamasis priedas. Skatinamųjų PAASP paslaugų teikimą aptarnaujamiems gyventojams organizuoja pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos teisės aktų nustatyta tvarka.
2. Didžioji dalis šeimos gydytojų teisiškai reglamentuotą skatinamųjų paslaugų teikimą poliklinikoje vertino teigiamai. Jie pažymėjo, kad šių teikiamų paslaugų apimtys priklauso nuo paslaugų teikimo organizavimo įstaigoje, jų valdymo ir finansavimo paskirstymo. Pagrindinės priemonės taikomos poliklinikoje efektyvesniam skatinamųjų paslaugų teikimui yra nuolatiniai administracijos priminimai apie šių paslaugų suteikimą ir finansinės paskatos.
3. Dauguma šeimos gydytojų pažymėjo skatinamųjų priedų už suteiktas paslaugas svarbą, nes jų atlyginimą sudaro pastovioji ir kintamoji dalis, o pastarosios dydis priklauso nuo suteiktų skatinamųjų paslaugų kiekio. Šeimos gydytojai nurodė, kad palyginti didelė dalis skatinamosioms paslaugoms skiriamo finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų tenka poliklinikai, todėl jų nuomone turėtų didėti teikiamų skatinamųjų paslaugų finansavimas.
4. Nustatytos pagrindinės skatinamųjų paslaugų teikimo kliūtys: didelis šeimos gydytojų darbo krūvis bei laiko stoka, pacientų abejingumas savo sveikatai ir jų išankstinės neigiamos nuostatos dėl kai kurių skatinamųjų paslaugų. Šeimos gydytojai pagrindinėmis organizacinėmis kliūtimis, kylančiomis teikiant skatinamąsias paslaugas įvardijo nepakankamą informacinių sistemų, skirtų informuoti pacientus apie jiems priklausančias skatinamąsias paslaugas, integravimą bei ilgas pacientų laukimo eiles pas gydytojus.

REKOMENDACIJOS

Poliklinikos administracijai

1. Siekiant didinti skatinamųjų paslaugų teikimo efektyvumą, taikyti pacientams skirtas informavimo ir švietimo priemones.
2. Siekiant suteikti didesnę skatinamųjų paslaugų kiekį tobulinti taikomas organizacines priemones: paskirti koordinatorių, atsakingą tik už skatinamųjų paslaugų teikimo organizavimą, peržiūrėti šeimos gydytojų darbo krūvį, skatinamųjų paslaugų suteikimui numatyti atskirą darbo laiką bei sudaryti atskirą registracijos eilę.
3. Siekiant šeimos gydytojus paskatinti efektyviau teikti skatinamąsias paslaugas, įvertinti finansavimo persikirstymo galimybes bei peržiūrėti priedų už skatinamąsias paslaugas skyrimo tvarką.
4. Esamas elektroninės sveikatos sistemos patobulinti įdiegiant funkcijas, kurios užtikrintų efektyvų skatinamųjų paslaugų kodų suvedimą. Bet to, šios sistemos galėtų turėti automatinį pacientų informavimą apie jiems priklausančias skatinamąsias paslaugas.

LITERATŪRA

- Banaitytė, K. (2012). *Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė*.
- Bitinas, B., Rupšienė, L., & Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*.
- Buchanan, A. (1988). Principal/Agent theory and decisionmaking in health care. *Bioethics*, 2(4), 317–333. <https://doi.org/10.1111/J.1467-8519.1988.TB00057.X>
- Darbutaitė, I. (2009). *Sveikatos draudimo raidos Lietuvoje socialinė ekonominė analizė*.
- De Bruin, S. R., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 272. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-272>
- de Janvry, A., & Sadoulet, E. (2004). Conditional Cash Transfer Programs: Are they really magic bullets? *ARE Update*.
- Dūdonis, M. (2013). Šeimos gydytojų veiklos apimtys vertinimas per 15 pirminės sveikatos priežiūros reformos metų (1995 – 2010). *Daktaro Disertacija*.
- Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. In *Health Policy and Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>
- Fiszbein, A., Schady, N., Ferreira, F., Grosh, M., Kelecher, N., Olinto, P., & Skoufias, E. (2009). Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty, A World Bank Policy Research Report. In *The World Bank*.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A., & O'Brien, M. A. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. In *Medical Care*. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108002-00002>
- Guntarskis, G., & Petraitytė, I. (2020). Gripo vakcinacijos apimtims rizikos grupėse didinti taikomų intervencijų veiksimingumas. 2(89), 10–20.
- Gupta, A., Thompson, D., Whitehouse, A., Collier, T., Dahlof, B., Poulter, N., Collins, R., & Sever, P. (2017). Adverse events associated with unblinded, but not with blinded, statin therapy in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA): a randomised double-blind placebo-controlled trial and its non-randomised non-blind extension phase. *The Lancet*, 389(10088), 2473–2481. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31075-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31075-9)
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2021). *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla*.
- Inga, G., & Natalija, V. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Mykolo Romerio universitetas. https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/16209/12_Socialini_tyrim

metodai-Kokybinis-interviu.pdf?sequence=1

- International Conference on Primary Health Care Alma-Ata. (1978). *Primary Health Care*.
- Jakubsevičienė, R. (2013). *Veiksnių, lemiančių šeimos gydytojo pasirinkimą, įvertinimas*.
- Jakubynaitė, I., & Kaselienė, S. (2016). Ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų specialistų požiūris į pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimą. In *Visuomenės sveikata* (Vol. 1, Issue 72, p. 29).
- Jones, T. (2014). Making the economic case for investing in health systems. In *Jonathan Cylus; Govin Permanand, Peter C. Smith* (pp. 259–273). https://doi.org/10.1057/9781137379443_20
- Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas*.
- Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., S. R. B. (eds). (2015). Building primary care in a changing Europe – Case studies. *Observatory Studies*, 304.
- Lagarde, M., Powell-Jackson, T., & Blaauw, D. (2010). Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal health coverage, background paper for the First Symposium on Health Systems. *Moving towards Universal Coverage, november*.
- Laurinavičienė, E., & Ratkienė, G. (2006). *Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius. Priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-K-616*.
- Leonardo da Vinčio projekto medžiaga. (2008). *Sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos mokymo knyga šeimos medicinos dėstytojams*.
- Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba - Atkuriamasis Seimas. (1991). *Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo*.
- Lietuvos Respublikos Finansų ministerija. (2020). *2020 m. biudžetas glaustai*.
- Lietuvos Respublikos Seimas. (1996a). *Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. I–1343*.
- Lietuvos Respublikos Seimas. (1996b). *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. įstatymas Nr. I-1367*.
- Lietuvos Respublikos Seimas. (1998). *Lietuvos sveikatos programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833. Viii, 1–44*.
- Lietuvos Respublikos Seimas. (2011). *Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430*.
- Malaysian Palm Oil Council (MPOC), 21(1), 1–9. <http://mpoc.org.my/malaysian-palm-oil-industry/>*
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2000a). *Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose. 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301*.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2000b). *Dėl Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo*. 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 730.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2001). *Dėl Gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos*. 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2003). *Dėl Ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų*. 2003 m. rugsėjo 9 d. Nr. įsakymas V-527.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2004). *Dėl Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo*. 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005a). *Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo*. 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005b). *Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo*. 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005c). *Dėl Lietuvos medicinos normos MM 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo*. 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005d). *Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo*. 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005e). *Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo*. 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2009). *Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo*. Nr. V-508.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2012). *Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2013a). *Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skiriamų lėšų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo tvirtinimo*. 2013 m. rugpjūčio 29 d. įsakymas Nr. V-833.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2013b). *Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių*

- sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo. 2013 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-900.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2013c). *Dėl Prisirašančiųjų prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir psichikos sveikatos priežiūros centrų registravimo ir jų duomenų tvarkymo taisyklių patvirtinimo. 2013 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. 1K-317.*
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2014a). *Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, masto planavimo tvarkos aprašo tvirtinimo. 2014 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-262.*
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2014b). *Dėl Asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo. 2014 m. spalio 28 d. Nr. 1K-287.*
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2014c). *Dėl šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2014 m. sausio 30 d. įsakymas Nr. V-133.*
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2014d). *Dėl Telemedicinos paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-116.*
- Lina Želvienė. (2017). *Pacientų pasitenkinimo pirminėmis ambulatorinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo modelis.*
- Matulevičiūtė, E., & Balžekienė, A. (2016). Sveikatos priežiūros sistemų Lietuvoje , Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė. In *Viešojo politika ir administravimas* (Vol. 15, Issue 1, pp. 98–112).
- Nausėdienė, I. (2005). *Marketingo tyrimų duomenų rinkimo metodai: kiekybiniai ir kokybiniai jų deriniai.*
- NEJM Catalyst. (2018). *What Is Pay for Performance in Healthcare?* <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0245>
- OECD. (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care.*
- OECD Health Statistics. (2021a). *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators.*
- OECD Health Statistics. (2021b). *Health expenditure on primary health care.*
- Pfizer. (2018). Preventative care and behavioural science : The emotional drivers of healthcare decisions. *A Report from Pfizer Vaccines, July.*
- Rosenthal, M. B., & Dudley, R. A. (2007). Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? *JAMA*, 297(7), 740–744. <https://doi.org/10.1001/JAMA.297.7.740>
- Šablinskas, L. (2016). *Pirminių sveikatos priežiūros įstaigų strateginio valdymo elementų ir veiklos rodiklių sąsajos. 09.*

- Sigita Burokienė. (2005). *Vilniaus apskrities pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių į staigų veiklos palyginimas.*
- Streveler, D. J., & Sherlock, S. M. (2009). Health Management Information Systems: Linking Purchasers and Providers. In *Designing and Implementing Health Care Provider Payment systems - How-to Manuals* (pp. 6–8). <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7815-1>
- Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija.*
- Urnikytė, L. (2015). *Sveikatos priežiūros finansavimas: viešojo ir privataus finansavimo derinimas Lietuvoje.*
- Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. (2019). *Per du mėnesius panaudota 94,6 proc. gripo vakcinų, skirtos rizikos grupių asmenų skiepijimui.*
- Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. (2020). *Paskiepytų nuo gripo asmenų skaičius Lietuvoje.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2016). *Už šeimos gydytojo darbą bus mokama daugiau.* [http://old.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Už-šeimos-gydytojo-darbą-bus-mokama-daugiau.aspx](http://old.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Uz-seimos-gydytojo-darba-bus-mokama-daugiau.aspx)
- Valstybinė ligonių kasa. (2018). *Priminė, ką svarbu žinoti apie šeimos gydytoją.* [Http://Www.Vlk.Lt/Naujienos/Puslapiai/Primin%C4%97,-K%C4%85-Svarbu-%C5%BEinoti-Apie-%C5%A1eimos-Gydytoj%C4%85.Aspx](http://www.vlk.lt/Naujienos/Puslapiai/Primin%C4%97,-K%C4%85-Svarbu-%C5%BEinoti-Apie-%C5%A1eimos-Gydytoj%C4%85.Aspx).
- Valstybinė ligonių kasa. (2019a). *2018-2019 m. pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų geri darbo rezultatai (GDR).*
- Valstybinė ligonių kasa. (2019b). *Piliečių PSDF.* https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/0703_Pilie_PSDF.pdf
- Valstybinė ligonių kasa. (2020a). *2019 m. PAAPS skirtos PSDF biudžeto lėšos.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2020b). *Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo rezultatai.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2020c). *Ataskaita apie 2019 metų Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymą.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2020d). *Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos vykdymas.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2020e). *Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos apžvalga.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2020f). *Preveninės programos.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2020g). *Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymas Lietuvoje.*

- Valstybinė ligonių kasa. (2020h). *Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos apžvalga*.
- Valstybinė ligonių kasa. (2021a). *PAASP gerų darbo rodiklių 2018-2020 m. apžvalga*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOThlNDg2MDUtNmIwNi00OGU2LWEyYjUtNzI2NTc2Mzk0YTJkIiwidCI6IjA3ZTZlZTM1LTY4MTQtNDc5MC04NjY5LTgwNzY3Njk0YzI4ZCIsImMiOiI9>
- Valstybinė ligonių kasa. (2021b). *PSDF biudžeto lėšų pasiskirstymo duomenų analizė pagal apmokėjimo grupes 2018–2020 m.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2021c). *PSDF biudžeto lėšų pasiskirstymo duomenų analizė pagal apmokėjimo grupes 2018–2020 m.*
- Valstybinė ligonių kasa. (2021d). *Šeimos gydytojų paslaugos*.
- Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J., & Vaughan, J. P. (2004). Achieving universal coverage with health interventions. In *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17279-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17279-6)
- Wallace, L. S. (2013). From the North American Primary Care Research Group: A View of Health Care Around the World. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/AFM.1484>
- World Health Organization. (1976). *Twenty ninth World Health Assembly* (Vol. 30, Issue 7, pp. 259–263).
- World Health Organization. (1984). *Health for all in the 21st century*.
- World Health Organization. (1996). *The Ljubljana Charter on reforming health care*.
- World Health Organization. (2004a). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195167207.001.0001>
- World Health Organization. (2004b). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? *Health Evidence Networ.*
- World Health Organization. (2008a). Primary Health Care. Now More Than Ever. *The World Health Report*. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.22778>
- World Health Organization. (2008b). *Technical Briefs for Policy-Makers*.
- World Health Organization. (2011). Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? *1st Annual Meeting of SBO Network on Health Expenditure. 21-22 November 2011*. <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>
- World Health Organization. (2013a). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.
- World Health Organization. (2013b). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*.

- World Health Organization. (2018a). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. <https://doi.org/10.1787/9789264303416-en>
- World Health Organization. (2018b). From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. *Global Conference on Primary Health Care*, 68. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-europe.pdf?sfvrsn=cf2badeb_2
- World Health Organization. (2021). *Primary health care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Zakrzewska, K. (2017). *Prevention programmes in primary health care - 8 aspects of their effective implementation* *Prevention programmes in primary health care – 8 aspects of their effective implementation* *programy profilaktyczne w podstawowej opiece zdrowotnej - 8 aspektów efek.* January.
- Žemgulienė, J. (1999). *Sveikatos priežiūros finansavimo įtaka paslaugų struktūrai*.

ANOTACIJA

Darbą sudaro trys skyriai. Darbą sudaro trys skyriai. Pirmajame skyriuje analizuojama pirminė asmens sveikatos priežiūra bei jos finansavimo ypatumai. Antrajame skyriuje nagrinėjama pirminė asmens sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje bei teisės aktai, reglamentuojantys pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, analizuojamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir finansavimas, geri rezultatų rodikliai bei skatinamosios paslaugos. Trečiajame skyriuje vertinamas skatinamųjų paslaugų teikimas poliklinikoje, nagrinėjamos kliūtys kylančios teikiant šias paslaugas bei analizuojamos efektyvios priemonės gerinančios šių paslaugų teikimą poliklinikoje.

Pagrindiniai žodžiai: pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra, skatinamosios paslaugos, paslaugų finansavimas.

ANOTATION

The work is divided into three chapters. The first chapter analyses primary personal health care and its financing. The second chapter examines the primary care system in Lithuania and the legislation governing primary health care, analyses the organisation and financing of primary outpatient personal health care, good performance indicators and incentivized services. The third chapter assesses the provision of incentivized services in clinics, examines the barriers to the provision of these services and analyses effective measures to improve the provision of these services in clinics.

Key Words: primary health care, incentivized services, service delivery, financing of services.

Rimdžienė E. Skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vertinimas Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė lekt. dr. G. Petronytė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, 2022. – 71 p.

SANTRAUKA

Nuo 2005 m. pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos skatinamosios paslaugos, kurios apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų. 2018–2020 m. duomenimis, kasmet vidutiniškai atliekama apie 4,6 mln. skatinamųjų paslaugų, kurių išlaidos siekia apie 24 mln. eurų. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos kasmet sudaro metinius planus numatant, kiek skatinamųjų paslaugų planuojama suteikti, tačiau kasmet nustatytos paslaugų apimtys nepasiekiamos.

Darbo tikslas – įvertinti skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti teisės aktus, reglamentuojančius skatinamųjų paslaugų teikimą.
2. Įvertinti šeimos gydytojų požiūrį į skatinamųjų paslaugų teikimo organizavimą.
3. Nustatyti šeimos gydytojų požiūrį į skatinamųjų paslaugų finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų.
4. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias teikiant skatinamąsias paslaugas.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą.

Rezultatai. Nustatyta, kad didžioji dalis šeimos gydytojų skatinamųjų paslaugų teikimą vertino teigiamai. Pagrindinės priemonės taikomos poliklinikoje efektyvesniam skatinamųjų paslaugų teikimui yra nuolatiniai administracijos priminimai apie šių paslaugų suteikimą ir finansinės paskatos. Skatinamieji priedai už atliktas skatinamąsias paslaugas yra labai svarbūs, nes gydytojų atlyginimą sudaro pastovioji ir kintamoji dalis. Pagrindinės skatinamųjų paslaugų teikimo kliūtys: didelis gydytojų darbo krūvis bei laiko stoka, pacientų abejingumas savo sveikatai, nepakankamas informacinių sistemų funkcionalumas, per didelės paslaugų laukimo eilės.

Išvados. Siekiant didinti skatinamųjų paslaugų teikimo efektyvumą poliklinikoje taikyti pacientams skirtas informavimo ir švietimo priemones, peržiūrėti gydytojų darbo krūvį ir kitas organizacines priemones, įvertinti finansavo perskirstymo galimybes bei tobulinti elektroninių sistemų funkcionalumą.

Darbo struktūra. Darbą sudaro trys skyriai. Pirmajame skyriuje analizuojama pirminė asmens sveikatos priežiūra bei jos finansavimo ypatumai. Antrajame skyriuje nagrinėjama pirminė asmens sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje bei teisės aktai, reglamentuojantys pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, analizuojamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir finansavimas, geri rezultatų rodikliai bei skatinamosios paslaugos. Trečiajame skyriuje vertinamas skatinamųjų paslaugų teikimas poliklinikoje, nagrinėjamos kliūtys kylančios teikiant šias paslaugas bei analizuojamos efektyvios priemonės gerinančios šių paslaugų teikimą poliklinikoje.

Rimdžienė E. Evaluation of incentivized primary health care services in Panevėžys district municipality clinic / Master's work in Health politics and management. Supervisor lekt. dr. G. Petronytė – Vilnius: Faculty of Public Administration and Business, Mykolas Romeris University, 2022. – 71 p.

SUMMARY

Since 2005, incentive services have been provided in primary health care facilities, which are paid for from the PSDF budget. According to data from 2018-2020, an average of 4.6 million incentive services are provided annually, at a cost of around 24 million euros. Primary outpatient health care facilities make annual plans for the number of incentive services to be provided each year, but the volumes of services set each year are not reached.

The aim of thesis – to evaluate the provision of incentivised primary health care services in Panevėžys district municipality clinic.

The tasks of the thesis:

1. Analyse the legislation governing the provision of incentive services.
2. To assess the attitudes of general practitioners towards the organisation of incentivized services.
3. To determine the attitudes of general practitioners towards the financing of incentivized services from the PSDF budget.
4. Identify the main barriers to the provision of incentivised services.

Research methods. Analysis of scientific literature, legislation and documents, qualitative research using semi-structured interviews.

Results. The majority of general practitioners were found to have a positive attitude towards the provision of incentive services. The main tools for effective provision of incentive services are regular reminders from the administration to perform these services and financial incentives. Incentive bonuses for incentivized services performed are very important as doctors' remuneration consists of a fixed and a variable component. The main obstacles to the provision of incentive services are high workload and lack of time of doctors, the indifference of patients to their health, the insufficient functionality of information systems, excessive waiting lists for services.

Conclusions. To improve the efficiency of incentivized services, use patient information and education, review the workload of doctors and other organisational measures, assess the possibility of reallocating funding and improve the functionality of electronic systems.

The structure of the thesis. The work is divided into three chapters. The first chapter analyses primary personal health care and its financing. The second chapter examines the primary care system in Lithuania and the legislation governing primary health care, analyses the organisation and financing of primary outpatient personal health care, good performance indicators and incentivized services. The third chapter assesses the provision of incentivized services in clinics, examines the barriers to the provision of these services and analyses effective measures to improve the provision of these services in clinics.

PRIEDAI

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

Klausimų sritis	Klausimai
Skatinamųjų paslaugų teikimo užtikrinimas poliklinikoje	1. Kaip vertinate skatinamųjų paslaugų teikimą Jūsų poliklinikoje? Pateikite argumentus. 2. Kaip vertinate skatinamųjų paslaugų teisinį reguliavimą? 3. Kaip vertinate skatinamųjų paslaugų finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų? Pateikite argumentus.
Kliūtys poliklinikoje teikiant skatinamąsias paslaugas ir jų mažinimo galimybės	4. Su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) susiduriama Jūsų poliklinikoje teikiant skatinamąsias paslaugas? Kaip siūlytumėte šias problemas spręsti? 5. Jūsų nuomone kokios pagrindinės organizacinės kliūtys kyla teikiant skatinamąsias paslaugas Jūsų poliklinikoje? 6. Kokios pagrindinės priemonės taikomos Jūsų poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų skatinamųjų paslaugų teikimą? Pateikite argumentus.
Skatinamųjų paslaugų teikimo efektyvumo didinimas	7. Jūsų nuomone, kokias efektyvias priemones reikėtų diegti poliklinikoje gerinant skatinamųjų paslaugų teikimą? Pateikite siūlymus.